

03•15

10. März · 69. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 20

Elektronische Gesundheitskarte

Das Mammut-Projekt
kommt per E-Health-Gesetz

Forum Medizin | 26

Teure Hepatitis-C-Therapie

Ärzte stehen vor dem
Problem der Priorisierung

Forum Medizin | 32

Diabetisches Fußsyndrom

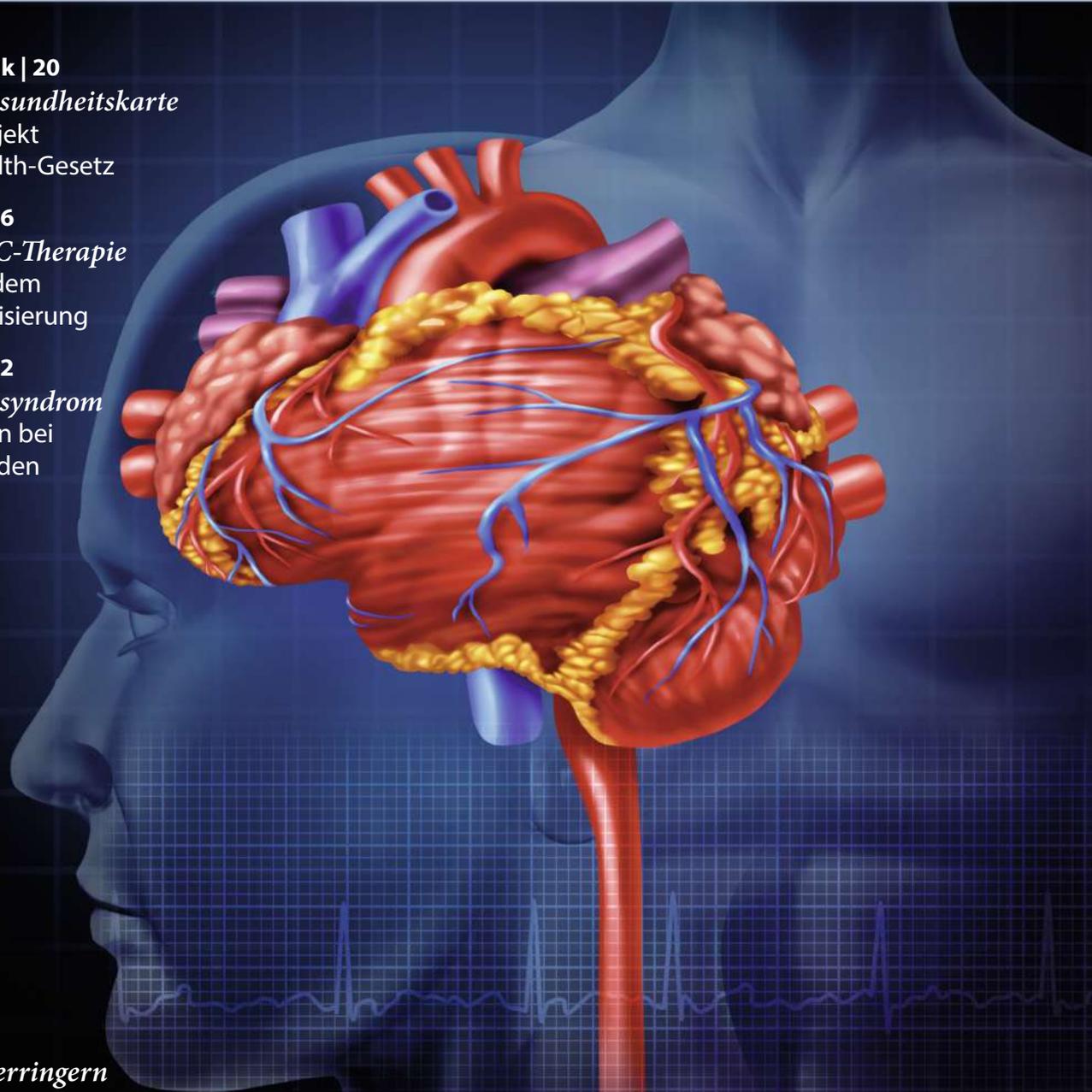
Einsatz von Maden bei
chronischen Wunden

Das Thema | 12

Blutungsrisiko verringern

Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern

Anwendungsalgorithmen für die medikamentöse Behandlung,
abgeleitet aus aktuellen Studiendaten und Leitlinien



Schon gewusst?

Spitzensportler vertrauen Asklepios



Sportliche Höchstleistungen können nur von gesunden Athletinnen und Athleten erreicht werden. Die medizinische Versorgung von Spitzenathleten stellt besondere Anforderungen an alle Betreuer im Team, seien es die Trainer und Trainingswissenschaftler oder die Physiotherapeuten, Ärzte und Ernährungsberater.

Seit mehr als vier Jahren ist Asklepios exklusiver Hauptsponsor des Olympiastützpunktes Hamburg/Schleswig-Holstein und hat die Förderung des Leistungssports durch zahlreiche Maßnahmen und Initiativen kontinuierlich und nachhaltig geprägt und weiter ausgebaut.

Offizieller Hauptsponsor

**OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN**



Institut für Sportmedizin & Prävention

Das Institut für Sportmedizin und Prävention bietet Hochleistungssportlern ebenso wie Freizeitsportlern fundierte sportmedizinische Untersuchungen und sportartenspezifische Beratungen, insbesondere im Erkrankungs- und Verletzungsfall, aber auch bei leistungsphysiologischen Fragestellungen. Hierfür stehen modernste Diagnostik, Therapieverfahren und Analysegeräte in neuen Räumlichkeiten der Asklepios Klinik St. Georg zur Verfügung.

Telefonische Anmeldung: (0 40) 18 18-85 32 00



HKK 35: Sportmedizin



Termin jetzt vormerken:
**Hanseatische
Klinikkonferenzen
„Sportmedizin“**
18. April 2015

Am 18. April 2015 findet die nächste Fortbildungsreihe der Hamburger Asklepios Kliniken zum Thema Sportmedizin im Museum für Völkerkunde statt. Nur hier haben Sie die Gelegenheit, die Experten nahezu aller in Hamburg relevanten klinischen Fachabteilungen zu treffen.

Die Teilnahme ist kostenlos.

Sie wollen mehr über uns erfahren?

www.facebook.com/asklepioskliniken oder www.asklepios.com

Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing, Rübenkamp 226, 22307 Hamburg

 **ASKLEPIOS**

Gemeinsam für Gesundheit



Prof. Dr. Christian Arning
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

„Solange die Möglichkeiten der Therapie unbefriedigend sind, ist Prävention unverzichtbar.“

Prävention: anspruchsvolle ärztliche Aufgabe

Prävention als ärztlicher Auftrag klingt zunächst nicht sehr spannend. Solange Menschen gesund sind und die vorbeugend durchgeführte Diagnostik unauffällig bleibt, können wir Ärzte nicht viel mehr tun, als unseren Patienten das empfehlen, was sie ohnehin schon wissen: gesunde Lebensweise und Ernährung und regelmäßige Bewegung.

Eine wirkliche Herausforderung ist aber der Umgang mit pathologischen Befunden, die zufällig oder in der Vorsorgeuntersuchung festgestellt werden. Hier können uns asymptomatische Befunde mit wirklichem Krankheitswert begegnen, etwa eine Karotisstenose oder ein Aneurysma der Hirnbasisarterien. Die Therapie solcher Befunde ist jedoch mit einem relevanten Risiko verbunden: Bei manchen Patienten führt die prophylaktische Behandlung zum Schlaganfall, der durch den Eingriff ja gerade verhindert werden soll.

Deshalb wird, wenn ein Patient sich ganz gesund fühlt, die Indikation zu einer mit Risiken verbundenen präventiven Behandlung nicht leicht gestellt. Die Therapieentscheidung hängt ab von der genauen Analyse des Befunds, z. B. bei der Karotisstenose vom exakten Stenosegrad, außerdem von der wissenschaftlichen Datenlage sowie von Lebensalter, Lebenserwartung und Begleiterkrankungen. Nicht zuletzt ist der Wunsch des Patienten nach mehr oder weniger aktivem Handeln zu berücksichtigen: Für manche Menschen ist ein Leben unter dem Schwert des Damokles unerträglich, andere haben Gottvertrauen und möchten lieber abwarten. Deshalb ist die Beratung bei asymptomatischem Befund für die Ärztin oder den Arzt eine höchst anspruchsvolle Aufgabe und kostet Zeit. Betroffene Patienten müssen ihren Ärzten vertrauen, dass sie so beraten werden, wie Ärzte selbst behandelt werden möchten. Die Zweit- oder Drittmeinung hilft nur begrenzt, Patienten benötigen am Ende allein eine Ärztin oder einen Arzt, die sie vor der Therapieentscheidung abschließend beraten.

Die ärztliche Aufgabe, zwischen Erkrankungs- und Therapierisiko jeweils den Weg mit dem geringsten Risiko zu finden, gilt auch für die Behandlung mit Medikamenten. Die Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern ist hier ein gutes Beispiel, denn wir kennen alle den Schlaganfall durch kardiogene Embolie und die Hirnblutung unter Marcumar®. Zur Antikoagulantientherapie gibt es viele neue Daten, allerdings sind die Informationen, die wir erhalten, nicht immer industrieunabhängig, und die Empfehlungen der Fachgesellschaften decken sich nicht mit denen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Der Beitrag von Prof. Dr. Martin W. Bergmann (S. 12) fasst die wichtigsten Daten und Informationen zu diesem Thema zusammen und geht auch auf den Vorhofohrverschluss als Alternative zur Antikoagulantientherapie ein.

Prävention ist unverzichtbar, gerade auch zur Vorbeugung des Schlaganfalls, denn die Lysetherapie des ischämischen Schlaganfalls ist bei einer „number needed to treat“ von neun im Drei-Stunden-Fenster und einer Lyserate von 40 Prozent (es gibt ja zahlreiche Kontraindikationen) nur bei einem von 22 Patienten tatsächlich erfolgreich. Bei früherem Therapiebeginn sind die Ergebnisse besser, aber auch nicht immer gut. „Der beste Schlaganfall ist der, der gar nicht erst entsteht“, schrieb der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Deshalb dürfen wir bei der Prävention nichts versäumen!

Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

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

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

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

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

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

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

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

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

patientenberatung@aekhh.de

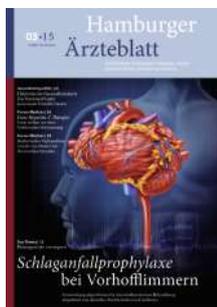
www.patientenberatung-hamburg.de

03 · 15

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Martin W. Bergmann, Cardiologicum Hamburg, stellt aktuelle medikamentöse Behandlungsoptionen zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern vor (Seite 12). **Dirk Berzow**, Praxis für Infektiologie und Tropenmedizin, schreibt über DAA (Directly Acting Antivirals) der neuen Generation, die Hepatitis C heilen können. Doch die Therapie ist teuer, und Ärzte stehen vor dem Problem der Priorisierung (Seite 26). **Anastasia Tsaklakidis**, Asklepios Klinikum Harburg, erklärt, warum bei akuten vaskulären Syndromen immer auch an eine Aortendissektion gedacht werden sollte (Seite 30).



Das Thema

- 12 **Medikamentöse Therapie**
Schlaganfallprophylaxe
bei Vorhofflimmern.
Von Prof. Dr. Martin W. Bergmann

Service

- 6 Gratulation
8 In memoriam
9 Verlorene Arzttause
9 Gefunden
11 Bibliothek
24 Terminkalender
29 Sono-Quiz
35 Sicher verordnen
36 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Nachruf: Dr. Lutz Reichel · Seemannsambulanz gehört jetzt zum Krankenhaus Groß-Sand · Dr. Martini-Preis: Auszeichnung für fünf Nachwuchswissenschaftler · Dr. Wietholt übernimmt Kardiologie und Pneumologie der AK Wandsbek · Pflegemanagement-Award 2015 geht an Janina Colmorgen
News · „Gesund macht Schule“ sucht Patenärzte · Workshop zum Thema „Frühe Hilfen“: Erfolgsschlüssel Kooperation · Leserbrief zu „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ · Neues aus der Wissenschaft: Diabetische Neuropathie durch rasche Blutzucker-Optimierung

Gesundheitspolitik

- 18 **335. Delegiertenversammlung** · Wahlen nach der Wahl. Von Sandra Wilsdorf
20 **E-Health** · „Elektronische Gesundheit“ kommt per Gesetz. Von Dr. Silke Lüder

Forum Medizin

- 22 **Jugend gegen Aids** · Die junge Generation macht es selbst. Von Vera Bungarten, Marlon Jost
26 **Hohe Erfolgsquoten** · Hepatitis C – Heilung für alle? Von Dirk Berzow
30 **Der besondere Fall** · Unerwartete Aortendissektion. Von Anastasia Tsaklakidis, Dr. Peter Siemens, Dr. Hanne Karen Warnk, Dr. Harald Daum, Prof. Dr. Walter Gross-Fengels
32 **Bild und Hintergrund** · Maden – bewährte Waffen im Kampf gegen chronische Wunden. Von Dr. Nadine Salis, Dr. Holger Lawall
34 **Schlichtungsstelle** · Fortbestehende Symptome. Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Jochen Gille
36 **Der blaue Heinrich** · Die Kernfrage: Was tun mit bedeutenden Patienten? Von Dr. Irmgard Hierdeis

Mitteilungen

- 37 **Ärztchamber Hamburg** · 336. Sitzung der Delegiertenversammlung · Besetzung von Ausschüssen
37 · 39 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Verträge der KV · Arbeitskreise
Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: RSD Reise Service Deutschland; Teilbeilage (Krankenhausärzte): Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 21.03. **Dr. med. Johannes Gluth**
Facharzt für Chirurgie

zum 85. Geburtstag

- 19.03. **Prof. Dr. med. Franz Schulte**
Facharzt für Kinder-
und Jugendmedizin

zum 80. Geburtstag

- 16.03. **Prof. Dr. med. Heinz-Peter Leichtweiß**
Arzt
- 25.03. **Prof. Dr. med. Hans-Peter Heilmann**
Facharzt für Radiologie

zum 75. Geburtstag

- 17.03. **Dr. med. Jost Fischer**
Facharzt für Innere Medizin
- 17.03. **Dr. med. Dirk Strüven**
Facharzt für Augenheilkunde
- 21.03. **Dr. med. Deniz Uyak**
Facharzt für Innere Medizin
- 30.03. **Dr. med. Horst Pantenburg**
Facharzt für Innere Medizin
- 01.04. **Dr. med. Hedwig Dürr**
Praktische Ärztin
- 07.04. **Dr. med. Horst-Peter Jagella**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 09.04. **Dr. med. Rolf-Dietrich Jänz**
Facharzt für Urologie
- 11.04. **Dr. med. Hedwig Greiner**
Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin

zum 70. Geburtstag

- 17.03. **Dr. med. Rudolf Albiez**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 17.03. **Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Stein**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- 18.03. **Dr. med. Jutta Wernicke-Lues**
Fachärztin für Psychiatrie
- 19.03. **Dr. med. Wolfgang Rebien**
Facharzt für Kinder-
und Jugendmedizin
- 21.03. **Dr. med. Ursula Linn**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 21.03. **Rainer Schicht**
Facharzt für Innere Medizin
- 23.03. **Dr. med. Heiko Grimpe**
Facharzt für Innere Medizin
- 24.03. **Dr. med. Angelika Heege**
Ärztin
- 24.03. **Dr. med. Dieter Lange**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 24.03. **Dr. med. Juri Nowikow**
Facharzt für Lungen- und
Bronchialheilkunde
- 24.03. **Dr. med. Wolfgang Weber**
Facharzt für Innere Medizin
- 26.03. **Doktor-i pezeski / Univ. Mashad Khosrow Hasani**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Nachruf Dr. Lutz Reichel, Facharzt für Innere Medizin und langjähriger Vorsitzender der Qualitätskommission Ultraschall der KVH, ist verstorben.

Richtungsweisend in der Sonografie

Den beiden älteren Brüdern nachzueifern, die Medizin studierten, erschien dem jungen Lutz Uwe Reichel, gerade der Schule entwachsen, wohl doch zu konform. Geboren am 14. Juni 1948 in Göttingen, aufgewachsen in Seesen, entschied er sich für Jura, ein Fach, das er nach kurzer Zeit mit dem ersten Staatsexamen abschloss, das ihn aber nicht fürs ganze Leben fesseln sollte.



Dr. Lutz Reichel

Eine gewisse familiäre Disposition, ein „medizinisches Gen“, kämpfte sich nun doch ans Tageslicht: Reichel entschied, sein Leben der Medizin und erkrankten Menschen zu widmen. Er studierte in Göttingen, promovierte 1976, erhielt 1977 seine Approbation; die Weiterbildung führte ihn nach Erlangen an eine Klinik, die führend war auf den Gebieten der Endoskopie, Gastroskopie und Koloskopie. Er wurde Facharzt für Innere Medizin, sein Mentor, Prof. Dr. Harald Th. Lutz, ein Pionier auf dem Gebiet des Ultraschalls, führte ihn in die faszinierende Welt dieser Diagnose-Technik ein, die fortan seine medizinische Laufbahn prägen sollte.

1985 wechselte Reichel nach Hamburg und stieg als Partner in die Praxisgemeinschaft HOPA (Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona) ein, wo er sich – nach einem Studienaufenthalt in St. Gal-

len – auf die Behandlung von Krebspatienten spezialisierte. „Lutz Reichel“, so erinnert sich der Ehrenvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Dr. Michael Späth, „hat in Hamburg Maßstäbe gesetzt, indem er die neuesten Erkenntnisse der Sonografie mit der Onkologie verband und ständig weiterentwickelte. Hier war er federführend, und andere folgten ihm.“ Hierzu zählte für ihn auch, sich für die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der medizinischen Leistung einzusetzen und sein Wissen – zum Wohl der Patienten – an Kollegen weiterzugeben: 27 Jahre lang, von 1987 bis 2013, stand er der Qualitätskommission Ultraschall der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vor. „Das ist eine ganz große Leistung und ein beeindruckendes Engagement für die ärztliche Selbstverwaltung“, so Späth. Bis 2013 war Dr. Lutz Reichel als Arzt tätig. Er liebte Kunst, Musik und weite Reisen. Am 4. Januar 2015 ist er in Hamburg gestorben.

Dr. phil. Jochen Kriens, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Seemannsambulanz gehört jetzt zum Krankenhaus Groß-Sand



Dr. Jan-Gerd Hagelstein

Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand ist um eine Abteilung reicher: Die Seemannsambulanz, bisher externe Praxis des Allgemeinmediziners Dr. Jan-Gerd Hagelstein in den Räumen des Krankenhauses, ist seit Januar Teil der Klinik. „Von der Integration der Seemannsambulanz in das Krankenhaus verspreche ich mir eine noch effektivere Betreuung erkrankter Seeleute – weil alle erforderlichen Schritte aus einer Hand gewährleistet werden“, so Hagelstein, in Hamburg und im Hafen seit Langem als „Hausarzt der Seeleute“ bekannt. Insbesondere im Falle komplexer Erkrankungen, bei denen verschiedene Fachrichtungen gefragt sind, können Diagnostik und Therapie in Kooperation mit den anderen Abteilungen des Hauses zeitnah und auf kurzem Weg realisiert werden. | *häß*



Von links: Dr. Matthias Reeh, Dr. Faik G. Uzunoglu, Dr. Benno Kreuels, PD Dr. Dominic Wichmann, Dr. Diego Sepulveda-Falla, Wissenschaftssenatorin Dr. phil. Dorothee Stapelfeldt, Prof. Dr. Ansgar W. Lohse, Vorsitzender des Kuratoriums der Dr. Martini-Stiftung und Direktor der I. Medizinischen Klinik des UKE

Dr. Martini-Preis UKE-Forscher wurden im Februar geehrt.

Auszeichnung für fünf Nach Nachwuchswissenschaftler

Fünf Nachwuchswissenschaftler des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sind Mitte Februar im Beisein von Wissenschaftssenatorin Dr. phil. Dorothee Stapelfeldt mit dem Dr. Martini-Preis 2015 ausgezeichnet worden. Den ersten Preis erhielt Dr. Diego Sepulveda-Falla für seine Arbeit über die krankheitsauslösenden Mechanismen bei der erblichen Alzheimer-Krankheit. Den zweiten Preis teilen sich die Chirurgen Dr. Faik G. Uzunoglu und Dr. Matthias Reeh für ihre Forschung zu Risikofaktoren bei Bauchspeicheldrüsenoperationen sowie die Infektiologen Dr. Benno Kreuels und PD Dr. Dominic Wichmann für ihren Fallbericht über den im UKE behandelten Ebola-Patienten. Der Dr. Martini-Preis wird jedes Jahr am 12. Februar, dem Todestag des Mediziners Dr. Erich Martini, verliehen. Die diesjährige Dotierung von 5.000 Euro verteilt sich auf den ersten (3.000 Euro) und den geteilten zweiten Platz (jeweils 1.000 Euro).

Dr. Diego Sepulveda-Falla und Kollegen vom Institut für Neuropathologie des UKE erforschen den Krankheitsmechanismus der seltenen erblichen Variante von Alzheimer. Sie konnten bei Patienten mit familiärem Alzheimer erstmals den Zusammenhang zwischen Störungen in der Bewegungskoordination und Schädigungen im Kleinhirn demonstrieren. Letztere sind auf eine Genmutation zurückzuführen, welche die Funktion der Mitochondrien sowie den Kalziumhaushalt in den Nervenzellen des Kleinhirns beeinträchtigt. Mit ihren Erkenntnissen sind die Wissenschaftler neuen Therapieoptionen einen Schritt näher gerückt.

Dr. Faik G. Uzunoglu und **Dr. Matthias Reeh** von der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des UKE entwickelten und validierten eine Methode, mit der erstmals anhand von rein präoperativ erhebbaren Faktoren das Risiko eines Pankreaseingriffs für den Patienten individuell bestimmt werden kann. Eine möglichst genaue Erfassung des individuellen OP-Risikos verbessert künftig möglicherweise die chirurgische und intensivmedizinische Therapieplanung und erlaubt so, das Vorkommen von Komplikationen und Sterblichkeitsraten in der Pankreaschirurgie weiter zu senken.

Während der jüngsten Ebola-Epidemie in Westafrika wurde ein infizierter Mitarbeiter der WHO zur weiteren Versorgung ins UKE gebracht. **Dr. Benno Kreuels** von der I. Medizinischen Klinik und **PD Dr. Dominic Wichmann** von der Klinik für Intensivmedizin des UKE beschreiben in ihrem Fallbericht neben der Heilung durch klassische intensivmedizinische Verfahren erstmals den klinischen und laborchemischen Verlauf einer schweren Ebola-Erkrankung mit zahlreichen Komplikationen. Ihre Erkenntnisse, insbesondere über das Risiko einer durch multiresistente Keime ausgelösten Blutvergiftung bereits nach Abklingen der eigentlichen Ebola-Infektion, könnte auch die Behandlung in den Epidemiegebieten verbessern. | *häv*

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 27.03. **Dr. med. Rolf-Dietrich Staud**
Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
- 02.04. **Dr. med. Uwe Klemm**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 06.04. **Elke Kleinwächter**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 09.04. **Dr. med. Gabriele Hartmann**
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 09.04. **Dr. med. Gerald Stein**
Facharzt für Chirurgie
- 12.04. **Dr. med. Eckhard von Bock und Polach**
Facharzt für Innere Medizin
- 13.04. **Prof. Dr. med. habil. Klaus Rudolf**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.04. **Matthias Plieninger**
Facharzt für Innere Medizin

zum 65. Geburtstag

- 16.03. **Dr. med. Dieter Radloff-Abeler**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 17.03. **Dr. med. Beate Martius**
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 18.03. **Dietmar Lorenz**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 19.03. **Irene Görtitz**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 20.03. **Dr. med. Volker Hartmann**
Facharzt für Pathologie
- 23.03. **Claus Oldenburg**
Facharzt für Innere Medizin
- 23.03. **Dr. med. Werner Ziltz**
Facharzt für Radiologie
- 25.03. **Dr. med. Bernd Goth**
Facharzt für Chirurgie
- 25.03. **Eva Melichar**
Ärztin
- 25.03. **Dr. med. Claus-Peter Möller**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 29.03. **Marianna Kotlarz**
Fachärztin für Chirurgie
- 31.03. **Peter Jamka**
Arzt
- 31.03. **Dr. med. Gerhard Weth**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 02.04. **Dr. med. Fränze Winter**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 03.04. **Dr. med. Fridolin Burkhardt**
Praktischer Arzt
- 03.04. **Salih Erdur**
Facharzt für Orthopädie
- 04.04. **Dr. med. Carsten Timm**
Facharzt für Orthopädie
- 06.04. **Dr. med. Peter Wilde**
Facharzt für Orthopädie

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 10.04. **Jochen Puttfarcken**
 Facharzt für Mikrobiologie
 und Infektionsepidemiologie
- 11.04. **Dr. med. Gisela Adam**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 14.04. **M.D. /Kabul Univ.**
Narinder Goswami
 Praktischer Arzt

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

In memoriam

Dr. med. Lothar Darda
 Arzt
 *13.01.1938 † 30.12.2014

Prof. Dr. med. Klaus Böhme
 Facharzt für Nervenheilkunde
 *04.10.1935 † 12.01.2015

UKE: Befragung zur Einnahme von Benzodiazepinen

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Studie zu den Ursachen und Gründen für die Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen möchte das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf niedergelassene Mediziner befragen. Diese Gespräche finden entweder in Einzelinterviews (60 Minuten) oder als Gruppendiskussion (90 Minuten) statt. Der Aufwand für ein Einzelinterview in der eigenen Praxis wird mit 120 Euro, die Teilnahme an einer Fokusgruppe mit 220 Euro vergütet.

Bei Fragen zum geplanten Vorhaben oder Interesse an einer Teilnahme können Sie sich jederzeit telefonisch oder per E-Mail wenden an: Dr. Silke Kuhn, Dipl.-Psych., Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Martinistr. 52, Tel. 74 10-579 05, E-Mail: skuhn@uke.de | [## Dr. Wietholt übernimmt Kardiologie und Pneumologie der AK Wandsbek](http://hab</p>
</div>
<div data-bbox=)



Dr. Dietmar Wietholt

Ende des vergangenen Jahres hat Dr. Dietmar Wietholt die Leitung der Abteilung für Kardiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin der Asklepios Klinik Wandsbek übernommen. Der aus Aachen stammende Internist und Kardiologe war zuvor über zehn Jahre lang Chefarzt für den gleichen Bereich im Klinikum Uelzen, von 2004 bis 2014 auch dessen Ärztlicher Direktor. Wietholt hat in Essen, Köln, Göttingen, Berlin und Münster studiert. Im begleitenden Grundstudium hatte er sich den Fächern Philosophie, Psychologie und Sozialwissenschaften gewidmet. Neben der Promotion hat Wietholt sich wissenschaftlich über 16 Jahre mit der Rhythmologie und Herzinsuffizienz befasst und neben mehreren Publikationen ein Lehrbuch zur Aggregattherapie sowie zwei Patente veröffentlicht.

Während der Weiterbildung zum Internisten und Kardiologen war er in den Universitätskliniken Lübeck und Münster, an der Stanford University (USA) und am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg tätig, bevor er 2000 (bis 2004) als Oberarzt ans Unfallkrankenhaus Berlin wechselte. | [Münster, an der Stanford University \(USA\) und am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg tätig, bevor er 2000 \(bis 2004\) als Oberarzt ans Unfallkrankenhaus Berlin wechselte. | \[## Patenärzte für Schulen gesucht\]\(http://hab</p>
</div>
<div data-bbox=\)](http://hab</p>
</div>
<div data-bbox=)

Für das Präventionsprogramm „Gesund macht Schule“ an Grundschulen werden Patenärzte gesucht. In den Stadtteilen Billstedt „Am Schlemer Park“, Jenfeld „Charlottenburger Straße“ sowie Rahlstedt „Am Sooren“ warten Grundschulkinder, Lehrer und Eltern auf engagierte Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich Schulen bei Gesundheitsthemen unterstützen möchten. Bei diesem gemeinsam von Ärztekammer Hamburg und AOK Rheinland/Hamburg angebotenen Präventionsprogramm stehen Ärzte als Ansprechpartner zur Verfügung, sie beraten Lehrer, begleiten Elternabende oder gehen mit in den Unterricht. Kontakt: Pressestelle der Ärztekammer Hamburg, Tel. 20 22 99-200 oder per E-Mail: presse@aekhh.de | [## Pflegemanagement-Award 2015 geht an Janina Colmorgen](http://dk</p>
</div>
<div data-bbox=)



Janina Colmorgen

Janina Colmorgen, pflegerische Leitung des Zentrums für Innere Medizin (seit 1. Januar 2015) sowie der Klinik für Dermatologie und der Klinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), ist vom Bundesverband Pflegemanagement mit dem Pflegemanagement-Award 2015 ausgezeichnet worden. Der Preis ehrt Nachwuchsführungskräfte, die sich engagiert, kreativ und kompetent für die Stärkung der Pflege einsetzen und dabei das Wohl des Patienten im Zentrum ihres Handelns sehen.

Colmorgen war auch dreieinhalb Jahre pflegerische Stationsleitung auf der Schlaganfallspezialstation „Stroke Unit“ im Kopf- und Neurozentrum des UKE. Peter Bechtel, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Pflegemanagement überreichte den Preis im Rahmen der Jubiläumsveranstaltung „20 Jahre Kongress Pflege“ in Berlin. | [© Asklepios Klinik Wandsbek; UKE; Fotolia - Cello Armstrong Tomaschoff](http://hab</p>
</div>
<div data-bbox=)

Veranstaltung zum Thema „Frühe Hilfen“ in der Ärztekammer.

Erfolgsschlüssel *Kooperation*

Das Programm „Guter Start für Hamburgs Kinder“ des Landeskonzepts „Frühe Hilfen Hamburg“ will vor allem junge Familien in Belastungssituationen unterstützen. In allen Hamburger Bezirken sollen dabei Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitsbereichs eng miteinander arbeiten. Dazu zählen auch Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen, Hausärzte und Psychotherapeuten.

Bei der Veranstaltung „Frühe Hilfen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe stärken“ am Mittwoch, 15. April 2015, von 13 bis 18 Uhr in der Ärztekammer Hamburg, Weidestr. 122 b, geht es um folgende Fragen: Wie kann man trotz unterschiedlicher Arbeitsweisen und -zeiten gut zusammenwirken? Welches sind die Chancen der Zusammenarbeit? Wo liegen die Grenzen? Es werden positive Erfahrungen vorgestellt, z. B. interdisziplinäre Fallreflexionen, die in Baden-Württemberg gemacht wurden. Dort wurden im Rahmen der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ lokale Angebote „Früher Hilfen“ mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln vernetzt. Die Veranstaltung soll zur Entwicklung geeigneter Instrumente für eine nachhaltige Kooperation beitragen. Veranstalter sind Ärztekammer Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) und Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG). Information und Anmeldung bei der HAG unter Tel. 288 03 64-0, Fax: 288 03 64-29 oder www.hag-gesundheit.de.

Hinweis: Am 27. April 2015 findet in Frankfurt am Main das Gründungssymposium der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Gesundheit & Frühe Hilfen statt. Sprecher der BAG ist Dr. Sönke Siefert, Chefarzt und Gründer der Stiftung SeeYou in Hamburg. Eingeladen sind Personen und Institutionen, die Interesse am Ausbau der systematischen Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und den Angeboten der „Frühen Hilfen“ haben. Weitere Informationen unter www.bag-gufh.seeyou-hamburg.de. | *háb*



Die Initiative „Guter Start für Hamburgs Kinder“ unterstützt Familien in Belastungssituationen

Verloren

B 4488 Dr. med. Susanne Holst
25.09.2000

B 8863 Dr. med. Bele Inés Jakisch
07.06.2005

C 7100 Dr. med. Stefan Mees
08.07.2013

Dr. med. Caroline Schönberger
Bayerische LÄK

C 4010 Julia Siemer
17.11.2010

C 9112 Arne Johannes Scholl
23.12.2014

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

Gefunden

*Chefs, die Humor zeigen,
können punkten ...*

In Krankenhäusern soll ja viel gelacht werden, sei es aus echter Erheiterung oder weil man eine Portion Galgenhumor braucht. Die Frage ist: Wie kommt es an, wenn Führungskräfte Witze reißen? Die Psychologen Alexander Pundt und Felicia Herrmann von der Universität Mannheim befragten 152 Versuchspersonen zu ihrer Beziehung zu ihren Vorgesetzten und deren Humor. Gar nicht gut schneiden Führungskräfte ab, wenn sie einen Mitarbeiter nicht leiden können, und Humor nutzen, um ihn zu verspotten. Zugewandte Chefs, die es mögen, „andere zum Lachen zu bringen“, erhielten viele Sympathien. Mitarbeiter bewerteten die Beziehung zu diesem Vorgesetzten als positiv. Heißt: Sie können getrost weiter Arztwitze erzählen, auch wenn die Pointe danebengeht; die gute Absicht zählt ... | *sh*

Ausstellung und Vorträge im UKE über Psychiatrie

Von April bis Juli bzw. Oktober 2015 widmet sich das Medizinhistorische Museum Hamburg in einer Ausstellung und einer Vortragsreihe dem Verhältnis von „Wahnsinn, Psychiatrie und Raum“. Informationen unter www.uke.de/institute/geschichte-medizin (auf „Medizinhistorisches Museum“ klicken). | *háb*



Verkaufsverbot für Alkohol reduziert Klinikaufenthalte

Infolge des nächtlichen Alkoholverkaufsverbots in Baden-Württemberg ist die Zahl der alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach sogenanntem Komasaufen um sieben Prozent gesunken. Bei älteren Erwachsenen hat die im Jahr 2010 in Kraft getretene Regelung hingegen keine Auswirkungen. Das haben Forscher des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) und des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) in einer groß angelegten Studie herausgefunden. Die Forscher werteten dafür eine 70-Prozent-Stichprobe aller Krankenhauseinlieferungen in Deutschland für die Jahre 2007 bis 2011 aus (Krankenhausaufenthaltsstatistik). Allein fürs Jahr 2011 analysierten sie Daten von 13 Millionen Krankenhausaufenthalten. Durch den Vergleich mit anderen Bundesländern konnten sie generelle Veränderungen im Alkoholkonsum herausrechnen und auch wirtschaftliche und demografische Veränderungen in den einzelnen Bundesländern berücksichtigen.

Laut Statistischem Bundesamt ist die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die mit der Diagnose akuter Alkoholrausch im Krankenhaus behandelt worden sind, rückläufig, teilt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit. 2013 wurden bundesweit 23.267 Zehnbis 19-Jährige stationär aufgenommen – das entspricht einem Rückgang von 12,8 Prozent gegenüber 2012. | *häv*

Literarische Matinee im April

Der Ärztliche Kulturkreis lädt ein zu einer Literarischen Matinee am Samstag, den 11. April 2015, um 11 Uhr im Heine-Haus an der Elbchaussee 31 (S-Bahnhof Altona, Bus M15 bis Rothestraße). Es begrüßt Sie Dr. Hanno Scherf vom Vorstand des Vereins Heine-Haus. Es lesen Dr. Katrin Wehmeyer-Münzing, Dr. Petra Gebhardt, Dr. Claus Dreessen und Dr. Volker Maaßen. Anschließend gibt es bei einem Glas Wein Gelegenheit zu persönlichem Gespräch und Austausch. Anmeldung und Information bei Dr. Angelika Heege, Tel. 790 87 13, E-Mail: angelika-heege@t-online.de. | *häv*

LESERBRIEF

Hamburger Ärzteblatt 02/15, S. 18ff.

Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Herzlichen Dank den Autoren, dass sie das Thema präsentiert, der Redaktion, dass sie das Manuskript publiziert haben.

Dem Plädoyer, nach reiflicher Prüfung, „bei gesichert ausweg- oder hoffnungslosen Situationen“, eingebunden in eine persönliche Arzt-Patient-Beziehung, aber zusätzlich überprüft „von Personen (hier wäre zu hinterfragen: Würde da nicht eine weitere Person ausreichen?)...“, die nicht in den bisherigen Krankheitsprozess involviert sind“, unter der Voraussetzung seiner „uneingeschränkten Urteilsfähigkeit“ und sofern der Patient nicht fremdbestimmt ist, unter ärztlicher Hilfe den Suizid zu ermöglichen, kann ich zustimmen.

Das Papier bedarf der Ergänzung, dass es nicht nur der Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung, sondern auch der besseren Erkennung und Behandlung der Altersdepression, stärkster Risikofaktor für Suizidwünsche Älterer, bedarf. Aktuelle Vorschläge dazu werden in dem Memorandum der AG „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) 2015 gemacht (Exemplare kostenlos beim Autor).

Ich bin darüber hinaus der Meinung, dass das Votum des Deutschen Ethikrats und der Beschluss der Ärztekammer Berlin, beide im Dezember 2014, wonach im Ausnahmefall eine Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes möglich sein sollte, zu einer neuen Diskussion auf Landes- und Bundesebene führen sollte.

Dr. Claus Wächtler, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie mit Schwerpunkt seelische Störungen im Alter, E-Mail: mail@claus-waechter.de



Neues aus der Wissenschaft

Diabetische Neuropathie durch rasche Blutzucker-Optimierung

Die gute Blutzuckereinstellung gilt als wichtigste Maßnahme zur Prophylaxe der diabetischen Neuropathie. Die schnelle Normalisierung des Stoffwechsels kann aber genau das Gegenteil bewirken. Gibbons und Freeman beschrieben bereits 2010 die therapieinduzierte diabetische Neuropathie (TIND), eine schmerzhafte Small fiber Neuropathie mit häufigen autonomen Störungen. Jetzt berichten dieselben Autoren, dass TIND umso häufiger auftritt, je schneller eine chronische Hyperglykämie beseitigt wird (Brain 2015; 138: 43). Sie untersuchten 910 Patienten mit Diabetes mellitus und fanden diese Neuropathie-Form in der Gruppe mit langsamer oder fehlender Besserung des Stoffwechsels (Abnahme des HbA1c um < 2 Prozent in 3 Monaten) bei 4,3 Prozent der Patienten, in der Gruppe mit deutlicher, schneller Besserung der Stoffwechselstörung (Abnahme des HbA1c um > 4 Prozent in 3 Monaten) jedoch bei mehr als 80 Prozent der Patienten. Die Häufigkeit von TIND war unabhängig davon, ob die chronische Hyperglykämie mit Insulin, oralen Antidiabetika oder Diät therapiert wurde; sie kam bei beiden Diabetes-Typen vor. Die Pathogenese der Neuropathie ist unklar. Zur Prävention wird eine langsame Senkung des HbA1c um < 2 Prozent in 3 Monaten empfohlen, denn TIND ist eine wirklich gravierende Komplikation mit heftigen Schmerzen und autonomen Funktionsstörungen, manchmal irreversibel. | *ca*

Ärztchammer Hamburg

Bibliothek des Ärztlichen Vereins

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

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

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

Kostenlose Serviceleistungen für Kammermitglieder

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

Neuerwerbungen

P. Angerer (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. 2014

D. P. Berger (Hrsg.): Das rote Buch. Hämatologie und Internistische Onkologie. 5. Auflage, 2014

D. F. Braus: Ein Blick ins Gehirn. Psychiatrie als angewandte klinische Neurowissenschaft. 3. Auflage, 2014

A. D. Ebert: Endometriose. Ein Wegweiser für die Praxis. 4. Auflage, 2014

V. Ewerbeck (Hrsg.): Standardverfahren in der operativen Orthopädie und Unfallchirurgie. 4. Auflage, 2014

H. J. Freyberger (Hrsg.): Fallbuch Psychiatrie. Kasuistiken zum Kapitel V(F) der ICD-10. 2. Auflage, 2014

D. Geyer: Trübsinn und Raserei. Die Anfänge der Psychiatrie in Deutschland. 2. Auflage, 2014

F. Grünwald / K.-M. Derwahl: Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen. Ein Leitfadens für Klinik und Praxis. 2014

A. Hagen / M. Entezami: Sonographische Pränataldiagnostik. Zweittrimesterscreening. 2014

C. Haurand (Hrsg.): Stressmedizin. Beratung, Vorbeugung, Behandlung. 2015

R. Korinthenberg (Hrsg.): Neuropädiatrie. Evidenzbasierte Therapie. 2. Auflage, 2014

C. Möllmann / F. J. Kretz: Notfallversorgung im Neugeborenen- und Kindesalter. 4. Auflage, 2014

V. Penter / B. Augurzky: Gesundheitswesen für Praktiker. System, Akteure, Perspektiven. 2014

H. Schatz (Hrsg.): Diabetologie kompakt. Grundlagen und Praxis. 5. Auflage, 2014

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.



Einladung zum Fachsymposium

Samstag, 21.03.2015 • 09.00 Uhr • Empire Riverside Hotel, Hamburg

Albertinen Herz- und Gefäßzentrum

Herz- und Gefäßmedizin – State of the Art 2015

- Endovaskuläre Therapie von komplexen thorakoabdominellen Aortenaneurysmen und Dissektionen
- Radialisprozedur – Standard mit wenigen Ausnahmen?!
- Leistungsspektrum der perkutanen Behandlung struktureller Herzklappenerkrankungen
- Der Stellenwert der fraktionellen Flussreserve-Messung (FFR) in der Kardiologie
- Komplett arterielle Revaskularisation – der Goldstandard
- Die Behandlung der schweren Herzinsuffizienz – State of the Art
- Kardiale Elektrophysiologie – State of the Art: Indikationen, Techniken, Interdisziplinäre Kommunikation

Ausführliche Information und Online-Anmeldung unter

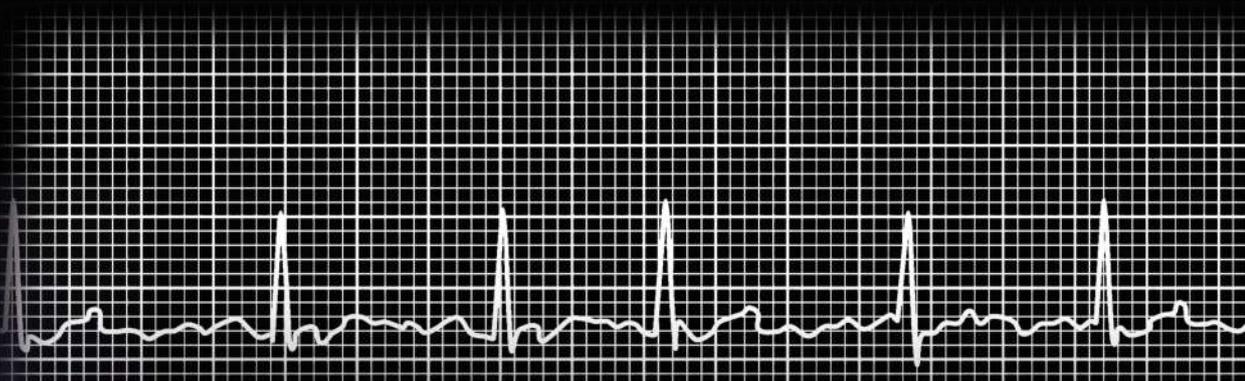
www.albertinen-herzzentrum.de



albertinen⁺
in besten Händen



Vorhofflimmern ist eine bedeutsame Herzrhythmusstörung. Manche Patienten bemerken den unregelmäßigen Herzschlag, der mit unangenehmen Sensationen, Herzrasen und Luftnot verbunden sein kann. Oft wird die Rhythmusstörung, die bei vielen Patienten anfangs intermittierend auftritt, aber gar nicht wahrgenommen. Erstes Symptom des Vorhofflimmerns kann der Schlaganfall durch kardiogene Embolie sein



Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern

Prävention Welche Medikamente sind bei Herzrhythmusstörungen für welche Patienten geeignet? Welche Blutungsrisiken bergen sie? Praktische Anwendungsalgorithmen, abgeleitet aus aktuellen Studiendaten und Leitlinien.

Von Prof. Dr. Martin W. Bergmann

Vorhofflimmern ist eine Rhythmusstörung des Herzens, die mit dem Alter und verschiedenen Komorbiditäten wie der arteriellen Hypertonie zunimmt. Das mittlere Alter betroffener Patienten liegt in Europa zwischen 75 und 85 Jahren. Nicht selten asymptomatisch wird das Vorhofflimmern im EKG über unregelmäßige R-Abstände in Abwesenheit klar erkennbarer P-Wellen diagnostiziert. Patienten mit Vorhofflimmern haben ein fünffach erhöhtes Schlaganfallrisiko sowie ein dreifach erhöhtes Risiko der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.

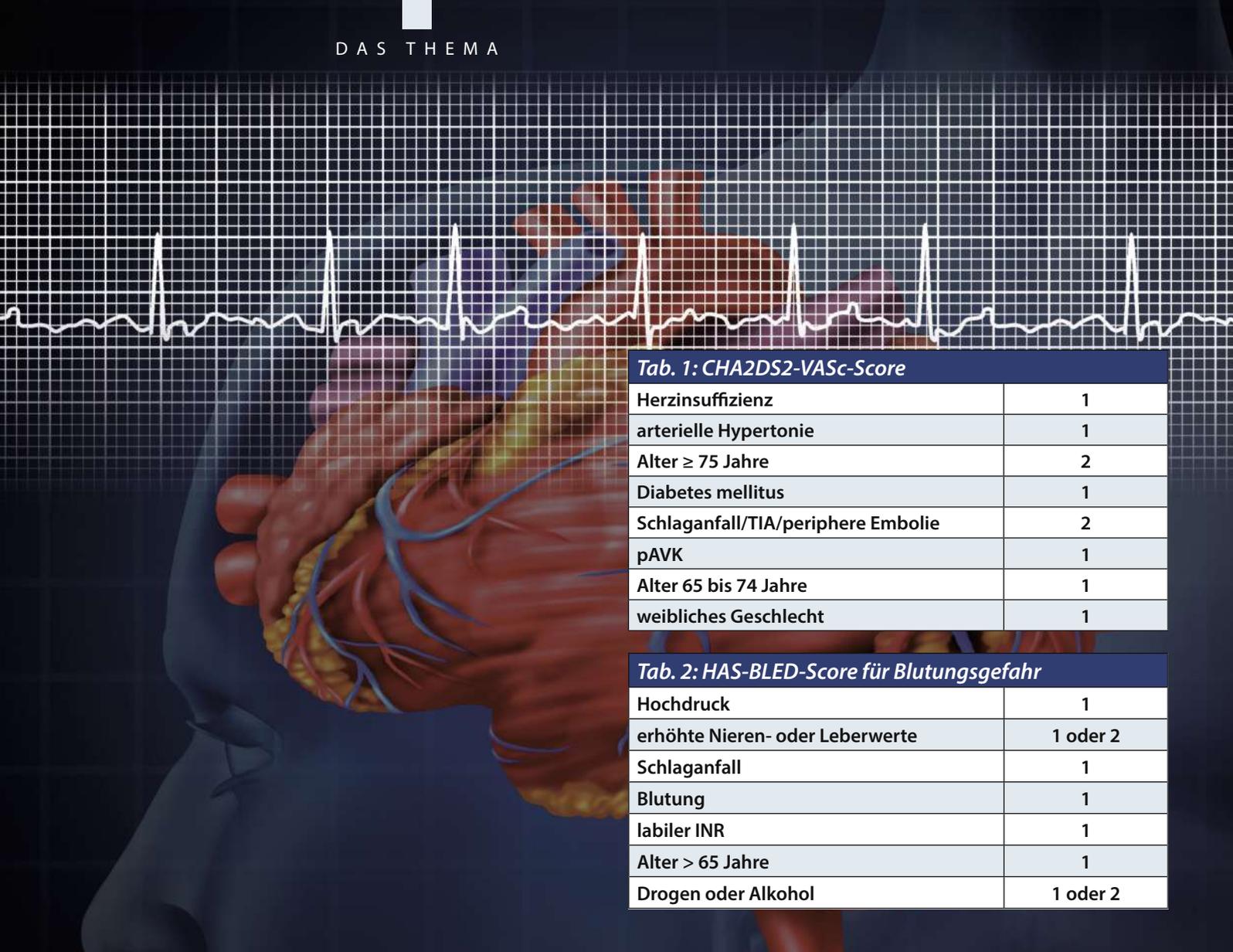
Bei symptomatischen, meist jüngeren Patienten steht mit der Pulmonalvenenisolation (Ablation) ein kausales Therapieverfahren zur Verfügung; die medikamentöse sowie die elektrische Kardioversion haben hohe Rezidivraten. Amiodaron sollte aufgrund der Nebenwirkungen allenfalls bei Patienten älter als 80 Jahre als Dauertherapie bei Vorhofflimmern eingesetzt werden; das Ersatzpräparat Dronedaron ist leider deutlich weniger effektiv. Eine Rhythmisierung kann daher aktuell nur mit Klasse-I-Anti-Arrhythmika wie Flecainid (Voraussetzung: normale Pumpfunktion, keine relevante koronare Herzerkrankung) oder einer Pulmonalvenenisolation erfolgen. Auch nach Ablation oder unter rhythmisierender Medikation richtet sich die Strategie bezüglich der äußerst wichtigen Schlaganfallprophylaxe ausschließlich nach dem CHA₂DS₂-VASc-Score. Schlaganfälle bei Vorhofflimmern sind häufig schwerwiegend. Dies gilt insbesondere für ältere Patienten. Diese müssen daher bei allen Formen des Vorhofflimmerns stringent prophylaktisch behandelt werden. Mehr als 10 Prozent der Patienten mit kryptogenem Schlaganfall erweisen sich mittels eines implantierbaren kardialen Monitors als Vorhofflimmer-Patienten. In der Praxis wird man da-

her bei Schlaganfällen unter Sinusrhythmus intensiver nach Vorhofflimmern suchen müssen.

Neben der etablierten Marcumar®-Therapie sind in den vergangenen vier Jahren mehrere „neue“ direkte, orale Antikoagulantien (DOAC) in Europa zugelassen worden. In Deutschland wird aktuell am häufigsten Rivaroxaban (Xarelto®, 1 x 20 mg) eingesetzt. Gute Studiendaten liegen auch zu Dabigatran (Pradaxa®, 2 x 150 mg), Apixaban (Eliquis®, 2 x 5 mg) und Edoxaban (Zulassung für 2015 zu erwarten; geplanter Handelsname Savaysa®, 1 x 60 mg) vor. Daneben hat sich das interventionelle Verfahren des Vorhofohrverschlusses in der Routine etabliert. Dieser Artikel fasst die aktuellen Studiendaten und Leitlinien zusammen und leitet daraus einfache, praktische Anwendungsalgorithmen ab.

Schlaganfallrisiko versus Blutungsrisiko

Nach den aktuellen ESC (European Society of Cardiology) Guidelines sollte jeder Patient mit einem CHA₂DS₂-VASc-Score von ≥ 1 mit einer oralen Antikoagulation behandelt werden (Tab. 1). Beispielfähig kommt in diesem Score-System eine 75-jährige Patientin mit arterieller Hypertonie auf 4 Punkte; dies bedeutet ein jährliches Schlaganfallrisiko von 4 Prozent. Trotz der Fortschritte gerade in den vergangenen 5 Jahren mit Einführung der einfach zu handhabenden DOAC zeigen auch aktuelle Erhebungen auf europäischer sowie deutscher Ebene, dass eine effektive Schlaganfallprophylaxe (Marcumar® INR 2–3 oder DOAC) nur bei 60 bis 80 Prozent der Patienten mit bekanntem Vorhofflimmern besteht. Dabei findet sich das Para-



Tab. 1: CHA2DS2-VASc-Score

Herzinsuffizienz	1
arterielle Hypertonie	1
Alter \geq 75 Jahre	2
Diabetes mellitus	1
Schlaganfall/TIA/periphere Embolie	2
pAVK	1
Alter 65 bis 74 Jahre	1
weibliches Geschlecht	1

Tab. 2: HAS-BLED-Score für Blutungsgefahr

Hochdruck	1
erhöhte Nieren- oder Leberwerte	1 oder 2
Schlaganfall	1
Blutung	1
labiler INR	1
Alter > 65 Jahre	1
Drogen oder Alkohol	1 oder 2

doxon, dass Patienten < 65 Jahre ohne Risikofaktoren („lone atrial fibrillation“) entgegen den Leitlinien häufiger eine Antikoagulation erhalten. Hingegen wird diese älteren Patienten mit deutlich erhöhtem Schlaganfallrisiko weiterhin zum Teil vorenthalten, trotz klarer Indikation. Insbesondere die dauerhafte doppelte Plättchenhemmung geht jedoch mit ähnlichen Blutungsraten einher wie die orale Antikoagulation. Gleichzeitig ist die Plättchenhemmung in der Schlaganfallprophylaxe kaum wirksam. Bei älteren Patienten sollte sie daher nicht mehr eingesetzt werden.

Vielfach führt das beobachtete oder angenommene Blutungsrisiko zu einer Zurückhaltung bezüglich der oralen Antikoagulation. Dieses lässt sich mit dem HAS-BLED-Score abschätzen. Ein Score \geq 3 bedeutet etwa ein 3-Prozent-Risiko einer schweren Blutung pro Jahr (Tab. 2). Besonders fatal sind dabei die bei etwa 1 Prozent der Patienten unter Marcumar® auftretenden intrazerebralen Blutungen. Dieses Risiko kann mit den neuen oralen Antikoagulantien bei gleich effektiver Schlaganfallprophylaxe aufgrund der spezifischeren Wirksamkeit nahezu halbiert werden (Abb. 1 und 2). Dieser Vorteil besteht auch im Vergleich zu optimal unter Marcumar® geführten Patienten (INR 2–3). Blutungen an anderen Lokalisationen wie dem Gastrointestinaltrakt treten unter den DOAC meist genauso häufig auf wie unter Marcumar® (Abb. 3). Diese Studienergebnisse konnten 2014 auch in großen Real-Life-Registern reproduziert werden: Für das als erstes DOAC in den USA zugelassene Dabigatran wurden 160.000 Krankenkassen-Patienten ausgewertet. Es fand sich eine gleich hohe Rate an Blutungen und Schlaganfällen wie bei Patienten, die neu auf Marcumar® eingestellt wurden. Ein deutlicher Vorteil des Medikaments

bestand jedoch bezüglich der Anzahl zerebraler Blutungen. Diese waren unter Dabigatran nahezu halbiert.

Für die drei verfügbaren Anti-Xa-Inhibitoren (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban) scheint eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung zu bestehen: Weniger die verschiedenen Substanzen als ihre Dosierung entscheiden dabei über das Verhältnis zwischen Sicherheit (Blutungen?) und Wirksamkeit (Reduktion von ischämischen Schlaganfällen?). Nur Apixaban (2 x 5 mg) und Edoxaban (1 x 60 mg) haben im Vergleich zu Marcumar® gleichzeitig eine geringere Rate an Schlaganfällen und verminderte Blutungsraten.

Orale Antikoagulation und/oder Plättchenhemmung?

Ältere Daten aus den neunziger Jahren suggerierten zunächst, dass für viele Patienten ASS und Warfarin in ähnlichem Ausmaß das Schlaganfallrisiko senken. Inzwischen ist durch mehrere randomisierte Studien dieser Befund widerlegt: Sie kommen zu dem klaren Ergebnis, dass die Plättchenhemmung mit ASS oder ASS plus Clopidogrel keinen ausreichenden Schutz vor Schlaganfällen bewirken kann. Die jüngste Studie (AVERROES-Studie) verglich bei mehr als 6.000 Patienten ohne die Möglichkeit regelmäßiger INR-Kontrollen die Therapieoptionen ASS und Apixaban: In der ASS-Gruppe kam es zu mehr als doppelt so vielen Schlaganfällen wie in der Apixaban-Gruppe (3,7 Prozent vs. 1,6 Prozent pro Jahr; Abb. 1). Die Blutungsraten waren in beiden Patientengruppen gleich, Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko waren jedoch von der Studienteilnahme

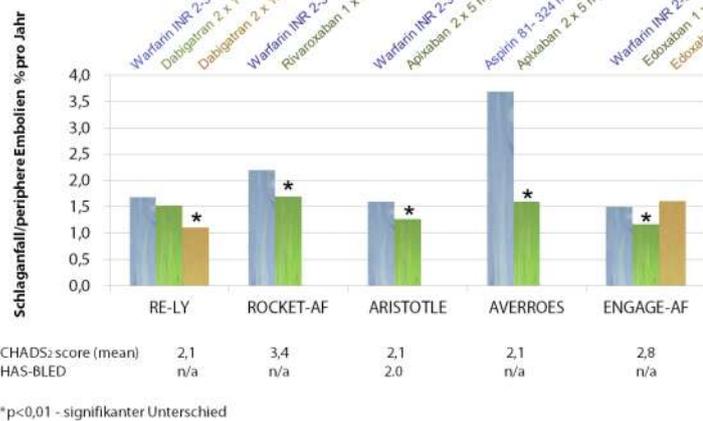


Abb. 1: Häufigkeit von Schlaganfällen/peripheren Embolien pro Jahr unter Marcumar® oder ASS (AVERROES) sowie den direkten, oralen Antikoagulantien in den 5 großen Zulassungsstudien. Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) und Edoxaban (Savaysa®) sind jeweils einzeln im Vergleich zu einer guten Marcumar®-Einstellung (60 – 70 Prozent INR im therapeutischen Bereich) an großen Patientenzahlen in randomisierten Studien untersucht worden

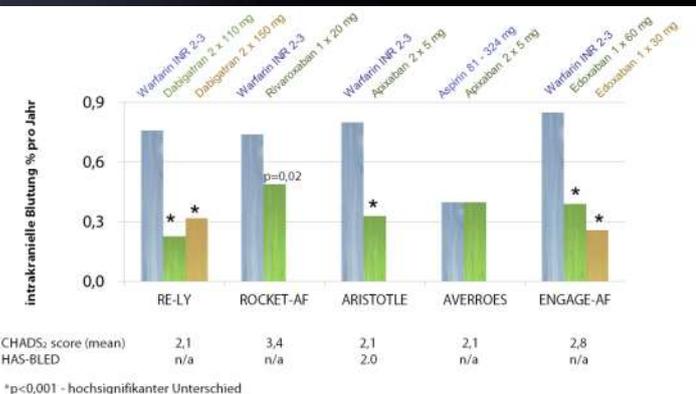


Abb. 2: Häufigkeit intrazerebraler Blutungen pro Jahr unter Marcumar® und den direkten, oralen Antikoagulantien (DOAC) in den 5 großen Zulassungsstudien. DOAC reduzieren signifikant die Zahl intrazerebraler Blutungen

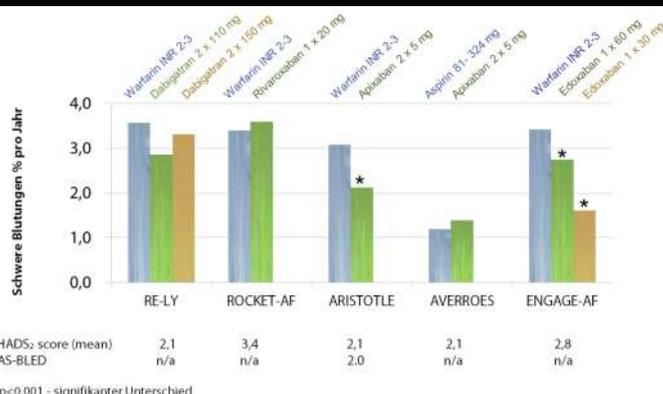


Abb. 3: Häufigkeit bedeutsamer („major“) Blutungen pro Jahr unter Marcumar® und den direkten, oralen Antikoagulantien (DOAC) in den 5 großen Zulassungsstudien. DOAC reduzieren die Zahl dieser Blutungen kaum

ausgeschlossen. Zusammenfassend sollte die ASS-Therapie daher ausschließlich bei Niedrig-Risikopatienten (CHA2DS2-VASc < 1) zum Einsatz kommen. In der Praxis sind dies meist jüngere Patienten mit symptomatischem Vorhofflimmern, die damit häufig auch die Kriterien für eine Pulmonalvenenisolation erfüllen. Erste Daten deuten bei diesen Patienten darauf hin, dass hier die Ablation auch zu einer Reduktion von Schlaganfällen führt. Für alle anderen Patienten (CHA2DS2-VASc ≥ 2) ist dies nicht der Fall, diese müssen eine effektive Schlaganfallprophylaxe mit einer oralen Antikoagulation oder einen LAA-Verschluss („left atrial appendage“) erhalten (siehe S. 17).

Bei vielen Patienten mit einem Vorhofflimmern besteht parallel eine koronare Herzkrankheit. Nach akutem Koronarsyndrom oder elektiver Stentimplantation wurde in der Vergangenheit häufig eine Triple-Therapie begonnen. Studien mit großen Patientenzahlen haben inzwischen belegt, dass diese – über längere Zeit verabreicht – mit einem inakzeptabel hohen Blutungsrisiko einhergeht. Zudem kann ohne Sicherheitseinschränkungen bei modernen medikamentenbeschichteten Stents zur Vermeidung einer Stentthrombose die Dauer der dualen Plättchenhemmung bei Blutungsgefahr auf 3 Monate verkürzt werden. Allerdings gilt dies nur für elektive Interventionen. Nach einem akutem Koronarsyndrom empfehlen die Guidelines zur Rezidivprophylaxe, unabhängig von der Intervention, weiterhin eine doppelte Plättchenhemmung für 1 Jahr – möglichst mit Ticagrelor oder Prasugrel.

In den meisten Zentren hat sich folgendes Schema etabliert: Nach elektiver Koronarintervention kann bei einfachen Interventionen

häufig sofort auf Marcumar® plus Clopidogrel eingestellt werden; die zusätzliche Gabe von ASS sollte allenfalls für 4 Wochen bei komplexen Interventionen erfolgen (Bifurkation, langstreckige Läsion). Für Patienten nach akutem Koronarsyndrom wird je nach Blutungsrisiko die Dauer der Tripletherapie (Marcumar®, ASS, Clopidogrel) ebenfalls auf 1 bis 3 Monate begrenzt; anschließend sollte bis 1 Jahr nach dem Ereignis die Gabe von Marcumar® und Clopidogrel fortgesetzt werden. Ein Jahr nach dem Ereignis kann auf die Monotherapie mit Marcumar® gewechselt werden.

Die neuen Plättchenhemmer (Ticagrelor, Prasugrel) sollten aktuell weder mit Marcumar® noch DOAC kombiniert werden, da hierzu keinerlei Daten vorliegen. Es ist von einem deutlich erhöhten Blutungsrisiko auszugehen. Zur Kombination eines DOAC mit der dualen Plättchenhemmung ASS/Clopidogrel bei Vorhofflimmern liegen aktuell nur Daten zu Dabigatran vor. Das Blutungsrisiko liegt hier ähnlich wie bei der Kombination mit Marcumar®. Rivaroxaban wurde 2014 – allerdings in der deutlich reduzierten Dosis von 2,5 mg – für die Sekundärprophylaxe nach akutem Koronarsyndrom zusammen mit ASS und Clopidogrel zugelassen. In die Zulassungsstudie für diese Indikation wurden allerdings nur Patienten mit Sinusrhythmus eingeschlossen.

Für die drei DOAC Rivaroxaban, Dabigatran und Apixaban sind vor Kurzem neue Studien gestartet, die die optimale Therapiestrategie für Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Vorhofflimmern untersuchen. Mit Ergebnissen ist allerdings frühestens 2017 zu rechnen. Eine neue Option bei Patienten mit fortgeschrittener koronarer Herzkrankheit, häufig wiederkehrenden akuten Koronarsyndromen und

Tab. 3: Beeinflussung von Gerinnungsmessungen durch DOAC

Labormessung	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
INR/Prothrombinzeit	▲	▲▲	▲▲	▲▲
PTT (aPTT)	▲▲	▲	▲	▲
ACT	▲	-	-	-

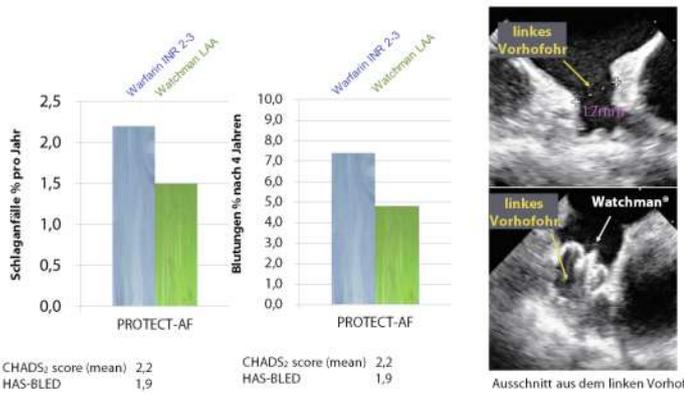
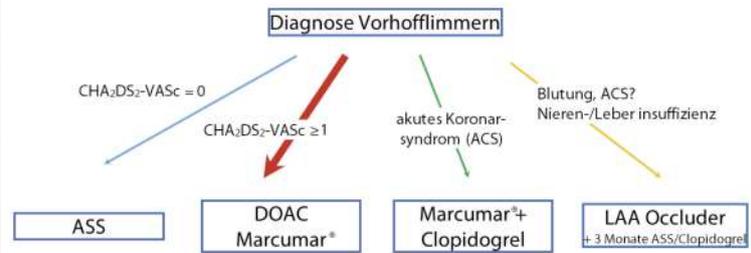


Abb. 4: Rate von Schlaganfällen sowie schweren Blutungen nach Vorhofverschluss (LAA) mittels Watchman® im randomisierten Vergleich zu Marcumar® (Warfarin) nach im Mittel vierjähriger Nachbeobachtung. Beispielhafte echokardiografische Bilder des linken Vorhofes vor und nach Implantation eines Verschlussystems (Watchman®)



Marcumar®: INR 2-3; ASS: 1 x 100 mg; Clopidogrel 1 x 75 mg;
Rivaroxaban (Xarelto®): 1 x 20 mg/die; reduziert: 1x15 mg
Dabigatran (Pradaxa®): 2 x 150 mg/die; reduziert 2 x 110 mg
Apixaban (Eliquis®): 2 x 5 mg/die; reduziert 2 x 2,5 mg
Edoxaban (Savaysa®): 1 x 60mg/die; reduziert 1 x 30 mg

Abb. 5: Vereinfachtes, aktuelles Therapieschema zur Schlaganfallprophylaxe. DOAC (direkte, orale Antikoagulantien) meint Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) und Edoxaban (Savaysa®). Die Plättchenhemmung als alleinige Schlaganfallprophylaxe bei Patienten mit einem CHA2DS2-VASc ≥ 2 ist bei den aktuellen Daten obsolet geworden. Die Tripletherapie bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom bzw. koronarer Herzkrankheit und Vorhofflimmern ist allenfalls für wenige Wochen akzeptabel. Standard ist die Kombination Marcumar® und Clopidogrel. LAA-Verschluss meint die intrakardialen Systeme Watchman® und ACP®

Vorhofflimmern ist der LAA-Verschluss kombiniert mit der Gabe von ASS+Ticagrelor oder Prasugrel.

Marcumar® oder direkte, orale Antikoagulantien (DOAC)?

Die Marcumar®-Therapie ist in Deutschland gut etabliert, viele Patienten wurden in der Vergangenheit für Selbstmessungen geschult oder in ein gut etabliertes hausärztliches Monitoring eingebunden. Letzteres hat den in der klinischen Praxis sowohl durch Hausärzte als auch Patienten häufig zitierten „Nebeneffekt“, dass gerade bei multimorbiden Patienten Änderungen des Krankheitsverlaufs früh wahrgenommen werden. Mit Marcumar® gibt es vor Operationen etablierte Wege des Bridging mit niedermolekularen Heparinen. Auch Chirurgen und Zahnärzte können auf langjährige Erfahrung zurückblicken.

Die verschiedenen DOAC sind in den vergangenen Jahren auch in Deutschland in die Routine eingeführt worden. Offene Fragen wie das Bridgings bei elektiven Eingriffen, das Handling von Blutungen sowie der Effekt auf Labormessungen konnten zwischenzeitlich geklärt werden. Auch wenn noch keine spezifischen Antidote vorliegen, ließen sich in der klinischen Praxis Blutungen unter DOAC mit etablierten Gerinnungspräparaten beherrschen, ähnlich wie bei Marcumar® (Prof. Dr. Andreas Thiede, Hämatologie MHH). Erste spezifische Antidote sollen 2015 zugelassen werden.

Die Medikamente werden ohne INR-Messungen eingesetzt. Für alle neuen Medikamente sind auch niedrigere Dosierungen untersucht worden (Xarelto®: 1 x 15 mg; Pradaxa®: 2 x 110 mg; Eliquis®: 2 x 2,5

mg; Savaysa® 1 x 30 mg). Diese haben jeweils ein vermindertes Blutungsrisiko bei gleichzeitig leicht erhöhten Schlaganfallraten. Direkte Vergleiche zwischen DOAC existieren nicht.

Die großen Zulassungsstudien der DOAC haben gezeigt, dass die spezifischere Gerinnungshemmung im Vergleich zu Marcumar® die Zahl von hämorrhagischen Schlaganfällen und Hirnblutungen senken kann. Dieser Effekt ist unabhängig von der Güte der INR-Einstellung. Sowohl in einer jüngst publizierten Metaanalyse als auch in aktuellen Registeruntersuchungen auf Basis von Krankenkassendaten aus den USA führte dieser Effekt zu einer Senkung der Mortalität. Dabei liegt die „number needed to treat“ bei etwas über 300 Patienten pro Jahr („Der Arzneimittelbrief“ 2014).

Die Entscheidung für ein DOAC oder Marcumar® ist damit individuell zu treffen. Aufgrund der oben genannten wissenschaftlichen Daten wird bei Neubeginn einer Therapie nach Diskussion mit dem Patienten heute häufig ein DOAC an erster Stelle eingesetzt werden. Bei etablierten Therapieschemata mit Marcumar® und stabilen INR-Werten wird man dieses in den meisten Fällen fortsetzen. Patienten mit mechanischen Herzklappen müssen weiter Marcumar® (INR 2,5 – 3,5) erhalten. Patienten mit fortgeschrittener Nieren- oder Leberinsuffizienz sowie dialysepflichtige Patienten sind ebenfalls eher Kandidaten für eine Marcumar®-Therapie aufgrund der Möglichkeit regelmäßiger INR-Kontrolle sowie der engen ärztlichen Anbindung. Alternativ kann hier der interventionelle Vorhofverschluss diskutiert werden (s. u.). Die Auswahl des geeigneten DOAC wird sich nach den persönlichen Erfahrungen des behandelnden Arztes sowie den Präferenzen des Patienten richten. Zu diskutieren ist die

gewünschte Häufigkeit der Einnahme sowie der Umgang mit möglichen (i. e. gastrointestinalen) Nebenwirkungen.

Praktischer Einsatz der DOAC

Der Einsatz der DOAC ist einfach. Die Wirkung beginnt nach 2 bis 3 Stunden; eine zusätzliche Gabe von niedermolekularem Heparin ist daher bei neu diagnostiziertem Vorhofflimmern nicht notwendig. Die Therapie kann nach Ausschluss einer hochgradigen Nieren- oder Leberinsuffizienz sowie einer anamnestischen Überprüfung des Blutungsrisikos (HAS-BLED) unmittelbar begonnen werden. Regelmäßige Laborbestimmungen sind bei der Gabe von DOAC nicht notwendig. In Ausnahmefällen kann die Wirkung von Rivaroxaban, Apixaban und Edoxaban über einen Anti-Xa-Test, bei Dabigatran über die Thrombinzeit oder den Hemoclot-Test erfolgen (Prof. Dr. Andreas Thiede, Hämatologie MHH). DOAC beeinflussen verschiedene etablierte Gerinnungstests wie die INR-Bestimmung sowie die PTT-Messung. Die ermittelten Werte sind häufig – bedingt durch die Test-Assays – „falsch“ hoch und haben keinerlei klinische Bedeutung für die Gerinnungssituation des Patienten (Tab. 3). Blutungen, die nicht über die Halbwertszeit der DOAC von 12 Stunden stabilisiert werden können, lassen sich wie bei Marcumar® mit der Gabe von Prothrombinkomplex-Konzentrat (PPSB; Faktor II, VII, IX + X) stoppen. Spezifische Antidote sind in Entwicklung, eine Zulassung wird innerhalb der nächsten 2 Jahre erwartet. Blutungen unter DOAC sind ähnlich häufig wie unter Marcumar®. Aufgrund der kurzen Halbwertszeit von 12 Stunden werden erwartungsgemäß Antidote nur sehr selten zum Einsatz kommen.

Die DOAC können für niereninsuffiziente Patienten bis zu einer Glomerulären Filtrationsrate (GFR) von 30 ml/min, dann meist in reduzierter Dosis, eingesetzt werden. Die bei allen DOAC verfügbare, verminderte Dosis kommt bei Patienten mit folgenden Kriterien zum Einsatz: Alter > 80 Jahre, Niereninsuffizienz mit Kreatinin > 1,5 mg/dl oder Gewicht ≤ 60 kg.

Für jedes DOAC finden sich dazu in den Beipackzetteln leicht unterschiedliche Angaben. Patienten mit fortgeschrittener Leberinsuffizienz haben ein generell erhöhtes Blutungsrisiko – aufgrund der kurzen Halbwertszeit ist die Therapie mit DOAC in reduzierter Dosis hier eine Option. Eine Umstellung von Marcumar® auf DOAC beginnt mit der Einnahme der ersten DOAC-Tablette, sobald die INR unter 2 liegt. Umgekehrt sollte bei Beginn einer Marcumar®-Therapie wie bei dem Bridging mit niedermolekularem Heparin zunächst das DOAC für etwa 2 Tage parallel zu einer neuen Marcumar®-Therapie gegeben werden, anschließend kann es abgesetzt werden.

Vor elektiven Eingriffen wird die Therapie mit DOAC ohne Bridging rechtzeitig beendet. Bei einfachen Eingriffen (i. e. invasive Koronardiagnostik) erfolgt die letzte Gabe am Morgen des Vortags; bei Eingriffen mit mittlerem Blutungsrisiko sollte die Therapie 2 Tage vorher, bei hohem Blutungsrisiko 3 Tage vorher beendet werden. Nach der OP kann je nach Eingriff zügig mit der Therapie, gegebenenfalls auch zur gleichzeitigen Thromboseprophylaxe, begonnen werden.

Endokardialer LAA-Verschluss

Häufig steht für ältere Patienten, die bei einem CHA2DS2-VASc ≥ 2 aufgrund von Blutungskomplikationen, vorangegangenen hämorrhagischen Schlaganfällen oder langfristig notwendiger Gabe von neueren Plättchenhemmern (Ticagrelor oder Prasugrel) keine orale Antikoagulation einnehmen können, mit dem Vorhofohrverschluss ein interventionelles Verfahren zur Schlaganfallprophylaxe zur Verfügung. Große Serien von transösophagealen Ultraschalluntersuchungen in Vorbereitung auf Kardioversionen haben gezeigt, dass in Abwesenheit einer Mitralklappenstenose (nicht-valvuläres Vorhofflimmern) über 90 Prozent der Thromben bei Patienten mit Vorhofflimmern im linken Vorhofohr („left atrial appendage“, LAA) zu finden sind. Das LAA ist ein Überbleibsel des primitiven linken Vorhofs aus

der embryonalen Herzentwicklung, beim Erwachsenen hat es keine Funktion. Die Anatomie variiert erheblich. Zwei Systeme werden inzwischen seit mehreren Jahren in der Routine über einen venösen Zugang aus der Leiste und transseptaler Punktion auf Vorhofebene erfolgreich eingesetzt: der Watchman® und das ACP®-Device. Beide Systeme sind mit einer Thrombus-undurchlässigen Membran überzogen und verankern sich über kleine, weiche Häkchen in den Gewebestrukturen des LAA. Über 3 bis 6 Monate wird das Device von körpereigenem Gewebe überwachsen. In dieser Zeit ist eine doppelte Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel (alternativ: Ticagrelor, Prasugrel) notwendig. Anschließend wird aktuell noch eine lebenslange ASS-Therapie empfohlen. Für alternative Verfahren wie epikardial eingesetzte Systeme (Lariat®) sowie neue Devices anderer Hersteller gibt es bisher keine ausreichende Datenlage. Diese sollten daher nur im Rahmen von Studien eingesetzt werden.

Aufgrund der großen anatomischen Variabilität des Vorhofohrs sollte die Implantation des Devices durch erfahrene Untersucher erfolgen. Die Komplikation wie z. B. Perikardtamponade oder periinterventionelle Schlaganfälle lassen sich so auf eine Rate von unter 1 Prozent senken. Größere randomisierte Studiendaten gibt es aktuell nur zum Watchman®-Device. Sie zeigen, dass dieses Verfahren der Marcumar®-Therapie nicht unterlegen ist. Im Gegenteil: Insbesondere die Anzahl intrazerebraler Blutungen lässt sich mit diesem Ansatz noch einmal deutlich reduzieren. 4 Jahre nach Implantation hatte die Watchman®-Gruppe in der randomisierten PROTECT-AF-Studie eine signifikant reduzierte Mortalität im Vergleich zu Patienten unter Marcumar® (Abb. 4). Ähnlich gute Daten wurden durch unsere Hamburger Arbeitsgruppe jüngst publiziert. Aktuell werden mehrere neue Studien zum LAA-Verschluss durchgeführt. In unserer Einrichtung werden alle Patienten nach Watchman®-Implantation in das europaweite EWOLUTION-Register mit 1.000 Patienten eingeschlossen.

Zusammenfassung

Schlaganfälle sind bei Patienten mit Vorhofflimmern häufig und mit erheblichen klinischen Folgeerscheinungen verbunden. Eine effektive Prophylaxe ist daher entscheidend. Ab einem CHA2DS2-VASc von ≥ 1 ist eine Plättchenhemmung (ASS, Clopidogrel) nicht mehr zur effektiven Prophylaxe geeignet (Abb. 5). Neben der etablierten Marcumar®-Therapie, die nach den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bei dieser Indikation immer noch als Behandlung der ersten Wahl gilt, stehen 3 neue Substanzen zur Verfügung, die vor allem mit einer sehr kurzen Halbwertszeit von 12 Stunden ohne Laborkontrollen die Therapiesteuerung vereinfachen. DOAC (direkte, orale Antikoagulantien) halbieren die Zahl intrazerebraler Blutungen unter oraler Antikoagulation, die unter Marcumar® bis zu 1 Prozent pro Jahr betragen kann. Fragen zur Steuerung der Therapie sowie Verfahren vor und nach elektiven Eingriffen sind weitgehend geklärt. DOAC bieten sich daher bei Patienten ohne bedeutsame Nieren- oder Leberinsuffizienz mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern an. Hingegen können Patienten mit stabilen INR-Werten unter Marcumar®, möglichst in Selbstmessung, sicher weiter im etablierten Therapieschema behandelt werden. Bei Blutungen unter Marcumar® oder DOAC steht mit dem interventionellen Vorhofohrverschluss ein Therapieverfahren zur Verfügung, das der Therapie mit Marcumar® gleichwertig ist. Eine Therapie mit ASS zur Schlaganfallprophylaxe älterer Patienten sollte angesichts der Vielzahl von effektiven Therapieoptionen zur Schlaganfallprophylaxe der Vergangenheit angehören.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Martin W. Bergmann

Internist und Kardiologe

Cardiologicum Hamburg

E-Mail: m.bergmann@cardiologicum.net

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 findet vom 12. bis zum 15. Mai in Frankfurt am Main statt. Ort der Eröffnungsveranstaltung ist die Paulskirche (unten mittig). Die Delegiertenversammlung wählte bei ihrer Sitzung im Februar die Hamburger Vertreter



Wahlen *nach der Wahl*

335. Delegiertenversammlung Das neue Hamburger Ärztepalament hat seine Arbeit aufgenommen: In der ersten Sitzung wurden zunächst die Mitglieder der Ausschüsse gewählt.

Von Sandra Wilsdorf

Nachdem sich die Delegiertenversammlung im Dezember 2014 neu konstituiert hatte, fand im Januar nun die erste reguläre Sitzung statt – allerdings war auch die noch keine gewöhnliche Sitzung, sondern von Wahlen geprägt. Für insgesamt 16 Ausschüsse mussten neue Mitglieder gewählt werden – einige von ihnen per Akklamation, etliche aber auch in schriftlicher Form. Die in der Delegiertenversammlung vertretenen Listen hatten Vorschläge für die Ausschüsse gemacht, zudem waren alle Ausschussmitglieder gefragt worden, ob sie weiter mitarbeiten möchten. Neu entstanden ist der „Genderausschuss“ – die Delegierten folgten dabei einem Vorschlag des Vorstands, den Ausschuss Ärztinnen und die Lenkungsgruppe Gender Mainstreaming zusammenzulegen.

Krankenhausfinanzierung: Bisher nur Absichtserklärungen der Länder

Die Phasen des Auszählens nutzend, gab Ärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery seinen Lagebericht in mehreren Teilen.

Zum Thema Krankenhausfinanzierung kritisierte Montgomery: „Da treffen sich Minister, Staatssekretäre und hohe Beamte ein Dreivierteljahr lang zu einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, um ein Eckpunkte-Papier zu entwickeln, und dann kommt ein Papier heraus, das im Grunde nicht über den Koalitionsvertrag hinausgeht, das keine präzisen gesetzlichen Formulierungen enthält, sondern nur Absichtserklärungen.“ Vor allem fehle die eindeutige Festlegung der Länder, endlich ihre Investitionsverpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern erfüllen zu wollen. Denn während vor 20 Jahren der Investitionsanteil an den Gesamteinnahmen der Krankenhäuser, die über die

Länder zugewiesen wurden, zehn Prozent gewesen sei, läge er heute noch bei drei Prozent.

Versichertenkarte: In bestimmten Fällen auch ohne Bild gültig

Montgomery ging außerdem auf die neue Versichertenkarte für gesetzlich Krankenversicherte ein: Seit dem 1. Januar 2015 gelten nur noch die neuen Karten mit Bild. 90 Prozent der GKV-Versicherten hätten eine solche neue Versichertenkarte, zehn Prozent allerdings nicht. Dabei gebe es drei anerkannte Gründe: Wer Pflegestufe 2 oder 3 habe und kein Lichtbild machen könne, wen bestimmte psychische Erkrankungen oder religiöse Überzeugungen daran hinderten, der dürfe auch weiterhin eine Karte ohne Bild nutzen. „Die Kassen haben also durchaus die Möglichkeit, ihren Mitgliedern eine gültige elektronische Gesundheitskarte auch ohne Lichtbild zur Verfügung zu stellen und den Ärzten den Umweg über die Privatliquidation oder den Verwaltungsaufwand zu ersparen.“ Er dankte den Kolleginnen und Kollegen von der Ärzteopposition, die einen Antrag formuliert hatten, der zum Ausdruck bringen sollte, dass es Sache der Gesetzlichen Krankenversicherung sei, das Problem für Patienten wie Ärzte unbürokratisch zu lösen. Die Delegierte Silke Koppermann kritisierte, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) die niedergelassenen Ärzte schriftlich aufgefordert hatte, bei Patienten die Identität zu kontrollieren und bei denen, die keine neue Karte hätten, eine Privatrechnung zu stellen. Dr. Silke Lüder, stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVH, erläuterte, dass durch diese Regelung im Bundesmantelvertrag Druck auf Praxen und Patienten ausgeübt würde, und forderte die Kassen zu einer großzügigen Handhabung

auf. Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVH, erklärte, dass dies eine Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sei, die die KVH nur weiterleite. Nach kurzer Diskussion verabschiedete die Delegiertenversammlung folgenden Antrag: „Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg fordert die Träger der GKV auf, jedem Versicherten eine gültige e-card zur Verfügung zu stellen unabhängig davon, ob ein Lichtbild vorliegt oder nicht. Ebenso fordern wir die GKV auf, gemeinsam mit KBV und KVen eine praktikable Lösung für den Übergang zu finden.“

Öffentliches Gesundheitswesen: Bezahlung von Ärzten soll verbessert werden

Ausdrücklich dankte der Kammerpräsident Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks für ihr Engagement für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Diese würden nicht nach dem Tarifvertrag für Ärzte bezahlt, sondern nach dem Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes. Bei der Eingruppierung würde das brutto etwa 1.000 Euro weniger bedeuten. Die Senatorin sehe darin einen der Gründe für den Mangel an ärztlichem Nachwuchs im ÖGD und habe das Thema deshalb mit dem Kammerpräsidenten sowie dem Verband kommunaler Arbeitgeber diskutiert.

Montgomery berichtete außerdem, dass die Ärztekammer Hamburg per Pressemitteilung gefordert hatte, dass Schulärzte auch weiterhin Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bleiben sollten. Hintergrund war, dass es im Rahmen laufender Sparmaßnahmen offenbar Überlegungen gab, die schulärztlichen Untersuchungen auszulagern. Die Senatorin habe sofort reagiert und öffentlich klargestellt, dass es keine Pläne gebe, den schulärztlichen Dienst aus der Hand des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu geben oder dort Einsparungen vorzunehmen. Montgomery: „Das war sehr hilfreich.“ Dr. Johannes Nießen, Leiter des Gesundheitsamts Altona, dankte dem Präsidenten ausdrücklich für die Intervention.

Um eine Klärung von Zuständigkeiten ging es außerdem beim Thema VERAH®/NäPa: Ausgehend von der letzten Honorarvereinbarung gibt es besondere Budgetzuschläge für die Hausärzte, die eine NäPa – eine nichtärztliche Praxisassistentin – beschäftigen. Für die konkurrierende VERAH® – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – gibt es diese Zuschläge nicht. Die KVH hat nun die Kammer gebeten, Bescheinigungen darüber auszustellen, dass die VERAH® identisch sei mit der NäPa, um Hausärzten die Abrechnung zu ermöglichen. Dazu Montgomery: „Wir zertifizieren weder VERAH® noch NäPa. Wir können nur entsprechende Kurse zertifizieren, allerdings hat es da in Hamburg bisher keinerlei Nachfrage gegeben.“ Er schlägt vor, das Problem auf Bundesebene zu lösen.

Ärztetag 2015 in Frankfurt am Main: Wahl von neun Hamburger Delegierten

Zu wählen gab es neben den Ausschussmitgliedern auch noch die Delegierten für den 118. Deutschen Ärztetag, der vom 12. bis 15. Mai 2015 in Frankfurt am Main stattfindet. Neben der allgemeinen Gesundheitspolitik stehen unter anderem Themen wie Kommunikationskompetenz und globale Epidemien wie Ebola sowie Wahlen des Präsidiums auf der Tagesordnung. Hamburg darf neun Delegierte entsenden. Gewählt wurden neben den sechs Vorstandsmitgliedern – Klaus Schäfer, Dr. Hans Ramm, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Pedram Emami, Dr. Birgit Wulff und Günther van Dyk – Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Silke Lüder sowie Dr. Bernhard van Treeck. Ersatzdelegierte sind Dr. Detlef Niemann, Dr. Dirk Heinrich und Dr. Bruno Schmolke.

Die Mitglieder aller neu gewählten Ausschüsse der Ärztekammer Hamburg finden sich auf der Homepage der Ärztekammer www.aerztekammer-hamburg.org/diekammer/ausschuesse.htm



Fortbildung

Prof. Dr. Dennis Lo

**Non-Invasive
Prenatal Diagnosis:
From Science
To Clinical Reality**

**18. März 2015, 16:00 Uhr
Hotel Louis C. Jacob
Elbchaussee 401- 403
22609 Hamburg**

Die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg hat diese Fortbildungsveranstaltung mit 3 Punkten bewertet.

Wenn Sie an dieser Fortbildung teilnehmen möchten, bitten wir Sie um Anmeldung per mail an info@labor-lademannbogen.de oder telefonisch unter 040-5805183.

Weitere Informationen unter: www.labor-lademannbogen.de/smm



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



SONIC
HEALTHCARE
GERMANY



**IHR SPEZIALIST FÜR
FACHBEZOGENE
STEUERBERATUNG
SEIT ÜBER 80 JAHREN**



www.BUST.de

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

„Elektronische Gesundheit“ kommt per Gesetz



E-Health-Gesetz Zwang und Strafen gegen Ärzte und Patienten werden nicht zur Akzeptanz dieses staatlichen Mammut-Projekts führen. Nach aktuellen Umfragen lehnen drei Viertel der Ärzte das eGK-Projekt ab.

Von Dr. Silke Lüder



Dr. Silke Lüder
Stellvertretende Vorsitzende
der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen
Vereinigung Hamburg

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) arbeitet den Koalitionsvertrag ab, Punkt für Punkt, möglichst ohne nach rechts und links zu schauen. Da anscheinend das „Versorgungsstärkungsgesetz“ (VSG) mit seinen widersprüchlichen Zielen und seiner ausgeprägten staatlichen Regelungswut nicht reicht, wird schnell noch ein „E-Health-Gesetz“ nachgeschoben – so kann der im Fachgebiet fremdelnde Minister Stärke und Durchsetzungskraft beweisen.

Worum geht es?

Es gibt den Referentenentwurf für ein „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“. Entscheidend, so der Minister, gehe es dabei um die Beförderung des Projekts elektronische Gesundheitskarte (eGK), die bisher als „Sportwagen in der Garage“ lauere und auf ihren Einsatz warte. Alle, die das Projekt seit Jahren begleiten, haben eher den Eindruck, dass die eGK einem Bobbycar ähnelt. Auf der Internetseite des IKK-Bundesverbands kann man an einer Kostenuhr ablesen, dass die eGK schon 1,23 Milliarden Euro verschlungen, aber ansonsten keinerlei große Erfolge gezeitigt hat. Das soll nun anders werden. Vor allem Strafen und Sanktionen sollen dem Projekt endlich Leben einhau-

chen. Der Gesetzentwurf besteht aus vier Punkten:

1. Zügig sollen administrative und medizinische Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte eingeführt werden.
2. Die Telematikinfrastruktur (TI) soll die zentrale Infrastruktur für jegliche Kommunikation im Gesundheitswesen werden, weitere Anwendungen sind geplant.
3. Strukturen der „Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte mbH“ (gematik) sollen verbessert und ihre Kompetenzen erweitert werden.
4. Die Interoperabilität der informationstechnischen Systeme im Gesundheitswesen und die Telemedizin sollen gefördert werden.

Die strategisch wichtigste „Projektanwendung“

Als die wichtigste Anwendung für das Großprojekt „eGK“ wird im Gesetzentwurf der Versichertenstammdatendienst (VSDD) ausgemacht. Es geht darum, dass in jedem Quartal künftig in jeder Praxis die Stammdaten eines jeden Patienten online aktualisiert werden sollen. Das geht nur, wenn alle Praxen dauerhaft online an eine zentrale Infrastruktur der Krankenkassen angeschlossen sind, die bereits von Arvato (Bertelsmann-Konzern) aufgebaut worden ist.

Es fehlt „nur“ noch der Onlineanschluss aller Praxen, die sich aber bisher mit Beschlüssen aller Ärzttage und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) diesem Ansinnen verweigert haben.

Der Anschluss aller Praxen an die Kasseninfrastruktur über das Internet ist tatsächlich der strategisch wichtigste Punkt des gesamten Projekts. Er soll nun erzwungen werden, indem die Körperschaften öffentlichen Rechts in der gematik mit hohen finanziellen Sanktionen bedroht werden, falls das Versichertenstammdatenmanagement (VSDD) nicht funktioniert, und ebenfalls die sich sträubenden Ärzte. Wenn all das ab 2016 nicht läuft, werden Sanktionen gestartet. Auch die „Verweigerer“ unter den Bürgern bleiben nicht verschont, sie sollen bei jedem Arztbesuch, bei dem eine Ersatzbescheinigung auf Papier durch die Kasse fällig wird, mit fünf Euro Strafe belegt werden.

Dammbrech für das Gesundheitswesen

Man sollte sich vergegenwärtigen, dass dieser erzwungene Onlineanschluss aller Praxen an die faktisch unter der Führung der Krankenkassen stehende Infrastruktur einen Dammbrech für das Gesundheits-

wesen darstellt und eine völlige Verschiebung der Kräfteverhältnisse zugunsten der Kassen mit sich bringt. In der Gematik hat der GKV-Spitzenverband einen Stimmenanteil von 50 Prozent, die Bundesärztekammer fünf Prozent, die KBV 15 Prozent. Jede künftige Bundesregierung könnte auf die Idee kommen, dass für die Abrechnung der Praxen die Kassenärztliche Vereinigung künftig nicht mehr nötig ist, denn das könnte ja auch über TI laufen. Die Selbstverwaltung wäre dann endgültig Geschichte. Und alle sensiblen Patientendaten in den Arztpraxen wären bei Direktanschluss über einen „Konnektor“ sehr eng mit der zentralen Infrastruktur TI verbunden; ihr Schutz kann auf Dauer nicht gewährleistet werden. Das ist das Hauptrisiko für die sensiblen Daten.

Eine pragmatische Lösung für das Stammdatenmanagement gibt es längst: Es gibt schon heute Kassen, die Apothekenterminals für direkte Drähte zwischen Versichertem und Kasse aufgebaut haben, es gibt das französische Modell, bei dem alle Versicherten einmal im Jahr ihre Daten in der Apotheke aktualisieren. Jede Kasse kann in ihrer Geschäftsstelle die Daten aktualisieren. Die sensiblen Krankheitsdaten in den Praxen wären dann weiterhin geschützt.

Die Visionen der eGK-Protagonisten: Notfalldatensätze, Organspendeerkklärungen, Patientenverfügungen, Medikationspläne

Die Politik will endlich weitere Anwendungen realisieren, elf Jahre nach Projektstart. Auch der E-Notfalldatensatz soll jetzt erzwungen werden: Wenn das bis 2018 nicht funktioniert, sollen Kassen und KBV die Verwaltungshaushalte drastisch gekürzt werden. Vorher sollen sie sich einigen, wie denn der Notfalldatensatz im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) finanziert werden soll. Wir kennen das schon. Meistens wird im gedeckelten Budget einfach nur die Leistungslegende geändert, aber bezahlt wird die zeitraubende Leistung nicht. Geplant ist auch ein verpflichtender Medikationsplan für alle Patienten, die mehr als fünf verordnete Medikamente erhalten. Außerdem hat der Hausarzt alle von Fachärzten, Kliniken oder auch nur von Apotheken rezeptfrei ausgehändigten Medikamente einzutragen. Die Praktikabilität dessen bzw. die rechtlichen und juristischen Folgen für die Ärzte, für die es keinerlei Freiwilligkeit gibt, sind bislang völlig ungeklärt. Geld braucht es dafür nicht, heißt es im Gesetzeskommentar, denn diese Arbeit sei ja schon „in der hausärztlichen Versichertenpauschale enthalten“. Dass der „Notfallda-

tensatz“ in den Tests 2008 bis zu 30 Minuten ärztlicher Sprechstundenzeit gekostet hat und bei jeder Tablettenänderung neu gemacht und signiert werden muss, wen stört es. Der Notfalldatensatz wurde übrigens vom Dezernat der Bundesärztekammer entwickelt. Laut Lastenheft zum Notfalldatenmanagement (NFD) beinhaltet er auch ein Patientenfach, in welchem der Ablageort für Patientenverfügung und Organspendeerklärung (OSE) in der Wohnung des Patienten verzeichnet sind. Beim Notarzteinsatz im lebensbedrohlichen Notfall sollen die dann von einem Rettungssanitäter gesucht werden. Der Inhalt kann dann Einfluss darauf haben, ob eine Reanimation abgebrochen wird oder nicht. Ich frage mich hier schon, ob wir uns komplett im Absurdistanland befinden.

Beabsichtigter Geist des Misstrauens

Alles, was im Augenblick aus Berlin kommt, und damit ist nicht nur das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeint (!), ist von einem einzigen Geist durchzogen: dem des kompletten Misstrauens gegenüber der ärztlichen Berufsgruppe, auf deren Schultern die Aufgabe der medizinischen Behandlung liegt. Statt ärztliche Leistungen adäquat, transparent und zeitgemäß zu finanzieren, werden Billigpauschalen bezahlt, in deren Leistungsinhalte man einfach jede neue Zumutung hineinquetscht, ohne Rücksicht auf Verluste.

Die Pläne werden von der gematik erstellt: 250 Mitarbeiter, darunter kein Arzt. Die

Ablehnungsbeschlüsse der Ärzteparlamente der letzten acht Jahre sprechen eine klare Sprache: Wir brauchen moderne Kommunikationswege für die Medizin. Diese sind datensparsam und wirklich dezentral zu erstellen. Das gibt es alles schon, jeder Arztbrief von Klinik zu Praxis oder von Praxis zu Praxis könnte dezentral und regional mit sicher verschlüsselten E-Mails versendet werden. Das aber widerspricht den monströsen „Datenautobahnvisionen“ von Politik, Kassen und Industrie, denn damit könnte man das Gesundheitswesen nicht wie geplant völlig umbauen.

Für Notfalldaten gibt es international auslesbare EU-Notfalldatenausweise auf Papier in neun (!) Sprachen, und der Organspendeausweis auf Papier ist eine sichere Alternative. Da die neuen eGK nicht identitätsgeprüft sind, kann schlechterdings kein Arzt auf solch unsicheren Medien einen Organspendeausweis auftragen, er weiß ja nicht einmal, wer wirklich vor ihm sitzt. Medikationspläne erstellen wir auch jetzt schon für unsere Patienten, die es brauchen.

Dazu braucht es keine milliardenschwere zentrale Infrastruktur, die nur dazu da ist, die Profite der IT-Industrie zu erhöhen, die Kräfteverhältnisse zugunsten der Kassen zu verschieben und die ärztliche Schweigepflicht für immer aufzuheben. Wir erwarten von unseren Körperschaftsspitzen hier klare Stellungnahmen gegen diesen Gesetzentwurf und keine oberflächlichen Änderungswünsche an Symptomen des unsinnigen Mammut-Projekts.

E-Mail: silke.lueder@kvhh.de

EINLADUNG

8. Norddeutsches Expertengespräch

Hüft- und Knieendoprothetik

17. und 18. April 2015, Hotel Hafen Hamburg

Referenten und Vorsitzende

Peter Clausen Hamburg · **Dr. Christian Friesecke** Hamburg · **Dr. Jan-Hauke Jens** Hamburg
Prof. Dr. Veit Krenn Trier · **Prof. Dr. Frank Lampe** Hamburg · **Frank Liedtke** Hamburg
Prof. Dr. Georg Matziolis Eisenberg · **Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier** Rostock
Dr. Roel van der Most Hamburg · **Prof. Dr. Andreas Niemeier** Hamburg · **Dr. Ulrich Peschel**
Hamburg · **Dr. Nicolaus Siemssen** Hamburg · **PD Dr. Stephan Tohtz** Berlin
Prof. Dr. Michael Wagner Mainz

Alle weiteren Informationen zum Programm und zur Anmeldung unter www.tabea-fachklinik.de Veranstaltungen/Fachpublikum
 Zertifiziert mit 12 Fortbildungspunkten



Krankenhaus
 Tabea
 Hamburg

Die junge Generation macht es selbst

Prävention Jugend gegen AIDS (JGA) setzt sich zum Ziel, Jugendliche über HIV und die Ansteckungsgefahren aufzuklären. Dabei gehen die Schüler und Studenten unkonventionelle Wege. Schirmherr ist Außenminister Frank-Walter Steinmeier. *Von Vera Bungarten, Marlon Jost*



Jährlich fließen Millionen staatlicher Gelder in Aufklärungskampagnen. Die sogenannte Generation Porno, die eine Flut von Informationen zum Thema Sexualität jederzeit über das Internet erhält, gilt als ab- und aufgeklärt. Doch gleichzeitig steigen unter Jugendlichen die Neuinfektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten dramatisch. Frauenärzte beklagen Chlamydien als die häufigste Sterilitätsursache bei Frauen. Wie kann das sein? Antworten auf diese Frage suchen die freiwilligen Helfer von Jugend gegen AIDS (JGA).

Das erste Mal in Aktion trat JGA zum Welt-AIDS-Tag 2009. Schüler des Carl-von-Ossietzky-Gymnasiums in Hamburg wollten Mitschüler über AIDS, die „vergessene Krankheit“, informieren, die zu selten Thema im Unterricht ist. Gemeinsam mit über 40 Hamburger Schulen sammelten sie mehr als 20.000 Euro – Startkapital für eine eigene Organisation. Mit provokativen Plakaten begeisterte Jugend gegen AIDS immer mehr Jugendliche. So meldeten sich nach der „Gott sei Dank – Kondome schützen“-Kampagne Interessenten mit der Frage: „Wie können wir mitmachen?“ Seitdem startet Jugend gegen AIDS jährlich bundesweite Aktionswochen. Zuletzt 2014 mit 8.000 Helfern.

Organisiert von 450 Mitgliedern in Regionalgruppen sammeln Jugendliche seither Spenden für ihre Aktionen wie den Dreh von Videos. „100 ways (not) to use a condom“ lautet der Titel der aktuellen Kampagne. Kreative Filme zeigen auf YouTube, wie man Kondome am besten nicht verwendet: als Haarschleife, Ehering, Boxhandschuh oder Wasserpistole. Die Strategie: Humor hilft, Hemmungen und Scham im Umgang mit

Verhütungsmitteln abzubauen, und bringt viele Jugendliche zum ersten Mal dazu, ein Kondom in der Hand zu halten.

Getrieben von Neugier entwickelte das junge, ausschließlich ehrenamtlich arbeitende Team ein eigenes Aufklärungsprogramm. Beim Projekt „Positive Schule“ werden Jugendliche zu Peers ausgebildet. In mehrtägigen Seminaren, begleitet von Fachleuten, Rhetoriktrainern und Mediatoren, lernen sie, Gleichaltrige sachkundig aufzuklären. In Schulworkshops beantworten sie dann einen Vormittag lang Fragen der Schüler und begegnen ihnen dabei auf Augenhöhe.

Was der Biolehrer nicht leisten kann oder will

Denn der Trugschluss, Jugendliche seien durch Schule, Eltern oder Internet rundum aufgeklärt, lässt viele wichtige Gespräche verstummen. Auch wenn das Thema Sexualität im Lehrplan steht, wird es in der Praxis oft nicht ausreichend behandelt, weil Lehrer und/oder Schüler sich dabei unwohl fühlen. Die Jugendlichen stellen lieber ihren Freunden oder in Internetforen wie *wer-weiss-was.de* Fragen. Jugend gegen AIDS will diese Zielgruppe ansprechen und Antworten geben, die nicht auf Internet-Halbwissen basieren. Das Feedback der Schüler zeigt, das Interesse ist enorm. Keiner der Schüler und Studenten möchte dem Biolehrer den Job abnehmen, wenn der über Sexualität und HIV informieren will. Aber „Detail-Wissen zu Viren schützt am Ende nicht vor einer Infektion. Wichtig ist, dass man Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten kennt und darüber redet“, erklärt Anna Konopka, Studentin und Leiterin des Aufklärungsprogramms.

Während die Workshops ohne Hilfe der Lehrer durchgeführt werden, arbeitet Jugend gegen AIDS auch mit „den Großen“ aus der Wirtschaft wie Opel oder Starbucks zusammen, die das Projekt unterstützen. Außenminister Frank-Walter Steinmeier ist Schirmherr, die Präsidentin der Hamburgischen Bürgerschaft Carola Veit (SPD), der ehemalige Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP), Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag, und weitere Persönlichkeiten sitzen im Beirat und unterstützen mit Ressourcen und Ratschlägen.

Im März treffen sich 300 Jugendliche zum jährlichen Kongress „ändere 2015“ im Holiday Inn Hotel Hamburg zum Gespräch über Sexualität. Während des dreitägigen Kongresses werden konkrete Projekte entstehen und im Laufe des Jahres umgesetzt – immer das Ziel vor Augen, möglichst flächendeckend aufzuklären, angetrieben von den Fragen: Was sind die Trends? Wie machen wir es am besten? Was bewegt unsere Generation? Denn allen Teilnehmern ist bewusst: Es geht nicht nur darum, welches Wissen vermittelt wird, sondern darum, wie es verpackt ist und vor allem, dass es überhaupt angesprochen wird.

Mehr Informationen erhalten Sie unter www.jugendgegenaids.de.



Marvin Nusseck (JGA-Vorstandsmitglied), Marie Herzig (Mitglied Regionalgruppe Leipzig), Schirmherr Frank-Walter Steinmeier, Daniel Nagel (Vorstandsvorsitzender JGA)

Fortbildungsveranstaltung

18. April 2015 • Beginn 09:15 Uhr • Ende ca. 16:30 Uhr
Hotel Hafen Hamburg • Seewartenstraße 9 • 20459 Hamburg

Vorankündigung

Programm

Begrüßung

Dr. med. Th. Fenner

Abklärung von Hämaturie und Proteinurie

Prof. Dr. J. Gloy - Nieren- und Hochdruckzentren
Süderelbe

Nachweis von Autoantikörpern bei malignen Erkrankungen

Prof. Dr. K. P. Wandinger - Neuroimmunologische
Sprechstunde UKSH Lübeck

Labordiagnostik des Diabetes mellitus - Was bestimme ich sinnvollerweise wann?

Prof. Dr. H.-A. Elsner - Labor Dr. Fenner & Kollegen,
Hamburg

Differentialdiagnose Durchfall aus klinischer Sicht

Prof. Dr. G. Burchard - ifi Hamburg

65 Jahre Labor Dr. Fenner - Wo geht es hin?

Dr. T. Fenner - Labor Dr. Fenner & Kollegen, Hamburg

Rückkehr der Seuchen

Prof. Dr. C. Meyer - Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg

Neue diagnostische Möglichkeiten bei unklaren genetischen Erkrankungen

Prof. Dr. J. Kunz - Labor Dr. Fenner & Kollegen,
Hamburg

Mein Haustier ist krank - was kann helfen?

Prof. Dr. med. vet. S. Neumann - Universität Göttingen

Umgang mit Nahrungsmittelallergien

Prof. Dr. M. Raithel - Gastroenterologie Universität Erlangen

Differentialdiagnose Schilddrüsenerkrankungen

N.N.

Anfahrt



Von der A7 kommend:

Sie verlassen die A7 an der Ausfahrt HH-Othmarschen (von Süden kommend die rechte Elbtunnelröhre nehmen). Folgen Sie der Behringstraße (übergehend in Barnerstraße und Julius-Leber-Straße) und biegen Sie rechts in die Max-Brauer-Allee. Biegen Sie anschließend links in die Königstraße und fahren Sie geradeaus auf die Reeperbahn. Biegen Sie rechts in die Davidstraße und anschließend links in die Bernhard-Nocht-Straße.

Von der A1 kommend:

Sie fahren von der A1 auf die A255 über die Elbbrücken auf die Billhomer-Brücken-Straße. Biegen Sie links in die Amsinckstraße, fahren Sie durch den Deichtortunnel auf die Willy-Brandt-Straße, welche in die Ludwig-Erhard-Straße übergeht. Biegen Sie links in den Zeughausmarkt, folgen Sie der Neumayerstraße, biegen Sie rechts in die Seewartenstraße und fahren Sie geradeaus auf die Bernhard-Nocht-Straße.

Ab Hamburg Hauptbahnhof:

Nehmen Sie die S-Bahn-Linie 1 Richtung Wedel oder die S-Bahn-Linie 3 Richtung Pinneberg bis zur Station Reeperbahn. Verlassen Sie die Station in Richtung Hans-Albers-Platz, biegen Sie rechts in die Davidstraße und anschließend links in die Bernhard-Nocht-Straße.

Ab Hamburg Airport:

Nehmen Sie den Busshuttle „Airport Express“ bis zum Bahnhof Ohlsdorf. Von dort nehmen Sie die S-Bahn-Linie 1 in Richtung Wedel bis zur Station Reeperbahn.

Faxantwort

Labor Dr. Fenner und Kollegen (040) 30955 - 7092

Name: _____

Unterschrift: _____

Personenanzahl: _____

Ich habe folgende Frage, die ich beantwortet haben möchte:

- Praxisstempel -



Labor Dr. Fenner und Kollegen

Bergstraße 14 • 20095 Hamburg • Tel.: (040) 30955 - 0 • www.fennerlabor.de

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel.: 25 46 – 27 02, www.marienkrankenhaus.org	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 11 – 13 Uhr	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Betriebsarzt-Zentrum, Wilhelm-Strauß-Weg 4
Jd. 1. u. 3. Montag im Monat, 16 – 17 Uhr	Innerbetriebliche chirurgische Fortbildung mit auswärtigen Referenten	AK Harburg, Chirurgie, Anm. unter Tel. 18 18 86 – 0 oder info.harburg@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, IBF-Raum, Haus 3, 1. OG
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstags (7.20 Uhr) und donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02, www.marienkrankenhaus.org	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Pneumologie- und Thorax Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Avan, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Informationen unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Konferenzraum 1
Dienstags, 17 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (3 P), Fallanmeldung bei Dr. Maaßen möglich	AK Harburg, Brustzentrum Hamburg-Süd, Tel. 18 18 86 – 23 41, E-Mail: v.maassen@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Abt. Anästhesie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Suurheid 20, Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonzferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka und Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2, Seminarraum
Jd. 3. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „Psychotherapeutische Medizin“	Anmeldung: Dr. Gutermuth, Tel. 46 32 75; Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Ärztethaus, Humboldtstraße 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden / Dr. Rütter, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Maas / Finkenstaedt, Raboisen 40
Mittwoch, 18. März, 16 – 19 Uhr	„Erst kommt die Fettleber – dann der Zucker!“ Über die neue Volkskrankheit als eminentes Risiko für Diabetes und Herz-Kreislaufkrankung	amedes-Gruppe Hamburg, Kontakt: Johanna Möller, Tel. 33 44 11 – 99 66, E-Mail veranstaltungen@amedes-group.com	Mönckebergstr. 10, Barkhofpassage, 4. OG
Mittwochs, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologische / gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchirurgie, Anm.: Prof. Kortmann, Tel. 18 18 81 – 16 11	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anmeldung unter Tel. 644 11 – 421, Fax: -312, www.amalie.de	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. OG
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankenhaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, www.kinderkrankenhaus.net	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Pankreas- und Leberzentrums	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Moorkamp 2 – 6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 14.30 – 15 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Hämatologische Neoplasien	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankenhaus Hamburg, Frauenklinik, Kontakt: Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Jd. 1. Mittwoch, 17 – 19 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schmerzambulanz Dres. Falckenberg / Dellbrügge / Oltmann, Auskunft: Tel. 5 40 40 60	Hohe Weide 17 B
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonzferenz (Anmeldung von Patienten ist über www.asklepios.com auf der Webseite der Abteilung möglich)	AK St. Georg, Klinik f. Fachübergreifende Frührehabilitation u. Physikalische Therapie, Auskunft: Dr. Peschel, Tel. 18 18 85 – 45 30	Lohmühlenstr. 5, Haus i, EG, Raum 0.26
Jd. 2. Mittwoch, 16 Uhr c. t.	Interdisziplinäres gefäßmedizinisches Kolloquium	AK St. Georg, Infos und Anmeldung: Frau Boyens / Frau Kolschöwsky, Tel. 18 18 – 85 39 80	Lohmühlenstr. 5, Haus P, Hörsaal 3

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 Schmerzkonzferenz	AK Altona, Infos und Anmeldung: Frau Schmidt-Zoricic, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium (Anmeld. v. Patienten m. benignen / malignen thorakalen Erkrankungen, Tel. 25 46 – 14 02)	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med., www.marienkrankehaus.org	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. 4. Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik für Anästhesiologie, Tel. 25 46 – 26 41	Alfredstr. 9, Bibliothek der Anästhesie
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. Madert, Tel. 18 18 85 – 42 74	Lohmühlenstr. 5, Haus CF, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“ Einladung zur öffentlichen Fallkonferenz und Vortrag zu aktuellen gefäßmedizinischen Themen	Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik f. Gefäßmedizin, Anmeldung: Fr. Hidalgo, Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Schön Klinik Hamburg Eilbek, Info und Anmeldung: Tel. 20 92 – 70 01	Dehnhalde 120, Haus 2, Raum 76
Donnerstag, 26. März, 17.45 – 19.30 Uhr	1. Bethesda-Symposium Kunst & Chirurgie „Volkskrankheit: Sigmadivertikulitis – die neue Leitlinie“ und „Miró. Malerei als Poesie“	Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Infos u. Anm.: Sekretariat Klinik für Chirurgie, Frau Fuks, Tel. 7 25 54 – 12 11 oder fuks@bkb.info	Bucerius Kunst Forum, Rathausmarkt 2
Donnerstag, 2. April, 14.30 – 15.30 Uhr	„Antibiotikadosierung bei Intensivpatienten“	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Kontakt: Prof. S. Kluge, Tel. 74 10 – 5 70 10	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 5. OG, Seminarraum 511
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium	UKE, Wissenschaftliches Kolloquium der Kliniken und Polikliniken f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Univ. Prof. Dr. B. Hüneke, Tel.: 741 05 – 35 06	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 4. OG Südturm, Seminarraum 411
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz (2 P)	Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel.: 7 90 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abteilung, Tel. 18 18 83 – 12 65	Alphonsstr. 14, Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie / Neonatologie / Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankehaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel. 6 73 77 – 28 2	Ärztelbibliothek, Liliencronstr. 130
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urologische Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft / Anm.: Frau Groth, Tel. 18 18 – 82 28 11	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 12 11 oder mo.weber@asklepios.com	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz des zertifizierten Brustzentrums und Gynäkologische Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft / Anm.: Frau Müller, Tel. 18 18 – 82 18 41	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonzferenz	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 Ethikseminar“	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Ethikseminar, Prof. Kahlke, Tel. 74 10 – 5 36 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N 55, Seminarraum 310 / 311
Freitag, 27. März, 20 – 21.30 Uhr	Vortrag „Webfehler in der Psychotherapie und ihre Korrektur in der Praxis sowie im Fortsetzungsantrag“	APH, Kontakt: Frau Gerdes, Tel. 38 07 97 77, www.aph-online.de	Seewartenstr. 10, Haus 4
Samstag, 28. März, 9.30 – 13 Uhr	Vertiefendes Seminar zum Vortrag vom 27.3.2015	APH, Kontakt: Frau Gerdes, Tel. 38 07 97 77, Anmeldung bitte an fortbildung@aph-online.de	Seewartenstr. 10, Haus 4
Auswärts			
Samstag, 14. März, 8.50 – 13 Uhr	Update Endokrinologie: Infektionen in der Schwangerschaft – Zytologie & Prävention – Hormon- und Blutungsstörungen	amedes-Gruppe Hamburg, Kontakt: Monika Rudolph, Tel. 33 44 11 – 99 66, E-Mail veranstaltungen@amedes-group.com	Steigenberger Hotel, Am Weser-Terminal 6, 28217 Bremen

Hepatitis C – Heilung für alle?

Hohe Erfolgsquoten Eine neue Ära in der Behandlung von Patienten mit chronischer Hepatitis C ist angebrochen: Durch DAA (Directly Acting Antivirals) der neuen Generation ist die Krankheit heilbar. Doch die Therapie ist teuer, und Ärzte stehen vor dem Problem der Priorisierung. Wie lauten die aktuellen Empfehlungen?

Von Dirk Berzow



Die Replikation des Hepatitis-C-Virus in der menschlichen Leberzelle konnte in den letzten Jahren Schritt für Schritt aufgeklärt werden. Die Identifizierung von Molekülen, die für die Replikation des Virus essenziell sind, hat zur Entwicklung von neuen Wirkstoffen geführt, die die Therapie der chronischen Hepatitis C entscheidend verbessert haben. Therapieerfolgsquoten von mindestens 90 Prozent bei kürzeren Therapiezeiten und guter Verträglichkeit scheinen Standard zu werden. Interferon, welches in der Vergangenheit für viele Nebenwirkungen und Kontraindikationen verantwortlich war, scheint nicht mehr länger fester Bestandteil der Therapie zu sein. Stattdessen sind jetzt Patientengruppen erreichbar, die bisher nicht behandelt werden konnten. Allerdings zu einem hohen Preis, der möglicherweise eine Priorisierung bestimmter Patienten mit sich bringen wird. Ganz einfach wird es also nicht.

Hepatitis-C-Infektionen in Deutschland

Die Zahl der Menschen mit chronischer Hepatitis-C-Infektion (CHC) in Deutschland wird auf 250.000 bis 500.000 geschätzt. Die Übertragung erfolgt fast ausschließlich durch Blut und Blutprodukte. Risikofaktoren für die Infektion sind unter anderem der gemeinsame Gebrauch von kontaminierten Nadeln und Spritzen bei intravenösem Drogenkonsum

und bestimmte verletzungsträchtige Sexualpraktiken unter MSM (Männern, die Sex mit Männern praktizieren). Die Mehrheit der neu gemeldeten Infektionen beim Robert Koch-Institut geht auf Gebrauch von intravenösen Drogen zurück (87 Prozent der Meldungen, bei denen eine Angabe des Übertragungswegs erfolgte).

Bis zu 85 Prozent der HCV-Infektionen verlaufen chronisch. Der Krankheitsverlauf ist allerdings hochvariabel und unter anderem abhängig von Kofaktoren wie Alkoholkonsum, HIV-Koinfektion, Alter, Geschlecht und genetischen Ursachen. Bei 15 bis 30 Prozent der chronisch Infizierten entwickelt sich innerhalb von 20 Jahren eine Leberzirrhose, davon bekommen pro Jahr zwei bis vier Prozent ein Leberzellkarzinom. Für Deutschland werden auf das Jahr 2013 bezogen 1.300 Todesfälle, 2.430 dekompensierte Zirrhosen, 30.000 kompensierte Zirrhosen und 1.530 Fälle von Leberzellkarzinomen durch CHC berechnet. Die Tendenz ist steigend.

Gelingt es, die HCV-Infektion erfolgreich zu behandeln, kann nicht nur die leberbedingte Mortalität, sondern auch die Gesamtmortalität von HCV-Infizierten deutlich gesenkt werden. Selbst der Fibrose- und Zirrhosegrad der Leber kann durch eine erfolgreiche Therapie wieder verbessert werden. Extrahepatische Manifestationen sind bei CHC häufig und äußern sich durch körperliche Leistungsminderung, Fatigue-Syndrom, Arth-

ralgien, Kryoglobulinämien (klinisch: Glomerulonephritiden und Vaskulitiden).

Entwicklung der CHC-Therapie

HCV ist ein RNA-Virus, das sich im Körper nur halten kann, solange es sich repliziert. Nach seiner Elimination durch das Immunsystem oder durch eine Therapie ist die Infektion beendet. Die anhaltende Virusfreiheit nach Therapie wird als SVR (Sustained Virological Response) bezeichnet. SVR12 bedeutet eine Virusfreiheit zwölf Wochen nach Therapieende und ist mit 99 Prozent Wahrscheinlichkeit einem anhaltenden Therapieerfolg gleichzusetzen. Insofern gilt die SVR als ein auch für die Patienten relevanter Surrogatmarker. Es gibt mindestens sieben Genotypen (am gängigsten bei uns sind GT 1 – 4) und 67 Subtypen. Die Genotypen und Subtypen haben Einfluss auf die Fibroprogression und auf das Therapieansprechen. Die bisherigen Therapien der CHC wurden mit Substanzen wie Interferon-alpha2a oder -2b (in Form von PEG-IFN) und Ribavirin durchgeführt, die nicht spezifisch gegen HCV wirken. Sehr häufige Nebenwirkungen von Interferon sind heftige Grippesymptome nach der subkutanen Injektion. Relativ häufig werden bei Interferon das Auftreten oder Verschlechtern von psychiatrischen Symptomen (Depression, Suizidalität, Aggressivität),

Schwäche, Granulozytopenie, Thrombozytopenie, Hautproblemen, kardiovaskulären und respiratorischen Problemen und Autoimmunphänomene beobachtet, bei Ribavirin vor allem das Auftreten von Anämien, Müdigkeit, Schlafstörungen, Übelkeit und Hautproblemen. Beide Medikamente waren bei Patienten mit fortgeschrittener Zirrhose problematisch. Charakteristisch für diese Therapien waren etliche Kontraindikationen, lange Therapiezeiten (bis 72 Wochen), relativ viele Nebenwirkungen und Therapieabbrüche so wie häufige klinische und Laborkontrollen. Die SVR-Rate war zu Beginn (1986) sechs Prozent und kletterte bis 2011 langsam auf etwas über 55 Prozent (für Genotyp 1 in Studienpopulationen mit gut zu behandelnden Patienten, für Genotyp 2 teilweise höher).

2011 bis 2013: Erste Generation der DAA

Mit der Identifizierung der für die HCV-Replikation nötigen Nicht-Struktur(NS)-Proteine des HCV war die Möglichkeit zur Entwicklung neuer Wirkstoffe gegeben. Sogenannte DAA (Directly Acting Antivirals) können die HCV-Nicht-Strukturproteine NS3/4A, NS5A und NS5B und damit die Virusproduktion der Leberzelle hemmen. Ihnen wurden einheitliche Namensendungen gegeben (Tab. 1). 2011 wurde die erste Generation von NS3/4-Protease-Inhibitoren zugelassen (Telaprevir und Boceprevir), die als Triple-Therapie zusammen mit PEG-Interferon und Ribavirin gegeben wurden. Die

NS (Nicht-Struktur)-Protein	Funktion (vereinfacht)	Bezeichnung, Wirkstoff-Suffix
NS3/4A	Protease (Spaltung des großen Precursor-Polypeptids)	-previr
NS5A	Virus-Zusammenbau	-asvir
NS5B	Polymerase (RNA-Produktion), Virus-Zusammenbau	-buvir

Tab. 1: DAA (Directly Acting Antivirals) können die HCV-Nicht-Strukturproteine NS3/4A, NS5A und NS5B und damit die Virusproduktion der Leberzelle hemmen

Therapie mit den Protease-Inhibitoren (PI) der ersten Generation kann als Übergangsphase gesehen werden. Sie verbesserten die SVR-Raten auf bis zu 75 Prozent in Studienpopulationen, brachten aber neue Nebenwirkungen mit sich, wie schwere Anämie und schweren Hautausschlag, und benötigten ein aufwendiges Therapiesetting. Vor allem bei Patienten mit fortgeschrittener Zirrhose war die Anwendung problematisch und führte teilweise zur Dekompensation.

Therapie 2014 und 2015

Im Laufe des Jahres 2014 und Anfang 2015 wurden neue Wirkstoffe zugelassen, die für eine neue Generation von DAA mit deutlichen Verbesserungen bei Verträglichkeit und SVR-Raten stehen (Tab. 2). Weitere sind zu erwarten. Unter dem Eindruck der Überlegenheit der neuen DAA gegenüber den bisherigen Therapiemöglichkeiten erfolgte die Zulassungen der ersten DAA (Sofosbuvir, Simeprevir und Daclatasvir) sehr rasch, teilweise nur aufgrund von klinischen Phase-

II-Studien mit kleinen Patientengruppen. Deshalb fehlten – und fehlen bis heute – die Daten für einige in den Zulassungen zu findende Indikationen. Ein großer Teil der Zulassungsstudien von Sofosbuvir, Simeprevir und Daclatasvir beschäftigen sich noch mit der „traditionellen“ Anwendung der neuen Wirkstoffe als Teil einer Triple-Therapie mit PEG-Interferon und Ribavirin, was aus heutiger Sicht schon als „überholt“ angesehen wird. Die Entwicklung geht weiter, analog zur Behandlung von HIV, zu Kombinationen von mehreren DAA – mit und ohne Ribavirin.

Die zuletzt zugelassenen DAA Harvoni®, Viekirax® und Exviera® sind dementsprechend Kombinationen (FDC, „Fixed-Dose-Combination“) aus mehreren DAA und nur noch für die Anwendung ohne Interferon zugelassen. Nach der Zulassung fertiggestellte Phase-III-Studien und Real-Life-Daten von Anwendungsbeobachtungen mit mehreren hundert bis tausend Patienten bestätigen die gute Wirkung und bessere Verträglichkeit der neuen DAA.

Wirkstoff	Handelsname	Hersteller	Target	Zulassungsdatum	HCV-Genotyp	Kombination mit anderen DAA oder FDC*)
Sofosbuvir	Sovaldi®	Gilead	NS5B	18.01.2014	GT1-6	
Simeprevir	Olysio®,	Janssen	NS3/4A	20.05.2014	GT1, GT4	Sofosbuvir + Simeprevir 12 Wochen
Daclatasvir	Daklinza®	BMS	NS5A	27.08.2014	GT1-4	Sofosbuvir + Daclatasvir 12 – 24 Wochen
Lepidasvir/ Sofosbuvir	Harvoni®	Gilead	NS5A + NS5B	17.11.2014	GT1, 3, 4	firmeneigene Kombination, FDC*), 8 – 24 Wochen
Paritaprevir/ Ritonavir + Ombitasvir, Dasabuvir	Viekirax®+ Exviera®	Abbvie	NS3/4A / geboostet + NS5A + NS5B	15.01.2015	GT1	firmeneigene Kombination, FDC 12 – 24 Wochen
Paritaprevir/ Ritonavir + Ombitasvir	Viekirax®	Abbvie	NS3/4A / geboostet + NS5A	15.01.2015	GT 4	firmeneigene Kombination, FDC 12 – 24 Wochen

Noch nicht zugelassen:

Zulassung 2015 erwartet: Grazoprevir (Merck, NS3/4A), Elbasvir (Merck, NS5A)

Zulassung 2016 erwartet: Asunaprevir (BMS, NS3/4A), Beclabuvir (BMS, NS5B), , GS-5816 (Gilead, NS5A)

*)FDC: Fixed-Dose-Combination

Tab. 2: Neue Generation von DAA mit deutlichen Verbesserungen bei Verträglichkeit und SVR-Raten, zugelassen 2014 und Anfang 2015. Weitere Zulassungen folgen

Wirkstoff	Kosten pro Tag	4 Wochen	12 Wochen	24 Wochen
neue DAA				
Sofosbuvir, Sovaldi® ab Januar 2015	638 €	17.856 €	53.567 €	107.134 €
Simeprevir, Olysio® ab Januar 2015	334 €	9.359 €	28.077 €	
Daclatasvir, Daklinza®	476 €	13.325 €	39.975 €	79.950 €
Sofosbuvir + Ledipasvir, Harvoni®	795 €	22.261 €	66.783 €	133.565 €
Paritaprevir / Ritonavir + Ombitasvir, Viekirax® + Dasabuvir, Exviera® für GT1	630 €	17.650 €	52.950 €	105.900 €
Paritaprevir / Ritonavir + Ombitasvir, Viekirax® für GT4	607 €	16.995 €	50.985 €	101.970 €
Interferon, Ribaverin, alte DAA				
PEG-Interferon 180 µg/Wo	39 €	1.100 €	3.300 €	6.600 €
Ribavirin 1200 mg/d generisch	28 €	770 €	2.310 €	4.620 €
Telaprevir, Incivo®, DAA der ersten Generation	345 €	9.664 €	28.991 €	
Boceprevir, Victrelis®, DAA der ersten Generation, Vertrieb zum 29. Januar 15 eingestellt	112 €	3.146 €	9.438 €	

Tab. 3: Therapiekosten für HCV-Therapie (Apotheken-Verkaufspreise nach Herstellerangaben, enthalten 19 Prozent Mehrwertsteuer. Stand: 15. Februar 2015)

Folgender Trend lässt sich für eine künftige Therapie zusammenfassen:

• Wirksamkeit:

SVR und Heilungsraten zwischen 90 und 100 Prozent scheinen sich zu etablieren und Standard zu werden. Es gibt aber deutliche Unterschiede in Subgruppen. Ein schlechteres Therapieansprechen und Absinken der SVR-Raten auf bis zu 60 Prozent oder weniger ist zu erwarten bei

- ungünstigem Genotyp (z. B. GT3),
- vorbehandelten Patienten,
- Vorliegen einer Zirrhose, vor allem bei dekompensierter Zirrhose,
- teilweise bei höherem Alter und hoher Virämie.

Durch Kombination mehrerer DAA, Verlängerung der Therapie auf 24 Wochen und/oder durch Kombination mit Ribavirin können auch hier wieder SVR-Raten von 80 bis 90 Prozent und besser erreicht werden.

• Verträglichkeit:

Die neuen Therapien sind erheblich nebenwirkungsärmer. Die in den Studien angegebenen Nebenwirkungen sind vor allem von Interferon und Ribavirin getriggert. DAA-typische häufige Nebenwirkungen sind unspezifisch und im Bereich von circa fünf Prozent (Kopfschmerz, Schlafstörungen, Übelkeit). Seltene Nebenwirkungen werden wohl erst nur durch Post-Zulassungstudien erfasst.

Die nebenwirkungsreichen NS3/4A-Protease-Hemmer der ersten Generation (Boceprevir und Telaprevir) werden nicht mehr empfohlen.

• Interferon:

Interferon wird aufgrund der Nebenwirkung von den Fachgesellschaften nicht mehr empfohlen werden. Eine Therapie ohne Interferonbeteiligung scheint der Standard zu werden.

• Ribavirin:

Ribavirin hat seinen Platz teilweise behalten: Es ist bei einigen Indikationen und DAA verzichtbar, bei anderen Indikationen und DAA noch fester Bestandteil, vor allem in der Behandlung der „schwierigeren“ Patientengruppen (abhängig von Genotyp, Zirrhose, Vortherapie).

• Einfache Anwendung:

Alle neuen DAA sind oral einzunehmen. Es sind weniger klinische und Laborkontrollen notwendig.

• Therapiedauer:

Die Behandlungszeiten liegen zwischen acht und 24 Wochen.

• Interaktionen mit anderen Medikamenten: Die Interaktionsprofile der neuen DAA sind sehr unterschiedlich. Die Angaben der Fachinformationen sind sorgfältig zu beachten.

• Weniger Kontraindikationen:

Jetzt sind viele Patienten behandelbar, bei denen vorher eine Behandlung nicht möglich war (z. B. Zirrhose und fortgeschrittene Zirrhose, Thrombozytopenie, psychiatrische Begleiterkrankungen, latente Suizidalität etc.). Allerdings gibt es bei einigen DAA Warnhinweise und Einschränkungen bei dekompensierter Zirrhose (Child-Pugh-Klasse C) z. B. für Olysio®, Viekirax® und Exviera®, und bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min), z. B. bei Sovaldi®, Harvoni®, Olysio®.

Auch hier sind die Fachinformationen sorgfältig zu beachten.

• HIV-Koinfektion:

Die Behandlung HIV-Koinfizierter unterscheidet sich nicht mehr von der Behandlung HCV-Monoinfizierter. Wechselwirkungen mit der antiretroviralen Therapie sind zu beachten, aber deutlich weniger als bei den alten Therapien.

Wir können also jetzt fast allen Patienten mit gängigen HCV-Genotypen (mit oder ohne Zirrhose, mit oder ohne Vorbehandlung) Therapien mit einer Heilungschance von in der Regel 90 Prozent und mehr anbieten.

Preise und Priorisierung

Angesichts der Therapiekosten (Tab. 3) ist postuliert worden, dass es gesundheitsökonomisch nicht möglich ist, alle Hepatitis-C-Infizierten sofort und gleichzeitig zu behandeln. Damit hat das Problem der Priorisierung Eingang in die Diskussion und ins Sprechzimmer gefunden. Priorisierung bedeutet, dass der Behandler entscheiden muss, wen er behandelt und wen (noch) nicht, bzw. eine Rangliste der Dringlichkeiten erstellt.

Zwar haben sich GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Oktober 2014 darauf verständigt, ein Sonderausgabenvolumen in Höhe von etwa 700 Millionen Euro für 2014 und einer Milliarde Euro für 2015 zur Behandlung der chronischen Hepatitis C zu definieren. Alle Behandler sind aber angesichts der Medikamentenpreise sicher gut beraten, bei Indikation und

Wirkstoffwahl die Empfehlungen der Fachgesellschaften, die Fachinformationen, die Studienlage, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vereinbarungen mit den Krankenkassen genau zu verfolgen und zu beachten.

Aktuelle Therapieempfehlungen

Die aktuellen Empfehlungen des Berufsverbands der Niedergelassenen Gastroenterologen Deutschlands (BNG) und der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) vom September 2014 lauten, dass die chronische Hepatitis C grundsätzlich eine Indikation zur antiviralen Therapie darstellt. „Eine wirtschaftliche Verordnungsweise“ sei aber nur gegeben, wenn der antivirale Wirkstoff zulassungskonform angewendet werde und entsprechend der G-BA-Bewertung (sofern und sobald diese vorliegt) ein Zusatznutzen anerkannt ist. Aktualisierte Expertenempfehlungen des BNG und der DGVS waren für Februar 2015 angekündigt und sollen auf den Webseiten veröffentlicht werden.

Die Fachgesellschaft European Association for the Study of the Liver (EASL) empfiehlt eine Priorisierung der HCV-Patienten mit METAVIR-Score F3–F4, hält eine Therapie bei F2 für „gerechtfertigt“ und hält eine Therapie bei F0 bis F1 im Einzelfall für angebracht.

Eine Umsetzung in der Praxis könnte so aussehen, dass CHC-Patienten mit Zirrhose zuerst behandelt werden, dann Patienten mit fortgeschrittener Fibrose und hohem Progressionsrisiko (z. B. Alter, HIV-Koinfektion, andere Begleiterkrankungen) und Patienten mit symptomatischer CHC (z. B. Kryoglobulinämie, Arthropathie), dann andere HCV-Patienten. Den verordnenden Ärzten mag

hier mitunter etwas schwindelig werden. Sie sind hier relativ plötzlich in eine Situation im Spannungsfeld zwischen Ethik und Wirtschaftsinteressen, Verantwortung für ihre Patienten und Wirtschaftlichkeitsgebot, persönlichem Leitbild und Regressdrohung geraten, die sie möglicherweise noch gar nicht umfassend reflektiert haben.

Suchtmedizinische Aspekte

Lange Zeit war es gerade unter Hamburger Suchtmedizinern durchaus umstritten, ob eine CHC überhaupt behandelt werden müsse. In der Vergangenheit stand die Behandlung der CHC in der Behandlung von Opiatabhängigen mit Recht nicht an erster Stelle auf der Prioritätenliste. Am Anfang einer Behandlung von Opiatabhängigen gibt es Wichtigeres zu organisieren und einzuleiten, um das Überleben zu sichern. Ein therapeutisches Verhältnis muss erst einmal aufgebaut werden. Die HCV-Behandlungen waren nicht nur schwierig, wie oben beschrieben, sondern teilweise kontraproduktiv für den gesamten Therapieprozess (entzugsähnliche Symptome, Fatigue, Suizidalität, psychische Dekompensationen).

Jetzt aber haben sich die HCV-Therapien geändert und sind, technisch gesehen, fast uneingeschränkt durchführbar. Zusätzlich werden die Patienten mit Abhängigkeits-erkrankungen gerade durch den Erfolg der Substitutionsbehandlung immer älter und sind länger infiziert.

Mittlerweile liegen überzeugende Daten vor, dass mindestens jeder dritte Infizierte im Laufe seines Lebens Schaden nimmt. Die individuelle Beurteilung des medizinischen und menschlichen Nutzen/Risiko-Verhältnisses einer HCV-Therapie/Nichttherapie

wird somit in vielen Fällen anders ausfallen. Eine Heilung ist nun in vielen Fällen möglich. Letztlich kann durch eine Behandlung auch die Transmission von HCV immer weiter eingeeignet werden.

Ohne das Risiko der psychischen Dekompensation unter Interferon ist auch die Behandlung von Insassen von Haftanstalten mit CHC leichter vorstellbar. Aus medizinischen, epidemiologischen und rechtlichen Gründen ist es sinnvoll und zu fordern, dass diese Gruppe von Infizierten einen adäquaten Zugang zu zeitgemäßen Therapien hat. Eine Eradikation des Hepatitis-C-Virus durch Unterbrechung der Infektionsketten ist sowohl in den besonders betroffenen Gruppen als auch auf Bevölkerungsebene möglich.

Dazu ist allerdings nicht nur die erfolgreiche Behandlung notwendig, sondern auch eine Verbesserung der Testung. Nach Schätzungen wissen im Moment nur 20 Prozent der HCV-Infizierten von ihrer Infektion. Es müssen dringend Strategien entwickelt werden, um noch mehr Menschen mit Risiken für eine HCV-Infektion einen Test anzubieten, sodass der Anteil der unerkannten Infizierten auf unter 20 Prozent und weniger fällt.

Neben dem Wunsch, dass sich die 2014 und 2015 eingeführten Medikamente weiterhin bewähren und sich das Wissen über die Anwendung stetig verbessert und verbreitert, bleibt aktuell vor allem die Hoffnung, dass sich auch die Preisgestaltung der Medikamente so entwickelt, dass alle notwendigen Behandlungen erfolgen können.

Literatur beim Verfasser.

Dirk Berzow

Praxis für Infektiologie und Tropenmedizin
E-Mail: dirkberzow@praxis-eimsbuettel.de

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

Lösung: Seite 31



Anamnese:

Eine 30-jährige schlanke Patientin wird aufgrund postprandialer Oberbauchbeschwerden untersucht. In der Gastroskopie findet sich ein (HP-negatives) Ulcus ventriculi. Unter einer medikamentösen Therapie mit Protonenpumpenhemmer wird die Patientin beschwerdefrei. Die zuvor durchgeführte Oberbauchsonografie zeigte im Grauwertbild folgende Befunde (Bild 1). Sind diese pathologisch? Welche Strukturen wurden mit 1 bis 3 beziffert? Worin besteht der Unterschied zwischen beiden Bildern? Wie kommt er zustande?

(Dr. Christa Schmidt, Prof. Dr. Guntram Lock, 2. Medizinische Klinik, Albertinen-Krankenhaus)

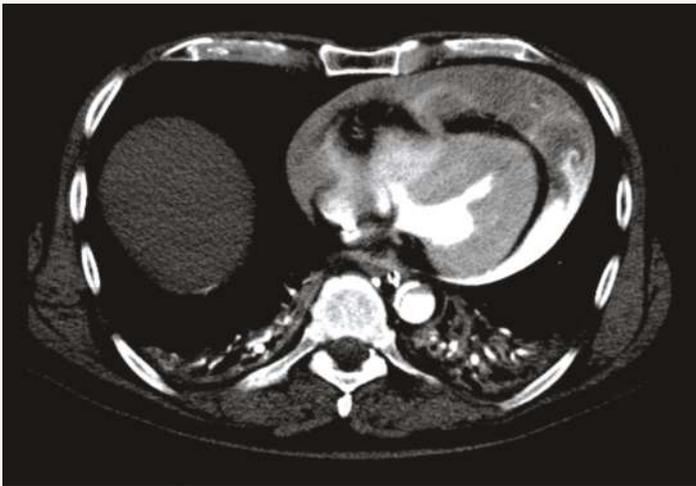


Abb. 1a: Kontrastmittelverstärkte Computertomografie. Kontrastmittelübertritt in den Herzbeutel. Das Hämatom im Herzbeutel stellt sich dadurch hell dar

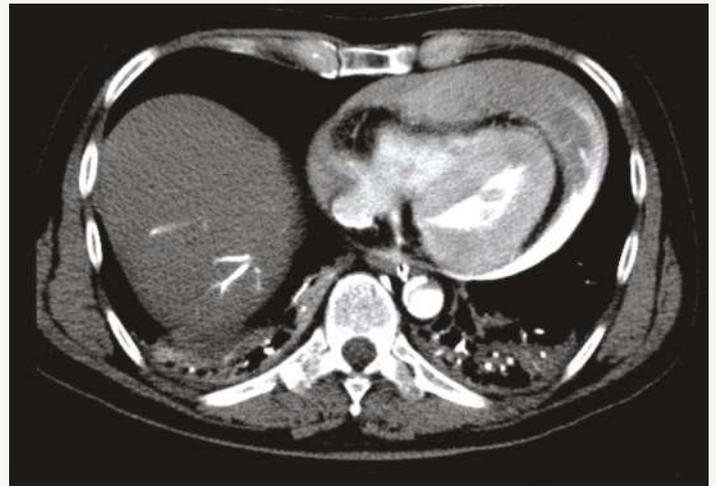


Abb. 1b: Dissektionsmembran im Abschnitt III der Aorta thoracalis

Der besondere Fall

Unerwartete Aortendissektion

Letaler Ausgang Bei untypischer Klinik und akuter Extremitätenischämie führte die Computertomografie zur Verifizierung der Diagnose.

Von Anastasia Tsaklakidis, Dr. Peter Siemens, Dr. Hanne Karen Warnk, Dr. Harald Daum, Prof. Dr. Walter Gross-Fengels

Ein 60-jähriger Mann wurde mit seit drei Stunden bestehenden Beschwerden in der rechten unteren Extremität, die akut eingesetzt hatten, in der Notaufnahme vorgestellt. Neben massiven Schmerzen hatte sich rasch eine vollständige Parese und Sensibilitätsstörung des Beines entwickelt. Weitere Symptome oder Beschwerden bestanden nicht – insbesondere Schmerzen im Thoraxbereich wurden verneint. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich bei aufgehobener Sensibilität und Motorik im betroffenen Bein ein fehlender rechtsseitiger Leistenpuls. Auch die weiteren peripheren Pulse auf der rechten Seite waren nicht tastbar. Das rechte Bein war abgeblasst, kühl und bläulich marmoriert. Das linke Bein zeigte hingegen einen völlig unauffälligen Pulsstatus bis in die Peripherie. Hier zeigten sich keine Hinweise für eine Ischämie. Palpatorisch fand sich ein unauffälliges Abdomen ohne Abwehrspannung oder Druckschmerz; der neurologische Status war – bis auf die sensomotorischen Ausfälle des rechten Beins – ebenfalls unauffällig. Die daraufhin unter der klinischen Verdachtsdiagnose eines akuten arteriellen Beckenachsenverschlusses durchgeführte Notfallsonografie zeigte eine fehlende Perfusion der

rechten Iliakalarterien bei sonst unauffälligem Abdominalstatus und insbesondere keinen Aneurysmanachweis oder freie Flüssigkeit. Wegen der massiven Klinik bei kritischer Ischämie mit drohendem Extremitätenverlust wurde die Indikation zur dringenden operativen Revaskularisation (Thrombektomie) gestellt. Auffällig waren allerdings ein erhöhter Laktatwert und eine unklare Vigilanzminderung. Unter Annahme einer ischämischen anaeroben Myositis des rechten Beines als Ursache des Laktatanstiegs wurde zusätzlich der Verdacht auf eine mesenteriale und zerebrale Ischämie geäußert. Trotz der blanden abdominalen und thorakalen Situation wurden eine Abdomen-Computertomografie (CT) und vorab eine native cranielle CT (CCT) durchgeführt. Die Abdomen-CT wurde aufgrund der zunehmenden Verschlechterung der Kreislaufparameter des Patienten als thorakoabdominale Variante zum Ausschluss einer Lungenarterienembolie erweitert. Die zerebrale Computertomografie zeigte einen altersentsprechenden Befund ohne Nachweis einer intracraniellen Blutung oder eines abgrenzbaren Ischämieödems. In der kontrastmittelgestützten Thorax-Abdomen-CT allerdings fand sich, klinisch gänzlich un-

erwartet, eine ausgedehnte Aortendissektion Stanford A mit Erweiterung der Aorta ascendens auf sechs Zentimeter sowie Aortenklappenbeteiligung und Perikardtamponade mit aktiver Einblutung in den Herzbeutel (Abb. 1). Hieraus ergab sich eine Kompression der Lungenarterien und -venen sowie eine konzentrische Kongestion beider ventrikulären Herzkammern.

Massiver venöser Rückstau

Durch die verminderte kardiale Auswurfleistung kam es zu einem massiven venösen Rückstau des Kontrastmittels in die Vena cava inferior und die Lebervenen. Des Weiteren brach die Kontrastierung der dissezierten Aorta thoracalis und abdominalis kurz unterhalb der Nierenarterien ab, sodass jetzt von einem mittlerweile vollständigen Aortenverschluss durch das thrombosierte falsche Lumen bei fehlendem Reentry auszugehen war. Noch auf dem CT-Tisch entwickelte der Patient einen Herzkreislaufstillstand mit elektromechanischer Entkopplung. Sofort eingeleitete Reanimationsmaßnahmen durch das begleitende Intensiv-Team blieben erfolglos.

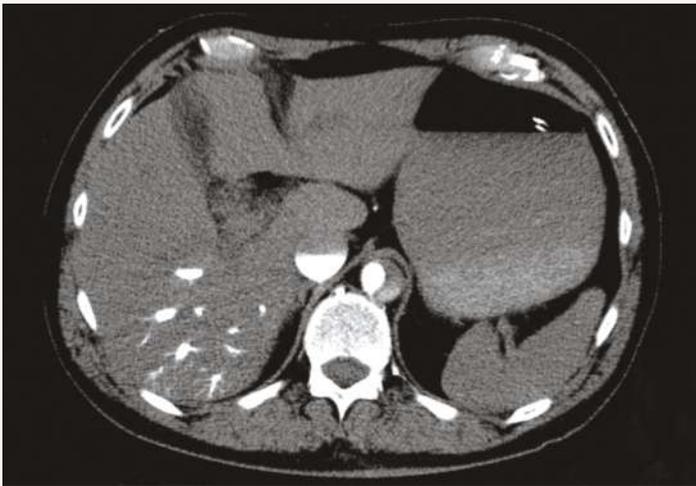


Abb. 1c: Dissektionsmembran im Abschnitt IV der Aorta abdominalis. Horizontaler Kontrastmittelspiegel in der V. cava inferior, Kontrastmittelrückstau in die Lebervenen



Abb. 1d: Längs verlaufende Dissektionsmembran im Abschnitt IV der Aorta abdominalis. Kontrastmittelgefüllte und erweiterte V. cava inferior, sichelförmige Kontrastmittelanreicherung im Perikard

Obwohl sich die Therapiemöglichkeiten der akuten Aortendissektion u. a. durch endovaskuläre Verfahren deutlich verbessert haben, ist die Letalität in der Initialphase immer noch sehr hoch, nur etwa 50 Prozent der Patienten überleben die ersten 48 Stunden. Die Symptomatik kann sich äußerst variabel präsentieren, und das Spektrum reicht von klassischen Symptomen wie dem plötzlich einsetzenden, akuten Thoraxschmerz oder einem zwischen den Schulterblättern lokalisierten vernichtenden Rückenschmerz bis hin zur vollkommen stumm verlaufenden Dissektion. Im vorliegenden Fall war eine arterielle Ischämie im Bereich der unteren Extremität zunächst das führende Symptom, ein Thoraxschmerz wurde nicht beklagt. Es muss davon ausgegangen werden, dass das wahre Lumen initial noch perfundiert war und vermutlich das linke Bein hierüber versorgt war, im weiteren Verlauf war dies dann durch die Dissektionsmembran ebenfalls verlegt.

Hilfreich zur Diagnosefindung, insbesondere bei untypischer Klinik wie in unserem Fall einer Extremitätenischämie, sind Befunde wie Pulsverlust, Blutdruckdifferenzen der Arme und Beine oder diastolische Herzgeräusche. Zur Diagnosesicherung ist die kontrastmittelverstärkte Computertomografie neben der transösophagealen Echokardiografie die schnellste und sicherste Methode, zumal hier binnen weniger Minuten das gesamte Ausmaß der Gefäßveränderung dargestellt werden kann – mit einer Sensitivität von bis zu 95 Prozent und einer Spezifität von nahezu 100 Prozent. Durch die an modernen Geräten bestehende zusätzliche Möglichkeit der EKG-Triggerung lässt sich die Dissektion bis auf Klappenniveau exakt darstellen. Im vorliegenden Fall konnte eine aktive, arterielle Einblutung in den Herzbeutel, welche durch einen dissektionsbedingten Einriss im Bereich der Aortenwurzel bedingt war, computertomografisch deutlich dargestellt werden.

Fazit für den klinischen Alltag: Die akute Aortendissektion vom Typ Stanford A muss wegen ihrer hohen Mortalität frühzeitig erkannt und operativ behandelt werden. Das Leitsymptom akuter Thoraxschmerz kann fehlen, deshalb sollte bei akuten vaskulären Syndromen – hier: akuter peripherer Gefäßverschluss – immer auch an eine Aortendissektion gedacht werden. Durch kontrastmittelverstärkte Computertomografie lässt sich die Dissektion sichern, ihr Ausmaß und die Beteiligung weiterer Organe lassen sich binnen weniger Minuten darstellen.

Literatur bei den Verfassern.

Anastasia Tsaklakidis

Abteilung der diagnostischen und interventionellen Radiologie
 Fachärztin
 Asklepios Klinikum Harburg
 E-Mail: a.tsaklakidis@asklepios.com

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

Lösung Quiz Seite 29

Normalbefund

Auf beiden Abbildungen sind im Medianschnitt die Aorta abdominalis vor der Wirbelsäule, der Truncus coeliacus (2), die Arteria mesenterica superior (3) sowie Zwerchfellschenkel (1) zu sehen. Der Unterschied zwischen beiden Bildern ist durch die Atemexkursionen der Patientin bedingt (Bild 1, S. 29, links: Expiration, rechts: Inspiration). Besonders der Truncus coeliacus zeigt die für Expiration (durch Tiefertreten der Zwerchfellschenkel) typische Lageverschiebung nach cranial. In Inspiration kommt es zur gegensinnigen Bewegung mit Verlagerung/ Streckung nach caudal.

Bei einem sogenannten Ligamentum-arcuatum-Syndrom bzw. Dunbar-Syndrom (welches in seltenen Fällen der Grund postprandialer Oberbauchbeschwerden mit Gewichtsverlust sein kann) befindet sich das Ligamentum arcuatum mediale des Zwerchfells nicht oberhalb, sondern in Höhe des Truncus coeliacus und verursacht (je nach Ausprägung) in Expiration dessen deutliche Einengung/ Kompression (bei entsprechendem Befund ließe sich u. a. in der farbkodierten Dopplersonografie eine Flußbeschleunigung im Truncus coeliacus von über 200 cm/s messen). Ein solches Syndrom lag bei unserer Patientin nicht vor. Die beiden Abbildungen zeigen einen Normalbefund.

Bild und Hintergrund

Bewährte Waffen im Kampf gegen chronische Wunden

Madentherapie Bereits vor 200 Jahren beobachtete Napoleons Chefchirurg Dominique-Jean Larrey, dass Maden, die sich in Wunden unbehandelter Soldaten festsetzten, Krankheitserreger abtöteten und somit eine Sepsis verhinderten. Die Madentherapie ist heute aktuell wie nie: Sie wird beim diabetischen Fußsyndrom eingesetzt, um Amputationen vorzubeugen.

Von Dr. Nadine Salis, Dr. Holger Lawall

Dominique-Jean Larrey (geb. 8. Juli 1766 in Beaudéan, gest. 25. Juli 1842 in Lyon) galt als Schöpfer einer neuen Kriegschirurgie. Als Chefchirurg der Großen Armee von Napoleon I. nahm er an 24 Feldzügen teil und entwickelte neue Methoden zur Resektion und Amputation von Gliedmaßen entscheidend weiter.

Eine seiner großen Errungenschaften war der Lehrsatz, möglichst früh, innerhalb der ersten Stunden, zu amputieren. Verbände sollten innerhalb von 15 Minuten angelegt werden. Daher schuf er Ambulanzen (Ambulance volante), welche die eben Verletzten vom Schlachtfeld holten, um diese einer schnellen medizinischen Versorgung zuzuführen.

Nach eigenen Angaben amputierte er allein nach der Schlacht bei Borodino 1812 im Rahmen des Russlandfeldzugs, bei der die Zahl der Verwundeten auf 9.500 geschätzt wurde, 200 Arme und Beine. Er benötigte z. B. für eine Exartikulation im Schultergelenk weniger als zwei Minuten.

Bei Minustemperaturen war es ihm möglich, nach der Schlacht bei Preußisch Eylau im Februar 1807 Amputationen vorzunehmen, ohne dass die Verletzten große Schmerzen verspürten. Dies führte er auf die lokalanästhetische Wirkung der Kälte zurück.

Tatsächlich spüren auch heute viele Diabetiker mit chronischen Wunden an den Füßen keinen Schmerz. Dies steht jedoch nicht, wie im Februar 1807, in Zusammenhang mit großer Kälte. Vielmehr sind die Nerven durch die ständige Hyperglykämie irreversibel geschädigt. Es kommt zu einer Aktivierung des Polyolstoffwechsels mit nachfolgender energetischer Erschöpfung der Neurone. Die vermehrte Proteinglykosylierung mit resultierender endneuraler Hypoxie sowie gesteigerter oxidativer Stress führen bei 20 bis 50

Prozent aller Diabetiker zu einer chronischen distalen sensomotorisch-vegetativen Polyneuropathie.

Die diabetische Polyneuropathie ist es auch, die die Patienten ihre Wunden an den Füßen primär nicht bemerken lässt, so dass sie auf diesen weiter herumlaufen, bis auch tiefere Gewebeschichten zerstört werden.

Amputationen bei Diabetes

Im Hinblick auf das diabetische Fußulkus geht man von einer Prävalenz von zwei bis zehn Prozent der diabetischen Gesamtbevölkerung aus. Die jährliche Inzidenz beträgt zwei bis sechs Prozent aller Diabetiker. Trotz

verbesserter Behandlungsmethoden und eines damit verbundenen Rückgangs der Majoramputationsraten, insbesondere bei Frauen, ist das Risiko einer hohen Amputation für Diabetiker um das Zehnfache erhöht.

In der Bundesrepublik werden jährlich etwa 16.000 Majoramputationen durchgeführt. Die diabetische Angiopathie ist als Hauptrisikofaktor der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) in den weitaus meisten Fällen mitverantwortlich für die Entstehung des diabetischen Fußsyndroms und die hohe Zahl der Amputationen. Das Ziel ist, durch frühzeitige Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und der daraus entstehenden Wunden eine Amputation zu vermeiden.

Auch für die Behandlung chronischer Wunden stützen wir uns auf Erfahrungen von Dominique-Jean Larrey. Er hatte beobachtet, dass Maden, die sich in den Wunden unbehandelter Soldaten festsetzten, Krankheitserreger abtöteten und somit eine Sepsis verhinderten. Er schreibt über die Feldzüge in Ägypten und Syrien (1798–801): „Die Verwundeten von St. Jean d’Acre wurden stark belästigt durch die Würmer oder Larven der blauen Mücke, welche ihre Eier in die Wunden und Verbände legte; die Entwicklung der Larven wurde begünstigt durch die Hitze, die Feuchtigkeit und die als Verbandsmittel benützte Baumwolle. Es schienen diese Würmer die Eiterung zu beschleunigen; den Verwundeten verursachten sie ein lebhaftes Kitzeln, sodass täglich drei- bis viermal verbunden werden musste; die Entwicklung und das Wachstum dieser Insekten ging außerordentlich schnell vor sich; Waschungen mit Raute und Salbei vernichteten sie, doch kamen sie immer bald wieder. Trotz der Unannehmlichkeiten, welche diese Tiere mit sich brachten, haben sie doch die Vernarbung der Wunden beschleunigt.“



Dominique-Jean Larrey war Oberfeldscher der Großen Armee von Napoleon I. und wurde auch dessen Leibarzt. Porträtiert vom französischen Maler Anne-Louis Girodet-Trioson (1767–1824)



Fußwunden im Biobag (Maden im Beutel)

nigt, indem sie die Naturarbeit abkürzten und den Abfall der Zellgewebsschorfe, auf denen sie saßen, beschleunigten.“

Weitere Beobachtungen zur positiven Wirkung der Fliegenmaden wurden während des amerikanischen Bürgerkriegs und des Ersten Weltkriegs gemacht. Zwischen 1930 und 1940 wurden über 100 medizinisch-wissenschaftliche Publikationen zur Madentherapie veröffentlicht. In weit über 300 US-Spitälern wurden regelmäßig Maden zur Wundtherapie eingesetzt. Hier begann auch erstmals die Produktion steriler Maden durch das Pharma-Unternehmen Lederle.

Maden fördern Wundheilung

Nach der Einführung des Penicillins, das Alexander Fleming 1928 entdeckt hatte, und der Entwicklung neuerer Antiseptika geriet die Madentherapie Mitte des 20. Jahrhunderts wieder in Vergessenheit und erfreut sich erst seit Mitte der 90er-Jahre einer Renaissance. Die chronischen Wunden des diabetischen Fußsyndroms sind gekennzeichnet durch ein Ausbleiben der natürlichen Wundheilung mit einer Tendenz zum progredienten Gewebeuntergang im Sinne einer Gangrän. Bei unweigerlicher Infektion dieser Gangrän kann eine nachfolgende phlegmonöse Entzündung schnell zur Gefahr für die gesamte Extremität werden. Hier stellt die Madentherapie eine sinnvolle Ergänzung der modernen Wundbehandlung dar.

Verwendet werden die Maden der Goldfliegenart *Lucilia sericata*. Sie reinigen chronische Wunden von nekrotischem Gewebe durch proteolytische Enzyme unter Schutz des vitalen Gewebes. Ebenfalls produzieren sie antibakterielle Stoffe und verschieben den pH-Wert des Wundexsudats durch Ausscheidung von Ammoniak und Ammoniakderivaten in den alkalischen Bereich.

Die Wirkung gegen pathogene Keime zeigt sich vor allem im gram-positiven Bereich (unter anderem MRSA und pathogene Strep-

tococcus spec.). Bei gram-negativen Keimen, *Pseudomonaden*, *E. coli*, *Proteus*, lässt sich diese positive Wirkung leider nicht beobachten. Da jedoch Antibiotika keinen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Fliegenlarven haben, können Maden bei einer Mischflora mit gram-positivem und gram-negativem Keimspektrum gleichzeitig mit Antibiotika angewendet werden.

Durch die Ausscheidung von Allantoin, Ammoniumbikarbonat, Harnstoff und Wachstumsfaktoren wird eine Stimulation des Fibroblastenwachstums erreicht, was zu einer schnelleren Bildung von Granulationsgewebe führt. In einem aktuellen Cochrane-Review zum Einsatz von Fliegenlarven bei chronischen Wunden wurde eine schnellere Wundheilung festgestellt.

„Freiläufer“ für kleine Wunden

Unter dem Einfluss der Madentherapie lassen sich zu einem frühen Zeitpunkt drei Wundheilungsphasen fast gleichzeitig beobachten. Sie bewirken ein Remodeling der Wunde durch eine rasche Auffüllung des Wunddefekts mit Granulationsgewebe, während gleichzeitig eine strapazierfähige Epithelialisierung der Wundoberfläche und eine schnelle Wundverkleinerung durch Wundkontraktion einsetzen.

Neben sogenannten Freiläufern, welche sich besonders gut für kleine und stark zerklüftete Wunden eignen, kommen Maden in teebeutelartigen polymeren Biobags im Kampf gegen das diabetische Fußsyndrom zum Einsatz. Die Larven werden dabei in eine offenporige Membran aus Polyvinylalkohol eingeschlossen, die das Madensekret ebenso durchlässt wie die Nährstoffe der Wunde. Die Vorteile liegen in der problemlosen Applikation, der raschen Entsorgung, der Reduktion des Wundschmerzes und dem weitgehend sicheren Verschluss sowie der Ästhetik.

Waren die Schlachten Napoleons häufig von Erfolg gekrönt, indem er, wenn auch erst nach ein bis zwei Jahren, den Sieg davontrug, so ist der Kampf gegen das diabetische Fußsyndrom noch längst nicht entschieden. Trotz neuer und alter Waffen ist der Gegner nur schwer zu besiegen.

Dem legendären Chirurgen Dominique-Jean Larrey jedenfalls haben die Franzosen ein Denkmal gesetzt. Eine Marmorstatue Larreys steht im Hof des Hospitals Val de Grace in Paris mit der Inschrift: „Larrey, certainement, c'est l'homme le plus honnête que j'ai connu; Napoléon“*.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Holger Lawall

Chefarzt Angiologie / Diabetologie
Asklepios Klinik Altona
E-Mail: h.lawall@asklepios.com



Diabetisches Fußsyndrom nach chirurgischem Wunddebridement und Madentherapie mit sogenannten Freiläufern, die sich besonders für zerklüftete Wunden eignen. Verschiedene Stadien der Wundbehandlung. Unten: Ergebnis der Therapie

* Larrey ist gewiss der redlichste Mann, den ich je gekannt habe.

Wegen kolikartiger Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Unterbauch stellte sich die Patientin in der Nacht im Krankenhaus vor und wurde unter dem Verdacht auf eine Nierenkolik in der Urologischen Abteilung stationär aufgenommen. Sonografische Hinweise auf eine Harnstauung der Nieren ergaben sich nicht. Die Laborparameter zeigten keine Entzündungshinweise. Es erfolgte eine Nativ-Computertomografie des Abdomens und Beckens. Im Vergleich zu Voraufnahmen ein halbes Jahr zuvor ließ sich ein zwei Millimeter großes mittleres Kelchkonkrement aus der linken Niere nicht mehr nachweisen, welches sich möglicherweise im Harnleiterostium verfangen hatte. Trotz der Schmerztherapie war keine Schmerzfreiheit zu erreichen, sodass die Patientin zwei Tage später neurologisch untersucht wurde. Am gleichen Tag erfolgte eine Kernspintomografie der Lendenwirbel, bei der keine Kompression austretender Nervenwurzeln festgestellt wurde. Zeitgleich entwickelte sich ein Harnverhalt, der mittels Katheterismus versorgt werden musste. Am darauffolgenden Tag verließ die Patientin auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus. Sie stellte sich am Folgetag bei ihrem Gynäkologen ambulant vor. Unter der Verdachtsdiagnose eines Adnextumors links erfolgte am nächsten Tag in einem anderen Krankenhaus wegen eines stielgedrehten Ovars ein operativer Eingriff. Drei Tage später wurde sie aus der stationären Behandlung entlassen.

Die Patientin trägt vor, dass man sie trotz allerstärkster Schmerzen in der Urologischen Abteilung habe über Tage liegen lassen und dass sich keiner für sie verantwortlich gefühlt habe. Die nachfolgende stationäre Behandlung im Zweitkrankenhaus sei Folge einer Fehldiagnose im ersten Krankenhaus gewesen.

Gutachter sieht keine Fehler

Der beauftragte Gutachter ist zu der Auffassung gelangt, dass die vorgenommenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der stationären Behandlung inhaltlich und in zeitlicher Abfolge angemessen gewesen seien. Auf die Schmerzsymptomatik sei adäquat reagiert worden. Weitergehende diagnostische Maßnahmen seien veranlasst worden. In zeitlicher Abfolge wären als nächste Untersuchung eine gastroenterologische und dann gegebenenfalls eine gynäkologische Vorstellung sinnvoll gewesen. Es wäre mit einem reaktionspflichtigen Ergebnis zu rechnen gewesen, wenn man die Untersuchungen zugelassen hätte. Die später diagnostizierte Stieldrehung des Ovars spreche jedoch nicht für eine ärztliche Fehlbehandlung im Rahmen des ersten stationären Aufenthalts. Die Patientin weist auf Schmerzen und Ängste hin. Sie sei nach fünf Tagen von der Urologischen in die Medizinische Abteilung verlegt

Aus der Schlichtungsstelle

Fortbestehende Symptome

Abklärung erforderlich Eine Patientin stellte sich mit kolikartigen Schmerzen im Bauchraum im Krankenhaus vor. Eine gynäkologische Diagnostik wurde nicht veranlasst. *Von Kerstin Kols, Prof. Dr. Jochen Gille*

worden und hätte, wäre sie dort geblieben, noch zwei weitere Tage infolge der Darmvorbereitung auf eine Magen- und Darmspiegelung warten müssen. In dieser Zeit sei bei ihr aber bereits in dem anderen Krankenhaus die Notoperation durchgeführt worden, die ihr Leben gerettet hätte.

Gynäkologische Untersuchung wäre notwendig gewesen

Aufgrund der medizinischen Dokumentation, der Stellungnahmen der Beteiligten und der gutachterlichen Erwägungen hat sich die Schlichtungsstelle hinsichtlich der Fehlerfrage nicht dem Gutachten angeschlossen, weil der Gutachter für ihn fachfremde Teilaspekte beurteilt hat. Die diagnostischen Schritte in der Urologie des zuerst behandelnden Krankenhauses wurden sachgerecht vorgenommen. Nach Ausschluss eines Nierensteins und einer Bandscheibenerkrankung bestanden weiterhin starke Schmerzen, deren Ursache sich urologischerseits nicht klären ließ. Spätestens zu diesem Zeitpunkt, wäre zur differenzialdiagnostischen Abklärung der fortbestehenden Beschwerden eine gynäkologische Untersuchung notwendig gewesen. Da eine derartige Abklärung zu diesem Zeitpunkt nicht veranlasst worden war, liegt ein Befunderhebungsmangel vor. Es ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung der Verdacht auf einen Adnextumor gestellt worden wäre. Im Zusammenhang mit den dann zu veranlassenden weiteren diagnostischen Maßnahmen (Sonografie, diagnostische Laparoskopie) wäre der Adnextumor festgestellt und operativ entfernt worden. Nach Lage der Akten ist davon auszugehen, dass die bei der Aufnahme in das erstbehandelnde Krankenhaus bestehenden kolikartigen Beschwerden im Unterbauch ursächlich

auf die Stieldrehung des Ovars zurückzuführen waren. Durch eine Stieldrehung wird allgemein die Blutversorgung des Ovars unterbrochen, erfahrungsgemäß ist bereits nach circa sechs Stunden mit irreversiblen Schädigungen zu rechnen.

Der Verlauf legt nahe, dass zum Zeitpunkt der fehlerhaft unterbliebenen konsiliarischen Hinzuziehung eines Gynäkologen die Stieldrehung des Ovars bereits seit vier Tagen bestand. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass das Organ nicht mehr hätte erhalten werden und hätte entfernt werden müssen. Fehlerbedingt ist es somit zu einer Behandlungsverzögerung mit entsprechend vermehrter Schmerzsymptomatik über drei Tage gekommen.

Fazit für Praktiker

Eine anscheinend fachtypische Anamnese muss nach Abklärung fachspezifischer Ursachen bei Fortbestehen der Symptome zu einer konsiliarischen Untersuchung in verwandten Fachgebieten führen. Nachdem im vorliegenden Fall bei einer Nierensteinanamnese keine gynäkologische Konsiliaruntersuchung erfolgte, kam es zu tagelang fortbestehenden Schmerzen, die erst durch die gynäkologische Operation, die Entfernung einer stielgedrehten Ovarialzyste, behoben wurden.

Grundsatz der Differenzialdiagnose: „Wer Läuse hat, kann auch Flöhe haben ...“

Kerstin Kols, Ass. jur.

Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Prof. Dr. Jochen Gille

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

SSRI

Spermienveränderungen

Prospektive Kohortenstudien ergaben nach einer fünfwöchigen bis 24-monatigen Einnahme von SSRI (Escitalopram, Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin) eine erhebliche Änderung der Samenqualität: reduzierte Gesamtzahl, reduzierte Motilität, höhere Anzahl abnormaler Spermien, vermehrte DNA-Fragmentierungen. Auch Dapoxetin steht wegen seiner chemischen Verwandtschaft mit Fluoxetin unter Verdacht, derartige Veränderungen der Spermienqualität zu verursachen – in der zugelassenen Indikation „vorzeitiger Samenerguss“ eher von Nachteil. Im Tierversuch zeigten Antidepressiva vom SSRI-Typ eine verzögerte sexuelle Entwicklung und reduzierte Fertilität bei männlichen und weiblichen Tieren. Die Autoren empfehlen, Patienten über diese mögliche unerwünschte Wirkung (UAW) zu informieren, insbesondere bei Kinderwunsch.

Quelle: *Prescr. Internat.* 2015; 24 (156): 16-17

Regadenoson

Schlaganfälle und epileptische Anfälle

Das Diagnostikum Regadenoson (Rapiscan®) führt zu einer Verstärkung des koronaren Blutflusses und lässt nach Zugabe eines radioaktiven Arzneimittels schlecht durchblutete Myokardbereiche besser erkennen. Dieser A2A-Adenosin-Rezeptoragonist führt zu höherem Blutdruck, schwerer Hypotonie, Verschlimmerung von Vorhofflimmern und Schlaganfällen. Entsprechend vorgeschädigte Patienten dürfen nicht mit Regadenoson behandelt werden. Ein vorgeschlagenes Antidot (Aminophyllin) kann epileptische Anfälle verlängern beziehungsweise selbst hervorrufen. Es wird daher zur Beendigung von Regadenoson-bedingten epileptischen Anfällen nicht empfohlen.

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2015; 160: 125

Strontiumranelat

Indikationseinschränkungen

Das europäische Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) hat schon im Frühjahr 2014 empfohlen, Strontiumranelat-haltige Arzneimittel aufgrund erheblicher UAW (Myokardinfarkt, Thrombose und Embolismus, schwere Überempfindlichkeitsreaktionen, Krämpfe, Hepatitis, Zytopenie) aus dem Verkehr zu ziehen. Das CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) ist den Empfehlungen nicht gefolgt. Es hat die Anwendung beschränkt auf Patienten ohne Kreislaufprobleme, die alle sechs bis zwölf Monate untersucht werden sollen. Aufgrund zahlreicher UAW, die viele Organsysteme betreffen, sollte man eher den Empfehlungen des PRAC folgen, zumal noch andere Optionen zur Therapie der Osteoporose vorhanden sind.

Quelle: *Prescr. Interant.* 2015; 24 (156): 15

Acetylsalicylsäure (ASS)

Primärprävention umstritten

Während der Einsatz von ASS zur Sekundärprävention bereits Routine ist, streiten die Gelehrten weiter, ob die Gabe von ASS in der Primärprävention sinnvoll ist. Erst kürzlich wurde eine japanische Studie abgebrochen, weil kein signifikant besseres Abschneiden einer der beiden Gruppen absehbar war. Es nahmen 15.000 Männer und Frauen zwischen 60 und 85 Jahren teil, eine Gruppe erhielt 100 mg ASS/d. Primäre Studienendpunkte waren tödliche und nicht tödliche Herzinfarkte sowie ischämische oder hämorrhagische Insulte. Sekundärer Studienendpunkt waren extrakranielle Blutungen, die eine Blutinfusion und/oder eine Klinikeinweisung erforderten. In beiden Gruppen waren nur marginale Unterschiede festzustellen. Eine Arbeitsgruppe der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie empfiehlt ein pragmatischeres Vorgehen bei der Primärprävention mit ASS. Eine Therapie sollte sich am individuellen kardiovaskulären Risiko orientieren und das individuelle Blutungsrisiko berücksichtigen.

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2014; 159 (48): 24-26

Parallele Wissenschaften

Die Placebo-Republik

Die Aussagen von Parallelwissenschaften sind in Deutschland weit verbreitet und werden von großen Teilen der Bevölkerung und der Politik akzeptiert. In einem kritischen Aufsatz über Homöopathie, Anthroposophie und andere alternative Heilverfahren werden die Aussagen ihrer Vertreter mit physikalischen Gesetzen verglichen und ad absurdum geführt. Der Autor verweist auf über 50 Nobelpreise in Medizin, Physik und Chemie, die aufgrund der alternativen „Erkenntnisse“ hätten zuerkannt werden müssen. Selbst Homöopathie-nahe Wissenschaftler kommen zum Schluss, dass es bisher nicht eindeutig belegt ist, dass sich homöopathische Arzneimittel von Placebo unterscheiden.

Zu den physikalisch nicht nachweisbaren Gedanken über ein senkrecht Weltbild (Planeten, Elemente, Körperteile und Pflanzen werden miteinander verbunden) und der Signaturenlehre (z. B. Pflanzen mit herzförmigen Blättern eignen sich zur Behandlung von Herzkrankheiten) kommen noch besondere Herstellungsverfahren beispielsweise der Firma Weleda zur Präparation ihres Goldpräparats Neurodoron® (spezielle Verfeinerungsverfahren). Gold bleibt Gold, kein Atom unterscheidet sich vom anderen. Insbesondere tragen Atome nicht eine Biografie ihrer Entstehungsgeschichte in sich. In diesem „Arzneimittel“ wird auch noch das senkrechte Weltbild (Sonne/Gold/Herz) und die Signaturenlehre einbezogen (Ein Herz ist dehnbar, Gold ist dehnbar.). Ein Glück, dass insbesondere Befindlichkeitsstörungen selbstlimitierend sind.

Quelle: *Versicherungsmed.* 2014; 66 (4): 202-06

DER BLAUE HEINRICH

ausgewählt von Dr. Irmgard Hierdeis

Aus: Richard Gordon: Gesundheit, Herr Doktor! S. 10 ff.

Die Kernfrage: Was tun mit bedeutenden Patienten?

Der große und breitschultrige Chirurg hatte kastanienbraunes Haar und ein rötliches Gesicht. Stellte man ihn sich bartlos vor, dann sah er, wie viele wohlgezogene und wohlgenährte Engländer, noch immer so aus, wie er als Schuljunge ausgesehen hatte. Sir Lancelots Blick befahl. Sein Lächeln ehrte. Sein Stirnrunzeln vernichtete. Er machte den Eindruck, sich einer mühelosen Verdauung zu erfreuen – ein Eindruck, der immer sehr zum Erfolg eines Arztes beiträgt –, und wenn er auch zugab, weder der beste Chirurg noch der beste Forscher zu sein, konnte er sich des in seinem Beruf unschätzbaren Vorzugs rühmen, wirklich jeden einflussreichen Menschen im Lande zu kennen.

Dennoch hat Sir Lancelot Schwierigkeiten, der Beschwerde der Oberin nachzugehen, betrifft sie doch einen jener vermögenden Patienten, „dessentwegen das Auswärtige Amt fortwährend anruft, um sich nach seinem Befinden zu erkundigen. Der Mensch mit allen diesen Rolls-Royces. – Er macht jeden Morgen auf den Fußboden.“

Der Chirurg ist peinlich berührt: „Läutete er denn nicht um eine Bettschüssel? „Bettschüssel, schnitt ihm die Oberin verächtlich das Wort ab. „Ich selbst habe ihm eine angeboten. Eigenhändig. Er winkte herrisch ab. Der Dolmetscher erklärte, Seine Hoheit werde sich nie so weit erniedrigen, auf einem derart unwürdigen Gerät zu sitzen.“

„Er ist eben der Scheich von Schatt al Schufti“, überlegte Sir Lancelot.

„Meine liebe Oberin, Sie müssen bedenken, dass der Scheich gewohnt ist, die bewusste Sache in seinem Zelt, oder wo immer er haust, so und nicht anders zu erledigen. Nachher kommt dann ein Mann mit einer Schaufel und einem kleinen Besen, nicht viel anders als bei uns, nachdem die königliche Leibwache vorübergeritten ist. Wir müssen unseren ausländischen Besuchern ebenfalls gewisse Freiheiten einräumen. Die armen Leute ... haben nun einmal keine erstklassigen Krankenhäuser. So fliegt jeder, der krank ist und genügend Geld hat, nach London. London ist näher und billiger als New York, und die Londoner Schwestern sind warmherziger. Ihre ausgeprägte Weiblichkeit und ihre kernige Sprache bringen, finde ich immer, einen frischen Wind ans Krankenbett ... Wir stecken unausweichlich im ärztlichen Exportgeschäft, Oberin.“

„Und mich kotzt das Ganze an. Schlimm genug, dass ihre Frauen und Konkubinen überall auf dem Fußboden schlafen, hingestreut wie Bündel von Schmutzwäsche. Ganze Schafe werden im Garten auf dem Rost gebraten.“

„Nun, auch uns machen Barbecues viel Spaß ...“

Die Oberin bringt weitere skandalöse Vorfälle unter den reichen Patienten zur Sprache. Aber der Chirurg winkt ab:

„Liebste, teuerste Oberin, sehen Sie die Sache doch von einer anderen Seite an. Einmal, vor langer, langer Zeit, waren diese Araber sehr darauf erpicht, uns ihr Öl zu verkaufen ... Jetzt aber, da sie uns fest an den Erdölpumpen hängen haben, ist es verständlich, dass sie sich uns gegenüber genauso gemein und arrogant benehmen, wie wir uns seinerzeit ihnen gegenüber benommen haben.“

Mit weiteren beschwichtigenden Worten weiß dieser Meister der Medizin sogar die aufgebrachte Oberin zu besänftigen:

„In kritischen Zeiten rufe ich mir immer jene Worte des heiligen Augustinus ins Gedächtnis ... alles vergeht, Gott allein besteht, Geduld überwindet alles.“

„Oh, Lancelot! Sie sind so kultiviert! Ganz anders als die jüngeren Ärzte!“

Was kann man Treffenderes über einen berühmten Arzt sagen?

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan der Herausgeber
Ärzttekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Für den Inhalt verantwortlich

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

Redaktion

Stephanie Hopf, M. A.
Claudia Jeß
Korrektur: Birgit Hoyer (Fr.)

Schriftleitung

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

Redaktion und Verlag

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

Anzeigen

elbbüro
Stefanie Hoffmann
Parkallee 25, 20144 Hamburg
Telefon: 040 / 31 81 25 58,
Fax: 040 / 31 81 25 59
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com
Internet: www.elbbuero.com
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 45
vom 1. Januar 2015

Anzeigenschluss für das Aprilheft

Textteilanzeigen: 13. März
Rubrikanzeigen: 19. März

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: 17.596

Titel: Michael von Hartz

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

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

336. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 336. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 13. April 2015, um 20 Uhr

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

Besetzung von Ausschüssen

In der 335. Delegiertenversammlung wurde über die Besetzung von 16 Ausschüssen entschieden. Die Zusammensetzung der neu gewählten Ausschüsse ist auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg unter <http://www.aerztekammer-hamburg.org/diekammer/ausschuesse.htm> veröffentlicht.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Amtliche Veröffentlichung

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

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- zum 31. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der IKK classic zu § 5 Absatz 1 des Gesamtvertrages:
Der 31. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der IKK classic zu § 5 Absatz 1 des Gesamtvertrages wurde im KVH-Journal 12/2014 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.
- 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 Gültigkeit für das Jahr 2015 mit dem vdek:

Die 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 Gültigkeit für das Jahr 2015 mit dem vdek wurde im KVH-Journal 12/2014 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

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

Das Infocenter der KVH / Tel. 22 802 - 900

Bekanntgabe des Landesausschusses zum Versorgungsgrad, Stand 01.07.2014:

Fortbestehen von Zulassungsbeschränkungen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt unter Berücksichtigung seiner Prüfung zum Stand der arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade fest, dass für alle Arztgruppen weiterhin eine Überversorgung im Sinne des § 103 Abs. 1 SGB V und § 16 b Ärzte-ZV besteht. Demnach bleiben die Zulassungsbeschränkungen gem. § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 16 b Abs. 2 Ärzte-ZV für alle Arztgruppen bestehen.

HIV-Qualitätszirkel der KV Hamburg – NEUE TERMINE!

2015 werden insgesamt 4 Sitzungen stattfinden, der nächste Termin ist am

Donnerstag, 21. Mai 2015, 18.30 Uhr,
ICH Stadtmitte, Glockengießerwall 1, 3. OG

Weitere Termine:

17.09. und 26.11.2015, jeweils 18.30 Uhr
(Änderungen werden rechtzeitig bekannt gegeben.)

Für evtl. Rückfragen steht Ihnen die KV gern zur Verfügung unter der Tel. 22 802 – 572.

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Die Sitzung findet statt

jeden 1. Dienstag im Monat um 20 Uhr.

KVH, Heidenkampsweg 99,
1. OG

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

Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

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

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen? Tel. 040/20 22 99-205, E-Mail: verlag@aekhh.de

Sie sind Mitglied der Ärztekammer und möchten Ihre Lieferadresse für das Hamburger Ärzteblatt ändern?

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

Sie sind psychologischer Psychotherapeut und haben Fragen zum Bezug des Hamburger Ärzteblatts?

Tel. 040/228 02-533, E-Mail: melanie.vollmert@kvhh.de

Sie sind kein Mitglied der Ärztekammer und möchten das HÄB abonnieren, Ihre Abo-Adresse ändern oder Ihr Abonnement kündigen?

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

Sie möchten nicht, dass Ihr Geburtstag im HÄB erscheint?

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

Mitteilungen

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Allgemeinmedizin	32/15 HA	01.07.2015	Horn
Praktischer Arzt	33/15 HA	01.07.2015	Rahlstedt
Innere Medizin (hausärztlich)	34/15 HA	zum nächstmöglichen Zeitpunkt	Lurup
Praktischer Arzt	35/15 HA	zum nächstmöglichen Zeitpunkt	Osdorf
Allgemeinmedizin (BAG)	36/15 HA	01.07.2015	Ottensen
Allgemeinmedizin (BAG)	37/15 HA	01.10.2015	Kirchwerder
Allgemeinmedizin	38/15 HA	zum nächstmöglichen Zeitpunkt	Volksdorf
Allgemeinmedizin	39/15 HA	01.07.2015	Uhlenhorst
Innere Medizin (BAG) (hausärztlich)	40/15 HA	01.10.2015	Altona-Nord
Allgemeinmedizin	41/15 HA	01.04.2016	Uhlenhorst
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Chirurgie (BAG)	42/15 C	01.07.2015	Rotherbaum
Allgemeinmedizin	43/15 HA	23.04.2015	Harburg
Allgemeinmedizin (BAG)	44/15 HA	01.07.2015	Winterhude
Allgemeinmedizin (BAG)	45/15 HA	01.07.2015	Rahlstedt
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie (BAG)	46/15 HN	01.07.2015	Barmbek-Nord
Innere Medizin (KV ÜBAG) (fachärztlich)	48/15 I	01.07.2015	Harburg
Innere Medizin (KV ÜBAG) (fachärztlich)	49/15 I	01.07.2015	Harburg
Kinderheilkunde (BAG)	47/15 K	01.01.2016	Bergedorf

BAG: Berufsausübungsgemeinschaft | KV ÜBAG: KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **31.03.2015** schriftlich an die:

Kassenärztliche Vereinigung | Abteilung Arztregister | Heidenkampsweg 99 | 20097 Hamburg

Die Bewerbungen werden den ausscheidenden Vertragsärzten/Psychotherapeuten sowie bei Berufsausübungsgemeinschaften deren Praxispartnern zur Verfügung gestellt. Telefonische Auskünfte über die Verfahren bzw. die abzugebenden Praxen **für Ärzte** erhalten Sie unter den Telefonnummern 040/22 802-387 und -672.

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärzten / Ärztinnen / Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen

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

Adresse		Adresse	
Fachärztin für Allgemeinmedizin		Facharzt für Diagnostische Radiologie	
Dipl.-Biol. Beatrice Roßbach	Schillerstraße 47, 22767 Hamburg	PD Dr. Thomas Kucinski	Speersort 8, 20095 Hamburg
Facharzt für Chirurgie		Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
Dr. Carsten Zunker	Eppendorfer Landstraße 44, 20249 Hamburg	Dr. Maren Ebers	Lappenbergsallee 50, 20257 Hamburg

Mitteilungen

Adresse	
Fachärzte für Innere Medizin	
Christos Svourenos (fachärztliche Versorgung)	Möllner Landstraße 29, 22111 Hamburg
Dr. Ulrike Güssow (hausärztliche Versorgung)	Borsteler Chaussee 102, 22453 Hamburg
Frank Beckmann (hausärztliche Versorgung)	Borsteler Chaussee 102, 22453 Hamburg
PD Dr. Dirk Henning Walter (fachärztliche Versorgung)	Tibarg 21, 22459 Hamburg
Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin (gem. § 21 WBO zu führen als Fachärztin für Allgemeinmedizin)	
Esther van der Kamp	Weidenallee 1, 20357 Hamburg
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Neuropädiatrie	
Dr. Caroline Maxton (haus- und fachärztl. Versorgung)	Neue Große Bergstraße 7, 22767 Hamburg

Adresse	
Facharzt für Orthopädie	
Christian Bartram	Ritterstraße 16, 22089 Hamburg
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	
Dr. Eike Rosenau	Winterhuder Marktplatz 6, 22299 Hamburg
Psychologische Psychotherapeuten	
Dipl.-Psych. Martina Dietze (häftiger Versorgungsauftrag)	Kronprinzenstraße 54, 22587 Hamburg
Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Irina Domscheit-Becker (häftiger Versorgungsauftrag)	Große Theaterstraße 14, 20354 Hamburg
Dipl.-Psych. Saskia Malzahn (häftiger Versorgungsauftrag)	Colonnaden 70, 20354 Hamburg
Dipl.-Psych. Christine Westphal	Paul-Sorge-Straße 3 a, 22459 Hamburg

Ermächtigte Ärzte / Ärztinnen

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

Ausführende/r/s Arzt/Ärztin/Institut	Anschrift	Umfang der Ermächtigung
Dr. med. Frank Ahrens	Bleickenallee 38 22763 Hamburg Tel.: 889 08-701 Fax: 889 08-714	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Immundefizienz-Erkrankungen mit Manifestationen an den Atemwegen ausschließlich in Problemfällen, 2. Behandlung der Immundefizienz-Erkrankung beim Patienten Ismail Acik, geb. 17.07.1988, wohnhaft Karl-Wolff-Str. 19 in 22767 Hamburg, über das 18. Lebensjahr hinaus, 3. Durchführung der Asthmaschulungen bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Teilnahme am Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma bronchiale sowie COPD <p>auf Überweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Lungenärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die mit einer Schwerpunktbezeichnung im Bereich Lungen- und Bronchialheilkunde bzw. Pneumologie an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.</p>

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

Beendigung von Ermächtigungen Ärzte / Ärztinnen / Institutionen

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

Ausführende/r/s Arzt/Ärztin/Institut	Anschrift	Umfang der Ermächtigung	endet zum
Dr. med. Frauke Ishorst-Witte	Tagesaufenthalts- stätte für Woh- nungslose (TAS) Bundesstraße 101 20144 Hamburg	Für den Personenkreis, der in der Tagesaufenthaltsstätte (TAS) für Wohnungslose und in den Räumen des Pik As ärztlich betreut wird, zur <ol style="list-style-type: none"> 1. Verordnung von Arzneimitteln, 2. Vornahme von Überweisungen an Vertragsärzte, 3. Vornahme von notwendigen Einweisungen zur stationären Behandlung - ohne Honorar -.	08.01.2015
Dr. med. Kristina Tchatcheva	Alfredstraße 9 22087 Hamburg	Durchführung der Leistungen nach Nr. 01780 EBM - Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß der Mutterschafts-Richtlinien - auf Überweisung durch Vertragsärzte.	30.04.2014

Das Bezirksamt Eimsbüttel sucht für das Gesundheitsamt zum 01.06.2015 unbefristet in Teilzeit (50 %) einen

Facharzt (m/w) im Jugendpsychiatrischen bzw. Sozialpsychiatrischen Dienst

(Tarifbeschäftigter (m/w), E14/E15 – je nach Voraussetzung)

Weiterhin sucht das Bezirksamt Eimsbüttel für den schulärztlichen Dienst zum 01.06.2015 unbefristet in Teilzeit (80 %) einen

Kinderarzt (m/w)

(Tarifbeschäftigter (m/w), E14/E15 – je nach Voraussetzung)

Nähere Informationen zu den Anforderungsprofilen sowie zu den Bewerbungsmodalitäten erhalten Sie auf unserer Internetseite:

<http://www.hamburg.de/stellensuche>

Bitte geben Sie bei Behörde „Bezirksamt Eimsbüttel“ ein.



Neurologie

Wir suchen eine kompetente, **erfahrene Persönlichkeit** im Fachgebiet in nächster Zeit.

Wir erwarten Engagement, innovatives Denken, Teamgeist, eine gute Expertise im Tätigkeitsschwerpunkt, gern auch mit wissenschaftlichem Background.

Wir bieten ein perfektes Umfeld in Form von Organisation und Praxisstruktur zur Komplettierung unseres privatärztlich dominierten Teams **in zentraler Hamburger Lage** mit besten Verdienstmöglichkeiten in Anstellung und/oder Kooperation. Die Tätigkeit umfasst zu einem Teil die Behandlung von gesetzlich Versicherten, im Wesentlichen aber von Privatpatienten, die ggf. auch persönlich eingebracht werden können. Wir suchen eine Persönlichkeit, die eine Perspektive für die nächsten Jahre in einem innovativen Umfeld sucht. Wir versichern ausdrücklich keine Klinik und kein Klinikkonzern oder MVZ zu sein und grundsätzlich **absolute Diskretion**.

Zuschr. erb. unter S 0177 an elbbüro, Lerchenstr. 28, 22767 HH



Die **HELIOS Klinikum Uelzen GmbH** ist ein modernes Schwerpunkt Krankenhaus mit rund 400 Betten und Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover.

Das Klinikum mit den Fachabteilungen Innere Medizin I (z.Zt. Gastroenterologie, Endokrinologie), Innere Medizin II (z.Zt. Kardiologie, Angiologie und spezielle internistische Intensivmedizin), Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Neurologie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Pädiatrie/Neonatologie verfügt über insgesamt acht OP-Säle, eine interdisziplinäre Intensivstation, eine IMC-Station (mit SU und CPU), eine Monitor- und Telemetriestation sowie über eine mit zentralem Monitorsystem ausgestattete Notaufnahme. In der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden kleine und mittlere thoraxchirurgische Eingriffe ausgeführt.

Am Klinikum sind das Notarzteinsatzfahrzeug und ein Rettungshubschrauber stationiert.

Für die neu zu gestaltene **Fachabteilung Pneumologie** im Fachbereich Innere Medizin suchen wir zum nächstmöglichen Termin einen

○ Oberarzt (m/w) für Innere Medizin und Pneumologie

Bereits jetzt werden jährlich zirka 1.600 Patienten mit pneumologischen Hauptdiagnosen im HELIOS Klinikum Uelzen behandelt. Eine modern ausgestattete Endoskopie/Bronchoskopie ist vorhanden. Neben der interventionelle Bronchologie (flexibel, starr, Stents, EBUS, APC, Krysonde, EVVR, Semiflexible Thorakoskopie etc.) wird ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung die nicht-invasive Beatmungstherapie sein.

Ihr Profil

- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie
- Interesse bzw. Erfahrung im Bereich Bronchoskopie und/oder Beatmungsmedizin
- Freude an Teamarbeit und persönliches Engagement
- Bereitschaft an der Teilnahme von Rufbereitschaftsdiensten

Wir bieten Ihnen

- eine anspruchsvolle Tätigkeit in einer innovativen Abteilung und die Mitarbeit in einem kollegialen aufgeschlossenen Team mit flachen Hierarchien
- leistungsgerechte Vergütung im Rahmen eines AT-Dienstvertrages
- familienfreundliche Arbeitszeitregelung mit einer modernen Dienstzeitstruktur
- in- und externe Fortbildungen



Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gern der Klinikgeschäftsführer, Herr Franz Caesar, unter der Telefonnummer (0581) 83-10 01.

Bitte senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen über unser unten genanntes Karriereportal.

HELIOS Klinikum Uelzen GmbH · Hagenskamp 34 · 29525 Uelzen

Details zur Stellenausschreibung, ein Portrait über Klinik und Region sowie Informationen zum Arbeitgeber HELIOS finden Sie in unserem Karriereportal: www.helios-kliniken.de/jobs unter der Stellennummer **8911**



ASKLEPIOS

Westklinikum Hamburg

Wir sind

Asklepios ist eine der führenden internationalen Klinikketten und mit rund 12.000 Mitarbeitern der größte private Arbeitgeber der Hansestadt Hamburg. Seit 2001 gehört das Westklinikum zum Unternehmensverbund der Asklepios Kliniken. Wir sind ein Haus der Grund- und Regelversorgung und verfügen über 440 Betten sowie 120 tagesklinische Plätze.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

ASSISTENZARZT (W/M) in Voll- oder Teilzeit, für die interdisziplinäre Intensivstation

Ihr Aufgabengebiet

- Stationsarzt der Intensivstation
- Betreuung und Behandlung von stationären Patienten auf der Intensivstation im 3-Schicht-Betrieb
- Tätigkeit im multiprofessionellen und multidisziplinären Team
- Nach 12 Monaten Tätigkeit auf der Intensivstation wird die Möglichkeit zur Fortsetzung der Facharztweiterbildung in der Klinik für Innere Medizin oder in der Abteilung für Anästhesiologie geboten

Ihr Profil

- 2-3 Jahre Weiterbildung in Innerer Medizin oder Anästhesiologie
- Teamfähigkeit, Motivation und Engagement
- Teilnahme am Bereitschaftsdienst
- Integrität
- Abgeschlossenes Hochschulstudium der Medizin mit Approbation

Wir bieten

Einen modernen, vielseitigen und interessanten Arbeitsplatz bei einem zukunftsorientierten Arbeitgeber sowie ein angenehmes Arbeitsklima in einem hochmotivierten Team.

Für weitere Informationen stehen Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Manfred Dreyer, Leiter der Klinik für Innere Medizin, Tel.: (0 40) 81 91-27 40 oder Herr Dr. Rüdiger Schreiber, Chefarzt der Abteilung Anästhesiologie, Tel.: (0 40) 81 91-26 11, zur Verfügung.

Wir freuen uns über Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen – bevorzugt per E-Mail.

Asklepios Westklinikum Hamburg
Herr Prof. Dr. med. Manfred Dreyer –
Leiter Klinik für Innere Medizin
E-Mail: manfred.dreyer@asklepios.com
oder

Herr Dr. Rüdiger Schreiber –
Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie
E-Mail: r.schreiber@asklepios.com
Suurheid 20 • 22559 Hamburg

Gemeinsam für Gesundheit www.asklepios.com



Für den Einsatz wahlweise im **Klinikum Bad Bramstedt** oder in **Neumünster** suchen wir ab sofort eine/n

Oberärztin / Oberarzt mit der Zusatzweiterbildung Geriatrie

Willkommen sind Internisten/Allgemeinärzte oder Kolleginnen/Kollegen mit einer anderen Facharztanerkennung.

Für Vorabinformationen steht Ihnen gerne der Chefarzt PD Dr. med. W. Hofmann unter Tel. 04321 405-7020 oder -7021 zur Verfügung.

Mehr Informationen im **Stellenportal** auf www.fek.de

Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance. Bewerbung bitte per Post an FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH, Personalabteilung, Friesenstr. 11, 24534 Neumünster oder per E-Mail an werner.hofmann@fek.de.



www.fek.de



Förderung Allgemeinmedizin

Wir bieten

1 bis 2 Jahre WBE Physikalische und Reha + Chirurgie

Für Allgemeinmedizin geeignet

Sie können bei uns viel lernen über Orthopädie, Unfallchirurgie, Manualtherapie, Schmerztherapie, Sportmedizin
Rationelle und menschliche Praxisführung

AKTIVION Drs. Soyka, Lipke, Meiners

www.aktivion.de, post@dr-soyka.de
Alte Holstenstraße 2, 21031 HH

Arbeitsmedizin



Interessante präventivmedizinische Tätigkeit im Bereich Hamburg/südl. Schl.-Holstein mit dauerhaft guter Perspektive und Honorierung.

In Teilzeit oder Vollzeit ohne Nacht- und Wochenenddienste – sehr familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung möglich.

Volle Facharztweiterbildung sowie umfassende Unterstützung und Einarbeitung durch eingespieltes kollegiales Team, auch für Umsteiger/innen ohne betriebsärztliche Erfahrung.

ASiG-Werkarztzentrum Mittelholstein GmbH u. Co. KG

Vossbarg, 25524 Itzehoe · www.asig-wzm.de

Tel. Auskünfte durch Dr. med. Reinhard Kunert – Tel. 04821-5848

E-Mail: Dr.med.Reinhard.Kunert@asig-wzm.de



ASKLEPIOS
Westklinikum Hamburg

Wir sind

Asklepios ist eine der führenden internationalen Klinikketten und mit rund 12.000 Mitarbeitern der größte private Arbeitgeber der Hansestadt Hamburg.

Seit 2001 gehört das Westklinikum zum Unternehmensverbund der Asklepios-Kliniken, es ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung und verfügt über 440 Betten sowie 120 tagesklinische Plätze.

Wir suchen zum 01.03.2015 einen

Oberarzt Psychosomatik und Psychotherapie (w/m)

in Vollzeit

In unserer psychodynamisch ausgerichteten akutpsychosomatischen Klinik behandeln wir Patienten aus dem gesamten psychosomatischen Fachgebiet mit den Schwerpunkten Krisenintervention, Ablösekrisen (Jung erwachsene), Essstörungen, somatoforme Störungen, insbesondere chronische Schmerzkrankungen, Erschöpfungssyndrome, Depressionen, Angsterkrankungen sowie Störungen der Krankheitsverarbeitung und Traumafolgestörungen im vollstationären und teilstationären Setting.

Wir betonen dabei eine fokuserorientierte psychodynamische Beziehungsanalyse im geschützten therapeutischen Rahmen unter Zuhilfenahme ausgesuchter individualisierter Belastungserprobungen und Übungen. Die fachlich supervidierte Arbeit im Team wird dabei sehr ernst genommen. Auch eine umfassende Weiterbildung der Kollegen, gemeinsame Auseinandersetzung mit der Arbeit und den Konzepten sowie eine persönliche Fortbildung und Weiterentwicklung sind ebenfalls zentrale Bestandteile unserer Arbeit.

Ihr Aufgabengebiet

Der Aufgabenschwerpunkt für Sie als Oberarzt wäre die Leitung der bestehenden Ambulanz und einer psychosomatischen Station.

Die ärztlich therapeutische Anleitung und Begleitung des Behandlerteams im gesamten Behandlungsprozess sind neben einer diagnostischen Ersteinschätzung von Patienten und Betreuung von besonders schwierigen Behandlungsverläufen Teil Ihrer Arbeit. Sie würden wesentlich den Behandlungsprozess und die Behandlungsplanung mit Ihrem diagnostischen Blick und therapeutischen Interventionen beeinflussen. Die selbstständige Durchführung von Psychotherapien gehört selbstverständlich dazu. Ebenso wären Sie an der Ausbildung von Weiterbildungsassistenten, Psychologen und anderen Berufsgruppen wesentlich beteiligt. Auch das Einbringen und Umsetzen eigener Ideen und Konzepte sowie der Aufbau neuer Schwerpunkte fallen in Ihren Tätigkeitsbereich.

Ihr Profil

Sie sind Facharzt für Psychosomatische Medizin mit voll- und teilstationärer Erfahrung. Eine psychodynamisch-psychotherapeutische Ausbildung, im besten Fall eine psychoanalytische Weiterbildung, sind gewünscht. Sie zeichnen sich durch eine überdurchschnittliche Kommunikations- und Teamfähigkeit aus, bringen soziale Kompetenz und Entschlussfreudigkeit, Flexibilität und Belastbarkeit ebenso mit wie die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu kennen und zu respektieren. Die Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten setzen wir selbstverständlich voraus.

Wir bieten

nicht nur einen modernen, vielseitigen und interessanten Arbeitsplatz bei einem zukunftsorientierten Arbeitgeber, sondern ein angenehmes und sehr teamorientiertes Arbeitsklima, in dem Sie nach Ihren Fähigkeiten und Kompetenzen eingesetzt werden und dort Unterstützung erfahren, wo Sie lernen können und wollen.

Wir freuen uns über Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen – bevorzugt per E-Mail.

Asklepios Westklinikum Hamburg
Herr Dr. med. Goetz Broszeit – Chefarzt
Suurheid 20 • 22559 Hamburg
E-Mail: g.broszeit@asklepios.com

Gemeinsam für Gesundheit

www.asklepios.com

**FA/FÄ für Allgemeinmedizin/
Innere Medizin gesucht**

Die MVO MVZ GmbH sucht zur Verstärkung des Teams in Altona und Wilhelmsburg zum nächstmöglichen Zeitpunkt FA/FÄ für Allgemeinmedizin/Innere Medizin. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Schreiben Sie uns unter: info@medizin-vor-ort.de, MVO MVZ GmbH, Arndtstr. 23, 22085 Hamburg

**WB-Assistent/-in
zum FA f. Allgemeinmed.**

Breites Spektr., 2 jäh. WB-Bef. vorh., in Teil- oder Vollzeit
Tel. 0171/4704757

**Allgemeinmediziner/in /
Internist/in in HA-Praxis**

im HH-Westen gesucht. Versch. Kooperationsformen denkbar.
hausarzt.praxis@aol.de

Kinderärztin/Kinderarzt (FA)

Für unsere Kinderarztpraxis (ca. 15 km nördl. von Hamburg, bestens über die A7 bzw. ÖPNV erreichbar), suchen wir kurzfristig fachlich versierte & freundliche Verstärkung (50% inkl. KV-Sitz) unseres Ärzteteams zur Festanstellung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.
Zuschr. erb. unter T 1605 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

**FA od. WB-Assi f. Allg.Praxis
Harsefeld**

0170/1936888 abends
KambizSanavandi@gmail.com
Beste Bezahlung!

**FA/FÄ für Kinder- und Jugend-
medizin gesucht!**

Für unsere Berufsausübungsgemeinschaft in Wilhelmsburg suchen wir eine/n FA/FÄ für Kinder- und Jugendmedizin.
Zuschr. erb. unter C 1630 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

**Hausärztliche Gem.-Praxis
in Hamburg Süd-Ost sucht**

hausärztlichen Internisten/in,
Allgemeinmediziner/in
zur Besetzung eines Vertragsarzt-
sitzes im Angestelltenverhältnis.
Tel. 04104/969904

**Allgemeinmediziner/in,
Internist/in in Teilzeit**

zur Anstellung von lebhafter
hausärztlicher GP in HH-NO
gesucht, Tel. 0175/5802228

**Große gynäkologische Praxis
sucht WBA ab Jahresmitte**

Tel. 040/30375444 (Frau Hansen)

Anzeigenannahme

Telefon: (040) 31 81 25 58

Stellenangebote (Forts.)



Die Klinik Nordfriesland ist ein Unternehmen der Hamm-Kliniken GmbH & Co. KG.

Die Hamm-Kliniken betreiben in privater Trägerschaft bundesweit vier Rehabilitationskliniken mit AHB-Zulassung im onkologischen Indikationsbereich.

Klinik Nordfriesland

Prof. Dr. Jürgen Barth
Ärztlicher Direktor
Wohldweg 9
25826 St. Peter-Ording
Tel. 04863/401-525
prof.barth@hamm-kliniken.de

Weitere Informationen über uns unter
www.hamm-kliniken.de

Die Klinik Nordfriesland in St. Peter-Ording ist eine moderne Klinik zur Durchführung onkologischer AHB- und Rehabilitationsmaßnahmen in den Gebieten Innere Medizin, Gynäkologie, Urologie und Dermatologie. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Behandlung von Atemwegserkrankungen.

Die Klinik verfügt über eine entsprechende diagnostische und therapeutische Ausstattung. Die Umsetzung zukunftsweisender Konzepte hat uns hohe Akzeptanz sowohl bei unseren Patienten als auch Belegern gesichert.

Wir suchen ab sofort einen

Arzt (m/w)

Derzeit haben wir alle Planstellen im ärztlichen Bereich besetzt. Allerdings möchten wir zur Entlastung des Ärzte-Teams und zur Sicherstellung von geregelten Arbeitszeiten eine weitere Stelle besetzen.

Wir bieten die Möglichkeit einer patientenorientierten Versorgung auf hohem Niveau. Die Tätigkeit ist vielseitig in einem freundlichen und angenehm persönlichen Arbeitsklima mit geregelter Arbeitszeit und leistungsgerechter Vergütung. Des Weiteren bestehen zusätzliche Einkommensmöglichkeiten sowie Weiterbildungsmöglichkeiten in Innerer Medizin, Urologie, Sozialmedizin, Physikalischer Therapie und Balneologie sowie Rehabilitationswesen.

Eine Hospitation ist jederzeit möglich. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich. Für Rückfragen steht Ihnen Herr Prof. Dr. Jürgen Barth gerne zur Verfügung.

Ihre aussagekräftige Bewerbung senden Sie bitte an die nebenstehende Adresse.

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!

Wir suchen ab 15.04.2015

FA/FÄ Allgemeinmedizin (Innere) oder Weiterbildungsassistent(in)

zur Mitarbeit (auch TZ) in großer Allgemeinpraxis in Bleckede/Elbe

längerfristige Kooperation im Ärzteteam wünschenswert
Weiterbildungspraxis (2 Jahre)

engagierte Familienmedizin, interessante Tätigkeit
Interesse/Kenntnisse auch in Psychosomatik, Pädiatrie
(evtl. anthroposoph. Med., Gyn.) wünschenswert
attraktives, übertarifliches Gehalt

32 Std. wöchentl. oder TZ, 7 Wo Urlaub

www.allgemeinpraxis-in-der-feldstrasse.de

Stellengesuche

Fachärztin Gynäkologie

praxiserfahren, sucht Anstellung/Jobsharing in Hamb. Praxis o. MVZ.
Kontakt: hhfachaerztingyn@gmx.de

Internistin sucht Mitarbeit

in hausärztlicher GP (20-25 Std.)
internistin-hh@web.de

Pneumologe s. Praxisstelle

Voll- oder Teilzeit.
Erfahrung in Schlafmedizin
Zuschr. erb. unter V 1608 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Praxiserprobe, junge FÄ

sucht glückliche Zukunft in
Praxis HH: 0177/2982834

Ärztin, 59 J., breit gefäch.

Erfahrungsspektrum
(Schwerp. TCM -Aku.-Ernährung-Phyto, Allg.Med.) sucht TZ-Stelle (ca. 15-20 Std./Wo.) in Praxis, Beratung, Behörde etc., Raum Pl/westl. HH., Tel. 0163/9140595

Orthopäde & Unfallchirurg

sucht Praxis-Anstellung/-Einstieg in Hamburg
Zuschr. erb. unter A 1627 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

FÄ für Allgemeinmedizin

sucht Festanstellung in Vollzeit in allgem.med. Praxis in HH und Randgebiet, Tel. 040/69645458

Vertretungen

Erfahrener Frauenarzt i.R.

übernimmt Praxisvertretungen
Tel. 0172/4270315

Netter Kollege/in als Praxisvertretung, Innere Medizin

für 2-3 Nachmittage in der Woche gesucht (Innenstadt). Späterer Einstieg mögl., Tel. 0172/4511862
Zuschr. erb. unter R 1599 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

KV-Sitz

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Moderne orthopädische Praxis in guter Lage in Hamburg

Suche Partner, der Praxiskosten mit mir teilt, Fachrichtung ist verhandelbar. Praxiseinrichtung, Software und Mitarbeiter können geteilt werden. Tel. 0172/5128962

GP für Allg./Homöop./NHV

in Ottensen sucht NachfolgerIN für Seniorpartnerin Tel. 0170/8947299

Neurologisch-Orthopädische Gutachter

suchen Möglichkeit für Assoziation und Nutzung von Praxisräumen in Hamburg
E-Mail: med.ga.hh@gmx.de

Fachärztin Psychiatrie/ Psychotherapie

bietet Praxisgemeinschaft

für Kollegen/in oder Psychotherapeut/in in großzügiger Praxis in Harvestehude.
Kontakt: E-Mail praxis@kstrohm.de

Verstärkung gesucht

Hausärztlich-internist. Praxis in Lohbrügge sucht Kollegen/in zur Mitarb., evtl. jobsharing und spätere Übernahme, Tel. 040/51327828

Neurologe / Psychiater sucht Psychiater/in

zur Kooperation in eigener Praxis
Kontakt unter 0170/2029933

Augenärztl. GMP Hamburg sucht Nachfolger/in

für Seniorpartner, initial Jobsharing erwünscht.
Zuschr. erb. unter Z 1621 an elb-büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

Jeden 2. Mittwoch von 18.00-19.30 h,
T. 43183040, www.arnhild-uhlich.de

Krankenhaus Jerusalem HAMBURG

Für Bereitschaftsdienste suchen wir eine/n

Ärztin/Arzt auf Honorarbasis

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an unsere Personalabteilung.

Krankenhaus Jerusalem GmbH
Moorkamp 2-6 20357 Hamburg
www.krankenhaus-jerusalem.de

Telefon 040 / 44 190-254
Telefax 040 / 410 69 73
personal@krankenhaus-jerusalem.de

Wir helfen Ihnen von Herzen gern.

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.

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

KV-Sitz (Forts.)

KV-Sitz Chirurgie ½ o. ganz
für Plastische/Handchirurgie-
Praxis in HH gesucht.
kv-sitzchirurgie@outlook.de

**Nachfolgerin für ganzen
oder halben KV-Sitz gesucht?**
Psychologische Psychothera-
peutin, selbständig in eigener
Praxis in HH-Barmbek sucht drin-
gend mehr finanzielle Sicherheit.
Zuschr. erb. unter B 1538 an elb-
büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

**Biete hausärztlichen
Kassenarzt-Sitz zum Verkauf**
Tel. 0172/9757876

**Hausärztlicher KV-Sitz
für Hamburg gesucht.**
Tel. 04104/969904

**KV-Sitz
Ärztliche Psychotherapie
abzugeben**
Zuschr. erb. unter B 1628 an elb-
büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

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

Praxisübernahme

Chirurgische Praxis in HH mit KV-Sitz gesucht

Handchirurg/Plastischer Chirurg
möchte gerne Ihre chirurgische
Praxis fortführen. Sehr gerne
auch zuvor in Kooperation, um die
Übernahme für alle angenehm zu
gestalten. Kontakt über e-mail:
hk@handambulanz.info

**MED Vöge sucht:
Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie**
040/87507302, jv@medhamburg.de

Praxisabgabe

Nachfolger/innen gesucht
für naturheilkundl. ausgerichtete
allgemeinmed. Praxis im Westen
Hamburgs, 2 KV-Sitze, familien-
freundliche Arbeitsbedingungen
E-Mail: Bergastrand@gmx.de

**Große, gut eingeführte Haus-
arztpraxis mit 2 KV-Sitzen**
Mitte 2015 abzugeben.
Zuschr. erb. unter W 1611 an elb-
büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

**Suche Kollegin/Kollegen zur
Nachfolge in chirurgischer
D-Arztpraxis**
Unser Profil entnehmen Sie bitte
unserer Homepage
www.orthochirurgie-hamburg.de

Wertgutachten

PraxValue

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

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



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

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

Betriebsanalysen
Betriebsunterbrechungsgutachten

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

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

Showroom:
Termin und
Vorführung
nach
Absprache

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

Fortbildung/Seminare

EXISTENZGRÜNDUNGSSEMINAR HAMBURG

07.03.2015 • 10-14 Uhr

Der Arzt in der ambulanten Versorgung –
Möglichkeiten der Niederlassung und Anstellung

VERANSTALTUNGSORT
Handelskammer Hamburg • Adolphsplatz 1 • 20457 Hamburg

PRAXISABGABESEMINAR HAMBURG

22.04.2015 • 17-20 Uhr

Praxisverkauf – verantwortungsvoll, rechtssicher
und rentabel!

VERANSTALTUNGSORT
Deutsche Bank • Adolphsplatz 7 • 20457 Hamburg

JETZT ANMELDEN ▶

VERANSTALTER
Ideenwelt Gesundheitsmarkt GmbH & Co. KG
Europastr. 3 • 35394 Gießen
info@ideenwelt-gesundheitsmarkt.de
www.iw-gesundheitsmarkt.de



T. 0641-948864-85

IDEENWELT
GESUNDHEITSMARKT
VERNETZTE INTELLIGENZ

Praxiseinrichtung/Praxismöbel

Praxiseinrichtungen

- 3D-Praxisplanung
- objektbezogene Einrichtung
- Praxismöbel online
- Um- und Ausbau

Klaus Jerosch GmbH
Info-Tel. (0800) 5 37 67 24
Mo - Fr von 07.00 - 18.00 Uhr
www.jerosch.com



Fortbildung/Seminare (Forts.)

Infoabend Niederlassung.

Alles, was Sie für Ihre Niederlassung wissen sollten.

Termin: Donnerstag, 23.04.2015, um 19.30 Uhr
Ort: MLP Geschäftsstellen Hamburg I + IV,
Admiralitätstr. 10, 20459 Hamburg
Referenten: Julia Thormählen, MBA
Uland Grawe, Certified Financial Planner (CFP)
Jens Teipelke, Sparkassenbetriebswirt

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



Finanzberatung, so individuell wie Sie.

www.westerland-seminar.de

Anzeigenschlusstermine
HÄB 04/2015:



KAIFU-Ärztehaus am AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG Hohe Weide 17b (Eimsbüttel)

Attraktive Praxisräume zu vermieten:

1. Bauabschnitt in Betrieb: vermietet
2. Bauabschnitt Bezug Herbst 2016

Wir suchen Fachärzte: HNO, Pädiatrie, Gynäkologie, Urologie
Dermatologie, Allgemeinmedizin etc.

Vorhandene Facharztpraxen:

Handchirurgie, Neurologie, Onkologie, Orthopädie, Radiologie
Schmerztherapie, ambulantes OP-Zentrum

Das KAIFU-Ärztehaus liegt direkt neben dem Krankenhaus DKH,
hat eine sehr gute Verkehrsanbindung sowie einen ausgewählten
Ärztetamm und eine Kindertagesstätte.

Eine Tiefgarage mit direktem Zugang ins Gebäude steht Ihnen
und Ihren Patienten zur Verfügung.

Für **Informationen + Auskünfte** melden Sie sich bitte bei
Herrn Grau unter Telefon 040 / 75 10 35 66.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf!



Praxis-/Büroräume in der Shanghaiallee (HafenCity)

Erstbezug von Neubau-Praxisflächen auf dem Baufeld 70,
direkt am Lohsepark gelegen mit einer sehr guten Verkehrs-
anbindung u.a. U4 HafenCity Universität.

Flächen von 122 m² – 245 m², teilweise zusammenlegbar.

Zwei Kindertagesstätten befinden sich im Objektensemble.

Bisherige Facharztpraxen: Hausärztliche Praxis – Internist



Ansprechpartner: Projektleiter Benjamin Hinsch, Otto Wulff,
Tel. 040-736 34 443

Neubau Praxisflächen in Eidelstedt

Ca. 275 m² u. ca. 189 m² im 2. OG/Staffelgeschoss mit Dachterrasse,
Neubau/Erstbezug, Ausbau nach Mieterwunsch, barrierefrei,
behindertengerechter Ausbau möglich, KiTa im Hause,
Energiebedarfsausweis: 122,77 kWh(m²a), Gas, Baujahr: 2014,
TG-Stellplätze anmietbar, courtagefrei

info@fides-immobilien.de Tel. 040/27 89 80

Praxisräume am Klosterstern

Arztpraxis (150 m²) zur Anmietung
in bevorzug. Lage in Harvestehude.
Kooperation möglich. Tel: 463031

Hamburger Westen

Zwei Therapieräume ab 1.4.2015
zu vermieten in bestehender TP-
Kassenpraxis. 20 m² und 9 m²,
ruhig, hell und frisch renoviert.
Unmittelbare Nähe zur S-Bahn
Iserbrook. Preis 550 bzw. 225 €
incl. aller NK. Parkplatz vorhanden.
Zuschr. an **praxisbuchhaltung-
blankenese@web.de**

Gyn. Spezialpraxis sucht Praxisräume in 1A-Lage in HH

Auch Praxissharing möglich.
Zuschr. erb. unter Y 1617 an elb-
büro, Lerchenstr. 28, 22767 HH

Praxiseröffnung

Privatpraxis

Prof. Dr. Dieter Naber

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Praxis am Israelitischen Krankenhaus

Orchideenstieg 14, 22997 Hamburg

Tel. 040 / 55 56 57 20 d.naber@outlook.de

Fortbildung/Seminare (Forts.)



Seminargebühr 40 €
Anmeldung zu diesem Seminar:

ARZT UND NIEDERLASSUNG

Praxisübernahme, Neugründung und
Kooperationen richtig durchführen

Sa. 09.05.2015

Steigenberger Hotel Hamburg

Heiligengeistbrücke 4

20459 Hamburg

von 10 Uhr bis 16 Uhr



ASI

Wirtschaftsberatung AG

Geschäftsstelle Hamburg

Dipl. Kfm. Michael Müller

Binderstraße 24

20146 Hamburg

Tel: 040 311 608-17, Fax: 040 440 897

E-Mail: michael.mueller@asi-online.de

www.asi-online.de

Textteilanzeigen: 13. März
Rubrikanzeigen: 19. März

RECHTSANWÄLTE HAMBURG-OST

DETLEF SCHEELE

RECHTSANWALT UND
FACHANWALT FÜR SOZIALRECHT

BERATUNG UND VERTRETUNG IN ALLEN FRAGEN
DES SOZIALRECHTS UND MEDIZINRECHTS

HOHENFELDER STRASSE 17 · 22087 HAMBURG
TELEFON: 040/2 51 31 91 · TELEFAX: 040/25 52 92
DS@RAE-HAMBURG-OST.DE · WWW.RAE-HAMBURG-OST.DE

Experten für
Plausibilitäts-
prüfungen

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen
im Gesundheitswesen!

Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Insbesondere Beratung für

- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

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

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg
Medizinrecht | Steuerrecht | Arbeitsrecht fon +49 (0) 40 - 2390876-0
e-mail hamburg@praxisrecht.de

www.verrechnungsstelle.de

Dr. Meindl u. Partner - gegr. 01.01.1975

Anzeigenschaltung im Hamburger Ärzteblatt:

Informationen unter www.elbbuero.com

Steuerberatung

AESCUTAX

Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

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

DELTA Steuerberatung

Bad Segeberg | Heide | Hamburg

DELTA

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

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



Mathias König,
Steuerberater

KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuer+Unternehmensberatung

**„Kompetenz
für Heilberufe“**



ausgezeichnet
beraten seit 1976

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

Ihr Erfolg - unser Ziel

ETL | ADVIMED

Steuerberatung im Gesundheitswesen

Wir haben uns für Sie spezialisiert:
Steuer- und Wirtschaftsberatung für Ärzte

ADVIMED Steuerberatungsgesellschaft mbH
Ansprechpartner: Thomas Mochnik, Steuerberater
Joachim Wehling, Steuerberater
Borsteler Chaussee 47 · 22453 Hamburg
Telefon: (040) 22 94 50 26 · Fax: (040) 22 94 50 10
advimed-hamburg@etl.de · www.advimed-hamburg.de
Mitglied in der European Tax & Law

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



Die Asklepios Kliniken laden ein

Mittwoch, 18. März 2015, 16:00 bis 18:00 Uhr

► Viszeralmedizinische Notfälle ③*

Für Mitarbeiter im Rettungsdienst und in den Zentralen Notaufnahmen. Schwerpunkt: lebensbedrohliche Erkrankungen im Bauchraum.
 Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ort: Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Haus 12, Tangstedter Landstraße 400, 22417 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 31 12; E-Mail: r.dubig@asklepios.com

Mittwoch, 18. März 2015, 19:00 bis 20:45 Uhr

► Herausforderungen in der Rhinochirurgie ②*

Wir stellen innovative Techniken vor, die klassische Probleme in neuem Licht erscheinen lassen.
 Asklepios Klinikum Harburg, Abteilung für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Ort: Asklepios Klinikum Harburg, Neues Medienzentrum, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-86 28 58; E-Mail: n.krizmanic@asklepios.com

Samstag, 21. März 2015, 9:15 bis 14:15 Uhr

► Update Schlaganfallversorgung ⑥*

Anlässlich des Chefarztwechsels stellen wir Neuentwicklungen in der Versorgung sowie die neue Neurogeriatrie vor.
 Asklepios Klinik Wandsbek, Neurologie und Neurogeriatrie
Ort: Hotel Atlantic Kempinski Hamburg, An der Alster 72-79, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 31; E-Mail: m.grapengeter@asklepios.com

Mittwoch, 25. März 2015, 17:00 bis 19:30 Uhr

► Das Knie im Wachstumsalter und Tumore ③*

Wissenschaftlicher Abend der Paul-Sudeck-Gesellschaft. Darstellung der häufigsten orthopädischen und unfallchirurgischen Krankheitsbilder. Anerkannt als Modul Kurs 6 der Dt. Kniegesellschaft für das Zertifikat „Kniechirurgie“.
 Asklepios Klinik St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum
Ort: Georgie Kongresse & Events, c/o Asklepios Klinik St. Georg, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 37 70; E-Mail: j.madert@asklepios.com

Mittwoch, 25. März 2015, Beginn 14:30 Uhr

► Leisten-, Nabel- und Narbenbruch, Rezidivoperationen ②*

Wir möchten Sie über die Angebote und speziellen Möglichkeiten in unserem Haus informieren und Ihre Fragen erörtern.
 Asklepios Klinik Barmbek, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume 1+2 (EG), Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Achtung Mittwoch, 25.03.2015, Thorako-lumbale Wirbelsäulenverletzungen – Das Stufenkonzept aktueller Therapieoptionen, verschoben auf 10. Juni 2015.

Mittwoch, 25. März 2015, 16:30 bis 18:00 Uhr

► Langzeitbehandlung der Schizophrenie 2015 – Und was wird die Zukunft bringen? ②*

Vortrag Prof. Dr. med. Ion-George Anghelescu (Liebenburg) im Rahmen der Ochsenzoller Vorlesungen Psychiatrie und Psychotherapie 2015.
 Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ort: Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll, Henny-Schütz-Allee 3, Haus 2, EG, Konferenzräume, 22419 Hamburg
Anmeldung nicht erforderlich.

Mittwoch, 25. März 2015, 17:00 bis 19:00 Uhr

► Inhaler und Inhalationstechnik ③*

Handhabung der verschiedenen Inhalationsgeräte, für Ärzte, Pflegepersonal und MTA.
 Asklepios Klinik Altona, 3. Med. Abt. – Kardiologie, Angiologie und Pneumologie/Internistische Intensivmedizin
Ort: Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal (2. OG), Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 05; E-Mail: i.bartel@asklepios.com

Mittwoch, 1. April 2015, 17:30 bis 20:00 Uhr

► Interventionelle Kardiologie 2015 ③*

Vorträge, praxisrelevante Fallbeispiele sowie Live-Demonstrationen aus Katheterlabor und OP.
 Asklepios Klinik St. Georg, II. Med. Abteilung – Kardiologie
Ort: Mövenpick Hotel, Sternschanze 6, 20357 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44; E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 1. April 2015, 16:00 bis 18:45 Uhr

► 9. Heidberger Schmerzfortbildung ③*

Vorträge und Workshops mit den Themenschwerpunkten neuropathischer Schmerz/zentraler Schmerz.
 Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie
Ort: Asklepios Klinik Nord - Heidberg, Haus 12, 1. OG, Raum 1-3, Tangstedter Landstraße 400, 22417 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 37 21; E-Mail: schmerztherapie.nord@asklepios.com

Mittwoch, 8. April 2015, 16:00 bis 18:00 Uhr

► Das infrarenale Bauchaortenaneurysma ②*

Vortrag mit Diskussion im Rahmen des Interdisziplinären gefäßmedizinischen Kolloquiums.
 Asklepios Klinik St. Georg, Gefäßmedizin
Ort: Asklepios Medical School, Haus P, Hörsaal 3, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 39 80; E-Mail: n.boyens@asklepios.com

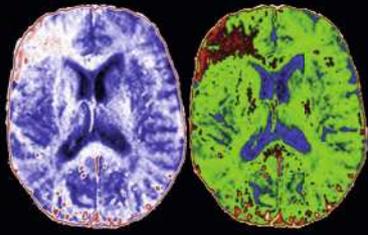
Mittwoch, 15. April 2015, 18:00 bis 20:30 Uhr

► 4. Pneumologie Forum Altona ③*

Wir stellen praxisnah neue Erkenntnisse und Aspekte der Diagnose und Therapie obstruktiver Atemwegserkrankungen vor.
 Asklepios Klinik Altona, 3. Med. Abt. – Kardiologie/Angiologie, Pneumologie/Internistische Intensivmedizin
Ort: Empire Riverside Hotel, Bernhard-Nocht-Straße 97, 20359 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 05; E-Mail: i.bartel@asklepios.com

(weitere Termine umseitig)

Ärzteakademie



Die Asklepios Kliniken laden ein

Samstag, 18. April 2015, 9:00 bis 13:30 Uhr

► NeuroUpdate Hamburg-Heidelberg 2015 ⑤*

Kompakter Abriss versorgungsrelevanter Neuentwicklungen für Neurologen und Nervenärzte sowie für internistisch tätige Kollegen. Asklepios Klinik Nord - Heidelberg, Klinik für Neurologie mit überregionaler Stroke Unit und Neurologischer Frührehabilitation
Ort: Park Inn by Radisson Hamburg Nord Hotel, Oldesloer Straße 166, 22457 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-87 30 69;

Samstag, 18. April 2015, 9:00 bis 15:30 Uhr

► Hanseatische Klinikkonferenzen Nr. 35: Sportmedizin ⑦*

Jedes Jahr verletzen sich rund 1,5 Millionen Menschen beim Sport. Wir widmen uns aktuellen Fragen rund um das Thema Sportmedizin. Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Ort: Museum für Völkerkunde Hamburg, Rothenbaumchaussee 64, 20148 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com;
online: www.asklepios.com/klinikkonferenzen

Samstag, 18. April 2015, 9:30 bis 14:00 Uhr

► Der Psychosomatische Dialog ⑤*

Zum 25-jährigen Bestehen der Abt. diskutieren wir die Themen psychische Gesundheit – auch des Therapeuten – sowie bildgebende Verfahren. Asklepios Westklinikum Hamburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Schmerztherapie
Teilnahmegebühr: 40,- €
Ort: Hotel Louis C. Jacob, Elbchaussee 401-403, 22609 Hamburg
Anmeldung bis 27.03.2015 erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Mittwoch, 22. April 2015, 16:55 bis 19:30 Uhr

► Prehabilitation, das präoperative Rehabilitationsprogramm ③*

Vorstellung des Konzeptes Prehabilitation bei Knie- und Hüftgelenkersatzoperationen, Veranstaltung für Ärzte und Physiotherapeuten.
Ort: Asklepios Klinik St. Georg, Haus I, Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Samstag, 25. April 2015, 9:00 bis 13:00 Uhr

► Thoraxzentrum Hamburg-Harburg ④*

Themenschwerpunkt der Updateveranstaltung ist das Management des nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms. Asklepios Klinik Harburg, Lungenabteilung, Thoraxzentrum Hamburg
Ort: Empire Riverside Hotel, Bernhard-Nocht-Straße 97, 20359 Hamburg
Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 25 44;
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

Freitag, 5. Juni 2015, 9:00 bis 18:30 Uhr,
Samstag, 6. Juni 2015, 8:15 bis 12:30 Uhr

► Richard-Jung-Kolleg Klinische Neurophysiologie 2015 ⑩*

Vorträge und Workshops zu den Themenschwerpunkten EEG, Epilepsie, Schlaf und RLS (Restless Legs Syndroms).
Teilnahmegebühr: 299,- €
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Seminarräume, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg; Samstag, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, Bodelschwingstraße 24, 22337 Hamburg
Bitte melden Sie sich vorzugsweise unter www.rjk-hamburg.de an. Anmeldeschluss ist der 27.05.2015.

Freitag, 12. Juni 2015, 9:30 bis 20:00 Uhr,
Samstag, 13. Juni 2015, 9:30 bis 13:00 Uhr

► 12. Deutsches Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft Zentrale Notaufnahme ⑪*

Interdisziplinäre Veranstaltung mit begrenzter Teilnehmerzahl. Asklepios Institut für Notfallmedizin
Teilnahmegebühr: 169,- € (inkl. Verpflegung und Abendveranstaltung).
Ort: Asklepios Klinik Barmbek, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Anmeldung erforderlich. E-Mail: w.ramm@asklepios.com

25. bis 27. September 2015

► NASIM HH 25 ⑳*

Realistisches Simulationstraining von 25 Notfalleinsätzen, anerkannt für die Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“. Institut für Notfallmedizin in Kooperation mit der AGNN
Teilnahmegebühr: 1200,- € (inkl. Kursmaterial und Verpflegung).
Ort: Institut für Notfallmedizin, Eiffestraße 664 b, 20537 Hamburg
Anmeldung erforderlich unter info.ifn@asklepios.com oder www.asklepios.com/ifn.

www.aerzteakademie-hamburg.de
Die neue Homepage der Ärzteakademie

NEU: Individuelle Suche im umfangreichen, mit CME-Punkten bewerteten Fortbildungsprogramm der Ärzteakademie nach Fachgebieten, nach Datum oder nach Regionen. Alle relevanten Informationen zu jeder Veranstaltung UND direkte online-Anmeldung.

(weitere Termine umseitig)

 **ASKLEPIOS**
Gemeinsam für Gesundheit

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