

12·19

10. Dezember · 73. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Kittel meets Kammer

Ökonomisierung der Medizin –
der Druck im Kessel ist hoch

Gesundheitspolitik | 22

Vertreterversammlung

KVH wird gesundheitspolitisch
wieder ernst genommen

Forum Medizin | 30

Entscheidungsprozess

Wie kognitive Denkfehler
die Diagnose beeinflussen

Das Thema | 12

Leitlinie ICD-11

Somatische *Belastungsstörung*

Die veränderte Bezeichnung und neue diagnostische Kriterien spiegeln
ein neues Verständnis der psychosomatischen Störung wider



ANCORIS

Ihre Altersmedizin von Asklepios



GESUND IM ALTER

Ancoris – Ihr Partner in der Geriatrie

Als Arzt ist Ihnen die Versorgung Ihres Patienten wichtig. Ancoris ist Ihr Partner, wenn es um die Geriatrie geht. Besonders die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen braucht eine Behandlung durch Spezialisten verschiedener Fachgebiete. Wenn Sie als behandelnder Arzt mehr über die Geriatrien in den Hamburger Asklepios Kliniken erfahren möchten, sprechen Sie uns an oder stellen Sie uns Ihren Patienten vor. Gern besprechen wir mit Ihnen das individuelle Therapiekonzept für Ihren Patienten – gemeinsam finden wir die passende Lösung.

Weitere Informationen unter: 0800 181887-0

Mo. – Do. 09:00–15:00 Uhr und Fr. 09:00–13:00 Uhr

www.ancoris-hamburg.de

Ihr Anker im Alter



Prof. Dr. Martin Scherer
Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

„Zurückblickend kann ich sagen, dass nicht nur die Abrundung meines Berufsalltags gelungen ist. Die Mitgestaltung des HÄB insgesamt war eine runde Sache.“

Fünf Jahre Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

Vor ziemlich genau fünf Jahren bin ich zusammen mit meinem Kollegen Prof. Christian Arning als Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts angetreten. In unserem ersten Editorial Anfang 2015 haben wir geschrieben:

„Liebe Kolleginnen und Kollegen, als Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts sind wir vor allem für praxisrelevante, interessante und wissenschaftlich fundierte Inhalte zuständig, die die gesamte Medizin abbilden. Wir wollen dabei immer auch die verschiedenen Aspekte im Auge haben, die Arztsein in Hamburg ausmachen ... Wir empfinden unsere neue Tätigkeit als Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts als Abrundung für einen gelungenen Berufsalltag und freuen uns darauf, mit Ihrer Hilfe das Blatt zu gestalten.“

Im September dieses Jahres ist mit dem Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin eine neue Aufgabe zusätzlich zu meiner Tätigkeit am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hinzugekommen. Ich werde mich daher zum Jahreswechsel als Schriftleiter zurückziehen. In den vergangenen fünf Jahren haben wir vieles bewahrt, aber auch einiges verändert. Neue Rubriken wie „Neues aus der Wissenschaft“ oder „Bilder aus der klinischen Medizin“ sind hinzugekommen. Wir haben die Literaturhinweise neu organisiert und die Autorenhinweise stetig aktualisiert. Die Transparenz von Interessen unserer Autorinnen und Autoren war und ist uns stets ein Anliegen. Bei der Auswahl der Artikel haben wir im engen Abstimmungsprozess zwischen Schriftleitern und Redaktion darauf geachtet, dass nicht nur die Themenauswahl abwechslungsreich, sondern auch die Repräsentanz einzelner Einrichtungen und die Abbildung der unterschiedlichen Versorgungssektoren ausgewogen ist.

Zurückblickend kann ich sagen, dass nicht nur die Abrundung meines Berufsalltags gelungen ist. Die Mitgestaltung des HÄB insgesamt war eine runde Sache. Dazu trugen in erster Linie die vielen hochwertigen Einreichungen bei, für

die ich Ihnen danken möchte. Mein Dank gilt auch dem Vertrauen der Gesellschafter, der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der Ärztekammer Hamburg sowie Donald Horn, dem Geschäftsführer des Hamburger Ärzteverlags. Besonders dankbar bin ich für die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Redaktion und ihrer Leiterin Stephanie Hopf und meinem Kollegen Prof. Arning, der die Fahne der Schriftleitung nach meinem Ausscheiden weiter hochhalten wird. Die Diskussionen mit Sandra Wilsdorf (Pressesprecherin Ärztekammer Hamburg) und Jochen Kriens (Pressesprecher KVH) in den Redaktionskonferenzen waren fruchtbar und inspirierend.

Die aktuelle Ausgabe zeigt, dass sich nicht nur das Hamburger Ärzteblatt weiterentwickelt hat. Auch Leitlinien werden immer wieder überarbeitet und dem aktuellen Stand angepasst – so auch die Kriterien der Somatischen Belastungsstörung.

Wir danken der Gruppe um Prof. Löwe für einen sehr instruktiven Titelbeitrag. Das Dezemberheft ist aber auch ein Beispiel dafür, dass das Hamburger Ärzteblatt nicht nur in der Ärzteschaft, sondern auch bei Studierenden zur Diskussionsplattform geworden ist. Wir haben uns über die vielen Zuschriften gefreut. Ich werde dem „Blauen Heinrich“, wenn auch in veränderter Rolle, auch in Zukunft treu bleiben. Bleiben auch Sie ihm gewogen und beteiligen Sie sich weiterhin rege mit Ihren Beiträgen!

Herzlichst Ihr



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

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

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

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

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

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

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

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

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

patientenberatung@aekhh.de

www.patientenberatung-hamburg.de

12·19

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, UKE, stellt Kriterien zur Diagnose „Somatische Belastungsstörung“ vor, die in der neuen Leitlinie ICD-11 verankert ist (Seite 12). **Dr. Hartmut Koch**, Asklepios Klinik Altona, beschreibt, wie bei einer 66-Jährigen mit Hypopharynxkarzinom tumoröses Schlundgewebe mit einem Stück Dünndarm ersetzt wurde (Seite 28). **Prof. Dr. Sigrid Harendza**, UKE, analysierte, bei welchen von der Norddeutschen Schlichtungsstelle begutachteten Behandlungsfehlern klinische Denkfehler zugrunde lagen (Seite 30).



Das Thema

- 12 **Neue klinisch-diagnostische Leitlinie**
Somatische Belastungsstörung.
Von Prof. Dr. Dipl.-Psych.
Bernd Löwe, Dr. phil. Dipl.-Psych.
Miriam Depping

Service

- 6 Gratulation
9 In memoriam
9 Gefunden
17 Rezension
26 Terminkalender
32 Bilder aus
der klinischen Medizin
33 Neues aus der Wissenschaft
38 Leserbrief
42 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6·10 **Personalien** · Nachruf auf Dr. Rolf Peter Lueken · Dr. Michael J. Lipp ist Chefarzt der Allgemeinchirurgie der AK Barmbek · Neue Chefarzte in der AK Wandsbek und im Westklinikum · Prof. Dr. Martin Scherer nimmt Abschied vom HÄB · Ehrung für Ex-Kammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
News · Kurzinfo für frisch approbierte Ärztinnen und Ärzte · Christoph Lohfert Stiftung lobt Lohfert-Preis 2020 aus · Neue Gesundheitszentren für benachteiligte Stadtteile · UKE-Forscherteam klärt möglichen Mechanismus von Schizophrenie auf · Ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte für Diakonie-Praxis gesucht!

- 11 **Psychische Erkrankungen** · „reden! statt schweigen“

Gesundheitspolitik

- 18 **Kittel meets Kammer** · Der Druck im Kessel ist hoch. Von Nicola Timpe
20 **25. Selbsthilfe-Forum** · Warum isst du nicht – und wie kann ich dir helfen?! Von Rena Beeg
22 **Vertreterversammlung** · „KV wird gesundheitspolitisch wieder ernst genommen!“
Von Dr. phil. Jochen Kriens
24 **Inklusion** · Return to Work – was alles geht! Von Natascha Blankenburg

Forum Medizin

- 28 **Der besondere Fall** · Dünndarmstück ersetzt tumoröses Schlundgewebe.
Von Dr. Hartmut Koch, Dr. Dr. Karl Mauss, Prof. Dr. Thomas Grundmann
30 **Gravierende Folgen** · Wie Denkfehler die ärztliche Diagnose beeinflussen.
Von Dr. Andreas Klinge, Johan Müller, Prof. Dr. Sigrid Harendza
34 **Schlichtungsstelle** · Eileiterschwangerschaft zu spät erkannt.
Von Prof. Dr. Wolfgang Heidenreich, Christine Wohlers
36 **Bild und Hintergrund** · Humanitäre Delegationsreise in die autonome Region Kurdistan.
Von Prof. Dr. Jochen Dahm-Daphi, Dr. Marcial Velasco Garrido
42 **Der blaue Heinrich** · Hamburg in Zeiten der Cholera. Ausgewählt von Katja Evers

Mitteilungen

- 43 **Ärztchamber Hamburg** · 10. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts (VSt) vom 17.6. 2019
43 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Arbeitskreise · Ermächtigungen

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: Zentrum für Radiologie und Endoskopie – Abteilung für Nuklearmedizin, UKE; Katholisches Kinderkrankenhaus WILHELMSTIFT gGmbH; Teilbeilage (Krankenhausesärzte): Teilbeilage (niedergelassene und in der Niederlassung angestellte Ärztinnen und Ärzte): MCE – Medical Congresses & Events

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 05.01. **Dr. med. Artur Daase**
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 85. Geburtstag

- 21.12. **Dr. med. Iradj Torkzadeh**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

zum 80. Geburtstag

- 04.01. **Dr. med. Ursula Gotthardt**, Ärztin
06.01. **Dr. med. Eberhard Siegert**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
10.01. **Carlos Roig Y Soles**, Arzt
12.01. **Dr. med. Hildegard Rüsenberg**
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
19.12. **Dr. med. Peter Klüver**, Arzt
21.12. **Dr. med. Wulf Allmeling**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
22.12. **Dr. med. Helga Ludwig**
Fachärztin für Nervenheilkunde
Fachärztin für Psychiatrie

zum 75. Geburtstag

- 01.01. **Ernst Scholz**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
04.01. **Dr. med. Uwe Hoffmann**, Arzt
06.01. **Dr. med. Johann-Dietrich Jaeger**
Facharzt für Allgemeinmedizin
08.01. **Claudia Reichel**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
09.01. **Dr. med. Gottfried Schwartz**
Facharzt für Nervenheilkunde
14.01. **Dr. med. Jobst von Lossow**
Facharzt für Innere Medizin
17.12. **Dr. med. Dr. rer. nat. Rajai Kamal**, Arzt
17.12. **Reinhard Püschel**
Facharzt für Anästhesiologie
24.12. **Dr. med. Mahmud Scheltat**
Facharzt für Orthopädie
26.12. **Dr. med. Herwig Lorenz**
Facharzt für Orthopädie
27.12. **Dr. med. Elisabeth Müller-Wehling**,
Ärztin
27.12. **Dr. med. Rainer Papenhausen**
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Psychotherapeutische
Medizin
27.12. **Dr. med. Claus Penschuck**
Facharzt für Chirurgie
30.12. **Dr. med. Theo Piegler**
Facharzt für Nervenheilkunde
Facharzt für Psychiatrie und-
Psychotherapie
Facharzt für Psychotherapeutische
Medizin
31.12. **Dr. med. Edda Fuchs**
Fachärztin für Nervenheilkunde
31.12. **Dr. med. Marianne Soehring**, Ärztin

Nachruf Dr. Rolf Peter Lueken, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ist im Alter von 77 Jahren nach schwerer Krankheit gestorben.

Ein Visionär und Pionier der Endoskopie

Dr. Rolf Peter Lueken absolvierte das Medizinstudium in Innsbruck, Göttingen und Kiel. Es folgten die Facharztausbildung am Krankenhaus Harburg und der Wechsel als Oberarzt zu Prof. H.-J. Lindemann ans Elisabeth Krankenhaus in Eimsbüttel. 1984



Dr. Rolf Peter Lueken

erfolgte dann der mutige Schritt in die Praxis mit Gründung eines ambulanten Operationszentrums. Gemeinsam mit Dr. Adolf Gallinat führte Rolf Peter Lueken in der Rentzelstraße diagnostische und operative Hysteroskopien und vor allem ambulante Laparoskopien durch. Der Zuspruch der Zuweiserinnen und Zuweiser und die hohe Zufriedenheit der Patientinnen waren Grundlage für den frühen Erfolg der Tagesklinik – dieser mündete 1991 in den Umzug in die Altonaer Straße mit deutlicher Erweiterung der Operationskapazität. Rolf Lueken war Visionär und Pionier, dem neben der wissenschaftlichen Arbeit vor allem der kollegiale Austausch wichtig war. Die aktive Beteiligung an den Kongressen der American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL) war Quelle vieler Neuerungen auf dem Gebiet der minimal-invasiven gynäkologischen Chirurgie. So führte er 1989 die erste laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LASH)

mit Harry Reich, dem damals führenden US-amerikanischen Endoskopiker, durch. 1995 folgte die erste ambulante LASH im Rahmen des seit 1993 jährlich stattfindenden Herbststudiums „Progressive Endoskopie“.

1986 war Lueken Gründungsmitglied des Vener Arbeitskreises Ambulantes Operieren (VAAO), dessen Geist noch heute nachhaltig die deutsche Kongress-Landschaft prägt. Im Rahmen des 7. VAAO-Kongresses wurde Rolf Lueken 1997 live aus dem OP in Hamburg ins Auditorium nach Dresden übertragen – er etablierte so die Live-Surgery als tragendes Element zukünftiger Veranstaltungen.

Mit zunehmender Akzeptanz der Fachgesellschaften erwarb er nationale und internationale Anerkennung. Dies spiegelt sich unter anderem in der Verleihung des Golden Scope für verdienstvolle Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Endoskopie (AGE) 2004 wider. Am Ende ging sein Wunsch, „Speerspitze der ambulanten minimalinvasiven gynäkologischen Chirurgie zu sein“, in Erfüllung. Neben seiner Berufung als Arzt war er ein begeisterter, vielseitig talentierter Sportler! Seine Leidenschaft galt in früheren Jahren dem Skifahren, und bis zuletzt fand er Entspannung beim Windsurfen und Golfspielen. Rolf Peter Lueken verstarb am 23. Oktober 2019 nach schwerer Krankheit – er wird den Partnerinnen und Partnern der Frauenklinik an der Elbe (vormals Tagesklinik Altonaer Straße) in all seinen Facetten immer ein Vorbild sein.

Dr. Cornelia Bormann, Dr. Peter Biel, Frauenklinik an der Elbe

*Die Ärztekammer Hamburg und die
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
wünschen allen Hamburger
Ärztinnen und Ärzten sowie
den Psychotherapeutinnen
und Psychotherapeuten ein
fröhliches Weihnachtsfest
und einen guten Rutsch
ins neue Jahr!*



Dr. Michael J. Lipp ist Chefarzt der *Allgemeinchirurgie der AK Barmbek*

Seit Ende August gibt es eine neue Department-Struktur in der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Asklepios Klinik Barmbek. Das Department für Chirurgie unter Gesamtleitung von Prof. Dr. Karl J. Oldhafer gliedert sich in zwei Bereiche: die Klinik für Leber-, Gallenwegs- und Pankreaschirurgie unter der Leitung von Prof. Oldhafer sowie die Klinik für Gastrointestinale und Colorektale Chirurgie, die Dr. Michael J. Lipp zukünftig als Chefarzt leiten wird. Lipp ist bereits seit 2011 in Barmbek tätig. 2014 wurde er Oberarzt, seit 2017 verantwortet er die Kolorektale Chirurgie. Ein weiterer besonderer Schwerpunkt des 41-jährigen ist das HIPEC-Verfahren (hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion bei Peritonealkarzinose). Das Medizinstudium absolvierte er in Würzburg und Nebraska (USA) und Muri (Schweiz). | *häß*



Dr. Michael J. Lipp

Neue Chefarzte in der AK *Wandsbek und im Westklinikum*



Dr. Thomas Mansfeld

Das Asklepios Westklinikum Hamburg und die Asklepios Klinik Wandsbek begrüßen zum 1. Januar 2020 neue Chefarzte in ihren Abteilungen für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Im Westklinikum folgt Dr. Thomas Mansfeld, bislang Chefarzt in der Asklepios Klinik Wandsbek, auf Prof. Dr. Thomas Carus. Mansfeld übergibt seine Chefarztposition in Wandsbek an PD Dr. Dean Bogoevski.

Mansfeld ist erfahrener Allgemein- und Viszeralchirurg und seit mehr als 25 Jahren auf minimalinvasive Chirurgie spezialisiert. Zu seinen Spezialgebieten gehören u. a. die Hernienchirurgie, bösartige Erkrankungen des gesamten Verdauungstrakts, die Dick- und Enddarmchirurgie und die Behandlungen von Reflux-Erkrankungen (Hernienchirurgie). Bevor er 2007 Chefarzt in der AK Wandsbek wurde, war er am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), im Allgemeinen Krankenhaus Altona und in Oldenburg tätig.

PD Dr. Dean Bogoevski wird in seiner neuen Position die Arbeit von Mansfeld im Bereich der Darm-Chirurgie, der Behandlung von bösartigen Erkrankungen des Verdauungstrakts sowie der Refluxerkrankungen fortführen und ergänzen. Zu seinen Kompetenzen gehören neben minimalinvasiver Chirurgie auch die Erfahrung als Thoraxchirurg und als Spezialist für Operationen der Bauchspeicheldrüse. Bogoevski war seit März 2017 Chefarzt der Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie der Asklepios Harz-kliniken am Standort Goslar und kehrt nun nach Hamburg zurück. Im UKE war er bereits seit 2002 tätig; dort wurde er auch promoviert und dann habilitiert. | *häß*



PD Dr. Dean Bogoevski

Vorgezogener *Anzeigenschluss*

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der vorgezogenen Termine zu Weihnachten der Anzeigenschluss für die Rubrikanzeigen im hinteren Teil des Hamburger Ärzteblatts bereits am 12. Dezember ist. Für Anzeigen kontaktieren Sie bitte Stefanie Hoffmann vom elbbüro unter E-Mail: anzeigen@elbbuero.com oder unter Tel. 33 48 57 11. | *häß*

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 02.01. **Ekkehard Illmer**
Facharzt für Orthopädie
- 03.01. **Dr. med. Dr. rer. nat. Kurt Hannemann-Pohl**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Facharzt für Transfusionsmedizin
- 03.01. **Dr. med. Justus Lindschau**
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Facharzt für Orthopädie
- 04.01. **Dr. med. Christoph Müller-Schwefe**
Facharzt für Innere Medizin
- 07.01. **Prof. Dr. rer. nat. Reinhard Schneppenheim**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 08.01. **Dr. med. Reinhard Bauer**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 08.01. **Dr. med. Claus Blanke-Roeser**
Facharzt für Innere Medizin
- 12.01. **Dr. med. Farhad Raschidi, Arzt**
- 13.01. **Peter Düring**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 13.01. **Wolfgang Nebel**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 14.01. **Dr. med. Rolf Haacke**
Facharzt für Chirurgie
- 15.01. **Dr. med. Antje Franke**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 20.12. **Dr. med. Stefan Janssen**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 20.12. **Günter Nehse**
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- 21.12. **Dr. med. Dorothee Tashiro**
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 23.12. **Christa Zante, Ärztin**
- 27.12. **Dr. med. Andris Zemitis**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

zum 65. Geburtstag

- 04.01. **Prof. Dr. med. Stefan Peters**
Facharzt für Innere Medizin
- 05.01. **Dr. med. Ute Meyer-König**
Fachärztin für Neurologie
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 06.01. **Dr. med. Andrea Uhrberg**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 07.01. **Dr. med. Helmut Schübbe, Arzt**
- 07.01. **Dr. med. Stephan Roderich Westermann**
Facharzt für Orthopädie
- 09.01. **Johannes Dilger**
Facharzt für Orthopädie
- 09.01. **Gundula Fromm, Ärztin**
- 10.01. **Dr. med. Johannes Müller**
Facharzt für Orthopädie
- 12.01. **Dr. med. Friederike Grabbe**
Fachärztin für Chirurgie
- 12.01. **Dr. med. Ulrich Meldau**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Arbeitsmedizin

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 15.01. **Dr. med. Klaus Becker**
Facharzt für Innere Medizin
- 16.12. **Dr. med. Angelika Ulrich**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 17.12. **Dr. med. Ingmar Werner**
Facharzt für Anästhesiologie
- 18.12. **Angela Bernhardt**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 23.12. **Friedegund Bürger**, Ärztin
- 23.12. **Dr. med. Hannelore Vogt**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 27.12. **Prof. Dr. med. Luca Papavero**
Facharzt für Neurochirurgie
- 28.12. **Dr. med. Eberhard Nitz**
Facharzt für Orthopädie
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 31.12. **Dr. med. Evelyn Lesser**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 31.12. **Dr. med. Jörg Woggan**
Facharzt für Innere Medizin

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

Kammer ist in der Weihnachtswoche geschlossen

Die Ärztekammer Hamburg ist über Weihnachten und Silvester von Montag, den 23. Dezember, bis zum Mittwoch, den 1. Januar 2020, geschlossen. Die Redaktion des Hamburger Ärzteblatts hat vom Montag, den 23. Dezember, bis zum Freitag, den 3. Januar 2020, Weihnachtsferien. Am Montag, den 6. Januar 2020, sind wir wieder für Sie da. Aufgrund vorgezogener Termine waren Redaktions- und Anzeigenschluss im Textteil bereits am 6. Dezember 2019. Für Rubrikanzeigen im hinteren Teil gilt der 12. Dezember 2019. *Redaktion und Schriftleiter wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit. | häb*

Prof. Dr. Martin Scherer nimmt Abschied vom HÄB



Prof. Dr. Martin Scherer (l.) und Prof. Dr. Christian Arning

Fünf Jahre waren der Allgemeinmediziner Prof. Dr. Martin Scherer und der Neurologe Prof. Dr. Christian Arning gemeinsam Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts (HÄB). Sie hatten sich vorgenommen, interessante und wissenschaftlich fundierte Beiträge im HÄB zu veröffentlichen, dafür nutzten sie ihre Kontakte, warben Beiträge ein, beurteilten, änderten, lehnten auch mal ab, waren begeistert. Jede Ausgabe des „Blauen

Heinrich“ füllten sie mit Themen, bei denen nicht nur die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten im Fokus stand, sondern die das Arztsein in Hamburg ausmachen.

Martin Scherer, Leiter des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE, übernahm während seiner Zeit beim HÄB weitere Aufgaben, unter anderem das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM); und gerade hat die neue Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung am UKE eröffnet, die er als Leiter betreut. Ein Hinzugewinn, der aber auch viel Arbeit mit sich bringt. Deshalb war es Zeit für Veränderung. Schade, dass Martin Scherer nun aufhört, denn die Teamarbeit in der Schriftleitung, aber auch mit der Redaktion hat bestens funktioniert. Mit Prof. Scherer und Prof. Arning als Schriftleiter entwickelte sich das HÄB ständig weiter – im Kern mit der Frage: „Für wen machen wir das Blatt?“ Darüber tauschten sich Schriftleitung, Redaktion und Geschäftsführung immer wieder aus. Die Diskussionen in dieser Runde und in den monatlichen Redaktionssitzungen waren spannend, offen und unkompliziert. Lieber Herr Prof. Scherer, leider ist Ihre Zeit beim HÄB nun vorbei. Und doch gibt es ein Trostpflaster: Lieber Herr Prof. Arning, wir sind froh, dass Sie bleiben und die Zusammenarbeit in diesem Sinne weiterführen werden.

*Donald Horn, Geschäftsführer des Hamburger Ärzteverbands
Stephanie Hopf, Redaktionsleiterin des Hamburger Ärzteblatts*

Kurzinfo für frisch approbierte Ärztinnen und Ärzte



Die Wege nach dem Staatsexamen sind für viele Ärztinnen und Ärzte nicht selbsterklärend. Eine handliche Broschüre fasst nun alle wichtigen Schritte nach dem bestandenen Staatsexamen zusammen. „Der Start in das Berufsleben wird so hoffentlich leichter“, meint Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg, der das gute Beispiel der Ärztekammer Niedersachsen auch für Hamburger Absolventinnen und Absolventen anbieten wollte. Hier hatte der Arbeitskreis „Ärztlicher Nachwuchs“ gemeinsam mit jungen Ärztinnen und Ärzten das Informationsangebot für Niedersachsen entwickelt. In der neuen Broschüre der Ärztekammer Hamburg werden die fünf wichtigsten Anlaufpunkte und Themen erläutert, darunter wie die frisch approbierten Ärztinnen und Ärzte ihre Approbation erhalten oder was für die Kammer-Mitgliedschaft notwendig ist. Aber auch Informationen zum Versorgungswerk oder zur

Haftpflichtversicherung sollen helfen, sich beim Start im Berufsleben zu orientieren und wichtige Schritte nicht zu vergessen. Nicht zuletzt gibt's Informationen zur Weiterbildung und Ansprechpartner oder Links zu den jeweiligen Themen. „Willkommen im Club“ ist nicht nur als Printausgabe, sondern auch online unter www.aerztekammer-hamburg.org/home.html erhältlich, hier in Verbindung mit einer Checkliste. | häb

Christoph Lohfert Stiftung lobt *Lohfert-Preis 2020 aus*

„Messbare Innovationen zur Verbesserung der Patientensicherheit“ lautet das Ausschreibungsthema für den Lohfert-Preis 2020, der erstmals unter der Schirmherrschaft von Dr. Regina Klakow-Franck, Fachärztin für Gynäkologie und stellvertretende Institutsleiterin des IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) steht. Der Lohfert-Preis ist mit 20.000 Euro dotiert. Prämiert werden erneut nachhaltige Konzepte, die den Patienten im Krankenhaus, seine Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt rücken. Gesucht werden Konzepte und Projekte, die bereits in der Medizin implementiert sind und grundlegend neue Ansätze und patientenorientierte, qualitätsverbessernde Impulse beinhalten. Bewerben können sich alle Teilnehmer der stationären Krankenversorgung im deutschsprachigen Raum sowie Management- und Beratungsgesellschaften, Krankenkassen oder sonstige Experten. Die Bewerbung muss in deutscher Sprache verfasst und online eingereicht werden. Bewerbungen werden ausschließlich über das Online-Bewerbungsformular unter www.christophlohfert-stiftung.de angenommen. Bewerbungsschluss ist der 29. Februar 2020. Der Preis wird am 22. September 2020 im Rahmen des 16. Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg vergeben. Kontakt: Tanja Brunner, E-Mail: tb@christophlohfert-stiftung.de und Julia Hauck, E-Mail: jh@christophlohfert-stiftung.de, Tel. 55 77 54 00. | [háb](#)

Neue Gesundheitszentren für *benachteiligte Stadtteile*

Die Stadt geht neue Wege, um Menschen mit sozialen und gesundheitlichen Problemen besser zu unterstützen: In Stadtteilen mit besonders schlechter sozialer Lage sollen insgesamt sieben lokale Gesundheitszentren entstehen, in denen medizinische Versorgung und soziale Unterstützung Hand in Hand erfolgen. Kern des lokalen Gesundheitszentrums ist mindestens eine haus- und/oder kinderärztliche Praxis, eine moderne Form der „Gemeinenschwester“ und eine Sozialberatung. Gemeinnützige Träger können sich bei der Gesundheitsbehörde um eine Förderung pro Zentrum von 100.000 Euro jährlich bewerben, die Sozialbehörde fördert zusätzlich jeweils eine halbe Stelle für Sozialberatung. Mehr Informationen gibt es unter www.hamburg.de/stadtteil-gesundheitszentren. | [háb](#)



In memoriam

Dr. med. Nicolas Countouris, Arzt
*25.11.1956 †10.09.2019

Gunther Klug
Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin
*24.06.1937 †01.10.2019

Dr. med. Dirk Hellenbroich
Facharzt für Haut-
und Geschlechtskrankheiten
*26.10.1941 †03.10.2019

Dr. med. Wendelin Raabe
Facharzt für Allgemeinmedizin
*16.01.1935 †04.10.2019

Dr. Karl-Alfred Schlecht
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
*11.11.1929 †04.10.2019

Dr. med. Hellmuth Dolg
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
*11.10.1925 †11.10.2019

Dr. med. Rolf Peter Lueken
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
*15.03.1942 †23.10.2019

Gefunden

Die sitzende Generation

Was nützt das beste Gesundheitssystem, wenn die Weichen für Krankheiten schon im Kindes- und Jugendalter gestellt werden. Neben ausgewogener Ernährung ist Bewegung ein Grundpfeiler für ein zukünftiges gesundes Leben. Aber die neuen Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lassen Böses ahnen: Vier von fünf Jugendlichen bewegen sich zu wenig. Und diese Zahlen gelten weltweit. Befragt wurden 1,6 Millionen Schülerinnen und Schüler aus 146 Ländern; die Daten stammen aus den Jahren 2001 bis 2016 (veröffentlicht in Lancet Child & Adolescent Health). Das Erschreckende: 81 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren bewegen sich demnach nicht mal eine Stunde am Tag, so wie die WHO es empfiehlt. Warum die junge Generation so inaktiv ist, hat die Studie nicht untersucht. Leanne Riley, Co-Autorin, vermutet, die digitale Revolution habe „das Bewegungsmuster von Jugendlichen verändert“. Aber braucht man dafür wirklich eine wissenschaftliche Studie? Oder wie reagiert Ihr Sproß auf eine Woche Handyzug? | [sh](#)

Versorgungswerk informiert über Rente

Wie flexibel ist der Renteneintrittstermin? Was bedeutet die „Abschaffung des Zinses“ für die Versorgungswerksrenten? Findet das Versorgungswerk noch rentierliche Kapitalanlagen? Das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg lädt ein zur Informationsveranstaltung am Montag, den 3. Februar 2020, um 20 Uhr in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestraße 122 b, 13. Etage. Die Verantwortlichen des Versorgungswerks stehen zur Verfügung und antworten auf Ihre Fragen. Bei Anreise mit dem Auto können Sie in der Besucher-Tiefgarage zwei Stunden kostenlos parken (der Beschilderung „Besucher“ folgen). Bei Fragen wenden Sie sich ans Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Tel. 227 19 60. | *hüb*

MFA: Höhere tarifliche Sonderzahlung

Für Medizinische Fachangestellte (MFA) mit Tarifbindung tritt im Dezember eine weitere Stufe des Manteltarifvertrags für MFA in Kraft. Darauf macht der Verband medizinischer Fachberufe e.V. aufmerksam. Ab dem zweiten Jahr der Betriebszugehörigkeit erhöht sich die tarifliche Sonderzahlung, die zum 1. Dezember fällig ist, von bisher 55 auf nunmehr 60 Prozent des regelmäßigen Bruttomonatsentgelts. Im ersten Jahr der Betriebszugehörigkeit beträgt die Sonderzahlung 50 Prozent. Mit dem 2017 geänderten Manteltarifvertrag wurde vereinbart, ab 2018 eine Hälfte des 13. Gehalts auf das monatliche Bruttoeinkommen umzulegen und die andere Hälfte in eine Sonderzahlung umzuwandeln. Ihre erstmalige Auszahlung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. So muss das Arbeitsverhältnis am 1. Dezember des Kalenderjahrs bei ausgelernten Medizinischen Fachangestellten mindestens sechs volle Monate ununterbrochen bestanden haben. Für Auszubildende gilt eine Frist von drei Monaten. Der Arbeits- oder Ausbildungsvertrag darf zudem nicht durch die oder den MFA gekündigt worden sein. Gleiches gilt für Kündigungen von Arbeitgeberseite. Im Jahr 2020 erhöht sich die Sonderzahlung ab dem zweiten Jahr der Betriebszugehörigkeit auf 65 Prozent. Mehr zu den Tarifverträgen für MFA: www.vmf-online.de/mfa/mfa-tarife. | *hüb*

Ehrung für Ex-Kammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Am 19. November hat die Jüdische Gemeinde Düsseldorf den ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, mit der Josef-Neuberger-Medaille ausgezeichnet. Die Auszeichnung erhält der Radiologe und frühere Präsident der Ärztekammer Hamburg für seine besonderen Verdienste um die Aufarbeitung der Rolle der deutschen Mediziner in der NS-Zeit und für den von ihm vorangetriebenen intensiven Austausch mit der Israel Medical Association. Montgomery bedankte sich für die Auszeichnung und warnte vor einer schleichenden Gewöhnung an einen neuen Antisemitismus.

2014 hatte Montgomery bei einem Besuch in Israel um Entschuldigung für die Beteiligung seines Berufsstands an den NS-Verbrechen gebeten. | *hüb*

UKE-Forscherteam klärt möglichen Mechanismus von Schizophrenie auf

Die Weichen für eine spätere Schizophrenie werden möglicherweise schon im Mutterleib gestellt: Bestimmte Zellen im vorderen Stirnbereich des Gehirns könnten dabei eine entscheidende Rolle spielen. Denn Fehler bei der Entwicklung dieser Zellen verursachten eine falsche Verschaltung des betreffenden Hirnbereichs, die durch eine gezielte Intervention umkehrbar ist. Das berichten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) um Prof. Dr. Ileana Hanganu-Opatz, Leiterin der Arbeitsgruppe Entwicklungsneurophysiologie, in der aktuellen Online-Ausgabe des Fachmagazins Neuron. Die Fehler in der Verschaltung der Hirnzellen könnten den Boden bereiten für die Entstehung der psychischen Störung. Die identifizierten Zellen befinden sich im vorderen Bereich des Gehirns, auch Stirnhirn oder präfrontaler Cortex genannt. Diese sind Hanganu-Opatz zufolge während der Entwicklung des Gehirns besonders empfindlich. Ob die Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zu neuartigen Therapien führen werden, sei ungewiss. Die Schizophrenie sei eine Entwicklungserkrankung, deren grundlegende Mechanismen weitgehend ungeklärt sind. Das Wissen, welche konkreten Zellen eine besondere Bedeutung für die fehlerhafte Verschaltung im Gehirn haben, sei lediglich ein erster Schritt. „Weitere müssen folgen, bevor sich Konsequenzen für die Therapie von Patienten ableiten lassen“, sagt die Wissenschaftlerin. | *hüb*

Ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte für Diakonie-Praxis gesucht!

Die Praxis Andocken der Diakonie plant den Aufbau einer kinder- und einer hautärztlichen Sprechstunde. Hierfür sucht sie Verstärkung durch ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender Fachrichtung. Auch Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Kolleginnen und Kollegen aus der Inneren und Allgemeinmedizin, die Vertretungsdienste übernehmen wollen, sind willkommen. Den Umfang ihres Engagements können die Ehrenamtlichen mitgestalten: Mindestens ein Einsatz im Monat wäre ideal. Die Praxis Andocken bietet seit 2013 medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung in Hamburg an – komplett aus Spenden finanziert. Pro Jahr werden über 750 Patientinnen und Patienten, größtenteils aus Nicht-EU-Ländern, behandelt und begleitet. Fest angestellt arbeiten eine Gynäkologin, eine Allgemeinmedizinerin und zwei Hebammen sowie zwei Sprechstundenhilfen und eine Sozialberaterin in der Praxis. Haben Sie Lust, die Praxis Andocken zu unterstützen? Dann melden Sie sich bei der Diakonie-Stiftung MitMenschlichkeit unter Tel. 306 20-261 oder per E-Mail: stiftung@diakonie-hamburg.de. | *hüb*

„reden! statt schweigen“

Psychische Erkrankungen 300 Gäste kamen zur 10. Veranstaltung der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll in die Kulturfabrik Kampnagel zum Thema „Haupttrisikofaktoren für Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen“.

Im November lud die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll zum zehnten Mal in Folge zum Veranstaltungsformat für mehr Informationen zu psychischen Erkrankungen „reden! statt schweigen“ in die Kampnagelfabrik ein. 300 Gäste besuchten die Veranstaltung, die helfen soll, Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abzubauen. Thema waren in diesem Jahr psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Deutschen und internationalen Studien zufolge werden bei circa 20 Prozent aller Jugendlichen psychische Auffälligkeiten festgestellt, und etwa 5 Prozent entwickeln im weiteren Verlauf eine manifeste psychische Erkrankung. Bei Jugendlichen und Jung-erwachsenen sind psychische Erkrankungen Haupttrisikofaktor für Suizid, die zweithäufigste Todesursache bei unter 25-Jährigen. Grund genug, diesem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen – auch seitens der Schulen. Dr. Stephanie Wuensch, Vorstandsvorsitzende der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, führte durch den Abend, zu dem auch Wissenschaftssenatorin Katharina Fegebank eingeladen war. Ex-„Tagesschau“-Sprecherin Dagmar Berghoff unterstützt seit Jahren die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, indem sie einsehendete Textbeiträge von psychisch kranken Menschen auf der Bühne liest.



Kampnagel-Intendantin Amelie Deuflhard, Wissenschaftssenatorin Katharina Fegebank, Dr. Stephanie Wuensch, Vorstandsvorsitzende der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, Dagmar Berghoff, ehemalige Tagesschausprecherin, und Dr. Angela Pläß-Christl, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (v. l.)

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

In ihrem Fachvortrag erläuterte Dr. Angela Pläß-Christl, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf, dass 90 Prozent der Suizide bei Jugendlichen und jungen Heranwachsenden in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen. Insbesondere Depressionen, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen seien Haupttrisikofaktoren für Suizidalität. Weitere Risikofaktoren seien suizidales Verhalten in der Familie und im Freundeskreis, verminderte schulische Leistungen, sexueller Missbrauch und eine Vorbelastung durch psychisch kranke Eltern. Wie kann man einem Suizid vorbeugen und wie bei möglicher Gefahr reagieren? Die Expertin nannte unter anderem: Warnsignale ernst nehmen. Das Vorurteil, dass ein Mensch, der von Selbsttötung spricht, sich nichts antut, ist falsch. Wer fest zum Suizid entschlossen ist, wirkt oft ruhiger, gefestigter und weniger verzweifelt. Außerdem: sich nicht selbst als Therapeut versuchen, sondern den Betroffenen dabei unterstützen, professionelle Hilfe zu suchen bei einem niedergelassenen Arzt/ Psychotherapeuten oder in einer Klinik. Weitere Präventionsmöglichkeiten besprachen Referenten und Teilnehmende auch in der abschließenden Podiumsrunde. Dr. Anna Schleitzer, Schulleiterin am ahfs – Christliches Gymnasium Hamburg-Uhlenhorst, schilderte die Rolle der Schule im Umgang mit psychisch belasteten oder erkrankten Schülern. Die Pädagogin wies darauf hin, dass die Lehreraus- und -fortbildung dringend um das Themenfeld psychische Erkrankung erweitert werden müsse. Fegebank verspricht, sich beim zuständigen Schulsenator Ties Rabe zu erkundigen, ob das Thema bei der geplanten Reform der Lehrerbildung mitgedacht werde.

Die Erlöse aus der Tombola sowie Spenden auf und im Vorfeld der Veranstaltung erbrachten in diesem Jahr insgesamt 13.000 Euro. Das Geld kommt den spendenfinanzierten Stiftungsprojekten „reden! statt schweigen“, „Kinderfreizeit“ und „Federleicht“ zugute. | *háb*



Internationales wissenschaftliches Symposium Inflammation Medicine - From Bench to Bedside

17.-18. Februar 2020
Radisson Blu, Hamburg Dammtor

Klinisches Begleitprogramm für praktizierende Ärztinnen und Ärzte (auf Deutsch und Englisch):
Individualisierte Medizin in der Pulmologie, Dermatologie, Rheumatologie und Gastroenterologie

18. Februar, 18:30 - 20:30 Uhr
IL-4 und IL-13 im Fokus: neue Therapien für atopische Dermatitis und Asthma*
(Sponsor: Sanofi Genzyme)

TNF und IL-23 im Fokus: neue Therapien für CED, Rheumatoide Arthritis und Psoriasis*
(Sponsor: AbbVie)

*Zertifizierung bei der Ärztekammer Hamburg beantragt

Veranstalter: Exzellenzcluster Präzisionsmedizin für chronische Entzündungserkrankungen

Informationen und Anmeldung
precisionmedicine.de/symposium-2020/

Gefördert durch
DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft

Somatische *Belastungsstörung*



Neue klinisch-diagnostische Leitlinie

Die 11. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-11) wurde im Mai 2019 verabschiedet. Der neue Name der Diagnose „somatische Belastungsstörung“ spiegelt zugleich ein neues wissenschaftliches Verständnis der Störung wider. Diagnostische Positivkriterien und der Wegfall stigmatisierender Beschreibungen eröffnen neue Chancen für die Diagnose und Behandlung betroffener Patienten. Wann die ICD 11 in Deutschland eingeführt wird, ist allerdings noch unklar.

Von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe,
Dr. phil. Dipl.-Psych. Miriam Depping



Die Forschung der letzten 30 Jahre hat zu einem verbesserten Verständnis der Wechselwirkungen von psychischen und körperlichen Prozessen geführt. Darauf aufbauend wurde mit der 11. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-11) (1) das Kapitel F45 zu den somatoformen Störungen überarbeitet und an den aktuellen Forschungsstand angepasst. In ähnlicher Weise war dies auch schon im bereits 2013 erschienenen diagnostischen Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)“ (2) erfolgt. Die ICD-11 wurde im Mai 2019 verabschiedet; der genaue Zeitpunkt der Einführung in Deutschland ist derzeit noch nicht bekannt. Da die Diagnose „somatische Belastungsstörung“ jedoch ein neues wissenschaftlich fundiertes Verständnis der Störung widerspiegelt, soll sie in diesem Übersichtsartikel dargestellt werden.

Mit den Überarbeitungen der diagnostischen Kriterien bekam die Störung zugleich einen neuen Namen und heißt zukünftig „somatische Belastungsstörung“ statt bisher „somatoforme Störung“ (ICD-10: F45, F45.3, F45.8, F45.9) bzw. „Somatisierungsstörung“ (ICD-10: F45.0, F45.1). Ein neuer Name war erforderlich geworden, da die bisherige Bezeichnung „somatoform“ in den angelsächsischen Ländern mit erheblichen Stigmatisierungen assoziiert war. Während die „somatische Belastungsstörung“ in den beiden diagnostischen Manualen ICD-11 (Code 6C20) und DSM-5 im Deutschen denselben Namen hat, wird sie

im Englischen in ICD-11 als „Bodily Distress Disorder“ und in DSM-5 als „Somatic Symptom Disorder“ bezeichnet, obwohl die diagnostischen Konzepte in den beiden Klassifikationssystemen vergleichbar sind.

Kennzeichen der somatischen Belastungsstörung

Die wohl wichtigste Weiterentwicklung in ICD-11 und DSM-5 im Vergleich zu den Vorgängerversionen ICD-10 und DSM-IV betrifft folgende Tatsache: Während die bisherigen diagnostischen Kriterien der somatoformen Störungen im Wesentlichen negativ im Sinne von Ausschlussdiagnostik waren (d.h. die Feststellung, dass die „Symptome nicht körperlich begründbar sind“) (3), lässt sich die Diagnose der somatischen Belastungsstörung nach ICD-11 bzw. DSM-5 aufgrund positiver diagnostischer Kennzeichen stellen. Die positiven diagnostische Kriterien bestehen aus a) anhaltenden belastenden körperlichen Symptomen, b) andauernden und unangemessenen Gedanken über, Verhaltensweisen oder Gefühlen im Umgang mit körperlichen Symptomen und c) einer Dauer der belastenden Körpersymptome von in der Regel über 6 Monate (2). Damit sind nun auch affektive und kognitive diagnostische Merkmale in die Diagnose einbezogen, die bisher noch fehlten. Die Diagnose „somatische Belastungsstörung“ knüpft damit an Vorgängerdiagnosen „somatoforme Störung“ bzw. „Somatisierungsstörung“ an, ist mit diesen aber nicht komplett deckungsgleich (4).

Unter anderem hat die neue Diagnostik nach ICD-11 bzw. DSM-5 das bisherige Bild des „schwierigen Patienten“ verlassen, was in den früheren diagnostischen Klassifikationen noch beschrieben war (z. B. ICD-10, F45: „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse“. [3]). Mit den neuen diagnostischen Kriterien ist deshalb die Hoffnung verbunden, dass sie zur Entstigmatisierung der somatischen Belastungsstörung beitragen (5). Die aktuellen diagnostischen Kriterien nach ICD-11 bzw. DSM-5 sind im Kasten 1 (S. 14) zusammengestellt.

Der zentrale Unterschied zur bisherigen Diagnostik besteht darin, dass in ICD-11 und DSM-5 das Negativkriterium „keine ausreichende körperliche Ursache“ für die Symptome zukünftig wegfällt. Nach ICD-10 (3) konnten Patienten nur dann die Diagnose einer somatoformen Störung oder einer Somatisierungsstörung erhalten, wenn die körperlichen Symptome „medizinisch unerklärt“ waren. Dieser Dualismus trennte nicht nur somatische und psychologische Aspekte der Diagnose, sondern brachte die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch in eine schwierige berufliche und rechtliche Lage. Folglich zögerten Ärztinnen und Ärzte aus den somatischen Fachgebieten oft, eine somatoforme Erkrankung zu diagnostizieren, möglicherweise aus Angst, die Diagnose einer schweren somatischen Erkrankung zu verpassen (6). Auch die Sorge der Behandler, dem Patienten

Kasten 1: Diagnostische Kriterien der somatischen Belastungsstörung nach ICD-11 bzw. DSM-5

Diagnostische Kriterien nach ICD-11, Code 6C20 (1)

Die somatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch belastende körperliche Symptome und durch eine übermäßige Aufmerksamkeit auf diese Symptome, was sich durch wiederholten Kontakt mit Gesundheitsdienstleistern manifestieren kann. Wenn eine andere Erkrankung die Symptome verursacht oder dazu beiträgt, ist der Grad der Aufmerksamkeit im Verhältnis zu Art und Verlauf dieser Erkrankung eindeutig übertrieben. Diese übermäßige Aufmerksamkeit wird nicht durch geeignete klinische Untersuchungen und eine entsprechende Beruhigung gemildert. Die körperlichen Symptome sind anhaltend und treten an den meisten Tagen über mindestens mehrere Monate auf. Typischerweise beinhaltet die somatische Belastungsstörung mehrere körperliche Symptome, die im Laufe der Zeit variieren können. Gelegentlich gibt es ein einziges Symptom – in der Regel Schmerzen oder Müdigkeit –, welches mit den anderen Merkmalen der Erkrankung einhergeht.

Übersetzung der englischen Originalversion durch die Autoren dieses Artikels

Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag

Diagnostische Kriterien (Auszug) nach DSM-5 (2)

- A.** Eines oder mehrere somatische Symptome, die belastend sind oder zu erheblichen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung führen.
- B.** Exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitsorgen, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale ausdrücken:
1. Unangemessene und andauernde Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome.
 2. Anhaltende stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome.
 3. Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden.
- C.** Obwohl keines der einzelnen somatischen Symptome durchgängig vorhanden sein muss, ist der Zustand der Symptombelastung persistierend (typischerweise länger als 6 Monate).

durch die Vergabe einer psychischen Diagnose zu schaden oder diesen zu stigmatisieren sowie die mangelnde Kenntnis der diagnostischen Kriterien sind Gründe für die seltene Vergabe der Diagnosen „somatoforme Störung“ bzw. „Somatisierungsstörung“ (7).

Mit der neuen Konzeptualisierung können Patienten nun die Diagnose einer „somatischen Belastungsstörung“ bekommen, wenn die diagnostischen Kriterien erfüllt sind (Kasten 1), auch wenn zusätzlich eine somatische Erkrankung vorliegt. Dadurch wird es auch für Patienten mit somatischen Erkrankungen möglich, eine psychotherapeutische Behandlung parallel zur Behandlung der Grunderkrankung zu erhalten. Ergebnisse der Fokusgruppenstudie zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin das Konzept der Diagnose „somatische Belastungsstörung“ begrüßen und dabei vor allem die nun mögliche positive Diagnostik gegenüber der bisherigen Ausschlussdiagnostik bevorzugen (8). Anfängliche Befürchtungen, dass mit der neuen Diagnose „somatische Belastungsstörung“ Patienten mit körperlichen Beschwerden als psychisch krank fehlagnostiziert werden könnten (9), haben sich bisher nicht bestätigt. In der klinischen Versorgung besteht im Gegenteil eher das Problem, dass somatoforme und verwandte Störungen sehr spät und zu selten diagnostiziert werden (10).

Prävalenz

Zur Prävalenz der somatischen Belastungsstörung liegen noch keine bevölkerungs-

basierten Studien vor. Basierend auf Daten zur somatoformen Störung kann geschätzt werden, dass in der Allgemeinbevölkerung die Prävalenz der somatischen Belastungsstörung zwischen 4 und 6 Prozent liegen dürfte (11, 12). Bei Geflüchteten sind deutlich höhere Prävalenzen zu erwarten (13). In medizinischen Versorgungssettings liegt die Prävalenz naturgemäß höher als in der Allgemeinbevölkerung; in der Primärmedizin vermutlich zwischen 10 und 20 Prozent (11, 14). In spezialisierten Settings, z. B. in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, werden Prävalenzen zwischen 40 Prozent und 60 Prozent angegeben (4, 15). Frauen berichten in der Regel mehr somatische Symptome als Männer, sodass auch die somatische Belastungsstörung bei ihnen häufiger als bei Männern sein dürfte (16, 17).

Differenzialdiagnose

Wesentliche Differenzialdiagnosen der somatischen Belastungsstörung betreffen andere psychische Störungen oder somatische Erkrankungen. Wenn die diagnostischen Kriterien für die somatische Belastungsstörung wie auch für eine andere psychische oder somatische Störung gleichzeitig erfüllt sind, sollten beide Störungen diagnostiziert werden, da beide behandlungsrelevant sein können.

Somatische Erkrankungen: Das neue diagnostische Verständnis der somatischen Belastungsstörung berücksichtigt, dass auch Patienten mit eindeutig somatischen Erkrankungen übermäßig, langfristig und in Bezug

auf die pathophysiologische Situation unverhältnismäßig an ihren körperlichen Symptomen leiden können. Diese Patienten beschäftigen sich täglich fast durchgehend mit ihrer körperlichen Erkrankung. In diesem Falle sollte zusätzlich zur Diagnose der somatischen Erkrankungen die Diagnose der somatischen Belastungsstörung vergeben werden. Cave: Das Vorhandensein körperlicher Symptome unklarer Ätiologie oder funktioneller Störungen ist für sich genommen nicht ausreichend für die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung (Kasten 1).

Psychische Störungen: Bei der somatischen Belastungsstörung müssen exzessive, belastende und anhaltende Ängste, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf die körperlichen Symptome vorhanden sein (Kasten 1). Dies ist zugleich das differenzialdiagnostische Kennzeichen zu der Diagnose „Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10: F54)“, wo in der Regel psychologische Faktoren gemeint sind, welche den Verlauf einer diagnostizierten somatischen Erkrankung negativ beeinflussen. Differenzialdiagnostisch müssen auch die Panikstörung und die generalisierte Angststörung berücksichtigt werden.

Bei der Krankheitsangststörung stehen im Gegensatz zur somatischen Belastungsstörung intensive Sorgen und Ängste in Bezug auf eine körperliche Erkrankung im Mittelpunkt, wobei – in Abgrenzung zur somatischen Belastungsstörung – keine oder nur minimale körperliche Symptome vorhanden



Wenn anhaltende körperliche Beschwerden von intensiven Sorgen und unverhältnismäßigen Ängsten begleitet werden, kann dies auf eine somatische Belastungsstörung hinweisen. Betroffene, die anhaltend unter solchen Symptomen leiden, neigen auch eher zu Depressionen

sind. Auch depressive Störungen, die von somatischen Symptomen begleitet sein können, müssen differenzialdiagnostisch abgeklärt werden. Bei der körperdysmorphen Störung steht im Gegensatz zur somatischen Belastungsstörung die Unzufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild im Vordergrund, nicht die übermäßige Angst bezüglich der körperlichen Symptomatik. Schließlich ist die artifizielle Störung differenzialdiagnostisch zu berücksichtigen, wo die körperlichen Symptome intentional selbst herbeigeführt werden. In Abgrenzung dazu handelt es sich bei der somatischen Belastungsstörung um „echtes“, nicht selbst-induziertes Leiden an einer körperlichen Symptomatik.

Komorbidität

Die somatische Belastungsstörung geht häufig sowohl mit psychischer wie mit somatischer Komorbidität einher. Depressive Störungen und Angststörungen sind die häufigsten psychischen Komorbiditäten; im primärmedizinischen Setting treten diese bei etwa 30 bis 60 Prozent der Patienten mit somatischer Belastungsstörung auf (18). Als weitere häufig auftretende psychische Komorbiditäten sind die posttraumatische Belastungsstörung (19), Substanzmissbrauch (20), bipolare Störungen (21) sowie sexuelle Funktionsstörungen bei Männern (22) zu nennen. Auch funktionelle Störungen, wie zum Beispiel das Reizdarmsyndrom (23), treten häufig komorbide zur somatischen Belastungsstörung auf und sind dann zusätzlich zu kodieren.

Suizidalität

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die somatische Belastungsstörung mit substanziiell erhöhtem Suizidrisiko (24) und Suizidversuchen (25) assoziiert ist. Das Suizidrisiko bei der somatischen Belastungsstörung ist nicht allein durch eine eventuelle Überlappung mit depressiven Symptomen zu erklären; es scheint vielmehr in Zusammenhang mit der Schwere der somatischen Symptome und dysfunktionalen Krankheitsüberzeugungen zu stehen (24). Deshalb muss bei der somatischen Belastungsstörung im Rahmen der medizinischen Anamnese nach Suizidgedanken bzw. -absichten gefragt werden.

Ätiologie

Die Entstehung und Aufrechterhaltung der somatischen Belastungsstörung wird gegenwärtig durch multifaktorielle Störungsmodelle erklärt (26, 27), die eine komplexe Wechselwirkung von psychosozialen, biologischen, iatrogenen und soziokulturellen Faktoren annehmen. Diese Faktoren können in Bezug auf Disposition, Auslösung und Aufrechterhaltung relevant werden. Als Risikofaktoren für die somatische Belastungsstörung werden unter anderem Kindheits-traumata, negative Affektivität, komorbide Angst- oder depressive Störungen, komorbide somatische Erkrankungen und niedriger Bildungsstand diskutiert (28, 29). Psychosoziale Faktoren beziehen sich auf Stressoren, Überzeugungen, Attributionen,

Emotionen und Aufmerksamkeit. Biologische Faktoren können sich auf (peripher) physiologische Reaktionen, Gewebeschädigungen und Vorerkrankungen beziehen. Iatrogene Faktoren umfassen beispielsweise eine nicht ausreichende analgetische Behandlung zu Beginn der Symptome oder eine Bestärkung eines rein körperlichen Störungsmodells durch den Versorger. Zu soziokulturellen Faktoren gehören beispielsweise lange Krankschreibungen. Erhöhte Aufmerksamkeit auf körperliche Prozesse oder chronisch somatische Syndrome in der Familie können eine Disposition darstellen. Auslösende Bedingung für chronische gastrointestinale Symptome können zum Beispiel Magen-Darm-Infekte bei einer Fernreise sein (23). Aufrechterhaltende Bedingung können z. B. die Inanspruchnahme medizinischer Abklärungen zur Beruhigung oder intensives Schonungsverhalten sein. Neuere Studien beschreiben die Wichtigkeit von Erwartungen und früheren Körpererfahrungen für die Wahrnehmung akuter und persistierender körperlicher Symptome (30, 31).

Behandlung

Grundsätzlich sind Hausärztinnen und Hausärzte die primären Ansprechpartner für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit somatischer Belastungsstörung. Die Grundlagen der Behandlung sind in der 2018 erschienenen S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ der AWMF

Kasten 2: Gesprächsführung bei der Diagnose „somatische Belastungsstörung“

Beispiele für den Beginn der Kommunikation:

1. Beschwerden anerkennen, z. B.: „Sie bilden sich Ihre Beschwerden nicht ein. Ich sehe, wie Sie darunter leiden.“
2. Entstigmatisieren, z. B.: „Ihre Beschwerden sind häufig – unter ähnlichen Beschwerden leiden 5 Prozent der Bevölkerung.“
3. Mit Stress assoziieren, z. B.: „Oft verändern sich diese Beschwerden unter Stress oder anhaltenden Belastungen – wie ist dies bei Ihnen?“
4. Chancen einer Behandlung nennen, z. B.: „Viele Betroffene erreichen mit Psychotherapie, dass sie besser mit den Beschwerden umgehen können, weniger darunter leiden.“
5. Konflikt um die somatische Erklärbarkeit oder „Legitimität“ der Symptomatik vermeiden.

Nach Möglichkeit spezifisch auf persönliche Biografie und Symptome beziehen!

beschrieben (31–33). Dazu gehört insbesondere die Empfehlung, schon früh im diagnostischen Prozess eine „Sowohl-als-auch“-Haltung einzunehmen. Dabei geht es darum, die Beschwerdeklaage des Patienten sowohl aus somatischer als auch aus psychosozialer Perspektive abzuklären. Es wird davon abgeraten, mit der psychosozialen Diagnostik abzuwarten, bis die somatische Diagnostik vollständig abgeschlossen ist, auch wenn bei den Behandlern häufig Ängste bestehen, eine verborgene Krankheit zu übersehen. Selbstverständlich müssen somatische Differenzialdiagnosen auch im Rahmen der neuen Diagnose „somatische Belastungsstörung“ konsequent und leitliniengerecht abgeklärt werden. Es ist dabei grundsätzlich zu empfehlen, vor Durchführung der diagnostischen Maßnahmen die Möglichkeit und Bedeutung negativer und positiver Befunde mit dem Patienten zu thematisieren. Dadurch kann vermieden werden, dass dieser bei negativen Befunden im subjektiven Kampf um die „Legitimität seiner Beschwerden“ immer weitere diagnostische Maßnahmen in der „Hoffnung“ auf einen positiven Befund einfordert.

Wenn im Verlauf die Diagnose der „somatischen Belastungsstörung“ gestellt wird, sollte diese dem Patienten auf Basis einer vertrauensvollen Beziehung und einer wertschätzenden Kommunikation vermittelt und gegebenenfalls mit einem passenden Therapieangebot verbunden werden. Einige bewährte Beispiele für den Einstieg in eine Kommunikation der Diagnose finden sich in Kasten 2.

Leitliniengemäß besteht das zentrale Versorgungsprinzip für die somatische Belastungsstörung in Stepped-Care-Modellen, bei denen sich die Therapie am Schweregrad der Erkrankung orientiert. Die Beurteilung des Schweregrads orientiert sich an in den Leitlinien beschriebenen Schutz- bzw. Risikofaktoren für einen schweren Verlauf (32). Hausärztinnen und Hausärzte können die häufigeren, mildereren Formen im Rahmen der initialen Grundversorgung behandeln, mittelschwere oder schwere Fälle in Kooperation mit ambulanten Psychotherapeuten und sehr komplexe Fälle in Kooperation mit teil- bzw. vollstationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Einrichtungen.

Bei mildereren bzw. früheren Formen findet Versorgung nach den Leitlinien im Rahmen der „initialen Grundversorgung“ statt, wo der Schwerpunkt auf einer Basisdiagnostik mit Beratung, sorgfältiger Untersuchung und Beruhigung liegt (32). Die erweiterte Grundversorgung findet Anwendung, wenn die Beschwerden persistierend sind und Lebensqualität und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind. In dieser Phase der Simultandiagnostik findet eine gleichzeitige und gleichwertige körperliche und psychosoziale Diagnostik statt. Danach liegt der therapeutische Fokus auf Information und Selbsthilfe; ein individuelles Erklärungsmodell wird erarbeitet, Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit werden gestärkt (32). Bei schweren Verläufen mit starker Beeinträchtigung und wiederholter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen greift die dritte Behandlungsstufe, die multimodale

Behandlung / Psychotherapie / Rehabilitation (32). Im Rahmen dieser Behandlungsstufe werden psychotherapeutische Behandlung sowie gegebenenfalls teil- und vollstationäre Behandler einbezogen, wobei die behandelnden Hausärztinnen bzw. Hausärzte die Hauptsprechpartner bleiben (31, 32). Wissenschaftlich fundiert sind die Wirksamkeit von (kognitiver) Verhaltenstherapie, psychodynamischer Psychotherapie und Hypnotherapie (32, 34). Psychopharmakologische Maßnahmen, in der Regel durch Antidepressiva, zeigen nur sehr kleine Effekte (35), sodass die Gabe von Antidepressiva nur bei Komorbidität mit mindestens mittelschweren depressiven Störungen in Erwägung gezogen werden sollte. Für eine detailliertere Beschreibung des therapeutischen Vorgehens muss an dieser Stelle auf entsprechende Übersichtsartikel (33) bzw. die Leitlinien selbst verwiesen werden (31, 32).

Fazit

Mit der Einführung der Diagnose „somatische Belastungsstörung“ in ICD-11 bzw. DSM-5 entstehen durch die diagnostischen Positivkriterien und den Wegfall stigmatisierender Beschreibungen neue Chancen für die Diagnose und Behandlung der betroffenen Patienten. Von besonderer Relevanz dürfte sein, dass die Diagnose „somatische Belastungsstörung“ beim Vorliegen der entsprechenden Kriterien zusätzlich zu einer anderen Grunderkrankung gegeben werden kann, was dann eine zielgerichtete und Erfolg versprechende Behandlung belastender körperbezogener Ängste und Sorgen ermöglicht. Im Rahmen der Diagnostik sollten immer komorbide somatische, funktionelle und psychische Störungen mit abgeklärt werden; außerdem sollte eine eventuelle Suizidalität exploriert werden.

Die Leitlinien sowie systematische Reviewarbeiten weisen darauf hin, dass ein frühzeitiges Ansprechen der Symptomatik und eine frühe Diagnostik und Behandlung entsprechend des Schweregrads unter simultaner Einbeziehung somatischer und psychischer Aspekte Erfolg versprechend sind. Auch wenn die somatische Belastungsstörung erst mit der Einführung von ICD-11 codiert werden kann, so wird empfohlen, das zugrunde liegende Verständnis schon jetzt bei der Vergabe der ICD-10-Diagnosen „somatoforme Störung“ bzw. „Somatisierungsstörungen“ zu berücksichtigen.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
E-Mail: b.loewe@uke.de

Beeindruckender Einblick in die Entwicklung der immunologischen Wissenschaft – für alle!



Daniel M. Davis: Heilen aus eigener Kraft, DVA Verlag, München 2019, 336 Seiten, 24 Euro

Der Titel und die floralen Motive des Einbands, die erst auf den zweiten Blick als Immunglobuline zu erkennen sind, lassen zunächst an einen esoterischen Inhalt denken. Tatsächlich ist das Buch, das von The Times, The Telegraph und New Scientist als Buch des Jahres gewählt wurde, eine brillante Darstellung des Immunsystems. Dem Autor Daniel M. Davis, der als renommierter Immunologe eine Professur am Manchester Collaborative Center for Inflammation Research an der Universität Manchester innehat und dessen Forschungsergebnisse als bahnbrechend gelten, gelingt es auf geradezu spielerische Weise, den Leser für die komplexe Materie des Immunsystems zu begeistern. Es werden nicht nur die Funk-

tionsweisen einzelner Komponenten des Immunsystems und deren Zusammenspiel verständlich erklärt, sondern auch die Entdecker und deren Experimente vorgestellt. Hierbei spart der Autor auch nicht die charakterlichen Besonderheiten der Wissenschaftler aus, sodass das Buch ausgesprochen unterhaltend ist. Exemplarisch seien hier drei Passagen genannt: Es beginnt mit einem Pockenimpfversuch 1721

an zum Tode verurteilten Sträflingen, denen im Falle des Überlebens die Freiheit versprochen wurde. Sie kamen alle mit dem Leben davon. Trotz dieser ermutigenden Ergebnisse ließ der englische König die neuartige Therapie vorsichtshalber zunächst an seinen Töchtern durchführen, bevor er seine Söhne impfen ließ.

Experimente am Immunsystem der Fruchtfliege zeigten einen Botenstoff gegen die Pilzabwehr, ohne den die gesamte Fliege von einem Pilz überwuchert wurde. Ein genetisch sehr ähnlicher Botenstoff fand sich auch im Menschen, das Interleukin 1.

Die Entdeckung der dendritischen Zelle, die sich durch ihre Ausstülpungen deutlich von allen anderen unterscheidet, war alles andere als trivial, denn der Betrachter übersieht sie durch seine selektive Wahrnehmung sehr leicht. Diese Zellen können die Tumorabwehr des Immunsystems entscheidend beeinflussen und werden therapeutisch eingesetzt.

Zum Ende des Buchs werden Biologika, neuartige Medikamente, mit denen zielgerichtet die Funktion des Immunsystems beeinflusst werden kann, vorgestellt und ein Blick in die Zukunft gewagt. Das Buch bietet einen beeindruckenden Einblick in die Immunologie und eignet sich nicht nur für den immunologisch Interessierten, sondern auch für jeden, der sich für die Entwicklung der immunologischen Wissenschaft interessiert.

*Dr. Thorsten Krieger, Immunologe und Labormediziner,
Immundefektambulanz für Erwachsene im MVZ
für Rheumatologie und Autoimmunmedizin Hamburg*

 **PVS** berlin-brandenburg-hamburg

EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

**PRIVAT-
ABRECHNUNG
IN HAMBURG**

WIR MACHEN DAS.
IHRE HANSEATISCHE PVS!

GANZ NAH, GANZ SICHER.

Tel. 040 3346930-62 | pvs-bbh.de/info

Kittel meets Kammer

Das Thema der November-Veranstaltung schien den Nerv getroffen zu haben: Rund 70 Ärztinnen und Ärzte – zum Teil sogar aus Berlin und München angereist – kamen in die Ärztekammer Hamburg, um über den Stern-Appell (s. HÄB 10/19) und die Ökonomisierung der Medizin zu diskutieren.

Von Nicola Timpe



Stern-Redakteur Dr. Bernhard Albrecht, Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG, Moderatorin Sandra Wilsdorf, Kammerpräsident Dr. Pedram Emami und Dr. Katharina Thiede von Twanckenhaus e.V. (v. l.)

Der Druck im *Kessel ist hoch*

„Der Begriff Ökonomie leitet sich aus dem Altgriechischen ab und bedeutet soviel wie ‚die gute Ordnung des Hauses‘“, sagte Dr. Klaus Beelmann, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Hamburg, in seiner Begrüßung zur Veranstaltung „Kittel meets Kammer“ in der Fortbildungsakademie der Kammer. Doch wie gut ist diese Ordnung in den Kliniken tatsächlich noch? Und was bedeutet unser derzeitiges Gesundheitssystem für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten? Dieser Frage ist der „Stern“-Journalist und Arzt, Dr. Bernhard Albrecht, nachgegangen. Der ursprüngliche Auftrag aus der Chefredaktion, mit Ärztinnen und Ärzten darüber ins Gespräch zu kommen, was sie in ihrem Arbeitsalltag quält, entwickelte sich rasch zu einem Mega-Projekt. Die Offenheit sei groß gewesen, über Hindernisse und Hürden im Berufsleben zu berichten. Die Initialzündung für den Ärzte-Appell, der im September im „Stern“ erschienen ist, erfolgte auf dem Deutschen Ärztetag (DÄT) in Münster. „Es ist in den seither über 100 geführten Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten vor Ort nie um Honorare gegangen, was ihnen ja gern unterstellt wird“, erzählte Albrecht. „Es ging vielmehr immer um die toxische Mischung aus Fallpauschalen und hohem Druck und was daraus entsteht.“ Besonders in Erinnerung geblieben sei ihm die Veranstaltung der Bundesärztekammer für junge Ärztinnen und Ärzte am Vortag des DÄT. „Die Teilnehmenden haben sich in der Diskussion förmlich auf den Klinik-Geschäftsführer gestürzt, der als Diskutant in der Runde saß, und alle haben gleichermaßen die ökonomischen Zwänge bemängelt,

die ihr ärztliches Handeln beeinflussen und zum Schlechten verändern“, so Albrecht weiter. „Ich habe das wie eine allergische Reaktion auf das System erlebt.“ Daraus resultierte die Idee des Appells. Die Frage war nun: Wie muss ein Appell aussehen, hinter dem möglichst viele Ärztinnen und Ärzte stehen können? „Uns schwebten Unterschriften von circa 50 Ärztinnen und Ärzten aus der gesamten Versorgungslandschaft vor, an Organisationen haben wir damals noch gar nicht gedacht“, berichtete Albrecht. Nach verschiedenen Hintergrundgesprächen – unter anderem mit dem Hamburger Kammerpräsidenten Dr. Pedram Emami – stellte sich heraus, dass der Appell deutlich mehr Zuspruch erhalten würde. Allerdings nicht nur. „Den meisten Widerspruch erneteten die Worte ‚korruptieren‘ und ‚erpressen‘, so der Journalist. Doch in den Interviews hätten Ärztinnen und Ärzte sehr häufig über die seitens der Geschäftsführung ausgesprochene Drohung: „Wenn ihr keine Zahlen liefert, müssen wir euch Stellen streichen!“ berichtet. „Weil der Appell einen revolutionären Charakter haben sollte, war es mir wichtig, die Selbsterkenntnis zu provozieren: Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur Opfer, sondern auch Täter in diesem System.“ Inzwischen seien mindestens 2.500 Ärztinnen und Ärzte namentlich erfasst, 64 Organisationen hätten den Appell ebenfalls unterschrieben – darunter auch die Ärztekammer Hamburg. Nach Ansicht von Emami war die Zeit offenbar reif dafür, Dinge auszusprechen, die sich keine Ärztin und kein Arzt getraut hatte, vorher laut zu sagen. Auch er sieht, dass Ärzte in den vergangenen Jahren mit einfachen Mitteln unter Druck gesetzt

worden sind. Ein Arzt müsse ja nicht mehr operieren, wenn er entsprechende Indikationen nicht stelle. Andeutungen wie diese seien für einen Arzt in operativen Fächern durchaus bedrohlich.

Früher war alles besser?

Dr. Claudia Brase, seit über zwölf Jahren als Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) tätig und selbst Ärztin, brach eine Lanze für das Fallpauschalensystem und erläuterte, warum das alte System mit einer Bezahlung nach Anwesenheitstagen abgelöst wurde. „Als Erstes lernte ich in meiner damaligen Krankenhaustätigkeit, dass ich keinen Patienten vor dem Wochenende entlassen durfte, sondern montags noch eine Kaliumkontrolle machen sollte“, berichtete sie. Man habe damals erkannt, dass Patienten aufgrund des Abrechnungssystems viel zu lange in den Kliniken lagen. Deshalb seien die DRGs, die es in anderen Ländern bereits gegeben habe, übernommen worden. „Wir waren in Hamburg mit Treiber dieser Entwicklung und haben die DRGs erfolgreich eingeführt“, sagte Brase. Allerdings habe sie Jahr für Jahr darauf hingewiesen, dass an den Kliniken ein riesiges Finanzierungsloch existiert. Der Fehler im System: Es gebe einerseits keine ausreichende Refinanzierung der Personalkostenentwicklung über die Erlöse. Deshalb werde Personal abgebaut, obwohl es benötigt werde. Andererseits gebe es die gesetzliche Verpflichtung der Bundesländer, Geld für Investitionen in den Kliniken in die Hand zu nehmen. „Die Länder kommen dieser Verpflichtung jedoch unterschiedlich nach“, sagte Brase. „Allein in

Hamburg fehlen jedes Jahr 65 Millionen Euro. Das bedeutet, notwendige Baumaßnahmen der Kliniken werden zur Hälfte einfach nicht bezahlt.“ Außerdem sei die Folge der DRGs, dass die Kliniken mehr Fälle machen – jedes Abrechnungssystem löse Reaktionen aus. Die Politik fange nun an gegenzuregulieren. Aber das Personal werde knapp. „Man hat sich entschieden, die Kosten der Pflege aus den DRGs herauszuschneiden und in ein Kosten-erstattungssystem zu überführen“, sagte Brase. „Doch das gesamte System ist an einem Punkt, an dem es so nicht weitergeht, und eine einzige Berufsgruppe herauszunehmen, ist nicht die Lösung. Aus unserer Sicht hat man die Krankenhäuser über Jahre kaputtgespart.“ Sie kündigte an, dass die Krankenhausgesellschaft im kommenden Jahr hierzu einen Vorschlag zu einem Systemwechsel unterbreiten, werde und regte eine breite Diskussion an.

Berufsübergreifender Diskurs notwendig

Dass der Wandel berufsgruppenübergreifend diskutiert werden muss, dieser Meinung ist Dr. Katharina Thiede von Twankenhaus e.V. und selbst Hausärztin. Seit einigen Wochen als Verein eingetragen, nutzt Twankenhaus e.V. die Plattform Twitter (Twitter + Krankenhaus = Twankenhaus), um genau diesen Diskurs öffentlich und breit zu führen. Sie sieht ein großes Problem darin, dass jede und jeder bisher überwiegend innerhalb der eigenen ständischen Vertretung über Probleme spricht. Auch darüber zu reden, wer es schwerer habe im System, sei nicht die Lösung. Sie stellte klar: „Die ökonomische Diskussion muss weg von der singulären Arzt-Patienten-Beziehung, in der diese Frage nichts verloren hat. Vielmehr müsse man die Finanzierung des Gesundheitssystems, komplex und aus der Richtung der mit dem jeweiligen Finanzierungssystem einhergehenden Probleme denken. Es gehe dabei genauso um die ambulante Versorgungslandschaft, die keinerlei finanzielle Unterstützung der Länder bekomme, um die Situation in den Pflegeheimen oder einen Mangel an sozialer Arbeit. „Dass Patienten aus Pflegeheimen oder Praxen ‚zurückschwappen‘ in die Kliniken, ist das Symptom einer fehlgeleiteten Kommerzialisierung des Gesundheitssektors“, meinte Thiede.

Zuckerbrot und Peitsche

Nach Ansicht von Emami zeigt zum Beispiel der Transplantationsskandal in Göttingen, welche Auswüchse ein System annimmt, wenn es dieses „explosive Gemisch zwischen Zuckerbrot und Peitsche“ gibt. „Steigere die Zahlen, dann bekommst du einen Bonus. Steigerst du die Zahlen nicht, gibt es einen neuen Chef“, so habe die Ansage der Klinikleitung gelautet. „Die Urteilsbegründung

enthielt damals überraschenderweise auch die haftungsrechtliche Frage nach der Verantwortung der Geschäftsführung.“

Emami sieht aber neben den schwierigen Rahmenbedingungen auch das Verhalten der Ärzteschaft selbst als Teil des Problems: „Wir haben es jahrelang versäumt, uns selbst Gedanken darüber zu machen, wie es denn gehen kann. Dafür waren wir uns zu fein. Am Ende haben wir uns darüber gewundert, warum es andere machen, und fanden uns in einer Art Dampfkessel wieder, in dem die Temperatur ständig steigt, und wir passiv machen müssen, was verlangt wird.“ Endlich gebe es nun die Reaktion aus der Ärzteschaft. Applaus erntete Albrecht, als er meinte, dass es zumindest in einigen Häusern in Hamburg immerhin noch möglich sei, satte Rendite von über 10 Prozent einzufahren.

Hitzig wurde die Debatte, als sich Prof. Dr. Christoph Herborn, seit Januar 2018 Mitglied in der Konzerngeschäftsführung der Asklepios Kliniken, einschaltete: „Sie betreiben ‚Krankenhausbashing‘ und das ist völlig unangebracht.“ Kliniken würden nicht ihre Mitarbeiter ausquetschen, um maximale Renditen zu erzielen. Asklepios habe 150 Gesundheitseinrichtungen und würde nur deshalb Renditen und eine große Wertschöpfung erzielen, weil der Konzern in Masse kaufen könne. Das kranke System treibe kleinere Kliniken oder Klinikkonzerne in die Insolvenz.

Gesundheit ist keine Ware

Albrecht erhielt große Zustimmung aus dem Publikum für seine Replik: „Der Geist, der in privaten Häusern herrscht, ist von Shareholdern beeinflusst.“ Und ein Teilnehmer wies darauf hin, dass auf Wachstum ausgelegtes Wirtschaften und hohe Renditen nichts zu suchen hätten im Gesundheitswesen, weil Gesundheit eben keine Ware sei. „Dass sich Großkonzerne als Opfer darstellen, ist unter aller Kanone“, meinte ein junger Arzt. Mehrere Teilnehmende schilderten aus ihrem Klinikalltag, wie Profit mit und auf Kosten der Patientinnen und Patienten gemacht wird. Eine junge Ärztin brachte es auf den Punkt: „Ich bin sehr motiviert in meinen Beruf gegangen, inzwischen bin ich völlig desillusioniert, denn was wir teilweise tun sollen, ist unethisch.“

Korrektiv, nicht Opfer

Emami wies darauf hin, dass sich Ärztinnen und Ärzte an die Kammer wenden sollten, wenn sie unter Druck gesetzt werden, gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht zu verstoßen. „Wir selbst sind das Korrektiv und nicht die Opfer“, sagte er. Allerdings dürfte es für eine Ärztin oder einen Arzt in Weiterbildung schon allein

wegen des Betriebsgeheimnisses schwierig werden, wenn sie oder er versucht, Beweise aus einer Klinik mitzunehmen. Eine Teilnehmerin berichtete, wie es einer Kollegin erging, die sich entschied, zum Whistleblower zu werden und gegen einen großen Klinikkonzern vorzugehen. Ihr Fazit: „Whistleblower werden bis heute rechtlich verfolgt und zum Opfer, obwohl wir sie brauchen, um Missstände aufzudecken.“ Dr. Maike Manz, ehemalige Chefärztin der Geburtshilfe in der Helios Mariahilf Klinik Hamburg, berichtete aus ihrer eigenen Erfahrung, was es bedeutet, aus dem System auszusteigen: „Wenn die Spanne zwischen Qualität und rechtlicher Seite zu groß wird, kann ich versuchen, das System zu verändern, schweige für immer zum Problem oder verändere mich selbst und kündige.“ Genau das hat Manz im Frühjahr 2019 getan. Bis heute hat sie keinen neuen Job, obwohl es andere Angebote gab. „Ich wollte keine Fortsetzung dessen, was ich aus Gewissensgründen verlassen habe“, so Manz.

Blick über den Tellerrand

Doch was müsste sich an diesem System ändern? Welche Lösungsansätze gibt es bereits? Für Thiede gehören vor allem die Finanzierungssysteme – ambulant und stationär – auf den Prüfstand. Außerdem bräuchten Ärztinnen und Ärzte mehr Zeit – für den Kontakt sowohl zu Patientinnen und Patienten als auch zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. „Die Daseinsfürsorge muss wieder in den Mittelpunkt gestellt werden, nicht der Wirtschaftsfaktor“, forderte sie. Albrechts Fazit zielt in dieselbe Richtung: „Der Ärzte-Appell muss in die Politik, wir müssen ans Fallpauschalensystem rangehen. Vor allem als Patient hoffe ich, dass der ökonomische Druck rausgenommen wird.“ Brase empfiehlt den Blick über den eigenen Tellerrand: „Wir sollten gucken, wie andere Länder ihre Systeme verändern.“ Emami wünscht sich eine Ärzteschaft der Zukunft, die sagt, was nicht richtig läuft, und sich bemüht, konstruktiv Lösungen zu finden. Eine neue Offenheit und der Wille, Missstände deutlich zu benennen, scheint sich inzwischen mehr und mehr innerhalb der Ärzteschaft einzustellen. Die Veranstaltung zeigte eines sehr deutlich: Der Druck im Kessel ist hoch. Und auch nach dem persönlichen „Ärzte-Appell“ des Präsidenten diskutierten die Teilnehmenden noch lange weiter – das Thema hatte offensichtlich den Nerv getroffen.

Sie konnten nicht teilnehmen? Die gesamte Diskussion können Sie sich als Video auf Facebook ansehen: www.facebook.com/askhh/videos/2526244904277562.

Nicola Timpe ist Pressesprecherin der Ärztekammer Hamburg



Vertreterinnen und Vertreter aus Ärzteschaft, Selbsthilfegruppen und Ärztekammer Hamburg (v.l.): Karin Heisig (Girave Selbsthilfe Elterngruppe), Christa Herrmann (Leiterin KISS), Christine Neumann-Grutzeck (Vorstand Ärztekammer Hamburg), Martin Kobusynski (Girave Selbsthilfe Elterngruppe, hinten), davor Karin Reupert (Waage e.V.), PD Dr. Birgit Wulff (Vizepräsidentin der Ärztekammer), Dr. Birgit Kastens (Asklepios Klinikum Harburg), Melanie Rottmann (sMUTje), Univ.-Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Dr. Claudia Haupt (niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin), Dr. Alexander Spauschus und Dr. Rebecca Albrecht (Schön Klinik Hamburg Eilbek)

Warum isst du nicht – und wie kann ich dir helfen?

25. Selbsthilfe-Forum Magersucht und Bulimie im Kindes- und Jugendalter waren Thema des diesjährigen Zusammentreffens von Selbsthilfegruppenvertretern und Ärzten, einer gemeinsamen Veranstaltung von KISS und der Ärztekammer Hamburg. *Von Rena Beeg*

Wenn ein Kind nicht mehr essen mag, scheint die Welt aus den Fugen zu geraten. Für Eltern, Geschwister, die gesamte Familie. Wer kann uns helfen? Welcher Arzt, welche Klinik? Und haben die Eltern Schuld an allem?

Das 25. Selbsthilfe-Forum der Ärztekammer Hamburg widmete sich in Zusammenarbeit mit den Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) im November dem vielschichtigen Thema der Magersucht und Bulimie im Kindes- und Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter. Schnell entstand ein lebhafter Austausch zwischen den hochkarätigen Referentinnen und Referenten aus Ärzteschaft und Selbsthilfegruppen und dem interessierten Publikum in den Räumen der Fortbildungsakademie.

Doch zunächst würdigte PD Dr. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg, das Selbsthilfe-Forum und seine Geschichte in diesem 25. Jubiläumsjahr. So ging ihr herzlicher Dank an Dr. Bruno Schmolke, ihren „Vor-Vor-Vorgänger im Amt des Vizepräsidenten der Ärztekammer Hamburg“ und Hals-Nasen-Ohrenarzt, der Anfang der 1990er-Jahre die Idee hatte, das damals „eisige Verhältnis“ zwischen Ärzteschaft und Selbsthilfe durch einen gemeinsamen Ausschuss zu verbessern.

Bruno Schmolke sei es gelungen, den damaligen Ärztekammerpräsidenten Prof. Dr. Rolf Bialas zu überzeugen, 1991 den „Ausschuss Zusammenarbeit von Ärzten mit Selbsthilfegruppen“ zu gründen, so Wulff.

Ebenso dankte sie „Selbsthilfe-Papst“ Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, der 20 Jahre Vorsitzender des Ausschusses war und schon seit den 1970er-Jahren zum Thema geforscht hatte, woraus in den 1980er-Jahren KISS entstanden ist: „Dass Ärzte Selbsthilfegruppen heute als Experten in eigener Sache wahr- und ernst nehmen, ist auch das Verdienst dieses Ausschusses und aller ihrer ehemaligen und derzeitigen Mitglieder.“ Darunter die aktuelle Vorsitzende des Ausschusses, Christine Neumann-Grutzeck, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Hamburg und Fachärztin für Innere Medizin, die gemeinsam mit Christa Herrmann, KISS Hamburg, die Veranstaltung moderierte, bei der sich Referate und Gespräche abwechselten.

Gesellschaftliche Einflüsse

Los ging es mit der Frage, welche gesellschaftlichen Einflüsse auf die Entstehung von Magersucht und Bulimie zu verzeichnen sind. Referent zu diesem Thema: Univ.-Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort, Klinikdirektor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am UKE, der in seinem Impulsvortrag gleich klarstellte: „Es gibt nicht die eine Ursache für die Entstehung von Essstörungen, es handelt sich um ein komplexes biopsychosoziales Geflecht aus genetischer

Veranlagung, psychischer Vulnerabilität und individuellen systemischen und sozialen Umgebungsfaktoren. Vor Jahren ging man zum Beispiel noch davon aus, dass eine hochbelastete Mutter-Tochter-Beziehung wesentlich ursächlich für eine Anorexie wäre. Davon sind wir heute völlig weg, und es ist für Mütter unglaublich entlastend, nicht

Behandlungsvertrag

mehr verantwortlich gemacht zu werden.“ Auch den Einfluss von Schönheitstrends in den sozialen Medien oder den Hype um Magermodels hält Schulte-Markwort für „marginal“: „Kein gesundes Mädchen wird dadurch eine Essstörung entwickeln. Wenn allerdings eine Vulnerabilität vorliegt, können diese Einflüsse eine Essstörung auslösen.“ Und weiter: „Zwillingsstudien haben ergeben, dass, wenn ein Zwilling Magersucht bekommt, die Wahrscheinlichkeit, dass der andere zum selben Zeitpunkt ebenfalls erkrankt, bei etwa 70 Prozent liegt. Bei zweieiigen sind es nur ungefähr 20. Diese 50 Prozent Differenz sind der genetische Anteil.“

**„Es gibt nicht die eine Ursache für die Entstehung von Essstörungen, es handelt sich um ein komplexes biopsychosoziales Geflecht aus genetischer Veranlagung, psychischer Vulnerabilität und individuellen systemischen und sozialen Umgebungsfaktoren.“
Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

**„Ohne die Eltern geht es nicht, eine Essstörung betrifft nicht nur die Patientin oder den Patienten, sondern die ganze Familie.“
Dr. Birgit Kastens, Asklepios Klinikum Harburg**

Jugendlichen das Zunehmen schmackhaft zu machen, dann würden sie sich nicht ernst genommen fühlen. Kastens: „Wir versuchen herauszufinden, welche Funktion das Symptom hat, also warum ein Kind nicht mehr essen mag und was es möglicherweise damit sagen möchte. Nur so ist Heilung möglich.“

Selbsthilfeinitiativen

Bis dahin liegt oft ein beschwerlicher Weg vor den Betroffenen, der im Alltag mit vielen Herausforderungen verbunden ist. So bräuchten vor allem Eltern Unterstützung, um Sorge, Angst und Schuldgefühle aushalten zu können. Das berichtete Diplom-Sozialpädagogin Karin Reupert von Waage e.V., dem Fachzentrum für Essstörungen in Hamburg. Der Verein berät Frauen ab 18 Jahren, Angehörige und Fachkräfte sowohl im persönlichen Kontakt als auch über eine bundesweite Online-Beratung. Reupert: „Das hat sich bewährt, wenn zum Beispiel eine Studentin mit Essstörungen nach Hamburg zieht, und die Eltern aus Süddeutschland online angedockt werden können. Eine Essstörung ist eine Erkrankung, die über Jahre gehen kann, diese Strecke müssen die Betroffenen und ihre Familie nicht allein zurücklegen.“ Das bestätigte auch Diplom-Sozialpädagogin Melanie Rottmann von der Beratungsstelle sMUTje – die Starthilfe für mutige

Jugendliche mit Essstörungen: „Von Vorteil ist immer, wenn die Jugendlichen bereits ein Angebot bekommen, bevor die Diagnose steht. Wir sprechen viel mit Mädchen und auch Jungen, die sich einfach mal informieren wollen, weil sie vielleicht ahnen, dass sie selbst oder jemand aus ihrem Freundeskreis eine Essstörung haben könnten.“ sMUTje bietet auch angeleitete Selbsthilfegruppen für Angehörige an, doch die Wartelisten sind lang. Wie hilfreich diese Unterstützung sein kann, berichteten Karin Heisig und Martin Kobusynski von der Girave Selbsthilfe Elterngruppe von essgestörten Kindern, die 2012 aus einer angeleiteten Selbsthilfegruppe entstanden ist. „Wir wissen, dass wir als Eltern essgestörter Kinder ein Teil des Problems sind, aber wir können es nicht allein schaffen“, sagt Karin Heisig. Und Martin Kobusynski ergänzt:

**„Die Hilfe und Unterstützung der anderen Eltern ist für mich durch nichts und niemanden zu ersetzen. Selbst beste Freunde können nicht verstehen, was man als Elternteil durchmacht...“
Karin Heisig, Girave Selbsthilfe Elterngruppe**

„Die Hilfe und Unterstützung der anderen Eltern ist für mich durch nichts und niemanden zu ersetzen. Selbst beste Freunde können nicht verstehen, was man als Elternteil durchmacht.“

„Die Hilfe und Unterstützung der anderen Eltern ist für mich durch nichts und niemanden zu ersetzen. Selbst beste Freunde können nicht verstehen, was man als Elternteil durchmacht, wenn man sich die Frage stellt: ‚Was ist, wenn mein Kind stirbt?‘“

Große medizinische Risiken

Dass Essstörungen wie Magersucht und Bulimie mit großen medizinischen Risiken einhergehen, ist bekannt. Um welche Einschränkungen es sich in der Regel handelt, stellten Dr. Rebecca Albrecht, Oberärztin, und Dr. Alexander Spauschus, Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Schön Klinik Hamburg Eilbek, vor. So könne es zum Beispiel zu Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, Perikarderguss oder dem Refeeding-Syndrom kommen. In sehr seltenen Fällen kann eine Zwangseinweisung oder Zwangsbehandlung nach dem Hamburgischen PsychKG notwendig sein.

Dr. Claudia Haupt, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, berichtete ebenfalls aus der Praxis und betonte gleich, dass sie den Einfluss der sozialen Medien auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen durchaus kritisch sehe: „Ich beobachte mit Sorge, dass durch ungesunde Schönheitsideale auf gängigen Social-Media-Plattformen wie Instagram sowie den Trend zur veganen Ernährung das Risiko für Kinder und Jugendliche steigt, eine Essstörung zu entwickeln. Eltern sollten unbedingt verfolgen, welche Informationen ihre Kinder in den sozialen Medien konsumieren.“ Die

Ärztin schilderte den Fall einer 16-jährigen Patientin, die als Model entdeckt wurde und ausschließlich für „Hunger-Fotos“ auf Instagram Anerkennung bekam. Sie nahm daraufhin immer weiter ab. Erst durch ihren neuen Freund, der sie zu dünn fand, änderte das Mädchen sein Essverhalten wieder und nahm zu. Für Claudia Haupt ist es wichtig, nicht nur den früheren BMI, sondern auch den Körpertyp zu berücksichtigen. Sie schilderte den Fall eines Mädchens, das mit 14 eine Essstörung entwickelte, zwei Jahre später auf vegane Ernährung umstieg und heute einen BMI von etwa 13,5 hat. Haupt: „Durch die vegane Ernährung ist es kaum möglich, dass das Mädchen Kalorien zu sich nimmt. Ich sehe diese Ernährungsform für Kinder und Jugendliche sehr kritisch.“

Am Ende schloss das 25. Selbsthilfe-Forum mit vielen interessanten Informationen, regem Austausch, neuen Netzwerken und dem Wunsch: Bitte mehr davon!

Rena Beeg ist freie Journalistin in Hamburg



Walter Plassmann,
Vorstandsvorsitzender
der Kassenärztlichen
Vereinigung Hamburg

Vertreterversammlung der KVH

Die Sitzung im Oktober bot Updates zu zahlreichen aktuellen Themen, darunter die neue Notfallpraxis der KVH am UKE, TSVG-Umsetzung, TI-Anschluss und Arztruf Hamburg. Im Zentrum jedoch stand ein politisches Phänomen: Selbstverwaltung und KV werden zunehmend sichtbarer in der Öffentlichkeit – das nimmt auch die Politik zur Kenntnis.

Von Dr. phil. Jochen Kriens

„KV wird gesundheitspolitisch wieder ernst genommen!“

Lange vorbei seien die Zeiten, in denen nicht nur hinter vorgehaltener Hand die Obsoleszenz der KVen postuliert und ihre Abschaffung gefordert wurde, leitete der Vorstandsvorsitzende der KVH, Walter Plassmann, seinen Vortrag ein. „Die Abschaffung der KV fordert heute niemand mehr. Im Gegenteil: Zum einen manifestiert sich in der politischen Wahrnehmung der fundamentale Wert dessen, was Selbstverwaltung in der Vergangenheit geleistet hat und heute leistet – Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung als Übernahme eines hoheitlichen Auftrags –, zum anderen wird der KV heute mehr zugetraut als früher.“ Das führe auch dazu, dass die Institution der Selbstverwaltung heute sichtbarer werde, nicht mehr nur im Hintergrund arbeite, sondern stärker ins öffentliche Bewusstsein trete: durch den Ausbau des Notdienstes, die Terminservicestellen und andere kreative Versorgungsideen, mit denen die KV die Sicherstellung gewährleiste. „Das wird zunehmend auch von der Politik wahrgenommen – und gewürdigt: indem sie uns zusätzliche Verantwortung überträgt, etwa die administrative Hoheit und sehr viel Gestaltungsraum bei der Entwicklung der künftigen digitalen Serviceplattform für „Termine und mehr“.

Hinzukommen die Möglichkeiten, als KV, eine aktive strukturpolitische Rolle zu spielen, etwa wenn es darum geht, Versorgung zu „gestalten“ und – wenn es nötig ist – übergangsweise sogar in die eigene Hand zu nehmen; vorstellbar sei hier auch die Übernahme größerer Praxen durch die KV. „Zu all diesen Themen gibt es konkrete Pläne, die im kommenden Jahr detailliert vorgestellt werden“, so Plassmann. Dass die KV wieder stärker wahr- und ernst genommen wird, sei auch auf der Feier zum hundertsten Jubiläum der KVH im August zu erkennen gewesen; dort sei die wissenschaftliche Publikation zur Geschichte der Institution vom Autorenteam präsentiert und mit „vielen Gästen und viel Prominenz aus dem Gesundheitswesen“ über die Bedeutung der Selbstverwaltung diskutiert worden. „Wir haben viel Zuspruch erhalten, und man traut uns viel zu, aber wir müssen jetzt natürlich auch liefern.“

Neue KVH-Notfallpraxis am UKE

Dass die Hamburger Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten Sicherstellung kreativ und umfassend auch außerhalb der eigenen

Praxistätigkeit gestalten könnten, würden sie seit Mai 2018 auch mit ihrem Bereitschaftsdienstkonzept „Arztruf Hamburg“ beweisen, dessen Portfolio jüngst durch die Eröffnung der neuesten Notfallpraxis (NFP) der KVH am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Anfang Oktober vorerst abgerundet worden sei, stellte Plassmann fest. „Diese Praxis an diesem Standort ist von besonderer strategischer Bedeutung für die ambulante Notfallversorgung in Hamburg, da das UKE mit Abstand das Krankenhaus mit dem höchsten Patientenaufkommen in der Stadt ist – das gilt auch in der Notfallversorgung.“ Werde ein Patient in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des UKE vorstellig, so wird sofort entschieden, ob er als Notfall im Krankenhaus oder ambulant in der KV-Notfallpraxis behandelt wird. Das entlaste die ZNA und führe dort zu mehr Kapazitäten für die Behandlung der Menschen mit schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankungen. „Wir kommen hier dem Konzept des Integrierten Notfallzentrums an Krankenhäusern, welches die Politik anstrebt, also einer binären Versorgungsstruktur (NFP und ZNA), die einem gemeinsamen Tresen nachgeschaltet ist, schon sehr nahe. Dies ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.“

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Die Umsetzung des TSVG beschäftige weiterhin die Praxen in Hamburg, berichtete Plassmann. Auf eine Informationsveranstaltung für Kreisobleute und Berufsverbände im Sommer in der KVH seien zahlreiche Kreisversammlungen und Berufsverbandsveranstaltungen gefolgt, auf denen Fachleute der KVH die neuen TSVG-Regelungen und ihre praktische Umsetzung, vornehmlich die Abrechnungsspezifika sowie die Kennzeichnungsdetails der TSVG-Fälle, vorgestellt hätten. Nach wie vor gelte die Empfehlung der KVH, so weiter zu arbeiten wie bisher – auch vor dem Hintergrund der Bereinigungssachverhalte. „Eine Erfahrung“, so Plassmann, „die wir in den Veranstaltungen immer wieder machen, ist, dass uns Skepsis entgegenschlägt, wenn wir sagen, dass das TSVG – trotz aller zu kritisierenden Eingriffe in Selbstverwaltung und Praxisorganisation – doch einen Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung bieten könnte.“ Konkret heißt das: Durch die Netto-Bereinigung im ersten

Jahr und die dann zusätzlich gezahlten extrabudgetär honorierten TSVG-Fälle erreicht ein Arzt zwei Effekte: Erhöht sich im 5. Quartal die Anzahl der TSVG-Fälle, werden diese zusätzlich zu 100 Prozent vergütet, das heißt, es findet in diesem Fall definitiv eine Honorarsteigerung statt. Zum anderen (nach dem heutigen Stand der Gesetzgebung) erhöht sich bei zusätzlichen TSVG-Fällen ab dem 5. Quartal automatisch die Quote für die Fälle innerhalb des ILB, da mehr Geld für deren Finanzierung zur Verfügung steht. Plassmann wies darauf hin, dass es noch immer Details gebe, die auf Bundesebene noch ungeklärt seien, etwa, ob bei der Hausarztüberweisung die BSNR oder die LANR anzugeben sei (bis zur Klärung gelte es, weiterhin die BSNR anzugeben!) oder ob die extrabudgetäre Vergütung für den „Behandlungsfall“ oder den neugeschaffenen „Arztgruppenfall“ gelte (bis zur Klärung beziehen sich die Regelungen auf den Arztgruppenfall).

Quantitativer CRP-Test

„Der Einsatz der gemeinsamen Selbstverwaltung für die Erleichterung einer gezielten Verordnung von Antibiotika in der ambulanten Versorgung hier in Hamburg wird weiter verstärkt“, so Plassmann. „Mit einem Modellprojekt fördern wir in Kooperation mit der Mehrzahl der Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, Betriebskrankenkassen, DAK-Gesundheit und IKK classic) bundesweit erstmalig die Anwendung des quantitativen CRP-Schnelltests, den Hamburgs Haus-, Kinder- und HNO-Ärzte in der eigenen Praxis durchführen können, ohne dass dafür eine Laborgenehmigung nötig ist.“ Plassmann rief die betreffenden Ärzte ausdrücklich dazu auf, sich an dem Vertrag zu beteiligen. Informationen hierzu – Teilnahmevoraussetzungen, Vergütungsregelungen, Formulare, Termine – sowie Informationen zur Evaluation des Projekts durch die Uni Kiel – stehen auf der Website der KVH zur Verfügung.

TI-Rollout

„Die Anbindung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen in Hamburg an die Telematik-Infrastruktur (TI) läuft auf Hochtouren“, berichtete Caroline Roos, die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH. „2.703 von insgesamt 3.248 Praxen in Hamburg sind im September bereits angeschlossen gewesen, das entspricht einer Quote von 83 Prozent; im Vergleich zum Bundesdurchschnitt in Höhe von 75 Prozent stehen wir in Hamburg also ganz gut da, die Tendenz ist weiter steigend.“

Diskussionen gebe es zurzeit noch um die datenschutzrechtliche Verantwortung innerhalb der TI. Ein Ergebnis der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder sei gewesen, dass die Gematik allein für die zentrale Zone der TI zuständig sei. Für die dezentrale Struktur, d. h. die TI-Konnektoren in den Praxen, sehen die Datenschützer lediglich eine Mitverantwortung bei der Gematik. Die Praxisinhaber sind für die Datensicherheit in ihren Praxen – inklusive der datensicheren Anbindung an die TI – verantwortlich. Mit dieser Bewertung sei die seitens des KV-Systems geforderte Rechtseindeutigkeit noch nicht erreicht, so Roos. Die Forderung nach einer Klarstellung durch den Gesetzgeber wird durch die Empfehlung der Datenschutzkonferenz unterstützt. Bei der Anbindung der Praxen an die TI komme den Installationsfirmen zwar grundsätzlich die Verpflichtung zu, sich an die technischen Vorgaben der Gematik zu halten, eine weitere Absicherung werde jedoch nur eine Zertifizierung der Installationsfirmen durch die KBV bringen, die erst mit Umsetzung des „Digitale-Versorgung-Gesetzes“ zu erreichen sei. Die KVH empfiehlt den Praxen, sich von der Installationsfirma den korrekt durchgeführten Anschluss an die TI mit einem Formular bestätigen zu lassen. (Das Formular finden Sie auf der Website der KVH unter Praxis-IT & Telematik – Telematikinfrastruktur.)

Was die Förderung betrifft, so ändere sich diese ab dem kommenden Jahr. „Zur Finanzierung der Erstausrüstung erhalten Praxen statt der bisherigen 1.547 Euro für einen Konnektor nur noch 1.014 Euro, für ein stationäres Kartenterminal statt der bisherigen 435 Euro nunmehr 535 Euro.“ Der Komplexitätszuschlag entfalle ab 2020 vollständig, die Pauschale für ein mobiles Kartenterminal sowie die Starterpauschale bleiben unverändert.

Roos warf noch einen Blick in die Zukunft und stellte den gesetzlichen Zeitplan für die künftigen Fachanwendungen in der TI vor: Danach sollen der eMedikationsplan, das Notfalldatenmanagement und das eRezept bis zum 30. Juni 2020 umgesetzt werden sowie die ePA (elektronische Patientenakte) und die eAU (elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigung) ab 2021. Zur ePA sagte Roos, dass es sich hierbei für die Patienten durchaus um eine sinnvolle Anwendung und Errungenschaft handle. „Aus vertragsärztlicher Sicht ist die Arzt-Arzt-Kommunikation, die auch die für die Weiterbehandlung relevanten Dokumente und Befunde einschließt, aber wichtiger, dies könne die ePA jedoch nicht leisten. Auch die Anbindung weiterer Akteure an die TI sei künftig vorgesehen: Neben allen Ärzten (auch die ohne direkten Patientenkontakt) sollen im kommenden Jahr Apotheken sowie ab 2021 Krankenhäuser und weitere Akteure wie Hebammen, Entbindungspfleger, Physiotherapiepraxen und Pflegeeinrichtungen hinzukommen.“

Arztruf Hamburg

„Die Fallzahlen im Arztruf Hamburg entwickeln sich positiv“, resümierte Roos ihren kurzen Überblick zu den einzelnen Services im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, allenthalben seien leichte Steigerungen im Jahresvergleich zu verzeichnen. Nach der Einführung des Arztruf Hamburg seien – entgegen dem Bundestrend – nicht nur die Notfälle im ambulanten Bereitschaftsdienst gestiegen, sondern auch – wenn auch nur leicht – die Notfallpatienten in den Krankenhäusern. Abschließend belastbare Zahlen hierzu plane die KVH 2020 vorzulegen. Absolut erkennbar sei hingegen, dass die Anfang Oktober eröffnete Notfallpraxis der KVH am UKE unmittelbar gut angelaufen und sofort stark frequentiert sei. „Dies liegt nach allem, was wir hören, an der sehr guten Zusammenarbeit mit der ZNA des UKE“, so Roos. „Diese Praxis verspricht jetzt schon, sehr erfolgreich zu werden, wovon letztlich alle profitieren: die KVH, das UKE – und natürlich die Patienten selbst, die in der für sie adäquaten Versorgungsstruktur behandelt werden.“ Ab Januar 2020, kündigte Roos an, werden der ärztliche Bereitschaftsdienst (Arztruf Hamburg) und die Terminalservicestelle für die Patienten unter der gemeinsamen Telefonnummer 116 117 erreichbar sein, ab dann werden nach einer telefonischen Ersteinschätzung zusätzlich auch sogenannte Akutermine innerhalb von 24 Stunden telefonisch vermittelt.

Haushalt

Die Vertreterversammlung entlastete den Vorstand für das Haushaltsjahr 2018, nachdem der Revisionsverband die Jahresrechnung präsentiert und sein Testat erteilt hatte.

Neuwahl Vorstand Hugo-Niemeyer-Stiftung

Die Vertreterversammlung wählte einstimmig (bei einer Enthaltung) den neuen Vorstand der Hugo-Niemeyer-Stiftung, die 1949 zu dem Zweck gegründet worden ist, Hamburger Kassenärzte, deren Witwen und Waisen sowie Angestellte und Arbeiter der KVH zur Abwendung eines Notstands wirtschaftlich zu unterstützen. Zum Vorsitzenden wurde Dr. Peter Calais, zum Beisitzer Dr. Wolfgang Wesiack und zum Schriftführer Michael Klemperer gewählt.

Dr. phil. Jochen Kriens ist Leiter der Unternehmenskommunikation der KVH



*Hintere Reihe: Martin Rosenau und Martin Wangnick (Sanitäts-
haus Rosenau), Dr. Tobias Stephan
Kaeding (Hamburg Wasser),
Jens Witte (Deutsche Rentenversi-
cherung Bund), Mathias Sutorius
(Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e.V.),
Dr. Jochen Kriens (KVH),
Peter Kleinsorge (PHH Personal-
dienstleistung GmbH).
Vordere Reihe: Marianela von
Schuler Alarcón (Zahnärztin),
Caroline Roos (stellv. Vorstands-
vorsitzende der KVH), Nicole
Plinz (Zentrum für Stressmedizin,
Asklepios Klinikum Harburg und
Asklepios Klinik St. Georg),
Stefanie Schäfer (KVH),
Moderatorin Dörte Maack (doerte-
maack.de), Michaela Hogg (KVH),
Marlies Faedtko (FAW gGmbH)*

Return to Work – *was alles geht!*

Inklusion Die Kampagne „... und es geht doch“ war im November zu Gast im Ärztehaus der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Es ging hauptsächlich um die Frage: Wie gelingt der berufliche Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderung? *Von Natascha Blankenburg*

Am 13. November fand im Ärztehaus der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) die 16. Veranstaltung der Kampagne „... und es geht doch“ zur beruflichen Inklusion von Menschen mit Behinderung statt. Sie ist 2004 gegründet worden, um Hamburger Arbeitgeber mit innovativen Veranstaltungsformaten für die berufliche Inklusion schwerbehinderter Menschen zu gewinnen (siehe Kasten rechts). Ziel ist, das Engagement von Unternehmen und Betrieben unter immer neuen Blickwinkeln zu präsentieren und sie mit Experten und Betroffenen zusammenzubringen.

Schwerpunktthema der diesjährigen Veranstaltung unter dem Motto „Return to Work“ war die Reintegration ins Arbeitsleben. Ganz gleich ob Fachkräftemangel, demografische Veränderungen oder zunehmende psychische Belastungen und Erkrankungen: Die erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz wird zur immer größeren Herausforderung. Caroline Roos, die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, berichtete von der Umsetzung der Barrierefreiheit nicht nur in den Hamburger Arztpraxen, sondern auch schon bei der Arztsuche auf den Internetseiten der KVH. Dort werde ab dem nächsten Jahr auch nach den verschiedenen Graden von Barrierefreiheit unterschieden. Und auch im Gebäude des Ärztehauses in der Humboldtstraße wurde Barrierefreiheit konsequent umgesetzt.

Digitalisierung als Chance

Konkrete Zahlen lieferte in seinem Grußwort Sönke Fock, der Vorsitzende der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit Hamburg. Jede siebte Person in Hamburg habe eine Behinderung, trotzdem seien Menschen mit Behinderung anteilig besser ausgebildet und im Vergleich seltener krank als ihre nicht behinderten Kollegen, so Fock. Gleichwohl sei es für sie ungleich schwerer, wieder in Arbeit zu kommen. Er warb dafür, weiter daran zu arbeiten, Vorurteile abzubauen. Der Arbeitsmarkt solle sich auch auf die Bedürfnisse der Fachkräfte mit Behinderung einstellen. Den Trend zur Digitalisierung beschrieb er als mögliche Chance für Menschen mit Handicap.

Christian Böttger vom Arbeitgeberverband der Ernährungsindustrie Hamburg / Schleswig-Holstein / Mecklenburg-Vorpommern erhält fortlaufend Anfragen von Mitgliedsunternehmen mit der Bitte um rechtlichen Beistand. Oft gehe es um Möglichkeiten, wie ein bestehendes Arbeitsverhältnis trotz fortdauernder Einschränkung möglichst weitergeführt werden kann. Nach seiner Erfahrung würden jedoch nur die wenigsten Arbeitsverhältnisse aus Krankheitsgründen beendet.

Jens Witte von der Deutschen Rentenversicherung Bund stellte die umfassenden Angebote der Deutschen Rentenversicherung für Arbeitgeber vor. Besonderen Stellenwert habe die Prävention, denn die Teilhabe am Arbeitsleben solle möglichst lange erhalten werden („Reha vor Rente“).

Nicole Plinz, Leiterin des Zentrums für Stressmedizin im Asklepios Klinikum in Hamburg-Harburg und an der Asklepios Klinik St. Georg, sprach zum Thema Wiedereingliederung nach psychischer Erkrankung. Die wichtigsten Faktoren für ein gutes Gelingen sind nach ihrer Erfahrung eine langsame Steigerung der Belastung und ein abgestimmter, detaillierter Plan dafür, an den sich dann auch alle Beteiligten halten. Die Rückkehr solle nicht zu lange aufgeschoben werden. Anstatt Defizite oder Negatives zu betonen, empfahl sie eine „Positiv-Liste“. Der wichtigste Faktor ist für sie die normale Kommunikation miteinander, das Miteinander-Reden! Für sie sind die Bereitschaft, Vorurteile fallen zu lassen, sowie eine aufgeschlossene Kultur im Unternehmen die wichtigsten Faktoren für das Gelingen einer Rückkehr zur Arbeit.

Was Arbeitgeber zum Teilhabepflanverfahren der Rehabilitationsträger wissen müssen, erläuterte Mathias Sutorius von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.

Bundesverdienstkreuz für Inklusionsarbeit

Ganz praxisnah wurde es in der Interviewrunde „Best Practice“ mit Vertreterinnen und Vertretern aus vier Unternehmen. Mit ansteckender Begeisterung berichtete die Zahnärztin Marianela von Schuler Alar-

cón über ihre Arbeit, für die ihr gerade das Bundesverdienstkreuz verliehen wurde. Sie hatte vor sechs Jahren begonnen, in ihrer Praxis auch gehörlose Patienten zu behandeln und gehörlose junge Frauen zu zahnmedizinischen Fachangestellten auszubilden. Um die ersten Auszubildenden zu finden, drehte sie ein Video in Gebärdensprache. Derzeit hat ihre Praxis 17 Mitarbeiterinnen, von denen 70 Prozent gehörlos sind. Die spezifischen zahnmedizinischen Begriffe hat Frau von Schuler Alarcón erstmals in Gebärdensprache übersetzt. Aber damit nicht genug: Sie möchte auch andere Praxen animieren, sich stärker für gehörlose Menschen zu öffnen, und hat dafür den Verein In Deaf Med gegründet.

Für Martin Rosenau, Geschäftsführer des Sanitätshauses Rosenau GmbH, wird Inklusion schon seit Jahrzehnten im Unternehmen gelebt. Er dankte Stefanie Wöste, Inklusionslotsin der Handwerkskammer Hamburg, für die Unterstützung, um sich in den Wirren der Zuständigkeiten besser zurechtzufinden. Sein Mitarbeiter Martin Wangnick berichtete, dass er aufgrund eines Verkehrsunfalls amputiert werden musste und seinen alten Beruf nicht mehr ausüben konnte. Ein neuer Job musste her, und der sollte wieder im Handwerk sein. Inzwischen hat Martin Wangnick seine Ausbildung zum Orthopädietechnik-Mechaniker abgeschlossen und sein Selbstwertgefühl zurückerobert.

Für Dr. phil. Tobias Stephan Kaeding, Abteilungsleiter Health and Safety bei Hamburg Wasser, sind umfangreiche präventive Maßnahmen wichtig und die reibungslose Zusammenarbeit aller Beteiligten beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Beispielsweise kommen die bei Hamburg Wasser eingesetzten Hebehilfen allen Mitarbeitern zugute. Marlies Faedtke, Leiterin der Beratungs- und Inklusionsinitiative Hamburg (BIHA) der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW), dankte der KVH für die Einladung in das Ärztehaus. Eine Kampagne wie „... und es geht doch“ ohne die großzügige und professionelle Unterstützung von Unternehmen durchzuführen, sei schlicht nicht möglich, so Faedtke. Insbesondere galt ihr Dank Caroline Roos, Dr. Jochen Kriens, Stefanie Schäfer und Michaela Hogg, der Vertrauensperson schwerbehinderter Menschen der KVH. Diese hatte nach dem Besuch der letztjährigen Veranstaltung bei Airbus vorgeschlagen, die Veranstaltung 2019 in das Ärztehaus der KVH einzuladen. Schon in den vergangenen Jahren hatten namhafte Unternehmen wie Otto, Airbus, Eurogate, Beiersdorf, das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und die Hamburger Hochbahn die Kampagne „... und es geht doch“ unterstützt.

Ein Konzert des Hamburger Ärztorchesters unter der Leitung des Dirigenten Thilo Jaques hatte den hochkarätigen Auftakt des Abends mit rund 120 Gästen gemacht, durch den die blinde Moderatorin Dörte Maack fachkundig und charmant führte. Das abschließende Get-together nutzten die Gäste zum Netzwerken.

Natascha Blankenburg, Unternehmens-Netzwerk INKLUSION

Partner der Kampagne „... und es geht doch“

Die Kampagne „... und es geht doch“ wird getragen von diesen fünf Partnern:

- Ausblick Hamburg GmbH/Integrationsfachdienst Hamburg
- Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH – Beratungs- und Inklusionsinitiative Hamburg (BIHA)
- PHH Personaldienstleistung GmbH
- Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretungen in der Hamburger Wirtschaft
- Unternehmens-Netzwerk INKLUSION (Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation (BAG aBr) e. V.)



SEAT Tarraco
Mit Business Leasing
ab 299 € mtl.²



Denke in neuen Dimensionen.

- 20 Zoll Leichtmetallräder „Supreme“
- Panorama-Glas-Schiebedach
- Top-View-Kamera
- Adaptive Fahrwerksregelung DCC
- BeatsAudio™ Soundsystem

SEAT FOR BUSINESS



THOMSEN

C. Thomsen GmbH

Kuehnstraße 91, 22045 Hamburg
T. 040 66 86 140, wandsbek@auto-thomsen.de



Ab 9,99 € mtl.³ sorgenfrei unterwegs mit Wartung & Verschleiß.
Zuverlässige Mobilität zu gleichbleibend günstigen Raten.

Kraftstoffverbrauch SEAT Tarraco XCELLENCE 2.0 TSI (Benzin), 140 kW (190 PS): innerorts 9,0, außerorts 6,3, kombiniert 7,3 l/100 km; CO₂-Emissionen: kombiniert 166 g/km. CO₂-Effizienzklasse: C.

¹ Weitere Informationen zum Euro NCAP Test unter www.euroncap.com/de/results/seat/tarraco/34836. ² 299,00 € (zzgl. MwSt.) mtl. Leasingrate für den SEAT Tarraco XCELLENCE 2.0 TSI, 140 kW (190 PS), auf Grundlage der UVP von 38.673,20 € bei 36 Monaten Laufzeit und jährlicher Laufleistung von bis zu 10.000 km. 0 € Sonderzahlung. Überführungskosten werden separat berechnet. Ein Angebot der SEAT Leasing, eine Zweigniederlassung der Volkswagen Leasing GmbH, Gifhorn Straße 57, 38112 Braunschweig. Dieses Angebot ist nur für gewerbliche Kunden ohne Großkundenvertrag und nur bis zum 31.12.2019 gültig. ³ Bei allen teilnehmenden SEAT Partnern in Verbindung mit einem neuen Leasingvertrag mit der SEAT Leasing, Zweigniederlassung der Volkswagen Leasing GmbH, Gifhorner Straße 57, 38112 Braunschweig, 9,99 € (zzgl. MwSt.) mtl. Servicerate für die Dienstleistung Wartung & Verschleiß bei einer Gesamtaufleistung von bis zu 30.000 km für den SEAT Tarraco. Bei einer Gesamtaufleistung von bis zu 60.000 km beträgt die monatliche Rate 24,00 € (zzgl. MwSt.). Abweichende Staffelpreise bei höheren Gesamtaufleistungen. Dieses Angebot ist nur bis zum 31.12.2019 gültig und nur für gewerbliche Kunden mit und ohne Großkundenvertrag. Ausgenommen sind Taxi-/Mietwagenunternehmen und Fahrschulen. Nähere Informationen bei uns. Abbildung zeigt Sonderausstattung.

THOMSEN

Sie finden uns auch hier:

21217 Seevetal
Glüsinger Straße 82 • T. 04105 14240
seevetal@auto-thomsen.de

21465 Reinbek
Möllner Landstraße 15 • T. 040 88162910
reinbek@auto-thomsen.de

22549 Hamburg
Osdorfer Landstr. 238-240 • T. 040 8078880
osdorf@auto-thomsen.de

24568 Kaltenkirchen
Senefelder Straße 2 • T. 04191 507060
kaltenkirchen@auto-thomsen.de

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 1. Montag im Monat, 8.15 Uhr	Klinisch-Pathologische Konferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Institut f. Pathologie, Tel. 25 46 – 27 02	Alfredstr. 9, Hörsaal der Pathologie
Jd. 1. Montag im Monat, 18 – 19.30 Uhr	Fortbildung für Betriebsärzte: Montagskolloquium	VDBW, Ulrich Stöcker, ulrich.stoecker@vdbw.de	Fortbildungsakademie der ÄKH, Weidestr. 122 b
Jd. letzten Montag im Monat, 13 – 14.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz am UKE	UKE, Kopfschmerzambulanz, Anm.: Prof. Dr. May, Tel. 74 10 – 5 98 99	Martinistr. 52, Gebäude W 34, 3. OG, Seminarraum
Dienstags (7.20 Uhr) u. donnerstags (7.30 Uhr)	Tumorkonferenz Darmzentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Zertifiziertes Darmzentrum, Tel. 25 46 – 14 02,	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Dienstags, 13.30 – 14.30 Uhr	Thoraxtumore und Bronchialkarzinome	Asklepios Klinik Barmbek, Anm.: Frau Gütlein, Tel. 18 18 – 82 48 01	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Dienstags, 15.45 – 17.45 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (Fälle, die besonders intensiver Diskussion bedürfen)	Asklepios Klinikum Harburg, Anm.: s.pratt@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Dienstags, 16 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz	Bethesda KH Bergedorf, Anm. unter Tel. 72 55 40	Glindersweg 80
Dienstags, 16 Uhr	Chirurgische Facharztfortbildung	Bethesda KH, Bergedorf, Tel. 72 55 40	Glindersweg 80, Raum 1
Jd. 1. Dienstag im Monat, 14– 16	Aktuelle Themen der Arbeitsmedizin	Betriebsarzt-Zentrum Merkel, Tel. 75 12 11	Wilhelm-Strauß-Weg 6, Betriebsarzt-Zentrum
Jd. 1. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz, Abt. Psychosomatik u. Schmerztherapie, Neurochirurgie	Asklepios Westklinikum, Herr Lehmann, Tel. 81 91 – 0; Herr Lauk, Tel. 81 91 – 25 15	Suurheid 20, Konferenzraum, Haus 10
Jd. 2. Dienstag im Monat, 19 Uhr	Interdisziplinäre, nach außen offene Bergedorfer Schmerzkonferenz (4 P)	Aktivion-MVZ, Dr. Soyka und Dr. Lipke, Anm. unter Tel. 73 09 23 92	Praxisklinik Bergedorf, Alte Holstenstr. 2, Seminarraum
Jd. 3. Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel „Psychotherapeutische Medizin“	Ärztehaus, Anm.: Dr. Gutermuth, Tel. 46 32 75; Dr. Hofmann, Tel. 46 26 62	Humboldtstr. 56
Jd. letzten Dienstag im Monat, 20 Uhr	Qualitätszirkel MRT in der Orthopädie	Praxis Dr. Finkenstaedt und Prof. Dr. Maas, Anm.: Dr. Sebastian Ropohl, Tel. 724 70 24	Im Wechsel Raboisen 40 (Fi) und Raboisen 38 (Maas)
Mittwoch, 8. Januar, 15 – 18 Uhr	Veranstaltung in den Räumen der KV Hamburg: Integrierte Medizin – Medizin mit Zukunft	Hufelandgesellschaft, GAÄD, Andreas Fugge (KVH), info@hufelandgesellschaft.de	Kassenärztl. Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56
Mittwochs, 7.30 Uhr	Interdisziplinäre Gefäßkonferenz	Marienkrankehaus Hamburg, Chirurgische Ambulanz, Tel. 25 46 – 14 61	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Mittwochs, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	Ev. Amalie Sieveking-KH, Anm. unter Tel. 644 11 – 421, Fax: – 312, www.amalie.de	Haselkamp 33, Konferenzraum, 5. OG
Mittwochs, 12.30 – 14.00 Uhr	Onkologische Konferenz des zertifizierten Brustzentrums und des gynäkologischen Tumorzentrums	Agaplesion Diakonieklinikum, Frauenklinik, Anm.: Prof. Lindner, Tel. 790 20 – 25 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 2 im EG
Mittwochs, 12.45 – 13.30 Uhr	Pädiatrische Fortbildung	Altonaer Kinderkrankehaus, Anm.: Prof. Stock, Tel. 8 89 08 – 202, www.kinderkrankehaus.net	Bleickenallee 38
Mittwochs, 13 – 14 Uhr	Interdisziplinäres Kopf-Hals-Tumorboard	UKE, Anm.: PD Dr. Münscher, Tel. 7410 – 5 00 47 oder a.muenscher@uke.de	Martinistr. 52, Röntgendemonstrationsraum
Mittwochs, 13.30 – 14.30 Uhr	Leber-Pankreastumore obererer / unterer GI-Trakt	Asklepios Klinik Barmbek, Anm.: Frau Hansen, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Mittwochs, 14 – 15.30 Uhr	Interdisziplinäre onkologische Konferenz des zertifizierten (EUSOMA) Brustzentrums	Mammazentrum Hamburg am KH Jerusalem, Tel. 4 41 90 – 510	KH Jerusalem, Moorkamp 2 – 6, Großer Konferenzraum
Mittwochs, 15 – 16.30 Uhr	Tumorkonferenz Thoraxzentrum	Asklepios Klinikum Harburg, Thoraxchirurgie, Anm.: k.bierschwale@asklepios.com	Eißendorfer Pferdeweg 52, Konferenzraum Radiologie
Mittwochs, 16 Uhr	Tumorkonferenz Brustzentrum und gynäkologisches Krebszentrum	Marienkrankehaus Hamburg, Frauenklinik, Tel. 25 46 – 16 02	Alfredstr. 9, Demoraum der Radiologie
Jd. 2. Mittwoch, 16 Uhr c. t.	Interdisziplinäres gefäßmedizinisches Kolloquium	Asklepios Klinik St. Georg, Anm.: Frau Boyens / Frau Kolschöwsky, Tel. 18 18 – 85 39 80	Lohmühlenstr. 5, Haus P, Hörsaal 3
Jd. 2. Mittwoch, 15.30 – 17 Uhr	Interdisziplinäre Wirbelsäulenschmerzkonferenz (Anmeldung über www.asklepios.com möglich)	AK St. Georg, Frührehabilitation u. Physikalische Therapie, Dr. Peschel, Tel. 18 18 85 – 45 30	Lohmühlenstr. 5, Haus i, EG, Raum 0.26
Jd. 2. u. 4. Mittwoch, 15.30 – 16 Uhr	Pneumologisch-thoraxchirurgisches Kolloquium	Marienkrankehaus Hamburg, Klinik f. Viszeral-, Thorax- u. Gefäßchirurgie / Zentrum f. Inn. Medizin	Alfredstr. 9, Chirurgische Ambulanz, Raum 104
Jd. 3. Mittwoch, 16.30 – 18 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonferenz	Asklepios Klinik Altona, Anm.: Frau Jennifer Körtge, Tel. 18 18 81 – 17 81	Paul-Ehrlich-Str. 1, Projektraum im EG, R. 210

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

Zeit	Thema	Veranstalter/Auskunft	Ort
Jd. 3. Mittwoch, 17.00 – 19.15 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Rückenzentrum Am Michel, Dr. Nicolai Schurbohm, n.schurbohm@ruecken-zentrum.de	Ludwig-Erhard-Straße 18
Jd. letzten Mittw. im Monat, 7.30 – 8.30 Uhr	Radiologische, interdisziplinäre Fallbesprechung	AK St. Georg, HNO-Klinik, Frau Posselt, Tel. 18 18 – 85 22 37, s.posselt@asklepios.com	Lohmühlenstr. 5, Haus C, Demoraum der Radiologie
Jd. letzten Mittw. im Monat, 7 – 8.30 Uhr	Interne Fortbildung	AK St. Georg, Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum, Dr. Madert, Tel. 18 18 85 – 42 74	Lohmühlenstr. 5, Haus CF, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 16 – 18 Uhr	„Eppendorfer Gefäßgespräch“, öffentliche Fallkonferenz und Vortrag zu gefäßmedizinischen Themen	Univ. Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin, Anm. unter Tel. 74 10 – 5 38 76	Martinistr. 52, Gebäude Ost 70, Konferenzraum
Jd. letzten Mittwoch im Monat, 17 Uhr	Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz	Marienkrankenhaus Hamburg, Klinik für Anästhesiologie, Tel. 25 46 – 26 41	Alfredstr. 9, Bibliothek der Anästhesie
Donnerstag – Sonntag, 16. – 19. Januar, 9 – 18 Uhr	Gynäkologie: Intensivkurs 2020 (37 P)	amedes Gruppe Hamburg, Auskunft / Anm. Frau Partsch, Tel. 33 44 11 – 99 66, E-Mail: veranstaltungen@amedes-group.com	Gastwerk Hamburg, Beim alten Gaswerk 3
Donnerstag, 16. Januar, 18.30 – 20 Uhr	Patientengeschichten: „Bettine von Arnim und die Gesundheit“, Vortrag von Prof. Dr. phil. Martin Dinges, Stuttgart (2 P)	UKE, Medizinhistorisches Museum Hamburg, Koordination: Dr. Monika Ankele, E-Mail: m.ankele@uke.de	Medizinhistorisches Museum Hamburg, Gebäude N30b (Fritz-Schumacher-Haus)
Donnerstag – Freitag, 23. – 24. Januar, 9 – 17 Uhr	Ein heikles Thema gezielt ansprechen – Methoden motivierender Gesprächsführung	SUCHT.HAMBURG, Online-Anmeldung bis 22.12. an service@sucht-hamburg.de , www.sucht-hamburg.de	Repsoldstr. 4
Donnerstag – Freitag, 30. – 31. Januar, 9 – 17.30 Uhr	13. Operationskurs Defektdeckungen an Hand und Unterarm	BG Klinikum Hamburg, Anmeldung bis 16.12. an Sekr. Dr. Rudolf, Tel. 7306 – 1348, E-Mail: veranstaltungen@bgk-hamburg.de	Bergedorfer Str. 10
Donnerstags, 7.30 – 8.15 Uhr	Wissenschaftliches Kolloquium	UKE, Kliniken f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Univ. Prof. Dr. B. Hüneke, Tel. 741 05 – 3506	Martinistr. 52, 4. OG Südturm, Seminarraum 411
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäre Tumorkonferenz (2 P)	Agaplesion Diakoniekrankenhaus Hamburg, Hamburger Darmzentrum, Tel. 790 20 – 21 00	Hohe Weide 17, Konferenzraum 3
Donnerstags, 8 – 9 Uhr	Interdisziplinäres Tumorboard (2 P)	AK Wandsbek, 1. Chirurgische Abteilung, Tel. 18 18 83 – 12 65	Alphonsstr. 14, Visitenraum, 1. OG
Donnerstags, 13 – 14 Uhr	Pädiatrische Fortbildung in Pädiatrie / Neonatologie / Neuropädiatrie (1 P)	Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Anm.: Dr. Püst, Tel. 673 77 – 282	Lilienronstr. 130, Ärztebibliothek
Donnerstags, 15 – 16 Uhr	Alle Tumore, GI-Trakt, urologische Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Anm.: Frau Hansen, Tel. 18 18 – 82 38 31	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 16.30 Uhr	Interdisziplinäre neuro-onkologische Konferenz	AK Altona, Tumorklinik, Anm. unter Tel. 18 18 81 – 1211 oder mo.weber@asklepios.com	Paul-Ehrlich-Str. 1, Carl-Bruck-Hörsaal, 2. OG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Brustkrebs und Gynäkologische Tumore	Asklepios Klinik Barmbek, Anm.: Frau Zimbal, Tel. 18 18 – 82 18 21	Rübenkamp 220, Röntgendemonstrationsraum EG
Donnerstags, 16 – 17 Uhr	Interdisziplinäre gastroenterologische Tumorkonferenz	Albertinen-KH, Darmzentrum, Anm. bis Mi. 15 Uhr unter Tel. 55 88 – 22 57	Süntelstr. 11, Raum KU 13
Jd. letzten Donn. im Monat, 7.30 – 8.30 Uhr	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M & M)	AK St. Georg, HNO-Klinik, Frau Posselt, Tel. 18 18 – 85 22 37, s.posselt@asklepios.com	Lohmühlenstr. 5, Haus L, 2. Stock
Freitag – Samstag, 13. – 14. Dezember, 9 – 18 Uhr	32. Norddeutsche Anästhesie-Tage: „Zufriedenheit ist das neue Ziel“	MCN Med. congressorganisation nürnberg ag, Auskunft: Frau Stähler, staehler@mcn-nuernberg.de , www.mcn-nuernberg.de	Hotel Grand Elysée Hamburg, Rothenbaumchausee 10
Freitag – Samstag, 7. – 8. Februar, 9 bzw. 10 – 18 bzw. 14 Uhr	Interdisziplinäres Symposium: „Der ältere Patient in der perioperativen Medizin“, reduzierte Teilnahmegebühr bei Anmeldung bis 20. Dezember	UKE, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Anmeldung erforderlich via Birgitt Storbeck: ana-event@uke.de , Tel. 74 10 – 54 477	Martinistr. 52, Hörsaal und Foyer des Instituts für Anatomie (Gebäude N61)
Samstag, 4. Januar, 9 – 16.30 Uhr	Kurs zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 51 Strahlenschutzverordnung (8 P)	BG Klinikum Hamburg, Leitung Dr. Möhl, Kontakt + Anm. Katrin Schaper, Tel. 7306 – 3698, E-mail: k.schaper@bgk-hamburg.de	Hörsaal BG Klinikum Hamburg Bergedorfer Str. 10
Samstag, 11. Januar, 9 – 13 Uhr	Augenärztliche Fortbildung: Hamburger Uveitits-Tag (HUT)	UKE, Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde, Fr. Rindfleisch, Tel. 74 10 – 54 271, h.rindfleisch@uke.de	Martinistr. 52, Gebäude W40, Etage: EG
Auswärts			
Freitag – Samstag, 31. Januar – 1. Februar, 14 bzw. 9 Uhr	11. Lübecker Venentage	Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, UKSH, Campus Lübeck, Auskunft: Wiebke Schmidt, Tel. 0451-500 41 501	Hautklinik und Radisson Blu Senator Hotel (Sa), Willy-Brandt-Allee 6, 23554 Lübeck

Der besondere Fall

Dünndarmstück ersetzt tumoröses Schlundgewebe

Komplexe OP Bei einer 66-jährigen Patientin, die ein Rezidiv eines Hypopharynxkarzinoms erleidet, muss zur Behandlung der Tumor vollständig entfernt werden. Zur Rekonstruktion des Digestivtrakts verwenden die Operateure ein 12 Zentimeter langes Jejunumtransplantat.

Von Dr. Hartmut Koch¹, Dr. Dr. Karl Mauss², Prof. Dr. Thomas Grundmann¹

In unserer Tumorsprechstunde stellt sich eine 66-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand mit einem Karnofsky-Index von 100 Prozent mit dem Verdacht auf ein Rezidiv eines Hypopharynxkarzinoms vor.

Sie berichtet von einer progredienten Dysodynophagie, zunehmendem Gewichtsverlust und beginnender Dyspnoe mit Stridor unter Belastung. Die Vorstellung in der Hals-Nasen-Ohrenklinik erfolgt auf Empfehlung der Kollegen der Gastroenterologie, die bei Verdacht auf eine postradiogene proximale Ösophagusstenose eine Bougierung vornehmen wollten, den proximalen Ösophagus nicht passieren konnten und eine zirkulär wachsende ulzerierende Schleimhautveränderung erkannten. Die Erstdiagnose des Hypopharynxkarzinoms wurde im Dezember 2012 andernorts gestellt. Dort erfolgte die transzervikale kehlkopferhaltende Tumoresektion, eine selektive Neck-Dissection und eine adjuvante Radiochemotherapie. Neben der Komplettierung des Stagings führen wir

als nächstes eine Panendoskopie mit Probenentnahme durch. Intraoperativ stellt sich das Tumorstadium zirkulär postcricoidal mit Infiltration des proximalen Ösophagus dar. Die Histologie ergibt ein mäßiggradig verhornendes und mittelgradig differenziertes (G2) Plattenepithelkarzinom, HPV negativ. Die interdisziplinäre Tumorkonferenz beschließt auf unseren Vorschlag hin – bei der klinischen Tumorformel rycT4 cN0 M0 – als kurativen Ansatz die vollständige operative Resektion des Tumors durch eine Laryngopharyngektomie mit Entfernung des proximalen Ösophagus und der Rekonstruktion des Defekts mithilfe eines mikrovaskulär anastomosierten Jejunuminterponats.

Tumoresektion en bloc

Die Operation findet in Allgemeinnarkose unter antibiotischer Abschirmung statt. Die Laryngo-Pharyngektomie wird in typischer Weise durchgeführt. Das Zungenbein wird

skelettiert und der Schlund auf Höhe der Epiglottis eröffnet. Auf der rechten Seite erfolgt die Darstellung der V. jugularis interna als Vorbereitung auf die venöse Anastomose. Ebenso rechtsseitig gelingt es, die A. thyroidea superior als späteres arterielles Anastomosengefäß zu präparieren. Unter Sicht kann der Tumor im Bereich des Hypopharynx, Larynx und proximalen Ösophagus als ein „en-bloc“-Resektat entfernt werden. Sämtliche Resektionsränder sind in der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung tumorfrei. Die Kollegen der Viszeralchirurgie entnehmen anschließend ein circa 12 cm langes Jejunumtransplantat aus dem mittleren Dünndarmsegment mit einem ausreichend langen Gefäßstiel. Zeitgleich wird eine Jejunalsonde zur Sicherstellung der postoperativen Ernährung platziert. Mit einer Ischämiezeit von unter einer Stunde anastomosieren wir mikrovaskulär die Arterie Ende zu Ende an die A. thyroidea superior und die Vene Ende zu Seite an die V. jugularis interna. Das Darmsegment zeigt zu jeder Zeit eine gute

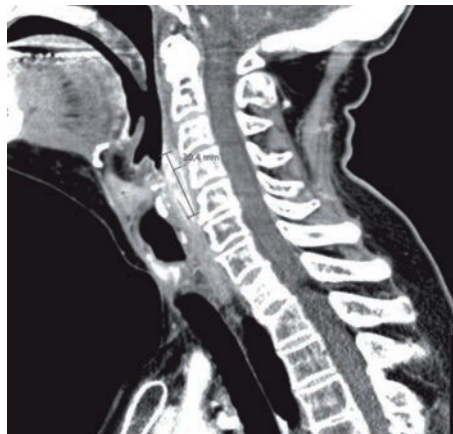
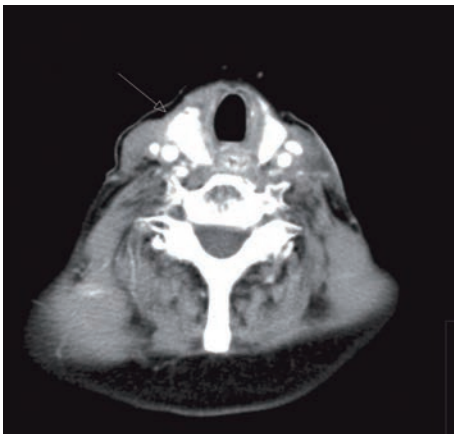


Abb. 1 a und b: Im CT des Halses ist im Querschnitt und in der seitlichen Aufnahme ein zirkulär wachsender Tumor am proximalen Ösophagus sichtbar



Abb. 2: Die Endoskopie zeigt eine Stenose am Hypopharynx bzw. am proximalen Ösophagus



Abb. 3: Intraoperativ: Jejunumtransplantat in situ

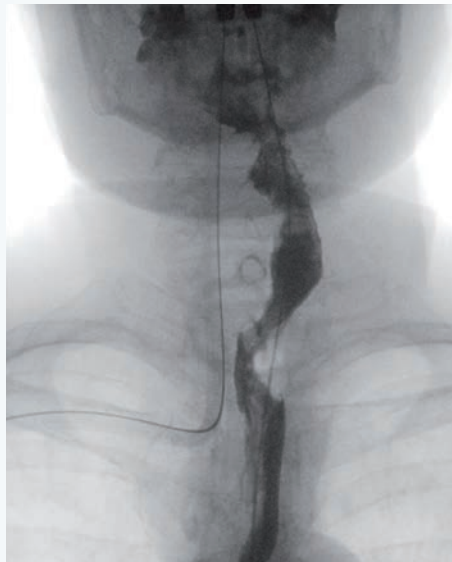


Abb. 4: Postoperativer Ösophagus-Breischluck

Peristaltik. Anschließend kann durch invertierende Schleimhautnähte die Kontinuität des Schlunds durch Anastomosen am proximalen Ösophagus und am Zungengrund wiederhergestellt werden.

Nach 14-tägiger oraler Nahrungskarenz ergibt die Röntgen-Breischluckuntersuchung eine kontinuierliche regelrechte Darstellung des oberen Digestivtrakts, sodass mit dem Kostenaufbau begonnen werden kann.

Am 18. postoperativen Tag wird die Patientin aus der Klinik entlassen. Vier Wochen nach dem Eingriff stellt sich die Patientin mit einer pharyngokutanen Fistel wieder vor. Sie muss erneut aufgenommen und die Fistel in einer Revisionsoperation exploriert werden. Intraoperativ erweist sich die Fistel als eine circa 1-Cent-Stück große Öffnung im Bereich

der Schlundanastomose am Zungengrund. Durch primäres Übernähen der Fistel und Absicherung der Naht durch Abdecken mit einer myokutanen M.-pectoralis-major-Lappenplastik lässt sich diese sicher verschließen. Nach oraler Nahrungskarenz und regelrechtem Breischluck ist die Patientin zu Hause. Sie ernährt sich uneingeschränkt über den Mund, die Jejunalsonde wurde bereits entfernt.

Schlussfolgerungen

Die vollständige operative Entfernung des Tumors stellt in diesem Fall den einzig kurativen Ansatz dar. Eine erneute Bestrahlung in diesem Zeitintervall war aufgrund der zu erwartenden Toxizität nicht möglich, eine alleinige Chemotherapie nicht kurativ.

Die Wiederherstellung der Kontinuität des oberen Digestivtrakts mithilfe eines freien Jejunumtransplantats wurde erstmals 1959 von Seidenberg und Kollegen beschrieben (1). In den folgenden Jahren erreichte dieses Ver-

fahren durch Einführung moderner mikrochirurgischer Techniken und Verbesserung des Nahtmaterials sowie besserer Mikroskope eine hohe Zuverlässigkeit bei niedriger Morbidität und Mortalität. Der Vorteil des Jejunumtransplantats gegenüber einem zirkulär gefalteten Haut-Faszien-Lappen besteht vor allem in den spezifischen Eigenschaften des Schleimhauttransplantats wie der Sekretbildung und dem Selbstreinigungsmechanismus. Darüber hinaus entfällt das funktionelle und ästhetische Defizit der Spenderregion.

Voraussetzung für das Gelingen dieser komplexen Operation ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kopf-Hals- und Viszeralchirurgen. Ebenso unerlässlich ist das anästhesiologische Management intra- und postoperativ und nicht zu vergessen die intensive und sorgfältige Pflege und Anleitung der Patientin durch das besonders geschulte und erfahrene Pflegepersonal.

Aktuell befindet sich die Patientin alle 4 Wochen in unserer Tumornachsorge. Nach Ablauf von 6 Monaten wird ein Kontroll-MRT des Halses durchgeführt und bei unauffälligem Befund die Einlage einer Provox-Stimmprothese im Rahmen einer Kontrollpanendoskopie geplant. Damit kann die Patientin mit etwas Übung voraussichtlich wieder sprechen. Die Prognose der fortgeschrittenen Hypopharynxkarzinome ist schlecht. Je nach Literatur liegt das 5-Jahres-Überleben aller Hypopharynxkarzinome zwischen 15 bis 56 Prozent (2). Die Tatsache, dass die Patientin bereits ein Rezidiv des Hypopharynxkarzinoms ausgebildet hatte, verschlechtert ihre Prognose auf dauerhafte Heilung weiter.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Dr. Hartmut Koch

Leitender Oberarzt für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde

Plastische Operationen, Allergologie

Asklepios Klinik Altona

E-Mail: ha.koch@asklepios.com

¹Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Plastische Operationen, Allergologie, Asklepios Klinik Altona

²Sektion für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, Asklepios Klinik Altona



IHR NEUER ARBEITSPLATZ

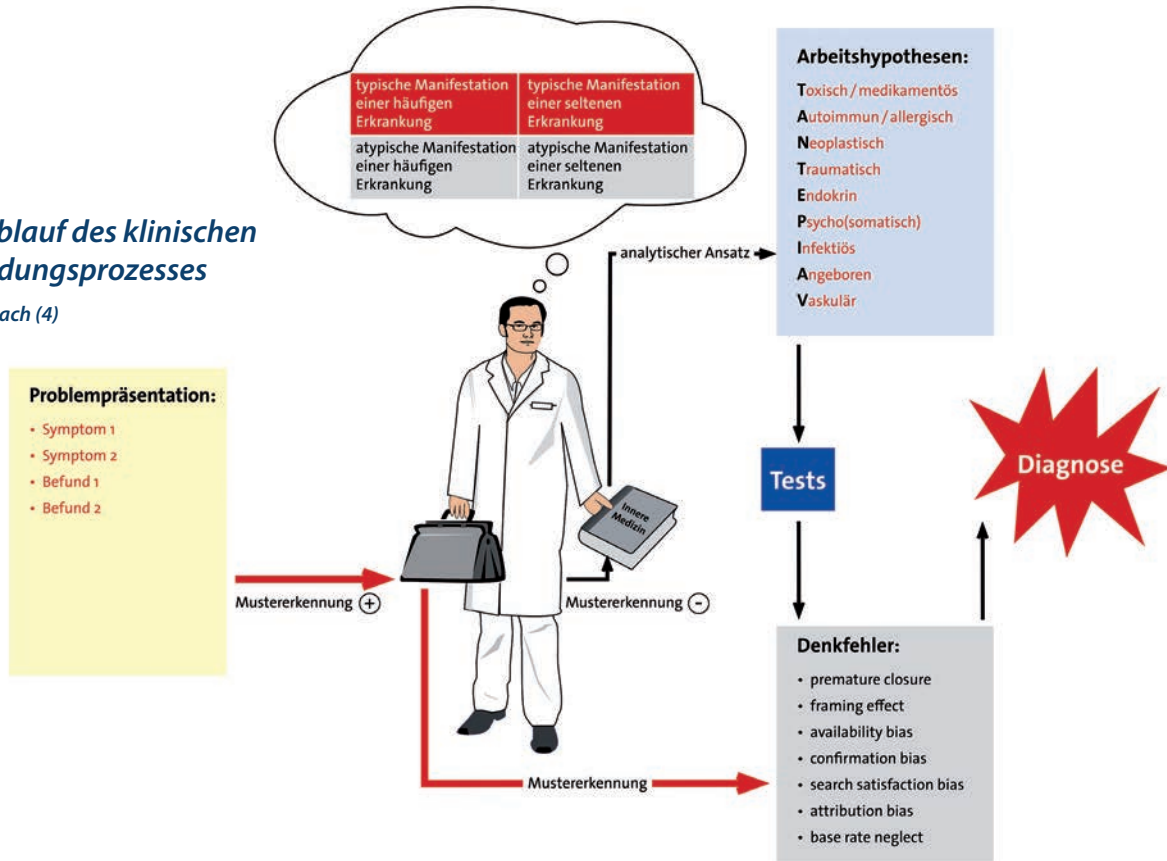
WIR SUCHEN **QUALIFIZIERTE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER**, DIE MIT UNS IN DEN BEREICHEN MEDIZIN, TECHNIK, ADMINISTRATION UND PROJEKTKOORDINATION HUMANITÄRE HILFE LEISTEN.

Unsere Teams sind in rund 60 Ländern im Einsatz. Werden Sie ein Teil davon! Informieren Sie sich online: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten



Abb. 1: Ablauf des klinischen Entscheidungsprozesses

modifiziert nach (4)



Wie Denkfehler die ärztliche Diagnose beeinflussen

Gravierende Folgen Im klinischen Entscheidungsprozess können kognitive Denkfehler die Ursache für eine falsche Behandlung sein. Eine Analyse von Fällen aus der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen zeigt beispielhaft, welcher Art diese Denkfehler sein können. Ihre Relevanz für den Entscheidungsprozess ist noch zu wenig bekannt.

Von Dr. Andreas Klinge¹, Johan Müller², Prof. Dr. Sigrid Harendza³

In jeder Ausgabe des Hamburger Ärzteblatts (HÄB) finden Sie eine Kasuistik der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen. In diesem Artikel beschäftigen wir uns mit der Frage, welche Fehler zur Begutachtung dort führen und vor allem, ob sich darunter kognitive Denkfehler finden lassen. Das sind Fehler, die auf dem Weg der ärztlichen Entscheidungsfindung, also beim Clinical Reasoning, auftreten und hierbei speziell im diagnostischen Prozess (Abb. 1).

Vor 20 Jahren begann mit dem Werk „To err is human“ (Irren ist menschlich) des damaligen Institute of Medicine – heute National Academy of Medicine – in den USA die Ära der modernen Patientensicherheit. In diesem Werk wurde geschätzt, dass etwa 44.000 bis 98.000 Amerikaner jedes Jahr durch medizinische Fehler zu Tode kommen (1). Diagnostische

fehler, die durch kognitive Denkfehler zustande kommen, wurden dabei jedoch kaum berücksichtigt. Allerdings führen in den USA diagnostische Fehler zu doppelt so vielen Klagefällen als andere medizinische Fehler (2). Diagnostische Fehler sind jedoch viel schwieriger zu bemerken als beispielsweise Fehler bei der Medikamentengabe (3). Sie beruhen meistens auf kognitiven Fehlleistungen, wie z.B. eine alternative Diagnose nicht zu berücksichtigen, und ihre Entdeckung erfordert eine reflektierte Durchsicht der Patientenakte.

Für Medizinstudierende im Praktischen Jahr bietet die III. Medizinische Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) in Kooperation mit mehreren externen bzw. niedergelassenen Kollegen, Dr. Matthias Janneck, Dr. Andreas Klinge und Dr. Ingo Krenz,

seit etwa 10 Jahren einen aus acht Doppelstunden bestehenden Kurs an, in dem die Denkprozesse des Clinical Reasoning erlernt und geübt werden können und die Fallstricke im diagnostischen Prozess, also die kognitiven Denkfehler, transparent gemacht werden (4). Beim Clinical Reasoning gibt es drei zentrale Aspekte:

1. Den (schnellen) Weg über die Erkennung eines typischen Musters.
2. Den (langsamen) Weg über einen analytischen Ansatz mit der Erstellung breiter Differenzialdiagnosen.

¹ Diabetes Schwerpunktpraxis Eidelstedt, Hamburg

² Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

³ III. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

3. Die Kenntnis, dass alle Informationen am Ende noch durch kognitive Denkfehler verfälscht werden können.

Die ersten beiden Punkte sind spätestens durch das populärwissenschaftliche Buch des Nobelpreisträgers Daniel Kahnemann „Schnelles Denken, langsames Denken“ (5) zum Allgemeinwissen geworden. Dies gilt für die kognitiven Denkfehler bisher noch nicht im selben Maße, obwohl von Gerd Gigerenzer vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin mit „Bauchentscheidungen“ (6) und von Rolf Dobelli mit „Die Kunst des klaren Denkens“ (7) bereits Bücher erschienen sind, die sich mit kognitiven Denkfehlern im Allgemeinen beschäftigen. Wenn wir jedoch an ärztliche Fehler denken, dann vornehmlich an Dinge wie technische Fehler, also zum Beispiel den bei der Bauch-OP versehentlich zurückgelassenen Tupfer. Solche Fehler lassen sich gut durch die Einführung von Checklisten vermeiden (8), was zu einer Erhöhung der Patientensicherheit führt. Dass auch kognitive Denkfehler einen Schaden verursachen können, ist weit weniger bekannt und im Bewusstsein von uns Ärzten noch nicht genügend verankert. Wir möchten Sie beispielhaft mit zwei typischen Vertretern kognitiver (ärztlicher) Denkfehler vertraut machen.

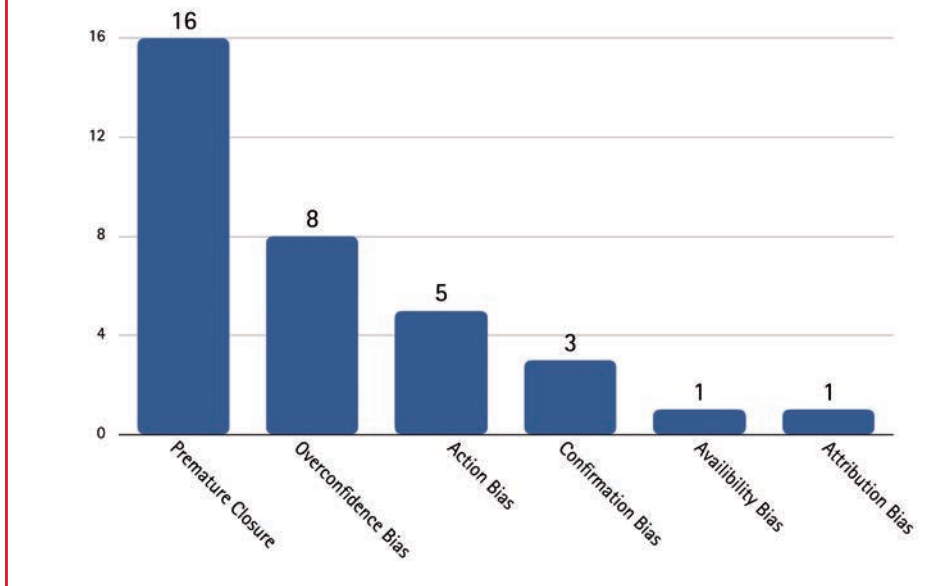
Availability Bias

Der Denkfehler Availability Bias beschreibt, dass einem zuerst oder besonders schnell etwas einfällt, das man kürzlich gesehen oder erlebt hat, das also leicht verfügbar (= available) ist. Dies ließ sich beispielsweise während des EHEC-Ausbruchs 2011 beobachten. Innerhalb kurzer Zeit suchten zahlreiche Patientinnen und Patienten mit blutigen Diarrhoen die Notaufnahme des UKE auf, und es wurde zunächst eine EHEC-Infektion vermutet, weil dies natürlich naheliegend war (9). Bei manchen Patienten lagen jedoch ganz andere Krankheiten vor, z. B. eine chronisch entzündliche Darmerkrankung oder eine Campylobacter-Infektion. Das diagnostische Denken war durch die vielen verfügbaren Fälle von EHEC also fälschlich gebahnt.

Base-Rate Neglect (Prävalenzfehler)

Base-Rate Neglect (Prävalenzfehler) beschreibt die Nicht-Berücksichtigung der Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Patientengruppe. Ein Beispiel für diesen Denkfehler wäre die Erstdiagnose eines Typ-1-Diabetes bei einem Patienten von 60 Jahren. Beim Typ-1-Diabetes handelt es sich um eine Erkrankung, deren Manifestationsgipfel im Alter zwischen 10 und 14 Jahren (Base Rate) liegt. Berücksichtigt man also diese Basisrate der Erkrankung nicht, kann mit der Diagnose Typ-1-Diabetes bei einem

Abb. 2: Verteilung der Denkfehler (Anzahl) bei 84 ausgewerteten Fällen der Schlichtungsstelle aus den Jahren 2010 bis 2017



60-Jährigen ein Prävalenzfehler (Base-Rate Neglect) auftreten. Bei einem Patienten von 60 Jahren ist ein Pankreaskarzinom eine wahrscheinlichere Diagnose.

Ärztliche Denkfehler – aus der Schlichtungsstelle

Im Rahmen eines Projekts haben wir untersucht, ob sich in den im HÄB veröffentlichten Schadensfällen kognitive Denkfehler identifizieren lassen. Hierfür wurden aus dem online verfügbaren Archiv des HÄB (10) aus den Jahrgängen 2010 bis 2017 sämtliche veröffentlichte Artikel der Schlichtungsstelle extrahiert. Die drei Autoren bewerteten 84 Fälle unabhängig voneinander und klassifizierten die identifizierten Fehler in einem ersten Schritt in Denkfehler und Nicht-Denkfehler. Im zweiten Schritt klassifizierten sie die kognitiven Denkfehler. Da es eine allgemein anerkannte Klassifikation für kognitive Denkfehler bislang nicht gibt, wurden für dieses Projekt die Klassifizierung von Pat Croskerry (11) sowie die für den o. g. Kurs Clinical Reasoning erarbeitete Systematik (4) verwendet. Diskrepanzen zwischen den Bewertungen der drei Autoren wurden im Rahmen einer Fallbesprechung aufgelöst. Insgesamt konnten 100 Fehler identifiziert werden, in einigen Fällen zeigten sich mehr als ein Fehler. In 66 Fällen lagen Nicht-Denkfehler vor. Dies waren technische Fehler, Anwendung veralteter Operationsverfahren, Fehler, die durch Verwendung einer Checkliste zu vermeiden gewesen wären, oder Fehler, die durch eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht zustande kamen – Fehler, die man klassischerweise erwarten würde und

die überwiegend in „To err is human“ (1) beschrieben wurden.

In 34 Fällen lagen gut zu identifizierende kognitive Denkfehler vor. Es handelte sich dabei um

- **Premature Closure:** den (diagnostischen) Prozess zu früh abzuschließen,
- **Overconfidence Bias:** sich (einer Diagnose) zu sicher zu sein (ohne hinreichende Evidenz),
- **Action Bias:** in unklarer Situation lieber zu handeln, statt weitere Informationen zu sammeln oder abzuwarten,
- **Confirmation Bias:** Befunde stärker zu gewichten, die eine Verdachtsdiagnose wahrscheinlicher machen, als solche, die diese unwahrscheinlicher machen würden,
- **Availability Bias:** eine kürzlich erlebte Diagnose bei ähnlichem klinischem Bild wieder zu stellen,
- **Attribution Bias:** dem Patienten „die Schuld“ zuzuweisen.

Die Verteilung aller untersuchten Fälle zwischen den operativen und den konservativen Fächern betrug 55 zu 45 Prozent. Betrachtet man hingegen nur die Fälle, in denen kognitive Denkfehler zu finden waren, liegt die Verteilung bei 38 Prozent (operative Fächer) zu 62 Prozent (konservative Fächer, am häufigsten in der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin). Diese Gewichtung beruht vermutlich darauf, dass es in konservativen Fächern deutlich weniger Prozeduren gibt, die zu operativ-technischen Fehlern führen können. Es zeigt sich hierbei, dass drei Denkfehler-Typen für insgesamt 85 Prozent der gefundenen Denkfehler verantwortlich sind, nämlich Premature Closure, Overconfidence Bias und Action Bias (Abb. 2).

In den Kasuistiken aus der Schlichtungsstelle aus acht Jahren konnten also in einem Drittel kognitive Denkfehler als Ursache gefunden werden. Dies ist bemerkenswert, da Fehler dieser Art bisher in Deutschland im Rahmen des ärztlichen Qualitätsmanagements noch wenig wahrgenommen oder diskutiert werden. Dennoch sind sie von großer Relevanz. Für die Innere Medizin gibt es beispielsweise Untersuchungen, dass vor allem Confirmation und Availability Bias zu diagnostischen Fehlern im Behandlungsprozess führen (12). Insbesondere für den Availability Bias konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, dass er mit dem „schnellen Weg“ des Denkens assoziiert war und durch das Umschalten auf den analytischen Weg des Denkens neutralisiert werden konnte. Lernen über klinisches Denken, kognitive Denkfehler und diagnostische Irrtümer hat in den USA bereits Einzug in den Unterricht für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gehalten (13).

Für Medizinstudierende in Deutschland, die in einem Projekt am Computer Patientenfälle bearbeiten sollten, konnten als häufigste Gründe für diagnostische Irrtümer ein Mangel an diagnostischen Fähigkeiten, Wissenslücken und Premature Closure identifiziert werden (14). Es scheint daher für die Aus- und Weiterbildung und für die Qualität des ärztlichen Arbeitens sinnvoll zu sein, Kurse,

wie sie im UKE für Medizinstudierende angeboten werden (4), zu etablieren, um Ärztinnen und Ärzte für das Thema der kognitiven Denkfehler zu sensibilisieren.

Bei der Bewertung der Daten sehen wir drei wichtige Limitationen: Die im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichten Kasuistiken stellen eine subjektive Auswahl dar. Es handelt sich vermutlich nur um eine kleine Teilmenge mit besonders prägnanten oder für die allgemeine Ärzteschaft relevanten Fehlern. Die Anzahl der Fehler im ärztlichen Alltag, die nicht bei der Schlichtungsstelle behandelt werden, dürfte um ein Vielfaches größer sein. Außerdem dürfte eine relevante Anzahl von Fehlern vermutlich im Vorfeld direkt zwischen Ärzten, Haftpflichtversicherern und Patienten reguliert werden, sodass die Dunkelziffer nicht erkannter kognitiver Denkfehler vermutlich viel höher liegt.

Schlussfolgerungen

Bei allen Limitationen der hier gezeigten Daten besteht unserer Auffassung nach kein Zweifel daran, dass kognitive Denkfehler für einen relevanten Anteil der ärztlichen Fehler nicht nur bei den analysierten Fällen aus der Schlichtungsstelle, sondern auch im Alltag verantwortlich sind. Hierzu steht es in deutlichem Missverhältnis, dass Denkfehler

und ihre Relevanz wenig bekannt sind und die Beschäftigung mit ihnen bisher kaum Teil des Medizinstudiums und der ärztliche Fort- und Weiterbildung ist. Kognitive Denkfehler sind ein zutiefst menschliches und im täglichen Leben ubiquitär vorkommendes Phänomen. Sie können aber im medizinischen Kontext gravierende Folgen haben. Diese können nur verhindert werden, wenn wir uns der Existenz kognitiver Denkfehler bewusst sind und Strategien entwickeln, sie zu verhindern.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. Sigrid Harendza, MME (Bern)

III. Medizinische Klinik
Sektion Ausbildungsforschung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: harendza@uke.de

Unter der Rubrik „Schlichtungsstelle“ finden Sie jeden Monat im Hamburger Ärzteblatt Fälle der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen (s. Seite 34). Die Einrichtung klärt Arzthaftungsstreitigkeiten bei vermuteten Behandlungsfehlern außergerichtlich und kostenlos. Ziel ist die Vermeidung von Gerichtsprozessen.

BILDER AUS DER KLINISCHEN MEDIZIN



Kleine Schwellung mit großem Ausmaß

Vor circa 9 Monaten bemerkte ein 77-jähriger Patient eine Schwellung am rechten Oberschenkel. Da er damals sich selbstständig Heparin-Spritzen subkutan verabreichte, ging er von einer Reaktion auf die Spritze aus. Jedoch wurde die „Schwellung“ nicht mehr kleiner, sodass der Patient diese zunächst seiner Tochter zeigte, die dann mit ihm den Hausarzt konsultierte.

Die Abbildung zeigt die Schwellung nach einer Biopsie. Der histopathologische Befund offenbarte ein Leiomyosarkom. Es gelang die In-sano-Resektion in unserer Klinik, wobei der Oberschenkel der Länge nach eröffnet wurde. Entfernt werden mussten der M. vastus lateralis, der M. biceps femoris und tumorös-infiltrierte Haut. Aufgrund des großen Resektionsausmaßes wurde die Wunde temporär mit einem Vakuumschwamm versiegelt und im Verlauf sekundär gedeckt.

Dr. Tobias Malte Ballhause

Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: t.ballhause@uke.de

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



Bei jungen Schlaganfallpatienten wurde festgestellt: Das Erkrankungsrisiko ist nach Marihuana-Konsum höher

Marihuana und Schlaganfallrisiko bei jungen Erwachsenen

Die zerebrovaskulären Auswirkungen von Marihuana / Cannabis, das ja bei bestimmten Indikationen auch therapeutisch angewendet wird, sind weitgehend unbekannt. Eine aktuelle Studie analysierte Daten einer national repräsentativen Querschnittsuntersuchung, die 2016 bis 2017 von den Centers for Disease Control and Prevention in den USA erhoben wurden (Parekh T et al., Stroke 2019 Nov 11, Epub ahead of print). Dazu wurde die Assoziation des Marihuanakonsums innerhalb der letzten 30 Tage bei jungen Erwachsenen mit Schlaganfall (Alter 18 – 44 Jahre) untersucht. 13,6 Prozent der Teilnehmer (n = 43 860; 49,9 Prozent Männer) berichteten über Marihuanakonsum innerhalb der letzten 30 Tage. Das Schlaganfallrisiko war bei jungen Erwachsenen mit Marihuana-Konsum 1,82-fach höher als bei Nicht-Nutzern. Bei häufigem Marihuanakonsum (> 10 Tage / Monat) stieg das Risiko auf 2,45 gegenüber Nicht-Nutzern an. Bei häufigem Marihuana- und gleichzeitigem Zigaretten- bzw. E-Zigarettenkonsum war das Risiko mit 3,12 bzw. 2,63 noch höher. Die Daten sprechen für ein erhöhtes Schlaganfallrisiko bei Marihuanakonsumenten (im Alter von 18 – 44 Jahren). | *ca*

Hormonersatztherapie erhöht Brustkrebsrisiko

In einer jüngst erschienenen Metaanalyse wurden 58 Studien zu Brustkrebsrisiko und Hormonsubstitution in der Menopause aufgearbeitet (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Lancet 2019; 394: 1159–68). Die Metaanalyse zeigte, dass alle Arten einer Hormonsubstitution (vaginale Östrogengabe ausgenommen) das Brustkrebsrisiko erhöhen. Das Risiko einer Östrogen-Gestagen-Kombination war höher als bei einer Östrogen-Monotherapie. Eine 5-jährige Östrogensubstitution kombiniert mit täglicher Gestageneinnahme erhöhte das absolute Risiko, innerhalb von 20 Jahren an einem Mammakarzinom zu erkranken, um 2,0 Prozent (number needed to harm = 50). Bei Östrogen-substitution und intermittierender Gestageneinnahme betrug die Zunahme 1,4 Prozent (number needed to harm = 70) und bei Östrogen-Monotherapie 0,5 Prozent (number needed to harm = 200). Dauerte die Hormonsubstitution länger als 5 Jahre, erhöhte sich das Brustkrebsrisiko entsprechend (Verdoppelung bei 10-jähriger Anwendung). | *ms*

Trikuspidalklappeninsuffizienz

Minimalinvasiver Eingriff

Unter der Leitung von Prof. Dr. Georg Nickenig vom Universitätsklinikum Bonn hat ein internationales Ärzteteam eine Studie zur minimalinvasiven Behandlung von Trikuspidalklappeninsuffizienz vorgelegt (Nickenig G et al., The Lancet, Published online, Nov 07, 2019). Bisher wurden Patienten am offenen Herzen operiert, die OP wird jedoch wegen hoher Mortalitätsraten selten durchgeführt. In der „Triluminate“-Studie wurden 85 Patienten mit moderater oder schwerer Trikuspidalinsuffizienz an 21 Standorten in Europa und den USA mit dem minimalinvasiven „TriClip“-Verfahren behandelt. Ergebnis: Kein Patient verstarb innerhalb der ersten 30 Tage nach dem Eingriff, und die Trikuspidalinsuffizienz verbesserte sich bei 86 Prozent der Patienten um mindestens eine Stufe auf einer Fünf-Stufen-Skala. Wurden zu Beginn der Studie 37 Prozent der Patienten der schwersten Insuffizienz-Stufe zugeordnet, lag dieser Anteil 30 Tage nach dem Eingriff nur noch bei 5 Prozent und sank sechs Monate später auf 1 Prozent.

Quelle: Pressemitteilung Universitätsklinikum Bonn, 8. November 2019

Resistente Bakterien

Neue Wirkstoffe entwickelt

Wissenschaftler der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) haben gemeinsam mit Forschern der Universität Greifswald und der Julius-Maximilians-Universität Würzburg eine neue, vielversprechende Klasse von Wirkstoffen gegen resistente Bakterien wie Staphylokokken oder MRSA-Keime entwickelt (Seethaler M. et al., Antibiotics 2019, 8(4), 210). In ersten Tests in Zellkulturen und bei Insekten sollen die Substanzen mindestens genau so effektiv wie gängige Antibiotika sein, teilt die MLU mit. Die neuen Stoffe zielen auf ein spezielles Enzym ab, das nur in krankheitserregenden Bakterien vorkommt, die sogenannte Pyruvatkinase. Das Enzym spielt eine wichtige Rolle für den Stoffwechsel der Bakterien. Greifen die neuen Substanzen das Enzym an, wird der Stoffwechsel behindert, die Bakterien werden unschädlich. Es sind noch zahlreiche Tests notwendig, bevor die Substanz an Menschen erprobt werden kann.

Quelle: Pressemitteilung der MLU, 11. November 2019

Schlichtungsstelle

Eileiterschwangerschaft zu spät erkannt

Kontrolle unterlassen Eine schwangere Patientin mit starken Bauchschmerzen erhielt in einer Klinik eine Kürettage. Obwohl von den Behandlern empfohlen, wurde bei ihrer Frauenärztin einige Tage später das Schwangerschaftshormon β -HCG nicht bestimmt. Mit Folgen für die Frau.

Von Prof. Dr. Wolfgang Heidenreich, Christine Wohlers

Bei einer 29-jährigen Patientin war die letzte Regelblutung am 20. Januar erfolgt und im nächsten Monat ausgeblieben. Ein Besuch bei der betreuenden Gynäkologin am 29. Februar ergab eine Schwangerschaft der 6. Woche. Der Untersuchungsbefund einschließlich Sonografie war unauffällig, der β -HCG-Wert betrug 730,5 U/l. Bei der nächsten Untersuchung am 3. März, der 7. Schwangerschaftswoche, gab die Patientin Übelkeit und Bauchschmerzen an. Der β -HCG-Wert war auf 1.279,0 U/l angestiegen. Körperliche Schonung wurde empfohlen. Fünf Tage später, am 8. März, war sonografisch keine Schwangerschaft im Uterus erkennbar.

Unter der Verdachtsdiagnose „Missed Abortion“ wurde die Patientin in eine Klinik eingewiesen. Dort wurde am folgenden Tag eine Saugkürettage mit anschließender Nachkürettage vorgenommen. Die Patientin wurde anschließend entlassen. Im Kurzbrief an die Gynäkologin wurde eine Ultraschallkontrolle in 10 Tagen empfohlen. Das Abortmaterial wurde zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt. Der Befundbericht trägt als Ausgangsdatum den 11. März. Darin heißt es: „Deziduaanteile im Abradatmaterial. Da placentare Gewebstrukturen nicht nachweisbar sind, müsste klinisch

auch an die Möglichkeit einer Extrauterin gravidität gedacht werden.“ Der Bericht trägt den handschriftlichen Zusatz: „Bitte um β -HCG-Kontrolle“. Er wurde am 14. März an die Praxis gefaxt. Am 16. März stellte sich die Patientin bei ihrer Frauenärztin vor. Die Untersuchung ergab eine Schmierblutung ex utero, die Adnexe waren palpatorisch frei. Sonografisch erschien das Cavum uteri nicht leer. Vermerkt ist: „Blutentnahme für β -HCG notwendig“. Eine Blutentnahme wurde nicht durchgeführt. Die Patientin verließ ohne neuen Termin die Praxis.

Am 21. März traten starke Bauchschmerzen auf. Die Patientin stellte sich in der Klinik vor. Die Untersuchung ergab druckschmerzhaft rechte Adnexe bei sonografisch regelrechtem Befund. Auf dem Laborblatt von 12.45 Uhr waren sämtliche Werte normal, jedoch betrug der β -HCG-Wert 13.275,0 U/l! Die Patientin wurde nach Hause entlassen und kam am 23. März um 18.10 Uhr wegen seit zwei Stunden bestehender, heftigster Unterbauchschmerzen wieder in die Klinik. Es bestand eine regelstarke vaginale Blutung, der rechte Adnexbereich war extrem druckdolent. Sonografisch fand sich dort eine etwa 3 x 6 cm große Raumforderung. Die Diagnose lautete: Adnexitis, DD Extrauterin gravidität, DD retrograde Menstruation. Der β -HCG-Wert um 18.47 Uhr betrug 10.643,0 U/l. Um 21.10 Uhr wurde zunächst eine Kürettage vorgenommen, danach eine Laparoskopie, die eine rechtsseitige rupturierte Eileiterschwangerschaft mit starker Blutung ergab. Der Eileiter wurde entfernt und die Bauchhöhle gesäubert und gespült. Der Eingriff verlief komplikationslos. Die Kontrolle des β -HCG am 25. März ergab 1.888,9 U/l. Am 27. März wurde die Patientin nach Hause entlassen, der Hb-Wert betrug 6,5 g/dl.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin vermutet Behandlungsfehler sowohl durch ihre Frauenärztin als auch durch die Klinik. Die Eileiterschwangerschaft sei zu spät erkannt worden, was zum Verlust des Eileiters geführt habe.

Die Gynäkologin gibt an, die entscheidenden Behandlungen hätten in der Klinik stattgefunden. Bei der Nachuntersuchung sei der Patientin eine Blutentnahme zur β -HCG-Kontrolle empfohlen worden, was diese jedoch abgelehnt habe. Sogar ein Kontrolltermin sei abgelehnt worden. Die Klinik gibt dazu an, dass am 21. März der erhöhte β -HCG-Wert im Zusammenhang mit dem histologischen Befund und der unauffälligen Klinik als nicht so dringlich bewertet worden sei. Man sei davon ausgegangen, dass die Patientin bei Zustandsverschlechterung sofort die Klinik aufsuchen würde. Zur Frage einer etwaigen Haftungsverantwortung sei die zeitlich frühzeitigere Behandlung durch die niedergelassene Frauenärztin zu berücksichtigen.

Gutachten

Der Gutachter stellt fest: Am 8. März wurde von der niedergelassenen Gynäkologin die Diagnose einer gestörten Schwangerschaft korrekt gestellt und die Patientin zur Therapie in die Klinik eingewiesen. Bei der Nachuntersuchung am 16. März nach der Abortkürrettage lagen zwar keine klinischen Anzeichen einer Extrauterin gravidität vor. Die Gynäkologin beachtete jedoch den histologischen Befund nicht. Sie hätte auf die dringende Notwendigkeit der β -HCG-Bestimmung hinweisen und bei Beschwerden die sofortige Vorstellung in der Klinik anraten müssen. Ein derartiges Gespräch ist in den Unterlagen nicht dokumentiert.

Am 21. März hätte in der Klinik der Befund zusammen mit der Histologie und dem stark erhöhten β -HCG-Wert den dringenden Verdacht auf eine Eileiterschwangerschaft erwecken müssen. Eine Laparoskopie am 21. März, spätestens am 22. März, hätte die Konsequenz sein müssen. Am 23. März hätte bereits bei der Aufnahmeuntersuchung die Diagnose gestellt werden müssen. Es ist nicht erklärlich, warum mit der Operation noch zwei Stunden abgewartet wurde. Ob bei einer frühzeitigeren Diagnose eine tubenerhaltende Operation möglich gewesen wäre, ist nicht eindeutig festzustellen. Die Schwangerschaftsrate nach Eileiterschwangerschaft beträgt sowohl bei Tubenerhalt als auch nach Entfernung des Eileiters 40 bis 50 Prozent.

Die Klinik stellt dazu fest, dass der Kernvorwurf der verspäteten Behandlung der betreuenden Frauenärztin anzulasten sei. Bei der Untersuchung am 21. März habe die Akte vom 9. März einschließlich Histologie nicht vorgelegen. Am 23. März sei die Laparoskopie erst um 21.10 Uhr erfolgt, weil die zuständige Oberärztin noch mit einer anderen Operation beschäftigt gewesen sei.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an: Bei der Nachuntersuchung am 16. März war der histologische Bericht mit dem Vermerk: „Bitte um HCG-Kontrolle“ in der Praxis bereits vorhanden. Aufgrund der gesamten Befundkonstellation war eine solche Kontrolle dringend notwendig. Die Praxisdokumentation enthielt keinen Hinweis darauf, dass die Patientin die Blutentnahme abgelehnt hatte. Die Unterlassung der β -HCG-Bestimmung stellt einen Befunderhebungsmangel der betreuenden Gynäkologin dar. Hier kommt es unter folgenden Voraussetzungen zu einer Umkehr der Beweislast zugunsten der Patientenseite:

1. Es wurden Befunde nicht erhoben, die dem Standard gemäß hätten erhoben werden müssen. Eine standardgerechte β -HCG-Bestimmung hätte erfolgen müssen. Aufgrund der zeitnah erstellten Dokumentation kann nicht von einer Weigerung der Patientin ausgegangen werden.
2. Bei standardgemäßer Untersuchung hätte man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen abklärungs- bzw. behandlungsbedürftigen Befund erkannt. Der Bundesgerichtshof hat den Begriff „hinreichend“ nicht weiter definiert. Die Oberlandesgerichte definieren das Maß aber, unwidersprochen vom Bundesgerichtshof, als überwiegende Wahrscheinlichkeit, also mehr als 50 Prozent.

Aufgrund des weiteren Verlaufs kann davon ausgegangen werden, dass bei Durchführung dieser Maßnahmen die Diagnose einer Extrauterin gravidität gestellt worden wäre

3. Das Unterlassen der Behandlung in Kenntnis der richtigen Diagnose würde eine erhebliche Standardunterschreitung und damit einen schweren Behandlungsfehler darstellen. In Anbetracht der Risiken eines Fortschreitens einer unbehandelten Extrauterin gravidität stellt das Unterlassen einer Operation einen schweren Behandlungsfehler dar.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkenntung des zu erwartenden Befunds oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Als die Patientin am 21. März mit Beschwerden die Klinik aufsuchte, betrug der β -HCG-Wert 13.275,0 U/I. Ein 12 Tage nach Abortkürrettage derartig erhöhter Wert erforderte dringend eine weitere Abklärung mittels Laparoskopie am selben Tag. Entsprechende Untersuchungen wurden nicht veranlasst, es liegt ebenfalls ein Befunderhebungsmangel vor mit der Beweislastumkehr zugunsten der Patientin. Als die Patientin am 23. März mit einem hochakuten Krankheitsbild erneut in die Klinik kam, gab es keinen Zweifel an der Diagnose. Es bestand keine Notwendigkeit, andere Krankheitsbilder zu erwägen und die erforderliche Operation über Stunden hinauszuzögern.

Schaden

Die Beweislastumkehr bezieht sich in diesem Fall auf folgenden primären und damit verbundenen sekundären Gesundheitsschaden:

Der Verlust des betroffenen Eileiters sowie vermehrte Beschwerden für den Zeitraum vom ca. 2 Wochen sind als fehlerbedingt anzusehen. Darüber hinausgehende Gesundheitsschäden sind nicht auf das fehlerhafte Vorgehen zurückzuführen. Insbesondere zur Fruchtbarkeit nach solchen Eingriffen ist keine sichere Aussage möglich, die Schwangerschaftsrate liegt bei 40 bis 50 Prozent, unabhängig davon, ob eine eileitererhaltende Operation oder eine Entfernung des Eileiters durchgeführt wurde. Für den entstandenen fehlerbedingten Gesundheitsschaden haften das Krankenhaus und die niedergelassene Frauenärztin gesamtschuldnerisch.

Fazit

Die Diagnostik der Extrauterin gravidität kann erhebliche Probleme aufwerfen. Im Zweifelsfall – zum Beispiel bei fehlendem Nachweis von Schwangerschaftsmaterial bei einer Abortkürrettage – ist die β -HCG-Bestimmung die wichtigste diagnostische Maßnahme.

Aus rechtlicher Sicht ist auf die Bedeutung der zeitnah erstellten ärztlichen Dokumentation zu verweisen. Als zeitnah wird diese bewertet, wenn zum Zeitpunkt der Erstellung noch keine Vorwürfe erhoben wurden oder mit ihnen noch nicht zu rechnen war. Gesamtschuldnerschaft bedeutet nicht, dass der Schaden jeweils zur Hälfte ersetzt wird. Vielmehr kann der gesamte Anspruch gegen einen Schädiger durchgesetzt werden. Es erfolgt dann zwischen den Schädigern ein Ausgleich im Innenverhältnis. In der Regel bestehen grundsätzliche Vereinbarungen zur Teilung der Schadenssumme zwischen den Haftpflichtversicherern.

Prof. Dr. Wolfgang Heidenreich

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Christine Wohlers

Rechtsanwältin der Schlichtungsstelle

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

Bild und Hintergrund

Reisebericht Während der türkischen Angriffe auf das syrische Rojava im Oktober dieses Jahres bereiste eine deutsche Delegation verschiedener Institutionen das kurdische Flüchtlingslager Machmur im Nordirak. Dort wurde in den vergangenen Jahren ein funktionierendes Gesundheitssystem aufgebaut, das dringend weitere Unterstützung braucht.

Von Prof. Dr. Jochen Dahm-Daphi, Dr. Marcial Velasco Garrido

Humanitäre Delegationsreise in die autonome Region Kurdistan

In der zweiten Oktoberwoche, als der Angriff der Türkei auf das kurdische Gebiet Rojava in Nordsyrien begann, bereiste eine zivilgesellschaftliche Delegation Südkurdistan im Nordirak (Autonome Region Kurdistan). Die Delegation bestand aus Pädagogen, Journalisten, Künstlern, Ärzten, IT-Spezialisten, Verwaltungsfachleuten und Vertretern verschiedener NGOs sowie dem Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein in Begleitung von Parlamentariern aus dem Bundestag, der Hamburgischen Bürgerschaft, dem Schleswig-Holsteinischen Landtag sowie der Altonaer Bezirksversammlung. Aus der Hamburger Ärzteschaft nahmen Dr. Marcial Velasco Garrido und Prof. Dr. Jochen Dahm-Daphi teil.

Eingeladen hatte die Yezidische Konföderation im Nordirak, mit dem Ziel, die Region um den Şingal-Berg (Shengal-Gebiet nahe der syrischen Grenze) zu erreichen, wo sich wesentliche Siedlungsgebiete der ethnisch-religiösen Minderheit der Yeziden befinden. Die Delegation sollte Projekte, wie die Arbeit mit Traumatisierten, besuchen.

Der Islamische Staat (IS) drang bei seiner Offensive 2014 in diese Gebiete vor und beging mit besonderer Grausamkeit einen Genozid an den „Ungläubigen“ (nicht-muslimischen) unter der dortigen Bevölkerung. Über 5.000 Yeziden wurden ermordet, 7.000 Frauen und Kinder versklavt und systematisch vergewaltigt. 400.000 Menschen mussten aus ihrer Heimat fliehen. Noch heute gelten 2.000 Frauen als verschollen (1). Weder die irakische Armee noch die Peshmerga, die Streitkräfte der autonomen Region Kurdistan, die zu dem Zeitpunkt die militärische Kontrolle in der Region ausübten, gewährten Schutz. Im Gegenteil: Die Peshmerga gaben ihre Positionen im yezidischen Gebiet kampfflos auf. Auch die Weltöffentlichkeit und insbesondere die Staaten der NATO schauten tatenlos zu. Nur die kurdischen Volksverteidigungs-Milizen (YPG/YPL) aus Rojava hielten den IS zurück.

In der jetzigen Situation der sozialen Unruhen im Süden des Irak und des von der Türkei begonnenen Krieges gegen Rojava wurde der Delegation der Zugang zu den Yeziden im Shengal-Gebiet nahe der syrischen Grenze durch die irakische Armee verwehrt.

Besuch im Flüchtlingslager Machmur

Die Delegation besuchte unter größten diplomatischen Bemühungen das kurdische Flüchtlingslager Machmur (kurdisch: Mexmûr) zwischen Mossul und Erbil (kurdisch: Hewlêr) weiter im Landesinneren. Dieses befestigte Lager mit circa 13.000 Einwohnern entstand,



Ärztliche Sprechstunde im Gesundheitszentrum in Machmur

als die türkische Armee 1993 Menschen aus dem anatolischen Nordkurdistan vertrieb (2). Nach jahrelangen wiederholten Angriffen eroberte der IS im Jahre 2014 dieses Lager, das jedoch durch die Arbeiterpartei Kurdistans (PKK) und die YPG mit US-Luftunterstützung wieder befreit wurde. Die Türkei sieht das Lager seitdem als „PKK-Hochburg“ an und bombardiert es immer wieder, ebenso wie zahlreiche andere Dörfer im Nordirak.

Auch wir mussten Zeuge der jahrelangen Völkerrechtsverletzung werden, als während unseres Besuchs türkische Kampfbomber

200 Kilometer von der Grenze entfernt im irakischen Luftraum das Lager überflogen. Trotz aller Widrigkeiten gelang es dort, ein funktionierendes Gesundheitssystem aufzubauen.

Medizinische Versorgung ist meist ehrenamtlich

Die Delegation besuchte das Gesundheitszentrum, in dem fünf Ärztinnen und Ärzte, vier Hebammen, zwei Physiotherapeuten, zwei Apothekerinnen und sechs Pflegekräfte das Lager sowie zahlreiche nahe irakische Dörfer meist ehrenamtlich versorgen. Es gibt sechs Behandlungsräume, wenige Notfallbetten, einen Frühgeborenen-Inkubator, ein elementares Labor, ein veraltetes Ultraschallgerät und eine einfache Röntgenanlage. Kompliziertere OPs oder Sektios sind nicht möglich. Seit Kurzem gibt es einen nagelneuen Ambulanzwagen – von italienischen Hilfsorganisationen gespendet – mit dem im Notfall oder zur Dialyse nach Mossul oder Erbil gefahren werden kann. Wir konnten dringend benötigte Antibiotika und Geldspenden zur Beschaffung von Betten, Rollstühlen und anderen Hilfsmitteln übergeben.



Politische Karte der Region Kurdistan. Kurdisch bewohnte Gebiete im Mittleren Osten. Nord-, West-, Ost- und Südkurdistan in der Türkei, Syrien, Irak und Iran

Ebenso eindrucksvoll war für uns der Besuch des Tageszentrums Navenda Hêvê (Hoffnung) zur Förderung von Kindern mit Handicap. Sechs Psychologen und Heiltherapeuten kümmern sich insbesondere um Kinder mit Autismus und Down-Syndrom, die sie in ihrer Entwicklung, im musischen und lebenspraktischen Bereich sowie in feinmotorischer Bewegung und Sport fördern. Es kennzeichnet einen tief ausgeprägten Humanismus, sich unter äußerst bescheidenen und bedrängten Lebensverhältnissen den Bedürfnissen und der Förderung von schwerbehinderten Menschen zu widmen.

Wir trafen auf den kurdischen Geist des gleichberechtigten Umgangs der Geschlechter sowohl im täglichen Leben als auch in den demokratischen Selbstverwaltungsstrukturen (3). So wurden wir etwa von unseren Gastgebern gefragt, warum in unserer Delegation „mehr Männer reden als Frauen“. Ethnische Parität und ein mehrsprachiges Schulsystem sind im benachbarten Nordsyrien (Rojava) Errungenschaften der vergangenen 5 Jahre und im Nahen Osten selten.

Mit dem Rückzug der amerikanischen Truppen Anfang Oktober verloren die Kurden einerseits Verbündete im Kampf gegen den IS, andererseits den Schutz vor dem völkerrechtswidrigen Einmarsch der Türkei nach Nordsyrien. Das Ausmaß anhaltender Gewalt und die erneute Fluchtbewegung von 200.000 Kurdsinnen und Kurden in südlichere Landesteile oder in den benachbarten Irak sind aus der hiesigen Berichterstattung kaum zu ermessen. Auch das 150 km entfernte Flüchtlingslager Machmur nimmt derzeit neue Flüchtlinge aus Syrien auf. Die Bewohner brauchen dringend weitere medizinische Unterstützung.

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. Jochen Dahm-Daphi

Facharzt für Allgemeinmedizin
Bahnenfelderstr. 98, 22765 Hamburg
E-Mail: j.dahm-daphi@gmx.de

Das Flüchtlingscamp in Machmur benötigt dringend ein neues 3,5- und 10 MHz-Sonografegerät für etwa 20.000 Euro. Spenden bitte an die Kurdistan-Hilfe e.V., Stichwort: „Sonografie Machmur“, Spendenkonto: HASPA, IBAN DE40 2005 0550 1049 2227 04



Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

Tel. 040 / 33 48 57-11, Fax: -14, E-Mail: anzeigen@elbbuero.com

Sie wollen eine Veranstaltung im Terminkalender ankündigen lassen?

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

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

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

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

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

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

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

Sie möchten nicht, dass Ihr Geburtstag im HÄB erscheint?

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

Ideenreich: Raus aus dem Dschungel!

Bändigen Sie täglich den wilden Termindschungel? Termine sind listig, rauben den letzten Nerv. Schluss damit! Verwenden Sie Ihren Ideenreichtum für andere Aufgaben. Lassen Sie die Praxissoftware medatixx die Arbeit übernehmen. Unser ideenreiches Angebot: Sie erhalten medatixx mit 3 Zugriffslizenzen statt mit 1 + den Terminplaner + x.webtermin für 79,90 €* statt 144,90 €.

Sparen Sie 1 Jahr lang jeden Monat 65,00 € und danach jeden Monat DAUERHAFT 20,00 €!

Zeit für fröhliches Handeln! Bestellen Sie am besten sofort und sichern Sie sich die Dauer-Ersparnis. Näheres zum „mein.medatixx“-Angebot finden Sie unter

mein.medatixx.de

* mtl./zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Die Aktion endet am 31.12.2019. Angebotsbedingungen siehe: shop.medatixx.de.
Übrigens: Wir haben auch Aktionspreise für unsere Praxissoftware x.concept und x.synet. Fragen Sie nach: 0800 0980 0980 | medatixx.de

Nr. 10/2019: „Verschärfung der sozialen Kluft“. Bericht über die privaten Studiengänge für Medizin in Hamburg, S. 26 – 27. Von Kai-Uwe Helmers, Dr. Anke Kleinemeier

Menschen mit hoher Überzeugung und dem Wunsch, gute Ärzte zu sein

... Im genannten Artikel stellen Sie die Frage, „ob die hohen Studiengebühren gute Voraussetzungen sind, um Studierende mit hoher sozialer Kompetenz zu gewinnen“. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der finanzielle und gesellschaftliche Hintergrund der Bewerberinnen und Bewerber keine Rolle im Auswahlverfahren des Asklepios Campus Hamburg spielt. Der ACH, eine Niederlassung der ungarischen Semmelweis Universität in Deutschland, bezieht den Physikumschnitt und ein persönliches Gespräch mit in die Auswahl ein. Zusätzlich werden gesonderte Kriterien, wie die gewählten Leistungskurse, absolvierte Berufsausbildungen und besonderes ehrenamtliches soziales Engagement herangezogen. Mit Ihrer Darstellung insinuiert Sie, dass die Zahlungsfähigkeit der Studierenden das Hauptkriterium bei der Auswahl ist. Dies ist aber nicht der Fall. Der Asklepios Campus Hamburg bietet verschiedene Möglichkeiten zur Aufnahme eines Studienkredits an. Diesen Kredit kann man in Form eines umgekehrten Generationenvertrags als Arzt zurückzahlen. Am ACH wird niemand durch die hohen Studiengebühren daran gehindert, Medizin zu studieren ... Denn auch wir finden, dass der Zugang zum Studium nicht von der sozialen Herkunft abhängen darf. Auch wir sind der Meinung, dass der Zugang zur Bildung unabhängig vom finanziellen Status der Eltern sein sollte.

Wir fragen uns vielmehr, ob allein der Numerus clausus eine gute Voraussetzung ist, um Studierende mit hoher sozialer Kompetenz zu gewinnen. Denn so wählen die meisten staatlichen Universitäten ihre Studentinnen und Studenten aus ... Sollte der Adressat Ihrer Kritik nicht eher die Gesundheitspolitik sein, die seit Jahren zu wenige Medizinstudiengänge bereitstellt und an einem sehr einseitigen Auswahlverfahren festhält? Private Universitäten sind vielmehr ein Symptom dieser Politik und stellen oft die einzige Möglichkeit für hochmotivierte junge Menschen dar, ihrem Traumstudium nachzugehen.

... Unsere Motivation jedenfalls, ein kostenintensives Studium zu beginnen und den herausfordernden Weg über das Ausland zu gehen, basiert nicht wie von Ihnen behauptet

auf „marktwirtschaftlichen Kautelen“. Vielmehr sind wir von der Leidenschaft für die Medizin getrieben und dem Wunsch, ein guter Arzt zu werden, der, ungeachtet der eigenen sozialen Herkunft, Menschen jeder Gesinnung und Herkunft gleich gut behandelt. Nachfolgend implizieren Sie, dass Studenten privater Universitäten oder in Ihren Worten eine „elitäre Ärzteschaft“ einen besorgniserregenden Moralkodex aufweisen, was den patientenseitigen Zugang zu einer be-

GESUNDHEITSPOLITIK

Meinung Neben der Asklepios Medical School haben in Hamburg zwei weitere private Medizinstudiengänge ihren Betrieb aufgenommen: die Medical School Hamburg und die Universitätsmedizin Neumark am Miretsch Campus Hamburg. Das Studium an diesen Einrichtungen kostet bis zu 28.000 Euro pro Jahr – eine Ausbildung, die sich meist nur Kinder reicher Eltern leisten können.

Die soziale Kluft

Anfang 2019 hat der Senat in Hamburg die Zulassung für einen Medizinstudiengang an der privaten Medical School Hamburg (MSH) erteilt. Zusätzlich wird die UMCH (Universitätsmedizin Neumark am Miretsch Campus Hamburg) im September 2019 den ersten Medizinstudiengang aufnehmen. Neben der Universität Hamburg besteht somit aus drei Möglichkeiten die Medizinstudien an privaten Hochschulen – MSH und UMCH sowie die Semmelweis Universität. Die Semmelweis Universität in Budapest hat für den klinischen Teil eine Asklepios Medical School GmbH eingerichtet, so dass Studierende nun die Möglichkeit an Budapest zu studieren und danach in Hamburg zu studieren können. Bei der MSH sind die Lehrstühle für die Kliniken in Schwerin, verplant. Die Zulassung wurde von Wissenschaftler empfohlen ... nach ausführlicher Prüfung, wobei diese Prüfung nur öffentlich, „ob es auch bei der zu prüfenden Einreichung um eine Hochschule handelt, an der Leistungen in Leben und Forschung erbracht werden, die ausreichen wissenschaftlichen Maßstäben entsprechen“. Die Zulassung der Studierenden an einer solchen Hochschule ist nicht Gegenstand der Prüfung, d. h. dies ist dem Erwerb der Hochschulrechte. Das bedeutet, es wird nicht beurteilt, wie die Auswahl der Studierenden erfolgt ist.

Bei der MSH bezieht die Kosten 1.500 Euro monatlich bis zum Praktischen Jahr (PJ), im PJ beträgt die Gebühr dann monatlich 300 Euro. Das bedeutet für die ersten Jahre eine Gebühr von 18.000 Euro pro Jahr. Damit wird die soziale Herkunft zum Auswahlkriterium und bestimmt, welche Studenten hier Medizin lernen dürfen. Hier die Semmelweis Universität im Zusammenhang mit der Asklepios Medical School am Miretsch Campus Hamburg. Die Studiengebühren auf 25.000 Euro jährlich, in den ersten beiden Jahren sind 20.000 Euro in den letzten Jahren, in allen drei Jahren wird somit deutlich, dass es sich um eine Möglichkeit der Medizinstudien für Menschen mit großem finanziellen Ressourcen handelt.

Studienplätze wird ohne NC angeboten

Da in den staatlichen Universitäten für einen sofortigen Medizinstudiengang ein Numerus clausus (NC) von 1,0 bis 1,2 notwendig ist, wird ein so höheres Abkürzungsverfahren (Wartezimmer) erforderlich oder gar eine andere Studiermöglichkeit erforderlich wird, dieser Menschen mit viel Geld und privaten Universitäten anzuweisen. Für einen Studienplatz ohne NC wird auch die UMCH. In dem Veröffentlichung gibt es eine soziale Kompetenz für den Beruf Arzt. Leistungen kommen nicht wert, aber es bleibt zu fragen, ob die hohen Studiengebühren gute Voraussetzungen sind, um Studierende mit hoher sozialer Kompetenz zu gewinnen.

Generellvertretung ist in der Ausbildung, Bildung und Weiterentwicklung. Es ist nicht ausreichend intern, wie sich später ausweisen wird. Es ist ein Prozess, der über Jahre hinweg kontinuierlich Medizinstudien studiert haben, um fertig zu sein und in der Versorgung der Allgemeinheit verhalten werden. Es ist zu befragen, was von denen, die diese sind investiert haben, einer medizinischen Versorgung unter marktwirtschaftlichen Umständen werden. Es ist zu befragen, was von denen, die diese sind investiert haben, einer medizinischen Versorgung unter marktwirtschaftlichen Umständen werden. Es ist zu befragen, was von denen, die diese sind investiert haben, einer medizinischen Versorgung unter marktwirtschaftlichen Umständen werden.

Die Geschichte von Studiengängen in der Bundesrepublik Deutschland macht deutlich, dass es bis 2015 ein Hochschulreformgesetz (HFRG) gab, welches allgemeine Studiengänge auswählte. Gegen dieses Gesetz klagten erfolgreich die unangenehmsten Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt, die darin einen unzulässigen Eingriff des Bundes in die Hochschulpolitik sahen. Hamburg, Hessen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt, die darin einen unzulässigen Eingriff des Bundes in die Hochschulpolitik sahen. Die Bundesreformgesetz gibt diesem Ländern am 26. Januar 2015 recht, und es wurde ab 2016 in fast allen Bundesländern



Ärztlemangel. Sie liefern gut ausgebildete Mediziner, die dem deutschen Staat durch eine gute Patientenversorgung einen Mehrwert bieten.

Man könnte es ja auch anders betrachten: Vielleicht sind gerade Menschen mit hoher Überzeugung für das Medizinstudium und dem Wunsch, ein guter Arzt zu sein, bereit, den herausfordernden Weg eines Auslandsstudiums und die hohe finanzielle Last, die ein privates Hochschulstudium mit sich bringt, auf sich zu nehmen.

Die Studierendenvertretung des Asklepios Campus Hamburg

... Die neuen Angebote sind grundsätzlich zu begrüßen, um den Muff und Stillstand an der Universität Hamburg mitsamt dem Universitätsklinikum Eppendorf etwas durchzupusten ... Ihr Argument von der „Verschärfung der sozialen Kluft“ halte ich in diesem Zusammenhang für etwas hoch gehängt. Aber ich widerspreche nicht grundsätzlich. Nur ist die Gründung von privaten Universitäten und Schulen ein Symptom und keine Ursache. Es ist eine Reaktion auf Staatsversagen ... Es darf nicht sein, dass hier für Geld Diplome gekauft werden können. Die neuen Hochschulangebote müssen sich einem Wettbewerb für beste Studienergebnisse stellen, die Prüfungen aller Studiengänge müssen vergleichbar sein und verglichen werden. Nur wenn die neuen Angebote die kritische Qualitätsfrage bestehen, dann haben diese eine Berechtigung.

Dr. Steffen Wahler, Facharzt für Innere Medizin, Praxis am Lerchenfeld

... Fakt ist, dass zu wenig Studienplätze für Humanmedizin in einer alternden Gesellschaft zur Verfügung stehen. Durch die NC-gelbundene Studienplatzvergabe, die aufgrund von Bundesland zu Bundesland unterschiedlichen Abiturprüfungen höchst fragwürdig ist, werden nur Studenten mit einem entsprechenden Notendurchschnitt zugelassen. Die einzige Alternative für „Studienwillige“ ohne entsprechenden Notendurchschnitt ist ein Studium im Ausland. Die anfallenden Kosten werden zum Teil von den Eltern getragen, bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil auch über einen Kredit des jeweiligen Studierenden ...

Prof. Dr. M. Hauser, Technische Universität München

... Sie haben richtig geschildert, dass Privatuniversitäten damit werben, auch Studienplätze ohne NC anzubieten. Ohne NC heißt jedoch nicht ohne Zulassungsbeschränkung.

Um am Asklepios Campus Hamburg anzufangen, muss die Vorklinik bereits an einer anderen Universität absolviert worden sein. 70 Prozent der Plätze werden an Studenten der Semmelweis Universität vergeben; 30 Prozent an andere Studierende (aus Ungarn, Riga, deutsche Teilstudienplätze etc.). Um momentan einen Studienplatz an der Semmelweis Universität im ersten Semester zu erhalten, braucht es mittlerweile fast immer ein Abitur unter 2,0, wenn es auch keinen offiziellen NC gibt, da Sanitär- oder Krankenpflegeausbildung beispielsweise die Bewerbung positiv beeinflussen können. Zahlreiche Kollegen mit einem Abitur sogar unter 1,6 wurden in den letzten Jahren an der Semmelweis Universität abgelehnt ...

**Nico Erhard, Medizinstudent
am Asklepios Campus Hamburg**

... Anstatt den Gesamtzusammenhang des Für und Widers und das Problem einer insgesamt fairen Qualifizierung zu reflektieren und zu diskutieren, wird ausschließlich auf den finanziellen Status der Eltern fokussiert, der angeblich am ACH ausschlaggebend sei. Dabei geht es doch vielmehr vor allem auch um das Versagen der staatlichen Universitäten, allen geeigneten und diesbezüglich interessierten und engagierten Abiturienten und Abiturientinnen ein Medizinstudium zu ermöglichen. Denn als Student würde ich mir an den staatlichen Universitäten Auswahlkriterien wünschen, die sich ebenfalls an Qualitäten ausrichten würden, die den späteren Arztberuf betreffen ...

**Lennard Rohde, Medizinstudent
am Asklepios Campus Hamburg**

... Die Anzahl der Studienplätze bleibt weiterhin zu gering, der 121. Ärztetag hat sich am 15. Mai 2018 für eine Erhöhung um 6.000 Plätze ausgesprochen. Von 1993 bis 2007 wurde die Anzahl der Medizinstudienplätze von 93.298 auf 78.545 um 14.744 Plätze verringert. Das europäische Arbeitszeitgesetz hat zu einem erhöhten Bedarf an Medizinerinnen in den Kliniken geführt, im Bereich der niedergelassenen Ärzte werden immer mehr Praxen nicht besetzt, da Nachfolger fehlen. Landesregierungen steuern mit Umsatzgarantien und Studienplätzen gekoppelt an eine 12-jährige Niederlassungspflicht im ländlichen Raum nach. Die nicht ausreichende Zahl an Studienabsolventen wird durch eigenständige Initiativen der in Deutschland nicht zugelassenen Bewerber teilweise kompensiert ...

**Victoria Frank, Medizinstudentin
am Asklepios Campus Hamburg**

... Die Semmelweis Universität in Budapest konnte durch die Studiengebühren der ausländischen Studenten viel investieren. Das spiegelt sich in einer exzellenten Ausbildung wider ... Denn nicht jedes Land kann eine quasi gebührenlose universitäre Ausbildung gewährleisten. Schaut man sich in Europa und der Welt um, so steht Deutschland ziemlich alleine da ... Das Medizinstudium eines einzigen Studierenden kostet den Staat circa 200.000 Euro. Das Geld zahlen die deutschen Steuerzahler. Sollte dann nicht auch jeder die Chance auf einen Studienplatz haben? ... Muss ich ein Abitur von 1,1 haben, um eine gute Ärztin zu werden? Ich denke wohl kaum ...

**Jana Bertels, Medizinstudentin
am Asklepios Campus Hamburg**

... Ich bin mit 18 Jahren und einem guten Abitur nach Budapest gegangen, um dort meine Vorklinik zu absolvieren, mit dem Traum, Ärztin zu werden, welcher mir in Deutschland aufgrund meines „schlechten“ Abiturs (2,0) verwehrt blieb. Weder in Ungarn noch hier wurde mir mein Studium in irgendeiner Weise dadurch erleichtert, dass ich Studiengebühren zahlen musste. Diese Gebühren zahle ich, im Übrigen von der ausgezahlten Lebensversicherung meines früh verstorbenen Vaters. Außerdem arbeite ich als Perfusionsstudentin bei der DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation), um mir so einen Teil meiner Lebenshaltungskosten zu verdienen ...

**Charlotte Arms, Medizinstudentin
am Asklepios Campus Hamburg**

... Das Lernpensum und die Intensität der abgefragten Lerninhalte ist um ein Vielfaches höher in Budapest als an einer deutschen Uni. Die Studenten, die dort Physikum machen, sind exzellent ausgebildet. Nur wenn jemand tatsächlich Medizin studieren will, kann er es schaffen, dort das Physikum zu bestehen. Zwei Jahre rund um die Uhr lernen die Studenten dort. Meine Tochter hat dort auch studiert, und ich kann das somit aus nächster Nähe beurteilen. Der Ton an dieser Universität ist ein deutlich weniger liberaler als bei uns, und die Prüfungsordnung ist ohne Gnade. Von diesen 250 Medizinstudenten, die in Budapest im deutschen Bereich anfangen, wird nur ein geringer Prozentsatz an der Asklepios Medical School angenommen ...

Dr. Ingrid Andreae, Ärztin

... Da mein Mann und ich beide im medizinischen Bereich auf dem Land tätig sind, ist unser Familienleben verständlicherweise durch unseren Berufsalltag geprägt. Trotzdem oder gerade deswegen wollten unsere beiden

Söhne Medizin studieren. Der Umkehrschluss der Ausführungen in Ihrem Artikel legt nahe, dass es schädlich für unsere Gesellschaft wäre, wenn Kinder von Akademikern wieder Akademiker werden. Ich dachte eigentlich, von dieser Denkweise hätten wir uns vor 30 Jahren verabschiedet ...

K. Anders, Medizinerin

... Erwarten die Autoren des Artikels von Abiturienten, die voller Tatendrang das Studium beginnen wollen, ihren Traum zu begraben oder jahrelang zu warten und so in einer schnelllebigem Zeit wie der unseren am Ende einfach nur die Verlierer eines Systems, für das sie nichts können, zu sein? Gerade für Frauen macht es einen großen, wenn nicht vielleicht sogar den entscheidenden Unterschied, ob sie mit Mitte zwanzig oder Anfang dreißig in das Berufsleben starten. Das haben besonders alte, weiße Männer häufig noch nicht verstanden. Statt diese Realität zu sehen und Verständnis für die angehenden Kollegen zu haben ... stellen die Autoren die moralische Integrität der Studierenden infrage? ...

**Marie K., Medizinstudentin
am Asklepios Campus Hamburg**

... Ich bin in gutem Hause in der Schweiz aufgewachsen. Meine Mutter ist Ärztin und mein Vater Ingenieur. Nie hatte es mir an etwas gefehlt. Ich lebe an einem Ort, in dem das Wasser in der Toilette sauberer ist als jenes, wovon wahrscheinlich 60 Prozent der Weltbevölkerung trinkt. Ich möchte etwas an meine Mitmenschen zurückgeben. Ich möchte für sie da sein, ihnen beistehen, ihnen helfen können. Ich möchte meine Dankbarkeit für meine privilegierte Situation ausdrücken, indem ich einen sozialen Beruf ausübe. Ich frage Sie: Ist es moralisch verwerflich, dass meine Eltern mich bei diesem Vorhaben finanziell unterstützen?

**Flurina Blumenthal, Studentin
am Asklepios Campus Hamburg**

... Neben Wut und Empörung verspürte ich nach dem Lesen dieses Artikels eine Scham, welche sich meiner Meinung nach zu Unrecht in meinem Kopf ausbreitete ... Wut und Empörung sind nicht nur das Resultat Ihres Artikels, sondern auch der Tatsache geschuldet, dass eine eigentlich renommierte Fachzeitschrift einen solch unfundierten, unreflektierten, subjektiv verfassten Artikel veröffentlicht. Diese von Ihnen getätigte Publikation gleicht einem Rufmord, welcher nicht nur das Image der Universitäten, sondern auch ihrer Studenten und zukünftigen Ärzte beschmutzt ...

**Philipp Anders, Medizinstudent
am Asklepios Campus Hamburg**

Ich bin dankbar dafür, dass ich die Möglichkeit habe, Medizin studieren zu können, denn dies ist keine Selbstverständlichkeit. Nur weil das Studium Geld kostet, bedeutet dies nicht, dass ich meinen Patient*innen „mit anderen sozialen Hintergründen“ anders gegenüberetrete. ...

**Aylin Özgüer, Medizinstudentin
am Asklepios Campus Hamburg**

... Wir sind mit der Universität Frankfurt die einzige Universität in ganz Deutschland, die ein Programm genannt studentische Poliklinik anbietet, wo wir Obdachlosen oder sehr armen Menschen ohne Versicherung umsonst medizinische Versorgung und die passende Therapie anbieten. Dazu kommen Studenten freiwillig und gerne einmal die Woche in eine Praxis in St. Pauli (Café mit Herz,) in der unter Anweisung und Anleitung eines Hausarztes die Patienten versorgt werden. Keinem von uns würde auch nur im Entferntesten einfallen, Patienten anders zu behandeln, nur weil wir an der privat betriebenen Niederlassung einer staatlichen Universität studieren ...

**A. J. Busse, Medizinstudentin
am Asklepios Campus**

... Ich bedanke mich bei den Autoren für die Recherche und gute Darstellung der Problematik. Ich möchte mich dem Tenor des Artikels in vollem Umfang anschließen – die skizzierten Konsequenzen kann eigentlich kein Arzt guthießen. Es wird höchste Zeit, dass sich die Ärztekammer dieses Themas annimmt!!

**Dr. Michael Ippen, Facharzt für
Allgemeinmedizin Hamburg**

... Der Zugang zum Studium ist allerdings seit Jahren ein Zankapfel zwischen Politik und Ärzteschaft. Ausgetragen wird dieser Streit auf dem Rücken zahlreicher begabter und geeigneter Menschen, die wir in der Medizin brauchen würden und die derzeit nur schwer an einen Studienplatz kommen. Dass einige dieser Menschen nun den Weg über eine private Universität wählen, um ihrem Ziel näher zu kommen, ist weder verwunderlich noch kann man ihnen einen Vorwurf daraus machen. Dies stellt der Artikel sehr gut heraus und macht dabei auf das eigentliche Problem aufmerksam: Eine private Universität ist niemals in der Lage, den begabtesten Bewerber auszuwählen oder eine sozial ausgewogene Verteilung der Studienplätze zu ermöglichen. Selbst bei größter persönlicher und fachlicher Eignung wird die Finanzierung zum „Knock-out-Kriterium“. Das ist inakzeptabel.

**Tobias Sambale, Medizinstudent
an der Universität Hamburg**

Abschließende Stellungnahme der Autoren:

Der Zugang zum Medizinstudium sollte sozial gerecht gestaltet werden. Ungleichheiten sollten nicht noch vertieft werden, wie es durch die privaten Studiengänge der Fall ist. Dies hat eine besondere Bedeutung vor dem Hintergrund, dass dieses Studium eines der beliebtesten ist, und die Zahl der Bewerbungen auf die zu wenigen Studienplätze sehr hoch ist. Es kommen etwa 5 Bewerbungen auf einen freien Studienplatz. Es sollte die Aufgabe der Politik unter Begleitung der demokratischen Öffentlichkeit sein, Kriterien für diesen Zugang weiterzuentwickeln. Die neuen Regelungen, die 2020 in Kraft treten werden, sind diesbezüglich eine verpasste Chance, wenn auch Spielraum bestehen bleibt ...

Annähernd alle Äußerungen zu unserem Artikel dazu bestätigen die Kritik an dem gegenwärtigen Status quo. Auch der gegenwärtige Status quo, unabhängig von den privaten Studiengängen, vertieft den ungleichen Zugang zum Studium und zur Bildung im Allgemeinen. Die Ungleichheiten haben leider in den letzten Jahrzehnten zugenommen.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung sowohl der ambulanten wie auch der stationären Medizin ist aus unserer Sicht daher von besonderem Interesse, das Soziale in der Medizin zu stärken. Approbierte Ärztinnen und Ärzte sollten nicht mit einer hohen Verschuldung in das Berufsleben starten und somit gezwungen werden, ökonomische Überlegungen priorisieren zu müssen. Nicht die Studierenden an den privaten Studiengängen kritisieren wir, sondern die Strukturen. Ohne Frage können Strukturen Sozialverhalten positiv, aber auch negativ beeinflussen. Kritische Anmerkungen dazu müssen erlaubt sein, und so ist es aus unserer Sicht erfreulich, dass es einigen Studierenden ein Anliegen war, ihre soziale Motivation deutlich zu machen ...

Ein Zugang zum Studium, der damit beginnen muss, sich über die Finanzierung Gedanken zu machen, schließt bestimmte Personenkreise aus. Auch Finanzierungsmodelle mittels Kreditvergabe stellen eine hohe Hürde dar, und das insbesondere für Menschen aus ärmeren Verhältnissen. Wenn wir betrachten, dass viele Kolleginnen und Kollegen beispielsweise eine Niederlassung scheuen, da ihnen das finanzielle Risiko zunächst unberechenbar

scheint – wie fühlt sich dann jemand ohne Geld vor der Aufnahme eines Studiums der Humanmedizin! In diesem Zusammenhang von Sozialneid (siehe HÄB 11/2019, S. 24) zu schreiben trifft den Punkt nicht, führt eine unangemessene persönliche Ebene in die Debatte ein und lenkt damit vom Thema ab. Darüber hinaus stellen wir nicht die Ausbildung in Deutschland und insbesondere die Ausbildung an der Hamburger Universität infrage, die neben einer herausragenden Ausbildung und einer exzellenten Forschung auch wichtige Aspekte in der Patientenversorgung übernimmt. An der Universität Hamburg gibt es darüber hinaus großes demokratisches und zivilgesellschaftliches Engagement und Partizipation durch die Studierenden. Die öffentlichen Universitäten sind ein hohes gesellschaftliches Gut. Die Kritik, die an der Universität geäußert wurde, wird all diesen Aspekten nicht gerecht.

Nicht dem Markt oder dem Engagement privater Universitäten sollte es überlassen werden, ausreichend Nachwuchs auszubilden. Daher sollten ausreichend viele Studienplätze geschaffen werden. Prognosen, die auch aktuelle Vorstellungen zu einer gewünschten Work-Life-Balance berücksichtigen, kommen zu einem deutlich höheren Bedarf. Auch eine mögliche Rückkehr der Studierenden aus anderen Ländern sollte geregelt und ggf. erleichtert werden.

Bildung ist eine öffentliche Aufgabe und sollte auch eine bleiben. Statt Studiengebühren und NC sollten einerseits Kriterien wie soziales Engagement und Berufsausbildungen, andererseits aus unserer Sicht die soziale Herkunft zukünftig stärker berücksichtigt werden. Erfahrungen aus der Gleichberechtigungspolitik haben gezeigt, dass Quoten dazu ein gangbares und effizientes Mittel sein können. Die vielen, die aus widrigen sozialen Umständen zukünftig keinen Studienplatz erhalten und bisher keinen erhalten haben, werden kaum gesehen, daher ist es uns ein Anliegen, für diese die Stimme zu erheben. In den Zugangsregelungen werden den Bundesländern und den einzelnen Universitäten Spielräume zugestanden, die auch dafür genutzt werden könnten.

**Kai-Uwe Helmers, Facharzt für
Allgemeinmedizin**

**Dr. Anke Kleinemeier, Fachärztin
für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Nr. 10/2019: „Ärzte-Appell im Stern: Mensch vor Profit“. Interviews mit Ärztekammerpräsident Dr. Pedram Emami und Stern-Redakteur Dr. Bernhard Albrecht, S. 22 – 24. Interviews: Sandra Wilsdorf

Niedergelassene würden über solche Chancen vor Freude weinen

Man staunt, dass ein Präsident der Hamburger Ärztekammer einen Appell gegen „die da oben“ unterzeichnet und seine Unterschrift als „großen Akt der Zivilcourage“ einschätzt ... Deutschland hat ein Krankenhausabrechnungssystem, das folgender Logik gehorcht: Wenn alle Ärzte im Krankenhaus sich 30 Minuten mehr Zeit für jede Anamnese nähmen, dann würden zwei Jahre später diese 30 Minuten systematisch und stets voll vergütet. Wir Niedergelassenen würden über solche Chancen vor Freude weinen. Die Kolleginnen und Kollegen

im Krankenhaus scheinen ihr eigenes System nicht recht verstanden zu haben. Es werden absurde Beispiele aufgeführt: Ein Ampelsystem, das Beatmungszeiten von Patienten medizinisch unnötig verlängert. Hirschhausen hat in der ARD dazu behauptet, dass Rühchen in Deutschland systematisch zu vorzeitig geholt würden, um durch geringere Geburtsgewichte höhere Erlöse zu erzeugen. Das sind alles Straftaten, zu denen angeblich Ärzte im Krankenhaus regelhaft erpresst werden – und alle wie die Schafe mitmachen. Es wäre ein „großer Akt

der Zivilcourage“, wenn der Präsident der Hamburger Ärztekammer solche Straftaten anzeigen würde oder die Kolleginnen und Kollegen konkret auffordern würde, derlei Anstiftungen zu Straftaten und Straftaten selbst systematisch zur Anzeige zu bringen. Wenn es das alles wirklich geben würde, dann müssten sich Vertreter eines „freien Berufs“ – und das sind wir Ärztinnen und Ärzte doch wohl noch – in der Situation wehren und nicht allgemein über „die da oben“ jammern, wie eine zahnlose Gewerkschaft. Auch erwarte ich von jemandem, der sich anmaßt, die Hamburger Ärzteschaft zu vertreten, dann ganz klare Gegenmodelle zur Krankenhausabrechnung und nicht allgemeines Gegereine. So bleibt die ganze Aktion auf dem Niveau von billigem Populismus mit den DRG als Sündenbock für alles, was drückt, und der sich nicht wehren kann.

Dr. Steffen Wahler, Facharzt für Innere Medizin, Praxis am Lerchenfeld

Nr. 11/2019: „Antrainiertes Essverhalten so früh wie möglich ändern“. Interview mit Ernährungsexperte Dr. Matthias Riedl, S. 18 – 20. Interview: Stephanie Hopf

Stillen als wichtiger Baustein der Primärprävention

Den von Dr. Matthias Riedl aufgeführten Aspekten der Sekundärprävention der kindlichen Adipositas stimme ich uneingeschränkt zu.

Vermisst jedoch habe ich das Thema Stillen als wichtigen Baustein der Primärprävention – sowohl bei Adipositas als auch bei Diabetes mellitus.

Primärprävention kann mit den ersten 1.000 Tagen im Leben eines Kindes, d.h. am Tag der Konzeption (1).

Da Mutter-Plazenta-Fetus eine Einheit bilden, spielt die Embryo-Fetalzeit nicht nur für die spätere Ernährungsprägung eine Rolle. Die mütterliche Stoffwechsellage hat auch erhebliche Auswirkungen auf postnatale metabolische Erkrankungen des Kindes (2). Deshalb ist es von besonderer präventiver Bedeutung, die Stoffwechseleinstellung jeder schwangeren Frau mit Diabetes – ob präexistenter Typ-I- und Typ-II-Diabetes oder Gestationsdiabetes – zu optimieren.

Stillen als wichtiger Präventionsansatz der Adipositas ist unumstritten. Niedrigerer Eiweißgehalt der Muttermilch, Entwicklung eines natürlichen Sättigungsgefühls des

Babys und die Bedeutung des Mikrobioms spielen eine wichtige Rolle. Über 100 Studien zeigen, dass längeres Stillen das Risiko für späteres Übergewicht bei Kindern

GESUNDHEITSPOLITIK

Kinderernährung 15,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren sind bereits zu dick. Das liegt an falscher Ernährung: zu viel Zucker, Kohlenhydrate und ungesättigte Fette, zu wenig Ballaststoffe und Eiweiß aus gesunder Pflanzkost, meint der Internist und Ernährungsexperte Dr. Matthias Riedl. Nur eine breite Aufklärung und politisches Handeln können helfen, Übergewicht und Adipositas im Kindesalter einzudämmen. Interview: Stephanie Hopf

Antrainiertes Essverhalten so früh wie möglich ändern

Dr. Matthias Riedl, Internist und Diabetologe, engagiert sich für eine gesunde Ernährung von Erwachsenen und Kindern. Er leitet als Leitender Direktor das von ihm 2008 gegründete metabolische Versorgungsnetzwerk in Hamburg mit einer Schwerpunktambulanz für Ernährungsmotivation und einer Diabetisambulanz. Über haben Ärzte, Ernährungswissenschaftler und Psychologen Konzepte zur ernährungsmedizinischen Behandlung von Adipositas entwickelt. Regelmäßig tauscht er zusammen mit Dr. Anne Flock und Dr. Jörn Klamm in der DGE-Veranstaltung „Die Ernährung des“ Patienten und Familien, die über eine Ernährungsberatung Therapieerfolge erzielen.

Unsere Kinder sind zu dick. Die Entwicklung der vergangenen Jahre haben Sie drastisch. Was heißt das für Zahlen?
Das bedeutet, dass jedes sechste Kind in Deutschland an Übergewicht oder sogar Adipositas leidet. Es sind laut KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts 15,4 Prozent der Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren Übergewichtige und an die 8 Prozent davon adipös (3). Damit hat im Vergleich zu den 1980er- und 1990er-Jahren der Anteil Übergewichtiger Kinder um 50 Prozent zugenommen, der Anteil adipöser Kinder hat sogar verdoppelt. Das ist der Anteil Übergewichtiger Kinder vor einigen Jahren im hohen Niveau nicht, der Anteil adipöser Jugendlichen ist jedoch weiter gestiegen. Das liegt einerseits daran, dass bei Erwachsenen ebenfalls in nach drastischeren Zahlen ausfällt: 67 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen sind Übergewichtige oder adipös. Auch bei ihnen steigt die Anzahl der Adipösen weiter an (2).

Warum werden Kinder immer dicker?
Eine Ursache liegt in der falschen Ernährung: Kinder essen zu wenig Gemüse und zuckerhaltige Getränke, trinken zu viel Zuckergesäugte, Fastfoods und viel zu viel Fleisch und Wurst. Jeder zweite männliche Jugendliche berichtet davon, dass er zu viel von empfindlichen Süßigkeiten isst. Ein Grund kommt aus der Ernährung des Kindes: Im Alter von 1 bis 3 Jahren sind die Heranwachsenden am Ende ihrer Jugend bei 150 bis 350 Prozent der Empfehlung von maximal 10 Prozent der Energieaufnahme hauptsächlich durch Süßigkeiten, aber auch Energiegetränke, Süße und Süßwaren. Diese Entwicklungen korrelieren laut KIGGS-Studie positiv mit schlechter Bildung, geringem Sozialstatus, Einkommen der Eltern sowie Familienzusammensetzung, wenig Bewegung, hohem Medienkonsum, einem Migrationshintergrund und einem erhöhten Gewicht der Eltern – der wichtigste Faktor, dem Ernährungsverhalten wird durch Vorleben und Imitation geprägt.

Ab welchem Alter macht Fehlernährung besonders bemerkbar?
Der Energieverbrauch nimmt mit dem Eintritt in die Pubertät ab. Die fettreiche Kost lässt sich zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr beobachten. Der Einfluss der Fütterung wird immer größer. Eltern haben bis dahin keine gesunde Prägung erreicht, vollendet die Prägung die Entwicklung bis zur ungesunden Ernährung. Das Schlimme ist: Im späteren Jugendalter ist die Adipositas kaum mehr zu beeinflussen, und die Heilung hat eine extrem schlechte Prognose.

Welche Auswirkungen hat dies auf die Gesundheit der Kinder?
Heute sind bereits Kinder von Erkrankungen betroffen, die früher über bei älteren Erwachsenen auftraten: Typ-2-Diabetes, Fettleber, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette und Schlafapnoe (1–4). Mit Gichtanfällen und Diabetes früher zu rechnen. Neurodermitis, Akne und Asthma – also Erkrankungen, bei denen auch ernährungsbedingte Reaktionen eine Rolle spielen – treten häufiger auf. Außerdem ist das Risiko für Fettstoffwechselerkrankungen, Zuckererkrankungen, Bluthochdruck und polyzystisches Ovarialsyndrom höher. Ab Erwachsenen entstehen Übergewichtige Kinder häufiger und früher an Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen. Falsche Ernährung ist mittlerweile eine der wichtigsten Todesursachen (7). Auch bei psychischer Ebene sind adipöse Kinder gefährdet, bei einem adipösen Jugendlichen sind 43 Prozent von Depression, 49 Prozent von Angststörungen und 15 Prozent von Suizidalitätserkrankungen betroffen. 17 Prozent leiden unter einer Essstörung (8).

Welche Rolle spielen die Ernährungsgewohnheiten im Elternhaus?
Die Ernährungsprägung durch die Eltern geschieht in den ersten Lebensjahren. Sie treten im Kleinkindalter oder mittleren Kindesalter vor. Eltern geben oft viel Fertiggerichte aus dem Supermarkt raus. Im Postnatalen Produkt enthalten Zucker, aber auch diese getrockneten sind. Die Werbung für ungesunde Kindererziehung trägt dazu bei, die Vorlieben, die bei einer wider begehen wir in unseren Zentren hilflos überlassen. Die bei ihnen mittlerweile behaviohagen Kindern solche antrainierten Eltern.

Dr. Matthias Riedl

18 HAMBURGER ARZTEBLATT 11/2019

signifikant reduziert und dieser Effekt bis ins Erwachsenenalter Auswirkung hat (3). Auch die Inzidenz des Typ-II-Diabetes wird durch Stillen um 35 Prozent reduziert (4), ebenso die Inzidenz nach Gestationsdiabetes, in den folgenden 10 bis 15 Jahren an Typ-II-Diabetes zu erkranken, bei einer Stilldauer von mindestens 3 Monaten (5). In Deutschland werden jährlich für Diabetespatienten 35 Milliarden für die tägliche Behandlung, für Folgeerkrankungen und deren Konsequenzen ausgegeben. Bei zunehmender Adipositasinzidenz und der demografischen Entwicklung werden diese Ausgaben weiter steigen.

Deshalb ist eine effiziente Strategie der Primärprävention gefragt! Stillen ist nachweislich ein bedeutender Baustein der Primärprävention bei Adipositas und Diabetes!

Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Dr. Judit Etspüler
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrische Ernährungsmedizin
Kinderendokrinologin und -diabetologin
Still- und Laktationsberaterin IBCLC

Die Redaktion behält sich Kürzungen vor. Bitte beachten Sie den Redaktionsschluss (Angabe im Impressum). Beiträge senden Sie bitte an verlag@aekhh.de.

DER BLAUE HEINRICH

Auszüge aus: „Die Hafenschwester. Als wir zu träumen wagten“ von Melanie Metzenthin, S. 59 ff.

© Verlag DIANA, 464 Seiten, 15 Euro. Ausgewählt von Katja Evers

Hamburg in Zeiten der Cholera

Die Cholera hatte das Gesicht der Stadt verändert. Kranken- und Leichentransporte prägten das Stadtbild ebenso wie die zahlreichen Wasserwagen an den Sammelplätzen, vor denen sich regelmäßig lange Schlangen bildeten. Auch die Desinfektionskolonnen zogen weiterhin durch die Straßen und versprühten ihre ätzenden Chemikalien. Tagtäglich sah man mehr Geschäfte mit vernagelten Schaufenstern, und niemand konnte mit Bestimmtheit sagen, ob die ehemaligen Besitzer nun aufs Land geflohen, erkrankt oder gar gestorben waren. Die Arbeit in den Cholerabaracken unterschied sich nicht von Marthas bisheriger Tätigkeit. Der einzige Unterschied bestand darin, dass keine ausreichenden sanitären Einrichtungen vorhanden waren. Viele Krankenwärterinnen scheuten den langen Weg zu den Sickergruben und kippten den Inhalt der Steckbecken und Nachttöpfe lieber in die Elbe. Ganz gleich, wie sehr das Doktor Schlüter erboste – sobald er den nachlässigen Wärterinnen den Rücken zudrehte, wählten sie erneut den einfachsten Weg, um sich der stinkenden Fracht zu entledigen. Wiederholt versuchte Martha, den Frauen zu erklären, dass sie die Seuche damit nur noch weiter verbreiteten, aber ebenso wenig, wie die Frauen sich um Doktor Schlüters Mahnungen scherten, kümmerten sie Marthas verzweifelte Versuche, sie über die Ansteckungswege aufzuklären. Im besten Fall wurde sie ignoriert, viel öfter musste sie sich jedoch üble Beschimpfungen ob ihrer „Besserwisserei“ anhören, und einmal wurden ihr sogar Schläge angedroht.

Dabei wollte sie doch nur verhindern, dass die verseuchten Exkremamente erneut in den Wasserkreislauf gelangten ...

Im Oktober ebbte die tägliche Flut an neuen Choleraopfern endlich ab. Doktor Schlüter hatte in den Cholerabaracken weniger zu tun und nutzte die gewonnene Zeit, sich mit Doktor Bernhard Nocht auszutauschen, der ganz in der Nähe des Hafens ein Labor eingerichtet hatte, in dem verschiedene Krankheitserreger untersucht wurden. Dabei ging es nicht nur um die Cholera, sondern um sämtliche bekannte Tropenkrankheiten. Als Doktor Schlüter dies Martha gegenüber beiläufig erwähnte, horchte sie sofort auf. „Kommen viele Seeleute mit Tropenkrankheiten nach Hamburg?“, fragte sie ... Doktor Schlüter sah Martha aufmerksam an. „Interessierst du dich dafür?“ Sie nickte so eifrig, dass der Arzt über ihre Begeisterung schmunzelte. „Nun, es ist in der Tat gar nicht so selten“, erklärte er dann. „Die Cholera ist zwar keine klassische Tropenkrankheit, aber auch sie wurde durch russische Auswanderer eingeschleppt, die in Hamburg auf ihre Überfahrt warteten. Inzwischen wissen wir, dass die Gefahr längst bekannt war, denn jeder, der Augen im Kopf hatte, wusste, dass die Cholera in Russland grassierte. Das, was wir hier erleben, hätte durch besonnenes Handeln verhindert werden können. In Bremen, wo ebenfalls zahlreiche Auswanderer auf ihre Passage nach Amerika warteten, gab es nur eine Handvoll Erkrankungen. Aber das lag daran, dass der Bremer Senat von Anfang an offen mit der Gefahr umging, während die reichen Hamburger Pffersäcke sich um ihre Pfründe sorgten. So wurden in Bremen schon früh Flugblätter verteilt, die die Bevölkerung ermahnten, nur abgekochtes Wasser zu trinken, um eine mögliche Infektion zu verhindern. In Hamburg wurde hingegen alles geheim gehalten. Das ging so weit, dass selbst der amerikanische Konsul belogen wurde, damit das letzte Auswandererschiff noch Anfang September ablegen konnte. Man behauptete, es seien keine Kranken unter den Reisenden, obwohl die Cholera längst an Bord war.“



Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung

Für den Inhalt verantwortlich

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

Redaktion

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

Redaktion und Verlag

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

Anzeigen

elbbüro
Stefanie Hoffmann
Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg
Telefon: 040 / 33 48 57 11
Fax: 040 / 33 48 57 14
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com
Internet: www.elbbuero.com
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 48
vom 1. Januar 2018

Anzeigenschluss

Januarheft (vorgezogen):

Textteilanzeigen: 06. Dezember 2019
Rubrikanzeigen: 12. Dezember 2019

Februarheft:

Textteilanzeigen: 15. Januar 2020
Rubrikanzeigen: 20. Januar 2020

Abonnement

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

Geschäftsführer

Donald Horn

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

Grafische Konzeption

Michael von Hartz (Titelgestaltung)

Druck

Eversfrank Meldorf
Auflage: 19.984

Redaktionsschluss

Januarheft: 06. Dezember 2019
Februarheft: 15. Januar 2020

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

10. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg (VSt) vom 17. Juni 2019

Aufgrund von § 19 Absatz 1, 2 Ziffer 1, § 7 Absatz 1, § 6 Absatz 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKKGH) vom 14. Dezember 2005 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 495), zuletzt geändert am 17. Dezember 2018 (HmbGVBl. 2019, S. 5, 9), hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 17. Juni 2019 diese 10. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz am 10. Oktober 2019 gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Absatz 2 Ziffer 1 HmbKKGH genehmigt hat.

Einziger Paragraph

Das Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg in der Fassung vom 23. Juni 2008, zuletzt geändert am 5. Dezember 2016, wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert:

In § 8 Abs. 3 S. 1 wird die Textstelle „zum Ende eines Kalenderjahres“ durch „zum Monatsende“ ersetzt.

2. § 14 wird wie folgt geändert:

2.1 § 14 Absatz 1 erhält folgende neue Fassung: „Nach dem Tode eines Mitglieds erhält die Witwe eine Witwen-, der Witwer eine Witwerrente, wenn die Ehe vor Beginn der Altersrente des Mitglieds geschlossen wurde und nicht die Witwe bzw. der Witwer rechtskräftig in Täterschaft oder Teilnahme wegen Mordes, Totschlags oder Körperverletzung mit Todesfolge an dem Mitglied verurteilt wird. Ist die Eheschließung vor Beginn der Altersrente, aber nach dem 1. Januar 2020 oder nach Vollendung des 60. Lebensjahres erfolgt und der überlebende Ehegatte mehr als fünfzehn Jahre jünger als das verstorbene Mitglied, so wird die Witwen- oder Witwerrente für jedes Jahr des fünfzehn Jahre überschreitenden Altersunterschiedes um ein Zwanzigstel gekürzt, wobei der Altersunterschied um die Anzahl der seit Eheschließung vollendeten Jahre vermindert wird. Hat die Ehe mit dem verstorbenen Mitglied weniger als ein Jahr bestanden, so wird eine Witwen- oder Witwerrente nicht gezahlt, es sei denn, dass der Tod durch einen Unfall während der Ehezeit verursacht wurde.“

2.2 In § 14 Absatz 2 Satz 1 werden folgende Wörter angefügt: „oder der Tod durch einen Unfall während der Ehezeit verursacht wurde“.

3. § 15 wird wie folgt geändert:

In § 15 Abs. 2 Satz 5 werden folgende Wörter angefügt: „und eines Sterbegelds“.

4. Hinter § 20 wird folgender § 20 a eingefügt:

„§ 20 a Beiträgerstattung

Mitglieder, die nicht dem persönlichen Geltungsbereich der VO (EG) Nr. 883/2004 unterliegen, erhalten auf Antrag einen Teil ihrer Versorgungs-

beiträge rückerstattet, wenn ihre Mitgliedschaft nach dem 31. Dezember 2001 endete und weniger als 5 Jahre dauerte. Die Rückerstattung beträgt 60 v. H. ohne Zinsen; sie vermindert sich um in Anspruch genommene Versorgungsleistungen und rückständige Versorgungsbeiträge. Durch die Rückerstattung erlöschen sämtliche Ansprüche gegen das Versorgungswerk. Der Antrag auf Rückerstattung ist zulässig, wenn seit Beendigung der Mitgliedschaft ein Jahr verstrichen ist. Der Anspruch erlischt, wenn der Anspruchsberechtigte erneut Mitglied wird.“

5. § 25 wird wie folgt geändert:

In § 25 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Sind angestellte Mitglieder nicht von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung befreit, beträgt der Pflichtbeitrag nur 1/10 des allgemeinen Versorgungsbeitrags.“

6. § 26 wird wie folgt geändert:

In § 26 Abs. 2 S. 2 wird die Textstelle „das 12-fache“ durch „das 15-fache“ ersetzt.

7. § 32 wird wie folgt geändert:

7.1. In § 32 Abs. 1 S. 1 werden hinter dem Wort „Versorgungswerk“ die Wörter „selbstständigen Mitgliedern“ eingefügt.

7.2. In § 32 Abs. 1 S. 2 wird die Textstelle „bei versorgungsbeitragspflichtigen Arbeitnehmern (§ 25 Absatz 1) das Brutto-Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung“ gestrichen.

7.3. In § 32 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) In den ersten beiden Jahren der selbstständigen Tätigkeit kann auf Antrag unabhängig von der Höhe des Einkommens die Hälfte des allgemeinen Versorgungsbeitrags gezahlt werden.“

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 17. Juni 2019 den vorstehenden Satzungstext beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 10. Oktober 2019 die Genehmigung erteilt. Die vorstehende Satzung wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt Hamburg, den 21. Oktober 2019

Gez. Dr. med. Pedram Emami, MBA
Präsident der Ärztekammer Hamburg

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis der KVH

Jeden 1. Dienstag im Monat um 20 Uhr

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, Saal 3, 22083 Hamburg

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Die ausgeschriebenen Vertragsarztsitze finden Sie im Internet auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter www.kvhh.net unter der Rubrik → „Praxisbörse“.

Mitteilungen

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Zulassungen von Ärztinnen / Ärzten

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Ärztinnen und Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen:

Adresse	
Fachärzte für Innere Medizin	
PD Dr. med. Peter Kuhlencordt (m. d. Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung, eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Fontenay 1d, 20354 Hamburg
Dr. med. Torsten Winterberg (m. d. Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung, hälftiger Versorgungsauftrag)	Süntelstraße 11a, Haus F, 22457 Hamburg
Fachärztin für Anästhesiologie	
Dr. med. Barbara Mier (hälftiger Versorgungsauftrag, eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Straßenbahnstiege 4, 20251 Hamburg
Fachärztin für Urologie	
Dr. med. Anne Rink (hälftiger Versorgungsauftrag)	Hermann-Balk-Straße 127 a, 22147 Hamburg
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
Dr. med. Claudia Nawroth (hälftiger Versorgungsauftrag)	Wolffstraße 9, 22525 Hamburg
Fachärztin für Chirurgie	
Dr. med. Gabriela Popovich (hälftiger Versorgungsauftrag)	Colonnaden 72, 20354 Hamburg

Zulassungen von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende Ärztinnen und Psychotherapeutinnen zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zugelassen:

Adresse	
Psychologische Psychotherapeutinnen	
Dipl.-Psych. Verena Daus (voller Versorgungsauftrag)	Langenstücken 24, 22393 Hamburg
Dipl.-Psych. Katharina Burde (hälftiger Versorgungsauftrag)	Eppendorfer Landstraße 96, 20249 Hamburg
Dipl.-Psych. Cora Friedrich (hälftiger Versorgungsauftrag)	Karl-Jacob-Straße 36, 22609 Hamburg
Dipl.-Psych. Dorothea Brinckmann (eingeschränkte Zulassung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	Sachsenteor 32, 21029 Hamburg
Ärztliche Psychotherapeutin	
Eva Kahn (hälftiger Versorgungsauftrag)	Hochallee 49, 20149 Hamburg

Ermächtigung Ärztin

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

Ausführende Ärztin	Anschrift	Umfang der Ermächtigung
Dr. med. Tamina Rawnaq-Möllers, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Alphonsstraße 14, 22043 Hamburg, Tel.: 18 18 83 14 63 Fax: 18 18 83 16 33	Behandlung von Schwangeren mit gravierenden Risiken auf Überweisung durch Gynäkologen. Die Ermächtigung berechtigt dazu, für Leistungen, die im Zusammenhang mit dem erteilten Ermächtigungsumfang erforderlich werden, Überweisungen an Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, vorzunehmen.

Bitte beachten: Bei Überweisungen an ermächtigte Ärzte ist der jeweils ermächtigte Arzt namentlich zu benennen. Eine Überweisung an das Krankenhaus / die Einrichtung ist in diesen Fällen nicht zulässig.



Menschlichkeit unternehmen

Für die Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg, mit seinen 732 Betten und jährlich rund 68.000 Patienten am Standort Hamburg-Schnelsen suchen wir für das Albertinen-Haus zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Leitende/n Oberärztin/Oberarzt (m/w/d) für die Medizinisch-Geriatrie Klinik in Vollzeit

Das Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und Wissenschaftliche Einrichtung an der Universität Hamburg, betreibt 127 Betten zur vollstationären Versorgung sowie ca. 35 Plätze in der Tagesklinik. Besondere Schwerpunkte der Klinik sind die Alterstraumatologie, eine sechs Betten umfassende Einheit für die Palliativversorgung sowie einen Bereich für Kognitive Geriatrie. Ambulante Diagnostik- und Therapieangebote werden u. a. durch die Geriatrie Institutsambulanz gemacht. Darüber hinaus ist das Albertinen-Haus in innovativen Projekten zur ambulanten geriatrischen Versorgung sowie in diversen Forschungsprojekten aktiv. Die Medizinisch-Geriatrie Klinik wird im Jahr 2023 einen Neubau am Albertinen-Krankenhaus beziehen.

Die apparative Ausstattung der Klinik ermöglicht die Durchführung der gängigen allgemein-internistischen Diagnostik, z. B. Schilddrüsen-, Thorax- und Abdomen-Sonografie, Echokardiografie, Gefäß-Doppler und –Duplex, EKG, Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung. Zudem wird eine eigene Endoskopie-Einheit, vorwiegend für Gastroskopien und die endoskopische Schluckdiagnostik (FEES), sowie eine Röntgen-Einheit für das konventionelle Röntgen vorgehalten. Die Klinik ist berechtigt zur Weiterbildung in der Inneren Medizin für zwei Jahre sowie zur vollen Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen auch im Bereich Palliativmedizin und Physikalische Therapie. Es besteht die Möglichkeit zu eigenständiger wissenschaftlicher Tätigkeit inklusive Promotion und Habilitation.

Wir wünschen uns:

Eine/n Kollegin/en mit abgeschlossener Weiterbildung im Bereich Innere Medizin oder Allgemeinmedizin und Zusatzbezeichnung / Facharztbezeichnung Geriatrie. Die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin wäre gewünscht, ist aber nicht Voraussetzung. Neben umfassenden Kenntnissen in der konservativen und der geriatrischen Medizin erwarten wir gute klinische und organisatorische Fähigkeiten sowie Erfahrung in organisatorischer und / oder personeller Führung und Leitung. Wir wünschen uns ausgeprägte Management-Kompetenz, Einsatzbereitschaft und Flexibilität, die Bereitschaft zu eigenverantwortlichem Arbeiten in kooperativem Führungsstil und in kollegialer Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb unserer Klinik.

Wir bieten:

- Eine anspruchsvolle, abwechslungsreiche und eigenverantwortliche Tätigkeit mit Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum
- Die Möglichkeit, sich an der Neuausrichtung der Klinik und der Etablierung neuer Schwerpunkte zu beteiligen
- Ein gutes, kollegiales Arbeitsklima mit flachen Hierarchien und kooperativem Führungsstil
- Interne und externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie betriebliche Gesundheitsförderung
- Vergütung nach TV-VKKH (Hamburger Niveau) sowie verschiedene Sozialleistungen (z. B. Jobticket)

Von allen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erwarten wir, dass sie das Albertinen-Leitbild mittragen und zwar unabhängig von ihrer eigenen religiösen und kulturellen Tradition und Prägung.

Für Rückfragen steht Ihnen Prof. Dr. Ulrich Thiem, Tel.: 040-5581-1351, gern zur Verfügung.

Wir freuen uns über Ihre aussagekräftige Bewerbung, die Sie bitte per **E-Mail, unter Angabe der Ausschreibungsnummer 2019-1516** richten an: bewerbung@albertinen.de

Bitte beachten Sie, dass wir aus organisatorischen Gründen Ihre postalische Bewerbung nicht zurücksenden können. Ihre übermittelten Daten und Unterlagen werden für die Dauer des Bewerbungsverfahrens gespeichert bzw. aufbewahrt. Aufgrund des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes besteht ein berechtigtes Interesse, die übermittelten Daten und Unterlagen für mindestens vier, maximal sechs Monate aufzubewahren. Die Daten und Unterlagen werden, sofern eine Aufbewahrungspflicht nicht besteht und die Daten und Unterlagen für den Zweck nicht mehr vonnöten sind, gelöscht bzw. vernichtet.

Albertinen-Krankenhaus/Albertinen-Haus gemeinnützige GmbH
Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Herr Prof. Dr. U. Thiem, Chefarzt
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg

www.albertinen.de
www.immanuelalbertinen.de



MVZ NordOst

Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie

Das ärztlich geleitete MVZ NordOst betreibt Haus- und Kinderarztpraxen im südlichen Schleswig Holstein, östlich von Hamburg.

Für unseren Standort in Lauenburg suchen wir eine/n engagierte/n und verantwortungsbewusste/n

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin in Voll- oder Teilzeit

für eine unbefristete Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nacht und Wochenenddiensten.

Mit einem engagierten und eingespielten Team versorgen Sie einen etablierten Patientenstamm und bringen gerne Ihre eigenen Ideen und Ansätze mit ein.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie Ihre Bewerbung per Mail an unseren Kollegen:

r.hirstein@mvz-nordost.de

oder per Post:

MVZ NordOst
z.H. Ralf Hirstein
Zwischen den Brücken
121514 Büchen

Für ein erstes Gespräch oder Ihre Fragen steht Ihnen Herr Hirstein auch gerne telefonisch zur Verfügung: 04155 - 8233050 oder +49 170 7035011.

Wir freuen uns auf Sie!

MVZ NordOst

Arbeits-/Betriebsmediziner (m/w)

oder Arzt (m/w) in Weiterbildung in Vollzeit oder Teilzeit für Hamburg, Schwerin und Hannover gesucht.

Bewerbung per E-Mail an: pavlos.midellias@arbeitsmedizin-rogall.de
Arbeitsmedizinische Praxis Dr. Rogall GmbH · Schlossgarten 1 · 22041 Hamburg

Internistin / Internist

gern mit Teilgebiet, Kardiologie, Gastroenterologie u.a. für große Privatpraxis Hamburg-West gesucht.

Dr. Reusse - Zentrum für Innere Medizin

helga@reusse.com

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

in VZ/TZ zum 1.4.2020, für neu gegründetes Hausarztzentrum in HH-Horn gesucht.

Arbeitszeiten flexibel, große Praxisfläche mit ca. 250qm, zuverlässiges MFA-Team, gesamtes Leistungsspektrum der Hausarztmedizin inkl.

Ultraschall und LZ-Untersuchungen. Eigene Parkplätze/U2 Horner Rennbahn. Abrechnung und Bürokratie zentral gesteuert → mehr Zeit für gute Medizin!

Großes Ärzteteam: keine „Alleinarbeit“. Kontakt: arztbewerbung@gmx.de

Fachärztin/Facharzt für Urologie

für moderne urologische Gemeinschaftspraxis in HH-Bergedorf gesucht.

Gesamtes urologisches Spektrum.

Einstiegsdatum flexibel.

Partnerschaft möglich!

Kontakt unter urologie-hh@gmx.de

AUGEN

Facharzt (m/w/d) für Region Alpenland (Allgäu). Im Team oder eigenständig. TZ möglich.

Bewerbung bitte an
bewerbung@augenklinik-kempten.de

Große **allgemeinmed. Praxis** im NO v. HH mit breitem diagnostischem und therapeutischem Spektrum (Chirotherapie und Geriatrie sind unter anderem Schwerpunkte) **sucht zum 01.01.20** oder später in **Voll- oder Teilzeit** einen/n:

- **FA/FÄ f. Allgem. Med. oder Innere Med./ Geriatrie,**
- **älteren Kollegen (in Rente),**
- **WBA für Allgem. Med.**

Spätere Übernahme/Beteiligung möglich. Sie werden gerne mit unserem freundlichen, erfahrenen und engagierten Team von Kollegen/innen und MFAs arbeiten.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter:

0171 - 531 89 71 oder winffah@web.de

FÄ/FA für Allgemeinmedizin in VZ oder TZ zum 1.1.2020 oder später gesucht

Wir sind eine **fachübergreifende Praxisgemeinschaft** im Nordwesten Hamburgs bestehend aus Allgemeinmedizinern, einem Kardiologen und einem Facharztinternisten ohne Schwerpunkt.

Wir bieten ein breites Leistungsspektrum mit geriatrischer und palliativmedizinischer Versorgung, sowie Ultraschall, DMP und Selektivverträgen an. Daneben bieten wir die nichtinvasive kardiologische Diagnostik, Duplexsonographie der Gefäße, ÖGD des oberen GI-Traktes sowie die komplette Ultraschalldiagnostik an. Wir suchen eine/n nette/n Kollegin/en, die/der teamfähig und ambitioniert ist, auch gern mit Ultraschallerfahrung, um unser Team zu bereichern.

Details gern im persönlichen Gespräch. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Bitte senden Sie diese an info@praxis-schnelsen.de.

Praxisgemeinschaft Oldesloer Straße · Oldesloer Str. 4-6 · 22457 Hamburg

MVZ NordOst

Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie

Das ärztlich geleitete MVZ NordOst betreibt Haus- und Kinderarztpraxen im südlichen Schleswig Holstein, östlich von Hamburg.

Für unsere Standorte in Schwarzenbek und Büchen suchen wir zur Unterstützung unserer Kolleginnen einen engagierten und verantwortungsbewussten

Facharzt (m/w/d) für Kinder- und Jugendmedizin

Auch tageweise oder auf Honorarbasis, mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nacht und Wochenenddiensten.

Mit dem engagierten und eingespielten Team versorgen Sie einen etablierten Patientenstamm und bringen gerne Ihre eigenen Ideen und Ansätze mit ein.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie Ihre Bewerbung per Mail an unseren Kollegen:

r.hirstein@mvz-nordost.de

oder per Post:

MVZ NordOst
z.H. Ralf Hirstein
Zwischen den Brücken
121514 Büchen

Für ein erstes Gespräch oder Ihre Fragen steht Ihnen Herr Hirstein auch gerne telefonisch zur Verfügung: 04155 - 8233050 oder +49 170 7035011.

Wir freuen uns auf Sie!

MVZ NordOst

Kinderarztpraxis in HH

sucht netten Kollegen (m/w/d) zur Anstellung oder Einstieg (BAG), KV-Sitz vorhanden, sehr engagiertes Team, finanzielle Unterstützung f. Fortbildung z. B. f. Naturheilverfahren möglich, optim. Anbind. an Bus/Bahn
Kontakt: kinderarzt.hh@web.de

Facharzt für Allgemeinmedizin oder Internist (m/w/d)

für unsere Internistische Hausarztpraxis in Bad Oldesloe zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** in **Voll- oder Teilzeit** gesucht.

Wir bieten:

- ein junges, freundliches Team aus zwei weiteren Ärzten, drei MFA's und 2 Azubis
- eine frisch modernisierte Praxis
- ein breites Spektrum ärztlicher Tätigkeiten, darunter Langzeit-RR, Langzeit-EKG, Ergometrie, HKS, diverse sonographische Untersuchungen, reisemedizinische Beratung
- eingetragene Gelbfieberimpfstelle
- gute Anbindungsmöglichkeiten

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Melden Sie sich gerne bei Herrn Banner
Mobil: 0151 15180924
E-Mail: info@internisten-banner.de

Internistische Hausarztpraxis am Markt

Dr. med. univ. A. Banner-Schmidtke
Markt 3a - 23843 Bad Oldesloe

**FÄ/FA für Allg.-med.
Innere Med. / Prakt. Arzt**
in Voll- oder Teilzeit
von MVZ ab sofort gesucht
kv-sitz2018@web.de

FA/FÄ für Allgem./Innere
in TZ/VZ für hausärztl. Praxis in HH
gesucht. Telefon 0171 - 470 47 57

**Moderne Allgemeinarzt-
praxis in Eppendorf**
sucht FA/FÄ Allg.med./Inn.Med.
in VZ/TZ zur Anstellung. Kontakt:
hamburg-allgemeinmedizin@web.de

**Weiterbildungsassistent/in
(30-40 Std.) ab 01.01.20**
internistisch-hausärztliche Versorgung
(24 Monate) von inhabergeführtem
MVZ Alstermed in Poppenbüttel,
PD Dr. med. M. Bökmann gesucht.
Interdisziplinäre hausinterne Fortbil-
dung. Top Team! Siehe Internet.
Ich freue mich auf Ihre Bewerbung an
praxis@dr-boekmann.de.

**Zwei WBA in VZ/TZ in
Niendorf-Nord gesucht!**
Bitte um Kontaktaufnahme unter
040-5511052 oder 0176-23902265.
info@hausarzt-Niendorf.de

Psychiatrie/Psychotherapie
Teilzeitstelle (ca. 20 Std./Wo),
Stadtrand HH, flexible Arbeitszeit,
WB-Ermächtigung liegt vor (24 Mon.).
Beginn nach Absprache.
Praxis Dr. med. Uhlmann 040 7220102



DYNAMISCH. INNOVATIV. EINFACH ANDERS.

Das Krankenhaus Tabea ist eine sehr erfolgreiche Klinik in privater Trägerschaft, bekannt für herausragende medizinische und pflegerische Kompetenz und moderne Operationsmethoden. Unsere Schwerpunkte sind die Venen- und Dermatochirurgie sowie die Orthopädische Chirurgie und die Schmerztherapie. Das Spektrum der chirurgischen Disziplinen ermöglicht die Anwendung aller gängigen regional-anästhesiologischen Techniken und neuroaxialen Blockaden. Alle Regionalanästhesieverfahren und zentralen Gefäßpunktionen werden Ultraschall kontrolliert durchgeführt.

Wir suchen zur Unterstützung dieser hochkarätigen medizinischen Dienstleistung einen

Assistenzarzt (m/w) für die Abteilung Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Wir bieten:

- 2 Jahre Weiterbildungsmöglichkeit und ggf. die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- 10 mit modernster Technik ausgestattete Operationssäle
- eine großzügige Aufwachraum-/IMC-Einheit mit 14 Betten sowie modernen Versorgungsmöglichkeiten
- als Fachklinik ohne Notaufnahme verbindliche Dienstzeiten im Rahmen einer 5-Tage-Woche
- eine sehr gute kollegiale Zusammenarbeit in einem engagierten Team aus jungen und erfahrenen Mitarbeitern
- ein unbefristetes Arbeitsverhältnis
- eine verantwortungsvolle, selbstständige Tätigkeit
- eine strukturierte Einarbeitung
- attraktive interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten
- eine geförderte Altersvorsorge

Ihre Aufgaben:

- Perioperative Patientenbetreuung
- Assistenz bei Einleitung, Aufrechterhaltung und Ausleitung der Anästhesie
- Versorgung der Patienten im Aufwachraum oder auf der IMC-Station
- ggf. Einarbeitung und Anleitung von neuen Weiterbildungsassistenten

Ihr Profil:

- Begeisterung für das Fachgebiet Anästhesie sowie für moderne multimodale Behandlungskonzepte
- bereits Erfahrungen in der Anästhesie oder Intensivmedizin
- gute EDV-Kenntnisse
- freundliches, offenes Auftreten sowie Einfühlungsvermögen
- selbstständige und verantwortungsvolle Arbeitsweise
- Teamfähigkeit, Motivation und Engagement

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann richten Sie bitte Ihre Bewerbung an Krankenhaus Tabea, z. Hd. **Frau Leonie Wanke**, Kösterbergstraße 32, 22587 Hamburg oder an personal@tabea-krankenhaus.de.



KRANKENHAUS TABEA
Hamburg

Stellenangebote (Forts.)

Erf. Allgemeinmedizinerin bietet Mitarbeit in Teilzeit

in freundl.allgemeinmed./internist. Praxis, Raum Pinneberg/ westl. HH. Kontakt: Allgemeinmedizinerin2019@kabelmail.de

Kollege/in gesucht für GP Pneumologie in Bremen

Kontakt: lungebremen@yahoo.de

Engagierter WBA (m/w)

Allgemeinmedizin für moderne Hausarztpraxis in Eppendorf gesucht. WB-Ermächtigung für 24 Monate. VZ/TZ möglich. Kontakt: hamburg-allgemeinmedizin@web.de

FA/FÄ Pädiatrie (TZ/VZ)

von BAG Kinderheilkunde/Jugendmedizin in Hamburg Nord gesucht. Kinderarzt.HAM-Nord@gmx.de

Stellengesuche

Engagierter FA Chirurgie/Orthopädie u. Unfallchirurgie,

45 J., Spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie und Balneo, Spezielle Schmerztherapie, Manuelle Med., Sozialmed., sucht neue Herausforderung in HH/SH/NDS Kontakt unter Chiffre R3917

Gastroenterologe/Internist

in langjähriger, führender endoskopischer Position sucht zwecks Veränderung, einen Praxis/MVZ-Einstieg in Hamburg und näherem Umland. Kontaktaufnahme über: suchegastropraxis@gmail.com

Erfahrene FÄ für AM

sucht stundenweise Mitarbeit in hausärztlicher Praxis. Kontakt unter: hausarztin@posteo.de

Gyn-FÄ sucht Anstellung

in Hamburger Praxis/ MVZ VZ oder TZ, ab Januar 2020 Kontakt unter 0179/2111791

Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

sucht neues Betätigungsfeld z. B. Vertretung, Mitarbeit u.ä. Kontakt bitte unter Chiffre W3918.

Erfahrener Radiologe mit Subspez. Neurorad.

sucht Tätigkeit in HH, Praxis oder MVZ bevorzugt. radiohh2019@web.de.

Erfahrene FÄ Pädiatrie

mit onkologischer/hämatologischer Erfahrung sucht Teilzeit-Stelle in Kinderarztpraxis. Kontakt unter: TB2019@gmx.de

FÄ /FA für Gynäkologie und Geburtshilfe

für Praxisvertretung in Blankenese gesucht. Kontakt unter: frauenaerztin.blankenese@gmail.com

Zwei WBA in VZ/TZ in Niendorf-Nord gesucht!

Bitte um Kontaktaufnahme unter 040-5511052 oder 0176-23902265. info@hausarzt-Niendorf.de

Psychiatrie/Psychotherapie

Teilzeitstelle (ca. 20 Std./Wo), Stadtrand HH, flexible Arbeitszeit, WB-Ermächtigung liegt vor (24 Mon.). Beginn nach Absprache. Praxis Dr. med. Uhlmann 040 7220102

Etablierte Hausarztpraxis in Hamburg-Langenhorn

sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt Kollege/in zur Teilhabe oder Anstellung. ursulawex@live.de

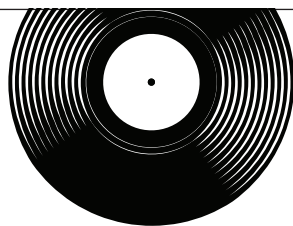
Manualmediziner/in in Teilzeit gesucht

Für eine manualmedizinisch/orthopädisch ausgerichtete Privatpraxis suche ich eine Kollegin oder einen Kollegen zur Anstellung in Teilzeit. Praxisstandort ist an der Schanze. Bitte melden Sie sich: praxis_st.pauli@gmx.de

Sonstiges

OP- Kapazität zu vermieten in Praxisklinik

(mit Kassenzulassung) für plastisch-ästhetische Operationen, Hamburg Zentrum. Kontakt: Chiffre A3897.



Die umfangreiche Klassik-Sammlung eines verstorbenen Musikwissenschaftlers (Opern, Symphonien, Lieder usw. in vielen Einspielungen auf Vinyl und CD) steht zum Verkauf an seriöse Interessenten und Kenner – möglichst in Paketen.

Die Schallplatten befinden sich ausnahmslos in audiophilem Zustand. Die Sammlung ist in Harvestehude.

Interessenten senden bitte eine kurze Mail mit Telefonnummer an donald.horn@hamburg.de

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Gesucht: Praxisgemeinschaft oder Nachfolge

51-jähriger Hausärztlicher Internist (voller in Betrieb befindlicher KV-Sitz in HH) sucht aus fam. Gründen zum 01.04./01.07.2021 Praxisgemeinschaft (ggf auch Einzelpraxis- Sitznachfolge) in zentralerer Lage (Eimsbüttel, Eppendorf, Eilbek, Barmbek, Winterhude, Alsterdorf, Bramfeld-West, Uhlenhorst, Mitte, Lokstedt, Neustadt). DMP- und HZV-Erfahren. Investoren-MVZ und Konzernkliniken unerwünscht. Kontakt erbeten unter Chiffre M3875.

Hausärztlich Internistische Praxis nördlich HH sucht NachfolgerIn,

möglichst mit Erfahrung in Schilddrüsendiagnostik, fröhliches, familienfreundliches Arbeiten in 3er-HA-Praxis, WB-Ermächtigung für 1 Jahr, fließender Übergang möglich.

Kontakt erbeten unter Nachfolge@docobermeier.de

KINDER
IN NOT

Ihr Weihnachts-CARE-Paket für Kinder in Kriegsgebieten. Jetzt spenden: www.care.de IBAN: DE 93 37050198 0000 0440 40



FÄ/ FA für Psychosomat. Medizin und PT/ ärztlicher PT

zur Anstellung oder Partnerschaft von Praxis f. Psychosomat. Medizin und PT in Region Hamburg-Walddörfer gesucht. Kontakt erbeten unter: psychotherap_medizin.hh@web.de

Anzeigenschlusstermine Ausgabe Februar 2020

Anzeigen im redaktionellen Teil: **15. Januar 2020**
Rubrikanzeigen: **21. Januar 2020**

Fortbildung/Seminare

Gynäkologentag Hamburg 2020

zusammen mit dem 162. Stiftungsfest der "Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg"

Fr 24. / Sa 25. Januar 2020

Freitag, 24.01.2020, 08.00 – 18.00 Uhr
Samstag, 25.01.2020, 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: UKE Institut für Anatomie (Gebäude N 61)

Veranstalter:

FBA Frauenärztliche BundesAkademie
Berufsverband der Frauenärzte e.V.
(LV Hamburg),
Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg

Programm und

Online-Anmeldung

auf www.fba.de/hamburg
oder per Fax 0 89/54 88 07 79-99
mit dem auf www.fba.de/hamburg
eingestellten Anmeldeformular.

Kongressleitung: Dr. med. Wolfgang Cremer, Oderfelder Str. 6, 20149 Hamburg
Tel. 040/46 46 82, Fax 040/46 46 38, E-Mail: cremer@bvf-hamburg.de

www.westerland-seminar.de

StöbenWittlinger

IMMOBILIEN · INVESTMENT · VERWALTUNG



Ahrensburg

Praxisfläche im Ärztehaus

Ca. 282 m² große Praxisfläche im Zentrum von Ahrensburg zu mieten! Die Gewerbemietfläche (EA-V: W 87 kWh, Str 26 kWh, Gas, BJ 2010) bietet vielfältige Möglichkeiten für eine Praxis im medizinischen Bereich oder eine Einrichtung der Gesundheitsvorsorge bzw. Therapie. Weitere Informationen und die Anmietungskonditionen erhalten Sie gerne nach persönlicher Kontaktaufnahme.

Die Anmietung erfolgt provisionsfrei für den Mieter.

email: his@stoeben-wittlinger.de

Tel.: 040/25 40 10-27 | www.stoeben-wittlinger.de



PRAXISRÄUME IM GESUNDHEITSCENTRUM HAMBURG-BERGEDORF ZU VERMIETEN

FLÄCHEN: **144,90 m²**, **160,83 m²** und **262,87 m²**

Bestandsmieter mit unterschiedlichen Fachrichtungen ermöglichen wertvolle Synergieeffekte. Gute Lage in Fußgängerzone mit gutem Anschluss über den öffentlichen Personennahverkehr.

Für die Zusendung eines Exposés sowie jeglichen Fragen und Anregungen können Sie mich jederzeit gerne kontaktieren.

Telefon: 0172 89 57 222 · **E-Mail:** david.miljkovic@nwhreit.com

65 m² Praxisräume in der Lesserstr (Wandsb.-Gartenstadt) zu vermieten/evtl. zu verkaufen.
E-Mail: Wohnung-CRB@web.de

Schöner Therapie Doppelraum, in Winterhude, circa 30 m², durch gr. Schiebetüren miteinander verbunden, zur Untermiete. Alleinige Nutzung. 990 € pauschal. Parkhaus, Bus, U-Bahn, Restaurants usw. in unmittelbarer Nähe.
Dr. med. Rolf Jansen, 0172 – 5412760.
rolfdrijansen@aol.com

Schöne Praxisräume in HH-Winterhude für Neurologen/Psychiater oder Psychotherapeuten (m/w) zur Mit-/Untermiete, von neurologisch-psychiatrischer Praxisgemeinschaft ab März/April 2020.
E-Mail: neuro-psych-hh@gmx.de

www.elbbuero.com

KINDER
IN NOT

Ihr Weihnachts-CARE-Paket
für Kinder in Kriegsgebieten.

Jetzt spenden: www.care.de

IBAN: DE 93 37050198 0000 0440 40



care[®]

Die mit dem CARE-Paket

Große HNO-Praxis Hamburg Ost, Anfang 2021 abzugeben.

Geeignet auch für 2 HNO-Partner, die zusätzlich operativ tätig sein wollen.
Informationen: hno-praxis1@gmx.de

GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS ABZUGEBEN.

Im Verlauf des Jahres 2020 möchten wir unsere umsatzstarke und moderne gynäkologische Praxis abgeben. Es besteht ein sehr hoher Privatanteil am Umsatz.
Die Praxis befindet sich in einem modernen Ärztehaus, ca. 50 km nördlich von Hamburg. Es besteht eine gute Anbindung an die A7 und die A23 sowie mit der Bahn.
Kontakt bitte über E-Mail: sjlem@web.de.

Nervenarztpraxis

volle Zulassung in einer BAG aus Altersgründen im Kreis Pinneberg abzugeben.
praxis_abgabe@web.de

Nachfolge für Privatpraxis gesucht

FA PRM/Manuelle M./Osteopathie
Tel. ab 19.00 Uhr 0176-55 79 19 39

Praxis für Allgemeinmedizin

volle Zulassung aus Altersgründen in Hamburg-Fuhlsbüttel abzugeben.
Weitere Informationen unter info@horstmann-praxisberatung.de oder Tel.: 0160 / 554 63 12

NACHFOLGER GESUCHT

Für meine moderne allgemeinmedizinische Praxis „Im Herzen von Trittau“ suche ich einen Nachfolger/in.
Dr. G. Shakra Tel. 0171/3195565
www.praxisgemeinschaft-trittau.de
E-Mail: info@shakra-griese.de

EINE EIGENE PRAXIS IN ELSHORN? NA KLAR!

Alteingesessene und versorgungsrelevante Hausarztpraxis sucht Nachfolger (Doppelpraxis möglich)

Der Schwerpunkt liegt in einer Generationen übergreifenden Versorgung von Patienten auch im Rahmen von Chroniker-Programmen, geriatrisch und palliativ.

Wir freuen uns auf Ihre Anfrage:
Praxis-Elmshorn@web.de

Weihnachtsangebot: Kinderarztpraxis

(auch teilbar) zu verkaufen
nur-mut-zum-start@web.de2

Augen-Doppelpraxis

Gewinn pro Jahr € 500 Tsd. , mind. 12 Wochen Urlaub, 34,5 h Wochenarbeitszeit/Arzt, kein Notdienst, 1-2,5 Augenärzte möglich, derzeit 2 Fachärzte. Chirurgie leicht machbar, wir überweisen jährl. über 400 Pat. zur Kat.-extr., Vorder-/Hinterabschnittlaser, Sehschule, Vollzeitorthoptistin u.v.m.. Übernahmekosten gering.

Leben im Urlaubsland Nr. 1: 1h zur Ostsee, 1,25h bis Hamburg, 1,5h bis Berlin.

Kontakt unter Telefon 0151 - 26 92 05 05, 19h - 21h

Chiffreanzeigen:

Sie haben eine Anzeige unter Chiffre gesehen und möchten den Inserenten kontaktieren?

Bitte senden Sie Zuschriften an:

elbbüro Stefanie Hoffmann
Chiffre (Nr. aus der Anzeige)

Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg
oder per E-Mail an anzeigen@elbbuero.com

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.

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

Hausärztl. KV-Sitz/Praxis

ab sofort gesucht
kv-sitz2018@web.de

Sitz Hausarztpraxis

Das neue Gesundheitszentrum Fischbeker Heidbrook in Hamburg bietet zum Jahreswechsel 2020/21 einen neuen KV-Sitz in neuen schönen Räumen für eine Hausarztpraxis.
Ohne Abstand, keine Courtage.
Weitere Info's unter:
www.husmeester.de

Chirurg. KV-Sitz/Praxis

in HH gesucht. Kooperation möglich
Telefon 0171 - 470 47 57

Sitz Kinderarztpraxis

Das neue Gesundheitszentrum Fischbeker Heidbrook in Hamburg bietet zum Jahreswechsel 2020/21 einen neuen KV-Sitz in neuen schönen Räumen für eine Kinderarztpraxis.
Ohne Abstand, keine Courtage.
Weitere Info's unter:
www.husmeester.de

Gyn. Praxis sucht einen halben oder ganzen KV- Sitz.
Zuschriften bitte unter Chiffre C 3606.

Hausärztl.-Intern . KV-Sitz/ Praxis in HH gesucht.

Kooperation möglich
Telefon 0171 - 470 47 57

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

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

KINDER IN NOT

Ihr Weihnachts-CARE-Paket für Kinder in Kriegsgebieten.
Jetzt spenden: www.care.de
IBAN: DE 93 37050198 0000 0440 40



Medizintechnik

AMT
Abken Medizintechnik

Wir wünschen Ihnen ...
... ein frohes und besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Start ins neue Jahr 2020!
www.amt-abken.de

PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers

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

Steuerberatung


KRUMBHOLZ KÖNIG & PARTNER
Steuer+Unternehmensberatung

**40 Jahre
Kompetenz
für Heilberufe**

M. König,
Steuerberater

H.-G. Fritsche,
Steuerberater

www.berater-heilberufe.de | Tel.: 040 554 994 0 *Ihr Erfolg - unser Ziel*

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.





AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft


Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

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


RECHTE EINFORDERN?
#SIEKANN

MIT IHRER HILFE.



 „WERDEN
SIE PATE!“

Plan International
Deutschland e. V.
www.plan.de


Gibt Kindern eine Chance

Wertgutachten

Stefan Siewert - Dipl.-Kfm.
Steuerberater ~ Rechtsbeistand

PraxValue 

öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger (HK Hamburg)
- für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen
- für Wirtschaftlichkeitsanalysen für kleine und mittlere Unternehmen

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

Wirtschaftlichkeitsanalysen
für freiberufliche und gewerbliche
Unternehmen (KMU)

Heegbarg 14 | 22391 Hamburg
Tel: 040-27849344 | 04159-8258688
Fax: 04159-819001
Email: s.siewert@praxvalue.de
www.praxvalue.de

Rechtsanwälte


CAUSA CONCILIO
RECHTSANWÄLTE

An 4 Standorten:
Hamburg,
Kiel, Flensburg,
Schönberg

**Praxisabgabe, Praxisübernahme,
ärztliche Kooperationen:
spezialisiertes Medizinrecht
mitten in Hamburg.**

CausaConcilio gewährleistet
mit hochqualifizierten Anwälten
die bestmögliche Beratung
für Ärzte, Zahnärzte und Kliniken.

Kontakt: 040.355372-225

Sven Hennings, Christian Gerdts, Frank Schramm,
Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer, Dr. Jana Spieker, Wiebke Düsberg,
Linda Kuball, Anne Marie Norrenbrock,
Dr. Paul Harneit, Stephan Gierthmühlen, Dr. Kai Stefan Peick

www.causaconcilio.de

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

**Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen
im Gesundheitswesen!**

Insbesondere Beratung für

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

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

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

**Rechtsanwälte & Fachanwälte für
Medizinrecht | Steuerrecht**

Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg
fon +49 (0) 40 - 2390876-0
e-mail hamburg@praxisrecht.de

JETZT NOCH BEQUEMER

Ab Januar 2020 erhalten Sie die monatliche Vorabinformation über unsere Veranstaltungen ausschließlich als PDF direkt per E-Mail in Ihr Postfach. Ausführliche Informationen finden Sie auch auf unserer Webseite www.aerzteakademie-hamburg.de

Sollten wir noch keine Einverständniserklärung zur Zusendung von Ihnen haben, können Sie diese gerne unter aerzteakademie@asklepios.com anfordern.

Es grüßt Sie das Team der Ärzteakademie – Akademie für Ärztliche Fortbildung der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH.



AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG – ÄRZTEAKADEMIE DIE ASKLEPIOS KLINIKEN LADEN EIN

ANÄSTHESIOLOGIE, INTENSIV- UND NOTFALLMEDIZIN

Sa., 18.1.2020, 9:00–18:00 Uhr (Asklepios Klinik Barmbek)

► Das Polytrauma – 8. Barmbeker Minisymposium zur präklinischen Traumaversorgung

Veranstaltung für alle, die an der Versorgung Schwerverletzter beteiligt sind.
Wiss. Ltg.: J. Hoedtke, Dr. S. Wirtz, Asklepios Klinik Barmbek. **Teilnahmegebühr:** 50,- €; 40,- € für Mitglieder der AGNN. **Begrenzte Teilnehmerzahl. Anmeldung erforderlich.**
E-Mail: anaesthesie.barmbek@asklepios.com oder über www.aerzteakademie-hamburg.de

AUGENHEILKUNDE

Sa., 18.1.2020, 9:00–15:00 Uhr (Hotel Radisson Blu Hamburg Airport)

► Ophthalmologen-Vormittag der Asklepios Klinik Nord - Heidberg

Vorträge und Falldiskussionen aus allen ophthalmologischen Teilgebieten, erstmals mit „Heidberg Lecture“. **Wiss. Ltg.:** PD Dr. M. Schargus, FEBO, MHBA, Asklepios Klinik Nord - Heidberg. **Um Anmeldung bis 3.1.2020 wird gebeten.**
E-Mail: info-augenklinik.nord@asklepios.com oder über www.aerzteakademie-hamburg.de

HÄMATOLOGIE / ONKOLOGIE



Mi., 8.1.2020, 18:30–20:50 Uhr (Bucerius Law School)

► Towards New Standards in Oncology

Themenschwerpunkt: Kolorektalkarzinome.
Wiss. Ltg.: Prof. Dr. D. Arnold, Asklepios Tumorzentrum Hamburg
Um Anmeldung über www.aerzteakademie-hamburg.de wird gebeten.

Sa., 11.1.2020, 9:30–15:00 Uhr (Radisson Blu Hotel Hamburg)

► XVIII. Post-ASH Symposium

Präsentation aktueller Ergebnisse der Jahrestagung der American Society of Hematology 2019. **Wiss. Ltg.:** Dr. H. Salwender, Prof. Dr. A. Elmaagacli, Asklepios Tumorzentrum Hamburg, Asklepios Kliniken Altona und St. Georg; Prof. Dr. C. Bokemeyer, Prof. Dr. N. Kröger, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. **Um Anmeldung wird gebeten. Fax: 040 181885-2544 oder über www.aerzteakademie-hamburg.de**

► Mittwochnachmittagsseminare Wintersemester 2020

jeweils 16:15–17:45 Uhr (Asklepios Klinik St. Georg)

15.1. ► Multiples Myelom (Prof. Dr. I. W. Blau, Charité, Berlin)

22.1. ► Genotypspezifische Therapie bei AML (Prof. Dr. J. Westermann, Charité, Berlin)

29.1. ► MDS (Prof. Dr. N. Gattermann, Düsseldorf)

12.2. ► Kopf-Hals-Tumore (Prof. Dr. D. Arnold, Asklepios Klinik Altona, Hamburg)

Wiss. Ltg.: Prof. Dr. A. Elmaagacli, Asklepios Klinik St. Georg

Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail: r.steenbock@asklepios.com oder über www.aerzteakademie-hamburg.de

Fr., 31.1.2020, 13:00–18:00 Uhr (Asklepios Klinik Barmbek)

► 5. Symposium zur interventionellen Therapie der Leber

Die Asklepios Klinik Barmbek ist in der Behandlung von Lebertumoren eines der aktivsten Zentren in Norddeutschland. Wir stellen Methoden und Veröffentlichungen vor und diskutieren Fälle. **Wiss. Ltg.:** Prof. Dr. R. Brüning, Asklepios Klinik Barmbek. **Teilnahmegebühr:** 40,- €. **Anmeldung über www.aerzteakademie-hamburg.de erforderlich.**

KARDIOLOGIE / PNEUMOLOGIE

Sa., 11.1.2020, 9:00–15:00 Uhr (Empire Riverside Hotel, Hamburg)

► Kardiologie Highlights 2020

Das Neueste und Wichtigste aus der Kardiologie. **Wiss. Ltg.:** Prof. Dr. J. Müller-Ehmsen, Asklepios Klinik Altona. **Um Anmeldung über www.aerzteakademie-hamburg.de wird gebeten.**

Fr., 17.1.2020, 16:00–21:00 Uhr & Sa., 18.1.2020, 9:00–16:00 Uhr (Asklepios Westklinikum Hamburg)

► Echokardiografie Grundkurs

Häufige Krankheitsbilder und praktische Übungen in Kleingruppen.
Wiss. Ltg.: PD Dr. C. Schneider, Asklepios Westklinikum Hamburg.
Teilnahmegebühr: 449,- €; 399,- € für Assistenzärzte/Ärzte in der Weiterbildung.
Begrenzte Teilnehmerzahl. Anmeldung über www.aerzteakademie-hamburg.de erforderlich.

Mi., 22.1.2020, 17:30–20:00 Uhr (HYPERION Hotel Hamburg)

► Kick-off – Kardiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin Wandsbek

Ansätze aus den verschiedenen internistischen Bereichen. Wir stellen unsere Abteilung unter neuer Leitung vor. **Wiss. Ltg.:** Prof. Dr. M. W. Bergmann, Asklepios Klinik Wandsbek. **Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** aerzteakademie@asklepios.com oder über www.aerzteakademie-hamburg.de

Mi., 5.2.2020, 17:30–20:00 Uhr (Le Méridien, Hamburg)

► St. Georg Heart Club

Klappenvitien – welche Therapie für welchen Patienten? Mit Falldiskussion.
Wiss. Ltg.: Prof. Dr. S. Willems, Asklepios Klinik St. Georg. **Um Anmeldung über www.aerzteakademie-hamburg.de wird gebeten.**

SAVE THE DATE: nächste Veranstaltung am Mi., 22.4.2020

NEUROLOGIE / GEFÄSSMEDIZIN

Mi., 22.1.2020, 18:00–20:00 Uhr (Hotel Lindtner, Hamburg)

► Erkrankungen der arteriellen Gefäße

Innovationen und spezielle Therapieansätze an der Schnittstelle von Klinik und Praxis.
Wiss. Ltg.: Prof. Dr. W. Gross-Fengels, Dr. H. Daum, Asklepios Klinikum Harburg. **Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail:** m.rehaag@asklepios.com oder über www.aerzteakademie-hamburg.de

Mi., 12.2.2020, 16:30–19:30 Uhr (Asklepios Klinik Barmbek)

► 10. Hamburger CIDP-Symposium

Fallorientierte Fortbildung zum Thema Neuropathien/CIDP u.a. zu differenzialdiagnostischen Aspekten. **Wiss. Ltg.:** Prof. Dr. P. P. Urban, Asklepios Klinik Barmbek
Um Anmeldung wird gebeten. E-Mail: b.martens@asklepios.com oder über www.aerzteakademie-hamburg.de

SAVE THE DATE

Fr., 14.2.2020, 10:00–17:00 Uhr (Rathaus Norderstedt)

► 19. Hamburger Symposium Aktuelle Konzepte der Altersmedizin – Partnerschaft

Informationen & Anmeldung: Tel.: 040 181885-2542, E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com



ALLE VERANSTALTUNGEN
CME-ZERTIFIZIERT

 **ASKLEPIOS**
Gesund werden. Gesund leben.