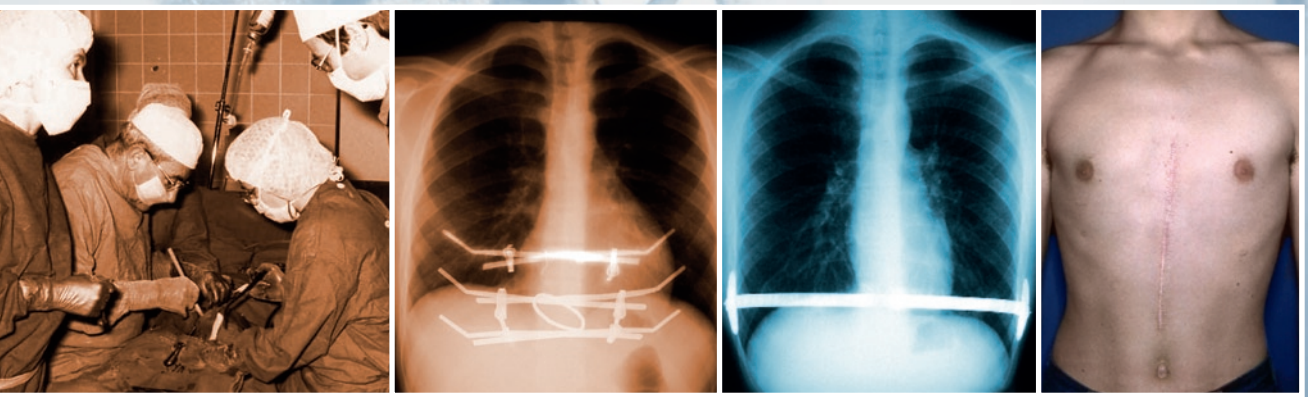
64. Jahrgang, April 2011

BREMER ÄRZTE JOURNAL

Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Bremen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Herausforderung Kinderchirurgie



04
11

Annette S. – Allianz Ärztespezialistin

Die Allianz bietet Ärzten kompetente Beratung und maßgeschneiderte Angebote.

Assistenzarztzeit, Praxisgründung, Ruhestand – wir finden optimale Lösungen für Ihr gesamtes Berufsleben und beraten Sie von der Berufshaftpflicht über die Krankenversicherung bis hin zur Altersvorsorge in allen Absicherungsfragen. Für den richtigen Schutz im Krankheitsfall erhalten Mediziner bei der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG spezielle Tarifangebote, egal ob privat versichert oder als Ergänzung zur GKV.

Nutzen Sie die vielen Vorteile unserer langjährigen Partnerschaften mit dem Marburger Bund und den meisten Landesärztekammern. Übrigens: Mit dem Wegfall der 3-Jahresfrist können Sie derzeit bei einem Jahresgehalt von über 49.500 € sofort in die Allianz Private Krankenversicherung wechseln. Wenn Sie mehr Informationen wünschen, dann schreiben Sie einfach an **aerzteundheilberufe@allianz.de**

Allianz

Nicht die Form, sondern der Inhalt ist wichtig

Noch vor zwanzig Jahren war die ärztliche Berufswelt klar geordnet: es gab den angestellten Arzt im Krankenhaus – Assistenzarzt, Facharzt, Oberarzt und Chefarzt – und den niedergelassenen Arzt in eigener Praxis. Die Form der Berufssausübung war strikt reglementiert, Zwischen- oder Mischformen nur in wenigen, ausdrücklich normierten Ausnahmefällen gestattet. Heute sind zahlreiche Varianten der Berufsausübung möglich: Ärztinnen und Ärzte sind teils als Vertragsarzt, teils als angestellter Arzt im Krankenhaus tätig; Ärztinnen und Ärzte können auch in der Niederlassung Teilzeit arbeiten; sie können in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren als angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sein; Honorarärzte, die sich nicht immer in die klassische Hierarchie im Krankenhaus einordnen lassen, sind vielerorts nicht mehr wegzudenken. Kurz: Die Formen der ärztlichen Berufsausübung sind heute so vielfältig wie nie zuvor.

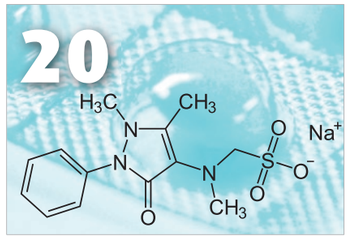
Gleichwohl: Die neue Vielfalt bei der ärztlichen Berufsausübung darf nicht zu einer Beliebigkeit im ärztlichen Handeln führen – und hat dies auch in den letzten Jahren nicht getan. Noch immer konsentiert die Profession grundlegende Werte des ärztlichen Tuns – über die unterschiedlichen Formen der Berufsausübung hinweg: So sind z. B. der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, die Freiberuflichkeit im Sinne von Nichtgewerblichkeit, die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung von Interessen Dritter oder das kollegiale Verhalten nach wie vor der Maßstab für richtiges ärztliches Handeln.

Normiert sind diese Maßstäbe in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte. Sie spiegelt den common sense der ärztlichen Berufsausübung wider. Dass die Akzeptanz der Berufsordnung auch heute noch hoch ist, zeigt die geringe Zahl berufsrechtlicher Verstöße, die die Ärztekammer in Bremen jährlich zu prüfen und zu ahnden hat. Die Berufsordnung gilt für alle Ärztinnen und Ärzte, gleichgültig, in welcher Form sie den ärztlichen Beruf ausüben. Der niedergelassene Arzt ist nicht „freiberuflicher" tätig als der Krankenhausarzt, der Honorararzt nicht „freier" als alle anderen. Alle Ärztinnen und Ärzte sind ausnahmslos an die Berufsordnung gebunden, die Richtschnur ärztlichen Handelns und normatives Regelwerk zugleich ist. Solange dies von allen akzeptiert und danach gehandelt wird, spielt die Form der Berufsausübung nur eine untergeordnete Rolle.

Diese, in der Berufsordnung verankerten Prinzipien, sollte der Gesetzgeber nicht mit dubiosen Regelungen gefährden, wie es jüngst das AMNOG getan hat, das Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller gestattet, Vertragspartner der Krankenkassen im Bereich der integrierten Versorgung (§§ 130 c und 140 b SGB V) zu werden. Ärzte könnten so ihre „Freiheit" und Unabhängigkeit verlieren und berufsordnungswidrig zu Subunternehmern von Pharmakonzernen degradiert werden. Dieses Szenario müssen wir im Interesse unserer Patientinnen und Patienten, aber auch unseres Berufsstandes verhindern.

Dr. Klaus-Dieter Wurche,
Präsident der Ärztekammer Bremen

„Alte und neue Herausforderungen in der Kinderchirurgie“: Unter diesem Titel findet am 8. und 9. April zum 100. Geburtstag von Fritz Rehbein ein Symposium in Bremen statt.



Bei einer Metamizolbehandlung müssen die Risiken gut mit dem Benefit und möglichen Alternativen abgewogen werden, gerade bei längeren Behandlungen über eine Woche.

Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat sich mit der ekektronischen Gesundheitskarte auseinandergesetzt. Eine Förderung für die Lesegeräte kann jetzt beantragt werden.

TITELTHEMA

Prof. Dr. Jörg Fuchs
5 Bedeutung und Perspektiven der Kinderchirurgie

Günter Einemann, Dr. Albert Linder
8 Wandel der operativen Therapie der Trichterbrust

Prof. Dr. Christian Lorenz, Prof. Dr. Markus Bergmann
10 Morbus Hirschsprung: Rehbeins Beitrag und was davon bleibt

Dr. Heidrun Gitter
13 Ösophagusatresie – Historische und aktuelle Herausforderungen

Gerda Engelbracht
16 Entwicklung der Kinderchirurgie in Bremen

PHARMAKOTHERAPIE

20 Todesfalle Metamizol?

AKTUELLES

21 Honorar-Gleichmacherei? Nein, danke!

22 Vertreterversammlung der KV Bremen: Ratio-Beschluss statt Boykott

22 Start der Ambulanten Kodierrichtlinien verschoben

INTERN

25 Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen: Rechtliche Aspekte von Arztbewertungsportalen

RUBRIKEN

3 Bremer Standpunkt
24 Akademie
26 Anzeigenbörse
27 Impressum

Kinderchirurgie heute

Bedeutung und Perspektiven in der deutschen Medizinlandschaft

In der historischen Betrachtung ist die Kinderchirurgie verglichen mit anderen Fachdisziplinen sehr jung. Die Separation vom Fachgebiet Allgemeine Chirurgie war notwendig und sinnvoll, da relevante Fortschritte erst durch die ausschließliche Auseinandersetzung mit chirurgischen Erkrankungen im Kindesalter realisierbar wurden. Trotzdem bleibt festzuhalten: Die Kinderchirurgie war und ist ein chirurgisches Fach. Die Qualität eines/r Kinderchirurgen/in wird immer an chirurgischem Können sowie an Leistungen und Ergebnissen gemessen. Unsere Fachgesellschaft hat diesem Sachverhalt durch ihre ordentliche Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie durch ihre beratende Funktion in der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin formal Rechnung getragen.

Kinderchirurgen/innen sind nicht nur Operierende des kranken Kindes, sondern ermöglichen durch Kenntnisse und Fertigkeiten in der perioperativen Betreuung auch den endgültigen Erfolg der Behandlung. Die Überlebensraten vieler Patienten mit angeborenen Fehlbildungen stiegen innerhalb der letzten Jahrzehnte von 20 Prozent auf mehr als 90 Prozent bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität der Kinder. Zweifelsohne wurden diese sehr beeindruckenden Entwicklungen in unserem Fach auch durch die Fortschritte in der Kindermedizin im Allgemeinen und in der Kinderanästhesie sowie der Kinderintensivmedizin im Besonderen beeinflusst. Weitere Beispiele wie etwa die beeindruckende Verbesserung der 5-Jahresüberlebensraten bei soliden kindlichen Tumoren könnten in diesem Zusammenhang aufgeführt werden.

Die Deutsche Kinderchirurgie brillierte historisch – national und international – durch zahlreiche Einzelpersönlichkeiten wie Drachter, Rehbein, Hecker, Meissner, Mildenberger, Waldschmidt, um nur einige zu nennen. Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts versuchte man in der Kinderchirurgie das Prinzip der zunächst für sinnvoll erachteten flächendeckenden Versorgung strukturell umzusetzen. Daraus resultierte die Gründung vieler kleiner Kliniken und Abteilungen mit einer häufig unzureichenden Personal- und Sachmittelausstattung. Oftmals wurden in solchen Einrichtungen weder eine adäquate Weiterbildung noch die Schaffung von leistungsfähigen Strukturen in Klinik und Forschung ermöglicht. Die Folge hiervon war ein Mangel an kompetentem kinderchirurgischem Nachwuchs. Zudem wurden wichtige kinderchirurgische Zentren bei Nachfolge-Berufungen nicht mehr als eigenständige Lehrstühle besetzt, oder es wurden Teilbereiche des Fachgebietes herausgeschnitten. Zusätzlich verschärft wurde diese Problematik durch die demographische Entwicklung in unserem Land. Die Geburtenrate pro Jahr nahm von mehr als einer Million in den sechziger Jahren auf aktuell 680.000 ab. Dementsprechend durchschritt das Fachgebiet zu Beginn der 1990er Jahre in berufspolitscher Hinsicht, aber teilweise auch auf klinischer und wissenschaftlicher Ebene eine Talsohle. Ungeachtet dieser Entwicklung erfüllte die Kinderchirurgie in unserem Land damals wie heute einen enormen Versorgungsauftrag in den Teilbereichen Fehlbildungschirurgie, Abdominal- und Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Kinderurologie und Hydrocephaluschirurgie.

In den letzten Jahren haben wir es durch das Engagement vieler unserer Kollegen und Kolleginnen wieder geschafft eine hohe internationale Reputation zu erzielen. Schlüsselpositionen in den Gremien der wichtigsten internationalen Gesellschaften (z. B. EUPSA, SIOP, IPEG, ESPU) wurden mit Vertretern/innen unserer Fachgesellschaft besetzt. Zudem stieg die Zahl klinischer und wissenschaftlicher Publikationen rasant und mit messbarer Qualität an. Ein weiterer Beleg für die gestiegene Bedeutung unserer nationalen Gesellschaft im internationalen Kontext zeigt sich darin, dass der Europäische Kinderchirurgenkongress (EUPSA) und der Weltkongress für Kinderchirurgie (WOFAPS) im Jahre 2013 in Deutschland stattfinden werden.

Aber auch auf nationaler Ebene wurden z. B. durch die hervorragend organisierten kinderurologischen Symposien, durch die zahlreichen nationalen kinderchirurgischen Meetings oder auch durch die onkologischen Veranstaltungen auf den Chirurgenkongressen wichtige Schritte in die Zukunft gemacht.

Bildnachweis: Ganventus

Die Strukturen der Weiterbildung wurden ebenfalls relevant verbessert. Einen wesentlichen Beitrag dazu leistet unsere Weiterbildungsakademie für Kinderchirurgie, in der deutsche und österreichische Kinderchirurgen/innen in vorbildlicher Weise zusammenarbeiten und erfolgreich neue Weiterbildungskonzepte entwickeln. Nichtsdestotrotz gibt es hier noch immer Defizite und obwohl äußere Faktoren wie etwa das AZG zweifellos eine negative Rolle spielen, muss man doch ehrlich zugeben, dass wir in Deutschland noch nicht den gewünschten Standard in der Weiterbildung erreicht haben.

Wir haben als Ärzte und Ärztinnen die Pflicht, jedem Kind eine optimale medizinische Behandlung anzubieten. Das bedeutet, wir müssen in unserer täglichen Arbeit gewisse Qualitätsstandards erfüllen. Diese reichen von der instrumentellen Ausstattung über die personelle Qualifikation bis hin zur Fähigkeit zu einer interdisziplinären Kooperation.

Betrachten wir nur die Demographie, die Notwendigkeit einer guten medizinischen Versorgung in der Fläche und die aktuelle Existenz von mehr als 80 kinderchirurgischen Einrichtungen sowie die Tatsache, das viele Kinder eben nicht nur von Kinderchirurgen sondern auch Organchirurgen versorgt werden, stellt sich die Frage wie die zukünftige Entwicklung des Fachgebietes Kinderchirurgie aussehen soll. Das trifft besonders auf Teilbereiche wie Kinderurologie, Traumatologie und Neurochirurgie zu.

Das erstellte Zukunftspapier unserer Fachgesellschaft ist hierbei eine sehr bedeutende Grundlage. Es wurde gemeinsam von klinischen Vertretern/innen unterschiedlicher Versorgungslevel und von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erarbeitet. Das Zukunftskonzept unterstreicht die Wahrung der Teilbereiche auf der Grundlage der Zentralisierung. Dabei geht es nicht um die Eliminierung kleinerer Einrichtungen. In gleicher Weise wird auf die wichtige Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen hingewiesen.

Auf der Grundlage unseres Positionspapiers zur Zukunft des Fachgebietes gilt es zu respektieren, dass die Prinzipien der Versorgungslevel eingehalten werden müssen. Hier kommt die Selbstbeschränkung des Chirurgen zum Tragen. Das ist schwierig, erfordert Einsicht in die Notwendigkeit und tut gelegentlich Einzelnen auch weh. So gibt es zweifelsohne sehr erfahrende Kinderchirurgen/innen in kleinen Einrichtungen, die z. B. die komplexe Fehlbildungschirurgie beherrschen. Trotzdem ist anzustreben, dass derartige Patienten in Zentren mit entsprechender Expertise behandelt werden, da der Einzelne heute nur noch ein Mosaikstein in der Komplexität der Behandlung von Krankheitsbildern darstellt. Intensivmedizin, interventionelle Diagnostik und Therapie und vieles mehr sind Voraussetzung für ein Zusammenspiel der Hochleistungsmedizin und einer optimalen Versorgung unserer Patienten. Nachwuchs kann nur ausgebildet werden, wenn man sich zu diesen Tatsachen auf der Basis der demographischen Entwicklung in unserem Land bekennt. Das gleiche gilt im Übrigen auch für die klinische und wissenschaftliche Forschung.

Die Kinderchirurgie auf die Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie und allgemeine Abdominalchirurgie zu reduzieren ist ein fataler Fehler und kann keine Zukunftsvision darstellen. Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen in unserem Land leisten einen erheblichen und qualitativ guten Beitrag etwa in der Versorgung urologisch erkrankter Kinder. Dieses Teilgebiet lebt nicht nur von der Versorgung in der Fläche durch unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, sondern auch von Hochleistungszentren mit nationalen und internationalen Alleinstellungsmerkmalen. Hierzu gehört beispielsweise der hohe Stellenwert der minimal invasiven Kinderurologie beim Säugling aber auch die Chirurgie bei komplexen angeborenen Fehlbildungen. Einrichtungen in Städten wie Bremen, Hannover, Berlin, Köln, Leipzig, München und Tübingen möchte ich hier gern exemplarisch anführen.

Ähnlich ist es bei der Versorgung von verunfallten Kindern. Die Kinderchirurgie ist eine feste Säule im kindlichen D-Arztverfahren. In vielen Regionen sorgen wir für die Erst- und Alleinbehandlung von verunfallten Kindern und sind in zahlreichen Zentren unseres Landes für die Versorgung polytraumatisierter Kinder zuständig. Die Qualität der Versorgung wird aber auch durch den hohen Standard der pädiatrischen Intensivmedizin und die interdisziplinäre Kooperation mit anderen chirurgischen Fachdisziplinen ermöglicht.

Den Anspruch auf die Versorgung in den eben genannten Teilbereichen kann man aber nur auf Dauer aufrechterhalten, wenn diese in hoher fachlicher Qualität umgesetzt und letztlich auch wissenschaftlich begleitet werden. Das ist eine unserer dringendsten Aufgaben, denn Kinderchirurgen/innen möchten und werden die Chirurgie an Kindern und Jugendlichen mit all ihren interessanten Facetten und Herausforderungen auch in der Zukunft umfassend anbieten und betreiben. Diese Tatsche wird in analoger Weise von unseren chirurgischen Fachkollegen/innen gesehen. Letztlich müssen etwa auch die Fachvertretungen der Urologie oder Unfallchirurgie auf den Gebieten Kinderurologie bzw. Kindertraumatologie entsprechende Qualifikationen erfüllen. Eine selbsterklärte Generalexpertise durch Vertreter eines Fachgebietes sollte heute obsolet sein. Entsprechende berufspolitische Grabenkämpfe sind keinem dienlich und sind insbesondere unseren Patienten aber auch unseren Gesundheitspolitikern nicht vermittelbar. Lösungsmöglichkeiten hierfür könnten neue Weiterbildungskonzepte auf der Basis von Modulen, Qualitätssicherungsstudien und Zertifizierungen sein. Viele dieser genannten Inhalte sind auf der Agenda der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu finden. Die aktuell angestrebte Einheit der deutschen Chirurgie durch die Fusion des Berufsverbandes mit der Fachgesellschaft eröffnet hierbei neue Möglichkeiten sowohl in den Fachgebietsdefinitionen und Fachgebietsabgrenzungen, als auch in der strukturierten berufspolitischen Handlungsweise gegenüber unseren Politikern.

Wir möchten als Kinderchirurgen und Kinderchirurginnen sowie als Fachgesellschaft diesen spannenden Zukunftsprozess aktiv und innovativ mitgestalten. Wie sehen unsere spezifische Aufgabe in der optimalen medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in unserem Land aber auch in der Weiterentwicklung unseres Faches um auch in Zukunft medizinischen und wissenschaftlichen Forschritt in der Kinderchirurgie zu ermöglichen.

Letztlich erfolgt in der Kinderchirurgie in ähnlicher Weise wie in den anderen chirurgischen Teildisziplinen eine Restrukturierung und Zentralisierung auf der Basis von Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Sicherstellung einer medizinischen Grundversorgung in der Fläche. ■

Prof. Dr. Jörg Fuchs,
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kinderchirurgie

© Dirk Schumann/Fotolia.com

Weiterbildung

Übergangsfristen laufen in diesem Jahr ab

Am **31. Dezember 2011** laufen die letzten Übergangsfristen zur Weiterbildungsordnung 1996 ab. Anschließend haben nur noch die Vorgaben der Weiterbildungsordnung 2005 Gültigkeit.

Wer seine Weiterbildung vor dem 1. April 2005 begonnen und bis Ende 2011 abgeschlossen hat, kann noch folgende Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung 1996 beantragen:

1. alle **Gebiets**bezeichnungen
2. die Schwerpunktbezeichnung **Unfallchirurgie** innerhalb des Gebietes Chirurgie
3. die Schwerpunktbezeichnungen **Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie** innerhalb des Gebietes Innere Medizin
4. die Zusatzbezeichnungen **Psychoanalyse, Psychotherapie**

Die Anträge müssen bis zum 31. Dezember 2011 bei der Ärztekammer Bremen eingegangen sein.

Des Weiteren kann die Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie gemäß den **Übergangsbestimmungen** der Weiterbildungsordnung 2005 ebenfalls nur noch bis zum 31. Dezember 2011 beantragt werden. Anschließend ist die reguläre Weiterbildung nachzuweisen.

Bei Unklarheiten und Rückfragen stehen folgende Ansprechpartnerinnen gerne persönlich zur Verfügung:

- Heide Bohlen Tel. 0421/3404-220
- Susanne Freitag Tel. 0421/3404-222
- Petra Wedig Tel. 0421/3404-223
- Barbara Feder Tel. 0421/3404-241

Wann hatten Sie das letzte Mal wirklich Zeit?

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

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de

Wir bieten an unseren Standorten **Bremen, Hannover, Husum, Leer** und **Osnabrück**

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

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:
– Flexible und planbare Arbeitszeiten
– Möglichkeit der Teilzeittätigkeit
– Keine Wochenend-/Nachtdienste
– Große Gestaltungsfreiräume
– Zeit für die Beratung in der Präventivmedizin
– Leistungsbezogene Vergütung
– Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
– Betriebliche Altersvorsorge
– Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
– Car-Rent-Sharing-Modell
– Attraktive Karrierechance

Ihre Aufgaben:
– Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
– Betriebsbegehungen und Beratung zu vielfältigen arbeitsmedizinischen Themen
– Arbeitsmedizinische Begutachtung
– Gestaltung und Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Schulungen zu verschiedenen Themen der Prävention
– Reisemedizinische Beratung
– Arbeiten in einem interdisziplinären Team

Die B·A·D GmbH betreut mit mehr als 2.200 Experten europaweit 250.000 Betriebe mit über 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit.
Allein in Deutschland betreiben wir 190 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?

Interessiert? Dann wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Ansprechpartner Thomas Gies, Telefon 02 28/4 00 72-335. Wir freuen uns auf ein Gespräch mit Ihnen!

JOB Top-Arbeitgeber 2010

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe der o. g. Kennziffer an
B·A·D GmbH – Human Resources
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
bewerbung@bad-gmbh.de, www.bad-gmbh.de

B·A·D GESUNDHEITSVORSORGE UND SICHERHEITSTECHNIK GMBH

Wandel in der operativen Therapie der Trichterbrust

Die mehr als 100-jährige Geschichte der Trichterbrustkorrektur hat zunächst zwei methodisch unterschiedliche Verfahren hervorgebracht.

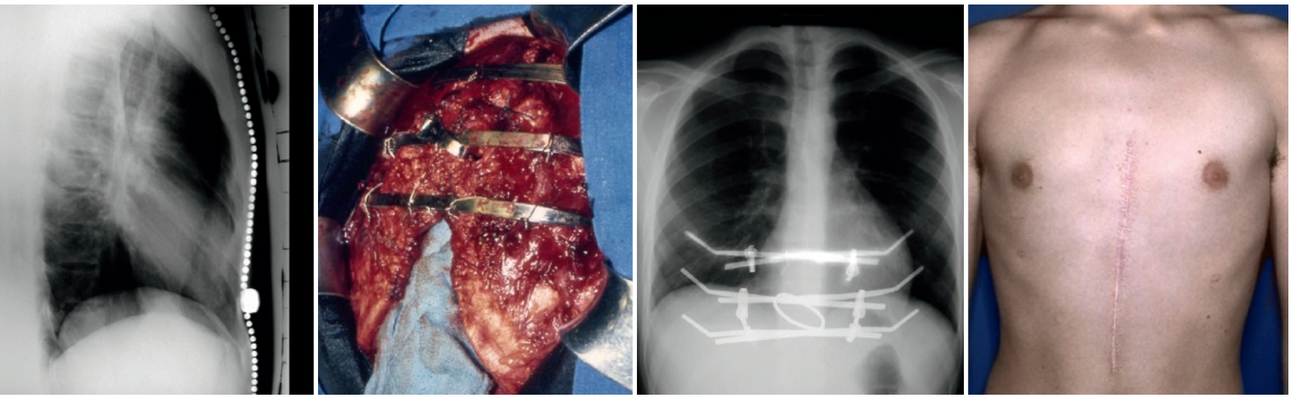


Abb. 1: Prä-, intra- und postoperative Situation einer nach Rehbein versorgten Trichterbrust.

Grundsätzlich wurden zwei Verfahren unterschieden: Das Verfahren der phrenikoplastischen Eingriffe, denen das Konzept der Trennung des Zwerchfells vom Sternum bzw. den Rippenbögen zugrunde liegt und das Verfahren der osteo-chondroplastischen Operationen, bei denen das deformierte Sternum und die betroffenen Rippenpartien mobilisiert werden, um anschließend auf verschiedene Weise stabilisiert zu werden. Bekannte Namen wie TIETZE 1899, ZAHRADNICEK 1925, SAUERBRUCH 1931, HOFFMEISTER und LEXER 1927 sind unter den Pionieren zu nennen. Mitte des vorigen Jahrhunderts kamen dann Modifikationen der ersten Operationstechniken durch BROWN, BRODKIN, BREWER, OCHSNER, DE BAKEY und RAVITCH auf. REHBEIN verwirklichte 1955 seine Idee, das mobilisierte Brustbein mit Hilfe von prästernal angebrachten Metallspangen zu fixieren, die lateral in den Rippen verankert wurden; eine Technik, die in der Kinderchirurgie in Bremen bis zum Jahr 2002 zur Anwendung kam. 1998 veröffentlichte NUSS, ein damals in Norfolk (Virginia, USA) tätiger Kinderchirurg, eine minimal-invasive, thorakoskopische OP-Methode, die mit Verfügbarkeit des speziellen Instrumentariums schon bald von vielen Kliniken weltweit übernommen wurde.

Geänderte Prinzipien der Versorgung

Bestand das Ziel der offenen Trichterbrustoperationen nach RAVITCH oder REHBEIN in einer spannungsfreien, aber initial instabilen Formkorrektur des Brustkorbs durch Osteo- und Chondrotomien, so hatten die Metallspangen die Funktion, die erzielte subtile Korrektur bis zur Heilung von Rippen und Sternum stabil zu halten. Mit der minimal-invasiven Technik nach NUSS hat sich das Prinzip dahingehend geändert, dass die Korrektur des Trichters allein durch die Implantation der vorgeformten Bügel (sog. Pectus Bar) erzeugt und erhalten wird. Dies verlangt neben dem ausgefeilten Instrumentarium, belastbare Implantate und eine entsprechende Videokette im OP; Voraussetzungen wie sie in früheren Jahren noch nicht gegeben waren. Das angestrebte Ziel heute ist eine Reduktion des operativen Traumas.

Indikationsstellung für Diagnostik und Operation

Das Spannungsfeld bei der Indikationsstellung zur Trichterbrustkorrektur resultiert heute nicht aus der Operationstechnik selbst, sondern aus der Frage nach klinischer Notwendigkeit, seelischer Belastung und Ästhetik. Bei der Entscheidung für oder gegen die Operation lässt sich im Einzelfall die Bedeutung der Deformität für den Patienten, egal ob Kind, Jugendliche(r) oder Erwachsene(r), und für deren Familien nicht klar in diese drei Kriterien trennen. Hinzu kommt mehr denn je die Frage, ob wir die Kosten der Behandlung auf die Solidargemeinschaft übertragen dürfen, wenn eine objektivierbare Gesundheitsstörung im Sinne des Sozialgesetzbuchs nicht in jedem Fall nachzuweisen ist. Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist aber eine Risikoabwägung unter Berücksichtigung aller Aspekte, denn alle Publikationen zu den verschiedenen Operationsverfahren berichten auch über Komplikationen, die sich in ihrem Schweregrad nicht analog zu den Operationszugängen verkleinert haben. So wird die in Auftrag zu gebende, zumeist ambulante Diagnostik der Objektivierung kardialer (Herzechokardiographie) oder pulmonaler (Lungenfunktion) Auffälligkeiten dienen, die jedoch nicht zwangsläufig durch die Thoraxdeformität bedingt sein müssen oder trotz relevanter Trichtertiefe fehlen können. Ähnliches gilt für die Beurteilung der Trichterausprägung, ob nun mittels CT, konventionellem Röntgen mit Markierung des Trichters oder unter Nutzung volumetrischer Techniken. So wird der Haller-Index (Quotient aus transversalem Thoraxdurchmesser am tiefsten Punkt des Trichter und dem hier kürzesten anterior-posterioren Durchmesser) als Anhalt für die Schwere der Deformität herangezogen: er soll im Normalfall bei etwa 2,5 liegen. Die mit dem Alter zunehmende Bedeutung ästhetischer Momente erzeugt psychische Probleme mit Leidensdruck und Störungen im Sozialverhalten, die fachneuropsychologisch beurteilt und ebenso auf ihren Therapiebedarf hin abgeklärt werden müssen. Ziel der Untersuchungen muss es sein, objektive Entscheidungskriterien für oder gegen einen operativen Eingriff zu erhalten und die medizinische Notwendigkeit für einen Eingriff letztlich dem potentiellen Kostenträger zu begründen. Dabei stehen gerade bei Kindern und Jugendlichen Wille und Wohl der oder des Betroffenen im Mittelpunkt und nicht vordergründig elterliche Präferenzen. Eine Begleitung der Patienten und Familien über einen längeren Zeitraum ist für die Entscheidungsfindung immens hilfreich und relativiert nicht selten auch die Dringlichkeit diagnostischer Maßnahmen.

Operation und Verlauf

Die offene Thoraxwandplastik nach Rehbein stellte für alle Beteiligten eine Herausforderung dar. Die Operationszeit lag bei mehreren Stunden, die Gabe von Erythrozytenkonzentrat war fast immer notwendig. Der lange vordere Hautschnitt, die komplette muskuläre und knöcherne Mobilisation des vorderen Thorax sowie anschließende Stabilisierung mit Metallspangen, Bändern und Drähten sollen nur kurz das Ausmaß der Operation skizzieren. Die Ergebnisse in Hinblick auf die Korrektur der Trichterbrust waren gut bis sehr gut, negativ wurden von den Patienten die lange, teilweise auch unschöne Narbe gewertet (vgl. Abb. 1).

Seit 2002 ist auch in der Kinderchirurgie am Klinikum Bremen-Mitte das Rehbein-Verfahren zugunsten der MIRPE-Technik (minimal invasive repair of pectus excavatum) nach Nuss verlassen worden. Zusammengefasst wird über kleine, einige Zentimeter lange Schnitte beidseits lateral am Thorax unter thorakoskopischer Kontrolle ein individuell vorgeformter Metallbügel (Pectus-Bar) retrosternal unter dem Trichter positioniert und durch Wenden des Bügels um 180° der Thorax in die korrigierte Form gebracht. Die Enden des Bügels liegen der Thoraxwand auf und werden zur Vermeidung einer Dislokation ein- oder beidseits mit arretierenden Halteplatten versehen, die in den Weichteilen befestigt werden. Der Bügel selbst kann bedarfsweise mit Nähten gegen die Rippen fixiert werden. Die Operationszeit liegt hier bei etwa einer Stunde, im Regelfall ist keinerlei Blutsubstitution erforderlich, Drainagen sind entbehrlich. Eine rasche Mobilisation, flankiert von krankengymnastischen Maßnahmen und einer konsequenten Analgesie, kennzeichnen den anschließenden, etwa 1-wöchigen stationären Aufenthalt. Eine Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten ist bereits nach 2-3 Monaten möglich. Zusammen mit den meist sehr schönen kleinen Narben sind dies bestechende Vorteile dieser OP-Methode. Als günstiger Operationszeitpunkt wird das 12.–14. Lebensjahr gesehen, was sich sowohl mit der Flexibilität der Thoraxwand erklären lässt, als auch der Tatsache Rechnung trägt, dass der Pectus-Bar etwa 2-3 Jahre und somit bis zum Abschluss des Körperwachstums belassen werden sollte. Gleichzeitig ist dies aber auch ein Alter, in dem der Wunsch nach Korrektur der Deformität bei den betroffenen Patienten erst nachvollziehbar reift. In der Entscheidungsfindung hilft die Aussicht auf eine prompte Beseitigung des Trichters ohne wesentlich störende Narben. Damit bietet die Technik entscheidende Vorteile gegenüber konservativen Therapieansätzen, wie z. B. die Behandlung mittels Saugglocke nach KLOBE (vgl. Abb. 2). ■

Günter Einemann,
Oberarzt, Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen

Dr. Albert Linder,
Chefarzt, Klinik für Thoraxchirurgie, Klinikum Bremen-Ost, Bremen

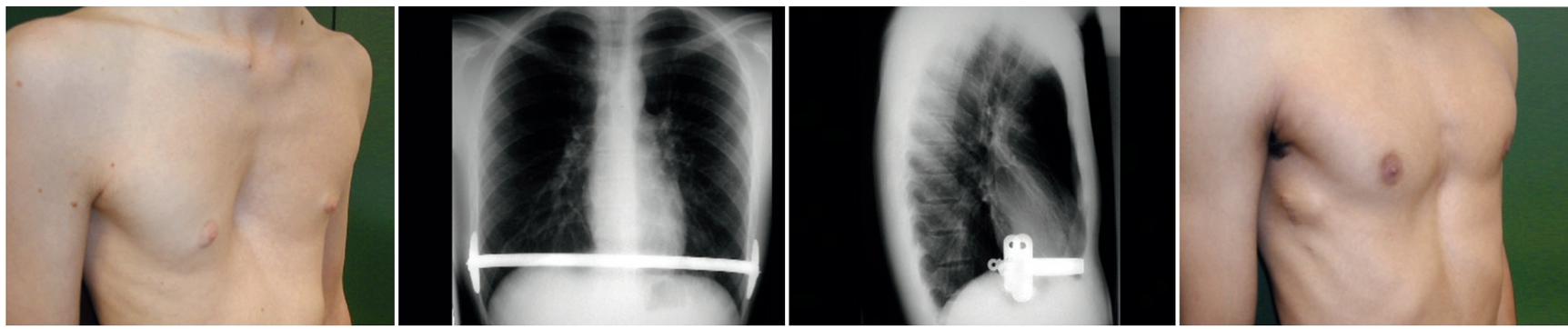


Abb. 2: Verlaufsdokumentation bei einem Trichterbrust-Patienten operiert mit der MIRPE-Technik nach Nuss.

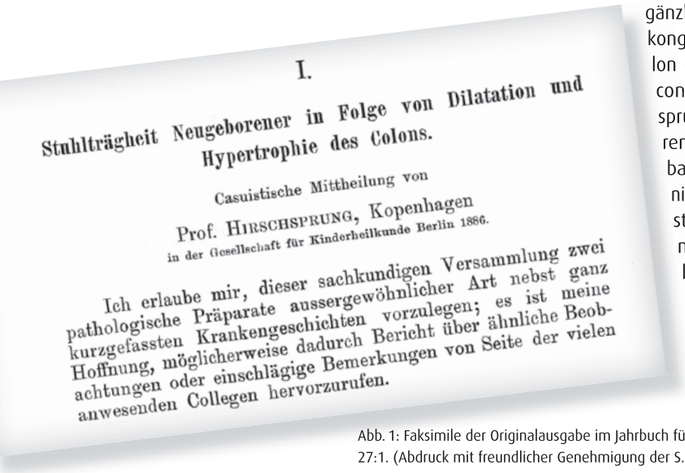
Biopsie aus dem Dickdarm 7 cm ab ano: Es handelt sich um einen einjährigen Jungen mit einem M. Hirschsprung. Das Bild zeigt vermehrt AChE-positive Fasern in der Lamina propria und Lamina muscularis mucosae. Die Submucosa enthält verbreiterte Nervenfaszikel ohne Ganglienzellen (AChE, x100 Orig.-Vergr.).

Morbus Hirschsprung

Rehbeins Beitrag und was davon bleibt

Obwohl es bereits Einzelfallbeschreibungen gab, publizierte Hirschsprung 1888 im Jahrbuch für Kinderheilkunde seine Beobachtungen bei zwei Patienten. Sie waren mit typischen Symptomen der heute als Aganglionose des Enddarmes bekannten angeborenen Fehlbildung aufgefallen und damals nach mehreren Krankenhausaufenthalten verstorben.

Hirschsprung vermutete bereits eine „atonische Situation in tiefer gelegenen Darmabschnitten", überschrieb seine Kasuistik aber mit „Stuhlträgheit Neugeborener in Folge von Dilatation und Hypertrophie des Colons" (vgl. Abb. 1). Gleich ihm wurde über eine Reihe von Jahrzehnten das Megakolon als ursächlich für die Erkrankung angesehen. Erst in den 1920iger Jahren erkannte man das Fehlen des Plexus myentericus im distal verengten Teil des Dickdarmes und die Dilatation im vorgeschalteten Segment als dessen Folge. Es gelang bis heute nicht gänzlich, den Begriff kongenitales Megakolon (auch Megacolon congenitum Hirschsprung) zu eradizieren. Die Unvereinbarkeit der kongenitalen Innervationsstörung mit einer normalen Entwicklung betroffener Kinder wurde von Hirschsprung bereits eindrucksvoll beschrieben. Mit Kenntnis der ursächlich zugrunde liegenden Pathologie stand bald auch das Therapiekonzept, welches die Resektion des aganglionären Dickdarmes vorsah. Es bedurfte allerdings noch weiterer Entwicklungen der Operations- und Narkose-Technik, um therapeutisch auch im Kindes- und vor allem im Säuglingsalter erfolgreich zu sein.



I.

Stuhlträgheit Neugeborener in Folge von Dilatation und Hypertrophie des Colons.

Casuistische Mittheilung von

Prof. HIRSCHSPRUNG, Kopenhagen

in der Gesellschaft für Kinderheilkunde Berlin 1886.

Ich erlaube mir, dieser sachkundigen Versammlung zwei pathologische Präparate aussergewöhnlicher Art nebst ganz kurzgefassten Krankengeschichten vorzulegen; es ist meine Hoffnung, möglicherweise dadurch Bericht über ähnliche Beobachtungen oder einschlägige Bemerkungen von Seite der vielen anwesenden Collegen hervorzurufen.

Abb. 1: Faksimile der Originalausgabe im Jahrbuch für Kinderheilkunde 1888; 27:1. (Abdruck mit freundlicher Genehmigung der S. Karger AG, Basel).

Diagnostik: Sicherung des Ausmaßes

Voraussetzung für den Operationserfolg ist die qualifizierte Sicherung des Ausmaßes der Aganglionose. Dies gelingt allein mit radiologischen Untersuchungen nicht, auch wenn der Kolon-Kontrasteinlauf am nativen, nicht gespülten Dickdarm einen Hinweis auf die Höhe der Übergangszone vom ganglienbesetzten zum aganglionären Darm geben kann. In gleicher Weise sind Druckmessungen im Enddarm mit dem Nachweis typischer Phänomene am M. sphincter ani internus zwar hinweisend auf das Vorliegen der Innervationsstörung, aber wenig hilfreich in der Therapieplanung. Da beim Morbus Hirschsprung (MH) keine Neuroblasten in den Enddarm einwandern, entsteht ein aganglionäres Segment mit gesteigertem Parasympatikotonus und erhöhter Acetylcholinesteraseaktivität (AChE), die sich enzymhistochemisch nachweisen lässt. Die AChE-Aktivität ist in Mucosa und Submucosa erhöht und submuköse Ganglienzellen fehlen. (Siehe nebenstehendes histologisches Bild.) Beim ultrakurzen MH ist die Aganglionose auf die distalen 3-4 cm beschränkt, und die AChE-Aktivität ist nur in Lamina muscularis mucosae und Tela submucosa gesteigert. Bei der totalen Kolonaganglionose sind AChE-positive Fasern nur in Colon descendens, Sigma und Rektum vermehrt, proximal davon fehlen sie völlig. Hier sind Ganzwandbiopsien hilfreich, in denen das Fehlen der Ganglienzellen im Plexus myentericus nachgewiesen werden kann. Innervationsstörungen des Plexus myentericus wie etwa die Hypoganglionose lassen sich nur an Ganzwandbiopsien diagnostizieren.

Operative Therapie

Alle heute gebräuchlichen operativen Techniken sehen die Resektion des aganglionären Segmentes samt der oralwärts gelegenen hypoganglionären Übergangszone vor. Sie variieren aber in der Art der Anastomosierung des nunmehr ganglienbesetzten Darmes mit dem Anorektum (vgl. Abb. 2). Da letzteres samt dem internen Schließmuskel primär von der Aganglionose mit betroffen ist, resultiert zwangsläufig ein unterschiedliches Ausmaß an verbleibender anorektaler Dysfunktion. Prof. Dr. Fritz Rehbein hat 1963 mit der tiefen anterioren Resektion eine der über lange Jahre gebräuchlichsten Techniken publiziert. Eine gedankliche Vorläuferrolle hat er einer von dem Amerikaner State angegebenen anterioren Resektion eingeräumt, dabei aber seinen grundsätzlich radikaleren und damit therapeutisch konsequenteren Ansatz in der Präparation nach distal immer betont. Insofern erscheint die gelegentliche namentliche Symbiose (State-Rehbein) unberechtigt. Vielmehr lag Rehbein, ganz im Gegensatz zu State, an einer möglichst sparsamen, sich an der Innervation des Dickdarmes und weniger dem Ausmaß seiner Megalisierung orientierenden Radikalität der Resektion oralwärts. Seine detaillierten Operationsbeschreibungen und auch das Voroperieren im Beisein zahlloser internationaler Gäste, die die Klinik in den sechziger und siebziger Jahren besuchten, überzeugten seine Kritiker davon, dass bei entsprechend standardisierter Präparation eine sehr tiefe Resektion und Anastomose unter Belassen von lediglich 2-4 cm des terminalen Rektum möglich ist. Damit empfahl sich diese rein abdominelle OP-Technik auch für eine Anwendung im jungen Säuglingsalter. Rehbeins Technik stehen alternative Verfahren gegenüber, die im Sinne eines Durchzuges des ganglienbesetzten Dickdarmes auch anorektale Präparationsschritte beinhalten. Diese dienen entweder der reinen Anastomosierung des Darmes mit einem extrem kurzen Rektumstumpf (Swenson, 1948), dem Durchzug in eine demukosierte kurze Rektummanschette (Soave, 1964) oder einem retrorektalen Durchzug unter anteiligem Erhalt eines aganglionären Rektumstumpfes (Duhamel, 1960). Noch Anfang der 90iger Jahre konnten keine Präferenzen für eines der Verfahren gesetzt werden, die sich mit dem Überwiegen von Vorteilen, insbesondere besserer Langzeitergebnisse begründen ließen. Die Wahl blieb der individuellen Erfahrung jedes Operateurs oder Zentrums überlassen. Publizierte systematische Nachuntersuchungen gaben diesem Ansatz recht.

Aktuelle Entwicklungen

Sie resultieren aus der Beschränkung im Ausmaß des operativen Zuganges und der Invasivität des Eingriffes. Zunächst war es die Entwicklung der MIC und die sich eröffnende Möglichkeit, wesentliche abdominelle Präparationsschritte laparoskopisch durchzuführen. Resektion und Anastomosierung erfolgten dann zumeist von anal her in den bekannten Techniken. Als man in den 1990iger Jahren meinte, so den Goldstandard definiert zu haben, war es De la Torre-Mondragon 1998, der seine erste Serie eines rein transanalen Vorgehens publizierte und mit dem Terminus TERPT (engl.: transanal endorectal pull through) versah. Sein Vorgehen entsprach dem von Soave, er verzichtete jedoch bei begrenzter Länge des aganglionären Segmentes auf jegliche abdominelle Präparation. Inzwischen wird auch diese Technik mit der Laparoskopie kombiniert, wenn die Länge des aganglionären Segmentes eine ausgedehntere Mobilisation des Dickdarmes erfordert. Wenn alle neuen Ansätze einen Langzeitverlauf noch schuldig bleiben müssen, so zeichnen sich in derzeit publizierten größeren Serien keine Nachteile gegenüber den früheren Techniken ab. Dies erklärt sich formal schon aus operationstaktischen Parallelen. Eindrucksvoll bleibt hingegen der schon jetzt zu beobachtende Benefit, den die Kinder aber auch die betroffenen Familien im wesentlich unkomplizierteren peri- und postoperativen Verlauf

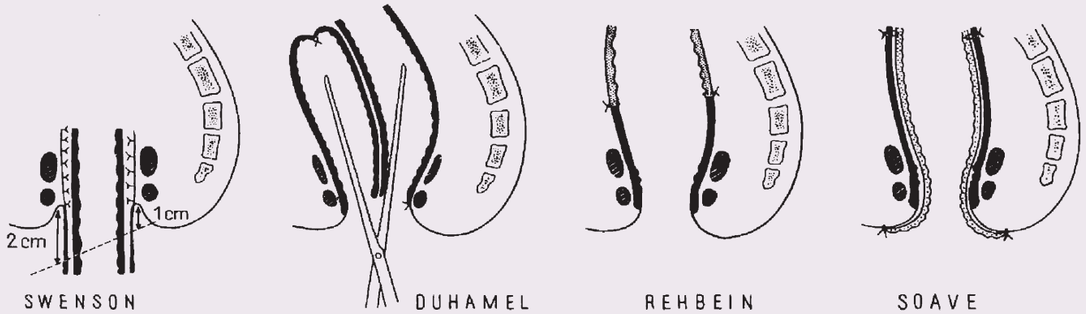


Abb. 2: Überblick über die lange Zeit gebräuchlichen Operationstechniken bei M. Hirschsprung und deren Erstbeschreiber. (Nach R. Ghisla Med. Diss., Basel 1979).

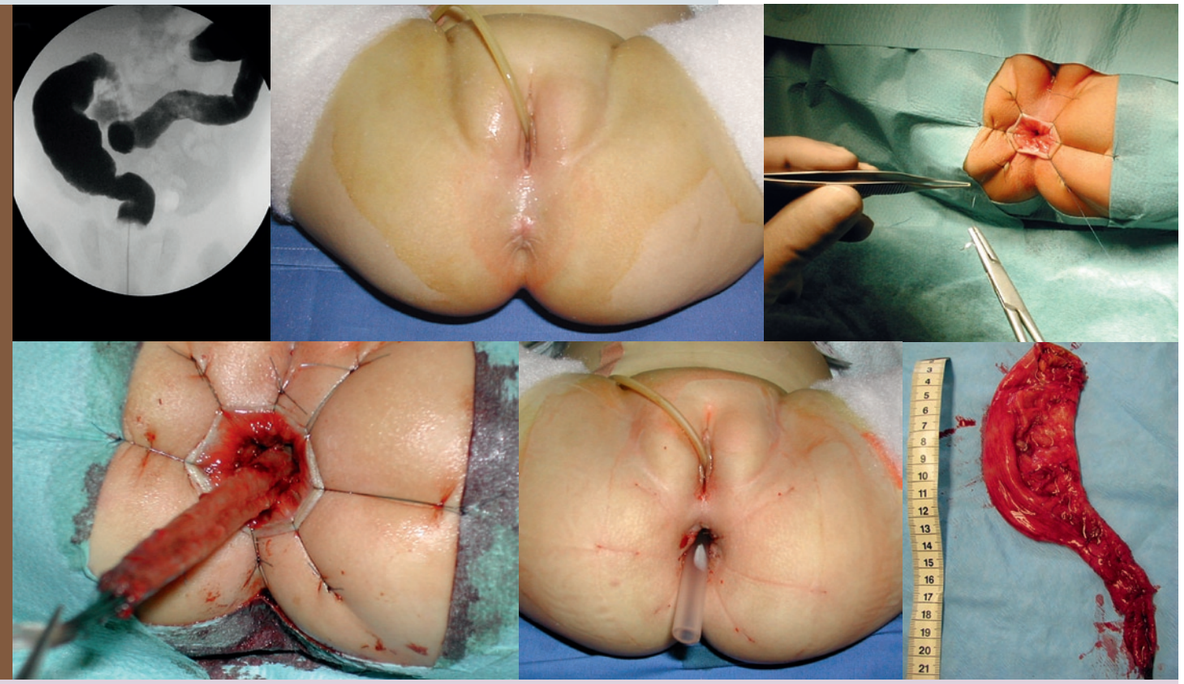


Abb. 3: OP-Situs der Resektions-Technik nach De la Torre (TERPT).

erfahren. Keine sichtbaren Narben, geringerer Bedarf an Analgesie, kürzere stationäre Verweildauer und deutlich geringerer bis fehlender Dilatationsbedarf der Anastomose im Verlauf sind offensichtliche Vorteile. Dies sind Beobachtungen, wie wir sie auch in der Mehrzahl der seit 2005 operierten knapp 20 Patienten machen konnten (vgl. Abb. 3).

Was bleibt!

Was von Rehbeins Empfehlungen bleibt ist auch heute die Frage nach der Notwendigkeit einer temporären Kolostomie zur Entlastung des Darmes. Rehbein hatte sie bereits früh und für damalige Verhältnisse innovativ beantwortet: Er verzichtete in den Fällen auf die Kolostomie, wo eine Entlastung des Dickdarmes mittels Einläufen möglich war und verlegte die Operation in ein frühes Alter, um die Risiken und Folgen des Megakolons für das Kind zu begrenzen. So konnte er in etwa der Hälfte der Fälle auf eine Kolostomie verzichten. Dies entspricht dem, was heute für jeden unkomplizierten Fall eines neu entdeckten Morbus Hirschsprung zumindest im Säuglingsalter empfohlen wird. Im Idealfall können Diagnostik und Therapie somit schon in den ersten Lebensmonaten und letztlich nur mit einem operativ-resezierenden Eingriff erfolgt bzw. abgeschlossen sein. In Fällen eines extremen Megakolons, bei langstreckiger Aganglionose (etwa 30-40 Prozent der Fälle) oder bei Vorstellung im Stadium einer schweren Kolitis (sog. toxisches Megakolon) ist eine Kolostomie allerdings weiterhin unumgänglich. Dies betrifft auch die mit etwa 5 Prozent kleine Zahl an Patienten mit einer totalen Aganglionose des Kolons (sog. Zuelzer-Wilson-Syndrom, beschrieben 1948). Da diese Innervationsstörung zusätzlich auch den Dünndarm in variablen Ausmaß betreffen kann und dann eher die Megalisierung des Dünn- als die des Dickdarmes bewirkt, muss bis zur endgültigen Operation zwangsläufig eine temporär entlastende Ileostomie angelegt werden. Für den Fall der totalen Aganglionose stellt das Rehbein'sche Verfahren als Ileorektostomie auch heute noch eine wichtige Option der definitiven chirurgischen Korrektur dar. Sie steht in Konkurrenz zur Bildung eines J-Pouches aus dem ganglienbesetzten Dünndarm mit ileoanaler Anastomose, zur Seit-zu-Seit-Anastomose mit verschieden langen aganglionären Kolonresten (Ileokolostomie nach Martin) und zur Versorgung nach einem der klassischen Durchzugsverfahren (Soave oder Duhamel). Auch hier hilft die Laparoskopie, das operative Trauma zu reduzieren und ggf. auf eine große Laparotomie zu verzichten.

Wenn kürzlich von einer holländischen Arbeitsgruppe das Rehbein Verfahren als obsolet bezeichnet wurde (Visser et al. in Pediatr Surg Int 2010), dann mag die Abkehr für eine große Gruppe von Kindern mit M. Hirschsprung berechtigt sein, denen weniger invasiv geholfen werden kann und sollte. Alle Teilschritte in Rehbeins Vorgehen sind jedoch unverändert aktuell und ausgesprochen hilfreich bei voroperierten Patienten, bei später Diagnosestellung, bei langstreckiger/totaler Aganglionose und bei jeder Form von Re-Operation nach unzureichender Resektion. Die Problematik der gestörten Relaxation des verbliebenen inneren Schließmuskels, unabhängig von der Länge der Aganglionose und der Wahl des OP-Verfahrens, bleibt ein weiteres, hochaktuelles und von Rehbein intensiv diskutiertes Thema, das den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde.

Prof. Dr. Christian Lorenz,
Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie,
Klinikum Bremen-Mitte, Bremen

Prof. Dr. Markus Bergmann,
Institutsleiter, Institut für Neuropathologie,
Klinikum Bremen-Mitte, Bremen

Ösophagusatresie

Historische und aktuelle Herausforderungen

Fritz Rehbein führte vor 60 Jahren in Bremen die erste erfolgreiche Korrektur einer Ösophagusatresie in Deutschland durch. Nicht nur, aber ganz besonders für die Therapie dieser Fehlbildung entwickelte er in Bremen mit seinen Mitarbeitern kinderchirurgische Standards.

Er operierte in vielen Ländern und gab dort seine Techniken weiter. Die subtilen Operationshinweise aus seinem Lehrbuch „Kinderchirurgische Operationen" sind uns noch heute wertvoll, gerechtfertigt durch komplikationsarme Verläufe. Während früher noch die Frühgeburtlichkeit und die Pneumonie Hauptrisikofaktoren waren, so sind heute durch die Fortschritte in der pädiatrischen Intensivmedizin und der Kinderanästhesie die (häufigen) Begleitfehlbildungen entscheidend für die Prognose. Insbesondere müssen daher in der präoperativen Diagnostik relevante Herzfehler ausgeschlossen werden.

Früh erkennbar

Der erfahrene Untersucher kann eine Ösophagusatresie im pränatalen Ultraschall erkennen, so dass bei Vorliegen eines Polyhydramnion gezielt danach gesucht werden sollte. Die Bestätigung der Diagnose erfolgt postnatal durch eine Röntgen-Thorax-Abdomen-Übersicht mit kräftiger Sonde im oberen Ösophagusblindsack. Bei der häufigsten Form der Ösophagusatresie mit Mündung des unteren Ösophagussegmentes in die Trachea (sog. untere Ösophago-tracheale Fistel) findet sich Luft im Abdomen. Fehlt diese, so liegt entweder eine Ösophagusatresie ohne Fistel vor (ca. 6 Prozent aller Ösophagusatresien) oder – noch seltener – eine Atresie mit ösophagotrachelaer Fistel zum proximalen Ösophagussegment. Insbesondere bei diesen beiden Formen muss mit einer langen Distanz zwischen den Ösophagussegmenten gerechnet werden. Wir führen bei der ersten Narkose zur Versorgung der Fehlbildung immer eine Tracheoskopie durch. Dabei kann zum einen die Mündung einer unteren Fistel gesehen werden und aus der Höhe der Einmündung eine erste Einschätzung der zu erwartenden Distanz der Segmente getroffen werden. Außerdem kann nach einer oberen Fistel gesucht werden, die häufig nur sehr schwer zu entdecken ist, aber rezidivierende pulmonale Probleme macht, wenn sie übersehen wird.

Herausforderung: Ösophaguserhaltende Therapie

Die ösophaguserhaltende Therapie trotz langer Distanz der Segmente ist eine der wesentlichen heutigen Herausforderungen der Chirurgie der Ösophagusatresie. In Bremen hat von Anfang an der Erhalt des eigenen Ösophagus im Fokus gestanden, Ösophagusersatzverfahren wurden nicht weiter verfolgt. Rehbein hat auch im Einzelfall den Ösophagusersatz durch Colon durchgeführt, hat jedoch das Verfahren wegen der Folgeprobleme im Langzeitverlauf letztlich als Lösung des Problems der Überbrückung langer Distanzen abgelehnt. Mit seinem Schüler und späteren Nachfolger (gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. G.v.d. Oelsnitz) als Direktor der Kinderchirurgischen Klinik in Bremen, Dr. Dieter Booß , entwickelte er die „Faden-Oliven-Technik" zur Überbrückung auch langer Distanzen. Der Ösophaguserhalt gelang, jedoch resultierten hartnäckige Stenosen, die im Verlauf reseziert werden mussten. D. Booß wandte sich daher konsequent der Elongation der beiden Ösophagussegmente zu. Das Verfahren wurde von Howard und Myers 1965 publiziert. Es wurde in Bremen von D. Booß etabliert. Dabei wird das obere Ösophagussegment transoral mit zwei ineinander geschobenen Plastikkathetern elongiert, während das untere Segment über ein Gastrostoma mit einem Hegarstift, der ebenfalls in einen Plastikkatheter geschoben wird, elongiert wird. Die Elongation kann in Analgosedierung im Bett auf der Station erfolgen. Allerdings ist eine präzise Absprache mit der Pflege erforderlich, denn die Maßnahme muss pünktlich nach Einsetzen der Analgosedierung erfolgen. Außerdem muss während der Elongation das obere Segment wiederholt abgesaugt werden, weil der Elongationsreiz zur Speichelproduktion führt, was das Kind irritiert, da es den Speichel nicht schlucken kann. Die Elongation wird durch möglichst nur eine/n Kinderchirurgen/in durchgeführt, damit das Gefühl für die korrekte Position im unteren Segment und den Längengewinn vergleichbar ist. Sie wird täglich für jeweils etwa 7-8 Minuten pro Segment durchgeführt, so dass auch an Wochenenden oder zu Urlaubszeiten eine entsprechende Versorgung abgesprochen wird. Damit ist die Therapie personell aufwändig und an entsprechende Erfahrung gebunden. Initial wird die Distanz der Segmente radiologisch unter Durchleuchtung in Narkose bestimmt, dabei wird dann auch transoral ein Hegarstift in das proximale Ösophagussegment eingeführt. Wir schätzen dabei auch die Spannung zwischen beiden Segmenten ein, wenn man sie mit Hilfe der Hegarstifte aufeinander zu bewegt. Die weiteren Kontrollen des Elongationsfortschrittes geschehen dann etwa alle 4 Wochen ebenfalls radiologisch in Narkose (vgl. Abb. 1-3 auf der nächsten Seite). Die Elongation setzt einen Wachstumsreiz auf die Segmente und führt in aller Regel nach etwa 6-8 Wochen zur einem Überlappen der Segmente unter Längsspannung, so dass dann die End-zu-End-Anastomose der Ösophagusenden wie bei der unkomplizierten Ösophagusatresie erfolgen kann. Immer wieder wird von anderen Zentren über Schwierigkeiten berichtet, in das untere Segment zu gelangen. Hier ist natürlich schon bei der Anlage der Gastrostomie darauf zu achten, dass diese in geeigneter Position an der Magenvorderwand leicht zur kleinen Kurvatur rotiert angelegt wird. Die erste Röntgendarstellung der Segmente hilft außerdem,

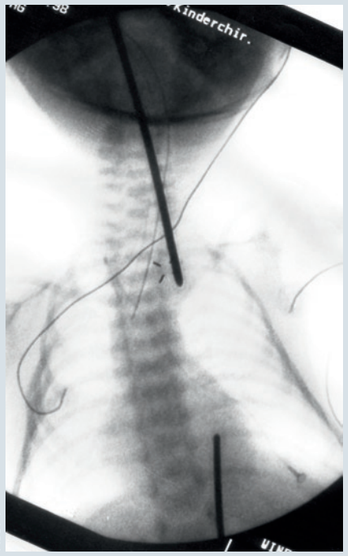


Abb. 1

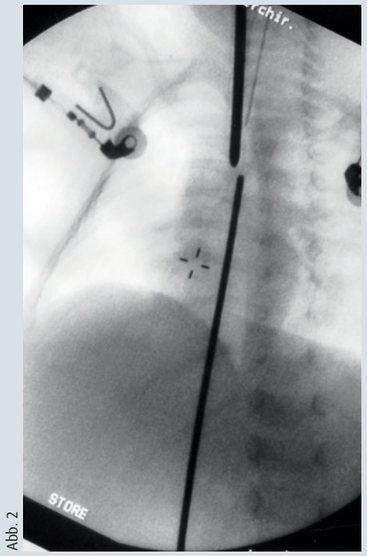


Abb. 2

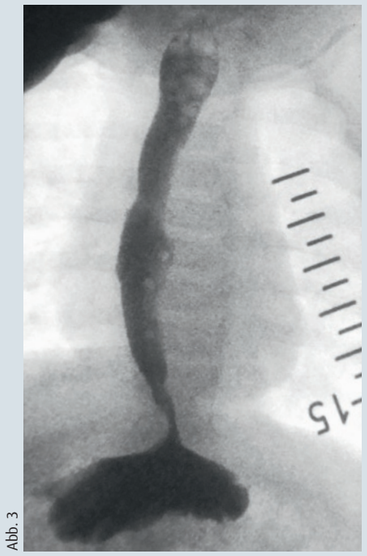


Abb. 3

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Elongation zu Therapiebeginn und vor Anastomose. Die Abbildung 3 zeigt: Das Kind trinkt nach Anastomose das Kontrastmittel, keine Stenose, aber Reflux (noch kons. therapiert).

das eigene Gefühl beim Intubieren des unteren Segmentes zu überprüfen, in aller Regel ist aber sehr gut spürbar, wenn man im unteren Segment (versus Magenfundus) ist, so dass wir die Technik auch an angehende Kinderchirurgen am Ende der Weiterbildung bei uns vermitteln.

Traktionstechnik

2006 hatten wir John Foker aus Minnesota/USA in Bremen zu Gast, der sich ebenfalls auf die ösophaguserhaltende Therapie langstreckiger Ösophagusatresien spezialisiert hat. Er hat eine Technik der Traktion beider Segmente entwickelt, die auch sehr lange Distanzen innerhalb von ca. zehn Tagen überbrücken kann. Hierzu muss allerdings thorakotomiert werden. Es werden dann nach Mobilisation beider Segmente an die Enden Traktionsnähte gelegt, die streng extraluminär gestochen werden müssen. Sie werden dann nach außen dorso-lateral durch die Haut nach cranial (unteres Segment) und caudal (oberes Segment) über ein Silikonpolster ausgeleitet. Der Zug an den Fäden wird täglich etwas erhöht, indem kleine Plastikröhrchen unter die Fadenschlaufen geschoben werden (vgl. Abb. 4). Die Segmentenden werden mit Metallclips markiert, so dass der Fortschritt der Traktion radiologisch kontrolliert werden kann. Auch die Traktion bewirkt ein Wachstum der Segmente, in unseren Augen auch entscheidend für die rasche Überbrückung der Distanz und merkbar bei der Herstellung der späteren Anastomose. Wenn die Clips sich angenähert haben, erfolgt die Rethorakotomie und die Segmente werden anastomosiert (vgl. Abb. 5 und 6). Zur Prävention von Adhäsionen im Bereich der Thorakotomie und auch der Segmente legen wir dünne Silasticfolie zwischen die Rippen und die Lunge bzw. um die Segmentenden. Nachteil an der Traktionsmethode im Vergleich zur Elongation ist nicht nur der höhere Operationsaufwand, sondern auch, dass die Kinder während der ca. 10-14-tägigen Traktionszeit so ruhig sein sollten, dass eine Beatmung mit tiefer Sedierung erforderlich ist. Die Fäden können ausreißen, dann müssen sie ggf. neu gelegt werden. Allerdings kann mit der externen Traktion auch eine lange Distanz in relativ kurzer Zeit überbrückt werden. Die niederländische Arbeitsgruppe um Bax und van der Zee hat Traktionsnähte auch schon thorakoskopisch erfolgreich angelegt. Wir haben in Bremen die Traktionstechnik erstmals 2006 gemeinsam mit John Foker an einem Kind angewandt, bei dem im Ausland bei langstreckiger Ösophagusatresie das proximale Segment am Hals ausgeleitet worden war. Ein solche cervicale Ösophagostomie gefährdet und erschwert den Ösophaguserhalt durch zusätzliche Narbenbildung und die Notwendigkeit, das Ösophagussegment zurückzuverlagern. Deshalb wird diese Operation in Bremen nicht durchgeführt. Das obere Segment wird bis zur Anastomose mit einer Doppelumensonde (Replogle) abgesaugt.

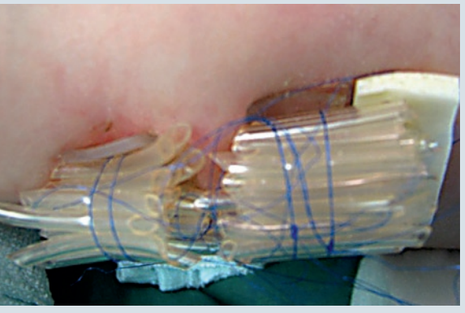


Abb. 4: Externe Traktion.

Abb. 5: Lange Distanz zu Beginn der Traktion, Ösophagusenden mit Clips markiert.

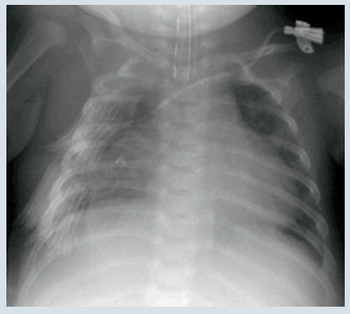


Abb. 6: Nach acht Tagen Traktion: Berühren der Segmente.

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

GESUNDHEIT NORD
Klinikverbund Bremen

Ergebnisse der Therapie langstreckiger Ösophagusatresien in Bremen

1978 - 2011 28 therapierte langstreckige Atresien, davon 3 vor Anastomose an Begleitfehlbildungen verstorben

ohne Tracheoöspophageale Fistel : 15	mit prox. Tracheoösophagealer Fistel: 6	mit dist.Tracheoösophagealer Fistel: 7
Anastomose nach Elongation: 21	Anastomose nach Traktion: 2	Magenhochzug bzw. Jejunuminterponat: 2 (ausw.)

Ergebnisse nach Anastomose	n = 23
Anastomosenleckage (kons. therapiert)	1
Stenosen dilatiert	10, davon 3 noch in Beh.
gastroösophagealer Reflux operiert	6, bei 4 weiteren steht vorauss. Op an
Recurrensparese	1
verstorben	3 (2 wg. Begleitfehlbildungen, 1 Mediastinitis nach Dilatation Anastomosenstenose)
„Lost for Follw-up“	1

Das Kind nach Magenhochzug (London) vor 15 Jahren hat einen schwerern galligen Reflux, kann nur im Sitzen schlafen und hat eine chronische Ösophagitis in der Anastomosenregion. Das Kind mit Jejunuminterponat (Rotterdam) ist voll enteral ernährt und ca. 1,5 Jahre nach Interponat mit bislang guter Funktion. Ein Kind nach Elongation mit schwierigem Verlauf und vielfältigen Begleitfehlbildungen hat eine schwere Anastomosenstriktur. Zur von uns empfohlenen Resektion der Stenose konnten sich die Eltern noch nicht entschließen, derzeit wird eine häusliche Ballondilatationsbehadlung unter Federführung der Kölner Kinderanästhesie versucht.

Ergebnisse der Therapie langstreckiger Ösophagusatresien in Bremen.

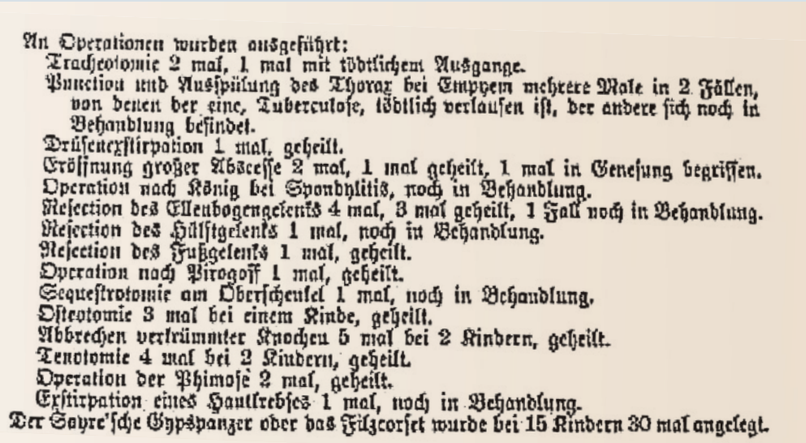
Ziel: Ein normales Leben ermöglichen

Die Kinder haben nach der Anastomose die gleichen Chancen und Probleme wie die Kinder mit einer nicht-langstreckigen Ösophagusatresie. Die typischen Probleme wie Anastomosenstriktur und gastroösophagealer Reflux werden genauso evaluiert und therapiert (Dilatation in Narkose bzw. Fundoplikatio, wenn ein relevanter Reflux nachgewiesen ist). Das Ziel ist, ein normales Leben zu ermöglichen über eine normale Lebenspanne. Die Ösophagusersatzverfahren müssen sich an diesem Ziel messen. Dabei ist das Coloninterponat wegen vielfältiger Langzeit-Probleme (u.a. Dilatation des Interponats, fehlende Peristaltik) schon von Rehbein als ungünstig beurteilt worden. Weltweit am häufigsten, und auch in sehr großen Zentren als Standardmethode bei langer Distanz, wird der Magenhochzug angewandt. Dabei wird der Magenfundus an das obere Ösophagussegment anastomosiert. Die Technik ist vergleichsweise einfach und ermöglicht den Kindern tatsächlich eine akzeptable Nahrungsaufnahme und Lebensqualität. Der Preis allerdings ist hoch, denn es kommt in aller Regel zu einem galligen Reflux mit entsprechenden Risiken (Aspiration, Ösophagitis im Bereich der Anastomose, Zahnschäden). Noch nicht absehbar ist, inwieweit die Anastomosenregion damit zu einem Risikoort für die Entwicklung eines Carcinoms im Langzeitverlauf wird. Technisch deutlich anspruchsvoller ist das vaskularisierte Jejunuminterponat. Die veröffentlichten Erfahrungen (in Europa vor allem von der niederländische Arbeitsgruppe um Klaas Bax/Rotterdam) lassen aber vermuten, dass dieses Verfahren die besten Langzeitergebnisse erbringt, wenn ein Ösophagusersatz notwendig wird, ohne erhöhte Refluxproblematik, ohne wesentliche Dilatation und mit erhaltener Peristaltik des Interponats. ■

Dr. Heidrun Gitter,
Leitende Oberärztin, Klinik für Kinderchirurgie und –urologie, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen

Entwicklung der Kinderchirurgie in Bremen

In der medizinischen Fachwelt gilt Prof. Dr. Fritz Rehbein, neben Prof. Dr. Anton Oberniedermayr aus München, als Pionier der deutschen Kinderchirurgie. Im April 2011 jährt sich Rehbeins Geburtstag zum 100. Mal.


An Operationen wurden ausgeführt:
Tracheotomie 2 mal, 1 mal mit tödtlichem Ausgange.
Punction und Ausspülung des Thorax bei Empyem mehrere Male in 2 Fällen, von denen der eine, Tuberculose, tödtlich verlaufen ist, der andere sich noch in Behandlung befindet.
Drüsenexstirpation 1 mal, geheilt.
Eröffnung großer Abscesse 2 mal, 1 mal geheilt, 1 mal in Genesung begriffen.
Operation nach König bei Spondylitis, noch in Behandlung.
Resection des Ellenbogengelenks 4 mal, 3 mal geheilt, 1 Fall noch in Behandlung.
Resection des Hüftgelenks 1 mal, noch in Behandlung.
Resection des Fußgelenks 1 mal, geheilt.
Operation nach Pirogoff 1 mal, geheilt.
Sequestrotomie am Oberschenkel 1 mal, noch in Behandlung.
Osteotomie 3 mal bei einem Kinde, geheilt.
Abbrechen verkrümmter Knochen 5 mal bei 2 Kindern, geheilt.
Tenotomie 4 mal bei 2 Kindern, geheilt.
Operation der Phimose 2 mal, geheilt.
Exstirpation eines Hautkrebses 1 mal, noch in Behandlung.
Der Sayre'sche Gypspanzer oder das Filzcorset wurde bei 15 Kindern 30 mal angelegt.

Operative Eingriffe bei Kindern im Jahr 1882.

Grund genug, einen Blick zurück zu werfen: auf die Biographie dieses außergewöhnlichen Arztes, der Medizingeschichte schrieb, aber auch auf die Geschichte der Bremer Kinderchirurgischen Klinik, an der er über ein viertel Jahrhundert mit großem Erfolg gewirkt hat und der er zu internationalem Ansehen verhalf.

Die Anfänge – Chirurgie am Kind

Die Bremer Kinderklinik, ebenso wie die Klinik für Kinderchirurgie haben ihre Wurzeln im Bremer Kinderkrankenhaus, das 1846 in der Mühlenstraße (heute Paulskloster) eröffnet wurde. Auf Initiative eines wohltätigen Vereins startete man hier mit sechs Betten für kranke und pflegebedürftige Kinder bis zum achten Lebensjahr. Zum ersten Mal wird im Jahresbericht 1851/52 über chirurgische Eingriffe berichtet: An „größeren Operationen" seien „durch Herrn Dr. Tölken eine Operation des Klumpfußes und eine Amputation des Oberschenkels wegen Vereiterung des Kniegelenks" durchgeführt worden, „beide mit einem günstigen Erfolg." 1860 zog die Institution in ein eigens zu diesem Zwecke erbautes Gebäude im Fehrfelde (heute Ansgar-Haus auf dem Gelände des Gesundheitsamtes an der Horner Straße), das 1882 durch einen „chirurgischen Pavillon" auf insgesamt 200 Betten erweitert wurde. Alle Ärzte im Kinderkrankenhaus arbeiteten über Jahrzehnte unentgeltlich. Erst ab Ende des 19. Jh. erhielten sie „eine kleine, ihrem Aufwande an Zeit und Mühe wenig äquivalente Entschädigung". Während die Operationen zunächst durch verschiedene Chirurgen (Drs. Dreier, Hurm, Diedrich Kulenkampff) ausgeführt wurden, war von 1896-1902 Dr. Enrique Sattler und von 1902-1911 Dr. Georg Mertens für die ständig steigende Zahl der zu Operierenden zuständig. Zwischen 1882 und 1901 war die Zahl der Eingriffe von 31 auf 272 angestiegen. Ein drängendes Thema im Kinderkrankenhaus, ebenso wie auf der chirurgischen Abteilung, waren die lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten Scharlach, Masern und vor allem die Diphtherie, an deren Folgen viele Kinder starben. Allein 1911 endete der Luftröhrenschnitt, als die letzte Möglichkeit zur Behandlung der Rachen- und Kehlkopf-Diphtherie in 32 von 70 Fällen tödlich.

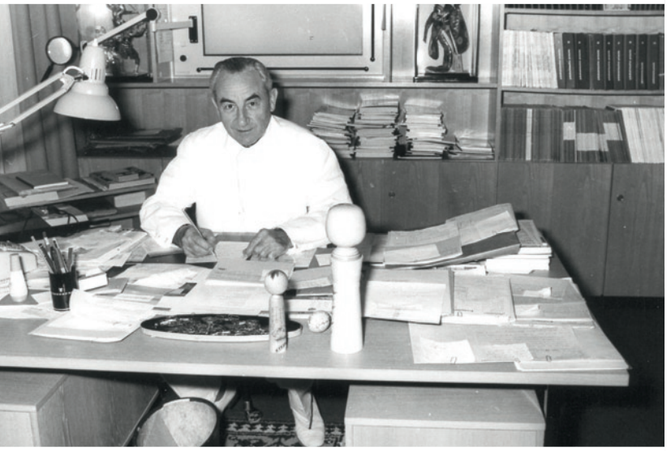
Kinderchirurgie auf dem Weg zum Spezialfach

Im Jahr 1911 übernahm der Bremer Arzt Dr. Johannes Strassburg (1877-1965), seit 1906 Oberarzt in der Chirurgischen Klinik der „Großen Krankenanstalt", die Leitung der Abteilung. In seine Amtszeit fiel die organisatorische und räumliche Umstrukturierung des Kinderkrankenhauses. Nachdem der Verein die Trägerschaft aus wirtschaftlichen Gründen an den Bremer Staat abgegeben hatte (1.1.1921), erfolgte ab 1923 die Eingliederung des Kinderkrankenhauses in die Krankenanstalt. Bis zum Bau einer neuen Kinderklinik sollte es noch viele Jahre dauern und so musste die chirurgische Abteilung zunächst Zwischenstation im Willehadhaus (heute Rotes Kreuz Krankenhaus) machen. Wegen finanzieller Probleme infolge von Inflation und Weltwirtschaftskrise zog sich der Bau des dringend benötigten Kinderkrankenhauses in die Länge (1929-1937); erst im Oktober 1934 konnte die Kinderchirurgie ihre Räume im ersten Stock des neuen Krankenhauses an der Friedrich-Karl-Straße beziehen.

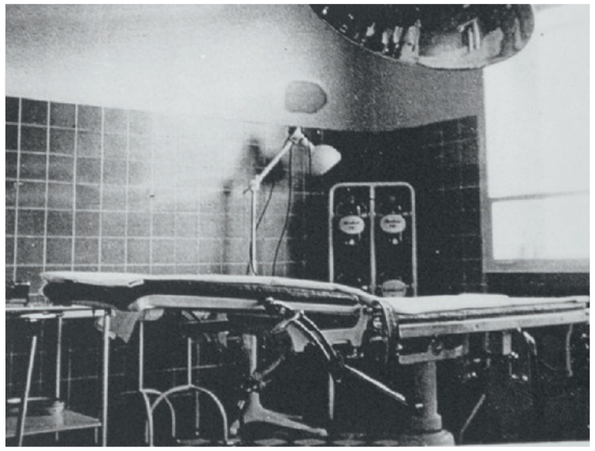
Neue Leitung – neue Perspektiven: Fritz Rehbein

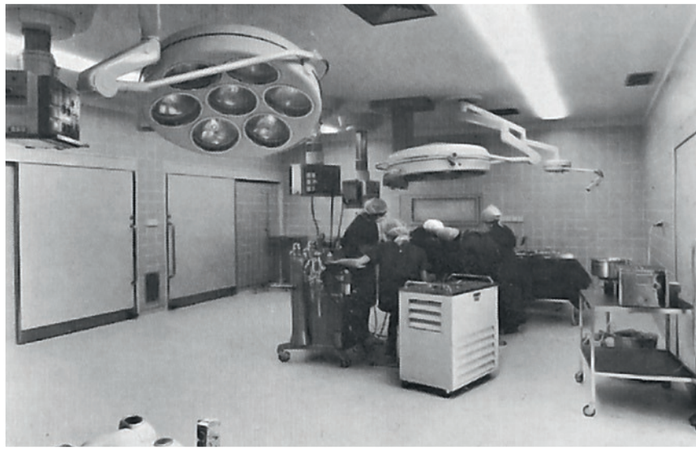
Dr. Johannes Straßburg war bereits 73 Jahre alt, als er nach fast vierzigjähriger Dienstzeit 1951 in den Ruhestand ging und die Leitung der Kinderchirurgie an Fritz Rehbein abgab. Rehbein (geb. 08.04.1911) hatte zwischen 1929 und 1935 Medizin an den Universitäten in München, Bonn, Hamburg und Heidelberg studiert, wo er auch seine Dissertation vorlegte. Seit Sommer 1936 arbeitete er zunächst als Volontärassistent, später als Assistenz- und Oberarzt in der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen. Da der Chirurg parteipolitisch nicht weiter hervorgetreten war, konnte er gleich nach seiner Rückkehr im Juni 1945 an seinen Arbeitsplatz in der Göttinger Universitätsklinik zurückkehren, wo er 1946 den Facharzt für Chirurgie und Orthopädie ablegte und sich 1948 für diese beiden Fächer habilitierte. Seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Medizinischen Fakultät Göttingen erfolgte 1953. Da war er bereits Leiter der Bremer Abteilung die 1964 in Klinik für Kinderchirurgie umbenannt wurde. Auf Empfehlung von Prof. Dr. Rudolf Hess, dem Leiter der Bremer Kinderklinik, hatte Rehbein bereits 1948 die Urlaubsvertretung von Dr. Straßburg übernommen, wo sicher die Weichen für die weitere berufliche Zukunft des Chirurgen gestellt worden sind. Als Rehbein die Klinik am 01.01.1951 übernahm, handelte es sich um eine kleine Abteilung mit einem Assistenten, an der im Wesentlichen Leistenhernien, Leistenhoden, Appendizitiden und Unfälle behandelt wurden. Doch noch im selben Jahr schrieb er Medizingeschichte, als ihm die erste erfolgreiche Ösophagusatresie-Operation in Deutschland gelang. Dies war 10 Jahre zuvor dem Amerikaner Cameron Haight in Michigan zum ersten Mal geglückt. Bis dahin hatten Kinder, die mit einer derartigen Fehlbildung der Speiseröhre geboren wurden, keine Überlebenschance. Rehbein selbst bewertete diese erste erfolgreiche End-zu-End-Anastomose als die Geburtsstunde der modernen Kinderchirurgie. „Es klingt heute schier unglaublich, dass wir die ersten Fälle noch ohne Intubation in Äthertropfnarkose operiert haben", schrieb Rehbein 1983 rückblickend. Während seiner aktiven Zeit in der Bremer Kinderklinik wurden über 500 derartige Operationen durchgeführt.

Rehbein hat in seiner Amtszeit zusammen mit seinem Team zahlreiche neue Operationsmethoden bis ins Einzelne erdacht, erprobt und veröffentlicht. Sein besonderes kinderchirurgisches Engagement galt neben der Ösophagusatresie


Prof. Dr. Rehbein in seinem Arbeitszimmer...

...und auf der Station.


OP-Saal der Kinderchirurgie vor 1950.


Einer von vier OP-Sälen im 1974 eröffneten OP-Trakt der Klinik.

Dr. Hans Straßburg auf dem Balkon der Kinderklinik in den 30-er Jahren.

Prof. Dr. Rehbein bei einer Operation (links sitzend) und Dr. Booß (rechts stehend).

der Diagnostik und Behandlung des M. Hirschsprung, der operativen Therapie der Trichterbrust, der Hiatushernie, der Analatresie aber auch der Kinderurologie. Bereits Anfang der 1960er Jahre galt die Bremer Kinderchirurgie für „auswärtige und ausländische Ärzte als Zentrum einer wagemutigen, fortschrittlichen Operationstechnik“ (Weser-Kurier 8.4.1961). Seine Forschungsergebnisse und profunden Operationserfahrungen veröffentlichte Rehbein in Aufsätzen und Vorträgen, aber vor allem in dem Fachbuch „Kinderchirurgische Operationen“ (1976), das noch heute in weiten Teilen aktuell und zudem ein herausragendes Beispiel für didaktische Klarheit ist. Darüber hinaus war der Bremer Arzt 1964 Mitbegründer und Schriftführer (bis 1983) der weltweit zweitältesten, der Kinderchirurgie gewidmeten „Zeitschrift für Kinderchirurgie“.

Auch baugeschichtliche Meilensteine

In Rehbeins Amtszeit fielen Meilensteine in der Baugeschichte der Bremer Kinderchirurgie, darunter die räumliche Erweiterung im Jahr 1964, die Einweihung einer Intensivstation 1966 aber vor allem die in Betriebnahme des Neubaus der Kinderchirurgie im April 1974. Für 12,5 Millionen DM war ein Gebäude entstanden, das den modernen Anforderungen der Kinderchirurgie entsprach und allein vier große OP-Säle samt Aufwacheinheit, Ambulanzbereiche, Arztzimmer, Bereiche für die Anästhesie und eine Zentralsterilisation – alles mit moderner Wasser-, Heizungs- und Klimatechnik ausgestattet, enthielt. Neben der Tätigkeit im Operationssaal und am Krankenbett erwarb sich Rehbein große Meriten durch seine aktive Teilnahme im internationalen Netzwerk der Kinderchirurgie. Startpunkt war 1953 seine Einladung zur Teilnahme am Kongress der neugegründeten „British Association of Paediatric Surgeons“ (BAPS). Vorträge auf Kongressen und in Universitäten führten den Kinderchirurgen u.a. ins ägyptische Alexandria (1962), nach Tokio (1965), Malta (1968), Australien (1970) und mehrmals in die USA. 1975 reiste Rehbein für zwei Wochen auf Vermittlung des Bremer Bürgermeisters Hans Koschnik nach Ljubljana, um Ärztinnen und Ärzte in der neu eröffneten kinderchirurgischen Klinik zu unterrichten. Diese vielfältigen Kontakte in die osteuropäischen Länder, u.a. auch zu polnischen Gesellschaften und Institutionen waren ihm immer ein besonderes Anliegen. Fachliche Höhepunkte waren das Internationale Symposium zur Ösophagusatresie 1974 und der dreitägige Bremer Kongress der „British Association of Paediatric Surgeons“ im Sommer 1967. Die Nachricht von der Exklusivität dieser Veranstaltung mit 260 Gästen aus 37 Ländern war 1967 sogar bis zum Bremer Senat vorgedrungen. Als öffentliches Zeichen der Anerkennung sollte Rehbein die 13. Bremische Medaille für Kunst und Wissenschaft verliehen werden. Im Vorfeld hatte das für Irritationen gesorgt, da der zukünftige Preisträger die festgesetzte Altergrenze von 65 Jahren noch nicht erreicht hatte, und der Preis bis dato ausschließlich an Personen aus dem kulturellen Leben verliehen worden war (u.a. Rudolf Alexander Schröder 1938, Anton Kippenberg 1944). Doch sowohl der damalige Bürgermeister Hans Koschnik plädierte für die Ehrung der „außerordentlich beachtliche(n) medizinischen Kapazität“ als auch der Gesundheitssenator Karl Weßling hielt den Kritikern entgegen: „Bremen neige dazu, seine positiven Leistungen nicht genügend herauszustellen.“ Immerhin sei die Hansestadt auf dem Gebiete der Kinderchirurgie und Anästhesie „absolut führend.“ Und so einigte man sich auf einen Kompromiss: in diesem Jahr wurden zwei Medaillen verliehen. Eine ging an den damaligen Direktor der Bremer Kunsthalle Günther Busch, die andere an den Bremer Kinderchirurgen. Nach 25 Dienstjahren wurde Fritz Rehbein im Mai 1976 feierlich in den Ruhestand verabschiedet. Die Liste der Auszeichnungen, mit denen der Kinderchirurg auch über seine aktive Arbeitszeit hinaus geehrt wurde, ist lang. Herausragend war die Verleihung der Paracelsus-Medaille 1976. Dass diese höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft damals erst- und bisher einmalig an einen Kinderchirurgen ging, gilt bis heute als ein Höhepunkt in der Geschichte der noch jungen medizinischen Disziplin. Rehbein starb im Alter von 80 Jahren.

Weiterentwicklung des Erbes

Die Nachfolge Rehbeins traten 1976 Prof. Dr. Dr. Gerd von der Oelsnitz (1976 – 1996) und Dr. Dieter Booß (1976 – 2002) gemeinsam an. Ihnen gelang es, den hohen Standard der Rehbein'schen Schule fortzuschreiben und für einige der aufgeführten Spezialitäten weiter zu entwickeln. Dies betrifft Themen wie die Therapie der Ösophagusatresie, der Trichter- und Kielbrust oder auch der Kinderurologie. In die Amtszeit des Nachfolgers Prof. Dr. Christian Lorenz (seit 2002) fällt dann schon die Umbenennung in Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie. Über all die Jahre steht die Klinik für ein breites Spektrum kinderchirurgischer Angebote. Im Verbund mit den Pädiatrischen Kliniken stellt sie eine wichtige Säule der Kindermedizin für Bremen und ein weites Umland dar. Eine aktive Mitarbeit in den Strukturen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie bestimmt genauso den Alltag wie eigene Aktivitäten

im Rahmen von Publikationen, Vorträgen und wissenschaftlichen Veranstaltungen. Ein aktueller Beleg mag das Fritz-Rehbein-Symposium mit internationaler Beteiligung am 8. und 9. April in Bremen sein (www.conventus.de/kcb2011). ■

Literatur bei der Verfasserin

Anmerkung: Vielen Dank an Prof. Dr. Christian Lorenz für verschiedene fachmedizinische Ergänzungen und den Ausblick auf die Entwicklung der Klinik für Kinderchirurgie nach 1976.

Gerda Engelbracht,
Engelbracht und Hauser, Geschichts- und Kulturkonzepte, Bremen

Abstrakte Kunst in der KV Bremen

Mit einer Vernissage am Mittwoch, 4. Mai, 16 Uhr, eröffnet die KV Bremen einen Ausstellung von Margrit Schneider unter dem Titel „Farbe.Struktur.Gestik.II“. Die Bremer Künstlerin steht für abstrakte Malerei in Öl und Acryl. Sie hat sich in der Region durch diverse Ausstellungen u.a. im Bremer Rathaus einen guten Namen gemacht. In der KV Bremen sind ihre Werke noch bis zum 26. August zu bewundern.

Todesfalle Metamizol?

Seit Ende 2009 wurden der Pharmakologie in Bremen fünf Fälle lebensbedrohlicher Agranulozytosen und anaphylaktoider Reaktionen gemeldet, zwei mit tödlichem Ausgang.

Anaphylaktoide Reaktionen mit Hypotonie

Ein Mann (60 J.) mit Pharynx-Karzinom erhielt wegen Kopfschmerzen 1g Metamizol intravenös. Nach wenigen Minuten traten Dyspnoe und Kreislaufdekompensation auf. Unter Sauerstoff- und Volumengabe erholte sich der Patient vollständig. Bei einem Mann (55 J.) mit COPD wurde zur Analgesie bei schulternahem Lipom eine Therapie mit täglich 3 x 750mg Metamizol begonnen. Eine Woche später musste er nach Einnahme seiner Medikamente, darunter Metamizol, reanimiert werden. Im weiteren Verlauf erhielt der Patient wegen hohem, infektionsbedingten Fieber, das auf Paracetamol unzureichend ansprach, intravenös Metamizol. Darunter entwickelte er wiederholt schwere Bronchokonstriktionen.

Agranulozytosen

Eine Frau (70 J.) mit rheumatoider Arthritis und chronischem therapierefraktären Schmerzsyndrom erhielt seit einem Jahr Methotrexat (MTX), Prednisolon und täglich 3 x 1g Metamizol. Wegen unklarer Tachykardie wurde die Patientin stationär aufgenommen. Es zeigte sich bei Agranulozytose (Leukozyten 0,3/nl) ein beginnendes septisches Krankheitsbild. Trotz sofortigen Absetzens von Metamizol sowie Gabe von Granulozytenkolonie-stimulierenden Faktoren (G-CSF) und Antibiotika verstarb die Patientin. Eine Frau (25 J.) nahm bei unklarer Indikation bedarfsweise Metamizol. Wegen Depressionen wurde eine Behandlung mit Mirtazapin begonnen. Nach einer Woche kam es zu abdominellen Beschwerden und progredienten Diarrhoen. Wegen Kreislaufdekompensation erfolgte die stationäre Aufnahme. Die dort diagnostizierte Sepsis bei Agranulozytose (Leukozyten 0,6/nl) wurde mit Katecholaminen, Antibiotika und G-CSF sowie dem Absetzen von Mirtazapin erfolgreich behandelt. Eine Frau (60 J.) erhielt zur postoperativen Analgesie täglich 4 x 1g Metamizol, zwei Tage später zusätzlich Amitriptylin. Fünf Tage nach Beginn der Behandlung mit Metamizol kam es zu einer Panzytopenie (Leukozyten 2,0/nl; Thrombozyten 47/nl; Erythrozyten 2,6/nl). Die Amitriptylingabe wurde sofort, die von Metamizol drei Tage später beendet, die Blutwerte normalisierten sich.

Diskussion

Das Risiko potenziell letaler hypotensiver Reaktionen unter Metamizol steigt mit der Höhe der Dosis und der Schnelligkeit der intravenösen Gabe sowie bei zuvor bestehender Hypotonie, Hypovolämie oder hohem Fieber. Die Inzidenz für anaphylaktoide Reaktionen nach i.v. Gabe wird mit 1:5.000 angegeben. Nach oraler Gabe treten sie seltener auf. Bei Intoleranz gegenüber Acetylsalicylsäure oder anderen nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) besteht die Gefahr einer Kreuzintoleranz gegenüber Metamizol. Für Agranulozytosen wird in der Literatur eine sehr unterschiedliche Inzidenz zwischen einem Fall pro 1.400 Verschreibungen oder einem Fall pro 1 Million Wochen der Anwendung genannt; die Letalität wird mit 7 bis 32 Prozent angegeben. Die niedrige Inzidenz geht auf eine Hersteller-gesponserte Studie zurück, die höhere auf unabhängige schwedische Erhebungen. Bei aller Unsicherheit von Zahlen, die auf Basis von Spontanmeldungen kalkuliert sind, ist der unabhängigen Erhebung größeres Vertrauen zu schenken. Eine aktuelle Erhebung zeigt, dass in Deutschland bei hospitalisierten Patienten jährlich mit 72 Metamizol-induzierten Agranulozytosen gerechnet werden muss. Nicht immer kann eine kausale Beziehung mit Sicherheit belegt werden, insbesondere wenn Begleitmedikationen, wie bei den geschilderten Fällen MTX bzw. Mirtazapin, auch als Ursache in Frage kommen. Der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft werden in den vergangenen Jahren zunehmend Agranulozytosen unter Metamizol berichtet; die Anzahl korreliert mit dem Vorordnungsanstieg (vgl. Abb. unten).

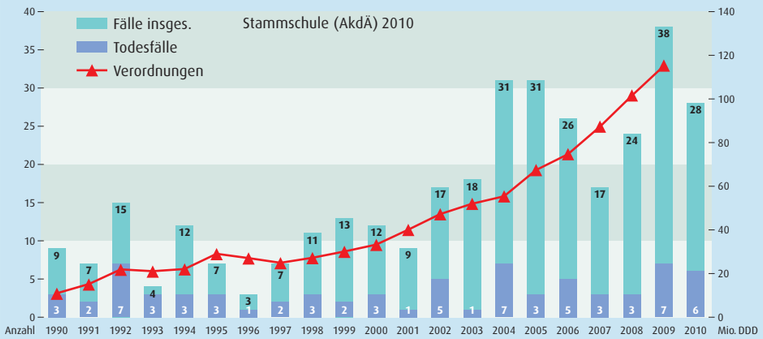
Fazit

Auf den besorgniserregenden Verordnungszuwachs von Metamizol, auch in Bremen, wurde von den Autoren wiederholt hingewiesen. Dies mag mit seiner recht großzügigen Nennung in aktuellen Leitlinien zusammenhängen. Die Kasuistiken zeigen, dass die Sicherheitsbedenken keine praxisferne Theorie darstellen. Ohne Zweifel wirkt Metamizol ausgezeichnet antipyretisch und analgetisch. Es bleibt aber festzuhalten, dass viele Länder der Welt wie Schweden, Großbritannien und die USA ohne Metamizol auskommen, weil es dort wegen des Nebenwirkungsrisikos nicht zugelassen ist. Sein Einsatz ist dann gerechtfertigt, wenn Paracetamol, NSAR und Opioide nicht ausreichen oder nicht gegeben werden dürfen. Ansonsten ist im Fall eines Schadens der verordnende Arzt rechtlich in einer kritischen Situation.

Dr. Irene Schott-Seidenschwanz,
Dr. Hans Wille,
Prof. Dr. Bernd Mühlbauer,
Institut für klinische Pharmakologie,
Klinikum Bremen-Mitte, Bremen

© Martina Taylor/Fotolia.com © Maria-P./Fotolia.com © Gina Sanders/Fotolia.com © SIGHTIME/Fotolia.com © Visualfield-85/Fotolia.com © Franz Pfluegl/Fotolia.com © K. Krueger/Fotolia.com © Fineazy/Fotolia.com

Metamizol: Verordnungen und Agranulozytosen



Honorar-Gleichmacherei?

Nein, danke!

Das Geld zwischen den KVen soll neu verteilt werden – und zwar nach dem Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung". Was auf den ersten Blick vernünftig scheint, benachteiligt bei näherem Hinsehen eine städtische KV wie Bremen. Doch jetzt gibt es interessante neue Ansätze.

Ein Passus aus Röslers GKV-Finanzierungsgesetz ist in der ärztlichen Öffentlichkeit bisher kaum registriert worden. Dabei ist seine Bedeutung enorm – und könnte im schlimmsten Fall an die Geldbörse der Bremer und Bremerhavener gehen. Das Konzept sieht schrittweise eine „Konvergenz der Vergütungen" vor. Mit anderen Worten: Die röslersche Honorarreform will den Behandlungsbedarf in Deutschland vereinheitlichen. Dieser so genannte Behandlungsbedarf beschreibt das Geld, das in einer KV pro Patient zur Verfügung steht. Für den Patienten im niedersächsischen Flachland soll also die gleiche Summe fließen wie für den Versicherten in Bremen-City. Dabei nutzt der eine die ambulanten Angebote intensiver als der andere. Dass diese Vereinheitlichung die Versorgungsrealität nicht widerspiegelt, darauf hat Bremen gemeinsam mit anderen KVen immer wieder hingewiesen. Eine Nivellierung der regionalen Unterschiede hätte zur Folge, dass die differenzierten und hoch spezialisierten ambulanten Versorgungsstrukturen in Bremen, die nicht nur von den Einheimischen, sondern auch von Butenbremern genutzt werden, in Gefahr gerieten. Den zweiten Effekt würden die Ärzte und Psychotherapeuten sehr schnell am eigenen Leib zu spüren bekommen: einen massiven Honorarverlust.

Doch so weit muss es nicht kommen. Unter dem Projektnamen „Gute Versorgung" arbeiten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die KVen an einer Formel, um einen realistischen und objektiven Behandlungsbedarf zu ermitteln. Die Einsicht, dass in Metropolen Patienten ein anderes medizinisches Angebot vorfinden, augenscheinlich auch morbider sind als auf dem flachen Land, hat sich mittlerweile durchgesetzt. Warum das so ist und welche Kriterien dies begründen, dafür gibt es diverse Erklärungsansätze. Natürlich spielt das Angebot eine Rolle. Wer seinen Hausarzt am Ende der Straße hat und den Facharzt im gleichen Viertel findet, der kommt unter Umständen häufiger in Versuchung, „mal schnell" zum Arzt zu gehen. Etliche Studien belegen allerdings, dass die Angebotsstrukturen zwar nicht unwichtig sind, aber andere Faktoren den regionalen Behandlungsbedarf besser abbilden. Dies sind sozioökonomische Determinanten. Faktoren wie Beruf und Arbeitslosigkeit, Einkommen und Bildung haben erheblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Aber auch die Anzahl von Single-Haushalten, die es in erheblich höherer Zahl in Ballungsgebieten gibt, spielen eine nicht unwesentliche Rolle. Wir wissen heute, dass ein alleinlebender Mensch bei gleicher Morbidität, gleichem Alter und gleichem Geschlecht einen deutlich höheren Behandlungsaufwand verursacht, als ein Patient, der in einer Familie oder anderen sozialen Gruppen fest eingebettet ist.

Setzt man also diese soziodemografischen Komponenten auf den über alle Regionen vereinheitlichten Behandlungsbedarf, so verliert das Konzept seinen Schrecken – zumindest für die Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven. Aus dem Horrorszenario Honorarabsturz würde ein Modell, von dem Bremen sogar profitieren könnte – mehr frisches Geld für die Gesamtvergütung. „Die soziodemografischen Faktoren könnten nicht nur die Nachteile wettmachen, die uns bei einer Vereinheitlichung des Behandlungsbedarfs drohen. Sie könnten sogar einen Zugewinn bedeuten. Wir werden uns dafür stark machen", kommentiert KV-Vorstand Dr. Jörg Hermann. Konkret sind derzeit folgende Demografie-Komponenten im Gespräch: Das mittlere Haushaltseinkommen, die Arbeitslosenquote, der Anteil der Pflegebedürftigen und der Anteil der Einpersonen-Haushalte.

Noch haben sich KBV und KVen allerdings nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag geeinigt. Stattdessen mehren sich die Anzeichen, dass die Ideen verwässert werden, was Bremen und andere KVen zu verhindern versuchen. Gesundheitsminister Philipp Rösler verlangt bis Ende April ein Konzept der Selbstverwaltung. Darauf will er bis zum Jahresende seine Vorstellungen von einem „einfachen, verständlichen Vergütungssystem" satteln. ■

Christoph Fox,
KV Bremen

Ratio-Beschluss statt Boykott

Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat auf ihrer März-Sitzung zähneknirschend ihren Boykott-Beschluss der elektronischen Gesundheitskarte aus 2009 einkassiert. Weil die ungeliebte Karte nicht mehr zu verhindern ist, sollen die Krankenkassen wenigstens die neuen Lesegeräte bezahlen.

Bis Jahresfrist werden die Krankenkassen deutschlandweit mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausrüsten – andernfalls drohen ihnen empfindliche Strafzahlungen. Schon zum vierten Quartal sind die ersten Patienten mit der neuen Chipkarte in den Praxen zu erwarten. Vielleicht zunächst wenige, aber sie werden kommen. Mit dieser neuen Ausgangslage musste sich die Vertreterversammlung der KV Bremen auf ihrer Sitzung am 15. März auseinandersetzen. Bisher gab es zu diesem Thema keine zwei Meinungen: Wir lehnen die eGK kategorisch ab, lautete ein Beschluss aus dem September 2009. Damals gab es auch ein Plebiszit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit einem ebenfalls eindeutigen Votum: 96 Prozent der Bremer und Bremerhavener sprachen sich gegen die eGK aus. Mittlerweile hat sich der Inhalt der ungeliebten Karte geändert. Im Grunde ist sie nur noch ein Torso der früher geplanten elektronischen Gesundheitskarte – lediglich ergänzt um ein Lichtbild. Ein schwacher Trost für die Mitglieder der Vertreterversammlung. Denn die Online-Anbindung ist nicht endgültig vom Tisch. Aufgeschoben ist nicht aufgehoben...

„An unserer Ablehnung der Gesundheitskarte hat sich nichts geändert. Wir müssen allerdings die politische Realität anerkennen", hob der Bremer Gynäkologe und stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Andreas Umlandt, hervor. Und die politische Realität ist: Bundesminister Rösler boxt das Projekt seiner Vorgängerin durch – wenn auch zunächst in abgeschwächter Form. Die eGK wird 2011 und 2012 zur Realität in Deutschlands Praxen. Mit ihrem Boykottbeschluss 2009 hat die Bremer Vertreterversammlung eine Situation geschaffen, die einen großen finanziellen Nachteil für die Ärzte und Psychotherapeuten im Land bedeuten könnte. Denn während überall im Land die Voraussetzungen für die Anschaffung neuer Lesegeräte geschaffen werden – die Krankenkassen sind verpflichtet, diese für die Praxen zum großen Teil zu finanzieren – sind der Bremer KV die Hände gebunden. Der Vorstand darf wegen des Boykott-Beschlusses keine Vereinbarung mit den Krankenkassen abschließen. Immerhin steht für Bremen und Bremerhaven eine Fördersumme von 1,3 Mio. Euro im Raum. Genug, damit der Widerstand des gallischen Dorfes erlahmt. „Das Verständnis der Kollegen wird nicht sehr groß sein, wenn wir dieses Geld ausschlagen", gab die hausärztliche Internistin Dr. Anne-Kathrin Nethe zu bedenken. Dieses Argument überzeugte. Mit 15 Stimmen bei nur zwei Enthaltungen hob die Vertreterversammlung schließlich den Beschluss aus 2009 auf. Damit können Vertragsärzte und Psychotherapeuten ab April eine Förderung bei der KV Bremen beantragen, die das Geld für die eGK-Lesegeräte bei den Krankenkassen einholt. ■

Christoph Fox,
KV Bremen

eGK-Lesegeräte
So wird gefördert

Die Pauschale für ein stationäres Terminal beträgt 355 Euro, für ein mobiles Lesegerät 280 Euro. Zusätzlich wird eine Installationspauschale in Höhe von 215 Euro erstattet. Jede Einzelpraxis erhält die Pauschale für mindestens ein stationäres Terminal (zwei bei vier bis sechs BAG-Mitgliedern, drei bei mehr als sieben). Jedes Mitglied der KV Bremen, das Hausbesuche macht und/oder am Notfalldienst teilnimmt, hat Anspruch auf ein mobiles Lesegerät.
Detaillierte Infos erhalten Vertragsärzte und Psychotherapeuten von der KV Bremen in den nächsten Tagen.

Die eGK und Bremens Widerstand

2003	Im GKV-Modernisierungsgesetz wird die Einführung der eGK auf den 1. Januar 2006 festgelegt
2006	Start scheitert. Die Elektronische Gesundheitskarten-Verordnung sieht nun ein vierstufiges Testverfahren vor
2006	Das Land Bremen bietet sich als Modellregion an
2007	Die KV Bremen steigt aus der Testphase aus
2007	Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt erstmals die eGK ab. Weitere Resolutionen folgen
2009	Basis-Rollout in der Region Nordrhein beginnt
2009	Mitgliederbefragung der KV Bremen zeigt deutliche Ablehnung der eGK
2009	Die VV untersagt dem Vorstand der KV Bremen Verhandlungen mit Krankenkassen über Finanzierung der Lesegeräte
2011	Das GKV-Finanzierungsgesetz zwingt Krankenkassen dazu, die eGK bis Jahresende an mehr als 10 Prozent ihrer Versicherten herauszugeben

Aufgeschoben ist nicht aufgehoben

Der Start der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ist ein zweites Mal verschoben worden. Nun werden sie zum 1. Januar 2012 scharf geschaltet. Obwohl Zeit gewonnen, ist das Informationsbedürfnis der Niedergelassenen enorm – wie die Infoveranstaltungen der KV Bremen zeigen. 1100 Ärzte und Psychotherapeuten sowie etliche Praxismitarbeiter haben im Februar und März die Schulungsangebote der KV Bremen genutzt. Erstmals seit Jahren musste auf große Veranstaltungssäle wie die Glocke in Bremen oder das Schifffahrtsmuseum in Bremerhaven ausgewichen werden, um der Nachfrage Herr zu werden. Die Erwartungen waren dementsprechend groß und auch die Bereitschaft zur Diskussion. Einige Hausärzte machten sich Luft und beklagten lautstark das „neue Bürokratiemonster". Aber auch jede Menge sachliche und fachliche Fragen zur praxistauglichen Umsetzung der AKR kamen aus dem Plenum. Dies umso mehr als KV-Vorstandschef Dr. Jörg Hermann auf den März-Veranstaltungen verkünden konnte, dass Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler sich in einem Schreiben an die KBV für eine Verlängerung der Testphase um sechs Monate ausgesprochen hatte. „Damit haben Sie Zeit gewonnen. Wir empfehlen Ihnen, sich dennoch zeitnah mit den Kodierrichtlinien auseinanderzusetzen und Ihre Diagnosen zu sortieren. Denn was Sie jetzt schon wissen, kann Ihnen zum Jahresende keine Bange mehr machen", so Hermann. Neben guten Empfehlungen kommt von der KV Bremen auch ganz praktische Unterstützung. Vertragsärzte und Psychotherapeuten können in den vier Quartalen 2010 Testabrechnungen via SafeNet bei der KV abgeben, um die eigene Kodierung überprüfen zu lassen. Keine 30 Minuten später gibt es eine Analyse en retour. Darin werden Fall für Fall etwaige Fehler oder Hinweise jeweils mit konkreten Änderungsvorschlägen aufgezeigt. Aber auch etliche EDV-Anbieter haben komfortable Lösungen gefunden. Je nach Programm können die Nutzer unterschiedliche Funktionalitäten frei schalten und auf diese Weise die Kodierrichtlinien „trainieren". Selbst wenn Vertragsärzte oder Psychotherapeuten die AKR in ihren Systemen scharf stellen, droht kein Ungemach mehr. Ursprünglich war das „Anstellen" unumkehrbar. Mittlerweile kann das AKR-Tool jederzeit wieder abgestellt werden. Dass die Kodierrichtlinien abgeschafft werden, daran glaubt indessen auch die Mehrheit der Kritiker nicht mehr. Deshalb gilt: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben. Allerdings wird es bis zum Jahreswechsel mit hoher Wahrscheinlichkeit noch Anpassungen geben – und das vor allem im Versorgungsbereich Hausärzte. So wird wahrscheinlich die ICPC-2-Klassifikation in die AKR implementiert, was die Kodierung hausärztlicher Fälle erleichtern soll. ■

Christoph Fox,
KV Bremen

Die IAS-Gruppe, bestehend aus IAS Stiftung, dbgs GesundheitsService GmbH und PREVENT, zählt zu den führenden Dienstleistungs- und Beratungsunternehmen im betrieblichen Risiko- und Gesundheitsmanagement. Wir betreuen Unternehmen in den Bereichen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Psychologie und Sozialberatung, Verkehrsmedizin und Gesundheits-Check-ups. Mit maßgeschneiderten Managementsystemen zur Steigerung der Gesundheit und Leistungsbereitschaft von Mitarbeitern und Führungskräften unterstützen wir nachhaltig den Erfolg von Unternehmen. Bundesweit sind wir mit 950 Mitarbeitern an 120 Standorten vertreten und betreuen nahezu 10.000 Unternehmen mit über einer Million Mitarbeitern.

GESUCHT:
ARZT.
MANAGER.
MENSCH.

In unserem Betreuungsgebiet **Hamburg und Bremen** bieten wir Ärzten (m/w) in Voll- und Teilzeit interessante Tätigkeitsfelder im betrieblichen Risiko- und Gesundheitsmanagement.

Facharzt für Arbeitsmedizin (m/w)
Betriebsmediziner (m/w)
Arzt in Weiterbildung, Fachgebiet Arbeitsmedizin (m/w)

Das könnten Ihre zukünftigen Aufgaben sein:
- Arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung von Betrieben und Einrichtungen nach § 3 ASiG
- Beratung von Führungskräften und Unterstützung der betreuten Unternehmen beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements
- Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen in den Betrieben und Einrichtungen vor Ort sowie in unseren arbeitsmedizinischen Zentren
- Arbeits- und verkehrsmedizinische Begutachtungen und Eignungsuntersuchungen
- Betriebsbegehungen mit Beratung in Fragen der Arbeitsgestaltung, des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Ergonomie, der Arbeitshygiene und Rehabilitation sowie der Organisation der „Erste-Hilfe"-Maßnahmen
- Schulungen zu präventiven Gesundheits- und Sicherheitsthemen und Durchführung von Gesundheitstagen

Das zeichnet Sie aus:
- Ausgeprägte Dienstleistungs- und Kundenorientierung
- Hohe soziale Kompetenz mit Gespür für Menschen und Situationen
- Gute Organisations- und Koordinationsfähigkeit
- Selbstständige und strukturierte Arbeitsweise
- Flexibilität und Teamorientierung

Das können Sie von uns erwarten:
- Anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem interdisziplinären Team mit Ärzten, Betriebspsychologen, Sozialarbeitern und Sicherheitsingenieuren
- Sicherheit, Gehalt und Sozialleistungen einer renommierten Unternehmensgruppe
- Flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten ohne Wochenend- und Nachtdienste
- Persönliche und fachliche Weiterentwicklung im Rahmen der IAS Akademie
- Professionelle Unterstützung während der Einarbeitungsphase
- Flache Hierarchien und schnelle Entscheidungen

Fragen im Vorfeld beantwortet Ihnen gerne Frau Gabriele Körber, Abteilung Personalservice, unter der Telefonnummer (0721) 8204-334.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung an

bewerbungen@ias-gruppe.de oder **IAS-Gruppe, Abteilung Personalservice, Steinhäuserstraße 19, 76135 Karlsruhe www.ias-gruppe.de**

IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung
dbgs GesundheitsService Ein Unternehmen der IAS-Gruppe
PREVENT Der Gesundheits-Check-up

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Veranstaltungsinformationen

Substitutionsbehandlung der Opiatabhängigkeit: Seminar für Apotheker und Ärzte
Das Seminar bietet Ihnen einen umfassenden Einblick in die Substitutionstherapie. Themen werden unter anderem sein: Pharmazeutische Möglichkeiten bei der Opiatsubstitution, rechtliche Grundlagen nach Arzneimittelgesetz, Betäubungsmittelgesetz und Betäubungsmittel-Verschreibungsverordung (Z-Verordnung, Take-Home) sowie pharmakologische und medizinische Aspekte der Substitutionstherapie. Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Apothekerkammer statt.
Termin: 06. April 2011, 14.00 – 19.30 Uhr
Kosten: 50,- Euro (7 PKT)

Kompass Kommunikationstraining
Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft und der Universität Heidelberg
Termin: 07. – 09. April 2011, Donnerstag 17.30 – 21.00 Uhr, Freitag 9.00 – 18.00 Uhr, Samstag 10.00 – 16.00 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Bremen
Kosten: 180,- Euro (23 PKT)

Arbeitskreis Hämotherapie
Folgen des demographischen Wandels für die Blutversorgung und Möglichkeiten der Vorbeugung einer Blutknappheit durch rationellen Einsatz von Blutkomponenten.
Termin: 07. April 2011, 19.00 – 21.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Einführungsseminare QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen
Termin: 08. – 09. April 2011, Freitag 17.00 – 21.00 Uhr, Samstag 8.30 – 17.15 Uhr
Kosten: 235,- / 150,- Euro (18 PKT)

Fit für den Facharzt
Innere Medizin
Bradykarde Rhythmusstörungen und Schrittmachertherapie/ Dr. med. P. Koppitz
Termin: 12. April 2011, 19.00 – 20.30 Uhr
Radiologie
Tumoren und tumorähnliche Veränderungen am Handskelett/ Prof. Dr. med. J. Freyschmidt
Termin: 19. April 2011, 18.00 – 19.30 Uhr
Gynäkologie
Corpus Carcinom / Dr. med. M. Aydogdu
Termin: 19. Mai 2011, 18.00 – 19.30 Uhr
Die Veranstaltungen sind kostenfrei. (2 PKT)

Moderatorentraining
Termin: 13. – 14. Mai 2011, Freitag 17.00 – 21.00 Uhr, Samstag 9.00 – 18.00 Uhr,
Kosten: 230,- (17 PKT)

Betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Aspekte in der Arztpraxis
Termin: 20. Mai 2011, 14.00 – 19.00 Uhr
Kosten: 195,- Euro (7 PKT)

Bremer Curriculum für Spezielle Psychotraumatherapie
Traumaspezifische Diagnostik
Termin: 26. Mai 2011, 17.00 – 20.00 Uhr
Kosten: 55,- Euro (3 PKT)
Juristische Grundkenntnisse
Termin: 09. Juni 2011, 17.00 – 20.30 Uhr
Kosten: 45,- Euro (3 PKT)

Taking A Medical History
In diesem Seminar werden Auszüge aus den Bereichen Anamnese, Befunderhebung und Diagnostik beleuchtet mit dem Ziel, das sprachliche Handeln in der Arzt-Patient Interaktion zu verbessern, d.h. die Patienten zu verstehen und sich selbst verständlich zu machen.
Termin: 01. Juni 2011, 15.00 – 20.00 Uhr
Kosten: 75,- Euro (6 PKT)

Curriculum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
Kooperationsangebot mit BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit sowie den Ärztekammern Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern.
Termine: 05. – 09. September, 21. – 25. November 2011, 16. – 20. Januar, 19. – 23. März, 07. – 11. Mai 2012
Kosten: 789,- Euro (je Kurswoche)
Veranstaltungsort: Hamburg

Hygiene
Fortbildungen für das Praxisteam in der eigenen Praxis. Die Fortbildung ist modular aufgebaut und kann individuell vereinbart werden (Module: Mikrobiologie, MRSA, Multiresistente Bakterien im ambulanten Bereich, Personal-Hygiene, Keimübertragung, Biostoffverordnung, Hygieneplan, Erstellung von Arbeitsanweisungen, Erstellung eines Hygieneplans)
Termine nach Vereinbarung
Kosten: 135,- bis 250,- Euro pro Modul pro Praxis
Seminarleitung: Dr. rer. nat. M. Fäcke, Tel.: 0171-6040554, E-Mail: Hygiene.Fortbildung@gmx.info

Die Veranstaltungen finden, sofern nicht anders angegeben, im Fortbildungszentrum der Ärztekammer Bremen am Klinikum Bremen-Mitte statt. Bei allen Veranstaltungen ist eine vorherige schriftliche Anmeldung notwendig. Nähere Informationen und Anmeldeunterlagen erhalten Sie bei der Akademie für Fort- und Weiterbildung, Tel.: 0421-3404-261/-262; E-Mail: fb@aekhb.de (Friederike Backhaus, Yvonne Länger)

Delegiertenversammlung am 14. März 2011

„Rechtliche Aspekte von Arztbewertungsportalen“ - das war das Thema, zu dem der Justitiar der Ärztekammer Bremen, Rechtsanwalt Claus Pfisterer, die Mitglieder in der vergangenen Delegiertenversammlung informierte.

Nach einem informativen Überblick über die vielfältigen Rechtsfragen rund um die Arztbewertung im Internet kam Rechtsanwalt Claus Pfisterer zu einem ernüchternden Fazit: es gibt kaum Möglichkeiten, sich gegen negative Bewertungen zu Wehr zu setzen, es sei denn, es handelt sich um falsche Tatsachenbehauptungen oder um Schmähkritik. Wir werden in einem der nächsten Hefte des Bremer Ärztejournals ausführlicher über das Thema informieren.

Keine Pharmafirmen in der integrierten Versorgung

Die Steuerung der Gesundheitsversorgung durch pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller war das nächste Thema, das die Delegierten lebhaft diskutierten. Seit dem 1. Januar 2011 können Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller im Rahmen der Integrierten Versorgung unmittelbar Vertragspartner der Krankenkassen sein. Die Delegiertenversammlung sprach sich einstimmig gegen eine solche Beteiligung aus und fordert die Krankenkassen auf, die Verträge offen zu legen. Gleichzeitig bietet sie Ärztinnen und Ärzten eine berufsrechtliche Prüfung dieser Verträge an. Den Wortlaut der Resolution finden Sie auf der Internetseite der Ärztekammer Bremen, www.aekhb.de. Schließlich wählte die Versammlung die Delegierten, die die Ärztekammer Bremen in diesem Jahr beim 113. Deutschen Ärztetag in Kiel vertreten werden (31.5.-3.6.2011). Nach Kiel reisen Hubert Bakker, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Johannes Grundmann und Bettina Rakowitz als Delegierte und Jörn Sannemann, Dr. Klaus-Dieter Wurche und Dr. Jörg Hermann als Ersatzdelegierte.
Ihre Fragen zur Delegiertenversammlung beantwortet Ihnen gerne PD Dr. jur. Heike Delbanco, Telefon: 0421/3404-234 oder heike.delbanco@aekhb.de. ■

PD Dr. jur. Heike Delbanco,
Hauptgeschäftsführerin
der Ärztekammer Bremen

KOSTA: Stellenangebote

Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KOSTA) als gemeinsame Einrichtung der Bremer Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und der Bremer Krankenhausgesellschaft ist erfolgreich gestartet. Arbeitgeber aus Klinik und Praxis haben bereits ganz unterschiedliche Stellenangebote gemeldet. Sowohl zur Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung als auch in den anrechenbaren Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung wie Pädiatrie oder Chirurgie liegen der KOSTA inzwischen vielfältige Stellenangebote in Vollzeit oder Teilzeit vor.

Interessenten erreichen die KOSTA per E-Mail (kosta@aekhb.de) oder telefonisch unter:
Tel. 0421/3404-223 bzw.
Tel. 0421/3404-241.

Ahlers & Vogel

Die **medizinrechtliche Abteilung** unserer Sozietät wurde um eine weitere Fachanwältin für Medizinrecht verstärkt. Neben Herrn Rechtsanwalt **Dr. jur. Ralph Meyer im Hagen**, Fachanwalt für Medizinrecht, hat die Hanseatische Rechtsanwaltskammer Bremen jetzt auch unsere ebenfalls langjährig im Medizinrecht tätige

Rechtsanwältin
Dr. Birgit Berninghausen

aufgrund nachgewiesener besonderer fachlicher Qualifikation zur

Fachanwältin für Medizinrecht

ernannt.

Ahlers & Vogel
Rechtsanwälte in Partnerschaft
Contrescarpe 21, 28203 Bremen
www.ahlers-vogel.de

Stellenmarkt

Allgemeinarzt in HB-City
bietet aus Altersgründen Teilzeitmitarbeit, Urlaubsvertretung, ggf. spätere Übernahme der Hausarztpraxis.
Tel. 0421/3379797

Gynäkolog. Praxis in HB,
ambulante Operationen mgl., sucht FÄ/FA für TZ od. VZ. Spätere Assoziation mgl.. Vollständige schriftl. Bewerbung:
Praxis Dr. Glasenapp, Am Herzogenkamp 3, 28359 Bremen

Hausärztl. Gemeinschaftspraxis in Bremen
sucht Allg. Arzt/Ärztin für regelmäßige/und Urlaubsvertretung.
Chiffre 110401

Allgemeinmediziner(in) dringend gesucht
in Teilzeit- oder Ganztagsanstellung für expandierende Hausarztpraxis.
Tel. 0421/6918101

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
mittlere Größe, hoher Privatanteil sucht für 2011 aus Altersgründen Nachfolger/in.
Auch als Einzelpraxis geeignet.
Chiffre 110407

FrauenärztIn gesucht
zur Mitarbeit in moderner gynäkologischer Gemeinschaftspraxis im südlichen Bremerhaven (Fischereihafen). Wir bieten abwechslungsreiche Tätigkeit und gutes Arbeitsklima.
Bewerbungen unter
Chiffre 110402

Wir suchen:
Fachärztin f. Allgem./Fachärztin für Innere Med. (Hausärztin), (Psychotherapie wünschenswert, evtl. TZ). Wir bieten:
Große, alt eingesessene intern./allgemeinmed. Praxis in Delmenhorst bei Bremen, Akupunktur, Sono, Ergo.
Tel. 04221/9984511, xarens6672@aol.com

Weiterbildungsassistent/in für große allgemeinmediz./diabetologische Gemeinschaftspraxis
in Bremen/Borgfeld für Vollzeit oder Teilzeit ab Herbst 2011 gesucht. Ermächtigung für volle Weiterbildung liegt vor. Zusätzliche Weibi-Ermächtigung für Naturheilverfahren. www.hausaerzte-borgfeld.de
Tel. 0421/275077 oder pluempe@gmx.de

Große Gyn.-Praxis in Bremen,
Citynähe, mit Schwerpunkt Psychosomatik, Geburtshilfe und Onkologie sucht angestellte FachärztIn und WeiterbildungsassistentIn (auch Teilzeit).
Chiffre 110403

Hausärztlich-internistische Praxis in Bremen-Nord
sucht Kollegin/en zur Mitarbeit oder zum Einstieg als Partner/in in Teilzeit. Es erwarten Sie ein nettes Praxisteam, familienfreundliche Arbeitszeiten, eine adäquate Bezahlung und dankbare Patienten.
Chiffre 110404

Promov. Bremer FA Allg.-Med.
übernimmt Urlaubsvertr. Juli/August.
Tel. 0421/7084856

FÄ für Psychiatrie/ Psychotherapie
sucht Mitarbeit in Praxis, Jobsharing od. 1/2-KV-Sitz.
Chiffre 110409

Hausarztpraxis in Schwachhausen
abzugeben.
Chiffre 110406

Weiterbildungsassistent gesucht
für nette allg. Arztpraxis in HB.
Tel. 0173/3469877

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Vertragsarztsitze

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen schreibt gemäß §103 (4) SGB V zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Ärzte

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt:
- **zwei gynäkologische Vertragsarztsitze**
- **drei hausärztliche Vertragsarztsitze**
- **einen hälftigen chirurgischen Vertragsarztsitz (Teilausschreibung)**
- **einen hälftigen fachärztlich internistischen Vertragsarztsitz (Teilausschreibung)**
- **einen hälftigen anästhesiologischen Vertragsarztsitz (Teilausschreibung)**

Für den Planungsbereich Bremenhaven-Stadt:
- **einen radiologischen Vertragsarztsitz**

Vorabinformationen können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen erfragt werden bei:
Martina Plieth Telefon: 0421/3404-336
Manfred Schober Telefon: 0421/3404-332

Bewerbungen um die Vertragssitze sind schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, zu richten.

Stellenmarkt

FÄ/FA Allg./Innere Med. in Teilzeit
für Hausarztpraxis am Stadtrand Bremens gesucht
stefan.kuester@hausarzt-varrel.de, Tel. 04221/8009430

Nachfolge gesucht
Für langjährig bestehende, gut eingeführte Hausarztpraxis in Bremen-Nord.
Ende 2011.
Auch als Doppelpraxis möglich.
Chiffre 110405

FA/FÄ für Anästhesie gesucht
für ambulantes Operieren in Hamburger Kinderzahnarztpraxis (1 - 2 Tage pro Woche).
Dres. Elger u. Farah, 040/87870707

FA/FÄ Radiologie:
Vertretungs-/Aushilfstätigkeit für CT/MRT (Teilzeit möglich) und/oder Rufbereitschaft (Teleradiologie) im Raum Bremen gesucht.
Chiffre 110410

Frauenarztpraxis in Bremen
abzugeben
Chiffre 110411

Frauenarzt-Praxis in Bremen
sucht zur Verstärkung FÄ/FA für Gynäkologie, TZ oder VZ.
Chiffre 110412

Fortbildung

www.westerland-seminar.de

Balint-Gruppe
hat noch 2 Plätze frei!
Tel. 0421/231900

Praxisräume

Immer eine Top-Lage: Praxisräume bei der Heimstiftung
Die Bremer Heimstiftung, im Stadtgebiet Bremen mit 26 Standorten vertreten, bietet in den meisten ihrer Häuser zu günstigen Konditionen geeignete Praxisräume für Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen an.
Interessierte BewerberInnen wenden sich bitte an die
Bremer Heimstiftung, Alexander Künzel, Marcusallee 39, 28359 Bremen

Praxisetage in Bremen-City
Ärztehaus am Leibnizplatz, Nähe Rotes-Kreuz-Krankenhaus, 200-350 qm frei ab sofort.
Peter Weiß RE/MAX Immob., 0421/33005883

Ärztehaus Bremen Langemarckstr.
EG/UG, 155 qm an allgemeinmed. oder andere Fachrichtung, Miete: 400 Euro, keine Umzugs-, Umbau- und Renovierungskosten, Hohentor-Apotheke.
Tel. 0421/8093212

Gem. Praxis Allgemeinmedizin Bremen zentral
2.600 Scheine, 500.000,- Euro J. Umsatz, Gewinn 340.000,- Euro für 250.000,- Euro zu verkaufen.
Chiffre 110408

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte an:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH, Chiffre-Nr.:
Walderseestr. 48, 30177 Hannover, Tel. 0511/909250-0, Fax 0511/909250-22

Kleinanzeigenschluss: Heft 05/11: 15. April 2011

BREMER ÄRZTEJOURNAL	JAHRESVORSCHAU 2011
Heft	Schwerpunktthema
Juni	**Arbeitsmedizin**
Juli/August	**Bösartige Erkrankungen der Harnblase**
September	**Morbus Parkinson**
Oktober	**Gruppen-psychotherapie**
November	**Patienten-Information**
Dezember/Januar	**Essstörungen**

IMPRESSUM

Bremer Ärztejournal
Offizielles Mitteilungsorgan der Ärztekammer Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen;
ISSN 1432-2978
www.bremer-aerztejournal.de

Herausgeber:
Ärztekammer Bremen,
Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen,
www.aekhb.de.
Kassenärztliche Vereinigung Bremen,
Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen,
www.kvhb.de

Für den Inhalt verantwortlich:
Franz-Josef Blömer, Günter Scherer

Autoren dieser Ausgabe:
Prof. Dr. Markus Bergmann, PD Dr. jur. Heike Delbanco, Günter Einemann,Gerda Engelbracht, Christoph Fox, Prof. Dr. Jörg Fuchs, Dr. Heidrun Gitter, Prof. Dr. Christian Lorenz, Dr. Albert Linder, Prof. Dr. Bernd Mühlbauer, Dr. Irene Schott-Seidenschwanz, Dr. Hans Wille, Dr. Klaus-Dieter Wurche

Redaktion:
Andrea Klingen (Ltg.), Sabine Müller

Bildnachweis:
Fotolia: © Martina Taylor, © Maria.P., © Gina Sanders, © SIGNTIME, © VisualField-BS, © Franz Pfluegl, © K. Krueger, © Fineas, © Dirk Schumann, © Peter Schoppe Werbeagentur GmbH

Verlag:
Peter Schoppe Verlag,
Walderseestraße 48, 30177 Hannover,
Tel. 0511/626266-3, Fax 0511/909250-22

Verantwortlich für die Anzeigen:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH,
Claudia Renner, Walderseestraße 48, 30177 Hannover,
Tel. 0511/909250-0
Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. I/11,
gültig ab 1. Januar 2011.

Druck:
Druckerei Schäfer

Postvertriebsstück H 42085, Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt.
Ärztekammer Bremen, Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen

BREMER LANDESBANK

Am Ende des Tages zählt für uns nur eines:
Ihre Zufriedenheit.

Ihre individuellen Wünsche und Ziele stehen bei uns im Fokus. Unsere Kunden bestätigen dies mit Top-Bewertungen in den Kategorien Gesamtzufriedenheit und Beratungsqualität.*
Sprechen Sie mit uns, der führenden Regionalbank im Nordwesten: 0421 332-3000

*Kundenzufriedenheitsanalyse 2008

Finanzgruppe