02·17
10. Februar · 71. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 20
Patientenverfügung
Maßnahmen besser konkret festlegen

Forum Medizin | 22
Heilsame Selbsthilfe
Wenn ein Angehöriger psychisch erkrankt

Forum Medizin | 32
500 Jahre Reformation
Martin Luthers viele Krankheiten

Das Thema | 12
Plötzliche Symptome

Akute *Herzinsuffizienz*

Das lebensbedrohliche Ereignis erfordert eine rasche Diagnostik und Therapie. Dabei müssen die Ursachen genau detektiert werden

Schon gewusst?

© Sensasiomedia/Fotolia.com

GESUNDHEITS-INFORMATIONEN

In unseren Videos erfahren Patienten mehr über ihre Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten und bekommen Expertentipps, um gesund zu bleiben. Über 820 Asklepios Videos finden Sie hier: youtube.com/asklepioskliniken

MEDIZIN FÜR ALLE

Die nächste gemeinsame Informationsveranstaltung der Hamburger Asklepios Kliniken zu Gesundheitsthemen findet am 29. März 2017 im Chinesischen Teehaus „Yu Garden“, Feldbrunnenstraße 67, 20148 Hamburg statt. Beginn 17:00 Uhr; Thema: „Wenn Nervenzellen zugrunde gehen“ – Asklepios Neurologie.

Anmeldung: (0 40) 18 18-82 66 33

ASKLEPIOS KLINIK NORD – ERÖFFNUNG ERWEITERTER NOTAUFNAHME

Die vergrößerte und modernisierte Zentrale Notaufnahme wird von immer mehr Patienten in Anspruch genommen und ist eine sehr wichtige Säule der Notfallversorgung. Das gilt insbesondere für die Unfallchirurgie, die Neurologie, die Kardiologie, aber auch die medizinische Versorgung von Kindern. Für die Versorgung der inzwischen mehr als 56.000 Notfallpatienten pro Jahr stehen ab sofort insgesamt 22 Behandlungsräume, drei Schockräume und zwei hochmoderne Computertomografen zur Verfügung. Die Gesamtinvestition für die Umbau- und Erweiterungsmaßnahme betrug fast zehn Millionen Euro.

ATTRAKTIVITÄT VON KLINIKARBEITSPLÄTZEN HÄNGT FÜR ÄRZTE VON TRÄGERSCHAFT AB

Bei der Asklepios Umfrage „Qualität der Ärzte“ (publiziert Dezember 2016) lautete Frage 9: „Wenn Sie einmal an die jungen Ärzte von heute denken: Welches Arbeitsumfeld ist Ihrer Meinung nach am attraktivsten?“ Dabei nannten von 100 Ärzten 18 % eine Klinik in öffentlicher/kommunaler, 32 % in kirchlicher und 36 % in privater Trägerschaft.

Sie wollen mehr über uns erfahren?

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

www.asklepios.com

Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing, Rübenkamp 226, 22307 Hamburg

Offizieller Hauptsponsor
OLYMPIASTÜTZPUNKT HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN

ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Prof. Dr. Martin Scherer
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

„Eine auf Energiesparen und Ökonomisierung der Herzaktion ausgerichtete Therapie verbessert nachhaltig die Prognose herzinsuffizienter Patienten.“

Motor *ohne Treibstoff*

Etwa 1,8 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Herzinsuffizienz. Pathophysiologisch handelt es sich um die Beeinträchtigung der Fähigkeit des Herzens, sich mit Blut zu füllen und/oder es auszuwerfen, und damit die Unfähigkeit, den Organismus mit genügend Sauerstoff zu versorgen. Herzinsuffizienz ist ein multifaktorieller Prozess, bei dem der veränderte Energiemetabolmus des Herzens eine wesentliche Rolle spielt. Die Idee, dass das Herz mit einer energetisch erschöpften Maschine, also einem Motor ohne Treibstoff, verglichen werden könne, ist recht alt. Erste Ansätze dazu finden sich bereits in einem Artikel von Herrmann and Decherd aus dem Jahr 1939: „The Chemical Nature of Heart Failure“. Mit dem Energiemetabolismus des Herzens haben sich in den darauffolgenden Jahrzehnten bis zum heutigen Tage viele Arbeitsgruppen beschäftigt. Ein Hauptgrund hierfür liegt in den unmittelbaren Implikationen, die das Verständnis der kardialen Energiebereitstellung für die Therapie hat: Eine auf Energiesparen und Ökonomisierung der Herzaktion ausgerichtete Therapie (z. B. mit Beta-Blockern, ACE-Hemmern und AT-II-Antagonisten) verbessert nachhaltig die Prognose herzinsuffizienter Patientinnen und Patienten.

Bei der überwiegenden Anzahl der Fälle liegt ein Untergang von Herzmuskelgewebe infolge einer Durchblutungsstörung zugrunde. Aber auch jede andere strukturelle und funktionelle Störung, etwa andere Formen der Kardiomyopathie, kann zu einer Herzinsuffizienz führen. Für die Herzinsuffizienz gibt es viele Einteilungen: Rechts- oder Linksherzinsuffizienz, globale, systolische, diastolische, akute oder chronische Herzinsuffizienz. Viele Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz leiden nicht selten unter mehreren Begleiterkrankungen und sind häufig hochbetagt. Die Pflegebedürftigkeit vieler Patienten, die notwendige engmaschige Begleitung und die mit Fortschreiten der Beschwerden zunehmende Hospitalisierung lassen die Herzinsuffizienz zur kostenintensivsten kardiovaskulären Erkrankung in den westlichen Industrienationen werden. Die Ziele der Therapie können grob in prognostische Therapieziele (Senkung der Sterblichkeit, Senkung der Hospitalisationsrate, Verlangsamung der Krankheitsprogression) und symptomatische Therapieziele (Kontrolle der Symptome, Verbesserung der Leistungsfähigkeit) unterteilt werden.

Obwohl der Nutzen entsprechender Medikamente außer Zweifel steht, zeigten internationale Untersuchungen, dass die Versorgung der Patienten evidenzbasierten Kriterien nur bedingt genügt. Viele herzinsuffiziente Patienten erhalten trotz fehlender Kontraindikationen entweder keine Therapie mit ACE-Hemmern oder in Dosierungen, die nicht den in Studien erprobten Dosen entsprechen. Den Schwierigkeiten in der Umsetzung evidenzbasierter Therapieempfehlungen bei Herzinsuffizienz liegen unter anderem Kommunikationsbarrieren zwischen den beteiligten Ärzten sowie Unsicherheiten in der Diagnosestellung zugrunde.

Umso wichtiger ist es, dass wir die Bemühungen für die Implementierung evidenzbasierter Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz weiterführen. Die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz befindet sich derzeit in der Überarbeitung. Während die chronische Herzinsuffizienz in der Fachliteratur recht häufig thematisiert wird, steht die akute Herzinsuffizienz nicht ganz so oft im Fokus der Fachöffentlichkeit. Umso erfreulicher, dass sich die Autoren unseres Titelthemas der akuten Herzinsuffizienz gewidmet haben. Viel Freude beim Lesen!

© UKE

WERNER OTTO STIFTUNG
STIFTUNG DES BÜRGERLICHEN RECHTS

Zur Förderung der medizinischen Forschung in Hamburg verleiht die Werner Otto Stiftung alle zwei Jahre einen Preis an in Hamburg tätige Wissenschaftler.

Der

Preis
der Werner Otto Stiftung
zur Förderung der medizinischen Forschung
für das Jahr 2017

wird hiermit ausgeschrieben für hervorragende Leistungen, insbesondere jüngerer Wissenschaftler, auf dem Gebiet der medizinischen Forschung. Für das Jahr 2017 wird der Preis aufgeteilt in je einen Preis für

1. Grundlagenforschung	**€ 8.000,--**
2. Klinische Forschung	**€ 8.000,--.**

Anforderungen

Die Forschungsarbeiten müssen im Wesentlichen in Hamburg durchgeführt worden sein. Der Bewerbung sind Unterlagen beizufügen, durch die die Leistung des Bewerbers auf dem Gebiet der medizinischen Forschung nachgewiesen wird. Die eingereichten Unterlagen können vor dem Einreichungstermin bereits veröffentlicht worden sein. Der Bewerber darf sich mit den eingereichten Forschungsergebnissen noch nicht und auch nicht bis zur Preisentscheidung für einen anderen Preis beworben haben. Bei Arbeiten größeren Umfangs ist ein ausführliches Resümee beizufügen. Werden mehrere Arbeiten von einem Bewerber eingereicht, so sind in einer Zusammenfassung der innere Zusammenhang der Arbeiten und die Ergebnisse darzustellen

Preisvergabe

Das Preisrichterkollegium setzt sich aus den Mitgliedern des Kuratoriums der Werner Otto Stiftung zusammen:

Dr. Michael Otto (Vorsitzer), Aufsichtsratsvorsitzender der Otto (GmbH & Co KG)
Prof. Dr. Guido Sauter (Stellvertr. Vorsitzer), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Christian Gerloff, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Burkhard Göke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Markus Graefen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck, Asklepios Klinik St. Georg
Prof. Dr. Bernd Löwe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Ania C. Muntau, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Gisa Tiegs, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

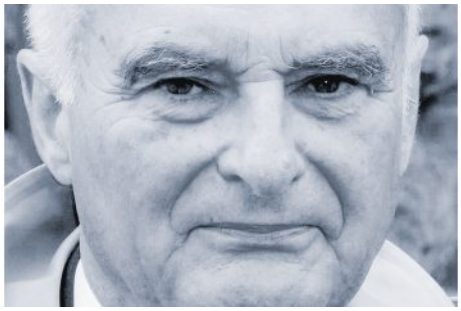
Den ausgeschriebenen Preis erhält der Bewerber, der nach der Entscheidung der Mitglieder des Kuratoriums der Werner Otto Stiftung den bedeutsamsten wissenschaftlichen Beitrag auf dem Gebiet der medizinischen Forschung geleistet hat, unter besonderer Berücksichtigung der Arbeiten jüngerer Wissenschaftler. Bei gemeinschaftlichen Forschungsarbeiten durch mehrere Wissenschaftler behält sich das Stiftungskuratorium die Verleihung des Preises an die Gruppe der an der Arbeit Beteiligten vor. Die Bewerbungen nebst Unterlagen müssen bis zum 14. Juli 2017 bei der Werner Otto Stiftung, Werner-Otto-Straße 1-7, 22179 Hamburg, eingereicht werden.

Durch ihre Teilnahme erkennen die Bewerber die Entscheidung des Kuratoriums an. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

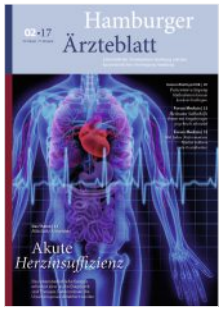
Der Vorstand
Dr. Jürgen Bersuch

Stand: Januar 2017

Hamburger
02·17 Ärzteblatt



Prof. Dr. Jochen Müller-Ehmsen, Asklepios Klinik Altona, beschreibt, nach welchen Kriterien eine akute Herzinsuffizienz klassifiziert wird. Danach richtet sich die Therapie *(Seite 12)*. **Dr. Hans Jochim Meyer,** Internist, erlebte selbst, welche Auswirkungen es hat, wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt. Durch seine Arbeit in einem Angehörigenverband hat er gelernt, mit dieser Herausforderung umzugehen *(Seite 22)*. **Prof. Dr. Carolin Tonus,** Asklepios Klinik St. Georg, gelang es, mithilfe von Adaptern Dünndarmfisteln, die nicht heilen wollten, zu drainieren. Der Bauchraum ihres Patienten konnte endlich geschlossen werden *(Seite 32)*.



Das Thema

12 **Plötzliche Symptome**
Akute Herzinsuffizienz.
Von Dr. Felix Diehlmann, Dr. Christian D. Keller, Prof. Dr. Jochen Müller-Ehmsen

Service

6 Gratulation
8 In memoriam
9 Verlorene Arztausweise
24 Terminkalender
29 Neues aus der Wissenschaft
35 Bilder aus der klinischen Medizin
36 Impressum

Namen und Nachrichten

6 · 10 **Personalien** · Nachruf: Dr. Karl-Herbert Wendt · Prof. Dr. Ahmet Elmaagacli leitet Hämatologie der AK St. Georg · Christian Quack ist Geschäftsführer im Amalie Sieveking-Krankenhaus

News · Eilbeker Adipositas Klinik als Exzellenzzentrum zertifiziert · UKE: Versorgungsforschung wird mit 2,5 Mio. Euro gefördert · Altonaer Kinderkrankenhaus erweitert „Lufthafen" · Ärztekammer sucht Gutacher verschiedener Fachrichtungen · Asklepios Klinikum Harburg eröffnet Zentrum für Ältere · Kinder-UKE freut sich über weitere Spenden

11 **Umfangreiche Analyse** · Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland. *Pressemitteilung von BMG und RKI*

Gesundheitspolitik

18 **Barrierescouts** · Barrieren finden und überwinden. *Von Sandra Wilsdorf*

20 **Patientenverfügung** · Maßnahmen konkret festlegen. *Von Sandra Wilsdorf, Nina Rutschmann*

Forum Medizin

22 **Selbsthilfe** · Wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt … *Von Dr. Hans Jochim Meyer*

26 **Der besondere Fall** · Wundermittel Fisteladapter? *Von Marten Rehfeld, Dr. Simone Girschik, Prof. Dr. Carolin Tonus*

30 **Schlichtungsstelle** · Revisions-OP – Tupfer im Bauch vergessen. *Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Wolfgang Heidenreich*

32 **Bild und Hintergrund** · Der kranke Reformator. *Von Prof. Dr. Oswald Müller-Plathe*

36 **Der blaue Heinrich** · In Momenten der Not. *Ausgewählt von Katja Evers*

Mitteilungen

37 · 39 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: Hamburger Sparkasse AG; Teilbeilage (Niedergelassene Ärzte): Pfizer Pharma GmbH

© Fotolia – psdesign1; Bertram Solcher; privat; Asklepios Klinik Nord

Gratulation

*zum **90.** Geburtstag*

26.02. **Dr. med. Hildegard Radtke**
Fachärztin für Innere Medizin

*zum **85.** Geburtstag*

01.03. **Dr. med. Wolfgang Knittlmayer**
Facharzt für Neurochirurgie
Facharzt für Orthopädie

*zum **80.** Geburtstag*

22.02. **Prof. Dr. med. Eberhard Schneider**
Facharzt für Nervenheilkunde

24.02. **Dr. med. Youssef Farag**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

27.02. **Aldona Petrick**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

*zum **75.** Geburtstag*

17.02. **Dr. med. Frank Schneider-Affeld**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

20.02. **Dr. med. Eleonore Kranert**
Fachärztin für Innere Medizin

20.02. **Dr. med. Sylvia Palandt**
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärztin für Psychiatrie
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

23.02. **Dr. med. Wulf Egelriede**
Facharzt für Innere Medizin

23.02. **Dipl.-Med. Jens Engelhardt**
Facharzt für Pathologie

24.02. **Dr. med. Gudrun Schwoerer**
Fachärztin für Augenheilkunde

25.02. **Dr. med. Annelie Bode**
Fachärztin für Radiologie

26.02. **Dr. med. Gert Vogler**
Facharzt für Innere Medizin

28.02. **Dr. med. Dieter Bachmann**
Facharzt für Innere Medizin

10.03. **Dr. med. Sigrun Klug**
Fachärztin für Arbeitsmedizin

11.03. **Dr. med. Bärbel Napp**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

11.03. **Dr. med. Olaf von Törne**
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Facharzt für Orthopädie

15.03. **Dr. med. Rolf Peter Lueken**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

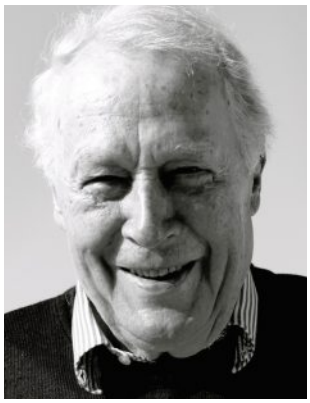
zum 70. Geburtstag

16.02. **Dr. med. Ralph-Holger Raben**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nachruf Dr. Karl-Herbert Wendt, letzter deutscher Chefarzt des Deutschen Krankenhauses in Istanbul, ist Ende 2016 gestorben.

Besonders engagierter *und gesuchter Ratgeber*

Geboren am 10. August 1929 wuchs Karl-Herbert Wendt in Mecklenburg und in der Uckermark auf. Nach der Flucht machte er sein Abitur 1950 an der Bismarckschule in Elmshorn. Es schloss sich das Medizinstudium in Tübingen, Istanbul und Göttingen an, das Staatsexamen und die Promotion erlangte er 1955 in Göttingen. Zur Türkei hatte Wendt eine besondere Verbindung: Bereits 1956 verbrachte er acht Monate als Gastassistent an der Guraba-Klinik in Istanbul (Ord. Prof. Dr. Erich Frank). Ab 1958 arbeitete er dann in Hamburg als Assistenzarzt und später als Oberarzt der III. Medizinischen Klinik im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg unter Chefarzt Dr. Richard Wolf, unterbrochen von einer einjährigen Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent am Physiologisch-Chemischen Institut unter Prof. Dr. Joachim Kühnau an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.



Dr. Karl-Herbert Wendt

1967 ging Wendt als Gastdozent an die neu gegründete Atatürk-Universität in Erzerum in Ostanatolien, 1968 bis 1974 leitete er als Chefarzt das Deutsche Krankenhaus in Istanbul. Dort lernte er, die türkische Sprache fließend zu sprechen und erwarb die türkische Staatsbürgerschaft.
Nach seiner Rückkehr aus der Türkei ließ sich Wendt 1975 als Internist in Hamburg-Hohenfelde im Graumannsweg in einer Praxis nieder, später in Gemeinschaft mit Dr. Hans Welcker. Er engagierte sich fortan unter anderem für die Versorgung der türkischen Patienten in Hamburg. Ein weiterer Schwerpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit waren Untersuchungen von Zivildienstleistenden für das Bundesamt für den Zivildienst. Neben der Medizin galt sein Interesse der Geschichte, fernen Ländern und Kulturen. Wendt unternahm Reisen durch Anatolien, Persien, den Libanon, Syrien, Ägypten und Jemen sowie Trekking-Touren durch Nepal bis zum Everest-Base-Camp. Wendt bestach durch seine positive Einstellung und Großzügigkeit und war wegen seiner Fähigkeit des Zuhörens, seiner Unvoreingenommenheit und unkonventionellen Art ein gesuchter Gesprächspartner und Ratgeber für Patienten, Freunde, Mitarbeiter und Familienangehörige über alle Generationen. Er verstarb am 19. Dezember 2016 in Hamburg.

Dr. Martin Münchow, Facharzt für Innere Medizin

Prof. Dr. Ahmet Elmaagacli leitet *Hämatologie der AK St. Georg*

Prof. Dr. Ahmet Elmaagacli

Seit Jahresbeginn ist Prof. Dr. Ahmet Elmaagacli neuer Chefarzt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation der Asklepios Klinik St. Georg. Elmaagacli kommt vom Helios Klinikum Schwerin, wo er die Stammzelltransplantation aufgebaut hat. Davor war er jahrelang im Universitätsklinikum Essen beschäftigt, wo er zuletzt als Leitender Oberarzt der Ambulanz für Knochenmarktransplantation arbeitete. Der in Kayseri (Türkei) geborene Hämatologe hat in Tübingen studiert und gilt als Experte für Stammzell- und Knochenmarkstransplantation. Elmaagacli ist Facharzt für Innere Medizin und hat die Zusatzbezeichnungen Internistische Onkologie und Hämatologie. Außer in Schwerin und Essen hat er in der Universitätsklinik Aachen und in Mönchengladbach gearbeitet. | *häb*

© Privat; Asklepios Klinik St. Georg; Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus

Christian Quack ist Geschäftsführer im Amalie Sieveking-Krankenhaus

Christian Quack ist seit dem 1. Januar 2017 neuer Geschäftsführer des Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhauses in Hamburg-Volksdorf. Er folgt Hans-Peter Beuthien nach, der aus Altersgründen zum 1. April aus dem Unternehmen ausscheiden wird. Christian Quack war zuletzt als Kaufmännischer Direktor und Prokurist im Sana Klinikum Offenbach tätig. Der 36-Jährige studierte Krankenhausbetriebswirt, sammelte zuvor unter anderem als Geschäftsführer eines Medizinischen Versorgungszentrums am Sana Klinikum Offenbach sowie in der Unternehmensentwicklung, dem Projekt- und Finanzcontrolling des Klinikums Hanau zahlreiche Erfahrungen im Krankenhausmanagement. Quack stammt von der Insel Rügen, ist verheiratet und hat zwei Kinder. | *häb*

Christian Quack

Eilbeker Adipositas Klinik als *Exzellenzzentrum zertifiziert*

Mit der Zertifizierung zum „Exzellenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie" der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) hat die Adipositas Klinik der Schön Klinik Hamburg Eilbek die höchste medizinische Qualitätsauszeichnung erhalten, die von der unabhängigen Fachgesellschaft vergeben wird. Damit zählt das Adipositaszentrum zu derzeit bundesweit nur vier Einrichtungen, die diese Zertifizierungsstufe erreicht haben. Als Voraussetzungen müssen nicht nur entsprechende diagnostische und ausstattungstechnische, sondern auch personelle Ressourcen dauerhaft verfügbar sein. Eine bestimmte Anzahl von Fachärzten ist erforderlich, die Operateure müssen sich kontinuierlich fortbilden, und das Zentrum muss die Mindestzahl von 200 adipositaschirurgischen Eingriffen vorweisen. In Eilbek wurden im vergangenen Jahr fast 450 Patienten operiert. Weitere Anforderungen sind die wissenschaftliche Betätigung im Rahmen von Studien und Publikationen sowie Fortbildungsveranstaltungen und Operationskurse. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer, therapeutischer und sozialer Bereiche ist ebenfalls Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Zertifizierungsverfahren. | *häb*

UKE: Versorgungsforschung *wird mit 2,5 Mio. Euro gefördert*

Versorgungsforscher des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) wollen in Hamburg ein Kooperationsnetz für Versorgungsforschung aufbauen. Ziel des Projekts „Hamburg Network Health Services Research (HAM-NET)" ist es, die Gesundheitsversorgung der Hamburger in verschiedenen medizinischen Bereichen weiter zu verbessern. Hierfür hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die kommenden drei Jahre eine Strukturförderung von 2,5 Millionen Euro bewilligt. Das Center for Health Care Research (CHCR), an dem 24 Institute und Kliniken des UKE und der Universität Hamburg beteiligt sind, hat die Aufgabe übernommen. Sprecher ist Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE. Neben dem Aufbau des Kooperationsnetzwerks wurde im CHCR das Forschungsprojekt „Collaborative and Stepped Care in Mental Health by Overcoming Treatment Sector Barriers (COMET)" entwickelt und vom BMBF bewilligt. Darüber hinaus erhielt Dr. Isabelle Scholl, Psychologin und Wissenschaftlerin im Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie, den Zuschlag des BMBF zum Aufbau einer Nachwuchsgruppe in der Versorgungsforschung. | *häb*

Gratulation

*zum **70.** Geburtstag*

20.02. **Dr. med. Manfred Holdeigel**
Facharzt für Radiologie

22.02. **Dr. med. Ulrich Hausa**
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

24.02. **Dr. med. Oswald Friedrich,** Arzt

24.02. **Dr. med. Alfons Raith**
Facharzt für Innere Medizin

28.02. **Dr. med. Jan Thomas Bandelow**
Facharzt für Klinische Pharmakologie
Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie
Facharzt für Arbeitsmedizin

28.02. **Dr. med. Johannes Prädikow**
Facharzt für Augenheilkunde

01.03. **Dr. med. Gisela Jepsen**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

08.03. **Ulrike Just, Praktische,** Ärztin

09.03. **Dr. med. univ. Jürgen Klug**
Facharzt für Augenheilkunde

11.03. **Dr. med. Wolfgang Stratmann**
Facharzt für Allgemeinmedizin

13.03. **Ulrike Marie Wetz,** Ärztin

14.03. **Dr. med. Lucie Sahl**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

15.03. **Jörg-Richard Schönffeldt**
Facharzt für Nervenheilkunde

*zum **65.** Geburtstag*

16.02. **Dr. med. Michael Trukenmüller**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

18.02. **Angela Erne**
Fachärztin für Innere Medizin

18.02. **Jan Mous**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

20.02. **Dr. med. Claus Till Münzesheimer,** Arzt

24.02. **Dr. med. Bernhard Stier**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

25.02. **Dr. med. dent. Hanna Hemken,** Ärztin

26.02. **Dr. med. Thomas Hebell**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

28.02. **Klaus-Dieter Eiffert**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Innere Medizin

28.02. **Dr. med. Werner Suchan,** Arzt

29.02. **Dr. med. Hubertus Baumgarten**
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie

03.03. **Dr. med. Hafis Sina**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie

06.03. **Dr. med. Frank Bisgwa**
Facharzt für Plastische Chirurgie
Facharzt für Chirurgie

Gratulation

zum 65. Geburtstag

07.03. Dr.med./GUS Dina Guerassimiouk
Ärztin

09.03. Dr. med. Heinz Metzner
Facharzt für Innere Medizin

09.03. Dr. med. Klaus Togler
Facharzt für Allgemeinmedizin

13.03. PD Dr. Dr. Peter Nielsen
Arzt

13.03. Dr. med. Gerhard Schulze
Facharzt für Allgemeinmedizin

15.03. Ewa Sokolowska-Jascholt
Ärztin

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

In memoriam

Annette Brinkhus
Fachärztin für Psychiatrie
und Fachärztin für Neurologie
*11.02.1962 † 03.12.2016

Dr. med. Thomas Tyzak
*31.07.1950 † 06.12.2016

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander Matte
Facharzt für Nervenheilkunde
*11.02.1942 † 07.12.2016

Dr. med. Friedrich Harfmann
Facharzt für Radiologie
*20.10.1933 † 15.12.2016

Dr. med. Dietrich Techen
Facharzt für Mikrobiologie
und Infektionsepidemiologie
und Facharzt für Labormedizin
*03.12.1931 † 17.12.2016

Dr. med. Karl-Herbert Wendt
Facharzt für Innere Medizin
*10.08.1929 † 19.12.2016

Dr. med. Walter Zirkler
Facharzt für Innere Medizin
*05.03.1944 † 21.12.2016

Dr. med. Walter Leppin
Facharzt für Radiologie
*01.10.1924 † 24.12.2016

(V. l.): Christiane Dienhold, Geschäftsführerin Altonaer Kinderkrankenhaus, Louisa Band, langjährige Lufthafen-Patientin, Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Prof. Dr. Philippe Stock, Leitender Arzt Pädiatrie, Marc Ewers, Geschäftsführer euroterra GmbH (ausführende Architekten)

Bewährtes Konzept Die Spezialstation Lufthafen für langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche ist einzigartig in Deutschland. Ende 2016 weihte Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks die Erweiterung ein.

Altonaer Kinderkrankenhaus *erweitert „Lufthafen“*

Sauerstoffflasche, Beatmungsgerät und Absaugpumpen sind immer dabei. Keinen Tag verbringen Kinder und Jugendliche, die aufgrund unterschiedlichster Erkrankungen auf Langzeitbeatmung angewiesen sind, ohne Atemhilfen und medizinische Überwachung. Bei der Behandlung dieser Kinder geht es darum, Hochleistungsmedizin und Kinderfreundlichkeit zu verknüpfen. Das ist wesentlicher Bestandteil des Lufthafen-Konzepts des Altonaer Kinderkrankenhauses. Der Lufthafen besteht seit fünf Jahren und hat sich bewährt. 2014 entstand daher die Idee, ihn zu erweitern. Ende 2015 gab die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ihre Zustimmung. „Mit der Einweihung dieser erweiterten Spezialstation ist ein wichtiges Etappenziel beim Umbau der Intensivbereiche erreicht. Die Stadt fördert dieses Vorhaben mit insgesamt rund 3,1 Millionen Euro“, sagte Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. Durch die Erweiterung stehen nun sieben weitere klinische Behandlungsplätze bereit, um beatmete Kinder und Jugendliche zu betreuen, wenn ein Krankenhausaufenthalt nötig ist. Durch die Einbindung der Ärzte des Altonaer Kinderkrankenhauses können fast alle Grunderkrankungen oder Verletzungen vor Ort behandelt werden. | *häb*

EbM-Kongress: „*Klasse statt Masse*“

„Klasse statt Masse – wider die wertlose Wissenschaft“ ist das Motto der 18. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM), die vom 9. bis 11. März 2017 im Hauptgebäude der Hamburger Universität stattfindet. Die Tagung soll einerseits die Defizite der präklinischen und klinischen Forschung deutlich machen, vordringlich jedoch Wege aufzeigen, wie schlechte Wissenschaft vermieden werden kann. Ein zweiter Themenstrang widmet sich der Zukunft einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung mit Themen wie „Big Data“, Telemedizin und Wissensmanagement. Programm und Anmeldemöglichkeit unter *www.ebm-kongress.de.* | *häb*

Doktorurkunde: *Charité ehrt Alumni*

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch im Jahr 2017 findet ein großer Festakt im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte statt. Leider ist der Kontakt zu einigen Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, auf den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte bis Mitte Mai im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin unter den Telefonnummern 030/450 57 60 18, -016, -058. | *häb*

© Albertinen-Krankenhaus; Tomaschoff

Ärztekammer sucht Gutacher verschiedener Fachrichtungen

Die Ärztekammer Hamburg benennt auf Anfrage von Gerichten medizinische Sachverständige für Gutachten und Stellungnahmen. So wurden auf diese Weise im vergangenen Jahr rund 400 Gutachter vermittelt. In den allermeisten Fällen gelingt das sehr gut, es gibt aber Engpässe in einigen Fachrichtungen, sodass die Ärztekammer Hamburg darum bittet, sich für Gutachten zu melden:
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Augenheilkunde (speziell Laserverfahren), Mund- und Kieferchirurgie.
Zudem werden häufig Gutachter für die folgenden Themenbereiche gesucht:
Fragestellungen zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in allen Bereichen, DRG-Abrechnung, interdisziplinäre Fragestellungen zur Arbeitsfähigkeit bei Beschwerden, die unterschiedlichste Fachbereiche berühren.
Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Anne Hammer per E-Mail: *gutachten@aekhh.de* oder unter Tel. 20 22 99 222. | *häb*

Asklepios Klinikum Harburg *eröffnet Zentrum für Ältere*

Das Asklepios Klinikum Harburg erweitert das Angebot im Bereich Altersmedizin und hat im Januar mit Unterstützung der Stadt Hamburg ein interdisziplinäres „Zentrum für Ältere“ eröffnet. Damit wird das bestehende, 20 Plätze umfassende tagesklinische Angebot für gerontopsychiatrische Patienten um zehn geriatrische tagesklinische Plätze erweitert. Die Stadt hat das Vorhaben mit über zwei Millionen Euro gefördert. „Die Tagesklinik leistet einen wichtigen Beitrag dazu, die wohnortnahe medizinische Versorgung von älteren Menschen im Süderelberaum zu verbessern“, sagte Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks bei der Eröffnung.
Im neuen, barrierefrei zugänglichen Zentrum in Haus 6 kümmern sich Psychiater, Psychotherapeuten, Geriater, Neurologen sowie Spezialisten für Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie um die Patienten. Diese kommen mit vielfältigen Krankheitsbildern in die Klinik, um wieder mobil zu werden oder stabilisiert zu werden, unter anderem nach einem Schlaganfall, Gelenkersatzoperationen oder anderen schweren Eingriffen sowie nach längerer Bettlägerigkeit. Dazu kommen Fälle mit Parkinsonsyndrom, chronischen arteriellen Verschlusskrankheiten oder mit sonstigen Bewegungsstörungen. | *häb*

Verloren

	Dr. med. Julia Bickmann, ausgestellt von BZÄK Südwürttemberg
B 9140	Sima Daneshkhah 15.09.2005
C 1260	Dr. med. Sabine Geginat 26.03.2008
C 9196	Nina Gerdes 15.01.2015
B 5232	Gabriele Grziwok 25.07.2001
C 6335	Dr. med. Michael Haunert 21.11.2012
C 9739	Dr. med. Wiebke Hülsemann 22.07.2015
C 5723	Dr. med. Susanne Jack 11.05.2012
C 1534	Christine Klingler 14.07.2008
D 1320	Dr. med. univ. Aloisa Paulina Kohl 27.10.2016
C 1722	Michael Korf 18.09.2008
C 4273	Dr. med. Kara Leigh Krajewski 27.01.2011
C 2206	Yevgeniy Mestechkin 26.02.2009
B 7641	Birgit Ruhl 25.02.2004
B 8406	Margret Sauer 04.01.2005
C 1418	Dr. med. Klaus Seide 09.06.2008
C 1151	Niklas Unter Ecker 09.01.2008
112247	Marie Woltermann 28.05.2012 ÄK Nordrhein
C 2698	Dr. med. Andrea Wulf-Oeverdieck 01.10.2009

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

Bei Einlaufparade *im Mai mitsegeln*

Der Ärztliche Kulturkreis lädt zum 828. Hafengeburtstag am 5. Mai 2017 ein, die Einlaufparade der Großsegler auf einem Zweimaster zu begleiten. Die „Zuiderzee“ ist von 12 bis 18 Uhr unterwegs, der endgültige Liegeplatz des Schiffs im Hamburger Hafen wird kurzfristig bekannt gegeben. Für 79 Euro werden Sie mit einem deftigen Mittagessen sowie Kaffee, Tee und Kuchen versorgt. Anmeldungen unter E-Mail: *kulturkreis-hh@web.de* oder unter Postfach 65 03 47, 22363 Hamburg. | *häb*

KISS: Neue Selbsthilfe-Kontaktstelle in St. Georg

KISS Hamburg hat im Januar in St. Georg seine vierte Kontaktstelle in Hamburg eröffnet. Neben den Standorten in Altona, Harburg und Wandsbek stehen den Hamburger Selbsthilfegruppen damit im Kreuzweg 7 in St. Georg nahe dem Hauptbahnhof drei neue Räume für ihre Treffen als Anlaufstelle zur Verfügung. Menschen, die Interesse an Selbsthilfe haben, erhalten montags von 10 bis 14 Uhr sowie donnerstags von 14 bis 18 Uhr persönliche oder telefonische Beratung (Tel. 537 97 89 79). In der neuen Kontaktstelle Mitte findet auch die Beratung zur finanziellen Förderung durch den Selbsthilfegruppen-Topf statt. In St. Georg gibt es zahlreiche Selbsthilfegruppen, zum Beispiel zu Alkoholsucht, Depression, sexueller Gewalt, Schizophrenie, Essstörungen oder Epilepsie, aber auch speziell für ältere Frauen oder gegen Einsamkeit. Beratung und Vermittlung findet zu allen Themen der rund 1.300 Hamburger Selbsthilfegruppen statt. Mehr Informationen erhalten Sie unter *www.kiss-hh.de*.| *häb*

Marburger Bund
Landesverband Hamburg e. V.

Einladung zur Jahreshauptversammlung am 27. März 2017 ab 19 Uhr in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Weidestr. 122 b, 13. Stock.

Tagesordnung:

1. Begrüßung
2. Tätigkeitsbericht
   Bericht über das Jahr 2016:
   • Tarifpolitik
   • Tarifeinheit
   Ausblick auf 2017:
   • Tarifverhandlungen Vorbereitung Ende 2017/Anfang 2018
   • Betriebsratswahlen Vorbereitung Ende 2017/Anfang 2018
3. Satzungsänderung
4. Haushaltsabschluss 2016
5. Bericht des Kassenwarts
6. Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung
7. Verschiedenes

Dr. Harald Vogelsang, Prof. Dr. Burkhard Göke, Prof. Dr. Ania C. Muntau (v.l.)

Finanzierung Bereits im Herbst 2017 wird das Kinder-UKE fertig sein. Ein Drittel der Bau-und Ausstattungskosten soll durch Spenden finanziert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, werden noch Förderer gesucht.

Kinder-UKE freut sich *über weitere Spenden*

Eine großzügige Spende für den Bau der universitären Kinderklinik (Kinder-UKE) hat die Hamburger Sparkasse dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im Januar übergeben. Den Scheck in Höhe von 100.000 Euro konnten Prof. Dr. Burkhard Göke, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des UKE, Prof. Dr. Ania C. Muntau, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des UKE, und Dr. Rainer Süßenguth, Leiter der Stabsstelle Förderbetreuung und Fundraising des UKE, entgegennehmen. Die Förderung wurde vom Vorstandssprecher der Haspa, Dr. Harald Vogelsang, überreicht. Das neue Kinder-UKE entsteht bis Herbst 2017 an der Martinistraße/Ecke Frickestraße. Die Baukosten betragen 69,5 Millionen Euro, ein Drittel davon soll aus Spenden finanziert werden. Bis zum Erreichen des Spendenziels werden noch rund vier Millionen Euro benötigt.
Spendenkonto: Hamburger Sparkasse | IBAN: DE54 2005 0550 1234 3636 36 | BIC: HASPDEHHXXX | Stichwort: Kinder-UKE

Beitragsveranlagung 2017

Mitte Februar werden die Aufforderungen zur Beitragsveranlagung von der Ärztekammer Hamburg versandt. Die aktuelle Beitragsordnung finden Sie auf der Homepage unter *www.aekhh.de*. Bitte haben Sie Verständnis, wenn Sie die Beitragsabteilung in diesen Wochen nur schwer telefonisch erreichen (Di. und Do. von 10 bis 12 Uhr) und es bei der Bearbeitung von E-Mails zu Verzögerungen kommt. Sollte Sie das Schreiben zur Beitragsveranlagung im März noch nicht erreicht haben, bitten wir Sie, Ihre bei der Kammer angegebenen Adressdaten zu überprüfen. | *häb*

Ärztinnenbund Hamburg lädt ins *Medizinhistorische Museum ein*

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) Hamburg lädt am 14. Februar um 19.30 Uhr zur Veranstaltung „Blick zurück, Blick nach vorn: Medizin und Medizinerinnen im Wandel der Zeit“ ins Medizinhistorische Museum auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) ein. Thema ist frauenspezifisch Interessantes aus Ärztekammer und Versorgungswerk mit Gelegenheit zum Austausch. Außerdem führt die Ärztin Dr. Doris Fischer-Radizi im Museum durch Wachsmoulagen und Medizinhistorie. Auch Interessentinnen, also Nichtmitglieder des DÄB, sind eingeladen. Treffpunkt für alle, die sich im UKE nicht gut auskennen, ist um 19.15 Uhr am Haupteingang. Im Beitrag von 15 Euro sind Eintritt, Führung, Getränke und Snacks enthalten. Nähere Informationen und Anmeldungen bis zum 13. Februar unter E-Mail: *reitz.s@freenet.de.* | *häb*

© UKE

Umfangreiche Analyse *zum Thema Krebs*

Bundesgesundheitsministerium und Robert Koch-Institut (RKI) stellen den „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland“ vor.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Prof. Dr. Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts, haben am 29. November 2016 den ersten „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland“ vorgestellt.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Dank unserer guten Gesundheitsversorgung leben Menschen nach einer Krebsdiagnose heute deutlich länger als vor zehn Jahren. Trotzdem ist Krebs in Deutschland nach wie vor die zweithäufigste Todesursache. Mit dem Nationalen Krebsplan arbeiten wir daran, die Krebsfrüherkennung weiterzuentwickeln und die medizinische Versorgung weiter zu verbessern … Der ‚Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland‘ zeigt, wo unsere Bemühungen schon greifen und welche Herausforderungen sich in Zukunft stellen.“

„Die Erfolge bei der Krebsbekämpfung haben inzwischen auch zum Anstieg der Lebenserwartung beigetragen“, unterstreicht Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts. Diese Entwicklung zeigt sich nicht zuletzt dadurch, dass Menschen, die an Krebs sterben, heute im Mittel etwa 74 Jahre alt werden, vier Jahre älter als noch 1980. Damit ist verbunden, dass die Zahl derer, die mit oder nach überstandener Krebserkrankung leben, weiter steigt. In Deutschland leben heute etwa vier Millionen Menschen, die jemals in ihrem Leben an Krebs erkrankt sind.

Am Robert Koch-Institut werden die Daten aus den epidemiologischen Krebsregistern der Bundesländer zusammengeführt und auf Bundesebene ausgewertet. Seit 1970 hat sich die absolute Zahl von Krebsneuerkrankungen in Deutschland nahezu verdoppelt, etwa 482.500 Menschen erkrankten im Jahr 2013 an Krebs. Da für fast alle Krebsarten das Erkrankungsrisiko mit dem Lebensalter steigt, treten in einer älter werdenden Bevölkerung auch mehr Krebsfälle auf.

In den letzten Jahren ist die vom Alter unabhängige Erkrankungsrate insgesamt erstmals leicht zurückgegangen. Zum Beispiel leiden weniger Männer an Lungenkrebs, da die Raucherzahlen bei Männern schon seit Langem zurückgehen. „Prävention wirkt“, resümiert Lothar H. Wieler. Auch Frauen und vor allem Jugendliche rauchen seit zehn bis 15 Jahren immer weniger. Angesichts der Tatsache, dass allein 15 Prozent aller Krebserkrankungen auf das Rauchen zurückzuführen sind, ist das eine erfreuliche Entwicklung.

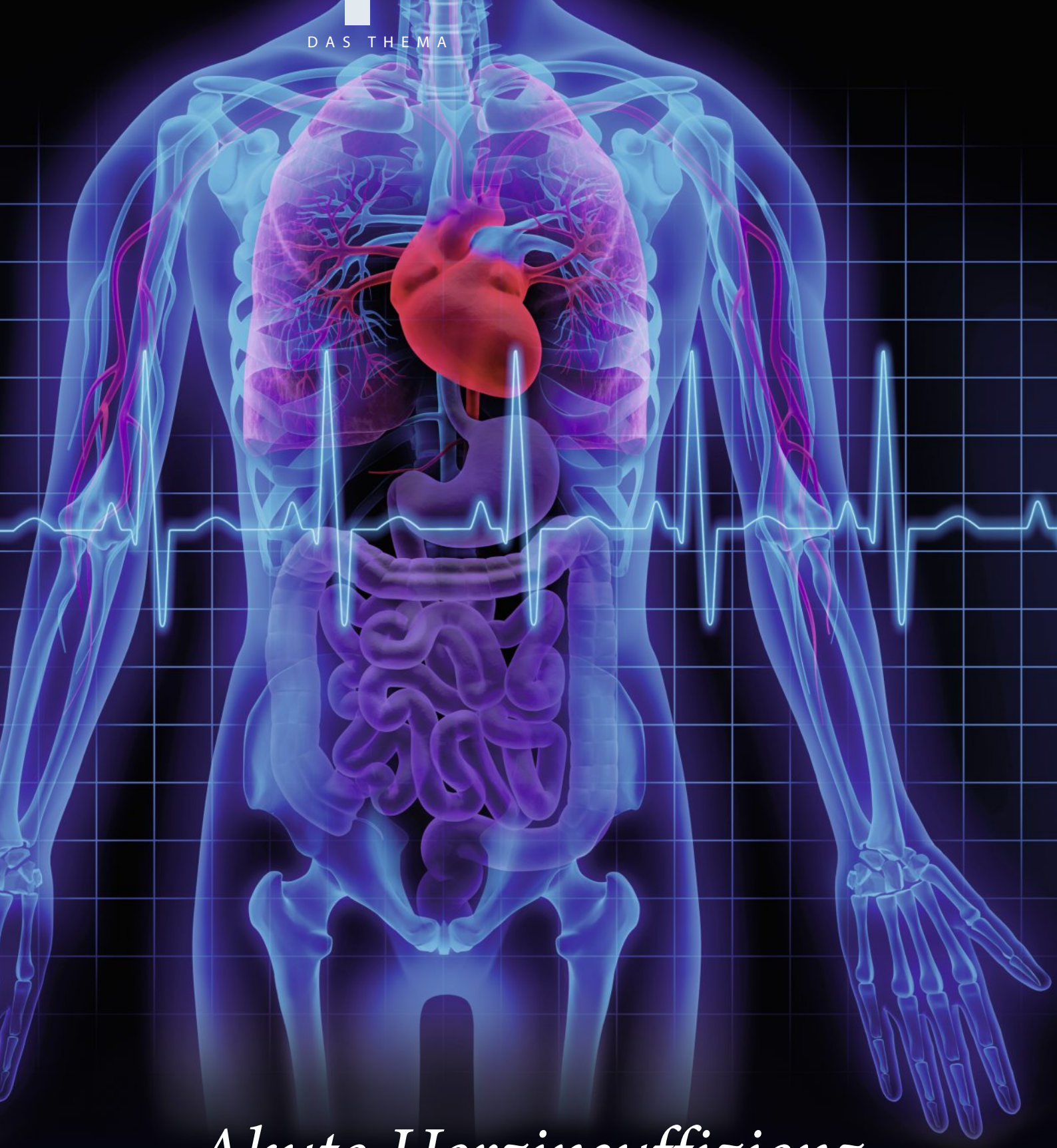
Mindestens 30 Prozent aller Krebserkrankungen gelten weltweit als vermeidbar, vor allem durch den Verzicht auf das Rauchen, die Vermeidung von starkem Übergewicht durch eine dem Bedarf angepasste Ernährung, ausreichende regelmäßige Bewegung, keinen oder höchstens maßvollen Alkoholkonsum sowie die Vorbeugung von HPV-Infektionen und Hepatitis B durch Schutzimpfungen. Daher werden mit dem Präventionsgesetz, das im letzten Jahr in Kraft getreten ist, Prävention und Gesundheitsförderung mit unterschiedlichen Maßnahmen gestärkt.

Die Daten der epidemiologischen Krebsregistrierung deuten darauf hin, dass das zwischen 2005 und 2009 eingeführte, qualitätsgesicherte Mammografie-Screening-Programm zu einem Rückgang fortgeschrittener Brustkrebserkrankungen führt. Darüber hinaus ermöglichen die Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Darmkrebs die Erkennung und Behandlung von Krebsvorstufen und tragen so zum Rückgang der Neuerkrankungsraten dieser beiden Erkrankungen bei. Um dieses Potenzial weiter auszuschöpfen, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz beauftragt, diese Screening-Programme gemäß den europäischen Leitlinien in organisierte Programme mit einem persönlichen Einladungswesen und verbesserten Informationen über die Vor- und Nachteile der Untersuchungen zu überführen.

Der „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland“ gibt erstmals eine Übersicht zu allen wichtigen Aspekten des Krankheitsgeschehens in Deutschland sowie den Fortschritten bei der Bekämpfung und zeigt auf, welche Entwicklungen zu erwarten sind. Der vom Robert Koch-Institut erstellte Bericht wird entsprechend einer Vorgabe im Bundeskrebsregisterdatengesetz zukünftig alle fünf Jahre erscheinen.

Pressemitteilung von BMG und RKI

Den Bericht und weitere Informationen finden Sie unter: *www.bundesgesundheitsministerium.de/krebs* und *www.rki.de/krebs.*



Akute Herzinsuffizienz

Plötzliche Symptome Eine Fehlfunktion des Herzens kann akut zur Minderperfusion der Organe und zum venösen Rückstau führen. Der Zustand ist lebensbedrohlich. Weil die Ursachen vielfältig und die Erscheinungsbilder unterschiedlich sind, muss bei der Diagnostik eine Klassifikation der Insuffizienz je nach Stauung und Hypoperfusion vorgenommen werden. Danach richtet sich die Therapie, die möglichst schnell beginnen sollte.

Von Dr. Felix Diehlmann, Dr. Christian D. Keller, Prof. Dr. Jochen Müller-Ehmsen

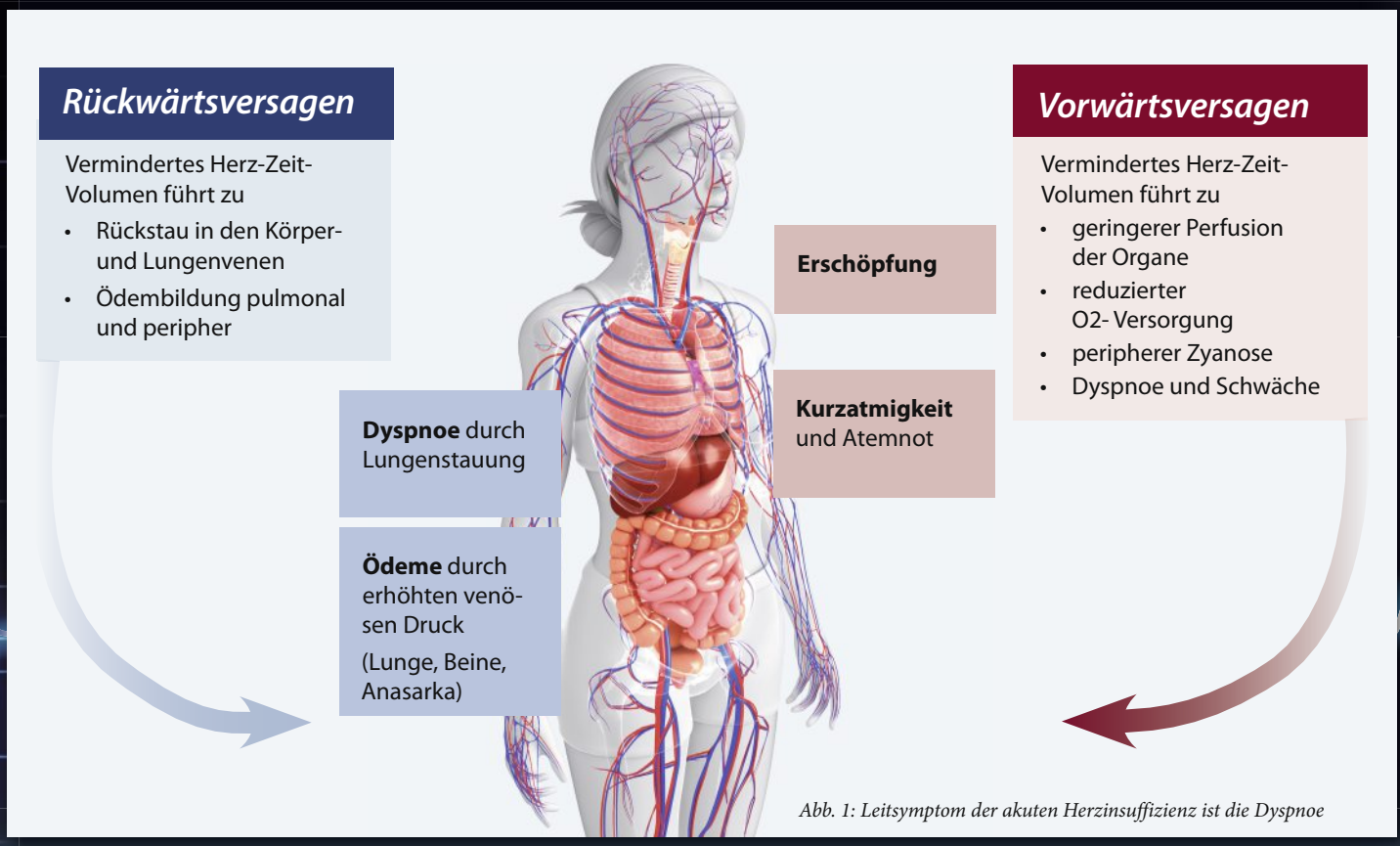


Abb. 1: Leitsymptom der akuten Herzinsuffizienz ist die Dyspnoe

Die Herzinsuffizienz ist die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte in Deutschland, und sie hat eine schlechtere Prognose als viele maligne Tumorerkrankungen. Da vor allem ältere Patienten betroffen sind, ist in den nächsten Jahrzehnten aufgrund der Alterung der Bevölkerung mit einem Anstieg der Prävalenz zu rechnen. Bei der Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Organismus ausreichend mit Blut und damit Sauerstoff zu versorgen, um die Bedürfnisse des Stoffwechsels decken zu können. Das Leitsymptom ist die Dyspnoe unter Belastung oder in Ruhe (Abb. 1). Weitere typische Symptome sind Flüssigkeitsretention, allgemeine Leistungsminderung und Müdigkeit. Als klinische Zeichen können in der körperlichen Untersuchung z. B. erhöhter Jugularvenenpuls, Rasselgeräusche über der Lunge, periphere Ödeme und eine Verlagerung des Herzspitzenstoßes festgestellt werden.

Abhängig von ihrem Auftreten und ihrem Verlauf wird die akute Herzinsuffizienz von der chronischen Herzinsuffizienz unterschieden. Die häufigsten Ursachen der chronischen Herzinsuffizienz sind die koronare und die hypertensive Herzerkrankung. Seltener sind nicht-ischämische Kardiomyopathien wie die dilatative, die hypertrophe/obstruktive (häufig vererbt) oder die restriktive Kardiomyopathie (Speicher- oder infiltrative Erkrankungen, die zu diastolischer Dysfunktion führen). Prognoseverbessernde, evidenzbasierte Therapieempfehlungen liegen fast nur für die Herzinsuffizienz mit reduzierter systolischer LV-Funktion (HFrEF) vor, während die Therapiemöglichkeiten bei der Herzinsuffizienz mit erhaltener systolischer LV-Funktion sehr eingeschränkt sind.

Ursachen der akuten Herzinsuffizienz

Eine akute Herzinsuffizienz liegt dann vor, wenn Symptome und Zeichen einer Herzinsuffizienz plötzlich neu auftreten („de novo"-Herzinsuffizienz), oder (in den meisten Fällen) wenn eine bestehende chronische Herzinsuffizienz akut dekompensiert. Sie ist eine

Tab. 1: Ursachen und Auslöser akuter Herzinsuffizienz

- **akutes Koronarsyndrom**
- **hypertensive Entgleisung**
- **Infektion (z. B. Pneumonie, Endokarditis, Sepsis)**
- **Tachyarrhythmie (z. B. Vorhofflimmern, ventrikuläre Tachykardie)**
- **Non-Adhärenz bezüglich Natrium-/Flüssigkeitsbeschränkungen oder Medikation**
- **Bradyarrhythmie**
- **toxische Substanzen (z. B. Alkohol, Partydrogen)**
- **Medikamente (z. B. NSAR, Kortikosteroide, negativ inotrope Substanzen, kardiotoxische Chemotherapeutika)**
- **Exazerbation einer chronischen Lungenerkrankung**
- **Lungenembolie**
- **Operationen und perioperative Komplikationen**
- **erhöhter Sympathikotonus, stressinduzierte Kardiomyopathie**
- **metabolische/hormonelle Veränderungen (z. B. Schilddrüsendysfunktion, diabetische Ketoazidose, Nebennieren-Dysfunktion, Schwangerschaft und peripartale Kardiomyopathie)**
- **akute mechanische Ursache: Myokardruptur infolge eines Herzinfarkts (Ruptur einer freien Ventrikelwand, Ventrikelseptumdefekt, akute Mitralklappeninsuffizienz), Thoraxtrauma, kardiale Interventionen, akute Nativklappen- oder Protheseninsuffizienzen infolge Endokarditis, Aortendissektion oder Thrombose)**

© Fotolia – psdesign1; pixdesign123

Tab. 2: Klinische Klassifikation von Herzinsuffizienz-Patienten je nach Stauung und Hypoperfusion (1)

	keine Stauung	Stauung • pulmonalvenöse Stauung • Orthopnoe/paroxysmale nächtliche Dyspnoe • periphere bilaterale Ödeme • Stauungsleber • Aszites • hepatojugulärer Reflux
keine Hypoperfusion	warm-trocken (kompensiert)	warm-feucht
Hypoperfusion • kalte, schweißige Extremitäten • Oligurie • geistige Verwirrung • Schwindel • schwacher Puls	kalt-trocken	kalt-feucht

lebensbedrohliche Erkrankung, die eine dringliche Evaluation und Behandlung erfordert. Meistens ist eine Krankenhauseinweisung notwendig, einige Fälle können jedoch auch ambulant behandelt werden. Ursächlich ist entweder eine primäre kardiale Dysfunktion, oder es sind extrinsische Faktoren, die zu einer Verschlechterung einer chronischen Herzinsuffizienz führen. Zu den häufigsten primären Ursachen zählen akute myokardiale Dysfunktion (ischämisch, inflammatorisch oder toxisch), akute Klappeninsuffizienzen oder Perikardtamponaden. Die Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz kann auch ohne identifizierbaren Grund auftreten, meistens wird sie jedoch durch einen oder mehrere Faktoren wie Infektion, unkontrollierte Hypertonie, Rhythmusstörungen oder Nichteinhaltung der Medikations- oder Diätempfehlungen ausgelöst (Tab. 1, S 13).

Klinische Klassifikation

Klinisch können Patienten mit akuter Herzinsuffizienz in vier Gruppen mit verschiedenen pathophysiologischen Zuständen klassifiziert werden, welche ein unterschiedliches therapeutisches Vorgehen erfordern. Diese Klassifizierung beruht auf Befunden aus der einfachen körperlichen Untersuchung: Je nach Fehlen bzw. Vorhandensein von Stauung und peripherer Minderdurchblutung können die Patienten in trocken bzw. feucht und warm bzw. kalt eingeteilt werden (Tab. 2).

Der trockene und warme Patient befindet sich hierbei im kompensierten Zustand: gut perfundiert, ohne Kongestion. Liegt eine akute Herzinsuffizienz vor, so ist das klinische Erscheinungsbild in den meisten Fällen (circa 95 Prozent) warm und feucht, also gut perfundiert, allerdings mit Stauungszeichen. Seltener handelt es sich um kalte und trockene Patienten (schlecht perfundiert, nicht gestaut) oder um kalte und feuchte Patienten (schlecht perfundiert und gestaut). Diese „4-Gruppen-Klassifizierung" kann für die Therapiesteuerung in der initialen Phase hilfreich sein und liefert prognostische Informationen (1).

Diagnostik bei akuter Herzinsuffizienz

Die diagnostische Abklärung der akuten Herzinsuffizienz muss schon im präklinischen Bereich beginnen und in der Notaufnahme fortgesetzt werden, um eine adäquate Therapie schnellstmöglich einleiten zu können. Ein früher Therapiebeginn ist ähnlich wie beim akuten Koronarsyndrom („time is muscle") auch bei der akuten Herzinsuffizienz wesentlich (2, 3). Wichtig ist dafür, dass rasch die Ursache für die akut aufgetretenen Symptome detektiert wird. Wesentliche Ursachen wurden oben bereits genannt, als Merkhilfe können sie in dem Akronym **CHAMP** zusammengefasst werden:

CHAMP

Behandelbare Ursachen einer akuten Herzinsuffizienz

C – akutes **C**oronarsyndrom

H – arterielle **H**ypertonie/hypertensive Entgleisung

A – **A**rrhythmie (Tachy-/Bradykardie)

M – akute **m**echanische Ursache (Perikarderguss, Klappenfehler, Sehnenfadenabriss, Septumruptur …)

P – **p**ulmonale Embolie (Lungenembolie)

Zur diagnostischen Abklärung der akuten Herzinsuffizienz gehört, andere Ursachen für die Symptome des Patienten auszuschließen

Abb. 2: Röntgen-Thorax mit den Zeichen des Lungenödems bei akuter Herzinsuffizienz (feucht)

Tab. 3: Klinische Merkmale der Stauung und Hypoperfusion

Stauungszeichen (linksführend)	• **Orthopnoe (Ruhedyspnoe, die sich durch aufrechtes Sitzen und den Einsatz der Atemhilfsmuskulatur bessert)** • **paroxysmale nächtliche Dyspnoe** • **Husten/Giemen** • **bilaterale pulmonale Rasselgeräusche** • **Nykturie** • **bilaterale periphere Ödeme**
Stauungszeichen (rechtsführend)	• **Jugularvenenstauung** • **bilaterale periphere Ödeme** • **Stauungsleber (Cirrhose cardiaque)** • **hepatojugulärer Reflux** • **Aszites** • **Appetitlosigkeit/Völlegefühl durch Wassereinlagerung im Verdauungstrakt**
Zeichen der Hypoperfusion	• **kalte, schweißige Extremitäten** • **Oligurie** • **geistige Verwirrung** • **Schwindel** • **Müdigkeit/Abgeschlagenheit** • **schwacher Puls**

Merke: Hypoperfusion (Minderdurchblutung) ist nicht gleich Hypotonie (niedriger Blutdruck), aber geht häufig damit einher.

(z. B. pulmonale Infektion, schwere Anämie, akutes Nierenversagen). Die Diagnosestellung beruht auf ausführlicher Anamnese, klinischer Untersuchung und weiterführenden Untersuchungen. Bei der Anamnese sollten insbesondere die genauen Symptome, der Gewichtsverlauf, bekannte kardiovaskuläre Erkrankungen und kardiale sowie nicht-kardiale Risikofaktoren erhoben werden. Bei der körperlichen Untersuchung gilt es, Zeichen für die ursächliche Erkrankung zu finden, aber auch Befunde für die Klassifikation der akuten Herzinsuffizienz zu erheben: Ödeme und Ergüsse als Folge der Stauung und periphere Hypoperfusion, verursacht durch reduziertes Herzzeitvolumen (Tab. 3).

Weiterführende Untersuchungen

Da die Sensitivität und Spezifität klinischer Zeichen der akuten Herzinsuffizienz oft nicht zufriedenstellend sind, müssen für eine sorgfältige Evaluation noch weiterführende Untersuchungen durchgeführt werden:

Röntgen-Thorax

Die Durchführung einer Röntgenuntersuchung des Thorax gehört zu den Standardmaßnahmen bei der Abklärung von Luftnot und kann sehr hilfreich für die Diagnosestellung akuter Herzinsuffizienz sein. Hierbei lassen sich unter anderem pulmonalvenöse Stauung, Pleuraergüsse, interstitielle oder alveoläre Ödeme und Kardiomegalie feststellen (Abb. 2). Bei bis zu 20 Prozent der Patienten mit akuter Herzinsuffizienz zeigt sich jedoch ein (nahezu) unauffälliger Röntgen-Befund (4). Aufnahmen im Liegen haben nur eine begrenzte Aussagekraft. Der Röntgen-Thorax ist außerdem hilfreich, um nicht-kardiale Ursachen für die Symptome des Patienten zu detektieren (z. B. Pneumonie, nicht-konsolidierende pulmonale Infektionen, Pneumothorax).

12-Kanal-EKG

Das EKG von Patienten mit akuter Herzinsuffizienz ist selten unauffällig (hoher negativer prädiktiver Wert) (5). Außerdem können anhand des EKGs zugrunde liegende kardiale Erkrankungen und potenzielle Triggerfaktoren für die akute Dekompensation identifiziert werden (z. B. Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern, akute Myokardischämie) (Abb. 3, S. 16).

Echokardiografie

Die Echokardiografie ist die wichtigste Untersuchungsmethode zur Erfassung der kardialen Funktion. Dennoch ist eine sofortige Durchführung nur bei Patienten mit hämodynamischer Instabilität notwendig und bei Patienten, bei denen der Verdacht auf eine akut lebensbedrohliche strukturelle oder funktionelle kardiale Erkrankung besteht (z. B. Perikardtamponade, akute Klappenregurgitation, Aortendissektion).

Eine Echokardiografie muss bei allen Patienten mit „de novo"-Herzinsuffizienz und bei allen Patienten mit unbekannter kardialer Funktion erwogen werden (vorzugsweise innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme). „Pocket size"-Echokardiografie-Geräte können ergänzend zur klinischen Untersuchung beim Erstkontakt eingesetzt werden. Wiederholte Echokardiografie-Untersuchungen sind üblicherweise nicht notwendig, außer bei spezifischen Fragestellungen (z. B. Verlauf eines Perikardergusses). Durch eine Sonografie des Thorax können interstitielle Ödeme und Pleuraergüsse detektiert werden.

Laboruntersuchungen (mit spezifischen Biomarkern)

Neben der Standard-Labordiagnostik (kardiales Troponin, Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte, Leberwerte, TSH, Glukose, Blutbild und bei Verdacht auf Lungenembolie D-Dimere) wird vor allem die Messung der natriuretischen Peptide (BNP, NT-proBNP) bei allen Patienten empfohlen, die sich mit Dyspnoe und Verdacht auf akute Herzinsuffizienz in der Notaufnahme oder Chest Pain Unit vorstellen. BNP und NT-proBNP haben eine hohe Sensitivität, um zwischen einer akuten Herzinsuffizienz und nicht-kardialen Ursachen für die Dyspnoesymptomatik zu unterscheiden (6).

Normale Blutplasmaspiegel machen die Diagnose „akute Herzinsuffizienz" sehr unwahrscheinlich. Erhöhte Spiegel bestätigen diese jedoch nicht zwangsläufig, da auch eine Reihe anderer kardialer und nicht-kardialer Erkrankungen mit erhöhten BNP- und NT-proBNP-

© Asklepios Klinik Altona

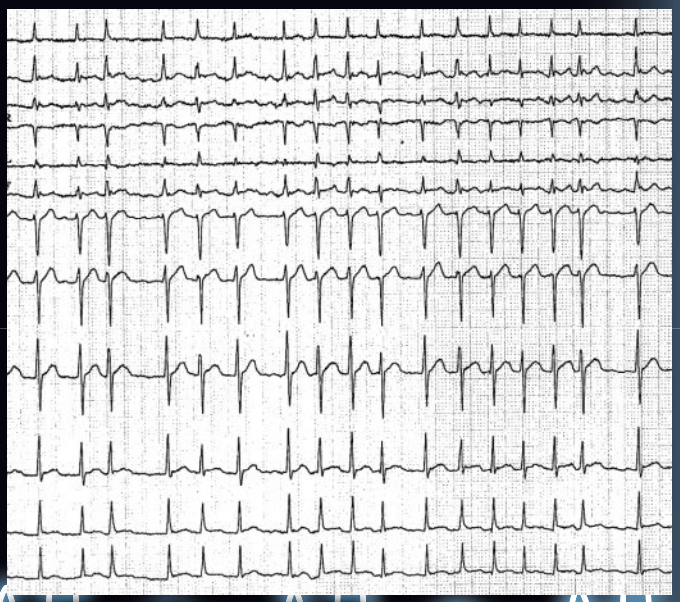


Abb. 3: Tachyarrhythmia absoluta im EKG als Auslöser für eine akute Herzinsuffizienz

Spiegeln einhergehen können. (Cave: Bei Therapie mit dem neuen Medikament Sacubitril bzw. Valsartan ist nur noch die NT-proBNP-Konzentration im Blut diagnostisch aussagekräftig.)

Therapie der akuten Herzinsuffizienz

Da die akute Herzinsuffizienz eine lebensbedrohliche Erkrankung ist, sollten die Patienten – außer in sehr leichten Fällen – in das nächstgelegene Krankenhaus möglichst mit kardiologischer Abteilung und Koronar- oder Intensivstation eingewiesen werden. Frühzeitige Diagnosestellung und Therapieeinleitung sind wichtig, weshalb bei Patienten mit vermuteter akuter Herzinsuffizienz die ersten pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapiemaßnahmen bereits parallel zur diagnostischen Abklärung initiiert werden sollten.

In der Frühphase, solange Ursache und weiterer Verlauf noch nicht absehbar sind, besteht Überwachungspflicht mit kontinuierlichem, nicht-invasivem Monitoring der kardiopulmonalen Vitalfunktionen des Patienten, einschließlich Pulsoxymetrie, Blutdruckmessung, Atemfrequenzmessung und EKG-Monitoring. Hierdurch soll eingeschätzt werden, ob der Patient hinsichtlich seiner Atemfunktion, peripheren Durchblutung, Oxygenierung, Herzfrequenz und seines Blutdrucks stabil ist. Außerdem sollten Flüssigkeitsein- und -ausfuhr bilanziert werden. Die routinemäßige Anlage eines Dauerkatheters ist nicht erforderlich. Patienten mit Atemversagen oder Kreislaufinstabilität müssen auf eine Intensivstation verlegt werden, wo sofortige Atmungs- und Kreislaufunterstützung zur Verfügung stehen.

Parallel zur klinischen Evaluation sollte versucht werden, die Ursachen für die Dekompensation zu identifizieren und zu behandeln, um eine weitere Verschlechterung des Zustands zu verhindern. Hierbei stehen insbesondere die Therapien eines akuten Koronarsyndroms, einer hypertensiven Entgleisung, einer Tachy- oder Bradyarrhythmie, einer mechanischen Ursache oder einer akuten Lungenembolie im Vordergrund (CHAMP).

Sauerstofftherapie und Atemunterstützung

Bei Patienten mit akuter Herzinsuffizienz wird eine Sauerstofftherapie bei einer SpO2 < 90 Prozent oder einem PaO2 < 60 mmHg empfohlen, um die vorliegende Hypoxämie zu korrigieren. Eine routinemäßige O2-Gabe bei nicht-hypoxämischen Patienten wird nicht empfohlen, da durch Vasokonstriktion eine Reduktion des kardialen Outputs hervorgerufen werden kann (7). Bei COPD-Patienten kann ein erhöhtes Sauerstoffangebot das Ventilations-Perfusions-Verhältnis verschlechtern. Generell sollte während einer Sauerstofftherapie ein transkutanes SpO2-Monitoring sowie eine regelmäßige Kontrolle des Säure-Basen-Haushalts durchgeführt werden, insbesondere bei Patienten mit akutem Lungenödem oder bekannter COPD.

Zeigt sich eine ausgeprägte Tachypnoe (Atemfrequenz > 25/min) oder ausgeprägte Hypoxämie (sO2 < 90 Prozent), dann sollte so früh wie möglich CPAP („Continuous Positive Airway Pressure“) oder BIPAP („Biphasic Positive Airway Pressure“) als nicht-invasive Beatmung (NIV) durchgeführt werden (8). Hierdurch kann die Atemnot gelindert und die Anzahl endotrachealer Intubationen vermindert werden. Nicht-invasive Überdruckbeatmung erzeugt einen Rückresorptionsdruck für Lungenödem und pulmonale Stauung, kann aber auch zu einer Blutdrucksenkung führen. Daher sollte sie bei hypotonen Patienten mit Vorsicht angewandt werden. Insbesondere im präklinischen Umfeld ist die CPAP-Beatmung eine sehr geeignete erste Maßnahme bei beginnender respiratorischer Insuffizienz, da sie relativ einfach durchzuführen ist und nur eine geringe technische Ausrüstung erfordert.

Eine Intubation sollte vermieden, aber im Einzelfall nicht unnötig aufgeschoben werden, wenn Hypoxämie, Hyperkapnie und Azidose mit der nicht-invasiven Beatmung nicht kontrolliert werden können. Kriterien für den Abbruch der NIV sind fehlende Spontanatmung, eine Verlegung der Atemwege, pH < 7,1, hämodynamische/rhythmologische Instabilität und eine nicht ausreichende Kooperation des Patienten. Bei Patienten mit akuter Herzinsuffizienz oder kardiogenem Schock ist als Narkosemittel das Benzodiazepin Midazolam dem Propofol vorzuziehen, da es weniger kardiodepressive Nebenwirkungen verursacht.

Initialtherapie entsprechend dem klinischen Profil

Die klinische Klassifikation von Herzinsuffizienz-Patienten wird je nach Stauung und Hypoperfusion vorgenommen (Tab. 2, S. 14):

Warm-trocken: Warme und trockene Patienten sind ausreichend durchblutet und kompensiert, sodass hier kein akuter Handlungsbedarf besteht. Die orale Medikation sollte überprüft und gegebenenfalls noch optimiert werden.

Warm-feucht: Die Kombination aus Stauung und erhaltener Perfusion ist die häufigste klinische Form der akuten Herzinsuffizienz. Bei diesen akut dekompensierten Patienten besteht in der Regel ein erhöhter oder normaler Blutdruck.

Bei Patienten mit (deutlich) erhöhten Blutdruckwerten ist die Therapie mit Vasodilatatoren zur effektiven Blutdrucksenkung und peripheren Widerstandssenkung besonders wichtig. Bei Patienten mit im Vordergrund stehender Überwässerung ist die diuretische Therapie mit Schleifendiuretika die wichtigste Maßnahme. Bei persistierenden Ödemen oder unzureichendem symptomatischen Ansprechen kann die diuretische Therapie durch die Ergänzung um Thiaziddiuretika oder Aldosteronantagonisten auf eine sequenzielle Nephronblockade eskaliert werden. Im Fall einer weiteren Therapieresistenz muss eine Ultrafiltration oder langsame Dialyse erfolgen.

© Fotilia – ;Asklepios Klinik Altona

Kalt-trocken: Diese Patienten sind peripher minderdurchblutet ohne Stauungszeichen, oft eher hypovoläm (gelegentlich übertherapiert mit Diuretika). Daher sollte der Versuch einer intravenösen Flüssigkeitsgabe (fluid challenge) unternommen werden. Besteht unter dieser Maßnahme weiterhin eine Hypoperfusion, so ist der Einsatz von positiv-inotropen Medikamenten zur Steigerung des Herzzeitvolumens erforderlich.
Kalt-feucht: Dieses klinische Profil ist am schwierigsten zu behandeln, da Hypoperfusion und Stauung gleichzeitig vorliegen. In der Regel ist eine intensivmedizinische Therapie unabdingbar, wobei zunächst eine Stabilisierung des Kreislaufs durch Inotropika und gegebenenfalls auch Vasopressoren (bei systolischem RR < 90 mmHg) angestrebt wird. Erst wenn die Perfusion verbessert ist, kann mit einer diuretischen Therapie begonnen werden, um die Überwässerung zu behandeln (unter Umständen auch durch langsame Dialyse oder Hämofiltration). In refraktären Fällen – bei Nicht-Ansprechen auf die medikamentösen Maßnahmen – ist je nach Patientenalter, Komorbiditäten und neurologischer Funktion der Einsatz von mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen möglich oder erforderlich.

Praktisches Vorgehen beim warm-feucht dekompensierten Patienten

Der größte Teil der Patienten mit akuter Herzinsuffizienz fällt in die Kategorie „warm-feucht". Im Gegensatz zu „kalten" Patienten besteht keine periphere Hypoperfusion, sodass die Kreislaufverhältnisse zunächst stabil sind und die Therapie außerhalb der Intensivstation beginnen kann. Im Gegensatz zur chronischen Herzinsuffizienz liegen bei der akuten Herzinsuffizienz kaum kontrollierte Studien vor, die eine evidenzbasierte Therapie ermöglichen würden. So haben zahlreiche medikamentöse Akutmaßnahmen in den neuen Herzinsuffizienz-Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) (9) dank der ausgeprägten klinischen Erfahrung den hohen Empfehlungsgrad Klasse I, jedoch einen relativ geringen Evidenzgrad von B oder C.
Im Zentrum der Maßnahmen beim warm-feucht dekompensierten Patienten steht die Gabe von Vasodilatatoren und Diuretika, die an den entscheidenden Stellgrößen Vor-/Nachlast und Überwässerung angreifen. Gradmesser des Therapieerfolgs ist beim vaskulären Typ mit hypertensivem Lungenödem neben dem klinischen Zustand des Patienten der Umfang der Blutdrucksenkung; der Blutdruck ist in den ersten 60 Minuten möglichst um 25 Prozent des Ausgangsdrucks zu reduzieren. Eine Entgleisung von z. B. 220/120 mmHg sollte also auf ungefähr 160/90 mmHg gesenkt werden. Eine stärkere Blutdrucksenkung ist mit schlechterem Outcome assoziiert und daher zu vermeiden.
Zuerst sollte eine schnell und einfach zu applizierende Substanz mit raschem Wirkeintritt eingesetzt werden: drei Hübe sublinguales Glyceroltrinitrat („Nitro", 1,2 mg). Glyceroltrinitrat ist ein Vasodilatator, der zu einem venösen Pooling führt, also die Vorlast senkt und dadurch Wandspannung und Sauerstoffverbrauch des Myokards herabsetzt. Durch eine Verringerung des arteriellen Tonus wird auch die Nachlast gesenkt, was zu einer Erhöhung des Schlagvolumens führen kann (10).
Außerdem wird für alle Patienten mit Stauungszeichen die Gabe von intravenösen Schleifendiuretika empfohlen. Diuretika stellen den Grundpfeiler der Therapie einer akuten Herzinsuffizienz dar und wirken über eine Steigerung der renalen Wasser- und Salzausscheidung der Überwässerung und Stauung entgegen. Furosemid ist das am häufigsten eingesetzte „first line"-Diuretikum. Die empfohlene Initialdosis für Patienten mit „new onset"-Herzinsuffizienz (oder bekannter Herzinsuffizienz, aber ohne diuretische Vortherapie) beträgt 20 bis 40 mg i.v. Für Patienten mit chronischer Diuretika-Therapie sollte der initiale i.v.-Bolus mindestens äquivalent zur Dosis in der Dauermedikation sein (11). Bei einer dauerhaften Einnahme von z. B. 20 mg Torasemid p. o. sollte die initale i. v.-Furosemid-Dosis circa 80 mg betragen.

Merke: Für die präklinische Erstversorgung dieser Patienten eignen sich am besten zwei bis drei Hübe Nitro s. l. und 40 bis 80 mg Furosemid i. v.

In der Klinik sollten die diuretische und Vasodilatatortherapie als kontinuierliche Infusionen fortgesetzt werden, wobei die Dosis und Dauer abhängig von den Symptomen des Patienten und von seinem klinischen und hämodynamischen Zustand sind. Für die Perfusortherapie werden Furosemid mit 500 mg auf 50 ml aufgezogen und Glyceroltrinitrat mit 50 mg auf 50 ml. Bolusgaben können dann – gegebenenfalls wiederholt – mit 40 bis 80 mg Furosemid (= 4 bis 8 ml der Perfusorlösung) und mit 0,3 bis 0,6 mg Glyceroltrinitrat (= 0,3 bis 0,6 ml der Perfusorlösung) erfolgen. Die Dauerlaufrate der Perfusoren sollte initial auf 2 bis 4 ml/h Furosemid (= 20 bis 40 mg/h) und 4 bis 8 ml/h Nitro (= 4 bis 8 mg/h) eingestellt werden.
Parallel können zur Schmerz-, Atemnot- und Angstbekämpfung fraktioniert 2 bis 5 mg Morphinsulfat i. v., gegebenenfalls plus 5 mg s. c., verabreicht werden. Auch das Morphinsulfat führt zusätzlich zu einem (pulmonal)venösen Pooling und senkt die Füllungsdrucke.

Zusammenfassung

Die akute Herzinsuffizienz ist wie die chronische Herzinsuffizienz gekennzeichnet durch eine Minderperfusion der Organe und einen venösen Rückstau vor dem Herzen. Sie tritt entweder als „de novo"-Herzinsuffizienz oder als Dekompensation einer vorbestehenden chronischen Herzinsuffizienz auf und ist ein lebensbedrohliches Ereignis. Daher ist eine rasche Diagnostik und eine rasche Einleitung der Therapie von großer Bedeutung. Die häufigsten Ursachen sind in dem Akronym CHAMP (akutes Coronarsyndrom, Hypertonie, Arrhythmie, mechanisches Problem, pulmonale Embolie) zusammengefasst. Diagnostisch stehen Anamnese, körperliche Untersuchung, EKG, Röntgen-Thorax, Labor- und Blutgasanalysen im Vordergrund. Die Echokardiografie ist im Verlauf immer erforderlich, in der Initialphase jedoch nur bei instabilen Patienten. Möglichst schnell sollte eine spezifische Behandlung der Ursachen erfolgen.
Die Behandlungsstrategie der akuten Herzinsuffizienz im engeren Sinne ist abhängig davon, ob der Patient ausreichend perfundiert ist (warm) oder nicht (kalt), und ob der Patient hydropisch dekompensiert ist (feucht) oder nicht (trocken). Patienten mit Minderperfusion sind immer als besonders kritisch anzusehen. Warm-trockene Patienten sind kompensiert und bedürfen keiner weiteren Akuttherapie.
Die meisten Patienten mit akuter Herzinsuffizienz sind warm und feucht. Bei diesen steht in der Frühphase die Therapie mit Diuretika und Vasodilatatoren mit dem Ziel der Rekompensation im Vordergrund.

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

Prof. Dr. Jochen Müller-Ehmsen
Chefarzt
III. Medizinische Abteilung,
Kardiologie, Pneumologie
und internistische Intensivmedizin
Asklepios Klinik Altona
E-Mail: *j.mueller-ehmsen@asklepios.com*

Barrieren finden *und überwinden*

Die Ergebnisse

Von 38 untersuchten Praxen hatten 31 einen Behindertenparkplatz vor der Tür, bei 36 konnte man Terminabsprachen auch schriftlich treffen.

29 hatten kein Problem mit Assistenzhunden, 18 der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, Hausbesuche zu machen, wenn die Behinderungen das erforderlich machten.

Inklusion Barrierescouts haben 38 Hamburger Arztpraxen untersucht und stellten im Dezember erste Ergebnisse vor. Das Projekt wird verlängert. Es werden weitere Praxen gesucht, die sich beteiligen wollen. *Von Sandra Wilsdorf*

Für manche ist es die zu kleine Schrift an der Wand, die den Weg zum Behandlungsraum zeigen soll, für andere sind es die Stufen vor dem Praxiseingang oder die für den Elektrorollstuhl viel zu schmale Tür zur Toilette: Barrieren sind vielfältig. Und so heißt das Prädikat „barrierefrei" auch nicht, dass diese Räume für Menschen mit jeder Form von Behinderung zugänglich wären. Das gilt für öffentliche Gebäude wie für private – und eben auch für Arztpraxen.

In Hamburg kümmern sich „Barrierescouts" seit gut einem Jahr darum, ein differenzierteres Bild von Barrieren zu zeichnen: Kerstin Hagemann und Karen Müller von der Patienteninitiative haben mit finanzieller Unterstützung der AOK Rheinland/Hamburg und Hilfe der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) zunächst einen umfassenden Kriterienkatalog erarbeitet und darin Menschen geschult, die nun als Barrierescouts Hamburger Arztpraxen untersuchen, auf Barrieren aufmerksam machen und Tipps für ihre Beseitigung geben.

Im Ernst-Deutsch-Theater stellten die Projektmitarbeiterinnen im Dezember eine Zwischenbilanz vor: 38 Hamburger Arztpraxen ließen sich bislang unter die Lupe nehmen. Mithilfe von Maßband, Tablet Computer und Entfernungsmesser ging es dabei um die Infrastruktur rund um die Praxis (Wo ist die nächste barrierefreie Haltestelle und wie ist der Weg zur Praxis? Gibt es Behindertenparkplätze?), um das Gebäude selbst (Gibt es bei Stufen einen Fahrstuhl?) und um den Innenbereich der Praxis (Untersuchungsräume, WCs und allgemeine Merkmale). Dabei ist klar: Nicht alle Punkte kann der Praxisinhaber beeinflussen – aber sie sind entscheidend, damit ein behinderter Mensch prüfen kann, ob diese Praxis mit seiner Form der Behinderung zugänglich ist oder nicht. Denn, so formulierte es Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) bei ihrer Begrüßung im Ernst-Deutsch-Theater: „Die vorhandenen Kennzeichnungen sind unvollständig und wenig differenziert. Da haben wir Nachholbedarf, auch in Hamburg." Während der Gesetzgeber bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gesetzliche Vorgaben zur Barrierefreiheit machen könne, sei das bei Arztpraxen schwierig. Sie freue sich über das Projekt und hoffe, dass noch möglichst viele Praxen mitmachen: „Denn das Versprechen der UN-Behindertenrechtskonvention auf freien Zugang des Gesundheitswesens für Menschen mit Behinderungen ist noch nicht eingelöst."

Verstehen sicherstellen

Dabei geht es jedoch nicht nur um Bauliches. Auch die Kommunikation ist entscheidend: Sicherzustellen, dass der Patient wirklich richtig verstanden hat, ist einfach, aber wichtig – beispielsweise, indem Ärztin oder Arzt sich rückversichern, dass die Information auch wirklich bei der Patientin oder dem Patienten angekommen ist. Das gilt auch bei gehörlosen Patienten. Hier kommt es nicht selten zu Missverständnissen, weil der Arzt das Nicken der Patienten für inhaltliches Verständnis oder gar Zustimmung hält, es aber tatsächlich nur dem Übersetzer gilt.

Für Silke Koppermann, niedergelassene Gynäkologin, ist es selbstverständlich, „dass alle Frauen zu uns kommen können, die zu uns kommen möchten". Ihre Praxis gelte als barrierefrei, „obwohl wir technisch nur mäßig eingerichtet sind". So hätten sie beispielsweise keinen höhenverstellbaren gynäkologischen

© Sandra Wilsdorf

Die Barrierescouts besuchten auch das altomed-mvz

Das altomed-mvz ist eine der Einrichtungen, die von den Barrierescouts unter die Lupe genommen wurden. Das medizinische Versorgungszentrum in Altona bietet hausärztliche sowie psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung.

Das Fazit von Susanne Moosleitner, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie: „Wir haben sehr hilfreiche Tipps bekommen, wie man mit kleinen Änderungen die Räume noch optimieren kann." So gebe es jetzt beispielsweise einen Spiegel in Rollstuhlhöhe und in der Toilette einen Haken für die Handtasche, den auch Rollstuhlfahrerinnen erreichen können. Überhaupt habe der Besuch das Bewusstsein geschärft – auch für das Thema leichte Sprache: „Wir achten jetzt noch mehr darauf, dass das Gegenüber auch wirklich verstanden hat, worum es geht." Auch Internetseite und Flyer würden noch einmal auf ihre Verständlichkeit überprüft.

Die „Untersuchung" durch Kerstin Hagemann und Karen Müller sei unkompliziert und zügig gewesen: „Die Terminabsprache ging ganz leicht, und der ganze Besuch mit anschließendem Gespräch hat etwa eine Dreiviertelstunde gedauert." Die Ärztin begrüßt das Angebot der Barrierescouts ganz ausdrücklich: „Es gibt ja viele Menschen mit Handicap, und es gehört für mich zum Arztsein dazu, immer auch die Perspektive der Patienten einzunehmen und für sie mitzudenken."

Auf dem Podium (v. l.): Isabella Vértes-Schütter (Ärztin, Intendantin des Ernst-Deutsch-Theaters und Schirmherrin des Projekts), Birgit Brink (Barrierescout), Ingrid Körner (Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen), Dörthe Maack (Moderatorin), Matthias Mohrmann (Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg), Silke Koppermann (Gynäkologin), PD Dr. Birgit Wulff (Vorstandsmitglied der Ärztekammer Hamburg)

Stuhl, „und wenn wir uns dann bemühen, eine Frau, die sich nicht bewegen kann, auf den Stuhl zu heben, ist das eigentlich beschämend". Sie wünsche sich mehr Förderung bei dem Bemühen, alle Patientinnen zu behandeln – auch in der Vergütung. Darin fand sie Unterstützung von Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg: „Das Vergütungssystem geht davon aus, dass sich Patienten, deren Behandlung aus den ein oder anderen Gründen besonders aufwendig ist, auf alle Ärztinnen und Ärzte verteilen. Das ist jedoch nicht die Realität. Es darf aber nicht sein, dass derjenige wirtschaftliche Nachteile hat, der sich um diese Patienten kümmert." Er forderte deshalb von der Politik ein „Investitionsprogramm für Barrierefreiheit im Gesundheitswesen".

Das würde auch PD Dr. Birgit Wulff begrüßen, die für den Vorstand der Ärztekammer Hamburg an der anschließenden Podiumsdiskussion teilnahm: „Aber wir sollten die Diskussion nicht darauf reduzieren. Es geht auch um eine entsprechende Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte und um eine Willkommenskultur."

Die wünschte sich auch Birgit Brink, Barrierescout und in der Multiple-Sklerose-Selbsthilfe aktiv: Nicht immer mache sie Erfahrungen wie mit ihrem Rheumatologen, der einfach gesagt habe: „Bleiben Sie hier, Sie sind doch meine Patientin." Immer wieder erlebe sie, dass sie ganz genau nachfragen müsse, um herauszufinden, ob eine Praxis für sie erreichbar und zugänglich sei oder nicht: „Wie jeder andere auch möchte ich zu einem Arzt gehen, dem ich vertraue und der bei mir in der Nähe ist. Und mich nicht immer dafür entschuldigen, dass ich Rollstuhlfahrerin bin. Ich möchte als Mensch wahrgenommen werden." Die meisten Ärzte seien sehr nett und aufgeschlossen, aber ein Arztbesuch und die vorherige Recherche seien für sie derartig aufwendig, „dass ich mich meist davor drücke und deshalb beispielsweise Vorsorgen meide".

Für Isabella Vértes-Schütter, Ärztin, Intendantin des Ernst-Deutsch-Theaters und Schirmherrin des Projekts, muss es über Begegnungen laufen: „Wir sind noch weit davon entfernt, eine inklusive Gesellschaft zu sein, aber wir haben uns auf den Weg gemacht. Und immer da, wo wir einander begegnen, in Schule, Kultur, im Gesundheitswesen, machen wir Erfahrungen, die unsere Haltungen verändern." Sie ermutigte Ärztinnen und Ärzte auch dazu, ihre Unsicherheit zu artikulieren.

Gute Beispiele als Wegweiser

Dass Begegnungen Haltungen verändern, hat auch Moderatorin Dörthe Maack erlebt: Als sie ihre Blindenhündin das erste Mal zur Geburtsvorbereitung mit in das Krankenhaus brachte, in dem sie entbinden wollte, sollte die Hündin zunächst draußen warten. „Am Ende waren sie alle so verrückt nach ihr, dass sie mich sogar gefragt haben, ob sie bei der Entbindung dabei sein sollte", erzählte die blinde Moderatorin. Sollte sie übrigens nicht.

Für Ingrid Körner, Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen, geht es über gute Beispiele. So erhielten Anfang Dezember beispielsweise das Katholische Marienkrankenhaus, das MVZ Dentologicum und das Familienplanungszentrum Hamburg vom Senat die Auszeichnungen als „Wegbereiter der Inklusion", weil sie ihre Angebote für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen ermöglichen. Das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) erhielt aufgrund seiner signalgebenden Aktivitäten den „Leuchtturm der Inklusion".

Auch PD Dr. Birgit Wulff wünschte sich noch mehr Öffentlichkeit für das Thema: „Wir sollten unsere Gesellschaft in ihrer gesamten Vielfalt anerkennen."

Die AOK Rheinland/Hamburg fördert das Projekt für weitere zwei Jahre bis Oktober 2018. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis dem „Barrierecheck" unterziehen wollen, versicherte Matthias Mohrmann: „Es geht um Zugang, und der ist für die gesetzliche Krankenversicherung als solidarisch finanziertes System wichtig. Es geht dabei nicht um das Anprangern, sondern um Information und gute Beispiele." Er hoffe, dass noch sehr viele Hamburger Arztpraxen mitmachen.

„Die Praxen erhalten von uns hinterher die Auswertung und Tipps. Die Resonanz war bislang immer sehr positiv", so Projektleiterin Kerstin Hagemann. Langfristig sollen die so erhobenen Daten mit vorhandenen Portalen verknüpft und veröffentlicht werden.

Wollen Sie auch einen Barrierescout in Ihre Praxis einladen? Kontakt: Patienten-Initiative e. V., Tel. 23 54 64 98, E-Mail: info@patienten initiative.de.

Fortbildungen

Das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) bietet eine Fortbildungsreihe zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen an. Am 27. April geht es um den alternden Menschen mit Behinderung. Den Flyer mit Terminen und Informationen zum Projekt gesundheit 25* des SIMI finden Sie unter *www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/simi/gesundheit25/.*

Auch die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg bietet regelmäßig (z. B. am 10. Februar 2017) Fortbildungen zum Thema „medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen" an.

Maßnahmen *konkret festlegen*

Recht Ein Beschluss des Bundesgerichtshofs hat präzisiert, welche inhaltlichen Anforderungen an eine Patientenverfügung zu stellen sind. Der zugrunde liegende Fall macht deutlich, weshalb bereits vorhandene Dokumente überprüft werden sollten.

Von Sandra Wilsdorf, Nina Rutschmann

„Da gab es doch so ein Urteil vom Bundesgerichtshof – muss ich nun eine neue Patientenverfügung schreiben?" Die Frage erreicht so oder ähnlich die Ärztekammer Hamburg immer wieder. Und auch Ärztinnen und Ärzte sind häufig unsicher, wie sie ihre Patienten in dieser Frage beraten sollen. Die Antwort lautet – wie meistens in juristischen Fragen: Es kommt darauf an. Darauf nämlich, wie konkret die Verfügung verfasst war. Der Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 6. Juli 2016 hat nämlich an der Rechtslage nichts geändert, aber präzisiert, welche inhaltlichen Anforderungen an eine wirksame Patientenverfügung zu stellen sind. Hervorgehoben wurde: Eine Patientenverfügung ist nur dann aus sich heraus bindend, wenn ihr „konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können", so heißt es im Beschluss. Darauf sollte jeder seine Patientenverfügung noch einmal überprüfen.

Der verhandelte Fall

In dem Fall, der dem Beschluss zugrunde liegt, hatte eine Frau 2003 schriftlich festgelegt, dass sie zwar ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung der angemessenen Möglichkeiten wünsche, so lange eine realistische Aussicht auf Erhalt eines erträglichen Lebens bestehe. In einer Reihe von Fällen jedoch sollten „lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben", beispielsweise wenn „medizinisch festgestellt ist, dass aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt". 2011 erlitt die Frau einen schweren Hirnschlag, sie selber stimmte zu, dass eine Magensonde gelegt wurde. 2013 kam es aufgrund einer Phase epileptischer Anfälle zu einem dauerhaften Gehirnschaden, infolge dessen sie ihre Fähigkeit, verbal zu kommunizieren, verlor. Ihre von ihr als Bevollmächtigte eingesetzte Tochter und ihre Hausärztin waren der Ansicht, dass der von ihr schriftlich formulierte Wille keinen Abbruch der künstlichen Ernährung rechtfertigte. Die zwei weiteren Töchter sahen das anders und strengten ein gerichtliches Verfahren an, um in der Sache eine „Umsetzung der Patientenverfügung" und „Befolgung des Patientenwillens" zu erreichen. Das Verfahren endete letztlich vor dem BGH. Der entschied, dass die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, für sich genommen nicht die für eine unmittelbar bindende Patientenverfügung notwendige konkrete Behandlungsentscheidung der Betroffenen enthalte. Auch die von der Frau in ihrer Patientenverfügung erwähnte Behandlungssituation eines schweren „Dauerschadens des Gehirns" hielt das Gericht für zu wenig präzise formuliert, als dass diese den Rückschluss erlaube, dass die Betroffene in ihrer derzeitigen Situation eine künstliche Ernährung ablehne. Könne aber ein auf Beendigung einer ärztlichen Maßnahme gerichteter Wille des Betroffenen – auch nach Ausschöpfung aller Erkenntnisquellen – nicht festgestellt werden, gebiete es das hohe Rechtsgut auf Leben, entsprechend dem Wohl des Betroffenen zu entscheiden und dabei dem Schutz seines Lebens Vorrang einzuräumen.

Wer eine Patientenverfügung verfasst, muss also grundsätzlich festlegen, welche konkreten Maßnahmen er in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation wünscht oder nicht. Die Verfügung muss damit zwei Elemente enthalten: eine Situationsbeschreibung und eine Handlungsanweisung für den Fall, dass sich der Betroffene in eben einer der beschriebenen Situationen befindet. Lehnt der Verfasser der Patientenverfügung beispielsweise bestimmte Maßnahmen ab (z. B. künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr), sollte er auch festlegen, ob das in allen oder nur in einigen der konkret beschriebenen Behandlungssituationen gelten soll, beispielsweise im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit. Und er sollte sich Gedanken darüber machen, ob er die Maßnahmen nur auf die Grunderkrankung bezieht oder auch auf Nebenerkrankungen, die eventuell leicht zu behandeln wären, unbehandelt aber zu einem natürlichen Tod führen würden.

Leidet ein Patient bereits an einer bestimmten Krankheit, wird es ihm leichter fallen, Entscheidungen zu konkreten Behandlungsmaßnahmen in einer Patientenverfügung zu treffen, als demjenigen, der sich in kerngesundem Zustand auszumalen versucht, in welche Situationen er kommen könnte. Dennoch ist es – in Anbetracht der weit reichenden Entscheidungen, die im Rahmen einer Patientenverfügung getroffen werden können – unverzichtbar, dass ihr mit hinreichender Bestimmtheit der Wille des Betroffenen entnommen werden kann.

Mutmaßlichen Willen ermitteln

Aber selbst wenn die Patientenverfügung unwirksam ist, weil sie diese Anforderungen nicht erfüllt, ist sie dennoch nicht bedeutungslos. Auch wenn eine Entscheidung des Patienten nicht eindeutig formuliert ist, müssen sich Ärzte und Betreuer bzw. Bevollmächtigte bemühen, entsprechend seinem Willen zu handeln. Dafür müssen sie zunächst den sogenannten mutmaßlichen Willen des Patienten ermitteln. Hierfür kann die Patientenverfügung wertvolle Anhaltspunkte liefern – auch wenn sie rechtlich unwirksam ist.

Weitere Informationen zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (mit Muster) auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg unter *www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/patienten/patientenverfuegung.*

Auch auf der Homepage des Bundesjustizministeriums gibt es umfangreiche Informationen und Dokumente: *www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/VorsorgeUndPatientenrechte_node.html.*

© Fotolia – Jeanette Dietl

Patientenverfügung: Rechtliche Grundlagen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

Vor allem zwei Paragrafen aus dem BGB sind relevant:

§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.
Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Wenn ein Familienmitglied *psychisch erkrankt …*

Selbsthilfe Das Familiengefüge gerät durcheinander, wenn ein Kind, Partner oder Elternteil an einer psychischen Krankheit leidet. Wie kann man mit diesem Einschnitt im Leben umgehen? Wie dem Erkrankten helfen? Der Hamburger Arzt Dr. Hans Jochim Meyer hat durch seine Arbeit in einem Angehörigenverband gelernt, mit dieser herausfordernden Situation umzugehen.

Die psychische Erkrankung eines nahen Angehörigen verändert das Leben von Ärzten genauso wie das Leben jedes anderen Menschen. Das hat auch unsere Familie – Arzt, Lehrerin und zwei Kinder – erfahren, als vor über 20 Jahren eines unserer Kinder mit 18 Jahren psychisch erkrankte.

Die Krankheit schlich sich in unser Haus ein. Unser Kind berichtete von Dingen, die uns merkwürdig erschienen, die aber möglich waren. Diese Begebenheiten häuften sich. Das Kind zog sich zurück, wurde ängstlich und misstrauisch. Wir Eltern wurden immer besorgter, waren aber eigentlich ratlos. Schließlich mussten wir der Tatsache ins Auge sehen: Unser Kind war schwer krank.

Für mich als Internisten und langjährigen Hausarzt sind psychische Erkrankungen nicht der Schwerpunkt meiner beruflichen Tätigkeit, aber gewisse Kenntnisse aus der Mitbehandlung meiner Patienten hatte ich damals natürlich. Rasch merkten wir, dass meine Erfahrungen zu begrenzt waren, wir benötigten Hilfe. Die psychiatrischen Kliniken erlebten wir teilweise als wenig unterstützend und tröstlich, denn uns wurde nicht selten sehr distanziert begegnet. Wenig Antworten gab es auf unsere Fragen und unsere Ratlosigkeit: Wie wird das Leben unseres Kindes weitergehen? Wird es wieder gesund werden? Wird es in der Lage sein, selbstständig zu leben und seinen Lebensunterhalt zu verdienen?

Kampf mit den Institutionen

Über rein medizinische Aspekte hinaus mussten wir uns im Laufe der Zeit mit zahlreichen anderen Problemen beschäftigen. Wir stellten fest, dass es für Angehörige psychisch Kranker keine zentralen Beratungsstellen gibt. Wir erfuhren aber zugleich, dass man zwangsläufig mit einer Vielzahl von Institutionen, Behörden und Fachleuten in Kontakt kommen kann, mit denen man vorher nie etwas zu tun hatte: Kliniken, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Einrichtungen der Sozialpsychiatrie wie Wohnheime und betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung, Sozialämter, Betreuungsgerichte, Kindergeldkasse, Versorgungsamt und anderes mehr.

Wir lernten daraus, dass Angehörige im Dschungel von Zuständigkeiten hilflos und alleingelassen sein können, und auch, dass es in unserem psychiatrischen Versorgungssystem sehr viele Lücken und Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

Wem davon erzählen?

Die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds ist auch heute immer noch ein Tabuthema. Und so fragten wir uns: Wem sollen wir davon erzählen? Und was erzählen wir? Angehörige psychisch Kranker stellen schnell fest, dass Menschen aus ihrer Umgebung, selbst aus ihrer Verwandtschaft, sich zurückziehen. Als Arzt kommt dann noch die Befürchtung hinzu, Ansehen und Vertrauen bei den Patienten zu verlieren, wenn sich herumspricht, dass es in der Familie „so eine Krankheit gibt“. Unser ganzes Leben veränderte sich, und es kostete Kraft, das auszuhalten. Wir wollten unserem kranken Kind zur Seite stehen, aber auch die übrige Familie musste und sollte zu ihrem Recht kommen und nicht an der Krankheit zerbrechen.

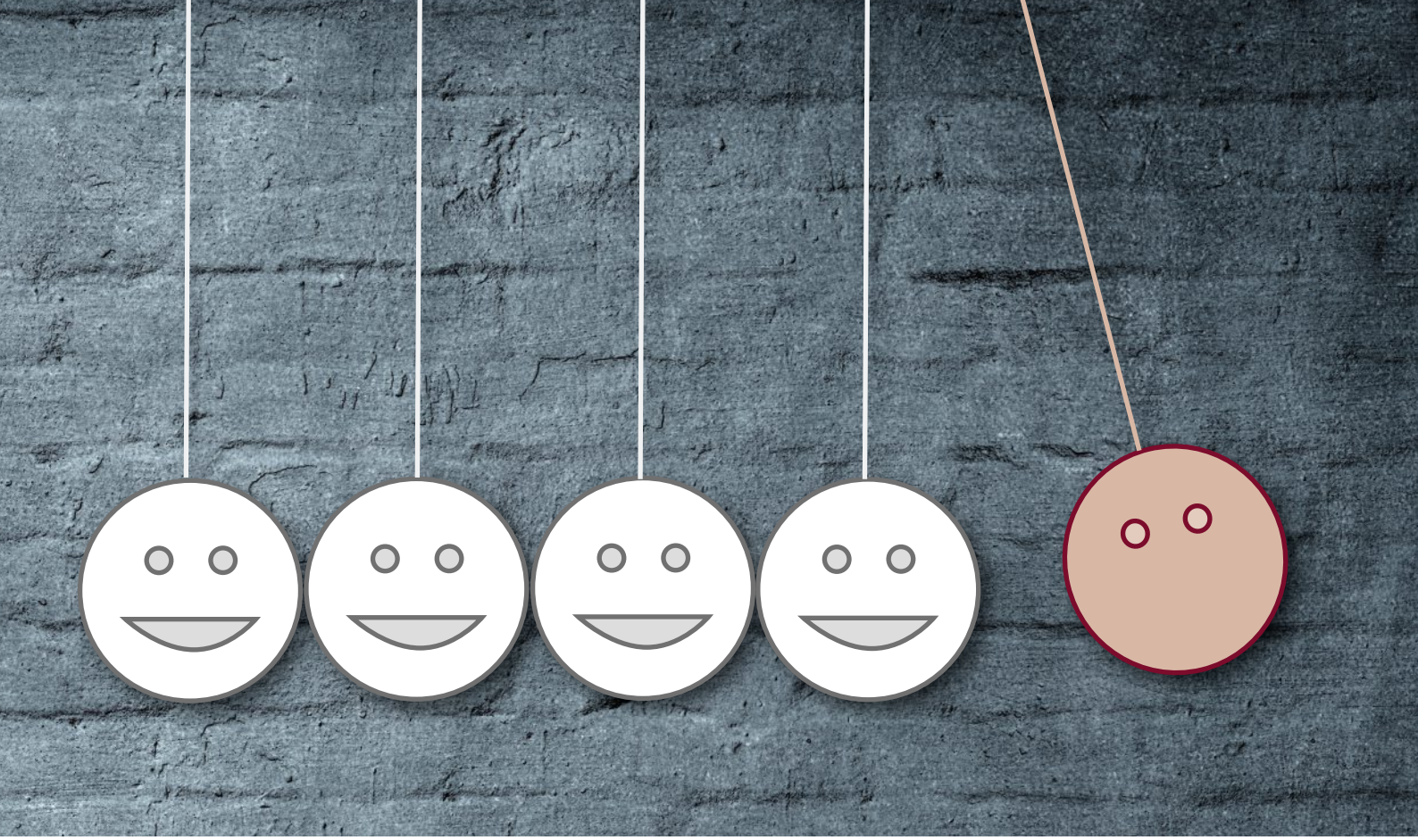
Wie wir mit diesen Fragen umgegangen sind, was uns geholfen hat, was uns gestärkt und Kraft gegeben hat, davon möchte ich berichten – auch, um ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in ähnlicher Situation Mut zu machen, möglicherweise einen ähnlichen Weg zu gehen.

Im privaten Bereich hatten wir bald den Eindruck, dass es nicht gut ist, um den „heißen Brei“ herumzureden. Das bringt verlegene oder sogar verlogene Situationen mit sich, weil man sein Kind verleugnet und sich selbst unwohl fühlt. Als wir begannen, offen darüber zu sprechen, machten wir die Erfahrung, dass unser Freundes- und Bekanntenkreis sich neu formierte. Manche Menschen brachen den Kontakt ab, dafür lernten wir andere kennen, die sich plötzlich trauten, sich auch als Angehörige eines psychisch Kranken zu erkennen zu geben. Wir erleben heute die Offenheit als entlastend, weil wir mit allen Freunden und Verwandten über unsere Situation sprechen können und viel Anteilnahme erhalten.

Angehörigenverband hilft

Bereits in den ersten Jahren erfuhren wir von anderen Angehörigen von der Existenz des Verbands Angehörige psychisch Kranker, Landesverband Hamburg. In diesem Angehörigenverband sind überwiegend Menschen mit erwachsenen psychisch kranken Kindern, (Ehe-)Partnern, Geschwistern und

© Fotolia – pixelkorn; Hamburger Ärzteblatt



Kinder psychisch kranker Eltern zusammengeschlossen. Über viele Jahre unterstützten wir den Verband nur passiv durch unsere Mitgliedschaft, erhielten auch mehrmals für uns wertvolle Informationen, etwa zu sozial- oder erbrechtlichen Fragen.

Seit etlichen Jahren sind meine Frau und ich als Vorstandsmitglieder aktiv. Der Verband hat drei wesentliche Tätigkeitsfelder:

- Beratung von Angehörigen und ihren Familien,
- Fortbildung und Information von Angehörigen,
- Lobbyarbeit für psychisch Kranke und ihre Familien.

Wir haben ein Team von Beraterinnen und Beratern und bieten zweimal in der Woche eine Telefonsprechstunde an. Wir organisieren Seminare und Veranstaltungen zur ganzen Bandbreite von Themen, mit denen Familien mit psychisch erkrankten Familienmitgliedern in Berührung kommen können. Wir haben vielfältige Kontakte zu Kliniken, Behörden, Sozialverbänden und Fachleuten verschiedener Berufe. Diese Kontakte nutzen wir, um uns für die Interessen von Familien mit psychisch kranken Familienmitgliedern einzusetzen, die sonst kaum eine Lobby haben. Ganz aktuell sind wir z. B. in die Psychiatrieplanung der Gesundheitsbehörde Hamburg eingebunden.

Die Mitglieder unseres Vorstands bringen, neben eigener Erfahrung als Angehörige, Kompetenzen aus verschiedenen Berufen ein, die wertvoll sind und sich ergänzen. Sie sind Ärzte, Lehrer, Juristen, Journalisten. Die Arbeit der vergangenen Jahre zeigt, dass Ärzte als Angehörige eines psychisch erkrankten Familienmitglieds auf einigen Feldern besonders wertvolle Arbeit leisten können.

Ein Anliegen des Verbandes ist, das oft nicht einfache Verhältnis zwischen psychiatrischer Klinik und Angehörigen zu verbessern. Vorteil ist, dass ein Arzt hier einen viel besseren Zugang zu den Kollegen hat, weil er als Gesprächspartner besser akzeptiert wird als ein medizinischer Laie. Er versteht seinerseits auch Sprache und Denken der Klinik besser.

Wir haben zu sämtlichen psychiatrischen Abteilungen in Hamburg, einschließlich des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, in den vergangenen Jahren auf verschiedenen Ebenen Kontakte aufgebaut, von anlassbezogenen Terminen über regelmäßige gemeinsame Besprechungen bis hin zur Mitwirkung an wissenschaftlichen Projekten.

Sinnstiftende Tätigkeit

Nach Abgabe meiner Praxis bin ich nun Arzt im Ruhestand. Für mich bedeutet die ehrenamtliche Vorstandsarbeit im Angehörigenverband viel mehr, als mit der Situation umzugehen, ein krankes Kind zu haben. Ich habe eine sinnstiftende Tätigkeit, die mir Befriedigung gibt. Ich kann weiterhin eine medizinnahe Tätigkeit ausüben und meine fachlichen Kenntnisse einbringen. Als Lohn erhalte ich viele Informationen und knüpfe persönliche Kontakte, die auch für meine Familie sehr wertvoll sind. Mit meiner Arbeit kann ich vielen Menschen bei der Lösung vielfältiger Probleme behilflich sein, die ich aus eigener Erfahrung kenne. Aber auch auf politischer Ebene kann ich etwas bewegen, etwa mich in die psychiatrie- und sozialpolitische Diskussion einbringen und auf Gesichtspunkte aus Familiensicht hinweisen.

Wer sich für eine ehrenamtliche Arbeit in einem Angehörigenverband einsetzt, hat davon nicht nur einen persönlichen Gewinn, der Einsatz für andere und das Wissen darum, gesellschaftlich etwas zu verändern, indem man offensiv mit dem Thema psychische Erkrankung umgeht, verändert die Situation. Dabei sind die möglichen Betätigungsfelder groß, je nach persönlichen Wünschen und Vorlieben: individuelle Beratung von Einzelpersonen, Organisation von Veranstaltungen, Kontakte zu den weiteren Akteuren in der Psychiatrie, Artikel schreiben, Vorträge halten, Befassung mit Sozialpolitik und vieles mehr.

Uns jedenfalls hat das Engagement geholfen, aus der Tabuzone in die Öffentlichkeit zu gehen und zu merken: Wir sind nicht allein.

Mehr Informationen über die Arbeit vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker Hamburg erhalten Sie auf der Homepage www.lapk-hamburg.de. *Über eine unverbindliche Kontaktaufnahme unter der privaten E-Mail:* drhjmeyer@t-online.de *oder unter Tel. 04101/658 63 freut sich der Autor.*

Dr. Hans Jochim Meyer
Vorsitzender des Landesverbands Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker
E-Mail: *hans.jochim.meyer@lapk-hamburg.de*

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel.: 25 46 – 27 02	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstag , 28. Februar, 16 - 18 Uhr	„Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Europäische Referenzzentren für seltene Erkrankungen“	UKE, Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen, Tel. 74 10-57 389	Martinistraße 52, Fritz-Schumacher Haus (Gebäude N30),
Dienstags (7.20 Uhr)u. donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Pneumologie- und Thoraxtumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Avan, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 15.45 – 17.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Fälle, die besonders intensiver Diskussion bedürfen)	Asklepios Klinikum Harburg, Anmeldung: *s.pratt@asklepios.com*	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Infos unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Raum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 11-13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 6
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Neurochirurgie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Suurheid 20, Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka und Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2, Seminarraum
Jd. 3. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „Psychotherapeutische Medizin“	Anmeldung: Dr. Gutermuth, Tel. 46 32 75; Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden / Dr. Rüther, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Maas / Finkenstaedt, Raboisen 40
Mittwoch, 22. Februar, 17 Uhr	Fortbildungsreihe Kinder- und Jugendgynäkologie in der Praxis (3 P)	amedes-Gruppe, Auskunft/Anm.: Johanna Möller, Tel. 33 44 11 – 99 66, *veranstaltungen@amedes-group.com*	Haferweg 40, Veranstaltungsraum 1. OG
Mittwoch, 15. März, 18 Uhr	Thema: „Thrombozyten im perioperativen Bereich: Transfundieren, Optimieren oder Beides?”	UKSH, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizinr, Auskunft über Sekretariat Prof. Steinfath, Tel. 0431 – 500 20 701	Hörsaal Chirurgie, Campus Kiel, Haus 2, Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anmeldung unter Tel. 644 11 – 421, Fax: -312, *www.amalie.de*	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. OG
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankenhaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, *www.kinderkrankenhaus.net*	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13 – 14 Uhr	Interdisziplinäres Kopf-Hals-Tumorboard	UKE, Anm.: PD Dr. Münscher, Tel. 7410 – 5 00 47 oder *a.muenscher@uke.de*	Martinistr. 52, Röntgendemonstrationsraum
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Pankreas- und Leberzentrums	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 7 90 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Moorkamp 2 – 6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 14.30 – 15 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Hämatologische Neoplasien	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft /Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 15 – 16.30 Uhr	Tumorkonferenz Thoraxzentrum	Asklepios Klinikum Harburg, Thoraxchirurgie, Anm.: *k.bierschwale@asklepios.com*	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Frauenklinik, Kontakt: Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel. 72 55 40	Glindersweg 80

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonferenz (Anmeldung von Patienten ist über *www.asklepios.com* auf der Webseite der Abteilung möglich)	Asklepios Klinik St. Georg, Klinik f. Fachübergreifende Frührehabilitation u. Physikalische Therapie, Auskunft: Dr. Peschel, Tel. 18 18 85 – 45 30	Lohmühlenstr. 5, Haus i, EG, Raum 0.26
Jd. 2. Mittwoch, 16 Uhr c. t.	Interdisziplinäres gefäßmedizinisches Kolloquium	Asklepios Klinik St. Georg, Infos und Anm.: Frau Boyens / Frau Kolschöwsky, Tel. 18 18 – 85 39 80	Lohmühlenstr. 5, Haus P, Hörsaal 3
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Asklepios Klinik Altona, Infos und Anm.: Frau Schmidt-Zoricic, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med.	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik für Anästhesiologie, Tel. 25 46 – 26 41	Alfredstr. 9, Bibliothek der Anästhesie
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. Madert, Tel. 18 18 85 – 42 74	Lohmühlenstr. 5, Haus CF, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“, öffentliche Fallkonferenz und Vortrag zu gefäßmedizinischen Themen	Univ. Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin, Anmeldung: Fr. Hidalgo, Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium	UKE, Kliniken und Polikliniken f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Univ. Prof. Dr. B. Hüneke, Tel.: 741 05 – 35 06	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 4. OG Südturm, Seminarraum 411
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 7 90 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abteilung, Tel. 18 18 83 – 12 65	Alphonsstr. 14, Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie / Neonatologie / Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel. 6 73 77 – 282	Ärztebibliothek, Liliencronstr. 130
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urolog. Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft / Anm.: Frau Groth, Tel. 18 18 – 82 28 11	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 1211 oder *mo.weber@asklepios.com*	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Brustzentrums und Gynäkologische Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft / Anm.: Frau Müller, Tel. 18 18 – 82 18 41	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi. 15 Uhr, Tel. 55 88 – 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Freitag – Sonntag 24. – 26. Februar, 18 Uhr, bzw. 10 Uhr	Fortbildungskurs: „Hilfreich miteinander sprechen: Einführung in die Gesprächsführung nach Carl Rogers”	Beratungs- und Seelsorgezentrum der Hauptkirche St. Petri, Auskunft über das BSZ-Sekretariat, Tel. 32 50 38 75	St. Petri Haus, Bei der Petrikirche 3
Freitag – Samstag, 24. – 25. März, ab 14 Uhr	Eppendorfer Symposium: Borderline-Persönlichkeitsstörung (12 P)	UKE, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Auskunft / Anm.: Brigitte Butzek, Tel. 74 10 – 52 201	Hörsaal der Augenklinik, Gebäude W 40, Martinistr. 52

Der besondere Fall

Abb. 1: Fisteladapter unterschiedlicher Größe (2)

Offener Bauch Ein 62-jähriger Patient erhielt als Folge eines Darmverschlusses ein Laparostoma und entwickelte zwei Dünndarmfisteln, die trotz mehrerer Übernähungsversuche nicht heilten. Mithilfe zylindrischer Adapter konnten die Fisteln drainiert und der Bauchraum schließlich geschlossen werden.

Von Marten Rehfeld[1], Dr. Simone Girschik[1], Prof. Dr. Carolin Tonus[1,2]

Wundermittel *Fisteladapter?*

Bei unserem Patienten handelte es sich um einen 62-jährigen Mann, der notfallmäßig wegen eines Ileus chirurgisch versorgt wurde. In Kenntnis mehrerer Voroperationen stellten wir die Indikation zur explorativen Laparotomie. Konsekutiv erfolgte eine ausgedehnte Adhäsiolyse bei malignem Verwachsungsbauch mit drei erforderlichen Serosa-Übernähungen.

Am achten postoperativen Tag kam es bei dem Patienten zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustands und zu einem Anstieg der laborchemischen Infektparameter. Nach Ausschluss extra-abdomineller Ursachen führten wir eine Re-Laparotomie durch. Dabei musste erneut zweifach die Serosa übernäht werden. Kausal zeigte sich das Bild einer 4-Quadranten-Durchwanderungsperitonitis bei paralytischem Ileus. Nach der Lavage des Abdomens wurde dieses mittels Vicryl-Netzes temporär verschlossen. Der Patient wurde im Etappenlavage (ETL)-Programm im Rahmen einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung versorgt. Im Laufe der ETL kam es zur Ausbildung eines Dünndarm-Konglomerats im Sinne eines „Frozen Abdomen". Um den späteren Verschluss zu ermöglichen, wurde ein abdomineller VAC-Verband angelegt.

Im weiteren Verlauf entstanden innerhalb des Dünndarmkonglomerats zwei enteroatmosphärische Fisteln, welche trotz mehrfacher Versuche der Übernähung unter pausierter VAC-Therapie (Vacuum Assisted Closure; auch Negative Pressure Wound Therapy, kurz: NPWT genannt) keine spontane Abheilung aufwiesen (Abb. 2). Schließlich konnten die Fisteln mittels zylindrischen Adapters (Abb. 1) drainiert und der VAC-Verband erneut eingebracht werden (Abb. 3). Unter regelmäßigem Wechseln des Abdominal-Dressings kam es zu einem deutlichen Rückgang und schließlich Sistieren der Fisteln.

Die Wundränder konnten in mehreren Schritten gerafft werden. Nach erfolgreichem Weaning und kurzem Aufenthalt auf der Normalstation erfolgte die weitere Wundversorgung bei mittlerweile granuliertem Laparostoma ambulant. Den Befund am Ende der Behandlung zeigt Abb. 4.

Therapie des Abdomens und der enteralen Fistel

In einem Zeitraum von knapp zwei Monaten erfolgten bei unserem Patienten nach der Re-Laparotomie wegen Durchwanderungsperitonitis insgesamt 26 Etappenlavagen mit 17 VAC-Verband-Wechseln; hiervon wiederum 12 mit Fisteladapter, dreimal schloss sich eine Hautraffung an.

Nach vorsichtiger Reinigung des granulierenden Wundgrunds des Laparostomas mit Kochsalzlösung wurden eine Polyethylen (PE)-Folie sowie ein Polyurethan (PU)-Schwamm angepasst. Uns diente hierzu das „RENASYS AB Abdominal Dressing Kit" der Firma Smith & Nephew (1). Dabei konnte die perforierte Folie so anmodelliert werden, dass die Wundränder und möglicherweise bestehenden Taschen gut abgedeckt waren; der Schwamm sollte circa 0,5 Zentimeter vor dem Wundrand enden. Anschließend wurde jeweils eine Öffnung im Verbandsmaterial über den enteralen Fisteln geschaffen und dort die zwei zylindrischen Fisteladapter eingebracht (2).

2011 fand deren Entwicklung und Patentierung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg statt (3, 4). Die Größenauswahl der Adapter erfolgte derart, dass sie die Fistel sicher einschlossen. Abschließend wurden Folie, Schwamm und Fisteladapter auf die Wundfläche bzw. die Fistel aufgelegt und über den Wundrand hinaus mittels okkludierenden Folienverbands abgedeckt. Via Sogschlauch stellten wir einen Unterdruck von – 80mmHg ein. Zuletzt erfolgte die Perforation des Folienverbands über der Öffnung der Fisteladapter. Hier wurde ein handelsüblicher Stomabeutel angebracht.

Weitere Behandlungsoptionen

Gründe für die Etablierung einer offenen Abdominalbehandlung bzw. das Anlegen eines Laparostomas sind vielfältig. Zum einen kann die Entscheidung während einer Operation bei akutem Abdomen – beispielsweise bei Perforation, Ileus, Mesenterialischämie, Trauma oder Peritonitis – gefällt werden. Zum anderen können postoperative Komplikationen wie das abdominelle Kompartmentsyndrom, der Platzbauch oder eine Anastomoseninsuffizienz im weiteren Verlauf zur Re-Laparotomie und sekundär zum offenen Abdomen führen.

Die Behandlung ist initial an den Aufenthalt auf einer chirurgischen Intensivstation oder Intermediate Care Station gebunden.

[1] Asklepios Klinik Nord
[2] Asklepios Klinik St. Georg

© Phametra; Asklepios Klinik Nord, Allgemein- und Viszeralchirurgie

Abb. 2: *Laparostoma mit zwei Dünndarmfisteln*

Abb. 3: *Defektkongruenter VAC-Verband mit zwei eingelegten Fisteladaptern. Abschließend wird ein lumenkongruenter Stomabeutel aufgebracht*

Abb. 4: *Abgeheiltes Laparostoma*

Angaben zur Mortalitätsrate liegen durchschnittlich bei knapp 30 Prozent (5, 6, 7, 8). Die Langzeit-Morbidität ist sehr hoch. Als temporäre Deckelung der Peritonealhöhle für die Zeit der Etappenlavage bis zur Ausbildung von Granulationsgewebe oder ggf. einem frühen Faszienverschluss dienen unterschiedliche Materialien und Techniken: „Towel Clipping" der Wundränder, Bogota Bag, Wittmann Patch, Reißverschlüsse, absorbierbare (Vicryl-) und nicht-absorbierbare (Polypropylen-, Nylon-)Netze oder VAC-Therapie (9, 10, 11, 12, 13).

Fistelbildungen – sowohl des Intestinums als auch des Pankreas – erschweren massiv das Wundmanagement und kommen durchschnittlich bei circa 10 Prozent (4 – 41 Prozent) der Patienten mit offener Abdominalbehandlung vor (14, 15, 16, 17, 18, 19). Die Mortalitätsrate unter den Betroffenen mit offenem Abdomen, die eine entero-atmosphärische Fistel entwickeln, steigt signifikant auf 17 bis 60 Prozent (20), je nach Lokalisation und Ausdehnung der Leckage(n), wobei große Fisteln des Jejunums und Ileums mit entsprechend hoher Förderrate die höchste Mortalität aufweisen. Mögliche Ursachen für Fistelbildungen am offenen Abdomen sind: Verletzungen der Serosa des Dünndarms, Austrocknung und Anastomoseninsuffizienzen.

Begünstigende Faktoren stellen darüber hinaus ein malignes Grundleiden, (chronisch) entzündliche Darmerkrankungen und vorbestehende interenterische Adhäsionen dar. Die Spontanheilungsrate von Fisteln innerhalb eines offenen Abdomens ist mit 6 bis 10 Prozent sehr gering. Daher sind interventionelle Maßnahmen zur Abheilung im Regelfall unumgänglich (21, 22, 23). Hierbei kommen Drainagesysteme (wie der Fisteladapter), Übernähungen, Verklebungen, Deckelungen mit autologen oder alloplastischen Materialien sowie Resektionen zum Einsatz. Weltweit gibt es jedoch keinen einheitlichen Goldstandard zur optimalen Versorgung.

Seit den frühen 1990er-Jahren kann der abdominelle VAC-Verband genutzt werden, um einerseits einen temporären Bauchdeckenverschluss zu gewährleisten und andererseits den definitiven Bauchdeckenverschluss zu erleichtern (24). Hierbei wird eine perforierte Polyethylen- (PE-)Folie als Schutzschicht zwischen der Bauchhöhle und dem Vakuumschwamm (Polyurethan) auf den Darm gelegt. Die Perforationen gewährleisten einen kontinuierlichen Abfluss von Flüssigkeit, ohne dass es dabei zu übermäßigen Adhäsionen oder Arrosionen durch den Schwamm kommt.

Der Schwamm wird mittels haftenden Folienverbands versiegelt und eine Vakuum-Pumpe mit einem Unterdruck von – 80mmHg bis – 120mmHg angeschlossen. Ein regelmäßiger Wechsel des Systems ist erforderlich und sollte circa alle 3 Tage (spätestens nach 5 Tagen) erfolgen.

Mortalitätsrate sinkt deutlich

Es konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zu anderen Methoden des temporären Bauchdeckenverschlusses die Mortalitätsrate signifikant sinkt (17). Die kontrollierte Drainage einer entero-atmosphärischen Fistel unter der abdominellen VAC-Therapie stellt eine besondere Herausforderung dar. Der Versuch, eine solche Fistel mittels Adapter von dem umliegenden Vakuum-Schwamm zu isolieren, ist eine neuartige Möglichkeit, die Abheilung der Fistel zu erwirken.

Technische Probleme, wie das Verstopfen des Sogschlauchs durch stuhliges Sekret, aber auch eine verzögerte Wundheilung durch permanente Kontamination des Granulationsgewebes durch den Fistelinhalt, sollen mit dem Adapter reduziert werden. Entsprechende Fisteladapter befinden sich aktuell in der Erprobung (Abb. 4).

Vor allem bei einfachen, nicht zu großen und wundrandfernen Fisteln können hier Erfolge in der Beschleunigung der Abheilung und Reduktion der Komplikationen während der abdominellen VAC-Therapie verzeichnet werden (3, 4, 25, 26).

Seitens der Entwickler (Jannasch et al.) existiert eine Fallstudie mit 12 Patienten (3, 4). Hierbei konnten klare Erfolge erzielt werden. Jedoch entpuppten sich auch Schwachstellen des Systems, wie z. B. große Fisteln und eine hohe Förderrate. Ähnliche Rückschlüsse zogen Schmidt et al. in einem Erfahrungsbericht (27). Derzeit fehlen Studien mit größerer Kohorte, um eine klare Bewertung des Systems vorzunehmen. Dennoch sind wir in Bezug auf diesen Einzelfall von der Wirksamkeit überzeugt und planen, den Fisteladapter auch zukünftig einzusetzen.

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

Prof. Dr. Carolin Tonus
Chefärztin
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
E-Mail: *c.tonus@asklepios.com*

Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?

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

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

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

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

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit. Bitte informieren Sie uns darüber!
Fax 040 / 20 22 99 490

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

patientenberatung@aekhh.de
www.patientenberatung-hamburg.de

ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Neues aus der Wissenschaft
Nachrichten

Protonenpumpenhemmer begünstigen das Überleben säureempfindlicher Erreger während der Magenpassage

Protonenpumpenhemmer-Medikation erhöht das Risiko einer Listeriose

Die Inzidenz der Listeriose, einer lebensgefährlichen, durch Lebensmittel übertragenen bakteriellen Infektion, hat in Europa in den vergangenen 20 Jahren zugenommen. Auf der Suche nach möglichen Ursachen wurde auch die zunehmende Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI) in Betracht gezogen: PPI könnten das Überleben säureempfindlicher Erreger wie Listeria monocytogenes bei der Magenpassage begünstigen und damit das Risiko einer Infektion erhöhen. Eine kürzlich publizierte populationsbasierte Fall-Kontroll-Studie hat jetzt einen Zusammenhang zwischen Listeriose und PPI-Anwendung bestätigt (Kvistholm Jensen A et al., Clin Infect Dis 2016 Dec 24, Epub ahead of print). In dänischen Gesundheitsregisterdaten fanden sich zwischen 1994 und 2012 insgesamt 721 Personen mit Listeriose. Durch Vergleich mit analogen Kontrollpersonen ergab sich bei laufender Anwendung von PPI ein fast dreifach erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Listeriose (Odds-Ratio 2,81, 95 Prozent-Konfidenzintervall 2,14 – 3,69). Bei Anwendung von H2-Rezeptor-Antagonisten war das Risiko nur gering erhöht. | *ca*

Delir bei Palliativbehandlung: Placebo besser als Neuroleptika

In einer Doppelblindstudie wurde untersucht, ob Risperidon (Risperdal® u.a.) oder Haloperidol (Haldol®) Symptome eines Delirs besser lindern als Placebo. In die Studie wurden 247 Patienten und Patientinnen eingeschlossen, die an einer unheilbaren Erkrankung mit palliativem Betreuungsbedarf litten und bei denen sich die Symptomatik eines Delirs entwickelt hatte (Agar MR et al., JAMA Intern Med 2017; 177:34–42). Die Dosis von Risperidon und Haloperidol betrug anfänglich zweimal 0,5 mg/Tag; je nach Symptomen konnte sie bis auf 4 mg/Tag erhöht werden. Nicht-medikamentöse Maßnahmen einer Delirbehandlung (Hydrierung, Tragen von Seh- und Hörhilfen, Anwesenheit von Angehörigen) wurden ebenfalls umgesetzt. Nach drei Tagen waren die Delirsymptome unter Placebo signifikant stärker zurückgegangen als unter Risperidon oder Haloperidol. Auch hinsichtlich der Überlebenswahrscheinlichkeit war Placebo den beiden Neuroleptika überlegen. | *ms*

Krebstherapie: Einsatz von Ganciclovir

Beseitigt gealterte Zellen

Herkömmliche Zytostatika haben einen unerwünschten Effekt: Sie greifen neben den Krebs- auch Körperzellen wie Keratinozyten, Endothelzellen oder Fibroblasten an und lassen diese altern, indem sie die Zellteilung stoppen. Dadurch können Nebenwirkungen einer Chemotherapie und das Rückfallrisiko verstärkt werden, berichten Wissenschaftler der Universität Groningen und vom Buck-Institut für Altersforschung in Kalifornien in „Cancer Discovery“ (DOI: 10.1158/2159-8290). Im Mausmodell zeigte sich, dass sich die teilungsunfähigen Zellen im Körper außerhalb des Tumorgewebes ansiedeln und dort eine chronische Entzündung verursachen können. In einem weiteren Mausversuch konnten diese Zellen mithilfe des antiviralen Mittels Ganciclovir gezielt beseitigt werden. Die Folgen: geringere Nebenwirkungen der Chemotherapie, das Knochenmark erholte sich, verbesserte Herzfunktion, verminderte Rezidivrisiko und weniger Metastasen. Inwieweit die Ergebnisse auf Menschen übertragbar sind, müssen weitere Studien zeigen.
Quelle: pharmazeutische-zeitung.de, 12.01.2017

Mehr Testosteron bei Frauen

Weniger Aggression

Je mehr Testosteron, desto aggressiver ist das Verhalten? Untersuchungen der Klinik für Neurologie und der Medizinischen Klinik I der Universität zu Lübeck und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, veröffentlicht in „Scientific Reports“ (DOI: 10.1038/srep38538), zeigten bei Frauen eher das Gegenteil. Die Wissenschaftler untersuchten, wie deren Testosteronspiegel mit der Hirnaktivität – gemessen mit fMRT – während einer aggressiven Interaktion – provoziert durch ärgerlichen Gesichtsausdruck einer Gegnerin – zusammenhängt. Testosteron wurde aus Speichelproben bestimmt. Die Ergebnisse: Probandinnen mit stärkerer Amygdala-Aktivität wurden gegenüber der Gegnerin aggressiver, Frauen mit höherem Testosteronspiegel verhielten sich insgesamt weniger aggressiv und wiesen eine geringere Aktivität der Amygdala auf. Andere Studien zeigten bereits: Testosteron kann bei Frauen einen prosozialen Effekt haben.
Quelle: aerzteblatt.de, 12.01.2017

© Fotolia – Sagittaria

Schlichtungsstelle

Tupfer im *Bauch vergessen*

Hysterektomie Kurz nach einer Revisionsoperation, bei der zusätzlich eine Zyste im Unterleib entfernt wurde, litt eine 47-Jährige unter starken Schmerzen. Es zeigte sich eine Entzündung, in deren Zentrum sich ein Tupfer befand. *Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Wolfgang Heidenreich*

Eine 47-jährige Patientin, aus deren Anamnese eine Abrasio und eine laparoskopische Entfernung der linken Adnexe hervorgingen, kam zur stationären Aufnahme in eine Frauenklinik. Die Patientin litt seit Längerem an rezidivierenden, therapieresistenten Dauer- und Kontaktblutungen beim Geschlechtsverkehr, bedingt durch eine Portioektopie. Die betreuende Frauenärztin hatte eine Hysterektomie empfohlen, die dann bei einer ambulanten Vorstellung in der Klinik vereinbart worden war. Dabei hatte man als Zusatzbefund eine drei Zentimeter große Ovarialzyste rechts diagnostiziert.

Der Eingriff wurde noch am Aufnahmetag durchgeführt in Form einer laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie. Die Laparoskopie zeigte minimale Adhäsionen auf der linken Seite zum Darm und zur seitlichen Bauchwand, die sich problemlos lösen ließen. Die rechten Adnexe waren unauffällig, eine Ovarialzyste war nicht zu erkennen. Der Uterus wurde von seinem Halteapparat abgesetzt, die Harnblase abpräpariert, der rechte Eileiter prophylaktisch entfernt und das Ovar belassen. Nach Durchtrennung der Scheidenhaut wurde der Uterus durch die Vagina entfernt, die Bauchhöhle gespült und eine Drainage eingelegt. Histologischer Befund: Mehrere Myomknoten, Adenomyosis uteri, regelrechte Tube, keine Malignität. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Abschlussuntersuchung einschließlich Sonografie ergab regelrechte Befunde. Die Patientin wurde nach vier Tagen beschwerdefrei entlassen.

Drei Wochen später stellte sie sich erneut in der Klinik vor und klagte über Schmerzen und Abgang von altem Blut. Bei der Untersuchung war der Unterleib druckempfindlich, sonografisch waren eine Flüssigkeitsansammlung über dem Scheidenende und ein Zystovar sichtbar. Am selben Tag erfolgte eine Revision. Das Scheidenende wurde eröffnet. Weiteres Vorgehen laut Operationsbericht: „Es wird ein kleines Hämatom ausgeräumt. Dahinter verbirgt sich eine prall-zystische Ovarialzyste. Diese wird mit einer Braunüle punktiert. Es entleert sich bräunlich-klare Flüssigkeit bis zum Kollabieren der Zyste, an eine Exstirpation ist nicht zu denken, sie ist unerreichbar. Die Zyste ist jetzt nicht mehr tastbar, und das Hämatom ist ausgeräumt." Der Eingriff erfolgte ambulant, die Patientin wurde „bei Wohlbefinden" entlassen.

Eine Woche später kam sie erneut in die Klinik und klagte über starke Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Der Beckenbereich war sehr druckempfindlich. Sonografisch fand sich ein Zystovar rechts und ein Konglomerat über dem Scheidenende. Laut Computertomogramm bestand der Verdacht auf einen Abszess. Die Laparoskopie ergab ein Konglomerat, bestehend aus entzündetem Dickdarm, Appendix und einem Ovarialabszess. Im Zentrum fand sich ein Tupfer, „welcher vermutlich nach der vaginalen Zystenentfernung vergessen wurde" (Operationsbericht). Das Konglomerat wurde aufgelöst, der Tupfer entfernt und das Ovar exstirpiert. Eine siebentägige Antibiotikatherapie schloss sich an. Die Entzündungswerte normalisierten sich. Die Patientin konnte zehn Tage postoperativ „bei subjektivem Wohlbefinden" entlassen werden.

Indikation zur Hysterektomie war fachgerecht

Die Patientin vermutete Behandlungsfehler und stellte folgende Fragen: Bestand eine Indikation zur Gebärmutterentfernung? Wurden die Operationen kunstgerecht durchgeführt? Hat das Belassen des Tupfers die Folgekomplikationen verursacht oder zumindest begünstigt? Wurde auf die Komplikationen fachgerecht reagiert?

Der Chefarzt der Klinik räumte ein, dass bei einer vaginalen Revisionsoperation ein Tupfer im Bauchraum verblieben sei, der für die Folgeoperation als ursächlich anzusehen sei. Nach seinem gegenwärtigen Kenntnisstand sei von einem Dauerschaden jedoch nicht auszugehen, allerdings sei der Folgeeingriff eindeutig auf den verbliebenen Tupfer zurückzuführen.

Der Gutachter der Schlichtungsstelle, Facharzt für Frauenheilkunde, vertrat folgende Ansicht: Die Patientin hatte therapieresistente Dauerblutungen, weshalb die Indikation zur Hysterektomie korrekt war. Bei der laparoskopischen Hysterektomie hätte kein Tupfer in den Raum oberhalb der Scheide eingebracht werden können; er wurde bei der ersten Revision, einem Routineeingriff, im Operationsgebiet belassen – ein vermeidbarer Behandlungsfehler. Die Entstehung des Hämatoms war nicht fehlerbedingt, dazu kann es auch bei richtigem ärztlichen Handeln kommen. Die Revisionsoperation wurde fachge-

© Fotolia – Tobilander

recht durchgeführt. Dabei musste der noch in situ befindliche rechte Eierstock entfernt werden. Dies sei bei der ohnehin schon perimenopausalen Patientin die einzige Langzeitfolge.

Tupfer führte zu Entzündungen

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an: Die Patientin litt an therapierefraktären Blutungsstörungen und Kontaktblutungen, die Familienplanung war abgeschlossen. Aus dieser Konstellation ergab sich eine eindeutige Indikation zur Hysterektomie. Dies bestätigte die histologische Untersuchung des Operationspräparats: Als Ursache der Blutungen fanden sich Myome sowie eine Adenomyosis. Letztere kann nicht organerhaltend therapiert werden. Die Hysterektomie war gut dokumentiert und nicht zu beanstanden. Ende Mai stellte sich die Patientin mit Abgang von (altem) Blut und Schmerzen erneut in der Klinik vor. Ursachen waren ein Hämatom am oberen Scheidenende und eine Ovarialzyste. Das Hämatom – ungewöhnlich nach so langer Zeit – sprach per se nicht für ärztliche Fehler. Auch bei fachgerechtem Vorgehen kann es dazu kommen. Eine vaginale Revision (Eröffnung des Scheidenendes, Punktion einer Ovarialzyste) wurde durchgeführt und verlief laut Operationsbericht problemlos. Dabei gelangte ein Tupfer in die Bauchhöhle und verblieb dort – ein vermeidbarer Fehler. Nur wenige Tage später kam die Patientin erneut zur Aufnahme, jetzt mit massiven Beschwerden. Das Computertomogramm ergab den Verdacht auf einen Abszess.
Als Ursache fand sich der erwähnte Tupfer, der zu einem Ovarialabszess und einem entzündlichen Konglomerattumor geführt hatte. Das Konglomerat wurde aufgelöst, der Tupfer entfernt und das Ovar exstirpiert. Das beschriebene Vorgehen war fachgerecht. Unter Antibiotika besserte sich der Zustand der Patientin allmählich.

Bei korrektem Vorgehen hätte die Rekonvaleszenz nach der ersten Revision (Ablassen des Hämatoms, Punktion der Ovarialzyste) etwa sieben Tage betragen. Durch das fehlerhafte Vorgehen kam es zu folgendem Gesundheitsschaden: Schmerzen zwischen erster und zweiter Revision, Notwendigkeit der zweiten Intervention, anschließender Klinikaufenthalt von zehn Tagen. Danach etwa dreiwöchige Rekonvaleszenz, Verlust des rechten Eierstocks, Risiko verstärkter Adhäsionen infolge der Entzündung im Beckenbereich. Schadenersatzansprüche waren begründet, eine außergerichtliche Regelung wurde empfohlen.
Versehentlich im Operationsgebiet belassene Fremdkörper sind selten. Meistens handelt es sich dabei um Tupfer, Kompressen oder Bauchtücher. Die Bewertung eines solchen Ereignisses hängt vom Einzelfall ab. Ein dramatischer Operationsverlauf oder unerwartete schwere Komplikationen, zum Beispiel Blutungen, können den Arzt entlasten. In diesem Fall traf dies allerdings nicht zu. Zur Vermeidung derartiger Komplikation sind umfangreiche, standardisierte und dokumentierte Präventivmaßnahmen erforderlich, an erster Stelle die Zählkontrolle der verwendeten Materialien vor und nach dem Eingriff durch zwei Pflegekräfte (instrumentierende Schwester und Springer).

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

Kerstin Kols, Ass. jur.
Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Prof. Dr. Wolfgang Heidenreich
Facharzt für Frauenheilkunde, Ärztliches Mitglied
E-Mail: *info@schlichtungsstelle.de*

Bild und Hintergrund

Der kranke *Reformator*

Gesundheitszustand Zeit seines Lebens leidet Martin Luther unter den verschiedensten Krankheiten, mehrere Male ist sein Leben in Gefahr. Allen körperlichen und seelischen Folgen zum Trotz verlangt er sich ein unglaubliches Arbeitspensum ab. Mit 62 Jahren stirbt er an einem Herzinfarkt.

Von Prof. Dr. Oswald Müller-Plathe

Das fünfhundertste Jubiläum der Reformation, das in diesem Jahr begangen wird, lenkt unseren Blick auf Martin Luther. Er steht uns allen als unbeugsamer, kraftstrotzender und urwüchsiger Geistesheld vor Augen, der mit machtvollen Hammerschlägen seine 95 Thesen gegen kirchliche Missstände an die Tür der Wittenberger Schlosskirche nagelte, die Bibel übersetzte und viele Kirchenlieder dichtete. Doch wie stand es hinter der Fassade dieses aufreibenden Lebens mit der Gesundheit?

Bereits das Klosterleben schädigt Luthers Gesundheit

Martin Luther wird 1483 in Eisleben geboren und wächst in Mansfeld (beide Sachsen-Anhalt) auf. Aus Kindheit und Jugend ist gesundheitlich nichts Wesentliches bekannt. In den Klosterjahren in Erfurt scheint er sich zeitweilig durch Geißelung, extremes Fasten und häufige Nachtwachen geschwächt zu haben. Es gibt Berichte über Kollapse, Krämpfe und Schreianfälle. Die Deutungen dieser Zustände reichen von Epilepsie über Exsikkose bis zu psychogenen Anfällen und sind sehr unsicher. Aber das Klosterleben kann seine Gesundheit durchaus geschädigt haben. In späteren Jahren hat Luther den Eintritt ins Kloster bedauert und als Werk des Teufels bezeichnet. An die Existenz des Teufels hat er übrigens lebenslang geglaubt – er war ein Mensch seiner Zeit.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung seiner Thesen (ob sie wirklich an die Schlosskirche genagelt worden sind, wird heute bezweifelt) ist Luther 34 Jahre alt, ein hervorragend ausgebildeter Priester, Doktor der Theologie und Professor für Bibelauslegung an der neu gegründeten Universität Wittenberg. Vor seinem Eintritt in den Augustinerorden war er bereits Magister der Philosophie. Er galt offenbar als sehr fähig, denn seine Ordensvorgesetzten hatten ihn schon in jungen Jahren in besonderer Mission nach Rom geschickt.

Worms: 1521 wird Luther von Kaiser Karl V. auf den Reichstag zu Worms zitiert, „der Leren und Buecher halben", und er müsse „auch kains gewalts oder unrechtens besorgen" (also freies Geleit). Der Kaiser schickt ihm den Reichsherold Kaspar Sturm (bekanntes Porträt von Lucas Cranach d. Ä.) zum Geleit. Luther ist längst ein Volksheld. Am 2. April tritt er in einem zweirädrigen Wagen die Reise an. Es wird eine Triumphfahrt. Die Städte begrüßen ihn feierlich mit Delegationen und Geschenken. Bei seinen Predigten sind die Kirchen überfüllt. Sein Freund Spalatin lässt ihm aus Worms eine Warnung zukommen, er solle nicht kommen. Doch er antwortet, „wenn so vil Teuffel zu Wurmbs weren als zigel auf den dechern, noch wollte ich hinein" (1).

Eine Krankheit, „gählig und heftig", bedroht sein Leben

Aber natürlich hat er auch Angst. Er erinnert sich an Jan Hus, den tschechischen Reformator, der trotz Zusicherung freien Geleits 1415 auf dem Konzil zu Konstanz gefangen genommen und bei lebendigem Leib verbrannt worden war. Unterwegs, in Eisenach, erkrankt Luther so schwer an einer „gähligen und heftigen" Krankheit, dass man um sein Leben fürchtet und ihn mit Aderlass traktiert. Zusätzlich quält ihn schwere Obstipation. Völlig entkräftet trifft er, nach heutigen Begriffen fast ein Popstar, eskortiert von acht Berittenen, am 16. April in Worms ein. Bei seiner ersten Vorladung am folgenden Tag bittet er, zur Enttäuschung seiner Anhänger, um Bedenkzeit. Offenbar fühlt er sich noch nicht wieder stabil genug. Am nächsten Tag argumentiert er glänzend und lehnt jeden Widerruf ab. Zurückgekehrt in seine Herberge, brechen Triumph und Erleichterung hervor: „Ich bin hindurch, ich bin hindurch." Karl V. verhängt die Reichsacht über den „Ketzer". Das Verlangen kirchlicher Vertreter, das freie Geleit für diesen Ketzer zu brechen, lehnt der Kaiser jedoch ab.

© Fotolia – mojolo

Die Wartburg über dem thüringischen Eisenach. Dort wurde Luther von seinem Landesherrn vor seinen Verfolgern versteckt

Wartburg: Um Luther vor Verfolgung zu schützen, versteckt sein Landesherr Kurfürst Friedrich der Weise ihn nach einem Scheinüberfall während der Rückreise als Junker Jörg auf der Wartburg. Die folgenden zehn Monate Einsamkeit sind eine einzige Qual für ihn, auch wegen der hartnäckigen Obstipation. In einem Brief an Melanchthon vom 12. Mai 1521 schreibt er: „Der Herr hat mich im Hintern mit großem Schmerz geschlagen. So hart ist der Stuhlgang, dass ich gezwungen werde, ihn mit großer Kraft bis zum Schweißausbruch herauszustoßen … Gestern habe ich nach vier Tagen einmal ausgeschieden." (2) Und in einem Brief an Nikolaus von Amsdorf findet sich der schöne Satz: „Mein arss ist bös worden." (2) Offenbar war es zu schweren Einrissen am After gekommen. Schlaflosigkeit und zeitweilige depressive Verstimmung sind die Folgen. „Ich bin in dieser arbeitsarmen Einöde tausend Teufeln ausgeliefert." (2) Nur mit Mühe kann er davon abgehalten werden, nach Erfurt zu reisen, um dort Hilfe zu suchen.

Doch in Erfurt herrscht die Pest. Die erzwungene körperliche Untätigkeit und die opulente, aber schlackenarme „junkerliche" Kost dürften bei dem bis dahin eher asketisch ernährten Luther die Neigung zu Obstipation und Hämorrhoiden gefördert haben. Diese Beschwerden ist er in seinem ganzen weiteren Leben nicht mehr losgeworden.

Der Schlossherr, der als einziger die wahre Identität von Junker Jörg kennt, versucht, ihm durch Reitausflüge und Jagden Abwechslung und Bewegung zu verschaffen. Aber Jagen liegt Luther nicht. „Ich bin aber nicht ein solcher weidmann zu wilte; ich jag den babst, cardinal, bischoff, thumbherrn und monch", sagt er später (1). Allen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen zum Trotz übersetzt er jedoch während des Wartburg-Asyls das Neue Testament ins Deutsche, eine großartige theologische und sprachschöpferische Leistung. Das von ihm benutzte Sächsische Kanzleideutsch wird zur Basis für ein verbindliches Schriftdeutsch. Die im Team geleistete Übersetzung des Alten Testaments unter Luthers Leitung wurde erst 1534 abgeschlossen.

Martin Luther. Gemalt von Lucas Cranach dem Älteren, 1525

Jahrelange Leidenszeit macht den Reformator unleidlich

1526 bis 1530 erlebt er eine Leidenszeit mit gleich mehreren Erkrankungen. 1526 macht sich eine schon länger bekannte Urolithiasis mit schwersten Koliken bemerkbar, die mit dem Abgang eines großen Harnsteins zunächst enden. Das Jahr 1527 beginnt mit einem Anfall von Angina pectoris, der den 44-Jährigen ernstlich um sein Leben fürchten lässt: „Beinahe wäre ich gestorben. Aber mir half schnell ein Trunk Aqua Cardui benedicti. Dieses Wasser, obgleich von den Ärzten vernachlässigt oder vielmehr ihnen unbekannt, verhilft schnell zu einem erstaunlichen Wohlsein." (2) Am 6. Juli erleidet Luther den ersten schweren Schwindelanfall mit lauten linksseitigen Ohrgeräuschen, die er zunächst als außerhalb und später als innerhalb des Schädels empfand, verbunden mit starker Erschöpfung. Der Schwindel lässt zunächst nach, doch die Ohrgeräusche bleiben in wechselnder Intensität bestehen. Im Laufe der Zeit tritt einseitige Schwerhörigkeit hinzu. Dieses Geschehen wird heute als Menière-Krankheit mit der typischen Trias Drehschwindel, Ohrgeräusch und Schwerhörigkeit gedeutet (H. Feldmann 1989; H.-J. Neumann 1995). Sie befällt Luther in den folgenden Jahren immer wieder und hindert ihn tagelang daran zu schreiben, Vorlesungen zu halten und zu predigen. Auch 1529 während der Marburger Religionsgespräche mit den Schweizer Reformatoren ist er durch dieses Leiden beeinträchtigt und wirkt lustlos und unfreundlich. Er lehnt die kleinsten Zugeständnisse ab, was durchaus folgenreich für die reformatorische Bewegung werden sollte. Den Reichstag zu Augsburg im Jahre 1530 verfolgt Luther von April bis Oktober in einem Exil auf der Veste Coburg. Neben einem Ulcus cruris und Zahnschmerzen plagt ihn hier wochenlang „das Sausen und Klingen in den Ohren also, dass mir gleichsam ein Wind aus dem Kopfe ging, blies und sauste, wie ein Hauptfluss" (1). Für Luther sind diese Anfälle Werke des Satans, der sein Wirken zu behindern versucht. In einem Brief vom 2. Oktober: „Ich acht, es sei der schwarze

zoticht Geselle aus der Höllen gewest, der mich in seinem Reich auf Erden nicht wohl leiden mag." (2) Dennoch gelingt es ihm, den ganzen Propheten Jeremias aus dem Hebräischen zu übersetzen. Die Sache des Protestantismus auf dem Reichstag vertrat indessen Philipp Melanchthon, unter anderem mit der Bekenntnisschrift Confessio Augustana, die Luther allerdings in vielen Punkten für viel zu konziliant hält.

Ab 1530 stellen sich bei Luther zusätzlich noch Beschwerden ein, die am ehesten als Gichtanfälle zu deuten sind. Deren höllische Schmerzen waren damals kaum zu lindern. Sie könnten durch Luthers zeitbedingt derbe Ess- und Trinkgewohnheiten mitverursacht worden sein.

1536, nach zehn Jahren, meldet sich während eines Aufenthalts in Schmalkalden das Nierensteinleiden zurück, das am 26. Februar des folgenden Jahres zu einer dramatischen Harnverhaltung führt. Luther ist dem Tod nah. Eilends organisiert man einen ärztlich begleiteten Rücktransport, und zwar in einem bequemen kurfürstlichen Reisewagen. Durch die dennoch heftigen Erschütterungen auf den holprigen Wegen kommt es zum Konkrementabgang und in den folgenden Wochen zu allmählicher Erholung.

Im Juli 1538 soll Luther an Ruhr erkrankt sein, von der er sich nur langsam erholte. Hingegen blieb er von der Pest, die dreimal während seiner Zeit in Wittenberg wütete, verschont.

Unerbittlich verlangt er dem kranken Körper zu viel ab

Die Krankheiten, die Luther in den verbleibenden Jahren immer wieder begleiteten, sind vor allem der Morbus Menière und daneben Gichtanfälle sowie Nieren- und Blasenkoliken durch die Urolithiasis. Immer wieder klagt er in Briefen über die viele Zeit, die ihm für seine Arbeit durch das Kranksein verloren gehe. Doch ringt er seinem gequälten Körper unerbittlich ein gewaltiges Arbeitspensum ab, zum Beispiel in den zehn Monaten des von Krankheit geprägten Aufenthalts in Coburg 30 theologische Schriften, 170 Briefe und 60 Predigten, neben der erwähnten Jeremias-Übersetzung.

Es ist nicht verwunderlich, dass die unter diesen Umständen erbrachten Hochleistungen Martin Luther seelisch zusetzten und ihn frühzeitig zermürbten. Schon von Natur aus kämpferisch veranlagt und gerne polemisch formulierend, wurde der aufrechte Gottesstreiter mit zunehmendem Alter intolerant, reizbar und schwierig im persönlichen Umgang, auch seinen Freunden gegenüber. Bei seinen späten Schriften verlor er zuweilen jedes Maß. So tituliert er 1545 in der Kampfschrift „Wider das Bapstum zu Rom vom Teuffel gestifft" den Papst als „der allerhöllischst Vater". Auch die 1543 verfasste unsägliche Schrift „Von den Juden und ihren Lügen" muss wohl teilweise vor diesem Hintergrund bewertet werden, denn 1523 hatte Luther mit der Schrift „Dass Jesus Christus ein geborener Jüde sei" , sehr differenziert argumentierend, zu einem gütlichen Vorgehen gegen die Juden geraten, um viele von ihnen zum neuen Glauben zu bekehren.

Abdruck von Martin Luthers Händen. Der Reformator war höchstwahrscheinlich von Gichtanfällen geplagt

Luther stirbt schließlich an einem Herzinfarkt

Im Januar 1546 reist Luther bei winterlichen Temperaturen in Begleitung seiner Söhne nach Eisleben, um einen Erbstreit zwischen den Mansfelder Grafen zu schlichten. Schon auf der Reise dorthin klagt er über Kälte- und Schweregefühl im linken Arm und Engegefühl in der Brust, klassische Zeichen von Angina pectoris. Am 18. Februar 1546 stirbt Martin Luther in seiner Geburtsstadt Eisleben im Beisein seiner Söhne und Freunde. Deren Schilderung des Geschehens spricht eindeutig für einen Herzinfarkt als Todesursache. Er betet noch aus dem 68. Psalm. Dann soll er friedlich und sanft entschlafen sein.

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

Prof. Dr. Oswald Müller-Plathe
Ehemals Leitender Arzt im AK Altona
E-Mail: *omueller-plathe@t-online.de*

© H.-J Neumann, Luthers Leiden. Wichern-Verlag,Berlin 1995

BILDER AUS DER KLINISCHEN MEDIZIN

© Christian Arning

Kopfhautnekrosen bei Arteriitis cranialis

Eine 80-jährige Frau leidet seit einigen Monaten unter starken Kopfschmerzen, die auf Analgetika kaum ansprechen. Eine akute Zunahme der Schmerzen führt zur stationären Aufnahme. Die Untersuchung zeigt eine kachektische Patientin, die auf Befragen eine allgemeine körperliche Schwäche, starken Gewichtsverlust und allgemeines Krankheitsgefühl angibt. Die Kopfhaut zeigt Nekrosen beidseitig frontoparietal und parietookzipital (Abb.). Schon bei leichter Berührung der Kopfhaut werden starke Schmerzen bzw. eine Schmerzverstärkung angegeben. Die A. temporalis und A. occipitalis sind beidseitig nicht tastbar und nicht geschwollen.

Bei erhöhten Entzündungswerten wird die Verdachtsdiagnose einer Arteriitis cranialis gestellt. Eine Sicherung der Diagnose gelingt nicht: Die A. temporalis superficialis ist sonografisch nicht darstellbar, und eine Biopsie ist nicht möglich, da sich die Arterie bei dem Eingriff nicht auffinden lässt. Gleichwohl kann die Diagnose nach klinischen Kriterien als gesichert gelten. Die Behandlung mit Prednisolon bessert die Kopfschmerzen bei unserer Patientin nur partiell, die ausgeprägte Ischämie der Kopfhaut besteht ja fort.

Kopfhautnekrosen sind kein frühes Symptom der Arteriitis cranialis, sondern entstehen erst im Verlauf. Wenn man den Empfehlungen der Kopfschmerzklassifikation der International Headache Society folgt, wonach bei jedem neu aufgetretenen Kopfschmerz älterer Menschen immer auch an eine Arteriitis cranialis zu denken ist (und geeignete Untersuchungen zu veranlassen sind), sollten Kopfhautnekrosen eigentlich nicht mehr vorkommen.

Literatur:

Internationale Klassifikation von Kopfschmerzerkrankungen (IHS Classification ICHD-II). *www.ihs-klassifikation.de*

Prof. Dr. Christian Arning
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts
E-Mail: *neuro@dr-arning.de.*

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

Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?
Tel. 040 / 33 48 57-11, Fax: -14, E-Mail: *anzeigen@elbbuero.com*

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?
Tel. 040 / 20 22 99-204, E-Mail: *verlag@aekhh.de*

Sie sind Mitglied der Ärztekammer und möchten Ihre Lieferadresse für das Hamburger Ärzteblatt ändern?
Tel. 040 / 20 22 99-130 (Mo., Mi., Fr.),
E-Mail: *verzeichnis@aekhh.de*

Sie sind psychologischer Psychotherapeut und haben Fragen zum Bezug des Hamburger Ärzteblatts?
Tel. 040 / 228 02-533, E-Mail: *melanie.vollmert@kvhh.de*

Sie sind kein Mitglied der Ärztekammer und möchten das HÄB abonnieren, Ihre Abo-Adresse ändern oder Ihr Abonnement kündigen?
Tel. 040 / 20 22 99-204, E-Mail: *verlag-bh@aekhh.de*

Sie möchten nicht, dass Ihr Geburtstag im HÄB erscheint?
Tel. 040 / 20 22 99-130 (Mo., Mi., Fr.),
E-Mail: *verzeichnis@aekhh.de*

DER BLAUE HEINRICH

Auszug aus: „Erste Hilfe für die Seele" von Angélique Mundt , S. 81 ff.
btb Verlag, Paperbeck, 12,99 Euro
ausgewählt von Katja Evers

In Momenten der Not

In Hamburg begleitet das KIT die Polizei bei der Überbringung einer Todesnachricht, überbringt aber keine Todesnachrichten alleine. Das hat nicht nur rechtliche, sondern vor allem psychologische Gründe. Der Überbringer der schlechten Nachrichten befindet sich in einem massiven Rollenkonflikt. Er kann nicht die heile Welt der Familie zerschlagen und anschließend trösten. Zur Polizei sage ich: „Ihr seid die Bösen, aber ihr dürft gehen. Wir sind die Guten, wir müssen bleiben." Das ist vielleicht etwas überspitzt, aber wahr ist es dennoch. Warum ist es so wichtig, dass die Polizei diese schwere Aufgabe übernimmt? Weil jeder Bürger weiß, dass die Polizei nicht an der Haustür klingelt, um einen „Guten Tag" zu wünschen oder zu mahnen, das Auto aus dem Halteverbot zu fahren. Erst recht nicht, wenn die Polizei mitten in der Nacht klingelt. Die Menschen ahnen also häufig schon, dass etwas passiert ist. Sie nehmen die Situation sofort ernst. Sie sind in höchster Alarmbereitschaft.

Ich erinnere mich noch gut daran, wie Frau Schwarz, die Frau des Seemanns, irgendwann erwähnte, dass sie gespürt hatte, dass ihrem Mann etwas zugestoßen war, und der Anblick der Polizei nur die Bestätigung gewesen war. Frau Neumann hingegen wusste nicht, dass ihr Sohn Markus tödlich mit dem Motorrad verunglückt war. Aber dass die Polizei ihr etwas Schlimmes mitteilen würde, wurde ihr schnell intuitiv klar. Wir wissen nicht, wie die Menschen reagieren, wenn die Polizei vor der Tür steht. Alles ist möglich. Von Erstarren über Weinen bis zu Aggression oder dem völligen körperlichen Zusammenbruch. Deshalb ist es auch so wichtig, dass wir in die Wohnung gelassen werden, denn eine Todesnachricht darf nicht im Treppenhaus oder zwischen Tür und Angel überbracht werden.
Was passiert, wenn die Nachricht ausgesprochen wird, die Tür zufällt oder zugeschlagen wird und der Angehörige dahinter kollabiert? Die Polizei müsste die Tür aufbrechen. Das wäre eine Eskalation der ohnehin schon dramatischen Situation, die wir vermeiden wollen.
Wenn wir in die Wohnung gelassen wurden, spricht der Polizist oder die Polizistin die Nachricht klar und unmissverständlich aus. Es darf nicht abgeschwächt oder unklar geredet werden, um das Gesagte erträglicher zu machen. Das mag sich zwar für die Person, die die Nachricht überbringt, besser anfühlen, aber nicht für die Betroffenen … Sagen wir also, was wir sagen müssen. Jemand ist tot! Dann warten wir. Wir warten und halten den Mund. Wir warten und halten das Schweigen und alle anderen Reaktionen aus. Die Betroffenen brauchen Zeit, um die Nachricht realisieren zu können. Erst wenn sie das Unglück wahrgenommen haben, folgt eine Reaktion. Und dabei bringt jeder Mensch seine Gefühle anders zum Ausdruck … Außer Aggressionen gegen sich selbst oder gegen andere, die zu Verletzungen führen können, respektieren wir vom KIT jede Ausdrucksform der Trauer, auch wenn das manchmal schwierig ist.

Angélique Mundt ist Psychotherapeutin mit eigener Praxis. Sie arbeitet ehrenamtlich im Kriseninterventionsteam des Deutschen Roten Kreuzes (KIT), das Menschen bei potenziell traumatisierenden Ereignissen erste Hilfe für die Seele leistet. In ihrem Buch erzählt sie von ihrer Arbeit beim KIT und zeigt, wie Hilfe in den schlimmsten Momenten möglich ist.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekamm Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung
Für den Inhalt verantwortlich
Prof. Dr. Christian Arning
Prof. Dr. Martin Scherer

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

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

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

Anzeigenschluss fürs Märzheft
Textteilanzeigen: 15. Februar 2017
Rubrikanzeigen: 20. Februar 2017

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

Geschäftsführer
Donald Horn

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

Grafische Konzeption
Michael von Hartz (Titelgestaltung)

Druck
SDV Direct World GmbH
Auflage: 18.848

Redaktionsschluss für das Märzheft:
15. Februar

Das nächste Heft
erscheint am 10. März

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Der Termin findet statt

jeden 1. Dienstag im Monat um 20 Uhr
KVH, Heidenkampsweg 99, 1. OG

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

HIV-Qualitätszirkel der KV Hamburg

Die nächste Sitzung findet statt am

Donnerstag, 23.02.2017, 18.30 Uhr
in den Räumen des
ICH Stadtmitte, Glockengießerwall 1
(direkt am Hauptbahnhof)

Er wird erstmalig als **Live-Webinar der dagnä** stattfinden:

Mehrere namhafte Experten werden live zugeschaltet sein, um über die dann gerade beendete Retroviruskonferenz (CROI) 2017 in Seattle/USA zu berichten.

Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung
unter Tel. 228 02-572.

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Innere Medizin (BAG) (hausärztlich)	41/17 HA	01.09.2017	Osdorf
Allgemeinmedizin	42/17 HA	zum Quartalsanfang	Altona-Altstadt
Facharzt für Allgemeinmedizin (BAG)	43/17 HA	zum Quartalsanfang	Alsterdorf
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Psychologische Psychotherapie (TP)	35/17 PSY	01.07.2017	Hoheluft-West
Psychologische Psychotherapie (TP)	36/17 PSY	zum Quartalsanfang	St. Georg
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BAG) (TP)	37/17 PSY	zum Quartalsanfang	Hoheluft-Ost
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (TP)	38/17 PSY	01.07.2017	Hausbruch
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AP und TP)	39/17 PSY	01.07.2017	Eppendorf
ärztliche Psychotherapie (TP)	40/17 ÄPSY	01.10.2017	St. Georg
Praktischer Arzt (aufgrund des koloskopischen Schwerpunktes können sich FÄ für Chirurgie oder Innere Medizin bewerben) (BAG) (fachärztlich)	44/17 C	01.01.2019	Hamburg-Altstadt

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **28.02.2017** schriftlich an die:

Kassenärztliche Vereinigung
Abteilung Arztregister
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg

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

Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen **für Ärzte** erhalten Sie unter den Telefonnummern 040 / 228 02-387 und -672 sowie **für Psychotherapeuten** unter den Telefonnummern 040 / 228 02-503 und -673.

AP: Analytische Psychotherapie
BAG: Berufsausübungsgemeinschaft
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Mitteilungen

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten / Psychotherapeuten

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

Adresse	
Psychologische Psychotherapie	
Dipl.-Psych. Katharina Thomas (hälftiger Versorgungsauftrag)	Sierichstraße 52, 22301 Hamburg
Dipl.-Psych. Inga Langer (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Iseplatz 8, 20251 Hamburg
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	
Dipl.-Kunsttherap. Anke Bohne (hälftiger Versorgungsauftrag)	Virchowstraße 20, 22767 Hamburg

Ende der Ermächtigungen Ärzte

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

Ausführende(r) Arzt/Ärztin/ ärztlich geleitete Einrichtung	Krankenhausanschrift/ Anschrift der Einrichtung	Umfang der Ermächtigung	endete zum
Prof. Dr. med. Knut Helmke	Bleickenallee 38 22763 Hamburg Tel: 88 90 82 60 Fax: 88 90 82 14	1. Durchführung von radiologischen Untersuchungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahrs, auf Überweisung durch Vertragsärzte. 2. Durchführung von radiologischen Untersuchungen bei Mukoviszidosekranken bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs auf Überweisung durch die in der Praxis Dr. Held/Dr. Runge/Sextro niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. 3. Durchführung von radiologischen und sonografischen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, die im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang im Rahmen der Behandlung durch die nachfolgenden Ärzte für die ambulante Versorgung dieser Patienten erforderlich werden, auf Überweisung durch die am Altonaer Kinderkrankenhaus persönlich ermächtigten Ärzte. 4. Durchführung duplexsonografischer Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Gefäßfehlbildungen oder Thrombosen im Hals-, Arm- und Beinbereich auf Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte, Chirurgen mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderchirurgie, Kinderchirurgen und auf Überweisung durch die am Altonaer Kinderkrankenhaus persönlich ermächtigten Ärzte. 5. Duplexsonografische Untersuchungen des Gehirns und des Abdomens bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres mit Verdacht auf Gefäßfehlbildungen oder intrakranielle Fehlbildung bzw. Drucksteigerung (transkranielle Sonografie und Orbitasonografie). 6. Durchführung der osteodensitometrischen Untersuchung auf Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte sowie die am Altonaer Kinderkrankenhaus persönlich ermächtigten Ärzte. Die Ermächtigung für die externen Überweisungen ist auf 300 Fälle pro Quartal begrenzt. Die Ermächtigung berechtigt dazu, für im Zusammenhang mit dem erteilten Ermächtigungsumfang erforderliche Leistungen Überweisungen an zugelassene Vertragsärzte und MVZ vorzunehmen.	31.12.2016

Mitteilungen

Ermächtigungen Ärzte

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Ärzte zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt:

Ausführende/r Arzt/Ärztin	Krankenhausanschrift	Umfang der Ermächtigungen
Dr. med. Angelika Freund	Hummelsbüttler Hauptstraße 15 22339 Hamburg Tel.: 53 80 77 - 0 Fax: 53 80 77 - 61	Für die im SuchtTherapieZentrum Hamburg untergebrachten Patienten, sofern diese sich nicht in vertragsärztlicher Behandlung befinden, zur Ausstellung von 1. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, 2. Überweisungen, 3. Krankenhauseinweisungen, 4. Verordnungen zur Fortbehandlung vorbestehender Erkrankungen – jeweils ohne Honorar (nach EBM). Die Ermächtigung berechtigt dazu, für im Zusammenhang mit dem erteilten Ermächtigungsumfang erforderliche Leistungen Überweisungen an zugelassene Vertragsärzte und MVZ vorzunehmen.
Dr. med. Arne Böttcher	Martinistraße 52 20246 Hamburg Tel.: 741 05 23 60 Fax: 741 05 63 19	1. Durchführung von Konsiliaruntersuchungen nach im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der HNO-Abteilung durchgeführten Operationen maligner und semimaligner Tumoren bis maximal 5 Jahre nach der Tumoroperation. 2. Wechsel von Stimmprothesen bei laryngektomierten Patienten nach der Nr. 09350 EBM auf Überweisung durch Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Die Ermächtigung zum 2. Ermächtigungspunkt berechtigt dazu, für Leistungen, die im Zusammenhang mit dem erteilten Ermächtigungsumfang erforderlich werden, Überweisungen an Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, vorzunehmen. Dies gilt nicht für Leistungen, die an den Hochschulambulanzen erbracht werden.

Bitte beachten: Bei Überweisungen an ermächtigte Ärzte ist der jeweils ermächtigte Arzt namentlich zu benennen. Eine Überweisung an das Krankenhaus ist in diesen Fällen nicht zulässig.

Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgendes Medizinisches Versorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

Medizinisches Versorgungszentrum Ärztlicher Leiter	Anschrift	Fachrichtungen
Psychotherapie Medizinisches Versorgungszentrum Ralf Kronfeld GmbH Dipl.-Päd. Ralf Kronfeld	Hude 2, 21029 Hamburg Tel.: 72 69 91 96 Fax: 72 69 91 72	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Werden auch Sie zum Helfer.

German Doctors e.V.
Löbestr. 1a | 53173 Bonn
www.german-doctors.de

Spendenkonto
IBAN DE12 5206 0410 0004 8888 80
BIC GENODEF1EK1

DZI Spenden-Siegel

GERMAN DOCTORS
HILFE, DIE BLEIBT

Das RehaCentrum Hamburg ist die größte Rehabilitationseinrichtung in Hamburg. Betrieben wird das RehaCentrum Hamburg auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und am Berliner Tor. Das Behandlungsspektrum umfasst die Bereiche Kardiologische, Orthopädische, Neurologische und Psychosomatische Rehabilitation.

Zur Verstärkung unseres Teams auf dem Gelände des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf suchen wir in Voll- oder Teilzeit zum nächstmöglichen Zeitpunkt neue Kollegen und Kolleginnen:

OBERARZT/OBERÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN MIT DEM SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE

und

FACHARZT/FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN

Sie übernehmen ein vielseitiges Aufgabengebiet sowie eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit mit allen Vorteilen einer interdisziplinären Zusammenarbeit.

Wir bieten Ihnen:

- Gestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten
- Einen Zuschuss für eine attraktive betriebliche Altersvorsorge
- Die Wahlmöglichkeit zwischen einer monatlich vielfältig einsetzbaren Gutscheinkarte und einem Zuschuss zur HVV-ProfiCard
- 30 Tage Urlaub je Kalenderjahr

Freuen Sie sich auf einen Arbeitgeber, bei dem Menschlichkeit und Qualität zählen. Es erwarten Sie ein nettes Team und ein Arbeitsplatz in angenehmer Atmosphäre.

Mehr dazu erfahren Sie im Internet.

www.rehahamburg.de

AMEOS

Wir suchen Ärzte, die Mitgestaltung genauso wichtig finden wie wir.

Bei AMEOS können Sie mitgestalten und sich einbringen. Wenn Ihnen dies auch wichtig ist, dann bewerben Sie sich direkt auf eine der ausgeschriebenen Stellen. Die AMEOS Gruppe gehört im deutschsprachigen Raum zu den führenden Unternehmen im Gesundheitswesen. Über 12.000 Mitarbeiter sorgen für eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung – an 38 Standorten, mit etwa 8.000 Betten/Plätzen in insgesamt 68 Einrichtungen.

AMEOS ist der bedeutendste Anbieter psychiatrischer Leistungen in Schleswig-Holstein. Die Klinika an sieben Standorten verfügen über knapp 500 voll- und 69 teilstationäre Plätze.

Für das **AMEOS Klinikum Heiligenhafen** suchen wir einen

Oberarzt (m/w) für Psychiatrie und Psychotherapie

Ihre Aufgaben:

- Oberärztliche Leitung eines Bereiches in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
- Mitarbeit an der konzeptionellen Weiterentwicklung der Abteilung
- Assistentenweiterbildung

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Erfahrung in der suchtmedizinischen Grundversorgung wäre wünschenswert
- Sozialkompetente und engagierte Persönlichkeit
- Ein kollegialer Führungsstil

Wir bieten:

- Ein verantwortungsvolles Aufgabengebiet mit Gestaltungspotenzial in einer modernen psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik
- Eine sehr kollegiale und wertschätzende Arbeitsatmosphäre mit flachen Hierarchien
- Großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildungen
- Eine leistungsgerechte Vergütung
- Einen Arbeitsplatz an der Ostsee mit hohem Freizeitwert und guter Anbindung an die Städte Hamburg, Lübeck und Kiel
- Unterstützung bei der Suche nach Wohnung sowie Kinderbetreuung

Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gern der Ärztliche Direktor, Herr Dr. Wolf-Rüdiger Jonas, unter Tel. +49 (0)4362 91-1552.

Gern erwarten wir Ihre Bewerbung, bevorzugt über unser Online-Bewerberportal. Nur vollständige Bewerbungen, inkl. Anschreiben, Lebenslauf und Zeugnissen, werden im weiteren Auswahlprozess berücksichtigt.

www.ameos.eu

Das Krankenhaus Tabea in Hamburg-Blankenese ist eine sehr erfolgreiche Klinik in privater Trägerschaft, bekannt für herausragende medizinische und pflegerische Kompetenz und moderne Operationsmethoden. Unsere beiden Schwerpunkte sind die Venen- und Dermatochirurgie sowie die Orthopädische Chirurgie.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein/e

Assistenzarzt/-ärztin

in Weiterbildung Orthopädie u. Unfallchirurgie oder in Weiterbildung Neurochirurgie

Das Zentrum für Orthopädische Chirurgie (ZOC) gliedert sich in die Abteilungen Endoprothetik und Gelenkchirurgie (CÄ Dr. Jens und Dr. Friesecke) sowie die interdisziplinär geleitete Abteilung für Wirbelsäulen- und Neurochirurgie (CÄ Dr. Möller-Karnick und Dr. Christophers).

Derzeit werden im ZOC etwa 2.300 stationäre und 300 ambulante Operationen jährlich durchgeführt. Sowohl auf spinalem Sektor als auch im Bereich der Endoprothetik und gelenkserhaltenen Chirurgie werden sämtliche therapeutische Komplexitätsgrade abgedeckt.

Die Stellen eignen sich in erster Linie für Kolleginnen und Kollegen, die bereits den allgemeinen chirurgischen Ausbildungsteil (Common Trunk) absolviert haben und eine profunde operativ orthopädische Weiterbildung anstreben oder für Ärztinnen/Ärzte in der neurochirurgischen Ausbildung, die eine Spezialisierung in spinaler Neurochirurgie innerhalb eines interdisziplinären Teams anstreben.

Wir bieten:

- eine Ausbildung über das gesamte operative Spektrum unseres Zentrums, insbesondere geeignet für Kolleginnen und Kollegen im fortgeschrittenen Weiterbildungsstadium,
- Anbindung an einen deutschlandweiten Klinikverbund mit konzeptionell gleicher Ausrichtung der Zentren,
- flache Hierarchien und ein sehr kollegiales Betriebsklima, in dem die selbstständige Übernahme von Verantwortung ausdrücklich erwünscht und gefördert wird,
- Weiterbildungsermächtigung: FA Orthopädie/Unfallchirurgie (3 Jahre) und FA Neurochirurgie (2 Jahre), Spezielle Orthopädische Chirurgie (2 Jahre) beantragt,
- eine geringe Dienstbelastung aufgrund überwiegend elektiv behandelter Patienten,
- eine geförderte Altersvorsorge,
- interne sowie externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

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

KRANKENHAUS TABEA
Hamburg

Zur richtigen Zeit am richtigen Ort

MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG NORD

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

Sie sind an einer Alternative zur Klinik und Praxis interessiert und bereit für neue Wege in Ihrer ärztlichen Tätigkeit? Sie können sich vorstellen, im Bereich Pflegeversicherung vielfältige sozialmedizinische Fragestellungen (Pflegebedürftigkeit, Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel, das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen etc.) zu bearbeiten?

Dann verstärken Sie unser Ärzteteam in der **Abteilung Pflegeversicherung** an unseren Standorten **Kiel, Lübeck und Hamburg** als

ärztliche Gutachterin/ ärztlicher Gutachter

Zu Ihren Aufgaben gehören neben der persönlichen Erstbegutachtung insbesondere Zweit- und Widerspruchsbegutachtungen, auch im Sozialgerichtsverfahren.

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

Wir wünschen uns von Ihnen mehrjährige (fachärztliche) Erfahrung in Klinik und/oder Praxis, vorzugsweise in den Bereichen Innere Medizin und Psychiatrie, sowie aktuelle und fundierte medizinische Fachkenntnisse.

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

Bei Fragen steht Ihnen der Leiter der Abteilung Pflegeversicherung, Herr Dr. Schünemann (Telefon 040 25169-4200), für eine erste vertrauliche Kontaktaufnahme gern zur Verfügung.

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

Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin

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

Dr. med. Silke Theisen
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren · Akupunktur

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

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
am Marienkrankenhaus gGmbH

Für unsere **hausärztliche Praxis im MVZ am Marienkrankenhaus** suchen wir zum 01.04.2017 oder später unbefristet in Voll- oder Teilzeit einen

Facharzt m/w für Innere Medizin

oder

Facharzt m/w für Allgemeinmedizin

Die Praxis arbeitet eng mit dem Zentrum für Notfall- und Akutmedizin am Marienkrankenhaus zusammen, in dem jährlich ca. 40.000 Patienten versorgt werden und zu dem auch eine kurzstationäre Behandlungseinheit gehört. Der Einsatz erfolgt Montag bis Freitag, Nachtdienste sind nicht erforderlich.

Wir bieten Ihnen eine selbstständige Tätigkeit mit vielen Gestaltungsmöglichkeiten, eine zusätzliche AG-finanzierte Altersversorgung, einen kooperativen Führungsstil und vor allem: ein kollegiales, hoch motiviertes Team!

Für nähere Informationen stehen Ihnen Frau Ursula Störrle-Weiß, Geschäftsführerin des MVZ, unter 040 25 46 12 16 oder Herr Dr. med. Michael Wünning, Leitender Arzt ZNA, unter 040 25 46 15 42 gern zur Verfügung.

MEHR ERFAHREN:

www.marienkrankenhaus.org/jobs

GESCHÄFTSFÜHRUNG
MVZ am Marienkrankenhaus gGmbH
Alfredstraße 9 · 22087 Hamburg
E-Mail: bewerbung@marienkrankenhaus.org

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das Reha-Zentrum Mölln

eine Oberärztin / einen Oberarzt
(Fachärztin / Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie)

Die ausgeschriebene Stelle beinhaltet Vorgesetztenaufgaben.

Die Klinik Föhrenkamp (193 Betten) ist eine Rehabilitationsklinik, die auf die Behandlung von chronischen gastroenterologischen Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen spezialisiert ist.

Wir bieten:
- → eine interessante, vielseitige und anspruchsvolle Tätigkeit im öffentlichen Dienst und eine leistungsgerechte Bezahlung; zusätzliche Altersversorgung
- → familienfreundliche Arbeitszeiten
- → Möglichkeit der Ausübung von Nebentätigkeiten

Unsere Erwartungen:
- → Fachliche Qualifikation wie oben angegeben (u.a. endoskopische Verfahren)
- → Sie sind kommunikationsfähig, patienten- und teamorientiert
- → Sie sind entscheidungsfreudig und übernehmen gern Verantwortung
- → Sie sind zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen bereit – sofern nicht schon vorhanden.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, steht Ihnen für weitere Auskünfte die Ärztliche Direktorin des Reha-Zentrums Mölln, Frau Prof. Dr. med. B. Zietz, unter der Rufnummer 04542/802 161 gerne zur Verfügung.

Eine Teilzeitbeschäftigung ist grundsätzlich möglich. Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht.
Fühlen Sie sich angesprochen? Dann senden Sie Ihre vollständige Bewerbung bitte bis zum 03.03.2017, unter Angabe der **Kennziffer 8021-09/21-15/2016** per Post oder E-Mail an die

Deutsche Rentenversicherung Bund
Dezernat 8021/Zimmer H 1409
10704 Berlin
E-Mail: klinik-personalverwaltung@drv-bund.de
Homepage: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/Karriere/Stellenangebote

Intern. Privat-Praxis mit breitem Spektrum
– 3 Internisten, davon 2 Gastroenterologen und eine Allgemeinärztin –
sucht zur Komplettierung unseres sehr netten Teams
INTERNISTIN / en - **Kardiologin** / en – **im Hamburger Westen**
mit Engagement für qualifizierte anspruchsvolle med. Versorgung.
Gern VZ. TZ möglich. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
Dres. Reusse – praxis@reusse.com – 040-82 82 24

Dermatologe/-in in Vollzeit oder Teilzeit für hautärztliche GP in HH-Niendorf im Angestelltenverhältnis gesucht. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung.
a.bode@drrm.de

Weiterbildungsassistent/ f. Allgemeinmedizin gesucht
in Gemeinschaftspraxis in HH-Mitte
Teilzeit od. Vollzeit zum 01.04.2017
mail@praxis-jenisch-winter.de

Internist/in zur Anstellung (Teilzeit) gesucht
Praxis Dr. A. Moormann
Hamburg-Wellingsbüttel
Handy: 0176 6095 1778

Approbierte/r Dipl.-Psych. Verhaltenstherapie
zur Anstellung gesucht mit Möglichkeit 1/2 KV-Sitz-Übernahme
HH-Altona, Tel. 040-39901025

KLINIK DR. GUTH

Die KLINIK DR. GUTH, ein Hamburger Haus der Grund- und Regelversorgung ohne Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung, verfügt über die Fachbereiche Allgemein- und Viscerachirurgie, Fußchirurgie, Proktologie, Orthopädie, Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie sowie Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie. Unsere IMC-Abteilung umfasst sechs Betten und einen Beatmungsplatz.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir Sie in **Voll-/ Teilzeit** als

Fachärztin/-arzt
für Anästhesiologie

Anforderungen:
- abgeschlossene Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Anästhesiologie
- Kenntnisse in ultraschallgeführter Regionalanästhesie der oberen und unteren Extremitäten, mit Kursnachweis
- Erfahrungen in der Intensivmedizin, insbesondere hinsichtlich diabetischer Patienten sind hilfreich
- hohe Einsatzbereitschaft/Rufbereitschaft
- verantwortungsvoller Umgang bei der Patientenbetreuung vor, während und nach operativen Eingriffen
- Engagement, Teamfähigkeit, ausgeprägte Fach- und Sozialkompetenz

Wir bieten:
- eine verantwortungsvolle Position mit attraktiven Arbeitszeiten (Montag bis Freitag)
- ein gutes Betriebsklima
- eine leistungsgerechte Vergütung
- Zuschuss zur HVV-ProfiCard
- kostengünstige Unterkunft auf dem Klinikgelände für die Dauer der Probezeit

Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an:

KLINIK DR. GUTH
Herrn M. Stender-Baals
Jürgensallee 46 - 48 · 22609 Hamburg
E-Mail: baals@drguth.de · Telefon: 040 82281-8140
www.drguth.de/klinik-dr-guth

Für die allgemeinpädiatrische Versorgung in großer Praxisgemeinschaft für Allgemeinmedizin/HNO/Augenheilkunde/Kinderkardiologie 80km östl. von HH-Innenstadt suchen wir ab sofort eine/n

FA/FÄ für Kinder- und Jugendmedizin für mind. 2,5 Tage/Woche

zur Anstellung (Jobsharing) oder selbständig mit Möglichkeit der Übernahme, KV-Sitz vorhanden.

Umsatz- und leistungsabhängige Vergütung, Dienstfahrzeug möglich
landaerzte@gmx.de

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

Psychiatrie-Neurologie-WB
Assistent/-in gesucht; Teilzeit WB-Befug. 18 Mo Psy., 6 Mo Neur. Dr. H. Hamer, Tel. 040-218680

Das Medizinische Versorgungszentrum der Klinikum Bad Bramstedt GmbH vereint die Fachrichtungen Radiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie unter einem Dach. Die Praxis für Radiologie im MVZ bietet ihre Leistungen ambulanten Patienten, stationären Patienten des Klinikums Bad Bramstedt und Patienten der angeschlossenen Fachambulanzen an.

Zur Verstärkung unseres Teams in der Praxis für Radiologie im MVZ suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt Sie als

FACHÄRZTIN/-ARZT FÜR RADIOLOGIE

in Vollzeit, Teilzeit ist möglich.

Sie übernehmen ein vielfältiges Aufgabengebiet in unserer vollständig digitalisierten Radiologie mit aktuellem RIS-/PACS-System und digitaler Spracherkennung. Unserem innovativen und kollegialen Team, mit viel Spaß bei der Arbeit, stehen neben digitalen Röntgensystemen, Ultraschallgeräten, Rheumascan und DXA-Messplatz ein 16-Zeilen-CT sowie ein modernes 1,5-T-MRT zur Verfügung.

Wir bieten Ihnen:
- Einen unbefristeten Arbeitsvertrag
- Vielfältige Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten
- Eine monatlich vielfältig einsetzbare Gutscheinkarte
- Attraktive Angebote im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Eine attraktive betriebliche Altersversorgung mit Unterstützung durch den Arbeitgeber
- 30 Tage Urlaub je Kalenderjahr

Freuen Sie sich auf einen Arbeitgeber, bei dem Menschlichkeit und Qualität zählen. Es erwarten Sie ein nettes Team und ein Arbeitsplatz in angenehmer Atmosphäre.

Mehr dazu erfahren Sie im Internet.

www.klinikumbadbramstedt.de

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin in Festanstellung im Süden Hamburgs gesucht.

Für unsere Internistische Praxis mit hausärztlichem Schwerpunkt in Seevetal (10 km südlich der Stadtgrenze Hamburgs) suchen wir eine/n Fachärztin/Facharzt für Innere/Allgemeinmedizin in Teilzeit. Gern auch Wiedereinsteiger/-in.

Wir bieten Ihnen

- eine Teilzeitanstellung mit 15–20 Wochenstunden
- die Perspektive des späteren Einstiegs als Praxispartner – sofern gewünscht
- einen hohen Privatanteil
- ein modernes Arbeitsumfeld mit einem vielseitigen Wirkungsspektrum
- Diagnostik: Sonographie, EKG, Ergometrie, LZ-EKG, LZ-RR, LuFu
- flexible Arbeitszeiten
- eine attraktive Lage mit guter Anbindung
- ein junges, freundliches Team mit einem angenehmen Betriebsklima

Weitere Infos erhalten Sie unter www.internist-schmidt.de
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Bewerbungen erbeten an info@internist-schmidt.de

Die **Fachklinik Bokholt** (Träger: *therapiehilfe e.v.*) liegt nördlich von Hamburg zwischen Elmshorn und Barmstedt. Behandlungsschwerpunkte sind Drogenentzug, Substitutionsambulanz und Rehabilitation.
Wir suchen zum März 2017

eine/n Assistenzärztin/Assistenzarzt

(mit 20 Std. – 38,5 Std. Wochenarbeitszeit)
für die Mitarbeit in unserer Entzugsabteilung

Wir wünschen uns:
Wir wünschen uns eine/n teamfähigen engagierten MitarbeiterIn, die/der in einem multiprofessionellen Team Patienten motiviert, sich mit Ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen. Psychiatrische oder internistische Vorkenntnisse wären wünschenswert.
Wir bieten Ihnen:
Eine Tätigkeit in einem hochmotivierten, fachkompetenten und multidisziplinär arbeitenden Team auf der Basis eines erfolgreichen Konzeptes; Fort- und Weiterbildung im Weiterbildungsverbund Psychiatrie und Psychotherapie Hamburg ist möglich.
Die Vertragsgestaltung erfolgt nach AVB in Anlehnung an TVL; bestehende Befristungen und Vergütung werden entsprechend den betrieblichen Regelungen übertragen.

Bewerbungen und Anfragen bitte an:
Dagmar Schreyer, Ärztl. Leitung
Hanredder 30, 25335 Bokholt-Hanredder 040-200010 9014
dagmar-schreyer@fachklinik-bokholt.de
www.fachklinik-bokholt.de

»Als Führungskraft trage ich Verantwortung für die Qualität unserer Dienstleistung aber auch für meine Mitarbeiter. Eine große Herausforderung, die ich jeden Tag mit Engagement und Freude angehe. Diese Leistung wird honoriert – durch eine leistungsbezogene Vergütung und Anerkennung von meinen Mitarbeitern und unseren Kunden«

Dr. med. Claus Goth, Facharzt für Arbeitsmedizin, Leiter B·A·D-Zentren Bonn und Köln

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

TOP JOB

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

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

Kennziffer HÄB

Ärztinnen und Ärzten mit 24-monatiger Erfahrung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin bieten wir den Einstieg in ein **expandierendes Unternehmen**.
Alle **bundesweiten Stellen** und **weitere Informationen zur Arbeitsmedizin** finden Sie unter: **www.bad-gmbh.de/karriere**

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

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

Unsere Mitarbeiter sind unser wertvollstes Kapital! Gehören Sie bald auch zu uns?
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe der o. g. Kennziffer per E-Mail an arztbewerbungen@bad-gmbh.de oder an:

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

B·A·D GESUNDHEITSVORSORGE UND SICHERHEITSTECHNIK GMBH

Facharztpraxis Hafencity
www.schlaichpartner.de
sucht begeisterungsfähige
WB Assistenten (VZ/TZ)
Arbeitsmedizin (WB 36 Monate)
Allgemeinmedizin (WB 18 Monate)
Schifffahrt, Tauchen, Offshore
Reisemedizin-Impfpraxis
Hausarztpraxis, UKE Lehrpraxis
Umfangreiche Funktionsdiagnostik
spätere Partnerschaft möglich
praxis@schlaichpartner.de

Ärztl. Praxisassistent/in Innere/Kardiologie
im Norden Hamburgs gesucht!
Teilweiterbildungsermächtigung Innere/Kardiologie liegt vor.
Echokardiographie-Kenntnisse erwünscht, nicht Bedingung.
Teilzeit möglich.
Zuschr. erb. unter R 2472 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Wir suchen / We are looking for

Facharzt für die Bewertung klinischer Daten von Medizinprodukten
Medical Doctor for the review of clinical data of medical devices (Vollzeit – *full time*)

Für die CE-Kennzeichnung muss die vollständige technische Dokumentation eines Medizinproduktes bewertet werden und in diesem Zusammenhang auch die vom Hersteller eingereichten klinischen Daten. *For the CE marking it is mandatory to assess the full technical file of a medical device, including the clinical data established by the manufacturer.*

WIR ERWARTEN – WE EXPECT
- Facharzt im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin – *Medical Specialist for Anaesthesia and Intensive Care*
- Verhandlungssicheres Deutsch und Englisch – *fluent in German and English*
- Sicheres und engagiertes Auftreten – *confident and with a committed attitude*
- EDV-Kenntnisse, MS Office – *knowledge in data processing, MS Office*
- Teamfähigkeit – *ability to work in a team*
- Nach Möglichkeit Erfahrungen mit klinischen Studien – *experience with clinical studies, if possible*

WIR BIETEN – WE OFFER
- Eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem engagierten Team – *a challenging and diversified job in a highly motivated team*

Wenn Sie unser Team unterstützen möchten, senden Sie bitte Ihre Unterlagen per E-Mail an – *If you are interested to join our team, please send your application by email to:* Bewerbungen@medcert.de

MEDCERT® Certification. Medical Only.

Medcert GmbH
Pilatuspool 2
20355 Hamburg
Tel: +49 40 2263325- 0
Fax: +49 40 2263325-15
www.medcert.de

Su. FA/FÄ Innere/Allg.med.
ca. 10-32 h, 0174 - 666 70 28
Hamdosch@hotmail.com

FÄin Gyn. u. Geburtshilfe
in Teilzeit von großer gynäkologischer Praxis in HH-Barmbek gesucht, Tel. 0173/6103841

Große operat. ausgerichtete orthopäd.-unfallchirurgische D-Arzt-Praxis in Norddeutschland mit Belegabteilung und eigener Privat-Klinik, sucht Wirbelsäulenorthopäden ab Anfang 2018, KV-Sitz vorhanden.
Zuschr. erb. unter R 2537 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

WB-Assistent/-in für große hausärztl.-intern. Praxis
in Winterhude mit endokrinologischem Schwerpunkt ab März 2017 oder später gesucht;
WB-Berechtigung 2 Jahre
Zuschr. erb. unter S 2538 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Facharzt/ärztin f. Allgemeinmedizin
(od. WBA kurz vor FA Prüfung)
ab 6/17 gesucht von gr. Allgemein-/ Weiterbildungspraxis in Bleckede/Elbe, 36 Std/Wo, OA-Gehalt, 3 freie Nachmittage, mind. 7 Wo Urlaub
Wenn Sie Lust haben, Patienten jeder Altersstufe (pädiatrisches Interesse/Kenntnisse sehr willkommen!) in einem Team mit langj. erfahrenen Ärzten ganzheitlich und fachlich breit angelegt zu betreuen und sich auf diese sehr befriedigende Arbeit in modernen Praxisräumen einzulassen, sollten Sie sich bei uns bewerben.
www.allgemeinpraxis-in-der-feldstrasse.de, Tel.: 058522535

Pädiatrie im MVZ HH-Mümmelmannsberg
Möchten Sie in einem netten, engagierten Team selbstständig als Kinderärztin/Kinderarzt arbeiten?
Wir suchen zum 1.4.2017 eine Kollegin/einen Kollegen in Voll- oder Teilzeit.
Bewerbungen an: e.busemann@kindermvz.de

Junges Praxisteam sucht ab 1.6.2017 eine FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin in Teilzeit
(ca. 32 Std) in Ahrensburg-Zentrum mit breitem Spektrum.
Gerne auch Wieder- od. Neueinsteiger, flexible Arbeitsplatzgestaltung mgl.
Telefon: 0177-5887842 oder allgemeinmedizin.ahrensburg@gmail.com

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

Hamburg | Bezirksamt Wandsbek

Gesundheit!

Das Bezirksamt Wandsbek sucht für das Gesundheitsamt eine(n)

Fachärztin/Facharzt
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
oder in der Weiterbildung fortgeschrittenen Arzt
im Umfang von 1,0 Stellen und

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
oder in der Weiterbildung fortgeschrittenen Arzt
mit der Bereitschaft psychiatrisch und pädiatrisch zu arbeiten
im Umfang von 1,0 Stellen

mit einem Sonderarbeitsvertrag in Anlehnung an den Tarif für Ärztinnen/Ärzte an Universitätskliniken

Haben Sie Interesse an einer spannenden, sehr abwechslungsreichen Aufgabe mit Gestaltungsmöglichkeiten in einem multiprofessionellen Team und ohne Nachtdienste?

Neugierig geworden?

Weitere Informationen zum Anforderungsprofil erhalten Sie unter **www.hamburg.de/wandsbek/stellenausschreibungen/**

Für Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Dr. M. Krüger, Tel. 040/42881-3676, oder Herrn R. Kurz, Tel. 040/42881-5229.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung bis zum 06.03.2017 an:

Bezirksamt Wandsbek
Personalservice · Kennziffer 16_147
Robert-Schuman-Brücke 8 · 22041 Hamburg

Stellengesuche

Erfahrene Gyn, div. Zusatzqual. sucht ab sofort Stelle in HH od. Umland, gyn2017@web.de

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

FÄ Gyn mit Praxiserfahrung
Suche Anstellung in gyn. Praxis in HH oder nord/östl. Umgebung 25-35 h / Woche anstellung-gynpraxis@web.de

Erfahrene Fachärztin für Allgemeinmedizin sucht Teilzeitstelle 50% in HH ab 01.04.2017 Zuschr. erb. unter M 2511 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Mitarbeit/ Praxisgemeinschaft/ Assoziation

Praxiserfahrener Kinderarzt
bietet Mitarbeit und Praxisvertretung in Hamburg Kontakt: 015771482431

Eppendorfer Baum
Allgem.-Med. Praxis Sp Manual/ Sportmed. sucht **FÄ/FA Allgem., Reha, Orthopädie** zur Kooperation, Kontakt: info@dr-petter.de

Große Allg.med. Praxis im Herzen Eilbeks
sucht FÄ/FA ab 1.4.17 od. später zur Verstärkung unseres Teams, VZ/TZ möglich. Breites diagnostisches Spektrum, KV-Sitz vorhanden, Tel: 0173-6431111 www.fchh.de n.walter@fchh.de

KV-Sitz

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.

Sollten Sie an einem Verkauf an ein inhabergeführtes MVZ interessiert sein, so kontaktieren Sie uns bitte:
info@kassensitz-gesucht.de

KV-Sitz Hausarzt abzugeben
Kerngebiet Hamburg
kassenarztsitz-hh@gmx.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht ½ KV-Sitz in HH. (Kein Job-Sharing). Zuschr. erb. unter P 2513 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Vertretungen

Große Kinderarztpraxis sucht Krankheitsvertretung
in Teilzeit ab Juni 2017 Zuschr. erb. unter Y 2542 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Erfahrener HNO-Arzt bietet Praxisvertretung bzw. Mitarbeit an. HNO-HH@t-online.de

Immobilien

Rohdiamant in Travemünde Whg. direkt am Godewindpark
ca. 87qm, DG, EA-V, HZG: Gas, Bj:1910, EV:114,7kWh, 6,25% Prov. KP: 389.000 €, 040 59353734, Kruse & Co. Immobilien KG Lasbeker Straße 15 22143 HH

Praxisräume

Für Akupunktur/TCM sucht
FÄ Allg. an 3-4 Vormitt./Wo. zwei kleine Räume (Teilnutzung mgl.) in Eppendorf und Nachbarstadtteilen, Tel. 0176-64000356

Praxisetage Norderstedt
zentrale Lage EG barrierefrei ca. 145m² teilbar geeignet für jede Fachrichtg./amb.OP/Teil-Rö/ auch KG o.ä. ab 1.7.17 zu vermieten. Tel 0179 103 2446

In Psychotherapiepraxis HH-Rissen ist ein Raum frei für PT, Homöopathie etc. Info: www.expertmed.de

Privatpraxis für Allgemeinmedizin in HH-Uhlenhorst
(möbliert/unmöbliert) ab sofort zu mieten, auch für andere Fachrichtungen; Vertrag bis 31.12.19, 2 x 5 Jahre Option Zuschr. erb. unter Z 2543 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Praxisräume zu mieten zentral in Bergedorf
120 m², 7 Räume, 2. Stock mit Fahrstuhl, Ärztehaus, 1.448,– € + Nebenkosten E-Mail: zohm@lindenapotheke-bergedorf.de

Praxisabgabe

Nachfolger/in gesucht für hausärztl. Internistensitz
in haus-/ fachärztl. Praxisgem. Ärztehaus in Alsternähe Moderne techn. Ausstattung und großzügige Räumlichkeiten Abgabe: 2018 Zuschr. erb. unter L 2508 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Allgemeinpraxis Altona und Zulassung abzugeben
EG, papierlos seit 2010. Keine laufenden Anstellungsverhältnisse. Frisch renoviert (noch Gewährleistung). Gern Vertretung/Einarbeitung Tel. 0178 28 25 812

Langjährig erfolgreiche Hausärztl. Gem.-Praxis
zentral in HH, nettes Team sucht Nachfolger/in eines Partners zum Ende 2017 Tel. 0151/70609419

Allgem.-med. Hausarztpraxis HH-W sucht Nachfolger/in
für Seniorpartner (3er BAG) kvsitzhh@aol.com

Große Hausarzteinzelpraxis
aus Altersgründen Ende 2017 Ostrand Hbg.Mitte abzugeben Zuschr. erb. unter Q 2532 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Nachfolger gesucht für große HÄ-internistische Praxis
im Zentrum Hamburgs (Schwerpunkt Endokrinologie) ab 2019, übergangsweise ab 6/18 Zuschr. erb. unter T 2539 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Praxisübernahme

Hausarztpraxis gesucht
Zwei Internistinnen suchen hausärztliche Praxis in Hamburg zur Übernahme. internistinnen.hamburg@gmail.com

Suche Praxis/KV-Sitz Pädiatrie
zur Übernahme in 2017/2018. Zuschr. erb. unter E 2490 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Medizintechnik/Medizinische Geräte

AMT Abken Medizintechnik

AMT ist AB SOFORT:

Ihr autorisierter SIEMENS Fachhändler vor Ort

BERATUNG · KAUF · SERVICE · FINANZIERUNG

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

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

Fortbildung/Seminare

DIABETES KONGRESS 2017
FORTSCHRITT FÜR UNSERE PATIENTEN
24. – 27. Mai 2017, Hamburg Messe

DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Jetzt online anmelden und sparen

Kongresspräsidenten
Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland

DIABETES KONGRESS 2017

www.westerland-seminar.de

Balint-Gruppe

Balintgruppe, kontinuierlich 14-tägig Donnerstag 18.30 - 20 Uhr, noch freie Plätze unter mmayerhanke@gmx.de

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

Anzeigenschlusstermine Hamburger Ärzteblatt Ausgabe 3/2017

Anzeigen im redaktionellen Teil: 15. Februar 2017
Rubrikanzeigen: 20. Februar 2017

Anzeigenannahme Hamburger Ärzteblatt

elbbüro
Telefon: (040) 33 48 57 11
Telefax: (040) 33 48 57 14
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Rechtsanwälte

Experten für Plausibilitäts-prüfungen

Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen im Gesundheitswesen!

Insbesondere Beratung für
- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

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

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für
Medizinrecht | Steuerrecht | Arbeitsrecht

Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg
fon +49 (0) 40 – 2390876–0
e-mail hamburg@praxisrecht.de

Steuerberatung

KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER mbB
Steuer+Unternehmensberatung

„Mehr Zeit für Heilberufe“

TOP Steuerberater

Jutta Fentner, Finanzbuchhaltung

ausgezeichnet beraten seit 1976

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

Ihr Erfolg - unser Ziel

AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.

Speziell für Ärzte!

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

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte seit über 50 Jahren.

meditaxa Group

Wertgutachten

PraxValue

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

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

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

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

Betriebsanalysen
Betriebsunterbrechungsgutachten

Postvertriebsstück DP-AG Entgelt bezahlt
Hamburger Ärzteverlag GmbH & Co. KG, Weidestraße 122 b, 22083 Hamburg
C 3391 E Heft 02/2017

DIE ASKLEPIOS KLINIKEN LADEN EIN

ANÄSTHESIOLOGIE, INTENSIVMEDIZIN, NOTFALLMEDIZIN UND SCHMERZTHERAPIE

Mittwoch, 1.3.2017, 16:00–18:00 Uhr

▶ **Rettungsdienst im Wandel. Kompetenzen der Notfallsanitäter** (3)*

Überblick für Notärzte und Mitarbeiter von Rettungsdiensten und Notaufnahmen zu den erweiterten Versorgungsmaßnahmen. Wiss. Leitung: CA PD Dr. O. Detsch, Asklepios Klinik Nord - Heidberg. **Ort:** Asklepios Klinik Nord - Heidberg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 37 21;
E-Mail: c.rittscher@asklepios.com, s.schuemann@asklepios.com
oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

Mittwoch, 8.3.2017, 18:00–20:00 Uhr

▶ **Hamburger Notfallmedizinisches Kolloquium** (3)*

LVAD im Rettungsdienst. Wir klären Fragen zu Einsätzen bei Patienten mit mechanischen Herz-Unterstützungssystemen.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. B. Bein/Dr. J. Thiele, Asklepios Klinik St. Georg
Ort: Asklepios Klinik St. Georg. **Anmeldung nicht erforderlich.**

Samstag, 18.3.2017, 9:00–17:00 Uhr

▶ **Geburtshilfliche Notfälle im Rettungsdienst** (10)*

Simulationsbasiertes Skillstraining für den geburtshilflichen Notfall. Im Mittelpunkt steht das praktische Erlernen geburtshilflicher Fertigkeiten für Notärzte und Rettungsdienstpersonal. Wiss. Leitung: Dr. J. Thiele, Institut für Notfallmedizin.
Teilnahmegebühr: 295,- €. **Ort:** Asklepios Klinikum Harburg
Anmeldung erforderlich. Tel.: (0 40) 18 18-86 46 30; Fax: (0 40) 18 18-86 46 31;
E-Mail: info.ifn@asklepios.com

GASTROENTEROLOGIE/VISZERALMEDIZIN

Mittwoch, 15.2.2017, 18:30–20:30 Uhr

▶ **Medizin zwischen Klinik und Praxis – Das interdisziplinäre Kasuistik-Symposium im Hamburger Westen** (3)*

Vorstellung und Diskussion von 5 Kasuistiken. Hot-Topic: Urologie.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. J. Pohl/CA Prof. Dr. G. Puhl, Asklepios Klinik Altona
Ort: Asklepios Klinik Altona, **Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 02;**
E-Mail: a.nowak@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Samstag, 25.3.2017, 9:00–14:00 Uhr

▶ **Gynäkologische Onkologie in Hamburg Altona – Bewährtes und Neues** (6)*

Erweitert. Spektrum gyn.-onkolog. Therapie in Altona, u.a. Operationsroboter DaVinci.
Wiss. Leitg.: CA Prof. Dr. Ch. Köhler/CA Prof. Dr. V. Ragosch Asklepios Klinik Altona
Ort: Asklepios Klinik Altona. **Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-71 16 41;**
E-Mail: j.heidenreich@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Freitag, 17.2. bis Samstag, 18.2.2017

▶ **Kongress Krebs und Metastasen** (15)*

Themenschwerpunkte finden Sie unter www.asklepios.com/krebskongress.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. K. J. Oldhafer, Asklepios Klinik Barmbek
Teilnahmegebühr: Tageskarte 35,- bis 70,- €; Kongresskarte 60,- bis 120,- €; Studierende und Auszubildende Pflege kostenfrei
Ort: Handwerkskammer Hamburg. **Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich. Weitere Informationen: www.asklepios.com/krebskongress**

KARDIOLOGIE

Samstag, 25.2.2017, 9:30–13:30 Uhr

▶ **Kardiologie 2017 – quergedacht** (5)*

Aktuelle Entwicklungen, Auswirkungen der rechtlichen Regelungen 2017.
Wiss. Leitung: CA Dr. D. Wietholt, Asklepios Klinik Wandsbek
Ort: NH Hotel Horner Rennbahn, Hamburg.
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 36,
E-Mail: u.luettmann@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).

NEUROLOGIE/NEUROCHIRURGIE

Mittwoch, 19.4.2017, 17:00–20:00 Uhr

▶ **Hirntumoren – Was gibt es Neues?** (4)*

Aktuelle Übersicht neue WHO-Klassifikation und Behandlung von Hirntumoren, u.a. Therapie von Glioblastomen durch wechselnde elektrische Felder.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. U. Kehler, Asklepios Klinik Altona
Ort: Asklepios Klinik Altona. **Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 11 oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).**

ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Mittwoch, 29.3.2017, 17:00 Uhr

▶ **Wissenschaftlicher Abend der Paul-Sudeck-Gesellschaft** (4)*

Verletzungen von Unterschenkel und Sprunggelenk.
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. K.-H. Frosch, Asklepios Klinik St. Georg.
Ort: Kongresszentrum „Georgie", c/o Asklepios Klinik St. Georg. **Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail: j.madert@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).**

PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Mittwoch, 22.2.2017, 16:30–18:00 Uhr

▶ **Ochsenzoller Vorlesungen Psychiatrie und Psychotherapie 2017** (2)*

Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) zur Behandlung von chronisch depressiven Patienten: Wirksamkeit, Grenzen und Weiterentwicklungen (Prof. Eva-Lotta Braakemeier, Universität Marburg)
Wiss. Leitung: CA Prof. Dr. C.-H. Lammers, Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll
Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll. **Anmeldung nicht erforderlich.**

WEITERE VERANSTALTUNGEN

Dienstag, 21.2.2017, 15:30–17:00 Uhr

▶ **Handeln am auf Station verstorbenen Patienten** (2)*

Wir diskutieren Prozeduren, Diagnostik und juristische Aspekte.
Wiss. Leitung: Dr. S. Heinrichowski, Asklepios Klinik St. Georg
Ort: Asklepios Klinik St. Georg. **Um Anmeldung wird gebeten.**
Tel.: (0 40) 18 18-85 22 91; E-Mail: a.frentrup@asklepios.com

seit Januar 2017

▶ **Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte** (40)*

13. Blended Learning Kurs nach den RKI-Richtlinien, entspricht Modul 1 der strukturierten curricularen Fort-/Weiterbildung zum Krankenhaushygieniker.
Präsenztage: 11. und 12. Mai 2017, Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg.
Wiss. Leitung: Dr. S. Huggett, MEDILYS, Prof. Dr. C. U. Herborn, Asklepios Kliniken GmbH. **Kursgebühr:** 595,- €.
Anmeldung über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.) erforderlich.

*Fortbildungspunkte

Weitere Veranstaltungen und Informationen | Anmeldung:
aerzteakademie@asklepios.com, Fax: (0 40) 18 18-85 25 44
www.aerzteakademie-hamburg.de

ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

Foto © Halfpoint/Fotolia.com