

02•13

10. Februar • 67. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Das Thema | 12
Hirnschädigung



Quälende Ungewissheit

Kommt das Bewusstsein wieder? Diagnose- und
Behandlungsoptionen bei Wachkoma-Patienten

Gesundheitspolitik | 20

Neue Gesetze

Regierung bringt
Vorhaben auf den Weg

Forum Medizin | 26

Alkoholmissbrauch

Dauergast in der
Notaufnahme

Forum Medizin | 32

Hamburger Ärztinnen

Welche Hürden sie früher
überwinden mussten



Wi snackt
ok Platt

Moin moin!

De Asklepios-Konzern gifft en Barg Gelde för Arbeitssteden mit Tokunft ut. As een vun de gröttsten privoten Arbeitgevers in Hamborg hett Asklepios de Verantwoorden för 11.700 Arbeiters un 1.400 Lehrlinge. Dormit is Asklepios ok de gröttste Utbildungsbedrief in de Hansestadt. In 2013 will Asklepios sogor mehr als 360 niege Steden besetten.

Schon gewusst ?

In der Geriatrie der Asklepios Klinik Wandsbek lernen 22 Pflegekräfte und Ärzte Plattdeutsch. Die Patientenbücherei wurde mit plattdeutschen Büchern ausgestattet und die Station mit großformatigen Postern aus dem Ohnsorg Theater verschönert.

Sie wollen mehr über uns erfahren?

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

Offizieller Hauptsponsor

OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



ASKLEPIOS

Gemeinsam für Gesundheit



Dr. Michael Späth
Vorsitzender der Vertreterversammlung der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

»Keiner hatte für sich und seine Familie eine solche Situation bisher für möglich gehalten.«

Leben und Tod – *so nah beieinander*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

je älter wir werden, desto häufiger wünschen wir uns „... vor allem Gesundheit“. Dabei hoffen wir, dass wir die uns noch zugestandene Zeit körperlich und geistig unversehrt verbringen dürfen. Noch nie habe ich den Wunsch gehört „... und einen Tod in Würde“. Dabei wäre das naheliegend. Wir Mediziner sorgen mit hohem Aufwand dafür, dass das Leben verlängert wird. Obwohl sich 67 Prozent der Deutschen einen plötzlichen Tod aus guter gesundheitlicher Verfassung heraus wünschen, stirbt fast jeder Zweite im Krankenhaus und weitere 25 Prozent im Pflegeheim.

Warum konfrontiere ich Sie, liebe Leser, mit diesen Zahlen und mit diesem Thema? Auch ich gehöre zu den 67 Prozent, die sich einen schnellen, unerwarteten Tod wünschen und habe andere Möglichkeiten bisher erfolgreich verdrängt. Bis mich die Nachricht vom Schicksal eines langjährigen Weggefährten, Klaus Wagner, traf. Er hatte eine Kardioversion hinter sich und erlitt in seinem Auto einen Herzstillstand. Passanten alarmierten die Feuerwehr, er wurde reanimiert. Danach lag Klaus Wagner zehn Monate im Wachkoma, zunächst im Krankenhaus, dann in einer für Wachkoma-Patienten eingerichteten Spezial-Einrichtung. Die Ärzteversorgung und das Geld aus der Pflegeversicherung reichten nicht, um die teure Pflege zu bezahlen. Das Ersparte war schnell aufgebraucht, und es musste Geld aufgenommen werden, denn die ohnehin schon belastete Familie musste auch weiterleben.

Durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 sollten Wachkomapatienten und ihre Angehörigen finanziell entlastet werden. Die Krankenkassen wurden aufgefordert, Verträge mit den Pflegeeinrichtungen abzuschließen, in denen die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege geregelt wird. Passiert ist seither wenig. In Hamburg wurde kein einziger Vertrag geschlossen.

Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen schätzen, dass weiterhin etwa 90 Prozent der Wachkoma-Patienten zum Sozialfall werden. Die Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Versorgungskosten ab. Etwa 3.000 Euro pro Monat sollen der Patient oder seine Angehörigen selbst aufbringen. Wer kann das bezahlen? Familien müssen über kurz oder lang ihr Hab und Gut verkaufen, bis das Sozialamt einspringt – weil die Gesundheitspolitik nicht imstande ist, für solche Risiken ein sozialverträgliches Finanzierungsmodell zu entwickeln.

Klaus Wagner starb im September 2012 an einer akuten Komplikation im Krankenhaus (wir berichteten). Ihm wäre es ein Anliegen gewesen, sein Schicksal als Anlass für eine – auch kontroverse – Debatte zu nehmen. Das sieht auch seine Familie so, für deren Unterstützung wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken. Die meisten Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich über diesen Fall sprach, waren erschrocken und betroffen. Keiner hatte für sich und seine Familie eine solche Situation bisher für möglich gehalten. Aber sie halfen in berührender Weise spontan und selbstlos. Ihnen allen möchte ich an dieser Stelle in besonderer Weise danken. Und ich danke unserem Schriftleiter Hanno Scherf für seine spontane Unterstützung, das Thema als Schwerpunkt Wachkoma aufzunehmen, der Redaktion des Hamburger Ärzteblattes sowie den Autoren, die uns mit ihren Beiträgen zum Thema Wachkoma „wach“rütteln.

Ihnen wünsche ich Gesundheit, vor allem aber Glück,

Ihr Michael Späth

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 2013

wird hiermit ausgeschrieben für hervorragende Leistungen, insbesondere jüngerer Wissenschaftler, auf dem Gebiet der medizinischen Forschung. Für das Jahr 2013 wird der Preis aufgeteilt in je einen Preis für

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. Klinische Forschung | € 8.000,-- |
| 2. Grundlagenforschung | € 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 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. Vorsitz), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Bernhard Fleischer, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck, Asklepios Klinik St. Georg
Prof. Dr. Bernd Löwe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Rolf A. K. Stahl, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Martin Zeitz, 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 15. Juli 2013 bei der Werner Otto Stiftung, Wandsbeker Str. 3-7, 22179 Hamburg, eingereicht werden.

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

Der Geschäftsführer
Dr. Jürgen Bersuch

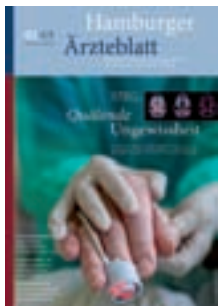
Stand: Januar 2013

02·13

Hamburger Ärzteblatt



Dr. Ernst Walther, Chefarzt des Neurozentrums an der Schön Klinik Hamburg Eilbek, schreibt über die Behandlung von Wachkoma-Patienten (Seite 12). **Berk Leventli**, Assistenzarzt in der Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik Altona, berichtet über den Fall eines obdachlosen Alkoholikers, der seit zehn Jahren immer wieder in Hamburger Krankenhäuser eingeliefert wird (Seite 26). **Dr. Lilja Schopka-Brasch**, Historikerin, beschreibt die schwierige Situation von Ärztinnen in Hamburg zu Beginn des vorigen Jahrhunderts (Seite 32).



Das Thema

- 12 **Wachkoma**
Zwischen quälender Ungewissheit, Diagnose und Behandlungsoptionen
Von Dr. Ernst Walther, Daniel Wertheimer, Dr. Thomas van de Weyer und Antje Thiel

Service

- 6 Gratulation
8 In memoriam
9 Verlorene Arztausweise
11 Bibliothek
24 Terminkalender
29 Sono Quiz
34 Impressum
35 Sicher verordnen

Namen und Nachrichten

- 6·10 **Personalien** · Nachruf Prof. Hans-Peter Kruse · Wechsel in der Pathologie des Kath. Marienkrankenhauses · Dr. Bernhard van Treeck übernimmt die Leitung des MDK Nord · Organspende in Hamburg: Gegen den Trend · Schöffen gesucht · MFA: Gleichwertigkeit von Auslandsabschlüssen prüfen lassen · Fortbildung zu Notfallmedizin in der Praxis

Gesundheitspolitik

- 20 **Gesetze zur Gesundheitspolitik** · Patientenrechte, Beschneidung, Zwangsbehandlung: Regierung im Endspurt. Von Dörthe Kieckbusch

Forum Medizin

- 26 **Der besondere Fall** · Notfall Bruno K. Von Berk Leventli, Anastasia Dewanto, Dr. Barbara Hogan, Dr. Christiane Stehle, Prof. Dr. Klaus Püschel
28 **Drogenmortalität** · Immer weniger Drogentote. Von Lennart Muras, Prof. Dr. Klaus Püschel, Dr. Axel Heinemann, Dr. rer. nat. Stefanie Iwersen-Bergmann
30 **Aus der Schlichtungsstelle** · Bildgebende Diagnostik versäumt. Von Johann Neu
32 **Bild und Hintergrund** · Ärztinnen zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Von Dr. Lilja Schopka-Brasch
34 **Der blaue Heinrich** · „Veronika beschließt zu sterben“ von Paulo Coelho. Ausgewählt von Stephanie Hopf

Mitteilungen

- 36·38 **Ärztchamber Hamburg und Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Kammerbeitrag · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise · Zulassungen · Ermächtigungen

Dieser Auflage liegt folgender Flyer bei: Teilbeilage (niedergelassene Ärzte): ÄrzteNetz Hamburg

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 17.02. **Dr. med. Eckhard Reincke**
Facharzt für Innere Medizin
- 28.02. **Dr. med. Isolde Berens von Rautenfeld**
Ärztin

zum 85. Geburtstag

- 23.02. **Dr. med. Karl-Ernst Kowalewski**
Arzt

zum 80. Geburtstag

- 20.02. **Dr. med. Reinhard Cordes**
Facharzt für Augenheilkunde
- 27.02. **Dr. med. Bert Kellermann**
Facharzt für Nervenheilkunde

zum 75. Geburtstag

- 16.02. **Dr. med. Maren Bernauer**
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 23.02. **Dr. med. Maren Neumann**
Ärztin
- 04.03. **Dr. med. Erika Schilling**
Ärztin
- 05.03. **Dr. med. Claus Romeyk**
Facharzt für Innere Medizin
- 11.03. **Dr. med. Hans Poeschmann**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie
- 12.03. **Dr. med. Hella Specht**
Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin

zum 70. Geburtstag

- 16.02. **Dr. med. Eva-Maria Lehmann-Heege**
Fachärztin für Augenheilkunde
- 17.02. **Werner Wisotzky**
Facharzt für Chirurgie
- 20.02. **Dr. med. Wolfgang Martin**
Facharzt für Transfusionsmedizin
- 21.02. **Dr. med. Rüdiger Magers**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 26.02. **Dr. med. Elisabeth Greve**
Fachärztin für Nervenheilkunde
Fachärztin für
Psychotherapeutische Medizin
- 26.02. **Tjhoen Liem Tan**
Ärztin
- 01.03. **Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Bloemeke**
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie
Facharzt für Nervenheilkunde
- 01.03. **Dr. med. Jörn Vossmeier**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 04.03. **Dr. med. Heike Buck**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 06.03. **Dr. med. Hans-Heino Hille**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Nachruf Prof. Dr. Hans-Peter Kruse, Arzt, Lehrer und Mitbegründer der modernen Osteologie, ist im Alter von 69 Jahren verstorben.

Osteologe *der ersten Stunde*

Am 18. Oktober 2012 verstarb Prof. Dr. Hans-Peter Kruse im Alter von 69 Jahren. Der Hamburger war einer der Gründungsväter der modernen Osteologie in Deutschland und hat als Arzt, Lehrer und Wissenschaftler unser Fach in den letzten vier Jahrzehnten wesentlich mit geprägt. Prof. Kruse wurde in Hamburg geboren. Von 1962 bis 1968 hat er Medizin an der Universität Hamburg studiert. Seit seiner Medizinalassistentenzeit, die er in der Anatomie im Institut von Prof. Horstmann absolvierte und in der er die Vaskularisierung des Knochens studierte, hatte er sich für den Rest seines Lebens der Osteologie verschrieben.

Hans-Peter Kruse promovierte im Jahr 1969 zur Bedeutung der Histologie und Histomorphometrie bei der Diagnose der Osteoporose. 1970 wurde er Mitglied des Sonderforschungsbereiches Endokrinologie der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Gleichzeitig absolvierte er von 1970 bis 1971 seinen Wehrdienst als Stabsarzt bei der Marine. Anschließend folgte von 1972 bis 1977 die wissenschaftliche Assistentenzeit in der I. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) mit der Facharztweiterbildung zum Internisten unter der Leitung von Prof. Barthelheimer. 1977 habilitierte er zum Thema „Die primäre Osteoporose und ihre Pathogenese“. Von 1977 bis 1984 war der Privatdozent Dr. Kruse unter Prof. Kuhlencordt Oberarzt der ersten Abteilung für Osteologie im UKE. Sein besonderes Interesse galt der Calciumbilanz bei unterschiedlichen Osteopathien. In diese Zeit fällt auch 1980 ein Forschungsaufenthalt in der Mineral Research Unit der Universität Leeds/England bei Professor Nordin. 1983 wurde Kruse der Titel „Professor“ verliehen und im Jahr 1984 wurde er zum ordentlichen Universitätsprofessor berufen. Von 1984 bis 1993 nahm er die Aufgabe als Universitätsprofessor in der I. Medizinischen Klinik wahr und vertrat als Oberarzt die Osteologie in Hamburg. Die gleiche Aufgabe hatte er dann von 1993 bis 2006 in der Medizinischen Klinik III des UKE inne.

1984 gehörte Prof. Kruse zum Gründungskreis der Deutschen Gesellschaft für Osteologie. Von 1995 bis 1997 war er ihr Präsident, und in Anerkennung seiner außerordentlichen Verdienste wurde ihm schließlich die Ehrenmitgliedschaft verliehen. Darüber hinaus hat er sich als Beiratsmitglied des Bundeselbsthilfverbandes Osteoporose und als Vorsitzender der REKO Norddeutschland für die Interessen der betroffenen Patienten und für die ärztliche Weiterbildung nachhaltig engagiert. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt war die klinische Osteologie, insbesondere die intestinalen Osteopathien und der Hyperparathyreoidismus. Er hat über 200 Publikationen, zahlreiche Lehrbuchbeiträge und mehrere Bücher zur Osteoporose und zum Kalzium-Phosphat-Stoffwechsel verfasst. Prof. Kruse hat als Hochschullehrer die Osteologie vertreten und in den letzten 25 Jahren kontinuierlich Doktoranden erfolgreich betreut. Dieses Engagement hat er auch nach seinem Ausscheiden aus dem UKE im Jahr 2006 im Osteoporosezentrum am Neuen Wall weitergeführt.

Hanseatische Zurückhaltung, sein trockener Humor, Geradlinigkeit und sein Verantwortungsgefühl für seine Patienten haben ihm hohen Respekt seiner Fachkollegen verschafft. Wir sind Hans-Peter Kruse dankbar dafür, dass wir über Jahre von ihm lernen durften. Hans-Peter Kruse hinterlässt seine Frau Walburga, der unser Mitgefühl gilt und eine große Familie von osteologischen Schülern.

Univ.-Prof. Dr. Michael Amling, Direktor Institut für Osteologie und Biomechanik (IOBM), UKE und Dr. Isolde Frieling, Osteoporosezentrum Hamburg

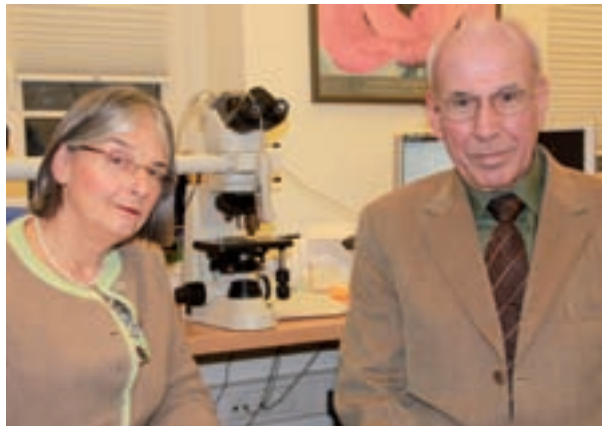


Prof. Dr. Hans-Peter Kruse

Wechsel Das Katholische Marienkrankenhaus verabschiedete Prof. Dr. Wolfgang Saeger als Chefarzt der Pathologie.

Diagnostiker, Berater und Mentor

Nach gut 34 Jahren im Amt verabschiedete das Kath. Marienkrankenhaus Anfang Januar Prof. Dr. Wolfgang Saeger (68). In einer Abschiedsvorlesung blickte der Chefarzt des Instituts für Pathologie in den Marien-Gesundheitszentren auf die Entwicklungen seines Fachgebiets zurück. Dr. Eberhard Thombansen, Ärztlicher Direktor, würdigte dessen langjährige Tätigkeit und den Auf- und Ausbau des Instituts für Pathologie seit 1979: „Sowohl fachlich als auch menschlich hat Prof. Saeger unser Haus in den vergangenen 34 Jahren sehr geprägt. Den Ärzten des Marienkrankenhauses, Kollegen aus anderen Kliniken und niedergelassenen Ärzten stand er dabei stets als exzellenter Diagnostiker, aber auch als Berater und Mentor in vielen Fragen der Medizin zur Seite.“ Insbesondere im Rahmen der Versorgung von Krebspatienten – ein wesentlicher Schwerpunkt des Marienkrankenhauses – hat sich die Pathologie zu einem wichtigen Instrument der Qualitätssicherung und individuellen Therapieplanung entwickelt. Prof. Dr. Wolfgang Saeger wird künftig konsiliarisch für Hypophysenerkrankungen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig sein. Die Leitung des Instituts für Pathologie am Marienkrankenhaus übernimmt nun Prof. Dr. Jutta Lüttges. Bereits seit Anfang 2012 ist Lüttges neue Chefarztin des Instituts. Die Pathologin bringt langjährige Erfahrung als ehemalige stellvertretende Direktorin des Instituts für Allgemeine Pathologie der Christian-Albrechts-Universität in Kiel und Chefarztin des Instituts für Pathologie am Klinikum Saarbrücken mit. | dk



Prof. Dr. Jutta Lüttges und Prof. Dr. Wolfgang Saeger

Van Treeck übernimmt die Leitung des MDK Nord

Zum Jahreswechsel hat Dr. Bernhard van Treeck (48) die ärztliche Leitung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nord übernommen. Er war zuvor stellvertretender leitender Arzt des MDK Nord und löst als Leitender Arzt Dr. Björn Buxell ab. Van Treeck ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Berufliche Stationen waren die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, die Universitätsklinik Köln, eine Rehabilitationsklinik des Deutschen Ordens in Berlin und eine mehrjährige Tätigkeit beim MDK Nordrhein. Van Treeck ist Mitglied des Marburger Bundes. Den ersten Vertrag des MDK mit dem Marburger Bund hat er auf Arbeitnehmerseite mit erstritten. Für den Marburger Bund war er in Nordrhein auch in der Ausschussarbeit der Ärztekammer aktiv; eine Arbeit, die er in Hamburg gerne fortführen würde. Nach seinem Wechsel nach Hamburg ist van Treeck zum Landesvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen gewählt worden. Darüber hinaus arbeitet er an gesundheitspolitischen Papieren der Friedrich-Ebert-Stiftung in Berlin mit. | häb



Dr. Bernhard van Treeck

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 06.03. **Dr. med. Hans-Henning Meinhof**
Facharzt für Augenheilkunde
- 11.03. **Dr. med. Dieter Lüdecke**
Facharzt für Neurochirurgie

zum 65. Geburtstag

- 19.02. **Dr. med. Hasso von Boehmer**
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Innere Medizin
- 20.02. **Ilse Höcker**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Fachärztin für
Psychotherapeutische Medizin
- 22.02. **Dr. med. Christian Rabe**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 26.02. **Dr. med. Wendy von Lossow**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 29.02. **Prof. Dr. Dr. Wolfgang Wiegand**
Facharzt für Augenheilkunde
- 02.03. **Dr. med. Ingeborg Schlömer**
Fachärztin für Psychiatrie
- 02.03. **Dr. med. Hannelore Zapp-Kroll**
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 06.03. **Dr. med. Thomas Spormann**
Facharzt für Innere Medizin
- 06.03. **Dr. med. Rolf Wellner**
Facharzt für Radiologie
- 07.03. **Dr. med. Willibald Beykirch**
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
- 08.03. **Dr. med. Jürgen Hoppe**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 10.03. **Dr. med. Walter Sick**
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie

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.

Hamburg bekommt Gesundheitsatlas

Im neuen Gesundheitsatlas der Gesundheitsbehörde werden zahlreiche Gesundheitsdaten aus Hamburg zusammengetragen. Bisher gab es nur Berichte für einzelne Bezirke oder zu speziellen Themen. Der Atlas soll im Spätsommer 2013 erscheinen. | häb

In memoriam

Dr. med. Hans-Jürgen Siegeler
 Facharzt für Frauenheilkunde
 und Geburtshilfe
 *23.01.1926 † 10.12.2012

Dr. med. Hans Schröder
 Facharzt für Urologie und Chirurgie
 *12.08.1923 † 15.12.2012

Dr. med. Markus Hoffmann
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 *13.10.1949 † 25.12.2012

Dr. med. Friedrich-Wilhelm Rose
 Facharzt für Orthopädie
 *03.12.1924 † 03.01.2013

Gesucht: Schöffen und ehrenamtliche Verwaltungsrichter

Die Hamburger Bezirksamter suchen zur Zeit Freiwillige, die als Schöffen, Jugendschöffen oder ehrenamtliche Verwaltungsrichter tätig sein möchten, und erstellen Vorschlagslisten für die Amtsperiode vom 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2019.

Schöffen sind ehrenamtliche Richter in Strafsachen. Sie wirken bei Verhandlungen und Urteilsfindungen am Amts- oder Landgericht mit. Ehrenamtliche Verwaltungsrichter werden bei Rechtsstreitigkeiten, beispielsweise aus dem Ausländer- und Asylrecht, Schul-, Bau-, Beamten und Gesundheitsrecht im Verwaltungs- bzw. Oberverwaltungsgericht eingesetzt.

Eine juristische Vorbildung ist nicht erforderlich. Sie sollen vielmehr Lebens- und Berufserfahrung, ihren Gemeinsinn und ihre Bewertungen in die Urteile einbringen. Lediglich Jugendschöffen sollten in der Erziehung Jugendlicher erfahren sein.

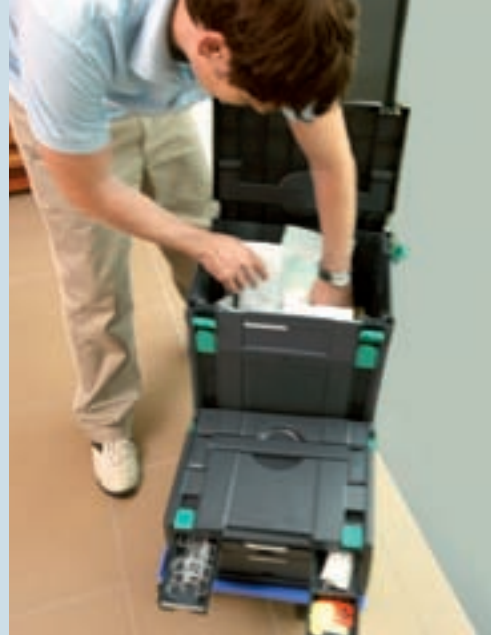
Voraussetzungen sind: Interessierte müssen mindestens 25 Jahre alt und deutsche Staatsbürger sein und seit mindestens einem Jahr in Hamburg gemeldet sein.

Schöffen und ehrenamtliche Verwaltungsrichter werden für fünf Jahre berufen. Der zeitliche Aufwand soll nicht mehr als zwölf Sitzungstage pro Jahr betragen. Wer Interesse an diesem Amt hat, kann sich bei seinem zuständigen Bezirksamt oder im Internet unter www.schoeffen.de informieren. | häb

Spendebereitschaft

2012 stieg die Zahl der Organspenden in Hamburg. Bundesweit ist sie rückläufig.

Gegen den Trend



Mehr Organspenden in der Hansestadt

Laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) spendeten im vergangenen Jahr 1.046 Menschen in Deutschland ihre Organe nach ihrem Tod. Die Zahl der postmortalen Spender ging damit um 12,8 Prozent zurück. Die Zahl der gespendeten Organe lag 2012 mit 3.508 ebenfalls deutlich unter dem Wert von 2011 mit 3.917 Organen. In Hamburg hingegen war die Entwicklung positiv: Mit 49 Organspendern waren 14 Menschen mehr zu einer postmortalen Spende bereit als noch 2011. Die Zahl der gespendeten Organe stieg im gleichen Zeitraum ebenfalls, von 106 (2011) auf 185 (2012).

„Wir durften uns in Hamburg 2012 über mehr Organspender freuen als noch 2011“, so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. „Damit stehen wir deutlich besser da als der Bundestrend. Aber gerade nach den jüngsten Skandalen um Organspenden dürfen wir nicht in unseren Bemühungen nachlassen, noch mehr Organspenderinnen und -spender zu gewinnen.“

Als Gründe für die positiven Zahlen in Hamburg sieht die Senatorin neben den Werbe- und Aufklärungsaktionen von Behörden und Kassen auch die erfolgreiche Arbeit im Transplantationszentrum des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE). Beispielsweise entsprechen die dort bereits etablierten interdisziplinären Fallkonferenzen dem durch die Bundesärztekammer geforderten Vier-Augen-Prinzip zur Vermeidung von Manipulationen.

„Neben der Transparenz bei der Vergabe von Organen ist aber auch ein schneller Vergabeprozess und eine qualitativ hochwertige Transplantationsmedizin wichtig. Deshalb ist es sinnvoll, die Zahl der Transplantationszentren deutlich zu reduzieren. Weniger, gut verteilte regionale Zentren können dann durch mehr Operationen und mehr Erfahrung der Mediziner einen besseren Standard bieten. Die Verteilung der Organe und die Kontrolle der Zentren wird einfacher.“ | san



MFA: Gleichwertigkeit von *Auslandsabschlüssen prüfen lassen*

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (BQFG) ist am 1. April 2012 in Kraft getreten. Danach haben alle Personen mit einem im Ausland erworbenen Berufsabschluss einen Anspruch auf Überprüfung der Gleichwertigkeit ihrer Qualifikation mit einem deutschen Berufsabschluss. Personen, denen die volle Gleichwertigkeit ihrer Auslandsqualifikation durch einen Gleichwertigkeitsbescheid bescheinigt wird, haben die gleichen Rechte wie Personen mit einem deutschen Prüfungszeugnis. Die Bescheinigung ist keine zwingende Voraussetzung, um den Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Deutschland ausüben zu dürfen, sie hilft jedoch dem Arbeitgeber, die Qualifikation besser einzuschätzen.

Zuständig für das Verfahren der Gleichwertigkeitsfeststellung für den Beruf der MFA sind die Landesärztekammern. Das BQFG räumt die Möglichkeit ein, diese Aufgabe auf andere zuständige Stellen zu übertragen. Die Ärztekammer Hamburg hat mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und die Aufgabe auf die Ärztekammer Westfalen-Lippe übertragen. Ein Verfahren zur Überprüfung der Gleichwertigkeit kann jede Person beantragen, die

- über einen ausländischen Berufsabschluss verfügt und
- beabsichtigt, eine Erwerbstätigkeit in Deutschland auszuüben (Nachweis ist nur erforderlich bei Nicht-EU- / EWR- / Schweizer Bürgern und Personen, die ihren Wohnsitz nicht in der EU / EWR / Schweiz haben).

Antrag und Unterlagen sind an folgende Anschrift zu senden: *Ärztekammer Westfalen-Lippe, Ressort Aus- und Weiterbildung, Gartenstraße 210-214, 48147 Münster.* Informationen zu den einzureichenden Unterlagen und zum Verfahren sind auf der Homepage der Ärztekammer Westfalen-Lippe www.aekwl.de zu erhalten.

Darüber hinaus können sich die Antragsteller auch bei der *Ärztekammer Hamburg, Referat Medizinische Fachangestellte, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, Telefon 202299-250*, beraten lassen. Informationen finden Sie auch auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg unter www.aekhh.de.

Tarifänderung MFA

Zum Jahresbeginn ist eine Änderung des Manteltarifvertrags für MFA und Arzthelferinnen in Kraft getreten: Der Urlaub beträgt nun jährlich 28 Arbeitstage bzw. 34 Werkstage. In dem Kalenderjahr, in dem die / der Medizinische Fachangestellte / Arzthelfer(in) das 55. Lebensjahr vollendet, erhöht sich der Jahresurlaub auf 30 Arbeitstage bzw. 36 Werkstage. Für Arbeitnehmer / innen, die die vor dem 1. Januar 1973 geboren wurden, gibt es einen Bestandsschutz. Sie erhalten bei über den 31. Dezember 2012 hinaus fortbestehendem Arbeitsverhältnis / Ausbildungsverhältnis weiterhin 30 Arbeitstage bzw. 36 Werkstage. | *häv*

Kompetenzzentrum Neuroonkologie an der AK Altona zertifiziert

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) hat der Asklepios Klinik Altona als erstem Zentrum in Norddeutschland das Prädikat „Kompetenzzentrum Neuroonkologie“ verliehen. Sprecher des Kompetenzzentrums ist der Chefarzt der Neurochirurgie Prof. Dr. Uwe Kehler.

Für die Zertifizierung wird die besondere Expertise in der Diagnostik, insbesondere auch der neuroradiologischen Diagnostik und in der Mikroneurochirurgie geprüft. Regelmäßige interdisziplinäre Tumorkonferenzen, zusammen mit dem Kooperationspartner, sind verpflichtend. Hier werden individuelle Behandlungskonzepte für die Patienten festgelegt. Darüber hinaus wird die Qualität des besonders geschulten Pflegepersonals als auch die speziell psychoonkologische Versorgung geprüft. Das Kompetenzzentrum Neuroonkologie ist Teilstruktur des onkologischen Zentrums der Asklepios Klinik Altona mit einheitlichen Qualitätssicherungsstrukturen und Verfahrensweisen. | *häv*

Verloren

Ausweis von

C 1210	Dr. med. Juliane Albrecht 05.03.2008
010-28411	Allan Brolund 24.09.2009 ÄK Schleswig-Holstein
B 7032	Nurgül Beatrice Ercan 04.07.2003 Ines Fitschen ausgestellt von der ÄK Berlin
C 4210	Dr. med. Alexander Klaubert 13.01.2011
C 479	Dr. med. Nina Krollner 19.04.2007
C 2913	Nicole Martin 21.12.2009
C 4128	Dorothea Angelika Rump 23.12.2010
59459	Gudrun Schwoerer 15.05.2008 ÄK Niedersachsen
124	Dr. med. Susanne Siebert 17.08.1999
C 5002	Jan Thomas 15.09.2011
B 2546	Marc Ziegler 15.04.1998

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

Gefunden

*... Ärzte und Musik
heilen mit Noten ...*

Es gibt Anwälte, die sich mit Kündigungen von Orchestermusikern befassen, aber ein Anwaltsorchester? Gerade mal ein Juristenorchester gibt es. Architekten bauen Chöre in Kirchen. Aber selber singen? Jedenfalls nicht berufsspezifisch. Ärztechöre und Ärzteorchester gibt es hingegen viele – da ist Hamburg keine Ausnahme. Einer niederländischen Untersuchung zufolge spielt fast die Hälfte der Ärzte ein Instrument oder singt – viele von ihnen auf professionellem Niveau. In Wien gibt es deshalb Klavierkurse nur für Ärzte – mit Arzt und Pianist Wolfgang Ellenberger. Der betreibt übrigens auch die Homepage www.doctorshobbies.com, aus der hervorgeht, dass Ärzte nicht nur Musik machen, sondern noch viele andere Hobbys pflegen: Es gibt Pingpongdocs, CampingDocs, übrigens auch WineYardDocs und vieles mehr. | *san*

Hohe Geburtenzahlen in Hamburger Kliniken

Die Geburtenzahl in Hamburg ist 2012 gegenüber 2011 gestiegen. Bei 20.818 Geburten kamen in den Hamburger Geburtskliniken und dem Geburtshaus 21.241 Kinder zur Welt, das waren mit 930 Kindern fast fünf Prozent mehr als im Vorjahr (20.311 Kinder bei 19.889 Geburten). Auch die Zahlen von 2010 wurden überschritten (20.629 Kinder bei 20.233 Geburten).

„Der Ruf der Hamburger Krankenhäuser reicht auch in der Geburtshilfe weit über die Stadtgrenzen hinaus“, so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. „Viele Frauen aus dem Umland nutzen gerne die Angebote der Hamburger Kliniken, und keineswegs nur bei vielleicht schwierigen Mehrlingsgeburten. Aber speziell für werdende Mütter ist es ein gutes Gefühl zu wissen, dass die Hamburger Geburtshilfen mit ihren neonatologischen Abteilungen auch für Früh- und Neugeborene eine herausragende Versorgung bieten. Zudem ist es erfreulich, dass die Hamburger Krankenhäuser im Bundesvergleich in einer Spitzengruppe liegen.“

Die höchsten Kinderzahlen verzeichnen auch im Jahr 2012 die Geburtshilfen des Kath. Marienkrankenhauses (2.930), der Asklepios Klinik Barmbek (2.655) und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (2.655). Es folgen die Asklepios Klinik Altona (2.540) und das Albertinen-Krankenhaus (2.224). | *háb*

Wie Pflegebedürftige versorgt werden

In Hamburg werden 38,8 Prozent aller Pflegebedürftigen ausschließlich durch Angehörige versorgt, im Bundesdurchschnitt sind es 45,6 Prozent. Dies geht aus Analysen des aktuellen BARMER GEK Pflegereports hervor. Nur in Schleswig-Holstein (38,4 Prozent) liegt der Anteil noch niedriger. Durch ambulante Pflegedienste werden in Hamburg 30 Prozent der Pflegebedürftigen betreut. Dies ist nach Brandenburg (30,4 Prozent) der zweithöchste Anteil. Das Bundesmittel liegt hier bei 23,7 Prozent. 31,2 Prozent der Pflegebedürftigen Hamburgs sind in Heimen untergebracht. Dieser Wert liegt leicht über dem Bundesdurchschnitt von 30,7 Prozent. | *háb*



Grundlagen für ein Notfallmanagement in den ersten zehn Minuten

Fortbildung zum Thema *Notfallmedizin für die Praxis*

Mit echten Notfällen, die beispielsweise lebensrettende Reanimationsmaßnahmen verlangen, werden die meisten Arztpraxen nur selten konfrontiert. Notfallsituationen verlangen keine Routine, doch sie können jederzeit eintreten. Dann müssen Ärzte und Praxismitarbeiterinnen einen kühlen Kopf bewahren und souverän handeln.

Aus diesem Grund lädt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zur Fortbildungsveranstaltung „Notfallmedizin für die Praxis“ am Mittwoch, 27. Februar 2013, von 10 bis 13 Uhr, ins Audimax 1 und 2 der Hamburger Universität, Campus, Von-Melle-Park 4, ein.

Als Referenten zum Thema Notfallmedizin konnte Dr. Klaus-Gerrit Gerds aus Cuxhaven gewonnen werden. Er wird zeigen, wie der Arzt und sein Praxisteam im Notfall nach klarem Konzept, mit eindeutiger Rollenzuweisung besonnen und koordiniert handeln können. Der Kinderarzt und Notfallmediziner vermittelt praxisnah, auf der Basis aktueller Leitlinien, die Grundlagen für ein erfolgreiches Notfallmanagement der ersten zehn Minuten. Im Fokus stehen dabei folgende Themen: Akutes Koronarsyndrom, Schlaganfall, Asthmaanfall, Anaphylaxie, Kreislaufstillstand – und für den Angstnotfall „Das lebensbedrohlich kranke Kind“.

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Hamburg mit fünf Fortbildungspunkten akkreditiert. Die Fortbildung beginnt um zehn Uhr und wird circa drei Stunden dauern. Den ausführlichen Ablauf sowie das Anmeldeformular können Sie unter www.kvhh.de > Fortbildung herunterladen. | *háb*

Marburger Bund

Landesverband Hamburg e. V.

Einladung zur Jahreshauptversammlung am Montag, 25. März 2013, 19 Uhr, im Saal 1 des Ärztehauses Hamburg, Humboldtstraße 56.

Tagesordnung:

1. Begrüßung
2. Tätigkeitsbericht

- Bericht über das Jahr 2012
- Tarifpolitik – Tarifabschluss mit dem VKKH
- Ausblick auf die Tarifverhandlungen 2013
- 3. Haushaltsabschluss 2012
- 4. Bericht der Kassenprüfer
- 5. Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung
- 6. Verschiedenes

Bibliothek des Ärztlichen Vereins

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

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

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

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

- Zusendung von Zeitschriftenaufsatzkopien (bibliothek@aekeh.de)
- Zusendung von Literaturrecherchen in „PubMed“, „UpToDate“ u. a. Datenbanken
- Zusammenstellung von Literatur bzw. Zusendung von Kopien zur individuellen Fragestellung
- Ausleihe von Medien an den Arbeitsplatz (sofern dieser der Behördenpost angeschlossen ist)

Neuerwerbungen

W. Bynum: Die großen Entdeckungen in der Medizin, 2012.

V. Fialka-Moser: Compendium Physikalische Medizin und Rehabilitation: diagnostische und therapeutische Konzepte. 3. Auflage, 2013.

C. Flittiger: Technische Diagnostik in der Augenheilkunde. 1. Auflage, 2012.

A. Gupta: Assessmentinstrumente für alte Menschen. Pflege und Versorgungsbedarf systematisch einschätzen. 1. Auflage, 2012.

K. Heinze / R. Pfandzelter: Regelungen zum ambulanten Operieren. Erläuterungen der gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen und Richtlinien. 1. neue Ausgabe, 2012.**

D. A. Kaminsky (u. a.): Atmungssystem. 1. Auflage, 2012. (Netter Collection, Medizinischer Atlas)

M. Keymling / B. M. Kohler / H. J. Lübke: Das ERCP-Buch: Lehrbuch und Atlas, 2013. + 1 DVD

K. Kröger (u. a.): Nicht invasive Diagnostik angiologischer Krankheitsbilder. 2. Auflage, 2012.

H. Kury (u. a.): Rechtspsychologie. Forensische Grundlagen und Begutachtung; ein Lehrbuch für Studium und Praxis. 1. Aufl. 2012.

F. Lasogga (u. a.): H. Moecke*: Praxishandbuch Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst. Planung, Umsetzung, Zertifizierung. 1. Auflage, 2013.

M. Müschenich*: 55 Gründe, Arzt zu werden, 2012.

J. D. Rollnik: Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, 2012.

W. Schröder: Survival-Guide Chirurgie. Die ersten 100 Tage, 2013.

A. M. Schüller / M. Dumont: Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing. 4. Auflage, 2013.

R. P. Smith (u. a.): Reproduktionssystem. 1. Auflage, 2012. (Netter Collection, Medizinischer Atlas)

C. Sohn (u. a.): Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe. 3. Auflage, 2013. + 1 DVD

H.-M. Straßburg / W. Dacheneder / W. Kreß: Entwicklungsstörungen bei Kindern. Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung. 5. Auflage, 2013.

L. Thomas: Labor und Diagnose: Indikation und Bewertung von Laborbefunden für die medizinische Diagnostik. 8. Auflage, 2012. Band 1 + 2.

F. W. Young: Endokrines System, 2012. (Netter Collection, Medizinischer Atlas)

* Geschenk des Verfassers / Herausgeber

** Geschenk des Deutschen Ärzte-Verlages

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

HAGEN & KRUSE

VERSICHERUNGSMAKLER SEIT 1901

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



Verband
Deutscher
Versicherungs-
Makler e.V.

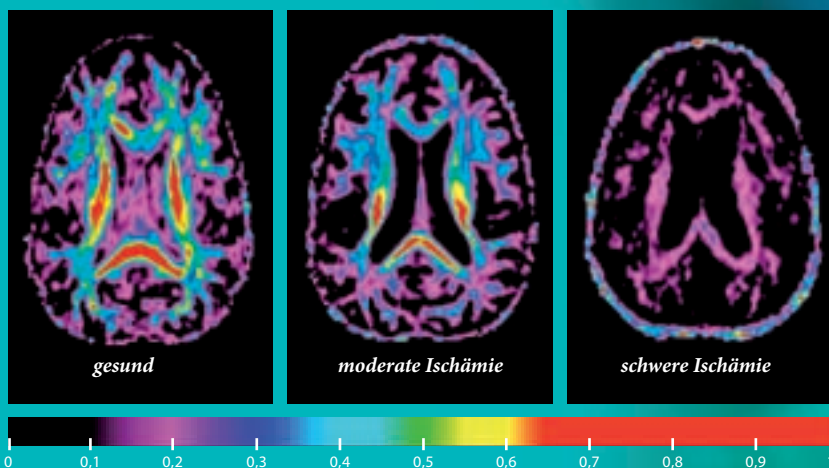
Der Versicherungsmakler für Ärzte und Mediziner

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

- Unsere Leistungen für Sie:**
- Unabhängige Analyse und Beratung in allen Versicherungsangelegenheiten
 - Sämtliche Verhandlungen mit allen Versicherungsunternehmen
 - Begleitung und Bearbeitung Ihrer Schadensfälle bis zum Abschluss
 - Regelmäßige Überprüfung Ihrer bestehenden Verträge

Ihre Ansprechpartner bei Hagen & Kruse:

Jörg Enders 040 / 30 96 98 - 17 • **Jörg Will** 040 / 30 96 98 - 23 • **Peter Kroll** 040 / 30 96 98 - 20
Geschäftsführender Gesellschafter Geschäftsführender Gesellschafter Leiter Kundenservice



MRT-DTI-Bildgebung des Kopfes zur Prognoseabschätzung bei hypoxischer Enzephalopathie im Rahmen einer Studie am Neurozentrum der Schön Klinik Eilbek in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Münster

Quälende Ungewissheit

Wachkoma Zehn Monate bis zu seinem Tod im September 2012 war der Hamburger Arzt und Standespolitiker Dr. Klaus Wagner ohne Bewusstsein. Sein Fall zeigt, wie unerwartet und oft unwiderruflich sich das Leben von Patienten und Angehörigen verändert. Drei Spezialisten erklären auf den folgenden Seiten, welche Diagnose- und Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen.

Von Antje Thiel

Es war ein langsamer und quälender Abschied. Im November 2011 fiel der Allgemeinmediziner und Standespolitiker Dr. Klaus Wagner nach einem plötzlichen Herzstillstand ins Koma. Weder seinen Ärzten, noch seiner Familie war zu diesem Zeitpunkt klar, dass er nie wieder zu Bewusstsein gelangen würde. Zehn Monate später schlief Dr. Wagner im September 2012 schließlich friedlich ein. Seiner Frau Angèle Min-Duc und seinen Töchtern Claudia und Caroline fiel es lange schwer, über die Zeit seit dem Tag zu sprechen, an dem ihnen ihr Ehemann und Vater aus heiterem Himmel genommen wurde. Wagner erlitt am Steuer seines Wagens einen Herz-Kreislauf-Stillstand. Nach kardiopulmonaler Reanimation wurde er sofort in die kardiologisch-intensivmedizinische Abteilung der nächstgelegenen Klinik eingeliefert. Bereits während der Akutbehandlung wurden Stimmen laut, aufgrund der möglicherweise ungünstigen Prognose auf eine Rehabilitationsbehandlung zu verzichten. „Doch wir bestanden darauf, alle Möglichkeiten auszuschöpfen“, sagt Angèle Wagner. Daher wurde Dr. Wagner zur Prognose und Früh-Rehabilitation in die Schön Klinik Hamburg Eilbek verlegt. Chefarzt Dr. Ernst Walther, dort Dr. Wagners behandelnder Arzt, ist überzeugt, dass jeder Patient mit akuter Hirnschädigung zumindest die Chance auf eine

ausführliche Diagnostik und dann gegebenenfalls eine spezialisierte neurologische Früh-Rehabilitation bekommen sollte. Er schätzte Dr. Wagners Situation nach einer Kernspintomografie zunächst als nicht ganz aussichtslos ein: „Ich sehe oft noch ganz andere Bilder, bei denen ich gleich weiß, dass dieser Patient vermutlich nicht mehr kontaktfähig werden wird. Das war bei Dr. Wagner anders“, berichtet Walther. Anfangs besserten sich Wachheit und Schluckfrequenz. Dr. Wagner machte auch den Anschein, zumindest vorübergehend seinen Blick fixieren zu können. Dennoch kam es im weiteren Verlauf zu einer auch für die Angehörigen spürbaren Verschlechterung. Ursache war eine anhaltende, generalisierte epileptische Aktivität, die sich auch intensivmedizinisch nicht mehr ausreichend behandeln ließ.

Keine Anzeichen für eine Rückkehr

Drei Monate nach Beginn der Frührehabilitation gab es keinerlei Anhaltspunkte, dass Dr. Wagner wieder aus dem Wachkoma erwachen würde. Dr. Wagner wurde Mitte Mai 2012 in eine der wenigen Hamburger Pflegeeinrichtungen verlegt, die auch auf die Langzeitrehabilitation und -pflege von Wachkomapatienten spezialisiert sind.

Wagners Familie stand unter Schock. Seine Tochter Dr. Caroline Wagner erzählt: „Das Ganze kam völlig unerwartet, denn unser Vater war aktiv und stand noch immer mitten im Leben.“ Er war politisch, intellektuell und kulturell interessiert und freute sich darauf, Großvater zu werden. Angèle Wagner berichtet: „Mein Mann wusste, dass unsere Tochter Claudia Zwillinge erwartet, doch bewusst kennen gelernt hat er seine Enkelinnen leider nicht.“ Die beiden Mädchen kamen im Februar 2012 sechs Wochen zu früh auf die Welt.

Dennoch waren die besonderen Momente im Leben seiner Familie für Dr. Wagner auch in der Wachkoma-Station sehr präsent: An der Wand gegenüber vom Bett hatte Angèle Wagner Fotos von ihren beiden Töchtern, den kleinen Enkelinnen, und dem Schäferhund der Familie aufgehängt, an dem Wagner sehr hing und der auch im Moment des Kreislaufstillstandes bei ihm war. Außerdem hing ein Foto von ihrer Hochzeit in Saigon im Jahre 1967 an der Wand – im Juni 2012 hätten die beiden ihren 45. Hochzeitstag feiern können. Direkt über dem Bett hing an der Decke ein maritimes Gemälde, das ein Freund der Familie, ein Lotse, ihm geschenkt hatte. „Was um ihn herum war, sollte möglichst schön und vertraut sein, auch wenn wir nicht wussten, wieviel er tatsächlich wahrnimmt“, sagt Angèle Wagner.

Jede kleinste Reaktion machte Hoffnung

Genau diese Ungewissheit empfanden die Familienangehörigen als besonders belastend. Dr. Caroline Wagner erzählt: „Bis auf gefühlte, seltene Ausnahmen konnte man nicht zu ihm durchdringen. Doch wenn es dann auf einmal eine noch so minimal wahrnehmbare Art der Reaktion gab, glaubte man gleich an einen Durchbruch – dieses Wechselbad der Gefühle war schwer auszuhalten.“ Einen solchen Moment erlebten Angèle Wagner und Dr. Caroline Wagner, als sie sich am Krankenbett über frühere Familienurlaube in der Provence unterhielten. „Mein Mann mochte so gern Lavendel. Und während ich mich mit meiner Tochter über den für ihn unvergesslichsten Urlaub dort unterhielt, drückte er auf einmal leicht unsere Hände und ihm liefen Tränen über das Gesicht“, erzählt Angèle Wagner.

Für Außenstehende sind diese emotionalen Achterbahnfahrten der Angehörigen und die stagnierende Situation des Wachkoma-Patienten schwer nachvollziehbar, wie auch der Früh-Reha-Experte Dr. Walther bestätigt: „Viele Angehörige leiden unter Vereinsamung. Freunde haben große Schwierigkeiten damit, wenn die Situation des Patienten über lange Zeit unverändert bleibt, obwohl man gern von einem Fortschritt erfahren würde. Das ist schwer zu ertragen; sie wenden sich ab, um der Auseinandersetzung mit dem Thema zu entgehen.“

Möglicherweise sind diese Berührungängste auch dafür verantwortlich, dass so wenige Menschen für eine plötzliche schwere Erkrankung mit Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und privater finanzieller Absicherung, etwa einer Zusatzpflegeversicherung, vorsorgen. Welche dramatischen finanziellen Auswirkungen die anhaltende Hilfsbedürftigkeit eines Patienten auf seine Familie haben kann, berichtet Dr. Walther: „Ich sehe in meiner Arbeit Frauen mit kleinen Kindern, deren Ehemann im Wachkoma liegt, die aber keinen Zugriff auf seine Konten haben und auch das gemeinsame Haus nicht verkaufen können, weil sie keine oder keine notariell beurkundete Vorsorgevollmacht haben. Währenddessen stapeln sich die Rechnungen für das Pflegeheim, spezielle Heil- und Hilfsmittel sowie für Medikamente.“ Angèle Wagner hatte glücklicherweise eine Vorsorgevollmacht ihres Mannes. Diese konnte jedoch auch nicht vor der bürokratischen Dauerbelastung schützen, die ihr und ihren Töchtern oft über den Kopf wuchs. Angèle Wagner erinnert sich: „Das war wie ein Tsunami. Ich hatte große Zukunftsangst, aber wir mussten trotzdem erst einmal funktionieren: Rechnungen begleichen, der Pflege- und Krankenversicherung die notwendigen Informationen geben und zum Teil auch Leistungsbedarf wiederholt rechtfertigen, Entscheidungen treffen.“ Als sehr belastend empfand sie die finanziellen Sorgen, denn die Pflegekasse trug nur einen unerwartet geringen Teil der Kosten für einen

Pflegeplatz. Der monatliche Eigenanteil für die Pflege lässt sich von Durchschnittsbürgern – und schon gar nicht von Rentnern – auf Dauer unmöglich aus Einkünften und Ersparnissen finanzieren.

Bürokratie und existenzieller Druck treffen die Angehörigen zudem in der Regel zu einem Zeitpunkt, an dem sie frisch traumatisiert und damit zunächst vor allem mit sich selbst beschäftigt sind. Dr. Walther meint hierzu: „In dieser Situation bräuchten Angehörige eigentlich einen ‚Kümmerer‘ an der Schnittstelle zwischen Klinik und Pflegeheim. Jemanden, der noch mehr als die üblichen Sozialberatungsstellen der Kliniken leistet. Jemanden, der bei der Verarbeitung des menschlichen Verlusts, aber auch bei den Formularen hilft, jemanden, der die Angehörigen in Finanzfragen berät und einschätzen kann, welcher Widerspruch zwecklos ist und welcher Aussicht auf Erfolg hat.“

Die Angehörigen brauchen Hilfe

Um zumindest einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten, findet in der Regel eine Übergabe vom Team der Früh-Reha-Einrichtung an die Phase-F-Einrichtung statt (bei der Klassifikation neurologischer Erkrankungen von Phase A bis F kennzeichnet die Phase F schwere und schwerste Schädigungen des Nervensystems).

Wenn der Patient dann in der Wachkoma-Station aufgenommen wird, ist von den nötigen Hilfsmitteln bis hin zur enteralen Nahrung alles vorbereitet, so dass sich das Pflegepersonal auch auf die Angehörigen konzentrieren kann. Dabei geht es zum einen um bürokratische Fragen, etwa wenn ein Vormundschaftsgericht die Erlaubnis zur Fixierung eines sturzgefährdeten Patienten erteilen muss. Aber auch darum, den Patienten und seine individuelle Biografie besser kennenzulernen. Denise Schiewe, Pflegefachkraft und Pflegeexpertin für Wachkoma, erzählt: „Je mehr wir über das frühere Leben des Patienten, seine Gewohnheiten und seine Vorlieben erfahren, umso besser können wir in der Pflege Impulse geben, die den Patienten neu stimulieren. Wir gehen immer davon aus, dass der Patient eigentlich alles mitbekommt, sich nur selbst nicht äußern kann.“

Davon war auch Angèle Wagner überzeugt, die ihren Mann fast jeden Tag in der Wachkoma-Station besuchte, ihm aus ihrem Alltag erzählte und aus dem Deutschen Ärzteblatt oder der Financial Times vorlas. Wenn sie den Raum betrat, ihn ansprach und nach seiner Hand griff, veränderte sich gelegentlich sein Gesichtsausdruck, immer jedoch seine Atmung. Manchmal öffnete er die Augen, manchmal gähnte er herzlich, manchmal seufzte er einfach nur. Am 12. September 2012 verstarb Dr. Wagner an den Spätfolgen der schweren Hirnschädigung.

Plötzlicher Pflegefall: Wie sorge ich vor?

Eine private **Pflegeversicherung** verringert den Eigenanteil bei der Unterbringung in einem Pflegeheim.

Eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** fängt Einkommensausfälle im erwerbsfähigen Alter ab.

Eine **private Rentenversicherung** verbessert die Einkommenssituation im Alter.

Eine **Patientenverfügung** richtet sich an den behandelnden Arzt. Medizinischen Maßnahmen sollen anhand des darin niedergelegten Willens des Patienten durchgeführt werden.

Eine **Vorsorgevollmacht** ermöglicht den Angehörigen im Notfall Zugriff auf das Vermögen des Patienten und auf das gemeinsame Vermögen. Nur mit einer notariell beurkundeten Vorsorgevollmacht lassen sich Immobiliengeschäfte abwickeln.

Weitere Informationen erhalten Sie über die Patientenberatung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung unter Telefon 20 22 99-222.

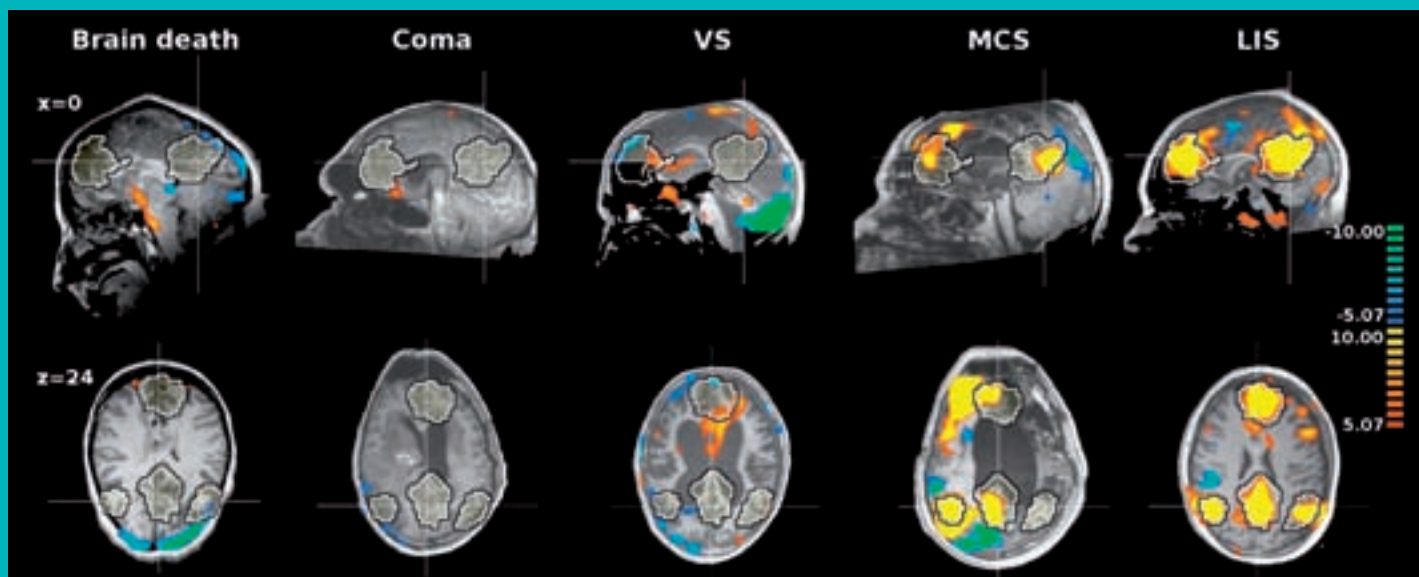


Abb. 1: Passive Paradigmen bei Patienten mit Wachkoma, Vegetativen Status (VS), Minimally Conscious State (MCS), Locked-in-Syndrom (LIS) in Ruhe (Boly et al. 2009, Vanhaudenhuyse et al. 2010)

Kommando-Studie zur Kommunikationsfähigkeit

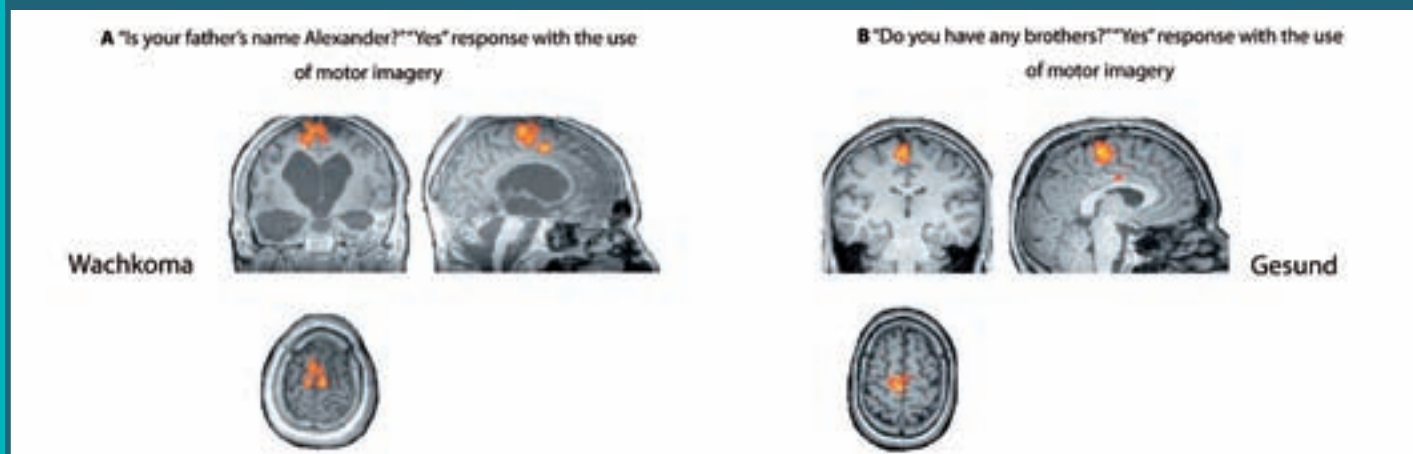


Abb. 2: In einer der umfangreichsten Kommando-Studien zeigten vier Patienten im diagnostizierten Vegetativen Status die gleiche funktionelle Aktivität im MRT wie Gesunde – wie sich hier an einem Beispiel erkennen lässt (Monti et al. 2010)

Wachkoma – kein Bewusstsein?

Studien zeigen, dass Patienten im Syndrom der reaktionslosen Wachheit Aktivitätsmuster wie Gesunde aufweisen können.

Von Dr. Thomas van de Weyer¹

Seit der Definition des „apallischen Syndroms“ (E. Kretschmer 1940) wird dieser Begriff bis heute unter der Vorstellung des Verlustes der Funktion der Großhirnrinde für wachkomatöse Patienten im deutschsprachigen Raum häufig benutzt. 1959 wurde durch J. Calvet im französischen Sprachraum der Begriff des Coma vigile – dem Wachkoma entsprechend – erstmalig definiert. Im anglo-amerikani-

schen Sprachraum bestimmte B. Jennett 1972 den Begriff des Persistierenden Vegetativen Status, der als Synonym für das Wachkoma im deutschsprachigen Raum zu verstehen ist. 1994 definierte die Multi-Society Task-Force, dass ein Vegetativer Status bei einer mehr als dreimonatigen Dauer nach einer hypoxischen Enzephalopathie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unabänderlich andauert – der Permanente Vegetative Status. Diese exakte Festlegung eines unabänderlichen Zustandes in der Definition des Permanenten Vegetativen Status war und ist für die ärztliche Ausbildung und die Versorgungsstrukturen entscheidend gewesen.

Im Jahr 2002 beschrieb Giacino den Minimally Conscious State (MCS) – Patienten, die zumindest zeitweilig eindeutig in der Lage sind, reproduzierbar gezielt zu reagieren, was sie damit von Patienten im Vegetativen Status abgrenzt. Bei einer durchgehenden gezielten Reaktionsmöglichkeit wird der MCS überwunden und eine Normalisierung des Bewusstseins erreicht. Für die hypoxische Enzephalopathie wurde ein komplettes Wiedererlangen des Bewusstseins nach eineinhalb- bis zweijährigem Vegetativen Status, also deutlich länger als die Dreimonatsfrist, in den letzten Jahren wiederholt beschrieben. Immer wieder wurde über ärztliche Fehldiagnosen bei bewusstseins-

¹ Leitender Arzt am Zentrum für Rehabilitationsmedizin Hamburg, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg. E-Mail: T.vandeWeyer@buk-hamburg.de

gestörten Patienten berichtet. C. Snakers et al. (2009) untersuchten 103 Patienten nach hypoxischen (31), traumatischen Hirnschäden (39) sowie schweren Schlaganfällen und Enzephalitiden (32). Erfahrene Kollegen diagnostizierten diese Patienten im Vegetativen Status (Wachkoma) sowie im MCS. Von 44 Patienten im Vegetativen Status befanden sich in der Überprüfung durch Spezialisten 18 bereits im MCS. Von den 41 Patienten im MCS diagnostizierten hatten vier ein normales Bewusstsein. In den letzten Jahrzehnten wurde auch öffentlich über Patienten berichtet, die falsch diagnostiziert wurden. Ein berühmtes Beispiel ist Terry Wallis, der 19 Jahre falsch als im Permanenten Vegetativen Status befundet wurde.

Eine hohe Rate von klinischen Fehldiagnosen bei bewusstseinsgestörten Patienten (in der Literatur von bis zu 40 Prozent) ist aus der schwierigen klinischen Untersuchbarkeit verständlich. Bewusstseinsgestörte Patienten haben zusätzlich nicht selten schwere Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen. Oft ist die Frequenz der spezialisierten neurologischen Kontrolluntersuchungen zu niedrig. Selbst der Ausfall von mindestens einem Hirnnervenreflex nach hypoxischer Enzephalopathie ist kein verlässliches Kriterium für einen Permanenten Vegetativen Status. Letztlich bleibt die ärztliche klinische Untersuchung auf die äußere Beurteilung – den externen Blick – des Bewusstseinsgestörten beschränkt.

Studien zu bildgebenden Verfahren

In den vergangenen zehn Jahren sind zahlreiche bildgebende Neuroimaging-Studien zu bewusstseinsgestörten Patienten publiziert worden. Grundsätzlich lassen sich diese Studien in drei Kategorien einteilen: Untersuchung in Ruhe, unter gezielten Einzel-Reizen und zuletzt die Kommando-Studien.

Bei Gesunden fand sich in Ruhebedingungen ein mittelliniennahes fronto-temporo-parietales Netzwerk des Bewusstseins. Anatomisch handelt es sich um den Praecuneus/ das posteriore und frontale anteriore Cingulum sowie den temporo-parietalen Cortex beidseitig. Diese Strukturen sind bei Bewusstseinsklaren gleichzeitig aktiv und werden durch den Thalamus beidseitig stimuliert. Bei Patienten im Vegetativen Status ist dieses Netzwerk nicht aktiv, während sich bei MCS-Patienten Restaktivitäten zeigen (Abb. 1). Bei Patienten im Locked-in-Syndrom fanden sich erwartungsgemäß Normalbefunde. Die erhaltene Aktivität des Praecuneus ist zur bildmorphologischen Differenzierung der Patienten im MCS und im Vegetativen Status von herausragender Bedeutung. Während im Vegetativen Status (Wachkoma) keine Aktivität in diesem Bereich nachweisbar war, zeigte sie sich im MCS regelhaft.

In den Einzelreiz-induzierten Studien wurde eine isolierte kortikale Aktivität nachgewiesen. Es fehlte jedoch eine Vernetzung wie bei Gesunden. Es wurde ein fehlendes Bewusstwerden dieser sensiblen Reize bei Patienten im Vegetativen Status postuliert.

Neue Erkenntnisse zu Bewusstseinszuständen

Die erste Kommando-Studie wurde von Owen et al. (2006) publiziert. Bewusstseinsgestörte Patienten erhielten die Aufforderung, sich vorzustellen, Tennis zu spielen bzw. im Haus umherzugehen. Ein Patient im Vegetativen Status zeigte in der funktionellen MRT-Untersuchung exakt die Aktivitätsmuster wie Gesunde. Mittlerweile sind elf Kommando-Studien mit gemischten Patientengruppen nach nicht traumatischen und traumatischen Hirnschädigungen publiziert, die umfangreichste Studie an 54 Patienten stammt von Monti et al. (2010). Von den untersuchten Patienten zeigten vier Patienten im diagnostizierten Vegetativen Status die gleiche funktionelle Aktivität im MRT wie Gesunde. Daraufhin wurden diese vier Patienten klinisch nachuntersucht. Zwei dieser Patienten waren im MCS. Bei zwei ließ sich erneut ein Vegetativer Status (Wachkoma) diagnostizieren, obwohl die Patienten im MRT wie Gesunde auf die Kommandos reagierten. Offensichtlich gibt es Pa-

tienten mit bewussten kognitiven Funktionen, obwohl sie formal den Diagnosekriterien des Vegetativen Status entsprechen. Mit einem der beiden Patienten wurde ein weitergehendes Experiment durchgeführt. Die regelhaft umsetzbare Vorstellung, Tennis zu spielen bzw. in einer bekannten Umgebung umherzugehen, wurde zur Ja/Nein-Kommunikation benutzt. Erstaunlicherweise war dieser eine Patient mit sicherer klinischer Diagnose Vegetativer Status „Wachkoma“ in der Lage, fünf von sechs Fragen korrekt zu beantworten (Abb. 2).

In einer anderen Kommando-Studie zeigte ein Patient nach schwerer hypoxischer Enzephalopathie (seit sieben Jahren im Vegetativen Status) eine reproduzierbare Teilaktivität in den sprachsensiblen Hirnarealen nach verbaler Aufforderung, Objekte auf Bildern zu benennen, exakt wie bei Gesunden.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es im Vegetativen Status (Wachkoma) diagnostizierte Patienten gibt, die über ein intaktes „inneres Bewusstsein“ verfügen. Sie sind zu höheren kognitiven Leistungen in der Lage. Gleichzeitig können diese Patienten aber nicht von sich aus mit der Außenwelt kommunizieren. Die treffende Bezeichnung „funktionelles Locked-in-Syndrom“ wurde vorgeschlagen.

Aufgrund dieser neuen Erkenntnisse der funktionellen Bildgebung, der Möglichkeit des Wiedererlangens des vollen Bewusstseins auch nach Jahren im Vegetativen Status und der hohen klinischen Rate an Fehldiagnosen sowie der daraus entstehenden schwerwiegenden ethischen Problemstellungen sollte der Begriff des apallischen Syndroms, des (Permanenten) Vegetativen Status oder des Wachkomas entsprechend der Empfehlung der European Task Force on Disorders of Consciousness nicht mehr benutzt werden und ersetzt werden durch die Bezeichnung „Syndrom reaktionsloser Wachheit“, im Englischen „Unresponsive Wakefulness Syndrome“.

Prognosekriterien und Outcome

Wie stark ist das Gehirn geschädigt?
Welche Aussicht auf Erfolg hat die Behandlung? Eine Reihe von Untersuchungen geben Aufschluss.

Von Daniel Wertheimer²

Eine möglichst frühzeitige Einschätzung der zu erwartenden Prognose der hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie (HIE) hat vor dem Hintergrund zunehmender Zahlen erfolgreich reanimierter Patienten und zunehmender Behandlungsbeschränkungen durch Patientenverfügungen wie auch begrenzter Therapieressourcen zentrale Bedeutung. Das Ausmaß der sich entwickelnden cerebralen Schädigung wird von vielen Faktoren determiniert, z. B. der Dauer der cerebralen Hypoxämie/Ischämie, der präischämischen, insbesondere vaskulären Ausgangssituation, der Körper- wie Umgebungstemperatur während des akuten Geschehens und der Effizienz der kardio-pulmonalen Reanimation. Da im Einzelfall meist nicht ausreichend sicher zwischen einer hypoxischen (primär erhaltene Perfusion) und ischämischen Genese unterschieden werden kann, wurde der Begriff einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie geprägt.

Die Mehrzahl der Patienten behält Defizite

Die Vulnerabilität der verschiedenen Hirnareale hinsichtlich Ischämie und Hypoxämie ist unterschiedlich. Schon kurze Kreislaufunterbrechungen können strukturelle Schäden im Hippocampus wie im Ce-

² Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation, Schön Klinik Hamburg Eilbek



Klinisch-neurologische Untersuchung: Prüfung der Hirnstammreflexe



Neurologische Frührehabilitation bei Intensivpatienten: Mobilisation in den Sitz



Die Kenntnis der besonderen Vorlieben des Patienten und die Schaffung eines vertrauten Umfelds erleichtern den Zugang nach dem Erwachen aus dem Koma

rebellum mit klinisch mnestischen, kognitiven oder koordinativen Störungen verursachen. Durch längere Perfusions- / Oxigenierungsunterbrechungen werden Strukturschäden im Cortex, den Stammganglien und im Hirnstamm verursacht, die über einen zeitlich und qualitativ sehr variablen Verlauf in ein vielfältiges klinisches Bild von nur diskreten neurologischen Ausfällen über das Syndrom der minimalen Bewusstheit (MCS) bis hin zum Syndrom der reaktionslosen Wachheit (SRW) mündet. Für mehr als 50 Prozent aller Patienten mit HIE nach kardiopulmonaler Reanimation ergibt sich eine ungünstige Prognose: Tod oder SRW. Keine oder nur geringe neurologische Defizite finden sich bei einer geringen Zahl der reanimierten Patienten.

Zur frühen Einschätzung der Prognose werden klinische, biochemische, elektrophysiologische und bildgebende Untersuchungen durchgeführt. Die bisherigen Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften berücksichtigten bislang in der Prognosebeurteilung nicht die inzwischen als therapeutischer Standard nach Reanimation eingeführte Hypothermie. Im Januar 2013 wird eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) zur HIE veröffentlicht, die der Unterscheidung Rechnung trägt. Unter Hy-

pothermiebehandlung (HT) erhöhte sich der Anteil überlebender Patienten nach Cardiopulmonaler Reanimation (CPR) mit besserem neurologischen Outcome deutlich. Ebenso ändern sich die Prognosekriterien.

Klinisch-neurologische Untersuchung

Die wiederholte klinisch-neurologische Untersuchung ist die wichtigste Grundlage der Prognosebeurteilung. Ohne Hypothermie werden ab dem zweiten Tag nach Reanimation die erloschene Lichtreaktion der Pupillen beidseits, erloschene Corneal- und vestibulookuläre Reflexe und ein myokloner Status sowie in geringerem Maße auch die motorische Reaktion als strenge Prädiktoren für einen prognostisch schlechten Ausgang betrachtet. Unter Hypothermie können klinische Befunde unter anderem wegen Medikamenteneffekten und Stoffwechselalterationen erst nach 72 Stunden gewertet werden. Erloschene Pupillen- und Cornealreflexe, wie auch der Status myoclonicus, sind Prädiktoren für eine schlechte Prognose. Ein sicherer klinischer Prädiktor für ein gutes neurologisches Outcome bei fortbestehender Bewusstlosigkeit ist nicht bekannt.

Evidenzbasierte Therapie und Rehabilitation

Die Hypothermie ist die einzige gesicherte Maßnahme in der Frührehabilitation. Es gibt weitere Behandlungsoptionen.

Von Dr. Ernst Walther³

Einheitliche klinisch-evaluierte Therapiekonzepte für die Behandlung der HIE stehen, außer der Hypothermie, bisher weder in der Akutphase, noch für die Frührehabilitation zur Verfügung. Es fehlen prospektive, randomisierte, placebokontrollierte Multicenterstudien mit ausreichenden Fallzahlen, um Wirksamkeit und Verträglichkeit einer medikamentösen Therapie wie auch neuer Therapieansätze kritisch zu evaluieren.

Gemäß den aktualisierten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wurden folgende Therapie-Empfehlungen formuliert:

Hypothermie

Mehrere Studien zeigten ein signifikant besseres neurologisches Behandlungsergebnis und eine geringere Mortalitätsrate unter moderater therapeutischer Hypothermie von 30°C bis 34°C für zwölf bis 24 Stunden nach Reanimation, sodass diese in die Leitlinien zur Behandlung nach Reanimation eingegangen sind. Als wichtigste Komplikationen sind Arrhythmien, Koagulopathien und Infektionen zu nennen.

Medikamentöse Therapie

Bis jetzt gibt es keine spezifische medikamentöse Therapie zur Behandlung der hypoxischen Hirnschädigung nach Reanimation. Die Behandlung richtet sich nach den Zielen:

- Verbesserung der Vigilanz,
- Therapie epileptischer Anfälle und posthypoxischer Myoklonien,
- Vorbeugung von Sekundärkomplikationen wie Kontrakturen und Dekubitus,
- bei kontaktfähigen Patienten Verbesserung der Wahrnehmung, der motorischen Fähigkeiten und der AdL-Funktionen,
- Therapie neuropsychologisch-psychiatrischer Symptome wie Antriebsminderung, depressive Verstimmung, Verhaltensstörung.

Aufgrund tierexperimenteller und klinischer Studien zur Neuroplastizität richten sich die Grundsätze der medikamentösen Therapie auf eine Vermeidung von Sedativa sowie Antagonisten des dopaminergen, noradrenergen und serotonergen Systems.

In der Akutphase häufig erforderliche Benzodiazepine und/oder Neuroleptika sollten ausgeschlossen, die antiepileptische Medikation auf wenig sedierende Substanzen umgestellt werden. Falls sich ein Verzicht auf Neuroleptika nicht realistisch darstellt, sollten atypische Neuroleptika bevorzugt werden.

Die Behandlung von Myoklonien und (häufig klinisch unbemerkten) postanoxischen Anfällen ist schwierig und erfordert neben regelmäßigen EEG-Kontrollen oft eine Kombinationsbehandlung. Valproat und Levetiracetam haben sich für Anfälle und Myoklonien, Piracetam für Myoklonien bewährt. Bei unzureichender Anfallskontrolle (häufig generalisierter, nicht-convulsiver Status epilepticus) sind trotz der sedierenden Wirkung von Valproat bis hin zur Valproat-Enzephalopathie Lacosamid und Clonazepam zu erwägen.

Zur Vigilanzsteigerung ist Amantadin das bisher einzig zugelassene Medikament, das gegen Placebo in einer Studie nach schwerem Schädel-Hirntrauma neben einer signifikant rascheren klinischen Verbesserung überraschenderweise vergleichbar häufige unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Placebo zeigte (insbesondere epileptische Anfälle).

³ Zentrum f. Neurologie und Neurorehabilitation, Schön Klinik Hamburg Eilbek

An biochemischen Parametern ist zur Prognoseabschätzung bei HIE nur die Neuronen-spezifische Enolase (NSE) geeignet, andere Marker wie das S 100-Protein oder die Liquorkonzentration der Hirn-Kreatinkinase (CK-MB) sind mit zu hohen Fehlansagen verbunden. Ohne Hypothermie ist ein Wert der NSE von über 33 ng/ml in den ersten drei Tagen nach Reanimation mit einem schlechten Outcome verbunden. Nach Hypothermie ist der Parameter aussagegelos, ebenso hinsichtlich einer positiven Prädiktion. Weiter kann ein falsch hoher Wert durch Hämolyse (nicht sofortige Bestimmung) entstehen.

Elektrophysiologisch ist ein Elektroenzephalogramm (EEG) mit auf Schmerz oder Ansprache reagibler Hintergrundaktivität mit einer eher günstigen neurologischen Prognose verbunden. Ein nicht reagibles EEG drei Tage nach Schädigung (nach Hypothermie sieben Tage) weist auf ein schlechtes neurologisches Outcome hin. Ein Status epilepticus (nicht myoclonicus) nach Herzstillstand tritt bei einigen Patienten auf und wird als unabhängiger Faktor (weil auch sekundär die Gesamtprognose beeinflussend) für eine schlechte Prognose gewertet. Bei früher Diagnose und erfolgreicher (forcierter) Therapie schwerer epileptischer Anfälle haben diejenigen Patienten eine bessere Erholungschance, bei der Hirnstammreflexe, Reagibilität des EEG-Hintergrunds und die kortikalen Antworten im Medianus-SSEP (Somatosensorisch evozierte Potenziale) vorhanden sind. Bei Patienten mit epileptischen Anfällen und EEG-Mustern wie Burst-Suppression oder verminderter Hintergrundreagibilität besteht nur eine geringe Hoffnung auf Wiedererlangung des Bewusstseins. In neueren Untersuchungen wurden verschiedene quantitative EEG-Verfahren zur Prognoseeinschätzung der HIE verwendet. Leider besteht keine Übereinstimmung in den Algorithmen, sodass diese Verfahren und ihre teils interessanten Ergebnisse nicht miteinander verglichen werden können.

Kortikale Antworten und mögliches Outcome

Somatosensorisch evozierte Potenziale des N. medianus sind bei beidseitigem Ausfall des kortikalen Frühkomplexes (sog. N 20-Antworten) bei nachgewiesenen cervicalen Potenzialantworten mit einer schlechten Prognose verbunden. Die Spezifität ist hinsichtlich eines schlechten Outcomes hoch (hoher negativ prädiktiver Wert). Im Falle vorhandener kortikaler Antworten kann jedoch nicht auf eine positive neurologische Entwicklung geschlossen werden. Die Spezifität der Medianus-SSEP hinsichtlich negativem Outcome wird in Einzelberichten an hypothermietherapierten HIE-Patienten teils angezweifelt. Trotzdem verbleibt auch unter Berücksichtigung von veränderter Bewertbarkeit durch Hypothermie und beschriebenen Einzelfällen einer guten Entwicklung trotz bilateral erloschener kortikaler N20-Antworten eine hohe prognostische Wertigkeit bezüglich schlechtem Outcome.

Die Bedeutung von schichtbildgebenden Verfahren zur Prognoseabschätzung bei HIE ist bislang gering. Allgemein anerkannte und klar bestimmbare Kriterien der Cranialen Computertomografie (CCT) existieren nicht. Zur Bedeutung der Kernspintomografie konnte gezeigt werden, dass kortikale wie auch subkortikale Läsionen in DWI- (speziell ADC) und FLAIR-Sequenzen bei HIE auf eine schlechte Prognose hinweisen. MRT-Prädiktoren insbesondere der quantitativen MRT für eine gute Prognose und Unterscheidung zwischen funktioneller Abhängigkeit und Unabhängigkeit sind Gegenstand weiterer Untersuchungen. Erste Untersuchungen mit funktioneller Kernspintomografie unter transkutanen applizierten Schmerzstimuli zeigten ebenso wie solche mit Ableitung schmerzabhängiger somatosensorischer Potenziale eine gute positive Prädiktion bei HIE.

Zusammenfassend wird aufgrund der hohen Bedeutung einer negativen Prognose empfohlen, zur Einschätzung einen multimodalen Ansatz aus klinischen Kriterien, erhoben durch einen erfahrenen Neurologen, biochemischen Kriterien wie NSE sowie EEG, SSEP und MRT (auch zum Ausschluss differenzieller Diagnosen) für eine möglichst zutreffende Einschätzung zu wählen.



Wiederlernen von Alltagsfähigkeiten durch aktivierende Pflege: Waschraining



Robotergestütztes Laufbandtraining mit dem Lokomat™, Schön Klinik Eilbek

Bei unzureichendem Ansprechen können als individueller Heilver such – nach Ausschluss eines nicht-convulsiven Status epilepticus – Methylphenidat (Ritalin®) 10 bis 30 mg/d, selten bis zu 80 mg/d oder Atomoxetin (Strattera®) (cave Blutdruckanstieg und cardiale Arrhythmien möglich) versucht werden.

Eine Pilotstudie an fünf Patienten konnte durch die Gabe von 200 bis 400 mg/d L-Dopa eine Verbesserung von Unruhe, psychomotorischer Verlangsamung, Orientierungsstörung, Aufmerksamkeitsstörung und auch motorischer Symptome (Rigidität, Hypokinese, unwillkürliche Bewegungen), nicht aber der Gedächtnisstörung zeigen. Die spätere Ergänzung um Bromocriptin ergab keinen zusätzlichen Effekt.

Antidepressiva mit antriebssteigerender Komponente, z. B. Venlafaxin, Citalopram, Escitalopram, bei begleitender Hyponatriämie eher Reboxetin, können sich bei kontaktfähigen, antriebsgeminderten Patienten insbesondere bei begleitender Angstkomponente günstig auswirken. Bei kontaktfähigen Patienten steht meist die schwere Störung des kurz- und mittelfristigen Gedächtnisses im Vordergrund. Zusätzlich bestehen häufig Störungen der Orientierung, des Antriebs, der Impulskontrolle und des planerischen Handelns. Placebo-kontrollierte Studien zur medikamentösen Therapie fehlen.

Aus eigener Erfahrung scheint insbesondere bei Agitiertheit und Impulskontrollverlust Olanzapin bis zu 20 mg/d, alternativ Quetiapin bis 400 mg/d, eine bessere Wirksamkeit und günstigeres Verträglichkeitsprofil aufzuweisen als Risperidon (deutlich sedierender Effekt, häufig extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen).

Neuropsychologische Therapie

Eine Besserung der Gedächtnisstörung wurde in einer Studie von 155 reanimierten Patienten drei Monate und ein Jahr nach Reanimation

beschrieben. Nach drei Monaten wiesen 61 Prozent, nach zwölf Monaten 48 Prozent der Patienten moderate bis schwere Gedächtnisstörungen auf, Anhaltspunkte für Depressionen wurden bei bis zu 45 Prozent der Patienten festgestellt.

Eine Metaanalyse von über 171 Publikationen zur Therapie neuropsychologischer Defizite nach Hirninfarkt oder Schädel-Hirntrauma empfiehlt ein individualisiertes kompensatorisches Training, ergänzt um das Führen eines Gedächtnisbuches. Standardtherapie des dysexekutiven Syndroms ist demnach ein formales Training von Problemlösungsstrategien bei Alltagssituationen.

Elektrische Stimulationsbehandlung

Sowohl zur cervicalen spinalen Stimulation als auch zur peripheren Stimulation des N. medianus gibt es bisher keine Wirksamkeitsevidenz. Limitationen der bisherigen Publikationen bestehen in kleinen Fallzahlen, Vergleichbarkeit mit Kontrollgruppen und unzureichender Reproduzierbarkeit erster Ergebnisse. Ob sich Daten aus Pilotstudien zur Gleichstromtherapie (z. T. auch in Kombination mit Physio- und Ergotherapie) nach Hirninfarkt auf Patienten mit HIE übertragen lassen, ist noch nicht untersucht, sodass hier derzeit keine Therapieempfehlung ausgesprochen werden kann.

Therapie der Spastik

Nach HIE kann es zu einer erheblichen, meist armbetonten Tetraspastik mit früher Ausbildung von Kontrakturen kommen. Orale Antispastika sind selbst in hoher Dosis nur unzureichend wirksam und aufgrund des sedierenden Effekts eher kontraproduktiv. Therapieoptionen sind neben lokaler Injektion von Botulinum-Neurotoxin die Implantation einer Baclofen-Pumpe oder minimal-invasive neuroorthopädische Operationen.

Was nach der Frührehabilitation kommt

Das Ausmaß der Belastung für Betroffene und Angehörige ist kaum abzuschätzen. Das Spektrum reicht vom Umgang mit Gedächtnis- und dysexekutiven Störungen, die oft einer poststationären Versorgung der Betroffenen im häuslichen Umfeld entgegenstehen bis hin zu den emotionalen und finanziellen Belastungen der Angehörigen beim persistierenden Zustand der reaktionslosen Wachheit mit einer vollstationären Versorgung in einer Phase-F-Rehabilitation. Betroffene und Angehörige haben nach Herz-Kreislauf-Stillstand ein erhöhtes Risiko von Depressionen oder posttraumatischem Stress.

In mehreren Studien ergaben sich Hinweise, dass eine zusätzliche psychosoziale Betreuung innerhalb der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit zu einer Abnahme der kardiogen bedingten Mortalität und des Rezidivrisikos nicht-tödlicher Myokardinfarkte führte. Zusätzlich wurde ein günstiger Einfluss der Intervention auf kardiovaskuläre Risikofaktoren u.a. Blutdruck, Herzfrequenz, Serumcholesterin beschrieben. Die Auswirkungen möglicher kognitiver Defizite wurden hierbei nicht untersucht.

Die in deutschen Rehakliniken übliche sozialmedizinische Betreuung kann nach Aufstellung eines Hilfeplanes (interdisziplinär im Team) die sozialrechtliche Beratung, die Kostenklärung nach Versicherungsstatus, die Eilantragstellung zur Eingruppierung in eine Pflegestufe und die Beratung über mögliche weiterversorgende stationäre Therapieeinrichtungen (Anschlussheilbehandlung) und weiterführende Rehabilitation, Hospiz, Kurzzeitpflege, Pflegeheim bzw. Hilfen zur häuslichen Versorgung umfassen. Letztere beinhaltet meist neben der erforderlichen Heil- und Hilfsmittelversorgung die Versorgung der Patienten mit Homecare-Leistungen (z. B. Sondenkost, parenterale Ernährung, Wund- und Stomaversorgung, ableitende Inkontinenz- und Tracheostomaversorgung) sowie gegebenenfalls die Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes. Eine längerfristige sozialmedizinische Betreuung auch über den stationären Aufenthalt hinaus ist nicht vorgesehen.

Aus meiner Erfahrung steht für die Angehörigen – neben der eigenen emotionalen Betroffenheit – der regelmäßige Besuch des schwerstkranken Patienten trotz des parallel laufenden Alltags mit Berufstätigkeit im Vordergrund. Dementsprechend stellen die sozialrechtliche Betreuung des Patienten, die Bewältigung von Anträgen und die erforderlichen Behördengänge oft eine dauerhafte Überforderung dar.

In einem belgischen Rehabilitationszentrum wurde daher als standardisierte Frühnachsorge für Betroffene und Angehörige direkt nach und bis zu drei Monate nach Entlassung ein individualisiertes Betreuungsprogramm aus einer Screening-Untersuchung und bis zu fünf nachfolgenden Beratungsgesprächen entwickelt. Auswirkungen der Intervention und Langzeitergebnisse werden derzeit noch in einer randomisierten Multicenterstudie untersucht.

Behandlung und Versorgung – Zukunftsvisionen

Mehr Forschung, umfangreiche Untersuchungen und eine standardisierte Therapie könnten die Prognose verbessern.

Von Dr. Ernst Walther, Daniel Wertheimer, Dr. Thomas van de Weyer

In allen Teilaspekten der Prognoseabschätzung und der Rehabilitation nach schwerster Hirnschädigung besteht erheblicher Forschungsbedarf. Die bisher von den Fachgesellschaften etablierten Kriterien zur Prognoseabschätzung bedürfen aufgrund der zuletzt publizierten Studien einer Überprüfung. Zuverlässige Daten werden nur im Rahmen einer standardisierten Katamneseuntersuchung (gestützt durch

eine Datenbank) zur Langzeit-Outcomemessung nach sechs, zwölf, 18 und 24 Monaten in Kooperation mit den nachsorgenden Therapieeinrichtungen der Phase F zu erheben sein.

Wegweisend ist hier das in Bayern bereits an sieben teilnehmenden Kliniken etablierte, Internet-basierte KOPF-Register (Koma Outcome bei Patienten der neurologischen Frührehabilitation). Ziel ist eine Erfassung möglichst aller Patienten des Bundesgebiets mit SRW und HIE in einer nationalen Datenbank.

Therapeuten und Pfleger weiterbilden

Für die direkte Patienten- und Angehörigenversorgung erscheint derzeit die Schnittstelle Frührehabilitation / Phase-F-Einrichtung und die langfristige Versorgung von Patienten im MCS oder im SRW von größter Bedeutung. Zur Qualitätsverbesserung der Versorgung ist eine Standardisierung der Behandlung erforderlich. Zusätzlich bedarf es der Schulung von Mitarbeitern im Pflege- und Therapiebereich in der Rehaklinik und den nachsorgenden Einrichtungen zu den Themen Trachealkanülenmanagement, Ernährung, basale Stimulation, Sekundärschäden (z.B. Kontrakturen, Dekubitus, Schultersubluxation, PEG-Komplikationen, posthypoxische Epilepsie). Ein erster Schritt dahin ist die inzwischen von der Deutschen Gesellschaft für neurologische Rehabilitation angebotene Fachweiterbildung „Neurologische Frührehabilitation in der Krankenpflege“. Für die Versorgung von Patienten in Phase-F-Einrichtungen durch niedergelassene Hausärzte und Fachärzte sollten Kostenträger und Kassenärztliche Vereinigung über eine Sondervergütung spezieller Behandlungsmethoden (z.B. Botulinumtoxin, intrathekale Baclofentherapie) verhandeln. Die sollte auch eine Erstattung der Behandlungskosten von als wirksam befundenen, „off-label“ verwendeten Medikamenten (z.B. Methylphenidat, Amantadin) erfassen. Durch eine bessere Verzahnung der ärztlichen Betreuung der spezialisierten Frührehabilitationseinrichtungen mit Phase-F-Einrichtungen könnte früh die Indikation zu einer Intervallrehabilitation mit klar umschriebenem Behandlungsziel gestellt und eingeleitet werden.

Die Diagnose eines minimal-responsiven Zustands in Abgrenzung vom SRW ist von entscheidender prognostischer und auch ethischer Bedeutung. Die klinische Beobachtung ist allein nicht ausreichend und darf nicht an der Verfügbarkeit weniger spezialisierter Zentren scheitern. Wunsch der Autoren ist die rasche Entwicklung eines diagnostischen Tools, das in jeder neurologischen Abteilung mit angeschlossener Radiologie, z. B. auf Basis der funktionellen Kernspintomografie, verfügbar ist, um Patienten im SRW von Patienten im MCS sowie Patienten im funktionellen Locked-in untereinander abgrenzen zu können.

Die Autoren wünschen sich eine Weiterentwicklung von nicht-invasiven Brain-Interfaces, insbesondere auf EEG-Basis, um diesen Patienten ein wirklich adäquates Angebot machen zu können und damit die Partizipation und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld sicherzustellen.

Die zunehmende Inzidenz und sozialmedizinische Bedeutung der schweren Hirnschädigung, gerade vor dem Hintergrund limitierter Ressourcen, erfordert Geld für Forschung und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit. Alternativ ist ein Umweg über die Entwicklung der Brain-Interface-Technologie, am ehesten durch Kommerzialisierung über die Computer-Spielindustrie für komplexe Spiele, denkbar. Damit könnten die Entwicklungskosten durch hohe Stückzahlen amortisiert und ein rascherer Übergang, z. B. durch Rückführung der Technologie in die Medizin-Technik ermöglicht werden.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Ernst Walther

Chefarzt Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation, Schön Klinik Hamburg Eilbek
E-Mail: ewalther@schoen-kliniken.de

Zum Abschluss gebracht

2012 wurden mit dem Patientenrechtegesetz, dem Beschneidungsgesetz und in der Pflege einige Vorhaben der Regierung auf den Weg gebracht, andere stehen noch aus. Das Hamburger Ärzteblatt stellt eine Auswahl vor.

Von *Dorthe Kieckbusch*

Gesetze – *Regierung* *im Endspurt*

Bevor die Regierungskoalition in die Gesetzgebungslethargie des Bundestagswahlkampfes fällt, wurden Ende 2012 noch einige Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht. Die Beschneidung von Jungen wurde geregelt, das Patientenrechtegesetz tritt in Kraft und die ungeliebte Praxisgebühr wurde abgeschafft. Darüber hinaus begann das Jahr 2013 mit der Diskussion darüber, welche Instrumente gegen korrupte Ärzte besser greifen: eine Verschärfung des Berufsrechts oder eine neue gesetzliche Regelung.

Patientenrechte

Nach mehrjähriger Debatte hat der Entwurf des Patientenrechtegesetzes Ende November den Bundestag passiert. Anfang Februar nimmt nun noch der Bundesrat Stellung zum Gesetzentwurf. Kippen können die Länder den Gesetzentwurf zwar nicht, wegen des zweiten Durchgangs im Bundesrat verschiebt sich aber der eigentlich für Januar vorgesehene Start des Gesetzes – voraussichtlich tritt es im Februar in Kraft. Mit dem Gesetz wird das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert. Es soll Patienten mehr Autonomie und Transparenz bringen und ihre Rechte gegenüber Ärzten und Krankenkassen stärken. Unter anderem hat die Bundesregierung die Arzthaftung geregelt und höhere Anforderungen an die Aufklärungspflichten gestellt. Zudem sind Regelungen zur Einsichtnahme in die Patientenakte enthalten, unter anderem kann der Patient zukünftig elektronische Abschriften verlangen. Die für den Patienten im Rechtsstreit wichtige Frage der Beweislast wird präzisiert. Außerdem werden die Krankenkassen zu einer beschleunigten Genehmigung von Behandlungen verpflichtet. Die Bundesärztekammer (BÄK) zeigte sich mit dem Gesetzentwurf grundsätzlich zufrieden. Sie setzte sich in einer gemeinsamen Stellung-

nahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der BÄK dafür ein, dass die Patientenrechte eindeutig, klar und in einem ausgewogenen Verhältnis der jeweils agierenden Parteien – Ärzte, Kostenträger, Politik und Patienten – geregelt werden. Im Zuge der parlamentarischen Beratungen hob die BÄK insbesondere die vorgesehenen Möglichkeiten für Vergütungszuschläge für Kliniken hervor, wenn diese sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. Zugleich warnte sie jedoch vor zusätzlicher Bürokratie durch die im Gesetz angelegten Informations- und Dokumentationspflichten. Bei der abschließenden Lesung im Bundestag gab es noch zahlreiche Änderungsanträge. Es wurde beschlossen, dass Ärzte über eine ausreichende und fortdauernde Berufshaftpflichtversicherung verfügen müssten, damit Patienten für etwaige Schäden ein vollständiger Ausgleich gewährleistet werden kann. Zugleich wurden Sanktionsmechanismen im Bundesrecht verankert: Wird ein Verstoß gegen die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung festgestellt oder besteht diese nur unzureichend, soll künftig das Ruhen der Approbation angeordnet werden können. Von der Bundesregierung abgelehnt wurde ein Härtefallfonds für die Opfer von Behandlungsfehlern. Und auch die Forderungen nach einer weitreichenden Neuregelung der Erbringung von sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen haben sich nicht durchgesetzt.

Beschneidungsgesetz beschlossen

Die Beschneidung von Jungen in Deutschland soll auch künftig möglich sein. Das sieht das „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“ vor, dessen Aufnahme in das Bürgerliche Gesetzbuch der Bundestag beschlossen hat. Bundestag und



Bundesrat hatten dem Regierungsentwurf im Dezember mit großer Mehrheit zugestimmt. Eine alternative Vorlage, die Abgeordnete von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Linksfraktion eingereicht hatten, fand keine Mehrheit. Diese sah vor, die Beschneidung erst ab dem 14. Lebensjahr und nur mit Zustimmung des Betroffenen zu erlauben. Die Bundesregierung war tätig geworden, nachdem die

vom Landgericht Köln festgestellte Strafbarkeit der Beschneidung von Jungen im Sommer 2012 eine Welle der Empörung hervorgerufen hatte. Das Landgericht hatte die Beschneidung eines muslimischen Jungen als rechtswidrige Körperverletzung gewertet, da ein nicht notwendiger Eingriff dem Kindeswohl widerspreche. Bislang war in der Rechtspraxis unbestritten, dass Eltern grundsätzlich auch in eine nicht medizinisch indizierte, zum Beispiel religiös motivierte Beschneidung rechtswirksam einwilligen können. Für Ärztinnen und Ärzte, die Beschneidungen durchführen, bedeutete dieses Urteil eine sehr unsichere Rechtslage, wie auch der Hamburger Kammerpräsident und BÄK-Präsident Prof. Frank Ulrich Montgomery in der Debatte um das Thema betonte. Er riet Ärzten zunächst davon ab, weiterhin Beschneidungen vorzunehmen. Die gesetzliche Regelung sieht nun vor, dass die Personensorge der Eltern grundsätzlich auch das Recht umfasst, bei

Zurück ins Leben

Hilfe bei Depressionen, Sucht, Burn-out und Angststörungen

Beratung und Infos (kostenfrei)

0800 32 22 322


Oberberg

Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

Schnelle und nachhaltige Hilfe durch hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte. Grundlage des Heilungsprozesses bildet das individuelle emotionale Profil und der achtsame Umgang mit den Ressourcen unserer Patienten. Eine Sofortaufnahme ist auch im akuten Krankheitsstadium möglich. Direktkontakt zu unseren Chefärzten finden Sie unter www.oberbergkliniken.de

Die Standorte: Berlin/Brandenburg, Schwarzwald, Weserbergland



Einhaltung bestimmter Anforderungen in eine nicht medizinisch indizierte Beschneidung ihres nicht einsichts- und urteilsfähigen Sohnes einzuwilligen. Eine Ausnahme davon gibt es dann, wenn im Einzelfall durch die Beschneidung das Kindeswohl gefährdet wird.

Zentral und unabdingbar für die Berechtigung der Eltern zur Einwilligung ist dabei, dass die Beschneidung fachgerecht durchgeführt werden soll. Das Gesetz sieht dabei vor, dass in den ersten sechs Monaten nach der Geburt eines Sohnes von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen die Beschneidung vornehmen dürfen, wenn sie dafür besonders ausgebildet sind. Sie haben – sofern sie nicht Ärzte sind – für die Durchführung der Beschneidung einem Arzt vergleichbar befähigt zu sein. Dass auch Nicht-Ärzte die Beschneidung durchführen dürfen, wurde schon im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens von der Ärzteschaft scharf kritisiert.

Praxisgebühr – einstimmig verabschiedet

Die von Ärzten so genannte „Kassengebühr“ landete mit Jahresbeginn nach acht Jahren auf dem Schrottplatz der Geschichte. Wer sich davon nochmal überzeugen möchte, kann die Verkündung des „einmaligen Abstimmungsergebnisses“ durch Bundestagsvizepräsident Wolfgang Thierse auf Youtube finden: „Abgegebene Stimmen 548, mit Ja haben abgestimmt: 548!“

Hilfen für Demenzerkrankte

Seit Jahresbeginn erhalten Menschen mit Demenzerkrankungen, die in keiner Pflegestufe sind und von Angehörigen zu Hause betreut werden, erstmals Geld oder Sachleistungen von bis zu 225 Euro. In den Pflegestufen 1 und 2 werden die Leistungen erhöht. Um dies zu finanzieren, steigt zum 1. Januar 2013 der Beitragssatz der gesetzlichen Pflegeversicherung von derzeit 1,95 (2,2 bei Kinderlosen) Prozent um 0,1 Punkte auf 2,05 (2,3 bei Kinderlosen) Prozent. In den Jahren 2013 bis 2015 fließen dadurch zusätzlich 3,5 Milliarden Euro in die Pflegekassen. Mit diesen Mehreinnahmen soll die Pflegeversicherung die Leistungen für Demenzerkrankte finanzieren.

Debatte um Korruption

Das Jahr war noch nicht alt, da kam das Thema „korrumpierte Ärzte“ in die Schlagzeilen. Nun wird diskutiert, ob die berufsrechtlichen Regelungen, die Korruption verbieten, ausreichen oder ob es eine gesetzliche Regelung für Freiberufler geben sollte. Im Juni 2012 hatte der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden, dass Vertragsärztinnen und –ärzte sich nicht wegen Bestechlichkeit strafbar machen, wenn sie von einem Pharmaunternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von bestimmten Arzneimitteln entgegennehmen. Zu einem Straftatbestand der Bestechlichkeit käme es nur dann, wenn es sich beim niedergelassenen Vertragsarzt um einen Amtsträger oder einen Beauftragten der gesetzlichen Krankenkassen handelte. Dies aber verneinten die Richter – was die Ärzteschaft begrüßte. Nun gibt es Forderungen aus der Union und der SPD, einen eigenen Straftatbestand für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, weil sie die bestehenden berufs- und sozialrechtlichen Regelungen für stumpfe Schwerter

halten. „Wir lehnen eine gesetzliche Regelung ab, wenn sie als lex specialis gegen Ärzte gemacht wird“, erklärte BÄK-Präsident Montgomery. „Wir würden uns aber nicht gegen einen Paragraphen wehren, der für alle Freiberufler gilt – also auch für Architekten, Anwälte oder Journalisten.“ Wenn es ein Gesetz gebe, dass bei allen Menschen greife, die in freiberuflicher Tätigkeit wirtschaftliche Interessen verfolgen und dabei gegen die Interessen ihrer Mandanten, Kunden oder Patienten verstießen, werde man das gerne prüfen. Die BÄK habe dazu bereits konkrete Vorschläge erarbeitet, die aber mit der Politik noch abgestimmt werden müssten. Besser noch fände Montgomery jedoch eine „Schärfung der Ermittlungskompetenzen“ und eine „Verbesserung des Strafrahmens“ im Berufsrecht, beispielsweise die Erhöhung der Geldstrafen. „In einigen Kammern fallen bei Vergehen nur wenige tausend bis 10.000 Euro an. Das ist zu wenig“, erklärte Montgomery. Für überlegenswert hält er es auch, den Entzug einer Approbation in das Benehmen der Kammern zu stellen, „damit diese zügiger, schneller und auch spürbarer handeln können“.

Den Gesetzesvorschlag der Krankenkassen, künftig für korrupte Kassenärzte eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren vorzusehen, hält der BÄK-Präsident für völlig überzogen. „Das ist ein typischer Teil der Imagekampagne gegen die Ärzte, die die Krankenkassen momentan betreiben.“ Den Kassen fehle inzwischen jedes Gefühl für Dimension und Proportion und damit verabschiedeten sie sich aus einer Rolle, ein verantwortungsvoller Partner im Gesundheitswesen zu sein.

Psychisch Kranke – Zwangsmaßnahmen

Der Bundestag verabschiedete im Januar 2013 gegen die Stimmen der Linksfraktion und bei Enthaltung der Grünen eine Regelung, mit der Zwangsmaßnahmen für psychisch Kranke auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden. Dies war notwendig geworden, nachdem der Bundesgerichtshof (BGH) in zwei Entscheidungen im Juni 2012 die bisherigen Regelungen im Betreuungsrecht für eine unzureichende Grundlage hielt, um wirksam Zwangsmaßnahmen einzuleiten.

Im Gesetz werden nun die engen Voraussetzungen für die Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Zwangsmaßnahme klar geregelt. Danach soll unter anderem eine vom Betreuer veranlasste Unterbringung eines Betreuten, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, künftig nur dann möglich sein, wenn ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden nicht anders abzuwenden ist. Auch muss festgestellt sein, dass der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt. Erst im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wurde noch aufgenommen, dass vor der Einleitung einer Zwangsmaßnahme versucht werden muss, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen.

Zudem ist vorgesehen, dass die Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme oder deren Anordnung die Dauer von sechs Wochen grundsätzlich nicht überschreiten darf. Als weitere Voraussetzung wird festgelegt, dass die Zwangsmaßnahme unter der Verantwortung eines Arztes durchzuführen und zu dokumentieren ist.

Hamburger Ärzteball



*Genießen Sie einen
schönen und
festlichen Abend!*

Samstag, 23. Februar 2013
Hotel Atlantic



Zwei Bands und ein DJ sorgen für Unterhaltung. Die Tische sind für sechs bis zwölf Personen vorgesehen, sodass Sie sich auch mit Kollegen, Freunden und Bekannten Platz haben. Eintrittskarten kosten 75 Euro, Studenten zahlen 35 Euro und Flanierkarten (ohne festen Sitzplatz) gibt es für 35 Euro. Essen und Getränke sind exklusiv. Einlass ist um 19.30 Uhr.

Karten bekommen Sie direkt in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg im Lerchenfeld 14 (Montag bis Freitag von 9 bis 15 Uhr). Weitere Informationen erhalten Sie unter Tel. 040 / 20 22 99-300. Karten erhalten Sie auch über die Internetseite der Fortbildungsakademie www.fortbildung.aekhh.de, wenn Sie gleichzeitig eine E-Mail mit Namen und Adresse und der Anzahl der Personen an akademie@aekhh.de senden.

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Montags, 15.30 – 16.30, mittwochs 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm.: Tel. 18 1881 – 0 oder E-Mail: info.altona@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankehaus, Institut für Pathologie, Anm. unter Tel.: 25 46 – 27 02, www.marienkrankehaus.org	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. Montag im Monat, 18 s.t. – 19.30 Uhr	Montagskolloquium: „Prävention mit dem gesunden Maß an Medizin“	VDBW, Auskunft: Herr Stöcker, E-Mail: ulrich.stoecker@vdbw.de	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld, 14
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	AK Harburg, Chirurgie, Anm. unter Tel. 18 18 86 – 0 oder info.harburg@asklepios.com	IBF-Raum Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 598 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. Stock, Seminarraum
Dienstag, 19. Februar, 18.30 – 20 Uhr	Qualitätszirkel Arbeitsmedizin „Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin“	Dr. Bandomer, Kontakt unter Tel. 2780 – 6347 oder betriebsarzt@dr-bandomer.de	Fortbildungsakademie, Lerchenfeld 14
Dienstags und donnerstags, 7.30 Uhr	Tumorkonzferenz Darmzentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02, www.marienkrankehaus.org	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH Bergedorf, Anm. unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel. 18 1886 – 2341, E-Mail: v.maassen@asklepios.com	Konferenzraum Radiologie, Haus 8
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka u. Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Seminarraum, Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgem. Hamburger Orthopäden/ Dr. Rütter, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Finkenstaedt / Maas, Raboisen 40
Mittwoch, 13. Februar, 13.30 – 17.30 Uhr	Fortbildungsveranstaltung für arbeitsmedizinisches Assistenzpersonal „Schutz vor Lärm in der Arbeitswelt“	Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, Kontakt unter Tel. 2022 99 – 300	Lerchenfeld 14
Donnerstag, 20. Februar, 17 – 20 Uhr	Internistische Reihe „Osteoporose – Update 2013“	amedes Hamburg, Anmeldung: Frau Daniel, Tel. 500 35 – 12 01, E-Mail: veranstaltungen@amedes-group.de	amedes Facharzt-Zentrum, Mönckebergstr. 10
Mittwochs, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/ gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchirurgie, Anm.: Prof. Kortmann, Tel. 18 18 81 – 16 11	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonzferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61, www.marienkrankehaus.org	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, Web: www.amalie.de	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. Etage
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankehaus, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Anm.: Prof. Riedel, Tel. 8 89 08 – 202, www.kinderkrankehaus.net	Bleickenallee 38
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 Krankehaus Jerusalem, Tel. 441 90 – 510	KH Jerusalem, Großer Konferenzraum, Moorkamp 2 – 6
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Pat. m. benignen / malignen thorakalen Erkrankungen, Tel. 25 46 – 14 02)	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med., www.marienkrankehaus.org	Alfredstraße 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
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. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	AK Altona, Infos und Anm.: Frau Schmidt-Zoricic, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. J. Madert, Tel. 18 18 85 – 42 74	Haus CF, Konferenzraum
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Schmerzambulanz, Anm.: Frau Falckenberg, Tel. 5 40 40 60	Wördemannsweg 23
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“ Einladung zur öffentlichen Fallkonferenz und Vortrag zu aktuellen gefäßmedizinischen Themen	Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik f. Gefäßmedizin, Anm.: Fr. Hidalgo, Tel. 74 10 – 5 38 76	Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstag, 21. Februar, 18 – 20 Uhr	Hamburg – Gesundheitsmetropole mit Leuchtkraft „Komplementärmedizin“	Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH, Anmeldung unter Tel. 36138–9400 oder www.gmh.de und www.gwh.de	Handelskammer Hamburg, Adophsplatz 1
Donnerstag, 7. März, 14.30 – 15.30 Uhr	„Citratantikoagulation“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Kontakt: PD Dr. Kluge, Tel. 7410 – 570 10	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 5. OG, Seminarraum 511
Donnerstag, 21. Februar, 19.30 – 21.30 Uhr	Fortbildungen 2013 im Zentrum von Hamburg: „Aktuelle Aspekte der Lyme-Borreliose“	amedes Hamburg, Anmeldung: Frau Daniel, Tel. 500 35 – 12 01, E-Mail: veranstaltungen@amedes-group.de	amedes Facharzt-Zentrum, Mönckebergstr. 10
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	14.2.: NN – zur kurzfristigen Disposition (alternativ: Journal Club; 21.2.: Fetale MR- und Echokardiografie am instrumentierten Schaffeten; 28.2.: Journal-CLub	UKE, Wissenschaftl. Kolloquium der Kliniken und Polikliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Prof. Hüneke, Tel. 7 41 05 – 35 06	Seminarraum 411, 4. OG Südturm, Neues Klinikum (O 10)
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. Chirurg. Abt., Tel. 18 18 83 – 12 65	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	Ärztbibliothek, Liliencronstr. 130
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 0 oder info.altona@asklepios.com	Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Gynäkologisch-onkologisches Kolloquium mit Falldemonstration	Asklepios Klinik Barmbek, Gynäkologie/ Onkologie, Tel. 18 18 82 – 35 19	Röntgenabteilung, Besprechungsraum 0.431
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Albertinen-Darmzentrum, Anm. bis Mi 15 Uhr, Tel. 55 88 – 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Jd. 2. Donnerstag, 16.15 – 18.30 Uhr	Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethik-Seminar, Prof. Kahlke, Tel. 7 41 05 – 36 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N 55, Seminarraum 210/211 (2. OG)
Jd. letzten Donnerstag im Monat, 16.30 – 18 Uhr	„Interdisziplinäre Schmerzkonferenz“	Schön Klinik Hamburg Eilbek, Info und Anmeldung: Tel. 20 92 – 70 01 oder per E-Mail jseidler@Schoen-Kliniken.de	Dehnhaide 120
Freitag, 15. Februar, 19 Uhr	Juvenile idiopathische Arthritis assoziierte Uveitis Symposium	Schön Klinik Hamburg Eilbek – Kinder- u. Jugendrheumatologie und UKE – Augenklinik, Info: sprechstunde@kinderrheumatologie.de	Dehnhaide 120, Haus 7, 4. Stock
Freitag – Samstag, 15. – 16. Februar	„Psychotherapie mit Älteren“ 15.2.: Vortrag und 16.2.: Seminar zum Vortrag (Anmeldung nicht erforderlich)	Fortbildungsbeirat der APH, Auskunft: Frau Harff, Tel. 20 22 99 – 302	Fortbildungsakademie, Lerchenfeld 14
Freitag – Samstag, 22. – 23. Februar	„2. Eppendorfer Frühjahrsymposium für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin“	UKE, Sektion Neonatologie u. Pädiatrische Intensivmedizin, Anmeldung: Frau Rahmann, Tel. 7410 – 527 17 oder www.uke.de/fruehjahrssymposium	Martinistr. 52, Campus Lehre
Samstag, 23. Februar	X. Symposium des Gynaekologicum Hamburg „Von der Wahrscheinlichkeit der Unwahrscheinlichkeit“	Gynaekologicum Hamburg, Anmeldung über www.gynaekologicum-hamburg.de	Sofitel Hamburg Alter Wall, Alter Wall 40
Samstag, 23. Februar	Lider / Plastische Chirurgie	UKE, Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde, Kontakt: Frau Schrage, Tel. 74105 – 23 01, E-Mail: augenklinik@uke.uni-hamburg.de	Martinistr. 52

Der besondere Fall

Alkoholmissbrauch Über zehn Jahre wurde ein Obdachloser immer wieder in die Notaufnahmen von Hamburger Krankenhäusern eingeliefert. Über die Grenzen des Gesundheitssystems.

Von Berk Leventli^{1,4}, Anastasia Dewanto^{2,4}, Dr. Barbara Hogan¹, Dr. Christiane Stehle³, Prof. Dr. Klaus Püschel⁴

Notfall Bruno K.

Alkoholmissbrauch ist ein bedeutendes, oft unterschätztes Problem in unserer modernen Gesellschaft und mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden. Ein Großteil entfällt dabei auf das Gesundheitssystem. Laut statistischem Bundesamt stieg die Anzahl stationär behandelter alkoholintoxizierter Patienten in deutschen Krankenhäusern in einem Zeitraum von zehn Jahren auf den fast doppelten Wert (2001: circa 61.000, 2010: circa 115.000). Einmal dem Alkohol verfallen, scheint es nicht einfach, den Weg aus der Sucht in den normalen gesellschaftlichen Alltag zurückzufinden. Im Extremszenario trinkt sich die betroffene Person sukzessive aus der gesellschaftlichen Norm in eine Randgruppe, landet auf der Straße und in der Obdachlosigkeit und taucht wegen Alkoholmissbrauchs als Notfall in den Notaufnahmen der Hamburger Krankenhäuser auf.

Fast täglich eingeliefert

Einen solchen Fall haben die Autoren anhand von Krankenakten aufgegriffen. Sie sind Ärzte in der Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik Altona und in der Abteilung für Anästhesiologie/Intensivmedizin der Asklepios Klinik St. Georg (mit dem Institut für Rechtsmedizin verbunden in einer Arbeitsgruppe „Alkoholismus, Wohnungslosigkeit“) und haben die Person zum Teil auch mehrfach selber behandelt. Die Gründe für den sozialen Abstieg

des mittlerweile 56-jährigen Bruno K.* sind unklar. Einst sei er Verkäufer in einem großen Warenhaus gewesen; heute ist er ein obdachloser Alkoholiker. Seine Geschichte lässt sich bis zu zehn Jahre zurückverfolgen, in denen er fast täglich betrunken per Rettungswagen (RTW) in eines der Hamburger Krankenhäuser eingeliefert wurde.

Dabei bestand selten die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. In seiner langen Krankenhauskarriere bot Bruno K. Blutalkoholwerte von 0,0 bis 4,8 g/l; eine lebensbedrohliche Alkoholintoxikation wurde jedoch noch nie beschrieben. Die am häufigsten gemessenen Blutalkoholkonzentrationen lagen zwischen 3 und 4 g/l. Erfahrungsgemäß war Bruno K. bei Werten jenseits von 2,5 g/l aggressiv und unfreundlich; bei Werten unter 1 g/l bereits zittrig und entzückt, was manchmal auch in einem Alkoholentzugskrämpf enden konnte. Bei Werten zwischen 1 bis 2 g/l zeigte sich Bruno K. sogar gesellig und humorvoll, berichtete scherzhaft von seinen beiden Wohnsitzen auf der Reeperbahn – eine oben gelegene „Sommerresidenz“ sowie eine unterirdisch gelegene „Winterresidenz“.

Häufig kam er zum Ausschlafen, Essen, Trinken, Duschen, Rasieren – einfach um für kurze Zeit wieder ein Dach über dem Kopf zu haben. Von den Rettungswagenfahrern ließ er sich abwechselnd nach Altona oder St. Georg fahren, verließ die Notaufnahmen regelmäßig nach dem „Kräftetanken“ ohne Rücksprache, um sich dann an der nächsten Haltestelle wieder zu betrinken und per Krankenwagen oder von der Polizei zurück in die Notaufnahme gebracht zu werden – bis zu fünfmal täglich. Wurde Herr K. eine Zeit lang nicht in einer der beiden Notaufnahmen vorgestellt, konnte häufig in den nächsten Aufenthaltsbereich

ten der Grund dafür herausgelesen werden: längere stationäre Behandlungen in anderen Hamburger Krankenhäusern.

Dem Personal fällt es schwer, diesen besonderen Patienten nicht ohne ein „Seufzen“ vom RTW-Personal entgegenzunehmen. Der von Obdachlosigkeit und Alkohol gezeichnete Bruno K. mit multiplen (älteren und neueren) Blessuren am gesamten Körper, die durch den desolaten Hygienezustand bzw. Missstand bedingte olfaktorische Zumutung verlangen dem Personal viel ab. Es kennt den „Stammgast“ als verwahrlosten, gelegentlich aggressiven Patienten, der regelmäßig körperliche Untersuchungen, diagnostische und therapeutische Maßnahmen, auch bei deutlich sichtbaren frischen äußerlichen Verletzungen, verweigert. Manchmal ließ sein Benehmen sehr zu wünschen übrig: Er rauchte auf der Toilette oder im Überwachungsraum, beschimpfte und belästigte das Krankenhauspersonal und Patienten, einige Male randalierte er. Am häufigsten machte Bruno K. aber gar nichts und schlief einfach seinen Rausch aus. Die Standardmedikation bestehend aus Essen, Trinken, Bett, Dusche musste nicht oft um „echte Medikamente“ erweitert werden. Mit einer warmen Mahlzeit konnte er ruhig gestellt werden.

Kosten nicht überschaubar

In den Berichten lassen sich die absurdesten Geschichten unter Anamnese und Verlauf lesen: Neben berechtigten ambulanten und stationären Behandlungen, wie zum Beispiel Frakturversorgung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Erysipelbehandlung in Altona und Naht einer Kopfplatzwunde in St. Georg, tauchen immer mal wieder solche Geschichten auf, die einen offensichtlichen Missbrauch der Notaufnahmen nahelegen: Anamnesen wie „Mercado wollte schließen, deswegen führen die Rettungswagen-Fahrer den Patienten in die AK Altona“, „Bruno K. wird per RTW gebracht, trinkt etwas Wasser und geht wieder“, „Einlieferung bei Alkoholintoxikation, nach Ausschlafen seines Rausches trinkt er noch vor der Tür der Zentralen Notaufnahme die zweite Hälfte seiner mitgebrachten Wodka-Flasche und wird erneut volltrunken von der Bushaltestelle an der Asklepios Klinik per RTW in die Notaufnahme gebracht“ oder „Herr K. hatte heute keine Lust zu bleiben und rief sich ein Taxi“. Solche Anamnesen lassen sich zwar amüsant lesen, sind aber im Grunde sehr traurig und zeigen auch eine gewisse Machtlosigkeit des Gesundheitssystems in diesem Fall.

Die Kosten für das Gesundheitssystem sind nicht mehr überschaubar. Insgesamt konnten in den vergangenen zehn Jahren 414 Aufenthalte des Bruno K. in den beiden Kranken-

¹ Zentrale Notaufnahme, Asklepios Klinik Altona

² Anästhesiologie und Intensivmedizin, Asklepios Klinik St. Georg

³ Klinikleitung, Asklepios Klinik St. Georg

⁴ Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

*Name von den Autoren geändert



Die Behandlung von Obdachlosen stellt Krankenhäuser vor soziale und medizinische Probleme

häusern ermittelt werden, allein etwa 200 davon in den Jahren 2010 und 2011 woraus eine drastische Zunahme der Besuche (damit wohl auch eine Verschlechterung des Allgemeinzustands des Patienten) in der näheren Vergangenheit ersichtlich ist. Hinzu kommen weitere Aufenthalte in anderen Hamburger Krankenhäusern. Derzeit kostet ein RTW-Transport in Hamburg 314 Euro, ein Notarzt-Transport 655,40 Euro. Rechnet man nur grob orientierend 414 Aufenthalte mal 314 Euro ergibt das eine Summe von fast 130.000 Euro allein für Transportkosten in die beiden Asklepios Kliniken. Notarzteinsätze, Behandlungskosten, Kosten in anderen Praxen und weiteren Kliniken, Überwachungskosten in der Zentralambulanz für Betrunkene (ZAB) und Transferkosten dorthin sind in dieser einfachen Rechnung nicht berücksichtigt. An sonstige Kosten mag man kaum denken. So einige stationäre Behandlungen, teure Operationen, unzählige Laboruntersuchungen, viele Computertomografien und Röntgenuntersuchungen, Kosten für Ärzte, Pflegepersonal, Medikamente, Aufenthalte auf den Intensivstationen usw. haben mit Sicherheit die Grenze der Million bereits weit überschritten!

Wirtschaftliche Aspekte in diesem Zusammenhang sind vielschichtig. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass ZAB-Aufenthalte von Bruno K. nicht sehr geschätzt werden. Als mittlerweile erfahrener Patient weiß er auch ganz genau, wie der drohende Transport in die ZAB abzuwenden ist: Werden plötzlich retrosternale Schmerzen mit thorakalem Engegefühl, möglicherweise auch Ausstrahlung in den linken Arm angegeben, ist eine mindestens zwölfstündige Monitor-Überwachung inklusive zweier warmer Mahlzeiten gesichert. Meist gibt es als Bonus auch noch eine Dusche und frische Kleidung, falls erforderlich auch eine Entlausung und eine Rasur. Der Aufwand für dieses Sonderpaket beläuft

sich letztendlich auf zwei Blutentnahmen und zwei EKGs, die man dann eben über sich ergehen lassen muss. Bruno weiß, ein „akutes Abdomen“ sowie andere „lebensbedrohliche Erkrankungen“ ziehen ebenfalls eine längere Überwachung nach sich. So ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, das Gesundheitssystem zu nutzen, um wenigstens kurzfristig „Normalität“ zu erleben.

Die Ärzte dürfen seine Angaben nicht einfach ignorieren. Kein Arzt möchte aus Unachtsamkeit und/oder Aversion gegenüber den unangenehmen Untersuchungsbedingungen einen Herzinfarkt übersehen und den Patienten mit der Diagnose F10.0 entlassen.

Der Erfindungsreichtum des Bruno K., um kurzzeitig wieder ein Dach über dem Kopf zu haben, ist auch ein Zeichen seiner und unserer aller Hilflosigkeit. Mit der gegenwärtigen Situation ist keiner glücklich. Nach außen mag es so aussehen, dass Bruno K. allem Anschein nach in diesem System und seinem Gerüst aus Pik As, ZAB, Krankenstube St. Pauli und Krankenhaus funktioniert. Er kommt mehr schlecht als recht immer irgendwie zurecht, doch aus den Berichten geht ein stetiger Abwärtstrend hervor.

Hilfe und Fürsorge sind Pflicht

Der Fall Bruno K. ist und bleibt ein ungelöstes soziales und medizinisches Problem – in dieser Ausprägung extrem, von der grundsätzlichen Problematik aber alltäglich. Die zunehmende Verwahrlosung, bedingt durch die Obdachlosigkeit und die damit assoziierten hygienebedingten Erkrankungen, sowie die Zunahme der altersbedingten Erkrankungen werden nach und nach weitere Krankenhausbehandlungen nach sich ziehen und damit das gesamte System belasten.

Doch Geld ist nicht alles. Viel trauriger ist das Schicksal des Obdachlosen. Betrachtet man die Problematik aus humanitärer Sicht, wird

ein viel komplexeres Ausmaß dieser traurigen Geschichte deutlich. Alle im Gesundheitssystem arbeitenden Personen haben gegenüber den Patienten eine Fürsorgepflicht. Weiter oben hieß es: Das Krankenhauspersonal kennt den „Stammgast“ als verwahrlosten, oft aggressiven Patienten. Doch keiner kennt ihn wirklich. Bei Recherchen für diesen Artikel konnte kein Mitarbeiter etwas zu den Hintergründen des sozialen Abstiegs sagen. Etwas Persönliches über Bruno K. war ebenfalls niemandem bekannt.

Traurige Realität im klinischen Alltag ist es, diesen Patienten entgegenzunehmen und nach den Richtlinien der Akutmedizin zu agieren, also einfach zu funktionieren. Man betrachtet und behandelt oft nur den aktuellen Vorstellungsgrund, näht also beispielsweise die Kopfplatzwunde, und kümmert sich nicht weiter um den Rest. Der Hilfs- und Perspektivlosigkeit wird im stressigen Klinikalltag selten ein Gedanke gewidmet. Was in Bruno K. vorgeht, wenn sich die meisten von ihm abwenden, bleibt unklar. Diese Handlungsweise ist jedenfalls weder menschlich noch ärztlich. Dabei haben Notaufnahmen mit hier implementierbaren Gegenmaßnahmen großes Potenzial in Prävention und Intervention sowie langfristiger Schadensreduktion, sowohl für das Gesundheitssystem, als auch für die Patienten, zumal häufiger Kontakt zu bestimmten Patienten besteht. Zusätzlich zur Alkoholprävention und therapeutischer Intervention wäre in solchen Fällen die Initiation weiterer sozialer Maßnahmen durch die Notaufnahmen effektiv.

Die Frage sollte nicht nur sein, wer für die durch alle Maschen des Sozialsystems gefallenen Menschen zuständig ist, sondern wie diesen Personen am effektivsten geholfen werden kann und wo in unserem Gesundheitssystem niedrigschwellige Veränderungen möglich sind. Alkoholprävention spielt jedenfalls eine Rolle. Weitere Möglichkeiten einer Reintegration in die Gesellschaft sollten auch in Notaufnahmen ein Thema sein, um diesen Drehtüreffekt durchbrechen zu können.

Bleibt die Frage, was wir in unserem modernen und sozialen Gesundheitssystem verändern können, wo oder wie überhaupt Grenzen zu ziehen sind, und wie Notaufnahmen besser ins Sozialsystem integriert werden können, um solche schweren Fälle aufzufangen. Diesen Personen, wenn auch nur für kurze Zeit zu helfen, erscheint im ärztlichen Denken human. Aber es ist aussichtslos, sofern nicht weitere Aspekte mit einbezogen werden!

Literatur bei den Verfassern.

Berk Leventli

Assistenzarzt

Zentrale Notaufnahme

Asklepios Klinik Altona

E-Mail: mailtoleventli@gmx.net

Drogenmortalität

Nach einem Anstieg 2011 ging die Zahl der Rauschgifttodesfälle 2012 wieder zurück.

Von Lennart Muras, Prof. Dr. Klaus Püschel,
Dr. Axel Heinemann, Dr. rer. nat. Stefanie Iwersen-Bergmann

Immer weniger Drogentote

2012 waren in Hamburg die wenigsten Drogentoten seit 1986 zu verzeichnen. Mit 49 Fällen ging ihre Zahl im Vergleich zum Vorjahr um 14 Prozent zurück. Der Anteil von Männern lag mit knapp 82 Prozent nur wenig niedriger als in 2011 (86 Prozent) und war damit vergleichsweise hoch. Detaillierte Zahlen für 2011 liegen jetzt vor: In vorvergangenem Jahr hatte es einen leichten Anstieg der Todesfälle gegeben. 57 Drogentote wurden polizeilich erfasst – 7,5 Prozent mehr als im Jahr 2010 (53 Todesfälle). Der Mittelwert der jährlichen Inzidenz liegt seit 2003 bei etwa 59 Fällen pro Jahr mit geringen Schwankungen von Jahr zu Jahr. Das durch-

schnittliche Sterbealter hat sich im Vergleich zu 2010 von 42,1 auf 40,8 Jahre verringert. Dieser Rückgang bricht einen seit Jahren anhaltenden Aufwärtstrend.

Frauen starben 2011 mit durchschnittlich 37,9 Jahren (2010: 36,5) früher als Männer, die im Durchschnitt 41,3 Jahre alt wurden (2010: 43,7). Der älteste registrierte Drogentote starb mit 57 Jahren an einer Drogenfolgeerkrankung, der jüngste mit 19 Jahren an einer reinen Methadonintoxikation.

In 84 Prozent der Fälle konnte eine chemisch-toxikologische Untersuchung zur Bestätigung des Verdachts auf einen rauschgiftassoziierten Todesfall durchgeführt wer-

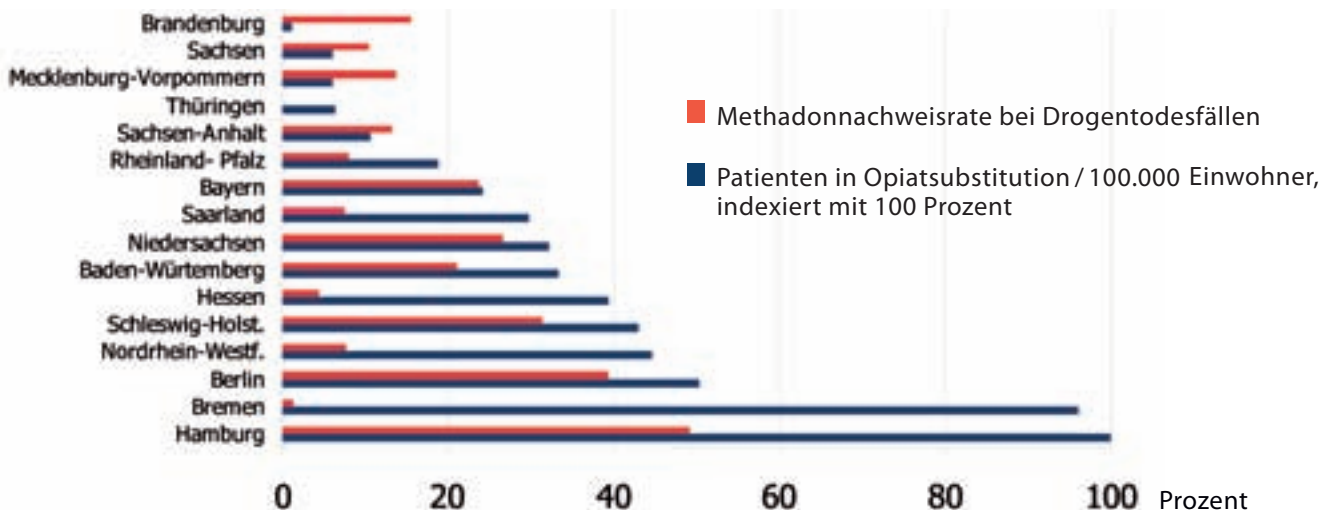
den. In den weiteren Fällen ergab sich die Deklaration als Drogentodesfall zwingend aufgrund polizeilich ermittelter Erkenntnisse in Kombination mit der Auffindesituation und/oder einer rechtsmedizinischen äußeren Leichenschau.

In 38 Fällen (68,4 Prozent) hat eine tödliche Intoxikation zum Tod geführt. Beim Rest besteht ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und zum Tod führendem Geschehen (elf Drogenfolgeerkrankungen, drei Intoxikationen in Verbindung mit inneren Todesursachen, zwei Unfälle, drei Suizide).

74 Prozent der an einer Intoxikation verstorbene Personen wurden in privaten Räumen



Methadonnachweisrate bei Drogentoten im Jahr 2011



Methadonnachweisrate im Vergleich zur Versorgungsdichte mit Methadonsubstitution: Bundesländer im Vergleich. Die Vergleichbarkeit ist jedoch schwierig, weil nicht in allen Bundesländern Todesfälle durch Drogen toxikologisch untersucht werden (Quellen: BKA-Rauschgiftlagebericht 2011, Substitutionsregister)

aufgefunden (67 Prozent davon in der eigenen Wohnung). 21 Prozent wurden im öffentlichen Raum, wie z. B. in Wohnunterkünften, Gefängnissen oder Hotelzimmern, gefunden. Im Rahmen der 48 durchgeführten toxikologischen Untersuchungen wurde in 31 Fällen (65 Prozent) ein Konsum von Substitutionsmitteln nachgewiesen (2010: 55 Prozent). Bei 25 vorliegenden Mischintoxikationen wurde Methadon in 56 Prozent und Buprenorphin in zwölf Prozent der Fälle auch als eine führende Todesursache bewertet.

Anamnestisch ergab sich durch polizeiliche oder rechtsmedizinische Feststellungen lediglich in sechs Fällen, dass die Betroffenen zu Lebzeiten an einem Methadon-Substitutionsprogramm teilgenommen hatten. In vier dieser Fälle war Methadon unmittelbar mit dem Tod in Verbindung zu bringen, zwei Substituierte verstarben an einer Drogenfolgeerkrankung. Ein strukturierter Abgleich von Todesfällen mit dem Substitutionsregister kann allerdings aus rechtlichen Gründen bisher nicht stattfinden.

Insgesamt wurden 2011 acht reine Methadon- und zwei reine Kokainintoxikationen registriert, wobei in einem Fall eine kardiotoxische

Wirkung des Kokains als todesursächlich anzunehmen ist. Von 15 Verstorbenen wurde Kokain gemeinsam mit anderen Rauschmitteln konsumiert. In neun Fällen lag eine Intoxikation mit Kokain und einem Substitut vor. Ein Betroffener verstarb nach dem gleichzeitigen Konsum von Kokain und Lidocain.

Morphinnachweis in fünf Fällen

Das Heroinabbauprodukt Morphin wurde lediglich in fünf Fällen (zehn Prozent) nachgewiesen (2010: 44 Prozent). In keinem Fall lag eine Monointoxikation vor. Stattdessen konnten Intoxikationen von Heroin in Verbindung mit Methadon und Kokain, sowie mit Alkohol, Benzodiazepinen und Antidepressiva beobachtet werden. Eine Person verstarb nach dem Konsum von „Liquid Ecstasy“ bzw. Gamma-Hydroxybuttersäure.

In 32 Prozent der Intoxikationsfälle ergab sich auch ein relevanter Alkoholnachweis. In 17 ausgewerteten Proben (45 Prozent) wurde ein Benzodiazepinkonsum nachgewiesen, wobei in fünf Fällen (13 Prozent) ein kombinierter Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen vorlag.

Die Inzidenz der 2011 durch das Institut für Rechtsmedizin und die Polizei Hamburg ermittelten Rauschgifttodesfälle befindet sich in Einklang mit der Fallzahl der letzten Jahre. Die Zahlen deuten jedoch auf eine überraschende Reduzierung der Bedeutung von Heroin als Todesursache hin. Die Assoziation der Mortalität mit Substitutionsmitteln wie Methadon oder Buprenorphin steigt erwartbar in Regionen mit hoher Substitutions- und Versorgungsdichte. Der Rauschgiftlagebericht des Bundeskriminalamtes (2011) zeigt, dass in Berlin und Hamburg die höchsten Nachweisraten von Methadon bei Drogentodesfällen vorliegen (s. Grafik) – jedoch ist die Datenqualität für andere Bundesländer nur eingeschränkt zu bewerten, da z. B. in Nordrhein-Westfalen und Bremen nur ein vergleichsweise niedriger Anteil dieser Todesfälle toxikologisch untersucht werden.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Axel Heinemann
 Institut für Rechtsmedizin,
 Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: heinemann@uke.uni-hamburg.de

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

Lösung: Seite 31

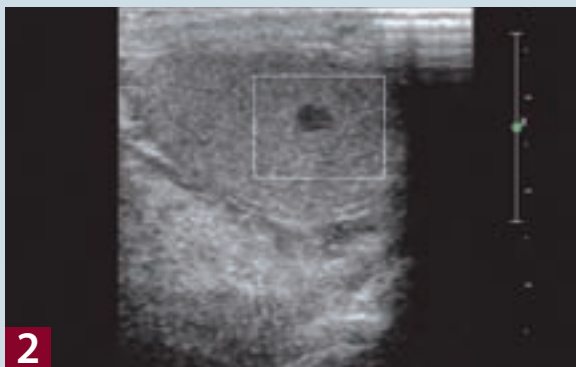
Anamnese:

Bei einem 39-jährigen Patienten mit Down-Syndrom findet sich in einer ambulant durchgeführten Hodensonografie ein kleiner echoarmer Herd im rechten Hoden. Weitere Bildgebung (wie Magnetresonanztomografie) tolerierte der Patient aufgrund von Panikattacken nicht. Die Sonografie mit und ohne Ultraschallkontrastmittel (Sono Vue) ergab folgende Befunde:

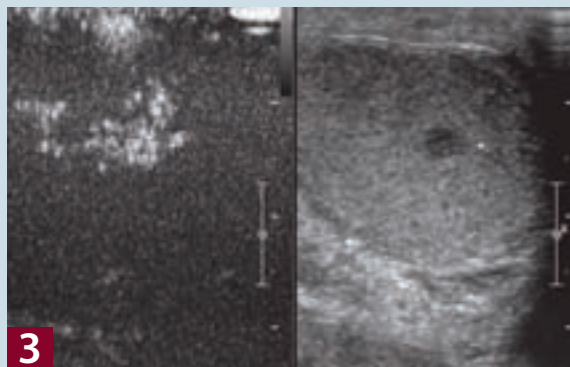
(C. Schmidt, G. Lock, 2. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)



1



2



3

Bildgebende Diagnostik versäumt

Epiphyseolysis capitis femoris (ECF)

Eine elfjährige Patientin litt unter Schmerzen in Leiste und Oberschenkel. Ursache war eine nicht erkannte Lockerung des Hüftgelenks.

Von Johann Neu

Im Juli 2008 traten bei einer elfjährigen Patientin erstmalig Schmerzen in der linken Leiste und im linken Oberschenkel auf. Deswegen wurde sie im August 2008 bei einem Orthopäden vorgestellt, der nach körperlicher Untersuchung unter der Diagnose einer Skoliose und einer Haltungsschwäche – auch bei drei folgenden Praxisbesuchen – krankengymnastische Behandlungen, Reizstrom- und Ultraschalltherapie verordnete. Nach einer Verschlimmerung der Schmerzen im April 2009 wurde ein anderer Orthopäde aufgesucht, der eine linksseitige Epiphyseolysis capitis femoris (ECF) mit erheblichem Abkippungsgrad diagnostizierte, weswegen die Patientin im April 2009 doppelseitig operiert wurde. Weitere Operationen wurden im Juni 2009 aufgrund von Komplikationen (Kirschnerdrahtdislokationen) notwendig. Patientenseits wird von einer fehlerhaften Behandlung durch den zuerst konsultierten Orthopäden ausgegangen. Bei einer fachgerechten Befunderhebung und Diagnostik (zum Beispiel Röntgen) hätte die erforderliche Therapie frühzeitiger eingeleitet werden können. Der Orthopäde argumentiert, dass er die Patientin bei vier Terminen ambulant behandelt habe. Bei der Erstvorstellung seien Röntgenaufnahmen wegen des gering ausgeprägten klinischen Bildes nicht indiziert gewesen. Bis Oktober 2008 sei es zu einer Besserung gekommen, sodass ebenfalls kein Röntgen notwendig gewesen wäre. Bei den zwei weiteren Vorstellungen, zuletzt im Februar 2009, sei die Patientin beschwerdefrei gewesen.

ECF war nicht auszuschließen

Bei Auftreten von Schmerzen im Hüft-, Oberschenkel- oder Kniebereich bei Mädchen und Jungen im pubertären Alter (zwi-

schen zehn und 16 Jahren) sei immer an eine ECF zu denken und eine solche auszuschließen. Dazu seien Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen absolut gefordert. Bei einem nicht sicheren Röntgenbefund müsse die Untersuchung gegebenenfalls (bei anhaltenden Beschwerden) wiederholt werden. Klinisch seien für die ECF eine schmerzhafte Innenrotation und eine reduzierte Abspreizung des betroffenen Hüftgelenkes charakteristisch. Von den verschiedenen Verlaufsformen des ECF (chronisch, akut und chronisch mit akuter Verschlechterung) träte die chronische Form am häufigsten auf. Ihr Verlauf erstreckte sich über Wochen oder Monate und sei mit Schmerzen verbunden. Die frühzeitige Diagnose, auch der chronischen Formen der ECF, sei vor allem wichtig, um das schwerwiegende sekundär akute Abrutschen zu verhindern.

Im konkreten Fall sei bei dezenten, jedoch charakteristischen Beschwerden zum typischen Alterszeitpunkt keine ausreichende Diagnostik erfolgt. Es habe sich mit größter Wahrscheinlichkeit um eine chronische Form der ECF gehandelt, die in eine akute übergegangen sei. Bei einer frühzeitigeren Diagnose der ECF durch bildgebende Diagnostik hätte das Abrutschen des Kopfes mit Hilfe einer Epiphyseodese verhindert werden können.

Vorgehen war fehlerhaft

Aufgrund des Alters der Patientin, der anamnestischen Angaben und des klinischen Befundes wäre es fachgerecht gewesen, bereits bei der Erstvorstellung das Vorliegen einer ECF differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen und bildgebende Diagnostikverfahren zum Einsatz zu bringen.



Eine Lockerung des Hüftgelenk verursacht Schmerzen und muss als Ursache in Betracht gezogen werden

Das gilt gleichermaßen für die weitere medizinische Betreuung bis Februar 2009, unabhängig davon, dass es zeitweise zu einer Reduzierung des Beschwerdebildes gekommen war. Der wochen- und monatelange Verlauf mit wechselnden Beschwerden ist charakteristisch für das Krankheitsbild der ECF. Das Vorgehen des Orthopäden war fehlerhaft, es wurden gebotene Befunde nicht erhoben. Es stellt sich die Frage, inwieweit Verän-

derungen in der Beweislastverteilung zwischen den Parteien aus dem Befunderhebungsmangel resultieren.

Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt nach der Rechtsprechung (BGH NJW 2004, 1871 ff) dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Umkehr der Beweislast

Wäre die erforderliche Röntgendiagnostik vor April 2009 veranlasst worden, hätte man, wie auch der Gutachter darstellt, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die ECF vor dem Abrutschen festgestellt. Dann – in Abhängigkeit vom Ausmaß der Abkippung des Oberschenkelkopfes zum Zeitpunkt der Diagnosestellung – nicht der Gefahr eines Abrutschens durch eine konservative (ent-

lastende) Therapie oder der Veranlassung einer operativen Behandlung (Epiphyseodese) entgegenzuwirken, würde einen groben Behandlungsfehler darstellen.

Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem primären Gesundheitsschaden. Es reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen primären Schaden zu verursachen; nahelegen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht (vgl. BGH VersR 2004, 909). Von der Beweislastumkehr erfasst werden auch typischerweise mit dem Primärschaden verbundene sekundäre Gesundheitsschäden.

Das Unterlassen einer konservativen oder operativen Therapie ist geeignet, das Abrutschen zu verursachen. Daher sind als fehlerbedingt zu bewerten die Schmerzen und Funktionseinschränkungen über einen Zeitraum von sechs Monaten (bis Oktober 2008 zwei Monate angenommene konservative Entlastungstherapie nach

Erstvorstellung) bis April 2009 (Zeitpunkt der Diagnosestellung ECF), alle im weiteren Verlauf erforderlich gewordenen operativen Eingriffe mit den damit verbundenen stationären Aufenthalten, Schmerzen und Einschränkungen und – falls sie auftreten – die Entwicklung von Dauerschäden im Bereich des linken Hüftgelenkes (Hüftkopfnekrose, Arthrose).

Prozess kann die Folge sein

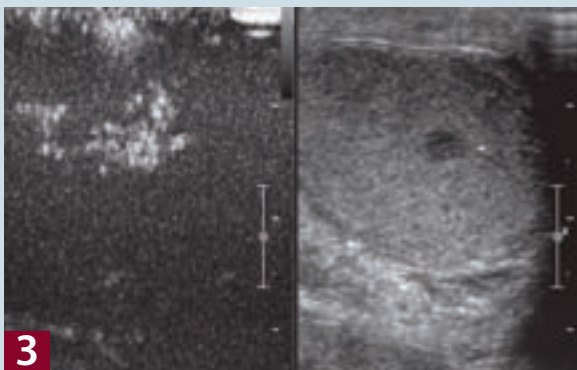
Ein „einfacher“ Befunderhebungsfehler kann unter bestimmten Bedingungen zur Beweislastumkehr und damit zu denselben weit reichenden prozessualen Konsequenzen wie ein grober Behandlungsfehler führen. Die Gratwanderung zwischen „Überdiagnostik“ und „Unterlassen gebotener Befunderhebung“ ist eine besondere Herausforderung für den behandelnden Arzt und auch für den Gutachter.

Rechtsanwalt Johann Neu

Geschäftsführer
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern
E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

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

Lösung Quiz Seite 29



Leydigzelltumor

Der rechte Hoden ist klein, darin befindet sich eine 3,7 Millimeter große echoarme Raumforderung. Im Power-Mode ist keine sicher erkennbare Vascularisation. Mit Ultraschallkontrastmittel untersucht, nimmt ist der Herd noch vor dem übrigen Hodengewebe kräftig perfundiert. Es handelt sich somit um solides Gewebe und nicht um eine Zyste. Die Histologie ergab einen Leydigzelltumor.



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

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig. Werden Sie Dauerspender.

www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspender



Spendenkonto 92 0 92
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00



Bild und Hintergrund

Ärztinnen in Hamburg

Wegbereiterinnen In der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts war die Ausübung des Arztberufs für Frauen keine Selbstverständlichkeit. Im Vergleich zu männlichen Mitbewerbern wurden ihnen viele Steine in den Weg gelegt.

Von Dr. Lilja Schopka-Brasch



Dissertation der Hamburger Ärztin Elisabeth Manchot von 1930

Ärztin zu werden, war zu Beginn der Weimarer Republik Wunsch vieler junger Mädchen. Ein Studium war zu dieser Zeit allerdings nur einer kleinen Anzahl von Frauen möglich und eine akademische Berufstätigkeit noch keine Selbstverständlichkeit. Dieser Artikel wirft ein Schlaglicht auf die Situation von Ärztinnen, die zwischen 1919 und 1939 an der Universität Hamburg studierten und später in der Hansestadt praktizierten. Die Beispiele zweier Ärztinnen sagen etwas über Möglichkeiten und Schwierigkeiten aus, den Wunschberuf auszuüben.

Die erste Ärztin Hamburgs hatte sich 1903 als praktische Ärztin niedergelassen. 1926 gab es laut Medizinalkalender 44 Ärztinnen,

das waren knapp vier Prozent der Hamburger Ärzteschaft, 1933 hatte sich ihre Zahl bereits mehr als verdreifacht.

Die Ärztinnen kamen zum größten Teil aus gutbürgerlichen Familien, ihre Väter waren vor allem Kaufleute, Bankiers, höhere Beamte und Akademiker. Ihre Mütter waren in der Regel Hausfrauen, von denen zwar einige eine Berufsausbildung – etwa als Lehrerin oder Krankenschwester – hatten, jedoch nach der Heirat ihren Beruf nicht ausübten. Denn nach traditionellem Rollenverständnis war der Mann der Ernährer, die Frau kümmerte sich um Haushalt und Kinder. Und obwohl Ärztinnen selber später von dieser traditionellen Frauenrolle abwichen,

indem sie berufstätig waren, blieb dieses Rollenverständnis ihr Leben lang prägend.

Die Kinderärztin Elisabeth Manchot war Arzttochter; 1906 in Hamburg geboren, besuchte sie eine private Mädchenschule. Anschließend ging sie auf die staatliche höhere Mädchenschule in der Hansastraße – heute Helene-Lange-Schule –, wo sie 1925 das Abitur bestand. Um Ärztin zu werden, studierte sie an den Universitäten München, Freiburg und Hamburg Medizin; an letzterer waren zu dieser Zeit 19 Prozent der Medizinstudenten weiblich. Elisabeth Manchot bestand im Dezember 1930 in Hamburg das Staatsexamen. Anschließend machte sie das einjährige Medizinalpraktikum und wurde im selben Jahr promoviert. Nach Beendigung des Praktikums erhielt sie die Approbation und qualifizierte sich in Nürnberg und Köln zur Kinderärztin. Etwa ein Drittel der Ärztinnen machte damals eine fachärztliche Ausbildung, vor allem in der Kinderheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie und Psychiatrie. 1937 kehrte Elisabeth Manchot nach Hamburg zurück, wo sie sich als Kinderärztin an der Hoheluftchaussee niederließ.

Die erste deutsche promovierte Ärztin

Dorothea Christiane Erxleben (1715 bis 1762) lernte ihr Handwerk vom Vater. Der Arzt Christian Polykarp Leporin aus Quendlinburg hatte seine Tochter und ihren Bruder schon früh in praktischer und theoretischer Medizin unterwiesen. Eine Zulassung besaß sie nicht, doch arbeitete sie schon in jungen Jahren in der Praxis des Vaters mit und bewies ihr ärztliches Geschick. Gemeinsam mit dem Bruder wollte sie ihr Studium aufnehmen – 1741 genehmigt vom Preußenkönig Friedrich II., den sie sehr beeindruckt haben muss. Jedoch erhielt der Bruder einen Einberufungsbefehl für den schlesischen Krieg. Allein traute sich Dorothea nicht an die Universität. Sie blieb in Quendlinburg, heiratete den Diakon Johann Christian Erxleben, einen Witwer mit fünf Kindern. Dorothea führte den Haushalt, gebar vier Kinder und betrieb die Praxis ihres Vaters auch nach dessen Tod 1747 weiter. Drei ansässigen Ärzten war sie ein Dorn im Auge. Sie wurde wegen „medizinischer Puscherey“ angeklagt. Das veranlasste die 39-Jährige doch noch zu promovieren und sie glänzte bei Prüfungen mit profundem Wissen. **1754 war sie die erste promovierte Ärztin Deutschlands.** Erst knapp 150 Jahre später, 1899, wurden Frauen im Deutschen Reich erstmals offiziell zu den Staatsprüfungen der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie.

Kampf um die Kassenzulassung

Sie hatte die Laufbahn zu einer Zeit begonnen, als die Arbeitsmarktlage, insbesondere für junge Ärzte und Ärztinnen, schwierig war. „Überfüllung“ des Ärztestandes und die „Not der Jungärzte“ waren Schlagworte, die in den einschlägigen Standesorganen heftig diskutiert wurden, und in Teilen der Ärzteschaft ging die Angst vor Verarmung um. Zwar konnten sich Ärzte und Ärztinnen mit



Visite im Freien in der Kinderklinik des Krankenhauses Eppendorf.
Die einzige Ärztin steht abseits (um 1928)

Erhalt der Approbation niederlassen und Privatpatienten behandeln, doch in diesen wirtschaftlichen Krisenzeiten sowie im Zuge des Ausbaus der gesetzlichen Krankenkassen war der Anteil an Privatpatienten rückläufig, sodass eine – zumindest noch nicht etablierte – Privatpraxis kaum eine ausreichende Existenzgrundlage bot. Um Aussicht auf die hart umkämpfte Kassenzulassung zu haben, war eine mindestens zweijährige Zeit im Krankenhaus erforderlich. Die Kassenzulassung wurde nach einer Quote vergeben; diese war 1913 im sogenannten Berliner Abkommen auf 1.350 Versicherte pro Arzt, bei Familienbehandlung auf 1.000 festgelegt worden. Aufgrund dieser Quotierung entstand in den zwanziger Jahren eine wachsende Warteschlange.

Um 1930 erhielt nur etwa ein Drittel der Bewerber und Bewerberinnen in Hamburg die Kassenzulassung. Frauen waren gegenüber Männern bei der Vergabe benachteiligt. So etwa durch die Bestimmung, dass Kriegsteilnehmer bevorzugt zugelassen werden sollten – und sie zählten nicht dazu. Verheiratete Frauen konnten von der Vergabe ausgeschlossen werden, wenn ihr Ehemann ein Einkommen hatte. Doch auch der Antrag lediger Ärztinnen konnte mit der Begründung abgelehnt werden, dass sie keine Familie ernähren müsse. Dabei spielte es keine Rolle, ob der Mitbewerber verheiratet war, denn Männer galten per se als Ernährer.

Unter den Nationalsozialisten veränderte sich die Situation der Ärzteschaft. „Politisch unzuverlässigen“ und „nicht arischen“ Ärztinnen und Ärzten wurde die Kassenzulassung entzogen.

Etwa ein Viertel der Hamburger Ärztinnen war nach Definition der Nationalsozialisten jüdisch. Sie wurden ihrer Rechte beraubt und von der Ausübung ärztlicher Tätigkeit ausgeschlossen. Die meisten verließen Deutschland und emigrierten ins Ausland.

Die nationalsozialistische Politik der ersten Jahre zielte darauf ab, Frauen und insbesondere Akademikerinnen vom Arbeitsmarkt zu drängen. Sie sollten daheim bleiben, Mann und Kinder versorgen und den Männern nicht die Arbeitsplätze wegnehmen. Ausdruck fand dies in der Kassenzulassungsordnung von 1934, durch die nun auch das Ruhenlassen einer bereits erteilten Kassenzulassung verfügt oder ein Antrag abgelehnt werden konnte, wenn die kasenzärztliche Tätigkeit nicht „zur wirtschaftlichen Sicherung der Familie erforderlich scheint“. Dieser Passus fand nur bei Frauen Anwendung, Familienväter dagegen sollten bevorzugt berücksichtigt werden.

Frauen als „Nachrückerinnen“

Das musste auch Zeitzeugin Brunhilde Giese* erfahren. Sie hatte im Herbst 1936 das Staatsexamen an der Universität Hamburg bestanden. Nach dem Medizinalpraktikum und Erhalt der Approbation machte sie eine Volontärzeit am Hamburger Kinderkrankenhaus Rothenburgsort. In dieser Zeit lernte sie ihren späteren Mann kennen, einen Kaufmann, den sie 1938 heiratete. Für sie war klar, dass sie ihren Beruf nicht zugun-

* Name von der Autorin geändert

ten eines Hausfrauendaseins aufgeben wollte. Sie ließ sich als praktische Ärztin nieder und beantragte die Kassenzulassung – jedoch vergebens. Nur wenige Jahre später allerdings wandelte sich durch den Krieg die Arbeitssituation für Ärztinnen völlig. Immer mehr Ärzte wurden eingezogen und mussten ihren Arbeitsplatz im Krankenhaus oder in der eigenen Praxis gegen den Dienst im Lazarett eintauschen. „Nachrücker“ waren oftmals Ärztinnen, so auch Brunhilde Giese: „Aber dann kam ja der Krieg und mit einem Mal waren wir sehr begehrt. Ich lag noch im Wochenbett, ... da wurde ich dienstverpflichtet zu den Kassen.“ Nach dem Krieg allerdings musste sie die Kassenzulassung wieder abgeben. Erst Jahre später erhielt sie die Zulassung zu den Ersatzkassen und schließlich für alle Kassen. Damit teilte sie das Schicksal vieler Kolleginnen.

Trotzdem bot der ärztliche Beruf Frauen die Möglichkeit, ihn mit familiären Pflichten zu vereinbaren. So war 1933 nach einer Umfrage des Ärztinnenbunds fast die Hälfte der Ärztinnen verheiratet, die meisten von ihnen blieben berufstätig, nur ein Fünftel gab die Praxis auf. Viele pausierten nur und stiegen später wieder in den Beruf ein. Meist blieben berufstätige Ärztinnen für die Organisation von Kindererziehung und Haushalt zuständig.

Viele nutzen ihr Studium

Die Medizinstudentinnen der Zwischenweltkriegszeit sind Wegbereiterinnen nachfolgender Ärztinnengenerationen. Denn über 90 Prozent nutzten ihr Studium auch beruflich und viele blieben als Ehefrauen und Mütter berufstätig. Heute sind 46 Prozent der Hamburger Ärzteschaft weiblich. Allerdings ist die Vereinbarung von Beruf und Familie weiterhin in erster Linie ein „Frauenproblem“, denn obwohl die vielfältigen Diskussionen um familienverträgliche Arbeitsbedingungen und Kinderbetreuung inzwischen auch die Väter einbeziehen, sind es doch meist die Mütter, die pausieren, Arbeitszeiten reduzieren und die Hauptlast der Familienarbeit tragen. Dies erschwert das Aufbrechen herkömmlicher Muster und den Aufstieg von Ärztinnen in leitende Positionen und einflussreiche Ämter, da dies noch häufig ein Entweder-Oder bedeutet: Familie oder Karriere.

Literatur bei der Verfasserin.

Dr. Lilja Schopka-Brasch

Historikerin

E-Mail: lilja.s.brasch@t-online.de

Der Artikel basiert auf der Doktorarbeit „Ich wollte keine Hausfrau sein, ich wollte Ärztin sein“ von Dr. Lilja Schopka-Brasch, Reimer 2012, 39 Euro.

DER BLAUE HEINRICH

ausgewählt von Stephanie Hopf. Aus: „Veronika beschließt zu sterben“ von Paulo Coelho, Diogenes Verlag, 2000

„Wieviel Zeit bleibt mir noch?“

»Ich muß Sie um etwas Wichtiges bitten«, sagte die junge Frau. Doch Dr. Igor beachtete sie nicht. Er nahm ein Stethoskop, begann ihre Lunge und ihr Herz abzuhören. Prüfte ihre Reflexe und untersuchte den Augengrund mit einer Taschenlampe. Er sah, daß sie kaum noch Zeichen einer Vitriolvergiftung oder Vergiftung durch Bitterkeit aufwies, wie alle es lieber nannten.

Dann ging er zum Telefon und bat die Krankenschwester, ein Medikament mit kompliziertem Namen zu bringen.

»Mir scheint, Sie haben gestern Abend Ihre Spritze nicht erhalten.«

»Aber ich fühle mich doch besser.«

»Man braucht Sie nur anzusehen: Augenringe, Müdigkeit, Fehlen unmittelbarer Reflexe. Wenn Sie die Zeit nutzen wollen, die Ihnen noch verbleibt, tun Sie bitte, was ich Ihnen sage.«

»Genau deswegen bin ich hier. Ich möchte das bißchen Zeit, das mir noch bleibt, nutzen, aber auf meine Art. Wieviel Zeit bleibt mir noch?«

Dr. Igor blickte sie über den Brillenrand an. »Antworten Sie mir, bitte«, forderte Veronika.

»Ich habe jetzt keine Angst mehr, bin nicht mehr gleichgültig. Ich möchte leben, doch ich weiß, daß Wünschen nichts bewirken wird, und erbeuge mich in mein Schicksal.«

»Und was wollen Sie dann?«

Die Krankenschwester kam mit der Spritze herein. Dr. Igor machte ein Zeichen mit dem Kopf. Vorsichtig schob sie den Ärmel von Veronikas Pullover hoch. »Wieviel Zeit habe ich noch?« wiederholte Veronika, während ihr die Krankenschwester die Spritze gab.

»Vierundzwanzig Stunden. Vielleicht weniger.« Sie senkte den Blick und biß sich auf die Lippe. Doch sie behielt die Fassung.

»Ich möchte Sie um zwei Gefallen bitten. Erstens, daß Sie mir ein Medikament, eine Spritze, was auch immer geben, damit ich wach bleibe und jede Minute, die mir noch zu leben bleibt, auskosten kann. Ich bin sehr müde, doch ich will nicht schlafen, ich habe noch viel zu tun. Dinge, die ich immer aufgeschoben habe, weil ich dachte, das Leben würde ewig währen. Dinge, an denen ich das Interesse verlor, als ich zu glauben begann, es lohne sich nicht zu leben.«

»Und Ihre zweite Bitte?«

»Hier herauszukommen und draußen zu sterben. Ich muß auf die Burg von Ljubljana hinaufsteigen. Sie stand immer da, und ich habe sie mir aus mangelndem Interesse nie angesehen. Ich muß mit der Frau reden, die im Winter Kastanien und im Frühjahr Blumen verkauft: Wir sind uns so häufig begegnet, und ich habe sie nie gefragt, wie es ihr geht. Ich möchte ohne Mantel im Schnee gehen, die eisige Kälte spüren, ich, die immer warm angezogen war, Angst hatte, mich zu erkälten. Ich muß den Regen auf meinem Gesicht spüren, Dr. Igor, die Männer anlächeln, die mich interessieren, alle Einladungen zu einer Tasse Kaffee annehmen. Ich muß meine Mutter küssen, ihr sagen, daß ich sie liebe, in ihren Schoß weinen, ohne mich meiner Gefühle zu schämen, denn sie waren immer da, und ich habe sie nur geleugnet.

Vielleicht werde ich auch in eine Kirche gehen, diese Bilder ansehen, die mir bislang nie etwas gesagt haben. Vielleicht sagen sie mir jetzt etwas. Wenn mich ein interessanter Mann in eine Bar einlädt, werde ich die Einladung annehmen und die ganze Nacht bis zum Umfallen tanzen. Anschließend werde ich mit ihm ins Bett gehen – nicht wie früher, als ich immer versuchte, die Kontrolle zu behalten, oder Gefühle vortäuschte, die ich nicht empfand. Ich möchte mich einem Mann hingeben, der Stadt, dem Leben und am Ende dem Tod.«

Es herrschte bedrücktes Schweigen. Arzt und Patientin sahen einander gedankenverloren an. Vielleicht dachten sie über die vielen Möglichkeiten nach, die vierundzwanzig Stunden einem bieten konnten.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

Dr. med. Hanno Scherf

Redaktion

Stephanie Hopf, Dorthie Kieckbusch

Verlag

Hamburger Ärzteverlag GmbH & Co KG
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Telefon: 0 40 / 20 22 99-2 05
Fax: 0 40 / 20 22 99-4 00
E-Mail: verlag@aekhh.de

Anzeigen

Verlag Francis von Wels,
Inhaber Heiner Schütze e.K.
Postfach 76 12 20, 22062 Hamburg
Anzeigenleitung: Heiner Schütze
Telefon: 040 / 29 80 03-0, Fax: -90
E-Mail: info@wels-verlag.de
Internet: www.wels-verlag.de

Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 43
vom 1. Januar 2013

Anzeigenschluss für

Textteilanzeigen: jeweils am 15. des
Vormonats; Rubrikanzeigen: jeweils
am 20. des Vormonats

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Peter Haase (†), Michael von Hartz

Druck

Sächsisches Druck- und Verlagshaus AG
Auflage: 16.871

Titel: Michael von Hartz

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

Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID)

Kardiovaskuläres Risiko

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat ihre Neubewertung des kardiovaskulären Risikoprofils von NSAID abgeschlossen. Für Diclofenac kann die Behörde ein leicht erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Ereignisse ableiten (ähnlich dem der selektiven COX-II-Hemmer), ebenso für Ibuprofen, jedoch nur unter hohen Dosen (2400 mg/d). Naproxen hat das geringste Risiko, ganz ausschließen mochte die Behörde ein grundsätzlich höheres Risiko jedoch nicht. Für alle anderen NSAID war die Datenlage für eine Beurteilung nicht ausreichend. Die EMA verweist auf die allgemeine Empfehlung, NSAID grundsätzlich in der niedrigsten effektiven Dosis und über eine kürzestmögliche Therapiedauer anzuwenden.

Nach einem Kommentar zu einer Cochrane-Analyse topischer NSAID-Zubereitungen bei Arthrose sollen 40 bis 60 Prozent der Patienten auf eine topische Therapie angesprochen haben (oral: 34 bis 70 Prozent), gastrointestinale Beschwerden traten unter topischer Therapie bei 17 Prozent, unter oraler Therapie bei 26 Prozent der Patienten auf. Entsprechend den Empfehlungen der EMA wäre ein Therapieversuch bei geeigneten Patienten mit einer topischen NSAID-Zubereitung zu erwägen – immer in der Kenntnis, dass die Freisetzung des Wirkstoffs aus topischen Zubereitungen sehr variabel sein kann und circa 40 Prozent der Patienten von einer Placebowirkung profitieren. Quellen: Pharm. Ztg. 2012; 157 (44): 123-4, Dt. Apo. Ztg 2012; 152: 5744-5

H₁-Antihistaminika

Gefahr für Säuglinge und Kleinkinder

H₁-Antihistaminika der ersten Generation (Doxylamin, Diphenhydramin und Dimenhydrinat) werden zur Therapie von Schlafstörungen und bei Übelkeit und Erbrechen auch bei Kleinkindern eingesetzt. Auch in Husten- und Erkältungsmitteln können diese Arzneistoffe enthalten sein – eine Zulassung in diesen Indikationen fehlt für Kinder bis zu drei Jahren (obwohl Erkältungssaftzubereitungen dazu führen können, diese den Kindern anzubieten, auch wegen ihrer sedierenden Eigenschaften). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte weist darauf hin, dass die Arzneistoffe trotz Freiverkäuflichkeit mit erheblichen Risiken verbunden sein können. Ihre antihistaminergen und anticholinergen Wirkungen können bei Säuglingen und Kleinkindern unter anderem zu Krämpfen, Somnolenz und Tachykardie führen, aber auch zu paradoxen Reaktionen wie Unruhe, Angstzuständen und Atemstillstand (insbesondere bei Überdosierungen). Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin empfiehlt bei Erkältungssymptomen ausreichende Flüssigkeitszufuhr und eventuell Ibuprofen. In den USA haben Hersteller auf Kombinationsprodukte gegen Husten und Erkältungskrankheiten bei Kindern unter vier Jahren verzichtet, da die Kombination mit weiteren zentralwirksamen Arzneistoffen wie Ephedrin oder Dextromethorphan die Gefahr für unerwünschte Wirkungen (UAW) bei Kleinkindern deutlich erhöht.

Quellen: Dtsch. Apo. Ztg. 2012; 152: 5606 -7 und 5656 -61

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Hepatotoxizität von Arzneistoffen

Immer wieder müssen neue Arzneistoffe wegen hepatotoxischen UAW aus dem Handel genommen werden oder bei lange angewandten Arzneimitteln zeigt sich nach genauerer Untersuchung doch noch ein hepatotoxisches Potenzial. Grobe Einteilung einer Arzneistoff-induzierten Leberzellschädigung:

- Hepatozelluläre Schädigung (z. B. Isoniazid, Paracetamol)
- Cholestatische Schädigung (z. B. Co-Amoxiclav, Östrogene)
- Mischformen (z. B. Azathioprin, Phenytoine).

Mindestens sechs unterschiedliche Mechanismen auf zellulärer Ebene bestimmen die Art einer Schädigung. Sofern eine Schädigung idiosynkratisch ist, kann sie weder vorhergesagt werden noch ist sie dosisabhängig. Schädigungen treten auch so selten auf, dass sie in klinischen Studien kaum entdeckt werden. Es mehren sich die Hinweise, dass genetische Besonderheiten eines Patienten ursächlich für einen Leberschaden sein können. Der interessante Übersichtsartikel zeigt, dass grundsätzlich auf mögliche hepatotoxische UAW geachtet werden sollte.

Quelle: Dtsch. Apo. Ztg. 2012; 152: 5534-42

Krebsdiäten

Wie sinnvoll ist spezielle Kost?

Neben einer sinnvollen, den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung entsprechenden ausgewogenen energie- und nährstoffreichen Vollkost für krebsranke Patienten werden immer wieder so genannte Krebsdiäten propagiert. In einer Analyse wurden einige dieser wenig neutralen Empfehlungen für eine spezielle Diät mit entsprechenden wissenschaftlichen Daten verglichen. Für Breuß-Krebskur-Total, Öl-Eiweißkost nach Budwig, Gerson-Diät sowie Makrobiotik konnten keine wissenschaftlich nachvollziehbaren Hinweise auf eine Wirksamkeit gefunden werden. Nur bei der kohlenhydratarmen Krebsdiät nach Dr. Coy beziehungsweise ketogener Kost gibt es dezente Hinweise auf Wachstumsverzögerung zu Beginn einer Therapie. Diese Verzögerung ist jedoch nicht von Dauer. Wie bei allen anderen „Krebsdiäten“ können erhebliche UAW auftreten, die die Patienten gefährden (Mangelernährung, Mangelerscheinungen durch Vitamin-, Folsäure-, Aminosäuren- oder Spurenelementmangel).

Die Wirkkonzepte und vor allem die Schlussfolgerungen, die hinter den einzelnen Diäten stehen, sind der alternativen Glaubensmedizin zuzuordnen. Kontrollierte klinische Studien fehlen und sind derzeit nur bei der ketogenen Kost eventuell zu erwägen, unter Ausschluss einer Gefährdung der Patienten durch enges Monitoring und durch eine sorgfältige Studienplanung. Fazit: Trotz hoher Anziehungskraft für Krebspatienten kann keine der untersuchten Krebsdiäten ärztlicherseits empfohlen werden, solange keine wissenschaftlich begründeten, systematischen Daten vorliegen.

Quelle: Dtsch. Med. Wschr. 2012; 137: 2417-22

Mitteilungen

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Veranlagung zum Ärztekammerbeitrag 2013

Wie in jedem Jahr im Februar erhalten Sie in den nächsten Tagen die Aufforderung, die Selbstveranlagung zum Kammerbeitrag 2013 auszufüllen und zurückzusenden. Bitte beachten Sie dazu das dem Beitragsformular beigefügte Merkblatt, welches häufig gestellte Fragen beantwortet und Hinweise zum Ausfüllen enthält. Vorab das Wichtigste in Kürze:

- Der Hebesatz beträgt lt. Beschluss der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg unverändert 0,6 Prozent.
- Beitragspflichtig ist, wer am 01.02.2013 Mitglied der Ärztekammer Hamburg war.
- Bemessungsgrundlage für den Kammerbeitrag sind die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre 2011.
- Bitte nehmen Sie unbedingt – ggf. vorläufig – die Selbsteinstufung innerhalb von vier Wochen vor, auch wenn der Einkommenssteuerbescheid für 2011 noch nicht vorliegt

und vermeiden Sie auf diese Weise unnötige Mahnungen und Gebühren.

- Der Beitrag wird mit der Selbstveranlagung zur Zahlung fällig. Eine separate Rechnung mit Überweisungsformular erhalten Sie nicht. Mit der Erteilung einer Abbuchungserlaubnis zahlen Sie bequem und helfen, die Kosten des Beitragseinzuges zu reduzieren.
- Rechtsgrundlage für die Erhebung des Kammerbeitrages ist die Beitragsordnung der Ärztekammer Hamburg. Diese finden Sie auf unserer Homepage www.aerztekammer.hamburg.de in der Rubrik Berufsrecht/Gesetzliche Grundlagen

Haben Sie Fragen rund um den Ärztekammerbeitrag 2013? Rufen Sie uns dienstags und donnerstags in der Zeit von 10 bis 12 Uhr unter der Rufnummer 040/202299-140 gern an. Bitte haben Sie Verständnis, wenn Sie uns wegen der zahlreichen

Anfragen telefonisch nicht sofort erreichen. Übrigens: Die Bibliothek des Ärztlichen Vereins bedankt sich sehr für die Spenden, die sie anlässlich der Beitragsveranlagung in jedem Jahr erreichen!

324. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 324. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt

am Montag, 11. Februar 2013, um 20.00 Uhr in den Räumen des Ärztehauses.

Die Tagesordnung können Sie Ende Januar im Ärzteverzeichnis unter Tel. 202299-131 erfragen.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Amtliche Veröffentlichung

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

I. **Hinweis:** Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren für die folgenden Verträge ist noch nicht abgeschlossen:

- Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der KV Hamburg und der Knappschaft
- Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2013

II. Verträge:

- **Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST für das Jahr 2013
- **2. Nachtrag zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der Techniker Krankenkasse für das Jahr 2013
- **26. Nachtrag zum Gesamtvertrag** vom 18. April 1996 über die Anpassung der Abschlagszahlungen mit der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

- **25. Nachtrag zum Gesamtvertrag** vom 18. April 1996 über die Anpassung der Abschlagszahlungen mit dem BKK-Landesverband NORDWEST
- **24. Nachtrag zum Gesamtvertrag** vom 18. April 1996 über die Anpassung der Abschlagszahlungen mit der IKK classic
- **1. Nachtrag zum Gesamtvertrag** vom 25.11.2011 über die Anpassung der Abschlagszahlungen mit der Knappschaft

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Das Infocenter der KVH / Tel.: 22 802 - 900

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzungen des Interdisziplinären onkologischen Arbeitskreises finden **jeden ersten Dienstag im Monat um 20 Uhr in der Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus)** statt.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung: Frau Flindt, Tel. 22 80 2-569

AIDS-Arbeitskreis bei der KVH

Die nächste Sitzung findet statt am **Montag, 25. Februar 2013, 19.30 Uhr, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus), Hugo-Niemeyer-Saal**

Geplant ist eine interaktive Falldiskussion. Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter Tel. 22 802 - 572.

KVH-Arbeitskreis „Interdisziplinäre Infektiologie“

Die nächste Sitzung findet statt am

Montag, 25. Februar, 2013, 20 Uhr, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (Ärztehaus), Saal 4

Prof. Dr. A. Plettenberg, ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin, Hamburg „Sexuell übertragbare Erkrankungen – Diagnostik und Therapie“

Veröffentlichung gem. § 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV

Beschluss des Landesausschusses vom 19.12.2012 zum Versorgungsgrad Stand 30.06.2012:

„Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen“

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 25.09.2012 über den Versorgungsgrad zum 30.06.2012 geprüft und festgestellt, dass danach für die folgende Arztgruppe zurzeit keine Überversorgung mehr besteht:

- Orthopäden
- Hausärzte

Der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen wird daher für die Arztgruppen Orthopäden und Hausärzte gem. § 103 Abs. 3 SGB V, § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV und § 23 Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie mit der

Auflage aufgehoben, dass Zulassungen für diese Arztgruppe nur solange erfolgen dürfen, bis für sie wieder Überversorgung eingetreten ist. Überversorgung tritt wieder ein, wenn durch Nachrücken einer bereits erteilten beschränkten Zulassung bei gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt desselben Fachgebietes (Job-Sharing-Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 23 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten (gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 und § 23 Absatz 2 a Bedarfsplanungs-Richtlinie) aufgehoben und/oder durch entsprechende Neuzulassungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der Arztgruppe

- Orthopäden insgesamt 151 Ärzte
- Hausärzte insgesamt 1.222 Ärzte

zugelassen sind (inkl. der angestellten Ärzte gem. § 32 b Ärzte-ZV sowie der angestellten Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 38 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Über Anträge auf Neuzulassungen hat der Zulassungsausschuss gem. Abschnitt 4 § 23 Absatz 3 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.“

Keine Neuzulassungen aufgrund der partiellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen möglich

Durch Nachrücken von bereits gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 23 a Bedarfsplanungsrichtlinie zugelassenen Vertragsärzten und Aufhebung von Beschränkungen der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 23 i Bedarfsplanungs-Richtlinie sind in der Arztgruppe Hausärzte und in der Arztgruppe Orthopäden keine Neuzulassungen mehr möglich.

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Allgemeinmedizin	23/13 HA	01.07.2013	Sternschanze
Allgemeinmedizin (BAG)	24/13 HA	01.07.2013	Hoheluft-Ost
Allgemeinmedizin (BAG)	35/13 HA	01.07.2013	Lokstedt
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	37/13 HN	01.01.2014	Hamm
Innere Medizin (Fachärztliche Versorgung) (BAG)	25/13 I	01.07.2013	Uhlenhorst
Kinderheilkunde (BAG)	27/13 K	01.10.2013	Barmbek-Nord
Radiologie (BAG)	26/13 R	01.07.2013	Hamburg-Altstadt
Psychologische Psychotherapie (BAG, TP)	30/13 PSY	01.10.2013	Ottensen
ärztliche Psychotherapie (TP)	39/13 ÄPSY	01.07.2013	Harvestehude
Ausschreibung von <u>halben</u> Versorgungsaufträgen			
Kinderheilkunde (BAG)	36/13 K	01.07.2013	Curslack
Urologie	34/13 U	01.04.2013	St. Pauli
Psychologische Psychotherapie (BAG, TP)	28/13 PSY	01.07.2013	Ottensen
Psychologische Psychotherapie (BAG, TP)	29/13 PSY	01.07.2013	Barmbek-Nord
Psychologische Psychotherapie (AP + TP)	40/13 PSY	01.10.2013	Eimsbüttel
ärztliche Psychotherapie (TP)	31/13 ÄPSY	01.07.2013	Hoheluft-West
ärztliche Psychotherapie (TP)	32/13 ÄPSY	01.07.2013	Poppenbüttel
ärztliche Psychotherapie (TP)	33/13 ÄPSY	01.07.2013	Othmarschen

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **28.02.2013** schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung - Abteilung Arztregister - Humboldtstraße 56, 22083 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 der Telefonnummer 040/ 22 802-513, für **Psychotherapeuten** unter den Telefonnummern 040/ 22 802-503 und -673.

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

Mitteilungen

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten / Ärztinnen / Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen

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

	Adresse
Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. Christoph Salomon Maren Sommer Dr. Christina Stämmler	Neue Große Bergstr. 7, 22767 Hamburg Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg Cranachstraße 53, 22607 Hamburg
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. Milos Kovacevic Annekarine Sánchez-Kersting	Spitalerstraße 32, 20095 Hamburg
Fachärztin für Innere Medizin Bettina Gerrard (hausärztl. Versorgung)	Hoheluftchaussee 20, 20253 Hamburg
Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie Dr. Nils Fellenberg (fachärztl. Versorgung)	Neue Straße 39, 21073 Hamburg
Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Petra Marggraf-Strack Dr. Angela Plaß-Christl (häftiger Versorgungsauftrag)	Fischers Allee 51 o, 22763 Hamburg Behrkampsweg 32, 22529 Hamburg
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin Dr. Siegfried Schaubitzer Dr. Micheline Kalitzky	Ballindamm 2-3, 20095 Hamburg
Facharzt für Neurologie Facharzt für Nervenheilkunde Dr. med Felix Pawlas (häftiger Versorgungsauftrag)	Colonnaden 72, 20354 Hamburg
Facharzt für Orthopädie u. Unfallchirurgie Dr. Arne Ströh	August-Krogmann- Str. 2, 22159 Hamburg

	Adresse
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin Melanie Held	Osdorfer Landstraße 251 a/b, 22549 Hamburg
Facharzt für Psychiatrie Dr. med. Andreas Düring	Neuer Pferdemarkt 12, 20359 Hamburg
Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie	
Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Corinna Bendig Andrea Lutter	Litzowstraße 15, 22041 Hamburg Ameisweg 6, 21035 Hamburg
Facharzt für Innere Medizin Dr. Johannes Wiedemann (fachärztl. Versorgung)	Colonnaden 9, 20354 Hamburg
Fachärztin für Neurologie Dr. Anke Tietz	Hohe Weide 17, 20259 Hamburg
Zulassung von Psychologischen Psychotherapeuten	
Elisabeth Beszterda (häftiger Versorgungsauftrag)	Gustav-Leo-Straße 2, 20249 Hamburg
Catarina Kurfess (häftiger Versorgungsauftrag)	Borselstraße 7, 22765 Hamburg
Dipl.-Soz. Päd. Ines Neukirch (häftiger Versorgungsauftrag)	Brahmsallee 31, 20144 Hamburg
Zulassung einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
Dipl.-Psych. Clarissa Colmant (häftiger Versorgungsauftrag)	Eckerkoppel 121, 22159 Hamburg

ias



Lernen Sie uns auf unserem diesjährigen ias Karrieretag am 18.10.13 in Dresden um 18 Uhr kennen. Fragen zur Anmeldung bitte an: bewerbungen@ias-gruppe.de

Machen Sie Karriere. Beruflich und privat.

Arbeitsmediziner (m/w) oder Arzt in Weiterbildung (m/w)

Einsatzgebiet: Hamburg

Die ias-Gruppe zählt zu den führenden Dienstleistungs- und Beratungsunternehmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Bundesweit sind wir mit 110 Standorten vertreten. Ihr Aufgabengebiet umfasst alle Facetten der modernen Arbeitsmedizin sowie des BGM. Im Rahmen Ihrer Tätigkeit setzen Sie sich für das psychische, soziale und körperliche Wohlbefinden von Mitarbeitern namhafter Unternehmen ein, die Sie sowohl in unseren arbeitsmedizinischen Zentren als auch an deren Arbeitsplatz vor Ort betreuen.

Unsere Leistungen:

- Attraktive, finanzierte und umfassende Weiterbildungsangebote
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch flexible Arbeitszeiten sowie Teilzeitmöglichkeiten ohne Wochenend-/Nachtarbeit
- Kollegiales Miteinander zwischen Jung und Alt in einem modernen & stetig wachsenden Unternehmen
- Eigenverantwortung und Aufgabenvielfalt

Ihre Qualifikationen:

- Facharzt für Arbeitsmedizin oder Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder mindestens zweijährige Tätigkeit Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
- Selbstständige, strukturierte Arbeitsweise, Flexibilität
- Bereitschaft zu Kundeneinsätzen im Außendienst
- Ausgeprägte Dienstleistungs- und Kundenorientierung
- Hohe soziale Kompetenz und Teamorientierung

Ihre Bewerbung:

Werden Sie ein Teil unseres Teams und schicken Sie Ihre Bewerbung mit Ihren Gehaltsvorstellungen und dem Stellentitel im Betreff an bewerbungen@ias-gruppe.de oder an

ias-Gruppe · Abteilung Personalservice
Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin

Gerne bieten wir Ihnen auch die Möglichkeit einer Hospitation. Sprechen Sie uns an!

Fragen im Vorfeld beantwortet Ihnen unser Personalreferent Recruiting, Herr Gunnar Schwartz, unter Telefon 030 82 00 15-841.



www.ias-gruppe.de

Strategien für Gesundheit



Zentralinstitut für Transfusionsmedizin GmbH

Blutspendedienst Hamburg

Wir sind

Der Blutspendedienst Hamburg (BSD HH) mit 10 festen Entnahmestellen in Hamburg und Schleswig-Holstein sowie einem mobilen Team beschäftigt derzeit ca. 130 Mitarbeiter. Aus einem Stamm von ca. 36.000 Blutspendern werden jährlich ca. 93.000 Vollblutspenden, ca. 500 Eigenblutentnahmen und ca. 31.000 Apheresespenden (EK, TK, Plasma) gewonnen. Die Verarbeitung der Spenden und Herstellung der Blutprodukte geschieht zentral in der Zentralinstitut für Transfusionsmedizin GmbH (ZIT GmbH) in Hamburg-Eilbek. Die Eröffnung neuer Blutspendedienste **in Lüneburg und Stade** macht eine personelle Vergrößerung unseres Ärzteteams notwendig.

Wir suchen

Assistenzärzte in der Entnahme (w/m)

- **ab sofort für den Blutspendedienst Stade**
- **ab März 2013 für den Blutspendedienst Lüneburg für die Zentralinstitut für Transfusionsmedizin GmbH (ZIT GmbH), in Teilzeit, befristet (in Einzelfällen ist Vollzeit nicht ausgeschlossen)**

Ihr Aufgabengebiet umfasst den dienstplangeregelten Einsatz in den Entnahmestellen des BSD Hamburg (Lüneburg oder Stade), die ärztliche Leitung des jeweiligen Blutspendedetermins vor Ort, die ärztliche Untersuchung und Freigabe von Blutspendern, die ärztliche Betreuung von Spendern während des Blutspendedetermins, bei Bedarf Übernahme der Funktion „Punktionskraft“ oder „Check In“ während des Blutspendedetermins, die aktive Teilnahme am Schulungsprogramm des BSD Hamburg sowie die Verpflichtung zur Teilnahme an gelegentlicher Mehrarbeit.

Sie sollten die ärztliche Approbation, Grundkenntnisse in der Notfallmedizin, EDV-Kenntnisse sowie Teamfähigkeit, Motivation und Einsatzfreude besitzen

Wir bieten

- Eine gründliche Einarbeitung entsprechend unserem ausführlichen Schulungsprotokoll (die Einarbeitung erfolgt an den Hamburger Standorten)
- Geregelter Arbeitszeiten (versetzte Dienste) bei voller Anerkennung geleisteter Mehrarbeit
- Mitarbeit in einem jungen motivierten Team und eine angemessene Vergütung

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr Schmidt, Ärztlicher Leiter, zur Verfügung: Tel.: (0 40) 18 18 84-25 51.

Wir freuen uns über Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Kennziffer ZIT-344-HÄB – gern auch per E-Mail.

Asklepios Klinik Nord
 Personalmanagement – Frau Frodeno
 Langenhorner Chaussee 560 • 22419 Hamburg
 E-Mail: bewerbung.nord@asklepios.com

Gemeinsam für Gesundheit

www.asklepios.com

KLINIKGRUPPE DR. GUTH

Die **Klinikgruppe Dr. Guth** ist ein Verbund aus vier renommierten Krankenhäusern im norddeutschen Raum mit ca. 850 Mitarbeitern. Unsere Häuser in Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern bieten mit unterschiedlichen Schwerpunkten ein breites Spektrum therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen für privat und gesetzlich versicherte Patienten an. Unser hoch motiviertes Personal sowie die modernste medizinische Ausstattung bilden die Basis unseres Erfolgs.

In der Praxisklinik Mümmelmansberg, einem Belegkrankenhaus mit integriertem Versorgungskonzept in Hamburg, unterhalten wir eine Psychiatrische Tagesklinik mit 20 Plätzen und eine Institutsambulanz mit einem transkulturellen Schwerpunkt. Hierfür suchen wir – in Voll- oder Teilzeit – einen/ eine

Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie als Leiter/-in

Wir wünschen uns von Ihnen patienten- und teamorientiertes Denken, Fach-, Führungs- und Handlungskompetenz, Kreativität in der Fort- und Weiterentwicklung unserer bestehenden Konzepte sowie Interesse an transkulturellen Themen. Wir bieten ein abwechslungsreiches Aufgabenspektrum innerhalb eines erfahrenen, motivierten und gut kooperierenden Teams sowie angenehme und geregelte Arbeitszeiten.

Auskünfte erteilt Ihnen gern Frau Dr. Sandner-Lambert unter Telefon: 040 71591602, E-Mail: sandner@drguth.de
Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:

Praxisklinik Mümmelmansberg der Klinikgruppe Dr. Guth
Herrn Markus Kaiser
Oskar-Schlemmer-Straße 9-17 • 22115 Hamburg
Telefon 040 71591216 • E-Mail: mkaiser@drguth.de
www.drguth.de

Wir sind ein modernes, äußerst verkehrsgünstig zwischen Hamburg und Bremen gelegenes Rehabilitationszentrum mit Fachkliniken für Geriatrie, Neurologie und Chirurgie/Orthopädie. Unser breites und anspruchsvolles medizinisches Leistungsspektrum entwickeln wir kontinuierlich weiter.

Zur Verstärkung des ärztlichen Leitungsteams suchen wir nun für unsere Neurologische Klinik eine/n weitere/n

Oberärztin/-arzt Neurologie

Die zu erweiternde Klinik umfasst zurzeit 81 Betten (Phase C und D); es werden Patienten aus einem breiten neurologischen Indikationsspektrum behandelt.

Sie sind Neurologe/Neurologin und auf der Suche nach einer neuen beruflichen Perspektive? Sie legen Wert auf selbstständiges Arbeiten, verstehen sich aber auch als Teamplayer und sind offen für einen interdisziplinären Austausch? Es ist Ihnen wichtig, genügend Zeit für Ihre Patienten und Patientinnen zu haben? Dann könnte unsere Klinik das Richtige für Sie sein!

Bei uns erwartet Sie ein spannendes Tätigkeitsfeld mit Gestaltung- und Entwicklungsmöglichkeiten. Unsere Einrichtung zeichnet sich durch flache Hierarchien und ein sehr angenehmes Arbeitsklima aus; weitere Pluspunkte sind geregelte Arbeitszeiten und insgesamt sehr gute Rahmenbedingungen, wozu nicht zuletzt auch ein attraktives Gehalt zählt. Nach Absprache bestehen außerdem Möglichkeiten zur ambulanten und sonstigen Nebentätigkeit.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne als erste Ansprechpartnerin Frau Rebmann von der Personalberatung mainmedico (Tel. 069/97 26 49 44, E-Mail: mainmedico@t-online.de) zur Verfügung.

mainmedico GmbH
consulting & services

Eschersheimer Landstr. 69 • 60322 Frankfurt a.M. • www.mainmedico.de

Wann hatten Sie das letzte Mal wirklich Zeit?

Dr. med. Stephanie Grenz,
B-A-D-Arbeitsmedizinerin:
»Ich habe mich für eine sichere Alternative zum Klinik- und Praxisalltag entschieden. Jetzt berate ich Unternehmen aus den verschiedensten Branchen, plane meine Termine ohne Nacht- und Wochenenddienste und gestalte so aktiv meine Zukunft selbst. Das verstehe ich unter dem Erfolgsfaktor Mensch!«

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de



Wir bieten an unseren Standorten Hamburg-Altona und Hamburg-Uhlenhorst

Arbeits-/Betriebsmedizinern (m/w) oder Ärzten in Weiterbildung (m/w)

(Kennziffer HÄB)

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:

- Flexible und planbare Arbeitszeiten
- Möglichkeit der Teilzeittätigkeit
- Keine Wochenend-/Nachtdienste
- Leistungsbezogene Vergütung
- Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
- Betriebliche Altersvorsorge
- Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
- Professionelle Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Car-Rent-Sharing-Modell

Ihre Aufgaben:

- Arbeitsmedizinische Vorgesorgeuntersuchungen
- Betriebsbegehungen und Beratung zu vielfältigen arbeitsmedizinischen Themen
- Arbeitsmedizinische Begutachtung
- Gestaltung und Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Schulungen zu verschiedenen Themen der Prävention
- Reisemedizinische Beratung
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team

Die B-A-D GmbH betreut mit mehr als 2.800 Experten europaweit 250.000 Betriebe mit 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit.

Allein in Deutschland betreiben wir 200 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen. Unsere Mitarbeiter sind dabei unser wertvollstes Kapital,

denn ohne sie wären wir nicht so erfolgreich!
Gehören Sie bald auch zu uns?



B-A-D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH
Human Resources
Thomas Gies, Tel. 0228/40072-335
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
bewerbung@bad-gmbh.de, www.bad-gmbh.de/karriere



Für die Leitung des Referats Ärztlicher Dienst im Versorgungsamt Hamburg suchen wir zum 01.05.2013 eine/einen

Leitende Ärztin/Leitenden Arzt

Der Ärztliche Dienst ist zuständig für die medizinische Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht (SER) und im Schwerbehindertenrecht (SchwB/SGB IX). Zu Ihren Aufgaben gehören u.a. die Dienst- und Fachaufsicht über aktuell 10 Ärztinnen und Ärzte, die Qualitätssicherung des Gutachtengeschäfts und die Entscheidung ärztlicher Grundsatzfragen aus dem Bereich der Versorgungsmedizin.

Wir bieten Ihnen:

- eine eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der vereinbarten Aufgaben und Ziele in vertrauensvoller und kooperativer Zusammenarbeit mit der Abteilungsleitung
- eine geregelte Arbeitszeit ohne Wochenend-, Feiertags- oder Nachtdienst
- familienfreundliche Arbeitsbedingungen, zertifiziert im audit berufundfamilie
- Vergütung nach TV-L, Entgeltgruppe 15 (Tarifbeschäftigte) – unter gewissen Voraussetzungen ist der Abschluss eines Sonderarbeitsvertrages (orientiert am Tarifvertrag Ärzte) möglich – bzw. Besoldungsgruppe A 16 (Beamte)

Genauere Informationen zu Ihren Aufgaben und unseren Anforderungen entnehmen Sie bitte der Ausschreibung unter www.hamburg.de/stellensuche.

Nähere Auskünfte erhalten Sie gern telefonisch von der Leiterin des Versorgungsamtes Hamburg, Frau Anja Domres (Tel. 040 42863-7100).

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige schriftliche Bewerbung bis zum 10.03.2013 unter Angabe der Kennziffer 13/02-FS 56 an die

Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
 Amt für Zentrale Dienste · Personalverwaltung / Z 33 Gz
 Hamburger Straße 47 · 22083 Hamburg



SKOLAMED ist ein bundesweit arbeitendes Dienstleistungsunternehmen mit den Arbeitsschwerpunkten: Gesundheitsconsulting, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheits-Check-ups in den Check-up-Zentren Bonn / Petersberg und Hamburg sowie Gesundheitsseminare.

Für unser Check-up Zentrum für Führungskräfte im Hotel Treudenberg in Hamburg suchen wir Sie auf Honorarbasis als

Internist(in)

Aufgaben

Durchführung von Gesundheits-Check-ups bei Führungskräften namhafter Unternehmen in unserem Check-up Zentrum in Hamburg.

Voraussetzungen

Schwerpunkt in kardiologischer Diagnostik einschließlich Echokardiographie sowie Ultraschall Abdomen, Schilddrüse, Dopplersonographie Halsgefäße; wünschenswert aber keine Bedingung: sportmedizinische Weiterbildung, Englischkenntnisse.

Interesse?

Dann richten Sie Ihre Bewerbung an: SKOLAMED, Petersberg, 53639 Königswinter oder an klemusch@skolamed.de. Für Fragen steht Ihnen vorab Herr Klemusch unter (02223) 2983-210 zur Verfügung. - Informationen zu SKOLAMED unter: www.skolamed.de

Suche einen Urologen

für Praxistätigkeit im Angestelltenverhältnis in HH, Teil- od. Vollzeit.
 Zuschr. erb. unter N 8322 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062

Diabet. Schwerpunktpraxis in Hamburg sucht **Weiterbildungsassistent/-in Diabetologie** zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
 Zuschr. erb. unter W 8431 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Gynäkolog.-geburtshilfl. Gemeinschaftspraxis in Hamburg Mitte

sucht **Frauenfachärztin**

zur Mitarbeit ab Juli 2013 zwecks späterer Übernahme eines halben Vertragsarztsitzes.
 Zuschr. erb. unter I 8460 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausarztpraxis sucht

FA/FÄ für Allgemeinmedizin zur Verstärkung in Vollzeit ab Herbst 2013.
 Zuschr. erb. unter D 8447 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Weiterbildung Pädiatrie

Biete Weiterbildungsassistenten in schöner Praxis ab Sommer 2013,
 Tel. 609 56 02.

Ärztin/Arzt zur MA in Allgemein/HÄ-Intern.Praxis gesucht. Stundenweise (n. Absprache). Gerne auch für Wiedereinsteiger(in) ins Berufsleben, Tel. 0175-568 85 09.

Große Allgemeinmed. Praxis in Buxtehude sucht eine/n

Arzt/Ärztin für Teilzeitbeschäftigung

Kontakt: proemmel@nustrow.de



KLINIKUM ITZEHOE

Karriereplanung ist Lebensplanung.

Das **KLINIKUM ITZEHOE** ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg. Unseren Patienten bieten wir innovative medizinische Versorgung auf hohem Niveau und individuelle Pflege nach neuesten Standards. Als Unternehmen mit 1.800 Mitarbeitern sind wir effizient und zukunftsorientiert aufgestellt. Wirtschaftlicher Erfolg bestätigt unsere Arbeit. Wir sind Mitglied des Krankenhausverbundes GK mit über 10.000 Mitarbeitern. Unseren Beschäftigten bieten wir eine gesunde Basis für ihre Karriere- und Lebensplanung in einem attraktiven Umfeld mit hoher Lebensqualität in der Metropolregion Hamburg.

Für den orthopädischen Sitz in unserem **MVZ** in **Glückstadt** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

» Fachärztin/Facharzt für Orthopädie oder Orthopädie/Unfallchirurgie in Voll- oder Teilzeit

In unserem MVZ betreiben wir Praxen für Orthopädie, Chirurgie, HNO und Anästhesie. Wir behandeln im Jahr rund 10.000 Patienten ambulant und führen rund 400 ambulante Operationen durch. Unsere operativen Schwerpunkte liegen in der arthroskopischen Knie- und Schulterchirurgie sowie in der Hand- und Fußchirurgie. Die ambulanten Operationen werden in den an die Praxen angegliederten OPs der Stadtklinik Glückstadt durchgeführt. Für die stationären Operationen steht zudem das hochmoderne und innovative Leistungsspektrum des Klinikums Itzehoe zur Verfügung.

Wir wünschen uns von Ihnen:

- Überdurchschnittliches Engagement und Teamfähigkeit
- Kreativität, Flexibilität und Verständnis für wirtschaftliche Zusammenhänge
- Qualitäts- und patientenorientiertes Arbeiten
- Interesse an der Arbeit in der Praxis
- Die Zusatzqualifikationen Chirotherapie und manuelle Therapie sowie die fachgebundene Radiologie sind wünschenswert

Wir bieten Ihnen:

- Ein hohes Maß an Eigenständigkeit
- Die Möglichkeit zur Entwicklung Ihrer Schlüsselkompetenzen
- Gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten

Wir suchen eine/n engagierte/n Fachärztin/arzt, die/der die weitere Entwicklung des orthopädischen Leistungsspektrums maßgeblich mit gestaltet und ausbaut. Auf die Berücksichtigung der Belange der niedergelassenen Ärzte legen wir besonderen Wert und führen eine offene Kommunikation mit den niedergelassenen Kollegen.

Eine Verbindung der Praxistätigkeit mit einer Tätigkeit in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Klinikum Itzehoe ist möglich.

Für erste Rückfragen steht Ihnen unser Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Klinikum Itzehoe, Herr Dr. Michael Kappus, unter der Tel. 04821 772-2100 gern zur Verfügung. Schwerbehinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Qualifikation und Eignung vorrangig berücksichtigt.

Klinikum Itzehoe
 Personalmanagement
 Robert-Koch-Str. 2
 25524 Itzehoe

Weitere Informationen über unser Unternehmen finden Sie unter:
www.klinikum-itzehoe.de/karriere

Allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in Hamburg-Wilhelmsburg sucht
FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
 für ganz od. Teilzeit im festen Angestellten-Verhältnis. Zuschreibung:
arztpraxissh@yahoo.de

Engagierte/r Allgemeinmed.
 oder Internist,in (mit Sono u. Akup.-berechtigung) für zentral gelegene gut etablierte GP zur Anstellung od. mit eigener Zulassung gesucht.
 Zuschr. erb. unter K 8476 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Suche einen angestellten Facharzt für Urologie
 für Praxistätigkeit (Teil- oder Vollzeit) in Hamburg.
 Zuschr. erb. unter X 8434 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Approb. Psychotherapeuten gesucht (VT/TP) zur Mitarbeit in Privatpraxis. Honorarbasis, evtl. Festanstellung in Teilzeit.
 Zuschr. erb. unter J 8466 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Gynäkologin/Gynäkologe
 für gut eingeführte Praxis in HH-Harvestehude auf Teilzeitbasis gesucht, spätere Partnerschaft und Übernahme möglich, operative Möglichkeiten gegeben.
 Tel. 040/460 58 48, dr.mohr@gmx.net

Dozent/in auf Honorarbasis
 für Innere Medizin von Mai - Juli in HH gesucht; IBH e.V., Tel.: 040/253 06 25 11 (Frau Hösterey).

Hausarzt gesucht (FA/WBA)
 FA/FÄ f. Allgemeinmed. für grosse Praxis in Bramfeld-Süd gesucht. Vollzeit/TZ mit/ohne KV-Sitz. Ggf. auch WB-Assistent (24M beantragt). Familienfreundliche Zeiten, nettes Team. Kontakt: 040-6905004 oder www.hausarztpraxis-hellbrook.de

Arbeitsrecht
www.as-law.de
Rechtsanwälte

Für unsere große orthopädisch/chirurgische Praxis im Nordwesten Hamburgs mit vielseitigem Leistungsangebot im operativen und konservativen Bereich suchen wir
einen Arzt/eine Ärztin in Weiterbildung.
Wir bieten: Leistungsgerechte Vergütung, planbare Arbeits- und Freizeiten ohne Nacht- und Wochenendbelastung und eine umfassende Ausbildung mit 1½ Jahren kumulativer Weiterbildungszeit sind garantiert.
 Bei Interesse richten Sie Ihre Bewerbung bitte an:
Dr. Arne Janssen, COVZ Quickborn, Bahnhofstraße 92, 25451 Quickborn
 oder rufen Sie uns an unter:
04106/8099241; Ihre Ansprechpartner sind
 Frau Komorowski und Frau Edenhofner

Laboratoriumsmedizin in Hamburg

Das AescuLabor Hamburg ist ein interdisziplinäres Speziallabor, das alle Bereiche moderner Laboratoriumsmedizin einschließlich hoch differenzierter Spezialanalytik umfasst. Im Fokus unserer medizinisch-wissenschaftlich orientierten Tätigkeit stehen der Patient sowie die qualifizierte Beratung und Fortbildung unserer einsendenden Ärztinnen und Ärzte.

Für erste Fragen zu dieser Position steht Ihnen unser Ärztlicher Leiter, Herr Dr. med. M. Späth, unter Telefon 040 334411-778 gern zur Verfügung. Haben Sie Interesse bei uns mitzuarbeiten? Dann senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen.

MVZ AescuLabor Hamburg GmbH
 Personalabteilung
 Haferweg 36/40, 22769 Hamburg
bewerbung@aesculabor-hamburg.de
www.aesculabor-hamburg.de

Hinter jeder Probe sehen wir Ihren Patienten. Dies ist das Leitmotiv des AescuLabors, in dem sich Laborspezialisten aller Fachrichtungen aus Universität, Klinik und Praxis zu einem der führenden niedergelassenen medizinischen Fachlaboratorien zusammengeschlossen haben.

Zur Verstärkung unseres ärztlichen Teams suchen wir zum schnellstmöglichen Termin eine/-n

Fachärztin/Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Sie arbeiten bei guter Bezahlung in einem motivierten und erfahrenen Team, das Sie mit Ihren Erfahrungen und Ihrer Kompetenz verstärken.

Wir freuen uns besonders über Kolleginnen und Kollegen, die auch in der Patientenversorgung und -beratung ihre Erfahrungen in den Spezialgebieten Immunologie, Rheumatologie, Hämostaseologie und spezielle Hämatologie vertieft haben.

Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Gesundheitsmanagement

sucht für die Standorte **Hamburg, Lüneburg und Bad Segeberg**

zur Erweiterung des Teams von 6 Ärztinnen und Ärzten
 ab sofort/spätestens zum 01.07.2013

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

Diese Tätigkeit (Weiterbildung) ist auch für den beruflichen Wiedereinstieg bestens geeignet. Mindestvoraussetzung für die Weiterbildung sind 2 Jahre klinische innere Medizin. Die volle Weiterbildungsermächtigung liegt vor.

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

Wir freuen uns über Ihre schriftliche Bewerbung, gerne per Mail, an
 ARBMED GmbH, Herr Dr. Peter Egler, Kreutzkamp 23,
 21465 Reinbek
Dr.Egler@arbmed.de

Stellengesuche

Assistenzarztstelle gesucht
 Arzt, 56, im 3. Ausbild.jahr sucht WB-Stelle in Großpraxis in HH u. Umgeb. ab 01.06.2013. Erfahrung in Allg.med. im In- u. Ausl., Tropenmed., Fremdspr. kennnt.: Englisch. Honorarübernahme durch Behörde.
 Zuschr. erb. unter Z 8436 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ Innere Medizin
 mit langjähriger Erfahrung sucht Praxisvertretung/Anstellung in Teilzeit in HH. Arztvertretung@aol.de

Internistin sucht WB-Stelle **Onkologie/Rheumatologie** in VZ/TZ. Kontakt: zukunftstelle@gmx.de

FÄ Innere Medizin (39 J.)
 sucht Anstellung in HH-Praxis/MVZ. Tel.: 0177/9775274

FÄ für Allgemeinmedizin
 sucht Teilzeit-Anstellung in Hamburger Klinik/Praxis.
 Kontakt: allg.med.hh@gmx.de

Arzt f. Allgemeinmed.i.R.,
 z.Zt. Praxisvertretung, su. 1-2 mal halbtags/Woche adäquate Tätigkeit in Hamburg oder Umland.
 Zuschr. erb. unter A 8439 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Erf. FÄ HNO + NHV
 sucht vormittags Tätigkeit,
 Tel.: 982 634 60

HNO-Arzt
 langj. Erf. in eig. Praxis, operativ-konservativ. Trotz Ruhestand bis jetzt in Jobsharing tätig, möchte weiterhin beruflich aktiv sein,
 Tel. 0172-430 10 82.

Innere-WB-Stelle
 (stationär, mind. 18 Monate) gesucht;
 Tel.: 0170-8180402

FÄ Pädiatrie
 sucht Teilzeitstelle in Praxis
kinderarztinh@yahoo.de

Personal

Personal für Ihre Praxis
Kostenlos suchen
Erfolgreich finden.
www.praxisperlen.de

Vertretungen

Praxisvertretung

Allgemeininternist u. Kardiologie übern.
Vertretungen Tel. 59 81 82

Erf. Chir/UnfChir/Orthop

sucht Vertretung in Klinik oder Praxis
Tel. 0179-229 88 63

Erfahrener HNO-Arzt und Allergologe

bietet Vertretung in HH (auch kurzfris-
tig). Tel.: 0170 1855 448

Wer hat Lust 1 Vormittag

pro Woche in einer Allgemeinarztpraxis
in Ottensen mitzuarbeiten?
Zuschr. erb. unter Q 8489 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Mitarbeit/Praxisgemein- schaft/Assoziation

FA für HNO und Phoniatrie
sucht Assoziationsmöglichk. in HH
hno-hamburg@gmx.net

Privatabrechnende Ärztin,
seit 2004 tätig in Akupunktur, Homöo-
pathie, Naturheilverfahren, sucht stunden-
w. Mitarbeit in schulmed. Praxis im
Raum HH-Nordost. Bei Interesse bitte:
artemisia.w@gmx.de

Hanseatisches Institut für medizinische
Gutachten und Dienstleistungen
Dres. Reuter und Tonn GbR

Wir betreiben erfolgreich das Gesundheitszentrum Stresemannstr.
23, bisher mit Hausarzt, Ergotherapie, Neurologie, Neurochirurgie,
Psychiatrie und Psychotherapie. Im Zuge der weiteren Entwicklung
suchen wir Vertragsärzte/innen zur Zusammenarbeit.

Wollen Sie einfach „nur“ Ärztin oder Arzt sein?!

Oder sind Sie auch noch Personalchef, QM-Beauftragter, Telefon-
supporter, EDV-Spezialist, Nebenkostenverhandler, Abrechnung-
dienstleister und und und?

Ist es das, was Sie wollen?

Wir suchen für das Ärztehaus in Altona/Schanze Ärzte/innen aller
Fachrichtungen, vor allem Allgemeinmediziner, Internisten, HNO,
Augen, Gynäkologen, Urologen, Dermatologen.

Wir bieten ein umfassendes Betreuungskonzept: kompetente
Unterstützung mit Personal und Equipment zur optimalen Patien-
tenbetreuung, helle und für Sie renovierte Räume, EDV-Handling
vom Arbeitsplatz bis zur Abrechnung, QM-System, etc. Und
natürlich Parkplätze, Barrierefreiheit, Telefon-Center und Internet-
auftritt.

Sie können sich damit voll und ganz auf das konzentrieren, was
wirklich wichtig ist:

Ihre Patienten individuell bestens versorgen.

Interessiert? - Rufen Sie an und lassen Sie uns über Ihre Möglich-
keiten und Chancen bei uns reden.

Ansprechpartner Frau U. Grigo ---- 040-533073821
Stresemannstr. 23 - 22769 Hamburg -
www.stresemann23.de - info(at)stresemann23.de

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation (Forts.)

Akupunktur und Homöopathie

Allgemeinärztin mit oben gen. Schwer-
punkten sucht Raum für 1-2 Nachmit-
tage zur Miete für privatärztliche Tätig-
keit in Praxis/MVZ,
Tel. 0175/568 80 94

Kompetente, praxis- erfahrene FÄ Gyn 40+

sucht Praxiseinstieg/Assoziation/ Job-
Sharing mit späterer Übernahmemög-
lichkeit gerne in HH Alsterdorf, Eppen-
dorf, Winterhude, Uhlenhorst, HH Nord.
Kontakt:fowtae@googlemail.com

Hautärztin in HH Lokstedt

sucht Kollegen/-in für room- und per-
sonalsharing. Tel. 0171-6334807

Bald ist er weg – – in die Rente!

Flotte Hausarztpraxis sucht neuen drit-
ten Mann/Frau, Tel. 754 06 01

Kinder- und Jugendarztpraxis im Hamburger Osten sucht Kollegen/in zur Mitarbeit

für zunächst 2 halbe Tage, später z.B. Job-
Sharing oder auch Übernahme der Praxis
in etwa 1 ½ bis 2 Jahren. Landschaftlich
schöne Umgebung, hoher Privatanteil.
Zuschr. erb. unter O 8485 an Hamb.
Ärzteblatt, PF 761220, 22062 Hamburg



Große Allgemeinmed. Praxis im Süden von Hamburg

sucht ein/e Kollegen/in zur Bildung
einer Gemeinschaftspraxis oder auch
zur Übernahme. Kontakt:
allgemeinmedizinstd@vodafone.de

FÄ für Allgemeinmedizin

in HH-Ottensen sucht Partner/in zur
Gründung einer Praxisgemeinschaft
Tel. (ab 20.00 Uhr) 040/745 80 56

Praxis f. Allg.Med.

mit Schwerpkt. Homöopathie in HH
sucht PraxispartnerIN (Sitz vorhanden);
spätere Übernahme möglich.
Tel. 01573/076 71 46

Pädiatrie

Beliebte Praxis mit überdurchschnittli-
chen Zahlen in HH-Nordost sucht Kol-
legin/en mit KV-Zulassung zur Verstär-
kung.
Zuschr. erb. unter G 8451 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Int. Hausarzt sucht FA
zum Raum/Personal-Sharing** ab so-
fort od. später. Ideal Rheumat./Osteol./
Neurol./Psychiat. Bitte melden unter:
info@dr-s-bettendorf.de

Gastroenterologe

mit umfangreicher klinischer Erfah-
rung, derzeit Oberarzt, sucht Einstieg
in Praxis od. MVZ, ggf. auch halber Sitz
od. Anstellung möglich,
gastro-hh@t-online.de

Fachärztin für Psychiatrie

u. Psychotherapie sucht fachidenti-
sche Praxispartner/-in für Praxisgemein-
schaft nach Praxisverlegung
(Erstbezug/neue, helle, schöne u. ruhi-
ge Räume) in Eppendorf.
Zuschr. erb. unter S 8423 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Nette/r Kollege/in

aus einer anderen Fachrichtung zwecks
Praxisgemeinschaft/Assoziation in Ham-
burg-Eimsbüttel in einer allgemeinmedi-
zischen Praxis gesucht,
Handy: 0171-836 03 25

Praxispartner/-in

für Praxisgemeinschaft in Toplage
S-Bahn Popp./AEZ (Ärztehaus) gesucht.
Fachärztlicher Internist sucht fachiden-
tische od. fachfremde Kooperation.
Zuschr. erb. unter H 8454 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

FÄ für Allgemeinmedizin ab Mitte 2013

zur Mitarbeit (auch in Teilzeit) in haus-
ärztlicher Praxis gesucht. Gutgelaunte
Arbeitsatmosphäre in attraktiver Lage
(HH-Nordwest).
Kontakt: facharztstelle@web.de

FÄ/FA Allg-med. gesucht

für HA-Praxis im Hamburger Westen,
zunächst in Teilzeit-Anstellung, Mög-
lichkeit der späteren Übernahme.
Kontakt: angelika.viezens@gmail.com

KV-Sitz

Augenpraxis sucht KV-Sitz

bzw. Praxis oder Kooperation mit
Augenarztpraxis.
Zuschr. erb. unter R 8421 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Chirurg und Gefäßchirurg

prom., langjähr. Berufserfahrung in ltd.
Pos., ges. Spektrum Gefäßchir. incl. en-
dovaskulär/interventionell, Wundthe-
rapie, Ultraschall incl. Duplex/FCDS,
ambulante OP's, sucht KV-Sitz Chirur-
gie HH und Umgebung.
Zuschr. erb. unter V 8430 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Hausarztpraxis sucht

KV-Sitz für Allgemeinmedizin
zum 01.04.2013 oder später.
Zuschr. erb. unter M 8479 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Fachintern./Kardiologischer
KV-Sitz/Praxis** in HH ges., Kooperation
möglich, Tel. 0173-787 80 50

Internist

sucht fachärztlich internistischen Sitz
in Hamburg.
Zuschr. erb. unter F 8450 an Hamb.
Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie
Vertraulichkeit garantiert.

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

kassensitz-gesucht@gmx.de

KV-Sitz (Forts.)

Orthopäd. KV-Sitz/Praxis
in HH-City gesucht, Kooperation möglich, Tel. 0171-470 47 57

Nervenarzt in HH sucht
einen Kassensitz zur Praxiserweiterung, email: nervenarztsitz@yahoo.de

**Gesucht für MVZ: KV-Sitz/
Praxis Nervenarzt/
Psychiater/Neurologe**
Wir sind kein Klinikkonzern! Schneller, unbürokratischer u. diskreter Ablauf "in gute Hände" garantiert.
Zuschr. erb. unter Y 8435 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

KV-Sitz in Dermatologie
in HH zur Praxiserweiterung gesucht.
Kontakt: derma.praxis@aol.de

Online-Anzeigenannahme:
info@wels-verlag.de

Praxisübernahme/ Praxisabgabe

Gastroenterologe
sucht Praxis zur Übernahme bzw. Kooperation, Tel. 0152-561 841 01
Zuschr. erb. unter E 8449 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Dermatologie-Sitz/Praxis
für HH-City gesucht, Kooperation möglich, Tel. 0171-470 47 57

Praxisabgabe

Praxis/KV-Sitz Pädiatrie
mit hohem Privatanteil im Norden HH an Nachfolger (Übergabetermin variabel) od. MVZ gegen Gebot abzugeben.
Zuschr. erb. unter T 8426 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisnachfolger/in in 2013 gesucht!
Alteingesessene gutgehende
Allgemeinarztpraxis in Lüneburg
abzugeben.
WB-Berechtigung vorhanden.
Zuschr. erb. unter P 8486 an Hamb. Ärzteblatt, PF 761220, 22062 Hamburg

Unfallchirurgische Praxis
in zentraler Lage Hamburgs, aus Altersgründen abzugeben.
Zuschr. erb. unter B 8443 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

**Gr. Int.-Praxis (HH-West)
ab 06/2013 abzugeben**
1000-1500 Scheine, geeignet für Gemeinschaft Hausarzt/Intern./-Allgem.-/Praktik. KV-Sitz erforderlich.
Zuschr. erb. unter C 8445 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

GynPraxis in PxGem.
in nieders. Stadt a.d. Elbe zentral gelegen, günst. Betr.kosten, gutes Arb.klima; Anfang 2014 abzugeben.
Zuschr. erb. unter L 8478 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Infoabend Niederlassung.

Alles, was Sie für Ihre Niederlassung wissen sollten.

Termin: Dienstag, 09.04.2013, um 19.30 Uhr
Ort: MLP-Geschäftsstellen Hamburg I + IV,
Weidestr. 120 b, 22083 Hamburg
Referenten: Uland Grawe, Certified Financial Planner (CFP)
Jens Teipelke, Sparkassenbetriebswirt

Anmeldung erbeten unter:
Tel 040 - 414016 - 0
hamburg4@mlp.de



Finanzberatung, so individuell wie Sie.

Hausarztpraxis in HH abzugeben!
Gutgehende Praxis in zentraler Lage, nächstmöglicher Termin abzugeben!
Zuschr. erb. unter N 8483 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Praxisübernahme

MKG-Praxissitz/Partnersch.
MKG-Chirurg/Pl.OP sucht zwecks Niederlassung Kollegin/en mit Abgabe-, gleichw. Partnerschafts- od. Neugründungswunsch, Raum Hamburg, Schleswig/Holst., Nieders., Hessen.
Zuschr. erb. unter U 8427 an Hamb. Ärzteblatt, Pf. 76 12 20, 22062 HH

Anzeigenschlusstermine Ausgabe 03/2013

Anzeigenschluss für Textteil-
anzeigen:

15. Februar 2013

Anzeigenschluss für
Rubrikanzeigen:

20. Februar 2013

Die Praxisübertragung

Ablauf • rechtliche Grundlagen • Steuerfragen
aus Verkäufer- und Erwerbersicht

Vortragsveranstaltung
Mi., 27.02.2013, 17:00 h
im Ballindamm 35

DITTMAR
MICHELSEN
MOSCH **DMM**

Rechtsanwälte • LLP
T: 040 69 63 51 93 0
E: kontakt@dmm-recht.de
I: www.dmm-recht.de

RUGE & PARTNER

Steuerberater • LLP
T: 040 52 84 03 0
E: info@rugepartner.de
I: www.rugepartner.de

Wir erbitten Ihre (kostenlose) Anmeldung bis zum 25.02.2013 unter kontakt@dmm-recht.de

Praxisräume

Nachmieter gesucht für Büro-/Praxisflächen in Hoheluft
Gewerbefläche zentrale Lage in der Hoheluftchaussee, ca. 204 m², 3. OG, 9 Räume, Empfang, Pentryküche mit Wartebereich, 2 WC, Dachterrasse, thom@vt-falkenried.de

Schöner Therapieraum
zum 01.04.2013 gesucht, gern in Winterhude, Eppendorf o.ä. von netter PPVT@gmx.info

Psychotherapie Winterhude
Biete 2 helle Räume in neuer psychotherapeutischer Praxismgemeinschaft z. Untermiete an Kolleg(inn)en (TP od. Analyse). Renoviert, 2 Toiletten, indiv. Summer u. Türöffner vorhanden, 14,5 / 15,5 qm. Tel. 0170-280 00 63

Hamburg-Schnelsen
Praxisräume Nähe Frohmestraße, ca. 115 m², 1. OG, 1 TG, 1 Stellplatz, zum 01.07.2013 od. später zu vermieten. Zahnarztpraxis im Hause. Tel. 040/48 71 23 u. 0170-193 43 43

Medizinrecht
www.as-law.de
Rechtsanwälte

Zur Erweiterung des Ärztestandortes (6 Praxen) **Langelohstraße im Hamburger Westen** suchen wir ärztliche(n) Kollegin(en) vielleicht

**Neurologen/Psych.
Augenarzt oder HNO-Arzt**

Fläche ab 100 m² zur **Eröffnung einer Praxis oder Zweigpraxis** sind neu und frei zu gestalten

Klaus Meyer · 22607 Hamburg · 040 8660500
europublic@gmx.de

Immobilien

**SCHÖNER WOHNEN IM HERZEN...
...VON HAMBURG-OTTENSEN**

NEUBAU



MODERN & INDIVIDUELL

17 EIGENTUMSWOHNUNGEN,
3 STADTHÄUSER, 1 GEWERBEEINHEIT

Eine Auswahl unserer Angebote:
z.B.:

- gut geschnittene 2-Zi.-Eigentumswohnung, ca. 50 m², 1. OG.
275.000,- EUR
Ideal auch als Kapitalanlage
- helle 3-3,5-Zi.-Eigentumswohnung, ca. 127 m², 3. OG., ca. 25 m² West-Balkon
710.000,- EUR
- familienfreundliche 4-Zi.-Eigentumswohnung, ca. 144 m², 5. OG. ca. 25 m² Dachterrasse
820.000,- EUR
- tolles 4-Zi.-Stadthaus, ca. 178 m² inkl. Keller, Balkon, Terrasse & Garten
795.000,- EUR

www.friedensallee29.de 040 / 41 42 93 60



LEIPE IMMOBILIEN GmbH & Co. KG • Schlüterstraße 14, 20146 Hamburg • info@leipe-immobilien.de

Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxiseinrichtungen

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

Klaus Jerosch GmbH
Tel. (0511) 59 21 77
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
www.jerosch.com



Medizintechnik/Medizinische Geräte

Ultraschall



- TOP-Service
- Neu- und Gebrauchtsysteme namhafter Hersteller
- Ultraschalldiagnostik für alle Fachrichtungen inkl. 4-D Ultraschall
- Herz-Kreislauf-Diagnostik
- Finanzierung

AMT
Abken Medizintechnik

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

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

www.amt-abken.de

info@amt-abken.de

Arztpraxen Ausbau/Neubau

ARCHITEKT

ROIK

**ARZTPRAXEN
AUSBAU/NEUBAU**

KONZEPT - PLANUNG
KOSTEN - LEITUNG

MAX-BRAUER-ALLEE 81
2 2 7 6 5 H A M B U R G
F O N 0 4 0 6 0 9 5 1 9 6 9
F A X 0 4 0 3 2 3 1 8 3 8 2

www.roik-architekt.de
info@roik-architekt.de

An- und Verkauf

Ultraschall GE Logiq P5 Premium

mit 4C- und 9L-Schallkopf, Sony-Drucker DICOM, kompakt, wendig, modernste Technik, SRI-HD, Cross XBeam, 3D-4D-möglich, 4 Jahre alt, top Zustand, VB 12000 EURO,
www.hamburg-diabetes.de

Intervisionsgruppe

Suche Intervisionsgruppe/TP
in Hamburg für regelmäßige Treffen
T.: 43 18 00 46

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Sasel
Di. 14-tägig von 19.30-21.00 h
T.: 603 42 43, www.frank-lippmann.de

Balintgruppe in Altona
Jeden 2. Mittwoch von 20.00-21.30 h,
T.: 431 830 40, www.arnhild-uhlich.de

Ihre Anzeigenabteilung erreichen Sie telefonisch
unter: **040/29 80 03-0**.
Per Mail ist das auch möglich:
info@wels-verlag.de

**WORKSHOP* für Ärztinnen
27. Februar 2013, 17-19 Uhr**

**Selbständig in eigener Praxis?
Wir stellen Lösungen vor...**

Anmeldung:

040 - 572 019 25

www.aerztenetz-hamburg.de



***kostenlos**

Zertifizierte, berufsbegleitende Fortbildung im einzigartigen Rügenambiente:

**Krankenhausbetriebslehre für
ärztliche Führungskräfte**

5 Module à 40 FP - flexibel buchbar
Gesundheits-Akademie-Rügen GmbH
Tel. 03838-392297
info@gesundheits-akademie-ruegen.de www.gesundheits-akademie-ruegen.de



www.westerland-seminar.de

Kurse
**Manuelle Medizin
in der
Sport-REHA-Kiel**

Kurstermine: www.Sport-REHA-Kiel.de
Kontakt: richischunert@gmx.de



Zertifizierte Akupunktur-Kompaktkurse
Psychosomatische Grundversorgung
ÄK-angewandt

22. bis 31.03. Südtürkei, Lara
15. bis 24.11. Spanien, Mallorca

Infos unter: 09331-87400
www.gsa-akupunktur.de

ÄRZTEVEREINIGUNG FÜR MANUELLE MEDIZIN

Ärztseminar Berlin e.V. | Berliner Akademie für Osteopathische Medizin
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)

**Weiter- und Fortbildung
Manuelle Medizin/Chirotherapie in Hamburg**



Einstiegskurs „Extremitäten“ Refresherkurs „Manipulation HWS“
13.04. – 19.04.2013 06.04. – 07.04.2013

Gern senden wir Ihnen unseren Kurskalender zu.

Ärztseminar Berlin (ÄMM) e.V.
Köpenicker Str. 48/49 | 10179 Berlin
www.dgmm-aemm.de

Tel.: +49 (0) 30 52 27 94 40
Fax: +49 (0) 30 52 27 94 42
Mail: info@dgmm-aemm.de

Bücher

**HANDBUCH FÜR DAS HAMBURGER
GESUNDHEITSWESEN
2012**

Seit 65 Jahren wird das Handbuch herausgegeben von der Ärztekammer Hamburg und dem Hanseatischen Werbekontor Heuser & Co.(GmbH & Co.) KG.
Telefon 040 / 525 20 51 Telefax 040 / 525 10 88
E-Mail: hwk.heuser@web.de



Anzeigencoupon

Hamburger Ärzteblatt

Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen und das Textfeld deutlich lesbar ausfüllen. Veröffentlichung in der nächstmöglichen Ausgabe. Der Rechnungsbetrag wird von Ihrem deutschen Konto abgebucht.

- | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stellenangebote | <input type="checkbox"/> Mitarbeit
Praxisgemeinschaft
Assoziationen | <input type="checkbox"/> Praxisabgabe | <input type="checkbox"/> Praxisübernahme | <input type="checkbox"/> KV-Sitz | <input type="checkbox"/> Immobilien | <input type="checkbox"/> Vertretungen | <input type="checkbox"/> Verschiedenes | <input type="checkbox"/> mit Chiffre-Nr.
Gebühr: € 10,- | <input type="checkbox"/> Balint-Gruppe | <input type="checkbox"/> Heirat/Bekannschaft |
|--|---|---------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|

Anzeigen im Fließtext ohne Chiffre: (Mindestgröße 3 Zeilen) € 50,-; **Anzeigen im Fließtext mit Chiffre:** (Mindestgröße 5 Zeilen) € 70,-; **Jede weitere Zeile im Fließtext:** € 12,50; alle Preise zzgl. MwSt.; **erste Zeile 26 Anschläge inkl. Leerzeichen;** jede weitere Zeile 29 Anschläge inkl. Leerzeichen

_____	_____	_____
Name der Bank	Vorname	Name
_____	_____	_____
Bankleitzahl	Straße/Nr.	PLZ/Wohnort
_____	_____	_____
Konto-Nr., Kontoinhaber	Datum/Unterschrift	Telefonnummer tagsüber

Coupon an: Verlag Francis von Wels, Hamburger Ärzteblatt, Marschnerstieg 2, 22081 Hamburg, Fax 040/29800390

Sie sind Spezialist
auf Ihrem Gebiet!
Wir auch.



Kompetenz rund um den Heilberuf.

Beratung mit Branchenwissen:
www.berater-heilberufe.de/Qualifikationen
info@berater-heilberufe.de



2006-2011



KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuer+Unternehmensberatung

Tibarg 54 · 22459 Hamburg · Tel. 040 / 554 994 0

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

Die Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren

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



AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

Herrengraben 3 | D - 20459 Hamburg | Tel.: +49 (0) 40 - 369 633 80
Fax: +49 (0) 40 - 369 633 33 | info@aescutax.net | www.aescutax.net

Wie antworte ich auf eine Chiffre-Anzeige?

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

Beispiel:

Chiffre-Nr. A1234
HAMBURGER ÄRZTEBLATT
Verlag Francis von Wels
Postfach 76 12 20
22062 Hamburg

Wir leiten Ihre Zuschriften umgehend auf dem Postweg
an den Inserenten weiter.
Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns einfach an.

Telefon 040/29 80 03-0

Rechtsanwälte

praxisrecht.de



Raffelsieper & Partner GbR

Hamburg - Berlin - Heidelberg

Spezialisten für alle Rechtsfragen rund um den **Arztberuf**

Beratung für

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

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

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

www.praxisrecht.de • hamburg@praxisrecht.de

Rechtsanwälte • Fachanwälte für Medizinrecht • Fachanwälte für Steuerrecht

Berufsrecht

www.as-law.de

Rechtsanwälte

Bestattungen

Ertel

Beerdigungs-Institut

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

Filialen

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

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

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Samstag, 16. Februar 2013, 9:00 bis 13:00 Uhr

► **Barmbeker Hausärztetag** ⑤*

Wir bieten Einblick in neue Entwicklungen der Gastroenterologie, Radiologie, Urologie und Neurologie, hier insbesondere zu Parkinson und Demenz.

Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1-3 (EG), Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 20. Februar 2013, 16:30 bis 18:00 Uhr

► **Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie** ②*

Vortrag Dr. Yvonne Nestoriuc im Rahmen der Ochsenzoller Vorlesungen zu Psychiatrie und Psychotherapie.

Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Fort- u. Weiterbildung Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Henny-Schütz-Allee 3, Hs. 2, Konferenzraum, 22419 Hamburg
Anmeldung: k.schuemann@asklepios.com

Freitag, 22. Februar 2013, 8:00 bis 17:30 Uhr

► **3. Barmbeker Laparoskopie-Kurs für junge Chirurgen/Chirurginnen** ①*

Asklepios Klinik Barmbek, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Teilnahmegebühr: 50,- €
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarraum 3, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-82 28 19;
E-Mail: b.gorny@asklepios.com

Mittwoch, 27. Februar 2013, 17:00 bis 20:30 Uhr

► **10. Altonaer Neurotag** ③*

Update Neuroonkologie und Vorstellung unseres frisch zertifizierten Kompetenzzentrums Neuroonkologie.

Ort: Asklepios Klinik Altona, Neurozentrum (Neurologie, Neuroradiologie und Neurochirurgie)
Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal (2. OG), Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 11;
E-Mail: u.kehler@asklepios.com

Mittwoch, 13. März 2013, 18:00 bis 20:00 Uhr

► **Iatrogene Verletzungen nach Reanimation** ③*

Vortrag im Rahmen des Hamburger Notfallmedizinischen Kolloquiums.

Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Abt. für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Schmerz- u. Rettungsmedizin
Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Sitzungssaal Hs. J (2. OG), Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg
Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Mittwoch, 27. März 2013, 18:00 bis 20:00 Uhr

► **Interventionelle Kardiologie 2013** ③*

Vorträge und Live-Demonstrationen zu neuen Therapieansätzen u. a. bei KHK und Herzinsuffizienz.

Ort: Asklepios Klinik St. Georg, II. Med. Abteilung – Kardiologie
Ort: Hotel Le Royal Méridien, An der Alster 52-56, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 27. März 2013, 18:00 bis 21:00 Uhr

► **Interaktiver Workshop Rheumatoide Arthritis** ④*

Wir besprechen anhand klinischer Fälle diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

Ort: Asklepios Rheumazentrum Hamburg
Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal (2. OG), Paul-Ehrlich-Str. 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 48 00;
E-Mail: c.moeller@asklepios.com

Freitag, 22. März 2013, 11:30 bis 18:00 Uhr,

Samstag 23. März 2013, 9:00 bis 14:00 Uhr

► **8. Deutscher Psychoedukations-Kongress** ⑭*

Wir vermitteln einen umfassenden Überblick über aktuelle psychoedukative Interventionsmöglichkeiten und bieten Workshops zu verschiedenen Themen an.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation, Asklepios Westklinikum Hamburg, Universität Hamburg, Asklepios Ärzteakademie Hamburg
Kongressgebühr: zwischen 65,- und 150,- €, Workshops je 25,- €
Ort: Universität Hamburg
Anmeldung unter E-Mail: info.aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 24. April 2013, 8:00 bis 17:45 Uhr,

Donnerstag, 25. April 2013, 8:00 bis 17:45 Uhr,

Freitag, 26. April 2013, 8:00 bis 14:00 Uhr

► **Hamburg-Harburger Ultraschallkurse, Ultraschall-Abschlusskurs/Refresherkurs** ⑩*

Asklepios Klinik Harburg, Abt. Diagnostische und interventionelle Radiologie in Kooperation mit dem Arbeitskreis Sonographie Hamburger Internisten (ASHI)

Teilnahmegebühr: 300,- € (inkl. Mittagessen)
Ort: Asklepios Klinik Harburg, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg, Medienzentrum, Haus 6, 3. OG
Begrenzte Teilnehmerzahl. Anmeldung erforderlich.
Fax: (0 40) 18 18-85 25 44; E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

*Fortbildungspunkte

Nähere Informationen: www.asklepios.com/aerzteakademie