

DR. CARINA PASCHOLD
**STECKBRIEFE
GYNÄKOLISCHER
ERKRANKUNGEN** / Seite 3

ANNIKA VON DEM KNESEBECK
**AKUTE SCHWANGER-
SCHAFTSLEBER** / Seite 9

DR. MATTHIAS MÜLLER
**SAPV HEIDENHEIM GEHT
AN DEN START** / Seite 13

Heidenheim, Juni 2023

EDITORIAL



Sehr geehrte , liebe Kolleginnen und Kollegen, ich freue mich ihnen noch vor der Urlaubszeit den neuesten Newsletter präsentieren zu können.

Frau Dr. Paschold präsentiert ihnen eine Übersicht über gynäkologische Erkrankungen. Die Übersicht kann eine sehr

praktische Hilfe im Alltag sein, gerade wenn man sich nicht wie Frau Dr. Paschold tagtäglich so intensiv mit den Erkrankungen beschäftigt.

Ein interessanter interdisziplinärer Case-Report stammt ebenfalls aus der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Hier schildert Frau von dem Knesebeck den Fall einer bisher gesunden und jungen Patientin mit einer akuten Schwangerschaftsfettleber und arbeitet die Differentialdiagnose zum HELLP-Syndrom anschaulich auf. Unter der interdisziplinären Therapie konnte für diese junge Patientin ein gutes Outcome erzielt werden, bei in der Li-

teratur berichteten Letalitäten von 8% ein zwar seltenes aber in der Differentialdiagnose wichtiges Krankheitsbild.

Ich freue mich, dass Hr. Dr. Müller die „Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) für den Landkreis Heidenheim vorstellt. Die Geschichte der SAPV im Landkreis ist ja schon etwas länger, ein erster Versuch des Aufbaus entsprechender Strukturen scheiterte leider 2018 an Personalproblemen. Die Kollegen konnten allerdings daher schon auf die damaligen Vorarbeiten aufbauen und diese wie ich finde sehr wichtige multiprofessionelle Versorgungsstruktur jetzt erfolgreich etablieren.

Ich wünsche ihnen eine interessante Lektüre und erholsame Ferienzeit.

Ihr
Prof. Dr. Peter Helwig

STECKBRIEF HARNINKONTINENZ/ BECKENBODENSENKUNG BEI FRAUEN

- Anamnese und Diagnostik (Urodynamik/ TVS/ Abdomensonos)
- Hypotone Urethra/Harnblasenkapazität/ Detrusorüberaktivität
- Senkung vorderes Kompartiment Blase, Senkung mittleres Kompartiment Vagina/Uterus, Senkung hinteres Kompartiment Darm
- Stoffwechsel/Diabetes/Nahrungsmittel
- Medikamentenliste/Harntrakt-Nebenwirkungs-Score, App Harntraktrechner Witten
- Chronic pelvic pain Syndrome (CPPS)/Physiotherapie/ Osteopathie/Tens-Gerät/Toilettentraining/Manualtherapie
- Blasenentleerung und neurologische Erkrankung
- Inkontinenzboard
- OP-Indikation/personalisierte OP-Methode nach präziser Abklärung, TVT-Band/Bulkamidinjektion Urethra/Botoxinjektion Blase/Fixation der Vagina/ Cervix – BSC-Netz, Amreich-Richter, Vaginalnetz, Fixation per LSK am Promontorium/Lig pectineum



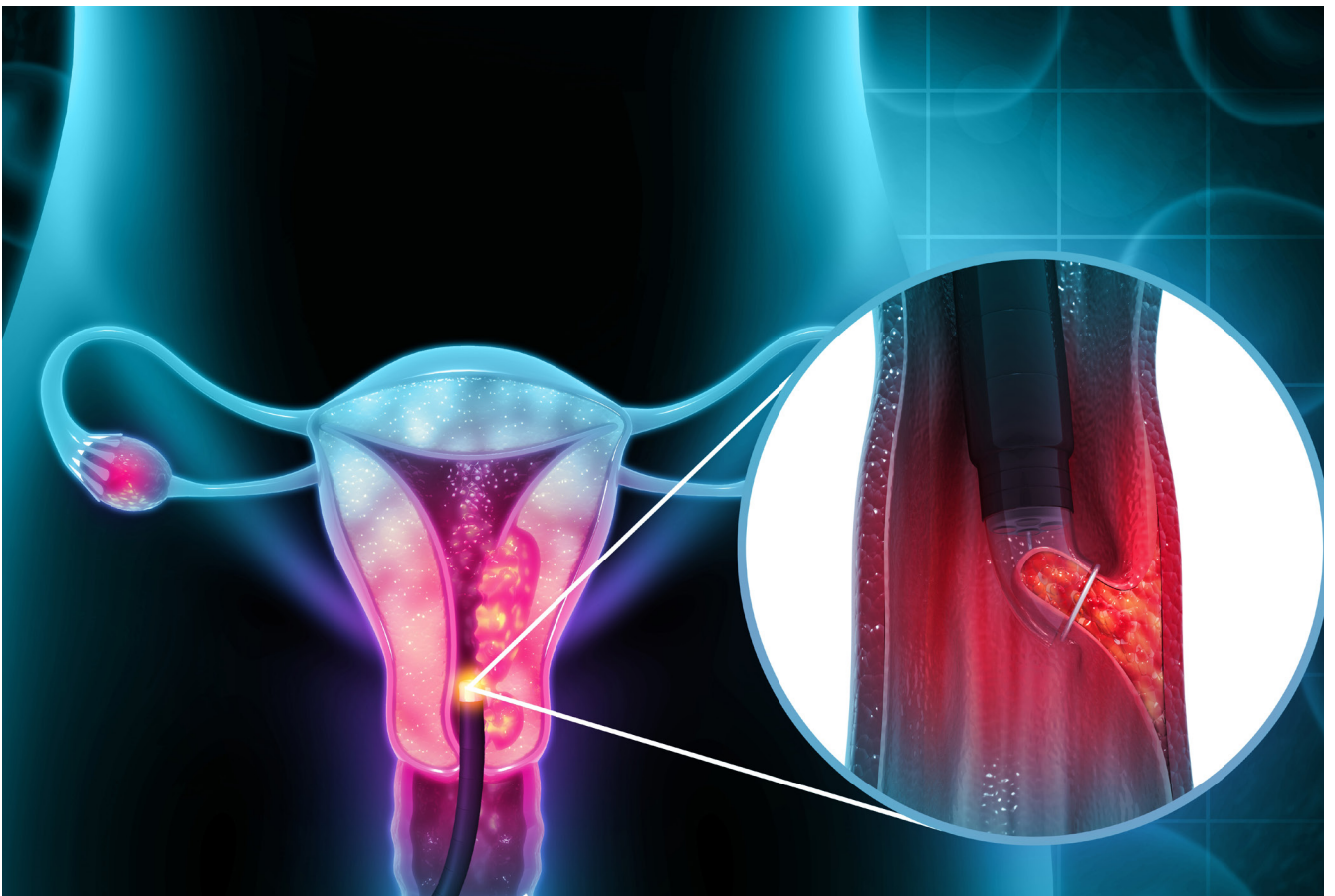
STECKBRIEF ENDOMETRIUMKARZINOM

- abnorme vaginale Blutungen
- PAP/hysteroskopische und histologische Abklärung
- molekulare Marker ER, Pr, Her-2-neu, Ki 67, p53, POLE, L1CAM, Microsatelliteninstabilität
- Genetische Abklärung bei Familienprofil
- Staging mit radiologischer Bildgebung
- OP-Methode und OP-Umfang abhängig von molekularen Markern, Laparoskopie/Laparotomie/ ICG-Sentinel/Lymphonodectomie/Adnexektomie/Omentektomie
- Chemotherapie abhängig von Stadium/Tumorbiologie
- Radiatio abhängig von Stadium/Tumorbiologie



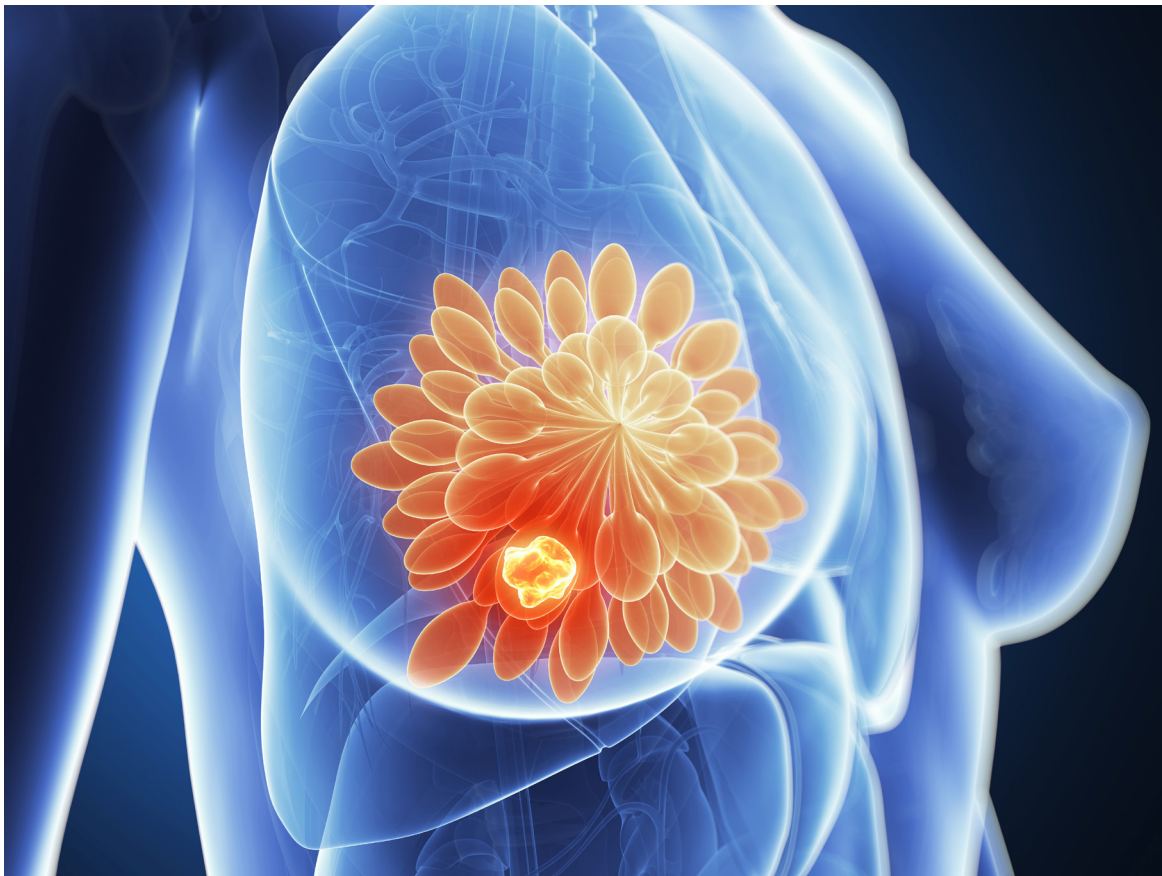
STECKBRIEF CERVIXCARZINOM

- abnorme vaginale Blutung
- abnormer PAP-Abstrich/HPV high risk
- Dysplasieabklärung/Kolposkopie /Portiobiopsie/
Konisation
- Staging TVS-Sonographie/radiologische Bildgebung
/Zystoskopie/ Rectoskopie
- OP-Umfang nach Lymphknotenstaging OP mit ICG
Sentinel/Lymphknoten/Hysterektomie/Parametrium
/Tubenentfernung/Laparatomie
- medikamentöse Tumorthherapie je nach Tumor-
biologie und Stadium
- ab Stadium IIB keine Kompletterierungs-OP
- Radiochemotherapie



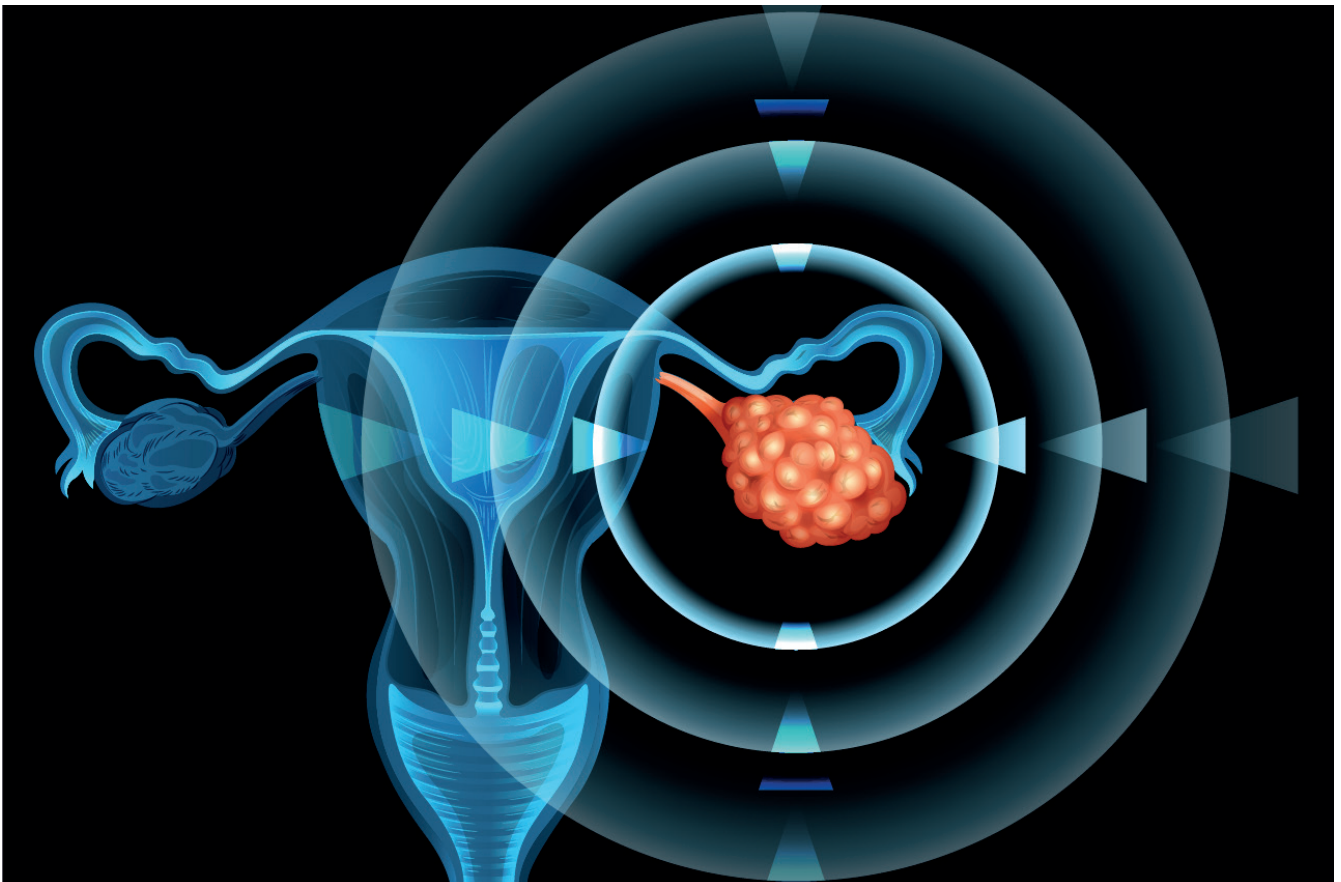
STECKBRIEF BRUSTKREBS

- Brustknoten/Mammographie/
Mammasonographie auffällig
- Histologische Abklärung durch
ambulante Stanze
- Bestimmung der Tumorbiologie ER Rez.,
Pr Rez., Her-2-neu Rez., Ki67
- Tumorbiologisches Profiling, mit z.B.
Oncotype oder Endopredict
- Genetische Abklärung bei Familienprofil
- Staging mit radiologischer und nuklear-
medizinischer Bildgebung
- Medikamentöse Therapie vor/nach OP,
abhängig von Tumorbiologie
- OP-Umfang entsprechend des individuellen
Risikoprofils/Tumorgroße BET, Ablatio, Skinsparing
mastectomy, Protheseneinlage, LADO
- Radiatio je nach Tumorstadium/OP-Technik



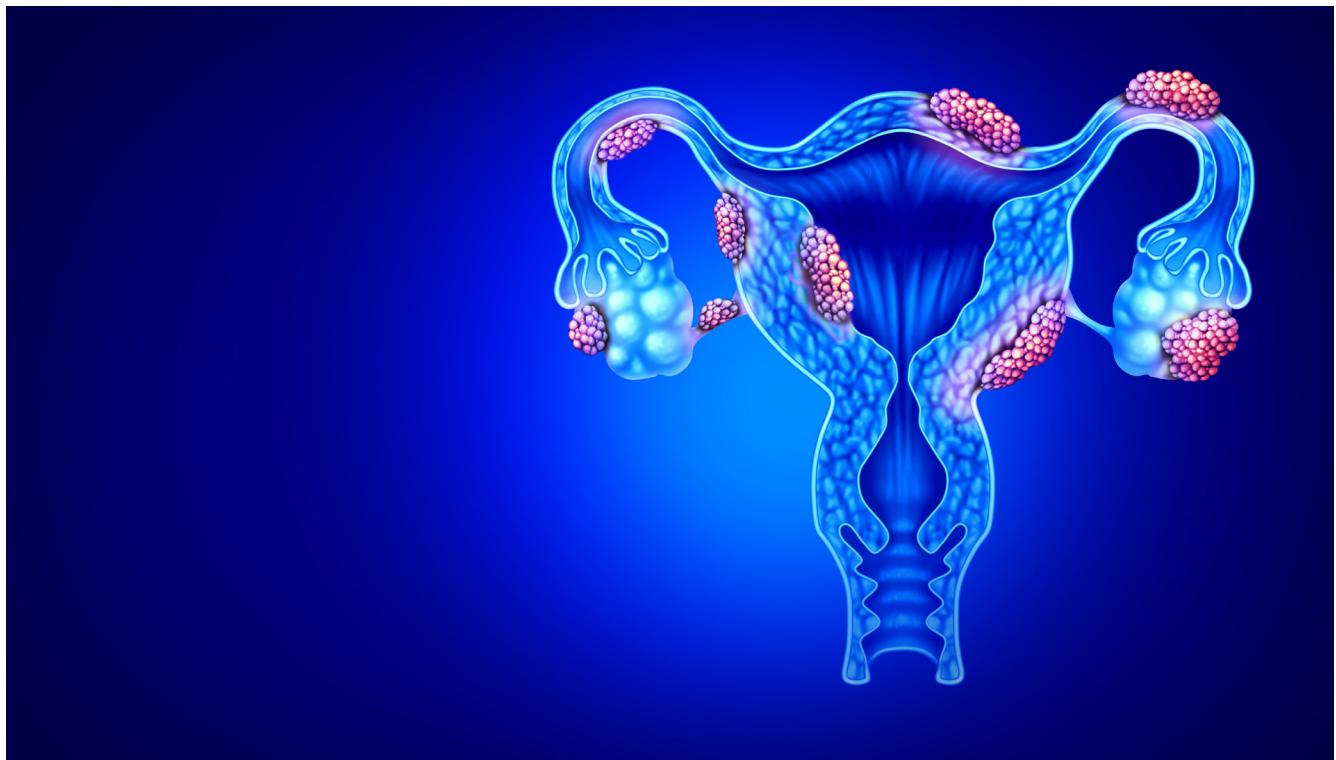
STECKBRIEF EIERSTOCKKREBS

- Gynäkologische Untersuchung und Familienanamnese
- Laborbestimmung HE4 und CA12-5 (Roma-Score)
- Staging mit radiologischer Bildgebung
- OP-Umfang mit dem Ziel der makroskopischen R0-Operation interdisziplinärer Ansatz
- Genetische Untersuchung der Keimbahn/des Tumors
- Adjuvante Chemotherapie/
Antiangiogenesehemmer/PARP-Inhibitoren



STECKBRIEF ENDOMETRIOSE

- Anamnese
- Regelschmerzen 78 %
- Zyklische Unterleibsschmerzen 70 %
- Unerfüllter Kinderwunsch 52 %
- Schmerzen im Becken 45 %
- Dyspareunie 28 %
- Zystischer Ovarialtumor 21 %
- Unklare Rückenschmerzen 18 %
- Blutungsstörungen 15 %
- Darmsymptome /Dyschezie 8 %
- Dysmie/Harnuterie 8 %
- TVS Urethra, Blase, Septumvesicouterinum, Septum rectovaginale, sliding sign Uterus, kissing ovaries, Sakrouterinligamente, Adenomyosis uteri
- Nierenaufstau
- Speichel-micro RNA-Signatur - noch nicht im Routinebetrieb
- Operation – minimal invasiv
- CPPS chronic pelvic pain syndrome
- Manuelle Therapie und Muskelentspannungstherapie Beckenboden, Physiotherapie, Osteopathie
- Ernährung



Autorin
Dr. med. C. Paschold B.A., B.Sc.
Chefärztin
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

AKUTE SCHWANGERSCHAFTS-FETTLLEBER ALS SELTENE SCHWANGERSCHAFTSASSOZIIERTE LEBERERKRANKUNG

Fallbericht über eine Patientin, die im Rahmen ihrer sechsten Schwangerschaft eine akute Schwangerschaftsfettleber (acute fatty liver of pregnancy, AFLP) mit beginnendem Lebersversagen entwickelte. Dieser Artikel soll einen Überblick über die Leitsymptome dieser seltenen Erkrankung, sowie wichtige Unterscheidungskriterien zum wesentlich häufiger auftretenden HELLP-Syndrom hervorheben.

BEFUNDE BEI STATIONÄRER AUFNAHME DER PATIENTIN

Die 36-jährige Sechstgravida, Fünftpara stellte sich in der 39+5 Schwangerschaftswoche notfallmäßig bei uns mit starker Übelkeit und Erbrechen seit einigen Tagen, Diarrhoe und starken abdominellen Schmerzen, insbesondere rechtsseitig im Oberbauch vor.

ANAMNESE

- Keine Vorerkrankungen vor, keine Eigenmedikation.
- Die vorherigen fünf Schwangerschaften sind unauffällig verlaufen, es bestanden insbesondere keine hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen, keine hepatologischen Erkrankungen.
- Zustand nach viermal Spontanpartus, einmal Sectio bei Beckenendlage.
- Bereits zwei Wochen zuvor war der sIft/PIGF Quotient bestimmt worden, dieser lag bei 48 mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen innerhalb der folgenden 4 Wochen.

VERLAUF

- Umgehend nach Erhalt der ersten Laborparameter entschlossen wir uns aufgrund stark erhöhter Transaminasen (GOT 517 U/l, GPT 362 U/l) und LDH (628 U/l) zunächst eine eilige Re-Sectio caesarea in Spinalanästhesie durchzuführen, bei Verdacht auf eine sich entwickelnde Gestose. Diese verlief komplikationslos. Anschließend wurde die

Patientin zunächst für 12 Stunden engmaschig überwacht und es wurde eine Magnesiumsulfat-Dauerinfusion zur Neuroprophylaxe begonnen.

- Der Allgemeinzustand war zunächst stabil, jedoch fiel in regelmäßigen laborchemischen Kontrollen eine progrediente Koagulopathie (INR 1,39, aPTT 41s, Antithrombin III 4%), sowie eine beginnende Leukozytose (26.000/ μ l) und erhöhtes, direktes Bilirubin (2,21 mg/dl) auf. Es wurde die Differentialdiagnose HELLP Syndrom innerhalb des Teams diskutiert, insbesondere aufgrund der normwertigen Thrombozytenzahl (195.000/ μ l) und des normwertigen Haptoglobins (0,64 g/l) aber ausgeschlossen. Die ausgeprägte Koagulopathie führte dann zur Diagnose einer Schwangerschaftsfettleber.
- Die Patientin wurde zunehmend neurologisch auffällig (leichte Verwirrtheit) und zeigte eine Halbseitensymptomatik. In der umgehenden cMRT konnte eine Blutung, Ischämie oder Thrombose ausgeschlossen werden.
- Inzwischen wurde die Patientin zur weiteren Überwachung auf unsere interdisziplinäre Intensivstation verlegt und die gastroenterologischen Kollegen bei Verdacht eines beginnenden akuten Lebersversagens mit leichter Enzephalopathie hinzugezogen.
- Sonographisch bestand wenig Aszites. Die Leber zeigte keine weiteren sonographischen Auffälligkeiten.
- Auch waren nun wiederholt Hypoglykämien (72 mg/dl) als prognostisch schlechter Marker auffällig. Als weiteres, typisches Symptom zeigte die Patientin eine ausgeprägte Polydipsie.
- Des Weiteren fand sich bei steigendem Kreatinin (1,52 mg/dl) und Harnsäure (9,22 mg/dl) eine Nierenbeteiligung.
- Wir entschlossen uns daher in Rücksprache mit den Kollegen eines überregionalen Zentrums für die notfall-



Abb. 1: Sonographie der Leber am 2. postoperativen Tag (Dr. Jung leitender Oberarzt Gastroenterologie Kliniken Heidenheim)

mäßige Verlegung der Patientin am zweiten postoperativen Tag zur weiteren symptomatischen Therapie ggf. mit Plasmapherese im Verlauf.

- Im weiteren Verlauf entwickelte die Patientin eine schwere hypertensive Entgleisung, welche die intravenöse antihypertensive Therapie erforderte.
- Als zusätzliche Komplikation entwickelte die Patientin eine Pankreatitis.
- Es wurde bei dem Neugeborenen eine erweiterte Stoffwechseldiagnostik durchgeführt (Gendiagnostik LCHAD Gen, Blutzuckerüberwachung, Kontrolle Leberwerte, Laktat).

- Eine zugrundeliegende chronische Hepatopathie wurde ausgeschlossen.
- 14 Tage postoperativ hatten sich die Transaminasen vollständig erholt. Auch die Blutgerinnung und Nierenretentionsparameter waren normwertig.

PRÄVALENZ UND PATHOPHYSIOLOGIE

Es handelt sich um eine akute, massive Verfettung der Leber aufgrund einer Überflutung des mütterlichen Kreislaufs mit freien Fettsäuren aus dem fetalen Stoffwechsel. Zugrunde liegt häufig eine Störung der mitochondrialen β -Fettsäureoxidation fetal oder plazentar. Dies führt zu einer akuten Entzündungsreaktion in den Hepatozyten der Mutter. Histologisch zeigt sich eine kleintropfige Verfettung dieser.

Prävalenz 1:7000 – 1:20.000

TYPISCHE SYMPTOME DER AKUTEN SCHWANGERSCHAFTS-FETTLER

Zur Diagnostik der AFLD wurden die SWANSEA Kriterien entwickelt. Zur Diagnosestellung müssen mindestens 6 der folgenden Kriterien erfüllt sein:¹

Übelkeit, Erbrechen	
Abdominelle Schmerzen	
Polydipsie, Polyurie	
Hepatische Enzephalopathie	
Aszites oder sonographisch „helle Leber“	
Serumkreatinin	> 150 $\mu\text{mol/l}$ oder > 1,69 mg/dl
Leukozytose	> 11.000/ μl
Transaminasen	> 42 U/l
Bilirubin	> 14 $\mu\text{mol/l}$ oder 0,8 mg/dl
Hypoglykämie	< 4 mmol/l oder < 72 mg/dl
Harnsäure	> 340 $\mu\text{mol/l}$ oder 5,7 mg/dl
Ammoniak	> 47 $\mu\text{mol/l}$
Koagulopathie	PT > 14s oder aPTT > 34s
Leberbiopsie: mikrovesikuläre Verfettung	

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK HELLP SYNDROM

Insbesondere folgende laborchemische und klinische Auffälligkeiten sollen die Differentialdiagnostik zum HELLP Syndrom (Prävalenz 1:200) erleichtern.²⁻⁴

Literatur

	AFLD	HELLP-Syndrom
Klinische Symptome		
Polyurie, Polydipsie	++	-
Arterielle Hypertonie	+	+++
Niereninsuffizienz	++	+
Neurologische Auffälligkeiten	++	++
- Enzephalopathie	++	-
- Kopfschmerzen, Visusstörung	+	++
Ikterus	++	+/-
Bauchschmerzen	++	++
Übelkeit, Erbrechen	+++	+
Laborchemische Parameter		
Hämolyse (LDH, Haptoglobin)	+/-	++
Transaminasen (GOT, GPT)	++ (GPT > GOT)	++ (GOT > GPT)
Thrombopenie	+	++
Proteinurie	+	+++
Leukozytose	+++	-
Hypoglykämie	+++	-
Koagulopathie	+++ (Synthese, DIC)	+ (DIC)

PROGNOSE

Die Mortalität für Mutter (8%) und Fetus (5%) hat sich verglichen mit der Vergangenheit deutlich reduziert und ist wesentlich abhängig von einer raschen Diagnosestellung und suffizienten symptomatischen Therapie. Die Erkrankung ist potenziell reversibel, kann sich jedoch passager postpartal verschlechtern. Das Rezidivrisiko ist als gering einzuschätzen und abhängig von der Ursache (bei einer Mutation im Fettsäurestoffwechsel der Mutter besteht ein erhöhtes Rezidivrisiko).⁵

DISKUSSION

Es sind seltene Fälle beschrieben, in denen eine Präeklampsie in eine AFLD übergehen oder simultan vorliegen kann. Dies ist hier aufgrund des erhöhten sflt/PIGF Quotienten und der postpartal hypertonen Blutdruckwerte denkbar.

Auch das Auftreten einer Pankreatitis ist als weitere mögliche Komplikation beschrieben worden.⁶

SCHLAGWORTE

- Akute Schwangerschaftsfettleber
- Differentialdiagnostik HELLP Syndrom
- Lebererkrankung Schwangerschaft

LITERATUR

1. Nelson DB, Byrne JJ, Cunningham FG. Acute Fatty Liver of Pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2020;63(1):152-164. doi:10.1097/GRF.0000000000000494.
2. Trauner M, Fickert P, Pertl B. Schwangerschaftsspezifische Lebererkrankungen. Deutsches Ärzteblatt. 2004;Jg. 101(50):A3418-A3425.
3. DGGG, OEGGG, SGGG. S2k Leitlinie Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie: AWMF Registernummer 015/018. 2018.
4. Rath W, Tsikouras P, Stelzl P. HELLP Syndrome or Acute Fatty Liver of Pregnancy: A Differential Diagnostic Challenge: Common Features and Differences. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2020;80(5):499-507. doi:10.1055/a-1091-8630.
5. Reinhart Zachoval. Lebererkrankungen in der Schwangerschaft. Hepatitis&more;2008(1):24-27.
6. Alhaddad OM, Elsabaawy MM, Rewisha EA, Shaarawy OA, Badran HM, Waked IA. Survival of a case of pre-eclampsia complicated with acute fatty liver of pregnancy and acute pancreatitis. Tropical doctor. 2022;52(1):205-208. doi:10.1177/00494755211041870.

QUELLENANGABE DER ERSTVERÖFFENTLICHUNG

FRAUENARZT 64 (2023), Nr. 5, S. 331-332



Autorin:

Annika von dem Knesebeck, Assistenzärztin Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Leitung der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Dr. med. C. Paschold B.A., B.Sc.
Kliniken Heidenheim
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim an der Brenz

DIE SAPV HEIDENHEIM GEHT AN DEN START!

SAPV – das steht für **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** für den Landkreis Heidenheim. Unter Federführung der Pflegedirektion des Klinikums sowie der Medizinischen Klinik I startete im Frühjahr 2022 das Projekt „Aufbau einer SAPV-Struktur für den Landkreis Heidenheim“. Dabei konnten die Akteure bereits auf Erfahrungen und Vorarbeiten aus dem Jahre 2018 zurückgreifen, als ein erster Versuch der SAPV – Gründung an Personalproblemen gescheitert war.

WAS BEDEUTET SAPV UND WEM KOMMT SIE ZU GUTE?

Das Team der SAPV unterstützt schwerkranke Menschen, die an einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden sowie deren Familien. Das übergeordnete Ziel ist es, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung zu erhalten, belastende Symptome zu lindern um ein würdiges, selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen.

Dabei grenzt sich die SAPV als spezialisierte Versorgungsform durch die Schwere und/oder Komplexität der Symptome von der allgemeinen Palliativversorgung (AAPV) ab. Diese kann in der Regel durch die Haus- und Fachärzt*innen und ambulante Pflegedienste geleistet werden.

WIE IST DER VERSORGUNGSRADIUS DEFINIERT?

Die SAPV versorgt Patient*innen und deren Familien im Landkreis Heidenheim in deren eigenem Haushalt sowie in Pflegeheimen. In Anlehnung an allgemein akzeptierte Anhaltzahlen sind bis zu 10 % aller Sterbefälle durch die SAPV zu versorgende Menschen. Dies entspricht im Versorgungsgebiet des Landkreises Heidenheim einer Zahl von ca.130 Patient*innen pro Jahr.

WAS SIND BEISPIELE TYPISCHER INTERVENTIONEN EINES SAPV-TEAMS?

Behandlung komplexer Schmerzsyndrome mit multimodaler Behandlung inklusive Schmerzpumpe, entlastende Ergusspunktionen bei Aszites oder bei malignen Pleuraergüssen, Kontrolle von Übelkeit und Erbrechen sowie schwerer

Atemnot, Unterstützung geben bei emotionalen oder spirituellen Krisen sowie Hilfe bei der Erstellung von Patientenverfügungen und Vollmachten.

WO IST DIE SAPV ANGESIEDELT?

Die SAPV ist eine Abteilung des Klinikums. Mit Ärzt*innen in der Niederlassung, ambulanten Diensten und Anbietern palliativer Versorgung sowie dem Hospiz Barbara wurden Kooperationsverträge geschlossen.

WIE IST DIE SAPV PERSONELL AUSGESTATTET?

Die SAPV ist grundsätzlich multiprofessionell organisiert. Zu Beginn besteht das Kernteam aus 3,4 VK Pflegefachkräften und 0,7 VK Arztstellen des Klinikums. Die Pflegefachkräfte der Brückenpflege sind mit Teilen ihres Stellenumfangs in das Team der SAPV integriert.

Die SAPV gewährleistet eine 24 h Rufbereitschaft. Das ist nur möglich in Zusammenarbeit mit den palliativ weitergebildeten ärztlichen Kolleg*innen in Niederlassung, die in der Mehrzahl auch Betreuungsaufgaben im Hospiz Barbara übernommen haben.

WIE WIRD SAPV VERORDNET UND FINANZIERT?

Die Leistungen der SAPV werden von den Kostenträgern nach einer ärztlichen Verordnung (die von den Kassen umgehend geprüft wird) in Form einer Pauschale übernommen. Dabei sind mehrere Leistungsstufen vorgesehen: Beratung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung, vollständige Versorgung in Abstimmung mit dem Verordnenden.

WORIN BESTEHT DER UNTERSCHIED ZUR BRÜCKENPFLEGE?

In Ergänzung zur am Klinikum langjährig etablierten Brückenpflege vervollständigt das Angebot der SAPV das Leistungsspektrum der ambulanten palliativen Versorgung, da auch nichtonkologische Palliativpatient*innen anspruchsberechtigt sind. Die Aufnahme in das Versorgungskonzept

kann durch Vertragsärzt*innen ohne vorherigen Klinikkontakt verordnet werden und die Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team.

WAS SIND DIE AUFGABEN DER KOORDINATIONSSTELLE?

Die Koordinationsstelle der SAPV ist Teil des SAPV-Kernteam und verantwortlich für die Koordination und Abrechnung der Leistungen sowie Verwaltungsaufgaben. Hier treffen die Anfragen und Verordnungen der Vertragsärzt*inne ein, werden geprüft, Rückfragen gestellt und die Einsätze des Teams geplant und koordiniert. Die Koordinationsstelle organisiert die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern und Dienstleistern im Landkreis. Auch Maßnahmen der Qualitätssicherung wie die Organisation von Fallbesprechungen und Qualitätszirkeln gehören zu den Aufgaben der Koordinationsstelle.

WELCHE STRUKTUREN UND SACHMITTEL STEHEN ZUR VERFÜGUNG?

Für den Start der SAPV wurde ein Büro für die Koordinationsstelle, Räume für die Mitarbeiter sowie ein Teamsitzungsraum

im Haus 202 des Klinikgeländes eingerichtet. Internetfähige Laptops wurden mit der neuen Dokumentations- und Abrechnungssoftware ISPC ausgestattet, zwei Dienstfahrzeuge, Bereitschaftstaschen, ein abschließbarer BTM – Schrank und ein mobiles Sonographiegerät wurden oder werden angeschafft.

WANN GEHT ES LOS?

Derzeit laufen die letzten Vorbereitungen, Absprachen und Schulungen, u.a. für die umfangreiche Dokumentationssoftware. Die Unterlagen zum Versorgungskonzept, Personal- und Sachmittelausstattung sowie Qualifikationsnachweise liegen den Kostenträgern zur Prüfung vor, so dass der SAPV – Versorgungsvertrag hoffentlich in den nächsten Wochen geschlossen werden kann. Die Aufnahme erster Patient*innen ab 01.07.2023 geplant.



Amelie Schilderberger
SAPV Ärztin

Dr. Matthias Müller
Ltd. Oberarzt MK I

Ulrike Rettenberger
Koordinationsstelle SAPV

KONTAKTADRESSE

SAPV Heidenheim
Schlosshaustraße 100
89522 Heidenheim
Tel 07321/332504

Veranstaltungen & Termine

Die hier aufgeführten Termine sind unter Vorbehalt aufgelistet, da zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht konkretisiert werden kann, ob sie weiterhin Bestand haben und unter welchen Voraussetzungen sie stattfinden werden.

Bitte kontaktieren Sie in jedem Fall die unten aufgeführten Ansprechpersonen zu den jeweiligen Veranstaltungen.

ANÄSTHESIE – INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZKONFERENZ

Jeweils Mittwoch von 16:30 bis 18:00 Uhr
im Besprechungsraum Haus K, K0.404

TERMINE	19.07.2023	13.09.2023	18.10.2023	08.11.2023	06.12.2023
---------	------------	------------	------------	------------	------------

Anmeldung und Koordination über
Frau Andrea Weichsel, Sekretariat Schmerzambulanz
(Telefon: 07321-33 2229 oder
andrea.weichsel@kliniken-heidenheim.de)

OSP

Anmeldung und Koordination über
Frau Ute Banzhaf, Sekretariat OSP
(Telefon: 07321-33 2954 oder ute.banzhaf@kliniken-heidenheim.de)

Inhalte	Ort	Termin
Onkologisches Kolloquium	Hörsaal	05. Juli 2023, 18:00 - 20:30 Uhr 25. Oktober 2023, 18:00 - 20:30 Uhr

Qualitätszirkel

Darmkrebszentrum

Jeweils Mittwoch von 17:30 bis 19:00 Uhr im Konferenzraum oder Hörsaal.

TERMINE

29.11.2023

Hörsaal

Anmeldung und Koordination über

Sekretariat Darmkrebszentrum

(Telefon: 07321-33 2665 oder

sekretariat.mk1@kliniken-heidenheim.de)

Telefonnummern

Klinikum Heidenheim	07321 33	- 0
Zentrale Notaufnahme (ZNA)		- 91 120
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie		- 22 12
Schmerzambulanz		- 22 29
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		- 95 507
Ambulanz		- 95 500
Kreißsaal		- 95 300
Kinder- und Jugendmedizin		- 22 70
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Onkologie)		- 26 65
MRE-Koordinator		- 94 005
Medizinische Klinik II (Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie)		- 28 62
Dialyse teilstationär		- 21 45
Neurologie		- 21 02
Stroke Unit		- 91 410
Orthopädie und Unfallchirurgie		- 21 82
Elektivambulanz		- 23 39
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik		- 24 52
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)		- 26 59
Radiologie		- 92 090
Radioonkologie und Strahlentherapie		- 92 800
Urologie		- 23 42
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie		- 21 72
Elektivambulanz		- 23 39
ZAM Zentrum für Altersmedizin		- 94 021
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen		07322 954-201
Zfi Zentrum für Intensivmedizin		- 91 300
ZBM Zentrales Belegungsmanagement / ZPA Zentrale Patientenaufnahme		
Für Ärzte		- 95 609
Für Patienten		- 95 600
Belegklinik HNO (Station B7)		- 93 700
Klinik für Integrative Medizin (Belegklinik) (Station B6)		- 93 500
Belegklinik MKG (Station B1)		- 93 100
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg (OSP)		- 29 54
Regionales Arzneimittelinformationszentrum (RAIZ)		- 23 62
STAUfrei-Studienzentrale		- 93 050

Impressum: med.izin
Newsletter für niedergelassene Ärzte
aus dem Klinikum Heidenheim

Herausgeber: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH,
Schloßhastr. 100, 89522 Heidenheim

Redaktion: Professor Dr. Peter Helwig, Katja Hertwig

Bilder: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Layout: Katja Hertwig

Zuschriften: Redaktion med.izin,
c/o Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Sekretariat
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim

E-Mail: med.izin@kliniken-heidenheim.de

Für Schreibfehler wird keine Haftung übernommen.