

01•09

10. Januar · 63. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

*Punkte sammeln für den
Fortbildungsnachweis*

Forum Medizin | 21

*Schmerzen nach
Hernien-Operation*

Forum Medizin | 36

*Medizinische Versorgung
als Menschenrecht*

Das Thema | 11

„State of the Art“

Endoprothetik des Schultergelenkes



Hamburger Ärzteblatt

Ihr Medium zu den 14.000 Ärzten in der
Freien und Hansestadt Hamburg

- offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
- erscheint monatlich mit einer Auflage von 14.400 Exemplaren
- enge Leser-Blatt-Bindung
- hohe Planungssicherheit für Kampagnen
- fast keine Streuverluste



... ab sofort auch online

Ihre Anzeige profitiert von der
weltweiten Präsenz unter
www.aerztekammer-hamburg.de

Weitere Infos gibt Ihnen gerne
Bernd Roloff unter
040 / 29 80 03 - 22

info@wels-verlag.de
www.wels-verlag.de

»Zusagen des Bundesministeriums für Gesundheit sind nur selten das Papier wert, auf dem sie geschrieben stehen.«



Walter Plassmann
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der KV Hamburg

Bundesministerium für Täuschen und Tricksen

Jetzt also auch die Krankenhäuser. Schon die Vertragsärzte hatten schmerzlich lernen müssen, dass Zusagen des Bundesministeriums für Gesundheit nur selten das Papier wert sind, auf dem sie geschrieben stehen. Jetzt machen die Krankenhäuser dieselbe Erfahrung. Im Täuschen und Tricksen macht Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt so schnell Niemandem etwas vor.

Erinnern wir uns: Nach heftigen Protesten der Ärzteschaft, ihrer Mitarbeiter und der Patienten bequeme sich die Politik anzuerkennen, dass es finanziellen Nachholbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung gibt. Kanzlerin Angela Merkel setzte schließlich die Marke: Zwei Milliarden Euro sollte der Zuwachs betragen. Dieses Ziel übernahm der Politikbetrieb und so war er auch Grundlage des Schiedsverfahrens.

Doch auf einmal fehlten 800 Millionen Euro: Das Ministerium hatte wissen lassen, dass die gesetzlich routinemäßig vorgesehene Anpassung der Honorare an die Grundlohnsommenerhöhung zu verrechnen sei. Das hatte die KBV eigentlich anders gesehen; zwei Milliarden Euro mehr sollten wirklich „zwei Milliarden mehr“ sein. Es folgten langwierige Verhandlungen und Schiedsamttermine und nach vielem Hin und Her wurde den Vertragsärzten und -psychotherapeuten ein Volumen von gut 2,5 Milliarden Euro zugestanden – inklusive Grundlohnsommensteigerung.

Dann begannen die Verhandlungen auf Landesebene, wo versucht wurde, regionale Spielräume zu nutzen. Prompt grätschte das Ministerium in Gestalt seines Abteilungsleiters Franz Knieps mit mehreren Briefen dazwischen, in denen er per abenteuerlicher Auslegung seiner eigenen Gesetzesformulierungen dafür sorgte, dass die Schiedsämter den meisten KVen die zugesagten Zuwächse gar nicht zubilligten. Ob die bundesweit avisierten 2,5 Milliarden Euro tatsächlich bei den Vertragsärzten ankommen, ist mehr als fraglich.

Das gleiche Spiel nun bei den Krankenhäusern. Auch ihnen wurde zusätzliches Geld versprochen – drei Milliarden Euro für Investitionen und gestiegene Lohnkosten. Aber auch hier sollen auf einmal Etatsteigerungen, die „sowieso“ fällig werden, verrechnet werden – nach Berechnungen der DKG schrumpft damit das Volumen – man staune – wieder um rund 800 Millionen Euro. Willkommen im Klub. Die Frau Ministerin solle das Täuschen und Tricksen lassen, schäumte darob Bayerns neuer Gesundheitsminister Markus Söder. Vielleicht sollte man ihr einfach nur mal etwas schärfer auf die Finger schauen.

Eines aber müsste jetzt jedem klar sein: Diesem Ministerium ist nicht zu trauen. Zusagen werden schneller eingeschränkt oder zurückgezogen, als man schauen kann. Die nächsten, die dies spüren werden, dürften die Hausärzte sein...

P.S. Zum Redaktionsschluss erfuhren wir, dass die Verrechnung der Gelder im Krankenhausbereich doch nicht vorgenommen werden soll. Am Gesamtvolumen von drei Milliarden Euro soll sich aber auch nichts ändern. Diese Rechnung versteht dann wohl nur noch Franz Knieps.

Patienten beratung

... bei allen Fragen rund um die Gesundheit
– ein Service auch für Ärzte

Wir unterstützen Sie im Alltag:

Sie können Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an die Patientenberatung verweisen.

Auch bei grundsätzlichen Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen der Krankenkassen helfen wir weiter.

Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte berücksichtigen wir gern bei der Beratung. Bitte informieren Sie uns darüber!

040/ 22 802 650

Patientenberatung
im Ärztehaus Hamburg
Humboldtstr. 56
22 083 Hamburg
Fax: 040/ 22 802 686

Patientenberatung@aekhh.de


ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

www.aekhh.de


Kassenzürliche
Vereinigung
Hamburg

www.kvhh.de

01·09

Hamburger Ärzteblatt



PD Dr. Daniel Briem gibt einen Überblick zum Gelenkersatz der Schulter bei degenerativen und traumatischen Zuständen (Seite 11). **Der Flyer „Menschen in Not helfen“** der Ärztekammer Hamburg bietet Orientierungshilfe bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus (Seite 36). **Prof. Dr. Wolfgang Teichmann**, Leitender Arzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie im AK Altona, geht in den Ruhestand (Seite 6).



Das Thema

- 11 **Gelenkersatz**
Endoprothetik des
Schultergelenkes – eine
Übersicht
Von PD Dr. Daniel Briem,
Prof. Dr. Johannes M. Rueger,
Dr. Wolfgang Klauser, Dr. Jörg
Neumann

Service

- 6 Gratulation
8 In memoriam
8 Verlorene Arzttausweise
20 Sono Quiz
26 Terminkalender
31 Sicher verordnen
38 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6·9 **Personalien** · Verabschiedung von Prof. Teichmann · Zeitenwende am UKE ·
Größtes Brustkrebszentrum in Hamburg gegründet · Krimi-Lesung „Die blaue Stunde“ ·
Ausstellung „Vor Ort“ · Preis für wissenschaftlichen Nachwuchs

Gesundheitspolitik

- 17 **Patientenschutz** · Kritik am BKA-Gesetz. Von Sandra Wilsdorf
18 **Fortbildungsnachweis** · Jetzt punkten. Von Dr. Frank Ulrich Montgomery
19 **Vergütung** · Starkes Ergebnis für KVH-Vorstand. Von Dr. Michael Späth

Forum Medizin

- 21 **Leistenbruch** · Schmerzen nach Hernien-Operation. Von Dr. Wolfgang Reinbold
28 **Der besondere Fall** · Nachdenken über Leberwerte und Natascha Sung. Von Dr. Hanno Scherf
30 **Aus der Schlichtungsstelle** · Operationsmarathon nach Leistenhernie.
Von Prof. Dr. Heinrich Vinz
32 **Bild und Hintergrund** · Marat – un ami du peuple. Von Prof. Volker Lehmann
34 **Blutprodukte** · Meldepflichten. Von Dorte Kieckbusch
34 **Hamburger Krankenhausspiegel** · Gute Ergebnisse für Hamburg. Von Dorte Kieckbusch
35 **Hamburger Modell** · Infektionen durch Gewaltdelikte. Von Dr. Stefan Schmiedel, Sandra Hertling, Dr. Olaf
Degen, Dr. Jan van Lunzen, Susanne Polywka, Dr. Dragana Seifert, Ann-Sophie Schröder, Prof. Dr. Klaus Püschel
36 **Tag der Menschenrechte** · Medizinische Versorgung als Menschenrecht. Von Sandra Wilsdorf
38 **Der Blaue Heinrich** · 2.000 Jahre alt: Ovids Seuchenreport in Hexametern. Von Dr. Hanno Scherf

Mitteilungen

- 39 **Ärztekammer Hamburg** · Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung · Termin für
die Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte
44-45 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Albertinen-Krankenhaus (23. Albertinen-Kolloquium); Ambulanz-
zentrum des UKE GmbH (Neuroonkologisches Symposium); Tabea GmbH (Venen-Symposium 2009); Univer-
sitätsklinikum Eppendorf (5. Eppendorfer Dialog zur Gesundheitspolitik)

Gratulation

zum 95. Geburtstag

- 28.01. Dr. med. Eberhard Postel**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Innere Medizin

zum 85. Geburtstag

- 18.01. Dr. med. Marie-Luise Bühring**
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 06.02. Dr. med. Goran Marinov**
 Facharzt für Anästhesiologie
- 13.02. Dr. med. Rosemarie Preyer**
 Ärztin

zum 80. Geburtstag

- 16.01. Dr. med. Helga Uterharck**
 Fachärztin für Innere Medizin
- 01.01. Dr. med. habil. Dieter Kühne**
 Facharzt für Frauenheilkunde
 und Geburtshilfe
- 20.01. Dr. med. Rolf Schreiber**
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe
- 21.01. Dr. med. Arthur Platen**
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe
- 02.02. Prof. Dr. med. Rolf Bialas**
 Facharzt für Innere Medizin
- 02.02. Dr. med. Tschangis Paschmi**
 Facharzt für Nervenheilkunde
- 09.02. Dr. med. Hayo Helms**
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe

zum 75. Geburtstag

- 21.01. Dr. med. Bahman Adib-Eschkewari**
 Facharzt für Innere Medizin
- 24.01. Prof. Dr. med. Karl-Wilhelm Westermann**
 Facharzt für Innere Medizin
- 09.02. Dr. med. Hans-Peter Fuerst**
 Facharzt für Innere Medizin
- 15.02. Dr. med. Walter Arnhold**
 Facharzt für Innere Medizin
 Facharzt für Arbeitsmedizin

zum 70. Geburtstag

- 19.01. Dr. med. Hanns Dierk Scheinert**
 Facharzt für Chirurgie
- 21.01. Dr. med. Christian Pörksen**
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 02.02. Dr. med. Werner Henschel**
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin



Prof. Teichmann

Verabschiedung Laudatio in gekürzter Fassung zum Abschied aus „Altersgründen“ von Prof. Dr. Wolfgang Teichmann.

Von Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. J. Rüdiger Siewert

Ein Top-Chirurg geht

Prof. Dr. Wolfgang Teichmann ist nicht nur, wie die Bild-Zeitung kürzlich berichtete, ein Top-Chirurg, sondern auch ein großartiger Arzt, eine bezaubernde Persönlichkeit und ein selbstloser Freund. Er hat die gesamte Bandbreite der Viszeralchirurgie abgedeckt und mit großem Erfolg bedient. Dass er dabei einen Schwerpunkt in der Behandlung der Peritonitis entwickelt hat, entspricht seiner Persönlichkeit. Die Peritonitis ist die schwerste abdominelle Katastrophe, die einem Patienten widerfahren kann. Teichmann hat sich diesem Problem in der ihm ganz eigenen Art gewidmet. Er hat sich seinem Peritonitispatienten verschrieben, d. h., er hat ihn immer wieder relaparotomiert, so lange es nötig war, um den „Feind“ Peritonitis in einer Art „Schlacht“ zu besiegen.

Teichmann hat sich aber nicht nur seinen Patienten verschrieben, sondern auch der klinischen Forschung. Er hat seine Ergebnisse immer wieder publiziert und auf Kongressen vorgetragen, hat sich der Diskussion der Kollegen gestellt und mit ihnen um die Wahrheit gerungen. Durch seine liebenswerte und gewinnende Persönlichkeit hat er sich aber nie Feinde oder Feindschaften geschaffen.

Überhaupt, wenn man den Sportsmann Teichmann beschreiben will, dann ist die wesentlichste Eigenschaft seiner Persönlichkeit die Neidvermeidung. Auch wenn er anderer Meinung war, blieb er umgänglich und freundlich, er hat nie Kollegen oder Patienten gegen sich aufgebracht, jeder hat ihm immer alles gegönnt. Wie er das ermöglicht hat, bleibt sein Geheimnis. Er hat diese besondere Fähigkeit, menschliche Kontakte herzustellen, auch für seine ganz besondere Art der Patientenbindung genutzt. Seine Patienten fassen unendliches Vertrauen zu ihm – was er nie enttäuscht hat – sie lieben und verehren ihn, sie waren froh und dankbar, über die Zeit der Erkrankung hinaus mit ihm Kontakt zu halten, Freundschaften entstanden.

Teichmann studierte von 1961 – 1967 in Greifswald, absolvierte sein medizinisches Staatsexamen mit blendendem Notendurchschnitt. 1967 Approbation und Promotion. Er begann als Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Greifswald, 1972 wurde er Oberarzt. Ausreisen durfte er, allerdings nur in östlicher Richtung, sodass er Hospitationen in Wilna und Moskau durchführte. Damals war er noch an Herz- und Gefäßchirurgie interessiert.

1976 habilitierte er sich in Greifswald bereits zu einem Thema der Viszeralchirurgie: „Zur Problematik des Dumping-Syndroms unter besonderer Berücksichtigung der Serotonin-Theorie“. Geprägt waren diese Jahre durch Professor Reding, mit dem ihn zunächst Freundschaft verband; er folgte ihm 1976 als Oberarzt an die Universitätsklinik Rostock. Bald aber wurde ihm klar, dass echte, vertrauensvolle Freundschaften in der damaligen DDR schwierig waren. Er musste lernen, dass scheinbare Freunde bereit waren, zu denunzieren und sich im Zweifelsfall eher dem Regime verschrieben. Dramatisch war seine Flucht aus dem Osten. Es nötigt einem Bewunderung ab, wie Teichmann eine wohlgefügte Karriere aufgab, sich der Gefährdung seines Lebens aussetzte, um einen Neubeginn in Westdeutschland zu versuchen.

1977 begann er als Oberarzt im damals noch Allgemeinen Krankenhaus Altona in der Abt. für Allgemein- und Viszeralchirurgie unter der Leitung von Professor Kirchner; er musste sich erneut an der Universität Hamburg habilitieren. Dann zog

es ihn in westliche Richtung; er hospitierte in Rochester an der „Mayo Klinik“, in Minneapolis, Los Angeles und San Francisco. 1986 wurde er Professor für Chirurgie der Universität Hamburg und kurz darauf zum Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Rasch hat sich Teichmann zu dem erfolgreichen Chirurgen entwickelt, als den wir ihn heute kennen. Er wurde ins Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie gewählt. Nicht zu vergessen seine leitende Funktion im Konvent der Krankenhauschirurgen und vor allen Dingen hier in Hamburg als Schriftführer und mehrmaliger Tagungspräsident der Nordwestdeutschen Chirurgen. Seine große geistige Beweglichkeit und Aufgeschlossenheit bewies er auch dadurch, dass er rechtzeitig erkannte, welche großartigen Möglichkeiten sich in der „Minimal Invasiven Chirurgie“ aufboten; er wurde zu einem der Wegbereiter und Pioniere der neuen Technik und lehrte sie in vielen Symposien, vor allem über viele Jahre im von ihm geprägten Hamburger MIC-Symposien. Ein durch und durch erfolgreiches Chirurgenleben. Er geht auf dem Höhepunkt seiner Leistungsfähigkeit, weil das völlig veraltete deutsche Beamtengesetz das 67. Lebensjahr als Grenze festschreibt. Mit Teichmann, verlässt ein ganz Großer die „Bühne der Chirurgie“. Es ist jammerschade, dass er seine besonderen Fähigkeiten und seine Erfahrung nicht weiter zum Wohle seiner Patienten einbringen kann. Es bleibt nur zu hoffen, dass er andere Wege finden möge, die Chirurgie, bzw. die Medizin weiter zu bereichern. „Ad multos annos!“

Abschied vom Skalpell

In festlichem Rahmen im Spiegelsaal des Elysee (nicht von Versailles) feierte Prof. Wolfgang Teichmann seinen Abschied vom Skalpell und löste sich von der Asklepios-Kette, um befreit mit der Harley-Davidson in den Ruhestand zu brausen.

Das Publikum, darunter viele, z. T. prominente vormalige Patienten und der chirurgische Laudator Prof. Siewert aus Heidelberg, waren nicht überzeugt, dass nach 31 Jahren im AKA als Oberarzt und langjähriger erfolgreicher und bekannter Chefarzt nun schon Schluss sein müsse und die Sorge, diesen großen Chirurgen nicht mehr als persönliche Rückversicherung für die eigene künftige viszerale Komplikationen zur Verfügung zu wissen, war vielen im Gesicht abzulesen. Auf des Moderators Frage, wer eigentlich im vollen Saal noch nicht von Prof. Teichmann operiert worden sei, gingen nur wenige Finger hoch.

Auf der versandten Einladung zeigte Teichmann zwei Gesichter: Da war sein junger Kopf zu sehen, der sich wohl noch im Osten vor seiner spektakulären Flucht in den Westen - nach links mit der Wange auf die linke Faust abstützt und den gealterten, der es in gleicher Weise nun im Westen nach rechts mit der rechten Faust tut. Beidhändigkeit, des Chirurgen Zier, kam so zum Ausdruck, sein Leben unter zwei politischen Systemen und etwas erinnerte es an die berühmten Verse von Walter von der Vogelweide's Gedicht „Ich saz ûf eime steine“: ... „Ich hete in mine hant gesmogen daz kinne und ein min wange, dô dâhte ich mir vii ange, wie man zer werlte solte leben“ („Ich saß auf einem Steine... Kinn und Wange hatte ich in meine Hand geschmiegt. Da dachte ich mit großem Ernst, wie man in der Welt leben sollte“) Und anders als bei Walter in den folgenden Zeilen hatte Teichmann durchaus einen Rat, wie man drei Dinge so gewinnen könnte, ohne dass eins davon zu Schaden käme, nämlich Ehre und irdischer Besitz und noch dazu Gottes Gnade. Gottbegnadet war er als Chirurg, hoch geehrt und unvermögend keineswegs. Fleiß und Können verzahnten sich bei ihm ineinander wie sein berühmter Reißverschluss bei seiner Etappenlavage, mit der er die tödliche Peritonitis besiegte. Zu Recht wurde ihm ein goldener Reißverschluss dediziert. Seine Oberärztin Dr. Ursula Engel fand schöne Worte und Bilder in ihrer Rede. Betörend schöne Musik zweier Hochbegaber von der Hamburger Musikhochschule auf Klavier und Geige von Bach und Mozart fassten in Dur und Moll das zu feiernde Vergangene und die Traurigkeit des Abschieds zusammen. Einen narrativen Querschnitt seines bisherigen Lebens als DDR-Bürger/ Student/Arzt in Greifswald und Rostock, als Ostseerettungsschwimmer, als erfolgreicher, aber als politisch unzuverlässig abgestempelter, dann republikflüchtiger Chirurg mit Neustart im Westen in Hamburg bis hin zu Begegnungen mit Siegfried Lenz, Helmut Schmidt, Berthold Beitz und Oraniens Königshaus gab Prof. Teichmann selbst, endend mit Dank an alle Mitarbeiter, Kollegen, Patienten, Zuweiser und an die Herren der Verwaltung, hier unterlegt mit zarter Kritik „an die von der Teppichetage“.

| Dr. Hanno Scherf

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 07.02. **Priv. Doz. Dr. med. Wolfgang Schroeder**
Facharzt für Augenheilkunde
- 10.02. **Dr. med. Theo Pietrzik**
Facharzt für Urologie
- 10.02. **Prof. Dr. med. Ekkehart Rumberger**
Facharzt für Physiologie
- 12.02. **Prof. Dr. med. Udo Helmchen**
Facharzt für Pathologie

zum 65. Geburtstag

- 16.01. **Dr. med. Pirjo von Soden**
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin
- 18.01. **Gerhard Schlotterbeck**
Facharzt für Innere Medizin
- 19.01. **Dr. med. Gerhard Schulz**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 21.01. **Dr. med. Ulf Lütjohann**
Facharzt für Chirurgie
- 25.01. **Dr. med. Jan Dirks**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 31.01. **Prof. Dr. med. Heinz Günther Bohnet**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 03.02. **Knut Lemmer**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 03.02. **Prof. Dr. Uwe Jörg Rother**
Facharzt für Radiologie
- 03.02. **Dr. med. Klaus Winter**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
- 04.02. **Dr. med. Gisela Brieler**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 06.02. **Prof. Dr. med. Gritta Janka-Schaub**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 10.02. **Dr. med. Helmut Sliwiok**
Facharzt für Innere Medizin
- 10.02. **Dr. med. Dr. rer. nat. Volker Thiemann**
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 11.02. **Dr. med. Friedrich Nottbohm**
Facharzt für Anästhesiologie
- 11.02. **Prof. Dr. med. Elisabeth Schulz**
Fachärztin für Augenheilkunde
- 11.02. **Dr. med. Gerhard Tönnis**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 15.02. **Dr. med. Peter Brümmer**
Facharzt für Chirurgie

In memoriam

Prof. Dr. med. Horst-Ludwig Brassow

Facharzt für Arbeitsmedizin und
Innere Medizin

* 27.04.1924 † 09.11.2008

Prof. Dr. med. Hans-Harald Schumacher

Arzt

* 29.01.1920 † 16.11.2008

Verloren

Ausweis von

B 4069 Violeta Doci
19.04.2000

B 6690 Dr. med. Brigitte Glindemann
05.03.2003

D 1068 Dr. med. Niels Heißmeyer
03.05.1976

B 7573 Dr. med. Dorothea Krause
05.02.2004

C 1353 Astrid Schittko
20.05.2008

Gabriele Seidel
ausgestellt von der Ärztekammer
Niedersachsen

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

Gefunden

... *Viren im Winter*

Neue Telefon- und Fax-Nummern in der Kammer

Die folgenden Abteilungen sind ab sofort unter neuen Telefon- und Fax-Nummern zu erreichen:

Verlag

Telefon: 0 40 / 20 22 99-2 05

Fax: 0 40 / 20 22 99-4 00

Pressestelle

Telefon: 0 40 / 20 22 99-2 00

Fax: 0 40 / 20 22 99-4 00

Ärzteverzeichnis

Telefon: 0 40 / 20 22 99-1 30

Fax: 0 40 / 20 22 99-4 00



Flughafen-Atmosphäre in der neuen UKE-Klinik

UKE Am 12. Dezember war offizielle Schlüsselübergabe für den Klinikneubau, ab Februar 2009 halten die ersten Patienten Einzug.

Von Nicola Timpe

Zeitenwende am UKE

Ein wenig erinnert die Empfangshalle des neuen Eppendorfer Klinikums an die Ankunft am Flughafen Hamburg. Ab Februar 2009 können sich Patientinnen und Patienten zum ersten Mal im UKE an der zentralen Anmeldung registrieren lassen. Für Prof. Dr. Jörg F. Debatin, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des UKE, bedeutet dies eine Zeitenwende: „Das Durcheinander auf dem Eppendorfer Feld hat ein Ende.“ Dauern soll die Aufnahme laut Debatin nur noch fünf bis zehn Minuten bei 60 bis 80 Patienten pro Stunde zu Stoßzeiten. Die Philosophie sei interdisziplinär, die enge Zusammenarbeit in gemeinsamen Ärztepools und Räumen bereits auf dem Reißbrett angelegt. Ambulanzen, Notaufnahme, Schockräume, Operationssäle, Röntgen, der zurzeit modernste CT-Scanner Europas, der Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach – alles liegt in unmittelbarer Nachbarschaft. Ärzte und Patienten haben keine weiten Wege mehr. Bei der Planung wurden Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal mit einbezogen. Sie konnten die Ausstattung der 16 neuen Operationssäle mitbestimmen, ein originalgetreuer Muster-OP diente als Anschauungsobjekt. Ein sicherlich gelungener Coup, der für Akzeptanz des Projektes bei den Angestellten sorgen sollte.



Prof. Debatin erklärt den neuen OP

Zirka 1.800 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen werden im Neubau ihre Arbeit aufnehmen und insgesamt 400 Patientenzimmer mit jeweils 28 Betten pro Station betreuen. Gemessen an Patientenzahl und Schweregrad der Erkrankung hat sich nach Aussage von Prof. Debatin die Auslastung der

Klinik bereits während der Bauphase gesteigert. Rund 20 Prozent mehr erwartet der Ärztliche Direktor für die Zukunft. Sein Konzept vom „Gesundheitspark“ mit Shoppingcenter, Rehasentrum usw. soll zum Patientenmagneten im harten Wettbewerb der Kliniken werden.

Für den Neubau standen insgesamt 188 Millionen Euro zur Verfügung. Die offizielle Schlüsselübergabe fand am 12. Dezember statt. Am 25. Januar gibt es die Möglichkeit, sich am Tag der offenen Tür in der Zeit von 11 bis 17 Uhr den Klinikneubau anzusehen.

Größtes Brustkrebszentrum in Hamburg gegründet

Das europäisch akkreditierte Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem und das von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Brustzentrum des Diakonie-Klinikum Hamburg (DKH) gehen zum 1. Januar 2009 eine Partnerschaft ein und bilden damit Deutschlands größtes Brustkrebszentrum. Künftig werden über 60 Prozent der Brustkrebsoperationen in Hamburg von der neuen gemeinsamen Institution vorgenommen. Die ärztliche Leitung wird ein Team renommierter Spezialisten übernehmen: Neben den bisherigen ärztlichen Leitern des Mammazentrums Prof. Dr. Eckhard Goepel, Dr. Timm C. Schlotfeldt, Priv. Doz. Dr. Kay Friedrichs und Prof. Dr. Christoph Lindner, Chefarzt der DKH-Frauenklinik und des Brustzentrums KH Elim auch die neuen Partner Prof. Dr. Peter Scheidel (bisher Chefarzt Marienkrankenhaus) und Prof. Dr. Martin H. Carstensen (bisher Chefarzt Albertinen-Krankenhaus).

Ausstellung „Vor Ort“



Oppermann

In der Ausstellung „Vor Ort“ in der Fortbildungsakademie zeigt der Hamburger Künstler und Psychoanalytiker Matthias Oppermann von Januar bis April 2009 Ansichten von Hamburg aus den letzten Jahren. Oppermann versteht sich als Landschaftsmaler, wobei es für ihn immer einen Blick vor und hinter der Landschaft gibt. Dies setzt er in den gezeigten Arbeiten um, indem er Fotos übermalt oder in Fotonegative kratzt und diese dann vergrößert (Fotografitos). Der Betrachter ist mit einem „Dazwischen“, einem Oszillieren zwischen verschiedenen Arten der Wahrnehmung von Landschaft konfrontiert.

Matthias Oppermann hat Ausstellungen im In- und Ausland, größere Ausstellungen in der Schweiz, Schweden und Dänemark, in Hamburg 2002 im Museum für Kunst- und Gewerbe. Er ist Mitglied im Bund Bildender Künstler, der dänischen Künstlergruppe RIIMFAXE und Kurator in der Galerie Morgenland/Hamburg.

Krimi-Lesung „Die blaue Stunde“

Krimilesung zugunsten der Bibliothek des Ärztlichen Vereins: **Am 10. Februar 2009 um 19 Uhr im Vortragsraum der Staatsbibliothek** setzen wir unsere erfolgreiche Reihe „Die blaue Stunde“ fort.

Hauptkommissar Siegfried Lindhorst, langjähriger Leiter der Mordkommission Itzehoe, liest aus seinen Kriminalromanen, die er zugunsten des Weißen Rings veröffentlicht, z. B. „Der Feuerteufel von Evenfleth“ und „...und nichts bleibt, wie es einmal war“. Immer mit lokalem Bezug beschäftigt er sich darin mit den Hintergründen von Verbrechen, der Frage, warum ein Mensch zum Täter wird. Der Rechtsmediziner Dr. Christian Braun wird die medizinischen Hintergründe beleuchten. Eintritt 10 Euro, ermäßigt 5 Euro.

| Birgit Wulff

Ultraschall erleben: Siemens Ultraschall Center Hamburg

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtssysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Lindenplatz 2
20099 Hamburg
Tel.: 040 2889 7777
ultraschall-center.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall



SIEMENS

Tag der Niedergelassenen



Der Tag der Niedergelassenen am 29. Mai 2009 in Berlin: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) laden Sie ein zu einem Forum speziell für die Anliegen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Der Tag der Niedergelassenen ist eine Veranstaltung im Rahmen des Deutschen Ärzteforums beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Höhepunkt ist eine politische Diskussionsveranstaltung zur Zukunft der Niedergelassenen: **Ambulante Versorgung 2020 – verstaatlicht, verplant, verkauft?** Der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler debattiert um **11.00 Uhr** in der ICC-Lounge mit Politikern.

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (27. bis 29. Mai 2009): Info-Markt der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unter anderem zu den Themen Abrechnung, Arzneimittel, Qualität und Sicherstellung.

Politische Diskussionen + Info-Markt + Speaker's Corner + Workshops

Anmeldung zum Workshop-Programm:

	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmerzahl
9.00—10.30 Uhr: Qualitätszirkel: Selbstbestimmung oder Zwang?	<input type="checkbox"/>
9.00—10.30 Uhr: Der Hygieneplan in der Praxis	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr: Verantwortungsvoll delegieren in der Arztpraxis	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr: Ambulante Qualitätssicherung im KV-System	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr: Datensicherheit in der Arztpraxis	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr: Qualitätsindikatoren: Instrumente der Qualitätsdarstellung und Vergütungskopplung?	<input type="checkbox"/>

Zum Tag der Niedergelassenen erhalten Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal freien Eintritt. Melden Sie sich hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Faxanmeldung an 030/498550-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn

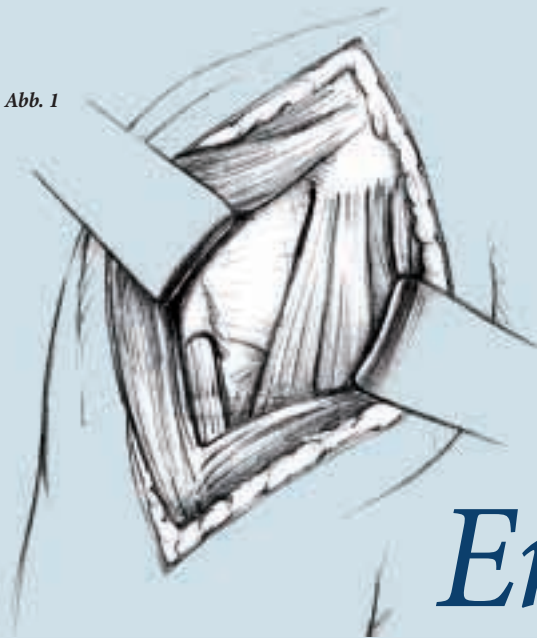
Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

6 Fortbildungspunkte für die Teilnahme am Tag der Niedergelassenen
29. Mai 2009, ICC Berlin

Deutsches Ärzteforum 2009

Hauptstadtkongress
Medizin und Gesundheit
27. bis 29. Mai 2009
im ICC Berlin

Abb. 1



Gelenkersatz Der vorliegende Artikel gibt eine strukturierte Übersicht über den Gelenkersatz der Schulter bei degenerativen und traumatischen Zuständen und stellt den „State of the Art“ in der Endoprothetik des Schultergelenkes vor.

Von PD Dr. Daniel Briem^{1,2}, Prof. Dr. Johannes M. Rueger², Dr. Wolfgang Klausner¹ und Dr. Jörg Neumann¹

Endoprothetik des Schultergelenkes

Im Gegensatz zum künstlichen Gelenkersatz im Bereich von Hüfte und Knie gilt die Endoprothetik des Schultergelenkes als weniger etabliert. Dies mag zum einen an der niedrigeren Inzidenz der Omarthrose – anders als Hüfte und Knie gehört die Schulter nicht zum lasttragenden Skelettabschnitt – zum anderen am relativen Mangel an standardisierten Richtlinien zu Indikationstellung und Therapiewahl liegen. Darüber hinaus kann die Endoprothetik des Schultergelenkes nicht auf eine vergleichbar gut aufgearbeitete Datensammlung zu Ergebnissen und Standzeiten zurückgreifen, wie dies für die Endoprothetik der Hüfte der Fall ist. So wird z. B. das Schwedische „Shoulder Arthroplasty Register“ erst seit 1999 geführt.

Erste Berichte über eine Gelenkersatzoperation an der Schulter datieren aus dem Jahre 1893. Péan implantierte bei einem jungen Patienten mit Tuberkulose einen proximalen Humerusersatz aus Platin und Gummi. Allerdings musste die Konstruktion aufgrund der Infektpersistenz zwei Jahre nach der Operation wieder explantiert werden. In den folgenden Jahrzehnten blieben zunächst die Arthrodesis bzw. die Resektionsarthroplastik die Standardverfahren bei ausgeprägten Pathologien des Glenohumeralgelenkes.

Entwicklung der Kunstschulter

Anfang der fünfziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde von Neer erstmals ein der Anatomie nachgeahmtes Prothesenmodell zum Ersatz des proximalen Humerus bei

dislozierten Kopffrakturen entwickelt. Die sog. Neer-I Prothese bestand aus einem fest miteinander verbundenen Schaft- und Kopfteil („Monoblockprothese“) mit einem in verschiedenen Längen und Stärken erhältlichen Schaft. Das später weiterentwickelte Neer-II Modell wies ebenfalls einen starr am Schaft fixierten Kopf auf, der jedoch in verschiedenen Größen geliefert werden konnte.

Wie ihre Vorgängerin, wurde die Prothese hauptsächlich zur Frakturversorgung genutzt. Erst mit der Erweiterung der Indikation hin zu degenerativen Erkrankungen wurde in den siebziger Jahren der begleitende Ersatz des Glenoids eingeführt. Aus dem eigenen Haus stammte die Entwicklung der St. Georg Prothese, deren Pfannenkomponente aus Polyethylen bestand. Reeves stellte ebenfalls in den siebziger Jahren erstmals eine sog. inverse Prothese vor, bei der der Kopf quasi am Glenoid, und die Pfanne am Schaft fixiert wurde. Begleitend mit der Einführung des Glenoidersatzes wurden Prothesenmodelle mit starrer Kopplung zwischen Kopf und Pfanne entwickelt („constrained prosthesis“), um einer Luxation des Kopfes, insbesondere bei zusätzlichem Rotatorendefekt, entgegen zu wirken. Neben der eingeschränkten Funktion wiesen diese Modelle eine inakzeptabel hohe Rate an mechanischen Komplikation

mit frühzeitiger Lockerung und Implantataufbrauch auf, sodass die gekoppelten Prothesen im Bereich der Schulter weitgehend verlassen wurden und heute bedeutungslos sind.

Zeitgemäße Prothesendesigns verfolgen das Konzept einer so gering wie möglich gehaltenen knöchernen Resektion, wobei die zur Verhinderung einer Dislokation erforderliche Stabilität über die umgebenden Weichteile zu erzielen ist („non-constrained“). Mitte der achtziger Jahre wurden die auf den Neer-II Prothesen basierenden Modelle zu den heute üblichen Modularsystemen weiterentwickelt, bei denen sowohl für die hemi-, als auch die totalendoprothetische Versorgung Schaft-, Kopf- und Glenoidkomponente unabhängig voneinander gewählt und kombiniert werden können.

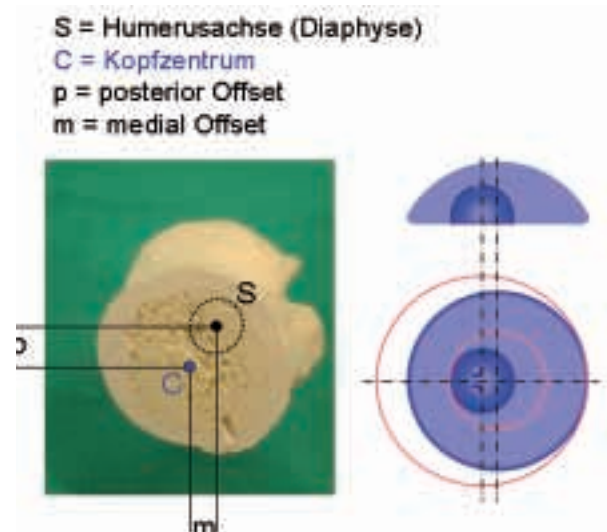


Abb. 2: Durchschnittlicher anatomischer Versatz des Humeruskopfes gegenüber dem Schaft in medialer und dorsaler Richtung

(¹ ENDO-Klinik, ² UKE, Klinik f. Unfall-, Hand- u. Wiederherstellungschirurgie)

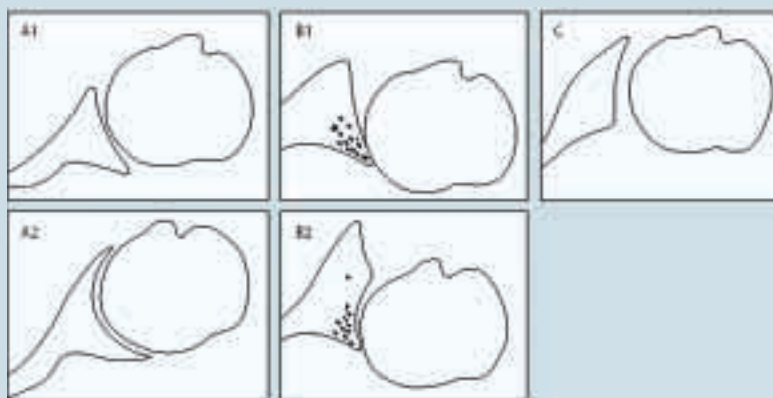


Abb. 3: Glenoidformen nach Walch. Typ A konzentrische Deformität, Typ B exzentrische Deformität mit posteriorer Subluxation, Typ C Dysplasie mit Retroversion



Abb. 4: Planungsschablonen zur Größenbestimmung der Schaftkomponente

Abb. 5: Exemplarische Röntgendarstellung nach Implantation einer Humerushalsprothese (links) und einer markraumverankerten Prothese (rechts)

Topographie des Glenohumeralgelenk

Das Glenohumeralgelenk besteht aus den beiden großen knöchernen Komponenten Humeruskopf und Glenoid (Gelenkpfanne). Humeruskopf und Glenoid weisen bezüglich Torsion, Achse und Neigung eine für jeden Patienten individuelle Konstellation auf, deren Kenntnis für den Operateur unabdingbare Voraussetzung für einen erfolgreichen endoprothetischen Ersatz des Schultergelenkes ist. Neben anderen Arbeitsgruppen hat v.a. die Gruppe um Walch mit ihren morphometrischen Untersuchungen eindrucksvoll die grossen interindividuellen anatomischen Schwankungen aufzeigen können.

Die Gelenkfläche des Humeruskopfes ist gegenüber dem Schaft nach medial geneigt (Inklination von durchschnittlich ca. 130°, Range 123-136°) und nach dorsal gedreht (Retrotorsion von ca. 18°, Range -6 bis -48°). Auch ist das Kopfzentrum gegenüber der Schaftachse nach medial und dorsal versetzt. Dieser Versatz („Offset“) beträgt nach medial 2,6mm (-0,8 bis 6,1mm), nach posterior 6,9mm (2,9-10,8mm) [Abb. 2].

Walch unterscheidet bezüglich der Pfannenanlage drei unterschiedliche Glenoidformen, die für die geplante Implantation einer Endoprothese zu beachten sind (Abb. 3). Die Typen B und C sind mit einer mehr oder

minder stark ausgeprägten Inkongruenz der Pfannenränder assoziiert, die bei der prothetischen Versorgung entsprechend zu adressieren ist. Darüberhinaus ist zu beachten, dass die normale Pfanne in der Horizontalebene eine Neigung zwischen 0 und 10° nach dorsal aufweist (Retroversion).

Auffällig ist die ausgeprägte Diskrepanz zwischen den beiden Gelenkpartnern Humeruskopf und Glenoid: so ist die Kopfzirkumferenz ungleich größer als die korrespondierende Pfannenfläche. Dieses Missverhältnis ist einerseits unabdingbare Voraussetzung für den hohen Bewegungsumfang der Schulter – erreicht werden können eine Elevation von ca. 170°, eine Abduktion von 180° und eine kombinierte Rotation von 150° -, andererseits erklärt dies die relativ hohe Vulnerabilität der Schulter bezüglich Stabilität und Luxationssicherheit.

Im Gegensatz zum Hüftgelenk ist die Schulter ein vorwiegend weichteilgeführtes Gelenk, dessen Stabilität neben der Gelenkkapsel durch die umgebenden Muskeln und deren Sehnen sowie zum kleineren Teil durch Bandverbindungen – hier sind insbesondere die glenohumeralen Ligamente anzuführen – generiert wird. Einer der wichtigsten Stabilisatoren des Schultergelenkes sind die in die Kapsel einstrahlenden Sehnenfasern, die in ihrer Gesamtheit als Rotatorenmanschette bezeichnet werden. Hierzu gehören ventral

der M. subscapularis, kranial der M. supraspinatus und dorsal die Mm. infraspinatus und teres minor. Neben der Stabilisierung tragen die Rotatoren gemeinsam mit dem unmittelbar kranial der Pfanne inserierenden Bizepsanker wesentlich zur Zentrierung des Humeruskopfes in der Pfanne bei. Oberhalb der Rotatorenmanschette befindet sich samt zugehöriger Bursa das Akromion, ventromedial das Korakoid. Akromion und Ligamentum coracoakromiale wiederum bilden das Schulterdach (Fornix humeri), welches sowohl für die Abstützung des Humeruskopfes nach kranial, als auch für die Entstehung des sog. „Impingementsyndroms“ (subakromiales Engesyndrom) von Bedeutung ist.

Diagnostikprofil der betroffenen Schulter

Zur Diagnostik gehört die eingehende Anamnese des Patienten. Zu erfragen sind die Dauer der bestehenden Beschwerden, die Schmerzintensität auf einer visuellen Analogskala, die Schmerzhäufigkeit, das Vorliegen einer Ruheschmerzsymptomatik insbesondere nachts, die Beeinträchtigung von Aktivitäten in Beruf, Freizeit und Alltag, die Einnahme von Analgetika, bisher durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen an der Schulter sowie das Vorliegen stattgehabter Traumata. Wichtig ist, gemeinsam mit den Angehörigen das Anforderungsprofil an die betroffene Schulter zu eruieren. Zur allgemeinen Anamnese gehört die Frage nach systemischen Erkrankungen des Bewegungsapparates, internistischen Begleiterkrankungen und Medikationen sowie dem Vorliegen einer B-Symptomatik.

Die körperliche Untersuchung beinhaltet zunächst die Inspektion des Schulterreliefs am entkleideten Patienten. Zu erfassen sind insbesondere evtl. Hypotrophien des M. deltoideus. Neben einer passiven Beweglichkeitsprüfung, hierbei wird auf Blockaden, Krepitationen, Schmerzäusserungen und muskulären Widerstand geachtet, wird die aktive Beweglichkeit des Schultergelenkes in den drei Freiheitsgraden im Seitenvergleich dokumentiert. Peripher des Gelenkes sind evtl. Auffälligkeiten von Seiten der Perfusion und Innervation zu erfassen.

Da der langen Bizepssehne und den Rotatoren hinsichtlich Kopfzentrierung und Stabilität wichtige Bedeutung zukommen, sollte deren Funktion im Rahmen der körperlichen Untersuchung geprüft werden. Hierzu existieren zahlreiche, nach den Erstbeschreibern benannte Tests, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll. Darüber hinaus sollten klinische Zeichen einer AC-Gelenkarthrose und eines Impingements erfasst werden. Der neurologische Status wird samt Muskelfunktion nach Kraftgraden erhoben und die HWS – zumindest orientierend – be-

urteilt. Ferner ist das Vorliegen einer Skapula alata auszuschließen. Basis der apparativen Diagnostik stellt die akkurat eingestellte konventionelle Übersichtsaufnahme des betroffenen Schultergelenkes in mindestens zwei Ebenen dar („true ap“ Projektion in Innenrotation und axiale, auch „indische“ Projektion). Anhand dieser Aufnahmen sollte der Arthrograd nach Kellgren und Lawrence bestimmt und die Beschaffenheit des Glenoids beurteilt werden. In Analogie zur Endoprothetik von Hüfte und Knie ist die akkurate Planung auch bei der endoprothetischen Versorgung der Schulter obligat. Anhand der konventionellen Aufnahmen werden Schaftgröße und Inklination des Kopfes mit den vom Hersteller zur Verfügung gestellten Planungsschablonen ermittelt (Abb. 4).

Die Kopfgröße wird dagegen ebenso wie der Offset erst intraoperativ festgelegt. Ist ein Glenoidersatz vorgesehen, wird zur ebenfalls obligaten Klassifikation der Glenoidmorphologie die Durchführung einer CT benötigt, mit deren Hilfe außerdem Retrotorsion und Offset des Humerus sowie die glenoidale Retroversion ermittelt werden können. Außerdem gelangen knöcherne Defekte im Bereich des Glenoids sicher zur Darstellung. Bestehen Zweifel an der Integrität der Rotatorenmanschette, sollte eine Magnetresonanztomografie zur Beurteilung der Rotatoren durchgeführt werden. Geübte Untersucher ziehen hierfür die Sonografie heran.

Indikation zum Gelenkersatz

Die Indikation zum Gelenkersatz der Schulter ergibt sich grundsätzlich bei Aufbrauch oder Zerstörung des Gelenkknorpels. Häufigste Ursachen sind neben der idiopathischen Omarthrose und posttraumatischen Zuständen die Arthrose bei rheumatoider Arthritis, die avaskuläre Nekrose (AVN) des Humeruskopfes, die sog. Defekarthropathie bei Defekt der Rotatorenmanschette sowie die Dislokationsarthropathie bei instabiler Gelenkführung. Seltener Ursachen sind postinfektiöse Zustände und Defektsituationen bei Tumorgeschehen.

Am häufigsten erfolgt ein Gelenkersatz bei primärer Omarthrose. Die Indikation ergibt sich bei Belastungs- und Ruheschmerz mit dauerhaftem Analgetikabedarf. Einige Autoren berücksichtigen wesentlich die Gelenkbeweglichkeit und sehen die Indikation bei einer Bewegungseinschränkung mit Abduktion <90°, Innenrotationsniveau unterhalb L1 und Außenrotation <20°. Auszuschließen bzw. zu erfassen sind stets andere Erkrankungen im Bereich der Schulter, die ebenfalls eine anhaltende Beschwerdesymptomatik unterhalten können, wie adhäsive Kap-sulitis, Impingement, Kalkschulter sowie habituelle oder posttraumatische Instabilität. Grundsätzlich muss bei Indikationsstellung

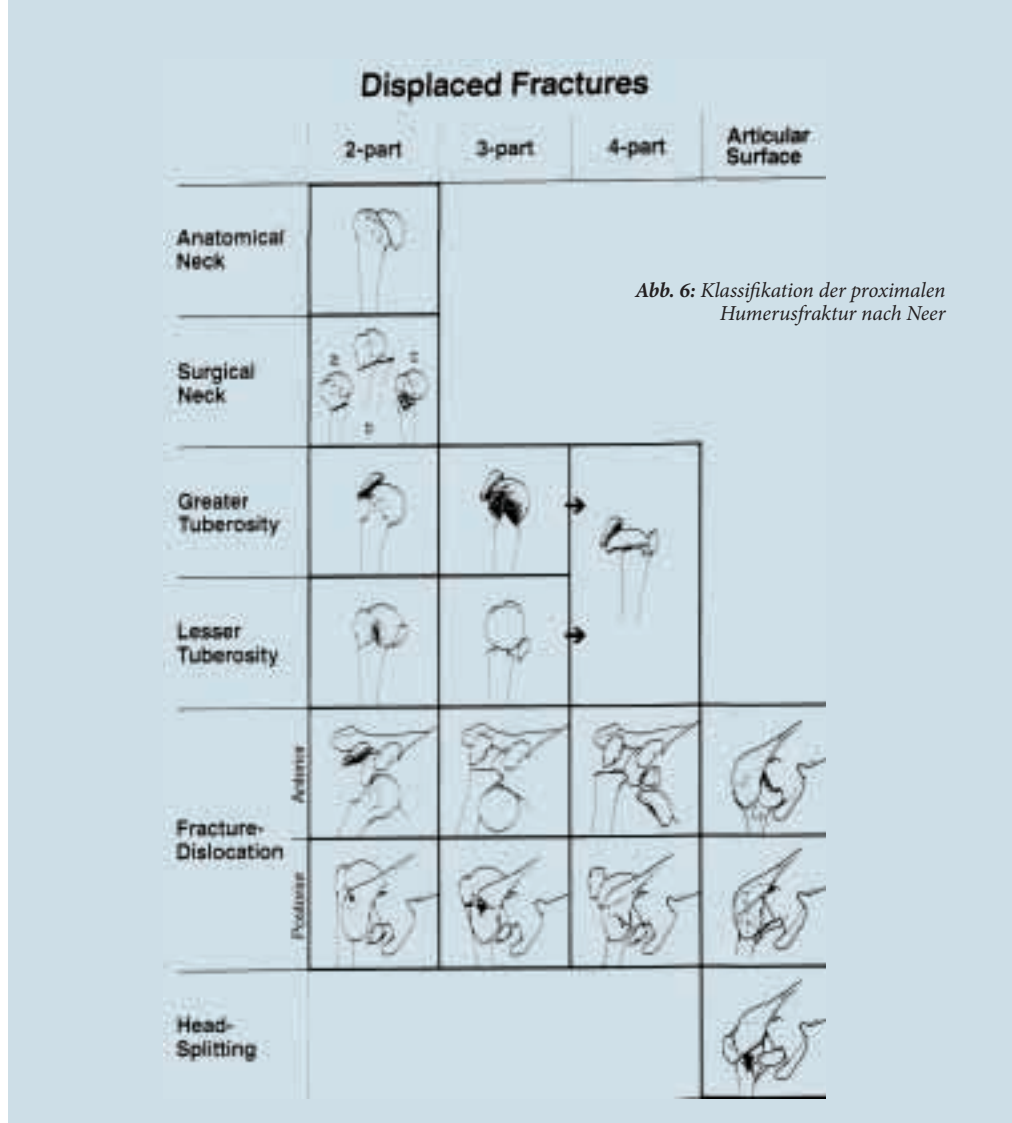


Abb. 6: Klassifikation der proximalen Humerusfraktur nach Neer

die Frage geklärt werden, inwieweit eine Versorgung des Humeruskopfes allein ausreichend ist (Hemiarthroplastik, HSA), oder auch das Glenoid ersetzt werden muss (Totalarthroplastik, TSA). Hierzu ist die Kenntnis der Pfannen-anatomie unverzichtbar. Diese wird wie dargestellt nach Walch klassifiziert. Prinzipiell sollten alle Glenoidformen der Typen außerhalb A1 einem Pfannenersatz zugeführt werden. Kontrovers wird die Indikation zum Pfannenersatz bei Patienten mit rheumatoider Arthritis aufgrund der mit der Grunderkrankung einhergehenden hohen Lockerungsraten der glenoidalen Komponente diskutiert. Wird die Indikation zur endoprothetischen Versorgung ohne Glenoidersatz gestellt, kann auf Oberflächenersatzimplantate oder Stielprothesen zurückgegriffen werden (Abb. 5). Bei Patienten mit Osteopenie oder Osteoporose sollte aufgrund höherer Stabilität eher ein markraumverankertes System gewählt werden. Der Einsatz von Humerushalsprothesen bietet sich außer primärer Arthrose bei posttraumatischer Fehlstellung und avaskulärer Nekrose im frühen Stadium an. Bei fortgeschrittener AVN mit Beteiligung des Glenoids oder posttraumatischen Zuständen mit Pfannenarthrose sollte das Glenoid mitersetzt werden. Die zweite wichtige Indikation zur Endoprothetik des Schultergelenkes stellen traumatische Zustände dar. Die Versorgung erfolgt

entweder primär oder sekundär, z.B. nach fehlgeschlagener Osteosynthese oder Verheilung in knöcherner Fehlstellung. In der primären Fraktursituation ist die Klassifikation der vorliegenden Pathologie unverzichtbar. Anhand der Klassifikation ist einzuschätzen, inwieweit eine knöcherne Rekonstruktion überhaupt erreichbar ist. In vielen Fällen muss die CT herangezogen werden. Durchgesetzt hat sich neben der klassischen Einteilung nach Neer die Frakturklassifikation der AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen). Neer unterscheidet sechs verschiedene Frakturtypen: Typ I unverschobene Frakturen, Typ II Frakturen des collum anatomicum, Typ III Frakturen des collum chirurgicum, Typen IV und V Frakturen des Tuberculum majus bzw. minus als 2-, 3- oder 4-Fragmentverletzung sowie Typ VI Luxationsfrakturen (Abb. 6). Nach AO werden extraartikulär-monofokale (11 A1-3), extraartikulär-bifokale (11 B1-3) sowie Gelenkfrakturen (11 C1-3) unterschieden.

Neben der Klassifikation der knöchernen Situation ist für die Indikationsstellung eine Abschätzung der Humeruskopfperfusion vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden Frakturmorphologie essenziell. Nach Hertel sind Frakturen mit Beteiligung des anatomischen Halses v.a. medial, eine Länge des medial am Kopf anhängenden metaphysären Fragmentes („medial extension“) von <8 mm

sowie die Diskontinuierung des medialen Calcars („medial hinge“) mit einer hohen Rate von Kopfnekrosen assoziiert und der primären prothetischen Versorgung zuzuführen.

Einer erfolgreichen Rekonstruktion durch Osteosynthese sind außerdem Grenzen gesetzt bei betagten Patienten mit Osteoporose, Frakturen mit sog. „head split“-Komponente, einer höhergradigen Kopfimpression >40% und Luxationsverletzungen mit Unterbrechung der posteromedialen Kopfperfusion. In Fällen mit o.g. Konstellation sehen wir ebenso wie Hertel zumindest eine relative Indikation zum primären Endoprothese. Im eigenen Vorgehen erfolgt die Entscheidung ggf. intraoperativ, da die Rekonstruierbarkeit z. T. erst vor Ort abschließend beurteilt werden kann.

Bei Arthropathien mit Verlust der Fornix bzw. nicht-rekonstruierbarem Rotatorendefekt besteht i. d. R. die Indikation zur Versorgung mit einem inversen Prothesenmodell. Inverse Prothesen verfolgen das biomechanische Konzept einer Umkehr der Geometrie zwischen Skapula und Humerusschaft durch Medialisierung und Kaudalisierung des Rotationszentrums des Schultergelenkes. Hierdurch wird eine Verlängerung des Hebelarmes und erhöhte Vorspannung des M. deltoideus bewirkt, so dass der Verlust des zentralisierenden Effektes der Rotatoren auf den Humeruskopf durch eine verbesserte muskuläre Führung egalisiert wird (Abb. 8). Alternativ zur Implantation einer inversen Prothese kann die Versorgung der Defektarthropathie mittels Duokopf- oder Großkopfprothese erwogen werden. Beide fungieren als kraftschlüssige Systeme, die über eine Lateralisierung des Schaftes und Medialisierung des Drehzentrums ebenfalls eine Verbesserung des Hebelarmes und der deltoidalen Vorspannung erreichen, wodurch der Verlust der Rotatorenmanschette ausgeglichen wird. Allerdings sind beide Prothesenmodelle aufgrund ihres deutlich reduzierten Bewegungsumfanges nur als Reserveimplantate aufzufassen.

Implantate

Aktuell existieren auf dem Markt eine Vielzahl von Prothesenmodellen, die verschiedenen Generationen zugeordnet werden. Die bereits angesprochenen, von Neer entwickelten Monoblockprothesen werden als Prothesen der ersten Generation bezeichnet. Prothesen zweiter Generation weisen neben verschiedenen Schaftgrößen und -längen auch verschiedene Kopfgrößen auf. Beide Generationen fungieren als Prothesen zur Hemiarthroplastik mit der Frakturversorgung als primärem Indikationsspektrum. Mit Erweiterung des Indikationsspektrums unter Einbeziehung degenerativer Glenohu-

meralpathologien wurden modulare Systeme mit variabler Einstellung von Inklination, Retroversion und Offset eingeführt. Diese werden als dritte Generation bezeichnet und erlauben die Wiederherstellung des nach medial und dorsal exzentrischen Rotationszentrums in seiner ursprünglichen Anatomie. Prothesen der vierten Generation geben eine zusätzliche dritte räumliche Achse frei, um welche die Instrumentierung zwischen Kopf und Schaft moduliert werden kann. So kann neben Inklinationswinkel und Kopfexzentrizität die Torsion des Kopfes gegen den Schaft mehr oder weniger stufenfrei gewählt werden.

Auch in der Frakturprothetik ist die Möglichkeit anatomischer Rekonstruktion unter Berücksichtigung von Offset und Retrotorsion einzufordern. Außerdem muss eine suffiziente Refixierung und Einheilung der Tuberkula – wesentliche Voraussetzung eines guten funktionellen Resultates – gegeben sein. Weiteres operatives Ziel ist die Rekonstruktion des Drehzentrums mit Wiederherstellung der ursprünglichen Humeruslänge, was bei Vorliegen einer metaphysären Trümmerzone Schwierigkeiten bereiten kann.

Hier sind Systeme mit modularem Aufbau der Prothesenhöhe hilfreich (Abb. 7). Alternativ kann die Schaftlänge durch Interposition autogener Knochenblöcke, z. B. vom Beckenkamm, oder Zementieren des Prothesenkragens proximal der Osteotomie/Fraktur wiederhergestellt werden. Ein begleitender Ersatz der Pfanne ist im Rahmen primärer Frakturprothetik nach unseren Erfahrungen selten erforderlich. Dennoch empfiehlt es sich aus unserer Sicht, Systeme vorzuhalten, die notfalls auch als Totalendoprothese instrumentiert werden können. Hervorzuheben ist, dass einige Hersteller inzwischen die intraoperative Umrüstbarkeit ihrer Viertgenerationsprothesen auf eine inverse Instrumentierung anbieten, was die Therapieoptionen gerade in der Traumaversorgung erheblich erweitert (Abb. 9).

OP-Technik

Der deltoideopectorale Zugang repräsentiert den Standardzugang für die Endoprothetik des Schultergelenkes. Im Folgenden wird die Technik der Totalendoprothesenimplantation im eigenen Vorgehen dargestellt.

Der vertikale Hautschnitt wird im Verlauf der vorderen Axillarfalte, leicht lateral des Korakoids in distaler Verlängerung des AC-Gelenkes geführt. Unmittelbar medial der Vena cephalica wird stumpf in das deltoideopectorale Intervall eingegangen und beide Muskelbäuche mit Haken verdrängt (Abb. 1). Nach medial werden die kurze Bizepssehne und die Sehne des M. coracobrachialis unterhalb des Korakoids verdrängt, wobei der unmittelbar medial mit diesen Sehnen ver-



Abb. 7: Modularer Schaftaufbau einer Frakturprothese (aap, Fa. Krauth&Timmermann)

laufenden N. musculocutaneus zu schonen ist. Es folgt das Ablösen und Anschlingen der Sehne des M. subscapularis ca. 1,5 cm medial des Sulcus intertubercularis unter Verwendung einer kräftigen Haltenaht. Hier ist der Verlauf des N. axillaris kaudomedial des Muskelunterrandes sowie der ebenfalls benachbart verlaufenden circumflexa humeri anterior-Gefäße zu beachten. Alternativ kann die Sehne subperiostal vom Tuberculum minus oder dieses selbst knöchern abgelöst werden. Dieser Schritt entfällt häufig bei der Frakturversorgung.

Bei Frakturen kann zur erleichterten Refixation des nach dorsokranial dislozierten Tuberculum majus-Fragmentes mit der anhängenden Supraspinatussehne alternativ ein lateraler Zugang („Deltoid-split“) gewählt werden. Das Eingehen auf die Gelenkkapsel erfolgt beim ventralen Zugang im rotatorenfreien Intervall. Essenziell ist das akkurate „Release“ (Auslösen) des Subskapularis von ventraler Kapsel und Glenoid. Nach der Kapselinzision erfolgt die Luxation des Humeruskopfes nach kranioventral unter Adduktion, Retroversion und Außenrotation.

Die Resektion Humeruskopf erfolgt möglichst exakt entlang des anatomischen Halses, der i. d. R. den Inklinations- und Retrotorsionswinkel definiert. Alternativ kann hierfür eine Resektionslehre verwendet werden. Zur besseren Übersicht müssen sog. Kranzostephyten vollständig abgetragen werden. Es folgt das zirkuläre Kapselrelease um das Glenoid. Dieser Schritt erfordert eine gute Exposition, weshalb ein minimal-invasives Vorgehen nach unseren Erfahrungen praktisch nicht möglich ist.

Die Insertion des zentralen Führungsdrahtes für das Glenoid erfolgt entlang der „center line“ nach Matsen als Senkrechte zur Glenoidfläche in Zielrichtung auf den Übergang

Skapulohals zur Fossa subscapularis („centering point“) unter Verwendung des Zielgerätes und Einstellen der computertomografisch ermittelten Pfannenneigung in der Koronarebene. Zuvor wird optional der Eintrittspunkt als Zentrum eines mittels Diathermie auf dem Glenoid markierten Fadenkreuzes festgelegt.

Liegt eine pathologische Pfannenversion vor, wird diese durch entsprechend vermehrtes Fräsen der Gegenseite oder Aufbau und Unterfütterung mittels autogenem Knochenblock, z.B. vom Beckenkamm, korrigiert. Für den Glenoidersatz stehen zapfen- oder kielverankerte, zementierte oder zementfreie Implantate mit oder ohne Rückflächenbeschichtung zur Verfügung. Im eigenen Vorgehen wurde bislang meist ein zementiertes, zapfenverankertes Implantat gewählt.

Nach abgeschlossener Glenoidimplantation erfolgt die Präparation des Schaftes. Üblicherweise wird unter Beachtung der humeralen Retrotorsion am höchsten Punkt der Resektion mit den entsprechenden Raffeln in den Schaft eingegangen. Bei der Wahl des Probekopfes werden Versatz, Größe und Höhe anhand des resezierten Humeruskopfes und der humeralen Resektionsfläche festgelegt (Abb. 10). Auch hier werden subkapitale Osteophyten sorgsam abgetragen, um die Festlegung auf einen zu großen Kopf zu verhindern.

Es wird auf ein geringes Übertagen des Tuberculum von Seiten des Kopfes um ca. 5-10 mm geachtet. Außerhalb dieses Bereiches droht entweder eine zu große Vorspannung des Kappenmuskels mit Funktionseinbuße („overstuffing“) oder eine zu laxen Vorspannung mit inferiorer Stabilitätsverlust. Abschließend erfolgt die Refixierung des M. subscapularis wahlweise mittels Fadenanker oder transossärer Naht sowie – je nach Patientenalter und Biologie des Situs – die Tendese oder Tenotomie der langen Bizepssehne.

Bei der postoperativen Nachbehandlung ist im Zuge des anterioren Standardzuganges v.a. eine übermäßige Zugbeanspruchung der refixierten Sehne des M. subscapularis zu vermeiden.

Zunächst erfolgt die Ruhigstellung in einer noch auf dem OP-Tisch angelegten Schlinge, wie dem Gilchrist-Verband oder der Gillet-Weste. Diese wird postoperativ für mindestens vier Wochen belassen. Bereits ab dem 2. postoperativen Tag darf der Arm für die Applikation von Pendelübungen aus der Schlinge genommen werden. In der Peripherie dürfen Ellenbogen, Handgelenk und Langfinger frei beübt werden. Postoperative Schwellungen werden kryotherapeutisch oder medikamentös-antiphlogistisch angegangen. Im Liegen sollte der Ellenbogen von dorsal mit einem Kissen o. Ä. zur Vermeidung einer Dislokation der Schulter nach ventral unterstützt werden. Ab

der dritten Woche dürfen passive Bewegungen mit Abduktion und Elevation bis max. 90°, Innenrotation bis zur Brust des Patienten und Außenrotation bis max. 30° appliziert werden.

Retroversions- und Adduktionsbewegungen sollen in Kombination mit Außenrotation in den ersten sechs Wochen postoperativ vermieden werden. Ebenfalls soll die operierte Extremität nicht zur Unterstützung beim Aufrichten bzw. Aufstützen eingesetzt werden. Frühestens ab der 5. Woche postoperativ dürfen aktiv-assistierte Bewegungsübungen begonnen werden. Ebenfalls ab dieser Phase sind isometrische Muskelübungen der Schulter statthaft. Zu diesem Zeitpunkt kann die Schlinge tagsüber weggelassen werden, sollte aber noch für weitere zwei Wochen zur Nacht getragen werden. Passive Bewegungen können nun freigegeben werden. Aktive Bewegungen gegen Widerstand, insbesondere forcierte Rotationsbewegungen dürfen frühestens nach Ablauf von acht Wochen postoperativ aufgenommen werden. Bei der Traumaversorgung sind während der ersten sechs Wochen Rotationsübungen zu unterlassen, um eine sekundäre Dislokation der refixierten Tuberkula zu vermeiden.

Erkenntnisse und Komplikationen

Bei der Literaturanalyse fällt auf, dass Arbeiten mit einem Evidenzlevel der Stufe I und II praktisch nicht vorliegen. Auch das schwedische Prothesenregister ist noch jung und weist aktuell keinerlei Erkenntnisse zu Standzeiten und Komplikationen der Implantation auf. Immerhin sind bislang in einem Achtjahresintervall von 1999 bis 2006 knapp 3.000 Endoprothesen dokumentiert, davon 1.328 nach Trauma, 911 bei Osteoarthritis und 717 bei rheumatoider Arthritis. Allerdings wurde nur ein Bruchteil des Gesamtkollektives mit einem einfachen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit nachuntersucht. Diesbezüglich ergaben sich zwischen den verschiedenen Prothesenmodellen keine wesentlichen Unterschiede. Primäres Ziel der Schulterprothetik ist die Schmerzlinderung bei bestmöglicher Funktion und langen Standzeiten ohne mechanische Prothesenkomplikationen (Luxation). Obwohl standardisierte Nachuntersuchungsergebnisse nicht vorliegen, kann von der Endprothetik des Schultergelenkes bei primärer Arthrose eine solide Besserung der präoperativen Beschwerdesymptomatik erwartet werden. In einer Multicenter-Studie



Abb. 8: Exemplarische Röntgendarstellung nach Versorgung mit inverser Prothese bei Humeruskopfnekrose und Massendefekt der Rotatoren



Abb. 9: Kompatibilität von Fraktur- und inverser Prothese mit Möglichkeit der intraoperativen Umrüstung nach Schaftimplantation (Fa. Zimmer)

berichteten immerhin 95 % der Patienten über eine deutliche Schmerzlinderung, funktionelle Verbesserung und subjektive Zufriedenheit fünf Jahre post implantationem. Bei primärer Arthrose sind außerdem von der Totalendoprothese etwas bessere Ergebnisse zu erwarten als von der Hemialloarthroplastik. Schwierig ist abzuschätzen, welche Patienten mit primärer Omarthrose von einer endoprothetischen Versorgung profitieren. Nach Literaturangaben ist grundsätzlich im höheren Alter (>75 Jahre), bei vorausgegangen Primäreingriffen (im Revisionsfall) und bei präoperativ eingeschränkter mentaler Gesundheit ein weniger günstiges Operationsergebnis zu erwarten. Weitere Prädiktoren eines unbefriedigenden Resultates sind eine präoperativ höhergradig eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit und eine Subluxationsstellung des Humeruskopfes. Aufgrund besserer funktioneller Resultate wird bei der Prothesenimplantation außerdem die Bizeps-tendese-/tomie regelhaft empfohlen. Bezüglich der Standzeiten kann inzwischen von einem 10-Jahres-Survival von knapp über 90 % ausgegangen werden (TSA), wobei die Hemiprothese kürzere Standzeiten aufweist. Revisionspflichtige Komplikationen resultieren zumeist aus Pfannenproblemen. Für lange Standzeiten ist daher die Vermeidung eines sog. „mismatch“ (Inkongruenz) zwischen Pfannenkomponente und Kopf mit Induktion des sog. „rocking-horse“ (Schaukelpferd)-Phänomens essenziell. Entsprechend ist bei der Pfannenimplantation unbedingt die korrekte Version des Glenoids zu beachten, da eine exzentrische Glenoidbelastung zu frühzeitiger Lockerung führt.

Bei der Wahl des Pfannenimplantates ist zu beachten, dass Komponenten mit einer Rückflächenbeschichtung aus Metall („metalback“) aufgrund ihrer eingeschränkten ossären Integration erhöhte Lockerungsraten aufweisen. Diese sind auch nach unzementiertem Glenoidersatz beschrieben. Biomechanische Untersuchungen weisen außerdem daraufhin, dass Komponenten mit Kielverankerung („keel“) höhere Auslockerungsraten erwarten lassen, als Implantate mit Stiftverzahnung („peg“).

Neben der Auslockerung stellt die Luxation die bedeutendste mechanische Komplikation der Schulterprothetik dar. In der Literatur wird die Luxationsrate in einem erstaunlich geringen und der Hüftprothetik vergleichbaren Bereich von durchschnittlich ca. 2 % gesehen. Allerdings wird in einzelnen Studien über Luxationsraten von bis zu 30 % berichtet. Zu unterscheiden ist zwischen horizontaler und vertikaler Luxation bzw. Instabilität.

gehen nimmt daher die Rekonstruktion nicht erst seit dem Aufschwung winkelstabiler Plattenimplantate einen hohen Stellenwert ein. Allerdings kommt hierbei wie besprochen der präoperativen Abschätzung der Humeruskopfperfusion entscheidende Bedeutung zu. Problematisch sind auch die Ergebnisse bei Patienten mit Gelenkersatz auf dem Boden einer rheumatoiden Arthritis. Hier werden schlechtere funktionelle Ergebnisse beschrieben als bei primärer Omarthrose. Darüber hinaus werden gehäuft Rupturen der Rotatorenmanschette und Lockerungssäume im Bereich der Pfannenkomponente beobachtet. Dennoch wird die Totalendprothese bei diesem Krankengut gegenüber der Hemiarthroplastik favorisiert, da diese mit einer hohen Rate von sekundären Glenoiderosionen behaftet ist.

Gesondert sind die Ergebnisse nach Implantation inverser Prothesen zu diskutieren. Neben dem häufigen Problem des inferior-

eine deutliche Verschlechterung der Funktion zu erwarten ist. Bei Versorgung einer Defektarthropathie kann auch bei größeren Rotatorendefekten bei präoperativ guter Gelenkfunktion mit Erreichen einer Elevation von über 90° alternativ zur inversen Prothese die Durchführung einer Hemiarthroplastik mit guten Erfolgsaussichten in Erwägung gezogen werden.

Technologischer Fortschritt

Die Entwicklung neuer Prothesenmodelle verspricht inzwischen eine immer knochen-sparendere Implantation bei gleichzeitiger Konvertibilität zur Versorgung auch verzweifelnder knöcherner Situationen. Der Nachweis optimaler Standzeiten dieser neuen Implantate ist allerdings erst noch zu erbringen. Von künftiger Relevanz ist ferner eine Verbesserung auf dem Gebiet des Pfannenersatzes, da frühe Lockerungen häufig durch Probleme



Abb. 10: Intraoperative Ermittlung von Kopfdiameter- und Offset anhand des Resektates und der Resektionsebene

Abb. 11: Tantalum-beschichtete Rückfläche einer Glenoidkomponente (Fa. Zimmer)

Vertikale Instabilitäten werden fast immer durch eine Rotatorendefizienz verursacht und erfordern i. d. R. einen Wechsel auf eine inverse Prothese.

Horizontale Instabilitäten sind entweder knöchern oder weichteilig bedingt und treten in dorsaler oder ventraler Richtung auf. Ventrale Luxationen resultieren meist aus einer Insuffizienz des M. subscapularis, können aber auch durch eine nicht ausreichend retrorotationsfähige Schaftkomponente oder einen nicht korrigierten Aufbrauch des vorderen Pfannenrandes verursacht sein. Einer posterioren Instabilität liegt umgekehrt meist entweder ein unzureichendes ventrales Release oder eine Defektsituation bzw. Fehlstellung des hinteren Pfannenrandes zugrunde. Die jeweilige Revisionsstrategie muss sich entsprechend an der zugrunde liegenden Pathologie orientieren. Im Gegensatz zur primären Omarthrose sind die bisherigen Erfahrungen mit der Frakturprothetik eher enttäuschend. Im Vergleich zur Osteosynthese schneidet die primäre Prothesenimplantation funktionell nach unseren Erfahrungen deutlich schlechter ab. Noch schlechtere Ergebnisse liefert die sekundäre Prothesenimplantation nach fehlgeschlagener Osteosynthese. Im eigenen Vor-

ren Notching (Anschlagen der Prothese am Pfannenunterrand) sind die inversen Prothesen trotz akzeptabler 10-Jahres-Standzeiten von knapp über 90 % mit einer substanziellen funktionellen Verschlechterung bereits nach wenigen Jahren behaftet. Darüber hinaus verbleiben bei operativen Fehlschlägen bis auf einen Wechsel zur Großkopfprothese oder die Resektionsarthroplastik praktisch keine Rückzugsmöglichkeiten.

Der im eigenen Krankengut relativ hohe Anteil inverser Prothesen von gut 30 % erklärt sich aus der hohen Rate zugewiesener Revisionseingriffe. Insbesondere bei septischen Wechslen konnten mittelfristig bislang gute Ergebnisse beobachtet werden. Dennoch sollte die Indikationsstellung aufgrund mittel- und langfristig problematischer funktioneller Ergebnisse restriktiv gehalten werden. In Übereinstimmung mit anderen Arbeitsgruppen sehen wir eine vernünftige Indikation bei Revisionseingriffen nach fehlgeschlagener Prothesenversorgung bei Trauma, Arthritis oder Infekt. Außerdem sollte die Indikationsstellung nur bei älteren Patienten über 70 Jahre mit niedrigem Anforderungsprofil an die Schulter erfolgen, da ab dem siebten Jahr nach Implantation einer inversen Prothese

mit der glenoidalen Komponente bedingt sind. Eine Präzisierung der Pfannenimplantation scheint durch den Einsatz navigierter Verfahren möglich. Erste Ergebnisse deuten darauf hin. Allerdings steht der Nachweis der Überlegenheit und der technischen Reife für diese Indikation noch aus. Im eigenen Vorgehen wird dies derzeit im Rahmen einer kontrollierten experimentellen Untersuchung geprüft.

Wünschenswert scheint auch eine verbesserte Integration der Pfannenkomponenten. Aktuell wird in unserer Klinik die Rückflächenbeschichtung mit Tantalum untersucht (Abb. 11), ein in der Hüftchirurgie bereits bewährtes, makroporöses und extrem widerstandsfähiges Metall mit osteokonduktiven Eigenschaften. Inwieweit durch die relativ geringe Steifigkeit des Materials das sog. „Stress-Shielding“ vermieden und die Standzeit verbessert werden kann, bleibt abzuwarten.

Literatur bei den Verfassern.

Kontakt:

PD Dr. Daniel Briem, Endo-Klinik, Spezialklinik für Knochen-, Gelenk- und Wirbelsäulenchirurgie, Tel. 040/3197-1230, E-Mail: daniel.briem@endo.de

Übte scharfe Kritik:
Dr. Frank Ulrich Montgomery,
 Präsident der
 Ärztekammer Hamburg
 und Vizepräsident
 der Bundesärztekammer



Patienten- und Personenschutz
 Ärztinnen und Ärzte werden zu
 Geheimnisträgern zweiter Klasse
 gemacht.

Von Sandra Wilsdorf

Kritik am BKA-Gesetz

Aus Sorge um das Patienten-Arzt-Verhältnis hat Dr. Frank Ulrich Montgomery sich wegen des umstrittenen BKA-Gesetzes Anfang Dezember per Brief an Hamburgs Bürgermeister Ole von Beust gewandt. Er fordert den Bürgermeister darin auf, dafür „Sorge zu tragen, dass im Zuge der Beratungen des BKA-Gesetzes im Vermittlungsausschuss der Patienten- und Personenschutz im Patienten-Arzt-Verhältnis wieder hergestellt wird“.

In dem Brief, der auch Innensenator Christoph Alhaus zuzuging, zeigte sich der Kammerpräsident erleichtert, dass der Bundesrat den Gesetzentwurf zunächst abgelehnt hat. Für die anschließend anstehenden Beratungen forderte er, das Augenmerk nicht nur auf den Aspekt der Online-Durchsuchungen zu legen, sondern auch auf die Aufweichungen des Patienten- und Personenschutzes durch das Telekommunikationsüberwachungsgesetz.

Angriff auf Bürgerrechte und ärztliche Schweigepflicht

Montgomery dazu: „Das neue BKA-Gesetz ist ein Angriff auf die Bürgerrechte, die ärztliche Schweigepflicht und das Patienten-Arzt-Verhältnis.“ Der Entwurf zementiere einen durch nichts zu rechtfertigenden Zwei-Klassen-Status von Berufsheimnisträgern bei verdeckten Ermittlungsmaßnahmen des Staates. Denn während Kon-

takte und Gespräche mit Abgeordneten, Seelsorgern und Strafverteidigern vor staatlichen Ermittlungsmaßnahmen absolut geschützt seien, unterlägen Ärzte und Journalisten nur einem relativen Schutz und würden per se unter den Generalverdacht der Konspiration gestellt.

Patienten-Arzt-Verhältnis gefährdet

„Patienten müssen sich genauso wie Mandanten von Strafverteidigern sicher sein, dass sie sich voll und ganz ihrem Arzt offenbaren können“, so Montgomery weiter. Abhörverbote, Verschwiegenheitspflichten und Zeugnisverweigerungsrechte gehörten zu den unverzichtbaren Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung. Sie erst ermöglichten das Vertrauen, das die Basis eines jeden Patienten-Arzt-Verhältnisses darstelle.

Nachdem sich die Regierungsparteien CDU und SPD auf einen Kompromiss geeinigt hatten, der auch die Online-Durchsuchung unter richterlichen Vorbehalt stellen soll, war Ende Dezember schließlich im Vermittlungsausschuss eine Einigung erzielt worden.

Die auch von anderen Landes- sowie der Bundesärztekammer vorgetragenen Bedenken bezüglich des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt sowie der Kritik von Journalistenverbänden, sind dabei jedoch nicht eingeflossen.

ACUSON X150



Siemens Ultraschall in Hamburg

Neu-, Vorführ- und Gebrauchtssysteme, Schallkopf-Service

Ausstellung und Vorführungen

im Siemens Ultraschall Center · Lindenplatz 2 · 20099 Hamburg
 Terminabsprache erforderlich.



Ihr Ansprechpartner:

H.-D. Gallein
 Butendiek 20
 28865 Lilienthal
 Tel. 04298 915302
 Fax 04298 915303
 Mobil 0160 4704683
www.gallein-medizintechnik.de



GALLEIN)))
 Medizintechnik

Approved Partner
 Descriptor
 Descriptor continued

SIEMENS

Finanzierung mit
 Siemens Finance &
 Leasing GmbH

Fortbildungsnachweis Service für Ärzte von Kammer und KV! Niederlassung vor dem 1.7.2004: Jetzt Fortbildungsbelege einreichen!

Von Dr. Frank Ulrich Montgomery

Jetzt punkten!

Heftig umstritten war die Frage um die verpflichtende Fortbildung für Ärzte. Der Politik reichte die globale Bestimmung in der Berufsordnung nicht mehr aus – eine gesetzliche Fortbildungspflicht wurde ins Sozialgesetzbuch V geschrieben. Am 1. Juli 2009 greift diese erstmals. Alle Ärztinnen und Ärzte, die am 1. Juli 2004 niedergelassen waren, müssen am 30. Juni 2009 im Besitz eines Fortbildungszertifikates sein.

Ärztammer und Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) haben früh eine schnelle Lösung mit geringem Verwaltungsaufwand für niedergelassene Kollegen entwickelt. Hamburg ist bundesweit führend in der Zusammenarbeit, die eine Serviceleistung für Ärztinnen und Ärzte ist. Selbstverwaltung ist in erster Linie Selbstverantwortung. Deswegen war es klar, dass sich ihre Körperschaften gemeinsam des Problems annahmen. Unser Ziel ist eine weitgehend automatisierte Lösung, die den Verwaltungsaufwand so niedrig wie möglich hält.

Punktekonten

Die Punktekonten aller Ärzte werden bei der Ärztekammer geführt. Der KVH werden die Punktestände aller Kollegen mitgeteilt, die niedergelassen sind und diesem Verfahren nicht ausdrücklich widersprochen haben. Die Erhebung der Punkte soll – vor allem in der Zukunft – weitgehend automatisch erfolgen. Alle Ärzte haben eine Fortbildungsnummer, die elektronisch erfassbar ist, alle zertifizierten Veranstaltungen ebenfalls. Im Idealfall können so alle Daten ausschließlich elektronisch erhoben werden – und zwar bundesweit.

Die Wirklichkeit sieht natürlich (noch) etwas anders aus. Viele Veranstaltungen werden nach wie vor auf Papier dokumentiert. Die Nacherfassung erfordert einen hohen Verwaltungsaufwand bei der Ärztekammer,

wird aber als Serviceleistung gern erbracht. So haben wir im Mai 2008 alle betroffenen Kollegen angeschrieben, ihnen die uns bis dato bekannten Kontostände mitgeteilt und um Komplettierung gebeten. Das Ergebnis ist beachtlich: Über 1.100 Anträge erreichten uns in wenigen Tagen. Im Durchschnitt legten die Kollegen 75 Bescheinigungen bei; der Eingabeaufwand ist gewaltig, er liegt gegenwärtig bei mehr als einer Stunde pro Antrag. Trotz Einstellung mehrerer Hilfskräfte sind noch immer etwa 500 Anträge einzugeben.

Erfreuliches Bild

Rund 44 % der Kollegen haben heute schon ihre Verpflichtung dokumentiert und erfüllt (> 250 Punkte). 8 % stehen kurz davor (200 – 249 P.). Allerdings: bei 48 % (N = 1.233) fehlt noch eine erhebliche Anzahl von Punkten in der Dokumentation. Berücksichtigt man die 500 noch nicht eingegebenen Anträge und bedenkt, dass uns viele Kollegen noch nicht ihre zusätzlichen Papierbelege zu Erfassung geschickt haben, so bin ich zuversichtlich, dass es uns gelingt, das hohe Fortbildungsniveau der Hamburger Kollegschaft zu dokumentieren. Das ist ein schöner Erfolg für die Hamburger Ärzteschaft! Allerdings verbinde ich diese Botschaft mit der Wiederholung der Bitte, die die Ärztekammer im Mai und die KVH im Dezember an Sie herangetragen haben. Wer seine Belege noch nicht eingereicht hat, möge dies bitte sobald wie möglich tun. Angesichts des erheblichen Aufwandes wird es sonst schwer sein, allen Kolleginnen und Kollegen rechtzeitig vor dem 30. Juni 2009 ihre Zertifikate auszustellen.

Und schließlich wird die Ärztekammer Hamburg versuchen, denjenigen, welchen noch Punkte fehlen, durch ein breit gefächertes Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten die Chance zu eröffnen, ihr Punktekonto aufzufüllen (s. Kasten). Dabei sollten wir alle

Mittel der Fortbildung nutzen. Nicht nur die hervorragenden Präsenzveranstaltungen der Fortbildungsakademie, auch viele Veranstaltungen von Krankenhäusern und Berufsverbänden sind zertifiziert. Und schließlich gibt es ein breites Angebot an Online-Fortbildung. Rechtzeitig genutzt, sollte es jedem ein Leichtes sein, seine Fortbildungsverpflichtung zu dokumentieren.

Universalfortbildung

Die Ärztekammer Hamburg bietet im Frühjahr 2009 speziell für Vertragsärzte eine Universalfortbildung mit 40 Fortbildungspunkten an. Hamburger Experten stellen aktuelle Entwicklungen verschiedener Fächer wie Kardiologie, Gynäkologie oder Onkologie vor. Termine und nähere Informationen finden Sie in den gelben Seiten.

Zuhause punkten

Sie brauchen noch Punkte? Das Hamburger Ärzteblatt informiert monatlich in den „Gelben Seiten“ und im Terminkalender über viele interessante Fortbildungsangebote in der Hansestadt. Darüber hinaus wird auch das Angebot in Zeitschriften immer attraktiver. Voraussetzung für die Teilnahme an Angeboten wie der zertifizierten Fortbildung im Deutschen Ärzteblatt ist ein Internetanschluss, die Fragen müssen jeweils online beantwortet werden. Hier eine Auswahl:

www.aerzteblatt.de/cme/: Das Deutsche Ärzteblatt bietet die Möglichkeit, interaktiv via Internet Fortbildungspunkte zu erwerben. Es gibt jährlich zwölf Fortbildungsbeiträge, für die jeweils drei Punkte vergeben werden. Die Beiträge sind innerhalb von sechs Wochen zu bearbeiten. Notwendig ist eine Registrierung und die Abwicklung über das Internet.

CME.springer.de: Das Portal vom Springer-Verlag präsentiert jährlich über 300 neue Fortbildungseinheiten aus rund 30 Gebieten. Es gibt kostenfreie und kostenpflichtige Einheiten (Einzelpreis für ein CME-Ticket: 17,50 Euro). Abonnenten von Springer-Fachzeitschriften können kostenfrei Punkte sammeln.

MMW - Fortschritte der Medizin: Mit dem Fachmagazin aus dem Hause Urban&Vogel können Ärzte pro Jahr bis zu 50 CME-Punkte sammeln. Die Fortbildungsangebote der Verlagszeitschriften stehen nach Registrierung kostenlos zur Verfügung. Die Teilnahme erfolgt per Internet.

CME.Thieme.de: Über 400 Fortbildungsmodulen aus vielen Fachgebieten bietet das Portal von Thieme. Auch hier können Abonnenten von Thieme-Zeitschriften kostenfrei an Fortbildungen teilnehmen, die Module im Bereich „CME Online Refresher“ sind für alle Leser gratis. Für alle anderen kostet die Teilnahme an einem Modul zehn Euro. Für die Teilnahme an den Lernerfolgskontrollen der CME-Module gilt derzeit eine Einsendefrist von einem Jahr.

Dr. Michael Späth
Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen
Vereinigung Hamburg



Vergütung Honorarsteigerungen für Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Jahr 2009.

Von Dr. Michael Späth

Starkes Ergebnis für KVH-Vorstand

Nach langen Verhandlungen und heftigen Auseinandersetzungen konnten die Verhandlungsführer der KV Hamburg, allen voran der Vorstand, ein für die Hamburger KV-Mitglieder sehr gutes Ergebnis erreichen. Aus der Forderung der Kassen nach einer zweiprozentigen Absenkung der Honorare in 2009 haben die KVH-Vertreter eine Honorarsteigerung gegenüber 2007 in Höhe von rund zehn Prozent und gegenüber dem Vorjahr von immer noch rund sechs Prozent herausgeholt. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, weil alle Bemühungen der Politik und der Kassen (wir berichteten) darauf hinausliefen, die gegebenen Versprechen nicht einzulösen. Die Hamburger Vertragsärzte und Psychotherapeuten können einmal mehr auf ihren Vorstand und die Mitarbeiter der KVH stolz sein, die mit ihrer strategischen Vorgehensweise unterm Strich deutlich mehr erreichten als andere.

Neue Vertragswelt

Auch das hat es bisher nicht gegeben: Die Verträge mit den Hamburger Krankenkassen für 2009 sind bereits unterschrieben, und das vor Beginn des Vertragsjahres. Mit dem 1. Januar 2009 hat also eine neue Vertrags- und Vergütungswelt begonnen. Grundlage der Abrechnung wird für die Hamburger KV-Mitglieder ein Hamburger Euro-EBM, den alle vertragsärztlich Tätigen in diesen Tagen als Papierversion erhalten. Statt der Punktzahlen stehen jetzt Euro-Beträge, die im Jahr 2009 für die erbrachten Leistungen unter

Berücksichtigung der Regelleistungsvolumen zu vergüten sind. Erstmals besteht unter Berücksichtigung der abgeschlossenen und unterzeichneten Verträge ein Vergütungsanspruch in Geld und nicht in Punkten. Die KV muss diesen Vergütungsanspruch in Euro bezahlen und die Kassen müssen die Rechnungslegung der KVH – für alle Hamburger Vertragsärzte und Psychotherapeuten – auf Basis der abgeschlossenen Verträge und der erbrachten Leistungen ebenfalls 1 : 1 in Euro bedienen.

Regelleistungsvolumen

Noch gilt eine gesetzlich vorgegebene Mengensteuerung. Um in Hamburg mit den zur Verfügung stehenden Mitteln eine möglichst faire und versorgungsgerechte Vergütung zu ermöglichen, sind möglichst homogene Arztgruppen gebildet worden. Damit sollen größere, versorgungsgefährdende Umverteilungen durch die neue Vergütungssystematik vermieden werden. Es wird aber Umverteilungen geben, dafür sind die gesetzlichen Vorgaben zu einschneidend. Im Klartext: Es wird auch Verlierer geben. Wie immer bei EBM-Reformen werden die Gewinner schweigen und die Verlierer – verständlicherweise – protestieren. Denn in Zeiten knapper Mittel wiegt ein Verlust doppelt schwer. So werden die inzwischen mitgeteilten Regelleistungsvolumen (RLV) nicht bei allen auf Verständnis stoßen. Auch deshalb, weil bei einigen Arztgruppen nur ein kleiner Teil im RLV enthalten ist. Es lohnt sich also, die von

der KVH gegebenen Erläuterungen genau zu studieren. Spontane Fehleinschätzungen können dann gerade gerückt werden. Neu ist bei der jetzt gültigen Mengensteuerung, dass auch noch Fälle oberhalb von 150 Prozent Fachgruppendurchschnitt vergütet werden, wenn auch abgestaffelt. Neu ist ferner – hier müssen alle umlernen – dass bei Unterschreiten des Regelleistungsvolumen keine Pauschalvergütung wie in der Vergangenheit erfolgt. Das Geld muss durch Leistungen abgeholt werden. Werden die Leistungen nicht erbracht, muss mit den Kassen verhandelt werden, was mit dem „überständigen“ Geld geschehen soll.

Hamburgensien

1. Als „freie Leistungen“, die ohne Mengengrenzung mit einem festen Preis in Euro bezahlt werden, wurde folgender Katalog vereinbart:

- Alle Sonderverträge (beispielsweise DMP)
- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36)
- Ambulante Operationen (Kapitel 31)
- Früherkennungsuntersuchungen (Abschnitt 1.7.1 bis 1.7.4 inkl. Kinderuntersuchung U7a)
- Hautkrebscreening
- Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Künstliche Befruchtung
- Substitution

2. Über diesen bundesweit gültigen Katalog wurden in Hamburg weitere Leistungen als

„freie Leistungen“ vereinbart:

- Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1)
 - Exzisionen beim Hautkrebscreening
 - Dialyse-Sachkosten
 - Wegepauschalen
3. Auf die Preise für ambulante Operationen, PTK, Koloskopie, ERCP und alle Früherkennungsleistungen wird in Hamburg ein Aufschlag gezahlt, der im Ergebnis das Niveau der Honorierung aus 2008 im kommenden Jahr erhält.
4. Die Wegepauschalen werden um fünf Prozent angehoben.
5. Über nicht abgerufene Honorarmittel im Bereich der Regelleistungsvolumina verhandeln KV und Kassen; grundsätzlich sollen

diese Mittel im RLV-Bereich verbleiben. Diese Verhandlungslösung gilt auch für Fehlschätzungen der Vorwegabzüge.

6. Die vom Beschluss des Bewertungsausschusses vorgegebene Mechanik und die Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals 2008 („EBM-Effekt“) werden dazu führen, dass der hausärztliche Honoraranteil an der Gesamtvergütung zu Lasten des fachärztlichen wachsen wird. Die genaue Höhe steht noch nicht fest.

Hausärzte gewinnen dazu

Bei diesem Vertrag sind Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten Gewinner. Nur

gewinnen die Hausärzte als Gruppe diesmal proportional ein wenig mehr. Die von allen gewollten EBM-Effekte werden sich also widerspiegeln. Der Vorstand und die Verhandlungsführer der KV haben sich hier im Interesse der Hamburger Hausärzte durchgesetzt und damit zugleich unter Beweis gestellt, dass die KV Hamburg trotz ihrer mehrheitlich fachärztlichen Mitglieder sehr wohl die Interessen der Hausärzte kompetent und durchsetzungstark vertritt.

Die von einigen wenigen Vertretern des Hausärzterverbandes verbreiteten gegenteiligen Informationen hierzu sind falsch. Der Anteil der Hausärzte in Hamburg lag schon immer bei gut 30 Prozent und auch der Anteil des an die Hamburger Hausärzte verteilten Honorars liegt in demselben Verhältnis. Allerdings ist eines auch klar: Da der prozentuale Anteil der Hausärzte an der Ärzteschaft in Hamburg am niedrigsten von allen KVen ist, muss auch der prozentuale Anteil des hausärztlichen Honorars am niedrigsten sein – das ist Logik, keine Manipulation. Die Fallwerte der Hamburger Hausärzte liegen mit rund 50 Euro im Bundesdurchschnitt und in etwa gleich hoch wie in vergleichbaren Stadt-KVen. Nur zum Vergleich: In einer als hausarztfreundlich eingestuften KV wie zum Beispiel der KV Westfalen-Lippe liegt der Durchschnitts-Fallwert bei den Hausärzten bei 46 Euro, also deutlich niedriger als in Hamburg. Es ist an der Zeit, die durchsichtige Negativ-Propaganda einiger weniger Verbands-Funktionäre des Hausärzterverbandes zu beenden. Stattdessen sollten die Hamburger Hausärzte ihren KV-Vorstand und ihre Verhandlungsvertreter nach Kräften unterstützen und mandatieren, damit diese noch mehr für die Hamburger Hausärzte herausholen können.

Ausblick 2009

Das neue Vergütungssystem und die von der KV Hamburg ausgehandelten Verträge bilden eine gute Grundlage, wenigstens das in 2008 erreichte Versorgungsniveau zu halten. Allen muss klar sein, dass wir noch weit entfernt von einer angemessenen Vergütung sind. In allen Versorgungsbereichen besteht nach wie vor eine Unterfinanzierung von rund 20 Prozent. Deshalb bleibt unsere Forderung, dass alle erbrachten Leistungen ohne Abschlag als Einzelleistung vergütet werden. Dafür werden wir auf allen Ebenen und mit allen Kräften weiter kämpfen. Dafür brauchen wir einen starken Vorstand und eine starke KV, die unsere Interessen gemeinsam gegen die Politik und die Kassen vertritt. In diesem Sinne: Motivieren und unterstützen Sie Ihre Interessenvertretung!

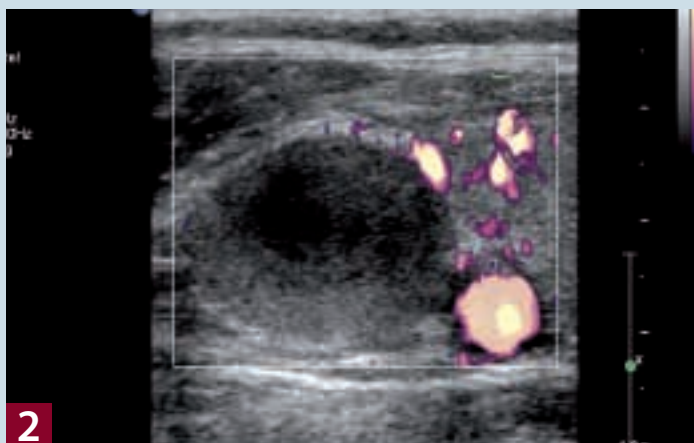
I H R E D I A G N O S E ?

Lösung: Seite 33

Anamnese:

Eine 70jährige Patientin klagt über Schmerzen rechts cervical, fünf Tage zuvor war ein Herzschrittmacher implantiert worden. Die Sonographie der rechts cervicalen Halsgefäße im Querschnitt zeigt folgenden Befund:

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



Hernien Das chronische Schmerzsyndrom nach Leistenbruchoperation –
1. Ursachen, Prävention und intraoperatives Nervenmanagement; 2. Diagnostik
und Therapie.

Von Dr. Wolfgang Reinbold

Schmerzen nach Hernien-Operation

Die Hernienchirurgie wurde in den letzten zwei Jahrzehnten besonders durch die Einführung der Laparoskopie und breite Verwendung von Kunststoffnetzen revolutioniert. In vielen Publikationen wird über schonende Operationsverfahren mit niedrigen Rezidiv- und Komplikationsraten berichtet (s. auch *háb 10/08*). Parallel hierzu gerät der chronische Leistenschmerz zunehmend ins Visier der Forschung. Der chronisch postoperative Schmerz zählt heute weltweit zu den häufigsten Komplikationen nach Leistenbruchoperationen. Durch chronische Leistenschmerzen kann die Lebensqualität erheblich eingeschränkt werden. In seltenen Fällen sind Schwerbehinderung, Sport- und Berufsunfähigkeit die Folge. In der Literatur finden sich chronische Schmerzraten nach Leistenbruchoperationen zwischen 0 und 70%. Viele Fragen zum chronischen Leistenschmerz sind bislang unzureichend beantwortet: Welche Faktoren beeinflussen den chronischen Leistenschmerz? Welche Rolle spielen dabei Kunststoffnetze? Welche Rolle spielt der Chirurg? Kann schonendes Nervenmanagement chronische Schmerzen vermeiden? Gibt es patientenbezogene Ursachen? Welche Diagnostik und Therapiemöglichkeiten gibt es?

Chronisches postoperatives Schmerzkomplexsyndrom

Die Sensibilität und Schmerzempfindung der Leistenregion wird über die drei Leistennerven N. iliohypogastricus (NIH), N. ilioinguinalis (NII) und den Ramus genitales des N. genitofemoralis (RG) aus den Segmenten Th12 bis L2 vermittelt. Bei der präperitonealen Präparation der lateralen Leistenregion

besteht die Gefahr der Verletzung des Ramus femoralis des N. genitofemoralis und des oft proximal aufgezwigten N. cutaneus femoris lateralis (eigene Studie, s.u., Abb. 2a). Die Anatomie der Leistennerven ist äußerst variabel, weshalb es diagnostisch nahezu unmöglich ist, den Leistenschmerz sicher einem Nerv zuzuordnen. Die häufigste Variante der anterioren Nerven-anatomie ist in Abb.1 abgebildet.

Der IHN durchbricht die Externusaponeurose 3,8 cm (range 2,5 -5,5 cm) cranial des äußeren Leistenrings (Wijsmuller et al., 2007). Er verläuft craniolateral oft intramuskulär und kann bei jeder offenen Leistenbruchoperation dort leicht durch Nähte verletzt werden. Der Ramus genitales verläuft im Bereich des inneren Leistenrings laterocaudal, der IIN meist auf dem Samenstrang.

Die neueste Publikation von Amid et al.

(2007) berichtet über einen weiteren Leistenerv, den perivasalen Nervenplexus des Ductus deferens, der möglicherweise bei in den Hoden ausstrahlenden Schmerzsyndromen eine Rolle spielt. In einer eigenen Studie an 30 Leichen (2008, in Kooperation mit dem Anatomischen Institut der Universität Hamburg, Abb. 2a-c) haben wir die posteriore (= prä- und retroperitoneale) Anatomie der Leistennerven untersucht und dabei eine ausgeprägte Variabilität aller Nerven gefunden. Abb. 2a zeigt die posteriore Nerven-anatomie an einem Leichenpräparat unserer Studie. Während der NIH und NII proximal auf dem M. quadratus lumborum an konstantem Ort gefunden werden (Abb. 2b: roter Kreis), können beide Nerven weiter distal in einem mindestens 10 cm breiten Korridor ober- oder unterhalb des Beckenkamms verlaufen (Abb. 2b). Der Eintritt in die Bauchwand-

Abb. 1: Normale Anatomie der Leistennerven

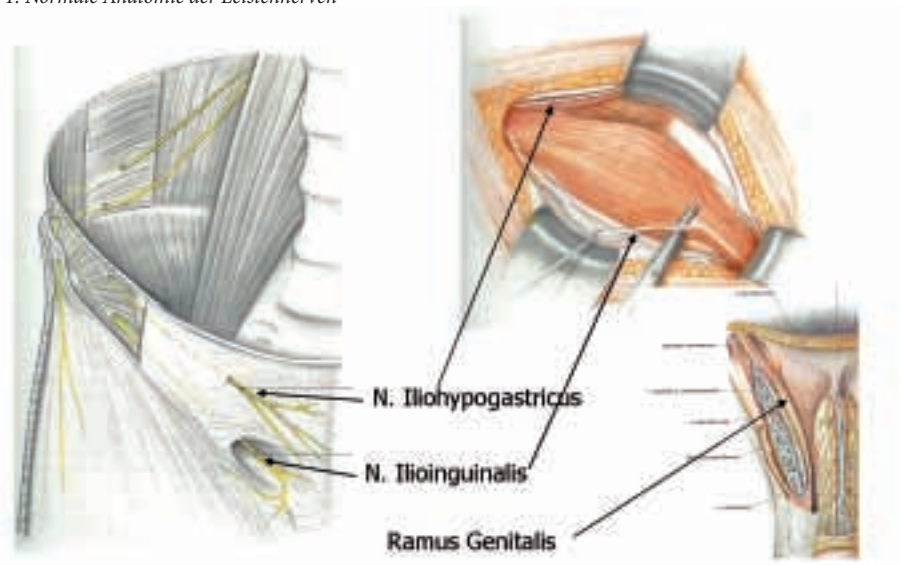




Abb. 2a: Retroperitonealer Verlauf der Leistenerven (fixierter Kadaver, eigene Studie im Anatomischen Institut der Universität Hamburg, 2008)

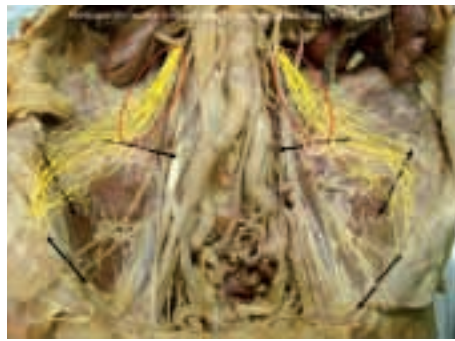


Abb. 2b: Retroperitonealer Verlauf des N. Iliohypogastricus (gleiche Studie); Variabilität des Nervenverlaufes im gut 10 cm breiten Korridor ober- oder unterhalb der Crista iliaca. Konstanter Verlauf des N. iliohypogastricus und des N. ilioinguinalis auf dem M. quadratus lumborum (s. rote Umrandung).

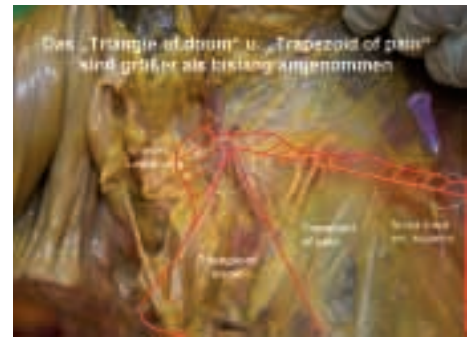


Abb. 2c: Das „Triangle of doom“ u. „Trapezoid of pain“ sind größer als bislang angenommen: Im rot umrandeten Bezirk können Leistenerven bei offener oder laparoskopischer Operation verletzt werden.

muskulatur kann weit dorsal oder ventral liegen (Abb. 2b). Die möglichen Eintrittspunkte des Ramus genitilis, Ramus femoralis des N. genitofemoralis und N. cutaneus femoris lateralis in die Bauchwand weisen eine noch größere Streubreite auf als bisher bekannt. Das Territorium möglicher Nervenläsionen, in der laparoskopischen Hernienchirurgie als „Triangle of doom“ und „Trapezoid of pain“ bezeichnet, ist noch ausgedehnter als uns Chirurgen bislang bewusst war (Abb. 2c, schraffierte Zone).

Das chronische postoperative Schmerzkomplexsyndrom der operierten Leiste (CPSL) besteht aus Schmerzen (Neuralgie), brennender Missempfindung (Parästhesie), Hypo- und Hyperästhesie mit fakultativer Schmerzausstrahlung in angrenzende Körperregionen, die länger als 6 Monate postoperativ andauern. Die Schmerzen werden oft durch Laufen, Bücken oder Hyperextension des Hüftgelenkes und der Wirbelsäule ausgelöst oder verschlimmert. Da oft eine Linderung durch Flexion des Bewegungsapparates gelingt, ist pathogenetisch offenbar häufig eine Nerven-traktion involviert.

Leistenbrüche meist wenig schmerzhaft

Die Differenzialdiagnostik des chronischen Leistenschmerzes ist groß. Die häufigsten Ursachen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Da Leistenbrüche, außer bei der Inkarzeration, in der Regel wenig schmerzhaft sind, ist vor jeder Leistenbruchoperation eine sorgfältige

Schmerzanamnese zu erheben. Art, Ort und Intensität präoperativer Schmerzen sollten unbedingt dokumentiert werden. Hierzu bietet sich die visuelle Analogskala an. Ist der ausgeprägte Schmerz das Leitsymptom, welches den Patienten in die Herniensprechstunde führt, so ist immer Vorsicht geboten. Findet sich bei der sorgfältigen klinischen Untersuchung keine sichere Hernie, so ist eine Operation zunächst kontraindiziert. Eine „weiche Leiste“ ist keine Operationsindikation! Hier ist zunächst eine subtile interdisziplinäre Schmerzdiagnostik und eine kurzfristige Wiedervorstellung (z. B. in 4 bis 6 Wochen) angezeigt. Je unsicherer die Diagnose Leistenbruch und je ausgeprägter die präoperativen Leistenschmerzen, desto größer ist das Risiko für den Patienten, später ein chronisches postoperatives Schmerzkomplexsyndrom zu erwerben.

Grundsätzlich wird zwischen einem operationsabhängigen und nicht operationsbedingtem CPSL unterschieden. Diese Unterscheidung ist ex post nicht immer leicht. Beim operationsbedingten CPSL unterscheidet man eine nozizeptive Genese, bei der die Hauptnervenstämmen intakt sind, von einer neuropathischen Genese, bei der eine Nervenschädigung vorliegt.

Beim nozizeptiven CPSL erfolgt die Schmerzauslösung durch:

- Eine Periostreaktion
- Narbengewebe
- Mechanischen Druck durch geschrumpfte, gefaltete oder verklumpte Netze

Beim neuropathischen CPSL kommt es zu

einer Nervenläsion (Apraxie = Quetschung, Teildurchtrennung = Axonotmesis oder komplette Durchtrennung = Neurotmesis) durch:

- Perineurale Fibrose
- Nähte, Stapler, Tacker
- Alloplastisches Material (Netze)

Intraoperatives Nervenmanagement

Bislang gibt es wenige prospektive Studien über das intraoperative Nervenmanagement und den chronischen postoperativen Leistenschmerz nach Leistenbruchoperationen.

In einer prospektiven 2-Phasenstudie führten wir vom Mai 2000 bis April 2002 im Hernienzentrum Reinbek 879 Leistenbruchoperationen bei 839 Patienten durch (Publikation in Vorbereitung). Alle Operationen wurden von vier in der Hernienchirurgie erfahrenen Fachärzten durchgeführt. Dabei handelte es sich um 781 primäre Leistenbruchoperationen und 98 Rezidivoperationen (einschließlich 19 Mehrfachrezidive). 593 Operationen wurden nach Lichtenstein mit Implantation eines herkömmlichen Polypropylennetzes, 286 Operationen nach Shouldice durchgeführt. Bei kleinen Hernien (LI, LII, MI Aachenklassifikation) ohne Risikofaktoren für Rezidive erfolgte eine Shouldiceoperation. Große Hernien (LIII, MII, MIII), Rezidive und bei Risikofaktoren für Rezidive wurde nach Lichtenstein operiert. Bei allen Patienten erfolgte eine sorgfältige präoperative Schmerzdokumentation mittels VAS (0 = kein Schmerz, 10 maximal vorstellbarer Schmerz). Als relevant galt ein Schmerz > VAS3. Bei jeder Operation wurde die prä- und postoperative Nerven-anatomie, sowie das intraoperative Nervenmanagement vom Operateur auf einem Standardbogen dokumentiert.

Chirurgische Prämisse war stets: Versuch der Nervendarstellung, schonender Umgang mit den Nerven und Erhalt intakter Nerven. Bei sichtbar geschädigten Nerven erfolgte eine Neurektomie mit proximaler Nervenligatur und Nervenstumpfersenkung. Nachuntersuchungen bzw. Befragungen im Hinblick

Tab. 1: Häufigste Differenzialdiagnosen des chronischen Leistenschmerzes

<ul style="list-style-type: none"> • Nervenaffektion nach Leistenhernienchirurgie • Rezidivleistenhernie • Pfannenstielschnitt /Gyn. OP • Z.n. Unterbauchlaparotomie • Hohe Ablatio testis • Gynäkolog. Erkrankungen • Erkrankungen der Harnwege • pAVK/ Iliacaaneurysma • Stammvarikosis • Tiefe Bein- und Beckenvenenthrombose • Lymphadenitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumoren • Psychogenes Schmerzsyndrom • Sportler Hernie • Coxarthrose • Vertebrale radikuläre Nervenaffektion • Periostreizung Schambein • Ansatzdendrosen • Osteotomie Beckenkamm • Wirbel-/ Beckenfrakturen • Stumpfes Bauchtrauma • Enge Jeans
---	---

auf Schmerz, Empfindungsstörungen und andere Komplikationen fanden nach einer Woche, sechs Monaten und fünf Jahren statt. 88,9% der Eingriffe erfolgten in Lokalanästhesie. Das Follow-up nach sechs Monaten war 91,0% und nach fünf Jahren 82,6%.

Fast ein Drittel der Patienten klagte präoperativ über Leistenschmerzen, relevante Schmerzen gaben 8% an. Sensibilitätsstörungen und Missempfindungen im Operationsgebiet traten sechs Monate postoperativ bei 15,2% der Patienten mit primären Hernien und 17,3% mit Rezidivhernien auf. Fünf Jahre nach Primärhernien- und Rezidivoperation lag die Rate bei 14,5% und 25,8%.

Chronische Schmerzen nach sechs Monaten

Sechs Monate nach der Operation berichteten 16,4% (Primärhernien 16,4%; Rezidivhernien 16,5%) über chronische Beschwerden. Relevante chronische Schmerzen (VAS >3) gaben 1,2% bzw. 1,5% der Patienten an. Als unabhängige statistisch signifikante Parameter für chronische Schmerzen sechs Monate postoperativ fanden sich nach multivariater Analyse präoperative Schmerzen ($p < 0,002$) und Missempfinden der Leiste ($p < 0,0001$). Darstellung oder Nichtdarstellung, Nervenverhalt oder Neurektomie sowie Nervenmobilisation oder Belassen des Nerven im Gewebeverbund waren nicht signifikant mit chronischen Schmerzen verbunden. Diese Ergebnisse sind in Einklang mit den Publikationen von Ravichandran et al., Picchio et al. und Kingsnorth et al.

Chronische Schmerzen nach fünf Jahren

Prospektive Fünf-Jahresdaten zum Thema Leistenschmerz und Nervenmanagement gab es bislang nicht. Fünf Jahre postoperativ erhielten alle Patienten einen detaillierten Schmerzfragebogen. „Non responder“ wurden telefonisch befragt. Nach fünf Jahren gaben 16,8% der Patienten chronische Schmerzen an, 1,4% klagten über relevante chronischen Schmerzen mit Beeinträchtigungen im täglichen Leben. Keiner der Patienten gab an, aufgrund seiner chronischen Schmerzen bestimmte Aktivitäten überhaupt nicht mehr ausführen zu können. Die multivariate Analyse zeigt, dass präoperative Schmerzen ein signifikanter Parameter für chronische Schmerzen nach fünf Jahren sind ($p < 0,024$). Um den Einfluss des intraoperativen Nervenmanagements zu analysieren, wurden alle Patienten mit präoperativen Schmerzen ausgeschlossen. Es fanden sich folgende signifikante Parameter:

Die Lichtenstein-Operation ($p < 0,004$), chronische Schmerzen nach sechs Monaten ($p < 0,006$), Missempfindungen der Leiste nach fünf Jahren ($p < 0,0001$), Neurolyse des

NII ($p < 0,0001$), Neurolyse des NII bei der Lichtenstein-Operation ($p < 0,002$), Erhalt des NII ($p < 0,003$). Die multivariate Analyse zeigte, dass die einzigen unabhängigen Parameter für CPSL nach fünf Jahren die Neurolyse des NII bei der Lichtenstein-Operation und Missempfindungen der Leiste sind.

Das Patientenkollektiv mit chronischen Schmerzen ändert sich mit der Zeit: Ein Drittel der Patienten, die nach fünf Jahren über chronische Schmerzen klagten, hatten nach sechs Monaten noch keine Beschwerden. Wir konnten damit zeigen, dass der spät postoperativ einsetzende chronische Leistenschmerz („late onset chronic pain“) keine Rarität ist.

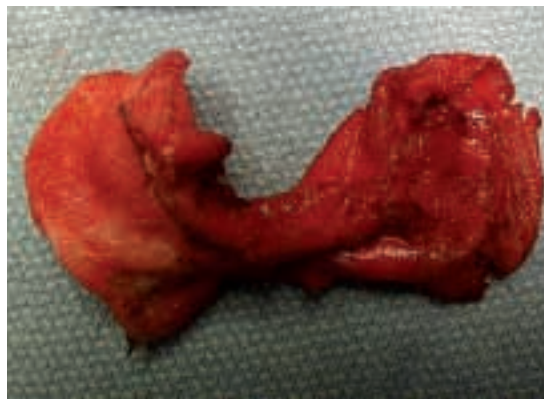


Abb. 3: Zusammengeschrumpftes Kunststoffnetz („Meshoma“): chronische Schmerzen durch Nervenkompression (freundl. Genehmigung Parviz Amid)

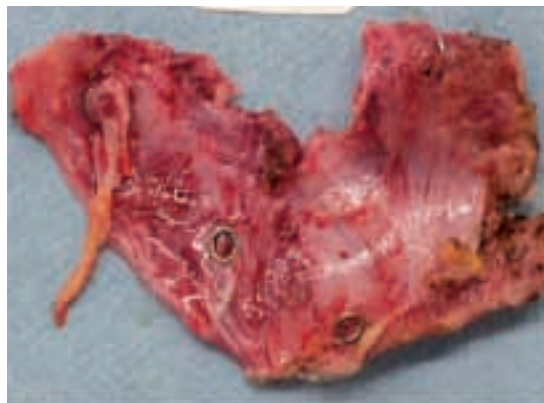


Abb. 4: Chronische Schmerzen: Nervenläsion durch Spiraltacker zur Kunststoffnetzfixierung (freundl. Genehmigung Parviz Amid)

Von den zwölf Patienten mit relevanten chronischen Schmerzen nach fünf Jahren hatten elf Patienten eine Lichtenstein-OP mit Neurolyse des NII erhalten. Für das CPSL nach fünf Jahren kommt ursächlich möglicherweise eine chronische Entzündungsreaktion zwischen dem aus seiner natürlichen Einbettung herausgelösten NII und dem Kunststoffnetz in Betracht. Aufgrunddessen verzichten wir bei der Lichtenstein-Operation jetzt generell auf die Neurolyse der Nerven: Der Nerv verbleibt entweder unberührt im Gewebeverbund, oder es erfolgt die Neurektomie mit Ligatur und Versenken des Ner-

venstumpfes in der Bauchwandmuskulatur (P.Amid 2004).

Der in Schmerzäquivalenten gemessene kollektive Schmerz (VAS 1-10) und signifikante Schmerz (VAS >3) unserer Patienten war präoperativ mehr als doppelt so hoch wie nach sechs Monaten und fünf Jahren.

Chronische Schmerzen nach TAPP und Lichtenstein

Die aktuelle Literatur zeigt beim frühpostoperativen Schmerz eindeutig Vorteile für die endoskopischen Verfahren TAPP und TEP (Evidenzgrad A). Eine weitere wichtige Frage in der Hernienchirurgie ist, ob auch das chronisch postoperative Schmerzsyndrom

abhängig vom Operationsverfahren und den Implantaten ist. Zur Klärung haben wir ab 2003 eine prospektive Studie unserer Leistenbruchpatienten durchgeführt. Alle Patienten erhielten im Juni 2008 durchschnittlich 38 Monate postoperativ einen detaillierten Fragenbogen, in dem nach chronischen Schmerzen, Missempfindungen, Beeinträchtigungen im täglichen Leben, frühere und aktuelle Behandlung, Komplikationen etc. gefragt wurde. Gemäß unseres Konzeptes der Befund und Patienten orientierten Auswahl des Operationsverfahrens sind TAPP und Lichtenstein in unserer Institution gleichberechtigte Operationsverfahren, die wir in hoher Fallzahl durchführen. Die Lichtenstein-Operation in örtlicher Betäubung ist die ideale Operation für den älteren Patienten mit Narkoserisiken, während die endoskopisch transperitoneale Leistenbruchoperation TAPP die ideale Methode für den körperlich schwer arbeitenden Patienten mit beidseitigem Leistenbruch ist. Leichtgewichtige Polypropylenetze setzen wir bei Patienten mit kleineren Brüchen ohne Risikofaktoren für Rezidivhernien ein, konventionelle Netze mit kräftigerer Fadenstärke bei größeren Brüchen, Rezidiven und bei Risikofaktoren für Rezidive. Von 687 Patienten erhielten wir 446 gültige Fragebögen (Follow-up 65%).

Die chronische Schmerzrate 38 Monate nach TAPP und Lichtenstein ist mit 9,9% und 10,4% nahezu gleich und im

Literaturvergleich niedrig. Auch die Rate relevanter chronischer Schmerzen (>VAS2) nach Lichtenstein und TAPP unterscheidet sich mit 1,3% und 1,4% in unserer Studie nicht. In der aktuellen Literatur finden sich nach den endoskopischen Verfahren etwas seltener chronische Schmerzen als nach „offenen“ Operationen.

Jüngere Patienten unter 50 klagten nach TAPP und Lichtensteinoperation signifikant häufiger über chronische Schmerzen ($p < 0,001$), erwartungsgemäß waren Missempfindungen in der operierten Leiste signifikant mit chronischen Schmerzen assoziiert

($p < 0,001$). Entgegen dem Trend in der aktuellen Literatur fanden wir chronische Schmerzen signifikant häufiger nach Implantation leichtgewichtiger Netze bei der TAPP Operation ($p < 0,035$). Im Hinblick auf chronische Schmerzen bieten leichtgewichtige Netze in unserer Studie keine Vorteile. In unserer Studie gaben sechs Patienten relevante chronische Beschwerden (VAS > 3) an, von denen vier zusätzlich an anderen chronischen Schmerzsyndromen, z.B. der LWS oder Migräne litten. Wie bereits von Aasvang et. al. auf dem Hamburger Herniensymposium 2008 berichtet und publiziert, scheint es Patienten mit einer Prädisposition zur Entwicklung chronischer Schmerzsyndrome zu geben. TAPP und Lichtenstein sind in unseren Händen gleichwertige Operationsverfahren, die sich ergänzen und bei geringer Morbidität und geringer Komplikationsrate einen sicheren und dauerhaften

Hernienverschluss ermöglichen. Die Raten signifikanter chronischer Schmerzen nach beiden Verfahren sind im Literaturvergleich niedrig. Zur Beantwortung der Frage, wie man bei der offenen Leistenbruchoperation nun mit den Nerven umgehen sollte, um ein CPSL zu vermeiden, werden unsere Ergebnisse mit der aktuellen Literatur diskutiert. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass es weitere prospektive Fünf-Jahresdaten hinsichtlich CPSL und Nervenmanagement bislang nicht gibt. Weitere Studien sind dringend erforderlich. Picchio et al. (2004) führten an 813 Patienten mit primärer Leistenhernie eine prospektiv randomisierte Studie durch: bei 408 Patienten wurde der NII erhalten, bei 403 Patienten erfolgte eine elektive Neurektomie des NII. Die chronische Schmerzrate war nach sechs Monaten, einem Jahr und 35,5 Monaten (range: 12-59 Monate) ohne signifikanten Unterschied. Nicht überraschend fand sich die Inzidenz von Berührungsempfindungsstörungen in der Neurektomiegruppe signifikant erhöht.

Alfieri et al. publizierten 2006, dass die Nichtidentifizierung der Leistenerven ein signifikanter Parameter für chronische Schmerzen nach sechs Monaten und einem Jahr ist, dass das Risiko chronischer Schmerzen mit der Anzahl nicht identifizierter Nerven steigt und dass die Neurektomie das Risiko chronischer Schmerzen erhöht. Dittrick et al. (2004) fanden genau das Gegenteil. In ihrer Studie war die chronische Schmerzrate nach elektiver Neurektomie des NII signifikant niedriger als nach Nervenerhalt. Mui et al. bestätigten dieses 2007. Ihre Studie „*Prophylactic ilioinguinal neurectomy in open hernia repair: a double*



Abb. 5: Chronische Schmerzen nach Plug Versorgung eines Leistenbruchs. Geschrunpfter Plug im CT sichtbar. (freundl. Genehmigung P. Amid)

blinded randomized controlled trial.“ fand bei der Lichtensteinoperation nach prophylaktischer Neurektomie des NII eine signifikant niedrigere Inzidenz chronischer Schmerzen, weshalb die Autoren die NII-Neurektomie als Routineoperationsschritt empfehlen.

In unserer prospektiven Studie führten wir eine Neurektomie nur bei einer Nervenschädigung und ungünstiger Anatomie durch. Wir fanden zwischen Nervenerhalt und Neurektomie keine signifikanten Unterschiede. Eine Literaturmetaanalyse von Wijsmuller et (2007) ergab, dass die chronische Schmerzrate nach Nervenidentifikation etwas niedriger ist. Unsere Ergebnisse hinsichtlich Neurektomie oder Nervenerhalt wurden dabei bestätigt: es fand sich kein signifikanter Unterschied des chronischen Schmerzes. Unsere Fünf-Jahres Ergebnisse mit hochsignifikant erhöhter chronischer Schmerzrate nach NII-Neurolyse und Lichtenstein-Op bedürfen der Bestätigung durch weitere Studien.

Gemäß aktueller Datenlage und den Empfehlungen der Konsensuskonferenz über CPSL von Rom 2008 sollten bei Leistenbruchoperationen folgende Prinzipien zur Prävention chronischer Schmerzen eingehalten werden:

- Schonung des M. cremaster und der Faszia spermatica,
- Der äußere Leistenring darf nicht zu eng genäht sein,
- Belassen der Nerven in deren natürlicher Einbettung: keine Neurolysen bei Netzhermioplastik,
- Identifizierung und Schonung der Nerven wenn möglich,
- Vorsicht mit Nähten im Bereich des intramuskulären Segmentes des IHN,

- Sparsamer Einsatz von Staplern bei TAPP und TEP,
- Bei ungünstigem Nervenverlauf oder Nervenschädigung proximale Neurektomie, Ligatur und Versenken des Nervenstumpfes in der Muskulatur.
- Besonders kritische Prüfung der Operationsindikation und Aufklärung von Patienten mit ausgeprägten Leistenbeschwerden und chronischen Schmerzsyndromen in der Anamnese.

Diagnostik des postoperativen Leistenbeschwerdes

Klagen Patienten auch nach über sechs Monaten noch über Leistenbeschwerden, so liegt ein chronischer Schmerz vor. Zunächst erfolgt eine gründliche Schmerzanamnese. Der Patient sollte in das Führen eines Schmerztagebuches mit VAS-Eintragungen eingewiesen werden. Wichtig ist die Erfassung

folgender Parameter: die Schmerzintensität, der Schmerzcharakter, Schmerzauslösung, Schmerzdauer, der Schmerzort mit Art der Schmerzausstrahlung, Art und Dauer der bisherigen Schmerzbehandlung, Wird über Missempfindungen, ein Fremdkörpergefühl oder Einschränkungen im täglichen Leben berichtet?

Zur Basisdiagnostik zählt: eine gründliche körperliche Untersuchung der Leiste (Hernienrezidiv? Tumor? Hoffmann-Tinel-Zeichen positiv? Leistenpulse?), des Abdomens, des Urogenitaltraktes, des Hodensacks/Labia majora, der Hüftgelenke, Wirbelsäule. Bestimmung der Entzündungsparameter, Ultraschall der Leiste. Zur erweiterten bildgebenden Diagnostik, z. B. bei V.a. ein verklumptes Kunststoffnetz (Meshoma, s. Abb. 3, 4, 5) zählen NMR und ggf. ein CT. Diagnostische Infiltrationen mit Lokalanästhetikum können bei der Frage hilfreich sein, ob der Schmerz seinen Ursprung im Operationsgebiet der Leiste hat oder nicht. Eine Differenzierung einzelner Nerven ist allerdings nicht möglich. Kürzlich haben Rohr et al. (Wilhelmsburger Herniensymposium 2007, 2008) über den diagnostischen Nutzen einer selektiven diagnostischen Periduralanästhesie der Segmente Th 12 – L2 berichtet. Aufgrund der extrem großen Differenzialdiagnose des chronischen Leistenbeschwerdes (s. auch Tab.1) kann nahezu jede Fachdisziplin mit in die Diagnostik einbezogen werden.

Konservative Therapie

In die konservative Schmerztherapie sollte ein Schmerztherapeut mit einbezogen werden.

Vorschlag zur initialen Analgetikatherapie:

- z. B. Metamizol 3 bis 4 x 0,5 g – 1g p.o. für 14 Tage,
- alternativ Paracetamol 3 bis 4 x 1g p.o.,
- alternativ NSAR: z. B. Diclofenac 3 x 50 mg p.o. ggf. unter Magenschleimhautprotektion für 14 Tage,
- bei Bedarf zusätzlich Tramadol 100mg 1-3 x pro Tag,
- bei Bedarf zusätzlich Opiate,
- z. B. Morphinsulfat retard 10mg 3 x 1 Tbl.

Infiltrationstherapie

- Hauptschmerzpunkte sorgfältig ertasten und markieren wie Tuberculum pubicum, äußerer Leistenring, Narbenverlauf, Hoden, Skrotalansatz,
- Patienten anweisen, ein Schmerztagebuch mit Eintragungen gemäß Visueller Analogskala (VAS 0-10) zu führen,
- Cave: passagere Lähmung N. femoralis (Sturzgefahr! Patientenaufklärung!),
- 1. Infiltration mit z. B. 10ml Carbostesin 0,5% und Prednisolon 50mg (langwirksames Lokalanästhetikum),
- 2. Infiltration nach 7 bis 14 Tagen wie 1.,
- Weitere 3 bis 7 Infiltrationen ohne Steroide, in 7- bis 14-tägigem Abstand.

Physikalische Therapie

- Kühlung (einige Patienten empfinden lokale Wärme als lindernd),
- Versuch Elektrotherapie: zunächst zehn Anwendungen,
- Ggf. Versuch Ultraschalltherapie, zunächst zehn Anwendungen,
- Meiden schmerzauslösender Bewegungen und Belastungen (s. o.).

Operative Therapie

Vor jeder operativen Maßnahme zur Therapie chronischer Leistenbeschwerden sollte mindestens über sechs Monate eine konsequente konservative Schmerztherapie unter Einbeziehung eines Schmerztherapeuten mit diagnostischen und therapeutischen Infiltrationen und umfangreicher interdisziplinärer Diagnostik erfolgt sein. Präoperativ streben wir eine diagnostische selektive Periduralan-

ästhesie der Segmente Th 12 bis L 2 an. Nur wenn diese passager zu deutlicher Schmerzreduktion oder Beschwerdefreiheit führt, ist eine operative Revision der Leistenerven NIH, NII und RG Erfolg versprechend.

Bei einer chirurgischen Reintervention zur Schmerzkontrolle sollte stets eine Tripleneurektomie angestrebt werden. Allerdings wird es nicht immer gelingen, alle drei Nerven zu identifizieren. Als chirurgische Therapieoptionen sind die offene Tripelneurektomie (Amid 2004), und die endoskopische Tripelneurektomie beschrieben. Die endoskopische Tripelneurektomie kann retroperitoneal oder transperitoneal erfolgen. In seltenen Fällen, z. B. bei Vorliegen eines verklumpten Netzfremdkörpers (Meshoma, s. Abb. 3, 4 u. 5) oder nach Verwendung von Metalltackern kann zunächst eine Fremdkörperentfernung ohne Neurektomie versucht werden. In seltenen Fällen (< 1%) und dann oft nach einem beschwerdefreien Intervall kann es nach der Neurektomie zu einem Rezidiv des chronischen Schmerzsyndromes kommen.

Weltweit die größte Erfahrung mit inzwischen über 400 offenen Tripleneurektomien hat Parviz Amid vom Lichtenstein Hernia Institute. Seine 2004 publizierten Ergebnisse sind hier zusammengefasst dargestellt:

- Operation von 225 Patienten, die alle nach Versagen der konservativen Schmerztherapie und mindestens sechs Monate postoperativ vorgestellt wurden
- 125 Patienten mit nicht-neuropathischen Schmerzen
- 100 Patienten mit neuropathischen Schmerzen, davon:
 - 11 Patienten mit traumatischem Neurom
 - 32 Patienten mit Nerven-einklemmung durch Naht, Stapler oder Mesh Plug
 - 57 Patienten mit perineuraler Fibrose
 - 80% der Patienten waren einen Monat nach der Operation beschwerdefrei, 15% hatten noch milde Schmerzen

Die offene anteriore Tripelneurektomie ist besonders nach posteriorer Voroperation (offen oder laparoskopisch) problematisch, da die Nervenaffektion i. d. R. weiter proxi-

mal liegt. Die Ergebnisse der laparoskopisch transperitonealen Neurektomie (LTN) von Rohr et al. (2008, in Vorbereitung) sind viel versprechend:

- 22 Pat. mit Resektion Nn. ilioinguinalis et iliohypogastricus
 - 3 Pat. mit alleiniger Resektion N. ilioinguinalis bei anat. Variante
 - 8 Pat. mit zusätzlicher Resektion Ramus genitofemoralis N. genitofemoralis
 - 6 Pat. mit simultaner Adhäsiolyse
- 23 von 25 Patienten waren postoperativ initial beschwerdefrei. 24 Patienten wurden nach sechs bis 36 Monaten nachuntersucht:
- 17 Patienten waren langfristig beschwerdefrei = 70,1%
 - 4 Patienten waren bedingt beschwerdefrei = 16,6%
 - 3 Pat. klagten über unveränderte Beschwerden = 12,5%

Ein Problem der LTN ist aus Sicht des Verfassers das Auffinden des N. ilioinguinalis und des N. iliohypogastricus, deren Verläufe im transperitoneal zugänglichen Bereich extrem variabel sind (s. o. und Abb. 2b). Der von Krähenbühl et al. beschriebene retroperitoneoskopische Zugang ist aus unserer Sicht geeigneter, da die N.II und N.IH auf dem M. quadratus lumborum (Abb. 2b) und der N. genitofemoralis mit seiner Aufzweigung auf dem M. psoas identifiziert werden können (Abb. 2a).

Fazit: Die Diagnostik und Therapie des chronischen Schmerzsyndroms nach Leistenbruchoperationen stellt eine interdisziplinäre Herausforderung dar und erfordert von Patient und Arzt viel Geduld.

Bei sorgfältiger Diagnostik und Patientenauswahl, guten anatomischen Kenntnissen und hinreichender chirurgischer Erfahrung sind die Ergebnisse chirurgischer Therapie gut.

Literatur beim Verfasser

Dr. med Wolfgang Reinbold ist Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und Hernienzentrum am Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand.

E-Mail: w.reinbold@gross-sand.de

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

Wir haben uns seit vielen Jahrzehnten auf die unabhängige Beratung von Ärzten und Medizinern spezialisiert und betreuen heute über 3.500 niedergelassene und angestellte Ärzte.

Unsere Leistungen für Sie:

- Unabhängige Analyse und Beratung in allen Versicherungsangelegenheiten
- Sämtliche Verhandlungen mit allen Versicherungsunternehmen
- Begleitung und Bearbeitung Ihrer Schadensfälle bis zum Abschluss
- Regelmäßige Überprüfung Ihrer bestehenden Verträge

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse: **Jutta Brügge-Damm** 040 / 30 96 98 - 37
Thorsten Müller 040 / 30 96 98 - 14

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montag, 9. Februar, 17 – 19 Uhr	Arbeitsmedizinische Falldemonstration u. Fallbesprechung „Neue Leitlinie – Diagnostik u. Begutachtung der Silikose“	Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Tel.: 428894-501, Fax: -514	ZfAM, Seewartenstr. 10
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	Asklepios Klinik Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Montags, 17.15 Uhr c. t.	9.2.: „Balancierte Infusionslösungen“ (DGAI); 16.2.: „HAES in der Sepsis: ja oder nein?“	UKE, Zentrum f. Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Prof. Goetz, Tel.: 42803-4614	Hörsaal Chirurgie
Montags, 19 Uhr	Interdisziplinäre Fallkonferenz (Fallanmeldung bei Herrn Dr. Maaßen unter Tel.: 18 18 86-23 41, Fax: -21 49 möglich)	Brustzentrum Hamburg-Süd e. V.	Besprechungsraum
Jeden 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel GmbH, Dr. Haeberlin, Tel.: 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jeden 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	Asklepios Klinik Harburg, Chirurgie	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Dienstag, 17. Februar, 16.30 - 20 Uhr	1. Albertinen-Ethiktag	Albertinen-Krankenhaus, Klinisches Ethikkomitee, Tel.: 55 88 - 1	Gebäude S10, 3. Stock, Seminarraum
Dienstag, 24. Februar, 17 - 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz (3 P)	UKE, Kopfschmerzambulanz der Neurologischen Klinik, Tel.: 42803-9189	UKE, Gebäude S10, 3. Stock, Seminarraum
Dienstags u. donnerstags, 7.30 – 8 Uhr	Interdisziplinäres onkologisches Kolloquium	Marienkrankenhaus, Radiologie, Anmeldung unter Tel.: 25 46-25 02	Hörsaal
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda AK Bergedorf	Konferenzraum 1
Dienstags, 20 – 22.30 Uhr	27.1.: „Arzneimittelwechselwirkung – Relevanz f. d. Praxis“; 10.2.: „Ernährung u. Krebs“ (4 P)	Aesculabor Hamburg, Tel: 33 44 11-99 66; seminare@aesculabor-hamburg.de	Institut der Labormedizin, Haferweg 36+40, 1.OG
Jeden 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum/ Herr Lehmann (81 91-0), Herr Lauk (81 91-25 15)	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (4 P)	Aktivion MVZ Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel.: 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jeden 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/Dr. Rütter, Tel.: 23 84 30-42, Fax: -45	Radiolog. Privatpraxis Dr. M. Finkenstaedt/PD Dr. R. Maas
Mittwoch, 14. Januar, 15 Uhr	„HNO-Netzwerk 6x6“ (3 P)	UKE, HNO-Klinik, Dr. Reitmeier, Fallanmeldung: f.reitmeier@uke.uni-hamburg.de	Hörsaal d. HNO-Klinik
Mittwoch, 14. Januar, 18 – 20 Uhr	„Differenzialdiagnose Knieschmerz“ (3 P)	AK Harburg, Infos unter Tel.: 18 18 - 86 25 50	Hotel Lindtner, Flügelsaal
Mittwoch, 21. Januar, 16 - 18.40 Uhr	Infektionen i. d. Schwangerschaft	Endokrinologikum Labore HH, Tel.: 33 44 11-99 66, seminare@endokrinologikum.com	Lornsenstr. 4-6
Mittwoch, 21. Januar, 20 Uhr	„Chancen psychotherapeutischer Behandlungsverfahren bei Älteren“ (2 P)	Dt. Fachges. f. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)	Ärztehaus
Mittwoch, 28. Januar, 17 Uhr s.t.	„Spezielle Differentialdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund“	Labor Dr. von Froreich & Kollegen, Tel.: 7 66 96-0; info@laborfroreich.de	Großmoorbogen 25
Mittwoch, 28. Januar, 18 - 20 Uhr	Therapie d. Herzinsuffizienz: „Neue Medikamente, neue Stents, neue CRT-Systeme“	AK St. Georg, Abt. f. Kardiologie, Hanseatisches Herzzentrum, Tel.: 18 18 - 85 23 05	East Hotel Hamburg
Mittwoch, 4. Februar, 13.30 - 17.30 Uhr	Kolloquium „Burnout-Syndrom“	Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Tel.: 42 88 94-501	Ordinariat u. Zentralinstitut f. Arbeitsmedizin u. Maritime Medizin, Seewartenstr. 10, Hs 1
Mittwoch, 11. Februar, 17 Uhr c.t.	6. Altonaer Neurotag: „Die Subarachnoidalblutung – Klinik – Bildgebung – Therapie“	AK Altona, Neurozentrum, Info unter Tel.: 18 18 - 81 14 01	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Mittwoch, 11. Februar, 20.30 Uhr	Der psychoanalytische Blick auf natürliche Fortpflanzung u. technische Reproduktion	UKE, Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Tel.: 42803-2843	Gebäude S15, Hörsaal
Mittwoch, 18. Februar, 16 - 18.45 Uhr	Eppendorfer Diabetes Symposium 2009	UKE, Zentrum f. Innere Medizin, Infos unter Tel.: 4 28 03 44 12	Neuer Großer Hörsaal, Campus Lehre
Mittwochs, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium: 28.1.: „Umzugsmanagement Neues Klinikum“; 4.2.: „NN“; 11.2.: „Sexualität nach Beckenbodeneingriffen“; 18.2.: „Journal-Club“	UKE, Kliniken u. Polykliniken f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel: 4 28 03-35 06	Kursraum UFK Eppendorf, Hörsaaltrakt
Mittwochs, 15.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz (1 P; Fallanmeldung unter Tel.: 20 92-12 01)	Klinikum Eilbek Schön Kliniken	Radiolog. Demo-Raum, Haus 7, EG
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda AK Bergedorf	Röntgenkonferenz, Hs. B
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre Mammakonzferenz	Marienkrankenhaus, Institut f. Radiologie	Demoraum
Mittwochs, 17.15 Uhr	Eppendorfer Neurologisches Kolloquium: 28.1.: „Mechanismen kortikaler Plastizität“; 4.2.: „Tinnitus – Untersuchungen zur Pathophysiologie u. experimentellen Therapie mit transkranieller Magnetstimulation“; 11.2.: „Kleinhirn u. Kognition“	UKE, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Tel.: 42803-3770	Hörsaal Psychiatrie, S 15
Jeden 2. u. 4. Mittwoch, 15 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen/malignen thorakalen Erkrankungen, Tel.: 25 46-14 02)	MarienKH, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie/Zentrum f. Innere Med.	Sekretariat der 1. Chirurg. Klinik, Haus 1
Donnerstag – Samstag 29. – 31. Januar	Fetomaternal Dopplersonographie	Endokrinologikum Labore HH, Tel.: 33 44 11-99 66, seminare@endokrinologikum.com	Lornsenstr. 4-6

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Donnerstag, 19. Februar, 18 Uhr	Bergedorfer Coloproktologie Symposium: „Der Beckenboden: Eine interdisziplinäre Herausforderung“	Bethesda AK Bergedorf, Tel.: 7 25 54 - 12 10	Bergedorfer Schloss
Donnerstags, 7–7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchir., Prof. Kortmann, Tel.: 18 18 81-16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 8–8.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Diakonie-Klinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 54 87-21 01	Diakonie Krankenhaus Alte Eichen, IBF-Raum
Donnerstags, 8–9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abt., Tel.: 18 18 83-12 65	Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13–14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie/Neonatalogie/Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift / Dr. Püst, Tel.: 673 77-2 82	Ärztbibliothek
Donnerstags, 16–16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16–17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/Onkologie, Tel.: 18 18 82-35 19	Röntgenabt., Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16–17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-Krankenhaus, Klinik f. Viszeral-, Thorax- und Tumorchirurgie, Prof. Ott, Tel.: 55 88 - 22 57	Raum HE03
Donnerstags, 18 Uhr s. t.	Interdisziplinäre senologisch-onkologische Konferenz	Mammazentrum Hamburg, Tel.: 41 17 29-29	Röntgenpraxis Schäferkampsallee 5-7
Freitag, 13. Februar, 9 - 17 Uhr	Eilbeker Fußkurs: „Hands on“-Kurs f. Operationsverfahren an Fuß u. Sprunggelenk	Schön klinikum Eilbek, Anm. über Tel.: 0761-61166-15	Klinikum Eilbek u. Institut f. Rechtsmedizin am UKE
Freitag/Samstag 13. - 14. Februar	6. gemeinsame Jahrestagung d. AG Asthmaschulung im Kindes- u. Jugendalter (AGAS) u. d. AG Neurodermitischschulung (AGNES)	Berufsgenossenschaftl. Unfallkrankenhaus, Dermatologisches Zentrum, Tel: 73 06 - 32 63	Hochschule f. Angewandte Wissenschaften, Campus Bergedorf
Freitag/Samstag 13. - 14. Februar	Interventionelle Onkologie, Update 2009	AK Altona, Abt. f. Radiologie, Neuroradiologie u. Nuklearmedizin, Tel: 18 18 - 81 18 11	Hörsaal, 2. OG
Freitag/Samstag 13. - 14. Februar	Interaktiver Trainings-Workshop Kardiologie (19 P)	AK Barmbek, I. Med. Abt. Kardiologie, Tel.: 18 18-82 48 11	Seminarraum, EG
Freitag - Sonntag 13. - 15. Februar	Hamburger Kurs f. praxisorientierte Refraktion u. Kontaktlinsenanpassung, Kurs B	UKE, Klinik u. Poliklinik, f. Augenheilkunde, Tel.: 428 03 - 23 01	Klinik u. Poliklinik, f. Augenheilkunde
Samstag, 17. Januar, 8 - 17 Uhr	11. Jahrestagung der Norddt. Vereinigung f. Schlafmedizin (NVSM)	NVSM, Anm.: Nord Service Projects, Tel: 041 93 - 75 76 - 6 10 o. -6 12	Maritim Hotel Reichshof
Samstag, 31. Januar, 8 - 17 Uhr	Live Course 2009: 14. Symposium f. Interventionelle Kardiologie u. Angiologie (8 P)	MVZ Prof. Mathey, Prof. Schofer, Tel.: 18 18 - 83 16 61; AK Nord, Abt. f. Med. Geriatrie, Tel.: 18 18 - 87 23 12	Grand Elysée Hotel
Samstag, 31. Januar, 9 - 13 Uhr	„10 Jahre Geriatrie“ (5 P)	AK Wandsbek, Abt. f. Geriatrie, Tel.: 18 18 - 83 16 61; AK Nord, Abt. f. Med. Geriatrie, Tel.: 18 18 - 87 23 12	Hotel Le Royal Meridien
Samstag, 31. Januar, 9 - 13 Uhr	Mikroskopierkurs f. d. Infektionsdiagnostik i. d. Frauenarztpraxis	Endokrinologikum Labore HH, Tel.: 33 44 11-99 66, seminare@endokrinologikum.com	Aesculabor Hamburg, Haferweg 36-40
Samstag, 14. Februar, 9 - 13 Uhr	2. Operationskurs für die minimal-invasive Therapie des primären Schnarchens u. d. Schlafapnoe (7 P)	AK Harburg, HNO-Abteilung, Ärzteakademie, Tel.: 18 18 - 86 20 23	HNO-Ambulanz
Samstag, 14. Februar, 9 - 14 Uhr	5. Hamburger Brachytherapiesymposium: „Brachytherapie d. Prostatakarzinoms“ (6 P)	Praxiszentrum Alstertal, Praxis f. Brachytherapie Tel.: 54 88 73 25	Grand Elysée Hotel, Raum Speicherstadt
Auswärts			
Kiel: 31. Januar	„COPD - state of the art“	Ges. f. pneumologische Fortbildung, Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck, Med. Klinik III, Te.: 04537/188-300	KVH, großer Saal
Bad Saarow: 4. - 7. Februar	Hämatologisch-zytologischer Mikroskopierkurs Teil 1; www.saarow-zyto.de	Helios Klinikum Bad Saarow, Anm. und Info unter Tel.: 033631/73210	Helios Klinikum Bad Saarow
Hannover: 19./20. Februar	„Psychiatrie - Wandel, Herausforderungen, Perspektiven“ (14 P); www.forum-fuer-gesundheitswirtschaft.de	Forum f. Gesundheitswirtschaft, ver.di, Anm. per Fax: 0421 – 9609610	Congress Centrum

Der besondere Fall

Nachdenken über Leberwerte und Natascha Sung

Rätsel-Kaleidoskop dreier Tagesfälle mit Tachykardie, Luftnot, Struma, erhöhten Leberwerten, unklarem Fieber, Laryngitis, Bauchschmerzen, Durchfall und Eurasisches von St. Petersburg nach Kasachstan.

Von Dr. Hanno Scherf

Fall 1: Er wüsste mit seiner 79jährigen Patientin nicht mehr weiter. Ihr Zustand habe sich in den letzten Tagen verschlechtert, sie sei tachykard, die Schilddrüse nicht in Ordnung, Leberwerte nun auch noch hoch und bei ihrem Kardiologen sei sie gerade gewesen, zu aller Zufriedenheit, soweit am Telefon der Hausarzt. Er vertraue auf meinen Spürsinn und wolle mir die Dame vorstellen. Sie kam, war pustig, ich dachte noch, vom Treppensteigen, wog 70 kg bei 168 cm und bot nur in Linkslage ein Systolikum bei bekannter Mitralinsuffizienz, der Blutdruck betrug 120/80 mmHg, die Herzfrequenz 135/min, regelmäßig. Die Lunge war nicht gestaut, Ödeme bestanden nicht, die Leber war nicht druckdolent, 2 Qf vergrößert. Dreimal müsste sie nachts Wasserlassen.

Frequenzstarre Tachykardie

Es bestand eine Struma nodosa mit schluckverschieblichem, eigroßem Knoten rechts. Im mitgegebenen Labor war TSH normal (0,79 mU/l), FT4 leicht erhöht mit 19,06 ng/l (Norm bis 17), FT3 normal, Schilddrüsen-Antikörper negativ. Als Leberwerte waren erhöht GOT mit 90 U/l, GPT mit 100 U/l und γ -GT mit 103 U/l. Blutbild und übriges internistisches Labor war normal. Sie wurde mit Belok-Zok und einer ½ Delix 5 plus behandelt.

Im Ultraschall fielen zwei kleine, nicht bekannte, stumme Gallensteine auf und das Bild einer Stauungsleber. Im Herzecho war der linke Vorhof um 4,5 cm vergrößert, ein Erguss lag nicht vor.

Die Schilddrüse hatte im Ultraschall mit dem Knoten ein Volumen von rechts 40 ml, der Knoten war echoarm, glatt begrenzt, sein Volumen betrug 20 ml, echoärmer. Volumen links 16 ml, echnormal.

Das nach der Anamnese und Untersuchung angefertigte EKG zeigte den bekannten Linksschenkelblock und immer noch eine Tachykardie von 135 Aktionen/min. Die Kammerkomplexe waren regelmäßig, P-Wellen nicht zu erkennen.

Ich hatte gerade eine Weiterbildung zu Herzrhythmusstörungen besucht und das gezeigte Beispieleines „versteckten“ 2:1 Vorhofflatterns bei Schenkelblock hatte mich beeindruckt, und genau das lag vor. Die seit wenigen Tagen bestehende Tachykardie sprach mehr für ein Vorhofflattern mit 2:1-Überleitung als für eine differenzialdiagnostisch anzunehmende artrielle Tachykardie. Das Vorhofflattern war der Grund der Dauertachykardie und der so entstandenen Stauungsleber mit den Leberenzym-Erhöhungen. Die Schilddrüse war allenfalls indirekt am Krankheitsbild beteiligt. Szintigraphisch zeigte sich beim veranlassten stationären Aufenthalt ein großes autonomes Adenom rechts. Stationär wurde sie am dritten Tag erfolgreich kardiovertiert, nach Ausschluss intrakavitärer Thromben im TEE, danach eine KHK durch Koronarographie ausgeschlossen. Eine Schilddrüsenblockade erfolgte entsprechend dem Arztbrief wohl nicht.

Drei Wochen später kam es zu einem erneuten stationären Aufenthalt bei Rezidiv des Vorhofflatterns mit 2:1-Überleitung, wieder wurde kardiovertiert und diesmal mit thyreostatischer Therapie begonnen. Es verdient erwähnt zu werden, dass in den beiden Arztbriefen von zwei Abteilungen verschiedener Krankenhäuser die Herztöne als rein beschrieben wurden, was nicht der Fall war, denn in Linksseitenlage (und nur in ihr) hörte man das typische Systolikum einer Mitralinsuffizienz, was ich mir in meinen Unterlagen mit Ausrufezeichen vermerkte, da in Rückenlage auch ich kein Geräusch hörte.

Auch im Zeitalter der überall verfügbaren Echokardiographien mit Farbdoppler sollte die systematische Auskultation in Linksseitenlage noch vorgenommen werden.

Der Fall zeigt, dass sich gelegentlich auch im fortgeschrittenen Alter Fortbildungsveranstaltungen noch lohnen und aufgefrishtes Wissen erfolgreich in den Praxisalltag einfließen kann.

Seit sechs Wochen Fieber

Fall 2: Ein HNO-Arzt bat mich wegen eines unklaren Falls um Hilfe. Ein 48jähriger Mann habe seit sechs Wochen Fieber, wenn auch mit abnehmender Tendenz und Abgeschlagenheit sowie nun auch Leberwert-erhöhungen (GOT 58 U/l, GPT 88 U/l) bei relativer Lymphozytose von 70% im sonst unauffälligen Blutbild. Vor drei Wochen war eine fibrinöse Laryngoperichondritis aufgetreten und kurzfristig stationär unter intensivmedizinischer Überwachung hoch dosiert mit Steroiden und Antibiotikum behandelt worden. Nur das Steroid war wirksam. Der sportliche Patient (196 cm/69 kg), Betreiber eines Sportstudios, seit 20 Jahren insulinpflichtig, bot klinisch keinen auffälligen Befund. 7 kg hätte er im letzten Monat abgenommen. Mitgebrachte Vorbefunde waren negativ bzgl. TPHA, Gonorrhoe, Coxsackie-, Varizella zoster-, HSV- und EBV-Virus.

Ich beschränkte mich auf eine Bauchsonographie, die unauffällig war ohne Lymphome oder Splenomegalie, veranlasste ein Rö-Thoraxbild (Normalbefund) und sagte dem Patienten, dass eine zusätzliche Blutuntersuchung das Problem wohl schnell lösen könne und so war es auch: Die Zytomegalie-Serologie sprach mit positivem IgG und IgM-Antikörpern für eine kurzzeitig bestehende Zytomegalie-Infektion, die, seltene Variante,

keine Milz- oder Lymphknotenbeteiligung zeigte mit der Rarität einer Laryngoperichondritis. Der Patient war dankbar und nicht wenig verduzt, als am Folgetag die Ursache seiner schon sechs Wochen unklaren Malaise enträtselt war. Die noch veranlasste Serologie bezüglich HBV, HCV und HIV war negativ.

Bauchbeschwerden und wässrige Diarrhoen

Fall 3: Natascha Sung (Name geändert) war eine neue Patientin, eine hübsche 23jährige Frau von angedeutet eurasischem Äußeren. Die breiten Wangenknochen ließen mich an Clawdia Chauchat und ihr kirgisches Lächeln denken, an Hans Castorps Muse in Thomas Mann's „Zauberberg“, die, von Daghestan kommend, in Davos kurze und Castorp nicht nur mit Türeenschlagen erschütterte. Die Mutter der Patientin war Deutsche, der Vater stammte aus Kasachstan, wo sie ihre ersten sechs Lebensjahre verbrachte. Sung hieß sie, wie ich erfragte, über einen koreanischen Großvater. Sie studierte Slawistik in Hamburg, aber Wohnadresse war Tellingstedt (Schleswig-Holstein). Das hatte einen kurzen

Exkurs über mein früheres Russischlernen im Saarland in der Volkshochschule und die gerade beradelten Treene-Niederungen mit ihren Störchen und Kibitzen zur Folge. Sie kam wegen Bauchbeschwerden und wässrigen Diarrhoen, die seit sechs Wochen bestanden, seit ihrem mehrwöchigen Studienaufenthalt in St. Petersburg. Sie wisse von einer Lactose-Intoleranz. Stuhluntersuchungen seien schon erfolgt und unauffällig gewesen. Die Familienanamnese war interessant: Ihre Mutter, die lange in Kasachstan gelebt hatte, war vor fünf Jahren wegen eines Schilddrüsenkarzinoms operiert und mit Radiojod behandelt worden. Ich fragte, ob es ein C-Zell-Karzinom oder ein papilläres Karzinom gewesen sei, was sie nicht wusste, überlegte, wann sich die Katastrophe von Tschernobyl eigentlich ereignet hatte und wie weit Kasachstan davon entfernt liegt. Zu weit, zumal die Strahlenwolke, wie ich mich erinnerte, ja nach Westen und nicht nach Osten damals wanderte. Sie sollte die Krankenakte der Mutter besorgen und sicherheitshalber sonographierte ich noch die Schilddrüse, die nur rechts ein nicht zu tastendes kleines Knötchen (Zyste?), echoarm, mit 0,3 ml Volumen zeigte.

St. Petersburger Lambliasis?

Ich veranlasste noch eine Calcitoninbestimmung, um eine multiple endokrine Neoplasie bei entsprechender Genetik nicht zu übersehen. Sie lag nicht vor.

Die Magenspiegelung ergab eine Helicobacter-Gastritis, was nicht verwunderte nach einer Kindheit von sechs Jahren in Kasachstan. Lamblien ließen sich in der Histologie der Duodenalschleimhaut nicht finden. Dennoch entschied ich mich zur Eradikation für die sonst eher nicht favorisierte italienische Triple-Therapie mit Metronidazol, unter der Vorstellung, dass eine möglicherweise in St. Petersburg aquirierte Lambliasis somit zugleich geheilt würde. Ich hatte in der Vergangenheit schon zweimal die Erfahrung gemacht, dass sich Patienten dort eine Lambliasis als Diarrhoe-Ursache zugezogen hatten und erfreulicherweise verschwanden Magenbeschwerden und Diarrhoen umgehend. Einmal mehr wurde ich wieder an das Lieblingszitat meines Vaters, ehemals Internist, erinnert:

„Le médecin ne s'ennuie pas“.

(„Als Arzt langweilst du dich nicht.“)

KOCH STAATS KICKLER SCHRAMM & PARTNER

RECHTSANWÄLTE • NOTARE

Sie sind für Ihre Patienten da – wir für Ihr Recht

Unser Leistungsangebot:

- Zulassungsverfahren
- Berufs- und Weiterbildungsrecht
- Praxisabgabe und- übernahme
- (Zahn)ärztliche Kooperationen
- Honorarstreitigkeiten
- MVZ
- Integrierte Versorgung
- Krankenhausrecht
- Krankenhausfinanzierungsrecht
- Institute für Selbstzahlerleistungen
- Arbeitsrecht, Chefarztverträge
- Privatliquidation
- Abwehr von Haftpflichtansprüchen
- Straf- und Disziplinarrecht

Ihr Beraterteam Medizinrecht:

Frank Schramm
Dr. Paul Harneit
Joachim Poetsch
Stephan Gierthmühlen
Dr. Wiebke Arnold

Wenn Sie mehr über uns erfahren möchten, besuchen Sie uns im Internet unter www.koch-partner.de oder vereinbaren Sie einen persönlichen Besprechungstermin

Rechtsanwälte und Notare

Diethard Koch – bis 2003
Dr. Volker Staats – bis 2005
Dr. Hans-Jürgen Kickler 1, 3
Frank Schramm 1, 5
Dr. Paul Harneit 5
Andreas Kühnelt
Dr. Dirk Unrau 6

Amtsitz der Notare ist Kiel

Rechtsanwälte

Axel Riefling 1
Dr. Thomas Scharafat 1, 3
Dr. Hans-Peter Donoth 2, 7
Joachim Poetsch
Dr. Inken Fuhrmann 2
Dr. Christian Springmann
Dr. Jörn W. Winterfeld
Markus Tüxen
Dr. Sonja Badenhop
Wilfried Kley
Stephan Gierthmühlen
Dr. Wiebke Arnold
Dr. Steffen Kraus
Dr. Claudia Päckner 4

1 Fachanwalt für Arbeitsrecht
2 Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht
3 Fachanwalt für Familienrecht
4 Fachanwalt für Insolvenzrecht
5 Fachanwalt für Medizinrecht
6 Fachanwalt für Steuerrecht
7 Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Hamburg • Kiel

Ferdinandstraße 12 • 20095 Hamburg
Telefon 040/3 00 31 51-0
Telefax 040/3 00 31 51-20
E-Mail: hamburg@koch-partner.de

Delliusstraße 16 • 24114 Kiel
Postfach 28 69 • 24027 Kiel
Telefon 0431 / 6701-0
Telefax 0431 / 6701-599
E-Mail: kiel@koch-partner.de

Aus der Schlichtungsstelle

Operationsmarathon nach Leistenhernie

Inguinales Schmerzsyndrom nach wiederholter Leistenbruchoperation und operativen Revisionen – nicht indizierte erneute Revision der Leistenregion.

Von Professor Dr. med. Heinrich Vinz

Einem Mann war im Alter von 25 Jahren eine rechtsseitige direkte Leistenhernie nach Shouldice operiert worden. Es entwickelten sich ein Bruchrezidiv und ein postoperatives inguinales Schmerzsyndrom. Dies hatte zunächst vier weitere Operationen zur Folge.

1. Nach eineinhalb Jahren Operation des Bruchrezidivs nach Shouldice und Resektion des N. ilioinguinalis.

2. Zehn Monate danach Operation eines erneuten Bruchrezidivs, wiederum nach Shouldice.

3. Nach weiteren eineinhalb Jahren laparoskopische Revision der Leistenregion wegen inguinalen Schmerzsyndroms, Ausschluss eines Hernienrezidivs, Entfernung von Narbengewebe.

4. Eineinhalb Jahre später offene Revision der Leistenregion, Resektion von Narbengewebe und eines nicht definierten Nervenstranges.

Der Patient litt seit der ersten Operation an einem postoperativen inguinalen Schmerzsyndrom. Es bestand offensichtlich ein hoher Leidensdruck mit reichlichem Gebrauch von Schmerzmedikamenten unterschiedlicher Art. Die vier nachfolgenden Operationen hatten neben der Versorgung des Bruchrezidivs stets auch die operative Behandlung des Schmerzsyndroms als Indikationsstellung im Blickfeld. Nachdem auch die vierte Revisionsoperation keine Besserung erbrachte, überwies der Hausarzt seinen Patienten nach weiteren 15 Monaten wiederum an einen bisher nicht an der Behandlung beteiligten klinisch tätigen Chirurgen. Dieser schloss zunächst sonographisch ein erneutes Bruchrezidiv aus. Nachdem eine Infiltrationsanästhesie der Leistenregion vorübergehend Besserung brachte, stellte er die Diagnose: „Nervus ilioinguinalis-Syndrom“ und führte wiederum eine operative Revision der Leistenregion aus. Weder der N. ilioinguinalis noch ein anderer Nerv ließen sich bei der Operation identifizieren. Die Ursache der Beschwerden deutete der Operateur als venöse Abflussstörung infolge der Vernarbung durch die vorangegangenen Operationen. Auch nach dieser fünften Revisionsoperati-

on blieb die Schmerzsymptomatik auf Dauer unverändert, zusätzlich trat eine vollständige Atrophie des rechten Hodens ein. Der Patient führte Beschwerde über diese letzte Operation, die bezüglich der Schmerzsymptomatik erfolglos geblieben war und darüber hinaus die Hodenatrophie zur Folge hatte.

Der in Anspruch genommene Arzt nahm zum Behandlungsvorgang wie folgt Stellung: Die Indikation sei in der Annahme eines Nervus-ilioinguinalis-Syndroms durchgeführt worden. Aufgrund des Operationsbefundes sei von einer venösen Abflussstörung auszugehen. Der rechte Hoden sei postoperativ unauffällig gewesen.

Schlichtungsstelle folgt dem Gutachten nicht

Im von der Schlichtungsstelle angeforderten Gutachten wird der Behandlungsverlauf anhand des Krankenblattes summarisch dargestellt. Die fünf Berichte der vorangegangenen Operationen lagen dem Krankenblatt nicht bei, so dass der Gutachter zunächst ohne genaue Kenntnis der bei diesen Eingriffen durchgeführten Maßnahmen entschied. Die fünf Operationsberichte wurden dem Gutachter nach Beschaffung durch die Schlichtungsstelle nachträglich vorgelegt. Nach Kenntnisnahme dieser Berichte entschied der Gutachter abschließend ohne Revision seiner vorab getroffenen Beurteilung folgendermaßen:

Der fünfte Revisionseingriff sei „nach sorgfältiger Anamneseerhebung und Analyse des Schmerzcharakters“ indiziert gewesen. Die Operation sei dem Befund angemessen ausgeführt worden. Die auf dem Boden einer arteriellen Durchblutungsstörung eingetretene Hodenatrophie sei als eingriffsimmanente, unverschuldete Komplikation zu beurteilen. Vermeidbare Behandlungsfehler seien nicht festzustellen.

Die Schlichtungsstelle konnte sich nach eigener Prüfung der Behandlungsunterlagen und des weiteren Schriftverkehrs der Argumentation des Gutachters, soweit diese die Begründung zum Eingriff betraf, nicht anschließen.

Dokumentationsmängel

Das Krankenblatt des Patienten enthielt keine Anamnese, keinen Aufnahmebefund, insbesondere keine Darstellung des Lokalbefundes, keine Arztberichte oder Operationsberichte über die vorangegangenen fünf Operationen, keinen neurologischen Befund. Die Feststellung des Gutachters, die Indikation sei nach sorgfältiger Anamneseerhebung und Analyse des Schmerzcharakters gestellt worden, fand in der Behandlungsdokumentation keine Entsprechung.

Der Operateur war über die vorangegangenen Operationen offensichtlich nicht informiert, sonst wäre ihm nicht entgangen, dass der N. ilioinguinalis bereits bei der ersten Revisionsoperation und später noch ein weiterer Nerv reseziert worden waren. Dass hier ein so genanntes verselbständigtes Schmerzsyndrom im Versorgungsbereich des N. ilioinguinalis vorgelegen haben könnte, ist zwar möglich, wäre aber nach bereits erfolgter Resektion dieses Nerven keiner chirurgischen Behandlung mehr zugänglich gewesen.

Die Schlichtungsstelle entschied entgegen der Aussage des Gutachters: Ein neurologischer Untersuchungsbefund war weder aktuell noch in den vergangenen Jahren erhoben worden. Nach bereits vier vorangegangenen Revisionsoperationen, hätte vor der Durchführung weiterer, insbesondere operativer Maßnahmen, zwingend eine neurologisch-psychologische Untersuchung zur Abklärung der Schmerzursache erfolgen müssen. Dies wurde fehlerhaft nicht veranlasst. Es war mit ausreichender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine neurologische Untersuchung und die Kenntnis der vorherigen operativen Maßnahmen die Kontraindikation zu einer erneuten operativen Revision ergeben hätte. Es lag ein seit sieben Jahren bestehendes inguinales Schmerzsyndrom mit vier vergeblichen operativen Revisionen einschließlich Nervenresektionen vor. Hier handelte es sich ohne Zweifel um ein so genanntes verselbständigtes Schmerzsyndrom das im vorliegenden Fall keine Operations-

indikation darstellte. Vor dem Hintergrund der nicht indizierten Operation ergaben sich Schadenersatzansprüche aus der Operation selbst, der postoperativen Schmerzsymptomatik infolge der Hodenschämie und dem Verlust des Hodens. Das fortbestehende Schmerzsyndrom war nicht Folge der Operation. Die Schlichtungsstelle empfahl eine außergerichtliche Regulierung.

Gutachtertätigkeit in Schlichtungsverfahren

Dieser Fall gibt Anlass, sich einmal grundsätzlich zur Gutachtertätigkeit zu äußern. Die ärztlichen Mitglieder der Schlichtungsstelle besitzen Gutachterqualifikation. Sie waren vor ihrer Berufung in die Schlichtungsstelle als externe Gutachter für die Schlichtungsstelle tätig. In ca. 15 Prozent aller Fälle hat sich die Schlichtungsstelle den Entscheidungen des externen Gutachters teilweise, oder – eher seltener – durchgehend nicht angeschlossen. Maßgeblich dafür waren medizinische Plausibilitätsgründe und/oder juristische Erwägungen im Zusammenhang mit der Beweislastverteilung zwischen den Parteien. In diesen Fällen trifft die Schlichtungsstelle eine teilweise oder vollständig anderslautende Entscheidung, entweder durch Diskussion innerhalb der Schlichtungsstelle oder durch Einholung eines externen Zweitgutachtens. Im hier dargestellten Fall war dem Gutachter der Vorwurf zu machen, dass er seine Entscheidungen ohne Kenntnis der Vorgeschichte getroffen und diese nach Kenntnis der vorangegangenen Maßnahmen nicht entsprechend revidiert hat. Der Gutachter hätte die aus der Vorgeschichte stammenden relevanten Befunde über die Schlichtungsstelle nachfordern müssen.

In der Schlichtungsstelle werden zwar die Krankenunterlagen vor Versendung des Gutachtenauftrages auf Vollständigkeit überprüft. Dies schließt jedoch nicht aus, dass der Gutachter erst bei seiner Bearbeitung auf Lücken stößt, die er vor seiner Entscheidung schließen muss. Dies betrifft insbesondere Behandlungsunterlagen und Befunde aus vorangegangenen Behandlungen an anderer Stelle. Im hier dargestellten Falle waren die fünf Operationsberichte für die Entscheidungsfindung unverzichtbar.

Das primär erstattete Gutachten war daher für die Bewertung der Haftungsfrage wertlos.

Der Ergänzung des Gutachtens konnte sich die Schlichtungsstelle aus medizinischen und juristischen Gründen nicht anschließen. Es lag ein Befunderhebungsmangel vor, der kausal für einen nicht indizierten Eingriff mit Folgeschaden geworden war.

Professor Dr. med. Heinrich Vinz, Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

Rimonabant

Vertriebsstopp

Der Hersteller von Rimonabant-haltigen Arzneimitteln (Acomplia®) hat sich auf „sanften“ Druck der deutschen und europäischen Überwachungsbehörden BfArM und EMA entschlossen, sein Präparat „vorerst“ nicht mehr anzubieten. Grund für diese Rücknahme waren zunehmende Berichte über psychiatrische unerwünschte Wirkungen (UAW: Depressionen, Angstzustände, Aggression, Suizid) unter der Einnahme dieses Antiadiposits. In Hinblick auf die Indikation scheint dieses Vorgehen überfällig, denn bereits bei Markteinführung waren diese UAW bekannt. In den USA wurde das Präparat aufgrund der Risiken gar nicht erst zugelassen.

Gewichtsreduktion mit Hilfe von Arzneimitteln scheint nur während der Einnahme zum Erfolg zu führen und sollte – unabhängig von den pharmakologischen Angriffspunkten wie ZNS oder Verdauungstrakt – nur als letzte therapeutische Maßnahme sehr zurückhaltend erwogen werden. Selbst zusammengestellte Rezepturen mit irrationalen Inhaltsstoffen wie Schilddrüsenhormonen und Laxantien wurden vor Jahren bereits als bedenklich eingestuft.

Quellen: www.emea.europa.eu, www.bfarm.de

Arzneimittel-abgebende Stents

Vorsicht bei Diabetes

Rund 25 % der Patienten, die myokardiale Revaskularisierungsmaßnahmen benötigen, sind Diabetiker. Wenn diese Patienten für eine Implantation eines Arzneimittel-abgebenden Stents geeignet sind (entsprechende Compliance, mögliche Follow-up-Kontrollen, keine Arzneimittelallergie auf z. B. Sirolimus oder Paclitaxel, geringe Anzahl von Komedikationen), so muss sichergestellt sein, dass eine duale Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel über mehr als sechs Monate durchgeführt wird. Kürzere Behandlungszeiten können bei Diabetikern Stent-Thrombosen und die Mortalität im Vergleich zu Nicht-Diabetikern weiter erhöhen.

Quellen: *Lancet* 2008; 337: 643 und 668

Fertigarzneimittel

Verwechslungsgefahr

Die versehentliche Anwendung eines falschen Arzneimittels durch Verwechslung mit ähnlich klingenden Produktnamen oder ähnlich aussehenden Verpackungen kann potentiell lebensbedrohlich sein. Die Arzneimittelkommission der Apotheker ruft daher dazu auf, Arzneimittel mit ähnlich klingendem Produktnamen („sound alike“) und ähnlich aussehenden Schriftbildern/ Verpackungen („look alike“) an die ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) zu berichten. Aus den Meldungen sollen Vorschläge zur Verringerung eines Verwechslungsrisikos abgeleitet werden. Anlass war ein Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2007, einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu leisten.

Es sei daran erinnert, dass schon vor langer Zeit ein Arzt haftbar gemacht wurde, der eine Verordnung über Eugynon (orales Kontrazeptivum) so unleserlich schrieb, dass der Apotheker Enzynorm (Verdauungsenzyme) entzifferte – mit entsprechenden Folgen für beide. Dieser Typ von Verwechslungen hat sich aufgrund gedruckter Verordnungen verringert. Da Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik auch weiterhin mit der oben genannten Problematik konfrontiert sein können, soll an dieser Stelle ebenfalls dazu aufgerufen werden, derartige Verwechslungen oder Beinahe-Verwechslungen an unterstehende Anschrift zu berichten, am besten mit Bild, zumindest aber mit einer genauer Beschreibung.

Quellen: *Pharm.Ztg.* 2008; 153(43): 131

Bild und Hintergrund

Marat – un ami du peuple

Marat litt unter Depressionen und Verfolgungswahn. Drei Jahre lang schrieb er im Untergrund für seine Zeitung „L'Ami du Peuple“, dann wurde er ermordet.

Von Prof. Volker Lehmann

Am 13. August 1792 erschien die 678. Ausgabe des „L'Ami du Peuple“. Das abgebildete Exemplar ist durchtränkt vom Blut des ermordeten Jean-Paul Marat. Erst drei Tage vor Erscheinen der Zeitung, am 10. August 1792, hatte die Regierung der Republik seine Arbeit legalisiert.

Davor hatte Marat drei Jahre im Untergrund gelebt und Nacht für Nacht die Texte für seine Zeitung geschrieben. Er war ständig auf der Flucht vor der Polizei gewesen. Aber die „kleinen Leute“, für die er schrieb, warnten ihn vor Razzien, versteckten ihn, pflegten ihn während seiner Fieberschübe und verteilten seine Zeitung.

Sein „L'Ami du Peuple“ war die populärste Revolutionszeitung. Sie trat für die Sorgen und Belange der kleinen Leute ein, für Handwerker, Tagelöhner, Frauen und Obdachlose, sowie für die durch Unrecht ins Elend Geratenen. Marat als Rousseauist glaubte, dass das Volk gut sei und was es tut, könne nur Recht sein. Der Elende hat das Recht, dem Glücklichen sein Glück streitig zu machen, notfalls mit Gewalt. Marat war voller Hass auf die Herrschenden und damit auch maßlos. Er litt unter Depressionen und Verfolgungswahn. Eine chronische Hauterkrankung gab ihm das Stigma des Ausgestoßenen. Seine Haut war mit Geschwüren, Narben und Verschor-

fungen übersät. Um sich Linderung zu verschaffen, nahm er häufig Wannenbäder. Seine marmorweiße Haut auf dem berühmten Gemälde von Jacques Louis David ist eine Ästhetisierung und Erhebung Marats zum Helden.

Der „Held“ Marat

David hatte eine Zeichnung des in der Wanne ermordeten Marat vor Ort angefertigt, das Bild noch im gleichen Jahr gemalt; es war nicht nur ein Bild der Trauer, sondern auch ein Propagandabild. Für seinen Freund inszenierte David den ganztägigen Trauerzug, bei dem der tote Körper Marats, die Wanne, die Schreibfeder und das Mordmesser unter Chorgesang und Rezitationen durch die Stadt getragen wurden. Übrig geblieben und aufbewahrt in der Nationalbibliothek in Paris ist das Exemplar des „L'Ami du Peuple“ vom 13. August 1792, gefärbt vom Blut Marats. Zurzeit wird im Deutschen Schauspielhaus in Hamburg Marats Verfolgung und Ermordung gezeigt, wie Peter Weiss sie sich vorgestellt und was Peter Lösch daran interessiert hat. Vielleicht wäre uns Marat nie in den Geschichtsbüchern und schon gar nicht auf der Bühne begegnet, vielleicht hätten wir von Marat nie oder kaum Notiz genommen, wenn er die von ihm so innig gewünschte Mitgliedschaft der Akademie an der Pariser Universität erlangt hätte. Arzt und Tierarzt war er gewesen und Naturforscher, wie es damals üblich war. Er hatte wissenschaftlich fleißig gearbeitet. Aber er kämpfte vergeblich um die Anerkennung durch die wissenschaftlichen Akademien. Dafür hasste er die Enzyklopädisten und etablierten Akademiker.

Arzt in London

Geboren 1743 und aufgewachsen in der Schweiz, hatte Marat in Genf und Toulouse Philosophie und Naturwissenschaften sowie Medizin und Tiermedizin in Bordeaux, Paris und



Jacques-Louis David, „Der Tod des Marat“, Königl. Belgisches Kunstmuseum

London studiert. Zwei Jahre arbeitete er als Arzt in London. Die medizinische Fakultät der Universität St. Andrews in Schottland verlieh ihm die Doktorwürde. Anschließend kehrte er nach London zurück. Dort betätigte er sich auch als politischer Schriftsteller. Bereits seine erste Veröffentlichung „Die Ketten der Sklaverei“ wiesen ihn 1774 als Gegner des Absolutismus aus. Das hinderte ihn aber nicht, ein Jahr später in Paris die Stelle eines Stallarztes und später eines Arztes der Leibgarde beim Grafen von Artois anzutreten. Ob Marat in dieser Zeit persönlichen Kontakt zum Leibarzt des Grafen gehabt hat, ist nicht bekannt. Charles Deslon hieß der Arzt; er war begeisterter Schüler von Franz Anton Mesmer, der das Heilverfahren des „tierischen Magnetismus“ verbreitete und nach ihm benannt als „Mesmerismus“ in Europa große Verbreitung fand.

„Mesmerismus“

Mesmer und Deslon ging es ähnlich wie Marat. Ihre Beobachtungen, Thesen und Heilungsstatistiken fanden keine Anerkennung durch die Pariser Fakultät.

1778 war Mesmer in Paris angekommen und machte mit seinem Magnetismus als Therapie in der Ärzteschaft und in der Pariser Gesellschaft großen Eindruck. Nach einiger Zeit, als der Zulauf der Patienten so zugenommen hatte, dass Mesmer eine neue Form der Anwendung finden musste, schloss er die Patienten im Prinzip an eine elektrische Batterie an. Durch dieses von Mesmer erdachte „Baquet“ ließen sich serienweise Patienten magnetisieren.

Marat interessierte vor allem die „tierische Elektrizität“. Er beschäftigte sich außerdem mit Phänomenen des Lichtes. Die acht Jahre seines geregelten Lebens beim Grafen von Artois hatte Marat ausgiebig zur Forschung genutzt. Seine experimentell gewonnenen Erkenntnisse über die „tierische Elektrizität“ setzte er wie Mesmer ebenfalls therapeutisch und Gewinn bringend bei seinen Patienten ein.

Prinzip der elektrischen Stimulation

Das Prinzip der elektrischen Stimulation war bereits bekannt gewesen. F.G. Fontana stimulierte 1757 elektrisch die Hirnrinde bei Tieren und auch Gehirne enthaupteter Verbrecher. Den Begriff der Stimulation, der Erregbarkeit, hatte John Brown in die Medizin eingeführt. Nach seiner Theorie, die in Europa große Verbreitung fand, ist das Leben weder eine spontane, noch eine unabhängige Erscheinung, sondern das Ergebnis unaufhörlicher Reaktionen zwischen Reizen,



Marat, „L'ami du peuple“

die eine bestimmte Menge von Erregbarkeit verbrauchen. Gesundheit ist demnach das Gleichgewicht zwischen einem adäquaten Maß von Reizung und einem normalen Grad der Erregbarkeit. Aber auch Browns Theorien und seine sich daraus ergebende ärztliche Tätigkeit wurde vom medizinischen Establishment in Edinburgh nicht anerkannt; das Diplom wurde ihm verweigert. Vier Jahre nach Marat erhielt Brown sein Diplom ebenfalls von der Universität St. Andrews, die als „Diplomfabrik“ bezeichnet wurde.

Das System, in das Brown die Medizin einpasste, fand jedoch auch in Deutschland großes Interesse. Unter anderem hatte sich Adalbert Marcus, der Direktor des Hospitals in Bamberg, der Theorie angeschlossen. Marcus war ein Stammtischbruder von ETA. Hoffmann, dem er seine psychisch auffälligen Patienten im Krankenhaus zeigte, die dann literarisch umgesetzt in Hoffmanns Erzählungen „Der Magnetiseur“ und „Der unheimliche Gast“ erschienen.

Schmaler Eingang in die Literatur

Marats Veröffentlichungen fanden keine Beachtung. 1784 hatte er seine Beobachtungen der „tierischen Elektrizität“ als „Memoires sur l'électricité médicale“ herausgegeben. Aber es gab kein Echo darauf. Nur zwei Arbeiten über „Découvertes sur le feu, l'électricité et la lumière“ aus dem Jahr 1779 und „Notions élémentaires d'optique“ von 1784 haben einen schmalen Eingang in die Literatur ge-

funden, aber nur um inhaltlich abgelehnt zu werden. Goethe hat 1820 in der „Geschichte der Farbenlehre“ die zwei Aufsätze von Marat kurz diskutiert, bezweifelte die Richtigkeit seiner Thesen, nahm ihn aber in Schutz gegen das Gutachten der Pariser Kommission, die Goethe ansah als „Muster, wie grimmig böser Wille sich gebärdet, um etwas, das sich nicht ganz verneinen lässt, wenigstens zu beseitigen.“

1784 verlor Marat aus ungeklärten Gründen seine Stellung beim Grafen von Artois und auch seine Patienten. Er verarmte, mit dem Verkauf von obskuren Heilmitteln schlug er sich durch.

Rechtmäßigkeit des Mordes aus politischen Gründen

Ab 1790 gibt er den „L'AMI du PEUPLE“ heraus, in dem er dem Volk immer und immer wieder die Rechtmäßigkeit des Mordes aus politischen Gründen erklärte. In gewisser Einförmigkeit forderte er den Tod aller Feinde der Revolution, vermehrte von Tag zu Tag die Zahl der abzuschlagenden Köpfe:

600, 10.000, 20.000 bis zur Zahl von 270.000 Köpfen. Für diese geforderten Zahlen bedurfte es einer maschinellen Tötung. In enger Nachbarschaft zu Marats Druckerei, das ist eine Zufälligkeit der Geschichte, arbeitete der Kollege und Arzt Guillotin, der in seiner Werkstatt zu dieser Zeit seine Maschine an Schafen ausprobierte. Ab 1792 funktionierte sie und wurde das Hinrichtungsgerät der französischen Revolution. Charlotte Corday, die Mörderin Marats, starb vier Tage nach ihrer Tat am 17. Juli 1793 unter der Guillotine, „der Sichel der Gleichheit“.

Prof. Dr. Volker Lehmann ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Ruhestand.

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

Lösung Sono-Quiz von Seite 20

Jugularvenenthrombose nach Herzschrötmacheranlage

Thrombosierung der Vena jugularis rechts. Dargestellt ist die deutlich aufgeweitete, nicht komprimierbare Jugularvene ohne erkennbaren Fluss.



Paul-Ehrlich-Institut: Die Meldung über den Verbrauch von Blutprodukten muss laut Transfusionsgesetz jährlich zwischen dem 1. Januar und dem 1. März eines Jahres erfolgen.

Meldepflichten für Blutprodukte

Der Verbrauch von Blutprodukten muss jährlich zwischen dem 1. Januar und dem 1. März eines Jahres dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeldet werden. Das PEI ruft daher alle Transfusionsbeauftragte und -verantwortliche auf, bei der vollständigen Erfassung des Verbrauchs von Blutprodukten laut § 21 Transfusionsgesetz (TFG) mitzuwirken. Die Meldung für das PEI erfolgt online auf Formularen im Internet. Auf der Seite www.pei.de/tfg-21 finden Sie den Zugang zur Online-Meldung und weitere Informationen. Sollten Sie noch keine Zugangsdaten erhalten haben,

melden Sie bitte Ihre Einrichtung auf der Internetseite www.tfg.pei.de an.

Solide Datenbasis notwendig

Bereits seit dem Jahr 1998 werden Daten zu Herstellung und Verbrauch von Blutkomponenten und Blutprodukten erhoben. Die Frage, inwieweit Deutschland in der Lage ist, sich mit Blutkomponenten und Blutprodukten selbst zu versorgen, kann allerdings noch immer nicht zuverlässig beantwortet werden. So ist für das Jahr 2007 wegen fehlender Ver-

brauchsmeldungen keine Aussage über den Verbleib von mehr als 445.000 Erythrozytenkonzentraten möglich. Dies entspricht etwa zehn Prozent der hergestellten Menge. Eine solide Datenbasis über den Versorgungsgrad ist als Entscheidungshilfe bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit von Blutprodukten unerlässlich. Im Sinne des Transfusionsgesetzes sind solche Maßnahmen auch immer im Hinblick auf eine gesicherte Versorgung der Bevölkerung zu treffen.

Alle meldebezogenen Daten werden gemäß TFG streng vertraulich behandelt und anonymisiert veröffentlicht. Die Berichte sind auf der Internetseite unter www.pei.de/tfg-21 abrufbar. Bei Fragen zur Online-Meldung oder Problemen bei der Dateneingabe können Sie sich unter der Telefonnummer 06103/77-1862 an das PEI wenden oder eine E-Mail an tfg-21@pei.de senden.

Ärzttekammer: Meldung laut Hämotherapie-Richtlinie

Nicht verwechseln sollten Anwender von Blutprodukten die PEI-Meldung mit der Meldung nach der Hämotherapie-Richtlinie, die bis zum 1. März an die Ärztekammer Hamburg geschickt werden muss. Die aktuelle Version der Richtlinie ist seit 2005 gültig und gilt für alle Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung, die Blutprodukte gewinnen und/oder anwenden. Wenn Sie in den Vorjahren noch nicht gemeldet haben, bitten wir Sie, sich telefonisch unter 20 22 99-240 an die Abteilung Richtlinien der Kammer, Frau Hennigs, zu wenden, damit Sie in den Verteiler aufgenommen werden können. Sie erhalten dann weitere Informationen und die entsprechenden Formblätter per Post. | dk

Bei der Vorstellung der Jahresergebnisse 2007 von EQS und Hamburger Krankenhausspiegel wurde die gute Qualität der Behandlungen in Hamburger Kliniken deutlich.

Gute Ergebnisse für Hamburg

„Hamburgs Kliniken bieten bei Herzbehandlungen eine überdurchschnittliche Qualität. Dies gilt sowohl für die Kardiologie als auch für die Herzchirurgie“, sagte Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck, leitender Kardiologe der Asklepios Klinik St. Georg, bei der Vorstellung der Jahresergebnisse 2007 von EQS und Hamburger Krankenhausspiegel.

Ein Beispiel zum Thema Herzbehandlung: In Hamburg erhalten jährlich mehr als 1.500 Patienten einen Schrittmacher. Die Implantation erfolgt unter Röntgenkontrolle; je kürzer die Durchleuchtungszeit, desto geringer die Strahlenbelastung für den Patienten. In Hamburgs Kliniken wurden 97,7

Prozent aller Patienten weniger als neun Minuten – der von den Prüfungsgremien festgelegten Obergrenze – mit Röntgenstrahlen durchleuchtet.

Das Hamburger Ergebnis ist 4,9 Prozent besser als der Bundesdurchschnitt (92,8 Prozent). Seit 2005 haben sich die Hamburger bei diesem Qualitätsmerkmal um 5,1 Prozent verbessert, während die Steigerung auf Bundesebene lediglich 1,1 Prozent betrug. „Diese gute Bilanz zieht sich durch den ganzen Bereich Herzschrittmacher. Bei allen Qualitätsmerkmalen liegen die Hamburger Kliniken über bzw. auf dem Bundesniveau“, erläuterte Prof. Kuck.

Im Krankenhausspiegel unter www.hamburger-krankenhausspiegel.de haben sich 26 Kliniken der Hansestadt zusammengeschlossen, um gemeinsam die Qualität ihrer Behandlungen bei Brustkrebsoperationen, Hüft- oder Kniegelenkersatz oder gynäkologischen Eingriffen offen zu legen. Inzwischen werden Ergebnisse aus den vergangenen drei Jahren veröffentlicht; neu hinzugekommen sind in diesem Jahr die Behandlungsergebnisse bei Lungenentzündungen und Bypassoperationen. Eingebunden in den Krankenhausspiegel sind drei Krankenkassen (TK, AOK, Barmer) sowie die Ärztekammer Hamburg und die Verbraucherzentrale. | dk

Postexpositionsprophylaxe bei Gewaltopfern

Das „Hamburger Modell“ als Beispiel für eine interdisziplinäre Verzahnung zur Betreuung von Gewaltopfern.

Von Dr. Stefan Schmiedel³, Sandra Hertling⁴, Dr. Olaf Degen⁴, Dr. Jan van Lunzen⁴, Susanne Polywka², Dr. Dragana Seifert¹, Ann-Sophie Schröder¹, Prof. Dr. Klaus Püschel¹

Infektionen durch Gewaltdelikte

Im Jahre 2007 ist es in Hamburg laut Angaben der Polizeilichen Kriminalstatistik zu 195 Fällen von Vergewaltigung bzw. sexueller Nötigung gekommen. Die Traumatisierung bei Gewaltdelikten kann Verletzungen (genital, extragenital), massive psychische Folgerscheinungen, Infektionen mit übertragbaren Erkrankungen sowie eine unerwünschte Schwangerschaft zur Folge haben. Sexuelle Gewalt stellt einen massiven Verstoß gegen das Recht auf Leben, Freiheit, Würde und auf die körperliche und seelische Unversehrtheit der Opfer dar. Ganz überwiegend sind Frauen und Mädchen betroffen; in Einzelfällen handelt es sich allerdings auch um Gewalt unter homosexuellen Männern.

Darüber hinaus können sich Infektionsrisiken durch Gewaltdelikte ergeben, bei denen Verletzungen durch kontaminierte Spritzen, Messer o. Ä. aufgetreten sind.

Um in dieser, für die Opfer belastenden Situation eine optimale Versorgung sicherzustellen, haben sich am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Rechtsmediziner, Gynäkologen, Mikrobiologen, Chirurgen und Infektiologen zusammengetan, um eine interdisziplinäre Opferbetreuung zu gewährleisten.

Infektionsrisiko

Um eine optimale Beratung durchführen zu können, sind möglichst viele Angaben über den Tathergang und den oder die Täter wichtig. Je nach Art der Gewalttat, oft Vergewaltigung mit oralem, vaginalen oder analem Geschlechtsverkehr, dem Auftreten von Verletzungen, der Kondombenutzung oder ob es zu einer Ejakulation gekommen ist, besteht ein unterschiedliches Risiko zur Infektionsübertragung. Damit dem Opfer nicht wiederholt eine detaillierte Schilderung des Tathergangs zugemutet werden muss, sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit, möglichst an einem Untersuchungsort und zur selben Zeit, und die Informationsweitergabe wichtig.

Potenzielle Infektionsrisiken bestehen für HIV, Hepatitis B und C und andere Infektionskrankheiten und Geschlechtskrankheiten wie Lues, Chlamydien und Gonorrhoe.

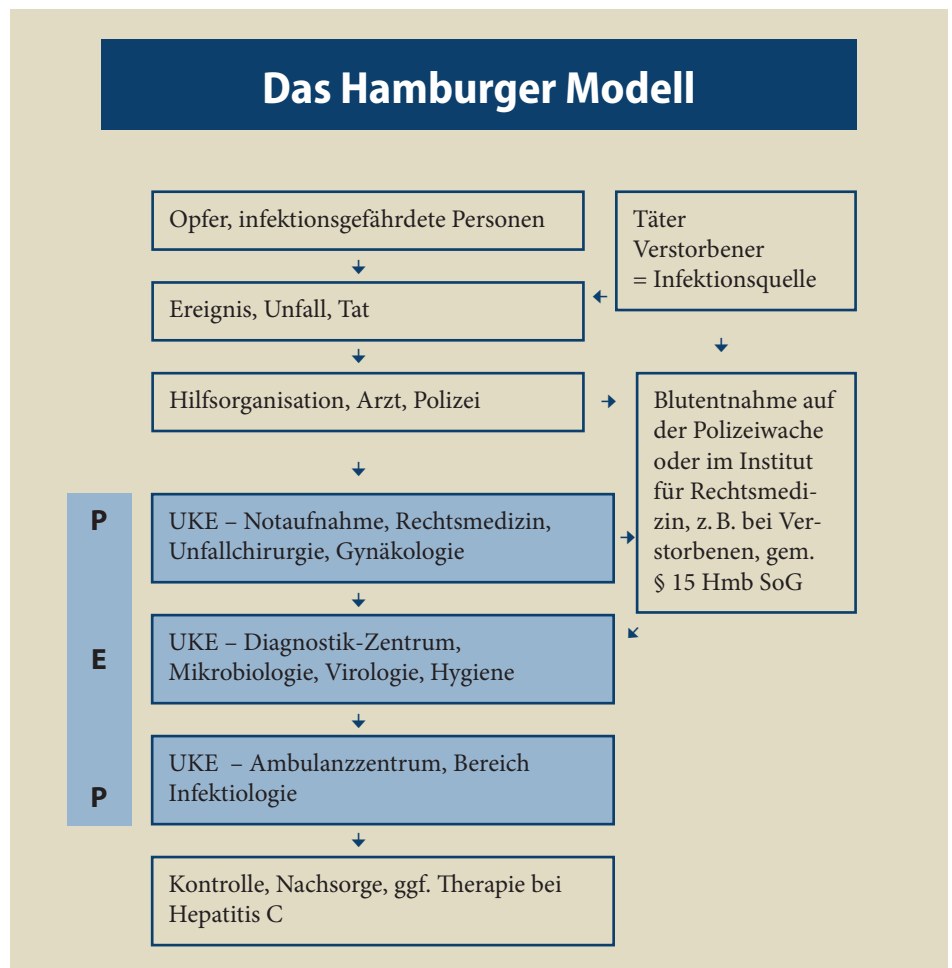
Aufgrund der weit reichenden Konsequenzen sind die Bemühungen besonders auf die Vermeidung einer HIV- und Hepatitis B-Infektion zu richten, für die Hepatitis C ist dies nach wie vor nicht möglich. Eine Entscheidung zur Indikation einer HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) sollte sich an den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts bzw. der Deutsch-Österreichischen Gesellschaft für AIDS orientieren.

PEP-Indikation

Eine Frage, die sich häufig stellt, ist die nach dem Serostatus des Täters. Im Jahre 2007 waren ca. 66% der Täter bei Vergewaltigung dem Opfer zumindest flüchtig bekannt (Hamburger Kriminalstatistik). In Hamburg erlaubt die Gesetzeslage, beim Täter – auch gegen seinen Willen – eine Blutprobenentnahme und eine Untersuchung auf HIV und Hepatitis durchzuführen und somit eine PEP-Indikation zu überprüfen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist in Hamburg § 15 IV, Satz 3 HmbSOG „Durchsuchung und Untersuchung von Personen“. Die Anzahl von Verletzungen mit kontaminierten Spritzen ist nicht genau bekannt, da es sich hier nicht nur um vorsätzliche Verletzungen handelt.

In den meisten Fällen muss jedoch die Entscheidung einer PEP-Indikation ohne Kenntnis des Serostatus des Täters allein aufgrund der Situationsbeschreibung und des Täterprofils mit Wissen über die Prävalenz in den entsprechenden Bevölkerungsgruppen erfolgen. Natürlich kann dies immer erst nach ausführlicher Absprache und nach Aufklärung der Opfer über Nutzen und Risiko der Maßnahme erfolgen.

Häufig ist es nicht möglich, sofort eine in jeder Hinsicht ausgewogene Entscheidung zu treffen. Deshalb haben wir uns entschieden, im Zweifelsfall mit einer PEP zu beginnen



und in den nächsten Tagen mit weiteren Informationen und Abstand vom Geschehen die Indikation durch Infektiologen zu überprüfen. Für diese Situation sind von unserer Apotheke „starter-packs“ zur Verfügung gestellt worden, die die medikamentöse Versorgung für fünf Tage sicherstellen. In diesem Zeitraum ist es auch möglich, den Täter einer Untersuchung zuzuführen.

Postexponentielle Impfung

Bezüglich einer Hepatitis B (HBV), deren Übertragungsrisiko sehr viel höher als die der HIV-Infektion ist, kann nach Kenntnis des Impfstatus des Opfers über eine postexponentielle Impfung entschieden werden. Die Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikrobiologie ermöglicht eine zeitnahe Untersuchung des HBV-Serostatus und ggf. des Impftiters des Opfers. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit können wir nicht nur die Akutversorgung, sondern auch die adäquate Weiterbetreuung sicherstellen. Bei einer Infektion mit Hepatitis C, die bei Verletzungen mit kontaminierten Nadeln im Vordergrund steht, kann diese durch eine

entsprechende Nachsorge frühzeitig erkannt und therapiert werden, was die Heilungschancen deutlich verbessert.

Die Kontaktaufnahme bei befürchteter Infektionsgefahr durch Gewaltdelikte erfolgt entweder über die Polizei, die medizinische Notaufnahme oder direkt über die beteiligten Institute.

Bei Anfragen durch das Opfer ist diesem – unabhängig von einer Anzeige – zur ärztlichen Untersuchung zu raten.

In gleicher Weise können externe medizinische Einrichtungen, Opferhilfsorganisationen oder Personen (z.B. Polizei, Ärzte) zur Betreuung von Gewaltopfern beraten werden. Ebenso kann auch zu Fragen einer Postexpositionsprophylaxe (PEP), die aus anderen Gründen erforderlich ist, Stellung genommen werden.

Enges Zeitfenster

Schnelles Handeln ist wichtig, um das enge Zeitfenster für eine PEP nicht zu verpassen. Das „Hamburger Modell“ ist ein Konzept zur Betreuung potenzieller Opfer nach Gewaltdelikten, das eine schnelle und optimale me-

medizinische Betreuung ohne Verzögerung der rechtsmedizinischen Untersuchung und der Asservierung von Spurenmaterial ermöglicht. Außerdem besteht die Möglichkeit, eine psychosoziale Betreuung der Opfer zu initialisieren und auf die rechtlichen Rahmenbedingungen einzugehen.

Kontakt:

Ambulanzzentrum des UKE, Bereich Infektiologie, Dr. Olaf Degen, Dr. Sandra Hertling, Tel.: 42803-2831, Institut für Rechtsmedizin, UKE, Prof. Dr. Klaus Püschel, Dr. Dragana Seifert, Tel.: 42803-2127, Medizinische Klinik I, Bernhard-Nocht-Klinik des UKE, Dr. Stefan Schmiedel, Tel.: 42803-2040, 42818-0.

¹Zentrum für Diagnostik, Institut für Rechtsmedizin, UKE; ²Zentrum für Diagnostik, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene, UKE; ³Zentrum für Innere Medizin, I. Medizinisch Klinik und Poliklinik (Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Tropenmedizin) und Bernhard-Nocht-Klinik für Tropenmedizin; ⁴Ambulanzzentrum des UKE, Bereich Infektiologie

60 Jahre Menschenrechte

Ärzttekammer, Flüchtlingsbeauftragte und Patriotische Gesellschaft fordern bessere medizinische Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.

Von Sandra Wilsdorf

Medizinische Versorgung als Menschenrecht

„Uns Ärzten ist völlig egal, warum jemand in Hamburg ist. Für uns ist nur wichtig, dass unser medizinisches System allen Kranken, die bei uns leben, offen steht“, sagte Dr. Frank Ulrich Montgomery auf einer Pressekonferenz, die die Ärztekammer Hamburg gemeinsam mit der Patriotischen Gesellschaft von 1765 und der Flüchtlingsbeauftragten der Nordelbischen Evangelisch-lutherischen Kirche zum 60. Jahrestag der Deklaration der Menschenrechte gab.

Am 10. Dezember 1948 hatten die Vereinten Nationen die Erklärung verabschiedet. Sie besteht aus 30 Artikeln, die die grundlegenden Ansichten über die Rechte darstellen, die jedem Menschen zustehen, „ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer

oder sonstiger Anschauung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand.“

„Die Deklaration der Menschenrechte war eine Reaktion auf die schrecklichen Ereignisse des Zweiten Weltkrieges, in dem Menschenrechte nicht existierten. Sie zu achten, ist bis zum heutigen Tage eine wichtige Aufgabe für uns alle. Auch bei uns müssen wir Sorge dafür tragen, dass sie für alle Menschen gleichermaßen gelten“, so Montgomery.

Angst vor Abschiebung

Der 10. Dezember wird weltweit als „Tag der Menschenrechte“ begangen. Zu seinem 60. Geburtstag haben Ärztekammer, Patriotische Gesellschaft und Flüchtlingsbeauftragte

Artikel 25

1. Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.
2. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche wie außereheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.

gemeinsam in einer Pressekonferenz sowie einer öffentlichen Vortragsveranstaltung den Schwerpunkt auf das Thema „Menschenrechte und Medizin“ gelegt. Denn während Artikel 25 jedem Menschen „das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen“ zuspricht, sieht die Realität anders aus. Denn Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten, gehen selten zum Arzt. Sie haben keine Versichertenkarte. Vor allem aber fürchten sie, dass die Behandlung dazu führt, dass sie den Behörden gemeldet

und dann abgeschoben werden. Ihnen Zugang zu medizinischer Versorgung zu verschaffen und damit ihre Situation zu verbessern, war das Anliegen der Pressekonferenz. Dr. Dirk Hauer, Fachbereichsleiter Migration und Existenzsicherung beim Diakonischen Werk Hamburg, forderte: „Das Recht auf Gesundheitsversorgung ist ein soziales Grund- und Menschenrecht. Es ist unteilbar.“ Er betonte dabei, wie wichtig es sei, die Kostenübernahme gerade im Falle chronischer Erkrankungen zu regeln und berichtete, dass die Diakonie eine Studie zu den Lebensumständen von Menschen in Auftrag gegeben hat, die sich illegal in der Stadt aufhalten. Es wird dabei auch um die medizinische Versorgung gehen, Ergebnisse sollen im Herbst 2009 vorliegen. Die Diakonie engagiert sich zudem für das Projekt Flüchtlingsambulanz im Bezirk Altona.

Montgomery beschrieb den Teufelkreis, in dem sich die Betroffenen befinden: „Das Leben in der Illegalität sorgt für erhebliche psychische Belastungen, die viele Krankheitsbilder verschlimmern oder für zusätzliche psychiatrische Leiden verantwortlich sind.“ Aus Angst, den Behörden gemeldet zu werden, zögerten die Menschen den Arztbesuch jedoch so lange wie möglich hinaus. „Oft ist ihr Leiden dann sehr viel weiter fortgeschritten und schwieriger zu behandeln, als es das in einem Anfangsstadium gewesen wäre“, so der Ärztekammerpräsident, der auch Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer ist. Die Behandlung dieser Patienten werde noch dadurch erschwert, dass sie nur selten eine dokumentierte Krankengeschichte hätten. Der Austausch unter Kollegen sei deshalb kaum möglich. Besonders schwierig sei es für Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen, die immer wieder bestimmte Medikamente bräuchten.

Ärzte behandeln im Notfall; die Politik ruht sich darauf aus

Die Ärzte tun in dabei ihr Möglichstes: „Ich bin stolz, dass es in Hamburg noch nie Klagen darüber gegeben hat, dass ein Arzt jemanden im Notfall nicht behandelt hätte, weil er einen illegalen Aufenthaltsstatus hatte“, so Montgomery. Ausdrücklich hob er die 70 bis 100 niedergelassenen Hamburger Mediziner hervor, die sich besonders um die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe kümmern, indem sie regelmäßig von der „Medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen Hamburg“ vermittelte Patienten behandeln: „Wir ziehen den Hut vor diesem Engagement.“ Die Politik dürfe sich jedoch nicht auf dem Altruismus der Ärzte ausruhen. „Wir fordern daher endlich eine dauerhafte und verlässliche Lösung“, so Montgomery. Dies könne über einen Fonds geregelt werden wie in den Niederlanden.

Aber auch ein anonymer Krankenschein sei denkbar. Nur so könne diesen Menschen auf Dauer die Angst vor dem Arztbesuch genommen und gleichzeitig die Vergütung der ärztlichen Leistung sichergestellt werden.

Fanny Dethloff, Flüchtlingsbeauftragte der Nordelbischen Kirche, ergänzte: „Für jeden Mann, jede Frau, jedes Kind gelten die völkerrechtlich verbindlichen Menschenrechte unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Die Verpflichtung, die sich daraus ergeben, sollten für eine weltoffene Stadt wie Hamburg selbstverständlich sein.“ Sie lenkte besonderes Augenmerk auf die Situation schwangerer Frauen und ihrer Kinder: „Aus Angst vor Abschiebung, nehmen diese Frauen kaum an Schwangerenvorsorgen teil und entbinden möglichst ambulant.“ Anschließend verschwand sie wieder in der Illegalität – mit allen Risiken, die das für Mutter und Kind mit sich bringt.

„Der Zustand der Illegalität perpetuiert sich so von einer Generation in die nächste“, so Montgomery. Es leben Kinder in dieser Stadt, die niemand registriert hat, die an keinen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, die niemand in den Kindergarten oder in die Schule einlädt.

„Bereicherung für diese Stadt“

„Dabei“, so sagte Hartmut Roß, Sprecher des Arbeitskreises Interkulturelles Leben der Patriotischen Gesellschaft von 1765, „glauben wir, dass die vielen Migranten eine Bereicherung für diese Stadt sind.“ Der Patriotischen Gesellschaft ginge es um das Zusammenleben aller Menschen in Hamburg. „Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen, die in unserer Stadt leben, ihre Rechte auch wirklich wahrnehmen können. Das dient der humanen und friedlichen Entwicklung Hamburgs.“

Vortragsveranstaltung „Menschenrechte und Medizin“

„Nicht als einen Tag zum Feiern, sondern als einen Tag der Mahnung“ bezeichnete Dr. Jürgen Mackensen den 60. Jahrestag der Deklaration der Menschenrechte. In seiner Begrüßung stimmte der Vorstandsvorsitzende der Patriotischen Gesellschaft von 1765 nachdenkliche Töne an. Klaus Schäfer, Vizepräsident der Hamburger Ärztekammer, machte in seiner Rede klar, dass „es in unserem Land Menschen gibt, die Teil unserer Gesellschaft sind, und doch nicht dazu gehören.“ Er betonte die Forderung der Ärzteschaft, dass auch Mitbürger, die ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland lebten, Zugang zur medizinischen Versorgung haben müssten. Er ging auch auf Unsicherheiten in der Ärzteschaft ein: „Einige Kollegen glauben, dass sie illegal in Deutschland lebende Patienten an die Behörden melden müssen.“ Das sei nicht der Fall. Die Ärztekammer habe eine Informationsbroschüre erstellt, die Ärzte hierzu über Rechte und Möglichkeiten aufklärt. Im ersten Vortrag berichtete die Berliner Wissenschaftlerin Sabine Schleiermacher über „Medizin im Nationalsozialismus. Volkswohl contra Individualwohl.“ Die Theologin und promovierte Medizinhistorikerin vom Institut für Geschichte der Medizin der Charité berichtete, wie die Expertise der Ärzte zur Umsetzung nationalsozialistischer Rassenpolitik genutzt wurde, „und damit auch Akzeptanz in der Bevölkerung erwirkte.“ Dr. Sigrid Graumann, Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft in Berlin, schlug in ihrem Vortrag den Bogen von 1948 bis heute. Sie sprach vor allem über zwei Gruppen, die in unserer Gesellschaft ihr Recht auf medizinische Versorgung nur schwer in Anspruch nehmen können. Es ging dabei um Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sowie um behinderte Menschen. Um erstere besser zu versorgen, favorisierte sie die geschützte Vermittlung von Krankenscheinen, ohne dass dabei Patientendaten übertragen würden. „So würde den Menschen zugänglich gemacht, was ihnen ohnehin zusteht“, so die Biologin, die auch



Klaus Schäfer

Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer ist. Bei der Situation behinderter Menschen machte Graumann auf Schwierigkeiten aufmerksam, die viele schon beim Zugang zu Praxis oder Klinik haben. Kommunikationsprobleme mit geistig behinderten Menschen seien auch eine große Hürde. Es fehle Ärzten oft an Zeit, an Geduld, Wissen und Verständnis für die speziellen Bedürfnisse. Behinderte Menschen gingen deshalb häufig nicht oder nicht rechtzeitig zum Arzt. Durch die Gesundheitsreform würden sie zusätzlich benachteiligt, „viele von ihnen sind lebenslang auf Sozialhilfe angewiesen, steigende Zuzahlungen und Praxisgebühr treffen sie hart.“ Der Bundestag wird demnächst die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifizieren und damit einen gewissen Handlungsdruck erzeugen. So fordere die UN-Konvention beispielsweise, den Mehraufwand der Mediziner bei der Behandlung behinderter Menschen angemessen zu vergüten, es soll eine Liste mit Ärzten und Kliniken geben, die besonders erfahren in der Behandlung dieser Patienten sind sowie entsprechende Schulungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen. „Es wird eine Herausforderung sein, das künftig umzusetzen“, urteilte die Wissenschaftlerin. Aber Politik, Staat und Ärzteschaft seien zur Lösung der Probleme verpflichtet.

| san

2.000 Jahre alt: Ovids Seuchenreport in Hexametern

Als das Übel von Erden noch schien und verborgen so großen / Unheils Grund, versuchte mit ärztlicher Kunst man zu wehren. / Doch überwunden erlag die Mühe, besiegt durch den Ausgang. / Schwerer Himmel drückte zuerst die Erde mit dichten / Dünsten und schloß in Wolken die lähmend lastende Schwüle. / Viermal erfüllte der Mond, seine Hörner schließend, die Scheibe, / viermal löste, schwindend, die volle er auf; so lange / wehten mit tödlichem Hauch die heißen Winde aus Süden. / Sicher ist dies: es drang auch in Seen und Quellen der Schaden; / Schlangen, tausende, krochen im unbestellten Gelände / weit umher und verseuchten den Fluß mit dem Gift ihres Geifers. / Sterben von Hunden und Vögeln, von Schafen und Rindern, des Wildes, / ließ zuerst die Macht der jähen Krankheit erkennen. / Mitten im Werken sieht, erstaunt, der betroffene Pflüger / stürzen die starken Stiere und sinken hin in die Furche. / Matt und kläglich blöken die Schafe der Herden, die Wolle / fällt von selbst ihnen aus, das Fleisch am Leib ihnen schwindet. / Einst so feurig, das Pferd, von hohem Ruhm in der Rennbahn, / schändet die Palmen der Siege; vergessend der früheren Ehren, / steht's vor der Krippe und stöhnt, einem trägen Tode verfallen. / Nicht mehr gedenkt der Eber zu toben, / zu traun ihren flinken / Läufen die Hündin, der Bär zu befallen die kräftigen Rinder. / Siech ist alles und matt. In den Wäldern, Feldern und Wegen / liegen, häßlich, die Leiber; Gestank verpestet die Luft, und - / Seltsam! hört: Die Hunde, die gierigen Vögel, die grauen / Wölfe, sie rührten die Leichen nicht an. In Verwesung zerfallend, / dünsteten sie Schaden aus und schickten weithin die Verseuchung. / Schwereren Schaden zu schaffen, gelangt die Pest zu den armen / Pächtern und herrscht dann bald in den Mauern der volkreichen Hauptstadt. / Glühend dörrt es zuerst das Geweide; der inneren Flamme / Merkmal, zeigt sich Röte und heißer, keuchender Atem. / Rauh, geschwollen die Zunge; der Mund, vertrocknet vom warmen / Winde, er klafft und holt in schweren Zügen die Luft ein. / Decken des Lagers, Umhüllung vermögen sie nicht zu ertragen: / Bäuchlings betten sie nackt den Leib auf die Erde, doch wird nicht / kühl von dem Boden der Leib, der Boden wird heiß von dem Leibe. / Keiner, der Einhalt gebeut; auf die Heilenden selber gerade / stürzt sich des Sterbens Wut. Seine Künste, sie schaden dem Arzte. / Denn, je näher er kommt und je treuer ein jeder dem Kranken / dient, desto rascher verfällt er dem Tod. Wie die Hoffnung auf Heilung / schwindet, und wie sie im Grab nur ein Ende der Krankheit ersehen, / geben sie nach dem Gelüst und sorgen nicht mehr, was fromme. / Frommen kann ja doch nichts. Sie drängen, der Scham sich entschlagend, / hier und dort sich in Quellen, in Flüsse und räumige Brunnen, / und nicht früher erlischt der Trinkenden Durst als ihr Leben. / Schweren Leibes vermögen sich Viele von dort nicht zu heben, / sterben mitten im Wasser, - und doch schöpft mancher von diesem. / So verhaßt und so zum Ekel den Armen das Bett: sie / springen heraus, und wenn die Schwäche sie hindert am Aufstehn, / wälzen den Leib sie zum Boden hinab. Aus dem eigenen Hause / flieht ein jeder; es scheint einem jeden sein Heim eine Gruft, und / da verborgen der Grund, gibt man schuld der Enge des Raumes. / Halbentseelt auf den Wegen, - solange sie zu stehn noch vermochten -, / konntest du taumeln sie sehn und Andere weinend am Boden / liegen, in letzter Regung die matten Augen verdrehen, / auf zu des lastenden Himmels Gestirn die Arme erheben, / hier und dort, wo der Tod sie gefaßt, ihr Leben verhauchen. / Wie war mir da zu Mut? Wie anders, als mir gebührte! / Daß ich das Leben haßte und wünschte, den Meinen zu folgen. / Wo sich die Schärfe des Auges auch hinwendet - in Menge / lagen sie hingestreckt da, wie mürb von geschüttelten Zweigen / Äpfel fallen und wie von erschütterter Eiche die Eicheln. / [...]

Nicht nach den Bräuchen trägt man die von dem Sterben entrafften / Leiber hinaus, die Tore zu eng für die Züge der Leichen! / Unbestattet liegen sie da am Boden, man schafft sie / ohne die Gaben auf Stöße von Holz. Keine Scheu ist geblieben, / schon um die Scheiter ist Streit, man verbrennt auf Feuern von Fremden. / Niemand, der weine, ist da; der Tränen Spende entbehrend, / Irren der Söhne und Männer, der Greise und Jünglinge Seelen. / Und es gebricht den Hügeln an Raum, an Bäumen den Feuern. / [...]

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztchamber Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion

Nicola Timpe, Dorthie Kieckbusch

Verlag

Hamburger Ärztchamber GmbH & Co KG
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Achtung! Geänderte Telefon- und Faxnummern!
Telefon: 040 / 20 22 99-2 05
Fax: 040 / 20 22 99-4 00
E-Mail: verlag@aekhh.de

Anzeigen

Verlag Francis von Wels,
Inhaber Heiner Schütze e.K.
Marschnerstieg 2, 22081 Hamburg
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg
Telefon: 040 / 29 80 03 - 0
Fax: 040 / 29 80 03 90

Anzeigenverkauf: Bernd Roloff

Telefon: 040 / 29 80 03 - 22

E-Mail: info@wels-verlag.de

Internet: www.wels-verlag.de

Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 39
vom 1. 9. 2008

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Peter Haase
info@studiohaase.de

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 14 400

Redaktionsschluss ist jeweils
am 15. des Vormonats.
Das nächste Heft erscheint am
10. Januar.

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung

Aufgrund von § 6 Abs. 6 i.V.m. § 57 S. 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe vom 14. Dezember 2005 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I v. 20.12.2005, S. 495 ff), zuletzt geändert am 14.12.2007 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I S. 17,18) hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 14.01.2008 und 01.09.2008 die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung beschlossen, die die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit am 20.11.2008 genehmigt hat.

§ 1

1. Im **Inhaltsverzeichnis** wird der Gliederungspunkt **12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin** wie folgt geändert:

- „12.2 FA Innere Medizin (Internist / Internistin)
- 12.3.1 FA Innere Medizin und Angiologie
- 12.3.2 FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 12.3.3 FA Innere Medizin und Gastroenterologie
- 12.3.4 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 12.3.5 FA Innere Medizin und Kardiologie
- 12.3.6 FA Innere Medizin und Nephrologie
- 12.3.7 FA Innere Medizin und Pneumologie
- 12.3.8 FA Innere Medizin und Rheumatologie“

2. In § 3 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Für die gem. §§ 18, 18a, 18b und 19 erworbenen Bezeichnungen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.“

3. § 18 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Anwendung der §§ 18 bis 18c gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Ausbildungsnachweise sind Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise, die von einer zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates für den Abschluss einer überwiegend in der Europäischen Union absolvierten Ausbildung ausgestellt werden.

2. Zuständige Behörde ist jede von den Mitgliedstaaten mit der besonderen Befugnis ausgestattete Behörde oder Stelle, Ausbildungsnachweise und andere Dokumente oder Informationen auszustellen bzw. entgegenzunehmen sowie Anträge zu erhalten und Beschlüsse nach der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Amtsblatt der Europäischen Union vom 30. September 2005) zu fassen.

(2) Wer als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Union oder Deutschland und die Europäische Gemeinschaft vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, einen Ausbildungsnachweis für eine Weiterbildung besitzt, der nach der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen oder nach dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum gegenseitig anerkannt wird, erhält auf Antrag das Recht zum Führen einer dieser Weiterbildungsordnungen entsprechenden Bezeichnung. Die gegenseitig anzuerkennenden Ausbildungsnachweise sind dem Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG sowie den entsprechenden Ergänzungen des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum für die Staaten Liechtenstein, Island und Norwegen zu entnehmen.

(3) Stimmt bei Antrag eines Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Union oder Deutschland und die Europäische Gemeinschaft vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, die Bezeichnung eines Ausbildungsnachweises nicht mit der für den betreffenden Staat im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG oder in dem

Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgeführten Bezeichnung überein und wird eine Bescheinigung der zuständigen Behörde oder Einrichtung vorgelegt, so erhält er eine Anerkennung für eine entsprechende Kompetenz und das Recht zum Führen einer dieser Weiterbildungsordnungen entsprechenden Bezeichnung. Aus dieser Bescheinigung muss hervorgehen, dass der betreffende Ausbildungsnachweis den Abschluss einer Weiterbildung entsprechend den Bestimmungen des Anhangs V der Richtlinie 2005/36/EG oder dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum bestätigt oder von dem ausstellenden Mitgliedstaat oder Vertragsstaat mit demjenigen Ausbildungsnachweis gleichgestellt wird, der im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG oder in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgeführt ist.

(4) Die von dem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Union oder Deutschland und die Europäische Gemeinschaft vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, in einem der anderen Mitglied- oder Vertragsstaaten abgeleiteten Weiterbildungszeit, die noch nicht zu einem Ausbildungsnachweis gemäß Abs. 2 S. 1 geführt hat, ist nach Maßgabe des § 10 auf die in dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten Weiterbildungszeiten ganz oder teilweise anzurechnen. Dasselbe gilt für die Weiterbildungszeit, welche durch eine von der zuständigen Behörde eines Mitglied- oder eines anderen Vertragsstaates ausgestellten Ausbildungsnachweis, der nicht unter die Regelungen des Absatzes 2 fällt, belegt ist, soweit diese Weiterbildungszeit der nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht. Dabei ist die im anderen Mitglied- oder Vertragsstaat erworbene Berufserfahrung und dort durchgeführte Zusatzausbildung zu berücksichtigen.“

4. Hinter § 18 werden die folgenden §§ 18a bis 18c eingefügt:

4.1.

„§ 18a

Anerkennung erworbener Rechte

Als ausreichenden Nachweis erkennt die Ärztekammer bei Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie bei Staatsangehörigen anderer Vertragsstaaten des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder Vertragsstaaten, denen Deutschland und die Europäische Union oder Deutschland und die Europäische Gemeinschaft vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, deren von Mitglieds- oder Vertragsstaaten ausgestellten Ausbildungsnachweis an, der die Aufnahme fachärztlicher Tätigkeit gestattet, auch wenn dieser Ausbildungsnachweis nicht alle Anforderungen an die Ausbildung nach den Artikeln 24 und 25 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt, sofern dieser Nachweis den Abschluss einer Ausbildung belegt, der vor den in Anhang V Nummern 5.1.1 und 5.1.2 der genannten Richtlinie aufgeführten Stichtagen begonnen wurde, und sofern ihnen eine Bescheinigung darüber beigefügt ist, dass der Inhaber während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffenden Tätigkeiten ausgeübt hat.“

4.2.

„§ 18b

Anerkennung von Drittlanddiplomen

Einem Ausbildungsnachweis gleichgestellt ist jeder in einem Drittland ausgestellte Ausbildungsnachweis, sofern der Arzt in dem betreffenden Beruf drei Jahre Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedsstaats, der diesen Ausbildungsnachweis nach Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG anerkannt hat, besitzt und dieser Mitgliedstaat diese Berufserfahrung bescheinigt.“

4.3

„§ 18c

Verfahren für die Anerkennung der Berufsqualifikationen gemäß §§ 18, 18a und 18b

(1) Die Ärztekammer erteilt auf Anfrage einem Arzt Auskunft zur Weiterbildungsordnung und zum Verfahren.

(2) Die Ärztekammer bestätigt dem Arzt binnen eines Monats den Empfang der Unterlagen und teilt ihm gegebenenfalls mit, welche Unterlagen fehlen. Das Verfahren für die Prüfung eines Antrags auf Zulassung zur fachärztlichen Tätigkeit muss innerhalb kürzester Frist abgeschlossen werden, spätes-

Mitteilungen

tens jedoch drei Monate nach Einreichung der vollständigen Unterlagen des Arztes; die Entscheidung muss begründet werden. Diese Frist kann in Fällen, die unter die Kapitel I und II des Titels III der Richtlinie 2005/36/EG fallen, um einen Monat verlängert werden.

(3) Auf das Verfahren finden in den Fällen des Art. 14 Abs. 1 Buchstaben a) bis c) der Richtlinie 2005/36/EG die Bestimmungen der §§ 10, 12-16 entsprechend Anwendung.“

5. § 19 erhält folgende Fassung:

„(1) Eine Weiterbildung in Staaten außerhalb der Europäischen Union und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht und eine Weiterbildung von mindestens 12 Monaten in einer angestrebten Bezeichnung in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet worden ist. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn sie von einem Arzt abgeleistet wurde, der nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates ist. Auf das Verfahren der Ankerkennung finden die §§ 11 bis 16 entsprechende Anwendung.

(2) Im Übrigen sind die durch die Europäische Union und die Bundesrepublik Deutschland vertraglich eingeräumten Rechtsansprüche, insbesondere in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, zu berücksichtigen.“

6. In den **Begriffserläuterungen** wird der Punkt **Ambulanter Bereich** um den Begriff „Medizinische Versorgungszentren“ ergänzt.

7. In der Übersicht **Abschnitt B Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen** wird Gliederungspunkt **12. Innere Medizin und Allgemeinmedizin** in der Spalte FA- und SP-Kompetenz wie folgt geändert:

- „12.2 FA Innere Medizin (Internist / Internistin)
- 12.3.1 FA Innere Medizin und Angiologie
- 12.3.2 FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- 12.3.3 FA Innere Medizin und Gastroenterologie
- 12.3.4 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- 12.3.5 FA Innere Medizin und Kardiologie
- 12.3.6 FA Innere Medizin und Nephrologie
- 12.3.7 FA Innere Medizin und Pneumologie
- 12.3.8 FA Innere Medizin und Rheumatologie“

8. In Abschnitt B Ziff. 3. **Arbeitsmedizin** werden im ersten Gliederungspunkt der Überschrift **Weiterbildungszeit** hinter die Worte „24 Monate“ die Worte „im Gebiet“ eingefügt.

9. Abschnitt B Ziff. 7. **Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe / Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin** wird wie folgt geändert:

9.1. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird der 2. Aufzählungspunkt gestrichen.

9.2. Unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird der 2. Spiegelstrich gestrichen.

9.3. Unter der Überschrift **Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** wird „Mitwirkung bei größeren fertilitätschirurgischen Eingriffen einschließlich hysteroskopischer und laparoskopischer Verfahren, z.B. bei Endometriose, Tuben- und Ovarchirurgie 50“ gestrichen.

10. In Ziffer **12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin** werden die Sätze 1 und 2 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** wie folgt gefasst:

„Ziel der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin ist die Erlangung der Facharztcompetenzen 12.1, 12.2 und/oder 12.3 nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte. Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenden Facharztcompetenzen 12.1, 12.2 und 12.3.“

11. Ziffer **12.1 Facharzt / Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin** wird wie folgt geändert:

11.1 Der Satz nach der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztcompetenz Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin) nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der

Inhalte der Basisweiterbildung und des Weiterbildungskurses.“

11.2 Der erste Gliederungspunkt nach der Überschrift **Weiterbildungszeit** erhält folgende Fassung:

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin, davon können bis zu“

11.3. Der erste Spiegelstrich nach der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** erhält folgende Fassung:

„ – den Inhalten der Basisweiterbildung“

12. Ziff. **12.2.** erhält folgende Fassung:

„**12.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin**
(Internist/Internistin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztcompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbeauftragten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 24 Monate stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können.

oder

- 24 Monate stationäre Weiterbildung in den Facharztcompetenzen 12.2 und/oder 12.3, die in mindestens 2 verschiedenen Facharztcompetenzen abgeleistet werden, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können.

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztcompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den Inhalten der Basisweiterbildung
- der Vorbeugung, Erkennung, Beratung und Behandlung bei auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der inneren Organe
- der Erkennung und konservativen Behandlung der Gefäßkrankheiten einschließlich Arterien, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße und deren Rehabilitation
- der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Stoffwechselleiden einschließlich des metabolischen Syndroms und anderer Diabetes-assoziiierter Erkrankungen
- der Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich deren Infektion, z.B. Virushepatitis, bakterielle Infektionen des Intestinaltraktes
- der Erkennung und Behandlung maligner und nicht maligner Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des lymphatischen Systems
- der Erkennung und Behandlung von soliden Tumoren
- der Erkennung sowie konservativen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße, des Perikards
- der Erkennung und konservativen Behandlung der akuten und chronischen Nieren- und renalen Hochdruckerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen
- der Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Lunge, der Atemwege, des Mediastinums, der Pleura einschließlich schlafbezogener Atemstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestation pulmonaler Erkrankungen
- der Erkennung und konservativen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen einschließlich der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, der Vaskulitiden, der entzündlichen Muskelerkrankungen und Osteopathien
- der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere bei multimorbiden Patienten mit inneren Erkrankungen
- der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Maßnahmen
- den gebietsbezogenen Infektionskrankheiten einschließlich der Tuberkulose
- der gebietsbezogenen Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung

- der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters und deren Therapie
- den geriatrisch diagnostischen Verfahren zur Erfassung organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen
- der Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten einschließlich palliativ-medizinischer Maßnahmen
- der intensivmedizinischen Basisversorgung

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Richtzahl
Echokardiographien sowie Doppler-/ Duplex-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße	150
Mitwirkung bei Bronchoskopien einschließlich bronchoalveolärer Lavage	25
Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, einschließlich interventioneller Notfallmaßnahmen und perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG)	100
Untere Intestinoskopien einschließlich endoskopischer Blutstillung, davon Proktoskopien	100 20
Therapie vital bedrohlicher Zustände, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den Methoden der Notfall- und Intensivmedizin einschließlich Intubation, Beatmungsbehandlung sowie Entwöhnung von der Beatmung einschließlich nichtinvasiver Beatmungstechniken, hämodynamisches Monitoring, Schockbehandlung, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation, Schrittmacherbehandlung	50
Selbstständige Durchführung von Punktionen, z.B. an Blase, Pleura, Bauchhöhle, Liquorraum, Leber, Knochenmark einschließlich Knochenstanzen	100

13. Ziffer 12.2 **Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie** wird wie folgt geändert:

13.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.1 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

13.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:
„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Angiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

13.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

13.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

13.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

13.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

13.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

13.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:
„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

14. Ziffer 12.2 **Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie** wird wie folgt geändert:

14.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.2 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

14.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:
„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

14.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

14.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

14.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

14.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

14.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

14.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

15. Ziffer 12.2 **Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie** wird wie folgt geändert:

15.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.3 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

15.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Gastroenterologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

15.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

15.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

15.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

15.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

15.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

15.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

15.5. Im zweiten Spiegelstrich wird das Wort „schwerpunktbezogenen“ durch das Wort „facharztbezogenen“ ersetzt.

16. Ziffer 12.2 **Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie** wird wie folgt geändert:

16.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.4 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

16.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

16.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

16.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

16.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

16.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

Mitteilungen

16.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

16.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

17. Ziffer **12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie** wird wie folgt geändert:

17.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.5 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

17.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Kardiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

17.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

17.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

17.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

17.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

17.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

17.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

18. Ziffer **12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie** wird wie folgt geändert:

18.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.6 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

18.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Nephrologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

18.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

18.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

18.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

18.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

18.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

18.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

19. Ziffer **12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie** wird wie folgt geändert:

19.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.7 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

19.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Pneumologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

19.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

19.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

19.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

19.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

19.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

19.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

20. Ziffer **12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie** wird wie folgt geändert:

20.1. In der Überschrift wird Ziffer 12.2 zu Ziffer 12.3.8 und das Wort „Schwerpunkt“ wird gestrichen.

20.2. Satz 1 unter der Überschrift **Weiterbildungsziel** erhält folgende Fassung:

„Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Rheumatologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.“

20.3. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** wird folgendes geändert:

20.3.1. Im ersten Gliederungspunkt werden die Worte „internistischen Patientenversorgung“ durch die Worte „Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ersetzt,

20.3.2. Im zweiten Gliederungspunkt werden die Worte „im Schwerpunkt“ durch das Wort „in“ ersetzt.

20.3.3. Im ersten Spiegelstrich des zweiten Gliederungspunktes werden hinter dem Komma die Worte „die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“ ergänzt.

20.3.4. Hinter Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

20.4. Der erste Spiegelstrich unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wird wie folgt gefasst:

„- den Inhalten der Basisweiterbildung“

21. In den **Übergangsbestimmungen des Abschnittes B Ziffer 12** erhält Satz 5 folgende neue Fassung:

„Kammerangehörige, die eine Schwerpunktbezeichnung im Gebiet Innere Medizin besitzen, sind berechtigt, stattdessen die entsprechende Facharztbezeichnung nach dieser Weiterbildungsordnung zu führen.“

22. In Ziffer **14. Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** wird unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** / Unterpunkt Selbsterfahrung hinter dem Wort „Verfahren“ ein Punkt gesetzt und folgender Satz 2 ergänzt:

„Die Selbsterfahrung muss in dem gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.“

23. In Ziffer **15. Gebiet Laboratoriumsmedizin** werden unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** im ersten Gliederungspunkt hinter dem Wort „in“ die Worte „den Gebieten“ ergänzt.

24. In Ziffer **26. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie** wird unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** folgendes geändert:

24.1. Im 5. Spiegelstrich des Unterpunktes „Strukturierte Weiterbildung im speziellen Psychotherapie-Teil wird hinter dem Wort „Stunde“ das Wort „entweder“ und hinter den Worten „fundierter Psychotherapie“ die Worte „bzw. in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren“ eingefügt.

24.2. Im ersten Spiegelstrich des Unterpunktes „Selbsterfahrung“ wird hinter dem Wort „Verfahren“ ein Punkt gesetzt und folgender Satz 2 angefügt: „Die Selbsterfahrung muss in dem gleichen Verfahren erfolgen, in welchem auch die 240 Psychotherapiestunden geleistet werden.“

25. In **Abschnitt C / Akupunktur** wird in den **Übergangsbestimmungen** die Textstelle „§§ 12 – 18“ geändert in „§§ 12-16“.

26. In **Abschnitt C / Andrologie** werden unter der Überschrift **Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung** die Worte „Schwerpunktanerkennung für“ gestrichen.

27. In **Abschnitt C / Diabetologie** wird im Eingangssatz das Wort „Schwerpunktweiterbildung“ durch das Wort „Facharztweiterbildung“ ersetzt.

28. In **Abschnitt C / Geriatrie** wird in den **Übergangsbestimmungen** die Textstelle „§§ 12 – 18“ geändert in „§§ 12-16“.

29. In **Abschnitt C / Hämostaseologie** werden unter Überschrift **Weiterbildungszeit** vor den Worten „Innere Medizin und Angiologie“ die Worte „Innere Medizin,“ eingefügt.

30. Der **Abschnitt C / Medikamentöse Tumorthherapie** wird wie folgt geändert:

30.1. Der Eingangssatz wird wie folgt neu gefasst:
„Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie sind integraler Bestandteil der Facharztweiterbildungen in Innere Medizin, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie, Strahlentherapie sowie der Schwerpunktweiterbildung Gynäkologische Onkologie und Kinder-Hämatologie und -Onkologie und verleihen den Kammerangehörigen, die über die Anerkennung dieser Bezeichnungen verfügen, das Recht zum Führen der Bezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie.“

30.2. Der Satz unter der Überschrift **Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung** wird wie folgt neu gefasst:
„Facharztanerkennung in den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Urologie“

31. In **Abschnitt C / Palliativmedizin** wird in den **Übergangsbestimmungen** die Textstelle „§§ 12 – 18“ geändert in „§§ 12-16“.

32. Der **Abschnitt C / Psychoanalyse** wird unter der Überschrift **Weiterbildungsinhalt** wie folgt ergänzt:

32.1. Im ersten Spiegelstrich des Unterpunktes „Theoretische Weiterbildung“ wird nach dem Wort „Fallseminar“ ein Punkt gesetzt und der Satz „Einzelne Kurse (ausschließlich der Fallseminare) können während der Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgeleistet werden“ angefügt.

32.2. Im ersten Spiegelstrich des Unterpunktes „Untersuchung und Behandlung“ wird nach dem Wort „Behandlung“ ein Punkt gesetzt und der Satz „Diese können während der Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgeleistet werden“ angefügt.

32.3. Im dritten Spiegelstrich des Unterpunktes „Untersuchung und Behandlung“ wird nach dem Wort „Sitzung“ ein Punkt gesetzt und der Satz „Davon können 300 Stunden während der Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgeleistet werden“ angefügt.

33. Der **Abschnitt C / Psychotherapie – fachgebunden** – wird wie folgt geändert:

33.1. In der „Grundorientierung psychodynamische/tiefenpsychologische Psychotherapie wird im Unterpunkt „Theoretische Weiterbildung“ im ersten Spiegelstrich die Zahl „100“ durch die Zahl „120“ ersetzt und im 4. Spiegelstrich die Zahl „20“ durch die Zahl „15“ sowie die Worte „fallbezogene Gruppenarbeit“ durch die Worte „patienten-bezogene Selbsterfahrungsgruppe“ ersetzt.

33.2. Im Unterpunkt „Selbsterfahrung“ wird die Zahl „75“ durch die Zahl „100“ ersetzt sowie der Satz „Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet“ angefügt.

33.3. In der „Grundorientierung Verhaltenstherapie“ wird im Unterpunkt „Theoretische Weiterbildung“ im ersten Spiegelstrich die Zahl „100“ durch die Zahl „120“ ersetzt.

33.4. Der zweite Spiegelstrich erhält folgende Fassung:

„– 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose“

33.5. Folgender 4. Spiegelstrich wird angefügt:

„15 Stunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppe“

33.6. Vor dem Unterpunkt „Behandlung“ wird folgender Unterpunkt eingefügt:

„Diagnostik
– 10 dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen“

33.7. Im Unterpunkt „Behandlung“ wird der Spiegelstrich „– 15 Stunden Fallseminar“ ergänzt.

33.8. Im Unterpunkt „Selbsterfahrung“ wird die Zahl „50“ durch die Zahl „100“ ersetzt sowie der Satz „Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet“ angefügt.

34. **Abschnitt C / Proktologie** wird wie folgt geändert:

34.1. Unter der Überschrift **Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung** werden hinter den Worten „Innere und Allgemeinmedizin“ die Worte „Innere Medizin,“ eingefügt.

34.2. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** werden im zweiten Gliederungspunkt hinter den Worten „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ die Worte „Innere Medizin,“ eingefügt.

35. **Abschnitt C / Schlafmedizin** wird wie folgt geändert:

35.1. Unter der Überschrift **Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung** werden hinter den Worten „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ die Worte „Innere und Allgemeinmedizin, Innere Medizin,“ eingefügt.

35.2. Unter der Überschrift **Weiterbildungszeit** werden im zweiten Gliederungspunkt hinter den Worten „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ die Worte „Innere und Allgemeinmedizin, Innere Medizin,“ eingefügt.

§ 2

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

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 14. Januar 2008 und 1. September 2008 den vorstehenden Satzungstext beschlossen.

Die Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 20. November 2008 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt, Hamburg den 26. November 2008

Gez. Klaus Schäfer
Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg

Zwischenprüfung für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Die Zwischenprüfung des Jahrganges August 2007 findet statt am

Mittwoch, den 4. März 2009 um 14 Uhr
in der Staatlichen Schule Gesundheitspflege in Wilhelmsburg.

Die Auszubildenden sind gemäß Ausbildungsvertrag § 2 k) zur Teilnahme an der Zwischenprüfung freizustellen. Nach den Bestimmungen des § 48 Berufsbildungsgesetz ist während der Berufsausbildung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eine Zwischenprüfung entsprechend der Ausbildungsordnung durchzuführen.

304. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 304. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, den 19. Januar 2009 um 20 Uhr in den Räumen des Ärztehauses.

Auf der Tagesordnung steht u. a. die Neuwahl des Aufsichtsausschusses und die Nachwahl eines Mitglieds für den Verwaltungsausschuss des Versorgungswerkes, ein Kurzbericht zum aktuellen Stand der Pflichtfortbildungen, die Besetzung der Lenkungsgruppe „Gender Mainstreaming Initiative“ und die Wahl der Delegierten für den 112. Deutschen Ärztetag in Mainz.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibungen von
Vertragsarztsitzen**Augenheilkunde**

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 21149 Hamburg hat eine Fachärztin für Augenheilkunde mit Ablauf des 31.03.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 01/09 AU

**Frauenheilkunde und
Geburtshilfe**

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 20357 Hamburg hat ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 02/09 F

In einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft in 22393 Hamburg hat ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 03/09 F

Hausärzte

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 22359 Hamburg hat eine Praktische Ärztin mit Ablauf des 31.03.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 04/09 HA

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 21107 Hamburg hat ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 05/09 HA

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 22305 Hamburg hat ein Praktischer Arzt mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 06/09 HA

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin in 20535 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 07/09 HA

Ein Arzt in 21149 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 08/09 HA

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 21073 Hamburg hat ein Facharzt für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 09/09 HA

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin in 22419 Hamburg hat mit Ablauf des 31.03.2009 auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 10/09 HA

Innere Medizin

In einer bis zum 31.12.2008 genehmigten Berufsausübungsgemeinschaft in 22459 Hamburg soll erst zum 01.04.2009 aufgrund eines Verzichtes einer Fachärztin für Innere Medizin (Schwerpunkt Rheumatologie) zum 31.12.2008 ein Vertragsarztsitz übergeben werden.

Kennziffer: 11/09 I

In einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft in 21073 Hamburg hat ein Facharzt für Innere Medizin (Schwerpunkt Kardiologie) mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 12/09 I

**Psychologische
Psychotherapeuten**

Eine Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in 21073 Hamburg hat mit Ablauf des 30.06.2009 auf ihre vertragspsychotherapeutische Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 13/09 PSY

Radiologie

In einer Berufsausübungsgemeinschaft in 20249 Hamburg hat ein Facharzt für Diagnostische Radiologie mit Ablauf des 31.03.2009 auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet.

Kennziffer: 14/09 R

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31. Januar 2009** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung - Abteilung Arztregister - Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Diese Unterlagen werden den ausscheidenden Vertragsärzten, den verbleibenden Ärzten sowie der ausscheidenden Vertragspsychotherapeutin zur Verfügung gestellt.

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen erteilt Ihnen gern Frau Steinmann, Tel. 0 40 / 2 28 02-3 26.

Erratum

4. Nachtrag vom 18.06.2008 zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Der 4. Nachtrag DMP KHK wird auf der Internetseite unter www.kvvh.de -> Amtliche Veröffentlichung -> DMP KHK aktualisiert.

Aufgrund der Prüfung hinsichtlich der Anpassung des Vertrages an Rechtsänderungen durch das BVA wurde im 4. Nachtrag § 22 Abs. 3 der 4. Spiegelstrich gestrichen: „ - Wiederherstellung des Versichertenbezuges im Einzelfall auf Verlangen eines Vertragspartner.“

Fusion der IKK-Direkt mit der TK**DMP-Patienten müssen sich nicht neu einschreiben**

Zum 1. Januar 2009 fusioniert die IKK-Direkt mit der Techniker Krankenkasse (TK). Wie die IKK-Direkt mitteilt, müssen die am DMP teilnehmenden Versicherten der IKK-Direkt nicht neu in das Programm der TK eingeschrieben werden, da es sich um eine Fusion beider Krankenkassen handelt und nicht um einen vom Versicherten initiierten Krankenkassenwechsel.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel: 22802-900

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung des AIDS-Arbeitskreises findet statt am

Montag, 26. Januar 2009, 20 Uhr,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, (Ärztehaus) Saal 3.

Herr PD Dr. med. Jan van Lunzen, Ambulanzzentrum des UKE, Bereich Infektiologie, wird referieren zum Thema: „HIV-Vakzine: Ein Update“.

Eigene Fälle aus der Praxis können wieder vorgestellt und diskutiert werden.

Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 22802-571.

KVH-Arbeitskreis „Interdisziplinäre Infektiologie“

Die nächste Sitzung findet statt am

Montag, 2. Februar 2009, 20 Uhr,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus), im Forum.

Dr. Peer M. Aries, Vortrag: „Schnittstelle Rheumatologie-Infektiologie“.

Erwünscht ist die Vorstellung eigener Fälle aus der Praxis. Sofern dies von Teilnehmern vorgesehen ist, bitten wir um vorherige telefonische Absprache (Prof. Dr. Plettenberg/Dr. Stoehr, ifi, Tel.: 040/181885-3780/-3781/-3782).

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten/Ärztinnen/Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen

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

Ortsteil		Ortsteil	
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. Hojabri, Christina Dr. Radtke, Torsten	Altona-Altstadt Billstedt	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Dipl.- Psych. Ute Rutter	Hoheluft-West
Fachärztin für Humangenetik Dr. Voigt, Rixa	Eimsbüttel	Psychologische Psychotherapeutinnen Dipl.- Psych. Alexandra Feghoff Dipl.- Psych. Julia Freifrau von Waldenfels	Altona-Altstadt Alsterdorf
Fachärzte für Innere Medizin Dr. Boehr, Antje (hausärztl. Versorgung) Dr. Laitenberger, Maria (hausärztl. Versorgung) Dr. Akrivakis, Konstantinos (fachärztl. Versorgung)	Poppenbüttel Poppenbüttel Altona-Altstadt	Zulassungen gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie	
Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin Dr. Preuße-Erismann, Anke-Kathrin	Hausbruch	Fachärzte für Orthopädie Dr. Himmelpach, Mathias Dr. Lewing, Gert	Rahlstedt Rahlstedt
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Schlüter, Timur Forster, Frank Zahn-Eichler, Ute	Hamburg-Altstadt Hamburg-Altstadt Altona-Nord	Fachärztinnen für Allgemeinmedizin Dr. Sandstede, Heike Dr. Rath, Sabine	Volksdorf Osdorf
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. Kassing, Andreas	Eimsbüttel	Fachärztin für Innere Medizin Dr. Bohlmann, Cornelia (hausärztl. Versorgung)	Bramfeld
Facharzt für Nuklearmedizin Dr. Kranz, Stephan	Bergedorf	Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. Gbur, Kornelia	Altona-Nord

Sonderbedarfszulassungen

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

Ausführende(r)	Anschrift	Umfang der Tätigkeit
Dr. med. Karin Oltmann Fachärztin für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin	Wördemannsweg 23 22527 Hamburg Tel.: 540 40 60 FAX: 540 72 57	Leistungen im Rahmen der speziellen Schmerztherapie

Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat das nachfolgende Medizinische Versorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen bzw. Änderungen bei den im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzten genehmigt:

Medizinisches Versorgungszentrum	Anschrift	Fachrichtungen
Strahlencentrum Hamburg Nord ärztliche Leitung: PD Dr. med. Fabian Fehlauer	Langenhorner Chaussee 369 22419 Hamburg Tel. 040/ 244 24 58-0; FAX: -44	Strahlentherapie Nuklearmedizin
Medizinisches Versorgungszentrum des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin GmbH ärztliche Leitung: Dr. med. Bernd Noack	Bernhardt-Nocht-Straße 74 20359 Hamburg Tel. 040/ 42 81-80; Fax: -82 52	Laboratoriumsmedizin Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie



ASKLEPIOS

Klinik Harburg

Wir sind

Die Asklepios Klinik Harburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg, ist das einzige Schwerpunktkrankenhaus im Süden Hamburgs sowie des nördlichen Niedersachsens. Die Klinik ist zertifiziert nach KTQ 5.0.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin eine/n

LEITENDE/N ANGIOLOGIN/-EN für die Allgemein-, Gefäß- und Visceralchirurgie (Sektion Angiologie des interdisziplinären Gefäßzentrums), in Vollzeit

Das GefäßCentrum Hamburg-Harburg ist das deutschlandweit erste zertifizierte Gefäßzentrum und wurde mit Wirkung zum 01.01.2008 von den drei beteiligten Fachgesellschaften (DGG, DGA und DRG) rezertifiziert. Es wird das gesamte Spektrum der arteriellen und venösen Gefäßmedizin behandelt, alle modernen invasiven und nicht-invasiven Techniken stehen zur Verfügung. Das Einzugsgebiet umfasst den gesamten nord-deutschen Raum, es werden jährlich etwa 1.500 stationäre Patienten behandelt und etwa 1.500 ambulante Interventionen/Operationen durchgeführt. Jährlich haben wir in unserer Gefäßambulanz zwischen 14. und 15.000 Patientenkontakte mit stetig steigender Tendenz.

Die Sektion Angiologie in der Abteilung Allgemein-, Gefäß- und Visceralchirurgie ist derzeit mit einem Sektionsleiter und einem weiteren Angiologen besetzt. Die Sektion betreut neben einer großen interdisziplinären Gefäßambulanz auch stationäre Patienten innerhalb des GefäßCentrums. An einen weiteren Ausbau der Sektion ist gedacht.

Wir suchen eine/n Angiologin/-en mit langjähriger Erfahrung auf dem Gebiet der angiologischen Diagnostik und Therapie. Hervorragende Beherrschung sämtlicher angiologischer Untersuchungstechniken wird vorausgesetzt. Sofern Erfahrungen in der interventionellen Therapie bestehen, sind diese grundsätzlich erwünscht, jedoch nicht Einstellungs Voraussetzung. Die Expertise soll in das Leistungsspektrum des GefäßCentrums eingebracht werden. Eine Einbindung in das am Krankenhaus existierende Medizinische Versorgungszentrum ist nach Zuerwerb eines entsprechenden Kassensarztsitzes geplant.

Wir bieten

eine leistungsorientierte Vergütung, die der Bedeutung der Position entspricht.

Für weitere Informationen steht Ihnen Herr Delker, Kaufmännischer Direktor, telefonisch unter 040/1818 86-2253 gern zur Verfügung.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Kennziffer 10/57 senden Sie bitte an:

Asklepios Klinik Harburg
Personalabteilung, Frau Adamski
Eißendorfer Pferdeweg 52 • 21075 Hamburg

Gemeinsam für Gesundheit www.asklepios.com

Stellenangebot Belegarzt

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt sucht die Fachklinik Helmsweg einen/eine Belegarzt/-ärztin für Gynäkologie zur Ergänzung unseres gut eingespielten Belegarztteams, um die starke Inanspruchnahme unseres Hauses sicherzustellen. Das Haus verfügt über 26 Betten und deckt gängige gynäkologische Operationen ab, sowie Mamma-OP's mit Sentinel-Technik.

Angesprochen sind engagierte Frauenärztinnen und Frauenärzte, die ihre berufliche Zukunft an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung sehen.

Bewerbungen bitte an die Fachklinik Helmsweg, Helmsweg 39, 21073 Hamburg, Tel.: (0 40) 7 66 22 00. Ansprechpartner ist Hr. Dr. Rogge. Weitere Informationen unter: www.Fachklinik-Helmsweg.de

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir im Großraum Hamburg

**Ärzte mit
Notarztqualifikation
Allgemeinmediziner
Orthopäden, Kinderärzte**

sowie sonstige Fachärzte

Informationen unter:
Telefon: 089/62 98 61-68 oder
<http://www.aprimed.de>



Diabetesschwerpunktpraxis
in Hamburg sucht **Diabetologe/in DDG** halbtags oder ganztags an sofort. Zuschr. erb. unter E 5675 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Immobilien unternehmen

sucht einen **Kinderarzt/Kinderärztin** für sein Ärztehaus in Hamburg-Steilshoop. Der Stadtteil hat einen unmittelbaren Einzugsbereich von 20.000, mittelbar von 35.000 Einwohnern und ist rd. 7 km von der Hamburger City entfernt. In rd. einem Drittel der Haushalte leben Kinder. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf und/oder vereinbaren Sie einen Termin mit uns.

EKZ Hamburg-Steilshoop
Schreyerring 26, 22309 Hamburg
Tel. 040/254 88 520 oder
0171/264 94 87
verwaltung@ekz-steilshoop.de

HNO in Hamburg

Angestellter Facharzt umgehend gesucht, Teil- od. Vollzeit. Praxisübernahme gleitend möglich. Zuschr. erb. unter N 5642 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Anzeigenannahmeschluss für die Februar Ausgabe ist am 20. Januar 2009



**Die kinder- und familienfreundliche Lernstadt
Stadt Salzgitter**

Die Stadt Salzgitter sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

- **eine Ärztin/einen Arzt** (befristet für zwei Jahre) alternativ
- **eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie** (unbefristet)

mit 50 % der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit (zurzeit 19,5 Stunden); die Vergütung erfolgt auf Basis von Qualifikation und übertragenen Aufgaben. Die gesamte Stellenausschreibung sowie nähere Informationen zum Anforderungsprofil finden Sie im Internet unter www.salzgitter.de. Ihre Bewerbung richten Sie bitte mit aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen bis zum **16.02.2009** an:

Stadt Salzgitter • Fachdienst Personal • Postfach 10 06 80 • 38206 Salzgitter

Online-Anzeigenannahme für Ihre Fließtextanzeige im Hamburger Ärzteblatt finden Sie unter www.wels-verlag.de

Mitarbeit/ Praxisgemeinschaft/ Assoziation

FA Allgmed., KV-Sitz ist

vorhanden! Sono, Notarzt, Diab., Ernährungsmed., Palliativmed. gern Assoziation/Übern. HH-Mitte/-West 0176-48228400 od. docmd@web.de

Kinderärztin/arzt gesucht

Vollzeit oder Teilzeit für Praxis in Hamburg-Ost.
Zuschr. erb. unter R 5648 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Engagierte Fachärztin f.

Allgmed. und Betriebsärztin mit fröhlichem Naturell sucht Mitarbeit in Praxis an 2-3 Tagen/Woche. Zusatzbezeichnung Sportmedizin und Chiropraxis vorhanden.
Zuschr. erb. unter C 5670 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erfahrener FA f. Allgmed.

sucht nette Praxis zur Mitarbeit (Teil- oder Vollzeit) in Hamburg, ab sofort. Tel.: 0174-3301195

Facharzt Allgemein-Notfall-

medizin. Dr. med., frei für Klinik oder Praxis.
Zuschr. erb. unter F 5677 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausärztl. Internistin oder Allgemeinmedizinerin

zur Ergänzung unserer Praxisgemeinschaft (HA/FA) gesucht. Gern in Teilzeit. m-harder@web.de

Klass. Homöopath/in gesucht

für Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Praxis in Blankenese. Tel.: 040-864342

Allg.-Praxispartner Teilz.

gesu. ab 2009, gern mit KV-Zul., HH-Ost, Tel. 0173-2344779 ab 19.00 Uhr.

Partner f. Frauenarztpraxis

i. d. City, Nähe Europapassage, auch fachübergreifend möglich, gesucht. Dr. Claudia Lerche, Tel.:040/8992123

Praxisübernahme

Facharztpraxis für MVZ-Gründung in Hamburg gesucht

Die MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung ist eine gemeinnützige Tochtergesellschaft der Stiftung Patienten-Heimversorgung (PHV) mit Sitz in Bad Homburg.

Als gemeinnützige Organisation engagiert sich die PHV seit mehr als 30 Jahren in der Dialyseversorgung und gehört heute mit 83 Dialysezentren zu den führenden Dialyseanbietern in Deutschland. Die MVZ GmbH der PHV hat das Ziel, das öffentliche Gesundheitswesen durch die Errichtung und den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren weiter zu fördern und auszubauen.

Für eine MVZ-Gründung in Hamburg suchen wir zum 1. Juli 2009 ergänzend zu dem bereits vorhandenen Fachgebiet Nephrologie eine weitere Facharztpraxis.

Neben dem Kauf Ihrer Arztpraxis bieten wir Ihnen die Möglichkeit, als angestellte /r Arzt /Ärztin in unserem MVZ weiterbeschäftigt zu werden.

Als Arzt /Ärztin profitieren Sie von allen Vorteilen eines MVZ, z. B. kümmern wir uns für Sie um Ihre Praxisräume, die Bereitstellung von Arzthelfer /innen und um Fragen der Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Ihre ärztliche Entscheidungsfreiheit in medizinischen Fragen bleibt unverändert bestehen.

Wenn Sie Interesse haben, Ihre Praxis in unser MVZ einzubringen, dann melden Sie sich bei uns.

MVZ GmbH der Patienten-Heimversorgung
Geschäftsführerin Frau Claudia Straub
Nehringstraße 17, 61352 Bad Homburg
Tel. 06172-127-196, straub.claudia@mvz-gmbh.de

MZ GmbH der Patienten-Heimversorgung
Die Medizinischen Versorgungszentren der PHV

Übernahme ab sofort

Arzt & Ärztin suchen zentrale Hausarztpraxis mit einem od. zwei KV-Sitzen.
Tel.: 040-390 1993 (AB)
Tel.: 040-430 7747 (AB)

Suche KV-Sitz für Orthopädie

oder Chirurgie (D-Arzt) in HH.
Zuschr. erb. unter K 5639 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisabgabe

Hausärztliche Gemein- schaftspraxis in HH-Ost

sucht zum 01.07.2009 Nachfolgepartner/in, auch Teilzeit möglich.
Zuschr. erb. unter T 5652 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisabgabe

Stadt am Meer: Eckernförde

Hausärztlich Internistische Praxis mit hohem Privatanteil abzugeben.
promedis ag ; 04340 402811

Hausarztpraxis-Hamburg,

gut gehend, ab 2009 abzugeben, befristetes Jobsharing möglich.
Zuschr. erb. unter S 5649 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kleine, feine Praxis Allgemeinmedizin

mit Schwerpunkt Homöopathie im Grindelviertel in gute Hände abzugeben, Tel. 450 41 49 od. 0179-906 86 91

Hautarztpraxis Lüneburg

ertragsstark-ausbaufähig, ab 7/2010, überdurchschnittl. Privatpatienten.
Zuschr. erb. unter L 5640 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Kinderärztliche Gemein- schaftspraxis, 2 KV-Sitze,

ganz oder anteilig abzugeben.
Zuschr. erb. unter Q 5647 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Intern.-rheumat. Praxis

mit KV-Sitz, gut eingeführt, zum 1.4.2009 abzugeben, Tel. 554 92 60

KV-Sitz für Hausarzt oder

Psychotherapie gegen Gebot abzugeben.
Zuschr. erb. unter H 5681 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

KV-Sitz-Anästhesie HH-Stadtrand

Abgabe, MVZ bevorzugt
hh.narkose@yahoo.de

Praxisübernahme/ Praxisabgabe

Kinderarztpraxis gesucht

Praxiserfahrene Kinderärztin sucht bestehende Praxis zur Übernahme.
Zuschr. erb. unter J 5686 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Handbuch für das Gesundheitswesen in Hamburg 2008 – gültig bis Mitte 2009 –

herausgegeben von der **ÄRZTEKAMMER HAMBURG** und dem
Hanseatischen Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG

Seit über 50 Jahren das unentbehrliche Nachschlagewerk für alle,
die in Hamburgs Gesundheitswesen tätig sind.

INHALT:

- über 3.900 praktizierende Ärzte
- über 1.400 Zahnärzte
- über 50 Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien mit über 4.000 Ärzten
- über 460 Apotheken
- über 1.200 Psychologische Psychotherapeuten
- Behörden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, medizinische Hilfsdienste wie Orthop. Werkstätten, Sanitätsgeschäfte
- u. v. a. m.

BESTELLUNGEN:

Hanseatisches Werbekontor Heuser & Co. (GmbH & Co.) KG
Telefon: (040) 525 20 51 • Telefax: (040) 525 10 88 • Frau Alexander

KV-Sitz

MVZ sucht
**hausärztliche und fach-
internistische Arztstze.**

Zuschr. erb. unter V 5604 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Vertretungen

Gynäkologin gesucht

zur regelmäßigen Vertretung von zwei
Einzelpraxen. Zuschriften bitte unter:
baph@gmx.de

Gyn. Fachärztin f. rgim.

Prx.-Vertretung auf Honorarbasis ab
1.2.2009 in HH-Ost gesucht.
Zuschr. erb. unter X 5659 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erfahrener Internist/

Kardiologie (konservativ) übernimmt
Vertretungen Tel. 59 81 82

Medizinrecht

www.as-law.de

Ambulantes Operieren

Versierter Anästhesist

für ambulante Narkosen frei:
Tel. 0171-333 25 00

Praxisträume

FA ALLG.MED. SP Akup./Chiroth.

sucht 2-3 Therapieräume in Innen-
stadt. Tel.: 0172-4172101

2-3 Therapieräume in mod.

großer Privatpraxis in Volksdorf-Zen-
trum zu verm. Tel.: 0172-4172101

Gesundheitszentrum Kühnehöfe/

Altona sucht noch weitere Fachärzte
m/w: Internist, Orthopäde, Augen-
arzt (Laserspezialist), Pädiater, Der-
matologe, Kardiologe.
Healthconcept Tel. 040/432 720 49

Hausbruch / Neuwiedenthal

Praxisträume, ca. 90 m², zu vermieten.
Nähe Neubaugebiet, zentrale Lage.
Im Haus bereits vorhanden: Zahnarzt
u. Kinderpsychotherapeutin.
Tel. ab 18.00 Uhr: 040/796 55 65

Moderne Praxis Volksdorf-

Zentrum, 120 m², 5 Räume, 11/06 renov.
zu vermieten, Übernahme Praxis-
inventar. Tel.: 0172-4172101

HH-Rahlstedt

Repräsentative Praxisträume, ca.
200 m², EG - zu vermieten. Lage
zentral in unmittelbarer Nähe zum
S-Bahnhof und ZOB. Geeignet für
alle medizinischen Praxen und Ge-
meinschaftspraxen oder als Tages-
klinik.
ERNA TIEDGEN IVD-Makler 673 70 8-80

EKZ Billstedt,

184 m² Praxisträume ab 1.2.2009 zu
vermieten.
Zuschr. erb. unter G 5679 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Wie antworte ich auf eine Chiffre-Anzeige?

Wenn Sie sich für eine Chiffre-Anzeige interessieren,
dann schreiben Sie auf den Briefumschlag unsere
Adresse und die Chiffre-Nr. der betreffenden Anzeige.

z. B.

Chiffre-Nr. A1234
HAMBURGER ÄRZTEBLATT
Verlag Francis von Wels
Postfach 76 12 20
22061 Hamburg

Wir leiten Ihre Zuschriften umgehend auf dem
Postweg an den Inserenten weiter.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns einfach an.

Verlag Francis von Wels
Anzeigendisposition
Hamburger Ärzteblatt
Tel. 040 / 29 80 03-0

Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxismöbel

Schränke - Schreibtische - Tresen

- günstig, direkt vom Hersteller -
- www.interhansa.de -

Bürosysteme INTERHANSA Tel. 040-606 50 36, Fax 606 23 82

Praxiseinrichtungen

- Planung, Fertigung, Montage
- Um- und Ausbauleistungen
- Medizinisches Mobiliar

Klaus Jerosch GmbH

Info-Telefon (kostenfrei)
(0800) 5 37 67 24

www.jerosch.com



Fortbildung/Seminare

EBM 2009: Extrabudgetäres Geld mit Akupunktur!

- ÄK-anerkannt. Akupunktur-Weiterbildungskurse als Blockkurs A-C (72 UE),
- Akupunktur-Refresher (64 UE) mit Puls- u. Zungendiagnostik (Dr. M. Hammes),
innere Krankheiten, QZ und Fallkonferenzen (gem. QS-Vereinbarung),
Live-Patienten. ÄK-Fortbildungspunkte inklusive.

20. - 29.03.09 Ägypten, Club Magic Life Kalawy Imperial (24 h all inclusive!)

Infos u. Buchung Tilman Touristic Tel. 09331/87400 u. www.gsa-akupunktur.de
Vorankündigung: 20. - 29.11.2009 Türkei, Robinson Club Nobilis

Akkreditierte Aus- u. Fortbildung in
NLP u. Systemischer Aufstellungsarbeit
www.ThiesStahl.de Tel. 04106645763

www.westerland-seminar.de



GCP-Schulung für Prüfer und Study Nurses

Termine: 25.02.2009/27.05.2009/15.07.2009/ 14.10.2009

Fortbildungspunkte: 10 - Themenschwerpunkte und weitere Informationen
entnehmen Sie bitte unserer Homepage.

GCP-Service International Ltd. & Co.KG · Bremen · Tel: 0421 43 48 658
Anmeldung und Infos unter info@gcp-service.com oder
www.gcp-service.com



DÄGfa
Kompetenz und Erfahrung
in Akupunktur sowie
Chinesischer Medizin

Neu! TCM-Aufbauausbildung!

Diese Ausbildung führt entsprechend der früheren Vollausbildung
zum B-Diplom. Dabei vertiefen Sie Ihr TCM-Wissen und erweitern
Ihre therapeutischen Fähigkeiten. Neben der Akupunktur werden in
den Kursen Basiskonzepte der chinesischen Diätetik und Arzneither-
apie ebenso wie westliche Phytotherapeutika erarbeitet.

**Gleich anmelden! Die 4 verlängerten Wochenenden in 2009
sollten komplett, können aber auch einzeln gebucht werden.**

TCM-Tage 2009 in München und Hamburg

Block 1	Block 2	Block 3	Block 4
Funktionskreis Milz	Funktionskreis Lunge	Funktionskreis Leber	Funktionskreis Herz/Niere
06. - 08. Februar	01. - 03. Mai	19. - 21. Juni	13. - 15. November

Information und Anmeldung direkt bei uns:

Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V., gegr. 1951
Fortbildungszentrum, Würmtalstr. 54, 81375 München
Tel. 089/710 05 11, Fax 089/710 05 25, e-mail: fz@daegfa.de, www.daegfa.de

Neu

**Handbuch für das
Gesundheitswesen in Hamburg 2008 - gültig bis
Mitte 2009**

€ 35,90 inkl. Porto, Verpackung, MwSt.
Schriftliche Bestellungen bitte an: hwk.heuser@web.de oder Telefax 040 525 10 88

DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG FÜR ÄRZTE

ZUGEgeben, ES HAT SCHON BESSERE ZEITEN UND BEdingUNGEN FÜR DIE AUSÜBUNG DES ÄRZTLICHEN BERUFES GEGEBEN. DENNOCH, AUCh DAS HEUTIGE SYSTEM BIETET CHANCEN: IMMER DANN, WENN ES GELINGT, DIE AMBITIONEN DES ARZTES MIT DEN BEdÜRFNISSEN DES PATIENTEN UNTER DEN HEUTIGEN UND DEN ZU ERWARTENDEN UMWELTBEDINGUNGEN IN EINKLANG ZU BRINGEN. DANN IST ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT SOWOHL IN IDEELLER, ALS AUCh IN MATERIELLER HINSICHT ERFOLGREICH.

WIR MÖChTEN UND KÖNNEN SIE DABEI UNTERSTÜTZEN.

DR. DIETER K. LANGE
ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
DIPLOM-BETRIEBSWIRT

DR. LANGE WIRTSCHAFTSBERATUNG | ZIESENISSTRASSE 27 | 22043 HAMBURG | +49 (0)40 48 61 93
WWW.DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE | DR-LANGE@DR-LANGE-WIRTSCHAFTSBERATUNG.DE

KARIN WEIST COACHING

professionelles
Einzelcoaching
für Ärzte

www.karinweistcoaching.de
Telefon: 040-422 84 62

Anzeigen-
annahmeschluss
für die
Februar-Ausgabe
ist am
20. Januar 2009

Steuerberatung

Was ist die Praxis wert?

estimed

bewerten.bewegen

Mehr im Internet:
www.estimated.de

Horst Stingl, von der IHK zu Kiel öffentlich bestellter
und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen

Abgabenordnung + Alkopopsteuergesetz + Aufwandsteuern + Außensteuergesetz + Bewertungsgesetz + Biersteuergesetz + Branntweinsteuergesetz + Doppelbesteuerungsabkommen + Einkommensteuergesetz + Erbschaftsteuergesetz + Feuerschutzsteuergesetz + Gewerbesteuergesetz + Grunderwerbsteuergesetz + Grundsteuergesetz + Investmentsteuergesetz + Kaffesteuergesetz + Kirchensteuergesetz + Körperschaftsteuergesetz + Kraftfahrzeugsteuergesetz + Mineralölsteuergesetz + Rennwett- und Lotteriegesetz + Schaumweinsteuergesetz + Solidaritätszuschlaggesetz + Spielvergnügungsteuergesetz + Stromsteuergesetz + Tabaksteuergesetz + Umsatzsteuergesetz + Umwandlungssteuergesetz + Versicherungssteuergesetz + Vermögensteuergesetz + Zollkodex + Zollkodex-Durchführungsverordnung + Zwischenerzeugnissteuergesetz

Klar soweit?

LUST auf BUST

Steuerberatung für Ärzte



Steuerberatung für Ärzte
BUST - Steuerberatungsgesellschaft mbH

Niederlassung Hamburg

Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg
Tel: 040 271 41 69-0, Fax: 040 2208749
E-Mail: hamburg@BUST.de, www.BUST.de

Zum 3. Mal in Folge ausgezeichnet!



Die Steuer- berater für Ärzte

Krumbholz König & Partner

Steuerberater · Rechtsanwälte

Tel. 040/5549940 | info@krukoe.de | www.krukoe.de

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

Steuerberatung für Ärzte
seit über 40 Jahren

Im Kollhof 19
22397 Hamburg
Tel. 040 - 611 850 17

Hindenburgstraße 1
23795 Bad Segeberg
Tel. 0 45 51 - 8 80 80



Medizinrecht
www.as-law.de

Schreibarbeiten

Statistik

für Dissertationswiss. Arbeiten;
Dr. Robert Laudahn, 0172/4 18 96 01

Sonstiges

Psychotherapeuten

- EDV - Abrechnungen,

Datenpflege und Installationen durch
Informatik Ingenieur 38,00 €/Std.,
Tel.: 04103-98 92 71,
Mobil: 0177-552 67 54

Wer Recht behält, ist gut beraten

Beratungsschwerpunkte:

- neue Versorgungsformen
- Vertragsgestaltungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Honorarverteilung
- Zulassungsverfahren
- Praxiskooperationen
- Disziplinarverfahren
- Arbeits-/Mietrecht
- Arzthaftpflichtrecht

Die persönlichen Berater an Ihrer Seite:

Hans Peter Ries
Dr. Karl-Heinz Schnieder
Dr. Ralf Großbölting
Christian Gerdts
Julia-Franziska Höfinghoff



rechtsanwälte
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ballindamm 8
20095 Hamburg
Telefon: 0 40/2 09 44 90
Telefax: 0 40/2 09 44 910

www.kwm-rechtsanwaelte.de
Münster – Berlin – Hamburg

Ihre Anzeigenanteile erreichen Sie
telefonisch unter: **0 40/29 80 03-0**

Per E-Mail ist das auch möglich:
info@wels-verlag.de

Portraitfotografie



Professionelle Business- und Portraitfotografie Tel. 040 86 66 27 98 www.rd-foto.de

praxisrecht.de



Raffelsieper & Partner GbR

Hamburg - Berlin - Heidelberg

Spezialisten für alle Rechtsfragen rund um den Arztberuf

- Beratung für
- niedergelassene Ärzte
 - angestellte Ärzte
 - Krankenhausträger
 - sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen

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

Lokstedter Steindamm 35 • 22529 Hamburg • (040) 23 90 876 0

www.praxisrecht.de • hamburg@praxisrecht.de

Rechtsanwälte • Fachanwälte für Medizinrecht • Fachanwälte für Steuerrecht

Sonstiges

BIBLIOTHEK DES ÄRZTLICHEN VEREINS DER ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Von-Melle-Park 3 (Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg, Altbau, 1. Stock)
20146 Hamburg, Tel.: 44 09 49, Fax: 44 90 62, E-Mail: bibliothek@aekeh.de
Internet: www.aekbibl.de (Weitere Informationen und Online-Katalog)

Öffnungszeiten:

Montag	9.00–17.00 Uhr
Dienstag, Donnerstag	10.00–16.00 Uhr
Mittwoch	10.00–19.00 Uhr
Freitag	9.00–16.00 Uhr

Die Bibliothek steht der Hamburger Ärzteschaft sowie der Öffentlichkeit mit ihrer umfangreichen Auswahl an Büchern, Zeitschriften und digitalen Medien kostenlos zur Verfügung.

Bestand:

Der Bestand der im Jahre 1816 gegründeten Bibliothek umfasst rund 120.000 Bände und 190 laufend gehaltene Zeitschriften, u. a. aus dem Gebiet:

- Medizin und Grenzgebiete
- Arztrecht
- Gesundheitswesen, Qualitätsmanagement
- Lehrbücher, auch für Facharztprüfung und Weiterbildung
- Geschichte der Medizin
- Historischer Altbestand (16. bis 19. Jahrhundert)

Service:

Neben der Ausleihe von Medien bietet die Bibliothek den Mitgliedern der Ärztekammer Hamburg u. a. folgende Servicedienstleistungen an:

- Zusendung von Zeitschriftenaufsatzkopien
- Zusendung von Literaturrecherchen in „medline“ u. a. Datenbanken
- Vormerkung entliehener Medien
- Ausleihen von Medien direkt an den Arbeitsplatz (sofern die Klinik oder Behörde der Behördenpost angeschlossen ist)

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Medien per Büchkurier in die Praxis oder nach Hause zu entleihen, die Preise hierfür werden nach Entfernung berechnet.

Bestattungen

Ertel

Beerdigungs-Institut

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

Filialen

Blankenese ☎ (0 40) 86 99 77
Nienstedten ☎ (0 40) 82 04 43

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

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 14. Januar 2009, 18:00 bis 20:00 Uhr

► Differenzialdiagnose Knieschmerz – Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung ③*

Wir beleuchten in dieser Veranstaltung aus orthopädischer, unfallchirurgischer und gefäßmedizinischer Sicht die diagnostischen Möglichkeiten und Therapieoptionen bei Schmerzen in der Knie-region.

Asklepios Klinik Harburg, Abt. für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie

Ort: Hotel Lindtner, Flügelsaal, Heimfelder Straße 123, 21075 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 30 86

Mittwoch, 28. Januar 2009, 18:00 bis 20:00 Uhr

► Therapie der Herzinsuffizienz: Neue Medikamente, neue Stents, neue CRT-Systeme ③*

Vorgestellt werden fortgeschrittene therapeutische Möglichkeiten in den Bereichen KHK, Hypertonus und Herzinsuffizienz. Im Mittelpunkt der Vorträge stehen die Resynchronisationstherapie, die Rhythmustherapie und die pharmakologische Therapie sowie Drug-eluting Stents der nächsten Generation.

Asklepios Klinik St. Georg, II. Med. Abt., Kardiologie, Hanseatisches Herzzentrum Hamburg

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

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

Mittwoch, 11. Februar 2009, 17:00 c.t. bis 19:30 Uhr

► 6. Altonaer Neurotag: Die Subarachnoidalblutung – Klinik, Bildgebung, Therapie ③*

Behandelt werden neben der Klinik und Differenzialdiagnostik Kriterien zur Therapieentscheidung rupturierter und nicht rupturierter intrakranieller Aneurysmen sowie die Verlaufsbeobachtung nach Therapie.

Asklepios Klinik Altona, Neurozentrum (Neurologie, Neuroradiologie und Neurochirurgie)

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 06

Mittwoch, 11. Februar 2009, 17:30 bis 19:30 Uhr

► Ethische Konflikte in der Fortpflanzungsmedizin – Vom moralischen Status des Embryos zur Ethik der Elternschaft ③*

Vortrag in der Reihe „Ethik in der Pränatalmedizin“.

Schirmherr: Prof. Dr. Bernhard-Joachim Hackelöer, Mutter-Kind-Zentrum, Perinatalzentrum Level I, Asklepios Klinik Barmbek

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume (EG), Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Freitag, 13. Februar 2009, 13:00 bis 19:00 Uhr,

Samstag, 14. Februar 2009, 9:00 bis 15:30 Uhr

► Interventionelle Onkologie – Update 2009 ⑬*

Die interdisziplinäre Veranstaltung bietet einen Überblick über die klassische und interventionelle Behandlung von Tumoren sowie über innovative Techniken und optimierte Therapieindikationen.

Asklepios Klinik Altona, Abt. für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin (Onkologisches Zentrum Altona)

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

Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 17

Samstag, 14. Februar 2009, 9:00 bis 13:00 Uhr

► 2. Operationskurs für die minimal-invasive Therapie des primären Schnarchens und der Schlafapnoe ⑦*

Den Schwerpunkt des Kurses mit Live OP-Demonstrationen bilden aktuelle Weiterentwicklungen minimal-invasiver Therapien.

Asklepios Klinik Harburg, HNO-Abteilung

Kosten: 30,- € (inkl. Handout und Verpflegung)

Ort: Asklepios Klinik Harburg, HNO-Ambulanz, Haus 8, 7. Stock, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg

Um Anmeldung wird gebeten. Tel.: (0 40) 18 18-86 20 56,

Fax: (0 40) 18 18-86 28 58

*Fortbildungspunkte

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie