

11•16

10. November · 70. Jahrgang

# Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

**Gesundheitspolitik | 18**

*Bundesärztekammer*  
Positionen der Ärzteschaft  
zur Bundestagswahl 2017

**Gesundheitspolitik | 20**

*Vertreterversammlung*  
„Service-KV“ nimmt  
weiter Fahrt auf

**Forum Medizin | 28**

*Zervixkarzinom*  
Trachelektomie erhält  
die Fruchtbarkeit

**Das Thema | 12**

*Erwartungen und Ergebnisse*



## Moderne Schulterendoprothetik

Erfolgreiche Behandlung von Schultererkrankungen  
durch differenzierte Diagnostik und Therapie

# SCHON GEWUSST ...

... dass der Endoclub Nord am 4. und 5. November zum 25. Mal stattfand? Der gemeinsam von Prof. Dr. Jürgen Pohl, Asklepios Klinik Altona, Hon.-Prof. Dr. Siegbert Faiss, Asklepios Klinik Barmbek, und Prof. Dr. Thomas Rösch, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, veranstaltete Kongress ist weltweit die größte Veranstaltung für Live-Endoskopie. 2.500 Teilnehmer aus 30 Ländern treffen sich jährlich im November im Congress Center Hamburg. Auch in diesem Jahr wurden nicht nur Standards und Highlights der modernen Endoskopie gezeigt und diskutiert. Höhepunkt waren wieder wie in jedem Jahr die Live-Übertragungen aus den drei beteiligten Kliniken. Die jährlich wechselnde Präsidentschaft hatte in diesem Jahr Prof. Pohl inne, Nachfolger des Gründungsvaters Prof. Dr. Friedrich Hagenmüller.



## Asklepios Westklinikum Hamburg – 10 Jahre Schmerztherapie

Das Asklepios Westklinikum Hamburg bietet seit 10 Jahren eine multimodale Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen an. Da chronische Schmerzen meist multifaktorielle Ursachen haben, werden unter der Leitung von Oberarzt Dr. Dirk Lympius neurochirurgische Behandlungen, Schmerztherapie, psychosomatische Verfahren,

Physiotherapie und Ergotherapie individuell kombiniert. Gerade bei Rücken- und Gelenkschmerzen hat sich dieser Ansatz bewährt. Behandlungen in der Tagesklinik oder vor allem stationär sind intensiv und ergänzen die Behandlungsangebote ambulanter Schmerztherapeuten. Bei therapieresistenten Schmerzen kann

auch eine somatoforme Schmerzstörung vorliegen, die ebenfalls im Westklinikum behandelt werden kann.

**Asklepios Westklinikum Hamburg**  
Neurochirurgisches Sekretariat  
Suurheid 20, 22559 Hamburg  
Tel.: (0 40) 81 91-26 45

## Ein Tag, alle Abteilungen – Hanseatische Klinikkonferenzen 2017



**Auch 2017 wird es wieder die umfassende Fortbildungsreihe der Hamburger Asklepios Kliniken geben.**

Ein Tag, alle Abteilungen: Das ist die Idee der Hanseatischen Klinikkonferenzen. Nur hier haben Sie die Gelegenheit, die Experten nahezu aller in Hamburg relevanten klinischen Fachabteilungen zu treffen. **Die Teilnahme ist kostenlos.**

Die Fortbildungsveranstaltung ist von der Hamburger Ärztekammer mit sechs Punkten anerkannt



**HKK 43: 17. Juni 2017**

**Brustkrebs**

**HKK 44: 15. Juli 2017**

**Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Schilddrüse**

**HKK 45: 11. November 2017**

**Sporttraumatologie**

Konzernbereich Unternehmenskommunikation & Marketing, Rübenkamp 226, 22307 Hamburg

**Sie wollen mehr über uns erfahren?**

[www.facebook.com/asklepioskliniken](https://www.facebook.com/asklepioskliniken)

[www.youtube.com/asklepioskliniken](https://www.youtube.com/asklepioskliniken)

[www.twitter.com/asklepiosgruppe](https://www.twitter.com/asklepiosgruppe)

[www.asklepios.com](http://www.asklepios.com)

**Anmeldung und aktuelle Informationen**

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH • Ärzteakademie, Kathrin Laue  
Tel.: (0 40) 18 18-85 25 42 • [aerzteakademie@asklepios.com](mailto:aerzteakademie@asklepios.com)

Offizieller Hauptsponsor

**OLYMPIASTÜTZPUNKT**  
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



**ASKLEPIOS**

Gemeinsam für Gesundheit



**Prof. Dr. Christian Arning**  
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

*„Wir haben zwei Qualifikationen: Arzt und Facharzt. In beiden sollten wir auf dem Laufenden bleiben.“*

# Beim Staatsexamen *wussten wir noch alles*

Eine 67-jährige Patientin, die früher gern geraucht hatte, suchte wegen akuter Luftnot die Notaufnahme eines großen Krankenhauses auf. Die Ursache war zunächst unklar, wegen eines länger zurückliegenden Mammakarzinoms erfolgte die stationäre Aufnahme in der Abteilung Onkologie. Glücklicherweise waren hier alle Befunde einschließlich CT und MRT der Lunge unauffällig, die Luftnot bestand aber weiter. Die Patientin wurde nun in die Abteilung Kardiologie verlegt, auch hier erfolgte umfangreiche Diagnostik einschließlich Koronarangiografie, eine kardiale Ursache der Dyspnoe konnte ausgeschlossen werden. Eine Woche nach Klinikaufnahme wurde schließlich die Diagnose einer infektexazerbierten COPD gestellt, unter Antibiotikatherapie bildeten sich die Symptome vollständig zurück.

Die Spezialisierung in der Medizin führt zu Spitzenleistungen und zu stetig wachsender Qualität in den verschiedenen Fachgebieten. Das Netz, mit dem wir die Krankheit einfangen, wird immer stärker, aber die Maschen werden weiter: Patienten fallen hindurch, wenn sie mit ihrer Erkrankung nicht an den zuständigen Experten geraten. Ein Patient mit Fußschmerzen hatte Glück, dass der hinzugezogene Gefäßchirurg einen Gichtanfall diagnostizierte, den der behandelnde Neurologe nicht erkannt hatte. Es gibt zahlreiche Beispiele für Erkrankungen, die unerkannt blieben, weil sie nicht in das Gebiet des behandelnden Arztes fielen. Und das Gebiet wird immer enger: Der Neurologe wird zum Schlaganfallsexperten und erkennt die Radialisparese nicht mehr.

Ein privater Krankenhausträger hat schon eine Lösung gefunden und schlägt zur Verbesserung der Krankenversorgung die Einrichtung diagnostischer Zentren vor, in denen leistungsstarke Computertomografen einen Ganzkörper-scan erstellen (Eugen Münch auf dem Gesundheitskongress des Westens in Köln, 2015). Damit könnten Krankheiten schnell erkannt und Patienten umgehend geeigneten Kliniken zugeführt werden.

Ehe sich derartig absurde Ideen durchsetzen, finden wir Ärzte hoffentlich selbst eine gute Lösung, etwa durch Inten-

sivierung des fachlichen Austauschs, durch interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung. Damit der behandelnde Arzt aber die Kollegin oder den Kollegen aus dem richtigen Fachgebiet ansprechen kann, muss er eine Idee haben, in welche Richtung es geht. Beim Staatsexamen wussten wir noch alles. Das liegt bei einigen von uns aber Jahrzehnte zurück, außerdem hat sich die Medizin weiterentwickelt.

Facharzt zu sein, mit der zusätzlichen fachlichen Qualifikation, ist eigentlich mehr als „nur“ Arzt zu sein, aber es ist auch weniger. Jedenfalls wenn ich fachlich zu eng werde und darauf verzichte, mein früheres Wissen zu erhalten und zu aktualisieren. Meine klinischen Lehrer haben mir zwei Ziele mitgegeben und vorgelebt: eine hohe Expertise in einem Teilgebiet und gute Kenntnisse in der Breite. Für das erste Ziel gibt es Austausch auf Fachkongressen, für das zweite Ziel hat die Ärztekammer ein Angebot: den Ärztlichen Verein. Wie schon in der Vergangenheit läuft auch jetzt wieder eine spannende Fortbildungsreihe, aktuell organisiert von Prof. Dr. Lohse und Prof. Dr. van de Loo, deren Besuch ich sehr empfehlen kann! Auch das Hamburger Ärzteblatt lädt Sie gern zum Blick über den Tellerrand ein, diesmal unter anderem mit Informationen zum Stand der Schulterendoprothetik.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben zwei wunderbare Berufe: Arzt und Facharzt. In beiden sollten wir auf dem Laufenden bleiben. Schon allein, um entspannt zu reisen, denn unterwegs können wir mit der Frage konfrontiert werden: „Ist ein Arzt an Bord?“



## 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](http://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.

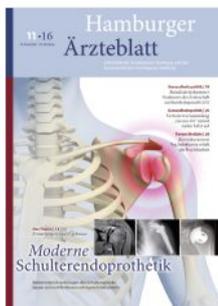
[patientenberatung@aekhh.de](mailto:patientenberatung@aekhh.de)  
[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)

11 · 16

# Hamburger Ärzteblatt



**Prof. Dr. Andreas Niemeier**, UKE, erläutert, welcher Schultergelenkersatz bei Erkrankungen des Glenohumeralgelenks und der Rotatorenmanschette zum Einsatz kommt (Seite 12). **Prof. Dr. Christhardt Köhler**, Asklepios Klinikum Harburg, konnte in einer Studie zeigen, dass die Trachelektomie beim Zervixkarzinom als fertilitätserhaltendes Verfahren gute Ergebnisse liefert (Seite 28). **Prof. Dr. habil. Alexander Katzer**, Orthoclinic Hamburg, behandelte einen Patienten, der unter spontanen Schmerzen in der Hüfte litt – erst in der linken, dann in der rechten. Ein transientes Knochenmarködemsyndrom war jeweils die Ursache (Seite 32).



## Das Thema

- 12 **Erwartungen und Ergebnisse**  
Moderne Schulterendoprothetik  
Von Prof. Dr. Andreas Niemeier,  
Prof. Dr. Wolfgang Rütther

## Service

- 6 Gratulation  
7 In memoriam  
9 Verlorene Arztausweise  
26 Terminkalender  
34 Neues aus der Wissenschaft  
37 Bilder aus der klinischen Medizin  
40 Impressum

## Namen und Nachrichten

- 6 · 10 **Personalien** · Nachruf: Prof. Dr. Rolf Hubmann · PD Dr. Asad Kutup leitet Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie · Groß-Sand: Dr. Alex Blaicher wird neuer kaufmännischer Direktor · AK Wandsbek: Prof. Dr. Alexander Kühne leitet Zentrum für Orthopädie · Prof. Dr. Stefan W. Schneider ist Chefarzt der Hautklinik am UKE  
**News** · 10 Jahre Sonoquiz – das HÄB sagt „danke“ · SeeYou – Erfahrungen mit Frühen Hilfen in Praxen · Influenza-Schutzimpfung – jetzt Patienten informieren · Bibliothek des Ärztlichen Vereins: keine Neuerwerbungen mehr  
11 **Hamburger Ärzteorchester** · Ausflug nach Suomi. Von Dr. Eckhard Schlemminger

## Gesundheitspolitik

- 18 **BÄK-Positionen** · Was die Ärzteschaft zur Bundestagswahl 2017 fordert.  
Von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery  
20 **Vertreterversammlung** · „Service-KV“ nimmt weiter Fahrt auf. Von Dr. phil. Jochen Kriens  
22 **Kommentar** · Fehler im System. Von Dr. Silke Lüder

## Forum Medizin

- 24 **23. Selbsthilfeforum** · Schlimme Botschaft – gutes Gespräch? Von Hübke Prielipp, Dorthie Kieckbusch  
28 **Zervixkarzinom** · Fertilitätserhaltend mit Trachelektomie operieren. Von Dr. Lydia Brokamp, Dr. Giovanni Favero, Dr. Gerd Böhmer, Dr. Nora Remus, Dr. Ingke Hagemann, Dr. Oliver Brummer, Prof. Dr. Volker Ragosch, Dr. Christina Kühler-Obbarius, Dr. Silke Westphalen, Prof. Dr. Achim Schneider, Prof. Dr. Christhardt Köhler  
32 **Der besondere Fall** · Transientes Knochenmarködemsyndrom.  
Von Prof. Dr. habil. Alexander Katzer, Jörg Rump, Dr. Wolf-Peter Niedermauntel  
35 **Schlichtungsstelle** · Hyperkaliämie – akute Krise war abzuwenden.  
Von Kerstin Kols, Dr. Manfred Köller, Prof. Dr. Michael Otte  
38 **Bild und Hintergrund** · 30 Jahre Retter in der Not. Von Dr. Markus Stuhr, Godo Savinsky, Dr. Stefan Kappus, Dr. Sebastian Wirtz, Dr. Hans-Richard Paschen, Prof. Dr. Thoralf Kerner  
40 **Der blaue Heinrich** · Helfen – was am Ende übrig bleibt. Ausgewählt von Katja Evers

## Mitteilungen

- 41 **Ärztchamber Hamburg** · 343. Delegiertenversammlung  
41 · 43 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Arbeitskreise

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: KelCon GmbH; Teilbeilage (Krankenhausärzte): Institut für Weiterbildung e.V. an der Fakultät WiSo der Universität Hamburg

## Gratulation

### zum 90. Geburtstag

- 15.12. **Dr. med. Franz-Josef Wessendorf**  
Facharzt für Chirurgie

### zum 85. Geburtstag

- 03.12. **Dr. med. Dietrich Techen**  
Facharzt für Laboratoriumsmedizin  
Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- 14.12. **Dr. med. Hans-Georg Schröder**  
Facharzt für Psychiatrie  
Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie

### zum 80. Geburtstag

- 26.11. **Gisela Briebrecher**  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 29.11. **Dr. med. Jürgen Klöpfl**  
Facharzt für Innere Medizin

### zum 75. Geburtstag

- 16.11. **Renate Hohlbaum, Ärztin**
- 17.11. **Dr. med. Michael Hartmann**  
Facharzt für Urologie
- 18.11. **Dr. med. Margot Laufs, Ärztin**
- 20.11. **Prof. Dr. Viliam Goussel, Arzt**
- 22.11. **Dr. med. Wilhelm Denzer**  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen
- 24.11. **Dr. med. Dieter Lauenstein**  
Facharzt für Innere Medizin
- 25.11. **Dr. med. Peter Rothenberger**  
Facharzt für Nervenheilkunde
- 27.11. **Dr. med. Karlobert Schreiber**  
Facharzt für Innere Medizin
- 30.11. **Dr. med. Stefan Dorr**  
Facharzt für Innere Medizin
- 01.12. **Prof. Dr. med. Paul Spiller**  
Facharzt für Innere Medizin
- 06.12. **Dr. med. Gerhard Wiethold**  
Facharzt für Innere Medizin
- 12.12. **Dr. med. Klaus Zowe**  
Facharzt für Innere Medizin
- 13.12. **Dr. med. Knuth Sperber**  
Facharzt für Innere Medizin

### zum 70. Geburtstag

- 22.11. **Dr. med. Peter Thomasch, Arzt**
- 23.11. **Dr. med. Hans-Jürgen Beinhorn**  
Facharzt für Orthopädie
- 25.11. **Christiane Ballerstedt**  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
- 29.11. **Dipl.-Psych. Edeltraud Böttge**  
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 29.11. **Prof. Dr. med. Martin Heller**  
Facharzt für Radiologie
- 06.12. **Dr. med. Adelheid Karrasch, Ärztin**

**Nachruf** Der Urologe Prof. Dr. Rolf Hubmann, Leiter der Urologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, ist verstorben.

## Vertrauen in die operativen Fähigkeiten

Prof. Dr. Rolf Hubmann, einer Mediziner-Familie aus Wolfenbüttel entstammend, studierte Medizin in Würzburg, Innsbruck und Freiburg. 1955 legte er sein Staatsexamen ab, 1956 Promotion. Seine berufliche Laufbahn begann 1956/57 im Pathologischen Institut der Universität Würzburg. 1959 wechselte er an die Universität des Saarlands in Homburg zu Prof. Dr. Carl Friedrich Alken, der die Urologie als eigenständiges klinisches Fach begründete. Aus der Stellung eines habilitierten



Prof. Dr. Rolf Hubmann

Leitenden Oberarztes in Homburg wurde Hubmann 1967 mit 37 Jahren auf die leitende Stelle der damals neu gegründeten Urologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg berufen.

Bis zu seiner Pensionierung 1995 hat Hubmann, 1989 zum Professor ernannt, zahlreiche Kolleginnen und Kollegen ausgebildet: gründlich, solide, durchaus fordernd in einer ruhigen, unprätentiösen Art. Zahlreiche urologische Praxen und leitende Positionen haben seine Schüler in Hamburg und Norddeutschland besetzt. Bemerkenswert ist, dass viele, die bei ihm ihr Handwerk gelernt haben, als Belegärzte die operative Tätigkeit weitergeführt haben, Ausdruck eines von ihm vermittelten Vertrauens in die eigenen operativen Fähigkeiten.

In den 1970er-Jahren gründete Hubmann die „Fortbildung für urologisches Assistenzpersonal“, die bis heute fester Bestandteil der urologischen Regionalkongresse und des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) ist. 1980 und 1981 war er Präsident der Vereinigung Norddeutscher Urologen, von 1989 bis 1995 Schatzmeister der DGU und 2002 Träger des Ritter-von-Frisch-Preises. Der Berufsverband der Deutschen Urologie verlieh ihm die Ehrenmitgliedschaft. Seine fortwährende wissenschaftliche Tätigkeit stellte er in zahlreichen Publikationen und Fachbeiträgen in Standardwerken der deutschen Urologie unter Beweis.

Seine Schüler verneigen sich in Dankbarkeit vor der Lebensleistung von Prof. Hubmann, dessen Andenken sie in Anbetracht seiner Verdienste um die Urologie in Hamburg und Deutschland in Ehren halten werden. Unser Mitgefühl gilt ganz besonders seiner Frau, Dr. Waldtraut Hubmann, mit der er 58 Jahre verheiratet war, und seiner Familie.

Dr. Martin Bloch, Facharzt für Urologie

## PD Dr. Asad Kutup leitet Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie



PD Dr. Asad Kutup

Am 1. November 2016 übernahm PD Dr. Asad Kutup die chefarztliche Leitung der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in der Asklepios Klinik Nord – Heidberg.

Kutup war seit 2007 Oberarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und seit 2011 dort geschäftsführender Oberarzt. Seit der Erstzertifizierung zum Darmkrebszentrum 2014 war er zudem Leiter des Zentrums. Kutup strebt in seiner neuen Position als Chefarzt eine noch stärkere Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen an. Sein Schwerpunkt wird der Aufbau des sogenannten Center of Excellence der Kolorektalchirurgie sein. Dort sollen Eingriffe am Dick- und Enddarm auf hohem medizinischen Niveau angeboten werden. | h**ä**

## Groß-Sand: Dr. Alex Blaicher wird neuer kaufmännischer Direktor

Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand im Süden Hamburgs begrüßt mit Dr. Alex Blaicher einen neuen kaufmännischen Direktor. Zuletzt war der Österreicher als Geschäftsführer der Malteser Sachsen-Brandenburg gGmbH für die strategische und operative Führung von zwei Kliniken und sechs Seniorenheimen verantwortlich. Doch die Ökonomie ist nicht seine einzige Passion: Der Betriebswirt und Arzt hat 15 Jahre als Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien praktiziert, fünf weitere Jahre war er Ärztlicher Direktor an einer Klinik im oberösterreichischen Vöcklabruck. Dr. Alex Blaicher folgt auf Dr. Jens Göring, der das Haus im Juni 2016 verlassen hat, um sich einer neuen Aufgabe im Bereich der Klinik-Beratung zu widmen. | *hüb*



Prof. Dr. Alex Blaicher

## Prof. Dr. Christian A. Kühne leitet Zentrum für Orthopädie



Prof. Dr. Alexander Kühne

Seit Oktober leitet Prof. Dr. Christian Alexander Kühne das Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie an der Asklepios Klinik Wandsbek und wird ab 1. Januar 2017 als Nachfolger von Dr. Bogislav Herzfeldt Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie. Kühne hat in Marburg, Essen und Göttingen studiert. Seine Facharztausbildung absolvierte er 2000 bis 2007 am Universitätsklinikum Essen. Nach seiner Habilitation 2007 wechselte er ans Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, wo er seit 2013 als stellvertretender Direktor und Leitender Oberarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig war. Der Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie

plant unter anderem den weiteren Ausbau des 2016 gegründeten Alterstraumatologischen Zentrums zur Behandlung geriatrischer Frakturen. | *hüb*

## Prof. Dr. Stefan W. Schneider ist Chefarzt der Hautklinik am UKE

Prof. Dr. Stefan W. Schneider leitet seit Oktober 2016 die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Er wechselte von der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg nach Hamburg. Der vielfach ausgezeichnete Wissenschaftler hat seit 2008 die Sektion für Experimentelle Dermatologie der Universitätsmedizin Mannheim geleitet und war Leitender Oberarzt der Universitätshautklinik Mannheim. Zuvor war Schneider an den Universitätskliniken Würzburg und Münster tätig und absolvierte mehrere Forschungsaufenthalte an der Yale University in New Haven, USA. Seine Schwerpunkte in Klinik und Forschung liegen in der Onkologie, bei Immundefektstörungen, Gefäßerkrankungen und der Erforschung und Behandlung chronischer Wunden. | *hüb*



Prof. Dr. Stefan W. Schneider

## Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 16.11. **Doris Hanke**  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 17.11. **Dr. med. Alexander Meier-Cillien**  
Facharzt für Nervenheilkunde
- 18.11. **Margret Wilutzki**  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 22.11. **Dr. med. Markus Mathies**  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 23.11. **Beate Elsner**, Praktische Ärztin
- 28.11. **Andrea Wack**, Ärztin
- 30.11. **Dr. med. Christoph Glinka**  
Facharzt für Chirurgie  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 03.12. **Dr. med. Michael Kerneck**,  
Facharzt für Chirurgie
- 07.12. **Dr. med. Francois Hames**  
Facharzt für Augenheilkunde
- 09.12. **Annette Herpich**  
Fachärztin für  
Öffentliches Gesundheitswesen
- 09.12. **Dr. med. Karl-Ulrich Rogosch**  
Facharzt für Urologie
- 10.12. **Dr. med. Susanne Rupp**  
Ärztin
- 13.12. **Klaus Behrendt**  
Arzt
- 14.12. **Ekkehard Panzer-von Iljin**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

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@aekeh.de](mailto:verzeichnis@aekeh.de) oder unter Tel. 20 22 99-130 (Mo., Mi., Fr.).

## In memoriam

**Susanne Fleischer**, Ärztin  
\*08.09.1962 † 02.09.2016

**PD Dr. med. Kay-Uwe Hamann**  
Facharzt für Augenheilkunde  
\*24.06.1941 † 02.09.2016

**Dr. med. Marlies Hoffmann**  
Fachärztin für Nervenheilkunde  
\*05.02.1948 † 08.09.2016

**Dr. rer. nat. Udo von Hees**  
Facharzt für Anästhesiologie  
\*10.08.1948 † 28.09.2016

## Mehr Behandlungsplätze für die Schmerztherapie

In der Schmerztherapeutischen Tagesklinik am Marienkrankenhaus stehen nun 15 statt sechs Behandlungsplätze zur Verfügung. Dr. Joachim Nitsche, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie: „Wir können nun noch mehr Menschen ein wohnortnahes Behandlungsangebot machen.“ Das Marienkrankenhaus ist spezialisiert auf die multimodale Schmerztherapie. Dabei werden medizinische, psychologische und bewegungstherapeutische Ansätze integriert. Die Behandlung erfolgt über vier Wochen in kleinen Gruppen und setzt eine ärztliche Einweisung des behandelnden Arztes zur teilstationären Behandlung voraus. Therapiert werden Patienten, bei denen spezialisierte Untersuchungen abgeschlossen sind und Standardbehandlungen nicht zu einer Besserung geführt haben. Mehr unter: [www.marienkrankenhaus.org/schmerzen](http://www.marienkrankenhaus.org/schmerzen). | *hüb*

### Anzeigen- und Redaktionsschluss im Dezember

Bitte beachten Sie, dass sich aufgrund der Weihnachtsferien der Anzeigen- und Redaktionsschluss für das Januarheft 2017 im Dezember ändert, und später eintreffende Anzeigenwünsche oder redaktionelle Beiträge nicht mehr berücksichtigt werden können:

Textteilanzeigen: **09.12.16**  
 Rubrikanzeigen: **15.12.16**  
 Redaktionsschluss: **09.12.16**

## Ärzteverzeichnis am 23. November nachmittags zu

Am Mittwoch, den 23. November 2016, ist das Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Hamburg von 13 bis 18 Uhr nicht besetzt. Die Kolleginnen informieren zum „Elektronischen Arztausweis“ auf dem Hamburger Forum für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen ([www.hamburger-forum.net](http://www.hamburger-forum.net)). | *hüb*



Dr. Christa Schmidt und Prof. Dr. Guntram Lock aus dem Albertinen-Krankenhaus

**Sono-Quiz** Viele Jahre haben Dr. Christa Schmidt und Prof. Dr. Guntram Lock dem Hamburger Ärzteblatt ihre Sonografien als Rätselaufgabe geliefert. Nun wird die Rubrik erweitert.

## 10 Jahre Sono-Quiz – das HÄB sagt „Danke“

Knapp zehn Jahre haben sie das Sono-Quiz fürs Hamburger Ärzteblatt (HÄB) zuverlässig geliefert: Dr. Christa Schmidt, Oberärztin in der Klinik für Innere Medizin am Albertinen-Krankenhaus, und Prof. Dr. Guntram Lock, Chefarzt der Abteilung. Das Fortbildungsquiz startete im Januar 2007. Die erste Diagnose lautete: Mammakarzinom. Seither durchforsteten die beiden für jede Ausgabe des HÄB ihre Krankenunterlagen, anonymisierten die Daten und gaben den Hamburger Ärztinnen und Ärzten Rätsel auf. Sie konnten anhand von Sonografien Diagnosen stellen und in der selben Ausgabe in der Auflösung ihr Wissen überprüfen. Redaktion und Schriftleiter bedanken sich für die jahrelange, unkomplizierte Zusammenarbeit bei Christa Schmidt und Guntram Lock. Sie haben bereits zugesagt, weiterhin die neue Rubrik „Bilder aus der klinischen Medizin“ mit ihren Beiträgen zu unterstützen. Dort werden künftig instruktive Bilder – Fotos, Sonografien, CTs usw. – gezeigt und mit einem kurzen begleitenden Text erklärt. Diese Beiträge sollen für die breite Leserschaft des Hamburger Ärzteblatts interessant, also nicht zu speziell sein. Das HÄB bittet Ärztinnen und Ärzte, sich zu beteiligen. Eingereicht werden können jeweils ein bis zwei Abbildungen (gegebenenfalls mehrteilig). Einsendungen bitte an die Redaktion: [verlag@aekhh.de](mailto:verlag@aekhh.de). | *hüb*

## SeeYou – Erfahrungen mit Frühen Hilfen in Praxen

Damit Kinder gesund aufwachsen können, sollte Familien mit psychosozialer Belastung rechtzeitig geholfen werden. Wie kann es gelingen, diese Familien zu erkennen und ihnen passende Unterstützung zu vermitteln? Um dieses Thema geht es bei einer Veranstaltung in der Ärztekammer Hamburg am Mittwoch, den 14. Dezember 2016, von 17 bis 19 Uhr in der Fortbildungsakademie, Weidestr. 122 b. Es begrüßt Klaus Schäfer, Facharzt für Allgemeinmedizin und Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg. Dr. Sönke Siefert, Geschäftsführer der Stiftung SeeYou am Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, stellt das Projekt „Babylotse ambulant – Frühe Hilfen in der Arztpraxis“ vor und erläutert, wie das von SeeYou entwickelte Angebot Familien helfen kann. Welche Folgen psychosoziale Belastungen bei Schwangeren für Mutter und Kind haben können, erklärt Dr. Wolf Lütje, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhaus. Abschließend berichten Wiebke Sahlbach, Diplom-Pädagogin, Systemische Familientherapeutin und Babylotsin bei SeeYou, und Karin Schulte, Medizinische Fachangestellte in einer Hamburger Frauenarztpraxis, von ihren Erfahrungen bei der Betreuung werdender Mütter im Rahmen des Projekts Babylotse ambulant. Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Gynäkologen, Pädiater und Medizinische Fachangestellte. Sie ist kostenlos und ist mit drei Fortbildungspunkten zertifiziert. Um Anmeldung wird unter [www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen) gebeten. | *hüb*

# Influenza-Schutzimpfung – jetzt Patienten informieren

Schutzimpfungen zur Prävention von Infektionskrankheiten sind kostengünstig und effektiv. Sie bieten nicht nur persönlichen, sondern auch kollektiven Impfschutz, besonders auch für Menschen, die aus verschiedenen Gründen nicht geimpft werden können. Die Stammzusammensetzung der Influenza-Impfstoffe muss laut Paul-Ehrlich-Institut (PEI) jedes Jahr an die aktuelle epidemiologische Situation angepasst werden, weil sich die Eigenschaften der zirkulierenden Influenzaviren verändern. Die Zusammensetzung wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt. Der Influenzaimpfstoff für die Saison 2016/2017 setzt sich aus den Antigenen weltweit zirkulierender Varianten folgender Viren zusammen:

- A/California/07/2009 (H1N1) pdm 09-ähnlicher Stamm
- A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-ähnlicher Stamm
- B/Brisbane/60/2008-ähnlicher Stamm (Victoria-Linie)
- Für quadrivalente Impfstoffe werden die Antigene der oben genannten Viren sowie eine Variante von B/Phuket/3073/2013 (Yamagata-Linie) empfohlen.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) bittet niedergelassene Ärzte, ihre Patienten, insbesondere die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) benannten Risikogruppen (Menschen über 60 Jahre, chronisch Kranke jeden Alters, Schwangere und medizinisches Personal) und auch Menschen, die Risikopersonen betreuen, auf die Gripeschutzimpfung hinzuweisen. Für die genannten Gruppen werden die Kosten durch die gesetzliche Krankenkasse übernommen. Bei dieser Gelegenheit sollte über den vorgelegten Impfausweis auch der Schutz durch die sonstigen von der STIKO empfohlenen Impfungen, insbesondere Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Pneumokokken überprüft werden.

Anja Westerling, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit

## Samenspender nennen

Nach einem Urteil des Amtsgerichts Hannover muss eine Klinik einer 21-Jährigen, die mithilfe einer Samenspende gezeugt wurde, den Namen des leiblichen Vaters nennen. Die Frau hatte gegen die Reproduktionsklinik geklagt, die sich zunächst geweigert hatte, den Namen des Spenders preiszugeben. Die Rechtslage ist jedoch eindeutig. Der Bundesgerichtshof hatte bereits 2015 darüber geurteilt, dass Kinder ein Recht darauf haben, den Namen des biologischen Vaters zu erfahren (Az.: XII ZR 201/13). Wie bei dem Fall in Hannover verweigern Kliniken jedoch immer wieder die Auskunft. | *háb*



## Verloren

- B 9723 Geetha Dorothee Busch  
12.06.2006
- C 9870 Julius Dehoust  
19.08.2015
- C 6110 Filip Filev  
03.09.2012q
- C 8333 Kerrin Gappmayer  
29.07.2014
- 090323930 Dorothee Granderath  
23.02.2015  
Bayer. LÄK
- 09032370 Verena Hundt  
09.02.2015  
Bayer. LÄK  
Dr. med. Keith Koreuber  
ÄK SH
- C 218 Viola Look  
29.12.2006
- B 6387 Brunhilde Merk  
26.11.2002
- C 7670 Martin Nauroz  
12.12.2013
- C 5718 Dr. med. Katja Eikel, geb. Nelting  
10.05.2012
- C 9962 Karl Stahlberg  
21.09.2015
- D 1176 Linda Vehstedt, dr. med.  
Semmelweis Universität  
06.09.2016
- C 6579 Sonja Georgia Wittleben  
22.01.2013

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

Der im HÄB 8/16 veröffentlichte Ausweis Nr. B 9315 vom 08.12.2015, Kambiz Hassan hat sich wieder angefounden und wird hiermit wieder für gültig erklärt.

## Gefunden

### Das mündige Kita-Kind

Wer sich Gedanken darüber macht, wie man Kindern bereits im Schulalter gesundes Verhalten antrainieren kann, dem sei gesagt: Die Kids fangen heutzutage schon viel früher damit an, sich um ihre Gesunderhaltung zu kümmern. Das Hamburger Abendblatt berichtet, dass sich ein Junge aus Erfurt als Mobbing-Opfer fühlte und in seiner Kita kurzerhand die Polizei per Notruf rief. Gut, die Notrufnummer gleich dreimal anzurufen, bedarf wohl einer Nachschulung, aber ansonsten: Hut ab! Um die seelische Gesundheit dieses Jungen müssen wir uns mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Sorgen machen. | *ti*

## Hansestädte im Nordosten erkunden

Die Hansestädte Wismar, Stralsund, Greifswald, Rostock und Anklam wird der Ärztliche Kulturkreis vom 2. bis zum 6. Juni 2017 (Pfungsten) jeweils mit einer geführten Stadtrundfahrt besuchen und lädt dazu herzlich ein. Der Vier-Sterne-Fernreisebus fährt zunächst zum Standort nach Stralsund mit Übernachtungen im arcona Hotel Baltic. Am Ankunftstag findet ein gemeinsames Abendessen im Hotel statt. An den folgenden Tagen stehen eine Schifffahrt auf dem Strelasund und eine Ausfahrt auf die Insel Rügen zusätzlich zu den Stadtrundfahrten auf dem Programm. Auch ein freier Vormittag in Stralsund ist eingeplant. Die Reise kostet bei vier Übernachtungen mit Frühstücksbuffet 570 Euro pro Person im DZ und 670 Euro im EZ. Bitte reservieren Sie rechtzeitig beim Ärztlichen Kulturkreis e.V., Postfach 650347, 22363 Hamburg oder per E-Mail [kulturkreis-hh@web.de](mailto:kulturkreis-hh@web.de). | *háb*

## Vortragsreihe „Am Sterbebett“ im Museum

Eine Vortragsreihe mit noch fünf Veranstaltungen unter der Überschrift „Am Sterbebett. Geschichte und Gegenwart“ findet im Medizinhistorischen Museum Hamburg bis Februar 2017 statt. Am Montag, den 21. November, um 18.30 Uhr heißt es „Tod als Grenze der Medizin? Über ärztliche Haltungen und Herausforderungen am Sterbebett“. Den Vortrag hält Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Schäfer, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln. Weitere Vorträge folgen am 2. und 14. Dezember sowie am 24. Januar und am 19. Februar (Termine unter [www.uke.de](http://www.uke.de), Suche: Am Sterbebett). Veranstaltungsort ist jeweils das Fritz Schumacher-Haus (Gebäude N30), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52. Die Installation „Andante Calmo“ der Künstlerin Michaela Melián, deren Ausgangspunkt die Sterbeszene der Mimì aus Giacomo Puccinis Oper La Bohème ist, kann während der Öffnungszeiten des Museums (samstags und sonntags, 13 bis 18 Uhr) und vor den Vorträgen besucht werden. | *háb*

### Ärztammer 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](mailto:bibliothek@aekeh.de),  
[www.aekbibl.de](http://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“ und anderen Datenbanken
- Zusammenstellung von Literatur bzw. Zusendung von Kopien zur individuellen Fragestellung
- Bereitstellung bestellter und vorgemerakter Medien außerhalb der Öffnungszeiten in der „Abholbox“
- Ausleihe von Medien an den Arbeitsplatz (sofern dieser der Behördenpost angeschlossen ist)

## Bibliothek des Ärztlichen Vereins: *keine Neuerwerbungen mehr*

Die Bibliothek des Ärztlichen Vereins wird unter der Leitung der Ärztekammer Hamburg noch bis Ende 2017 im Altbau der Staats- und Universitätsbibliothek (SUB) geöffnet sein. Nach dem Beschluss der Delegiertenversammlung vom September geht die Kammer eine Kooperation mit der SUB ein, wesentliche Teile des Buchbestands werden übernommen. Aus diesem Grund werden nun keine neuen Bücher mehr angeschafft. Daher entfällt künftig die Veröffentlichung der Neuerwerbungsliste. Sonstige Serviceleistungen bleiben erstmal erhalten. | *háb*

## Gewalt kommt nicht in die Tüte *Aktion in Hamburger Bäckereien*

Aktuelle Studien belegen: Nach wie vor ist jede dritte Frau von häuslicher Gewalt betroffen, und es gibt Betroffene, Angehörige und Mitarbeiter im Gesundheitssystem, die die Beratungs- und Schutzmöglichkeiten vor Ort nicht kennen, bzw. sich nicht trauen, über Gewalt zu sprechen. Seit 2008 organisiert der Arbeitskreis gegen

Gewalt an Frauen und Mädchen deshalb gemeinsam mit der Bäckerinnung unter der Schirmherrschaft von Bischöfin Kirsten Fehrs die Kampagne „Gewalt kommt nicht in die Tüte“. Auch in diesem Jahr werden 30.000 Flyer verteilt und gehen über 30.000 Brötchentüten mit Notrufnummern und Adressen der Hamburger Schutz- und Beratungseinrichtungen über die Läden. Zum internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen und Mädchen, 25. November 2016, gibt es im Mercado Altona eine Podiumsdiskussion. Moderatorin ist Christine Gerberding, Redaktions-

leitung Kulturjournal des NDR Fernsehens. Anwesend sein werden Dr. Melanie Leonhard, Hamburger Senatorin für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Vertreter der Ärztekammer, der Psychotherapeutenkammer, der Polizei, von Brigitte Woman und der internationalen Frauenorganisation Zonta. Weitere Unterstützer aus Politik und Kultur werden erwartet. Mehr Informationen zur Kampagne sowie den Hamburger Beratungs- und Schutzeinrichtungen finden Sie unter der Homepage [www.gewaltkommtnichtindietuete-hamburg.de](http://www.gewaltkommtnichtindietuete-hamburg.de). | *háb*



# Ausflug nach Suomi

**Gastauftritt** Das Hamburger Ärztetheater reiste im Sommer nach Helsinki und spielte zwei Konzerte vor wunderbarer Kulisse. Ein Reisebericht. *Von Dr. Eckhard Schlemminger*



Nach längerer Zäsur in der Reisetradition des Hamburger Ärztetheaters entstand die Idee einer Konzertreise nach Skandinavien. Die finnischen Komponisten Jean Sibelius und Einojuhani Rautavaara hatten im Repertoire des Amateurorchesters bereits einen festen Platz. Freundschaftliche Kontakte zu Musikpädagogen an der Sibelius-Musik-Akademie in Helsinki ermöglichten dann die konkrete Konzertplanung für den Mittsommer 2016. Das komplette symphonische Orchester musste passende Spielorte in der finnischen Hauptstadt finden, dazu eine Fluggesellschaft und ein Hotel mit ausreichend Kapazität.

Die Musiker begeisterten sich für die Reise so sehr, dass eine vollständige Besetzung für das Konzertprogramm mit Werken von Mendelssohn, Grieg und Beethoven zustandekam. Reisebüro Schnieder-Reisen in Hamburg gewann Finnair und das Hotel Radisson Blue Helsinki für das Projekt, sodass die Reise Anfang Juni bereits Ostern 2016 perfekt war. Neben einem abwechslungsreichen touristischen Begleitprogramm erlebte das Orchester in der finnischen Metropole aufgeschlossene Gastfreundschaft. Eine Schiffsreise nach Suomenlinna, ein Tagesausflug nach Porvoo und Führungen durch das großartige Musik-Center mit baulich und funktionell angeschlossener Jean-Sibelius-Musik-Akademie wurden zu echten Highlights der Tagesprogramme. Die Architektur und das Flair Helsinkis, die Lebensart der finnischen Menschen während der Mittsommertage hinterlassen wunderbare Erinnerungen. Die zwei Konzerte des Ärztetheaters bildeten die eigentlichen Höhepunkte der Reise: Am 1. Juni bot die Saksalainen kirkko (Deutsche Kirche) auf der Südspitze Helsinkis, hoch oben über dem Hafen, einen idealen Spielort. Neben der Hebriden-Ouvertüre und der 2. Symphonie

von Beethoven war das Klavierkonzert a-Moll von Grieg ein großer musikalischer Erfolg, auch dank der jungen japanischen Klaviersolistin Ayane Matsuura, super vermittelt über ihren Klavierprofessor.

Der Ausflug in die alte idyllische Stadt Porvoo – als idealer Ruhepunkt zwischen den Konzerten – ermöglichte die Teilnahme am Galaabend des Ballettfestivals im Opernhaus. Mit dem zweiten Konzert in der berühmten Tempelauktion kirkko (Felsenkirche) am 3. Juni – dieses Mal spielte Matsuura das Griegkonzert auf einem Steinway-Konzertflügel – konnte das Orchester mit seiner charmanten Klaviersolistin wohl den schönsten Erfolg dieser Reise verbuchen.

Die Musiker haben mit den Konzerten auch an der Eröffnung der Helsinki-Musiktage teilhaben können. Die Deutsche Botschaft und das Goethe-Institut Helsinki dürfen mit Fug und Recht die Gastkonzerte des Hamburger Ärztetheaters als Beweis eines lebendigen Kulturaustauschs zwischen der Stadt Hamburg und der finnischen Kultur- und Musikmetropole Helsinki bewerten.

Ein atmosphärisch und gastronomisch perfekt gestalteter Abschlussabend im „Savu“ auf der Tervasaari-Insel brachte dem Orchester das Gefühl einer in allen Teilen gelungenen Reise. Mit einem perfekten Kammermusik-Programm und den Klängen der Kantele, dieses wunderbaren Saiten-Instruments aus dem Sagenschatz des finnischen Nationalepos „Kalevala“, endete dieser Ausflug nach Suomi (Eigenbezeichnung von Finnland). Ziel der nächsten Konzertreise 2018 ist Padua.

*Dr. Eckhard Schlemminger, Hamburger Ärztetheater, Viola*

**Die nächsten Konzerttermine (18.11.16, 25.1 und 29.1.17) finden Sie auf der Homepage [www.hamburgeraerztheater.de](http://www.hamburgeraerztheater.de).**



WWW.MEDIZIN-RECHT.COM

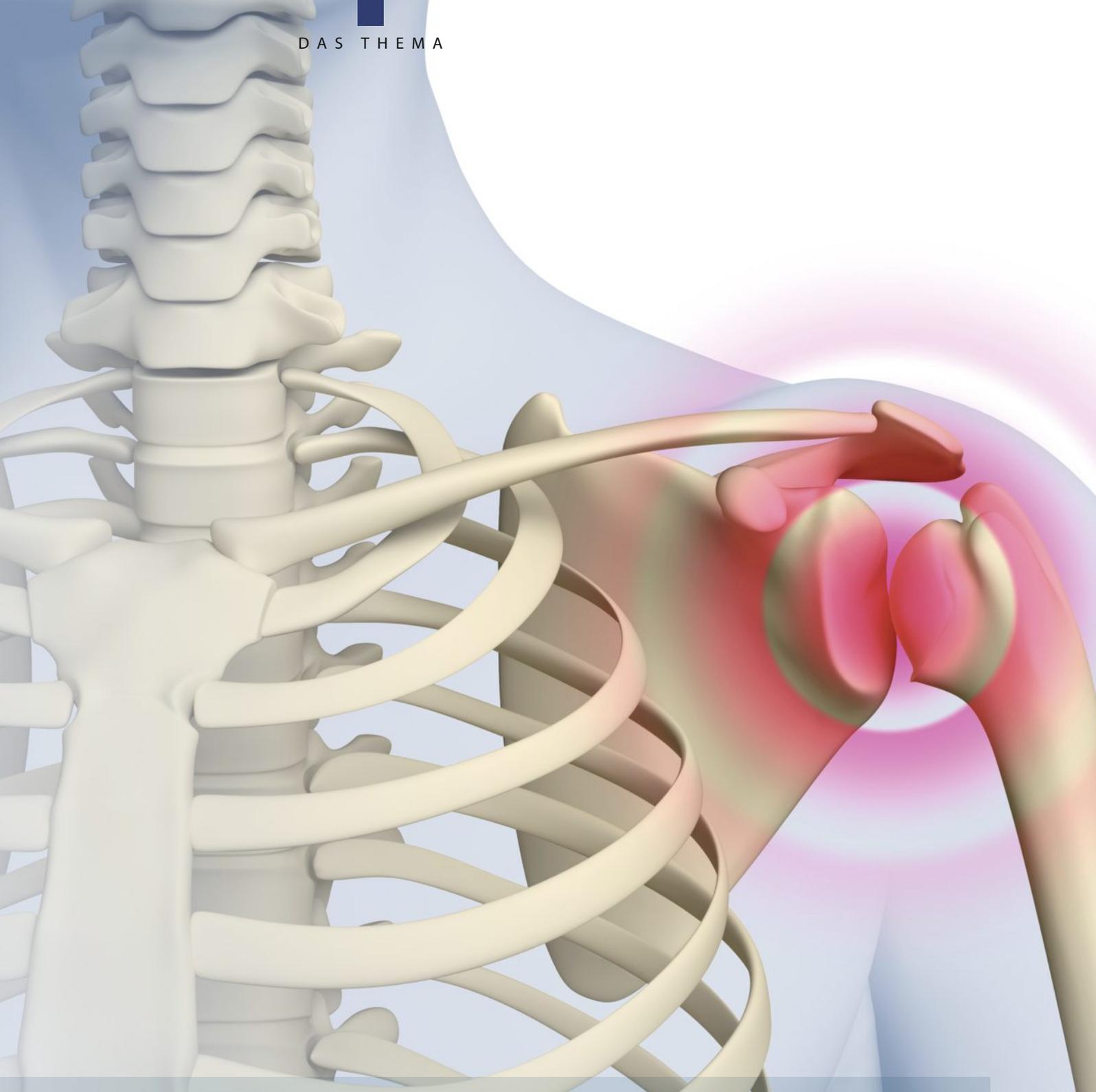
Seit 1999 sind wir Ihr kompetenter Ansprechpartner rund um das Gesundheitsrecht. Mit einem interdisziplinären Netzwerk aus Anwälten, Steuerberatern, Wirtschaftsprüfern, Unternehmensberatern und IT-Spezialisten. Für eine ganzheitliche Betreuung.

- Vertragsarztrecht/Zulassungsrecht
- Praxiskaufverträge
- Vergütungsfragen (GOÄ/EBM)
- Berufs- und Strafrecht der Heilberufe

DR. HALBE  
  
RECHTSANWÄLTE  
MEDIZINRECHT

- Kooperationsverträge/-konzepte:  
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)  
Überörtliche BAG  
Praxisnetze  
Praxismgemeinschaften  
MVZ  
Kooperationen mit Krankenhäusern

Spadenteich 1 • 20099 Hamburg  
Tel. 040 284072-40 • Fax 040 284072-41  
[hamburg@medizin-recht.com](mailto:hamburg@medizin-recht.com)



*Abb. 1 a:* Fehlgeschlagene anatomische Fraktur-Hemiprothese einer 68-jährigen Patientin mit kompletter Resorption der Tuberkula und vollständigem funktionellen Rotatorenmanschettenverlust.  
*Abb. 1 b und c:* Radiologisches und klinisches Ergebnis sechs Monate nach Wechsel auf eine inverse Prothese

# Moderne Schulterendoprothetik

**Erwartungen und Ergebnisse** Der Schultergelenkersatz hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt. Erkrankungen des Glenohumeralgelenks und der Rotatorenmanschette lassen sich heute mit Prothesen gut und zuverlässig behandeln. Voraussetzungen sind eine differenzierte Diagnostik, Indikationsstellung und sorgfältige OP-Technik. Die Zunahme von Implantationen führt allerdings zu höherer Revisionslast – und fordert Operateure zusätzlich heraus.

Von Prof. Dr. Andreas Niemeier, Prof. Dr. Wolfgang Rütther

Der Innovationskraft von Charles Neer in den 1950er-Jahren ist zu verdanken, dass die Schulterendoprothetik als Routineverfahren zur Frakturversorgung des proximalen Humerus in die orthopädische Chirurgie Eingang gefunden hat (1). Es handelte sich bei der Neer-Prothese um ein Monoblock-Design, das mehr als Platzhalter denn als anatomische Rekonstruktion des Schultergelenks gelten durfte. Entsprechend limitiert waren die funktionellen Ergebnisse, aber auch die Erwartungshaltung der Patienten. Neer prägte den Begriff der „limited goal procedure“ für schulterprothetische Eingriffe: Schmerzreduktion, aber limitierter Funktionsgewinn.

In den 1960er-bis 1980er-Jahren haben etliche Entwicklungsschritte schließlich zu zentralen Erkenntnissen geführt, welche die heutige zuverlässige Versorgung einer ganzen Bandbreite von Schultergelenkserkrankungen ermöglicht haben:

- Wesentliche Voraussetzung für die schmerzfreie Funktionalität jedweder Schulterprothese ist die operative Wiederherstellung eines dynamisch stabilen Drehzentrums.
- Durch Kraftschluss muss die Schulter dynamisch stabil geführt werden. Jede Form höhergradiger mechanischer Kopplung

zwischen Prothesenkomponenten ist zu vermeiden, um Lockerungskräfte auf die Implantatverankerung zu minimieren.

- Für anatomische Schulterprothesen ist eine intakte Rotatorenmanschette (RM) erforderlich.
- Schultererkrankungen, die mit einem irreparablen Rotatorenmanschettendefekt einhergehen, erfordern die Implantation einer inversen Prothese (Abb. 1). Hier wird ein neues infero-mediales Drehzentrum geschaffen, sodass der M. deltoideus über vermehrte Vorspannung die aktive Anteversion und Abduktion des Arms auch über die Horizontale hinaus effizient vermitteln kann und die funktionelle Rotatorenmanschettens-Insuffizienz kompensiert (2).

## Indikationen

Die Indikationsbreite für Schulterendoprothesen ist inzwischen groß und in Ausweitung begriffen. Mindestens zwei Indikationsgruppen werden unterschieden:

**Gruppe A:** Eindeutige Indikationen, für die keine anderen sinnvollen Therapieoptionen zur Verfügung stehen und für die belastbare mittel- bis langfristige Daten vorliegen. Hierzu gehören schmerzhafte Funktionseinschränkungen der Schulter bei folgenden Entitäten:

- primäre und sekundäre Omarthrose,
- Rotatorenmanschettendefekt-Arthropathie (Cuff Tear Arthropathy, CTA) des älteren Patienten (> 70 Jahre),
- rheumatische Schulterdestruktion,
- verschiedene Traumafolgezustände,
- Humeruskopfnekrose,
- lokal destruierende Tumoren des proximalen Humerus.

**Gruppe B:** Indikationen für Prothesen, bezüglich derer es alternative Behandlungsmethoden gibt, die zumindest ernsthaft diskutiert werden können. Diese Indikationen gilt

es, im Einzelfall besonders sorgfältig zu prüfen und individualisiert zu stellen:

- primäre und sekundäre Arthrose des sehr jungen Patienten (< 40 Jahre),
- irreparable Rotatorenmanschettendefekte ohne glenohumerale Arthropathie,
- Rotatorenmanschettendefektarthropathie des jüngeren Patienten,
- verschiedene Frakturformen des proximalen Humerus.

## Erwartungen

Es gibt drei Hauptziele, die mit einer Schulterendoprothese erreicht werden sollten: Erstens Schmerzreduktion bis Schmerzfreiheit, zweitens eine für den Patienten angemessene und subjektiv zufriedenstellende Funktion und Belastbarkeit und drittens eine möglichst lange anhaltende Revisionsfreiheit. Die ersten beiden Ziele fließen fast immer kombiniert, wenn auch in unterschiedlichem relativen Ausmaß, in die Entscheidungsfindung zur Indikation und Prothesenwahl ein. Die andauernde Revisionsfreiheit stellt ein komplexes Feld dar. Viele Innovationen der letzten Dekade versprechen eindeutig Verbesserungen (z. B. schaftlose Prothesen), bergen aber auch das Potenzial neuer Versagensmechanismen in sich.

Wesentliches Kriterium für die Entscheidungsfindung der Patienten ist die Frage nach der voraussichtlichen Standzeit (Länge des revisionsfreien Intervalls). Nationale Prothesenregister, die nicht nur Ergebnisse hochspezialisierter Studienzentren berücksichtigen, bieten einen sehr zuverlässigen Überblick über mögliche Erwartungen und Ergebnisse. Einige skandinavische Länder, England und Wales und insbesondere auch Australien und Neuseeland haben sorgfältig geführte Schulterprothesenregister (3-6), aus denen sich zum Teil erstaunlich konkordante Ergebnisse im Hinblick auf kumulative Revisionsraten ableiten lassen. Nach Zahlen des Australischen Schulterprothesenregisters betrug die kumulative Revisionswahrscheinlichkeit nach Prothesenerstimplantation von 2008 bis 2014 etwa 1 bis 1,4 Prozent pro Jahr. Die Revisionsraten von Schulterprothesen sind somit in diesem Zeitraum niedriger als die für primäre Knie- und Hüftendoprothetik (6).

Auch in Langzeitstudien zeigen sich Revisionsraten für anatomische Schulterprothesen mit < 11 Prozent über einen Nachbeobachtungszeitraum von 15 Jahren in ähnlichen Größenordnungen wie in den Registern (7). Je nach Indikation und Patientengruppe bestehen allerdings erhebliche Unterschiede,

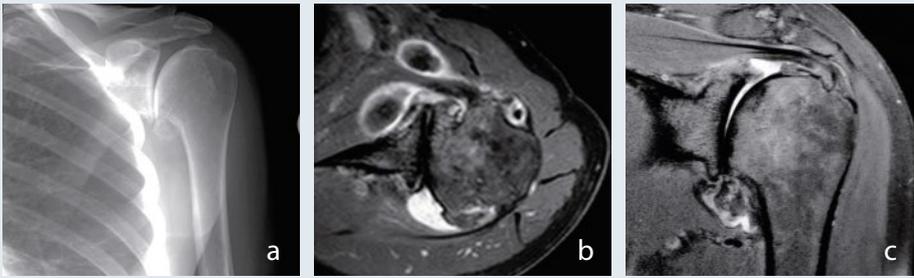


Abb. 2 a bis c: Fortgeschrittene primäre Omarthrose bei einer 54-jährigen Patientin. Die Rotatorenmanschette ist intakt, B1-Glenoid mit dorso-inferior betontem Knorpelverlust sowie posteriorer Subluxation des Humeruskopfs. Es besteht eine massive schmerzhafte Bewegungseinschränkung mit maximal 80° Flexion, 45° Abduktion, 45° Außenrotation und konstanter Nachtschmerz



Abb. 2 d: Radiologischer Befund der völlig beschwerdefreien Patientin 6 Monate postoperativ

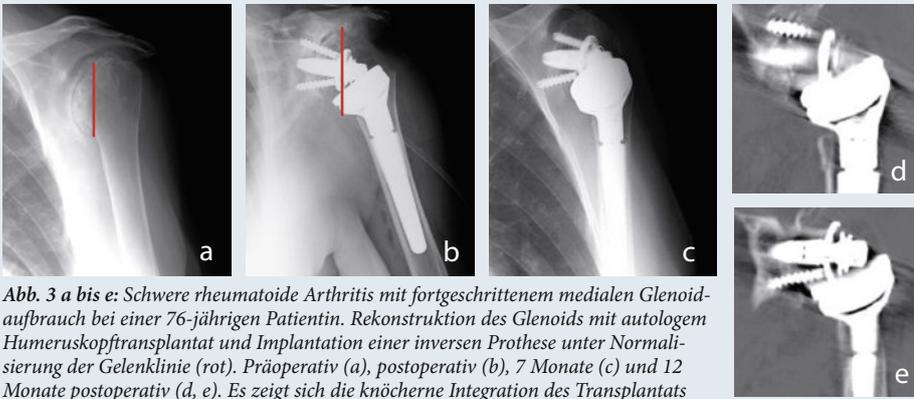


Abb. 3 a bis e: Schwere rheumatoide Arthritis mit fortgeschrittenem medialen Glenoidaufbrauch bei einer 76-jährigen Patientin. Rekonstruktion des Glenoids mit autologem Humeruskopftransplantat und Implantation einer inversen Prothese unter Normalisierung der Gelenklinie (rot). Präoperativ (a), postoperativ (b), 7 Monate (c) und 12 Monate postoperativ (d, e). Es zeigt sich die knöcherne Integration des Transplantats

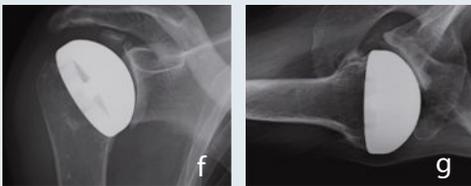


Abb. 3 f und g: Radiologischer Befund 12 Jahre nach Humeruskopf-Oberflächenersatz bei rheumatoider Arthritis ohne fortgeschrittene Destruktion einer nun 75-jährigen Patientin

die bei der Indikationsstellung und Beratung von einzelnen Patienten individuell berücksichtigt werden sollten. Als gesicherte Risikofaktoren für höhere Revisionsraten, unabhängig von der primären Indikation, gelten:

- männliches Geschlecht,
- junges Lebensalter,
- hohe mechanische Belastung des Implantats,
- komplexe Ausgangssituationen, z. B. Revisionseingriffe.

## Indikationsspezifische Besonderheiten

### Primäre und sekundäre Omarthrose

Omarthrosen sind der häufigste Grund für einen endoprothetischen Ersatz der Schulter (3–6, 8, 9). Die chronisch therapieresistente primäre Omarthrose gilt als sehr gute Indikation zur anatomischen Schulterprothesenimplantation. Meist ist trotz fortgeschrittener Arthrose die Rotatorenmanschette noch in-

takt, und das Ergebnis einer vollständig funktionsfähigen und schmerzfreien „forgotten shoulder“ ist prinzipiell möglich. Oft kommt es bei der primären Omarthrose zu einem exzentrischen infero-posterioren Knorpel- und Knochensubstanzverlust der Gelenkpfanne (Glenoid) mit dorsaler Subluxation des Humeruskopfs (Glenoidkonfiguration B1, B2 nach Walch, Abb. 2) und einer Kontraktur der anterioren Weichteilstrukturen (anteriore Kapsel, glenohumerale Bänder, Subscapularis), welche es gezielt zu korrigieren gilt, um ein gutes Ergebnis und lange Standzeiten zu erreichen.

Abb. 2 zeigt ein typisches Fallbeispiel einer eher untypischen jungen 54-jährigen Patientin mit fortgeschrittener primärer Omarthrose, B1-Glenoid sowie präoperativ deutlicher Innenrotationskontraktur. Etwa 6 Wochen postoperativ nach Implantation einer schafftfreien anatomischen Prothese ist die Patientin bereits subjektiv vollständig beschwerdefrei. Das Endergebnis hinsichtlich

Schmerzreduktion und Funktionalität erreichen die meisten Patienten etwa 12 Monate postoperativ, wobei die wesentlichen Fortschritte innerhalb der ersten drei Monate gemacht werden (10, 11). Die subjektiven und objektiven Ergebnisse nach Glenoidersatz bei primärer Omarthrose sind hervorragend und für etwa 10 bis 15 Jahre postoperativ sehr zuverlässig vorhersagbar (7, 11–18). Bei sekundären Omarthrosen (z. B. posttraumatisch, Instabilitätsarthrose) sind die Ergebnisse etwas schlechter, was auf die deutlicher chronisch kompromittierte Weichteilsituation mit Problemen der Schultersteife oder -instabilität zurückzuführen ist.

### Rotatorenmanschettendefektarthropatie

Nach den Omarthrosen ist die Rotatorenmanschettendefektarthropatie (CTA) die quantitativ größte Indikationsgruppe. Auf dem Boden chronisch irreparabler Defekte der Rotatorenmanschetten kommt es zur chronischen Dezentrierung des Humeruskopfs und sekundärer Gelenkdestruktion mit stark schmerzhafter Funktionseinschränkung bis hin zur Pseudoparalyse. Die CTA ist eine Domäne der inversen Prothetik. Wegen der initial hohen Komplikationssträchtigkeit der inversen Prothetik mit Komplikationsraten von 10 bis > 50 Prozent (19–22) galt das inverse Verfahren lange als Ausnahmeverfahren, das nicht zuletzt wegen der weniger gewissen Langzeitergebnisse weniger älteren Patienten (> 70 Jahre) vorbehalten war. Die Komplikationsraten sind mit zunehmender chirurgischer Erfahrung und Modifikationen des Prothesendesigns deutlich gesunken. Die kumulativen Revisionsraten unterscheiden sich nicht mehr wesentlich bei inverser und anatomischer Prothetik (6), und die klinischen Ergebnisse nach inversen Prothesen für die Indikation CTA sind nach subjektiven und objektiven Kriterien so gut (23–25), dass viele Schulterchirurgen die Altersgrenze 70 Jahre nicht mehr als bindend sehen, auch wenn die klinischen Ergebnisse bei jüngeren Patienten tendenziell schlechter sind (26–27).

### Proximale Humerusfrakturen

Die optimale Behandlung komplexer proximaler Humerusfrakturen wird zurzeit kontrovers diskutiert. Die Meinungen reichen von vorwiegend konservativ über osteosynthetisch bis hin zum Gelenkersatz (28). Es gibt keinen wissenschaftlich basierten, allgemein akzeptierten Algorithmus. Bezüglich der Frakturprothetik gibt es aber zwei klare Trends:

- Es werden inzwischen weniger anatomische Hemiprothesen implantiert, da die Fehlschlagsquote durch Tuberkuläresorption mit allen Konsequenzen (schmerzhafte Pseudoparalyse, operative Revision) recht groß ist (Abb. 1, Seite 12).
- Bei Patienten > 75 Jahren und komplexen Frakturmustern steigt die Bereitschaft zur primären inversen Frakturprothesenver-

sorgung aufgrund der sehr zuverlässigen Schmerzlinderung bei akzeptablen funktionellen Ergebnissen (29) und der deutlichen Überlegenheit gegenüber der anatomischen Frakturprothetik (30) in diesem Patientenkollektiv.

### Rheumatoide Arthritis

Im Zeitalter effektiver Basistherapie, insbesondere mittels Biologika, sind seit Anfang bis Mitte der 2000er-Jahre inzwischen deutlich sinkende Indikationszahlen für Schulterendoprothesen bei rheumatoider Arthritis festzustellen (mittlerweile deutlich < 5 Prozent aller Prothesenindikationen). Rheumatiker weisen allerdings Besonderheiten im natürlichen Krankheitsverlauf und im weichteiligen und knöchernen Destruktionsmuster auf, sodass die chirurgische Vorgehensweise unter Umständen völlig anderen Regeln folgen muss als bei anderen Patienten (31). Wir empfehlen daher die Behandlung in ausgewiesenen Zentren für Rheumakranke.

Abb. 3 zeigt exemplarisch an zwei Fällen die Heterogenität der Patienten und der möglichen Versorgungsformen.

### Humeruskopfnekrose

Die Humerkopfnekrose ohne begleitende Pathologie des Glenoids ist eine der wenigen eindeutigen Indikationen für die Implantation einer anatomischen Hemiprothese (HEP). Oft sind jüngere Patienten betroffen. Die funktionellen Ergebnisse sind zufriedenstellend, wenn auch oft etwas schlechter als bei Omarthrose (32–34).

### Frakturfolgezustände und Revisionen

Frakturfolgezustände und Revisionen von Prothesen gehören zu den technisch am schwierigsten zu lösenden Problemen. In der Regel sind sie durch multiple Alterationen der Weichteil- und Knochensituation gekennzeichnet. Daher ist häufig die Funktion der Prothese beeinträchtigt, die Komplikationsrate und die (Re)-Revisionsrate (35–37) sind erhöht. Der Stellenwert der Prothetik wird für den einzelnen Patienten jedoch in keiner Weise geschmälert, weil sie oft die einzige Option zur Wiederherstellung einer stabilen, gebrauchsfähigen, schmerzfreien Extremität ist (Abb. 4).

## Ergebnisse aus Patientensicht

Neben dem Wunsch, den meist quälenden Ruhe-, Nacht- und Bewegungsschmerz loszuwerden, und der Notwendigkeit, Alltagsverrichtungen wieder bewältigen zu können, möchten insbesondere jüngere Patienten die berufliche Tätigkeit, Freizeitaktivitäten oder ihren Sport wieder aufnehmen. Es gibt wenig Literatur dazu, welche Faktoren die subjektive Zufriedenheit postoperativ beeinflussen. Es zeichnet sich jedoch ab, dass Schmerzerleben und individueller Funktionsanspruch zentrale Bedeutung haben (38–41). Bei aktivem Erwartungsma-



Abb. 4 a und b: Vollständige Destraktion des proximalen Humerus infolge einer komplexen proximalen Humeruskopffraktur vor 3 Jahren, fehlgeschlagenen Osteosynthese, Pseudarthrose, Nekrose, Metallentfernung, Rotatorenmanschettenatrophie und -verfettung bei einer 55-jährigen Patientin mit quasi gebrauchsunfähigem Arm. Röntgenbilder präoperativ



Abb. 4 c bis e: Radiologischer und klinischer Befund 6 Wochen nach Rekonstruktion mittels anteriorem knöchernem Glenoidaufbau und inverser Prothese

nagement ist unserer Erfahrung nach auch bei jungen berufstätigen Patienten die postoperative Zufriedenheit sehr groß. Es ist gut belegt, dass die Mehrzahl der Patienten, die präoperativ sportlich aktiv waren, eine nahezu komplette Wiederaufnahme der sportlichen Gewohnheiten nach anatomischer und inverser Implantation einer Totalendoprothese (TEP) gelingt (42–49).

## Komplikationen

Übersichtsarbeiten und Metaanalysen konstatieren als Hauptkomplikation der anatomischen Prothesen Glenoidprobleme (Erosion bei HEP, Lockerung bei TEP), die nach einem mittleren Follow-up von etwa 6 Jahren in bis zu 10 Prozent der Fälle zur Revision führen können (50–52). Alle weiteren Komplikationen treten mit jeweils 1 bis 5 Prozent im gleichen Zeitraum vergleichsweise selten auf (sekundäre Rotatorenmanschetten-Insuffizienz und Instabilität, Lockerung, Infektion, neurologische Komplikationen). In der inversen Endoprothetik sind die drei häufigsten Komplikationen Instabilität, Infektion und aseptische Glenoidlockerung in einer Größenordnung von 3 bis 5 Prozent im mittelfristigen Verlauf (53–54). Die höhere Infektionsrate bei inversen Prothesen ist ein durchgängiges Phänomen, welches vermutlich auf den größeren nicht weichteilgefüllten Subacromialraum zurückzuführen ist.

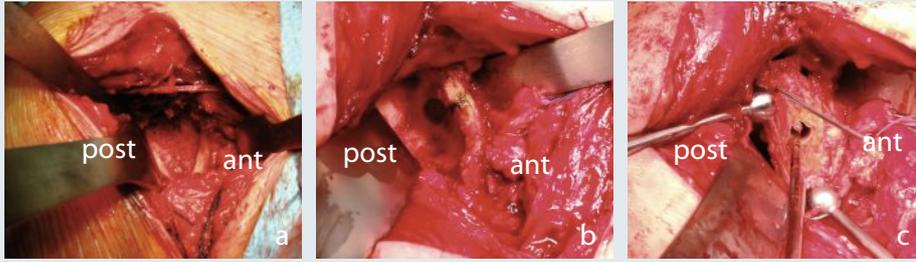
## Gelöste und offene Problemfelder

### Das Glenoid

Mit „Notching“ bezeichnet man in der inversen Prothetik eine progrediente Osteo-

lyse am inferioren Scapulahals, mechanisch bedingt durch Anschlagen des Humerus an den Scapulahals bei Adduktion oder durch Polyethylenabrieb (55–56). Durch Variationen in OP-Technik und Prothesendesign scheint das Problem inzwischen weitestgehend gelöst (55–56). In der anatomischen Primärendoprothetik stellt das Glenoid unverändert das schwächste Glied in der Kette dar. Die langjährige Diskussion, ob für die Indikation Omarthrose der anatomische Schultergelenkersatz bessere klinische Ergebnisse mit glenoidaler Prothesenkomponente (TEP) oder ohne (HEP) ergibt, ist eindeutig entschieden: Die Versorgung mit einer TEP hat sich bei Omarthrose hinsichtlich der Parameter Schmerz, Funktion, Kraft und Revisionsrate im mittelfristigen Verlauf (57–58) als überlegen erwiesen. So gibt es inzwischen nur noch wenige Indikationen für anatomische Hemiprothesen. Der primäre Glenoidersatz ist jedoch auch mit Problemen verbunden: Das größte ist das Phänomen frühzeitiger Glenoidlockerungen. Zementierte Glenoide aus Polyethylen (PE), der Goldstandard der Primärversorgung, weisen in etwa 1 Prozent der so versorgten Fälle pro Jahr symptomatische Lockerungszeichen auf (60–61). Um aseptischen Glenoidlockerungen vorzubeugen, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: erstens eine perfekte dynamische Weichteilbalance, um eine zentrische Belastung zu ermöglichen, zweitens eine exakte dreidimensionale anatomische Rekonstruktion der ursprünglichen Glenoidebene mit 0°-Retroversionswinkel gegenüber der Ebene des Scapulablatts (61). Größere glenoidale Knochensubstanzdefekte dürfen nicht in Kauf genommen werden, sondern müssen – mit autologem Knochen

Abb. 5: Knöcherne Glenoiddefekte: Beispiele der Rekonstruktion mit autologem Knochen bei Erhalt des Glenoidrands (contained defect) und Verlust des Glenoidrands (uncontained defect)



Impaction Grafting  
mit Spongiosa

Rekonstruktion mittels strukturellem cortico-spongiosum Graft  
(Beckenkamm)

oder speziellen Implantaten – rekonstruiert werden, um die dauerhafte Verankerung der glenoidalen Komponente nicht zu gefährden. Für den Fall einer Revision mit Wechsel der Glenoidkomponente, erfordert die äußerst geringe Restknochensubstanz operationstechnisch aufwendige Lösungen (Abb. 5). Eine wichtige Aufgabe ist daher, beständigere Verankerungsoptionen für das Glenoid zu finden.

Die optimale Glenoidkomponente wäre eine solche, die primär in anatomisch perfekter Situation dauerhaft verankert werden kann, ohne Gefahr einer langfristigen Lockerung, und die einen Wechsel zwischen anatomischer und inverser Situation im Sinne eines modularen Plattformsystems ohne Wechsel der knöchernen Verankerung zulässt. Einige solcher Systeme mit sogenannten Metal-Back-Glenoiden befinden sich auf dem Markt und weisen kurz- bis mittelfristig positive Ergebnisse auf (62–63), haben jedoch ihre eigenen spezifischen Probleme (z.B. Lateralisierung der Gelenklinie) und können noch nicht als ausgereift angesehen werden. Zusammenfassend bleibt zu konstatieren, dass für die Mehrzahl der Fälle ein Glenoidersatz indiziert ist, dass jedoch Glenoiddeformitäten und -substanzdefekte zwingend einer Rekonstruktion nach klaren Regeln bedürfen (61).

#### Der Humerus

Sämtliche der gängigen modernen Prothesensysteme erlauben inzwischen in der anatomischen Situation eine gute Rekonstruktion der Humeruskopfgeometrie (Durchmesser, Höhe, Inklination und Version), unabhängig von der diaphysären Schaftachse, was die Voraussetzung für die Rekonstruktion des individuellen funktionellen Drehzentrums darstellt. Der Operateur muss die Freiheitsgrade der Prothesensysteme, individuell angepasst, exakt zu verwenden wissen. Traditionelle gestielte Humeruskomponenten sind von hervorragender Langzeitstabilität (64, 65), die Lockerung humeraler Prothesenschäfte ist klinisch von untergeordneter Bedeutung mit < 1 Prozent im Langzeitverlauf. Schaftassoziierte Komplikationen wie periprotetische

Schaftfrakturen sind selten, wenn sie auftreten, stellen sie jedoch erhebliche Herausforderungen dar. Mit knochensparenden Schulterprothesen kann die humerale knöcherne Verankerung so klein wie möglich gehalten werden, um Komplikationen zu vermeiden und Rückzugsoptionen im Revisionsfall zu haben (66). Reine Oberflächenersatzprothesen haben sich als komplikationsträchtiger erwiesen und werden nur noch bei wenigen Indikationen als HEP verwendet, zum Beispiel bei einigen Verlaufsformen der rheumatoiden Arthritis (67).

Seit gut 10 Jahren stehen alternativ metaphysär verankerte schaftfreie Humeruskopfprothesen zur Verfügung (Abb. 2, Seite 14). Diese Prothesengruppe vereint viele Wunscheigenschaften: anatomische Rekonstruierbarkeit des Kopfs, unabhängig von der Schaftachse, knochensparende Implantation und relativ einfache Revidierbarkeit (66). Ein limitierender Faktor für den Einsatz dieser Prothesentypen ist jedoch die metaphysäre Knochenqualität des proximalen Humerus, um eine hinreichende Primär- und Sekundärstabilität erreichen zu können. Wir vertreten die Meinung, dass daher bei Knochenstoffwechselerkrankungen, insbesondere bei Osteoporose oder auch bei rheumatoider Arthritis, diese Prothesen nicht verwendet werden sollten, zumal mit Schaftprothesen sehr bewährte Alternativen zur Verfügung stehen. Auch die jüngste Entwicklung schaftfreier, inverser Prothesensysteme bleibt unabhängig von der Knochenqualität aktuell ein Thema, das mangels Beweis der mittelfristigen Stabilität zunächst noch weiter in kontrollierten Studien beobachtet werden sollte (68–71). Gleiches gilt für das Konzept veritabler Kurzschaftprothesen, also einer Schaftlänge zwischen traditionellem Langschaft und schaftfreier Prothese (72). Auch hier bleiben die mittelfristigen klinischen und radiologischen Ergebnisse abzuwarten.

#### Revisionslast und Revidierbarkeit

Mit stark zunehmenden Primärimplantationszahlen steigt auch die absolute Revisionslast (73). Die Herausforderungen in der Revisionsituation liegen im Weich-

teilmanagement und im Management der knöchernen Defekt-Situationen. Modulare Plattformsysteme sollen helfen, die Konversion fehlgeschlagener anatomischer Prothesen ohne traumatisierenden Wechsel auf inverse, fest integrierte Schäfte oder Glenoide vornehmen zu können (73–79). Hier liegt enormes Potenzial zur Erleichterung der Revisionsendoprothetik, zurzeit werden bestehende Systeme intensiv weiterentwickelt.

## Entwicklungen

Sowohl in der Primärsituation als auch in der Revision sind die drei Dimensionen der knöchernen Defekte des Glenoids intraoperativ unter Umständen schwer einschätzbar. Um hier höhere Zuverlässigkeit zu erreichen, gibt es die Möglichkeit, über präoperative CT- oder MRT-basierte Datensätze patientenindividuell angefertigte Bohrschablonen herzustellen (80) oder die Implantation navigationsgesteuert vorzunehmen (81–85). Dreidimensionale computerbasierte Planung wird zunehmend in der Entwicklung und Herstellung von Revisionsimplantaten sowie zur Planung der knöchernen Rekonstruktion größerer glenoidaler Knochendefekte wichtiges Arbeitsfeld.

Für Revisionsimplantate werden inzwischen Werkstoffe wie Trabecular Metal oder Trabecular Titanium eingesetzt, die herausragende Eigenschaften hinsichtlich der ossären Integration zeigen und geeignet sein können, größere Knochendefekte mit guter Primärstabilität zu versorgen (86). Obwohl Abrieb in der klassischen Gleitpaarung Metall (Co-CrMo) – Polyethylen (PE) an der Schulter als nicht lasttragendem Gelenk eine viel geringere Rolle spielt als an Knie oder Hüfte, sind auch hier Entwicklungen hin zu noch weiter abriebreduzierten Materialpaarungen zu beobachten (87).

## Resümee

Die Endoprothetik des Schultergelenks hat sich zu einer hoch dynamischen Spezialdisziplin der Orthopädischen Chirurgie entwickelt, mit deren Hilfe in kontinuierlich zunehmendem Ausmaß auch schwerste funktionelle und strukturelle Erkrankungen des Schultergelenks mit gutem Erfolg behandelbar sind. In den Standardindikationen darf die Schulterendoprothetik als uneingeschränkt gleichwertig mit der Hüft- und Knieendoprothetik angesehen werden.

Literaturverzeichnis im Internet unter [www.aekhh.de/haeb-lv.html](http://www.aekhh.de/haeb-lv.html)

#### Prof. Dr. Andreas Niemeier

Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
E-Mail: [niemeier@uke.uni-hamburg.de](mailto:niemeier@uke.uni-hamburg.de)

# Meine Praxis im Netz!

Wir zeigen Ihnen wie!

23.11.2016  
12 bis  
18.30 Uhr

Hamburger  
Forum für  
sichere  
Kommunikation  
im Gesund-  
heitswesen

Informations-  
und  
Teststände

Mit Partnern aus  
Politik, Wirtschaft,  
und dem  
Gesundheitssektor

Begrenzte  
Teilnehmer-  
zahl

Hotel Atlantic  
Kempinski  
Hamburg

Vortrags- und  
Netzwerk-  
veranstaltung



# Was die Ärzteschaft zur Bundestagswahl 2017 fordert

**Stellung beziehen** Im kommenden Jahr wird die Bundesregierung neu gewählt. Die Landtagswahlen in 2016 zeigten: Eine Neuauflage der Großen Koalition wird es mit großer Sicherheit nicht geben. Die Ärzteschaft hat ihre Positionen bereits formuliert. Hier die wichtigsten Grundforderungen an die Politik in Kürze.

Von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

2017 ist Wahljahr. Diese Wahl verspricht komplizierter und spannender zu werden, als jede zuvor. Galt es vor einigen Monaten noch als sicher, dass nur eine Neuauflage der bestehenden Großen Koalition in Frage käme, muss man heute feststellen, dass wahrscheinlich zurzeit nicht einmal die „erste“ Alternative Rot-Rot-Grün eine Mehrheit im Bundestag auf sich vereinen könnte. Drei- und sogar Vierparteien-Koalitionen werden immer wahrscheinlicher – Regierungsbildungen damit immer schwieriger. Und alte Grundsatzdebatten werden auch wieder aufgerufen. Ich denke dabei sowohl an die Debatte um eine Bürgerversicherung als auch an eine Diskussion um die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft. In diesem Herbst werden in den Parteizentralen die Wahlprogramme geschrieben. Das ist der richtige Moment, um einige (und beileibe nicht alle) Forderungen der Ärzteschaft an die Parteien zu formulieren. Im Folgenden habe ich die (stark gekürzten) Grundforderungen der Ärzteschaft zusammengefasst. Den vollständigen Text finden Sie auf der Homepage der Bundesärztekammer ([www.baek.de](http://www.baek.de), Suchbegriffe: Bundesärztekammer bezieht Position).

## Ärztliche Freiberuflichkeit stärken

Der Arztberuf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Die medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit des Arztes und die im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl seines Patienten einerseits und gegenüber der Gesellschaft andererseits, stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Jedoch werden die Wesensmerkmale freiheitlicher Berufsausübung durch Kommerzialisierung, Kontrollbürokratie und durch staatliche Interventionen zunehmend infrage gestellt. Die Überregulierung unseres Gesundheitssystems, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, hat dazu geführt, dass Ärztinnen und Ärzte immer weniger Zeit für ihre ureigenste Aufgabe haben: den Dienst am Patienten.

## Handlungsspielraum der Ärztlichen Selbstverwaltung sichern

Ärztliche Selbstverwaltung ist Ausdruck der Freiberuflichkeit. Vielfältige Regulierungen haben jedoch die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung immer weiter beschnitten. Einen vorläufigen Höhepunkt staatlicher Einflussnahme bildet das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, das den Handlungsspielraum der Körperschaften niedergelassener Ärztinnen und Ärzte durch vielfältige Durchgriffs-



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

rechte und Genehmigungsvorbehalte des Staats massiv einengt. Die Politik ist deshalb aufgefordert, der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Gestaltungsspielräume zu geben, die sie für die Sicherung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt.

## Duales Krankenversicherungssystem fit für die Zukunft machen

Das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) sichert die große Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese Leistungsfähigkeit darf nicht durch die Einführung eines Einheitssystems gefährdet werden. Die Bürgerversicherung löst kein einziges Problem des deutschen Gesundheitssystems, sondern schafft nur neue.

## Ärztlichen Nachwuchs fördern / ambulante Weiterbildung ausreichend finanzieren

Die für den Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte werden in vielen Fächern längst nicht mehr ausschließlich im stationären Bereich vermittelt. Zunehmend gewinnen auch Weiterbildungsstätten der ambulanten Versorgung an Bedeutung. Für viele angehende Fachärzte ist eine sektorenübergreifende Weiterbildung sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Einrichtungen sinnvoll.

Dabei muss die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung der Tatsache gerecht werden, dass Weiterbildung vom ersten Tag an Berufsausübung und im Gegensatz zum Studium keine Ausbildung ist. Deshalb müssen für die ambulante Weiterbildung mindestens die gleichen tariflichen Konditionen gelten wie in den Krankenhäusern, und die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung muss gesetzlich als Vergütung ärztlicher Leistungen geregelt werden.

## Masterplan Medizinstudium 2020 umsetzen

Die Ärzteschaft begrüßt die Initiative von Bund und Ländern, dem Nachwuchsmangel im ärztlichen Bereich mithilfe eines „Masterplan Medizinstudium 2020“ entgegenzutreten.

## Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser

Die Länder müssen endlich ihren Investitionsverpflichtungen vollumfänglich nachkommen. Die grundgesetzlich verbrieft Krankenhauspflanzungshoheit muss auf Landesebene verbleiben.

### **Pluralität statt Einheitsgewerkschaft / Tarifeinheitsgesetz aufheben**

Das Tarifeinheitsgesetz ist undemokratisch und verfassungswidrig. Es gibt keinen Grund, berufsspezifische Gewerkschaften per Gesetz an der Ausübung einer eigenständigen Tarifpolitik zu hindern. Die Ärzteschaft fordert dazu auf, dieses Gesetz unverzüglich aufzuheben. Ebenso dürfen erreichte Verbesserungen des Arbeits- und damit des Patientenschutzes, wie das Verbot überlanger Arbeitszeiten, nicht aufgeweicht werden.

### **Qualitätssicherung nicht zweckentfremden und Patientensicherheit nicht aufs Spiel setzen**

Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz vorgesehene Konzept von Qualitätszu- und -abschlägen, das aus Belohnung und Strafe mittels Geldentzug oder -zuwendung für stationäre Leistungen besteht, ist nicht zweckmäßig. Nicht absehbar sind die Risiken für Fehlsteuerung, zu groß die methodischen Herausforderungen.

### **Interprofessionelle Kooperation statt Substitution ärztlicher Leistungen**

Die Ärzteschaft unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen bei klaren Verantwortlichkeiten. Der Vorbehalt des Arztes für die Diagnose- und Indikationsstellung, die Therapieentscheidungen und die Gesamtverantwortung im Rahmen des Behandlungsprozesses sind jedoch unverzichtbar, gerade bei immer komplexer werdenden Versorgungsprozessen und -strukturen sowie aus Gründen der Patientensicherheit.

### **Gesundheitskarte für alle Geflüchteten**

Alle Geflüchteten – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – brauchen nach der Erstuntersuchung eine Gesundheitskarte, um ressourcenschonend in das Regelsystem der Gesundheitsversorgung eingliedert zu werden.

### **Normung von Gesundheitsdienstleistungen verhindern**

Normen sind in unserem Gesundheitswesen allgegenwärtig. Im medizintechnischen Bereich tragen sie zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität bei. Die EU-Kommission verfolgt jedoch zunehmend die Strategie, Gesundheitsdienstleistungen – so auch ärztliche Tätigkeiten – ebenfalls zum Gegenstand von Normung zu machen. Die Ärzteschaft lehnt dies ab.

### **Ärztliche Versorgungswerke stärken**

Die Ärzteschaft hat erfolgreich berufsständische Versorgungswerke aufgebaut, die die Altersversorgung der Kammermitglieder gewährleisten. Dieses gilt für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie für Kollegen in einem Angestelltenverhältnis gleichermaßen. Die Pflichtmitgliedschaft in einer Ärztekammer muss ein konstitutionelles Kriterium für eine Mitgliedschaft in den ärztlichen Versorgungswerken bleiben.

### **Für eine moderne und transparente GOÄ**

Ziel der Ärzteschaft ist es, eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen. Die neue GOÄ muss verständlicher, transparenter und in ihrer Anwendung besser nachvollziehbar werden, und sie muss ihre „doppelte Schutzfunktion“, wie in § 11 Bundesärzteordnung festgelegt, bewahren. Sie soll den Patienten vor finanzieller Überforderung, den Arzt vor einem ruinösen „Unterbietungswettbewerb“ schützen.

Die Bundesärztekammer fordert die künftige Bundesregierung auf, die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlags von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfeträgern umzusetzen und damit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen.

Kann ich mir eine  
Existenzgründung leisten?

Das Sonderkreditprogramm Exi500.

0,99%

p. a. 10 Jahre fest

Wir fördern Existenzgründungen.  
Jetzt Beratungstermin vereinbaren:  
[apobank.de/exi500](http://apobank.de/exi500)

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-  
und ärztebank



# „Service-KV“ nimmt weiter Fahrt auf

**Vertreterversammlung der KVH** Der Weg hin zur Service-KV wird konsequent weiterbeschritten: Im Zentrum der Sitzung im September standen der künftig (quartalsweise) erscheinende Honorarbericht, die große Veranstaltung zur sicheren digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen und ein weiteres Versorgungsforschungsprojekt zur Verbesserung der Patientenversorgung. Außerdem ging es auch um die Frage, wie das System der Selbstverwaltung an Attraktivität gewinnen kann. *Von Dr. phil. Jochen Kriens*

Wie kann ein Engagement für die Selbstverwaltung attraktiver werden? Diese Frage stand auch in Zusammenhang mit dem ersten Thema der Sitzung, der Wahl der nächsten Vertreterversammlung (VV), die im Sommer dieses Jahres stattgefunden hatte. (Die neue VV amtiert ab 2017, konstituierende Sitzung ist am 2. Februar 2017.) Der VV-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich dankte den Mitgliedern des Landeswahlausschusses und den beteiligten KVH-Mitarbeitern für eine erfolgreiche Vorbereitung und Durchführung der Wahl.

Ein Wermutstropfen sei sicherlich, dass die Wahlbeteiligung im Vergleich zu vor sechs Jahren leicht, aber merklich gesunken sei. Bei den Ärzten habe diese sich von 57 Prozent im Jahr 2010 auf nunmehr 54 Prozent, bei den Psychologischen Psychotherapeuten von 68 Prozent auf 61 Prozent reduziert, insgesamt sei sie von 59,66 auf 54,34 Prozent gefallen. Dies sei nicht nur in Hamburg so, auch in anderen Ländern gebe es – teilweise noch größere – Einbußen bei der Wahlbeteiligung. „Dies ist vielleicht doch ein Zeichen dafür, dass wir als Selbstverwaltung Akzeptanzprobleme und nicht die Verbindung zur Basis haben, die wir haben sollten“, konstatierte Heinrich. Außerdem sei es unübersehbar, dass die Selbstverwaltung Schwierigkeiten habe, Ämter und Positionen zu besetzen, dass dies nicht mehr so schnell vonstattengehe wie früher, vor allem wenn es um die zum Teil schwierige inhaltliche Arbeit in den Gremien gehe. Diese Umstände würden es notwendig machen, dass fokussiert über die Rolle und die Bedeutung der Selbstverwaltung diskutiert werden müsse. „Der beste Schutz gegenüber der Politik, die ja anscheinend daran interessiert ist, die Selbstverwaltung zurückzudrängen und aus der KV möglichst rasch eine staatliche Behörde zu machen, ist, wenn

wir die Selbstverwaltung leben und diese wieder näher an das Mitglied bringen.“ Auch deshalb sei es wichtig, dass die KVH mit dem 2. Hamburger Versorgungsforschungstag, der im Februar 2017 stattfindet, sich dieses Themas – der Frage, wie sich die Vorstellungen der jungen Generation mit dem System der ambulanten Versorgung vereinen lassen – unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten annähme.

## Künftig regelmäßiger Honorarbericht

Pekuniäre Aspekte spielten auch an diesem Abend wieder eine entscheidende Rolle – in zweierlei Hinsicht: Zum einen stellte KVH-Chef Walter Plassmann die Honorarverteilung für das erste Quartal 2016 vor, in dem das Vergütungsvolumen insgesamt um circa vier Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal gestiegen sei. Zum anderen kündigte Plassmann an, dass die KVH mit dem Quartal 1/2016 ihren ersten Quartalsbericht zur Honorarsituation vorlege. Damit komme sie dem vielfach geäußerten Wunsch ihrer Mitglieder nach, die Ergebnisse der Honorarverteilung strukturiert aufbereitet zu erhalten. „Der Quartalsbericht enthält die Abrechnungsdaten des jeweiligen Quartals, also Gesamtumsatz und Umsatz aufgeteilt nach Honorarbestandteilen. Außerdem führt er die Anteile der Fachgruppen an der Honorarverteilung auf sowie die jeweilige Umsatzentwicklung auf der Fachgruppenebene allgemein und aufgeteilt nach Leistungsgruppen.“ Ergänzt werde der Bericht durch eine fachgruppenbezogene Leistungsmengenstatistik. Außerdem würden sowohl die Rahmenbedingungen, die für alle Mitglieder der KVH gelten, als auch die spezifischen Bedin-



gungen für einen Versorgungsbereich oder eine Fachgruppe dargestellt, jeweils inklusive der Änderungen und Entwicklungen in dem betreffenden Quartal. „Mit diesen Daten“, so Plassmann, „lassen sich nicht nur die großen Finanzströme nachvollziehen, sondern auch direkte Rückschlüsse auf die eigene Abrechnung ziehen.“ Der Quartalsbericht werde künftig rund sechs Wochen nach Zustellung der Abrechnungen im Portal der KVH veröffentlicht (nähere Infos unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)). Weitere Angaben würden sukzessive den jetzigen Umfang des Quartalsberichts ergänzen. Außerdem soll einmal jährlich ein resümiertes Jahresbericht erscheinen.

## Neues Versorgungsforschungsprojekt

In Ergänzung zum Bericht des Vorstands aus den Geschäftsbereichen stellte Eva Schiffmann, die die Stabsstelle Analyse und Strategie des Vorstands bekleidet, ein geplantes Forschungsprojekt der KVH in Kooperation mit anderen KVen, Krankenkassen und wissenschaftlichen Partnern vor. Die Idee hierzu sei im Zuge des ersten von der KVH durchgeführten Hamburger Versorgungsforschungstags im Juni 2015 entstanden; sein Ziel sei eine weitere Absenkung von Krankenhauseinweisungen in vermeidbaren Fällen durch Information und Austausch. Unter dem Titel „Accountable Care in Deutschland – Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung und informierten Dialog“ sollen mit finanzieller Unterstützung durch den Innovationsfonds Faktoren, die die Einweisungsraten bei vermeidbaren Krankenhauseinweisungen beeinflussen, herausgearbeitet und Praxisnetzwerke, die eine relevante Anzahl Patienten gemeinsam

behandeln, anhand von eigenen Ergebnissen und Benchmarking-Faktoren informiert und miteinander in den Dialog gebracht werden. Sollte das Projekt vom Innovationsfonds bewilligt werden, so Schiffmann, werde die KVH ihren Mitgliedern im kommenden Jahr eine Teilnahme anbieten. Teilnehmende Praxen würden anhand von Feedbackberichten über die grundlegenden Erkenntnisse der Studie sowie die individuellen Ergebnisse der eigenen Praxis – auch im Vergleich mit anderen Praxen – informiert und zum Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie den Wissenschaftlern eingeladen.

## Förderung der Weiterbildung

„In die Niederungen der Sicherstellung“ führte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister die Zuhörer mit dem Bericht aus seinen Geschäftsbereichen, wozu er sowohl die laufenden Gespräche zu der Notdienstversorgung in Hamburg mit den Krankenhäusern und der Politik zählte (über deren Ergebnisse zu gegebener Zeit zu berichten sein werde) als auch die Förderung der Weiterbildung. Auf Basis einer entsprechenden bundesweit gültigen Vereinbarung habe die KVH regionale Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie zur Förderung der Weiterbildung in den Fachgebieten Augenheilkunde, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde beschlossen. „Das sind die Fachgebiete, die im Gesetz für den Fall vorgegeben sind, dass mit den Krankenkassen keine Einigung auf andere Fachgebiete erfolgen konnte. Dies war in Hamburg der Fall.“

In der allgemeinärztlichen Weiterbildung würden auf Antrag – sofern die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen – alle genehmigten Weiterbildungsstellen gefördert. Die Zahl der geförderten Stellen bei der fachärztlichen Weiterbildung ist aufgrund der Bundesvorgaben auf insgesamt 21,75 Stellen beschränkt (Augenärzte: 5,56, Kinderärzte: 5,23, Frauenärzte: 10,96). Die freien Förderstellen im fachärztlichen Bereich würden voraussichtlich erstmals im Dezember 2016 ausgeschrieben. Wichtig hierbei sei, dass die Förderung rückwirkend zum 1. Juli 2016 erfolge, außerdem könnten nur Förderanträge berücksichtigt werden, die innerhalb der veröffentlichten Bewerbungsfrist eingehen. Bei einer Vollzeitstätigkeit betrage der Gehaltszuschuss für allgemein- und fachärztliche Weiterbildungsstellen 4.800 Euro – vorausgesetzt, das Gehalt des Arztes in Weiterbildung sei auf die im Krankenhaus übliche Vergütung angehoben worden. In Hamburg entspreche das einem Bruttogehalt von mindestens 5.115 Euro bei Vollzeit. Bei Teilzeittätigkeit würden die Beträge entsprechend anteilig berechnet. [Weitere Einzelheiten zur Förderung und zum Auswahlverfahren entnehmen Sie bit-

te den Richtlinien, siehe hierzu auch: [www.kvhh.de/Recht&Verträge/Rechtsquellen](http://www.kvhh.de/Recht&Verträge/Rechtsquellen). Die benötigten Antragsformulare für die Anstellungsgenehmigung und den Gehaltszuschuss finden Sie unter dem Stichwort „Formulare“ auf unserer Homepage ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)) im Glossar unter A („Assistenten“).]

## „Hamburger Forum“ am 23. November im Hotel Atlantic

Mit dem „Hamburger Forum für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen“ kündigte Hofmeister eine wichtige Veranstaltung an, die die KVH am 23. November im Hotel Atlantic durchführt und mit der gleichermaßen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser angesprochen werden sollen. „Es geht um eine sichere digitale Kommunikation zwischen allen Beteiligten.“

Mit dem KV-Safenet verfüge die Ärzteschaft heute bereits über eine Infrastruktur, die es ermögele, auf sichere Art und Weise und ohne eine zentrale Speicherung von Patientendaten zu kommunizieren. „Wichtig ist, dass wir uns sowohl die technischen Möglichkeiten vor Augen führen, die sich uns hier bieten, als auch die politische Dimension erkennen: Je mehr Ärzte und Psychotherapeuten sich dieser sicheren digitalen Kommunikation anschließen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientendaten in der Obhut der Ärzte bleiben werden.“ Dies werde auch von der Hamburger Gesundheitsbehörde unterstützt. Hofmeister appellierte an die Vertreter, in ihren Kreisen und Verbänden Werbung für die Veranstaltung zu machen und die Mitglieder zu ermuntern, sich anzumelden.

## KBV 2020

Zum Abschluss seines Vortrags stellte Hofmeister noch das Zukunftskonzept „KBV 2020“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der KVen vor, welches „ein deutliches Signal“ sei, dass die KBV „zur Sacharbeit zurückgekehrt“ sei. Mit diesem Konzept liefere das System eine umfassende Standortbestimmung und deutliche Positionen zu den wesentlichen vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Themen der Gegenwart. Hierzu zählt: die Zukunft und die Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrags, die Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die Patienten, die Attraktivität der ambulanten Tätigkeit in eigener Niederlassung und eine adäquate Finanzierung vor dem Hintergrund eines deutlichen demografischen Wandels. Hofmeister wies darauf hin, dass dieses Papier weiter in der Entwicklung sein werde und in den nächsten Monaten konkretisiert werden solle.

Das Interdisziplinäre Centrum für Neuro-Radiochirurgie (iCERA) in der Radiologischen Allianz Hamburg ist Ausrichter der Jahrestagung der Europäischen Gamma Knife Society 2016.

## 21st Annual Meeting of the European Leksell Gamma Knife Society 2016 in Hamburg

### Hauptthema:

Hypo-Fraktionierung in der stereotaktischen Neuro-Radiochirurgie

### Datum:

26.-27.11.2016

### Tagungsort:

Atlantik-Haus (Bernhard-Nocht-Straße 113, 20359 Hamburg)

### Organisator:

Prof. Dr. med. Bodo Lippitz

### Registrierung unter:

<http://egks2016.mycongressonline.net>



Interdisziplinäres Centrum für Neuro-Radiochirurgie in der Radiologischen Allianz

Mörkenstraße 47  
22767 Hamburg  
Tel 040-32 55 52-119  
Fax 040-32 55 52-219

[bodo.lippitz@iCERA.de](mailto:bodo.lippitz@iCERA.de)  
[www.iCERA.de](http://www.iCERA.de)

# Fehler im System

**Kommentar** Der Chef der Techniker-Krankenkasse, Dr. Jens Baas, hat sich selbst der Anstiftung zur Manipulation von Diagnosen bezichtigt. Er wirft der Ärzteschaft vor, mit den Kassen zu kuscheln, indem sie flächendeckend „Upcoding“ betreibt. Dabei setzen die Krankenkassen Ärzte immer noch mit Regressforderungen und Strukturverträgen unter Druck. *Von Dr. Silke Lüder*



*„Die Kassen bezahlen zum Beispiel Prämien von zehn Euro je Fall für Ärzte, wenn sie den Patienten auf dem Papier kränker machen. Sie bitten dabei um ‚Optimierung‘ der Codierung. Manche Kassen besuchen die Ärzte dazu persönlich, manche rufen an. Und es gibt Verträge mit Ärztevereinigungen, die mehr und schwerwiegendere Diagnosen zum Ziel haben. Zudem lassen sich die Kassen in diese Richtung beraten. Dafür fallen Honorare an. Für all das haben die Kassen seit 2014 eine Milliarde Euro ausgegeben. Die fehlt für die Behandlung der Patienten. Das ist der Skandal!“*

**Dr. Jens Baas, Chef der Techniker-Krankenkasse, im Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung**

„Krankenkassen und Ärzte schummeln bei Diagnosen.“ – Diese Schlagzeile rauschte Anfang Oktober durch den deutschen Medienwald. Dr. Jens Baas, Chef der Techniker-Krankenkasse, bezichtigte sich in einem Interview selbst der Anstiftung zur Manipulation von Diagnosen zugunsten höherer Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds. Alle Kassen würden das so machen, in trauter Gemeinsamkeit mit den Praxisärzten, so Baas, wenn im Kino einer aufstünde, müssten ja alle anderen auch aufstehen; er fordere deswegen Änderungen im Geldverteilungssystem des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), der regionale Kassen wie die AOK bevorzuge und die bundesweit tätigen Ersatzkassen benachteilige. Direkt im Anschluss an dieses „Geständnis“ erfolgte eine Anzeige durch den „Patientenschützer“ Eugen Brysch bei der Hamburger Staatsanwaltschaft wegen Anstiftung zum Betrug. Im ersten Moment dachte ich, es ist doch ganz gut, dass dieses allen Insidern seit Jahren bekannte Problem endlich mal auf den Tisch kommt, und jetzt trifft es auch mal die Richtigen, die Krankenkassen, die uns in den letzten Jahren immer weiter unter Druck setzen und unsere ärztliche Entscheidungsfreiheit immer weiter einengen. Aber ist es wirklich so, dass es jetzt mal die Richtigen trifft? Ich denke nicht. Von Krankenkassen erwarten die Bürger nichts anderes als ein wirtschaftliches, auf Gewinn ausgerichtetes Handeln. Von uns Ärzten erwarten sie etwas anderes, nämlich eine ärztliche Entscheidung für die

Patienten, unbeeinflusst von finanziellem Druck „von außen“, egal, wer ihn ausübt. Und wie sieht es heute damit aus? Wie groß ist die Freiheit noch, die wir haben?

## Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Immer schon gab es einen Risikoausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen, aber mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 und der Einführung des planwirtschaftlichen Gesundheitsfonds wurde die Geldzuweisung an die Kassen direkt an eine Liste von 80 Diagnosen geknüpft. Ein Machtkampf zwischen beteiligten Politikern, Kassenlobbys und Sozialwissenschaftlern endete damit, dass auch die großen Volkskrankheiten wie Hypertonus, Diabetes und Herzkrankungen mit einbezogen wurden. Und hier sind die Kassen auf die Diagnosecodes der Ärzte direkt angewiesen, die „Diagnosestellung“, wurde ab sofort zum Parameter wirtschaftlicher Machtinteressen und damit zum Spielball von Ökonomen und Beratungsfirmen. Auf verschiedensten Wegen wurden wir in den Schraubstock der „Managed-care-Medizin“ eingezwängt. Nach US-Vorbildern wurde eine von Kostenträgern gesteuerte Versorgung realisiert. In allen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung spielen die Diagnoselisten eine Rolle, Kassen lobten flächendeckend „Betreuungsstrukturverträge“ aus, mit denen wir dazu gebracht werden



**Dr. Silke Lüder**, stellvertretende Vorsitzende der Verteterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

sollen, für ein paar Euro mehr darauf zu achten, dass die einträglichen Diagnosen „endständig codiert“ werden, und nicht einfach nur „Diabetes ohne Zusatzkomplikationen“. Dass die Ärzteschaft mit der Kasse kuschelnd flächendeckend „Upcoding“ betreibt, ist eine Unterstellung, die Herr Baas nach dem Motto „Haltet den Dieb!“ jetzt natürlich wohlfeil in die Presse streut. Irgendwie muss das immer noch große Vertrauen der Patienten zu ihren Ärzten ja zu beschädigen sein.

## Zwickmühle aus Regresskeule und Strukturverträgen

Ganz im Gegensatz zu vollmundigen Ankündigungen sind die berechtigten Arzneimittelregresse für Arztpraxen nicht abgeschafft worden. Und nun zeigt es sich, wie man eine von den Kassen gesteuerte Versorgung am besten realisieren kann: Man „regionalisiert“ die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Arzneimittel und setzt die Ärzte damit unter Druck: „Wenn du nicht die gesicherte Diagnose Asthma codierst, bekommst du später einen Regress für das teure Asthmamittel. Wenn du zu mehr als 30 Prozent teure neue Antikoagulanzen verschreibst, bist du dran. Wenn du hingegen brav nach Ampelsystem billigere Medikamente verordnest, bekommst du drei Euro mehr für den Fall, und last but not least: immer schön die 80er-Liste beachten!“

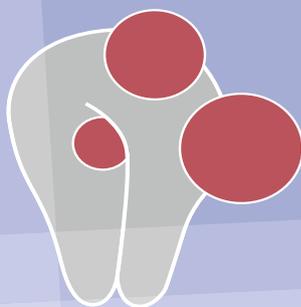
Meiner Meinung nach gibt es für uns als Ärztinnen und Ärzte nur einen richtigen Weg: Wir dürfen nicht dazu beitragen, dass das Vertrauensverhältnis zu den Patienten zerstört wird. Es geht hier um die Essentials unseres Arztberufs: Vertrauen ist die Grundlage für alles. Und die Politik wird aufgefordert, die Systemfehler zu beseitigen. Die sie selbst verursacht hat!

## Ärzte für Herzgruppen gesucht

Für die medizinische Betreuung der Hamburger Herz-Reha-Gruppen werden ständig Ärzte gesucht! Ihre vorrangige Aufgabe als betreuender Arzt ist es, die Teilnehmer der Herzgruppe medizinisch zu überwachen, Fragen zu beantworten und gemeinsam mit der Übungsleitung ein inhaltlich sinnvolles Angebot für die Herzpatienten zu bieten. Natürlich stehen Sie als betreuender Arzt, ohne den die Herzgruppe gar nicht starten darf, auch für einen eventuellen Notfall bereit. Ernste Zwischenfälle kommen allerdings äußerst selten vor.

Dringend sucht momentan die Bewegungstherapeutin Rose-Marie Paulun, die für den SC Sperber mittwochs von 17.30 bis 20 Uhr und donnerstags von 19.30 bis 19.45 Uhr mehrere Herzgruppen in der Sporthalle des Heilwig-Gymnasiums in der Wilhelm-Metzger-Straße (Alsterdorf) leitet. E-Mail: [paulun@rms-consulting.de](mailto:paulun@rms-consulting.de) oder unter Tel. 0170-385 58 99.

Herz InForm – Landesarbeitsgemeinschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. Hamburg sucht in den Bereichen Bergedorf und Volksdorf. Wenn Sie Lust haben, regelmäßig (z. B. einmal wöchentlich) eine Gruppe zu betreuen oder als Vertreter einzuspringen, wenden Sie sich bitte direkt an Herz InForm, Sabrina Bittkau (Geschäftsführung), Tel. 22 80 23 64, E-Mail: [info@herzinform.de](mailto:info@herzinform.de), Info: [www.herzinform.de](http://www.herzinform.de).



## Albertinen-Krankenhaus Tagesklinik Altonaer Strasse

Samstag, 3. Dezember 2016, 9:00 Uhr • Ehemaliges Hauptzollamt Hafen Hamburg

### Symposium

# 1. Hamburger Myomtag

Medikamentöse Therapie von Blutungsstörungen bei Myomen • Hysteroskopie • Myome und Schwangerschaft/Entbindung • Sonographische Zeichen der Adenomyose • Operative und konservative Therapie der Adenomyose • Adhäsionsprophylaxen in der Myomtherapie • Myomembolisation präoperativ • Grenzen der konservativen Behandlung • Fallvorstellungen

Ausführliche Informationen und Online-Anmeldung unter

**[albertinen-kolloquium.de](http://albertinen-kolloquium.de)**  
**[tka-hh.de](http://tka-hh.de)**



Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Hamburg als Fortbildungsveranstaltung mit 10 Punkten anerkannt.



TAGESKLINIK ALTONAER STRASSE

Albertinen-Krankenhaus

**albertinen**†

in besten Händen

# Schlimme Botschaft – gutes Gespräch?

**23. Selbsthilfe-Forum** Wie schwierige Botschaften gut vermittelt werden können, war Thema des diesjährigen Zusammentreffens von Selbsthilfegruppenvertretern und Ärzten, einer gemeinsamen Veranstaltung von KISS und der Ärztekammer Hamburg.



Von Hübke Prielipp und Dorthe Kieckbusch

Bei der Übermittlung existenzieller Diagnosen ist Empathie gefragt

Niemand ist gern der Überbringer schlechter Nachrichten. Für Ärzte, die Patienten über eine Krebserkrankung informieren müssen, ist diese Aufgabe äußerst schwierig. Das 23. Selbsthilfe-Forum der Ärztekammer Hamburg widmete sich in Zusammenarbeit mit den Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) Hamburg im September dem Thema Kommunikation bei Krebserkrankungen. In einer lebendigen Debatte tauschten sich die rund 80 Ärzte und Vertreter

von Selbsthilfegruppen darüber aus, wie solch schwierige Botschaften vermittelt werden können, ohne dass der Patient durch die Art der Kommunikation belastet wird.

Barbara Poltzien ist Ansprechpartnerin der Selbsthilfegruppe (SHG) nach Krebs im Kreis Süderelbe. Sie informiert und begleitet mit Wissen und Erfahrung aus eigener Betroffenheit Frauen mit einer Krebserkrankung. In ihren Selbsthilfegruppen ist das Thema „Wie mein Arzt mit mir spricht“ des Öfteren präsent. „Eine schwierige Situation, weil der Arzt der Überbringer der schlechten Nachricht ist“, sagte Poltzien, „und oft unter Zeitdruck schlechte Diagnosen mitteilen muss.“ In ihrem Fall hat ihr Arzt sie ans Ende der Sprechstunde bestellt. Als eine weitere besondere Herausforderung sieht sie die Phase zwischen dem Anruf zur Terminabsprache bis zur Befundmitteilung: Es komme vor, dass Patienten nach den Voruntersuchungen die Diagnose Krebs am Telefon mitgeteilt werde. Nach den ärztlichen Grundsätzen ist das ein fehlerhaftes Vorgehen. Einen Termin bekämen sie dann eine Woche später. „Dazwischen liegen Tage der Angst,

Hoffnung, Ratlosigkeit! Was wird werden? Die Kinder? Die Familie? Wie geht es weiter?“ Ihrer Meinung nach sollte in diesen Gesprächen vermieden werden, Angst zu schüren. Poltzien bemerkte aber auch, dass sich die meisten Ärzte Zeit für ein informatives, aufklärendes Gespräch nähmen, in denen der Patient die Möglichkeit habe, Fragen zu stellen und sich alles ausführlich erklären zu lassen.

**Die Selbsthilfegruppenleiterin**  
„Die erschreckende Aussage: Ich kann nichts mehr für Sie tun, sollte auf jeden Fall unterbleiben, denn wir Patienten meinen: Ein guter Arzt kann immer etwas für den Patienten tun. Auch in einer ganz schwierigen Situation. Dann braucht der Patient das Gefühl, der Arzt bleibt an meiner Seite, er ist mein Begleiter.“

**Barbara Poltzien**

Wie dies ablaufen kann, schilderte Prof. Dr. Heinz-Eckart Laack, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie, Hamburg, anhand von Fallkonstellationen. Schon die Situationsbestimmung ist von Bedeutung – gibt es einen Verdacht auf eine Krebserkrankung? Eine gesicherte Erstdiagnose? Handelt es sich um eine Verlaufskontrolle nach einer Therapie oder soll das Gespräch im Rahmen der Tumornachsorge stattfinden? Für Laack ist ein Vorgehen in sechs Schritten sinnvoll:

1. Vorbereitung und Gesprächsbeginn,
2. Vorwissen und Einstellung des Patienten eruieren,
3. Informationsbedarf des Patienten klären,
4. Mitteilen der Information,
5. Emotionen zulassen und weitere Informationen mitteilen,
6. Planung des weiteren Vorgehens.

Laack sagte abschließend: „Vermeiden sollte man auf jeden Fall die Aussage ‚Man kann nichts mehr für Sie tun!‘, denn man kann immer noch etwas für einen Menschen tun,

auch wenn die Behandlungsmöglichkeiten gegen die Krebserkrankung ausgeschöpft sind.“ PD Dr. Andreas Block, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie sowie Gas-troenterologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, unterstützte seinen Kollegen in dieser Position sehr. Beeindruckend stellte Block dann die formale Einbindung der Patienten und Selbsthilfegruppen unter anderem in die Entwicklung von Leitlinien vor. Hier sei ein ausgesprochen mühsamer, aber notwendiger Schritt getan worden.

Die Allgemeinmedizinerin Dr. Susanne Pruskil, MSc, Gesundheitsamt Altona, referierte über die für jeden Arzt wichtigen praktischen Erfahrungen im Führen schwieriger Gespräche: „Schon Berufsanfänger sind weitgehend unabhängig von der Fachrichtung im Berufseinstieg mit komplexen Gesprächssituationen konfrontiert.“

Festzustellen sei auch, dass klinische Erfahrung nicht zwangsläufig zu guten Kommunikationskompetenzen führe. Sie plädierte deshalb dafür, dass junge Mediziner schon früh an Reflexion und Übungen solcher Gespräche herangeführt werden sollten, „wie es beispielsweise im UKE und an anderen Universitäten seit Jahren üblich ist“.

Dies diene nicht nur der Verbesserung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten, sondern auch der Burn-out-Prophylaxe. Eine Praxis, die beispielweise in Kursen im Studium angewendet wird: Durch Simulieren belastender Gespräche in Rollenspielen wird erfahrungsgeleitetes Lernen ermöglicht. Studierende können beide Seiten kennenlernen, indem sie sich sowohl von der ärztlichen als auch von der Patientenseite mit verschiedenen Gesprächssituationen auseinandersetzen.

**Die Ärztin**  
„Festzustellen ist, dass klinische Erfahrung nicht zwangsläufig zu guten Kommunikationskompetenzen führt. Junge Mediziner sollten früh an Reflexion und Übungen solcher Gespräche herangeführt werden.“  
**Dr. Susanne Pruskil, MSc**

### Der Vizepräsident

„Einem Menschen erklären zu müssen, dass er an einer tödlichen Krankheit leidet, und wir ihn nicht heilen können, ist oft schwer zu ertragen – gerade wenn es sich um noch junge Menschen handelt. Das Überbringen schlechter Nachrichten gehört jedoch zu unserer Arbeit dazu und erfordert entsprechende Fortbildungen für jede Ärztin und jeden Arzt. Denn ohne diese verschanzt man sich allzu leicht hinter seinem 'Fachchinesisch' um möglichst keine Emotionen zu zeigen oder an sich heranzulassen.“

**Klaus Schäfer, Ärztekammer Hamburg**

Das Moderatorenduo Christa Herrmann, Leiterin von KISS Hamburg, und Dr. Martin Dirksen-Fischer, Vorsitzender des Ausschusses für die Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen bei der Ärztekammer, schaut auf ein gelungenes Selbsthilfe-Forum. Dirksen-Fischer sagte: „Das diesjährige Forum war durch eine sehr hohe inhaltliche Dichte gekennzeichnet. Fast körperlich spürbar war die Betroffenheit aller Anwesenden. Durch die sehr langwierige Vorarbeit war es dem Ausschuss und vor allem Frau Prielipp von der Ärztekammer gelungen, ein hochkarätiges Podium zusammenzustellen. Ich war sehr bewegt

## Besucherdienst der Deutschen ILCO

Als ein gutes Beispiel, wie Selbsthilfegruppen und Ärzte zum Wohle der Patienten zusammenarbeiten, stellte Arno Bräun den Besucherdienst der Deutschen ILCO vor. Die bereits seit über 40 Jahren bestehende bundesweite Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und für Menschen mit Darmkrebs bietet seit 1978 den Besucherdienst an. Menschen, die ebenfalls betroffen sind, zeigen am eigenen Beispiel und mit Informationen zum Leben mit der Krankheit, dass sich die Krankheits- und Behandlungsfolgen und die auftretenden psychosozialen Belastungen verarbeiten lassen. In einer Studie der Sektion Medizinische Soziologie der Universität Halle-Wittenberg wurde 2011 festgestellt, dass die Besuche am Krankenbett unterstützend wirken. So haben Patienten durch die Gespräche erfahren, „dass ein normales Leben möglich ist“. Bestehende Ängste im Umgang mit der Erkrankung und dem Stoma wurden verringert. Auch die Besucherdienst-Mitarbeiter überzeugten, weil sie die gleiche Krankheit und ein Stoma hatten. Sie werden durch ihre Organisation in Sachen Kommunikation geschult. Regelmäßig bilden sich die ehrenamtlich Tätigen zu den unterschiedlichen Themenbereichen fort.

und erfreut, mit welcher Offenheit und Ehrlichkeit auf dieser Veranstaltung miteinander umgegangen wurde.“ Dies kann auch Christa Herrmann bestätigen: „Das diesjährige Selbsthilfe-Forum war besonders beeindruckend.“ Die dargestellte Zusammenarbeit zwischen den Selbsthilfegruppen und Ärzten habe sehr deutlich gemacht, wie eine gelungene Kommunikation das gegenseitige Verständnis för-

dert und die Heilungsprozesse unterstützen kann. Aus ihrer Sicht wäre es wünschenswert, die Patienten-Arzt-Kommunikation viel stärker in den Aus- und Fortbildungen der Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen.

*Die Landesärztekammer Nordrhein hat einen Leitfaden „Kommunikation im medizinischen Alltag“ entwickelt, der abrufbar ist unter: [www.aekno.de/Leitfaden-Kommunikation](http://www.aekno.de/Leitfaden-Kommunikation).*



**Sana CardioMed Nord**  
Ihre Herzspezialisten  
in der Nähe

**25. und 26.  
November 2016  
media docks  
Lübeck**

 **Sana CardioMed  
Nord**

## Sana CardioMed Nord Colloquium 2016

**Unsere Schwerpunktthemen  
zur Herzmedizin:**

**Rhythmologie | Invasive Kardiologie  
TAVI | Bioabsorbierbare Stents & Co.  
Allgemeine Kardiologie | Der diabeteskranke Patient  
Hyperlipidämie | TED-Abfrage  
und weiteres**

**11 CME Fortbildungspunkte**

**Infos und Anmeldung unter: [www.sana-cardiomed-nord.de](http://www.sana-cardiomed-nord.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	Marienkrankehaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel.: 25 46 – 27 02	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
Letzter Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstags (7.20 Uhr) u. donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Pneumologie- und Thorax Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Avan, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 15.45 – 17.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Fälle, die besonders intensiver Diskussion bedürfen)	AK Harburg, Anmeldung: <i>s.pratt@asklepios.com</i>	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Infos unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Raum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Neurochirurgie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Suurheid 20, Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka und Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2, Seminarraum
Jd. 3. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „Psychotherapeutische Medizin“	Anmeldung: Dr. Gutermuth, Tel. 46 32 75; Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Ärztehaus, Humboldtstr. 56
Jd. 4. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „MRT in der Orthopädie“	Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden / Dr. Rütger, Tel. 23 84 30 – 42, Fax: – 45	Radiolog. Privatpraxis Maas / Finkenstaedt, Raboisen 40
Mittwochs, 7 – 7.45 Uhr	Gefäßmedizinisches Kolloquium: Aktuelle angiologisch/ gefäßchirurg. Themen – Vortrag m. kritischer Diskussion	AK Altona, Thorax- u. Gefäßchirurgie, Anm.: Prof. Kortmann, Tel. 18 18 81 – 16 11	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anmeldung unter Tel. 644 11 – 421, Fax: -312, <i>www.amalie.de</i>	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. OG
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankehaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, <i>www.kinderkrankehaus.net</i>	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13 – 14 Uhr	Interdisziplinäres Kopf-Hals-Tumorboard	UKE, Anm.: PD Dr. Münscher, Tel. 7410 – 500 47 oder <i>a.muenscher@uke.de</i>	Martinistr. 52, Röntgendemonstrationsraum
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz des zertifizierten Pankreas- und Leberzentrums	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum HH, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am Krankehaus Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Moorkamp 2 – 6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 14.30 – 15 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz: Hämatologische Neoplasien	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft/Anm.: Frau Schierz, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 15 – 16.30 Uhr	Tumorkonferenz Thoraxzentrum	AK Harburg, Thoraxchirurgie, Anm.: <i>k.bierschwale@asklepios.com</i>	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Frauenklinik, Kontakt: Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. u. Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonferenz (Anmeldung von Patienten ist über <i>www.asklepios.com</i> auf der Webseite der Abteilung möglich)	AK St. Georg, Klinik für Fachübergreifende Frührehabilitation und 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
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	AK Altona, Infos und Anmeldung: Frau Schmidt-Zoricic, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Innere Med.	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre 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“, öffentliche Fallkonferenz und Vortrag zu gefäßmedizinischen Themen	Univ. Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin, Anmeldung: Fr. Hidalgo, Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Sockelgeschoss, Konferenzraum
Donnerstags, 16.15 Uhr	17.11.: Führt die Gen-Schere CRISPR zu Eingriffen in die Keimbahn? 1.12.: „Gruppennützige“ Forschung an Menschen mit Demenz: ein umstrittenes Gesetzesverfahren (jeweils 3 P)	UKE, Arbeitskreis Interdisziplinäres Seminar „Grundfragen der Ethik in der Medizin“, Prof. Kahlke, Tel. 74 10 – 536 96	Martinistr. 52, Campus Lehre, N 55, Seminarraum 210 / 211, 1.12.: N 55, Ian-K.-Karan-Hörsaal, EG
Donnerstag, 8. Dezember, 14.30 Uhr	Fortbildungsveranstaltung: „Transfusionen auf der Intensivstation – Qualität“, Dr. Sven Peine, UKE	UKE, Klinik für Intensivmedizin, Prof. Dr. 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, Kliniken und Polikliniken f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Univ. Prof. Dr. B. Hüneke, Tel.: 741 05 – 35 06	Martinistr. 52, Neues Klinikum, 4. OG Südturm, Seminarraum 411
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre 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, I. Chirurgische Abteilung, Tel. 18 18 83 – 12 65	Alphonsstr. 14, Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie / Neonatologie / Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankehaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel. 6 73 77 – 28 2	Ärztbibliothek, Lilienconstr. 130
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonzferenz des zertifizierten Darmzentrums: Gastrointestinale u. urolog. Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Auskunft / Anm.: Frau Groth, Tel. 18 18 – 82 28 11	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz (4 P)	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 12 11 oder <a href="mailto:mo.weber@asklepios.com">mo.weber@asklepios.com</a>	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
Freitag – Samstag, 18. – 19. November, 8.45 Uhr	Abschlusskurs Fetomaternale Dopplersonographie (16 P)	amedes-Gruppe, Auskunft: Tim Broeker, Tel. 33 44 11 – 99 66	Hotel Barceló Hamburg, Ferdinandstr. 15
Freitag – Samstag, 25. – 26. November, (16 P)	Praxisorientierte Fortbildung: Neurologie Refresher (16 P)	Forum für medizinische Fortbildung, Auskunft / Anm.: <a href="mailto:info@fomf.de">info@fomf.de</a> oder unter <a href="http://www.fomf.de">www.fomf.de</a>	Handwerkskammer Hamburg, Holstenwall 12
Freitags – samstags, ab 17 Uhr	Masterkurs: „Suizidalität und Beziehung“ für Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten (13./14.01., 17./18.02., 21./22.04.2017)	Adolf-Ernst-Meyer-Institut für Psychotherapie, Prof. Dr. Götze, Anmeldung bis 15.12. unter <a href="mailto:info@aemi.de">info@aemi.de</a> , Auskunft unter: <a href="http://www.aemi.de">www.aemi.de</a>	Adolf-Ernst-Meyer-Institut, Rothenbaumchausee 71

Erst die richtige Beleuchtung entfaltet die volle Wirkung eines Raums. Und genau darauf hat sich lux100 spezialisiert: auf optimales Licht für Räume mit privatem Ambiente. Eindrucksvoll und in 3D zeigen wir Ihnen vorab, wie das Lichtdesign später wirkt. Rufen Sie uns an – wir freuen uns auf Ihr Projekt!

lux100.de  
040 / 69 65 65 10

MITGLIED DER SPEICHERWERKSTATT  
HANDWERK MIT LEIDENSCHAFT

lux100  
loves to light you

# Fertilitätserhaltend mit *Trachelektomie operieren*

**Zervixkarzinom** Die Teilentfernung des Gebärmutterhalses mittels Trachelektomie ist die am meisten angewandte uteruserhaltende Operation bei jungen Patientinnen mit frühinvasivem Zervixkarzinom. Sie wird vor allem eingesetzt, wenn ein Kinderwunsch besteht. Eine Hamburger Studie untersuchte die Erfolgsaussichten der OP.

Von Dr. Lydia Brokamp<sup>1</sup>, Dr. Giovanni Favero<sup>1</sup>, Dr. Gerd Böhrner<sup>2</sup>, Dr. Nora Remus<sup>3</sup>, Dr. Inge Hagemann<sup>4</sup>, Dr. Oliver Brummer<sup>5</sup>, Prof. Dr. Volker Ragosch<sup>1</sup>, Dr. Christina Kühler-Obbarius<sup>6</sup>, Dr. Silke Westphalen<sup>7</sup>, Prof. Dr. Achim Schneider<sup>2</sup>, Prof. Dr. Christhardt Köhler<sup>1</sup>

Bei Patientinnen mit frühinvasivem Zervixkarzinom und prospektivem Kinderwunsch ist die vaginale Trachelektomie die am meisten angewandte uteruserhaltende Operation und liefert gute Ergebnisse. Das ist umso mehr von Bedeutung, da 40 Prozent aller Zervixkarzinome bei Patientinnen unter 44 Jahren auftreten und das Alter der Erstschwangeren kontinuierlich ansteigt. In einer Studie haben wir die perioperative Morbidität von Patientinnen analysiert, die in einem neu etablierten gynäkologisch-onkologischen Zentrum in Hamburg eine Trachelektomie erhielten.

Zwischen Januar 2014 und November 2015 wurde an den Asklepios Kliniken Harburg und Altona bei 50 Patientinnen eine Trachelektomie durchgeführt, bis heute sind es 64. Die peri- und postoperativen Parameter der ersten 50 konsekutiven Patientinnen, bei denen entweder eine einfache vaginale Trachelektomie (VT) mit pelviner Sentinel Lymphonodektomie (LNE), eine radikale vaginale Trachelektomie (RVT) mit pelviner LNE oder eine sekundäre RVT nach laparoskopischem Staging und einer neoadjuvanten Chemotherapie erfolgte, wurden prospektiv analysiert. Entsprechend dem Tumorstadium wurde dreimal eine VT, 43-mal eine primäre RVT und viermal eine sekundäre RVT nach laparoskopischem Lymphknotenstaging und neoadjuvanter Chemotherapie durchgeführt. Die Rate der intra- und postoperativen Komplikationen der in Hamburg operierten Patientinnen war niedrig und sogar geringer als in vergleichbaren Studien (Ergebnisse Seite 30 und 31). Die fertilitätserhaltende Trachelektomie sollte für junge Patientinnen mit frühinvasivem Zervixkarzinom aufgrund minimaler Morbidität in gynäkologisch-onkologischen Zentren etabliert werden.

## Trachelektomie ist Goldstandard

Das Zervixkarzinom ist eines der häufigsten Malignome der Frau weltweit mit ca. 530.000 Neuerkrankungen und 275.000 Todesfällen 2008 (1). Mehr als bei anderen Karzinomen sind Patientinnen jünger als 45 Jahre betroffen (1, 2). Die Inzidenz des invasiven Zervixkarzinoms ist in Deutschland, wie auch in anderen Industrieländern, durch ein effektives Screeningprogramm und die Möglichkeit der primären Prävention rückläufig. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts erkrankten 2012 in Deutschland 4.600 Frauen an einem Zervixkarzinom, 1.600 starben daran (3). Gleichzeitig verschiebt sich das Alter der Erstgeburt in westlichen Ländern kontinuierlich nach oben (4). Damit kommt es gehäuft zur Diagnose eines frühinvasiven Zervixkarzinoms bei nulliparen Frauen mit potenziellem Kinderwunsch. In einer retrospektiven amerikanischen Studie erfüllten circa 50 Pro-

zent der Frauen mit einem histologisch gesicherten frühen Zervixkarzinom die Kriterien für eine fertilitätserhaltende Operation (5).

Die Möglichkeit, eine pelvine Lymphonodektomie sicher laparoskopisch durchzuführen, erlaubte die Kombination dieser mit der RVT, wie 1994 erstmals beschrieben (6). Damit gab es eine onkologisch sichere fertilitätserhaltende Alternative im Gegensatz zur bis dahin immer durchgeführten radikalen Hysterektomie.

Die onkologische Rationale der VT bzw. RVT ist es, residuales (mikroskopisches) Tumorgewebe nach einer Konisation oder ausgedehnten Biopsie im Bereich der Zervix uteri zu entfernen und das Risiko eines parametranen Tumorbefalls signifikant zu reduzieren. In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl ein kontinuierliches als auch ein diskontinuierliches Tumorstadium und/oder ein zervixnaher parametraner Tumor- oder Lymphknotenbefall in 0 bis 2,2 Prozent vorkommen können (7–11). Die genaue Inzidenz eines parametranen Tumorbefalls bei Tumordurchmesser < 2 cm ist gering, aber potenziell lebensbedrohlich für diese jungen Patientinnen, sofern dieser nicht entdeckt wird. Daher sollte, solange die Ergebnisse von großen randomisierten und nicht-randomisierten Studien ausstehen (ConCerv, Shape-Studie, GOG 278), die RVT als Goldstandard der fertilitätserhaltenden Therapie bei Patientinnen mit einem frühen Zervixkarzinom angesehen werden (12).

In zahlreichen prospektiven und retrospektiven Studien konnte eindringlich demonstriert werden, dass die RVT mit geringer Morbidität sicher durchführbar ist und ein rezidivfreies Überleben erreicht, welches dem der radikalen Hysterektomie äquivalent ist. Zudem werden Schwangerschaftsraten von 65 Prozent postoperativ erreicht. Heutzutage sind verschiedene Methoden der RVT beschrieben: Die meisten (und besten) Daten existieren für die RVT, weniger für die abdominale radikale Trachelektomie (13–15), die totale laparoskopische radikale Trachelektomie (16, 17) und nur wenige für die Roboter-assistierte radikale Trachelektomie (18).

<sup>1</sup> Klinik für spezielle operative und onkologische Gynäkologie, Klinikum Harburg, Hamburg

<sup>2</sup> Institut für Zytologie und Dysplasie IZD Hannover

<sup>3</sup> Institut für Zytologie und Dysplasie, MVZ im Fürstenberg-Karree, Berlin

<sup>4</sup> Fachbereich Gynäkologie, Park-Klinik, Kiel

<sup>5</sup> Tagesklinik Altonaer Straße, Hamburg

<sup>6</sup> Frauenarztpraxis Heussweg, Hamburg

<sup>7</sup> Frauenarztpraxis, Lüneburg

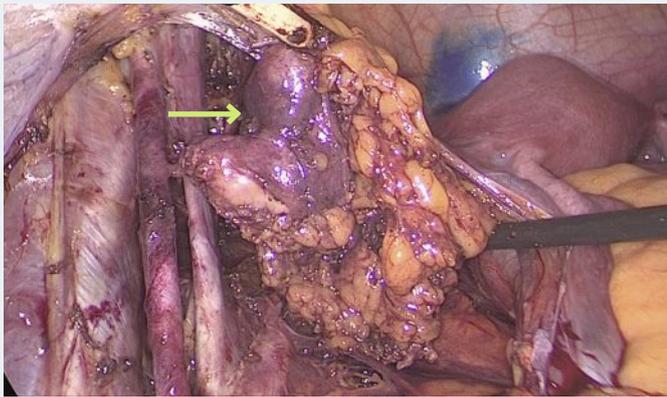


Abb. 1: Lymphknotenmetastase pelvin links (grüner Pfeil) bei einer Patientin mit einem Zervixkarzinom Ia1 L1 und Wunsch nach Fertilitätserhalt

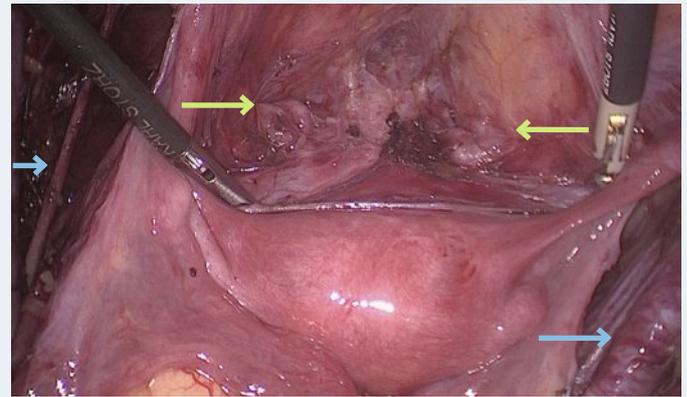


Abb. 2: Laparoskopisch eröffnetes Septum vesicocervicale und vesicovaginale mit Darstellung der Aa. uterinae (grüne Pfeile) beidseits. Die pelvine Lymphonodektomie beidseitig ist bereits erfolgt (blaue Pfeile). Situs nach Beendigung des laparoskopischen Teils der Operation

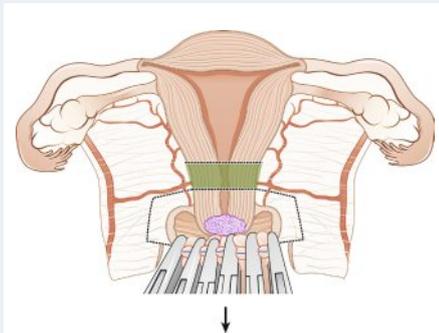


Abb. 3: Schematische Darstellung der Resektionsfigur an der Zervix uteri bei einer radikalen vaginalen Trachelektomie (schwarz gepunktete Linie). Der verbleibende Zervixrest ist grün markiert.

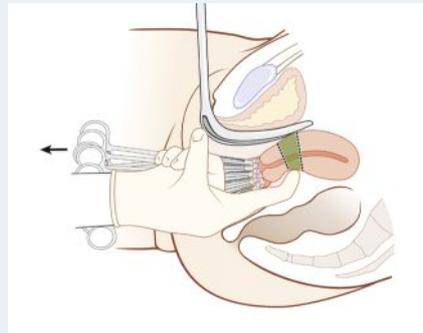


Abb. 4: Intraoperative vaginale Untersuchung der Zervixlänge zur Festlegung der Resektionslinie an der Cervix uteri (grün = verbleibende Zervixlänge)

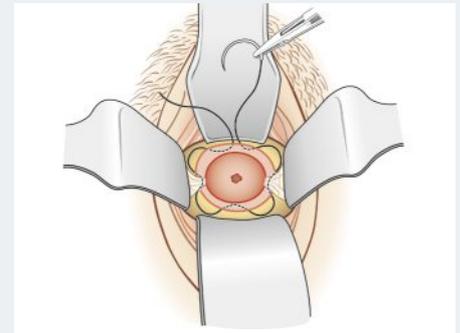


Abb. 5: Schematische Darstellung der permanenten Cerclage um die verkürzte Restzervix während des vaginalen Abschnitts der RVT

## Indikationen zur VT und RVT in Verbindung mit einer pelvinen Lymphonodektomie

Eine ausführliche Beratung der Patientinnen und die Beachtung der etablierten Kriterien für eine RVT sind essenziell für ein optimales Ergebnis. Diese international akzeptierten Parameter sind:

- geplante Schwangerschaft,
- histologisch gesichertes Zervixkarzinom Ia1 L1 – Ib1 < 2 cm,
- keine hämangische Karzinose (V0),
- tumorfreie pelvine Lymphknoten,
- tumorfreier endozervikaler Absetzungsrand von 5 mm,
- Länge der verbleibenden Restzervix von 8 bis 10 mm,
- keine high-risk Histologie (neuroendokrines Karzinom, Karzinosarkom, klarzelliges Karzinom, serös-papilläres Karzinom) (19).

Dagegen sind für eine einfache Trachelektomie (VT) die Indikationen international nicht verbindlich. Insbesondere bei einem multifokalen Stadium Ia1 und bereits erfolgter Konisation (Re-Konisation) sollte dieses Vorgehen mit der Patientin erörtert werden. Das onkologische Konzept eines laparoskopischen pelvinen Lymphknotenstaging gefolgt von einer neoadjuvanten Chemotherapie und anschließenden RVT bei Tumoren > 2 cm ist derzeit als experimentell anzusehen und sollte dementsprechend nur auf ausdrücklichen Wunsch und nach ausführlicher Beratung der Patientin durchgeführt werden. Hier liegen internationale Ergebnisse von nur ca. 100 Patientinnen in kleinen Fallserien vor, zumeist ohne Langzeit-Follow-up (20).

## Technik und Ergebnisse der RVT

Die RVT erfolgt in einer standardisierten Operationstechnik, die aus drei Teilschritten besteht:

1. laparoskopisch pelvine LND und Vorbereitung des vaginalen Teils,
2. radikale vaginale Resektion und
3. laparoskopische Kontrolle.

1. Nach Inspektion des Abdomens wird die pelvine LNE beidseits durchgeführt. Die Lymphknoten gelangen zur histologischen Schnittdiagnostik (Abb. 1). Die Operationszeit bis zum Eintreffen des histologischen Ergebnisses wird genutzt, um anatomische Räume (vesicovaginal, paravesical) zu eröffnen und damit den vaginalen Teil der OP zu erleichtern (Abb. 2).

2. Die vaginale Resektion wird erst begonnen, wenn histologisch tumorfreie Lymphknoten nachgewiesen wurden. Unter Zug an der zuvor gebildeten Scheidenmanschette erfolgt die parametranne Resektion unter Erhalt der uterinen Arterien (Abb. 3). Entsprechend dem histologischen Befund der Konisation und der verbliebenen Restzervixlänge kann die Resektionslinie an der Cervix uteri bestimmt werden (Abb. 4), um sowohl eine maximale onkologische Sicherheit als auch eine möglichst hohe zervikale Kompetenz in einer nachfolgenden Schwangerschaft zu gewährleisten. Immer wird eine permanente Cerclage um die Restzervix gelegt, so dass eine nachfolgende Schwangerschaft nur per Kaiserschnitt erfolgen kann (Abb. 5). Zum Abschluss des vaginalen Teils der Operation wird die Scheide auf die Restzervix fixiert.

3. Beim abschließenden laparoskopischen Teil erfolgt eine Kontrolle auf Blutrockenheit sowie auf Intaktheit der Ureteren und uterinen Arterien.

Die Technik der RVT hat, im Gegensatz zur abdominalen radikalen Trachelektomie, zur totalen laparoskopischen radikalen Trachelektomie und zur Roboter-assistierten radikalen Trachelektomie den entscheidenden Vorteil der sicheren Abschätzung der vaginalen und zervikalen Resektionsgrenze unter direkter Inspektion und Palpation der Cervix uteri. Als größter Nachteil hat sich die lange Lernkurve des

**Tab. 1: Präoperative Patientinnendaten**

Beobachtungszeitraum	1/2014 – 11/2015
Zahl der Patientinnen	n=50
Alter (Jahre) Mean	32 (24–40)
BMI Mean	23 (18–37)
Nulliparität	36 (72 Prozent)
<b>Diagnosesicherung durch</b>	
Konisation	41 (82 Prozent)
Biopsie	9 (18 Prozent)
<b>Histologie</b>	
Plattenepithelkarzinom	35 (70 Prozent)
Adenokarzinom	14 (28 Prozent)
Adenosquamoses Karzinom	1 (2 Prozent)
<b>FIGO-Stadium nach Konisation/Biopsie:</b>	
multifokales IA1 (± AIS)	3 (6 Prozent)
Ia1 L1	3 (6 Prozent)
Ia1 R1	3 (6 Prozent)
Ia2	5 (10 Prozent)
Ib1 <2 cm	32 (64 Prozent)
Ib1 >2 cm/Ib2	4 (8 Prozent)
<b>Grading</b>	
G1	11 (22 Prozent)
G2	27 (54 Prozent)
G3	12 (24 Prozent)
<b>lymphangische Karzinose (LVSI)</b>	
nein	39 (78 Prozent)
ja	11 (22 Prozent)



**Abb. 6:**  
Kolpophotogramm  
drei Monate nach  
RVT

vaginalen Teils der OP erwiesen. Bis zu 12 Prozent der geplanten RVTs müssen wegen des Nachweises positiver Lymphknoten oder einer ausgedehnteren endozervikalen Ausbreitung abgebrochen werden (21). In diesen Fällen ergibt sich die Notwendigkeit einer radikalen Hysterektomie oder einer primären Radiochemotherapie, nachdem zuvor auch die paraaortalen Lymphknoten histologisch evaluiert wurden. Bei einer einfachen Trachelektomie erfolgt keine parazervikale Resektion nach Bildung der Scheidenmanschette. Für eine sekundäre RVT nach neoadjuvanter Chemotherapie hat sich die Einlage von DJ-Kathetern in beide Ureteren infolge der vorangegangenen pelvinen LNE als günstig erwiesen. In der Literatur sind perioperative Komplikationen bei 3 bis 6 Prozent der Patientinnen beschrieben und damit nicht häufiger als bei einer radikalen Hysterektomie. Intraoperative Verletzungen können an Harn-

blase, Rektum, Ureteren und autonomen Beckennerven auftreten. Im postoperativen Verlauf sind eine Infektion, Nachblutung, Lymphozerlenformation, ein Darmverschluss oder Harnblasenentleerungsstörung sowie Harntraktverletzungen möglich (22). Spezifisch für die RVT sind postoperativ sekundäre Dysmenorrhöen (bis 24 Prozent), irreguläre Blutungen (bis 17 Prozent), Cerclageprobleme (bis 14 Prozent), vaginaler Ausfluss (bis 14 Prozent), Zervixstenosen (bis 7 Prozent) oder tiefe Dyspareunien (bis 5 Prozent) beschrieben (23).

Die onkologischen Ergebnisse nach RVT sind international exzellent mit einer Rezidivrate von circa 4 Prozent bei Tumoren kleiner als 2 cm und einer Mortalitätsrate von 2 Prozent (24–26). Der histologische Typ, das Grading und der Nachweis einer lymphangischen Karzinose (L1) waren nicht mit einem höheren Rezidivrisiko assoziiert. Insgesamt ist damit die RVT in Kombination mit der pelvinen LNE einer radikalen Hysterektomie als onkologisch gleichwertig anzusehen (27). In großen, zumeist monozentrischen, Studien konnten 65 bis 70 Prozent der Patientinnen nach einer RVT schwanger werden (28). Es bestehen auch keine Kontraindikationen gegen die Anwendung der künstlichen Befruchtung nach RVT. Tritt eine Gravidität nach RVT ein, so ist diese als Hochrisikoschwangerschaft anzusehen. Dementsprechend sollten spezifische Empfehlungen während einer Schwangerschaft nach Trachelektomie eingehalten werden (29).

## Ergebnisse der Trachelektomien in Hamburg 2014 bis 2015

Zwischen Januar 2014 und November 2015 wurden an den Asklepios Kliniken Harburg und Altona 3 (6 Prozent) VT, 43 (86 Prozent) RVT und 4 (8 Prozent) sekundäre RVT nach neoadjuvanter Chemotherapie durchgeführt. Demografische als auch intra- und postoperative Daten der Patientinnen sind in den Tab. 1 und 2 zusammengestellt. Die Charakteristik der Hamburger Kohorte von konsekutiven Patientinnen entspricht denen großer internationaler Kollektive (14, 15, 17, 19, 21, 26, 38). Nach Konisation oder Biopsie war das initiale Stadium des Zervixkarzinoms als multifokales Ia1, Ia1 R1, Ia1 L1, Ia2, Ib1 <2 cm und Ib1 >2 cm oder Ib2 bei 3 (6 Prozent), 3 (6 Prozent), 3 (6 Prozent), 5 (10 Prozent), 32 (64 Prozent) bzw. 4 (8 Prozent) Patientinnen eingestuft worden (Tab. 1). Das mittlere Alter der Frauen war 32 Jahre, der durchschnittliche BMI 23. Die Operationszeit betrug im Mittel 206 Minuten und der Blutverlust 61 ml. Keine Patientin benötigte eine Transfusion. Intraoperativ trat eine Blasenverletzung auf (2 Prozent). Die Rate der postoperativen leichtgradigen Probleme war 12 Prozent, wobei alle Beschwerden innerhalb eines Monats gebessert oder verschwunden waren. Es traten keine schweren intra- oder postoperativen Komplikationen auf.

Aufgrund des kurzen Zeitintervalls liegen noch keine onkologischen und Fertilitätsdaten vor. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Trachelektomie als operativ anspruchsvolle fertilitätserhaltende Operation für Patientinnen mit einem frühinvasiven Zervixkarzinom in einem neuen Zentrum mit niedriger Morbidität etabliert werden kann, wenn dies von gynäkologischen Onkologen mit der Erfahrung von mehr als 400 Trachelektomien und 2.300 laparoskopischen Lymphonodektomien durchgeführt wird.

## Nachsorge nach Trachelektomie

Es existieren keine allgemein akzeptierten Protokolle für die Nachsorge von Patientinnen nach VT und RVT, obwohl die empfohlenen Nachsorgeintervalle denen anderer gynäkologischer Malignome entsprechen. Aufgrund der uteruserhaltenden Operation muss die Nachsorge nach Trachelektomie immer eine Zytologie, Kolposkopie und einen HPV-Test der Restzervix beinhalten (30, 31). Im Einzelfall sind auch wiederholte MRT-Bildgebungen des Beckens bei unklaren Tastbefunden oder erschwerten Untersuchungsbedingungen indiziert (Abb. 6). Optimalerweise sollte die Nachsorge in Dyspla-

sieeinheiten durchgeführt werden, die über Erfahrungen in dieser fertilitätserhaltenden Technik verfügen.

## Offene Fragen und Ausblick

Der bekanntermaßen seltene parametraner Tumorbefall ( $\approx 1$  Prozent) bei einem Zervixkarzinom mit günstigen histologischen Eigenschaften und einem Tumordurchmesser  $< 2$  cm wirft die Frage nach einer weniger radikalen fertilitätserhaltenden Operation für diese Patientinnen auf (32–35). Dies wird noch bekräftigt durch die Tatsache, dass in zwei Dritteln der Trachelektomiepräparate kein Resttumor mehr nachweisbar ist. Diese gynäkologisch-onkologische Fragestellung ist derzeit international eine der umstrittensten, da eindeutige Kriterien für eine „angepasste“ Radikalität nicht existieren (36, 37). Die Radikalität der RVT kann entweder durch eine weniger ausgehende LNE (z. B. Sentinel-Konzept) oder durch eine weniger umfangreiche Resektion an der Zervix (einfache Trachelektomie oder Re-Konisation) oder durch die Kombination beider Konzepte erreicht werden (38), wofür jedoch große Studien fehlen (39). Die Ergebnisse der oben genannter Studien sollten unbedingt abgewartet werden, bevor andere fertilitätserhaltende Operationen als Standard etabliert werden.

Eine erfolgreich durchgeführte RVT ist noch kein Garant für eine spätere Schwangerschaft. Da nur 65 bis 70 Prozent aller Patientinnen, die dies anstreben, nach einer RVT schwanger werden, sollten die Gründe für eine Infertilität in der verbleibenden Kohorte weiter untersucht werden.

Ebenso ungeklärt ist die Frage, ob nach abgeschlossenem Kinderwunsch nach RVT immer eine Hysterektomie erfolgen sollte. International besteht weder ein Konsens, ob und in welchem Umfang (einfache oder radikale Hysterektomie) diese Operation durchgeführt werden sollte.

Wie auch in der Hamburger Kohorte, wünschen einzelne Patientinnen mit einem Zervixkarzinom  $> 2$  cm explizit eine uteruserhaltende Therapie. In dieser speziellen onkologischen Situation kann den Patientinnen eine neoadjuvante Chemotherapie gefolgt von einer RVT angeboten werden, sofern zuvor die pelvinen Lymphknoten als histologisch tumorfrei bestätigt wurden. Es muss jedoch nochmals betont werden, dass dies bisher ein experimentelles onkologisches Konzept ist, da nur wenige Daten mit kurzem Follow-up international verfügbar sind (40, 41).

Zusammenfassend zeigen die internationalen als auch die Hamburger Daten, dass mit der Trachelektomie eine onkologisch valide fertilitätserhaltende Option für junge Patientinnen mit einem frühinvasiven Zervixkarzinom existiert, die mit einer geringen Morbidität verbunden ist (42). Zugleich unterstreichen die Ergebnisse aber auch die Komplexität dieser onkologischen Fragestellung, insbesondere da die 2014 verabschiedete Deutsche S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen mit einem Zervixkarzinom (43) ein breites Spektrum fertilitätserhaltender Therapien zulässt. Dies stellt sowohl die informierte junge Patientin als auch den beratenden Arzt vor erhebliche Probleme in der Entscheidungsfindung, zumal die Validität der Leitlinienaussagen zur onkologischen Sicherheit der beschriebenen Methoden zum Teil auf wenigen Daten beruhen. Daher sollte eine individuelle Beratung dieser Patientinnen hinsichtlich Indikationsstellung, operativer Therapie und Nachsorge in Zentren mit Erfahrung in allen fertilitätserhaltenden Techniken durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis im Internet unter [www.aekhh.de/haeb-lv.html](http://www.aekhh.de/haeb-lv.html)

### Prof. Dr. Christhardt Köhler

Klinik für spezielle operative und onkologische Gynäkologie  
Asklepios Klinikum Harburg  
E-Mail: [ch.koehler@asklepios.com](mailto:ch.koehler@asklepios.com)

**Tab. 2: Intra- und postoperative Ergebnisse**

<b>Typ der Operation</b>	
einfache vaginale Trachelektomie	3 (6 Prozent)
radikale vaginale Trachelektomie	43 (86 Prozent)
sekundäre radikale Trachelektomie nach laparoskopischem Staging und neoadjuvanter Chemotherapie	4 (8 Prozent)
<b>Typ der Lymphonodektomie (LNE)</b>	
Sentinel LNE bilateral	19 (38 Prozent)
Sentinel LNE unilateral, komplette LNE unilateral	9 (18 Prozent)
komplette LNE bilateral	22 (44 Prozent)
<b>Zahl der entfernten Lymphknoten (Mean):</b>	
Sentinel LNE bilateral	7 (3–12)
Sentinel LNE unilateral, komplette LNE unilateral	12 (5–22)
komplette LNE bilateral	19 (10–32)
<b>Op-Zeit (min)</b>	
alle Trachelektomien	206
einfache vaginale Trachelektomie + LNE	176
radikale vaginale Trachelektomien gesamt	218
sekundäre radikale vaginale Trachelektomie (ohne LNE)	160
<b>intraoperative Komplikationen</b>	1 (2 Prozent) Blasenverletzung im vaginalen Teil
<b>Blutverlust (Mean) ml</b>	61 (10–400)
<b>Transfusionen</b>	0
<b>Tumorrest histologisch</b>	
ja	10 (20 Prozent)
nein	40 (80 Prozent)
<b>Postoperative Komplikationen</b>	
gesamt	6 (12 Prozent)
Lymphozele	2 (4 Prozent) 1x Punktion, 1x Re-Laparoskopie
Blasendysfunktion	3 (6 Prozent) suprapubische Katheter + Bethanechol®
Adduktorenmuskelschwäche	Physiotherapie
<b>Krankenhausaufenthalt (Tage)</b>	6 (3–19)
<b>postoperative adjuvante Therapie</b>	
gesamt	5 (10 Prozent)
sekundäre radikale Hysterektomie	3 (6 Prozent) Tumorabstand $< 5$ mm
Radiochemotherapie	1 (2 Prozent) N1 + L1
Konisation nach RVT	1 (2 Prozent) CIN III im Absetzungsrand des Trachelektomiepräparats

## Der besondere Fall

# Transientes Knochenmarködemsyndrom

**Flüssigkeitsansammlung** Im Abstand von vier Jahren stellte sich ein Patient mit spontanen Schmerzen in der Hüfte vor – zuerst im linken, dann im rechten Hüftgelenk. In beiden Fällen sicherte ein MRT jeweils dieselbe Diagnose.

Von Prof. Dr. habil. Alexander Katzer, Jörg Rump, Dr. Wolf-Peter Niedermauntel

Am 11. Juni 2012 stellte sich ein 52-jähriger Patient wegen seit fünf Wochen bestehender und durch den Hausarzt vorbehandelter Hüftgelenkschmerzen links zur weiteren Abklärung in unserer Klinik vor. Aufgrund einer genetisch bedingten Thrombophilie mit tiefer Beinvenenthrombose erhielt der Patient seit 17 Jahren Marcumar. Die relevanten Laborparameter lagen im Normbereich. Bei der körperlichen Untersuchung imponierte eine Impingementsymptomatik mit ausgeprägter, schmerzreflektorischer Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit. Die mitgebrachten Röntgenaufnahmen aus einer radiologischen Praxis vom 30. Mai 2012 zeigten beidseitig eine minimale Verschmälerung des Hüftgelenkspalts mit geringer subchondraler Sklerosierung als Zeichen einer initialen Coxarthrose.

Das Magnetresonanztomogramm (MRT) der Hüftgelenke vom 26. Juni 2012 zeigte eine bis in den linken Schenkelhals und die Trochanterregion reichende, flächenhafte Ödemzone des subchondralen Femurkopfs mit mäßiggradigem Gelenkerguss als morphologisches Korrelat einer transienten Osteoporose (TKMÖS). Das rechte Hüftgelenk war zu diesem Zeitpunkt unauffällig. Aufgrund dieser Diagnose wurde Calcitonin-CT 100 IE/0.1 NAS 2,78 ml für insgesamt sechs Monate verordnet.

Die MRT-Kontrolluntersuchung vom 3. Dezember 2012 zeigte bei Beschwerdefreiheit und altersentsprechend unauffälligem klinischen Befund eine bereits nahezu normale Signalgebung mit lediglich angedeutet residualer Ödembildung des linken proximalen Femur ohne Ergussbildung.

### Erneute Beschwerden

Am 11. Januar 2016 stellte sich der nunmehr 56-jährige Patient aufgrund gleichartiger Beschwerden wieder vor – jetzt aber im rechten Hüftgelenk. Die Röntgennativdiagnostik vom selben Tag ergab keinen wegweisenden Befund. Aufgrund der speziellen Vorgeschichte wurde die Vollentlastung des rechten Hüftgelenks durch Benutzung von Unterarmgehstützen verordnet und ein MRT für den Folgetag veranlasst.

Das MRT vom 12. Januar 2016 bestätigte die Verdachtsdiagnose einer transienten Osteoporose des rechten Femurkopfs ohne Infraktion oder Demarkierung mit Einstrahlen des Ödems in den Schenkelhals (Abb. 1). Es wurden wieder Calcitonin-Nasenspray für drei Monate und Novaminsulfon als Analgetikum verordnet. Aufgrund

einer akuten Reexazerbation unter konservativer Therapie wurde bereits am 17. Februar 2016 ein Kontroll-MRT der Hüftgelenke erforderlich, das eine Ausdehnung der Ödemzone bis in die Intertrchantärregion mit unmittelbar subchondraler Signalminde- rung in der T1-Wichtung zeigte – noch ohne klar umschriebene Nekrosezone, aber mit deutlicher Zunahme des Gelenkergusses.

Aufgrund der klinischen und bildmorphologischen Befundverschlechterung wurde die Indikation zur Core-Dekompression (retrograde „Hüftkopfanbohrung“) gestellt und der Eingriff am 24. Februar 2016 in Larynxmaskennarkose durchgeführt. Die histologische Untersuchung des intraoperativ asservierten Knochenstanzzyllinders zeigte Knochengewebe mit mäßig ausgeprägter Oberflächenosteoidose, vergleichbar dem Befund einer Osteomalazie. Eine Vitamin-D-Minderversorgung konnte bei einem 25-OH-Calciferol Wert i. S. von 24 ng/ml ausgeschlossen werden.

Der postoperative Verlauf war komplikationsfrei, und der Patient wurde nach zweiwöchiger Vollentlastung rechts und anschließender, vierwöchiger 30-Kilogramm-Teilbelastungsphase mit begleitender Physiotherapiebehandlung vollständig beschwerdefrei. Die MRT-Abschlusskontrolle vom 26. Mai 2016 bestätigte den Therapieerfolg bei weitestgehender Normalisierung des Markraumsignals mit nur noch angedeutet fleckförmig ödematöser Signalanhebung im rechten proximalen Femur (Abb. 2).

### Diagnostik über Ausschlusskriterien

Das transiente Knochenmarködemsyndrom (TKMÖS) des Hüftgelenks betrifft mehrheitlich Männer im mittleren Lebensalter (Männer : Frauen = 3 : 1). Es handelt sich um eine typische Ausschlussdiagnose und betrifft häufig beide Hüftgelenke. Das TKMÖS gilt heute überwiegend als reversibles Frühstadium der aseptischen Hüftkopfnekrose (2, 3) und ist von sekundären Knochenmarködemen als eigene Entität zu unterscheiden.

Das Leitsymptom ist der akut eintretende, anderweitig nicht erklär- bare Hüftgelenkschmerz mit deutlicher Funktionseinschränkung ohne laborchemische Veränderungen. Der exakte Pathomechanismus dieser vermehrten interstitiellen Flüssigkeitsansammlung ist weiterhin unklar. Differenzialdiagnostisch sind unter den ischämisch bedingten Osteopathien die Osteochondrosis dissecans und die Algodystrophie abzugrenzen (1, 6).

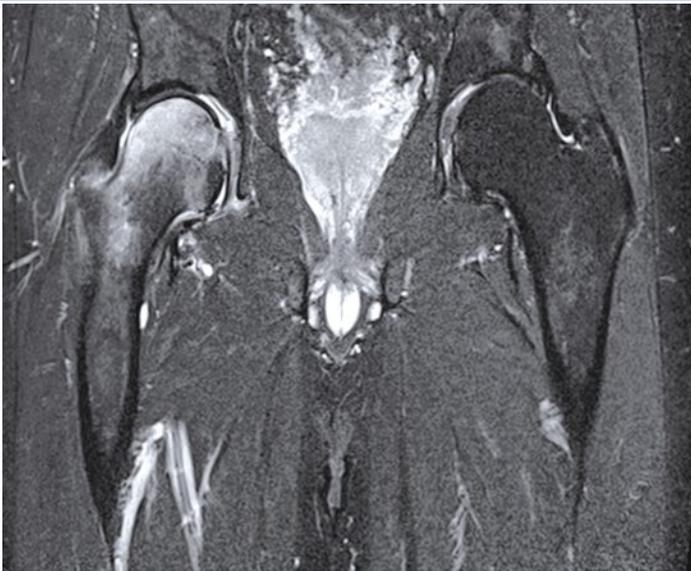


Abb. 1: MRT der Hüftgelenke (12. Januar 2016): TKMÖS am rechten Femurkopf mit Einstrahlen des Ödems in den Schenkelhals

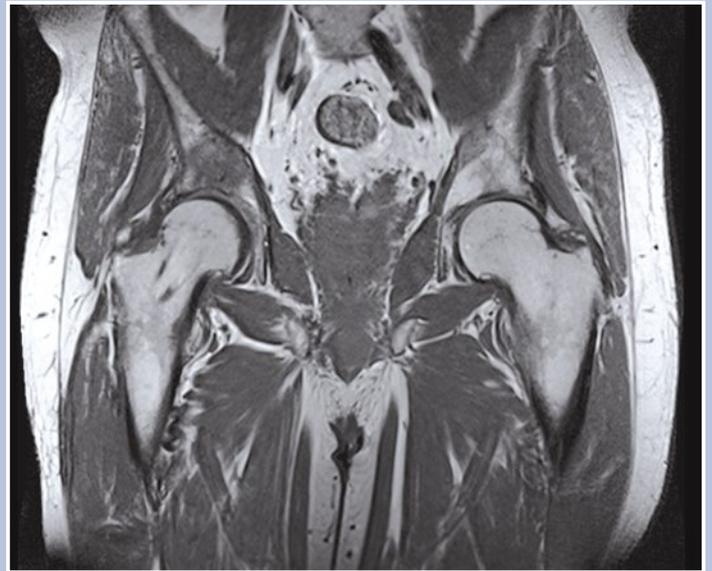


Abb. 2: MRT der Hüftgelenke (26. Mai 2016). Normalisierung des Markraumsignals. Nur noch angedeutet fleckförmig ödematöse Signalanhebung im rechten proximalen Femur nach Core-Dekompression (24. Februar 2016)

Bisher existiert keine Stadieneinteilung des TKMÖS, was mit der weitgehend unklaren Ursache zusammenhängt (2). Das TKMÖS kann klinisch-diagnostisch dem ersten Stadium der ARCO-Klassifikation der Femurkopfnekrose gleichgesetzt werden. Ab dem ARCO-Stadium II ist aufgrund der zystischen und sklerotischen Umbauzonen die Verwechslung einer Hüftkopfnekrose mit dem TKMÖS nicht mehr möglich. Da sich die pathologischen Veränderungen bis auf eine selten zu beobachtende, diffuse Osteopenie typischerweise der Röntgendiagnostik entziehen, ist zur leitliniengerechten Therapie bei entsprechenden Risikofaktoren und hinreichendem klinischen Verdacht die umgehende MRT das Diagnostikum der Wahl, da das Risiko der Entwicklung einer (irreversiblen) Osteonekrose gegeben ist.

Neben der konservativen Therapie mit Calcitonin-Nasenspray, Bisphosphonat- (Zoledronat, Ibandronat) oder Prostacyclin-Infusionen, Vitamin D, Entlastung, symptomatischer Schmerzthe-

rapie und Physiotherapie kommt in den frühen Stadien auch die Core-Dekompression zur Verbesserung der Durchblutung und damit Vermeidung einer Osteonekrose infrage. Im Gegensatz zur konservativen Therapie führt die Core-Dekompression fast immer zur sofortigen Schmerzfreiheit mit signifikant rascherer Rückbildung des Knochenmarködems (3–6). Neuere Studien weisen auf die mögliche Überlegenheit einer intravenösen Kombinationstherapie von Iloprost und Ibandronat bzw. der i.v.-Infusion von Iloprost in Kombination mit einer Core-Dekompression hin (6).

Literaturverzeichnis im Internet unter [www.aekhh.de/haeb-lv.html](http://www.aekhh.de/haeb-lv.html)

**Prof. Dr. habil. Alexander Katzer**  
Orthoclinic Hamburg, Zentrum für Orthopädie,  
Unfallchirurgie und Sporttraumatologie  
E-Mail: [katzer@orthoclinic-hamburg.com](mailto:katzer@orthoclinic-hamburg.com)

## „Drucken und Faxen? Wir arbeiten lieber digital.“

Dr. med. Johannes Holz, OrthoCentrum Hamburg

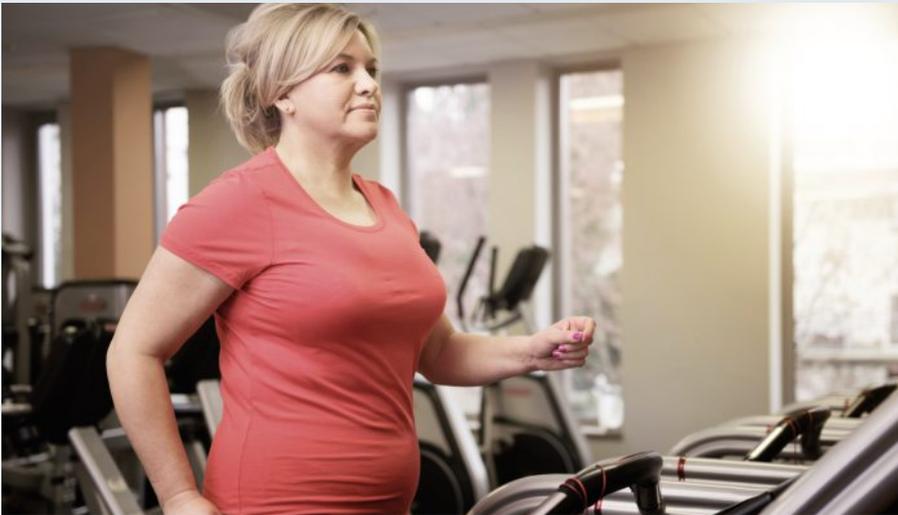
Zeit und Kosten sparen.  
Befunde direkt an Patienten-Smartphones übergeben.



LifeTime.eu

☎ 040 2286 7897

LifeTime.eu/hub



Größere Auswirkungen als der Body-Mass-Index hat die Fitness auf das Langzeitüberleben

## Lieber fit statt faul

Der Einfluss von Fitness, körperlicher Aktivität und Adipositas wurde in heterogenen Populationen bislang nicht ausreichend untersucht. Die Autoren einer Längsschnittstudie (McAuley PA et al., *Am J Med* 2016;129: 960-965.e1), in die 29.257 Frauen und Männer eingeschlossen wurden, wollten herausfinden, inwiefern körperliche Leistungsfähigkeit und Body-Mass-Index (BMI) die Mortalität beeinflussen. Unabhängig von der Herkunft oder anderen individuellen Charakteristika der eingeschlossenen Probandinnen und Probanden war die körperliche Leistungsfähigkeit ein starker Einflussfaktor für das Langzeitüberleben. Aufgrund des vergleichsweise geringen Einflusses des BMI sollte der Akzent zukünftiger Präventionsprogramme auf der Messung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit liegen. | *ms*

## OP der Sprunggelenkfraktur bei Älteren ohne Vorteil

Die übliche Therapie der instabilen Sprunggelenkfraktur ist die operative Versorgung mit Osteosynthese. Durch Infektion und andere Komplikationen ergeben sich aber Risiken, gerade auch bei älteren Patienten. In einer randomisierten Multicenterstudie zeigte die Behandlung der instabilen Sprunggelenkfraktur mit einem speziellen, wenig gepolsterten Gipsverband bei älteren Menschen das gleiche funktionelle Ergebnis wie die Osteosynthese (Willet K et al., *JAMA* 2016; 316: 1455-1463). In die Studie waren 620 Patienten aus 24 Kliniken im Alter von mehr als 60 Jahren mit akuter instabiler Sprunggelenkfraktur eingeschlossen worden. Nach Randomisierung erfolgte die Behandlung mittels OP oder speziellem Gipsverband in Allgemein- oder Spinalanästhesie. Primärer Endpunkt war das Ergebnis nach sechs Monaten im Score nach Olerud und Molander, der die Gelenkfunktion bewertet. Die Ergebnisse beider Gruppen unterschieden sich nicht, die operierte Gruppe hatte aber eine höhere Rate an Infektionen. Bei sekundären Endpunkten wie Lebensqualität, Schmerz, Mobilität und Patientenzufriedenheit gab es keine signifikanten Unterschiede. Allerdings war bei einem kleinen Teil der konservativ behandelten Gruppe (19 Prozent) im Verlauf doch eine OP erforderlich. | *ca*

## Antihormontherapie

### Mamma-Ca verhindert

Bei Frauen mit einem rezeptorpositiven Mammakarzinom nach der Menopause verhindert die Antihormontherapie mit Tamoxifen oder einem Aromatase-Inhibitor nicht nur ein Rezidiv des Tumors, auch kann offenbar die Gefahr von kontralateralen Mammakarzinomen vermindert werden. Sie treten bei fünf Prozent aller erkrankten Frauen innerhalb von zehn Jahren auf. Eine Studie (*JAMA Oncology* 2016; doi: 10.1001/jamaoncol.2016.3340) wertete rückblickend Versichertendaten der US-Krankenkasse Kaiser Permanente aus, mit dem Ergebnis, dass die Therapie effektiv ist.

Quelle: *aerzteblatt.de*, 10.10. 2016

## Antirheumatika

### Herzrisiko steigt

Das Risiko einer Herzinsuffizienz kann sich unter Gabe von nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) und Cyclooxygenasehemmern (COX) 2 erhöhen. Dazu gehören Diclofenac, Ibuprofen, Indomethacin, Ketorolac, Naproxen, Nimesulid (in Deutschland nicht auf dem Markt), Piroxicam, Etoricoxib und Rofecoxib. Dass ein Herzrisiko mit der Einnahme verbunden ist, war durch verschiedene Studien bekannt, jedoch nicht in welchem Ausmaß und bei welcher Dosis. Eine Fall-Kontroll-Studie (*BMJ* 2016; 354: i4857) aus Mailand, die Daten von fast 10 Millionen Erwachsenen aus verschiedenen Ländern auswertete, ermittelte die Rate der Klinikeinweisungen aufgrund von Herzinsuffizienz (HI) und setzte diese in Beziehung zur Antirheumatika-Anwendung. Patienten unter Pharmakotherapie hatten verglichen mit denjenigen, bei denen die NSAR-Einnahme schon länger als 183 Tage zurücklag, ein um 19 Prozent erhöhtes Risiko einer Klinikeinweisung bei Herzinsuffizienz. Der Risikoanstieg war abhängig von Substanz und Dosis: Beispielsweise führten Diclofenac, Etoricoxib, Indomethacin, Piroxicam und Rofecoxib in sehr hohen Dosen zu einer Verdopplung des Risikos, wobei die Konfidenzintervalle teilweise groß waren. Indomethacin und Etoricoxib erhöhten bereits in normalen Dosierungen das Risiko, Celecoxib dagegen nicht.

Quelle: *pharmazeutische-zeitung.de*, 29.9.2016

## Schlichtungsstelle

# Akute Krise war abzuwenden

**Hyperkaliämie** Ein 42-jähriger Patient zeigte bei der Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik Krankheitssymptome. Eine Routinediagnostik unterblieb – mit schwerwiegenden Folgen.

Von Kerstin Kols, Dr. Michael Koller, Prof. Dr. Manfred Otte

Seit Mitte 2013 litt ein bis dahin gesunder 42-jähriger Patient an abdominalen Beschwerden und allgemeinen Gliederschmerzen. Mehrere ärztliche Konsultationen ergaben keinen richtungsweisenden Befund. Zum Winter hin nahmen die Beschwerden zu. Es erfolgte eine gastroenterologische Vorstellung einschließlich einer Koloskopie. Etwa seit Weihnachten kamen Unruhe, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen hinzu, später auch Unruhe in den Beinen und Muskelschmerz. Die behandelnden Ärzte dachten an ein Restless-Legs-Syndrom und leiteten eine Behandlung mit Restex ein. Ein ambulantes EKG vom 3. Januar 2014 zeigte ungewöhnlich hohe steile T-Wellen.

Am 10. Januar stellte sich der Patient in einem psychiatrischen Klinikum vor, wo er unter der Verdachtsdiagnose einer schweren depressiven Episode und einer Somatisierungsstörung aufgenommen wurde. Wegen dort beobachteter zunehmender abdominaler Beschwerden wurde zwischenzeitlich an das Vorliegen einer Norovirus-Infektion gedacht, die sich jedoch nicht bestätigte. Begonnen wurde eine antidepressive Medikation mit Venlafaxin. Bei der Oberarztvisite am 16. Januar war der Patient nicht zu explorieren, sehr unsicher auf den Beinen und klagte über Schmerzen in beiden Oberschenkeln. Die ärztlichen Aufzeichnungen in der Akte des Klinikums dokumentieren: „Am heutigen Tag wurde festgestellt, dass beim Patienten weder Labor noch EEG oder EKG sowie MRT angemeldet waren.“ Es erfolgte gegen 11.30 Uhr eine Blutabnahme. Gegen 14.45 Uhr war der Patient dann nicht mehr ansprechbar, hatte maximal geweitete lichtstarre Pupillen und Schnappatmung, sodass das Reanimationsteam hinzugezogen wurde. Das Resultat der Laboruntersuchung belegte eine deutliche Hyponatriämie, Hypoglykämie sowie eine Hyperkaliämie und einen deutlich erniedrigten Kortisolspiegel, sodass von einer akuten Addison-Krise ausgegangen wurde. Das EEG zeigte zunächst schwerste Allgemeinveränderungen, hatte sich am 26. Januar dann wieder normalisiert. Während ein Schädel-CT vom gleichen Tag verdächtig für einen hypoxischen Hirnschaden nach Reanimation war, bestand beim neurologischen Konsil vom 31. Januar kein Hinweis auf neurologische Defizite. Der Patient beanstandet, dass Untersuchungen, welche die sich anbahnende Addison-Krise hätten erkennen lassen können, zu spät durchgeführt worden seien.

Ärztlicherseits wurde darauf hingewiesen, der Patient habe bei der Aufnahme mitgeteilt, dass die Befunde aller zuvor behandelnden Ärzte keine wegweisenden Hinweise erbracht hätten. Die psychiatrischen Diagnosen einer schweren depressiven Episode und einer Somatisierungsstörung seien nachvollziehbar gewesen. Der Allgemeinzustand habe sich am 16. Januar plötzlich verschlechtert und nicht allmählich.



## Ungewöhnlich hohe T-Wellen

Für den Gutachter ist die Behandlungsdiagnose einer schweren depressiven Episode nachvollziehbar. Die durchgeführten, auch gastroenterologischen Voruntersuchungen hätten keine richtungsweisenden Befunde ergeben. Als Mangel zu bewerten sei, dass innerhalb der ersten Behandlungswoche kein Labor und kein Aufnahme-EKG durchgeführt worden seien. Es sei allerdings nicht sicher

Unser Service für Sie:  
Ein kostenloser Informations-Termin

Wir arbeiten für Ihren Erfolg:  
Lösungsorientiert, fachbezogen und verständlich!

In 16 Niederlassungen für Sie da

**BUST**<sup>®</sup>  
Steuerberatung für Ärzte

BUST Niederlassung Hamburg:  
Humboldtstraße 53, 22083 Hamburg  
Tel: 040 271 41 69-0, E-Mail: hamburg@BUST.de [www.BUST.de](http://www.BUST.de)

zu beweisen, dass Elektrolytstörungen in dem Ausmaß, wie sie am 16. Januar im Kontext der Reanimation gefunden wurden, unmittelbar nach Aufnahme auf jeden Fall hätten nachweisbar sein müssen. Für die Schlichtungsstelle war grundsätzlich nachvollziehbar, dass umfangreichere somatische Untersuchungen im Vorfeld kein richtungweisendes Ergebnis zeigten. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode und einer Somatisierungsstörung wurde gestellt. Im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung ist es jedoch erforderlich, dass Routineuntersuchungen, wie ein Aufnahmeelabor inklusive Bestimmung der Serumelektrolyte und ein EKG, zeitnah durchgeführt werden sollten. Dies gilt umso mehr, als gastrointestinale Beschwerden inklusive Erbrechen und Verdacht auf eine Norovirus-Erkrankung das Auftreten von Elektrolytstörungen begünstigen können. Des Weiteren ist wegen der bekannten Gefahr, dass unter antidepressiver Medikation Elektrolytstörungen initiiert werden können, vor Aufnahme einer Venlafaxin-Behandlung die Bestimmung der Serumelektrolyte zu empfehlen. Insofern ist es als Fehler zu werten, dass innerhalb von sechs Behandlungstagen keine Labordiagnostik und kein aktuelles EKG vorlagen.

In den Krankenunterlagen findet sich ein EKG vom 3. Januar. In diesem EKG zeigten sich ungewöhnlich hohe T-Wellen in den präkordialen Ableitungen. Dieser Befund spricht für eine ausgeprägte Hyperkaliämie bereits zu diesem Zeitpunkt, die wiederum ein typischer Befund beim Morbus Addison ist. Beim Nachweis der mutmaßlich schon bestehenden Hyperkaliämie handelte es sich um einen reaktionspflichtigen Befund. Auch wenn den Unterlagen nicht zweifelsfrei zu entnehmen ist, wann dieses EKG in der psychiatrischen Klinik vorlag, so kann der Zeitpunkt doch als Indiz dafür dienen, dass eine fachgerecht durchgeführte Aufnahmeelaboruntersuchung und ein EKG nach Aufnahme in die psychiatrische Abteilung des Klinikums auffällige und reaktionspflichtige Befunde

gezeigt hätten. Die erforderliche Diagnostik wurde zu spät eingeleitet und der eingetretene Herzstillstand mit Reanimationspflicht dadurch begünstigt.

## Untersuchungsbefunde recherchieren

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass eindeutige Hinweise für das Vorliegen eines Morbus Addison in mehreren Voruntersuchungen nicht erkannt oder nicht richtig interpretiert worden sind. Diese Behandlungen waren aber nicht Gegenstand des Schlichtungsverfahrens.

Dem Standard entsprechend hätten die Ärzte der psychiatrischen Klinik die vollständigen Untersuchungsbefunde – hierzu zählen insbesondere EKG- und Elektrolytbestimmungen – bei Aufnahme des Patienten selbstständig erheben müssen. Ein Abweichen von diesem Standard ist dann möglich, wenn entsprechende Untersuchungen bereits kurzfristig zuvor erfolgt sind und keinen richtungweisenden Befund erbracht haben. Soweit der Patient den Ärzten des Klinikums mitteilte, dass umfangreiche Untersuchungen bereits erfolgt seien, hätten die Behandler zumindest nachforschen müssen, ob eine Befunderhebung andernorts tatsächlich vollständig durchgeführt wurde und ob sich dabei tatsächlich unauffällige Vorbefunde ergeben hätten. Dass zu diesem Zeitpunkt seitens des Klinikums entsprechend recherchiert wurde, ergibt sich anhand der Unterlagen nicht. Das Unterbleiben entsprechender zeitnaher Nachforschungen stellt einen Behandlungsfehler dar.

Dass sich die am 16. Januar bestimmten und für die Addison-Krise typischen Elektrolytwerte innerhalb von sechs Tagen entwickelt haben könnten, ist sehr unwahrscheinlich. Das in der Akte befindliche EKG vom 3. Januar hatte bereits für eine sehr ausgeprägte Hyperkaliämie typische Veränderungen gezeigt. Wären EKG- und Elektrolytbestimmungen am Anfang der Behandlung in der psychiatrischen Klinik durchgeführt worden oder wären die Ergebnisse der andernorts durchgeführten Diagnostik zeitnah herangezogen worden, hätte entsprechend therapeutisch interveniert werden und die akute Zuspitzung der Addison-Krise, die dann schließlich zum Herzstillstand führte, mit hoher Wahrscheinlichkeit vermieden werden können.

Bei korrektem Vorgehen wäre die Hyperkaliämie kurz nach Aufnahme des Patienten festgestellt und therapiert worden; zu einem Herzstillstand wäre es nicht gekommen.

Fehlerbedingt ist es als Folge der anhaltenden Hyperkaliämie zu einem Herzstillstand mit Reanimationspflichtigkeit und Aufenthalt in der Intensivmedizinischen Abteilung (16. bis 24. Januar) gekommen. Die Addison-Erkrankung selbst ist nicht dem Behandlungsfehler zuzurechnen.

Befunde aus Voruntersuchungen müssen bei Einleitung einer stationären Behandlung auf ihre Vollständigkeit hin überprüft und ggf. durch eigene Untersuchungen ergänzt und vervollständigt werden. Es reicht nicht aus, sich auf mündliche Angaben von Patientenseite zu verlassen, da nicht unterstellt werden kann, dass dieser beurteilen kann, ob die Befunderhebung vollständig war.

### Kerstin Kols, Ass. jur.

Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

### Dr. Michael Koller

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Ärztliches Mitglied

### Prof. Dr. Manfred Otte

Facharzt für Innere Medizin  
Ärztliches Mitglied  
E-Mail: [info@schlichtungsstelle.de](mailto:info@schlichtungsstelle.de)

**EIDERDAUS!**  
medatix

**Die Praxissoftware medatixx will ich haben! Und zwar dalli! Ach ja: Unter [alles-bestens.medatixx.de](http://alles-bestens.medatixx.de) kann ich sie sofort herunterladen!**

Erleben Sie mit medatixx eine neue Ära der Praxissoftware: Mit automatischen Updates im Hintergrund, während Ihre Praxis reibungslos weiterläuft. Mit einem schicken Design für strukturierte Arbeitsabläufe. Mit Mobilität, wo immer Sie sie brauchen. medatixx: Einfach das Beste für Sie.

Mehr erfahren unter: [alles-bestens.medatixx.de](http://alles-bestens.medatixx.de)



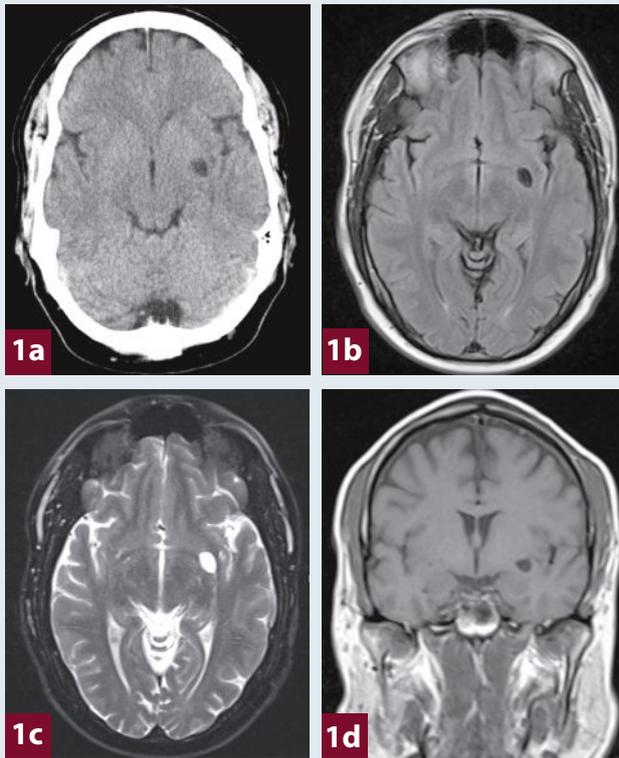
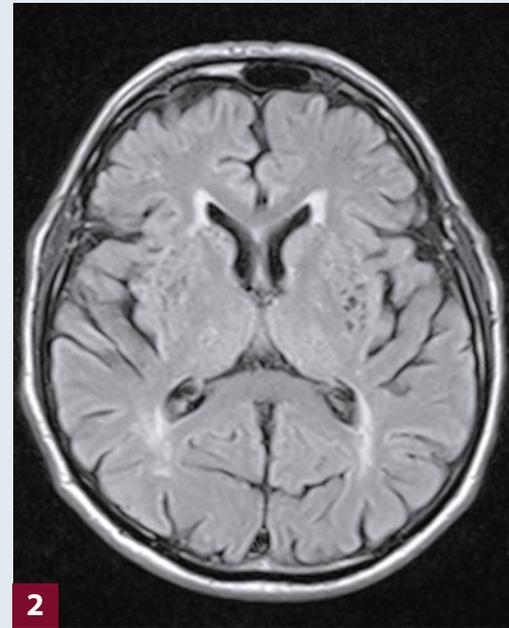


Abb. 1: Asymmetrischer Virchow-Robin-Raum. a: CT, b: MRT FLAIR, c: MRT T2, d: MRT koronar T1

Abb. 2: Bilaterale Virchow-Robin-Räume bei 78-jährigem Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall



## Virchow-Robin-Räume

Ein 39-jähriger Mann hatte bei einem Überfall ein Schädelhirntrauma mit kurzer Bewusstlosigkeit erlitten, kam mit Prellmarken an Schädel und Körperstamm, Kopfschmerz und Übelkeit in die Klinik. Im CCT fand sich keine Blutung, aber eine umschriebene Hypodensität von circa einem Zentimeter Durchmesser im Stammganglienbereich (Abb. 1 a). Das zur weiteren Klärung durchgeführte MRT zeigte eine glatt begrenzte, ovaläre Formation ohne umgebende Gliose mit liquorähnlichem Binnensignal und war ansonsten unauffällig (Abb. 1 b bis d). Wir sehen das typische Bild eines erweiterten perivaskulären Raums (Virchow-Robin-Raum) als Anlagevariante. Üblicherweise sind diese Räume nur wenige Millimeter groß und symmetrisch verteilt (Abb. 2), sie können aber auch asymmetrisch angeordnet und von größerer Ausdehnung sein. Virchow-Robin-Räume enthalten interstitielle Flüssigkeit, haben keine direkte Verbindung zum Liquor und drainieren in das zervikale Lymphsystem. Mit zunehmendem Alter werden sie gehäuft beobachtet. Differenzialdi-

agnostisch sind sie gegen vaskuläre Läsionen und gegen zystische Raumforderungen abzugrenzen.

## Literatur:

Gess B et al. Klinische Bedeutung normaler und erweiterter Virchow-Robin-Räume. Nervenarzt 2010; 81:727–733.

## Dr. Jürgen Schönwälder

Abt. Radiologie / Neuroradiologie  
Asklepios Klinik Wandsbek  
E-Mail: ju.schoenwaelder@asklepios.com

## Kommentar aus der Schriftleitung:

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

Einsendungen bitte an die Redaktion: [verlag@aekeh.de](mailto:verlag@aekeh.de).

## Unser Service für Sie

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

**Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?**  
Tel. 040 / 20 22 99-204, E-Mail: [verlag@aekeh.de](mailto:verlag@aekeh.de)

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

**Sie sind psychologischer Psychotherapeut und haben Fragen zum Bezug des Hamburger Ärzteblatts?**  
Tel. 040 / 228 02-533, E-Mail: [melanie.vollmert@kvhh.de](mailto: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@aekeh.de](mailto:verlag-bh@aekeh.de)

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

## Bild und Hintergrund

# 30 Jahre Retter in der Not



**Notfallmedizin** Die Leitende Notarztgruppe der Feuerwehr Hamburg hat sich seit ihrer Einführung 1985 vielfach bewährt. Ihr Einsatz sichert die zuverlässige medizinische Versorgung bei Großschadensfällen und Katastrophen mit vielen verletzten, erkrankten oder gefährdeten Menschen.

Von Dr. Markus Stuhr<sup>1,2</sup>, Godo Savinsky<sup>2,3,4</sup>, Dr. Stefan Kappus<sup>1,2,5</sup>, Dr. Sebastian Wirtz<sup>2,6</sup>, Dr. Hans-Richard Paschen<sup>2,7</sup>, Prof. Dr. Thoralf Kerner<sup>2,4</sup>

Seit dem 1. September 1985 ist der Leitende Notarzt (LNA) gemeinsam mit dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (ORGL) ein fester Bestandteil der Führungsorganisation der Feuerwehr bei Großschadenslagen (1).

Die Leitende Notarztgruppe (LNG) in Hamburg hat eine längere Vorgeschichte: Ein schweres S-Bahn-Unglück am 5. Oktober 1961 mit 28 Toten und 55 Verletzten war die Ursache für die Entwicklung des „Plans für den ärztlichen Einsatz bei Großunfällen und Katastrophen“ der Gesundheitsbehörde. Sie sah vor, dass die nahe dem Unfallort gelegenen Krankenhäuser (ein Schwerpunktkrankenhaus und zwei organisatorisch „nachgeordnete“ Krankenhäuser) von der Rettungsleitstelle benannt wurden, in die Patienten zu befördern waren. Der diensthabende chirurgische Oberarzt des „1. nachgeordneten Krankenhauses“ wurde zum Ärztlichen Leiter am Schadensort bestimmt, die Beförderung dorthin durch die Polizei sichergestellt. Zusätzlich war aus diesem Krankenhaus ein Anästhesist sowie eine Anästhesiepflegekraft als Schockbekämpfungsteam zu entsenden. Dazu stellte die Gesundheits-

behörde an den Krankenhäusern einen Katastrophenkoffer mit Material bereit. Im Laufe der Jahre und unter dem Eindruck schwerer Großschadensereignisse wie z. B. dem „Wiesn-Attentat“ 1980 in München, dem „Skylab-Unglück“ 1981 auf dem Hamburger Dom und dem Barkassenunglück 1984 im Hamburger Hafen, bei dem 19 Menschen starben, wuchs die Erkenntnis, dass das damals gültige Konzept im Rahmen von Realeinsätzen nicht allen notwendigen Aspekten gerecht wurde. Es erwies sich als problematisch, dass in einer derartigen Situation ein erfahrener chirurgischer Oberarzt aus der Klinik abgezogen wurde, in der die Patienten aus dem Schadensfall versorgt werden sollten.

In diese Zeit fällt auch die Indienstnahme des ersten Hamburger Notarztwagens. Die Koordination und Durchführung ärztlicher Maßnahmen bei Großschadenslagen, insbesondere die notärztliche Versorgung und zielgerichtete Einweisung der Unfallopfer in geeignete Krankenhäuser, verliefen aber noch unbefriedigend. In Kenntnis der Mängel wurde von einem Arbeitskreis der Landesärztekammer, den zuständigen Referaten

der Gesundheitsbehörde und der Feuerwehr ein neues Konzept für die rettungsdienstliche und medizinische Bewältigung von Großunfällen in Hamburg erarbeitet. Dieses wurde im „Plan für den ärztlichen Einsatz bei Großunfällen und Katastrophen“ und in der „Dienstordnung für die Leitende Notarztgruppe“ festgeschrieben (2). Bei ihrer Gründung hatte die Leitende Notarztgruppe sechs Mitglieder. Wesentlich am Aufbau beteiligt war Dr. Peter Voeltz, der auch der erste Beauftragte der Gruppe wurde. In dieser Funktion folgte ihm zunächst Dr. Peter-Michael Schilke, der das Amt im Oktober 2006 an Dr. Hans-Richard Paschen übergab.

### Erfahrungen im Rettungsdienst sind vorausgesetzt

Als LNA sollen Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden, die als Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie, Chirurgie oder Innere Medizin an Hamburger Krankenhäusern, die an der Not- und Unfallversorgung teilnehmen, tätig sind. Die Ärztinnen und Ärzte müssen den Kurs „Leitender Notarzt“ gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer absolviert und ihren ständigen Wohnsitz in Hamburg haben. Sie müssen neben der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nachweislich über umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen im Hamburger Rettungsdienst und in der klinischen Behandlung schwer verletzter Patientinnen und Patienten verfügen und sich regelmäßig in Fachfragen fortbilden (3).

**Tab. 1: Indikationen für die LNA-Alarmierung**

- Schadensfälle mit mehr als sechs Verletzten,
- gesundheitliche Gefährdung einer großen Personenzahl,
- in allen Notfällen – auch mit weniger als sieben Patienten – bei denen wegen schwieriger oder aufwendiger Rettungsarbeiten über längere Zeit mit der Notwendigkeit der ärztlichen Versorgung von Patienten am Notfallort gerechnet werden muss; bei Schadensfällen mit mehr als zwei arztbesetzten Rettungsmitteln,
- vorsorglich in allen Notfällen, bei denen der Schadensart nach mit der gesundheitlichen Gefährdung einer großen Personenzahl gerechnet werden muss, z.B. Großbrände, Räumung von Explosivstoffen oder Gefahrgütern in dicht besiedelten Gebieten und besonderen Polizeilagen etc.,
- auf Anforderung des Havariekommandos zur Übernahme der Verletztenversorgung auf See in nationalen oder internationalen Gewässern (Nord- und Ostsee),
- zur rettungsdienstlichen und notfallmedizinischen Versorgung von Patienten mit hochansteckenden Infektionskrankheiten unter Vollschutzkleidung (Einsatz des Infektions-RTW z.B. bei viralen hämorrhagischen Fiebern),
- auf besondere Anforderung.

Quelle: Dienstordnung für die Leitende Notarztgruppe der Freien und Hansestadt Hamburg

<sup>1</sup> Abt. für Anästhesie, Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin, BG Klinikum Hamburg

<sup>2</sup> Leitende Notarztgruppe, Feuerwehr Hamburg

<sup>3</sup> Ärztlicher Leiter medizinische Grundsatzangelegenheiten, Aus- und Fortbildung, Feuerwehrakademie Hamburg

<sup>4</sup> Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Asklepios Klinik Harburg

<sup>5</sup> Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Einsatzabteilung, Feuerwehr Hamburg

<sup>6</sup> Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Asklepios Klinik Barmbek

<sup>7</sup> Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus



Die Leitenden Notärzte sind vor allem bei Unglücken und Unfällen größeren Ausmaßes im Einsatz

Die Versorgung von Notfallpatienten und/oder intensivtherapiebedürftigen Patienten muss im Rahmen der klinischen Tätigkeit zu den regelmäßigen Aufgaben dieser Ärztinnen und Ärzte gehören. Derzeit rekrutieren sich die 14 Ärzte aus folgenden Kliniken: *Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus, Asklepios Klinik Altona, Asklepios Klinik Barmbek, Asklepios Klinikum Harburg, Asklepios Institut für Notfallmedizin, Asklepios Klinik St. Georg, Asklepios Klinik Wandsbek, BG Klinikum Hamburg, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*. Rund um die Uhr stehen immer jeweils zwei von ihnen als LNA im Rahmen eines festen Dienstplans zur Verfügung.

Dem LNA obliegt gemeinsam mit dem ORGL die Leitung und Überwachung aller rettungsdienstlichen und medizinischen Maßnahmen am Schadensort bei Großschadenslagen. Er ist dabei gegenüber Ärztinnen und Ärzten sowie Rettungsdienst- und Sanitätspersonal (einschließlich Kräften der Bundeswehr und der Hilfsorganisationen) am Einsatzort fachlich weisungsberechtigt. Zudem bestimmt er den Schwerpunkt und die Art des ärztlichen Einsatzes sowie Art und Umfang der Versorgung der Patienten am Schadensort. Der LNA untersteht der Einsatzleitung und ist in der Regel der Leiter des Einsatzabschnitts Rettungsdienst oder bei besonderen Einsatzlagen der medizinische Fachberater des Einsatzleiters. Der LNA bestimmt in enger Zusammenarbeit mit der Rettungsleitstelle die Beförderung und die Verteilung von Patienten auf die Krankenhäuser (4) (Tab. 1).

## Zusatzqualifikation für den Einsatz auf See

Das Einsatzspektrum für die Leitenden Notärzte ist vielfältig (Tab. 2) und hat sich in den letzten 30 Jahren weiterentwickelt. Vor etwas mehr als zehn Jahren übernahm die Gruppe beispielsweise eine neue Aufgabe: die Zu-

sammenarbeit mit dem Havariekommando in Cuxhaven zur Verletztenversorgung bei Großschadenslagen in den Deutschen Seegebieten der Nord- und Ostsee (5, 6). Aus der LNG verfügen zehn Kollegen über die Zusatzqualifikation für den Einsatz auf See und können somit unmittelbar für entsprechende Einsätze alarmiert werden. Zudem rücken neue Einsatzszenarien in den Vordergrund. Die Anschläge von New York 2001 (7), Madrid 2004 (8), London 2005 (9), Paris 2015 (10) oder Brüssel 2016 haben die Gefahr von Terroranschlägen auf erschreckende Art und Weise deutlich gemacht und für diese sogenannte asymmetrische Bedrohung sensibilisiert (11).

Infektionslagen wie beim Ebola-Ausbruch in Westafrika sowie aktuell die Migrationsbewegungen in Europa wirken sich ebenfalls auf das Einsatzspektrum der LNG aus. Erste Einsätze im Zusammenhang mit den Flüchtlingsunterkünften zeigen, dass neben der Menge von Verletzten bei Großunfällen auch die Menge von Erkrankten (z. B. Norovirus) eine ernste einsatztaktische Herausforderung darstellen kann.

## LNA: seit 30 Jahren ein richtungsweisendes Modell

Die Leitende Notarztgruppe in Hamburg hat sich seit ihrer Einführung vor 30 Jahren bewährt und ist aus den Versorgungskonzepten für Großschadensfälle und anderen besonderen Einsatzsituationen nicht mehr wegzudenken. In regelmäßigen Besprechungen setzen sich die Leitenden Notärzte gemeinsam mit der Feuerwehr Hamburg, den Hilfsorganisationen und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz mit den neuen Herausforderungen auseinander, sodass die Versorgungskonzepte fortlaufend angepasst werden. Den Initiatoren um Dr. Voeltz und Kollegen ist es vor 30 Jahren zudem gelungen, ein richtungsweisendes Modell zu schaffen, denn deutschlandweit haben sich in den

### Tab. 2: Einsätze der Feuerwehr Hamburg mit LNA-Beteiligung

- 1986 Giftgasaustritt auf einem Getreidefrachter
- 1987 Gasausbruch in einem Chemiewerk
- 1992 Massenunfall auf der BAB 1
- 1992 Lebensmittelvergiftung auf Wohnschiff „Bibby Endeavour“
- 1994 Gasexplosion in einem Mehrfamilienhaus
- 1995 Zugunglück mit Hamburger Schulkindern in Schneverdingen
- 1998 ICE-Unglück in Eschede
- 2000 Medizinische Betreuung ankommender Kosovo-Flüchtlinge
- 2000 Stadtteilevakuierung für die Entschärfung einer Fliegerbombe
- 2000 Explosion einer Handgranate in einer Diskothek
- 2002 Absturz des Rettungshubschraubers SAR 71
- 2002 Verteilung Brandverletzter des Anschlags auf Djerba, Tunesien
- 2004 Untergang der ENA II nach Kollision im Parkhafen
- 2005 Reizgasexposition in einer Schule
- 2006 Kollision einer Barkasse mit einem Schleusentor
- 2006 Fußball-Weltmeisterschaft in Deutschland, fest besetzte Behandlungsplätze in Hamburg im Rahmen des „public viewing“
- 2007 Norovirus-Ausbruch in einem Pflegeheim
- 2008 Großbrand in einem Hotel
- 2010 Brand einer Autofähre auf der Ostsee
- 2013 Unterstützung der Einsatzkräfte vor Ort im Rahmen des Elbehochwassers in Dresden
- 2014 Begleitung eines Infektionstransports (Ebola)
- 2015 Brand und Explosion in einem Hochbunker

letzten 30 Jahren nahezu flächendeckend Leitende Notarztgruppen etabliert (12). Eine Vielzahl medizinisch-wissenschaftlicher Beiträge zum Thema unterstreicht die Bedeutung des Leitenden Notarztes in der notfallmedizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland.

Literaturverzeichnis im Internet unter [www.aekhh.de/haeb-lv.html](http://www.aekhh.de/haeb-lv.html)

#### Dr. Markus Stuhr

Abt. für Anästhesie, Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin  
BG Klinikum Hamburg  
E-Mail: [m.stuhr@buk-hamburg.de](mailto:m.stuhr@buk-hamburg.de)

## DER BLAUE HEINRICH

Auszug aus: „Drehtür“ von Katja Lange-Müller, Seite 37 ff,  
© 2016 Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln, gebunden, 19 Euro  
ausgewählt von Katja Evers

# Helfen – was am Ende übrig bleibt

Wenn du zum Helfen berufen oder eben ermächtigt bist, ist es tröstlich und herausfordernd, jemandem zu begegnen, dem es schlechter geht als dir selbst, am besten viel schlechter. Augenblicklich durchströmt dich warm ein Gefühlsgebräu, dessen Hauptbestandteile Mitleid und Tatendrang sind – und Verachtung, eine Überlegenheit heischende Verachtung, für die sich mancher, ob nun Profi- oder nur Laienhelfer, heimlich auch noch selbst verachtet. Als Profihelfer, etwa bei Ärzten ohne Grenzen oder CARE International, begegnen dir jene Kranken, mit denen andere, die Familie oder der Dorfälteste oder ein Wunderheiler, längst fertig sind, jene, denen die nicht mehr helfen konnten – oder wollten. Und falls diese aussichtslosen Fälle unsere Profihilfe dann überlebt haben, vorläufig zumindest, bleiben sie womöglich weiterhin, aber sicher weniger krank, bestenfalls bloß noch überlebenskrank. Denn Gesundheit, vollkommene, gänzlich beschwerdefreie Gesundheit, die gibt es nicht, schon gar nicht im Gesundheitswesen.

Gesundheitswesen, wieder so ein blödsinniger Begriff! Was, zum Henker, soll das sein, ein Gesundheitswesen? Lebewesen, ja, die kennen wir. Aber Gesundheitswesen? Wie hab ich mir die vorzustellen?! Immerhin, die Kranken, zur Not auch die

Überlebenskranken, bieten dir, Schwester, Pfleger, Arzt, das Größte und Großartigste, meinetwegen Geilste von allem: die Macht, zu helfen, die Hilfsmacht also, und eine noch mächtigere, mitunter sogar übermächtige Macht, die, Respekt zu erfahren – und Bewunderung, rückhaltlose Bewunderung, von allen Seiten. Doch riskant, erregend riskant, ist die Helferei trotzdem. Du stehst mit einem Bein im Misserfolg, denn oftmals sind deine Bemühungen am Ende vergebens, was dir aber nicht immer vergeben wird, nicht einmal von dir selbst. Dafür, zum Ausgleich gewissermaßen, stehst du mit dem anderen, dem goldenen Bein, bei mir war es das linke, in so etwas wie irdischer Heiligkeit. Die, denen du helfen, deren Schmerzen du also tatsächlich lindern konntest, und erst recht jene Ausnahmepatienten, die dann gar nichts mehr spüren, jedenfalls keine Schmerzen oder zumindest nicht die ursprünglichen physischen, werden dich verehren, ja, lieben, wenn du Glück hast – oder Pech. – Und keine Sorge, die sorgen schon dafür, dass weitere Hilfsbedürftige dich und deine Fähigkeiten auf die Probe stellen wollen. Das kostet Kraft und bringt, zumeist, nicht viel ein, pekuniär gesehen sowieso nicht. Und da sie nicht gestorben sind, lassen sie auch dich nicht umkommen, diese Armen und Ärmsten, die erst recht nicht. Nicht ewig, doch erstaunlich langlebig ist die Dankbarkeit und bärenstark die Hoffnung, die bekanntlich zuletzt stirbt.

Mit ihrem Roman „Drehtür“ war Katja Lange-Müller für den Deutschen Buchpreis 2016 nominiert.



## Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan  
der Herausgeber  
Ärztchamber Hamburg und  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

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

**Anzeigen**  
elbbüro  
Stefanie Hoffmann  
Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg  
Telefon: 040 / 33 48 57 11  
Fax: 040 / 33 48 57 14  
E-Mail: [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com)  
Internet: [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)  
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 46  
vom 1. Januar 2016

**Anzeigenschluss**  
Textteilanzeigen: 14. November  
Rubrikanzeigen: 17. November

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

**Geschäftsführer**  
Donald Horn

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

**Grafische Konzeption**  
Michael von Hartz (Titelgestaltung)

**Druck**  
SDV – Die Medien AG  
Auflage: 18.624

Redaktionsschluss ist am  
14. November Das nächste Heft  
erscheint am 10. Dezember

## ÄRZTEKAMMER HAMBURG

### 343. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 343. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

**Montag, 05. Dezember 2016, um 20 Uhr, Weidestraße 122 b (Alstercity),  
22083 Hamburg, Saal 1, Ebene 01**

## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

### Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

Fachrichtung	Kennziffer	Praxisübernahme	Stadtteil
Ausschreibung von vollen Versorgungsaufträgen			
Psychologische Psychotherapie (TP)	165/16 PSY	01.04.2017	Rahlstedt
Psychologische Psychotherapie (TP)	168/16 PSY	01.04.2017	Poppenbüttel
Facharzt für Allgemeinmedizin (BAG)	175/16 HA	01.01.2017	Eimsbüttel
Facharzt für Allgemeinmedizin (BAG)	176/16 HA	zum nächstmöglichen Termin	Alsterdorf
Fachärztin für Psychiatrie (BAG)	177/16 N	zum nächstmöglichen Termin	Barmbek-Nord
Ausschreibung von halben Versorgungsaufträgen			
Psychologische Psychotherapie (TP + AP)	159/16 PSY	zum nächstmöglichen Termin	Winterhude
Psychologische Psychotherapie (TP)	160/16 PSY	19.01.2017	Altona-Altstadt
Psychologische Psychotherapie (BAG) (TP)	161/16 PSY	01.04.2017	Bahrenfeld
Psychologische Psychotherapie (TP)	162/16 PSY	01.04.2017	Ohlsdorf
Psychologische Psychotherapie (TP)	163/16 PSY	01.10.2017	Bahrenfeld
Psychologische Psychotherapie (AP + TP)	164/16 PSY	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Heimfeld
Psychologische Psychotherapie (VT) (MVZ)	166/16 PSY	01.04.2017	Eimsbüttel
Psychologische Psychotherapie (VT) (MVZ)	167/16 PSY	01.04.2017	Eimsbüttel
Psychologische Psychotherapie (TP)	169/16 PSY	01.04.2017	Ottensen
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BAG) (AP + TP)	170/16 PSY	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Dulsberg
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VT)	171/16 PSY	zum nächstmöglichen Quartalsanfang	Farmsen-Berne
Psychotherapeutische Medizin (AP + TP)	172/16 ÄPSY	01.04.2017	Winterhude
Ärztliche Psychotherapie (TP)	173/16 ÄPSY	01.04.2017	Hoheluft-West
Psychotherapeutische Medizin (AP + TP)	174/16 ÄPSY	01.06.2017	Harburg
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BAG)	178/16 F	zum nächstmöglichen Termin	Hafencity
Kinderheilkunde (BAG)	179/16 K	zum nächstmöglichen Termin	Sternschanze
Orthopädie	180/16 O	zum nächstmöglichen Termin	Poppenbüttel

Sofern Sie an einer Nachfolge interessiert sind, richten Sie Ihre formlose Bewerbung bitte bis zum **30.11.2016** schriftlich an die:

**Kassenärztliche Vereinigung  
Abteilung Arztregister  
Heidenkampsweg 99  
20097 Hamburg**

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

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

BAG: Berufsausübungsgemeinschaft  
MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum  
VT: Verhaltenstherapie  
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
AP: Analytische Psychotherapie

# Mitteilungen

## HIV-Qualitätszirkel der KV Hamburg

Die nächste Sitzung findet statt am

**Donnerstag, 24.11.2016, 18.30 Uhr, dieses Mal im ifi-Institut (an der Asklepios Klinik St. Georg), Lohmühlenstr. 5 / Haus L**

Änderungen werden rechtzeitig bekannt gegeben. Für evtl. Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung unter der Tel.-Nr. 040 - 228 02-572.

## Bekanntgabe des Landesausschusses zum Versorgungsgrad Stand 01.07.2016:

### 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.

Des Weiteren wird gem. § 103 Abs. 1 Satz 3 SGB V festgestellt, dass der allgemeine Versorgungsgrad bei folgenden Arztgruppen weiterhin um > 40 Prozent überschritten ist: Psychotherapeuten, Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen, Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner.

## GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

### Ermächtigungen Psychotherapeuten

**Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Psychotherapeutinnen zur Sicherung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ermächtigt:**

Ausführende(r) Arzt/Ärztin	Praxisanschrift	Umfang der Ermächtigung
Dipl.-Psych. Dr. rer. medic. Bettina Meier	Vereinsstraße 38 20357 Hamburg Tel.: 88 19 10 97	Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.
Dipl.-Psych. Fereshteh Seyed Movaghar	Adenauerallee 1 20097 Hamburg Tel.: 38 69 99 19	Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Leistungsberechtigten nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

### Ende der Ermächtigungen Ärzte

**Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt mit, dass folgenden Ermächtigungen endeten:**

Ausführende/r Arzt/Ärztin/ ärztlich geleitete Einrichtung	Krankenhausanschrift/ Anschrift der Einrichtung	Umfang der Ermächtigung	endete zum
Dr. med. univ. Peter Schwärzler	Rübenkamp 220 22291 Hamburg Tel.: 18 18 82-80 80 Fax: 18 18 82-18 49	Durchführung der Leistungen nach Nr. 01780 EBM - Planung der Geburtshilfe durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß der Mutterschafts-Richtlinien - auf Überweisung durch Vertragsärzte.	14.09.2016
Helga Darboe-Bergmann	Hummelsbüttler Hauptstraße 15 22339 Hamburg Tel. 53 80 77-0 Fax. 45 80 77-61	Für die im SuchtTherapieZentrum Hamburg untergebrachten Patienten, sofern diese sich nicht in vertragsärztlicher Behandlung befinden, zur Ausstellung von 1. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, 2. Überweisungen, 3. Krankenseinweisungen, 4. Verordnungen zur Fortbehandlung vorbestehender Erkrankungen - jeweils ohne Honorar (nach EBM) - .	31.10.2016
Dr. med. Adrian Münscher	Martinistraße 52 20246 Hamburg Tel.: 74 10-524 07 Fax: 74 10-400 08	1. Durchführung von Konsiliaruntersuchungen nach im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der HNO-Abteilung durchgeführten Operationen maligner und semimaligner Tumoren bis maximal 5 Jahre nach der Tumoroperation. 2. Wechsel von Stimmprothesen bei laryngektomierten Patienten nach Nr. 09350 EBM auf Überweisung durch Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.	19.09.2016

## Zulassungen von Medizinischen Versorgungszentren

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

Medizinisches Versorgungszentrum Ärztlicher Leiter	Anschrift	Fachrichtungen
<b>Medizinisches Versorgungszentrum Psychotherapie</b> Dipl.-Psych. Detlef Wittneben	Schäferkampsallee 29, 20357 Hamburg, Tel.: 40 00 05, Fax: 226 32 17 39	Psychologische Psychotherapie
<b>MVZ für Augenheilkunde Harburg</b> Dr. med. Thomas Tasche	Harburger Ring 10, 21073 Hamburg Tel.: 77 34 36 / 77 37 76, Fax: 76 75 43 37	Augenheilkunde
<b>Facharztzentrum für Allgemeinmedizin Mandich &amp; Kollegen MVZ GmbH</b> Wiat Mandich	Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg, Tel.: 68 55 87	Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt

## Zulassungen von Ärzten / Psychotherapeuten

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

Adresse	
<b>Facharzt für Innere Medizin und SP Gastroenterologie</b>	
Dr. Christian Erdmann (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Heilwigstraße 103, 20249 Hamburg
<b>Facharzt für Augenheilkunde</b>	
Alexander Wegent (häufiger Versorgungsauftrag)	Hoheluftchaussee 54 – 56, 20253 Hamburg
<b>Facharzt für Chirurgie</b>	
Dr. Björn Schinkel (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Julius-Brecht-Straße 11, 22609 Hamburg
<b>Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	
Malina Ghousi	Tangstedter Landstraße 77, 22415 Hamburg
Bettina Pelzl	Kunastraße 1, 22393 Hamburg
Dr. Jan Simon Dolezil	Speersort 8, 20095 Hamburg
Dr. Angela Wöbke-Hasenkamp (häufiger Versorgungsauftrag)	Neuer Wall 32, 20354 Hamburg
<b>Fachärztin für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde</b>	
Dr. Katharina Lindhorst	Wilhelm-Strauß-Weg 2 b, 21109 Hamburg
<b>Fachärzte für Innere Medizin</b>	
Dr. Regina Bergmann-Lips (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)	Pferdeweide 19, 22589 Hamburg
Dr. Ines Choe (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)	Hugh-Greene-Weg 2, 22529 Hamburg
Michael Koop (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung) häufiger Versorgungsauftrag	Neue Große Bergstraße 7, 22767 Hamburg
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin</b>	
Achim Zierke (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung) häufiger Versorgungsauftrag	Deichhausweg 2, 21073 Hamburg
Dr. Monika Oelert (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)	Schulterblatt 104, 20357 Hamburg

Adresse	
<b>Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	
Prof. Dr. Benno Graf Schimmelmann	Sophienallee 24, 20257 Hamburg
<b>Fachärzte für Kinderheilkunde- und Jugendmedizin</b>	
Dr. Thorsten Eichler (mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung)	Hoheluftchaussee 36, 20253 Hamburg
<b>Fachärztin für Neurologie</b>	
Dr. Alexandra Schratzenholzer (häufige Zulassung)	Grubesallee 1, 22143 Hamburg
Dr. univ. Michael Vinahl	Bleichenbrücke 10, 20354 Hamburg
<b>Facharzt f. Neurologie u. Facharzt f. Psychiatrie</b>	
Dr. Jochen Schröder	Moorweidenstraße 12, 20148 Hamburg
<b>Psychologische Psychotherapeutinnen</b>	
Dipl.-Psych. Anna Laurila (häufiger Versorgungsauftrag)	Blankeneser Landstraße 86, 22587 Hamburg
Dipl.-Psych. Dagmar Schmidt (häufiger Versorgungsauftrag)	Max-Brauer-Allee 45, 22765 Hamburg
<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen</b>	
Sanja Richtmann-Ries, M.A. (häufiger Versorgungsauftrag)	Kanalplatz 6, 21079 Hamburg
Dipl.-Kunsttherapeutin (FH) Samya Kunze (häufiger Versorgungsauftrag)	Langenberg 17, 21077 Hamburg
<b>Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</b>	
Ingrid Fuchs (häufiger Versorgungsauftrag)	Gerichtstraße 13, 22765 Hamburg
Dr. med. Christine-Alexa Fischer (häufiger Versorgungsauftrag)	Moorhof 2 D, 22399 Hamburg
Christine Felst (häufiger Versorgungsauftrag)	Fruchtallee 25, 20259 Hamburg
<b>Ärztliche Psychotherapie</b>	
Silke Roschlaub (häufiger Versorgungsauftrag)	Goernestraße 32, 20249 Hamburg



»Als Führungskraft kann ich bei der B-A-D GmbH unternehmerisch tätig sein. Ich habe die Chance, Dienstleistungen mitzugestalten, Marktpotenziale aufzudecken und gemeinsam mit Kollegen passende Lösungen zu entwickeln. Dabei trage ich sowohl Verantwortung für meine Mitarbeiter als auch für die wirtschaftliche Entwicklung meiner Abteilung.«

Dr. med. Paula Vogelheim, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Leiterin Produktmanagement, B-A-D-Zentrale

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



## Spartenleiter Arbeitsmedizin (m/w)

Hamburg – Vollzeit

Kennziffer HÄB-SL

### Unser Angebot:

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

### Ihre Aufgaben:

- Betreuung und Verantwortung für die fachliche sowie wirtschaftliche Umsetzung der in der Sparte zugeordneten Aufträge/Verträge
- Führung der zugeordneten Mitarbeiter und externen Partner (u. a. Honorarkräfte, Dienstleister)
- Durchsetzung der vereinbarten Ziele auf Ebene der Sparte Medizin, u. a. mit Hilfe von Mitarbeiterführung durch Zielvereinbarung und Leistungsbeurteilung
- Personal- und Ressourcenplanung im Hinblick auf die zugeordneten Verträge inklusive Sicherstellung der Leistungsdokumentation
- Einarbeitung der neu eingestellten, zugeordneten Mitarbeiter sowie die Organisation und ggf. Übernahme der fachlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Absprache mit der Clusterleitung

- Mitverantwortung für die wirtschaftliche Weiterentwicklung der Sparte Medizin

### Ihr Profil:

- Erfolgreich abgeschlossenes Studium der Humanmedizin sowie abgeschlossene Facharztausbildung im Bereich Arbeitsmedizin bzw. Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
- Vorliegen weiterer Qualifikationen (Facharzt Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, Fachkunde Reisemedizin etc.) von Vorteil
- Erfahrung in der Beratung und arbeitsmedizinischen Betreuung von Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größe
- Kenntnisse im betriebswirtschaftlichen Bereich und Affinität im Umgang mit Zahlen
- Führungs- und Leitungserfahrung erwünscht
- Erfahrung in interdisziplinärer Teamarbeit von Vorteil
- Kunden- und Serviceorientierung; Selbstständigkeit und Kommunikationsgeschick
- Hohes Maß an Organisationsfähigkeit und Sorgfalt
- Gute Kenntnisse der gängigen MS Office-Anwendungen und SAP

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

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



Die Praxis-Klinik Bergedorf in Hamburg ist eine Fachklinik mit elektiven Eingriffen der Fachrichtungen OTH/CH/NCH.

Für unsere Station mit 17 Planbetten suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt weitere

### • Fachärzte (m/w) im Bereitschaftsdienst für Nacht- und Wochenenddienste

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte an:

**Praxis-Klinik Bergedorf**  
z. Hd. Tanja Hewelt  
Alte Holstenstraße 2, 21031 Hamburg  
Telefon: 040 / 7 25 75-290  
[www.praxis-klinik-bergedorf.de](http://www.praxis-klinik-bergedorf.de)  
[hewelt@praxis-klinik-bergedorf.de](mailto:hewelt@praxis-klinik-bergedorf.de)



Wir suchen für die **ärztliche Mitarbeit in einer großen Kinder- und jugendpsychiatrischen SPV-Praxis** in Hamburgs Mitte einen freundlichen, belastbaren und zuverlässigen fachärztlichen Kollegen oder eine Kollegin zum 01.01.17.

Gerne können Sie sich auch in fortgeschrittener Weiterbildungszeit bei uns bewerben (letztes Jahr vor dem FA/FÄ).

Voll- oder Teilzeit nach Absprache möglich. Wunderbares Team, angemessene und faire Vergütung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Zuschr. erb. unter T 0276 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

### Allgemeinmedizin/Innere Medizin

Wir suchen einen Facharzt (w/m) f. Allgemein- o. Innere Medizin für unsere Praxis in Hamburg-Bergedorf.

- Unbefristetes Arbeitsverhältnis in Voll- oder Teilzeit
- Selbstständiges Arbeiten
- Nettes Team und gute Arbeitsatmosphäre
- Angemessenes Gehalt

Wenn Sie in unserem Team mitgestalten und -arbeiten möchten, dann melden Sie sich unter folgender Mail-Adresse:

[allgemeinmedizin69@web.de](mailto:allgemeinmedizin69@web.de) H. Afzali, Tel.: 0176/57400255

### MVZ in HH-Ost sucht

### Fachärzte für Pädiatrie und Allgemeinmedizin

in Teil- od. Vollzeit zur Verstärkung unseres 8-köpfigen Ärzteteams. Bieten flexible Arbeitszeiten, Bezahlung nach Tarif MB-KAH, sehr nette interdisziplinäre Zusammenarbeit der beiden FA-Gruppen, sowie breites Behandlungsspektrum.

Standort 5 min fußläufig zur U-Bahn. Wir freuen uns auf Sie!

Kontakt: Hr. A. Vogel 0173/3742215



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Nord

Die **Deutsche Rentenversicherung Nord** ist Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern und bietet Ihnen eine Alternative zu Nacht- und Wochenenddiensten in einer Klinik oder Aufwand in eigener Praxis.

Wir suchen für unser Sozialmedizinisches Dezernat in Hamburg

## Fachärztinnen / Fachärzte für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde

mit besonderem Interesse für sozialmedizinische Fragestellungen.

Der Sozialmedizinische Dienst berät seine Auftraggeberinnen und Auftraggeber in allen medizinischen Fragen. Er erstellt Gutachten nach körperlicher Untersuchung oder Aktenlage und nimmt zur Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben sowie zur Notwendigkeit medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen Stellung. Dazu stehen alle notwendigen medizinisch-technischen Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Fachlich qualifizierte, in Klinik oder Praxis erfahrene Ärztinnen und Ärzte mit Entscheidungsfreude und Interesse an kollegialer interdisziplinärer Zusammenarbeit finden bei uns eine vielseitige Tätigkeit. Umfassende Einarbeitung und Fortbildung haben für uns einen hohen Stellenwert. Die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin wird gefördert.

Wir bieten ein unbefristetes Arbeitsverhältnis an einem in jeder Hinsicht modern eingerichteten Arbeitsplatz des Öffentlichen Dienstes. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden. Wir gehen auf Ihre Arbeitszeitwünsche ein! Eine Teilzeitbeschäftigung nach Ihren Vorstellungen ist kein Problem.

Die Vergütung erfolgt nach der Entgeltgruppe 15 TV TgDRV mit einer zusätzlichen Altersversorgung. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Nebentätigkeiten auszuüben.

Bei beiderseitigem Interesse können Sie gerne an Ihrem zukünftigen Arbeitsplatz hospitieren.

Frauen sind gem. § 4 GStG bevorzugt zu berücksichtigen, da in der Besoldungsgruppe Frauen unterrepräsentiert sind.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Abteilungsleiterin des Sozialmedizinischen Dienstes Frau Dr. med. Schäfer unter Telefon 0451/485-13000 oder per E-Mail: cornelia.schaefer@drv-nord.de zur Verfügung.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord unterstützt aktiv die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und fördert die Gleichstellung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Bei gleicher Eignung und Befähigung werden Schwerbehinderte bevorzugt berücksichtigt.

Sind Sie interessiert? Dann richten Sie bitte Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bis zum 23.12.2016 an die:

**Deutsche Rentenversicherung Nord**  
**Abteilung Unternehmensentwicklung und Personal**  
**- Personalgrundsatz -**  
**Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg**  
**E-Mail: stellenbesetzung@drv-nord.de**

## WBA Allg. Med. dringend gesucht

Breit aufgestellte spannende allg.med. Praxis in Halstenbek-Krupunder, Schwerpunkte Innere/Pädiatrie/Orthopädie/Chirurgie, sucht per sofort nette(n) und fitte(n) Weiterbildungsass. FA(Ä) Allg. Med. in Voll- oder Teilzeit.

Sehr gute Erreichbarkeit aus dem Hamburger Westen, S3 ab Altona 13 Min., nettes Team, modernes Sono und WB-Berechtigung Abdomen und Sd Sono vorhanden.

Tel 0177-8955117 arzt@praxis-krupunder.de Fax 04101/401016



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

Zur Verstärkung unseres Teams auf dem Gelände des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt Sie als

## OBERRÄRZTIN/OBERARZT FÜR KARDIOLOGIE

in Vollzeit (Teilzeit ist auch möglich)

### Ihr Aufgabenschwerpunkt:

- Internistische kardiologische Rehabilitation

### Ihr Profil:

- Facharzt/-ärztin für Kardiologie
- Sie bringen bereits Rehabilitationserfahrung mit bzw. haben Interesse, sich in dieses Gebiet einzuarbeiten
- Sie haben Freude daran, in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten und nicht-ärztliche Kolleginnen und Kollegen in medizinischen Fragen zu beraten
- Sie haben Kommunikationsvermögen und Organisationsgeschick

### Wir bieten Ihnen:

- Eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit mit allen Vorteilen einer interdisziplinären Zusammenarbeit
- Die Mitarbeit in einem freundlichen und engagierten Team
- Gestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten
- Die Wahlmöglichkeit zwischen einer monatlich vielfältig einsetzbaren Gutscheinkarte und einem Zuschuss zur HVV-ProfiCard
- 30 Tage Urlaub je Kalenderjahr

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

Für telefonische Vorabinformationen steht Ihnen unsere stellvertretende Ärztliche Direktorin/Leitende Ärztin Frau Dr. Hümmelgen unter Telefon 040 / 25 30 63 - 425 oder Frau Kipke (Sekretariat) unter Telefon 040 / 25 30 63 - 505 gern zur Verfügung.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung, Ihres nächstmöglichen Eintrittstermins und Ihrer E-Mail-Adresse an folgende Adresse:

RehaCentrum Hamburg GmbH  
Personalabteilung  
Oskar-Alexander-Straße 26  
24576 Bad Bramstedt  
oder per E-Mail an:  
personalabteilung@klinikumbb.de  
www.rehahamburg.de



Die KLINIKUM BAD BRAMSTEDT GmbH ist ein gemeinnütziger Konzern mit 3 Standorten in Schleswig-Holstein und Hamburg. Sie besteht aus einem Fachkrankenhaus mit 202 Betten und aus Rehabilitationskliniken mit 400 Betten und 198 ambulanten Plätzen. Das KLINIKUM BAD BRAMSTEDT ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Hamburg und Schleswig-Holstein und Mitglied des 6K-Klinikverbundes Schleswig-Holstein mit über 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Zur Verstärkung unseres Teams in Bad Bramstedt suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt Sie als

## FACHARZT (M/W) FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

in Vollzeit, Teilzeit ist auch möglich.

Die Klinik für Anästhesiologie besteht aus einem leistungsstarken und erfahrenen Facharztteam (Stellenschlüssel 1-2-3,5) in einem neuen 4-Saal-OP mit einer technisch hervorragenden Ausstattung. Das operative Spektrum unserer Elektivklinik umfasst die allgemeine Orthopädie, die Kinder-Orthopädie und die Wirbelsäulenchirurgie.

### Ihr Aufgabenschwerpunkt:

- Allgemein- und Regionalanästhesien mit einem hohen Anteil an ultraschallgeschützten Nervenblockaden
- anästhesiologisch geleitete 6-Betten-IMC-Station

### Ihr Profil:

- Eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in Anästhesiologie
- Versierter Umgang mit allen Arten der Allgemein- und Regionalanästhesie und Kinderanästhesie
- Fundierte Erfahrungen in der Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Bereitschaft zur Teilnahme an Rufdiensten
- Teamgeist, Flexibilität, Belastbarkeit

### Wir bieten Ihnen:

- Attraktive Arbeitszeiten (keine Nacht- und Wochenendarbeit im Regeldienst)
- Unterstützung/Finanzierung von Fortbildung
- Eine Zusatzrente über die Zusatzversorgungskasse (VBL)
- Eine attraktive betriebliche Altersversorgung mit Unterstützung durch den Arbeitgeber
- 32 Tage Urlaub je Kalenderjahr
- Weiterbildungsermächtigung (Fr. Dr. Buurman) für spezielle Schmerztherapie (12 Monate) und für Anästhesie (18 Monate)

Für telefonische Vorabinformationen steht Ihnen unsere Leitende Ärztin Frau Dr. Buurman unter Telefon 04192 90-2893 gern zur Verfügung.

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

Mehr dazu erfahren Sie im Internet.

[www.klinikumbadbramstedt.de](http://www.klinikumbadbramstedt.de)

**medicum**Hamburg  
... für eine gesunde Einstellung

Standort Farmsen sucht:

## Weiterbildungsassistent/in Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin oder Internisten

Standort Berliner Tor

## Diabetologe/in auch in Weiterbildung (gern auch Ernährungsmedizin)

Wir bieten familienfreundliche und flexible Arbeitszeiten, ein innovatives, ganzheitliches Konzept, eine flache Hierarchie, moderne Ausstattung, faire Arbeitsbedingungen und Überstundenregelungen. Sie können gemeinsam mit anderen Fachdisziplinen Therapien diskutieren, von anderen lernen und sich selbst verwirklichen.

Disziplinen: Innere, Allgemeinmedizin, Kardiologie, Augenheilkunde, Psychotherapie, Angiologie Nephrologie, Schwerpunktpraxen Ernährungsmedizin und Diabetes, Akademische Lehrpraxis

Informieren Sie sich gerne vorab über uns:  
[www.medicum-hamburg.de](http://www.medicum-hamburg.de)

Ihre Bewerbung senden Sie bitte per Mail an:  
medicum Hamburg MVZ GmbH  
Kathrin Diederich  
Beim Strohause 2 • 20097 Hamburg  
[k.diederich@medicum-hamburg.de](mailto:k.diederich@medicum-hamburg.de)

## Große diabetologische Schwerpunktpraxis in Hamburg sucht Weiterbildungsassistent/in Diabetologie in Voll- oder Teilzeit.

Zuschr. erb. unter S 2394 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Ärztlich geleitetes MVZ mit den Fachrichtungen Allgemeinmedizin/Innere Medizin (hausärztlich), Gynäkologie/Geburts-hilfe, Neurologie/Psychiatrie und Anästhesie/Schmerztherapie sucht per sofort oder später eine/n

## Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin in Teil- oder Vollzeit.

Die Abteilung für Allgemeinmedizin/Innere Medizin besteht aus 5 Kollegen und ist internistisch ausgerichtet. Wir bieten flexible Arbeitszeiten und gute Bezahlung. Das MVZ ist Teil eines Ärztehauses mit weiteren Fachrichtungen am nördlichen Rande von Hamburg in der Nähe der A7 gelegen.

Zuschr. erb. unter L 0353 an elbbüro, Bismarckstraße 2, 20259 HH



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

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

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



## Teamleitung Arbeitsmedizin (m/w)

Hamburg – Vollzeit

Kennziffer HÄB-TL

### Unser Angebot:

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

### Ihre Aufgaben:

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

### Ihr Profil:

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

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

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



### Praxis für Neurologie u. Psychiatrie sucht FÄ/FA

(Nervenheilk. oder Neurologie) zur Anstellung in Teilzeit. KV-Sitz vorhanden. Faire Vergütung. Bei Interesse Kontakt: [praxis.63@gmx.de](mailto:praxis.63@gmx.de)

### Kard.-intern. GP am Jungfernstieg sucht ab 12/2016

Weiterbild.-Ass. f. Allg.-Med. Breites intern.-diagn. Spektrum vorh. Bew. bitte an: [kontakt@cardiomed-alster.de](mailto:kontakt@cardiomed-alster.de)

### Allgemeinmediziner/in

gesucht in Voll- oder Teilzeit in HH-Niendorf. [Info@hausarzt-niendorf.de](mailto:Info@hausarzt-niendorf.de)

### Gemeinschaftspraxis im Zentrum HH – Eimsbüttel

sucht zum 01.04.2017 FA/FÄ für Allgemein- oder Innere Medizin für 31 Std./Wo. im Angestelltenverhältnis. Bei Interesse bitte melden unter 0160/1500769

### HA-Praxis, zentral gelegen

und gut eingeführt, sucht WB-Ass. Allg. med. und einen weiteren Kollegen/in zum Einstieg (KV-Zul. vorhanden) [bewerbung@innenstadtpraxis.de](mailto:bewerbung@innenstadtpraxis.de)



Für die an das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in Flensburg angegliederte MVZ-Praxis suchen wir zum 1. April 2017

## einen Facharzt (m/w) für Innere Medizin/Gastroenterologie.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Jobportal unter [www.malteser-franziskus.de](http://www.malteser-franziskus.de)



### Weiterbildungsassistent/In für große gynäkologische Praxis

im Hamburger Nord-Osten zum 01.12.2016 gesucht. Voll- oder Teilzeit, nach Erwerb der Facharztqualifikation Kooperation möglich! Zuschr. erb. unter J 2379 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

### Diabetologe/in VZ gesucht!

Diabetologische Schwerpunkt-Praxis im Hamburger Osten sucht dringend Verstärkung! Bei Interesse senden Sie uns gerne Ihre Bewerbungsunterlagen zu. Zuschr. erb. unter V 2398 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

### FÄ/FA für Innere/Allgemeinmedizin sowie WB-Assistent/in für große

Praxis im Süden HHs gesucht. Arbeitsgestaltung kann in Voll- od. Teilzeit erfolgen. Wir freuen uns auf Sie! Tel. 0177/2476949 [Karaman.Tugrul@gmail.com](mailto:Karaman.Tugrul@gmail.com)



Freie und Hansestadt Hamburg  
Bezirksamt Bergedorf

## Fördern und Vorbeugen

Das Gesundheitsamt Bergedorf sucht Ärzte/Fachärzte (-innen)  
für die Bereiche

**Gesundheitshilfen für Kinder und Jugendliche**

und

**Beratung und Gesundheitshilfen  
für psychisch kranke Erwachsene**

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

Sie reizt eine sehr abwechslungsreiche und spannende Tätigkeit  
in einem multiprofessionellen Team.

Sie wollen raus aus dem Nachtdienst und die vielfältigen  
individuellen Gestaltungsmöglichkeiten im  
öffentlichen Gesundheitsdienst nutzen.

Dann sind Sie bei uns genau richtig!

Weitere Informationen zu den Stellenangeboten finden Sie unter  
<http://www.hamburg.de/bergedorf>.

Sie können auch gern anrufen unter 040-42891-2224 (Herr Dr. Galle).

ECKER  ECKER gmbh

Die Firma Ecker + Ecker ist als Unternehmensberatung auf das Gesundheitswesen spezialisiert. Mit einem interdisziplinären Team von Fachexperten beraten wir schwerpunktmäßig nationale und internationale Pharmahersteller zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

## Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir einen (promovierten) Mediziner (m/w)

**Ihre Hauptaufgaben** bestehen aus der Beratung und Betreuung unserer Kunden sowie der Erstellung von Dossiers zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Im Rahmen dieser Tätigkeit führen Sie Recherchen zu Krankheitsbildern, Therapiemöglichkeiten und medizinischen Studien durch und nehmen an Gesprächen mit den Bewertungsbehörden (G-BA) und den Krankenkassen teil.

**Sie verfügen** über Kenntnisse in evidenzbasierter Medizin und haben Erfahrung in der wissenschaftlichen Recherche medizinischer Studien und deren Auswertung? Eine analytische Vorgehensweise und sorgfältiges Arbeiten zeichnen Sie aus? Sie besitzen ein sicheres Auftreten sowie sehr gute deutsche und gute englische Sprachkenntnisse (Wort und Schrift)?

**Dann bieten wir Ihnen** eine herausfordernde, eigenverantwortlich gestaltbare Tätigkeit mit einer leistungsgerechten Bezahlung, die Familie und Beruf vereinbaren lässt.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage. Bei Fragen kontaktieren Sie gerne Frau Dr. Pütz oder senden Sie uns direkt Ihre vollständige Bewerbung, schriftlich oder per E-Mail, an:

Dr. Claudia Pütz  
Ecker + Ecker GmbH  
Warburgstr. 50  
20354 Hamburg

Tel.: 040-4133081-12  
bewerbung@ecker-ecker.de  
www.ecker-ecker.de



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



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

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

Kennziffer HÄB

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

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

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

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

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

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

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



»Als Führungskraft kann ich bei der B-A-D GmbH unternehmerisch tätig sein. Ich habe die Chance, Dienstleistungen mitzugestalten, Marktpotenziale aufzudecken und gemeinsam mit Kollegen passende Lösungen zu entwickeln. Dabei trage ich sowohl Verantwortung für meine Mitarbeiter als auch für die wirtschaftliche Entwicklung meiner Abteilung.«

Dr. med. Paula Vogelheim, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Leiterin Produktmanagement, B-A-D-Zentrale

## Stellenangebote (Forts.)

### WB Assistent /-in

#### Allgemeinmedizin gesucht

zum nächstmögl. Zeitpunkt für scheinstarke hausärztl.-intern. Gemeinschaftspraxis in HH-Meiendorf, WB Erm. f. 18 Mon. vorh. Kontakt: Tel. 6782690, praxismeiendorf@aol.de

#### MVZ Alstermed sucht für 10-20 Std Festanstellung Internist-In, Kardiologe-In,

zur allgemeinmed. hausärztl. Versorgung.  
Siehe [www.Alstermed.de](http://www.Alstermed.de)

#### Weiterbildungsassistent/in Diabetologie in Teilzeit

20-30 Stunden von Diabetes-Schwerpunktpraxis gesucht.  
[hamburg@wbdiabetologie.de](mailto:hamburg@wbdiabetologie.de)

## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

#### Hausarztpraxis Elbvororte sucht engagierte Allg. med/ Internist in TZ ab 2017

Arztvertretung@aol.de

#### Ärztin NHV seit 17 Jahren

in eigener Praxis in BW tätig, sucht Praxisassoziation +/oder-übernahme in HH, nur privat-ärztlich. [www.drnaujoks.de](http://www.drnaujoks.de)  
E-Mail: [drnaujoks@t-online.de](mailto:drnaujoks@t-online.de)

#### Gr. Hautarztpraxis in Hamburg

-Billstedt sucht FÄ/FA für Dermat. VZ/TZ ab 01.12.16. Teilhabersch./Übernahme KV-Sitz möglich.  
[dr.radtke@web.de](mailto:dr.radtke@web.de)

#### Plast. Chirurg/Handchirurg

sucht Kooperation, Räume zur Miete, ggf. auch Übernahme in einer Praxis/Praxisklinik, gern im operat. Bereich, auch fachübergreifend; Tel. 0178/8452358

#### Nachfolger/in Allg. med. in hausärztl. BAG gesucht

Hamb. Westen, auch halber KV-Sitz möglich  
Zuschr. erb. unter P 2389 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### Praxisassoziation von Hausarzt mit KV-Zulassung

im Raum Altona/Ottensen/Bahrenfeld gesucht  
E-Mail: [praxis.n@web.de](mailto:praxis.n@web.de)

**Ambitionierte Internistin** im Raum SH sucht KV-übergreifende Zusammenarbeit mit größerer med. Einrichtung (z.B. BAG, MVZ u.ä.) in Hamburg mit Schwerpunkt: **Diabetologie und Ernährungsmedizin**.  
Kontakt: [bemmlotte@datevnet.de](mailto:bemmlotte@datevnet.de)

#### FÄ/FA für Allgemeinmedizin/ Innere in TZ/VZ

für Allgemeinarztpraxis in Kirchwerder zum 1.1.2017 gesucht. Späterer Einstieg in Selbständigkeit möglich.  
Tel. 0172/4553873  
[www.hausarzt-kirchwerder.de](http://www.hausarzt-kirchwerder.de)

#### Fachärztin/-arzt

als Angestellte(r) in Teilzeit für gyn. Praxis im östlichen Hamburger Umland gesucht.  
[info@gyn-geesthacht.de](mailto:info@gyn-geesthacht.de)

#### FA/FÄ Innere/Sonografie/ Ernährungsmedizin

gesucht von privatärztl. Zentrum in HH-City  
Zuschr. erb. unter A 2414 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### Erfahrene HH-er HNO-Ärztin

bietet Verstärkung für Ihre HNO-Praxis auf Honorarbasis. Erprobt in Klinik und Praxis.  
Zuschr. erb. unter Z 2401 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### FÄ – HNO (w/m) für große HNO-Gemeinschaftspraxis in Bad Schwartau gesucht.

Anstellung oder Jobsharing möglich. Übernahme eines ganzen Kassensitzes Ende 2017 möglich und erwünscht.  
[www.hno-bad-schwartau.de](http://www.hno-bad-schwartau.de)  
[info@hno-bad-schwartau.de](mailto:info@hno-bad-schwartau.de)

#### FÄ/FA Kardiologie für ca. 4 Std./Wo. für Herzcho

in breit aufgestellter Praxis HH-Nord-Ost gesucht.  
Zuschr. erb. unter C 2367 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### Gem. Praxis Allgemeinmed.

zentral gelegen, südl. der Elbe, sehr nettes Team, flex. Arbeitszeiten, sucht für die Ende 2017 ausscheidende dritte Partnerin Nachfolger/in. Flexibler Übergang mit Anstellung möglich.  
[info@allgemeinmedizin-wilhelmsburg.de](mailto:info@allgemeinmedizin-wilhelmsburg.de)

#### Erfahrenes Anästhesie-Team,

ambulante/stationäre OP, hat Termine frei. Tel. 0163/8132846  
email: [anaesthesie-praxis@web.de](mailto:anaesthesie-praxis@web.de)

#### FA/FÄ für Allgem./Innere

in TZ/VZ f. Hausärztl. Praxis gesucht, Tel. 0171/4704757

#### Ultraschall-Spezialist/in f. hausärztl./intern. MVZ ges.

Gesundheitszentrum Dr. Dr. Tadzic und Kollegen, Kurze Mühren 6, HH

#### FA/FÄ Allg./Innere in TZ/VZ für modernes, zentrales MVZ gesucht

Tel. 040/28006333

## Stellengesuche

#### Erfahrene FÄ Pädiatrie

sucht neues Aufgabenfeld/ Mitarbeit in Kinderarztpraxis im Raum HH. Erfahrung in Neuropädiatrie/SPZ und Kinderkardiologie vorhanden.  
Zuschr. erb. unter R 2392 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### HNO-Facharzt sucht

Praxis in Hamburg zwecks Übernahme/Kooperation/Vertretung  
Kontakt: [hno.hh@gmx.de](mailto:hno.hh@gmx.de)

## KV-Sitz

### Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.

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

**[info@kassensitz-gesucht.de](mailto:info@kassensitz-gesucht.de)**

#### Internistische BAG sucht Hausarzt-KV-Sitz in Hamburg

zum Zweck der Praxiserweiterung.  
[Hausarztsitz@email.de](mailto:Hausarztsitz@email.de)

#### ½ KV-Sitz Ärztl. Psychotherapie abzugeben

Kontaktaufnahme:  
A. Weber Tel. 0172/6339119

#### Hausarzt KV-Sitz in HH für internistische BAG gesucht!

Zuschr. erb. unter K 2380 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### Ich suche einen KV-Sitz (halb o. voll) für Allgemeinmedizin in HH

Zuschr. erb. unter M 2387 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

## Praxisabgabe

#### Hausarztpraxis mit Schwerpunkt Chirotherapie und Akupunktur

im Osten Hamburgs, 30 Autominuten zum Hauptbahnhof  
Gewinn vor Steuer 250.000 €  
Alle Übernahmemodelle oder Anstellung als Teilzeit-Assistenzärztin auch vorstellbar  
Zuschr. erb. unter H 2377 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### Große, attraktive gynäkologische Gem.-Praxis

HVV Bereich sucht Nachfolger /-in für vollen Kassensitz  
Zuschr. erb. unter N 2388 an elb-büro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

#### Bestaufgestellte Gem-Praxis

im Norden HH, harmonisches Hausärzteam, sucht Nachfolge für internist. Seniorpartner per 2017 oder 2018. Faire, flexible, auch finanz. erfreul. Bedingungen: [zukunftspraxis@gmx.net](mailto:zukunftspraxis@gmx.net)

#### Internist. Privatpraxis

am nördlichen Stadtrand von Hamburg aus Altersgründen zu verkaufen.  
Tel. 0159/03551529

#### KV-Sitz Allgemeinmedizin

HH Süd-Ost zum 1.7.2017 an PG-Nachfolger abzugeben  
KV-Sitz-2017@t-online.de

## Praxisübernahme

### Hausärztlicher Internist

sucht Praxis(anteil) zur Übernahme ab I/18,  
HH-Nord oder Norderstedt,  
nachhaltiger Gewinn > 150.000 €

Kontakt über: Britta Jürgensen  
040/308 505 133 oder  
juergensen@arzt-auf-kurs.de

## Praxisräume

### Praxisräume

**145 m<sup>2</sup> und 175 m<sup>2</sup>  
in Börsen bei Hamburg**

in verkehrsgünstiger Lage,  
Fahrstuhl, weitere Arztpraxis,  
Physio, Apotheke im Haus,  
zu vermieten ab Ende 2017,  
ahrens.gfg@gmail.com,  
0163/8791799

**Schöne helle Praxisräume  
nahe AEZ in Poppenbüttel**

zu vermieten.  
Tel. 0171/1293086

### Praxisräume

Altbau Klosterstern 175 m<sup>2</sup>  
Teil- oder Vollvermietung  
Tel. 0172/4010982

**Biete moderne Praxisräume  
im MVZ, i. d. HH-Innenstadt**

Tel. 040-28006333

**Suche Praxisraum für  
Ernährungsberatung in  
Wedel**

ab 01/17, Tel. 04122-  
9817532, info@drjagemann.de

### Langenhorner Markt

**Nachmieter(in)** für moderne,  
helle, komplett eingerichtete  
**Praxisräume** gesucht.

203 m<sup>2</sup>, 5 Behandlungszimmer,  
UVB-Bestrahlungskabine,  
Eingriffsraum und Steri-Raum.  
Die Praxisräume befinden sich in  
unmittelbarer Nähe eines Ein-  
kaufszentrums und der U-Bahn-  
station Langenhorn Markt.

Zuschrift bitte an:

**Praxis-Langenhorn@gmx.de**

**Suche Nachmieter für Praxis/  
Büroräume, ab sofort frei.**

Schnelsen Frohmestr.  
96 m<sup>2</sup>, 966,- € kalt  
Kontakt: praxis.63@gmx.de

**Praxis/Praxisräume  
für Hausarztpraxis**

im Raum Altona/Ottensen/  
Bahrenfeld gesucht  
E-Mail: praxis.n@web.de

## Fortbildung/Seminare



Kaiserin Friedrich-Haus

### Veranstaltungen 2017 der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

09. – 20.01.2017 **20. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufs-  
freiem Intervall**

17./18.02.2017 **46. Symposion für Juristen und Ärzte:  
Die Anti-Korruptionsgesetzgebung im Gesundheitswesen –  
Auswirkungen**

#### Weitere Informationen:

Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen  
Robert-Koch-Platz 7 · 10115 Berlin (Mitte) · Telefon 030 / 308 88 920 · Telefax 030 / 308 88 926  
c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de · www.kaiserin-friedrich-stiftung.de

**Anzeigenannahme  
Hamburger  
Ärzteblatt**

**Balint-Gruppe**

**Balintgruppe in Altona**

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

## elbbüro

**NEU!** Telefon: (040) 33 48 57 11 · Telefax: (040) 33 48 57 14  
anzeigen@elbbuero.com · www.elbbuero.com

## Rechtsanwälte

Experten für  
Plausibilitäts-  
prüfungen

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen  
im Gesundheitswesen!

**Praxisrecht**  
Dr. Fürstenberg & Partner  
Hamburg · Berlin · Heidelberg

**Insbondere 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](http://Praxisrecht.de)

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

## Medizintechnik/Medizinische Geräte

**AMT**  
Abken Medizintechnik

AMT ist AB SOFORT:

Ihr autorisierter SIEMENS Fachhändler vor Ort



BERATUNG · KAUF · SERVICE · FINANZIERUNG

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

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



**Rechtsanwälte**

**Dr. Ruppel**

**KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT  
& GESUNDHEITSRECHT**

**WIR BERATEN AUSSCHLIESSLICH ÄRZTE IN ALLEN  
FRAGEN DES MEDIZINRECHTS**

Arbeitsrecht | Arzthaftungsrecht | Ärztliches Werberecht  
Berufsrecht | Kooperationen (BAG, MVZ, Praxisgemeinschaft)  
Medizinstrafrecht | Praxisverkauf und -verkauf, Praxisabgabe  
Vergütungsrecht | Vertragsarztrecht

Eschenburgstraße 21 | 23568 Lübeck | Tel.: 0451 29 366-500  
kanzlei@gesundheitsrecht.de | www.gesundheitsrecht.de  
Notfallnummer täglich 24 h: 0451 29 366-505



**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




**KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER**  
Steuer+Unternehmensberatung

**„Mehr Energie für Heilberufe“**

ausgezeichnet beraten seit 1976

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

*Ihr Erfolg - unser Ziel*

**Wertgutachten**



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

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

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

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

Betriebsanalysen  
Betriebsunterbrechungsgutachten

**Wirtschafts- und Steuerberatung  
für Heilberufler**



**DELTA**

Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte  
seit über 50 Jahren.



**meditaxa**  
Group

**Anzeigenschlusstermine Hamburger Ärzteblatt  
Ausgabe 12/2016**

Anzeigen im redaktionellen Teil: 14. November 2016  
Rubrikanzeigen: 17. November 2016

**Bitte beachten Sie auch die Termine für die Januar-Ausgabe:  
Anzeigenschlusstermine Hamburger Ärzteblatt  
Ausgabe 1/2017**

Anzeigen im redaktionellen Teil: 9. Dezember 2016  
Rubrikanzeigen: 15. Dezember 2016

**Anzeigencoupon** **Hamburger Ärzteblatt**

**Bitte zutreffende Kästchen ankreuzen und das Textfeld deutlich lesbar ausfüllen. Veröffentlichung in der nächstmöglichen Ausgabe.**  Chiffre-Anzeige  
**Der Rechnungsbetrag wird von Ihrem deutschen Konto per Lastschrift eingezogen.**

Stellenangebote     Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation     Praxisabgabe     Praxisübernahme     KV-Sitz     Praxisräume     Vertretungen     Ambulantes Operieren     Balint-Gruppe     Verschiedenes

**Anzeigen im Fließtext:** € 15,- je Zeile (Mindestanzeigenpreis € 50,-); erste Zeile (Fettdruck): 26 Zeichen inkl. Leerzeichen; folgende Zeilen: 30 Zeichen inkl. Leerzeichen;  
Chiffre-Anzeigen: zzgl. € 35,- [Hinzufügung des Chiffre-Hinweises („Zuschriften erbeten unter ...“) und Weiterleitung der Zuschriften]; **alle Preise zzgl. MwSt.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Bank \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_ Telefonnummer tagsüber \_\_\_\_\_

**Coupon an:** elbbüro, Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg, Fax 040/33485714



# DIE ASKLEPIOS KLINIKEN LADEN EIN

## ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

Mittwoch, 30.11.2016, 17:00–19:00 Uhr

### ► 1. Wandsbeker Klinische Fallkonferenz <sup>3</sup>\*

Akuter Bauchschmerz – von der Zentralen Notaufnahme zur Behandlung.

**Wiss. Leitung:** CA Dr. T. Mansfeld, Asklepios Klinik Wandsbek

**Ort:** Asklepios Klinik Wandsbek, Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-83 16 32;**

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

Freitag, 9.12., 9:30–19:30 Uhr & Samstag, 10.12.2016, 9:30–16:00 Uhr

### ► Workshop 58. Neuerwerker Nahtkurs <sup>21</sup>\*

Von der CAMIC zert. Hands-on-Workshop mit Kurzvorträgen und Übungen am Modell.

**Wiss. Leitung:** CA Prof. Dr. Dr. T. Carus, Asklepios Westklinikum Hamburg

**Teilnahmegebühr:** 350,- €

**Ort:** Gastwerk Hotel, Hamburg

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

Mittwoch, 14.12.2016, 18:00–20:00 Uhr

### ► Gastroenterologische Tumorkonferenz <sup>3</sup>\*

**Wiss. Leitung:** CA Prof. Dr. C. Meyer zum Büschenfelde, CA Prof. Dr.

R. Fischbach, CA PD Dr. G. Puhl, CA Prof. Dr. J. Pohl, Asklepios Klinik Altona

**Ort:** Asklepios Klinik Altona, Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 07;**

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

Montag, 9.1. bis Freitag, 13.1.2017

### ► 3. Surgical Week <sup>11</sup> / <sup>8</sup>\*

Live-OPs, Interaktion und vertiefende Vorträge.

**Wiss. Leitung:** CA Prof. Dr. K. J. Oldhafer, Asklepios Klinik Barmbek

**Teilnahmegebühr:** 75,- € pro Veranstaltungstag, 299,- € für die gesamte Woche

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg

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

## ANÄSTHESIOLOGIE, INTENSIVMEDIZIN, NOTFALLMEDIZIN UND SCHMERZTHERAPIE

Donnerstag, 8.12. bis Sonntag, 11.12.2016

### ► 4. Hamburger Facharztrepertorium Anästhesiologie <sup>42</sup>\*

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

**Teilnahmegebühr:** 460,- € Nicht-Fachärzte; 500,- € Fachärzte

**Ort:** 8./9.12. Asklepios Klinikum Harburg, 10./11.12. Ärztekammer Hamburg

**Anmeldung erforderlich unter: mel.schmidt@asklepios.com oder über die Asklepios Ärzteakademie (s. u.).**

Freitag, 13.1., 9:30–17:30 Uhr & Samstag, 14.1.2017, 9:00–17:30 Uhr

### ► 4. Hamburger Anästhesie-Sonografie-Workshop <sup>22</sup>\*

DGAI-zertifizierte Seminarreihe, Fokussierte Sonografie (AFS), Module 4 und 5.

**Wiss. Leitung:** CA Prof. Dr. G. N. Schmidt, Dr. N. Müller, Asklepios Klinik Altona

**Teilnahmegebühr:** 390,- €

**Ort:** Asklepios Klinik Altona, Hamburg

**Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18-81 49 15;**

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

Samstag, 21.1.2017, 9:00–18:00 Uhr

### ► Das Polytrauma – 5. Barmbeker Minisymposium zur präklinischen Traumaversorgung <sup>5</sup>\*

**Wiss. Leitung:** CA Dr. S. Wirtz, J. Hoedtke, Asklepios Klinik Barmbek

**Teilnahmegebühr:** 50,- € , Mitglieder der AGNN 35,- €

**Ort:** Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-82 98 09;**

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

## HALS-NASEN-OHREN-HEILKUNDE

Samstag, 10.12.2016, 9:00–14:00 Uhr

### ► 5. Innovationsforum HNO <sup>5</sup>\*

Wir stellen aktuelle Themen vor und verabschieden Herrn Dr. Mohammad Ehsani.

**Wiss. Leitung:** CA Prof. Dr. J. E. Meyer, Asklepios Klinik St. Georg

**Ort:** Georgie Kongresse & Events, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg

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

## NOTFALLMEDIZIN

Mittwoch, 7.12.2016, 17:00–21:00 Uhr

### ► KITZ Kindertrainingszirkel – Reanimation im Kindesalter <sup>4</sup>\*

Praxisnahes Fertigkeitentraining für den Kindernotfall.

**Wiss. Leitung:** OA Dr. J. Thiele, Institut für Notfallmedizin,

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. **Teilnahmegebühr:** 75,- €

**Ort:** Institut für Notfallmedizin, c/o Asklepios Klinikum Harburg, Hamburg

**Anmeldung erforderlich. Fax: (0 40) 18 18 86 - 46 31; E-Mail: info.ifn@asklepios.com**

## UROLOGIE

Mittwoch, 23.11.2016, 17:30–20:30 Uhr

### ► Urologischer Abend in der Asklepios Klinik St. Georg <sup>4</sup>\*

Behandlungskonzepte in der Tumorthherapie und bei symptomatischer BPH.

**Wiss. Leitung:** CA Dr. S. Tauber, CA Dr. C. Brunken, Asklepios Klinik St. Georg

**Ort:** Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 29 69;**

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

Mittwoch, 7.12.2016, 16:00–19:30 Uhr

### ► 1. Update Urologie Kongressnachlese 2016 <sup>6</sup>\*

**Wiss. Leitung:** CA Prof. Dr. C. Wülfing, Asklepios Klinik Altona

**Ort:** Empire Riverside Hotel, Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-81 49 10**

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

## WEITERE VERANSTALTUNGEN

Samstag, 10.12.2016, 9:00–13:00 Uhr

### ► Fortbildungsveranstaltung Frührehabilitation <sup>4</sup>\*

Breites Themenspektrum für alle Mitglieder der therapeutischen Teams.

**Wiss. Leitung:** CA PD Dr. C. Terborg, Asklepios Klinik St. Georg,

CA Prof. Dr. G. Seidel, Asklepios Klinik Nord - Heidberg,

CA K. Klose, CA Prof. Dr. R. Töpfer, Asklepios Klinikum Harburg

**Ort:** Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg

**Um Anmeldung wird gebeten. Fax: (0 40) 18 18-85 41 85;**

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

\*Fortbildungspunkte

Weitere Veranstaltungen und Informationen | Anmeldung:

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

www.aerzteakademie-hamburg.de