

04•17

10. April · 71. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Gesundheitssenatorin

„Wir brauchen ein einheitliches
Versicherungssystem“

Forum Medizin | 22

Ärztekammer-Fortbildung

Steigen Sie wieder in
den Arztberuf ein!

Forum Medizin | 28

Fahreignung

Wann sind Senioren noch
sicher im Auto unterwegs?

Das Thema | 12

Genau hingeschaut

Differenzialdiagnose *des roten Auges*

Die Top Ten der Erkrankungen, die zugrunde liegen
können, und deren Behandlungsmöglichkeiten



**ICH WILL
DABEI SEIN,
WENN
MOMENTE
GENAUSO
WICHTIG
SIND WIE
MEDIKAMENTE.**

MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOSEN. Mit rund 150 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

 **ASKLEPIOS**

Mehr erfahren unter gesundleben.asklepios.com

Gesund werden. Gesund leben.



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

„Im Wettbewerb von GKV und PKV hat sich das wohl leistungsfähigste Gesundheitssystem Europas entwickelt.“

Die Einheitsversicherung *ist nicht gerecht*

Totgeglaubte leben länger. Dieser Eindruck beschleicht einen, wenn man die neu entfachte Debatte zu einer Einheitsversicherung unter dem schönen, aber falschen Etikett „Bürgerversicherung“ erlebt. Da werden alte Hüte wieder aufgesetzt – nur ein neues Hutband strahlt in bunten Farben: „Gerechtigkeit“. Die Bürgerversicherung soll gerechter sein. Dabei ist sie in Wirklichkeit ungerecht bis ins Mark. Es sei denn, man definiert eine medizinische Einheitsversorgung auf niedrigstem Niveau als „gerecht“.

Unsere heutige Krankenversicherung ist gekennzeichnet von der Dualität von Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV). Im Wettbewerb dieser beiden Systeme hat sich das wohl leistungsfähigste Gesundheitssystem Europas entwickelt. Die Bürger sind davon überzeugt. Alle Umfragen belegen: Mehr als 85 Prozent der Deutschen bewerten ihre Krankenversicherung positiv oder sogar sehr positiv.

Qualitätsunterschiede zwischen GKV und PKV gibt es praktisch keine. Wir Ärztinnen und Ärzte sind stolz darauf, allen Bürgern die gleiche Qualität anzubieten. Unterschiede gibt es bei Komfort und Geschwindigkeit. Das ist auch kein Wunder: In der PKV werden Leistungen direkt von den Versicherten zeitnah und auskömmlicher finanziert. In der GKV wird schlecht und budgetiert vergütet, vergehen zwischen Leistungserbringung und -bezahlung fast ein Jahr und herrscht eine aberwitzige Bürokratie. Vor allem werden die Beiträge der Mitglieder nicht nur für deren Versorgung verwendet, sondern noch für vieles andere zweckentfremdet, für das man gerechterweise Steuergelder nutzen müsste. Dazu ist der EBM in seinem Ansatz, eine gerechte Vergütungsordnung ambulanter Leistungen zu sein, gescheitert. Wer da eine Einheitsversicherung auf niedrigstem Niveau propagiert, streut der Bevölkerung unter dem Schwindel-etikett „Gerechtigkeit“ Sand in die Augen.

Wahr ist vielmehr: Eine Einheitsversicherung ohne Wettbewerb senkt den Innovationsdruck, erhöht die Bürokratie und verkauft medizinischen Einheitsbrei als „Gerechtigkeit“. In einer Einheitsversicherung wird es aber neben den Einheitsversicherten immer noch Menschen geben, die sich mehr und bessere Medizin durch ihr Einkommen oder durch Zusatzversicherungen leisten können. Wer wirkliche Zwei-Klassen-Medizin sehen will, der betrachte Einheitsversicherungssysteme wie in Großbritannien oder Holland. Die Bürgerversicherung ist nicht gerecht – sie ist der Turbo-lader in die „Zwei-Klassen-Medizin“.

Eine Einheitsversicherung löst keinerlei Finanzprobleme. Vielmehr steigen die Beitragssätze für alle (heute noch) gesetzlich Versicherten, wenn man das Niveau halten will. Konstante Beitragssätze können nur durch massiven Qualitätsabbau und Mittelentzug bei den Leistungserbringern gehalten werden. Ist das „gerecht“?

Eine Einheitsversicherung gefährdet Zehntausende Arbeitsplätze: in den Unternehmen der Privaten Krankenversicherungen, in Arztpraxen und in Krankenhäusern.

Lassen wir uns nichts vormachen, die Bürgerversicherung betreibt Etikettenschwindel, wenn sie im Gewande der „Gerechtigkeit“ daherkommt.



Haspa Kompetenz-Center Heilberufe Seminare für niedergelassene Ärzte

Rund 5.000 selbstständige Heilberufler – und seit 2016 auch eine Vielzahl von angestellten Ärzten und Studierenden der Medizin bzw. Zahnmedizin – werden vom Haspa Kompetenz-Center Heilberufe in allen finanziellen Belangen beraten. Unsere Kunden profitieren von einem breiten Seminar- und Veranstaltungsangebot – auch außerhalb von Bankthemen. Neben den bewährten und immer wieder nachgefragten Events, haben wir in diesem Jahr auch verschiedene neue Themen. Hier eine kleine Auswahl unserer Seminare im Frühjahr 2017:

Mi., 26.04.2017 (18 Uhr)

Mitarbeiterbindung in Heilberufen

Gute Mitarbeiter entwickeln sich weiter und der Arbeitsmarkt sucht Fachkräfte mehr denn je. Beschäftigte wählen heutzutage nach viel mehr Kriterien aus, als beispielweise nur Gehalt. Wie und womit schützen Sie sich als Arbeitgeber davor, dass Sie Ihre gut ausgebildeten Fachkräfte an andere verlieren?

Di., 09.05.2017 (18 Uhr)

Dinnervortrag zum Thema

Hamburger Immobilienmarkt

Wie entwickelt sich der Hamburger Wohnimmobilienmarkt und welche Trends sind 2017 zu erwarten? Welche Immobilienarten eignen sich als Kapitalanlage und an welchen Standorten?

Sa., 20.05.2017 (10 Uhr)

Existenzgründung, aber richtig!

Eine Veranstaltung in Kooperation mit der



Erstklassige Referenten unterstützen Sie in der Themenvielfalt einer erfolgreichen Niederlassung.

Mi., 31.05.2017 (18 Uhr)

Erfolgreiche Kooperation – erfolgreiche Abgabe

Wann ist die Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft sinnvoll? Was ist bei der Gestaltung der Verträge zu bedenken? Wie sieht ein möglicher Zeitplan aus – von der Gründung der Gemeinschaft bis zur Abgabe der Praxis? Wir geben Ihnen Tipps und viele wichtige Hilfestellungen.

Anmeldungen und weitere Informationen zu den Seminaren im Internet unter www.heilberufe.haspa.de



Haspa
Hamburger Sparkasse

Kompetenz-Center
Heilberufe

04 · 17

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Nicole Stübiger, Augenklinik am UKE, erläutert die zehn häufigsten Differenzialdiagnosen des roten Auges und die Behandlungsmöglichkeiten (Seite 12). **Dr. Gerd Bandomer**, Betriebsmediziner, prüft die Fahr-eignung älterer Verkehrsteilnehmer und erklärt, wie Kolleginnen und Kollegen handeln sollten, wenn sie den Eindruck haben, ihr Patient ist nicht mehr sicher mit dem Auto unterwegs (Seite 28). **Prof. Dr. Hinrich Hamm**, Lungenfacharzt, diagnostizierte bei einer Patientin, deren Atmung besonders im Liegen vibrierte, ein Krankheitsbild, das der Forscher Anthonie van Leeuwenhoek im 17. Jahrhundert zuerst beschrieben hatte (Seite 30).



Das Thema

- 12 **Genau hingeschaut**
Differenzialdiagnose
des roten Auges
Von Prof. Dr. Nicole Stübiger,
Prof. Dr. Frank Schüttauf,
Dr. Maximilian Schultheiß,
Prof. Dr. Martin Spitzer

Service

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

Namen und Nachrichten

- 6-10 **Personalien** · Nachruf auf die Neurologin Dr. Gisela Goetze · Gefäßchirurg Dr. Christos Petridis übernimmt Leitungsfunktion · Dr. Stephan Hofmeister ist jetzt KBV-Vize · Prof. Dr. Karsten Sydow wird Chefarzt im Albertinen
News · Schlichtungsstelle: Behandlungsfehler – Zahlen weiter leicht rückläufig · Präventionskampagne: Kein Alkohol unterwegs · Ärztekammer wirbt für MFA-Nachwuchs · Bergedorfer Musiktage starten im Mai eine Konzertreihe · ABS-Curriculum: Qualität der Antibiotika-therapie sichern · Berufscoaching „Soft-Skills“ für Ärztinnen
- 11 **Übergangsphase** · Neuer Bibliotheksservice für Ärzte. Von Dorte Kieckbusch

Gesundheitspolitik

- 18 **Gesundheitsversorgung** · Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks: „Wir brauchen ein einheitliches Versicherungssystem.“ Interview: Stephanie Hopf
20 **KVH-Position** · „Budgetierung und Rabatt – das geht nicht!“
Interview: Martin Niggeschmidt

Forum Medizin

- 22 **Fortbildung der Ärztekammer** · Wagen Sie den Wiedereinstieg!
Von Dr. Annemarie Jungbluth, PD Dr. Birgit Wulff; Protokolle: Sandra Wilsdorf, Stephanie Hopf
27 **Effektiver Austausch** · Versorgungsabläufe verbessern. Von Dr. phil. Jochen Kriens
28 **Fahreignung** · Wann sind Senioren noch sicher mit dem Auto unterwegs? Von Dr. Gerd Bandomer
30 **Der besondere Fall** · Was flattert denn da? Von Prof. Dr. Hinrich Hamm
33 **Schlichtungsstelle** · Röntgenaufnahmen korrekt auswerten.
Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern
36 **Bild und Hintergrund** · Verheizt in der Hölle der Seeleute. Von Dr. Stefan Wulf
38 **Der blaue Heinrich** · Beweis der Machbarkeit. Ausgewählt von Katja Evers

Mitteilungen

- 39 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: Labor Dr. Fenner und Kollegen MVZ für Labormedizin und Humangenetik GmbH; C.T.I. GmbH

Gratulation

zum 95. Geburtstag

- 22.04. **Dr. med. Werner Conrad**
Facharzt für Innere Medizin
- 01.05. **Dr. med. Hans Wiedow**
Facharzt für Innere Medizin
- 06.05. **Dr. med. Rolf Becher**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.05. **Dr. med. Lis Moser**
Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin

zum 90. Geburtstag

- 16.04. **Dr. med. Wiebke Brauer**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 27.04. **Dr. med. Ingrid Funke**
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 14.05. **Dr. med. Annegret Krohn**
Fachärztin für Arbeitsmedizin

zum 85. Geburtstag

- 25.04. **Dr. Eugeniusz Kamerski**
Facharzt für Chirurgie
- 15.05. **Jawahir Azari**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

zum 80. Geburtstag

- 21.04. **Dr. med. Renate Rebentisch**
Ärztin
- 08.05. **Dr. med. Kingsley Ohene-Dokyi**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.05. **Dr. med. Hans Zahn**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 75. Geburtstag

- 20.04. **Albrecht Kleinert**
Facharzt für Orthopädie
- 20.04. **Dr. med. Michael Zinke**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 23.04. **Prof. Dr. med. Jürgen Neppert**
Facharzt für Transfusionsmedizin
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- 25.04. **Dr. med. Michael Michler**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 29.04. **Dr. med. Carl-Rüdiger Deichmann**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 06.05. **Dr. med. Gerd Gritzke**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 07.05. **Dr. med. Maike Kraft**
Fachärztin für Anästhesiologie
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 10.05. **Priv. Doz. Dr. med. Hergo Schmidt**
Facharzt für Chirurgie
- 10.05. **Dr. med. Ilse Schmolke**, Ärztin

Nachruf Die Neurologin und Epilepsie-Expertin Dr. Gisela Goetze verstarb am 4. Februar 2017 im Alter von 76 Jahren.

Unermüdlich für ihre Patienten im Einsatz

Dr. Gisela Goetze arbeitete langjährig als Oberärztin in der Neurologie des Klinikums Nord Ochsenzoll unter Chefarzt Dr. Arnd Gottesleben. Sowohl niedergelassenen Kollegen als auch Klinikärzten gab die Epilepsie-Expertin Rat und ermöglichte oft auch kurzfristig eine stationäre Aufnahme in Ochsenzoll zur Diagnostik und Therapieumstellung. In besonders vertrackten Situationen stimmte sie sich telefonisch mit Prof. Dr. Peter Wolf ab, dem ehemaligen Leiter des Epilepsiezentrums Bethel, den sie seit ihrer Weiterbildung in Bethel Anfang der 1970er-Jahre kannte.



Dr. Gisela Goetze

Uns Assistenzärztinnen und -ärzten lehrte sie neben den Grundlagen der Diagnostik und Pharmakotherapie auch die ersten geeigneten Patienten für einen epilepsiechirurgischen Eingriff zu erkennen, die damals dann noch in Bethel oder in Bonn untersucht und operiert wurden.

Gisela Goetze war eine äußerst bescheidene Frau, die ihr Privatleben ihrem beruflichen Engagement unterordnete. Im unermüdlichen Einsatz für ihre Patienten zeichnete sie sich jedoch durch Willensstärke aus und konnte mit leiser Beharrlichkeit durchaus für Kopfschütteln im Kollegenkreis sorgen, wenn es um die von ihr für ihre Patienten als richtig angesehene Behandlung ging.

Die absehbare Schließung der Neurologie in Ochsenzoll 2002 nach Fusion mit der Neurologie Heidberg und die Berentung von Gottesleben nahm sie zum Anlass, vorzeitig in den Ruhestand zu gehen. Gebürtig aus Wesel am Niederrhein, wo sie oft den Urlaub bei ihrer Mutter, Freunden und Patensohn verbracht hatte, zog sie später ganz dorthin zurück.

Wir ehemaligen Kolleginnen und Kollegen der Neurologie Ochsenzoll werden Gisela Goetze als geduldige Zuhörerinnen, Förderin unserer beruflichen Entwicklung sowie penible EEG-Ausbilderin in Erinnerung behalten, aber auch als liebenswürdig im privaten Umgang und eher schüchternen Menschen. Inzwischen hat sich für Epilepsiepatienten in Hamburg sowohl für Kinder als auch für Erwachsene und auch in der operativen Behandlung im Fall von Therapieresistenz viel getan, woran sie – solange es ihre Gesundheit zuließ – rege Anteil nahm.

Dr. Matthias Lindenau, Facharzt für Neurologie

Gefäßchirurg Dr. Christos Petridis übernimmt Leitungsfunktion



Dr. Christos Petridis

Seit April ist Dr. Christos Petridis neuer Leitender Arzt für Gefäßchirurgie in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie im Marienkrankenhaus unter Chefarzt Prof. Dr. Christian Müller. Petridis kommt von der Sana RegioKlinik Elmshorn, wo er zuletzt als Oberarzt am zertifizierten Gefäßzentrum tätig war. Zuvor wirkte der gebürtige Hamburger u. a. am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift und im Gefäßzentrum Hamburg Ost in der Asklepios Klinik Wandsbek. Der Facharzt für Gefäßchirurgie, zertifizierte endovaskuläre Chirurg und Fellow of the European Board of Vascular Surgery (FEBVS) verstärkt die Zusammenarbeit im interdisziplinären Gefäßzentrum. Neben dem Spektrum der konventionellen Gefäßchirurgie hat Dr. Petridis als Schwerpunkte die Dialysezugangschirurgie sowie Hybrid-Revaskularisationen. | [h8](#)



Der neue KBV-Vorstand (v. l.): Dr. Thomas Kriedel, Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister

Dr. Stephan Hofmeister ist jetzt KBV-Vize

Dr. Stephan Hofmeister ist auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Anfang März mit überwältigendem Ergebnis zum neuen stellvertretenden Vorsitzenden der KBV gewählt worden. Der ehemalige stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) erhielt im Vergleich mit seinen beiden neuen Vorstandskollegen die höchste Stimmenzahl der KBV-Vertreterversammlung. Dr. Andreas Gassen wurde als KBV-Vorsitzender bestätigt und Dr. Thomas Kriedel auf die gesetzlich vorgeschriebene neue Position des „nicht-ärztlichen“ dritten KBV-Vorstandspostens gewählt.

In einem ersten Statement umriss Hofmeister seine politischen Ziele: „Vertrauen zurückzugewinnen, Verlässlichkeit zu demonstrieren und konstruktive Vorschläge zur Lösung der gesundheitspolitischen Herausforderungen zu machen – das werden in den nächsten Monaten die wichtigsten Aufgaben von Vorstand und Vertreterversammlung der KBV sein. Die KBV hat die Verantwortung, auf der Bundesebene die Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen, ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen. Unser medizinischer Nachwuchs, die Mitglieder der Selbstverwaltung und die Politik müssen deutlich erkennen, worin der Wert unserer Körperschaft liegt. Es sind die niedergelassenen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, die die Last der Versorgung tragen. Für sie müssen wir verlässliche und nachvollziehbare Rahmenbedingungen schaffen – und dafür klare Positionen in der Diskussion mit den Partnern der Selbstverwaltung und der Politik beziehen.“

Die Satzung der KBV sieht vor, dass ein neu gewähltes Vorstandsmitglied sein Amt unmittelbar nach der Wahl antritt, sodass Dr. Hofmeister zeitgleich aus seinem Amt als stellvertretender Vorsitzender der KVH ausgeschieden ist. Bis zur Nachbesetzung führt der KVH-Vorsitzende Walter Plassmann die KVH allein. | *jk*

Prof. Dr. Karsten Sydow wird Chefarzt im Albertinen

Prof. Dr. Karsten Sydow wird im Mai die Nachfolge von Dr. Peter Kremer als Chefarzt der Klinik für Kardiologie im Albertinen Herz- und Gefäßzentrum am Standort Albertinen-Krankenhaus antreten, der aus Altersgründen aus dem Unternehmen ausscheidet.

Kremer führte die kardiologische Klinik seit 1991 und hat die Herzmedizin bei Albertinen und darüber hinaus maßgeblich geprägt. Sydow war bis dato stellvertretender Klinikdirektor und Leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemeine und Interventionelle Kardiologie am Universitären Herzzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Er hat an der Medizinischen Hochschule Hannover studiert und unter anderem im Rahmen eines zweijährigen Auslandsaufenthaltes an der Stanford University, USA, gearbeitet. | *hüb*



Dr. Karsten Sydow

Gratulation

zum 75. Geburtstag

- 13.05. **Prof. Dr. med. Otto Henning Wegener**
Facharzt für Radiologie
- 13.05. **Gudrun Wolf**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.05. **Dr. med. Isa Koehn-Ohlsen**
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Fachärztin für Nervenheilkunde

zum 70. Geburtstag

- 20.04. **Dr. med. Veronika Hasselbarth**, Ärztin
- 20.04. **Dr. med. Horst Lorenz**, Arzt
- 25.04. **Dr. med. Bärbel Hillebrand**, Ärztin
- 25.04. **Ramon Kay**, Arzt
- 29.04. **Josef Pille**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 05.05. **Dr. med. Sabine Thesenfitz**, Ärztin
- 06.05. **Dr. med. Werner Fritz**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 09.05. **Dr. med. Thomas Schattauer**
Facharzt für Orthopädie
- 12.05. **Dr. med. Michael Funck**
Facharzt für Innere Medizin

zum 65. Geburtstag

- 16.04. **Dr. med. Jens Fischer**
Facharzt für Innere Medizin
- 17.04. **Dr. med. Cornelia Gehlhoff-Weiser**
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 20.04. **Prof. Dr. med. Karl-Heinz Kuck**
Facharzt für Innere Medizin
- 24.04. **Leonor Nicolas Monesma**, Ärztin
- 01.05. **Tomasz Kowalczyk**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 07.05. **Arlindo Riso**, Arzt
- 07.05. **Dr. med. Heimo Runge**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 08.05. **Dr. med. Jürgen Rehder**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 10.05. **Prof. Dr. med. Jürgen Stettin**, Arzt
- 13.05. **Dr. med. Jürgen Hauer**
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Orthopädie
- 14.05. **Dr. med. Helga Steinmüller**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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. Jürgen Dretzki

Facharzt für Innere Medizin

*19.06.1941 † 27.01.2017

Angelika Luetkens, Ärztin

*12.07.1949 † 10.02.2017

Dr. med. Caroline Kressel-Firnrohr

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

*12.04.1958 † 13.02.2017

Dr. med. Dieter Schnelle

Facharzt für Radiologie

*16.01.1922 † 18.02.2017

Dr. med. Harro Ammermann

Facharzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

*13.10.1941 † 22.02.2017

Behandlungsfehler: Zahlen weiter leicht rückläufig

Die Bundesärztekammer stellte am 23. März die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen aus ganz Deutschland vor. Die Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern erreichten im Jahr 2016 für Hamburg 414 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern (2015: 437). 228 Fälle aus dem Kammerbereich Hamburg mit 260 Antragsgegnern (Ärzte, Abteilungen) wurden mit einer Entscheidung über die geltend gemachten Schadenersatzansprüche abgeschlossen. Davon entfielen 194 Verfahren auf den Krankenhausbereich (2015: 195) und 66 auf den niedergelassenen Bereich (2015: 92). Der Prozentsatz der begründeten Ansprüche lag 2016 bei 21,5 Prozent (2015: 21,3 Prozent). Die häufigsten Krankheiten, die 2016 in Hamburg zur Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Arthrosen, lumbale Bandscheibenschäden und Frakturen. Mehr als die Hälfte der Fehlerarten betrafen die Bereiche operative Therapie und allgemeine Diagnostik (bildgebende Verfahren, Labor/Zusatzuntersuchungen). Die Ärztekammern Hamburg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind Träger der norddeutschen Schlichtungsstelle. Anhand einer gutachterlichen Stellungnahme werden – unabhängig von den Kammern – der Vorwurf eines Behandlungsfehlers und etwaige Ansprüche auf Schadenersatz überprüft. Das Verfahren ist für den Patienten kostenlos (siehe auch S. 33). | *ti*



Aufklärung Im Mai findet die bundesweite Aktionswoche Alkohol statt. Sie klärt über die Gefahren eines übermäßigen Konsums auf. Ärztinnen und Ärzten kommt dabei eine besonders wichtige Rolle zu.

Präventionskampagne: *Kein Alkohol unterwegs*

Alkoholisiert ans Steuer oder aufs Fahrrad? Besser nicht! Fast 17.000 Verletzte und 256 Tote gibt es jährlich durch Alkoholunfälle. Schwerpunkt der bundesweiten Aktionswoche „Alkohol? Weniger ist besser!“ ist deshalb 2017 das Thema „Kein Alkohol unterwegs!“ Die Aktionswoche Alkohol findet alle zwei Jahre statt. Vom 13. bis 21. Mai 2017 wird die Aktionswoche bereits zum sechsten Mal aufgelegt. Sie ist eine Präventionskampagne, bei der neun Tage lang engagierte Menschen im ganzen Bundesgebiet Veranstaltungen und Aktionen anbieten: Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Fachleute von Beratungsstellen, Fachkliniken und aus der Suchtprävention, Ärzte, Apotheker und Menschen, die in Vereinen und in Kirchen aktiv sind. Schirmherrin ist die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler.

Ärztinnen und Ärzten kommt dabei eine besonders wichtige Rolle zu. Als neutrale Kontaktpersonen können sie im Gespräch mit Patienten über Alkohol, die Risiken des Konsums und über die Wechselwirkungen von Medikamenten und Alkohol informieren – natürlich vertraulich. Wer weiß schon, dass zu viel Alkohol nicht nur der Leber schadet, sondern auch Herz- und Kreislauferkrankungen wahrscheinlicher macht und das Krebsrisiko erhöht? Dass Alkohol die Wirkung von blutdrucksenkenden Mitteln verstärken kann? Oder dass das ersehnte kühle Bier nach dem Sport den Körper entwässert und den Muskelaufbau hemmt? Vielen, die regelmäßig Alkohol trinken, ist gar nicht bewusst, dass sie bereits ihrer Gesundheit schaden. Genau deshalb ist die Information so wichtig.

Untersuchungen zeigen, dass ein aufklärendes Gespräch viele Betroffene motiviert, den Alkoholkonsum zu verringern oder sogar zu beenden. Wissenschaftlich gesicherte Informationen stellt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bereit. Sie liefert kostenfrei Plakate, Broschüren und einen Selbsttest als Z-Card, ein Faltblatt im Scheckkartenformat, das ausgelegt und abgegeben werden kann. Wer die Materialien in seiner Praxis auslegen möchte, kann sie unter www.aktionswoche-alkohol.de/fuer-veranstalter/materialien/materialansicht/ ansehen und bestellen. Auch in Hamburg gibt es eine Reihe von Veranstaltungen. So findet etwa die Eröffnungsveranstaltung unter anderem mit Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks am 15. Mai 2017 in der Patriotischen Gesellschaft statt. Es soll in der Aktionswoche außerdem Peer-Einsätze in Fahrschulen geben, Infoveranstaltungen für Eltern und von Selbsthilfegruppen und vieles mehr – dazu gehört auch ein Trink-Kompass, ein Online-Tagebuch zum eigenen Alkoholkonsum. Das Hamburger Programm, das von der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. koordiniert wird, finden Sie unter www.aktionswoche-hamburg.de. | *san*

Ärzttekammer wirbt für *MFA-Nachwuchs*



Marina Stech aus dem Referat Medizinische Fachangestellte der Ärztekammer Hamburg im Gespräch mit Interessierten auf der „Messe Einstieg“

Medizinische Fachangestellte (MFA) werden händeringend gesucht. Deshalb hat die Ärztekammer Hamburg auch in diesem Jahr wieder an ihrem Stand auf der „Messe Einstieg“ Ende Februar in den Hamburger Messehallen für den Beruf geworben. Die Messe richtet sich an Schülerinnen und Schüler, junge Berufstätige sowie an Studienabbrecher. An den zwei Messetagen kamen rund 32.000 Job-suchende zu 360 Ausstellern, um sich zu informieren.

Am Stand der Ärztekammer herrschte reger Andrang. Die Kolleginnen aus der Abteilung MFA führten über 260 Gespräche mit jungen interessierten Menschen, Eltern, aber auch Lehrerinnen und Lehrern. So konnten auch Kontakte zu Schulen geknüpft werden, um später den

Beruf der MFA an den jeweiligen Stadtteilschulen im Rahmen von Berufsinformationstagen vorzustellen. Sehr häufig wurde die Problematik thematisiert, dass den jungen Schülerinnen und Schülern kaum die Möglichkeit geboten wird, im Rahmen eines Schülerpraktikums (in der Regel zwei Wochen) den Beruf der MFA kennenzulernen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die Praktikumsplätze anbieten möchten, sich aber unsicher sind, welche rechtlichen Vorgaben zu beachten sind, können sich in der Abteilung MFA unter Tel. 20 22 99-250 Montag bis Mittwoch, von 8.30 bis 15 Uhr, und Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8.30 bis 12 Uhr beraten lassen oder eine E-Mail an med_fa@aekhh.de schicken. | ti, rs

Verloren

- D 0720 Prof. Dr. med. Dirk Arnold
27.04.2016
- C 8894 Julius Bloch
28.10.2014
- C 2578 Valeska Katinka Buder
05.08.2009
- C 9235 Dr. med. Emine Cetin
02.04.2015
- C 8853 Dr. med. Janine Linette
De Menezes Finck
03.09.2014
- C 1105 Christoph von Domarus
20.12.2007
- B 6554 Dr. med. Michael Duchscherer
14.01.2003
- B 9308 Dorothea S. Hory
07.12.2005
- C 7214 Barbara Kaulen
13.08.2013
- C 129 Barbara Koziej
04.12.2006
- C 3802 Dr. med. Detlef Lender
04.10.2010
- C 3367 Julia Mensching
04.05.2010
- Dr. med. Marco Pontt Poppa
ausgestellt von ÄK Niedersachsen
- C 2410 Dr. med. Bettina Rickmann
20.05.2009
- D 1274 Dr./Univ. Budapest
Matthias Theden-Schow
10.10.2016

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

Gefunden

Selbst ist die Laus

Es ist ja eine gute Sache, wenn die Menschen auf der Welt (wieder) enger zusammenrücken – zumindest aus Sicht der gemeinen Kopflaus. Vor allem Selfies sind eine ganz wunderbare Sache für die possierlichen Tierchen. Wo sie gehen und stehen stecken Teenager ihre Köpfe bzw. Haare, der bevorzugte Wohnort der Laus, zusammen und lichten sich und ihre heimlichen Mitbewohner ab. Sehr zum Leidwesen des zuständigen Pflegepersonals, das glaubte, Zeiten stetig wiederkehrender Entlausungsprozeduren hinter sich gelassen zu haben. Die „Apotheken Umschau“ berichtet, dass vor allem Mädchen immer häufiger vom Parasitenbefall betroffen sind. Lange Haare sollten erst nach Auszug aus dem Elternhaus erlaubt sein. | ti



Montgomery: Ärzte gesetzlich vor Gewalt schützen

Die Bundesärztekammer fordert einen größeren Schutz für Ärzte und Angehörige von Gesundheitsberufen vor Gewalt und tätlichen Angriffen. Ein von der Bundesregierung eingebrachter Gesetzesentwurf müsse in diesem Punkt erweitert werden, heißt es in einem Schreiben von BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery an Bundesjustizminister Heiko Maas. Der Gesetzesentwurf zur Änderung des Strafgesetzbuchs – Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften – sieht härtere Strafen für Angriffe insbesondere auf Polizisten sowie Hilfskräfte der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes und der Rettungsdienste vor. „Die Regelung umfasst allerdings nicht Ärztinnen und Ärzte, die im organisierten ärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst Hilfe bei Unglücksfällen, bei gemeiner Gefahr oder Not leisten“, kritisiert Montgomery. Ebenfalls nicht erfasst seien Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der Gesundheitsberufe in Krankenhäusern oder Praxen. Der vom Gesetz erfasste Personenkreis sollte entsprechend vergrößert werden. | *hüb*

Berufscoaching „Soft-Skills“ für Ärztinnen

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) plant spezielle Berufscoaching-Seminare zu den sogenannten „Soft Skills“ für Ärztinnen aller Berufsgruppen für Herbst 2017. Die Teilnahme ist offen für alle Ärztinnen, auch für interessierte Nichtmitglieder des DÄB. Bei der unverbindlichen Anmeldung sind persönliche Themenwünsche willkommen und Mehrfachnennung möglich. Danach werden die Schwerpunkte festgelegt. Im Mittelpunkt stehen folgende Themen:

- Kommunikations- und Konflikttraining. Wie setze ich eine Gehaltserhöhung/ Beförderung etc. durch?
- Selbstbewusstsein verbessern, öffentliches Auftreten versus soziale Scheu
- Beruflich-praktische Karriereplanung. Was ist wichtig?
- Typisch weibliche Schwächen und Stärken beim beruflichen Auftritt
- Referentinnenschulung

Unverbindliche Rückmeldungen bei Interesse bis zum 26. April unter E-Mail: reitz.s@freenet.de | *hüb*



Lokalmatadore: Der Bergedorfer Kammerchor singt am 17. Juni unter dem Titel „Die Geburt der Venus“ Werke von Fauré, Cornelius, Wagner u. a.

Bergedorfer Musiktage starten im Mai eine Konzertreihe

Die Bergedorfer Musiktage locken seit 15 Jahren mit einer Vielzahl an klassischen Konzerten und Aufführungen Besucher in teils besondere Spielorte in und außerhalb Bergedorfs. Der Vorverkauf für die 24 Veranstaltungen vom 13. Mai bis zum 22. Juli läuft bereits. Händel, Mozart, Verdi, Bach und Tschaiowski – wieder stehen die Klassiker auf dem Spielplan. Das Eröffnungskonzert in der Kirche St. Petri und Pauli in Bergedorf am Sonntag, 21. Mai, um 18 Uhr ist „Missa Gloria“, interpretiert von der Hamburger Camerata und der Bergedorfer Kantorei. Am Samstag und Sonntag, 15./16. Juli, ist die komplette Oper „La Traviata“ im Haus im Park mit der Europäischen Kammerphilharmonie zu hören.

Außerdem erwarten die Besucher eine Schifffahrt mit Konzert im Licht der Elbphilharmonie, ein Ballettabend mit dem Bundesjugendballett von John Neumeier und vielfältige Arien aus Operette und Opernwelt. Es gibt besondere Aufführungsorte: Am Pfingstsonntag, 4. Juni, singt z. B. John Thade Lieder aus Operette und Film in der Wein- und Friesenstube Arne Meyer in Ochsenwerder. Weitere Konzerte finden in der Villa Dobbertin oder dem Bismarck-Mausoleum statt.

Karten gibt es an allen Vorverkaufsstellen sowie über www.ticketonline.de. Mehr Infos und Programm unter www.bergedorfer-musiktage.de. | *hüb*

ABS-Curriculum: Qualität der Antibiotikatherapie sichern

„Antibiotic Stewardship“ (ABS) steht für ein Maßnahmenbündel, das die Qualität der Antibiotikatherapie verbessert. Strukturierte ABS-Aktivitäten sind notwendig, um die Resistenzentwicklung als globale Herausforderung bewältigen zu können.

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie hat in Abstimmung mit anderen Fachgesellschaften 2013 die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaawendungen im Krankenhaus“ veröffentlicht. In Akutkliniken wird darin ein interdisziplinäres ABS-Team zur Umsetzung rationaler Antibiotikatherapie gefordert. Die Mitglieder des ABS-Teams – ein Infektiologe, Apotheker, Mikrobiologe, Krankenhaushygieniker – müssen fortgebildet sein. Das von der Bundesärztekammer 2016 verabschiedete Curriculum „Antibiotic Stewardship“ bietet Ärzten, die in klinischen Einrichtungen tätig sind, die Möglichkeit, sich zum ABS-beauftragten Arzt (Modul 1) qualifizieren zu lassen. Dieses Curriculum stellt eine befristete Übergangslösung dar, bis ausreichend qualifizierte Fachärzte zur Verfügung stehen. Inhalte sind u. a. Grundlagen der Antiinfektiva, Pharmakokinetik, Arzneimittelwirkung und -wechselwirkung, Mikrobiologie, Epidemiologie und Infektionsmanagement.

Diese Fortbildung wird bis Ende 2019 finanziell gefördert und 2017 erstmalig in Hamburg angeboten. Der nächste Termin ist vom 15. Mai bis zum 19. Mai 2017 (Montag bis Freitag) jeweils von 9 bis 16.30 Uhr. Anmeldungen unter www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html. | *hüb*

Übergangsphase Die Bibliothek des Ärztlichen Vereins schließt zum 30. April 2017 – einige Monate früher als erwartet. Mitglieder der Ärztekammer können künftig das Leistungs- und Serviceangebot der Kooperationspartner Staats- und Universitätsbibliothek und Ärztliche Zentralbibliothek nutzen.

Von *Dorthe Kieckbusch*

Neuer Bibliotheksservice für Ärzte

Im September 2016 hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg entschieden, mit der Staats- und Universitätsbibliothek (SUB) und der Ärztlichen Zentralbibliothek (ÄZB) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zu kooperieren und den eigenständigen Betrieb der Bibliothek des Ärztlichen Vereins (BÄV) in Trägerschaft der Kammer bis Ende 2017 einzustellen.

Da inzwischen erfreulicherweise fast alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BÄV eine Weiterbeschäftigung gefunden haben, wurden Öffnungszeiten und Leistungsangebot an die personelle Situation angepasst. Die BÄV ist noch Dienstag und Donnerstag von 10 bis 13 Uhr geöffnet. Rückgaben können außerhalb der Öffnungszeiten und nach Schließung der BÄV über die Rückgabebox im 2. Stock der SUB im Hauptgebäude zu den Öffnungszeiten der SUB jederzeit erfolgen. Die BÄV schließt zum 30. April 2017.

Historischer Altbestand bleibt erhalten

Die Kooperation mit der SUB beinhaltet, dass die wertvollen Bestände der BÄV als „Historische Bibliothek des Ärztlichen Vereins“ in die Abteilung Sondersammlungen der SUB aufgenommen und als solche im Katalog kenntlich gemacht werden. Zudem übernimmt die SUB spezielle Sammlungen. Entsäuerte Bücher und die durch den Förderverein restaurierten Bücher gehen ebenfalls in den SUB-Bestand über.

So bleibt neben dem historischen Altbestand ein weiterer bedeutender Teil des Gesamtbestands der BÄV erhalten und ist sowohl der Ärzteschaft als auch der interessierten Öffentlichkeit weiterhin zugänglich. Dafür müssen die Bestände in die SUB überführt und dort eingearbeitet werden. In dieser Zeit stehen sie nicht zur Verfügung.

Service von SUB und ÄZB

Mitglieder der Ärztekammer Hamburg können zukünftig das umfassende Leistungs- und Serviceangebot von SUB und ÄZB nutzen. Die Gebühr beträgt jährlich 20 Euro und berechtigt zur Nutzung der Bibliotheken an staatlichen Hamburger Hochschulen vor Ort. Zur Förderung der Fortbildungsmöglichkeit der Kammermit-

glieder im Selbststudium übernimmt die Ärztekammer Hamburg diese Jahresgebühr (siehe Kasten).

Serviceangebot der SUB

Die SUB bietet Nutzerinnen und Nutzer mit über 3,6 Mio. Printmedien (davon über 6.000 laufend gehaltene Zeitschriften und Zeitungen) sowie über 840.000 elektronischen Medien (davon über 66.000 laufend gehaltene Zeitschriften und Zeitungen) ein großes bibliothekarisches Angebot. Hinzu kommen ein umfangreiches Angebot an elektronischen Datenbanken und ein Digitalisierungsservice in der hauseigenen Medienwerkstatt. Die Literaturbestellung zur Ausleihe, einschließlich Fernleihe und Kopierendirektversand, ist über die Webseite der SUB rund um die Uhr, Abholung und Rückgabe täglich bis 24 Uhr möglich. Die bibliothekarische Auskunft im Informationszentrum ist fast während der gesamten Öffnungszeiten mit Ansprechpartnern (-innen) besetzt, die Sie bei Fragen zu den Katalogen, zur Fernleihe und bei der Suche nach Literatur unterstützen und beraten.

Öffnungszeiten: 105 Stunden pro Woche, täglich von 9 bis 24 Uhr, Sa. und So. von 10 bis 24 Uhr. Mehr unter www.sub.uni-hamburg.de.

Serviceangebot der ÄZB

Auch die ÄZB als zentrale Fachbibliothek der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg bietet ein breites Spektrum an Recherchemöglichkeiten. Mehr als 300.000 Printmedien

und eBooks, 50.000 eJournals – darunter 5.000 mit medizinischem Inhalt – und zahlreiche Datenbanken stehen zur Verfügung. Der größte Teil des Buchbestands der ÄZB kann entliehen werden. Für Bestellungen von Literatur, die in der ÄZB nicht vorhanden ist, steht der Service der Fernleihe der SUB zur Verfügung. **Öffnungszeiten: 98 Stunden pro Woche, täglich von 8 bis 22 Uhr (einschließlich Sa. und So.), mehr unter www.uke.de/aezb.**

Zeitschriftenaufsatzkopien

SUB und ÄZB arbeiten beim Kopienversand mit dem Lieferdienst Subito zusammen. Der Lieferdienst ist gebührenpflichtig, eine Registrierung bei Subito ist notwendig. Die Bearbeitungszeit beträgt drei Werktage plus Versandwege, im Eildienst 24 Stunden. Die Lieferung des Artikels erfolgt als PDF-Dokument mittels Mailanhang und im Falle eines entsprechenden elektronischen Verlagsangebots als Hardcopy per Post. Weitere Infos liefert die Homepage der SUB unter dem Stichwort „Subito“.

Fortbildungen zur Recherche

Zur Unterstützung Ihrer Recherchen werden SUB sowie ÄZB exklusive Einführungsveranstaltungen für Kammermitglieder anbieten: am 14. Juni 2017 (keine Anmeldung erforderlich) in der SUB, am 21. Juni und 28. Juni in der ÄZB (Anmeldung per E-Mail: aezb-schulung@uke.de), jeweils von 17 bis 19 Uhr.

Dorthe Kieckbusch, Referentin der Geschäftsführung der Ärztekammer Hamburg

So erhalten Kammermitglieder einen neuen Bibliotheksausweis

Wenn Sie einen Bibliotheksausweis mit Kostenübernahme der Jahresgebühr durch die Ärztekammer beantragen möchten, erhalten Sie diesen ausschließlich bei der SUB:

1. Registrierung bei der SUB: Bitte registrieren Sie sich bei der SUB mittels Webformular auf der Homepage www.sub.uni-hamburg.de/service/leihen-liefern/bibliotheksausweis.html.

2. Einwilligungserklärung ausfüllen: Unter www.aerztekammer-hamburg.org/bibliothek.html erhalten Sie einen Vordruck dazu. Bitte diesen ausgefüllt zur Abholung mitbringen.

2. Abholung: Sie erhalten den Ausweis in der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky (SUB), Von-Melle-Park 3, 20146 Hamburg. Wichtig: Bei der Abholung – nur dort – weisen Sie bitte darauf hin, dass Sie Ärztekammermitglied sind. Bringen Sie bitte einen gültigen deutschen Personalausweis oder Reisepass mit Nachweis über einen Wohnsitz in Deutschland mit, und geben Sie zum Nachweis Ihrer Mitgliedschaft Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) an.

Differenzialdiagnose *des roten Auges*

Genau hingeschaut Eine immer wieder gestellte ophthalmologische Diagnose ist das „rote Auge“. Der entzündliche Reiz kann zahlreiche Auslöser haben. Um sich im Diagnose-Dschungel zurechtzufinden, hier eine Auflistung der Top Ten der Erkrankungen, die zugrunde liegen können,

Von Prof. Dr. Nicole Stübiger,
Prof. Dr. Frank Schüttauf,
Dr. Maximilian Schultheiß,
Prof. Dr. Martin Spitzer

Eine der häufigsten ophthalmologischen Diagnosen ist das „rote Auge“. Jedoch handelt es sich hierbei lediglich um die Beschreibung eines entzündlichen Zustands am Auge, ohne jeglichen Hinweis auf Ernsthaftigkeit und Ätiologie. Hervorgerufen wird dieser durch einen nicht näher definierten Reiz, woraufhin eine konjunktivale Injektion durch Dilatation der oberflächlichen Bindehautgefäße ausgelöst wird. Der entzündliche Reiz selbst kann von allen Teilen des Auges, aber auch von benachbarten Strukturen, wie den Lidern oder der Tränen-drüse, ausgehen.

Die Differenzialdiagnose des roten Auges erscheint endlos, ursächlich kommt von der banalen Konjunktivitis bis zur Endophthal-

mitis alles infrage. Im Extremfall kann sich hinter einem roten Auge sogar eine Sinus-cavernosus-Fistel verbergen.

Die meisten Ursachen sind erfreulicherweise harmloserer Natur und gut therapierbar. Differenzialdiagnostisch muss vor allem an die Konjunktivitis, die korneale Erosio, die Keratitis, das Glaukom, die Uveitis und die Skleritis gedacht werden. Auch Traumata können ein rotes Auge auslösen, häufige Ursachen hierfür sind sub tarsale bzw. extraokulare Fremdkörper und Verätzungen durch Chemikalien.

Da die Differenzialdiagnose des roten Auges derart vielfältig ist, sollen in diesem Artikel lediglich die häufigsten Ursachen herausgegriffen werden (Tab. 1).

Tab.1: Die Top Ten – ausgewählte Differenzialdiagnosen des roten Auges

Erkrankung	Zeichen	Symptome	Ursachen
Konjunktivitis	Visus: erhalten, Lider: ödematös Konjunktiva: Hyperämie Hornhaut: meist unbeteiligt Vorderkammer: unbeteiligt Pupille: Lichtreaktion erhalten	initial meist monolateral, Epiphora, Blepharospasmus, Fremdkörpergefühl bis hin zu Schmerzen, Juckreiz, verklebte Wimpern	bakteriell (z. B. Staphylokokken), viral (z. B. Adenoviren), allergisch (z. B. saisonale [Rhino-]Konjunktivitis), Keratokonjunktivitis sicca durch fehlerhafte Zusammensetzung des Tränenfilms, z. B. beim Sjögren-Syndroms, im Rahmen einer Allergie
Hyposphagma	Visus: erhalten, Lider: unbeeinflusst Konjunktiva: mit mehr oder weniger demarkiertem roten Areal Hornhaut: unbeteiligt Vorderkammer: unbeteiligt Pupille: Lichtreaktion erhalten	monolateral, evtl. leichtes Fremdkörpergefühl, keine Schmerzen	spontane Ursachen: starkes Husten, arterieller Hypertonus, arteriosklerotische Gefäße traumatische Ursachen: Fremdkörperverletzung, Contusio bulbi, perforierende Verletzungen
Hordeolum/ Chalazion	Visus: erhalten, Lider: betroffenes Lid ödematös mit umschriebener erythematöser Schwellung Konjunktiva: Hyperämie Hornhaut: meist unbeteiligt Vorderkammer: unbeteiligt Pupille: Lichtreaktion erhalten	mono- und bilateral, evtl. Fremdkörpergefühl, Schmerzen	bakteriell (z. B. Staphylo- oder Streptokokken)
Erosio corneae und Fremdkörper	Visus: evtl. leicht reduziert, Lider: ödematös Konjunktiva: Hyperämie Hornhaut: Fluorescein-Färbung zeigt Erosio corneae mit eventuell persistierendem Fremdkörper Vorderkammer: u. U. zelluläre Reaktion Pupille: häufig Reizmiosis	monolateral, Blepharospasmus, Epiphora, Fotophobie, Fremdkörpergefühl, starke Schmerzen	direktes Trauma, z. B. durch Fingernagel, Fremdkörper, Kontaktlinsen
Keratitis	Visus: reduziert, Lider: ödematös Konjunktiva: Hyperämie Hornhaut: korneale Trübung/Ödem, entzündliches Infiltrat sichtbar als „weißer Fleck“, korneale Ulzeration Vorderkammer: u. U. Hypopyon mit zellulärer Reaktion Pupille: bei ausgeprägten Befunden Reizmiosis	meist monolateral, Blepharospasmus, Epiphora, Photophobie, Fremdkörpergefühl, starke Schmerzen	bakteriell (z. B. Staphylokokken), viral (z. B. Herpes-simplex-Virus), Superinfektion nach kornealer Abrasion nach Fremdkörperverletzung, Kontaktlinsen, autoimmunologische Ursachen (z. B. rheumatisches Randulcus)
Episkleritis	Visus: erhalten, Lider: unbeeinflusst Konjunktiva: Hyperämie diffus oder demarkiert, evtl. nodulär verändert Hornhaut: unbeteiligt Vorderkammer: unbeteiligt Pupille: Lichtreaktion erhalten	meist monolateral, Seite kann wechseln, geringer Schmerz	autoimmunologische Veränderung, meist idiopathisch, selten systemische Erkrankungen wie HLA-B27-positive Erkrankungen
Skleritis	Visus: erhalten, evtl. leicht reduziert, Lider: unbeeinflusst Konjunktiva: Hyperämie diffus oder demarkiert, evtl. nodulär verändert Hornhaut: möglicherweise korneale Ulzeration Vorderkammer: unbeteiligt Pupille: Lichtreaktion erhalten	meist monolateral, Seite kann wechseln, starker Schmerz	autoimmunologische Veränderung, systemische Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis, Wegner Granulomatose, HLA-B27-positive Erkrankungen, Sarkoidose, Tuberkulose, Syphilis, Borreliose
Uveitis anterior	Visus: reduziert, Lider: unbeeinflusst Konjunktiva: Hyperämie Hornhaut: korneale Rückflächenbeschläge Vorderkammer: zelluläre Reaktion Pupille: Reizmiosis, evtl. hintere Synechien (Verklebungen zwischen Iris und Linse)	mono- und bilateral, Blepharospasmus, Epiphora, Fotophobie, dumpfe, starke Schmerzen	autoimmunologische Veränderung, systemische Erkrankungen wie HLA-B27-positive Erkrankungen, Sarkoidose, Tuberkulose, Syphilis, Borreliose
Akutes Winkelblockglaukom	Visus: deutlich reduziert, Lider: unbeeinflusst Konjunktiva: Hyperämie, Hornhaut: ödematös Vorderkammer: flach Pupille: mittelweit, u. U. entrundet, Lichtreaktion stark reduziert	monolateral, Blepharospasmus, Epiphora, Fotophobie, sehr starke Schmerzen	Obstruktion Kammerwasserabfluss durch Verlegung des Kammerwinkels mit nachfolgender massiver Erhöhung des intraokularen Drucks
Endophthalmitis	Visus: reduziert, Lider: unbeeinflusst bis ödematös Konjunktiva: Hyperämie Hornhaut: unbeeinflusst bis ödematös Vorderkammer: u. U. Hypopyon mit zellulärer Reaktion Pupille: bei ausgeprägten Befunden Reizmiosis, evtl. hintere Synechien	monolateral, Blepharospasmus, Epiphora, Fotophobie, sehr starke Schmerzen	mikrobielle Entzündungen, besonders Bakterien und Candida-Spezies, nach perforierenden Traumen, aber auch fortgeleitete endogene Infektionen (hämatogene Streuung)



Abb. 1: Ausgeprägte Blepharokonjunktivitis



Abb. 2: Gigantopapilläre Konjunktivitis (GPC)



Abb. 3: Chemose der Bindehaut

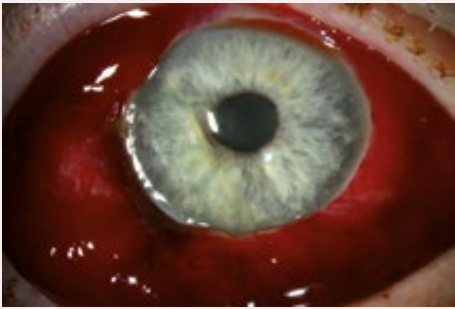


Abb. 4: Hyposphagma (Unterblutung der Bindehaut)



Abb. 5: Hordeolum externum



Abb. 6: Unterlid-Chalazion

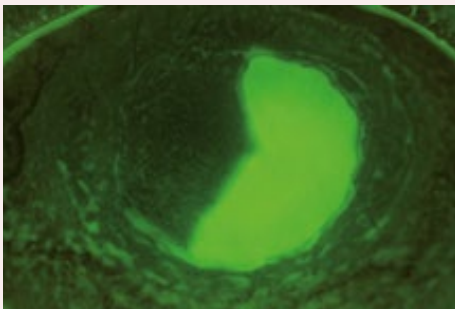


Abb. 7: Erosio corneae (der oberflächliche Defekt der Hornhaut erscheint in der Spaltlampenbetrachtung mit Blaulichtfilter und nach Anfärbung mit Natrium-Fluoreszein als gelbliches Areal)

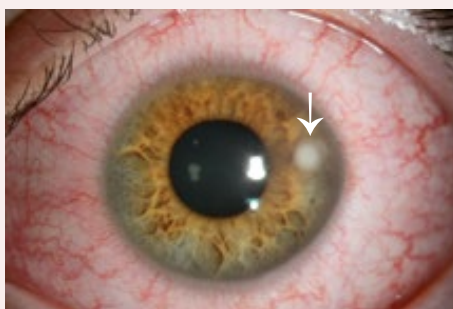


Abb. 8: Oberflächliches Hornhautinfiltrat (weißer Pfeil)



Abb. 9: Hornhautulkus mit sterilem Hypopyon. Eiteransammlung (unterhalb des weißen Pfeils) am Boden der Vorderkammer

Konjunktivitis

Bei der Konjunktivitis handelt es sich mit Abstand um die häufigste Ursache für den Zustand des roten Auges. Wichtig ist hier die Unterscheidung zwischen den infektiösen und den nicht-infektiösen Formen (Tab. 1) (3, 4, 8, 12). Patienten mit einer Konjunktivitis klagen selten über eine Visusreduktion, auch Schmerzen werden meist verneint. Neben der typischen Injektion der konjunktivalen Gefäße finden sich gehäuft Schwellungen der Lider mit Sekretabsonderungen und verkrusteten Wimpern. Die Betroffenen berichten von Fremdkörpergefühl, juckenden und brennenden Augen, eventuell in Kombination mit einer Epiphora und/oder einer Fotophobie. Bei gleichzeitig bestehender Entzündung der Lidränder spricht man auch von einer Blepharokonjunktivitis (Abb.1). Folgende Formen kommen bei den nicht-infektiösen Konjunktivitiden infrage:

Die unspezifische Konjunktivitis kann durch umweltbedingte Reize wie eine staubige Umgebung oder auch durch ein trockenes Auge, z. B. im Rahmen eines Sjögren Syndroms, hervorgerufen werden. Das Kardinalsymptom betroffener Patienten ist ein ausgeprägtes Fremdkörpergefühl, auch ein retrobulbäres Druckgefühl wird häufig angegeben. Klagen Betroffene über einen starken Juckreiz, ist die Diagnose einer allergischen Konjunktivitis sehr wahrscheinlich. Dazu gehört ein weites Spektrum unterschiedlicher Krankheitsbilder, das von der saisonalen (Rhino-) Konjunktivitis über die problematisch verlaufende Keratokonjunktivitis vernalis bis zur atopischen Keratokonjunktivitis reicht (7). Ursachen können auch immunmedierte Vorgänge sein, ausgelöst z. B. durch Ablagerungen denaturierter Proteine auf Kontaktlinsen oder auf Augenprothesen. Aufgrund der bei diesem Krankheitsbild typischen pflastersteinähnlichen Veränderungen an der Konjunktiva tarsi

des Oberlids wird diese Form Gigantopapilläre Konjunktivitis genannt (Abb. 2). Typischerweise kann bei den allergischen Formen zusätzlich ein Bindehautödem (Chemose) (Abb. 3) auftreten.

An folgende Erreger sollte bei den infektiösen Konjunktivitiden gedacht werden:

Im Vordergrund stehen die bakteriellen Infektionen. Häufige Erreger sind Staphylokokken, Streptokokken oder auch *Hämophilus influenzae*.

Zusätzlich spielen Chlamydien eine wichtige Rolle. Die Chlamydien A–C verursachen das in unseren Breitengraden nicht mehr vorkommende Trachom. Chlamydien der Gruppe D–K dagegen sind wichtige Erreger der Einschlusskörperchen-Konjunktivitis, deren Diagnosesicherung heute mittels einer Polymerase-Kettenreaktion (PCR) erfolgt. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Chlamydien eine okulogenitale Infektion auslösen und die Betroffenen auch eine sys-

temische Antibiose erhalten sollten. Bei den viralen Konjunktividen steht die Keratokonjunktivitis epidemica (KCE) im Vordergrund (5). Adenoviren vom Typ 8, 19, 37 lösen die hochinfektiöse KCE („Augengrippe“) aus. Eindeutige differenzialdiagnostische Abgrenzungen zu den bakteriellen Konjunktividen gibt es klinisch erst im Verlauf der Erkrankung, wenn typische korneale Nummuli (multiple rundliche Immunkomplexablagerungen) auftreten. Zusätzlich klagen viele Patienten über Abgeschlagenheitsgefühl, die präaurikulären sowie die submandibulären Lymphknoten können vergrößert tastbar sein.

Die Diagnosesicherung erfolgt durch den Nachweis von Adenovirus-Antigenen oder viraler DNA im Konjunktivalabstrich mittels Immunfluoreszenztest, Enzymimmunoassay oder auch Latex-Schnelltests bzw. Nukleinsäureamplifikationstests. Zudem können einige Labore eine Virusisolierung durchführen. Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 7 unterliegt der direkte Nachweis von Adenoviren im Konjunktivalabstrich der namentlichen Meldepflicht (5).

Therapie: Bei den infektiösen Verlaufsformen, ganz besonders bei der sehr virulenten KCE, sollte immer daran gedacht werden, dass die Ansteckungsgefahr sehr hoch ist und die Patienten dringend darauf aufmerksam gemacht werden müssen, entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zu ergreifen.

Die lokale Therapie gestaltet sich sehr vielfältig. Während bei den bakteriellen Konjunktividen erregerspezifische lokale Antibiotika eingesetzt werden, existiert für die KCE keine spezifische Therapie, die Behandlung erfolgt rein symptomatisch. Bei den allergischen Veränderungen stehen hochpotente lokale H1-Blocker sowie lokale Steroide zur Verfügung, bei den unspezifischen Konjunktividen, insbesondere beim trockenen Auge, eine reichliche Auswahl von Tränenersatzmitteln. Zusätzlich ist für das Sicca-Syndrom und für die Keratopathia superficialis punctata (siehe Keratitis, S. 15) ein lokales Cyclosporin-A-Präparat zugelassen.

Hyposphagma (Bindehautunterblutung)

Eine Unterblutung der Bindehaut, die lokal begrenzt ist oder aber sich unter der gesamten Konjunktiva bulbi ausbreiten kann, wird als Hyposphagma (Abb. 4) bezeichnet. Bei dieser überwiegend schmerzlosen wie auch harmlosen Veränderung platzt ohne Fremdkörpereinwirkung bzw. ohne jegliches Trauma ein Bindehautgefäß, woraufhin sich das austretende Blut subkonjunktival ausbreitet.

Therapie: Nach circa 10 bis 14 Tagen ist das Blut auch ohne therapeutische Intervention resorbiert. Sollte ein Hyposphagma häufiger ohne erkennbaren Grund auftreten, wird in

Kasuistik

Auflösung S. 17

Eine 51-jährige beklagt, dass ihr rechtes Auge seit wenigen Tagen gerötet und auch die Sehschärfe an diesem Auge etwas reduziert sei (Abb. 10). Zusätzlich habe sie seitdem anhaltende Kopfschmerzen.

Anamnestisch gibt sie keine Allgemeinerkrankungen an, auch sind bei ihr bisher keine Augenerkrankungen bekannt. Sie trage jedoch seit Kindheit wegen einer beidseitigen Weitsichtigkeit eine Brille. Eine Selbstmedikation mit einem „Weißmacher“ (rezeptfreies Produkt eines lokal zu applizierenden Sympathomimetikums) habe keine Verbesserung erbracht.



Abb. 10: Rotes Auge mit reduzierter Sehschärfe

diesem Zusammenhang der Ausschluss kardiovaskulärer Risikofaktoren empfohlen (3, 8, 12) (Tab.1).

Hordeolum/Chalazion

In den Lidkanten von Ober- und Unterlid befinden sich 3 verschiedene Arten von Drüsen: Auf dem zum Auge gewandten, inneren Teil des Lidrands befinden sich die Ausführungsgänge der Meibom-Drüsen. Bei diesen handelt es sich um Talgdrüsen, die für die Sekretion des fetthaltigen Anteils des Tränenfilms verantwortlich sind. Auf dem vom Auge abgewandten, äußeren Teil des Lidrands liegen ebenfalls talgsezernierende Drüsen, die Zeis-Drüsen. Auch die dritte Drüsenart, die schweißproduzierenden Moll-Drüsen bzw. deren Ausführungsgänge, befinden sich am äußeren Lidrand.

Bei einer akuten Infektion einer dieser Drüsen, meist durch Staphylo- oder Streptokokken, spricht man von einem Hordeolum. Entzündet sich eine Meibom-Drüse handelt es sich, entsprechend der anatomischen Lage, um ein Hordeolum internum, bei einer Entzündung einer der beiden anderen Drüsenarten, wird dies als Hordeolum externum (Abb. 5) bezeichnet. Kapselt sich der Entzündungsherd ab, entsteht eine chronisch entzündliche Veränderung, die als Chalazion (Abb. 6) bezeichnet wird (3, 8, 12).

Therapie: Bei einem Hordeolum kommt eine lokale Antibiose, oft in Kombination mit einem lokalen Steroid zum Einsatz.

Erosio corneae und Fremdkörper

Bei einer Beteiligung der Hornhaut müssen oberflächliche und tiefere Veränderungen unterschieden werden. Eine sehr typische oberflächliche Veränderung ist die Erosio

corneae (Abb. 7). Bei einer Erosion handelt es sich definitionsgemäß um den Verlust des kornealen Epithels, während die Bowman-Membran und auch das darunter liegende Stroma nicht tangiert werden (Tab. 1).

Sicherlich eine der häufigsten Ursachen für eine Erosio corneae ist ein direktes Trauma, wie eine Fingernagelverletzung, Manipulationsfehler beim Kontaktlinsentragen und auch subtarsale oder korneale Fremdkörper. Persistierende Fremdkörper müssen schnellstmöglich chirurgisch entfernt werden, besonders eisenhaltige Ablagerungen rosten, und es besteht ein hohes sekundäres Infektionsrisiko.

Patienten mit einer Beteiligung der Kornea klagen meist – im Gegensatz zu den reinen Konjunktividen – über ausgeprägte Schmerzen, da die Hornhaut sehr gut sensibel versorgt ist.

Therapie: Neben Tränenersatzmitteln ist therapeutisch eine lokale Antibiose notwendig, um eine bakterielle Superinfektion zu vermeiden. Bei sehr ausgeprägten Schmerzen kann auch eine Versorgung mit einer therapeutischen (weichen) Kontaktlinse erwogen werden (3, 8, 10,12).

Keratitis

Eine gleichzeitige entzündliche Beteiligung von Bindehaut und Hornhaut wird als Keratokonjunktivitis, eine alleinige entzündliche Veränderung der Kornea als Keratitis bezeichnet. Wie bereits im Abschnitt zuvor erwähnt, klagen auch Keratitis-Patienten über starke Schmerzen (Tab. 1).

Bei ausbleibender bzw. inadäquater Therapie oberflächlicher kornealer Infektionen (Abb. 8) kann eine tiefe Form entstehen, welche im Verlauf auch ulzerieren kann. Bei einem kornealen Ulkus (Abb. 9) ist häufig auch eine Reaktion der Vorderkam-

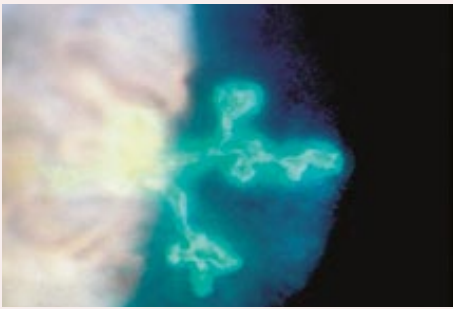


Abb. 11: Typische Dendritica-Figur der Hornhaut bei Keratitis herpetica (der oberflächliche Defekt der Hornhaut erscheint in der Spaltlampenbetrachtung mit Blaulichtfilter und nach Anfärbung mit Natrium-Fluorescein als gelbliche bäumchenartige Struktur, da die virale Infektion entlang der Nervenfasern erfolgt)



Abb. 12: Noduläre Skleritis

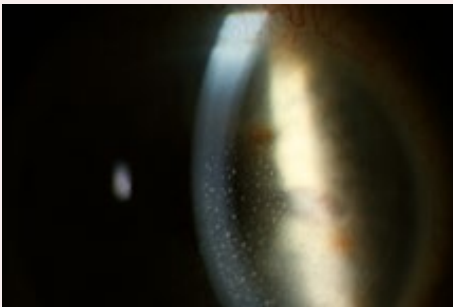


Abb. 13: Uveitis anterior mit typischen Hornhautrückflächenbeschlägen (punktförmige Lymphozytenablagerungen am kornealen Endothel)

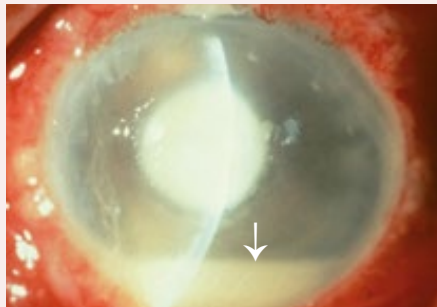


Abb. 14: Massive Endophthalmitis mit Hypopyon (weißer Pfeil)

merstrukturen zu beobachten, die sich als Vorderkammerreizzustand bis hin zu einem sterilen Hypopyon (Eiteransammlung in der Vorderkammer) darstellen kann. Eine sich an die Ulzeration anschließende Hornhaut-Perforation ist möglich und gilt als absoluter Notfall und sollte unter allen Umständen vermieden werden. Therapeutisch ist meist nur noch eine prognostisch eher ungünstige Keratoplastik à chaud (Notfallkeratoplastik) möglich (3, 8, 12).

Auch hier müssen die nicht-infektiösen von den infektiösen Veränderungen abgegrenzt werden. Zu den nicht-infektiösen Keratitiden gehören z. B. die Keratitis superficialis punctata (punktförmige Epithelerosionen), die Keratokonjunktivitis sicca, die Keratitis e lagophthalmo bei einer Fazialisparese oder auch immunologisch medierte Keratitiden, wie das rheumatische Randulcus (6).

Erreger der bakteriellen Keratitis sind vor allem Staphylokokken, Pneumokokken, Pseudomonaden und verschiedene Moraxella-Arten. Hauptsächlich durch den Herpes-simplex-Virus Typ I wird eine virale Keratitis ausgelöst (9). Es kommt zu einer typischen Veränderung der Hornhaut in Form einer bäumchenartigen Hornhautfigur (Dendritica-Figur) (Abb. 11). Auch eine Infektion des N. ophthalmicus durch das Varizella-Zoster-Virus kann eine Keratitis auslösen. Ist auch der N. nasociliaris

betroffen – kommt es zu Haut-Effloreszenzen des gleichseitigen Nasenflügels (Hutchinson-Zeichen) – so ist eine Mitbeteiligung des Auges sehr wahrscheinlich.

Sehr selten sind Pilzinfektionen der Hornhaut. Als mögliche Auslöser gelten vor allem Aspergillus und Candida albicans (8).

Vor allem bei Trägern weicher Kontaktlinsen muss bei einer therapieresistenten Keratitis an eine Protozoen-Infektion durch Acanthamoeben gedacht werden (8).

Therapie: Das therapeutische bzw. diagnostische Vorgehen ist adäquat zu dem der Konjunktivitiden. Wie bereits dort erwähnt, erfolgt die Therapie überwiegend lokal und erregeradaptiert. Sowohl bei intraokularer Erregerausbreitung als auch bei den viralen Keratitiden (9) kommen parallel häufig die jeweils systemisch wirksamen antimikrobiellen Substanzen zum Einsatz.

Episkleritis/Skleritis

Inflammatorische Veränderungen der Lederhaut werden bei der oberflächlichen Form als Episkleritis, bei der die gesamte Lederhaut betreffenden als Skleritis bezeichnet (Tab. 1). Aufgrund der engen Nachbarschaft zwischen Konjunktiva und Sklera kommt es bei den anterioren Skleritisformen zu einer Mitreaktion der bulbären konjunktivalen Gefäße, die

bei den diffusen Formen die gesamte Konjunktiva, bei den begrenzten Formen, wie bei der nodulären Skleritis (Abb. 12), nur Teile der Bindehaut betreffen kann.

Typischerweise klagen Skleritis-Patienten über eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, die bei der Episkleritis deutlich reduzierter ist. Die Ätiologie der Episkleritis bzw. der Skleritis ist zum überwiegenden Teil in autoimmunologischen Vorgängen zu suchen. Lediglich bei 10 bis 20 Prozent der Patienten findet man als Erkrankungsauslöser typische Erkrankungen wie Sarkoidose, Borreliose oder auch Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis (3, 6, 8, 11, 12).

Therapie: Die Patienten erhalten vor allem lokale, in schweren Fällen auch systemisch applizierte nichtsteroidale Antiphlogistika (11) bzw. Steroide. Bei therapieresistenten Verläufen kommen immunsuppressive Substanzen bzw. Biologika zum Einsatz (6).

Uveitis

Je nach anatomischer Lage werden 3 verschiedene Formen der Uveitis unterschieden. Bei einer überwiegend im vorderen Teil des Auges liegenden Entzündung spricht man von einer Uveitis anterior (syn. Iritis oder Iridozyklitis) (Abb. 13). Liegt der Schwerpunkt mehr auf einer Beteiligung des mittleren Augenabschnitts und des Glaskörpers, handelt es sich um eine Uveitis intermedia. Eine posteriore Uveitis bezeichnet eine entzündliche Beteiligung der Choroidea und der Retina (Tab. 1).

Typischerweise findet sich bei Patienten mit einer Uveitis anterior eine starke konjunktivale wie auch ziliare Injektion sowie eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik. Dies kommt durch die entzündliche Mitbeteiligung des Ziliarkörpers, der sehr gut sensibel versorgt ist. Dagegen verlaufen die intermediäre und die posteriore Uveitis aufgrund der fehlenden sensiblen Versorgung der Choroidea bzw. der Retina überwiegend schmerzfrei mit einer fehlenden konjunktivalen bzw. ziliaren Injektion (3, 6, 8, 12).

Therapie: Es kommen lokale, in schweren Fällen auch systemisch applizierte nichtsteroidale Antiphlogistika bzw. Steroide in Betracht. Um Verklebungen der engen Pupille mit der Linse (hintere Synechien) zu vermeiden, erhalten die Patienten zusätzlich Mydriatika, die gleichzeitig zu einer Zykloplegie und damit zur Schmerzreduktion führen. Bei therapieresistenten Verläufen sind zum Visuserhalt nicht selten systemische Immunsuppressiva bzw. Biologika indiziert (6).

Akutes Winkelblockglaukom

Da das primäre Offenwinkelglaukom (pOWG) mit einer moderaten Erhöhung des intraokularen Drucks einhergeht,

kommt es bei dieser Form der Glaukomerkrankung gewöhnlich zu keiner Mitreaktion der Konjunktiva. Ganz anders verhält sich dies beim akuten Winkelblockglaukom (Abb. 10), das auch synonym als „Glaukomanfall“ bezeichnet wird. Dabei handelt es sich um eine eher seltene, jedoch häufig fehldiagnostizierte Ursache des roten Auges (Tab. 1).

Anfällig für einen Glaukomanfall sind besonders Patienten mit einer Hyperopie, da hier der Bulbus anlagebedingt kürzer ist. Aufgrund der beengten Verhältnisse in der Vorderkammer des Auges kann es durch Verlegung des Kammerwinkels zu einer plötzlichen Abflussblockade des Kammerwassers kommen. Dies führt dann zu einer anfallsweisen Erhöhung des intraokularen Drucks (IOD) auf das Mehrfache der Norm, bis hin zu Druckwerten von 50–70 mmHg (1, 3, 8, 12).

Betroffene Patienten klagen über massive Schmerzen, die meist als Kopfschmerz fehlinterpretiert werden. Ein hierdurch induzierter Vagusreiz kann Übelkeit und Erbrechen auslösen. Durch den erhöhten IOD wird Kammerwasser in das korneale Stroma gedrückt, als Folge entsteht ein Hornhautödem, wodurch die Betroffenen neben einer Visusminderung möglicherweise auch Halos (farbige Lichtringe) wahrnehmen.

Therapie: Durch die massive IOD-Erhöhung handelt es sich um einen absolut dringlichen Notfall, da die Erblindung des betroffenen Auges droht. Eine entsprechende antiglaukomatöse lokale und systemische Therapie (z.B. Carboanhydrasehemmer) wird schnellstmöglich initiiert. Sollte die IOD-Senkung medikamentös nicht ausreichend gelingen, so kann operativ ein „Shunt“ zwischen der Vorder- und der Hinterkammer des Auges angelegt werden (Laseriridotomie bzw. periphere Iridektomie). Ist ein derartiger chirurgischer Eingriff im akuten Stadium nicht notwendig, so wird er später meist elektiv aus prophylaktischen Gründen durchgeführt (1).

Endophthalmitis

Eine Endophthalmitis ist eine Entzündung aller Strukturen des Auges (Abb. 14). Häufig handelt es sich um mikrobielle Entzündungen, die nach perforierenden Traumen, nach intraokularen Eingriffen oder auch durch fortgeleitete endogene Infektionen, via hämatogener Streuung, auftreten (3, 8, 12) (Tab. 1).

Betroffen sind vor allem immunsupprimierte Patienten. Besonders bei Patienten mit einem i.v.-Drogenkonsum in der Anamnese oder auch bei älteren Dauerkatheterpatienten muss unbedingt eine durch Candida-Spezies ausgelöste Endophthalmitis ausgeschlossen werden (8).

Therapie: Im Vordergrund steht, je nach Ausprägung des Befunds, zuerst die systemische, erregerspezifische Antibiose bzw. die i.v.-Applikation des entsprechenden Antimykotikums. Auch intravitreale Injektionen (Injektionen in den Glaskörperraum) mit den spezifischen antimikrobiellen Substanzen haben sich als hilfreich erwiesen. Bei sehr fortgeschrittenen Befunden bzw. nicht ausreichendem Ansprechen der Therapie ist eine diagnostische Vitrektomie (Glaskörperentfernung) angezeigt, die neben der Möglichkeit der mikrobiologischen Aufarbeitung des Biopsats eine therapeutische Wirkung durch die Entfernung des Erreger-Pools hat.

Das rote Auge bei Kindern

Besonders in dieser Altersgruppe können die mannigfaltigen differenzialdiagnostischen Möglichkeiten des roten Auges zu großen Problemen führen (2).

Häufig ist eine ausführliche Anamnese schwierig, sei es durch das sehr junge Alter der Patienten oder durch das Verschweigen eines Traumas aus Angst vor elterlichen Strafmaßnahmen. Daher sollte die ophthalmologische Untersuchung umso ausführlicher sein. Im Falle eines Falles muss bei mangelnder Compliance bei sehr kleinen Kindern auch eine Untersuchung in Narkose in Erwägung gezogen werden.

Zusätzlich sollte vor allem bei Kindern, die eine Visusminderung meist nicht registrieren und sie daher auch nicht beklagen, daran gedacht werden, dass hinter einem chronisch roten Auge auch ein nicht ausgeglichener Refraktionsfehler stecken kann (2).

Ein ganz besonderes Augenmerk gilt der anterioren Uveitis bei Kindern mit einer juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA). Ganz im Gegensatz zu dem oben erwähnten schmerzhaften Verlauf einer anterioren Uveitis mit einem typischerweise geröteten Auge bei erwachsenen Patienten (siehe Uveitis, S. 16), verläuft die mit einer JIA einhergehende anteriore Uveitis bei Kindern komplett ohne ein gerötetes Auge und ohne jegliche Schmerzsymptomatik. Regelmäßige ophthalmologische Kontrollen sind bei diesen Kindern daher unabdingbar.

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

Prof. Dr. Nicole Stübiger

Oberärztin
Augenklinik
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
E-Mail: n.stuebiger@uke.de

Auflösung Kasuistik S. 15

Die hier vorgestellte Patientin leidet unter einem akuten Winkelblockglaukom.

Nach einer Spaltlampeninspektion und einer Messung des intraokularen Drucks (IOD) können folgende Befunde erhoben werden:

Die Hornhaut zeigt ein feines Ödem mit einer epithelialen Bulla bei 4h peripher, es besteht kein intraokularer Reizzustand, jedoch ist die Vorderkammer des Auges flach und der IOD auf 49 mmHg erhöht.

Unter antiglaukomatöser Therapie kommt es zu einer raschen IOD-Normalisierung, die Patientin erhält im Verlauf noch eine prophylaktische Laseriridotomie (siehe auch akutes Winkelblockglaukom, S. 16).



Zugang zur Gesundheitsversorgung

Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks ist überzeugt: Deutschland braucht eine einheitliche Bürgerversicherung mit einer sektorenübergreifenden Versorgung. Weder die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) seien als Grundlagen für eine neue Honorarordnung geeignet. Wie soll die medizinische Versorgung in Hamburg künftig aussehen? Und: Müssen Ärzte mit finanziellen Einbußen rechnen?



Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks

„Wir brauchen ein einheitliches Versicherungssystem“

Die SPD plant, alle Bürgerinnen und Bürger auf die gleiche Weise zu versichern – in der paritätischen Bürgerversicherung. Heißt das, die private Krankenversicherung wird abgeschafft?

Cornelia Prüfer-Storcks: Alle bisherigen Privatversicherten können in die Bürgerversicherung wechseln, wenn sie dies wollen. Neu-Versicherte werden automatisch Mitglied der Bürgerversicherung. Wir haben heute die Situation, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht überall gleich ist. Er ist abhängig vom Wohnort, und er ist abhängig vom Versicherungsstatus. Und beides hat viel miteinander zu tun, selbst in einer medizinisch so gut ausgestatteten Stadt wie Hamburg. Auch wir haben das Problem, dass Ärztinnen und Ärzte sehr ungleich verteilt sind. Gerade in sozial schwächeren Stadtteilen, in denen wir viele Krankheiten verzeichnen, gerade hier sind weniger Ärzte ansässig als in anderen Stadtteilen. Die sitzen vermehrt in den Stadtteilen, die „gesünder“ sind und in denen die Bewohnerinnen und Bewohner ein höheres Einkommen haben. Das steht ganz klar in Verbindung mit unserem unterschiedlichen Versicherungssystemen und mit den unterschiedlichen Honoraren, die für die ärztlichen Leistungen gezahlt werden. Dass die Ärztinnen und Ärzte, die mehr Privatpatienten versorgen, ein höheres Einkommen erzielen können, als die Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend GKV-Patienten versorgen, ist im höchsten Maße ungerecht. Nicht nur gegenüber den Patientinnen und Patienten, sondern auch gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, die in sozial schwachen Stadtteilen eher mehr Arbeit haben.

Sehen Sie ein anderes Land in puncto Bürgerversicherung in der Vorreiterrolle?

Prüfer-Storcks: Ich sehe vor allem uns in Deutschland mit unserem System inzwischen eher als einen Außenseiter, mit einer Art „Auslaufmodell“ in der Krankenversicherung. Andere Länder, wie bei-

spielsweise die Niederlande, machen es uns vor, wie es deutlich besser laufen kann. Dort gibt es seit 2006 eine Krankenversicherung für alle. Und diese wird nicht nur von der Politik, sondern auch vonseiten einiger Gesundheitsökonomie, die sich damit ausgiebig auseinandergesetzt haben, sehr positiv beurteilt. Und eher staatlich gesteuerte Modelle, wie etwa in Großbritannien, können, zum Beispiel beim Blick auf die Wartezeiten für Arzttermine, hingegen als Negativbeispiel dienen.

Die Vergütung von ambulanten und stationären Leistungen soll vereinheitlicht werden. Sie sagen, weder die GOÄ noch der EBM seien zukunftsfähig, und wollen eine neue, einheitliche Honorarordnung einführen. Wie soll die konkret aussehen?

Prüfer-Storcks: Die SPD hat schon 2013 ein Konzept für die Bürgerversicherung beschlossen, welches ganz klar festlegt: Wir werden eine einheitliche Honorarordnung schaffen und dabei das heutige Gesamthonorarvolumen nicht schmälern, sondern gerechter verteilen. Das gilt immer noch. Diese neue Honorarordnung ist weder der EBM noch die GOÄ für alle. Wir müssen unsere Honorarordnung modernisieren. Wir brauchen mehr Geld für die sogenannte sprechende Medizin. Wir müssen die Zeit, die der Arzt für Patientinnen und Patienten aufwendet, die Zeit, die für Hausbesuche nötig ist, all das, was zum Beispiel der

Hausarzt an Beratung und Koordinierung in der medizinischen Versorgung leistet, besser bezahlen. Wir müssen uns mehr an Morbidität orientieren und können manches pauschalieren.

Die sektorenübergreifende Versorgung soll sich aber nicht nur auf die einheitliche Honorierung beziehen. Welche Veränderungen streben Sie noch an? Warum sind die notwendig?

Prüfer-Storcks: Analysen zeigen, dass es noch Ambulantisierungspotenzial gibt in Deutschland. Um das zu realisieren, brauchen wir vor

„Wir werden eine einheitliche Honorarordnung schaffen und dabei das heutige Gesamthonorarvolumen nicht schmälern.“

allem im fachärztlichen Bereich eine sektorübergreifende Bedarfsplanung. Und wir brauchen mehr sektorenübergreifende Zusammenarbeit und mehr integrierte Versorgung. Dazu gehören auch Flexibilität und neue Versorgungseinrichtungen an der Schnittstelle von ambulant und stationär – insbesondere für ältere Menschen. Da setze ich auch auf den Innovationsfonds: Denn der soll genau diese Modelle, die die integrierte Versorgung vorantreiben, finanziell unterstützen.

Welche Auswirkungen hätte das auf die Gesundheitsversorgung in Hamburg?

Prüfer-Storcks: Sehr viele an ganz unterschiedlichen Stellen. Wenn wir beispielsweise die Entwicklung in der stationären Versorgung betrachten, etwa bei den minimal-invasiven Eingriffen:

Diese führen zu einer Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich und damit zu einer schnelleren ambulanten Rehabilitation oder ambulanten Anschlussbehandlung. Diese medizinische Entwicklung fordert eine stärkere Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der Medizin geradezu ein. Und auch das Arzt-Patienten-Verhältnis verändert sich nachhaltig. Dazu beigetragen hat nicht zuletzt die Digitalisierung. Der Patient, der seine Krankheit „googelt“, ist heute besser informiert und fordert Beratung ein. Und er erwartet zu Recht, dass nicht er selbst seine Krankenakte von der einen zur nächsten Behandlung oder zur nächsten Praxis per Briefumschlag bringen muss, sondern dass die notwendigen medizinischen Informationen fachübergreifend zur Verfügung stehen.

Niedergelassene befürchten Umsatzeinbußen, wenn höhere Honorare aus privaten Leistungen entfallen. Was können Sie dem entgegenhalten?

„Eine unterschiedliche Behandlung von Patientinnen und Patienten darf in einem solidarischen Gesundheitssystem niemals mit dem Versicherungsstatus, sondern ausschließlich mit den Erfordernissen der Erkrankung begründet werden.“

Prüfer-Storcks: Wie bereits erwähnt wollen wir durch eine einheitliche Honorarordnung das heutige Gesamthonorarvolumen nicht schmälern, sondern gerechter verteilen. Auch im Sinne der Ärztinnen und Ärzte.

Trotz einheitlicher Bürgerversicherung wird es immer Menschen geben, die auf die Privatmedizin ausweichen werden – Besserverdienende, die es sich leisten können. Schaffen Sie die Zwei-Klassen-Medizin mit Ihren Plänen wirklich ab?

Prüfer-Storcks: Wir haben in Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Die GKV zahlt das medizinisch Notwendige und fragt richtigerweise nach der Evidenz. Eine unterschiedliche

Behandlung von Patientinnen und Patienten darf in einem solidarischen Gesundheitssystem niemals mit dem Versicherungsstatus, sondern ausschließlich mit den Erfordernissen der Erkrankung begründet werden. Schon heute sind die Systemunterschiede nicht nur gut für Privatversicherte, das muss ich auch ganz klar sagen: Die müssen auch so manche Untersuchungen und Behandlungen hinnehmen, die vielleicht an der einen oder anderen Stelle mal mehr durch das hohe Honorar bewirkt werden als dadurch, dass sie medizinisch tatsächlich notwendig wären. Dafür warten GKV-Versicherte länger auf Termine und finden weniger Ärzte in „ärmeren“ Regionen. Wir haben also

auf der einen Seite teilweise eine Über- und auf der anderen Seite teilweise eine Unterversorgung. Auf jeden Fall eine ungerechte Situation, sowohl was die Patientinnen und Patienten, als auch was die Ärztinnen und Ärzte betrifft.

Die Fragen stellte Stephanie Hopf, Redaktion Hamburger Ärzteblatt

Mehr Raum und
Zeit für Sie.
Unsere neue Filiale in Hamburg.

Neueröffnung
ab 2. Mai!

Eröffnungswoche vom
29. Mai bis 2. Juni 2017.
apoBank Filiale Hamburg
Weidestraße 124

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank



Christian Timm
Berater selbständige
Heilberufe

Interview Sind EBM und GOÄ noch reformierbar? Dr. Dirk Heinrich über die Bedeutung von Gebührenordnungen, die Vernachlässigung der Kassenpatienten und das Zusammenwachsen von Ambulant und Stationär.



„Budgetierung und Rabatt – das geht nicht!“

In den nächsten Monaten kommt wieder die Reform des EBM auf die Tagesordnung. Was müsste aus Ihrer Sicht angepackt werden?

Dr. Dirk Heinrich: Zunächst einmal muss die Budgetierung abgeschafft werden. Der EBM ist unter den Bedingungen des Budgets nur begrenzt gültig. Solange es Arztgruppen gibt, die in einem Bundesland eine Auszahlungsquote von 80 Prozent und in einem anderen Bundesland von etwa 95 Prozent erreichen, haben wir faktisch unterschiedliche Preise. Das ist eine versteckte Mischelwährung. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die Budgetierung fällt und die Krankenkassen alle erbrachten Leistungen nach Gebührenordnung bezahlen.

Gibt es weitere Kritikpunkte?

Heinrich: Der EBM muss betriebswirtschaftlich neu kalkuliert werden. Alle Gebührenordnungspositionen müssen überprüft werden, für neue medizinische Verfahren und Techniken müssen neue Ziffern eingeführt werden. Das geht aber natürlich nur, wenn nicht von vornherein gesagt wird, die Reform solle kostenneutral sein. Wenn man eine realistische Kostenstruktur vor sich liegen hat, kann man darüber reden, welche Rabatte man einräumt. Der EBM ist ja eine Rabattgebührenordnung für die Sozialversicherung. Die Vertragsärzte räumen gewisse Rabatte ein im Gegenzug dafür, dass sie ei-

nen leichteren Zugang zu den Patienten haben. Momentan haben wir allerdings beides: Budgetierung und Rabatt. Das geht nicht.

Welche Rolle spielt die GOÄ als Referenzgebührenordnung für den EBM?

Heinrich: Die GOÄ ist derzeit eine Baustelle. Es gibt großen Renovierungsbedarf, denn die GOÄ ist seit vielen, vielen Jahren nicht angepasst worden. Wir können wichtige Leistungen nur über Analogziffern abrechnen. Die GOÄ ist aber wichtig, denn wir brauchen eine Gebührenordnung, in der die Verantwortung und die Leistungsfähigkeit unseres Berufs abgebildet sind – und die unbeeinflusst ist von den Kostendämpfungsbestrebungen der Sozialversicherung. Solange die GOÄ nicht aktualisiert ist, taugt sie aber nur eingeschränkt als Referenz für den EBM.

Die Hamburger Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks ist der Ansicht, weder EBM noch GOÄ seien zukunftsträchtig. Sehen Sie das auch so?

Heinrich: Nein, da muss ich vehement widersprechen. Die EBM-Reform muss jetzt angepackt werden, aber eben nicht kostenneutral. Und was die GOÄ betrifft: Jeder freie Beruf hat Anspruch auf seine eigene Gebührenordnung, und das gilt natürlich auch für uns Ärzte. Die Welt besteht ja nicht nur aus Kassenpatienten.

Würde die GOÄ überflüssig, wenn die Bürgerversicherung eingeführt wird?

Heinrich: Überhaupt nicht. Die Erfahrungen in Großbritannien und Holland lassen ja befürchten, dass die Bürgerversicherung zur Entstehung einer Wartelistenmedizin führt. Es wird immer Patienten geben, die sich da rauskaufen. Wer nicht warten will oder nicht warten kann, wird auf die Privatmedizin ausweichen. Es wird auch immer

Patienten geben, die Leistungen in Anspruch nehmen, deren Kosten von der Solidargemeinschaft nicht übernommen werden. Auch für Patienten, die aus dem Ausland kommen und

in Deutschland behandelt werden, braucht man eine Gebührenordnung. Wenn wir keine GOÄ mehr hätten, würde die Privatmedizin ein frei verhandelbarer Bereich. Man würde das Tor zur Marktmedizin öffnen, im schlimmsten Fall gäbe es Phantasiepreise. Das kann niemand wollen – die Patienten nicht, die Politiker nicht und natürlich auch nicht die Mediziner, denn das würde unserem ärztlichen Selbstverständnis widersprechen.

Als Freiberufler haben wir eine Gemeinwohlbindung. Und mit der Freiberuflerlichkeit sind das Recht und der Anspruch auf eine Gebührenordnung verbunden. Das muss auch in Zukunft gelten.

„Jeder freie Beruf hat den Anspruch auf seine eigene Gebührenordnung.“

Wäre es sinnvoll, die Vergütungen stationärer und ambulanter Leistungen zu vereinheitlichen? Es gibt ja das Schlagwort: Gleiches muss gleich bezahlt werden!

Heinrich: Grundsätzlich sollten ärztliche Leistungen natürlich den gleichen Gegenwert haben, egal ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Das Problem ist, dass die beiden Bereiche nicht vergleichbar sind, da die Krankenhäuser staatlich alimentiert werden. Bei den Niedergelassenen gibt es diese duale Finanzierung nicht. Die Niedergelassenen müssen ihre Investitionen aus den Erlösen selbst bezahlen. Das ist schon eine massive Schieflage. Wenn man die Vergütungen angleichen will, muss man zunächst die Kostenseite angleichen. Entweder übernimmt der Staat die Investitionen und die Miete der Niedergelassenen, oder die Krankenhäuser müssen ihre Kosten vollständig selbst erwirtschaften. Dann hätte man eine Vergleichbarkeit.

Wie könnte man die Übergänge zwischen beiden Bereichen verbessern?

Heinrich: Die einseitige Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, wie sie derzeit vom Gesetzgeber vorangetrieben wird, ist der falsche Weg. Ein Patient, der

operiert werden muss, sagt dem Niedergelassenen doch meist: Wenn Sie das übernehmen würden, wäre das wunderbar. Der Patient hat sich seinen Arzt ja selbst ausgesucht, hat ein Vertrauensverhältnis zu ihm aufgebaut und wünscht sich, von derselben Person auch im stationären Bereich weiterbetreut zu werden. Deshalb ist das Belegarztsystem ein Erfolgsmodell. Es ist in Schwierigkeiten gekommen, weil ihm die Mittel entzogen wurden. Das war ein Fehler. Die Wiederbelebung und Ausweitung des Belegarztsystems ist einer der Wege, um die Sektoren zusammenzuführen. Und man sollte gemeinsame Strukturen der Kooperation

„Die Wiederbelebung und Ausweitung des Belegarztsystems ist einer der Wege, um die Sektoren zusammenzuführen.“

wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) besser ausstatten und konsequent weiterentwickeln. Eines steht fest: Wir haben in Deutschland zu viele Krankenhausbetten. Diese überschüssigen Kapazitäten müssen abgebaut werden. Der gleichzeitige Ausbau gemeinsamer Strukturen wie bei der ASV wird dafür sorgen, dass durch den Abbau von Krankenhausbetten niemand arbeitslos wird.

Lassen sich durch das Honorarsystem auch Anreize für die Verteilung von Vertragsärzten über das Stadtgebiet setzen?

Heinrich: Ja, das Honorarsystem hat wirkungsvolle Steuerungseffekte. Auch deshalb ist die Budgetierung so problematisch. Ärzte in sozial schwachen Stadtteilen, die von den GKV-Einnahmen leben müssen, machen heute weniger Umsatz pro Patient als vor 20 Jahren. Die GOÄ ist in diesen 20 Jahren nicht renoviert worden. Man nimmt also nicht mehr Geld pro Privatpatient ein, aber deutlich weniger pro Kassenpatient. Das muss einfach mal klargestellt werden: Es gibt keine Bevorzugung von Privatpatienten, sondern eine Vernachlässigung der Kassenpatienten.

Die Budgetierung und die Bewertung des EBM sorgen dafür, dass die ambulante Medizin in den sozial schwachen Stadtteilen immer weiter ausdünn. Das hat die Politik zu verantworten. Diese Entwicklung kann man übrigens auch nicht durch Bedarfsplanung korrigieren, wie es gerne suggeriert wird. Es nutzt nichts, Arztsitze in Gegenden zu schaffen, in denen die Ärzte sich nicht niederlassen, weil ihre Gewinne dort unter dem Krankenhausgehalt bleiben. Wir brauchen eine bessere Bezahlung für die Versorgung von Kassenpatienten! Wer das bestreitet, lügt sich in die Tasche.

Das Interview führte Martin Niggeschmidt aus der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der KVH

Professionelle Praxis- und Laborreinigung

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



NORDDIG
NORDDEUTSCHE
DIENSTLEISTUNGSGESELLSCHAFT mbH

Testen Sie uns jetzt!

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

Fortbildung Die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg bietet erneut den Kurs „Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit“ an. Er wendet sich an Ärztinnen und Ärzte, die einige Zeit nicht in ihrem Beruf gearbeitet haben. Drei ehemalige Teilnehmer berichten.

Von Dr. Annemarie Jungbluth, PD Dr. Birgit Wulff; Protokolle: Sandra Wilsdorf und Stephanie Hopf

Wagen Sie den Wiedereinstieg!

Ärztinnen und Ärzte werden gebraucht, und sie werden gesucht! Aber jede zweite Ärztin in Deutschland hat bereits einmal ihre Karriere unterbrochen, zum Beispiel weil Familie und Beruf nicht in Einklang zu bringen waren oder die Arbeitsbedingungen während der Weiterbildung als unzureichend erlebt wurden.

Die Entwicklungen in Politik und Gesellschaft haben mittlerweile zu Arbeitsmodellen und -strukturen in der Medizin geführt, die es besser als noch vor wenigen Jahren ermöglichen, individuelle Lebensentwürfe und engagierte Berufstätigkeit miteinander zu vereinbaren. Die Flexibilität der heutigen Arbeitswelt eröffnet gerade auch den Ärztinnen und Ärzten neue Chancen, die wieder in den ärztlichen Beruf zurückkehren möchten.

Der von der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg seit Jahren erfolgreich durchgeführte Kurs zum Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit wendet sich nun mit einem neuen, vom Ausschuss „Gender in der Medizin“ erarbeiteten Konzept an diese Kolleginnen und Kollegen. Insbesondere soll neben fachlichen „Updates“ über das Aktualisieren von medizinischem Wissen hinaus mithilfe von Vernetzungsangeboten mit Hamburger Kliniken und Praxen ein praktischer Einstieg in die ärztliche Berufstätigkeit erleichtert werden.

Wir freuen uns deshalb besonders, dass sich Asklepios, die Hamburgische Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg als Kooperationspartner an der Veranstaltung beteiligen.

Innerhalb einer Kurswoche erhalten Ärztinnen und Ärzte zunächst einen theoretischen Einstieg in Inhalte wie Kommunikation, Prävention, Notfall- und Flüchtlingsmedizin sowie in symptomorientierte Themen wie Fieber, Impfungen, Stoffwechsel, Schmerztherapie, kognitive sowie

psychische Störungen. Hinzu kommt ein Pharma-Update. Der Kurs greift damit grundlegende Inhalte der Medizin im Überblick auf, die im Rahmen nahezu jeder ärztlichen Tätigkeit gefragt sind.

Abschließend besteht die Gelegenheit, sich mit früheren Kursteilnehmern und -teilnehmerinnen über ihre Erfahrungen auszutauschen und einen Einblick in mögliche Weiterbildungs- und Niederlassungsmodelle zu bekommen. Am Ende des Kurses sind Vertreter Hamburger Krankenhäuser sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingeladen, sich vorzustellen und gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern über die Vermittlung von Hospitationsplätzen zu sprechen, die auf die jeweilige persönliche Situation zugeschnitten sind.

Unter der Leitung der Hamburger Kolleginnen PD Dr. Birgit Wulff, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Hamburg, und Dr. Angelika Kofmann möchte die Hamburger Ärztekammer mit dieser Veranstaltung Ärztinnen und Ärzte ermutigen, den Wiedereinstieg zu suchen und sich für die flächendeckende gute fach- und hausärztliche Versorgung in Deutschland „bereit“ zu machen, denn demnächst beenden viele ältere Kolleginnen und Kollegen ihre Tätigkeit, und ihre Plätze müssen neu besetzt werden. Damit eröffnen sich vielfältige Chancen, um wieder zufrieden als Arzt/Ärztin arbeiten zu können.

Der nächste Kurs findet statt vom 8. Mai bis zum 12. Mai (Mo. bis Fr.), jeweils 8.30 bis 15 Uhr (40 Stunden plus Hospitation) in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 b, Ebene 13. Die Gebühr beträgt 350 Euro.

Anmeldung unter www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html, Kursnr.: 17A0244.

„Der Kurs war mein großes Glück.“



**Katrin Hallensleben (48),
Ärztin in der Weiterbildung
zur Allgemeinmedizinerin**

„Eigentlich hatte ich mit der Medizin abgeschlossen. Denn mir war immer klar, dass ich gern vier Kinder haben würde und dann auch mit ihnen zu Hause bleiben würde. Nun sind meine Kinder 11, 14, 16 und 18 Jahre alt, und im Laufe der vergangenen Jahre ist mir wieder eingefallen, warum ich eigentlich Medizin studiert hatte: Weil ich eine Ärztin werden wollte, wie es

der wunderbare Hausarzt war, der unsere Familie betreut hat. Und so hospitierte ich in der allgemeinmedizinischen Praxis einer Freundin. Ein Dreivierteljahr lang saß ich jeden Mittwochvormittag neben ihr. Auf lange Sicht war das natürlich keine Perspektive, aber es machte mir Spaß. Als ich dann 2012 im Hamburger Ärzteblatt vom Wiedereinstiegskurs las, wusste ich, den muss ich machen.

Das war dann auch wirklich mein großes Glück! Ich habe inhaltlich sehr viel gelernt, wir hatten tolle Referenten aus den verschiedenen Fächern. Aber wir hatten auch einen tollen Coach, der mir beispielsweise klargemacht hat, dass ich in den Jahren als Mutter viel gelernt und geleistet habe – das war gut für mein Selbstbewusstsein. Das Beste aber war der Kontakt zu den anderen und dabei festzustellen, dass ich gar nicht allein war mit meinen 15 Jahren raus aus der Medizin. Außerdem konnte ich mal ausprobieren, ob das mit dem Haushalt und den Kindern auch klappt, wenn ich die Vormittage weg bin.

Es hat tatsächlich funktioniert. Das hat mir so viel Mut gemacht, dass ich anschließend eine Weiterbildung in einer Praxis zur Allgemeinmedizinerin angefangen habe, wegen der Kinder nur halbtags. Deshalb bin ich immer noch dabei. Den ambulanten Teil habe ich geschafft. Nun muss ich allerdings noch eineinhalb Jahre Vollzeit in der Klinik arbeiten. Es wäre kein Problem, wenn es in Teilzeit und weitgehend tagsüber ginge – aber drei Nachtdienste am Stück, davor graut mir schon. Aber ich möchte unbedingt Allgemeinmedizinerin werden.“



**Dr. Ladan Kazemi (52), Ärztin
in Weiterbildung zur Allgemein-
medizinerin**

„Der Wiedereinstiegskurs war meine Rettung. Er hat mir aktuelles Wissen vermittelt, vor allem aber Selbstbewusstsein gegeben. Ich bin nach dem Abitur aus dem Iran nach Deutschland gekommen und habe hier Medizin studiert. Als ich meine Facharztweiterbildung anfangen wollte, sollte ich zunächst keine Aufenthaltsgenehmigung bekommen.

Ich habe wirklich gekämpft, und am Ende hatte ich sie. Aber dann wurde ich schwanger und habe mich um mein Kind gekümmert. Es wurden schließlich zehn Jahre, die ich nicht in der Medizin gearbeitet hatte. Ich glaubte nicht mehr daran, dass ich den Einstieg wieder schaffen würde. Mein Wissen schien mir veraltet, und ob-

wohl ich überhaupt nichts für diese Lücke konnte, schämte ich mich dafür. Ich glaube, das habe ich auch ausgestrahlt. Tatsächlich bekam ich nur Absagen, wenn ich mich auf Stellen bewarb. Als ich 2012 von dem Wiedereinstiegskurs bei der Ärztekammer erfuhr, wusste ich: Das ist meine letzte Chance, denn ich hatte schon alle Hoffnungen verloren, jemals wieder als Ärztin zu arbeiten.

Der Kurs war für mich genau richtig. Es hat mir große Sicherheit gegeben, dass ich wieder auf dem Laufenden war. Aber auch, dass die anderen Teilnehmer zum Teil genauso lange draußen waren wie ich. Wir haben uns gegenseitig motiviert. Ich wollte Allgemeinmedizinerin werden, und als ich mich nach dem Kurs bewarb, klappte es plötzlich.

Ich mache gerade meine ambulante Weiterbildung zu Ende, und im Juli möchte ich meine Weiterbildungsprüfung ablegen. Danach würde ich gern für einige Jahre als angestellte Allgemeinmedizinerin arbeiten. Und wer weiß, vielleicht mache ich mich irgendwann in einer Gemeinschaftspraxis selbstständig.“

**Andrej Wöhrmann (47), Facharzt für Innere Medizin
in eigener Praxis**

„Ich war gerade von Köln nach Hamburg umgezogen und hatte sieben Jahre nicht mehr als Arzt gearbeitet, sondern im betriebswirtschaftlichen Bereich, in einer Firma, die sich mit Big Data beschäftigt, dem Sammeln von Daten auch aus dem medizinischen Bereich. Ich wollte gern wieder als Arzt tätig werden, meine internistische Facharztausbildung hatte ich bereits absolviert. Die Überlegung war: Wenn ich mich als Internist bewerbe, will ich Qualität abliefern. Deshalb nahm ich am Wiedereinstiegskurs der Ärztekammer teil.

Wir waren 15 Teilnehmer und ich der einzige Mann. Für mich als Facharzt war es ein niedrigschwelliger Einstieg, gut dazu geeignet, in Hamburg die Szene kennenzulernen. Der Kurs hat viel geboten: Er vermittelte mir Kontakte, es kam zu einem sehr guten Austausch mit den Referenten, die über Spezialisierungen wie Diabetologie

oder Infektiologie und Hygiene berichteten. Das Networking verschaffte mir ein Vorstellungsgespräch in einem Schwerpunktbereich. Mir ist aber klar geworden, dass ich doch gern auf einer breiteren internistischen Schiene arbeiten möchte, ohne besonderen Schwerpunkt.

Der Kurs half mir, meinen Weg klarer zu verfolgen, aber für eine Vertiefung meiner Kenntnisse benötigte ich noch weitere Fortbildungen. Ich entschied mich z. B. für den Intensivkurs Innere Medizin und für Fortbildungen in Ultraschall und Echo.

2014 habe ich dann eine Stelle in einer internistischen Praxis angetreten und dort zunächst unter Anleitung gearbeitet. 2015 konnte ich meinen eigenen Arztstuhl in der Praxisgemeinschaft übernehmen. Ich hätte wahrscheinlich auch ohne den Kurs meinen Einstieg gefunden, aber nicht so angenehm und reibungslos. Heute bin ich mit der Entscheidung, wieder als Arzt zu arbeiten, sehr glücklich. Zurück in den betriebswirtschaftlichen Bereich möchte ich nicht mehr!“

Dr. Annemarie Jungbluth ist Leiterin der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, PD Dr. Birgit Wulff aus dem Vorstand der Kammer leitet den Ausschuss „Gender in der Medizin“, Sandra Wilsdorf ist Pressesprecherin der Kammer und Stephanie Hopf leitende Redakteurin beim Hamburger Ärzteblatt



DGK
ZERTIFIZIERTES
MRT-ZENTRUM
12 CME-PUNKTE

ANERKENNUNG DER FÄLLE
FÜR DGK-ZERTIFIZIERUNG!

www.marienkrankenhaus.org



MARIEN
KRANKENHAUS

HANDS-ON-WORKSHOP

**KARDIO-MRT
KOMPAKT UND PRAXISNAH**

Samstag, 20. Mai 2017, 8:30 bis 18:00 Uhr
Marienkrankenhaus Hamburg

Praxisnahe Vorträge und bis zu 30 klinische
Fälle aus dem Kardio-MRT-Alltag

ANMELDUNG bis 16.05.2017

Per E-Mail an:
kardioMRT@marienkrankenhaus.org

TEILNAHMEGEBÜHR

Teilnahmegebühr 250 Euro
Teilnehmerzahl begrenzt

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag – Dienstag, 15. – 16. Mai, 9 – 16.30 Uhr	Fortbildungskurs: „Behandlung der Kahnbeinfraktur und ihrer Folgezustände“	BG Klinikum Hamburg, schriftl. Anmeldung an Sabine Palasz, mehr Informationen unter www.bg-klinikum-hamburg.de/veranstaltung	Bergedorfer Str. 10
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel.: 25 46 – 27 02	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstag, 25. April, 20 – 22.30 Uhr	Ketogene Ernährung: Was ist das und warum?	amedes-Gruppe, Auskunft/Anm.: Tim Broeker, Tel. 33 44 11 – 99 66, veranstaltungen@amedes-group.com	Haferweg 40, aescuLabor Hamburg,
Dienstag, 9. Mai, 10 – 17 Uhr	Fortbildung für päd. u. psychosoz. Fachkräfte: „Einen ersten Zugang finden“, Gesprächsführung mit Mädchen und jungen Frauen, die sex. Gewalt erfahren (haben)	Allerleirauh e.V., Anm. per Fax: 29 83 44 84, Anmeldeformular unter: www.allerleirauh.de , Kosten: 75 Euro	Menckesallee 13, in den Räumen der Beratungsstelle
Dienstags (7.20 Uhr) u. donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Pneumologie- und Thorax Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Avan, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 15.45 – 17.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Fälle, die besonders intensiver Diskussion bedürfen)	Asklepios Klinikum Harburg, Anmeldung: s.pratt@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Infos unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Raum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 11-13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Wilhelm-Strauß-Weg 6, Betriebsarzt-Zentrum
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Neurochirurgie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Suurheid 20, Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (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	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden / Dr. Rütther, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Maas / Finkenstaedt, Raboisen 40
Mittwoch, 26. April, 14 – 18 Uhr	17. VBG-Fortbildung für Betriebsärzte: „Update Arbeitszeitorganisation – was die Arbeitsmedizin von der Chronobiologie lernen kann“ (3P)	VBG Bezirksverwaltung Hamburg, Tel.: 236560, E-Mail: fortbildungbetriebsaerzte@vbg.de	Sachsenstr. 18
Mittwoch, 26. April, 16 – 19 Uhr	Endokrinologie „querbeet“ (4 P)	amedes-Gruppe, Auskunft/Anm.: Tim Broeker, Tel. 33 44 11 – 99 66, veranstaltungen@amedes-group.com	Mönckebergstr. 10 (5. Etage), Facharzt-Zentrum für Kinderwunsch
Mittwoch, 10. Mai, 13.30 – 15 Uhr	Fortbildung: Integrative Behandlung bei Sucht und Depression	AHG Klinik Lübeck, Auskunft unter Tel: 0451/58940, kostenfrei, Anmeldung nicht erforderlich	Vortragsraum Haus 2, Weidenweg 9 – 15, 23562 Lübeck
Mittwoch – Freitag, 10. – 12. Mai	Deutscher Wundkongress (DeWu) und Bremer Pflegekongress 2017	DeWu und Bremer Pflegekongress, Auskunft/Anm.: www.deutscher-wundkongress.de und www.bremer-pflegekongress.de	Messe Bremen + Congress Centrum Bremen, Findorffstr. 101, 28215 Bremen
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	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 Kinderkrankenhaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, www.kinderkrankenhaus.net	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13 – 14 Uhr	Interdisziplinäres Kopf-Hals-Tumorboard	UKE, Anm.: PD Dr. Münscher, Tel. 7410 – 5 00 47 oder a.muenscher@uke.de	Martinistr. 52, Röntgendemonstrationsraum
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Pankreas- und Leberzentrums	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Moorkamp 2–6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 14.30 – 15 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Hämatologische Neoplasien	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Mittwochs, 15 – 16.30 Uhr	Tumorkonferenz Thoraxzentrum	Asklepios Klinikum Harburg, Thoraxchirurgie, Anm.: <i>k.bierschwale@asklepios.com</i>	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Frauenklinik, Kontakt: Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonferenz (Anmeldung von Patienten ist über <i>www.asklepios.com</i> auf der Webseite der Abteilung möglich)	Asklepios Klinik 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	Asklepios Klinik St. Georg, Infos und Anm.: Frau Boyens / Frau Kolschöwsky, Tel. 18 18 – 85 39 80	Lohmühlenstr. 5, Haus P, Hörsaal 3
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Asklepios Klinik Altona, Infos und Anm.: 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	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/ Zentrum f. Innere Medizin	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Marienkrankehaus 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“, öffentliche Fallkonferenz und Vortrag zu gefäßmedizinischen Themen	Univ. Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin, Anmeldung unter Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstags, 16.15 – 18.30 Uhr	20. April: „Heilen um die Wette? Das Krankenhaus zwischen Kommerzialisierung u. eth. Verantwortung“, 4. Mai: „Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge und der EU-Migranten in Hamburg“ (jeweils 3 P)	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Seminar „Grundfragen der Ethik in der Medizin“, Prof. Kahlke, Tel. 74 10 – 536 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N 55, Seminarraum 310 / 311 (3. OG)
Donnerstag – Samstag, 4.–6. Mai, Beginn 8.30 Uhr	5th European Pelvic Course 2017	Conventus, Auskunft/Anm.: Frau Kreutzmann, Tel. 03641/31 16357 oder unter <i>www.european-pelvic-course-hamburg.de</i>	Dorint Hotel Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 72
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium	UKE, Kliniken und Polikliniken f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Univ. Prof. Dr. B. Hüneke, Tel.: 741 05 – 35 06	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 4. OG Südturm, Seminarraum 411
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 790 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 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)	Kinderkrankehaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel. 6 73 77 – 28 2	Ärztbibliothek, Lilienconstr. 130
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urolog. Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Groth, Tel. 18 18 – 82 28 11	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 12 11 oder <i>mo.weber@asklepios.com</i>	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
Freitag, 5. Mai, 9 – 16.30 Uhr	Veranstaltung „Bronchoskopie für Anfänger“ (10 P)	LungenClinic Grosshansdorf, Auskunft/Anm.: Frau Kron, Tel. 04102 / 601-1820, <i>www.lungenclinic.de</i>	Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf
Freitag, 5. Mai, 14.30 – 15.30 Uhr	Fortbildungsveranstaltung „Inhalative Sedierung“ – Dr. Daniel Frings/ Oliver Bohne, UKE	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Prof. Dr. Kluge, Tel.: 74 10 – 570 10	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 5. OG, Seminarraum 511



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



Effektiver Austausch

Das Versorgungsforschungsprojekt „Accountable Care in Deutschland“ untersucht, wie die Abstimmung zwischen an der Behandlung beteiligten Arztpraxen und Krankenhäusern gefördert werden kann. Ziel ist es, vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Dafür erhält das Projekt eine Förderung des Innovationsfonds.

Von Dr. phil. Jochen Kriens

Versorgungsabläufe verbessern

Das gemeinsame institutionenübergreifende Versorgungsforschungsprojekt „Accountable Care in Deutschland – Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog“ (ACD) hat den Zuschlag für die Förderung durch den Innovationsfonds in Höhe von knapp vier Millionen Euro erhalten.

Ziel des Projekts ist es, die Abstimmung zwischen den an der Behandlung beteiligten Arztpraxen und Krankenhäusern zu verbessern und damit die Anzahl von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten zu reduzieren. Gleichzeitig würde eine Reduzierung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht.

Die Idee zu dem Projekt geht auf den 1. Hamburger Versorgungsforschungstag der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zurück, der im Juni 2015 stattfand.

Die wissenschaftliche Leitung des Projekts und die Konsortialführung hat die Versorgungsforscherin Prof. Dr. Leonie Sundmacher inne, Leiterin des Fachbereichs Health Services Management an der betriebswirtschaftlichen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München.

Informelle Netzwerke von Praxen erfassen

Die Studie geht davon aus, dass im deutschen Gesundheitssystem die Patienten durch ihre Inanspruchnahme maßgeblich mitentscheiden, welche Arztpraxen und gegebenenfalls Krankenhäuser bei der Behandlung zusammenwirken. Nicht immer sind aber alle betroffenen Ärzte rechtzeitig informiert, teils sind ihnen nicht alle anderen Beteiligten bekannt: Im Schnitt müsste ein Hausarzt jährlich mit rund 700 niedergelassenen Kollegen sprechen, um sich mit allen an der ambulanten Versorgung seiner Patienten beteiligten Ärzten abzustimmen. Auf der Grundlage von Routinedaten sollen deshalb in Hamburg, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen die informellen Netzwerke von Praxen – und gegebenenfalls Krankenhäusern – erfasst werden, die Patienten gemeinsam versorgen und somit für diese „verantwortlich“ (accountable) sind. Rund 100 dieser Versorgungnetzwerke werden randomisiert (nach dem Zufallsprinzip) ausgewählt. Ihnen

werden in moderierten Gesprächsrunden Informationen zur Verfügung gestellt, mit denen die Beteiligten des Netzwerks Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsabläufe erkennen und entsprechende Maßnahmen abstimmen können. Eine hohe Anzahl potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte bei den Patienten des jeweiligen Netzwerks gilt als Indikator für Verbesserungspotenzial in der ambulanten Versorgung.

Studien aus Kanada und den USA belegen, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten und abgestimmte Behandlungspfade potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen effektiv reduzieren und die Prozesse der gesundheitlichen Rehabilitation von Patienten verbessern können.

Hilfe durch Feedback und Beratung

Mit dem Projekt soll herausgefunden werden, ob mit geeignetem Feedback und Beratungsunterstützung auch in Deutschland vergleichbare Effekte erzielt werden können. Im Erfolgsfall würde dieser Ansatz dazu führen, dass lokalspezifische Behandlungspfade für ausgewählte Krankheitsbilder entwickelt werden, welche die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern.

Mit der Umsetzung des Projekts wird voraussichtlich im zweiten Quartal 2017 begonnen. Es ist auf drei Jahre angelegt.

Initiatoren des Projekts sind die KVH, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die AOK Rheinland/Hamburg, das Zi und die LMU München.

Konsortialpartner sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe, die LMU München, die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, die Medizinische Hochschule Hannover, das Zi, das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen WINEG sowie die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und AOK Nordwest.

Weitere Informationen und Links zum Thema erhalten Sie im Internet unter www.aekhh.de/haeb-iv.html

Dr. phil. Jochen Kriens ist Leiter der Öffentlichkeitsarbeit der KVH.

Kein Zweifel an der eigenen Fahreignung? Viele ältere Autofahrer meinen, ihr Fahrzeug immer noch problemlos steuern zu können. Doch eine unrealistische Selbsteinschätzung gefährdet nicht nur den Fahrer selbst. Behandelnde Ärzte sind gefordert, über den Einfluss von Erkrankungen und Therapie aufzuklären und gegebenenfalls vom Fahren abzuraten.

Von Dr. Gerd Bandomer



Daumen hoch! Viele Verkehrsteilnehmer sitzen bis ins hohe Alter hinter dem Steuer. Das Auto sorgt dafür, dass sie lange mobil sein können

Wann sind Senioren noch sicher mit dem Auto unterwegs?

Die meisten Menschen wollen bis ins hohe Alter mobil sein. Der Pkw ist ein bequemes Fortbewegungsmittel für Besorgungen, Besuche von Familie und Freunden oder einfach nur für Ausflugsfahrten, gerade wenn ältere Menschen nicht mehr gut zu Fuß sind. Zweifel daran, ob die Fahreignung noch besteht, haben betagte Autofahrer selten. Der Hinweis auf ein mehrere Jahrzehnte langes, unfallfreies Fahren soll belegen, dass der eigene Wagen auch weiterhin verkehrssicher gefahren werden kann. Frühere Unfälle oder Bagatellschäden werden gern vergessen oder verdrängt.

Ist die Fahrerlaubnis einmal erteilt, überprüft der Gesetzgeber für Fahrerlaubnisklasse B (vormals Klasse 3) nicht mehr, ob der Verkehrsteilnehmer auch nach Jahrzehnten noch „die körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt“, die das Straßenverkehrsgesetz verlangt (1). Die Entscheidung, ob die Fahreignung bzw. Fahrtüchtigkeit, also die momentane Fähigkeit, ein Fahrzeug sicher zu führen, noch besteht, ist dem Verkehrsteilnehmer im Grunde selbst überlassen – solange er nicht auffällig geworden ist.

Es ist nicht sicher, ob diese Selbsteinschätzung immer gelingt. Die Verkehrsunfallstatistik Hamburg 2015 (2) spricht für sich: An insgesamt 67.197 Unfällen waren 11.955 Senioren beteiligt („65 plus“), in 61,5 Prozent der Fälle waren sie Hauptunfallverursacher. Von der Verwechslung von Gas- und Bremspedal als Ursache schwerer Verkehrsunfälle, Auffahrunfällen, Fahrfehlern beim Wenden oder Abbiegen und Geisterfahren auf der Autobahn wird immer wieder in den Medien berichtet.

Wenn die Fahrerlaubnisbehörde von einem älteren verkehrsauffällig gewordenen Autofahrer ein ärztliches Attest verlangt, muss die

Krafftahreignung aus medizinischer Sicht beurteilt werden. Darüber hat sich dann meist der behandelnde Arzt mit seinem Patienten auseinanderzusetzen.

Fahreignung sollte mit Tests überprüft werden

In Ärzteschaft und Politik wird immer wieder thematisiert, regelmäßige ärztliche körperliche und geistige Untersuchungen und Sehtests für alle motorisierten Verkehrsteilnehmer bzw. für ältere (65. bis 75. Lebensjahr) und/oder alte Autofahrer (75. bis 90. Lebensjahr) und verbindliche verkehrspsychologische Leistungstests mit Überprüfung von Reaktionsfähigkeit und Aufmerksamkeit zu fordern.

Dass derartige Untersuchungen und Tests notwendig sind, liegt nahe: Spätestens ab dem 50. Lebensjahr nimmt das Sehvermögen ab – zunächst der Nahvisus, dann auch der physiologische Fernvisus und das Kontrastsehen bei Dämmerung und Nacht. Darüber sollten ältere Autofahrer nachdrücklich informiert werden. Fraglich ist, ob der Hinweis von Augenoptikern, Augenärzten oder behandelnden und beratenden Ärzten und auch von Arbeitsmedizinern auf die Eigenverantwortung ausreicht.

Auch Aufmerksamkeits-, Konzentrationsleistung und Reaktionsfähigkeit lassen im Alter nach. Diese freiwillig testen zu lassen, dazu sind ältere Verkehrsteilnehmer allerdings nur in Ausnahmefällen bereit. Rückschlüsse auf die Fahreignung sind bei diesen Tests gut möglich: Bei einer gemessenen Reaktionszeit von länger als einer Sekunde sollte zum Beispiel zu einem größeren Abstand zum vo-

rausfahrenden Fahrzeug geraten werden als dem in der Fahrschule vermittelten Mindestabstand.

Verkehrstests sind in den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung zwar aufgeführt, aber nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie gelten mit dem Testergebnis eines Prozentrangs von mehr als 16 für Fahrerlaubnisinhaber der Gruppe 1 (u. a. Führerschein Klasse B – vormals Klasse 3) als ausreichend (3).

Ärzte müssen verkehrsmedizinisch aufklären

Behandelnde Ärzte und Ärztinnen sind gefordert, Erkrankungen und Therapie ihrer Patienten nicht nur mit ihrem Fachwissen bei der Behandlung, sondern auch mit Blick auf die verkehrsmedizinische Relevanz einzuordnen und den Patienten darüber aufzuklären. Das ist nicht immer einfach, weil dieser häufig die Mobilität mit dem eigenen Pkw als ein „Grundrecht“ versteht und Auswirkungen von Erkrankungen, Verletzungen, Therapien oder gravierende altersbedingte Leistungseinschränkungen ignoriert. Doch internistische, orthopädische (z. B. eingeschränkter Schulterblick), neurologische, psychiatrische und geriatrische (Multi-)Morbidity sowie Nebenwirkungen und additive Wirkung verschiedener Medikamente können sich massiv auf die Fahrtüchtigkeit auswirken.

Eine mangelnde Fahreignung aufgrund von Erkrankungen und Therapie kann sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt haftungsrechtliche Konsequenzen haben: Der Patient riskiert möglicherweise den Verlust des Haftpflicht-Versicherungsschutzes. Wenn seine Fahrtüchtigkeit wegen altersbedingter Auffälligkeiten in Zweifel steht, hat der Autofahrer nach dem Straßenverkehrsgesetz die Verpflichtung, ärztlich prüfen zu lassen, ob er „Beeinträchtigungen durch Erfahrungen, Routine und Fahrverhalten auszugleichen vermag“. (4) Den Weisungen des behandelnden Arztes hat der Patient Folge zu leisten. Der Arzt seinerseits ist verpflichtet, ausführlich über die Auswirkungen von Erkrankungen und Therapie auf die Fahreignung aufzuklären, und könnte vom Patienten mit Anspruch auf Schadenersatz und Schmerzensgeld belangt werden, wenn er dieser Verpflichtung nicht nachgekommen ist. (Der alleinige Hinweis auf den Beipackzettel eines Medikaments genügt nicht!)

Der Arzt wird also nicht umhinkommen, den Patienten zu fragen, ob er noch mit dem eigenen Pkw oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs ist, wie er sein Fahrverhalten selbst einschätzt, ob es zu Verkehrsauffälligkeiten gekommen ist und dies – im Rahmen der Schweigepflicht – mit dem erteilten ärztlichen Rat in den Behandlungsaufzeichnungen zu dokumentieren. Ist nicht klar, ob eine Fahreignung weiter besteht, sollte die Stellungnahme eines Kollegen mit verkehrsmedizinischer Qualifikation eingeholt und gegebenenfalls zu einem Test des Reaktionsvermögens oder gar einer neuropsychologischen Untersuchung geraten werden.

Verkehrspsychologische Leistungstests allein können über die Kraftfahreignung aus medizinischer Sicht keine verbindliche Aussage treffen, aber eine zusätzliche Information geben, die im Zusammenhang mit weiteren Eignungskriterien zu betrachten ist. Sind die Testergebnisse nicht ausreichend, führt das allerdings nicht immer zur Einsicht in Leistungsmängel; ob sie wirklich Einfluss darauf haben, künftig das Auto stehen zu lassen, ist fraglich.

Fahrverhaltensproben geben Sicherheit

Für die Beurteilung von Erkrankungen oder Behinderungen sind in einigen Fällen zusätzlich neuropsychologische Untersuchungen notwendig. Deren Ergebnisse allerdings können funktionelle Reserven bzw. tatsächliche Kompensationsmöglichkeiten von älteren Verkehrsteilnehmern unterschätzen. Erst praktische Tests können dann Klarheit schaffen. Eine Fahrverhaltensprobe von 45 Minuten bis eineinhalb Stunden mit einem Fahrlehrer ist oft aussagekräftiger als standardisierte halbstündige verkehrspsychologische Tests und kann

Das Wichtigste in Kürze

- Regelmäßige, verpflichtende Sehtests für alle Pkw-Fahrer ab einem bestimmten Alter gibt es bisher nicht, deshalb sollten Ärzte ihren Patienten eine Sehtestuntersuchung raten.
- Für private Pkw-Fahrer der Fahrerlaubnisklasse B (vormals Klasse 3) gibt es in Deutschland nach erteilter Fahrerlaubnis keine Verpflichtung zu nachfolgenden Fahreignungsuntersuchungen, auch nicht im Alter. Verkehrstests und Fahrverhaltensproben auf freiwilliger Basis überprüfen die Fahreignung.
- Aus dem Behandlungsvertrag leitet sich die Pflicht ab, Patienten über mögliche durch Alter, Erkrankung(en) und Therapie entstandene Fahreignungsmängel aufzuklären und zu beraten und auf Gefahren – auch für die anderen Verkehrsteilnehmer – hinzuweisen.
- Verkehrspsychologische Leistungstests für (verkehrsauffällige) Pkw-Fahrer ab einem bestimmten Alter sind auch zur Unterstützung bei einer ärztlichen Stellungnahme / Begutachtung bei einem von der Fahrerlaubnisbehörde geforderten Attest zweckmäßig.
- Jeder Verkehrsteilnehmer muss sich auf die Folgen von Eignungsmängeln, Krankheit und Therapie einstellen. Der Arzt sollte seinen Patienten darauf hinweisen, den ärztlichen Rat zu befolgen.
- Erkrankungen, Therapie oder kognitive Einschränkungen können die Fahreignung eines Patienten so gefährden, dass der Arzt vom Fahren dringend abraten muss. Dies sollte der Arzt dokumentieren. Gegebenenfalls könnte der Mediziner ein Gespräch mit dem Patienten und seinen engen Familienangehörigen gemeinsam führen.

tatsächliche Fahreignungsmängel aufdecken. Eine Unterweisung vom Fahrlehrer könnte vielleicht sogar dazu führen, einige dieser Mängel zu beseitigen. Eine Fahrverhaltensprobe ist allerdings teurer und aufwendiger, sollte aber als „Ultima Ratio“ in Betracht gezogen werden. Zeigt der Fahrer Auffälligkeiten oder werden Krankheiten bekannt, ist also immer die Frage, ob Fahreignungsmängel von den Betroffenen selbst wahrgenommen werden und ob Kompensationsmöglichkeiten wie Fahrkompetenz, Fähigkeit des Handelns, Maß von Umsicht und Sorgfalt, Verantwortungsbewusstsein, Kritik- und Einsichtsfähigkeit noch ausreichend bestehen. Falls nicht, sind Angehörige und Ärzte gefragt, den Fahrer darauf aufmerksam zu machen.

Der Grundsatz aber sollte sein, die motorisierte Mobilität und damit auch Lebensqualität möglichst lange zu erhalten; die Verkehrssicherheit aller Verkehrsteilnehmer – auch der Fußgänger und Radfahrer – darf aber nicht gefährdet werden. Ein Grundrecht auf lebenslanges Autofahren gibt es nicht.

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

Dr. Gerd Bandomer

Arzt für Allgemeinmedizin, Betriebsmediziner
Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle
amtlich anerkannte Sehteststelle
E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

Der besondere Fall

Was flattert denn da?

Gründlich abhören Besonders bei Ruheatmung verspürt eine 66-jährige Patientin ein Vibrieren in der rechten Thoraxhälfte. Anamnese und körperliche Untersuchung führen zu einem Krankheitsbild, das der Naturforscher Anthonie van Leeuwenhoek im 17. Jahrhundert zuerst beschrieben hat.

Von Prof. Dr. Hinrich Hamm

Eine 66-jährige Patientin klagt über seit einigen Jahren bestehende thorakale Missempfindungen und Atembeschwerden, vor allem in Ruhe und nachts. Ihr Allgemeinbefinden ist wenig beeinträchtigt, aber die Patientin zeigt sich irritiert und verunsichert durch ihre Beschwerden, für die sie bislang keine überzeugende Erklärung erhalten hat. Die Bandbreite der ambulant und stationär gestellten Diagnosen reicht von funktionellen Atemregulationsstörungen über psychosomatische Beschwerden bis hin zu einem „instabilen rechten Hauptbronchus“.

Wie ein Kinderschluchzen

Die Patientin verneint wesentliche Vorerkrankungen. Seit einigen Jahren verspüre sie jedoch in Ruhe ein Vibrieren oder „Flattern“ im Thorax. Am stärksten ausgeprägt trete es abends nach dem Hinlegen auf und störe sie oft beim Einschlafen. Es sei eher in der rechten Thoraxhälfte zu spüren als in der linken. Es fühle sich an wie eine „Staccato-Atmung“, und „so ähnlich wie ein Kind schluchzt, nach längerem Weinen“. Tagsüber hat sie kaum Beschwerden, bei Alltagsaktivität und bei Belastung ist sie beschwerdefrei. Sie hat weder Husten noch Schluckauf und keine viszerale Operationen in der Vorgeschichte. Zeitlebens ist sie Nichtraucherin.

Die Patientin hat bereits eingehende kardiologische Voruntersuchungen sowie einen Aufenthalt in einer pneumologischen Fachklinik hinter sich. Kardiologischerseits ergab sich kein pathologischer Befund (Echokardiografie, EKG, Belastungs-EKG und 24-h-Langzeit-EKG). In der Lungenfachklinik erfolgte unter anderem eine Bronchoskopie, bei der die Diagnose „instabiler rechter Hauptbronchus“ („floppy bronchus“) gestellt

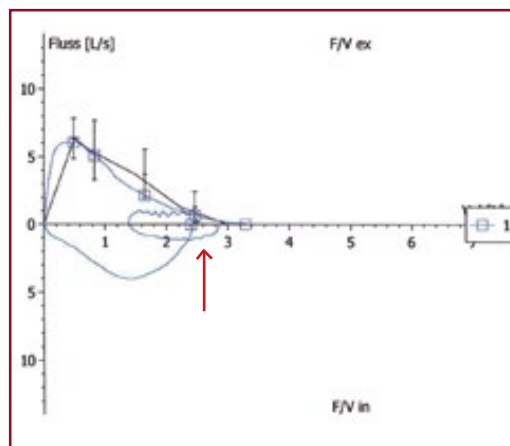


Abb. 1: Fluss-Volumen-Kurve

wurde. Die Patientin wurde mit der Empfehlung zur regelmäßigen Kochsalzinhaleation entlassen.

Sägezahnmuster auffällig

Die schlanke Patientin (BMI 20 kg/m²) zeigt bei der körperlichen Untersuchung einen guten Allgemeinzustand. Kopf- und Halsorgane sind unauffällig. Bei forcierter In- und Expiration ist Vesikuläratmen hörbar, aber kein Rasselgeräusch. Bei nicht forcierter, normaler Atmung findet sich in- und expiratorisch ein pathologischer Auskultationsbefund: eine insbesondere rechtsseitige, ruckartige Zahnradphänomen-Atmung („stop and go“) mit geschätzter Frequenz von circa 5 bis 10 Hertz. Die Untersuchung ergibt einen sonoren Klopfeschall über beiden Lungen, aber keine Dämpfung.

Die Pulsoxmetrie ergibt eine Sauerstoffsättigung bei 98 Prozent (HF 82/min., regelmäßig). Die Bodyplethysmografie zeigt prima vista keinen pathologischen Befund sowie normale statische und dynamische Lungen-

volumina (Abb. 1). Es gibt keinen Hinweis auf eine restriktive oder obstruktive Ventilationsstörung.

Bei näherer Betrachtung der Ruhe-Atmungsschleife fällt jedoch ein in- und expiratorisches Sägezahnmuster auf (siehe roter Pfeil), korrespondierend zu der von der Patientin beklagten „flatternden Atmung“ in Ruhe. Das Sägezahnmuster verschwindet bei forcierter In- und Expiration.

Insbesondere bei Ruheatmung in Rückenlage zeigt sich bei der Thorax- und Zwerchfell-Sonografie im subkostalen Schrägschnitt rechts bei transhepatischem Blick eine flatternde in- und expiratorische Bewegung des rechten Diaphragmas. Die atemsynchrone Beweglichkeit des Zwerchfells erscheint bei forcierter Atmung weitgehend erhalten. Linksseitig zeigt sich eine normale, homogene Zwerchfellbewegung während der Atemexkursion.

Ursache: Zwerchfell-Myoklonie

Die Befunde und Untersuchungsergebnisse ergeben einen idiopathischen Myoklonus des rechten Zwerchfells – mit weitgehend erhaltener Zwerchfellfunktion – als Ursache der Beschwerden. Das Syndrom ist auch bekannt als van Leeuwenhoek'sche Erkrankung, nach ihrem Erstbeschreiber Anthonie van Leeuwenhoek (1632 – 1723) (1).

Retrospektiv muss davon ausgegangen werden, dass der bronchoskopisch beschriebene „floppy bronchus“ bereits Ausdruck der fortgeleiteten rechtsseitigen Zwerchfell-Myoklonie ist und keine eigenständige Diagnose repräsentiert. Das van Leeuwenhoek'sche Syndrom gilt als selten, aber der lange Weg dieser Patientin bis zur definitiven Diagnose lässt vermuten, dass die Dunkelziffer

bei dieser Erkrankung hoch sein dürfte. Auch van Leeuwenhoek, der selbst an dem Syndrom erkrankt war, hatte große Schwierigkeiten, von seinen Ärzten eine für ihn plausible Erklärung für seine Symptome zu bekommen. Im Gegensatz zu unserer Patientin war er an einer Variante erkrankt, die ihm eher paroxysmale, aber dann recht heftige Beschwerden verursachte.

Es zeigten sich ausgeprägte Myokloni, die ihm erhebliche Schmerzen, thorakale und epigastrische „Pulsationen“ sowie Luftnot bereiteten und ihn während der Attacken um sein Leben fürchten ließen. Seine Ärzte behaupteten, er habe paroxysmales Vorhofflimmern, aber van Leeuwenhoek hatte während der Attacken seinen Puls gemessen und festgestellt, dass seine Myokloni nicht pulssynchron auftraten.

Van Leeuwenhoek korrespondierte regelmäßig mit der Londoner Royal Society, der damals weltweit anerkanntesten naturwissenschaftlichen Gesellschaft, wegen seiner Erfindungen in der Mikroskopie und seiner Entdeckungen im Bereich der Mikrobiologie.

Van Leeuwenhoek gilt heute sowohl als Vater der Mikroskopie als auch als Vater der modernen Mikrobiologie. Er war vermutlich der erste Mensch, der mithilfe seiner genialen mikroskopischen Instrumente Protozoen, Bakterien und Erythrozyten gesehen hat. So berichtete er 1675 in einem Brief an die Royal Society von „Levende Dierkens ... die sich sehr lustig bewegen“.

Später beschrieb er in Briefen an dieselbe Society seine Krankheitssymptome sehr detailliert und seine Beobachtung, dass es sich nicht um Vorhofflimmern handeln könne. Die Ätiologie des Syndroms bleibt – wie bei van Leeuwenhoek selbst und auch bei der hier dargestellten Patientin – in den meisten Fällen unklar. Neben der idiopathischen Form werden postenzephalitische, postvirale und postoperative Ursachen angenommen. Auch Spätdyskinesien nach Neuroleptika-Therapien werden diskutiert (2, 3).

Erklärung reicht der Patientin

Unserer Patientin mit relativ milder Symptomatik genügte es, nun eine plausible Erklärung für ihre Symptome zu haben. Bei einer Kontrolluntersuchung drei Monate später zeigte sie sich zufrieden, sie könne nun, da sie wisse, dass sie „nicht verrückt“ sei, gut damit leben. Von einem medikamentösen Therapieversuch wurde deshalb Abstand genommen. Van Leeuwenhoek versuchte es auf Anraten seiner Ärzte seinerzeit mit Portwein, gewürzt mit Muskatnuss, mit „anfänglichem Erfolg“, vermutlich ein reiner Placebo-Effekt. Heute hätte man ihn sicherlich medikamentös behandelt und z. B. einen Versuch mit Carbamazepin (2) gemacht. Auch Phenytoin (3)



Abb. 2: Antonie van Leeuwenhoek (1632–1723). Das Portrait, gemalt von Jan Verkolje (1650–1693), hängt heute im Rijksmuseum, Amsterdam

kommt infrage. Als Ultima Ratio ist eine Phreniektomie möglich (3).

Fazit: Zuhören und Abhören

Dieser Fallbericht illustriert, wie wichtig sorgfältige Anamnese und gründliche körperliche Untersuchung für die Diagnosestellung sind. Zuhören und Abhören waren die entscheidenden Voraussetzungen für die Identifizierung des zugrunde liegenden Problems und des nachfolgenden gezielten Nachweises der Zwerchfellstörung in Lungenfunktionsanalyse und Bildgebung. Vermutlich ist die van Leeuwenhoek'sche Erkrankung selten, aber vielleicht nicht ganz so

selten, wie sie diagnostiziert wird. Die Anamnese kann zu Fehldeutungen in Richtung einer psychosomatischen Störung verleiten, der Auskultationsbefund kann bei flüchtiger Untersuchung unerkannt bleiben.

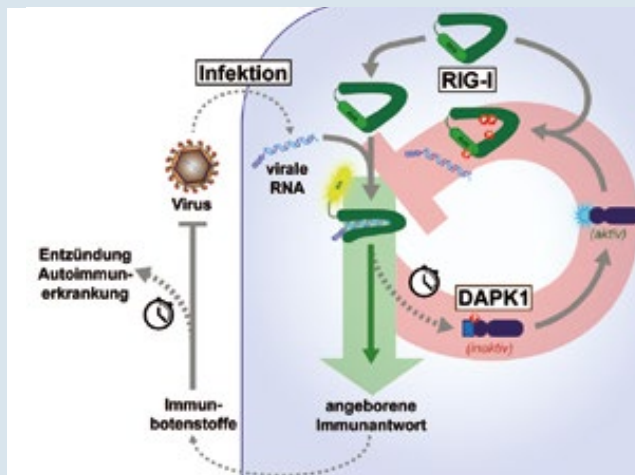
Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. Hinrich Hamm

Facharzt für Innere Medizin – Pneumologie und Allergologie
Lungenpraxis am Wördemannsweg
MVZ Prof. Mathey, Prof. Schofer
E-Mail: hamm@lungenpraxis-hh.de



Neues aus der Wissenschaft Nachrichten



Hemmende Rückkopplungsschleife, die bei Infektion mit RNA-Viren etwa acht Stunden nach Beginn der Immunreaktion das Enzym DAPK1 aktiviert

Immunantwort auf Virusinfektion: eine zeitlich begrenzte Reaktion

Zur Abwehr von Virusinfektionen müssen eindringende Pathogene erkannt werden, damit der Organismus die Infektion mit einer Immunantwort abwenden kann. Eine überschießende oder verlängerte Immunantwort kann aber schädlich sein und zur Ausbildung einer Autoimmunerkrankung führen. Deshalb ist bei einer Virusinfektion neben der schnellen Aktivierung des Interferonsystems die zeitgerechte und effiziente Inaktivierung der Immunantwort gleichermaßen wichtig. Eine aktuelle Publikation aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (Willemsen J et al., Mol Cell 2017; 65: 403-415) liefert dazu wichtige neue Daten. Die Autoren führten ein umfangreiches RNA-Screening durch und fanden eine hemmende Rückkopplungsschleife, die bei Infektion mit RNA-Viren etwa acht Stunden nach Beginn der Immunreaktion das Enzym DAPK1 (death associated protein kinase 1) aktiviert, welches den Rezeptor RIG-I (retinoic acid inducible gene I) für die Erkennung der Viren inaktiviert. Dadurch wird die Immunabwehr gebremst, der Organismus kann RNA-Viren nicht mehr erkennen. Dieser Mechanismus der zeitlich begrenzten Immunreaktion erklärt möglicherweise auch die Chronifizierung von Virusinfektionen und deren Rolle in der Entstehung mancher Krebsformen. | ca

Neue Lipidsenker können das Risiko kognitiver Störungen erhöhen

PCSK9-Hemmer Alirocumab (Praluent®) und Evolocumab (Repatha®) sind Hemmstoffe der Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9. Sie gelten vielfach als die neuen Sterne am Lipidsenkungshimmel. Eine aktuelle Metaanalyse hat die Hypothese überprüft, dass eine Senkung des LDL-Cholesterins durch diese Substanzen das Risiko von kognitiven Störungen erhöhe (Khan AR et al. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2017, 10 (1)). Es wurden klinische Studien zu Alirocumab und Evolocumab eingeschlossen, die eine Mindestdauer von 6 Monaten hatten. Wurde die Gesamtheit dieser Studien betrachtet, traten kognitive Probleme unter PCSK9-Hemmern nicht gehäuft auf. Wurden nur die beiden Studien mit längerer Beobachtungszeit und größerer Fallzahl eingeschlossen, die rund zwei Drittel der Patientendaten lieferten, ergab sich ein signifikant erhöhtes Risiko für kognitive Störungen. | ms

Progesteron bei Frühgeburtsrisiko

Kaum Einfluss nachweisbar

Das weibliche Geschlechtshormon Progesteron wird bei Schwangeren eingesetzt, um eine Frühgeburt zu vermeiden. Laut einer Studie aus den USA konnte eine intramuskuläre Anwendung die Rate an Frühgeburten nicht senken (Nelson DB et al, Am J Obstet Gynecol. 2017 Feb 20). Frauen, die mit Progesteron behandelt wurden, haben nach einem Bericht im „American Journal of Obstetrics and Gynecology“ sogar ein erhöhtes Risiko, an Gestationsdiabetes zu erkranken. 13,4 Prozent der Probandinnen entwickelten Gestationsdiabetes, in der Vergleichsgruppe waren es 8 Prozent. 17 α -Hydroxyprogesteron darf in den USA ausschließlich bei Frauen mit einer Einzelschwangerschaft und Frühgeburten in der Vorgeschichte appliziert werden.

In Deutschland werden Progesteron-haltige Vaginaltabletten verwendet, um das Risiko einer Frühgeburt zu senken. Gestationsdiabetes sei zwar für die Frauen nicht bedrohlich, so die Forscher, kann aber gesundheitliche Folgen für das Kind haben.

Quelle: pharmazeutische-zeitung.de, 15.3.2017

Nemolizumab bei Neurodermitis

Juckreiz rasch gelindert

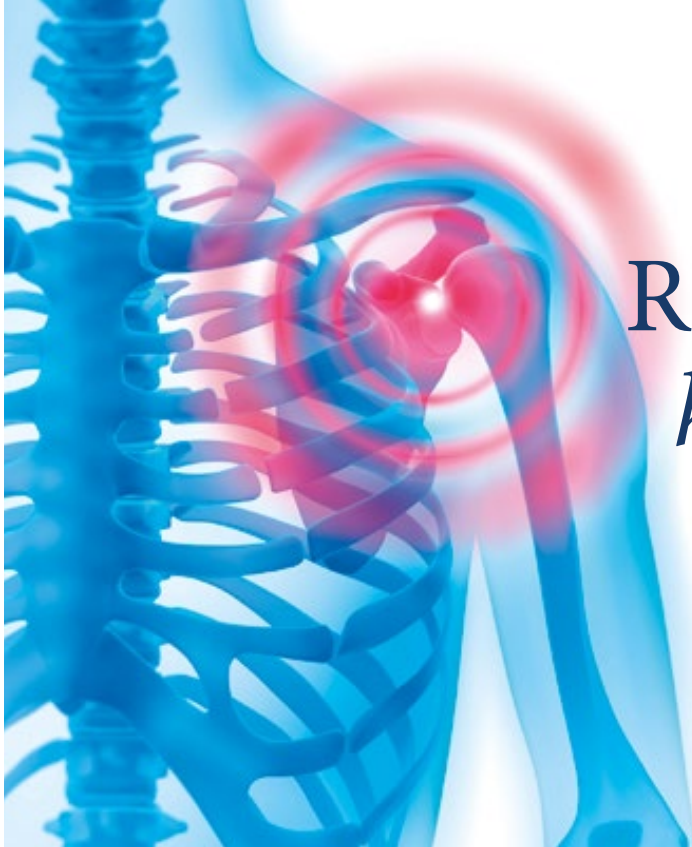
Nemolizumab verschafft Neurodermitis-Patienten Linderung bei Juckreiz und kann darüber hinaus Entzündungen zurückdrängen. Das ist das Ergebnis einer Phase-II-Studie der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, veröffentlicht im „New England Journal of Medicine“ (Ruzicka T et al., N Engl J Med 2017; 376:826-835, March 2, 2017). Nach subkutaner Anwendung des monoklonalen Antikörpers Nemolizumab (CIM331) alle vier Wochen bei Patienten mit moderater bis schwerer Neurodermitis und Schlafstörungen zeigte sich ein rascher Effekt: Im Vergleich zu Patienten unter Placebos spürten sie weniger Juckreiz und schliefen nachts besser, weil sie sich weniger kratzten, so die Forscher. Die Erklärung: Nemolizumab richtet sich gegen den Interleukin-31-Rezeptor A. Dieser Botenstoff vermittelt den starken Juckreiz bei Neurodermitis.

Quelle: pharmazeutische-zeitung.de, 10.3.2017

Schlichtungsstelle

Röntgenaufnahmen korrekt auswerten

Proximale Humerusfraktur Bei einer älteren Patientin zeigten sich bereits wenige Tage nach einer Fraktur-OP eine Fehlstellung und ein Cutting-out des Nagels. Darauf reagierten die behandelnden Ärzte nicht rechtzeitig. *Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern*



Eine Patientin wurde am 1. Oktober nach einem Sturz in ein Krankenhaus eingeliefert. Bei der klinischen und röntgenologischen Untersuchung zeigte sich eine dislozierte proximale Humerusfraktur, die am 11. Oktober operativ versorgt wurde. Laut OP-Bericht wurde intraoperativ die Eintrittsstelle für den Nagel mit einem K-Draht markiert und mittels Bildwandler kontrolliert. Nach Einbringen eines Führungsdrahts und Auffädern der Fraktur wurde der Schaft aufgebohrt und ein 8/7 Trigen-Nagel von 260 Millimetern Länge eingebracht. Die Fragmente legten sich gut an. Mit dem Bildverstärker wurden die Stellung kontrolliert und drei proximale Verriegelungsschrauben eingebracht. Distal wurde frei handverriegelt mit einer Schraube. Die Röntgenkontrolle nach Abschluss der Osteosynthese wurde mit guter anatomischer Reposition ohne Impingement angegeben.

Die postoperativen Röntgenaufnahmen in jeweils zwei Ebenen vom 12. und 13. Oktober zeigten eine achsengerechte Stellung in beiden Ebenen sowie eine Verkürzung von acht bis zehn Bildmillimetern. Proximal steht der Nagel einen bis maximal drei Bildmillimeter aus der Kopfkortikalis beziehungsweise Tuberculum-majus-Kortikalis vor. Die postoperative Behandlung war laut Entlassungsbericht komplikationsfrei. Dort ist vermerkt, dass eine Krankengymnastik mit schmerzlimitierenden Pendelbewegungen initiiert wurde. Die Röntgenaufnahme vom 21. Oktober in zwei Ebenen zeigte einen proximalen Nagelüberstand von sechs bis zehn Millimetern, ein verkipptes Kopfsegment mit Dislokation nach dorsal sowie Frakturstauung mit Cutting-out des proximalen Nagelendes. Eine aktive Abduktion oder endgradige Rotation sollte für sechs Wochen postoperativ vermieden und Lymphdrainagen sollten empfohlen werden. Eine Kurzzeitpflege im Seniorenzentrum wurde organisiert.

Dislokation des Verriegelungsnagels

Ab 1. Dezember erfolgte die Wiederaufnahme in dem Krankenhaus im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Als Diagnose im Einweisungsschein war angegeben worden: Multimorbidität, Zustand nach Osteosynthese rechte Schulter. Im Arztbrief des Zentrums für Geriatrie ist von einer minimalen Beweglichkeit des Arms die Rede, mit einer Abduktion von 20°, Anteversion 10°. Der radiologische Befund bei Aufnahme ergab eine Dislokation des Verriegelungsnagels mit vorstehender Verriegelungsschraube gelenkseitig. Das daraufhin veranlasste unfallchirurgische Konsil durch die Chefärztin ergab die Empfehlung einer Implantatentfernung mit eventueller Re-Osteosynthese.

Bei einem inzwischen radiologisch nachgewiesenen proximalen Überstand des Nagels von 15 Millimetern erfolgte am 7. Dezember der operative Eingriff mit der Entfernung des Verriegelungsnagels. Danach zeigte sich, dass die Fraktur noch nicht durchbaut war, aber stabil bei Bewegungen unter Bildwandlerkontrolle. Die entsprechenden Ausdrücke der Bildverstärkerkontrolle zeigen die vollständige Implantatentfernung, aber auch die unveränderte Fragmentfehlstel-

**DAS GUTE DARAN IST
AUTOMATISCH
DARIN**

automatisch
alles aktuell

medatix

**Das Gute daran: kein Stress mehr mit Updates.
Versprochen. Das Gute darin: das automatische
Selbst-Update.**

Mehr erfahren unter: alles-bestens.medatix.de

lung gegenüber dem Vorbefund mit Nagel. Am 9. Dezember erfolgte die Rückverlegung in das Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Im Hinblick auf den Verlauf wird vermerkt, dass passive Bewegungen des rechten Arms mit einer Bewegung von maximal 90° für Abduktion und Anteversion gestattet seien, wobei zum aktuellen Zeitpunkt eine erhebliche Einschränkung der Schultergelenkbeweglichkeit ohne nähere Angaben dokumentiert wurde. Laut Befund der Ergotherapie sei aktives Bewegen nicht erlaubt. Die passive Anteversion sei nur bis 10° möglich, da dann Schmerzen aufträten, die Abduktion bis 20°.

Im Entlassungsbericht aus der geriatrischen Behandlung am 3. Januar des Folgejahrs wird berichtet, dass eine deutliche Schonhaltung des rechten Arms bestehen würde. Nach vierwöchiger stationärer Anschlussheilbehandlung vom 3. Januar bis 7. Februar konnte schließlich die aktive Schultergelenkbeweglichkeit rechts auf eine Abduktion von 60°, Anteversion von 50°, Retroversion von 20° und Innenrotation von 70° beziehungsweise Außenrotation von 0° erweitert werden. Die passive Schulterbeweglichkeit rechts wurde für Abduktion und Anteversion mit jeweils 90°, die Innenrotation mit 80° angegeben, wobei geringe Druckschmerzen im ventralen Schultergelenksbereich sowie Schulterreckgelenk rechts dokumentiert wurden. Die weitere Behandlung erfolgte dann durch eine Fachärztin für Orthopädie, die die passive Abduktion im Schultergelenk mit 80°, die aktive mit 30° bewertet.

Unnötige Schmerzen und Dauerschaden

Die Patientin beanstandete, dass der Nagel zur Fixierung des komplizierten Trümmerbruchs des rechten Oberarms zu lang gewesen wäre und längere Zeit unnötigerweise Schmerzen verursacht habe. Die Ärzte hätten bei der starken Schmerzausprägung viel früher die behandlungsbedürftige Situation erkennen und abstellen müssen. Letztendlich sei es zu einem Dauerschaden gekommen.

Die Stellungnahme der behandelnden Ärzte lautet: Es habe eine achsensgerechte Stellung des Marknagels und der Fragmente um den Nagel vorgelegen. Eine krankengymnastische Übungsbehandlung sei limitiert mit endgradiger Rotationseinschränkung, ohne aktive Abduktion für sechs Wochen postoperativ. Es habe sich dann im weiteren Verlauf eine Wanderung des Nagels gezeigt, sodass eine Revision erfolgen musste.

Notwendige Schlussfolgerungen nicht gezogen

Der Gutachter kommt zu folgender Auffassung: Die präoperativen Untersuchungen durch die Ärzte der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Krankenhauses erfolgten befundadaptiert und lege artis, dies gilt auch für die Indikation zu Operation. Auch der operative Eingriff am 11. Oktober war fachgerecht, es ist definitiv kein zu langer Nagel eingesetzt worden. Die diagnostischen, postoperativen Maßnahmen während des ersten stationären Aufenthalts waren fachgerecht, jedoch wurden fehlerhaft die korrekte Interpretation und die notwendigen Schlussfolgerungen aus den Röntgenaufnahmen vom 21. Oktober nicht gezogen. Hierbei ist ein Cutting-out des Nagels mit Fehlstellung zu sehen gewesen. Dieser Befund machte einen Re-Eingriff zwingend notwendig. Präoperative Untersuchungen nach erneuter Wiederaufnahme am 1. Dezember zur Entfernung des Nagels wurden lege artis durchgeführt. Der Eingriff am 7. Dezember entsprach dem ärztlichen Standard. Die Notwendigkeit dieser Operation ergibt sich aus einem mechanisch höchst kompromittierten Knochen und nicht aus einem fehlerhaften Ersteingriff. Bei korrekter Auswertung der bildgebenden Diagnostik vom 21. Oktober wäre die Indikation zum Re-Eingriff sechs Wochen früher als tatsächlich gestellt und durchgeführt worden.

In Würdigung der Multimorbidität und der mechanischen Kompromittierung des Humeruskopfs ist jedoch davon auszugehen, dass auch bei richtigem ärztlichen Handeln nicht zwangsläufig ein funktionell besseres Resultat zu erhalten gewesen wäre. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind deshalb nicht allein fehlerbedingt eingetreten.

Eingeschränkte Beweglichkeit ist fehlerbedingt

Die Schlichtungsstelle schließt sich dem Gutachten an: Auf der Röntgenaufnahme vom 21. Oktober in zwei Ebenen zeigte sich ein proximales Nagelüberstand von sechs bis zehn Millimeter sowie ein verkipptes Kopfsegment mit typischer Dislokation nach dorsal und ein Cutting-out des proximalen Nagelendes. Darauf wurde fehlerhaft nicht reagiert. Zu diesem Zeitpunkt wäre es bereits unausweichlich gewesen, das Implantat zu entfernen und einen Verfahrenswechsel einzuleiten. De facto wurde dies erst sechs Wochen später nach Wiederaufnahme der Patientin und einem Konsil durch die unfallchirurgische Abteilung eingeleitet. Erst am 7. Dezember wurde der Nagel operativ entfernt, und es wurden physikalisch-therapeutische Maßnahmen eingeleitet, nachdem festgestellt wurde, dass zumindest eine bindegewebige Stabilität der Fragmente vorlag. Es erfolgte weitere Krankengymnastik bei deutlich eingeschränkter Beweglichkeit. Bei richtigem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung ebenfalls die Indikation zu einer Marknagelosynthese gestellt worden, es wäre aufgrund der Röntgenaufnahmen vom 21. Oktober zu einer Re-Osteosynthese oder Schulterprothese gekommen. Das fehlerhafte Vorgehen führte zusätzlich zur Verlängerung der Schmerzen von knapp sieben Wochen und dadurch zu längerer Ruhigstellung und verlängerter Rehabilitation. Die Einschränkung der Beweglichkeit wird zu 20 Prozent als fehlerbedingt eingeschätzt.

Kerstin Kols, Ass. jur.

Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern

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

**DDG Hausärztetag
auf dem
Diabetes Kongress 2017**

Diabetes kompakt
Was, wann und wie? – Tipps und Tricks für die hausärztliche Praxis

**DIABETES
KONGRESS 2017**

Samstag, 27. Mai 2017 | 9:00 - 12:30 Uhr
Hamburg Messe & Congress GmbH
Messeplatz 1, 20357 Hamburg

Wissenschaftliche Leitung
Dr. Jens Kröger: Vorsitzender Deutsche Diabetes-Hilfe (diabetesDE)
Dr. Andreas Klinge: Vorsitzender AG der Diabetesschwerpunktpraxen Hamburg
Prof. Martin Merkel: Vorsitzender der Hamburger Gesellschaft für Diabetes
Prof. Dirk Müller-Wieland: Vizepräsident DDG, Kongresspräsident 2017

Teilnehmer können sich vergünstigt mit einer Tageskarte anmelden
(wahlweise vor Ort an der Tageskasse oder vorab online).
Online-Anmeldung, Programm und weitere Informationen unter:
www.diabeteskongress.de | Für Rückfragen: 030 24603360

DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft



Röntgenbild zeigt verlorene Zahnprothese

Nach dem Mittagsschlaf, den die 85-jährige demente Frau wie gewohnt in ihrem Sessel sitzend hält, fehlt die Zahnprothese. Der Ehemann, etwas jünger und kognitiv ganz fit, sucht die Prothese vergeblich im Sessel, auf der Kleidung, am Fußboden – die Zahnprothese ist nicht aufzufinden: Die alte Frau hat sie möglicherweise verschluckt, es gibt kaum eine andere Erklärung. Der Ehemann

bringt seine Frau in die Klinik, äußert den Verdacht, dass sie die Prothese verschluckt hat. Es wird ein Röntgenbild gemacht, das tatsächlich die Zahnprothese zeigt, in Projektion auf den Magen (Kreis). Die endoskopische Entfernung des Fremdkörpers wird vorbereitet, ein besonders erfahrener Gastroenterologe wird gerufen. Die Patientin hat bereits die Sedierung erhalten und wird nun in Seitenlage gebracht, dabei fällt die Prothese auf den Boden, wahrscheinlich aus dem BH. Auf die zweite Ebene war beim Röntgen verzichtet worden, weil ja alles geklärt zu sein schien.

Prof. Dr. Christian Arning

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts
E-Mail: neuro@dr-arning.de

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

REZENSION

Lektüre für Niedergelassene über juristische Fallstricke im Praxisalltag



Martin H. Stellpflug, Maximilian Warntjen (Hrsg.): Compliance in der Arztpraxis. 30 Fälle aus der Praxis – die häufigsten Fehler und wie man sie vermeiden kann. medhochzwei Verlag 2016, 128 Seiten, 29,99 Euro

Mit unseren Patienten sprechen wir über „Adhärenz“. Das bedeutet Einnahmetreue nach gemeinsamer Erarbeitung von Behandlungszielen. In diesem Buch für den niedergelassenen Arzt geht es jedoch um „Compliance“. Ärzte sollen ein umfangreiches juristisches Regelwerk befolgen. Das weckt erstmal Widerstand: „Will ich wirklich alle Regeln und Vorschriften kennen? Ich weiß doch, was sich gehört.“ Dennoch müssen wir die Verrechtlichung der Medizin zur Kenntnis nehmen und die Spielregeln des Niederlassungsrechts beachten. Sieben Rechtsanwälte einer auf Gesundheitsrecht spezialisierten Kanzlei haben anhand von 30 Fallbeispielen klassische Fragestellungen aufgearbeitet. Einige sind bereits vor fünf Jahren in einer Ärzte-Zeitung veröffentlicht worden. Dennoch ist die Sammlung aktuell, nimmt bereits Bezug auf das Antikorruptionsgesetz von 2016, die Verweise auf Gesetzestexte im Internet sind zuverlässig.

Das Buch deckt eine große Spannbreite rechtlicher Fragen ab, von der Anstellung ärztlicher Mitarbeiter, ärztlichen Kooperationsformen, Problemen im Praxisalltag bis zu Verordnungsfehlern und Abrechnungsregeln. Einige Fälle arbeiten sich an Selbstverständlichkeiten ab

(Speziallabor, Röntgenbefundung, Fortbildungspflicht), andere helfen im Alltag (MFA ist schwanger, Sprechstundenbedarf, Diebstahl sensibler Daten) oder treffen wichtige Klarstellungen (IGeL). Bei dem höchst relevanten Thema Laborkooperation wird klar gesagt, was nicht geht, mögliche Finessen werden aber leider offengehalten. An anderer Stelle wird der Euphemismus „Fallstrick“ benutzt, „Betrug“ wäre da angebrachter.

Das Thema über das Verhalten bei staatsanwaltlichen Durchsuchungen ist weniger relevant.

Die jeweilige Problematik ist für einen juristischen Laien gut aufbereitet. Die Lösungsvorschläge am Ende jedes Falls ergeben sich bereits aus dem Text und sind häufig redundant.

Nutzt man dieses Buch als Nachschlagewerk, sind nicht immer alle Fallüberschriften zielführend. Nutzt man es als Bettlektüre, können einige Kapitel erheblich den Schlaf stören. Viele Vorschriften mögen in einer hochspezialisierten Praxis einzuhalten sein (Dokumentation, Aufklärungspflicht für jede Medikation, Dolmetscherqualität bei der Behandlung Geflüchteter), sind in einer lebhaften Hausarztpraxis mit buntem Aufgabenfeld jedoch gänzlich unrealistisch. Hier wird nicht differenziert. Trotz Abneigung gegen die Beschäftigung mit dem juristischen Korsett meiner Arbeit habe ich die wenigen Stunden Lektüre nicht bereut. Sollte man die Freiheit besitzen, sein gewissenhaftes, ärztliches Handeln nicht einer juristischen Unanfechtbarkeit unterzuordnen, ist diese kleine Lektüre zu empfehlen. Der juristische Grenzgänger wird nicht auf seine Kosten kommen.

Dr. Henning Harder, Facharzt für Allgemeinmedizin

Bild und Hintergrund

Verheizt in der Hölle der Seeleute

Transozeanischer Seeverkehr Hitzschläge, Misshandlungen, unzumutbare Arbeitsbedingungen – Hunderte von Schiffsheizern und Kohlentrimmern sprangen um 1900 auf offenem Meer über Bord. Der Hamburger Hafendarzt Bernhard Nocht untersuchte diese Suizide.

Von Dr. phil. Stefan Wulf

Seit den 1880er-Jahren wurde in Hamburg und in anderen Hafenstädten ein bis dahin kaum bekanntes Phänomen wahrgenommen und überaus kontrovers diskutiert: Hunderte von Seeleuten – in weit überwiegender Zahl Heizer und Trimmer* (Kohlenzieher) – sprangen auf offenem Meer über Bord, nachdem sie zuvor durch die unerträgliche Hitze in den Kesselräumen und Kohlenbunkern, durch inhumane Arbeitsbedingungen, mitunter auch Gewalt und Misshandlung in Not und Verzweiflung und vielfach in den Wahnsinn getrieben worden waren. Zu erkennen ist eine besondere arbeitsmedizinische Problemlage, die – im Zeichen des Maschinenzeitalters – auf eine „moderne“ Form psychischer Störung (1) verweist. Mit der Industrialisierung etablierte sich auch an Bord der Schiffe die „Macht“ der Maschine (2). Sie bestimmte den Rhythmus und die sozialen Interaktionen an Bord: Der Dampfdruck durfte nicht fallen. Die Fortschritte der Technik beschleunigten zwar den Überseeverkehr, doch die industrialisierte Schiffspassage brachte eine neue Form des Wahnsinns hervor.

Reedereien verharmlosen das Phänomen

Die historischen Quellen sind breit gestreut. Ausführlich ist die Problematik in einer Reihe von Hamburger Seegerichtsurteilen dargestellt. Man begegnet dem Thema in zeitgenössischen Reichstagsreden ebenso wie in der Presse. Die grundlegenden Konstellationen, divergierenden Standpunkte und jahrelangen Auseinandersetzungen zur geschilderten Frage – in Hamburg wie auch auf Reichsebene – lassen sich aber vor allem auf der Grundlage der umfangreichen Spezial-Akte des Hamburger Hafendarztes Bernhard Nocht (1857–1945) nachvollziehen. Es liegen vereinzelt auch psychiatrische Krankenakten von (geretteten) „Feuerleuten“ aus der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg vor. Eine eindrucksvolle Schilderung der Bedingungen unter Deck ist nicht zuletzt B. Traven (ein Pseudonym) durch seinen Roman „Das Totenschiff“ von 1926 zu verdanken.

Allein zwischen 1888 und 1897 ist von rund 280 bis 300 Suiziden an Bord deutscher Handelsschiffe auszugehen. Die Reedereien und die in den Hafenstädten maßgebenden Senats- und Handelskreise waren daran interessiert, das Überbordspringen der „Feuerleute“ so weit wie möglich zu individualisieren und die Bedingungen unter Deck einer grundsätzlichen Kri-

tik zu entziehen. Man behauptete, dass es sich bei den Betroffenen, vor allem bei den Kohlenziehern, um körperlich und moralisch heruntergekommene Existenzen handelte, und konstatierte als Hauptursache der Suizide auf See eine vermeintliche Minderwertigkeit des „Menschmaterials“. Reeder und Kaufleute waren bemüht, das Thema zu bagatellisieren und staatliche Eingriffe in die Ausstattung der Schiffe und das System der Schifffahrt (durch entsprechende gesetzliche Bestimmungen und Kontrollen) bzw. die daraus resultierenden Kosten zu verhindern.

Nocht macht Hitzschläge verantwortlich

Es war der erste Hamburger Hafendarzt und Begründer des Hamburger Tropeninstituts, Bernhard Nocht (3), der deutlich widersprach und die Erklärung des Phänomens auf eine rationale, primär medizinisch-wissenschaftliche Grundlage stellte. Nochts erwähnte Akte (4) mit ihren Ermittlungen und Berechnungen zeigt anschaulich die Arbeitsweise eines Hafendarztes Ende des 19. Jahrhunderts (5). Nach Nochts Erhebungen begingen – verglichen mit der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung an Land – siebenmal mehr „Feuerleute“ an Bord deutscher Dampfschiffe Suizid. Bei den Kohlenziehern ergab sich sogar die zwanzigfache Häufigkeit. Für Nocht war die individuelle Prädisposition der Opfer nur ein sekundärer Faktor. Die Hauptursache für das Überbordspringen auf See lag für ihn in den gesundheitlichen Folgen des Aufenthalts und der schweren Arbeit in den Heizräumen und Kohlenbunkern. Für ihn waren die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen an Bord und vor allem die Einrichtung effektiver Ventilationsysteme unter Deck die entscheidenden Punkte.

Nocht stellte den Hitzschlag in das Zentrum seines Erklärungsansatzes, also einen Krankheitsbegriff anstelle sozialer Stigmatisierung. Es seien aber, so der Hamburger Hafendarzt, nicht immer nur exorbitant hohe Temperaturen, die den „gefährlichen Symptomenkomplex“ des Hitzschlags hervorriefen, sondern oftmals auch die hohe Luftfeuchtigkeit und mangelnde Luftzirkulation in den Kesselräumen und Kohlenbunkern. Gerade bei Fahrten durch das Rote Meer würden sich die dort herrschenden extremen klimatischen Bedingungen zusätzlich erschwerend auswirken. Nocht sah einen direkten Zusammenhang zwischen Hitzschlägen und



Abb. 1: Prof. Dr. Bernhard Nocht in den 1920er-Jahren (Archiv des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin, Hamburg)

den zahlreichen Suiziden unter dem sogenannten „niederen Maschinenpersonal“. Seinen Ermittlungen zufolge waren in einer großen Zahl der Fälle dem Überbordspringen Anfälle von Hitzschlag vorausgegangen und damit auch unterschiedliche Erscheinungsformen psychischer Störung: „In sehr vielen Fällen gehen unzweifelhaften Hitzschlaganfällen ... nervöse Unruhe, psychische Depression und Selbstmordgedanken voraus, oder sie vergesellschaften sich mit den körperlichen Symptomen des Hitzschlaganfalls. Auch in den seeamtlichen Verhandlungen stellt es sich häufig heraus, daß die Selbstmörder unter den Feuerleuten entweder gleichzeitig mit Erscheinungen leichten Hitzschlags, Zeichen psychischer, vorher nicht bemerkter Depression vor dem Ueberbordgehen zeigten oder ganz plötzlich von der Arbeit mit Anzeichen von Verwirrung an Deck eilten und in den Tod gingen. Auch die Seeämter sprechen sich in diesen Fällen dahin aus, daß diese Selbstmorde in plötzlichen Anfällen geistiger Störung infolge von Überhitzung verübt wurden, wenn auch in der Mehrzahl der seeamtlichen Sprüche Urteile über die Ursachen solcher Vorkommnisse nicht abgegeben sind.“ (6)

Der signifikante Anteil von Heizern, vor allem aber von Kohlenziehern unter den Suizidenten lässt einen berufsspezifischen Erklärungsansatz, wie ihn Nocht vertritt, plausibel erscheinen. Man wird in einer größeren Zahl der Fälle sicherlich Bewusstseinsstörungen, Halluzinationen und andere Formen geistiger Verwirrtheit infolge von Hyperthermie als wesentliche Ursache betrachten können. Zudem wurde der Symptomenkomplex noch dadurch kompliziert, dass mitunter Betroffene vor ihrem Tod – meist durch die Maschinisten – verprügelt, bedroht und gedemütigt worden waren, weil man sie für Simulanten hielt, die nicht arbeiten wollten. Die daraus resultierenden Angstzustände allein genügte in manchen Fällen, um Betroffene in den Suizid zu treiben. Deren mentale Verfassung dürfte des Öfteren auch durch starke körperliche Schmerzen (etwa durch Verbrennungen etc.) mit beeinflusst worden sein. Auch Alkohol wird eine Rolle gespielt haben.

Bezeichnend für das Schiff als spezifischen Ort des Wahnsinns ist die Tatsache, dass der Sprung über die Reling nicht zwingend einem Todeswunsch oder -vorsatz entsprechen musste, sondern vielleicht nur den unbedingten, kaum zu kontrollierenden Drang nach Abkühlung befriedigen sollte. Man wird in all diesen Fällen wohl von einer gewissen Bandbreite zwischen affektivem suizidalen Handeln und intendiertem Suizid ausgehen müssen.

Entsetzliche Säule von Hitze und Wasserdampf

B. Traven hat in seinem Roman „Das Totenschiff“ 1926 die Arbeit der Kohlenzieher und Heizer auf dem Schiff „Yorikke“ einprägsam geschildert, die unmenschlichen Arbeitsverhältnisse, das unerbittliche Regime der verantwortlichen Maschinisten und die Sehnsucht nach dem Sprung ins Meer. Der Seemann Gerard Gale widersteht der Versuchung zwar, doch: „Wäre ich über die Reling gesprungen, dann würde ich jetzt nicht in einer Hölle sein, wo selbst die Teufel es nicht aushalten können.“ (Hier ist die Reflexion über den eigenen Suizid Stilmittel des Romans.) Die Schilderung dieser „Hölle“ gelingt Traven eindrucksvoll. An einer Stelle des Buchs heißt es: „Ich wollte die Leiter hinuntergehen. Als ich aber einen Fuß auf die oberste Stufe gesetzt hatte, schlug mir eine entsetzliche Säule von Hitze, erstickendem Ölgestank, Kohlenstaub, Flugasche, dickem Petroleumqualm und Wasserdampf entgegen. Ich fiel zurück, und mit einem lauten Japsen schnappte ich nach frischer Luft, weil ich glaubte, meine Lungen könnten nicht mehr arbeiten.“

Es blieb nicht bei diesem einen Versuch, in das Innere des Schiffs zu gelangen: „Als ich meine Lungen wieder aufgefüllt hatte, machte ich den dritten Versuch, und ich kam auf eine Plattform. Drei Schritte über



Abb. 2: Henry Glintenkamp, Tuschezeichnung eines mit heißem Dampf „ringenden“ Menschen (1920er-Jahre, ohne Titel, signiertes Original im Besitz des Autors)

die Plattform, die nur einen halben Schritt breit war, führten zum Ende der Platte, wo eine zweite Leiter tiefer in den Schacht ging. Diese drei Schritte konnte ich aber nicht machen. In Gesichtshöhe war hier die Aschenhiewwinche**, und das Dampfrohr der Winche hatte einen langen, aber ganz dünnen Riß. Durch diesen Riß zischte ein brühend heißer Wasserdampf, scharf und schneidend wie eine Stichflamme. Der Riß lag so, daß, selbst wenn man sich bückte, man diesem schneidenden Dampfstrahl nicht ausweichen konnte. Ich versuchte, mich hochzurecken, aber dann wurden die Arme und die Brust angefressen und verbrüht. Inzwischen mußte ich hoch, um Luft zu schöpfen.“ (7)

Auf historischen Fotos wird man eine solche Szene vergeblich suchen. Der Maler Henry (Hendrik) Glintenkamp (1887–1946) hat die beschriebene Situation in einer Zeichnung realistisch festgehalten (Abb. 2). Fast könnte man meinen, Travens Roman hätte ihm als Vorlage gedient. Die beschriebene Problematik in den Heizräumen und Kohlenbunkern hat ihre Spuren also nicht nur in Verwaltungsakten, wissenschaftlicher Literatur und Zeitungsberichten hinterlassen, sondern auch Schriftsteller und Künstler veranlasst, sich mit ihr auseinanderzusetzen. Ebenfalls relevant in diesem Zusammenhang ist das Schauspiel „The Hairy Ape“ („Der haarige Affe“, 1921/22) des US-amerikanischen Dramatikers Eugene O'Neill (1888–1953). Der Selbstmord des mit ihm befreundeten irischen Heizers J. Driscoll, der 1915 auf hoher See über Bord gesprungen war, hatte O'Neill zur Abfassung dieses Stücks veranlasst, dessen Protagonist Yank zunehmend dem Wahn verfällt (8).

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

Dr. phil. Stefan Wulf

Historiker, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: s.wulf@uke.de

* Die Kohlenzieher (Trimmer) transportierten auf Schiffen die Kohle in die Heizräume, zerkleinerten große Kohlenbrocken mit dem Kohlenhammer und entsorgten die heißen Asche- und Schlackereeste.

** Winsche: Motorseilwinde, um die Asche an Deck zu hieven und sie dort zu entsorgen.

DER BLAUE HEINRICH

Auszug aus: „Elefant“ von Martin Suter, S. 185 ff.

Diogenes Verlag 2017, 24 Euro

ausgewählt von Katja Evers

Beweis der Machbarkeit

Roux hatte einen normal großen rosa Elefanten schaffen wollen. Dass er klein geraten war, hatte er wohl ursprünglich für eine Panne bei der CRISPR/Cas-Technik gehalten. Aber vielleicht war es ihm nicht gelungen, diese zu wiederholen ...

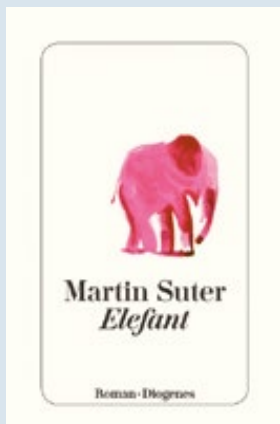
Barisha (Name des rosa Elefanten, Anm. d. Redaktion) ließ das Bündel fallen, legte sich hin und rollte sich auf den Rücken. Ihr Maul war unter dem Rüssel zu sehen. Es sah aus, als lache sie.

Reber hatte sich in den vielen Tagen und Nächten mit Barisha intensiv mit dem Stand und vor allem mit den Gefahren der Gentechnologie auseinandergesetzt. Je mehr er erfuhr, desto überzeugter war er, dass das, was Kaung und er getan hatten und taten, nicht nur vertretbar war. Es war ihre verdammte Pflicht und Schuldigkeit, um die Lieblingsformulierung seines alten Professors für biomedizinische Ethik zu benutzen. Als Reber zum ersten Mal mit dem Thema in Berührung gekommen war, war die Entschlüsselung des Erbgutes noch eines der großen Probleme der Technologie gewesen. Heute war sie Routine.

Die genetischen Datenbanken wuchsen täglich. Das ermöglichte denen, die über sie verfügten, genetische Landkarten anzulegen, anhand derer sie feststellen konnten, woher jemand kam. Was natürlich einer neuen, noch differenzierteren und noch gezielteren Diskriminierung als der, die die Menschheit bereits kannte, Tür und Tor öffnen würde. Und es ermöglichte zum Beispiel auch, Waffen zu entwickeln, die

nur bei bestimmten genetischen Gruppen wirkten. Man würde also die Bewohner eines Landes mit chemischen Waffen angreifen, die für bestimmte Ethnien harmlos und für andere tödlich wären.

Als Mediziner sah Reber natürlich auch die Vorteile der Möglichkeit, Erbgut zu entschlüsseln und zu verändern. Man konnte zum Beispiel Genfunktionen ausschalten, die Alzheimer auslösten oder Krebs oder den Alterungsprozess oder andere Geißeln der Menschheit. Aber es bedeutete ebenfalls, dass man das Erbgut von Pflanzen, Tieren, Menschen umgestalten konnte. Man konnte sie designen. Barisha war der bisher spektakulärste Beweis für diese Machbarkeit. Und nicht nur das. Sie war auch ein entzückendes Werbemaskottchen für deren Wünschbarkeit und Harmlosigkeit.



Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztelkammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung

Für den Inhalt verantwortlich

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

Redaktion

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

Redaktion und Verlag

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

Anzeigen

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

Anzeigenschluss fürs Aprilheft

Textteilanzeigen: 13. April 2017
Rubrikanzeigen: 20. April 2017

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Michael von Hartz (Titelgestaltung)

Druck

Eversfrank Meldorf
Auflage: 18.883

Redaktionsschluss für das Maiheft:
13. April

Das nächste Heft
erscheint am 10. Mai

Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

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

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?

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

Sie sind kein Mitglied der Ärztekammer und möchten das HÄB abonnieren, Ihre Abonnementadresse 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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Nervenheilkunde ärztliche Psychotherapie (TP)	75/17 NÄPSY	01.07.2017	Wandsbek
Facharzt für Allgemeinmedizin (BAG)	79/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Alsterdorf
Innere Medizin (hausärztlich)	80/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Barmbek-Süd
Allgemeinmedizin	81/17 HA	01.07.2017	Rissen
Allgemeinmedizin	82/17 HA	01.01.2018	Sasel
Allgemeinmedizin (BAG)	83/17 HA	01.10.2017	Winterhude
Praktische Ärztin (BAG)	84/17 HA	01.10.2017	Winterhude
Kinderheilkunde	85/17 K	01.07.2017	Hamm
Praktische Ärztin (BAG)	86/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Horn
Innere Medizin (BAG) (hausärztlich)	87/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Horn
Praktische Ärztin	88/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Lohbrügge
Fachärztin für Allgemeinmedizin	89/17 HA	01.10.2017	Eimsbüttel
Facharzt für Allgemeinmedizin	90/17 HA	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Eimsbüttel
Fachärztin für Allgemeinmedizin	92/17 HA	01.07.2017	Rotherbaum
Facharzt für Allgemeinmedizin (BAG)	93/17 HA	01.01.2018	Eidelstedt
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Psychologische Psychotherapie (TP)	74/17 PSY	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Uhlenhorst
Psychotherapeutische Medizin (TP)	76/17 ÄPSY	01.07.2017	Lokstedt
Psychotherapeutische Medizin (TP)	77/17 ÄPSY	01.04.2018	Lokstedt
Psychiatrie, Neurologie ärztliche Psychotherapie (TP)	78/17 NÄPSY	01.10.2017	Blankenese
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	94/17 F	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Harvestehude
Praktischer Arzt (aufgrund des koloskopischen Schwerpunkts können sich FÄ für Chirurgie oder Innere Me- dizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie bewerben) (BAG) (fachärztlich)	95/17 C	01.01.2019	Hamburg- Altstadt

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **30.04.2017** 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 **Psychotherapeuten** unter den Telefonnummern 040/ 22 802-503 und -673.

*BAG: Berufsausübungsgemeinschaft
TP: Tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie*

Mitteilungen

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Der Termin 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.

HIV-Qualitätszirkel der KV Hamburg

Der nächste Termin findet statt am

Donnerstag, 27. April 2017, 18.30 Uhr

in den Räumen des

ICH Stadtmitte, Glockengießerwall 1 (direkt am Hauptbahnhof)

Thema: „HIV und metabolische Lebererkrankungen - wirklich ein Problem?“
(Dr. med. Patrick Ingiliz, FA für Innere Medizin, Infektiologie/HIV/STD, Hepatologie, Zentrum für Infektiologie, Berlin) Wie immer können und werden auch Fälle besprochen werden.
Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 22802-572.

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten / Psychotherapeuten

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

Adresse		Adresse	
Fachärzte für Allgemeinmedizin		Facharzt für Innere Medizin	
Dr. Arash Bozorgzad	Greifenberger Straße 57, 22147 Hamburg	Jan Selonke (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)	Bergstedter Markt 15, 22395 Hamburg
Dr. Monika Mulert	Dammtorstraße 27, 20354 Hamburg	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	
Mathias Gerlach	Heimfelder Straße 56, 21075 Hamburg	Janine Mänz-Siebje (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)	Pestalozzistraße 15, 22305 Hamburg
Gabriele Clemens	Gurlittstraße 31 – 33, 20099 Hamburg	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	
Dr. Sebastian Schmolke (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Ernst-Mantius-Straße 25, 21029 Hamburg	PD Dr. Jörg Ohnsorge	Eppendorfer Landstraße 77, 20249 Hamburg
Qassem Mohammad	Billstedter Platz 7, 22111 Hamburg	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie	
Fachärzte für Augenheilkunde		Dr. Richard Pfeiffer	Tangstedter Landstraße 77, 22415 Hamburg
Dr. Wiebke Westerkamp	Rödingsmarkt 1, 20459 Hamburg	Psychologische Psychotherapie	
Dr. Hendrik Schwarzer	Mittelweg 123, 20148 Hamburg	Dipl.-Psych. Wiebke Kenkel (häftiger Versorgungsauftrag)	Rennbahnstraße 34 b, 22111 Hamburg
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
Dr. Anne Van Der Most (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Bellmannstraße 5, 22607 Hamburg		

Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

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

Medizinisches Versorgungszentrum Ärztlicher Leiter	Anschrift	Fachrichtungen
MVZ für Gynäkologie und Pränatalmedizin Prof. Dr. Ludwig GmbH Prof. Dr. med. Annika Ludwig	Wandsbeker Marktstraße 48 – 50, 22041 Hamburg Tel.: 68 43 45	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
MVZ Chirurgie Osterstraße Dr. med. Ulrike Saalfeld	Osterstraße 116, 20259 Hamburg Tel.: 40 17 81-0, Fax: 40 17 81-30	Chirurgie



© Fathema Murtaza

IHR NEUER ARBEITSPLATZ

WIR SUCHEN QUALIFIZIERTE MEDIZINER, TECHNIKER UND ADMINISTRATOREN (M/W), DIE SICH WEITER ENTWICKELN MÖCHTEN UND MIT UNS WELTWEITE NOTHILFE LEISTEN.

Unsere Teams sind in mehr als 60 Ländern im Einsatz. Werden Sie ein Teil davon und lernen Sie humanitäre Hilfe auf höchstem Niveau kennen. Bewerben Sie sich online: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten



Stellenangebote

SICHERHEIT

beginnt mit mir bei DEKRA.

Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmediziner oder Arzt (m/w) in Weiterbildung gesucht.

Wir sind auch als Arbeitgeber Ihr verlässlicher Partner und stehen für vielfältige Tätigkeitsprofile sowie zukunftssichere Arbeitsplätze in Ihrer Region. DEKRA ist eine der weltweit führenden Expertenorganisationen im Bereich Fahrzeugprüfung, Gutachten, Industrie- und Bauprüfung sowie Zertifizierung und sorgt für Sicherheit im Verkehr, bei der Arbeit und zu Hause.

www.dekra.de/karriere





»Wer in der Arbeitsmedizin Karriere machen will, ist bei der B·A·D GmbH richtig: Denn gute Leistung wird belohnt. Flache Hierarchien bringen engagierte Mitarbeiter schnell nach oben. Eine leistungsbezogene Vergütung belohnt gute Arbeit und ein attraktives Aus- und Weiterbildungsprogramm sorgt für die fachliche Weiterentwicklung.«

Dr. Eckhard Müller-Sacks, Facharzt für Arbeitsmedizin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, CDMP (Certified Disability Management Professional), Leiter B·A·D-Cluster Düsseldorf

Die B·A·D Gruppe betreut mit mehr als 3.700 Experten europaweit 270.000 Betriebe mit 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit. Allein in Deutschland betreiben wir 200 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen. Unsere Mitarbeiter sind dabei unser wertvollstes Kapital, denn ohne sie wären wir nicht so erfolgreich! Gehören Sie bald auch zu uns?



Teamleitung Arbeitsmedizin (m/w)

Cluster Hamburg – Vollzeit

Kennziffer HÄB-TL

Unser Angebot:

- Flexible und planbare Arbeitszeiten
- Leistungsbezogene Vergütung
- Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
- Betriebliche Altersvorsorge
- Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
- Professionelle Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Ihre Aufgaben:

- Arbeitsmedizinische Betreuung unserer Kunden
- Vertretung der Zentrumsleitung
- Führung der zugeordneten Mitarbeiter in Absprache mit der Zentrumsleitung
- Übernahme der fachlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung für die Mitarbeiter im Bereich Medizin in Absprache mit der Zentrumsleitung
- Akquisitionsunterstützung, insbesondere Cross-Selling-Aktivitäten

Ihr Profil:

- Erfolgreich abgeschlossenes Medizinstudium und abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin bzw. dem Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
- Mehrjährige Erfahrung im arbeitsmedizinischen Bereich
- Grundkenntnisse im betriebswirtschaftlichen Bereich und Affinität im Umgang mit Zahlen
- Erste Führungserfahrung wünschenswert
- Kunden- und Serviceorientierung; Selbstständigkeit und Kommunikationsgeschick
- Hohes Maß an Organisationsfähigkeit und Sorgfalt
- Gute Kenntnisse der gängigen MS Office-Anwendungen und im Umgang mit SAP

Interessiert? Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der o. g. Kennziffer, Ihrer Gehaltsvorstellungen und des frühestmöglichen Eintrittstermins, gerne auch per E-Mail an arztbewerbungen@bad-gmbh.de oder an:

B·A·D GmbH – Personalentwicklung/-gewinnung
Herr Klein, Tel. 0228/40072-750
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
www.bad-gmbh.de/karriere >> weitere Informationen zur Arbeitsmedizin



»Als Arbeitsmediziner steht für mich die Gesundheitsvorsorge im Mittelpunkt meines Handelns. Daher weiß ich: Mitarbeiter müssen sich an ihren Arbeitsplätzen sicher und wohl fühlen. Dazu benötigen sie ein konstruktives Miteinander und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit. Werte, die bei der B·A·D GmbH fest in der Unternehmenskultur verankert sind.«

Dr. Carsten Buß, Facharzt für Arbeitsmedizin, Leiter B·A·D-Zentren Dortmund und Münster

Die B·A·D Gruppe betreut mit mehr als 3.700 Experten europaweit 270.000 Betriebe mit 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit. Allein in Deutschland betreiben wir 200 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen.



Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner (m/w) oder Ärzte für die Weiterbildung (m/w) zum Facharzt für Arbeitsmedizin

bundesweit (u. a. Hamburg-Altona | Hamburg-Harburg | Hamburg-Uhlenhorst |)
– Voll- oder Teilzeit

Kennziffer HÄB

Ärztinnen und Ärzten mit 24-monatiger Erfahrung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin bieten wir den Einstieg in ein **expandierendes Unternehmen**.

Alle bundesweiten Stellen und weitere Informationen zur Arbeitsmedizin finden Sie unter: www.bad-gmbh.de/karriere

Unser Angebot für Sie – vielfältig, mitarbeiterorientiert und mehrfach ausgezeichnet:

- Sie sind in einem attraktiven Umfeld in der Betreuung vielfältiger Branchen und Unternehmen tätig
- Ihre Aufgaben reichen von der Gesundheitsvorsorge über die Reisemedizin bis hin zur arbeitsmedizinischen Begutachtung
- Sie sind Teil eines Teams aus Ärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit, Psychologen und BGM Beratern und profitieren vom engen Erfahrungsaustausch
- Sie gehören von Anfang an dazu – mit einer strukturierten Einarbeitung und einem speziellen Weiterbildungsangebot für Ärzte
- Sie haben flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten
- Sie erhalten eine attraktive betriebliche Altersvorsorge, Unterstützung bei der Betreuung von Kindern und vieles mehr
- Sie arbeiten von Beginn an in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis
- Ihre Leistung wird durch ein hauseigenes attraktives Tarifsystem honoriert

Unsere Mitarbeiter sind unser wertvollstes Kapital! Gehören Sie bald auch zu uns?

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe der o. g. Kennziffer per E-Mail an arztbewerbungen@bad-gmbh.de oder an:

B·A·D GmbH – Personalentwicklung/-gewinnung
Manfred Klein, Tel. 0228/40072-750
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn



Kardiologe (m/w)

in großer Privatpraxis
in Hamburg-West gesucht
Langfristige Perspektive
Bewerbung & Infos:
www.reusse.com/kardiologie

FA / FÄ für Allgem./Innere

in TZ/VZ für Hausarzt. Praxis
gesucht, Tel.: 0171/ 47 047 57

**FA/FÄ f. Allgemeinmedizin/
Internist in TZ gesucht**

Wir suchen hochmotivierte/n Kollegen/en gerade nach Elternzeit bei optimalen Arbeitszeiten in einer modernen Praxis. Bhf.-Nähe 200m. Bewerbung an: Praxis Björn Metzloff, Bahnhofstr. 12a, 19258 Boizenburg oder an: praxis.bjoern.metzloff@web.de

Med. Fachangestellte gesucht

Sie sind engagiert, flexibel, freundlich, teamfähig, verfügen über eine schnelle Auffassungsgabe und suchen eine vielseitige selbständige und verantwortungsvolle Tätigkeit? Dann bewerben Sie sich bei uns!

Gyn. Praxis Dr. Robert Hoene
Große Str. 14, 22926 Ahrensburg
Tel. 04102/51048 www.dr-hoene.de

Dermatologe/-in in Vollzeit oder Teilzeit

für hautärztliche GP in HH-Niendorf im Angestelltenverhältnis gesucht. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung.
a.bode@drmm.de

Orthopädie

Junger und ambitionierter Facharzt ab 01.07.2017 als Verstärkung in starker Orthopädischer Praxis in Hamburg Innenstadt gesucht. Die Ausrichtung kann sowohl konservativ als auch operativ sein. Spätere Partnerschaft durchaus möglich und erwünscht. Schriftliche Bewerbung an: Orthopädiikum Neuer Wall Fr. Süßmann Neuer Wall 36 20354 Hamburg

WB-Assistent/in Allg. Med.

für allg./int. Praxis mit gr. alternativenmed. Spektrum (Chiro/Aku/Homöo) in HH-Nordwest zum 1.7. 2017 gesucht. Tel. 040/5519051

Weiterbildungsassistent/in Gynäkologie

in Teilzeit von gyn. Gemeinschaftspraxis gesucht.
www.frauenarztpraxis-am-neuenferdemarkt.de

Anzeigenschaltung im Hamburger Ärzteblatt:

Informationen unter
www.elbbuero.com

Wir gehören zusammen.



Der Job des Lebens.
Beim Roten Kreuz.
In Mecklenburg-Vorpommern.

Wir bringen Job und Freizeit in Einklang. Jetzt als Arzt oder Ärztin beim »Besten Arbeitgeber Kliniken« bewerben.



Die DRK - Medizinische Versorgungszentren Mecklenburg-Vorpommern gGmbH sucht ab sofort in Festanstellung einen

**Facharzt (m/w)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (MVZ)**

STANDORT: TETEROW, LANDKREIS ROSTOCK

Facharzt (m/w) Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (MVZ)

STANDORT: TETEROW, LANDKREIS ROSTOCK

Facharzt (m/w) Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (MVZ)

STANDORT: WISMAR, LANDKREIS NORDWESTMECKLENBURG

Die MVZs werden in enger Kooperation mit den DRK-Krankenhäusern in Teterow und Grevesmühlen betrieben, so dass neben einer unbefristeten Festanstellung im MVZ auch eine Einbindung in die klinische Tätigkeit möglich ist.

UNSER ANGEBOT

- Eine unbefristete Anstellung in Voll- oder Teilzeit
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch planbare, geregelte Arbeitszeiten, die mit Ihnen individuell abgestimmt werden
- Keine Nachtschichten
- Eine der Tätigkeit angemessene Vergütung
- Auf Wunsch eine kombinierte Tätigkeit in der DRK-MVZ-Praxis und im DRK-Krankenhaus
- Selbstständiges Arbeiten ohne finanzielles Risiko
- Teilnahme an vielfältigen Fort- & Weiterbildungen
- Entlastung von bürokratischen Aufgaben
- Eine langfristige Perspektive in einem Team mit niedrigen Hierarchien in einer angenehmen und respektvollen Arbeitsatmosphäre
- Die Möglichkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit und fachlichen Kooperation innerhalb der DRK-MVZ-Praxen sowie mit den im Krankenhaus beschäftigten Ärzten

IHR PROFIL

- Sie sind verantwortungsbewusst, zuverlässig, teamfähig, loyal und pflegen einen wertschätzenden Umgang mit Patienten und Mitarbeitern
- Sie haben Freude an neuen Herausforderungen und verfolgen dabei Aufgaben zielbewusst und lösungsorientiert
- Sie sind bereit zur Übernahme von Verantwortung im konzeptionellen sowie auch im wirtschaftlichen Bereich
- Ihre selbstständige Arbeitsweise ist Ausdruck Ihres persönlichen Engagements

Wir freuen uns auf Sie!



WWW.DRK-ZUKUNFT.DE

DRK - Medizinische Versorgungszentren M-V gGmbH
Klützer Straße 13-15
23936 Grevesmühlen

Geschäftsführer:
Christian Lojewski
christian.lojewski@drk-mvz-mv.de
03881 726 115

Zur richtigen Zeit am richtigen Ort



MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

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

Verstärken Sie unser Ärzteteam als

ärztliche Gutachterin/ ärztlicher Gutachter

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

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

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Alle weiteren Informationen zu dieser Ausschreibung finden Sie auf unserer Website unter → „Beruf und Karriere“.

Bei Fragen steht Ihnen die von uns beauftragte Personalberatung MAP GmbH (Herr Möller, Telefon 0172 915 2669) für ein erstes vertrauliches Gespräch gern zur Verfügung.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord
Hammerbrookstraße 5 • 20097 Hamburg
www.mdk-nord.de

Internist/in /Allgemeinmediziner/in in 23909 Ratzeburg gesucht, gerne mit diabetologischem Schwerpunkt.

Wir sind ein fröhliches, engagiertes und junges Team in einer hausärztlich/fachärztlich-gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis. Die Praxis ist sehr gut etabliert und effektiv strukturiert, weitgehende Entlastung von administrativer Tätigkeit.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt zur langfristigen Mitarbeit eine/n selbstständig arbeitende/n Kollegen/in in Vollzeit (ca. 35 Stunden). Wir bieten sehr attraktive und flexible, familienfreundliche Arbeitsbedingungen und eine hervorragende Vergütung. Verschiedene Modalitäten mit Festanstellung und/oder späterer Assoziation sind möglich.

Es bieten sich vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten.

Fahrzeit nach Lübeck 15 Minuten, nach Schwerin 25 Minuten, nach Hamburg 45 Minuten.
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Kontaktdaten und Info auf www.internisten-ratzeburg.de



Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wir suchen zur Mitarbeit in der Praxis-Klinik Hamburg-Barmbek eine

Weiterbildungsassistentin für Gynäkologie und Geburtshilfe

in Teilzeittätigkeit.

Wir suchen eine Kollegin mit Einfühlungsvermögen, Engagement und der Bereitschaft, die Praxis mitzugestalten. Die Arbeitsbedingungen sind großzügig gestaltet und lassen individuelle Lösungen zu.

Dr. Weser & Kolleginnen

Fuhlsbüttler Straße 182
22307 Hamburg

Tel.: 5386913 - 0173-6103841

www.dr-weser.de · info@dr-weser.de

Warum sollten Sie als WB-Ass. in Allgemeinmedizin zuerst bei uns suchen?

- 13 Vorgänger/innen waren mehr als zufrieden!
- breites Leistungsspektrum von Kardiologie/Onkologie bis Nat. Heilverfahren
- flexible Arbeitszeiten (gern auch Teilzeit)
- gutes Gehalt
- kollegiales, freundliches Arbeitsklima in unserem Spitzenteam

Bewerben Sie sich in unserer internistischen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis im aufstrebenden Zentrum Holsteins („entre deux mers“).

Praxis am Kantplatz: Dr. S. Babinsky/Dr L. Rawinski,
Max-Richter-Str. 17, 24536 Neumünster,
Tel. 04321-85388-0 · info@praxis-am-kantplatz.de

Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin

ab sofort zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit gesucht.
Richten Sie bitte Ihre Bewerbung an:

Dr. med. Silke Theisen

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren · Akupunktur

Hauptstr. 6, 21266 Jesteburg (30–45 min. bis Zentrum HH)
praxis-theisen.jimdo.com, Tel. 0 41 83/7757 67

Ärztlich geführtes MVZ sucht haus- und kinderärztliche Kollegen / Kollegin im östlichen Speckgürtel Hamburgs.

Wir suchen engagierte Kollegen/innen mit Interesse an der ambulanten Versorgung zur langfristigen Zusammenarbeit. Wir bieten einen unbefristeten Vertrag mit familienfreundlichen Arbeitszeiten ohne Nacht- oder Wochenenddienste.

Wir freuen uns auf ein erstes Gespräch unter der 0163 - 9137926.

Stellenangebote (Forts.)



Weiterbildungsassistent/-in (Allg.Med.)
oder **FA/FÄ Allgemeinmedizin**
mit **Weiterbildung Diabetologie**
oder **Diabetologen**

Vollzeit, nettes Team, gute Arbeitsbedingungen, moderne große Praxis
www.hamburg-diabetes.de

Stellengesuche

Kinderärztin

sucht Mitarbeit in Praxis oder MVZ (Teil- oder Vollzeit), gern auch Jobsharing oder spätere Praxisübernahme. Besondere Kenntnisse: Allergologie, Pneumologie, Asthma-, Anaphylaxie-, Neurodermitis-schulung, Hämatologie, Onkologie, Rheumatologie, Sonografie, QM/Zertifizierung.
kinderaerztin@email.de

Chirurg/Viszeralchirurg/ Proktologe,

versierter Operateur, sucht OA-Position im Großraum Hamburg
Zuschr. erb. unter R 2616 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Kinderarzt (flexibel) sucht

Anstellung in Praxis/MVZ (längerfristig) ab sofort
Zuschr. erb. unter B 2487 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Mitarbeit in Zytolabor

von zytologisch tätiger Gynäkologin gesucht. Zuschr. erb. unter Q 2614 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Qual. Senior-Hausarzt

(US/Ergomet...) sucht Anbind. an Allg. Praxis f. Halbtags-Unterstützung / Vertretung conta.26a@gmail.com

FA Psychiatrie/Psychoth. (TP) sucht Anstellung in Praxis/MVZ

VZ/TZ od. Praxisvertretung in HH od. Umland, ggf. mit KV-Sitz-Übernahme. Längerfristig, zeitnah. Profil: Zuverlässig, flexibel, OA-Erfahrung.
Tel. 0177/3204763 psychiaterTP@gmx.de

FA Innere Medizin

und **Pneumologie**, 54 J., z.Zt. in MVZ tätig, sucht neue Herausforderung als MA in Praxis oder MVZ. Tel. 069/25538407

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

KJP-Fachärztin mit halbem KV-Sitz in SH-Süd sucht Fachkollegen/Kolleginnen,

die Spaß an einer Zusammenarbeit haben oder Räumlichkeiten anbieten auch in fachübergreifender Praxis, z.B. in einer Kinderarztpraxis.
Tel. 0173-7863869

Jobsharing-Partnerin für individuelle hausärztl. PG

in Altona gesucht, mit möglicher späterer Übernahme. Kontakt: jobsharing-altona@hamburg.de

Sie möchten auf eine Chiffre-Anzeige antworten?

Dann schreiben Sie bitte an die angegebene Adresse (elbbüro) und geben schon **von außen deutlich sichtbar** die 5-stellige Chiffre-Nummer an. Ihre Zuschrift wird umgehend an den Inserenten weitergeleitet.

Schreibarbeiten

Erfahrene Chefarztsekretärin

übernimmt medizinische Korrespondenz (alle Fachrichtungen). Diktat mit DSS/Olympus möglich.
chefarztsekretarin@gmx.net

Praxisübernahme

Suche Praxis/KV-Sitz Pädiatrie

zur Übernahme in 2017/2018.
Zuschr. erb. unter E 2490 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

KV-Sitz

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.

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

info@kassensitz-gesucht.de

Gyn-KV Sitz in Hamburg

in mittelfristiger Zukunft abzugeben möglichst MVZ.
Zuschr. erb. unter N 2603 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht 1/2 KV-Sitz in HH. (Kein Job-Sharing).

Zuschr. erb. unter P 2513 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Praxisabgabe

Medizin, die begeistert

Haben Sie Lust, Ihr gesamtes Wissen und all Ihre Erfahrung in Schulmedizin und Naturheilkunde konsequent in Ganzheitlicher Medizin umzusetzen?

Keine Symptombehandlung in aller Eile, sondern in Ruhe die Ursachen einer Erkrankung ergründen und täglich zufriedene Patienten behandeln?

Wir suchen für unsere u.a. auf Darmerkrankungen, Immunstörungen und Allergien spezialisierte, konkurrenzlose Privatpraxis am grünen Stadtrand Hamburgs eine Kollegin oder einen Kollegen, die/der mit Herzblut seine Medizin betreiben möchte. Wenn Sie, so wie jetzt, nicht weitermachen wollen, wenn Sie statt vielen Patienten wenig, lieber wenigen Patienten richtig helfen wollen, wenn Sie sich vorstellen können, nach einer Übergangsphase als Praxispartner eine derartige Praxis zu übernehmen, dann schreiben Sie uns.

Der Seniorpartner möchte u.a. wegen zunehmender Seminar- und Autorentätigkeit in absehbarer Zeit ausscheiden.

Zuschriften erbeten unter V 0402 an elbbüro, Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg

Privatpraxis Sylt mit Kassensitz abzugeben

Hausärztlich internistische Praxis in Top Lage mit hohem PKV Anteil und beliebig verlängerbarem Mietvertrag soll zum Jahresende übergeben werden. Die Praxis ist frisch renoviert, papierlos und bestens ausgestattet.

Wir freuen uns auf ein erstes Gespräch unter 0163 - 9137926.

Lukrative Privatpraxis Allg. Med.-NHV in Top Alsterlage abzugeben. Megasports@gmx.net

Große Hausärztliche EP in HH-Ost abzugeben

hoher Umsatz, hoher Gewinn
Zuschr. erb. unter S 2618 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Große HNO-Praxis in HH-Ost in 2018 abzugeben.

Zuschr. erb. unter P 2610 an
elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

2 KV Sitze Nervenheilkunde

Nervenärztliche Gem.-Praxis in Hamburg Barmbek-Nord sucht Kollegin/Kollegen mit neurologischer oder psychiatrischer Facharztweiterbildung zur Praxisübergabe in 2018
Kontakt: cjpraxis@gmx.de

Allgem.-med. Hausarztpraxis HH-W sucht Nachfolger/in

für Seniorpartner (3er BAG)
kvsitzhh@aol.com



Noch 3 Arztpraxen im Ärztehaus frei im neuen Zentrum von Barsbüttel, direkt an der Grenze zu Hamburg

**Gerne auch als Praxisfiliale/Zweigpraxis/Privatpraxis
Wir suchen noch nicht vorhandene Fachrichtungen**

Bereits vorhanden:

Urologe, Kinderärzte (3), Allgemeinärzte (5), Zahnarzt, Physiotherapie, Sanitätshaus, Apotheke

Raumaufteilung und Ausbau nach eigenen Wünschen
Günstige Mietkondition, geringe Nebenkosten
Verkehrsgünstig gelegen dicht an der Autobahn, 1 km an Hamburg
Keine Maklergebühren, direkt vom Vermieter
2 Fahrstühle, alles barrierefrei

3800 m² bereits vermietet, 700 m² noch frei einteilbar

Neues Ortszentrum von Barsbüttel
Am Platz: Aldi, Sky, Budni, Haspa, Bäcker, ...
Ca. 300 Parkplätze
Bushaltestelle kommt direkt an den Platz

Kontakt bitte per E-Mail:

(Ihre Anfrage wird ABSOLUT vertraulich behandelt)
Dr. Ulf Haverland · uh@apo-apo.de



Für Akupunktur/TCM sucht

FÄ Allg. an 2-4 Vormitt./Wo.
1,5 Räume (Teilnutzung mgl.)
in Eppendorf und Nachbarstadt-
teilen, Tel. 0176-64000356

1-2 Räume in Privatpraxis

Allg. Med. + NHV, Harvestehude
mit Kooperation zu vermieten
bes. AKU www.muellerhamburg.de

Helle Praxisräume am AEZ

in Poppenbüttel (ca. 90 qm) barriere-
frei, geeignet auch als Büroräume zur
Untermiete / Nachmietung ab Juni
2017 bereit. Tel.: 0171 - 1293086

Praxisräume Innenstadt

für gynäkologische Praxis gesucht.
Assoziation auch möglich.
city.gyn.hh@gmail.com

Praxisetage Norderstedt

zentrale Lage barrierefrei EG,
ca. 145 m² variabel teilbar,
geeignet für jede Fachrichtung
incl. Teil-Rö/ambOP/KG o.ä.,
auch als Geschäfts-/Büroräume.
Kontakt: Tel. 0179 103 2446,
mail: gackenholt@wt.net.de

FROHE OSTERN!

Bitte beachten Sie
die vorgezogenen
Anzeigenschlusstermine.



Abken Medizintechnik

AMT ist AB SOFORT:

Ihr autorisierter SIEMENS Fachhändler vor Ort



BERATUNG · KAUF · SERVICE · FINANZIERUNG

**Wir sind Ihr neuer Ansprechpartner
für alle Fragen rund um Ihr
SIEMENS Ultraschallsystem.**

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

Anzeigenannahme Hamburger Ärzteblatt

elbbüro

Telefon: (040) 33 48 57 11

Telefax: (040) 33 48 57 14

E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Infoabend Niederlassung.

Alles, was Sie für Ihre Niederlassung wissen sollten.

Termin: Donnerstag, 11.05.2017, um 19.30 Uhr
Ort: MLP Beratungszentrum Hamburg
Admiralitätstr. 10, 20459 Hamburg
Referenten: Julia Thormählen, MBA
Jens Teipelke, Sparkassenbetriebswirt

Anmeldung erbeten unter:
Tel 040 · 414016 · 46
hamburg4@mlp.de



Finanzen verstehen. Richtig entscheiden.



Seminargebühr 40 €
Anmeldung zu diesem Seminar:

**Niederlassung:
Perspektive Praxis**
Beste Chancen für die Vereinbarkeit
von Beruf, Freizeit und Familie

Sa. 13.05.2017

Hamburg
(konkreterer Veranstaltungsort wird mit der
Terminbestätigung bekannt gegeben)
von 10 Uhr bis 16 Uhr

A/S/I

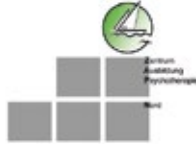
Wirtschaftsberatung AG
Geschäftsstelle Hamburg
Dipl. Kfm. Michael Müller
Binderstraße 24
20146 Hamburg
Tel: 040 311 608-17, Fax: 040 440 897
E-Mail: michael.mueller@asi-online.de
www.asi-online.de

Fortbildung/Seminare

Lehrinstitut Lübeck

Zentrum Ausbildung Psychotherapie · ZAP Nord

**Integrative ärztliche Weiterbildung
in allen P-Fächern in Lübeck**



Ausbildungsinstitut für Psychotherapie (TP und VT) und Psychoanalyse unter ärztlicher Leitung.

Durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte Weiterbildung in allen P-Fächern – Theorie – Selbsterfahrung – Supervision – Balint – Entspannungsverfahren
Patienten-Behandlungen werden über die KV abgerechnet und die Kandidaten werden an den Einnahmen mit ca. 75 % beteiligt.

Bereiche und Gebiete:

Facharzt – Psychiatrie-Psychotherapie (TP und VT)
Facharzt – Psychosomatische Medizin (TP und VT)
Facharzt – Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie und Psychotherapie (TP und VT)
Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
Zusatzbezeichnung Psychotherapie fachgebunden (TP und VT)

Die Weiterbildung finanziert sich durch Beteiligung an den Ambulanzeinnahmen (derzeit ca. 61 € pro Behandlungs-Std.) selbst.

Für weitere Informationen und Anfragen:

ZAP-Nord-GmbH · Fackenburg-Allee 1 · 23554 – Lübeck
Tel.: 0451 48660700 · sekretariat@zap-nord.de

www.westerland-seminar.de

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

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

Steuerberatung



Jutta Fentner,
Finanzbuchhaltung

KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuer+Unternehmensberatung



**„Mehr Zeit
für Heilberufe“**



ausgezeichnet
beraten seit 1976

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

Ihr Erfolg - unser Ziel

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

Rechtsanwälte

Experten für
Plausibilitäts-
prüfungen

**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

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg · Heide · Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

meditaXa
Group

Wertgutachten

PraxValue

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

Heegberg 14
22391 Hamburg
Tel. 040-27849344
Tel. 04159-8258688
Fax 04159-819002
Email: s.siewert@praxvalue.de
www.praxvalue.de



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

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

Betriebsanalysen
Betriebsunterbrechungsgutachten

Anzeigenschlusstermine Hamburger Ärzteblatt Ausgabe 5/2017

Anzeigen im redaktionellen Teil: 13. April 2017

Rubrikanzeigen: 20. April 2017



DIE ASKLEPIOS KLINIKEN LADEN EIN

KARDIOLOGIE / HERZCHIRURGIE

Samstag, 29.4.2017, 09:00 – 16:00 Uhr

► 1. Süderelbisches Frühlingssymposium 2017 (8)*

Unser Herzteam stellt aktuelle chirurgische, interventionelle und nicht-operative Behandlungsansätze zur Diskussion.

Wiss. Leitung: CA Priv.-Doz. Dr. M. Laß, Asklepios Klinikum Harburg

Ort: Privathotel Lindtner Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 21 74;

E-Mail: j.buenning@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

NEUROLOGIE / NEUROCHIRURGIE / NEURORADIOLOGIE

Mittwoch, 19.4.2017, 17:00 – 20:00 Uhr

► Hirntumoren – Was gibt es Neues? (3)*

Themen sind u. a. die neue WHO-Klassifikation und die Gliomtherapie.

Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. U. Kehler, Asklepios Klinik Altona

Ort: Asklepios Klinik Altona

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 11; oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

Mittwoch, 10.5.2017, 17:00 – 20:00 Uhr

► 2. Interdisziplinäres Schlaganfallsymposium (3)*

Fachübergreifende Diagnostik, Prophylaxe und Therapie des Schlaganfalls aus Sicht von Neurologie, Kardiologie, Radiologie und Neuroradiologie.

Wiss. Leitung: CA PD Dr. med. L. Marquardt, CA Dr. med. J. Schönwälder, CA Dr. med. D. Wietholt

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 36;

E-Mail: u.luettmann@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

NOTFALLMEDIZIN

Freitag, 19.5.2017, 08:00 – 16:30 Uhr, Samstag, 20.5.2017, 09:30 – 15:30 Uhr

► HKIN 2017 – 5. Hamburger Kurs Invasive Notfalltechniken (21)*

Thema sind u. a. aktuelle Verfahrensweisen in Ultima-Ratio-Situationen.

Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. T. Kerner, Asklepios Klinikum Harburg

Teilnahmegebühr: 500,- € für Ärzte und 250,- € für Rettungsassistenten

Ort: Asklepios Klinikum Harburg (Fr.) und UKE (Sa.)

Anmeldung erforderlich. E-Mail: anaesthesie.harburg@asklepios.com

Mittwoch, 10.5.2017 bis Sonntag, 14.5.2017

► 22. Hamburger Leitender Notarzt (LNA) Kurs (48)*

Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. St. Oppermann, Institut für Notfallmedizin

Teilnahmegebühr: 950,- € (inkl. Verpflegung u. Abendveranstaltung)

Ort: Hochschule für Angew. Wissenschaften Hamburg, Campus Bergedorf

Anmeldung erforderlich. Tel.: (0 40) 18 18-86 46 30; Fax: (0 40) 18 18-86 46 31;

E-Mail: info.ifn@asklepios.com

Mittwoch, 10.5.2017, 18:00 – 20:00 Uhr

► Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium (3)*

Strafrechtliche Probleme im Rettungsdienst.

Wiss. Leitung: Dr. J. Thiele, Asklepios Klinik St. Georg

Ort: Asklepios Klinik St. Georg

Anmeldung nicht erforderlich.

NUKLEARMEDIZIN

Mittwoch, 28.06. bis Freitag, 30.6.2017

► 24. Hamburger Nuklearmedizin-Tage (25)*

Praxisrelevante Grundlagen u. Spezialkenntnisse, geeignet als Vorbereitung zur FA-Prüfung und als Refresher-Kurs. Wiss. Leitung: CA Dr. med. M. Weber, Asklepios Klinik St. Georg

Teilnahmegebühr: 550,- €

Ort: Asklepios Medical School c/o Asklepios Klinik St. Georg

Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.

PNEUMOLOGIE / THORAXCHIRURGIE

Mittwoch, 26.4.2017, 18:00 – 20:30 Uhr

► 6. Pneumologie Forum Altona (3)*

Neue Therapieoptionen bei Asthma bronchiale und COPD.

Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. J. Müller-Ehmsen, PD Dr. med. H.-P. Hauber,

Asklepios Klinik Altona

Ort: Asklepios Klinik Altona

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

E-Mail: mi.thomsen@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

Samstag, 13.5.2017, 9:00 – 13:00 Uhr

► Thoraxzentrum Hamburg-Harburg (4)*

Update 2017 zum Management des nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms mit Fallbeispielen und Diskussion. Wiss. Leitung: CA Priv.-Doz. Dr. G. Wiest,

CA Prof. Dr. W. Gross-Fengels, CA Dr. S. Meierling, Asklepios Klinikum Harburg

Ort: Mövenpick Hotel, Hamburg

Um Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) wird gebeten.

PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Freitag, 28.4.2017, 09:00 – 16:00 Uhr

► 17. Forum Erfahrungsaustausch zur klinischen Entzugsbehandlung (7)*

Trends und Risiken der neuen psychoaktiven Substanzen; Workshops zu spezifischen Therapieangeboten. Wiss. Leitung: CA Dr. Peter Strate,

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll

Teilnahmegebühr (inkl. Mittagessen u. Getränke): 50,- €

Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll

Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.

VISZERALMEDIZIN

Samstag, 13.5.2017, 09:00 – 13:30 Uhr

► 5. Barmbeker Sonografie-Workshop (6)*

Praxisrelevante interdisziplinäre Vorträge, Kasuistiken und Hands-on-Workshops in Kleingruppen. Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. S. Faiss, Asklepios Klinik Barmbek

Teilnahmegebühr: 50,- €

Ort: Asklepios Klinik Barmbek

Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.

Mittwoch, 17.5.2017, 16:00 – 18:00 Uhr

► Der akute Bauchnotfall in St. Georg (3)*

Praxisnahe Vorträge und wertvolle Tipps und Tricks zum entschlossenen Handeln am Einsatzort. Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. C. Tonus, Asklepios Klinik St. Georg

Ort: Kongresszentrum „Georgie“, c/o Asklepios Klinik St. Georg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 21 88;

E-Mail: n.sykosch@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

Mittwoch, 17.5.2017, 17:00 – 19:00 Uhr

► 2. Harburger Bauchgespräche (3)*

Wir erörtern spannende medizinische, gesundheitspolitische und ökonomische Aspekte der Viszeralmedizin. Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. S. Christl,

CA PD Dr. A. M. Chromik, Dr. S. Tiede, Asklepios Klinikum Harburg

Ort: Privathotel Lindtner Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-76 25 34;

E-Mail: allgemeinchirurgie.harburg@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

Mittwoch, 3.5.2017, 18:00 – 20:15 Uhr

► Medizin zwischen Klinik und Praxis – Das interdisziplinäre Kasuistik-Symposium im Hamburger Westen (2)*

Vorstellung und Diskussion von 5 Kasuistiken. Hot-Topic: Neurologie.

Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. J. Pohl, CA Prof. Dr. G. Puhl, Asklepios Klinik Altona

Ort: Asklepios Klinik Altona

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 02;

E-Mail: a.nowak@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

*Fortbildungspunkte

Weitere Veranstaltungen und Informationen | Anmeldung:

aerzteakademie@asklepios.com, Fax: (0 40) 18 18-85 25 44

www.aerzteakademie-hamburg.de

 **ASKLEPIOS**

Gesund werden. Gesund leben.