

11•20

10. November · 74. Jahrgang

# Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

**Gesundheitspolitik | 23**

*Corona-Chronik*  
Gut gerüstet für die  
Infektsaison

**Forum Medizin | 27**

*Ärztlicher Präsentismus*  
Wenn Ärztinnen  
und Ärzte krank arbeiten

**Forum Medizin | 32**

*Besonderer Fall*  
Seltenes  
Geburtstrauma

**Das Thema | 12**  
*Kopfschmerz*

## Steckbrief Migräne

Eine Aktualisierung der diagnostischen Kriterien für ein  
besseres Verständnis dieses komplexen Krankheitsbilds



# So gestalten wir die Medizin von morgen

## SCHON GEWUSST ... ?

... dass die Urologie-Abteilungen der Asklepios Klinik Barmbek (Chefarzt Prof. Dr. Andreas Gross) und des Asklepios Westklinikums Hamburg (Chefarzt Prof. Dr. Thorsten Bach) als erste Kliniken Norddeutschlands seit Ende Juli über den Thulium-Faserlaser der neuesten Generation verfügen? Das System optimiert die Behandlung von Harnwegssteinen und benigner Prostatahyperplasie durch präzisere Schnitte und kürzere Eingriffsdauer.

©Asklepios/Michaela Kuhn



... dass das Asklepios Da Vinci Zentrum Hamburg jetzt mit Barmbek einen dritten Standort nach Altona und Harburg hat?

... dass die Asklepios Klinik St. Georg als erste Klinik in Deutschland und als zweite in Europa das neue Röntgensystem EOSedge™ in Betrieb genommen hat?



Barmbek verfügt nun über einen chirurgisch-onkologischen Schwerpunkt der roboterassistierten minimalinvasiven Chirurgie für Viszeralchirurgie, Urologie, Thoraxchirurgie und Gynäkologie. Dank der Robotertechnik wird so bei bis zu zehnfacher Vergrößerung und Darstellung in 3D die Präzision des Eingriffs erheblich gesteigert. Alle Standorte bieten diese Technik auch für Kassenpatienten zuzahlungsfrei an.



© Asklepios Klinik St. Georg

Asklepios investiert mehr als 700.000 Euro in die Erweiterung des Leistungsspektrums in der Wirbelsäulen- und Skolioseversorgung, der Traumatologie und Orthopädie. Die Patienten profitieren von verkürzten Untersuchungszeiten und deutlich reduzierter Strahlenbelastung. Das Röntgensystem „scannt“ den Körper im Stehen simultan frontal und lateral und ermöglicht so eine genaue Front- und eine exakte Seitenansicht des muskuloskeletalen Systems und exakte 3D-Modelle des Skeletts.

Sie wollen mehr über uns erfahren?

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

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

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

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

 ASKLEPIOS

Gesund werden. Gesund leben.





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

*„Bei primären Kopfschmerzen wie Migräne oder Spannungskopfschmerz hilft apparative Diagnostik nicht weiter.“*

# Kopfschmerzen: Anamnese heißt das Zauberwort

Kopfschmerz zählt zu den häufigen Beratungsanlässen in der Allgemeinpraxis, und statistisch leidet einer von zwei Lesern des Hamburger Ärzteblatts wenigstens einmal monatlich unter Kopfschmerzen (<https://de.statista.com>).

Kopfschmerzen können Leitsymptom einer zugrunde liegenden anderen Erkrankung sein wie Hirntumor, Meningitis oder Vaskulitis, wir sprechen dann von sekundären Kopfschmerzen. Hier ist weitere apparative Diagnostik einschließlich kranialer Bildgebung wichtig, die manchmal rasch oder notfallmäßig erfolgen muss. Bei primären Kopfschmerzen wie Migräne oder Spannungskopfschmerz ist der Kopfschmerz selbst die Krankheit; hier kommt es auf die richtige Therapie an, apparative Diagnostik hilft nicht weiter.

Zur Diagnose primärer Kopfschmerzen ist allein die Anamnese wichtig: Wer die diagnostischen Kriterien für Migräne, die häufigste primäre Kopfschmerzform, kennt, kann in vielen Fällen rasch die Diagnose stellen und gleich mit der Behandlung beginnen. Um die Kenntnis der diagnostischen Kriterien zu aktualisieren, gibt es neben der Kopfschmerz-Klassifikation der International Headache Society IHS (<https://ichd-3.org>) noch eine weitere Möglichkeit: das Hamburger Ärzteblatt in der aktuellen Ausgabe. Der Artikel von Hauke Basedau und Prof. Arne May beschreibt die Kriterien sehr klar und verständlich (siehe S. 12).

Schwierigkeiten bei der diagnostischen Einordnung können entstehen, wenn ein Patient zwei Kopfschmerzerkrankungen hat (siehe S. 38). Es wäre zu schön, wenn Menschen mit Migräne vor anderen Krankheiten geschützt wären, die auch Kopfschmerzen machen, wie Subarachnoidalblutung, Arteriitis cranialis oder A.-carotis-Dissektion. Ein kurzer Blick in den Migräneartikel kann vielleicht weiterhelfen: Wenn neurologische Defizite länger als 60 Minuten dauern oder die Schmerzen länger als 3 Tage anhalten, sind die diagnostischen Kriterien für Migräne nicht erfüllt; eine andere Kopfschmerzursache ist viel wahrscheinlicher. Wie der Fall auf S. 38 zeigt, erlaubt auch die Bildgebung mit MRT und Ultraschall ohne klare Verdachtsdiagnose und Fragestellung keineswegs den Ausschluss einer symptomatischen Kopfschmerzursache: Anamnese heißt das Zauberwort.

Mit einer guten Anamnese lassen sich, unterstützt durch die IHS-Klassifikation, auch andere primäre Kopfschmerzformen wie primärer Anstrengungskopfschmerz oder schlafgebundener Kopfschmerz (hypnic headache) diagnostizieren und behandeln (siehe Hamburger Ärzteblatt 12/2015).

Bei klarer Diagnose sind primäre Kopfschmerzerkrankungen in der Hausarztpraxis in den meisten Fällen gut zu behandeln. Neben den Möglichkeiten der Akutbehandlung gibt es verschiedene Optionen für die Prävention, wobei auch Ausdauersport eine wichtige und wissenschaftlich gut belegte Maßnahme ist. Wenn bei einem Manager nach jahrelanger Anfallsfreiheit die Migräne wiederkehrt, muss nicht Stress die Ursache sein, sondern vielleicht das Fehlen von Ausdauersport, mit dem der Betroffene früher symptomfrei war (Anamnese!).

Erwähnt werden sollen auch psychogene Mechanismen, die insbesondere bei chronifiziertem Kopfschmerz die Beschwerden unterhalten können. Angst und Besorgnis in der Anamnese sind Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Unterstützung wichtig ist.

Falls Sie, liebe Kollegin und lieber Kollege, nicht nur statistisch als Leser/in des Hamburger Ärzteblatts, sondern vielleicht auch im Einzelfall von primären Kopfschmerzen betroffen sein sollten: Lesen Sie gern den Kopfschmerzbeitrag und dazu den Artikel von Prof. Braun (siehe S. 27), der an einigen Beispielen zeigt, dass wir Ärzte uns mehr um die eigene Gesundheit kümmern sollten. Das wünsche ich uns, auch unabhängig von Kopfschmerzen!

Herzlichst Ihr



## Patientenberatung

**bei allen Fragen rund um die Gesundheit.**

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungsfachangestellten sowie einem Juristen. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

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

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

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

**Rufen Sie uns an!**

**040 / 20 22 99 222**

**[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)**

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit. Bitte informieren Sie uns darüber!

**Fax 040 / 20 22 99 490**

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

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

  
**ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

  
**Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg**

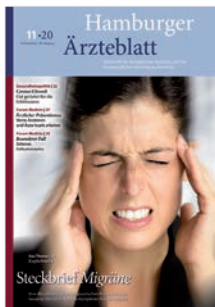


11·20

# Hamburger Ärzteblatt



**Prof. Dr. Arne May** und **Hauke Basedau**, Neurowissenschaftler am UKE, erklären das Krankheitsbild Migräne und beschreiben die diagnostischen Kriterien und therapeutischen Möglichkeiten für diese Erkrankung (Seite 12). **Prof. Dr. Jörg Braun**, Klinik Manhagen, zeigt auf, dass 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte arbeiten, auch wenn sie krank sind, und fordert ein Umdenken (Seite 27). **PD Dr. Maximilian J. Hartel**, BG Klinikum Hamburg / UKE, schloss bei einer Patientin operativ den Symphysenspalt, nachdem es bei der natürlichen Entbindung zu einer Sprengung des Beckenrings kam (Seite 32).



## Das Thema

- 12 **Diagnose und Therapie**  
Steckbrief Migräne.  
Von Hauke Basedau,  
Prof. Dr. Arne May

## Service

- 6 Gratulation  
9 In memoriam  
17 Rezension  
31 Neues aus der Wissenschaft  
38 Bilder aus  
der klinischen Medizin  
39 Impressum

## Namen und Nachrichten

- 6·10 **Personalien** · Prof. Dr. Dr. Thorsten Zehlicke ist Chefarzt im Bundeswehrkrankenhaus · Prof. Dr. Michael Hoffmann ist neuer Chefarzt an der AK St. Georg · Dr. Oliver Engel übernimmt die Urologie im AK Harburg · Prof. Dr. Benjamin Ondruschka ist neuer Direktor der Rechtsmedizin am UKE
- News** · 20 Jahre Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung · Stiftung Anerkennung und Hilfe · Drei Hamburger Kliniken bauen Kooperation aus · BÄK-Förderung zur Organisation von Videosprechstunden in Praxen · Attest zur Befreiung von der Maskenpflicht · Aktionsbündnis Arbeitsmedizin vergibt Stipendien · Covid-19: erste Probanden nehmen an UKE-Impfstudie teil · UKE gründet Autopsie-Netzwerk im Kampf gegen Pandemien · Agaplesion und Bethesda: Vertrag unterzeichnet · Spenden Sie für „Ärzte helfen Ärzten“
- 11 **Landespressekonferenz** · Risikogruppen impfen! Von Nicola Timpe

## Gesundheitspolitik

- 18 **Meinung** · Assistierter Suizid: Quo vadis? Von Dr. Pedram Emami
- 20 **Vertreterversammlung der KVH** · „Ein Abend der guten Nachrichten“. Von Dr. phil. Jochen Kriens
- 23 **Chronik der Corona-Pandemie in Hamburg, Teil 3** · Gut gerüstet für die Infektsaison.  
Von Antje Thiel

## Forum Medizin

- 27 **Ärztlicher Präsentismus** · Wenn Ärztinnen und Ärzte krank arbeiten. Von Prof. Dr. Jörg Braun
- 30 **Netzwerkpartner gesucht** · Bessere Versorgung von traumatisierten Geflüchteten.  
Von Prof. Ingo Schäfer, Dipl.-Psych. Susanne Nick, Prof. Dr. Jürgen Gallinat
- 32 **Der besondere Fall** · Seltenes Geburtstrauma.  
Von Dr. Alonja Reiter, Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, PD Dr. Maximilian J. Hartel
- 34 **Schlichtungsstelle** · Intubation mit Folgen. Von Christine Wohlers, Prof. Dr. Walter Schaffartzik
- 36 **Bild und Hintergrund** · Warum Ärztinnen und Ärzte nicht krank sein dürfen.  
Von Dr. phil. Sebastian Wenger
- 39 **Der blaue Heinrich** · Wer bestimmt über unser Leben? Ausgewählt von Katja Evers

## Mitteilungen

- 40 **Ärztammer Hamburg** · 360. Delegiertenversammlung am 7. Dezember 2020
- 40 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Veröffentlichung gem. § 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV, Ermächtigungen Ärzte, Ende Ermächtigungen Ärzte

## Gratulation

### zum 80. Geburtstag

- 19.11. **Dr. med. Jürgen Unger**  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 23.11. **Dr. med. Wulf Heher**  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 23.11. **Dr. med. Alexandra Reinhardt-Feyerabend**  
Fachärztin für Innere Medizin
- 28.11. **Dr. med. Joseph Kabak**  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 04.12. **Almut Deicke**  
Fachärztin für Radiologische Diagnostik
- 08.12. **Dr. med. Hiltrud Marschner-Schäfer**  
Fachärztin für Humangenetik
- 08.12. **Dr. med. Jürgen Schmitz**  
Facharzt für Anästhesiologie
- 09.12. **Dr. med. Klaus Lüdemann**  
Facharzt für Innere Medizin
- 12.12. **Dr. med. Ingo Schmidt**  
Facharzt für Chirurgie
- 13.12. **Hans-Curd Welsch**  
Facharzt für Anästhesiologie

### zum 75. Geburtstag

- 29.11. **Wolfgang Heid**  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- 06.12. **Dr. med. Holger Haupt, Arzt**
- 13.12. **Kalpana Balupuri-Butta**  
Fachärztin für Anästhesiologie  
Praktische Ärztin

### zum 70. Geburtstag

- 16.11. **Dr. med. Stefan Thomsen**  
Facharzt für Innere Medizin
- 17.11. **Dr. med. Reinhard Matthaei, Arzt**
- 19.11. **Dr. med. Klaus Bartels**  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 22.11. **Eva Aipperspach, Ärztin**
- 24.11. **Dr. med. Gisela Reinke**  
Praktische Ärztin
- 26.11. **Dr. med. Jürgen Henning**  
Facharzt für Anästhesiologie
- 27.11. **Bartizan Höwner, Arzt**
- 27.11. **Holger Volquardsen**  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 02.12. **Dr. med. Andreas Mohr**  
Facharzt für Innere Medizin
- 04.12. **Dr. med. Julie Charlotte Klippgen**  
Ärztin
- 05.12. **Volkmar Mikschas**  
Facharzt für Anästhesiologie
- 05.12. **Dr. med. Günter Pachmann**  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 07.12. **Dipl.-Med. Sigrid Selck**  
Fachärztin für Chirurgie
- 08.12. **Dr. med. Helge Adolphsen**  
Facharzt für Chirurgie
- 10.12. **Dr. med. Matthias Vopel**  
Facharzt für Innere Medizin
- 12.12. **Dr. med. Christian Thomsen**  
Facharzt für Anästhesiologie

## Prof. Dr. Dr. Thorsten Zehlicke ist Chefarzt im Bundeswehrkrankenhaus



Prof. Dr. Dr. Thorsten Zehlicke

Prof. Dr. Dr. Thorsten Zehlicke ist seit dem Sommer neuer Klinischer Direktor der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg. Er übernimmt den Chefarztposten von Dr. Michael Pohl, der die Fachabteilung über 12 Jahre führte. Zehlicke begann sein Medizinstudium am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und promovierte im Jahre 2002. Nach der Facharztbildung am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg legte er seinen Schwerpunkt im Bereich Mittelohrchirurgie und Cochlea-Implant-Chirurgie an der Universitätsklinik Rostock unter Professor Hans-Wilhelm Pau. Hier erfolgte auch die Habilitation 2012. Seit Gründung des Hörzentrums im Jahre 2009 ist Zehlicke als Zentrumsleiter und Leitender Oberarzt im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg tätig. | *háb*

## Prof. Dr. Michael Hoffmann ist neuer Chefarzt an der AK St. Georg



Prof. Dr. Michael Hoffmann

Seit September leitet Prof. Dr. Michael Hoffmann als Chefarzt die Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sportorthopädie der Asklepios Klinik St. Georg. Er wechselte von der Schön Klinik Neustadt in Holstein, wo er seit 2016 als Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig war. In St. Georg wird der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie das bestehende Leistungsspektrum der unfallchirurgischen Notfall- und Polytraumaversorgung und orthopädischen Patientenbehandlung weiter stärken sowie neue Schwerpunkte mit dem Ausbau der Bereiche Schulterchirurgie, Endoprothetik und Sportorthopädie setzen. Hoffmann, geboren in Essen, studierte von 1997 bis 2003 Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, an der Semmelweis Universität, Ungarn, und am Universitätsklinikum Bergen, Norwegen. | *háb*

## Dr. Oliver Engel übernimmt die Urologie im AK Harburg



Dr. Oliver Engel

Unter der Leitung von Chefarzt Dr. Oliver Engel soll das Leistungsspektrum der urologischen Abteilung des Asklepios Klinikums Harburg weiter ausgebaut werden – insbesondere die Diagnostik und Therapie in der rekonstruktiven sowie der onkologischen Urologie. Nach seinem Studium an der Universitätsklinik Ulm absolvierte Engel in Harburg seine Ausbildung zum Facharzt für Urologie, bevor er als Oberarzt ans Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wechselte. Dort war der gebürtige Stuttgarter zuletzt Leitender Oberarzt. Er ist Spezialist für onkologische Eingriffe: Sein Spektrum reicht von minimalinvasiven Eingriffen bis hin zu großen offenen Operationen. Der Schwerpunkt der Urologie liegt in der Sicherheit und Wiederherstellung der natürlichen Organfunktion: Dazu stehen am Asklepios Klinikum sämtliche moderne Behandlungsverfahren zur Verfügung. | *háb*



# Prof. Dr. Benjamin Ondruschka ist *Direktor der Rechtsmedizin am UKE*

Prof. Dr. Benjamin Ondruschka ist neuer Direktor des Instituts für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Er übernimmt damit die Leitung von Prof. Dr. Klaus Püschel, der altersbedingt aus dem Amt geschieden ist. Ondruschka war zuletzt als Oberarzt im Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig beschäftigt und leitete dort die Arbeitsgruppe Forensische Neurotraumatologie. Nach seinem Studium der Humanmedizin hat er von 2010 bis 2015 seine Facharztausbildung im Institut für Rechtsmedizin in Leipzig absolviert, es folgten mehrere Forschungsaufenthalte und Lehrtätigkeiten an der University of Otago in Neuseeland. Ondruschka deckt das gesamte Spektrum der Rechtsmedizin von den klassischen Obduktionen über die Forensische Molekulargenetik, Toxikologie und Alkoholologie bis zur Untersuchung von Gewaltopfern und der Forensischen Bildgebung ab. Besondere Expertise bringt der Rechtsmediziner auf dem Gebiet der forensischen Schädel-Hirn-Trauma-Diagnostik mit. Püschel wird dem UKE als Seniorprofessor erhalten bleiben und unter anderem im Bereich der Archäologie, Anthropologie und Sportmedizin forschen. | *háb*



Prof. Dr. Benjamin Ondruschka

## 20 Jahre Zentrum für *Interdisziplinäre Suchtforschung*

Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) wurde im Jahr 2000 als fachbereichsübergreifender Forschungsschwerpunkt der Universität Hamburg gegründet. Die Aufgaben des Zentrums reichen heute von nationalen und internationalen Präventions- und Therapiestudien, Forschung zu psychischen und somatischen Komorbiditäten, politischen Expertisen in den Bereichen Alkohol, illegale Drogen, Benzodiazepine, Glücksspiel und Tabak bis hin zu Capacity-Building-Projekten, die dem Aufbau der Suchthilfesysteme in anderen Ländern dienen. In den vergangenen Jahren ist am ZIS zudem ein Schwerpunkt zu Suchtproblemen bei Geflüchteten entstanden – mit dem bislang größten deutschen Forschungsverbund in diesem Bereich. Seit seiner Gründung steht das Zentrum für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. So besteht eine langjährige, enge Kooperation mit Partnern der Hamburger Suchthilfe, und das ZIS richtet die jährlich stattfindenden Hamburger Suchttherapietage mit bis zu 700 Teilnehmenden aus. Anlässlich des 20-jährigen Jubiläums wird am 30. November und 1. Dezember 2020 im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – alternativ auch online – ein Symposium unter dem Titel „Interdisziplinäre Perspektiven der Suchtforschung“ stattfinden, zu dem namhafte Expertinnen/en aus dem Suchtbereich erwartet werden, darunter viele Wegbegleiterinnen/er des ZIS.

Prof. Dr. Ingo Schäfer, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)

## Stiftung Anerkennung und Hilfe: *Fristende 31. Dezember 2020*

Die Stiftung Anerkennung und Hilfe unterstützt Menschen, die als Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren (in der BRD bis 1975, in der DDR bis 1990) und noch heute an den Folgewirkungen leiden. Betroffene und ihre Betreuer können sich bis zum 31. Dezember 2020 für Anerkennungs- und Unterstützungsleistungen anmelden: Versorgungsamt Hamburg, Anlauf- und Beratungsstelle der Stiftung Anerkennung und Hilfe, Adolph-Schönfelder-Straße 5, 22083 Hamburg, Tel. 040-115, E-Mail: [stiftung-erkennung-hilfe@soziales.hamburg.de](mailto:stiftung-erkennung-hilfe@soziales.hamburg.de). Weitere Informationen zur Stiftung unter [www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de](http://www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de). | *háb*

## Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 16.11. **Dr. med. Wolfgang Block**  
Facharzt für Anästhesiologie
- 18.11. **Dr. med. Susanne Haack-Wiggers**  
Fachärztin für Psychiatrie  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- 19.11. **Dr. med. Kristina Frederking**  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
- 19.11. **Dr. med. Andreas Lämmel**  
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- 21.11. **Dr. med. Elisabeth Kimm**  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 21.11. **Dr. med. Matthias Kleij**  
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 21.11. **Dr. med. John Mahler**  
Facharzt für Psychiatrie  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- 21.11. **Dr. med. Stephan Oehlrich**, Arzt
- 22.11. **Viktor Gerdt**, Arzt
- 24.11. **Dr. med. Boll Reimann**  
Facharzt für Chirurgie
- 26.11. **Oliver Petzold**  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 28.11. **Dr. med. Ute Schweiker**  
Fachärztin für Anästhesiologie
- 01.12. **Dr. med. Georg Göckschu**  
Facharzt für Urologie
- 02.12. **Dr. med. Rebekka Goers**  
Fachärztin für Innere Medizin  
Praktische Ärztin
- 02.12. **Dr. med. Barbara Sabine Kolbe-Henniges**  
Fachärztin für Chirurgie
- 03.12. **Jewgenija Goldina**  
Fachärztin für Anästhesiologie
- 06.12. **Dr. med. Gabriele Helfrich**  
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 07.12. **Dr. med. Claudia vom Bruck**  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 09.12. **Dr. med. Dipl.-Psych. Dirk Zeichner**  
Facharzt für Psychiatrie  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- 11.12. **Anita Garbin**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 13.12. **Dr. (I) Hans-Peter Unger**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für Psychiatrie
- 14.12. **Dr. med. Karin Berkhoff**  
Fachärztin für Neurochirurgie

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](mailto:verzeichnis@aekhh.de)

## Videoveranstaltung „reden! statt schweigen“

Seit 2010 richtet die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll im Rahmen ihrer Informations- und Aufklärungsarbeit zu psychischen Erkrankungen das Veranstaltungsformat „reden! statt schweigen“ aus. Coronabedingt hat die Stiftung ihre traditionelle Veranstaltung, in diesem Jahr zum Thema „Digitalisierung | Perfektionierung | Individualisierung – Psyche als Spiegel der Gesellschaft?“, auf das kommende Jahr verschoben. Ihre Informationsarbeit wird aber in diesem Jahr fortgesetzt mit einem facettenreichen Video, bestehend aus fünf einzelnen Beiträgen zum Themenbereich psychische Erkrankungen. Das Video wurde am 9. November auf der Website [www.sfo.hamburg](http://www.sfo.hamburg) und dem Youtube-Kanal der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll veröffentlicht. | *hüb*

## Neue Studie zu Hirnaktivität aus dem UKE

Eine wesentliche Funktion des Gehirns ist die flexible Auswahl von Handlungen. Bislang wurde angenommen, dass das menschliche Gehirn ein spezialisiertes Zentrum für solche Entscheidungsprozesse besitzt. Eine Forschenden-Gruppe des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) hat nun herausgefunden, dass selbst bei einfachen Entscheidungen eine große Zahl von weit über das Gehirn verteilten Regionen miteinander spricht. Seine Ergebnisse hat das Forscherteam unter der Leitung von Prof. Dr. Tobias Donner aus dem Institut für Neurophysiologie und Pathophysiologie des UKE in der aktuellen Ausgabe des Fachmagazins „Nature Communications“ ([www.nature.com/articles/s41467-020-18826-6](http://www.nature.com/articles/s41467-020-18826-6)) veröffentlicht. Für ihre Studie hat die UKE-Arbeitsgruppe neuartige Verfahren zur Analyse zeitlich und räumlich hochauflösender Messungen der Hirnaktivität mittels der sogenannten Magnetoenzephalografie (MEG) entwickelt. Dadurch gelang es den Forschenden erstmals, den Zeitverlauf des Entscheidungsprozesses über fast 200 Regionen der menschlichen Großhirnrinde abzubilden. | *hüb*

## Drei Hamburger Kliniken bauen Kooperation aus



Dr. jur. Hubert Erhard, Geschäftsführer BG Klinikum Hamburg, bei der feierlichen Unterzeichnung eines gemeinsamen Letter of Intent (LoI) im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

In Hinblick auf die Zukunftssicherung einer vollumfänglichen medizinischen Patientenversorgung auf höchstem Niveau arbeiten zukünftig das BG Klinikum Hamburg (BGKH), das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg (BwKrHs Hamburg) noch enger zusammen. Mit Unterzeichnung eines gemeinsamen Letter of Intent (LoI) am 8. Oktober 2020 sollen die Partnerschaft weiter ausgebaut und individuelle Stärken besser genutzt werden. Für die konkrete Zusammenarbeit haben die drei Kliniken erste Handlungsfelder definiert. Vor allem in der Forschung und Lehre sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung von Personal ergeben sich vielfältige Möglichkeiten. Aufseiten des BGKH sollen unter anderem For-

schungsprojekte zur Behandlung von Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung vorangetrieben werden. Rotations- und Hospitationsmöglichkeiten fördern außerdem den Wissenstransfer zwischen den Partnerkliniken und bieten den Beschäftigten noch umfassendere Möglichkeiten des Kompetenzerwerbs. Die BG Kliniken und die Bundeswehr haben bereits 2019 eine stärkere Kooperation vereinbart, die sich auch auf Wissenstransfer und gemeinsame Forschungsvorhaben erstreckt. Vor allem gemeinsame Lösungen für aktuelle Fragen der Notfallmedizin sowie neue Behandlungsmethoden in der Rehabilitation stehen seitdem im Vordergrund der Partnerschaft. Darüber hinaus kooperiert das BG Klinikum Hamburg seit 2019 in der Allgemein- und Viszeralchirurgie mit dem UKE und treibt diese Kooperation durch die Berufung des neuen Ärztlichen Direktors Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, der zugleich Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am UKE ist, weiter voran. Auch das UKE arbeitet bereits mit dem Bundeswehrkrankenhaus zusammen, beispielsweise bei der Personalentwicklung. Zudem kooperieren beide Häuser in der Onkologie, Herzmedizin, Anästhesiologie und Labormedizin. | *hüb*

## BÄK-Förderung zur Organisation von Videosprechstunden in Praxen

Die Bundesärztekammer (BÄK) möchte über die Corona-Krise hinaus die telemedizinischen Angebote als Ergänzung zum Arztbesuch fördern. Der direkte und persönliche Arzt-Patienten-Kontakt werde aber der Regelfall bleiben, so Dr. Josef Mischo, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Fernbehandlung der Bundesärztekammer, anlässlich der Vorstellung einer Handreichung der BÄK für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis. Die Handreichung ist in acht Themenblöcke unterteilt, die einen kompakten Überblick über organisatorische, technische und rechtliche Aspekte der Fernbehandlung geben. Weiterführende Informationen, etwa zum Ablauf der Videosprechstunde, zu den technischen Voraussetzungen oder zur Vergütung, sind in dem Papier ebenfalls enthalten. Sie können mithilfe von eingebetteten QR-Codes aufgerufen werden. Schon vor der Corona-Pandemie habe es vonseiten der Patienten Interesse an diesen Leistungen gegeben, so Mischo. Mittlerweile habe sich die Zahl der Patienten, die Videosprechstunden bereits nutzen oder sich dies vorstellen können, deutlich erhöht. Die „Handreichung für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis“ steht unter [www.baek.de/handreichung-videosprechstunde](http://www.baek.de/handreichung-videosprechstunde) zum Download bereit. | *hüb*



# Attest zur Befreiung von der Maskenpflicht

Klar, die Maske ist lästig. Doch sie ist eine der wenigen Schutzmaßnahmen, die wir bisher im Kampf gegen SARS-CoV-2 haben. Es gibt nur einige wenige Ausnahmen von der grundsätzlich für jedermann – mit Ausnahme von Kindern bis sieben Jahre – geltenden Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (MNB). Die Ärztekammer Hamburg hat auf ihrer Webseite FAQs rund um das Thema Maskenpflicht und das Ausstellen ärztlicher Atteste in Corona-Zeiten aufgenommen, damit Ärztinnen und Ärzte rechtssicher reagieren können, wenn Patientinnen und Patienten mit dem Wunsch an sie herantreten, von der Maskenpflicht befreit zu werden. Gemäß Paragraf 8 Abs. 1 Nr. 2 der Corona-Eindämmungsverordnung sind Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer MNB aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, von der Tragepflicht befreit. Die Glaubhaftmachung kann durch eine ärztliche Bescheinigung erfolgen, welche die Patientin/der Patient auf Verlangen vorlegen muss. Aus der ärztlichen Bescheinigung zur Ausnahme von der Pflicht zum Tragen einer MNB muss sich nachvollziehbar ergeben, auf welcher Grundlage die ausstellende Ärztin oder der ausstellende Arzt ihre oder seine Diagnose gestellt hat und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Hierzu gibt es bereits einige Gerichtsurteile. Die Antwort auf die Frage, ob damit nicht ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht vorliegt, lautet: nein. Denn der Patient oder die Patientin allein entscheidet darüber, ob er oder sie das Attest vorlegt, wenn ein Nachweis verlangt wird. Mit dem Gebrauch der Bescheinigung gibt die Patientin oder der Patient das Einverständnis zu der Offenlegung ihrer beziehungsweise seiner Gesundheitsdaten. Weitere Informationen zu rechtlichen Grundlagen und Anforderungen an das ärztliche Attest sowie zu Konsequenzen bei der Ausstellung unrichtiger oder unvollständiger Atteste sind unter [www.aerztekammer-hamburg.de](http://www.aerztekammer-hamburg.de) zu finden. | ti

## Stellungnahme der BÄK zum Nutzen von Alltagsmasken

Die Präsidentinnen und Präsidenten der Landesärztekammern und Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer sowie Präsidenten und Vorsitzenden verschiedener Fachgesellschaften und Institutionen haben in einer Stellungnahme am 23. Oktober noch einmal gemeinsam auf den Nutzen des Mund-Nasen-Schutzes und die Bedeutung der Einhaltung der AHA-L-Regeln im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie hingewiesen. Die Stellungnahme der BÄK unter [www.bundesaeztekammer.de](http://www.bundesaeztekammer.de). | häb



## In memoriam

**Priv. Doz. Dr. med. Hansjörg Zimmermann**  
Facharzt für Chirurgie  
\*09.09.1942 †03.09.2020

**Bülent Demirbas**  
Arzt  
\*22.08.1976 †09.09.2020

**Dr. med. Manfred Lux**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
\*22.01.1952 †12.09.2020

## Aktionsbündnis Arbeitsmedizin vergift Stipendien

Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende der Humanmedizin können sich noch bis zum 1. Dezember 2020 für ein Stipendium im Fach Arbeits- oder Betriebsmedizin bewerben. Zum vierten Mal in Folge unterstützt das Aktionsbündnis Arbeitsmedizin e.V. engagierte Nachwuchsmediziner mit einem Stipendienprogramm bei Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen im gesamten Gebiet der Arbeitsmedizin. Gefördert werden beispielsweise ein Praktisches Jahr mit einmalig 1.500 Euro oder eine Famulatur mit einmalig 500 Euro. Bereits approbierte Medizinerinnen und Mediziner, die nach der Elternzeit wiedereinsteigen, können Aufwendungen für die Kinderbetreuung während der Weiterbildungszeit in der Arbeitsmedizin fördern lassen. Zusätzlich bietet ein Mentorenprogramm die Möglichkeit, in Kontakt mit erfahrenen Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern zu kommen und sich erfolgreich zu vernetzen. Für eine Teilnahme an der Ausschreibung sind ein tabellarischer Lebenslauf sowie ein Motivations schreiben erforderlich. Studierende der Humanmedizin müssen darüber hinaus die Immatrikulationsbescheinigung sowie das Zeugnis der ersten Ärztlichen Prüfung bzw. des Physikums einreichen. Über die Vergabe entscheiden die Qualifikation der Antragstellenden, die Antragsbegründung sowie wirtschaftliche und soziale Gesichtspunkte. Das Aktionsbündnis zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses e.V. wurde 2014 gegründet. Schirmherr ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales Hubertus Heil. Mehr Informationen unter [www.aktionsbueundnis-arbeitsmedizin.de](http://www.aktionsbueundnis-arbeitsmedizin.de). | häb

## Agaplesion und Bethesda: Vertrag unterzeichnet

Mit der notariellen Beurkundung gehen die Evangelische Stiftung Bethesda als Eigentümerin des Bethesda Krankenhauses Bergedorf und die AGAPLESION gAG zusammen. Patienten und Mitarbeitende sollen von der medizinischen und pflegerischen Kompetenz des größten christlichen Gesundheitskonzerns in Deutschland profitieren. Mit der Vertragsunterzeichnung ist der bereits im Januar dieses Jahres angekündigte Zusammenschluss zum Agaplesion Bethesda Krankenhaus Bergedorf zum 1. Oktober 2020 vollzogen. Anders als bei börsennotierten Konzernen reinvestiert die AGAPLESION gAG die in ihren Häusern erwirtschafteten Gewinne direkt wieder in die Unternehmen. Zudem stellt das Beteiligungsmodell – bei dem in der Regel 60 Prozent der Gesellschaftsanteile übernommen werden und die bisherigen Gesellschafter dafür Aktien der AGAPLESION gAG erhalten – sicher, dass die Gesellschafter eine Mitverantwortung im Konzern übernehmen. | *háb*

## Spenden Sie für „Ärzte helfen Ärzten“

Seit über einem halben Jahrhundert unterstützt die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ in Not geratene Human-, Zahn- und Tiermedizinerinnen und -mediziner. Die Stiftung ist ein kollegiales Hilfswerk innerhalb der gesamten Ärzteschaft und hilft schnell und unbürokratisch Kindern von Ärztinnen und Ärzten, Halbweisen und Waisen aus Arztfamilien sowie Ärztinnen und Ärzten in besonders schweren Lebenslagen. Gefördert werden sie mit finanzieller Unterstützung für Schul- und Studienausbildung oder berufsrelevante Fortbildungen. Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Stiftung. Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Düsseldorf, IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42, BIC DAAEDEDXXX. Mehr Informationen und die Möglichkeit einer Online-Spende unter [www.aerzte-helfen-aerzten.de](http://www.aerzte-helfen-aerzten.de). | *háb*



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Marylyn Addo, Leiterin der Infektiologie des UKE (Mitte)

## Covid-19: erste Probanden nehmen an UKE-Impfstudie teil

Am 9. Oktober wurde der ersten Probandin der Impfstoff MVA-SARS-2-S gegen Covid-19 injiziert. Insgesamt sechs Probandinnen und Probanden wurde bisher der Vektor-Impfstoff verabreicht. Ende September hatte das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) die Genehmigung vom Paul-Ehrlich-Institut, Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, und der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg für den Start der klinischen Prüfung des Impfstoffs erhalten. Dieser wurde von den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) und der IDT Biologika GmbH entwickelt und wird jetzt im Rahmen der klinischen Phase I auf seine Sicherheit, Verträglichkeit und spezifische Immunantwort gegen den Erreger untersucht. Finanziert durch öffentliche Mittel des DZIF werden insgesamt 30 Studienteilnehmende im medizinischen Auftragsinstitut CTC North am UKE geimpft – Probanden im Alter von 18 bis 55 Jahren. Sie erhalten zwei Impfungen im Abstand von vier Wochen und werden nach den Impfungen jeweils einige Stunden im CTC North ärztlich überwacht. An den Tagen nach den Impfungen sowie im Verlauf der folgenden sechs Monate müssen die Probanden regelmäßig zu ambulanten Nachuntersuchungen kommen, bei denen die Verträglichkeit des Impfstoffs, mögliche Nebenwirkungen sowie die Immunantwort anhand von Blutuntersuchungen und Befragungen überprüft wird. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Marylyn Addo, Leiterin der Infektiologie des UKE, und der DZIF-Partner in Marburg messen parallel die Bildung von Antikörpern und T-Zellen im Körper und vergleichen diese mit der Immunreaktion von genesenen Covid-19-Patienten. Weitere Informationen zur klinischen Studie I unter [www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite\\_99590.html](http://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_99590.html). | *háb*

## UKE gründet Autopsie-Netzwerk im Kampf gegen Pandemien

Um Kompetenzen zu bündeln, hat sich unter Leitung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Uniklinik RWTH Aachen ein bundesweites Deutsches Forschungsnetzwerk Autopsien bei Pandemien gegründet. Ziel der DEFEAT PANDEMICS („Pandemien besiegen“) genannten Plattform ist es, bei Autopsien gewonnene Daten und Erkenntnisse für die Bewältigung der aktuellen Pandemie und künftiger Infektionsgeschehen zu nutzen. An der RWTH Aachen wurde bereits im April mit dem Aufbau eines deutschlandweiten Registers von Covid-19-Autopsien begonnen; DEFEAT PANDEMICS kann somit auf bereits bestehende Netzwerkstrukturen zurückgreifen. An dem neuen Forschungsverbund sind 27 deutsche Universitätskliniken sowie zahlreiche Institutionen wie das Robert Koch-Institut (RKI), die Fachgesellschaften für Pathologie, Neuropathologie und Rechtsmedizin oder das Bundeswehrkrankenhaus Ulm beteiligt. An dem Netzwerk wirken auch dem UKE die Institute für Pathologie, Neuropathologie und Rechtsmedizin sowie auch Institute für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene mit. Weitere Infos unter [www.netzwerk-universitaets-medizin.de](http://www.netzwerk-universitaets-medizin.de). | *háb*



**Landespressekonferenz** Am 13. Oktober informierten  
Soziensensorin und Ärztekammerpräsident zum Thema Gripeschutzimpfung.

# Risikogruppen *impfen!*

Am 13. Oktober informierten Soziensensorin Dr. Melanie Leonhard und Ärztekammerpräsident Dr. Pedram Emami in der Landespressekonferenz (LPK) gemeinsam über das Thema Gripeschutzimpfung in Coronazeiten. Emami rief vor allem Menschen, die potenziell zu einer Risikogruppe gehören, dazu auf, sich impfen zu lassen. „Zum einen können so natürlich schwere Verläufe bei der Grippe vermieden werden, aber es geht auch darum zu verhindern, dass es zu Doppelinfektionen mit Grippe und COVID-19 kommt“, sagte Emami. Gleichzeitig appellierte Emami auch an alle Kolleginnen und Kollegen sowie an pflegerisches Fachpersonal, sich impfen zu lassen. „Die Impfbereitschaft bei medizinischem und pflegerischem Fachpersonal ist aber aus meiner Wahrnehmung heraus in diesem Jahr deutlich höher als in den Jahren davor“, meinte Emami.

Einen Engpass beim Impfstoff erwartet Senatorin Leonhard nicht. Der Impfstoff werde schubweise ausgeliefert, die Saison habe gerade erst begonnen. Trotzdem sollten auch in diesem Jahr zunächst diejenigen Gruppen, die schutzbedürftig und gemäß STIKO-Empfehlung Vorrang haben, geimpft werden, riet Emami. „Ein 35-jähriger Sportler oder eine Sportlerin, wenn sie nicht schwanger ist, hat ein deutlich geringeres Risiko für einen schweren Verlauf bei einer Infektion mit dem Grippevirus“, erläuterte er. Dies gelte auch für eine Infektion mit SARS-CoV-2.



Ärztekammerpräsident Dr. Pedram Emami und Soziensensorin Dr. Melanie Leonhard stellen sich den Journalistenfragen (mit im Bild: Senatssprecherin Julia Offen und Peter Ulrich Meyer, Vorsitzender der LPK)

Man sollte sich also als junger, nicht vorerkrankter Mensch keine allzu große Sorgen machen. Ein Mensch, der geimpft sei, trage die Erkrankung jedoch auch nicht weiter. Das wäre, wenn überhaupt, auch das einzige Argument, gesunde Kinder zu impfen. Dafür sprach sich Emami jedoch nicht aus, wichtiger seien die Risikogruppen. Und ansonsten gelte es, gemeinschaftlich die einfachen AHA-Regeln einzuhalten.

Von Nicola Timpe, Pressesprecherin der Ärztekammer Hamburg

## Eine Bank, die mich versteht.

Beruflich und privat.

### Die Vertrauensbank der Heilberufe.

Wo auch immer Sie beruflich oder privat gerade stehen, wir unterstützen Sie in jeder Lebensphase mit speziell auf den Bedarf von Heilberuflern ausgerichteten Finanzleistungen. Aber wir bieten Ihnen noch mehr: unsere Angebote wie den Karrierekompass für Angestellte, ein umfangreiches Seminarprogramm, unsere Apotheken- und Praxisbörse und viele weitere Services. Damit Sie Ihre Ziele verwirklichen können –was immer Sie auch vorhaben.

Bundesweit vertrauen uns rund 115.000 Mitglieder und mehr als 480.000 Kunden. Aus gutem Grund: Gegründet von Heilberuflern für Heilberufler arbeiten wir als Genossenschaftsbank seit mehr als hundert Jahren nach diesem Prinzip.

Deshalb verstehen wir, was Sie in Ihrem Leben bewegt.

Besuchen Sie uns!  
Filiale Hamburg  
Weidestr. 124  
22083 Hamburg  
[apobank.de/hamburg](https://apobank.de/hamburg)

Wir kommen  
auch gerne zu  
Ihnen.



# Steckbrief Migräne

**Kopfschmerz** Für die Therapie der Migräne und ihrer zahlreichen Subformen stehen verschiedenste Medikamente zur Verfügung. Bei der richtigen Diagnosestellung ist es leichter als gedacht, eine adäquate Therapie zu finden. Aber auch eine konsequente medikamentöse Prophylaxe hilft, die Häufigkeit, Schwere und Dauer der Attacken zu reduzieren und beugt so einem Medikamentenübergebrauch vor.

*Von Hauke Basedau, Prof. Dr. Arne May*

Jeder Arzt wird in seinem klinischen Alltag mit Kopfschmerzen konfrontiert. Die wichtigste Frage und größte Angst des Patienten ist sicher: Werden die Schmerzen von einem Hirntumor oder einer anderen Erkrankung verursacht? In diesen Fällen wäre der Kopfschmerz sekundär: Er wäre Symptom einer anderen Erkrankung. Dem gegenüber steht die Gruppe der primären Kopfschmerzen, hier ist der Kopfschmerz selber die Erkrankung. Zu den primären Kopfschmerzen gehören die Migräne und ihre Subformen, der Spannungskopfschmerz, die Gruppe der trigeminoautonomen Kopfschmerzen mit dem Cluster-Kopfschmerz als prominentestem Vertreter, und schließlich die Gruppe 4, in der mehrere recht seltene primäre Kopfschmerzsyndrome zusammengefasst sind.

Die Migräne und ihre Subformen sind schon zahlenmäßig die größte Gruppe, gekennzeichnet durch rezidivierend auftretende, attackenartige Kopfschmerzen, die mit typischen Begleitsymptomen einhergehen. Die damit verbundene Morbidität betroffener Patienten und die hieraus resultierenden sozioökonomischen Einflüsse werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ernst eingestuft. Die richtige Diagnosestellung und eine damit einhergehende adäquate Therapie ist essenziell und leichter als man denkt. Dieser Artikel soll fachübergreifend einen kurzen Steckbrief der Migräne liefern und zu einem besseren Verständnis dieses Krankheitsbilds beitragen. Es lohnt sich, sich damit zu beschäftigen, denn die meisten Patienten können wir heute sehr gut behandeln.

## Epidemiologie

Die Prävalenz der Migräne beträgt im Allgemeinen etwa 10 Prozent der Bevölkerung (15 Prozent der Frauen und 5 Prozent der Männer). Die Erstmanifestation findet meist im späten Jugend- bis frühen Erwachsenenalter statt und zeigt die höchste Prävalenz in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen (1). Die Schwere der Erkrankung zeigt eine bedeutende Streuung und wird durch statistische Daten der Krankenversicherungen weiter untermauert, da nur weniger als die Hälfte aller statistisch errechneten Betroffenen aufgrund ihrer Migräne sich in ärztliche Behandlung begeben bzw. die Diagnose einer Migräne nicht gestellt wurde (2).

## Ätiologie

Nach heutigem Wissensstand ist die mehr als 30 Jahre alte Vorstellung einer vaskulären Pathogenese des Gefäßbetts der Hirnhäute überholt, die Ursachen und Mechanismen der Migräne sind weitaus vielschichtiger und interessanter.

Neben seltenen monogenetischen Migräneformen, wie der familiär hemiplegischen Migräne (FHM), geht man auch bei der gewöhnlichen Migräne aufgrund einer deutlichen familiären Häufung von einer Erblichkeit aus. Oft zieht sich die Migräne wie ein roter Faden durch die Familienanamnese. Der attackenartige Kopfschmerz ist bei



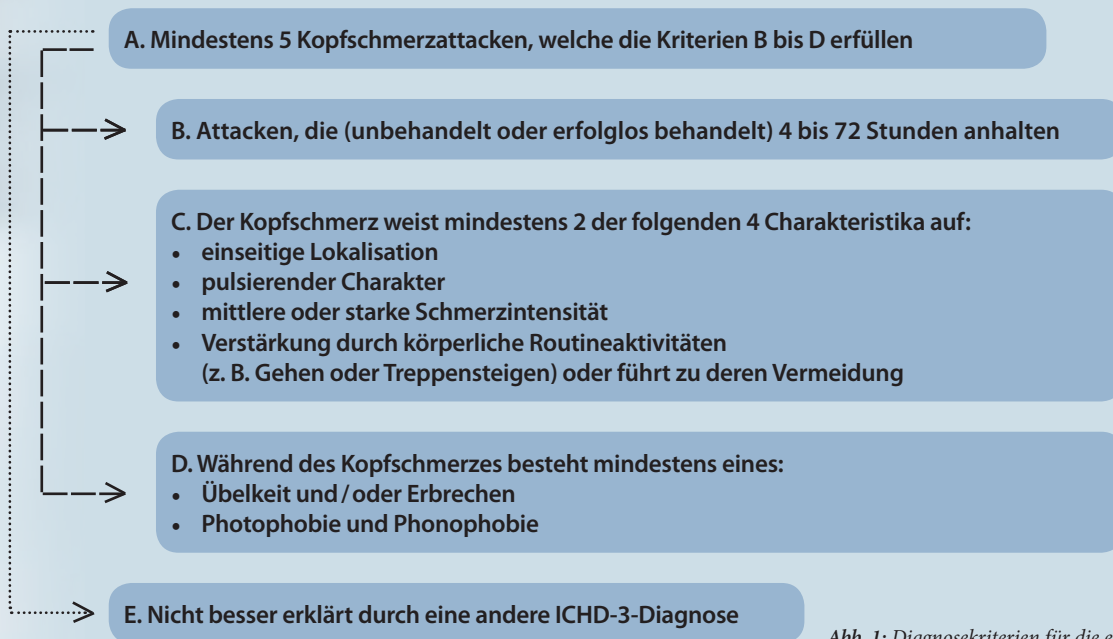


Abb. 1: Diagnosekriterien für die episodische Migräne

der Migräne nur ein Symptom von vielen. Neben dem Kopfschmerz leiden Patienten an weiteren Diagnose-definierenden Symptomen wie Licht- oder Lärmempfindlichkeit, die sich nicht durch eine rein vaskuläre Genese erklären lassen und dem Kopfschmerz meist sogar zeitlich vorausgehen. Durch systematische Untersuchungen wissen wir, dass es zeitlich weit vorausseilende Phänomene (Gähnen, Müdigkeit, kognitive und mnestiche Störungen, Störungen des Wasserhaushalts etc.) gibt, die eine beginnende Migräneattacke einleiten (3), und die Migräne als eine zyklisch wiederkehrende funktionelle Störung von Hirnfunktionen begriffen werden kann (4). Sie wird konkordant zu den Attacken in Stadien eingeteilt: interiktal, präiktal, iktal und postiktal, wobei sich in der Vergangenheit die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen auf die Attacke bezogen und damit wesentliche Stadien der Migräne ausließen. Alle Veränderungen, die mit diesen Phasen zyklisch variieren, lassen sich durch funktionelle Veränderungen des zentralen Nervensystems erklären und werden durch einen, vermutlich im limbischen System liegenden Taktgeber zum Oszillieren gebracht (3, 5). Der Kopfschmerz selber ließe sich demnach nicht ursächlich deuten, sondern nur als „Epiphänomen“, welches möglicherweise auf eine resultierende gestörte Homöostase vasoaktiver Substanzen (Substanz P, Calcitonin-Gene-Related Peptide (CGRP)) in der Peripherie zurückzuführen wäre.

## Diagnose und Differenzialdiagnose

Die International Headache Society (IHS) überarbeitet fortlaufend die Diagnosekriterien von Kopfschmerzkrankungen wie auch der Migräne. Zuletzt klassifizierte und publizierte sie in ihrer aktuellen dritten Neuauflage der International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) von 2018 insgesamt mehr als 250 Kopfschmerzen (6).

Die Diagnose der Migräne beruht ausschließlich auf einer ausführlich erhobenen Anamnese: Der Migräne-Kopfschmerz tritt attackenartig auf mit einer Dauer (unbehandelt) zwischen 4 bis 72 Stunden. Der Kopfschmerz ist oft (aber nicht zwingend) einseitig lokalisiert und hat einen pulsierend-pochenden Charakter mittlerer bis starker Schmerzintensität, welche bei körperlicher Belastung merklich zunimmt. Die Kopfschmerzattacken gehen zudem mit typischen Begleitsymptomen wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie gelegentlich Geruchsüberempfindlichkeit einher. Ab 5 solcher stattgefundenen Episoden

von Kopfschmerzen ist die Diagnose einer **episodischen Migräne** zu stellen (Abb. 1) (7).

Um eine **chronische Migräne** handelt es sich, wenn an mehr als 15 Tagen pro Monat Schmerzen bestehen, von denen mindestens 8 Tage mit Migräne-typischen Begleiterscheinungen einhergehen und oben genannte Kriterien erfüllen. Zusätzlich muss dies über einen längeren Zeitraum bestehen, mindestens jedoch länger als 3 Monate (7).

Ungefähr 30 Prozent aller Migränepatienten erleben vereinzelt üblicherweise vor einer beginnenden Kopfschmerzattacke zusätzlich fokale neurologische Symptome, die sogenannte Aura. Die Aura hält sich an 3 Regeln: Sie ist üblicherweise visuell in Form von punktuellen Sehfeld einschränkungen (Skotome oder Flimmerskotome) oder in hellen Zickzacklinien (Fortifikationen). Sie entsteht zweitens nicht schlagartig (DD Apoplex!), sondern die Symptome breiten sich langsam aus. Zuletzt liegt die Dauer der Aurasymptome bei etwa 30 Minuten, mit einer Spanne von 5 bis 60 Minuten, und ist danach vollständig reversibel (8). Die Auren können auch andere Hirnfunktionen betreffen wie sensorische, motorische oder auch aphasische Auren (7). Aber als Faustregel kann gelten, dass neurologische Symptome, die nicht visuell sind oder schlagartig auftreten oder länger als 60 Minuten anhalten, eventuell keine Aura sind und eine gründliche differenzialdiagnostische Überlegung sowie möglicherweise apparative Aufarbeitung benötigen. Die Aura kann isoliert auftreten, und dann sind die obigen 3 Regeln sogar noch strenger zu beachten. Zuletzt sei erwähnt, dass Patienten mit einer Migräne mit Aura (nicht aber Migränepatienten ohne Aura) ein geringfügig erhöhtes Schlaganfallrisiko aufweisen, weshalb weitere Risikoparameter besonders beachtet werden sollten.

**Differenzialdiagnostisch** sind zuallererst andere primäre Kopfschmerzkrankungen auszuschließen. Dies gelingt anhand der typischen Anamnese und unterschiedlicher Kopfschmerzcharakteristiken. Sekundäre Ursachen für Kopfschmerzen lassen sich meist durch eine ausführliche körperliche Untersuchung ausschließen, hierzu zählen vor allem der neurologische Status mit der detaillierten Untersuchung der Hirnnerven. Eine apparative Diagnostik ist nur in seltenen Fällen nötig, nämlich dann, wenn das erstmalige Auftreten einer Migräne in untypisch spätem Alter (> 40 Jahre) liegt oder untypische Auraphänomene (siehe oben.) auftreten. Auch wenn der bereits bekannte Migränekopfschmerz eine Dynamik zeigt oder auf bisher gut wirksame Therapien plötzlich nicht mehr anspricht, sollte eine Bildgebung in Erwägung gezogen werden. Das Mittel der Wahl

**Tab. 1: Dosierung und Halbwertszeit von Triptanen**

Substanz	Dosis	Halbwertszeit
Sumatriptan	50 – 100 mg (p. o.) 25 mg (Supp.) 10 – 20 mg (nasal) 6 mg (s. c.)	2 Stunden
Rizatriptan	5 – 10 mg (p. o.) 5 – 10 mg (Schmelztablette)	2 – 3 Stunden
Zolmitriptan	2,5 – 5 mg (p. o.) 2,5 – 5 mg (Schmelztablette) 5 mg (nasal)	3 Stunden
Almotriptan	12,5 mg (p. o.)	3 – 4 Stunden
Eletriptan	20 – 40 mg (p. o.)	4 – 5 Stunden
Naratriptan	2,5 mg (p. o.)	6 Stunden
Frovatriptan	2,5 mg (p. o.)	ca. 25 Stunden

stellt hierbei die Magnetresonanztomografie mit i. v.-Kontrastmittel und mit Aufnahme des kraniozervikalen Übergangs dar.

## Therapie

Die Therapieempfehlungen der Migräne stützen sich auf die evidenzbasierten Leitlinien unter ständiger Überarbeitung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) ([www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html](http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html)) sowie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) ([www.dmkg.de](http://www.dmkg.de)). Dabei sind es im Wesentlichen zwei grundlegende Säulen, auf der eine adäquate Migränetherapie fußt: die Akuttherapie und die prophylaktische Therapie. Diese Therapie (die prophylaktische) sollte zu einer Linderung des Akutschmerzes, einer Reduzierung der Häufigkeit des Kopfschmerzes sowie zu einer Reduzierung der krankheitsassoziierten Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung eventuell bestehender Komorbiditäten führen.

## Akuttherapie

Eine erfolgreiche akute Behandlung der Migräne-Attacke äußert sich durch Besserung der Kopfschmerzsymptomatik oder Kopfschmerzfreiheit nach 2 Stunden. Meist kann dieses Ziel schon nach 30 Minuten erreicht werden. Hierfür stehen in der Behandlung je nach Beschwerdebild und Stärke des Kopfschmerzes mehrere Substanzgruppen zur Verfügung (9).

**Leichte bis mittelgradige Migränekopfschmerzen** können meist verlässlich mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) behandelt werden. Acetylsalicylsäure (ASS), Ibuprofen, Diclofenac sind hierbei die Analgetika der ersten Wahl. Alternativ oder bei Unverträglichkeiten können trotz niedrigerer Evidenz Nichtopioid-Analgetika wie Paracetamol oder Metamizol versucht werden. Übelkeit und Erbrechen sind häufig begleitende und belastende Symptome des Migräne-Kopfschmerzes. Additiv zur Schmerzlinderung kann bei ausgeprägten Begleitsymptomen eine antiemetische medikamentöse Therapie angezeigt sein. Hierfür stehen die zentral wirksamen Antiemetika Metoclopramid und Domperidon zur Verfügung.

**Mittelschwere bis schwere Migränekopfschmerzen** sollten nach Möglichkeit mit Triptanen frühzeitig behandelt werden. Triptane sind eine Gruppe von Arzneistoffen, die als Agonisten an Serotonin (5HT<sub>1B/D</sub>)-Rezeptoren wirken und einer Gefäßerweiterung sowie

einer Ausschüttung entzündlicher Peptide wie Substanz P oder CGRP entgegenwirken. Da dieser Pathomechanismus nur bei der Migräne und trigeminoautonomem Kopfschmerzen auftritt, sind diese Medikamente auch ausschließlich hier wirksam. Umgekehrt lässt sich jedoch aus der Wirksamkeit von Triptanen nicht die Diagnose einer Migräne ableiten, da auch Triptane bei einer Migräne unwirksam sein können und auch bei sekundären Kopfschmerzerkrankungen eine gewisse Linderung hervorrufen können (10). Insgesamt gibt es 7 verschiedene Triptane in unterschiedlichsten Darreichungsformen und mit verschiedenen pharmakokinetischen Eigenschaften (Tab.1). Die klinische Praxis zeigt hierbei, dass bei Wirkungslosigkeit oder Nebenwirkungen eine individuelle Therapieplanung durch Probieren verschiedener Substanzen sinnvoll ist (11).

**Triptane sind im Allgemeinen exzellent verträglich, aber Kontraindikationen sind zu beachten:**

- Koronare Herzkrankheit,
- Herzinfarkt, Schlaganfall oder andere Gefäßerkrankungen,
- mittelschwere bis schwere Hypertonie sowie unkontrollierte leichte Hypertonie,
- Leber- oder Niereninsuffizienz,
- gleichzeitige Anwendung von Ergotamin, Ergotaminderivaten oder anderen Triptanen.

Generell gilt, dass Schmerzmittel und auch Triptane dann am besten wirken, wenn sie frühzeitig eingenommen werden (12). In der Auraphase sollten Triptane wegen einer leichten zerebralen, vasokonstriktiven Eigenschaft nicht eingenommen werden. Wegen der kurzen Halbwertszeit kommt es nach erfolgreicher Behandlung der Migräneattacke mit Triptanen bei rund 15 bis 40 Prozent der Patienten zu einem Wiederauftreten des Kopfschmerzes, in diesem Falle kann die Einnahme einmalig wiederholt werden, jedoch frühestens 2 Stunden nach der letzten Einnahme (13). Eine andere Gruppe der Migräne-Schmerzmittel, die Ergotamine, sollte nicht zuletzt aufgrund des ungünstigeren Nebenwirkungspotenzials äußerst zurückhaltend Anwendung finden (14). Ein Novum in der Akuttherapie der Migräne stellt in nächster Zukunft die Gruppe der CGRP-Antagonisten, die sogenannten Gepante, dar. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die fehlende gefäßverengende Wirkung, die bei Triptanen verhindert, Patienten mit vaskulären Begleiterkrankungen zu behandeln (15). Rimegepant und Ubrogepant warten nach abgeschlossenen Phase-III-Studien auf die Zulassung der Europäischen Arzneimittel-Agentur. Der Charme dieser Substanzen



**Tab. 2: Medikamentöse Prophylaxe der Migräne**

Substanz	Dosis	Nebenwirkungen	Kontraindikation
Betablocker	40–240 mg (Propranolol) 50–200 mg (Metoprolol)	Müdigkeit, arterielle Hypotonie	AV-Block, Bradykardie, Sick-Sinus-Syndrom, kardiale Dekompensation, Asthma bronchiale
Amitriptylin (trizyklisches Antidepressivum)	50–75 mg	Müdigkeit, Mundtrockenheit, Schwindel, Gewichtszunahme	kürzlich Z. n. Herzinfarkt, Glaukom, Prostatahypertrophie, -adenom
Topiramat (Antikonvulsivum)	25–100 mg	Müdigkeit, kognitive Störungen, Gewichtsabnahme, Parästhesien	Niereninsuffizienz, Nierensteine, Engwinkelglaukom, Schwangerschaft
Flunarizin (Calciumkanalblocker)	5–10 mg	Müdigkeit, Gewichtszunahme	fokale Dystonie, Parkinson, Schwangerschaft, Stillzeit, Depression
Valproat (Antikonvulsivum)	500–1000 mg	Müdigkeit, Schwindel, Tremor	Leberfunktionsstörung, Schwangerschaft, cave: Frauen im gebärfähigen Alter, Alkoholmissbrauch

Die Kontraindikationen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen lediglich eine Übersicht auf die wichtigsten Gegenanzeigen darstellen

könnte sein, dass sie nicht zum medikamentösen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz führen, weil eine CGRP-Dauertherapie prophylaktisch wirkt (s. u.). Theoretisch ist es also so, dass je mehr Attacken man behandelt, desto weniger Attacken auftreten (16, 17). Ob das stimmt, muss noch in größeren validen Studien untersucht werden.

## Medikamentenübergebrauch

Jede Akutschmerztherapie, irrelevant ob Schmerzmittel oder Triptane, sollte zurückhaltend eingesetzt und bei einer hochfrequenten Migräneerkrankung nicht an mehr als 8 bis 10 Tagen im Monat eingenommen werden. Eine häufigere Einnahme kann zu einer Erhöhung der Attackenfrequenz führen und mündet eventuell in der Schmerzchronifizierung und letztlich einem medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz. Dieser ist dann nur durch einen sogenannten Medikamentenentzug in den Griff zu bekommen und bedarf nicht selten eines stationären Aufenthalts (18–20).

## Notfall-Medikation

Ein erfolgloser Versuch der Akuttherapie einer stärkeren Migräne führt nicht selten zu einer notfallmäßigen Vorstellung durch den Patienten. In diesem Falle sind parenterale Darreichungsformen aufgrund ihrer schnelleren Anflutung vorzuziehen. Die DMKG-Leitlinie empfiehlt die intravenöse Gabe von 1.000 mg ASS bei begleitender stark ausgeprägter Übelkeit in Kombination mit Metoclopramid ([www.dmk.de](http://www.dmk.de)). Bestehen anamnestisch Kontraindikationen gegen die Therapie mit ASS (Asthma, gastrointestinale Ulcera, Magen-Darm-Blutungen, Blutgerinnungsstörungen etc.), kann alternativ auch Sumatriptan 6 mg subkutan versucht werden. Sollte jedoch eine Triptan-Therapie im Vorhinein durch den Patienten probiert und ausgeschöpft worden sein, ist nicht von einer durchschlagenden Wirkung auszugehen. Ebenfalls kann bei entsprechender Therapierefraktärität die intravenöse Gabe von 1.000 mg Metamizol in Erwägung gezogen werden. Dieses sollte jedoch als langsame Infusion und unter Blutdruckmonitoring erfolgen (cave: allergische Reaktion bei i.v.-Gabe!). Als Ultima Ratio in der Akutsituation wäre noch die Infusion von Valproat (400 mg als Kurzinfusion) oder Dexamethason (16 mg als Kurzinfusion) in Erwägung zu ziehen, wobei keine eindeutige Evidenz für die Notfallmedikation der beiden Wirkstoffe vorliegt (21).

## Prophylaxe

Die Prophylaxe ist ein wichtiger Bestandteil in der Therapie der Migräne. Im Einklang mit der Leitlinie der DGN und DMKG ist diese indiziert bei besonderem Leidensdruck und Einschränkung der Lebensqualität sowie dem drohenden Risiko eines Medikamentenübergebrauchs. Als Faustregel gelten:

- mehr als 3 Migräneattacken pro Monat,
- Migräneattacken, die regelmäßig länger als 72 Stunden anhalten,
- Zunahme der Attackenfrequenz und Einnahme von Schmerz- oder Migränemitteln an mehr als 10 Tagen im Monat,
- komplizierte Migräneattacken mit beeinträchtigenden oder lang anhaltenden Auren.

Das Ziel der Migräneprophylaxe ist eine Reduzierung von Attackenfrequenz, Schwere sowie Dauer der einzelnen Migräneattacken und dadurch letztlich auch die Vorbeugung eines Medikamentenübergebrauchs. Zunächst sollte der Patient über die Grundlagen der Migräne sowie insbesondere das Risiko eines Medikamentenübergebrauchs aufgeklärt werden. Um die Anfallsfrequenz und den Erfolg der prophylaktisch wirksamen Medikation einzuschätzen, bietet es sich an, einen Kopfschmerzkalender bzw. Tagebuch zu führen (Download für Patienten: [www.dmk.de](http://www.dmk.de)).

Für die medikamentöse Prophylaxe zur Behandlung der Migräne stehen zahlreiche Wirkstoffe zur Verfügung. Leitsubstanzen mit guter wissenschaftlich nachgewiesener Wirkung sind (Tab. 2):

- Betablocker (Metoprolol, Propranolol)
- Amitriptylin
- Topiramat
- Flunarizin
- Valproat

Generell gilt, dass jede prophylaktisch wirksame Medikation eine gewisse Zeit braucht, um eine Wirkung entfalten zu können bzw. bis ein Nachweis der Wirksamkeit erst ersichtlich ist. Das Ziel ist eine Reduktion des Kopfschmerzes um 50 Prozent. Alle medikamentösen Therapeutika sollten sukzessive eingeschlichen werden. Der Grund ist, dass Nebenwirkungen bereits früh in der Aufdosierungsphase auftreten, aber später meist verschwinden. Man sollte mit dem Patienten besprechen, dass Nebenwirkungen, die nicht Therapie-limitierend sind, ausgehalten werden sollten, und die Dosis erst erhöht wird, wenn die Nebenwirkungen abgeflaut sind. Spätestens 8 bis 10 Wochen nach Er-

### Nicht-medikamentöse Prophylaxe

- kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungstraining
- aerobe Ausdauersportarten wie Schwimmen, Joggen oder Fahrradfahren
- Entspannungsübungen wie progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Biofeedback-Verfahren

reichen der Zieldosis sollte eine Wirkung ersichtlich sein, ansonsten ist ein ausschleichender Wechsel auf ein anderes Prophylaktikum angezeigt. Insgesamt sind alle Erstlinienpräparate in etwa gleich gut in ihrer Wirkung auf die Migräne-Prophylaxe, daher sollten stets Substanzen gewählt werden, deren Wirkung bzw. auch Nebenwirkungen gut mit eventuell bestehenden Komorbiditäten oder Lebensumständen zusammenwirken (Bluthochdruck zum Beispiel mit Betablocker, Schlafstörung mit Amitriptylin, Übergewicht mit Topiramate etc.). Wenn eine wirksame prophylaktische Therapie gefunden wurde, sollte diese trotzdem nach etwa 6 bis 9 Monaten probeweise ausgeschlichen werden, da viele Patienten nach erfolgreicher Prophylaxe auch ohne Medikation eine niedrigere Attackenfrequenz behalten, wenigstens jedoch sollte die Wirksamkeit weiterhin durch einen Auslass evaluiert werden (9).

### Besondere Konstellationen

Steht die Beschwerdesymptomatik der Migräne-Aura im Vordergrund, so bietet es sich an, die Wahl der Prophylaxe dahingehend zu berücksichtigen. So sind dann vor allem der Calciumkanalblocker Flunarizin und das Antiepileptikum Lamotrigin gut wirksam (22, 23).

Für den Fall einer chronischen Migräne steht die lokale Anwendung des OnabotulinumtoxinA zur Verfügung. Nach einem festen Schema (PREEMPT) werden hier insgesamt 155 bis 195 mU subkutan in unterschiedliche Bereiche des Gesichts sowie Kopfs injiziert (24). Der Vorteil gegenüber systemisch wirksamen Medikamenten besteht im Fehlen von Medikamentenwechselwirkungen, milden Nebenwirkungsprofil sowie im längeren Wirkungsintervall von 3 Monaten, welches die Adhärenz deutlich beeinflusst.

Besteht ein starker Zusammenhang zwischen hormonellem Zyklus und Auftreten der Migräne im Sinne einer menstruellen Migräne, ist es nicht unbedingt erforderlich, eine langfristige medikamentöse Prophylaxe zu veranlassen. In diesem speziellen Fall bietet es sich zuerst an, eine Kurzzeitprophylaxe auszuprobieren. Hierbei werden länger wirksame Triptane, beispielsweise Frovatriptan, ungefähr 2 Tage vor dem Einsetzen der zu erwartenden Migräne bzw. Menstruation bis zu 3-mal täglich für einen Zeitraum von 6 bis 7 Tagen eingenommen (25). Dieses Prozedere ist jedoch nur ratsam, wenn es nicht darüber hinaus zu zahlreichen sporadischen Migräneattacken kommt und somit die Gefahr eines Medikamentenübergebrauchs bestehen könnte. Die therapierefraktäre Migräne führt nicht selten in den (akut-) Medikamentenüber-

gebrauch. Seit der Markteinführung der monoklonalen CGRP-Antikörper Ende 2018 stehen ihr nun eine neue Klasse von gut wirksamen Medikamenten entgegen. Voraussetzung zur Therapie ist die fehlende Wirksamkeit bzw. Unverträglichkeit oder Kontraindikation oben genannter Erstlinienprophylaktika (exklusive Valproat). Insgesamt gibt es aktuell 3 verschiedene Wirkstoffe auf dem deutschen Markt, die sich pharmakologisch in monoklonale CGRP-Rezeptor-Antagonisten (Erenumab) und CGRP-Ligand-Antagonisten (Galcanezumab, Fremanezumab) einteilen lassen. Die placebokontrollierten Zulassungsstudien zeigten insgesamt eine gute Wirksamkeit aller drei Substanzen bei sehr guter Verträglichkeit. (Moderate) Nebenwirkungen sind Unverträglichkeit (Rötung etc.) an der Einstichstelle und vor allem Verdauungsprobleme. Vergleichende Studien sowie Langzeitergebnisse stehen noch aus. Aufgrund der enormen Kosten für monoklonale Antikörper-Therapien sind die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu beachten. Diese sehen, neben der Dokumentation des Therapieversagens bei herkömmlichen Prophylaktika, einen engmaschigen Beweis der Wirksamkeit (Kopfschmerzkalender) sowie einen Auslassversuch nach 9 bis 12 Monaten vor (26). Ein Wechsel vom Rezeptor auf den Liganden scheint sinnvoll beim Versagen einer Antikörperklasse (27).

### Nicht-medikamentöse Prophylaxe

Patienten mit einer hochfrequenten, chronischen oder komplizierten Migräne sollten additiv über die Möglichkeiten einer psychologischen Mitbehandlung aufgeklärt werden. Hierbei kommt als multimodales Verfahren das kognitiv-behaviorale Schmerzbewältigungstraining zur Anwendung (28). Auch der Patient selbst kann durch die Ausübung von aeroben Ausdauersportarten wie Schwimmen, Joggen oder Fahrradfahren den Verlauf seiner Migräne aktiv mitbestimmen (29). Weiterhin wissenschaftlich belegt ist die Wirkung von Entspannungsübungen wie beispielsweise der sogenannten progressiven Muskelentspannung nach Jacobson (30) sowie dem Biofeedback-Verfahren (31).

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

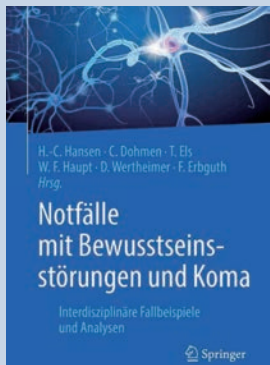
#### Prof. Dr. Arne May

Institut für Systemische Neurowissenschaften  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
E-Mail: [a.may@uke.de](mailto:a.may@uke.de)



## Spannende Lektüre zur Schärfung des klinischen Blicks

Der bewusstlose, von zu Hause oder der Straße eingelieferte Patient ohne verlässliche fremdanamnestic Angaben – das ist täglich eine interdisziplinäre Herausforderung in der Notaufnahme und auf der Intensivstation. Manchmal sind die Ursachen offensichtlich – die Alkoholintoxikation, der epileptische Anfall –, aber oft bedarf es des klinischen Blicks eines erfahrenen Neurologen und/oder Internisten, um der Ursache rasch auf die Spur zu kommen. Der Vielfalt der Ursachen und Differenzialdiagnosen von Bewusstseinsstörungen und Koma widmet sich das Mehrautorenbuch „Notfälle mit Bewusstseinsstörungen und Koma – Interdisziplinäre Fallbeispiele und Analysen“.



**Hans-Christian Hanse, Christian Dohmen, Thomas Els, Walter F. Haupt, Daniel Wertheimer, Frank Erbguth:** Notfälle mit Bewusstseinsstörungen und Koma. Interdisziplinäre Fallbeispiele und Analysen: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2019, 251 S., 49,99 Euro

zusammengetragen, von denen alle Kollegen profitieren, die in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation arbeiten und mit akuten Bewusstseinsstörungen konfrontiert sind. Auf 251 Seiten werden 36 Fälle gut illustriert und strukturiert vorgestellt. Vom Kind bis zum Senior – vom *Battered-Child-Syndrom* bis hin zum geriatrischen Patienten mit einer Hypo-natriämie oder einer seltenen Enzephalitis – werden geläufige und seltene Szenarien spannend und kenntnisreich dargestellt. In der Gesamtheit vermitteln die Fälle nicht nur einen hervorragenden Überblick über typische Symptome und Besonderheiten der Bewusstseinsstörungen, sondern zeigen auch die Schritte auf, die zur Diagnose führen. Anhand typischer computer- und kernspintomografischer Bilder sowie Laborbefunden aus Blut und Liquor werden differenzialdiagnostische Erwägungen dargelegt und therapeutische Entscheidungen begründet. Literaturangaben ermöglichen eine Vertiefung des Themas.

Highlights sind unter anderem die zerebrale Fettembolie nach einem Verkehrsunfall, eine Luftembolie nach akzidentellem Entfernen eines zentralen Venenkatheters, Intoxikationen und drogenassoziierte Funktionsstörungen des ZNS und seltenere metabolische Koma-Ursachen wie das Refeeding-Syndrom oder die Hashimoto-Enzephalopathie.

Einzig die Einteilung der Bewusstseinsstörungen nach Altersklassen wirkt etwas gezwungen und ist nicht immer hilfreich. Dafür animieren Titel wie „Zwei Schwestern mit fiebrhafter Wesensänderung“, „Somnolent nach dem Vatertagsausflug“ und „Der Nil kommt näher“ zum Schmökern und selber Erraten.

Insgesamt ein Buch, das eine Lücke füllt – kein Lehrbuch, sondern eine spannende interdisziplinäre Lektüre, die den klinischen Blick herausfordert und schärft!

*Prof. Dr. Joachim Röther,  
Neurologische Abteilung, AK Altona*



## DER NEUE CUPRA FORMENTOR. JETZT AB 289 € MTL.<sup>1</sup>

**310PS.  
DIE SYNTHESE AUS SUV UND COUPÉ.  
DER PERFEKTE ADRENALINSTOSS.  
JETZT PROBEFAHREN.**



CUPRA FOR BUSINESS

CUPRA

**THOMSEN**

**C. THOMSEN GmbH**

Kuehnstraße 91, 22045 Hamburg  
T. 040 66 86 14 25, wandsbek@auto-thomsen.de

**CUPRA Formentor VZ 2.0 TSI 4Drive 228 kW (310 PS) 7-Gang-DSG 228 kW (310 PS). Kraftstoffverbrauch: innerorts 9,6, außerorts 6,5, kombiniert 7,7 l/100 km; CO<sub>2</sub>-Emissionen: kombiniert 175 g/km. CO<sub>2</sub>-Effizienzklasse: D.**

289 € [zzgl. MwSt.] monatliche Leasingrate auf Grundlage der UVP von 46.115,- € bei 36 Monaten Laufzeit und jährlicher Laufleistung von bis zu 10.000 km. 0,- € Sonderzahlung. Überführungskosten werden separat berechnet. Ein Angebot der SEAT Leasing, Zweigniederlassung der Volkswagen Leasing GmbH, Gifhorner Straße 57, 38112 Braunschweig. Dieses Angebot ist nur für gewerbliche Kunden ohne Großkundenvertrag und nur bis zum 31.12.2020 gültig. Bei allen teilnehmenden SEAT Partnern in Verbindung mit einem neuen Leasingvertrag bei der SEAT Leasing. Die individuelle Höhe der Leasingrate kann abhängig von der Netto-UPE, Laufzeit und Laufleistung sowie vom Nachlass variieren. Bonität vorausgesetzt. Weitere Informationen bei uns im Autohaus.

**THOMSEN**

**Sie finden uns auch hier:**

21217Seevetal  
Glüsinger Straße 82, T. 04105 14 24 25  
seevetal@auto-thomsen.de

22549Hamburg  
Osdorfer Landstr. 238240 T. 040 807 888 25  
osdorf@auto-thomsen.de

21465Reinbek  
Möllner Landstraße 15, T. 040 881 629 125  
reinbek@auto-thomsen.de

24568Kaltenkirchen  
Senefelder Straße 2 T. 04191 50 70 625  
kaltenkirchen@auto-thomsen.de

# Assistierter Suizid: *Quo vadis?*

**Meinung** Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Urteil zum § 217 StGB zementiert, dass es Sterbehilfe völlig legal geben wird. Eine starre ablehnende Haltung der Ärzteschaft würde bedeuten, nicht-ärztlichen Suizidhelferinnen und -helfern das Feld zu überlassen. Wir sind aufgefordert, Lösungskonzepte zu entwickeln oder zumindest daran mitzuarbeiten.

Von Dr. Pedram Emami

Anfang des Jahres kam das lang erwartete Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum § 217 StGB. Innerhalb der Ärzteschaft gab es unterschiedliche Echos dazu: Während die einen sich in ihren Einschätzungen bestätigt sahen (unter den Klägern befanden sich auch Kolleginnen und Kollegen), bemängelten andere eine große Zäsur im Verständnis der Gesellschaft von ethischen Fragen. Die Kernbotschaften aus dem Urteil bzw. dessen Begründung sollen im Folgenden als Zitate hervorgehoben werden:

- „Er [der Gesetzgeber, Anm. d. Verfassers] muss ... sicherstellen, dass dem Recht des Einzelnen, sein Leben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt.“
- „Das Recht, sich selbst zu töten, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“
- „Aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidhilfe ab.“
- „Der Zugang zu Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung darf aber nicht davon abhängen, dass Ärzte sich bereit zeigen, ihr Handeln nicht am geschriebenen Recht auszurichten.“
- „Solange diese Situation fortbesteht [damit ist die strenge Regulierung in der ärztlichen Berufsordnung gemeint, Anm. des Verfassers], schafft sie einen tatsächlichen Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe.“
- „Daraus folgt nicht, dass der Gesetzgeber die Suizidhilfe nicht regulieren darf.“
- „Sie [Maßnahmen zur Regulierung, Anm. d. Verfassers] reichen von prozeduralen Sicherungsmechanismen, etwa gesetzlich festgeschriebener Aufklärungs- und Wartepflichten, über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders



**Dr. Pedram Emami**  
Präsident der Ärztekammer Hamburg

gefährdeter Erscheinungsformen der Suizidhilfe.“

Oder zusammengefasst: Das BVerfG räumt jeder Person das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben einschließlich Beihilfe hierzu ein. Allerdings kann und darf niemand zur Suizidbeihilfe verpflichtet werden. Eine gesetzliche Regelung erscheint sinnvoll, um vor allem Betroffenen ausreichend Schutz zu bieten. Die entscheidenden Botschaften aus der Begründung des Urteils sind also von überr-

schender Eindeutigkeit, sodass viele Fragen im Sinne der Betroffenen ebenso wie im Interesse der Ärzteschaft ebenso klar beantwortet werden sollten.

Beachtenswert aus meiner persönlichen Sicht aber ist eine Botschaft, die da zwar nicht ausgesprochen wird und dennoch mitschwingt: Nämlich die Ansage, dass eine starre und grundsätzlich ablehnende Haltung der Ärzteschaft in dieser Frage zur Folge haben wird, dass vornehmlich geschäftsmäßige Angebote nicht-ärztlicher Suizidhelferinnen und -helfer den Ton angeben werden – damit werden wir indirekt aufgefordert, Lösungskonzepte zu entwickeln oder zumindest mitzuarbeiten. Wie sollen diese aber aussehen? Und wo sehen wir uns?

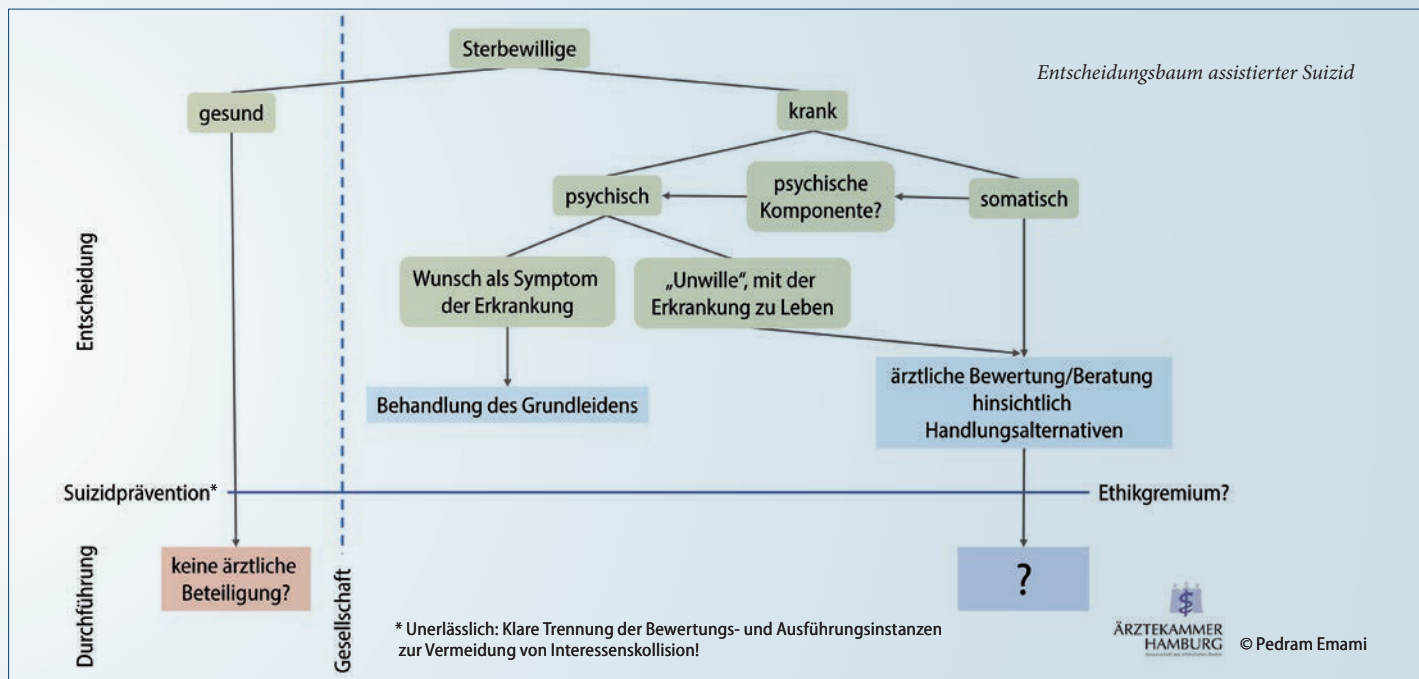
## Gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe im Rückblick

Bevor wir den Blick in die Zukunft richten, sollte eine kurze Rückschau erlaubt sein:

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Der Paragraph 16 der Musterberufsordnung (MBO) wurde in dieser Formulierung auf dem 114. Deutschen Ärztetag mit einer großen Mehrheit beschlossen. Die Übernahme in die Berufsordnung (BO) der Landesärztekammern aber war alles andere als homogen. So haben wir z. B. in Hamburg die Formulierung in unveränderter Form übernommen, in Baden-Württemberg blieb nur der erste Satz. Damit wurden unterschiedliche Auffassungen innerhalb der Ärzteschaft immer deutlicher. Im Sommer 2008 war das Thema über Hamburg hinaus medial dominant, als Roger Kusch, ehemaliger Innensenator der Freien und Hansestadt Hamburg, mitteilte, einer





79-jährigen Frau beim Suizid assistiert zu haben. Die zum Teil in dieser Zeit gegründeten Sterbehilfevereine betonten, nicht „gewerbsmäßig“, also ohne Gewinnerzielungsabsicht zu agieren, sondern wie Selbsthilfevereine, die von Mitgliederbeiträgen finanziert werden, lediglich die Interessen ihrer „Mitglieder“ zu vertreten.

Der im Jahr 2015 neu geregelte § 217 StGB untersagte jede organisierte Form der Suizidassistenten, unabhängig davon, ob dabei Gewinne erwirtschaftet wurden oder nicht, und zielte dabei auf genau diese Vereine:

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Wie einige fanden, ließ sich die Rolle der Ärzteschaft in diesem Prozess nicht eindeutig klären: Machen sich Ärztinnen und Ärzte strafbar, wenn sie als Einzelpersonen beim Suizid assistierten? Immerhin sprachen sich ja bei repräsentativen Umfragen bis zu 30 Prozent der Ärzteschaft für einen ärztlich assistierten Suizid (allerdings bei unheilbar Kranken) aus (Allensbach, 2010).

Ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus 2017 eröffnete den Sterbewilligen die Möglichkeit, im „extremen Einzelfall“ Betäubungsmittel zum Zwecke der Selbsttötung beim Staat zu beziehen. Im Folgejahr sind über 100 Anträge beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingegangen. Allerdings untersagte das Bundesministerium für Gesundheit die Ausgabe solcher Mittel. Damit war faktisch jedwede Art (assistierten) Suizids auf legalem Wege in Deutschland unmöglich. Dieser Umstand führte schließlich zu Klagen von Betroffenen, Sterbehilfevereinen, aber

auch Befürworterinnen und Befürwortern aus der Ärzteschaft. In einer zweitägigen Anhörung im Frühjahr 2019 wurden neben den Klägerinnen und Klägern Sachverständige aus der Psychiatrie, Onkologie, Palliativmedizin usw. ebenso befragt wie Vertreter der Ärztekammern Hamburg und Baden-Württemberg (stellvertretend für die beiden genannten unterschiedlichen Formulierungen in der BO).

## Was das Urteil zum § 217 für die Ärzteschaft bedeutet

Es entstand der Eindruck einer dissoziierten Entwicklung: Während Teile der praktizierenden Ärzteschaft mit relevanten Teilen der Öffentlichkeit für eine – zugegeben unterschiedlich definierte – Liberalisierung der Suizidhilfe plädierten, suchte die Mehrheit der verfassten Ärzteschaft nach Möglichkeiten, den damaligen Status quo beizubehalten.

Nun ist das Urteil da, und wir stehen, wie ich denke, vor der besonderen Situation, dass

- es Suizidassistenten unweigerlich völlig legal geben wird;
- wir aufgrund der Vorgaben des BVerfG Anpassungen an der Berufsordnung vornehmen müssen;
- die Befürchtung begründet wäre, dass – im Falle ärztlicher Verweigerung – zunehmend Selbsthilfevereine geschäftsmäßig Sterbehilfe anbieten werden;
- unser medizinischer Sachverstand uns einen anderen Blick auf die hiermit verbundenen Fragen erlaubt, als es anderen möglich wäre, und damit der erwünschten Regulierung wichtige Aspekte und Argumente liefern könnte.

Die Bundesärztekammer sieht aktuell eine mögliche Lösung des Konflikts darin, in Analogie zur Formulierung aus Baden-Württemberg lediglich den zweiten Satz aus der MBO zu streichen. So wäre der Widerspruch zum Gesetz bzw. dem BVerfG-Urteil gelöst. Da-

mit wäre zwar uns Landespolitikerinnen und -politikern leicht geholfen und das „Problem pragmatisch gelöst“. Faktisch wäre aber weder den Betroffenen geholfen und noch sind diejenigen Ärztinnen und Ärzte geleitet, die willens sind, Suizidhilfe zu leisten. Denn es geht um viel mehr als die Frage: Wer macht das? Die viel wichtigeren Fragen sind aus meiner Sicht (Abb. 1): Was fließt alles in eine solche Entscheidung ein? Wie ist der Sterbewunsch psychologisch zu bewerten? Gibt es Handlungsalternativen, die für Betroffene akzeptabel wären? Wer berät Betroffene und wer assistiert beim Suizid? Schließlich muss m. E. die Ebene der Bewertung des Suizidwunschs dabei unbedingt von der Ebene der Durchführung getrennt werden, um dadurch „Interessenkonflikte“ zu vermeiden. Und: So komplexe Fragen können nicht jeweils von einer/m einzelnen Ärztin/Arzt beantwortet werden (das tun wir schließlich bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der 12. SSW auch nicht).

Unter ethischen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten ergeben sich für mich nun folgende Fragen:

Dürfen ethische und Gewissensfragen nach einfachen Mehrheitsverhältnissen beantwortet werden? Kann der Konsens innerhalb der Gesellschaft (und in der Ärzteschaft) nicht darin bestehen, dass es bei solchen Fragen eben keine einheitliche Standardlösung geben muss? Wäre bei so eng gefassten ethischen Fragen nicht gerade ein breiter Entscheidungsfreiraum die vereinende Antwort? Wäre nicht gerade die Ärzteschaft – aus der Verpflichtung ihrer Kompetenz und ihrer Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten heraus – in der Verantwortung, zumindest an Lösungsvorschlägen für die Politik mitzuarbeiten?

**Welche Meinung haben Sie zu dem Thema? Schreiben Sie an E-Mail: [praesident@aekhh.de](mailto:praesident@aekhh.de)**

**Vertreterversammlung der KVH** Die Sitzung der Vertreterversammlung der KV Hamburg am 1. Oktober 2020 zeigte, dass die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten einen außerordentlichen Beitrag zur Eindämmung der Corona-Pandemie in Hamburg geleistet haben und weiter leisten. Ärztliche Selbstverwaltung und KV erweisen sich umso mehr in der Krise als hochgradig leistungsfähig, flexibel, kreativ und hilfsbereit. Das nimmt die Stadt Hamburg zunehmend zur Kenntnis. *Von Dr. phil. Jochen Kriens*

# „Ein Abend der guten Nachrichten“

Mit einem Blick auf die „Strategische Erfolgsposition“, mit der die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) ihren Selbstanspruch als „kompetenteste und führende Anbieterin für die Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung in Hamburg“ definiert, läutete der Vorstandsvorsitzende der KVH Walter Plassmann seinen Bericht an die Vertreter ein. „Dieses Leitbild haben wir uns vor einigen Jahren selbst gegeben – jetzt haben wir es erreicht!“ Die Institution der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, so Plassmann, werde mittlerweile als wichtiger Ansprechpartner in vielen Fragen der gesundheitlichen Versorgung – weit über den ambulanten Bereich hinaus – wahrgenommen, die gute Zusammenarbeit mit Behörden, Senat und Medien belege dies. „Hier in Hamburg hat man verstanden, dass das selbstverwaltete ambulante System in der Lage ist, die Versorgung kreativ und flexibel zu gestalten – und darüber hinaus außergewöhnliche Aufgaben zu meistern.“ Bewiesen worden sei dies vor allem während der Corona-Pandemie in diesem Jahr, durch den täglichen Einsatz der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Teams in den Praxen, durch die Bewältigung höchster Anforderungen im Arztruf Hamburg und mit der Übernahme von Tätigkeiten, „die eigentlich nicht von unseren hoheitlichen Aufgaben umfasst sind, etwa der Testung von asymptomatischen Personen in eigens errichteten Testzentren oder der Beschaffung von Schutzmaterialien.“ Die elementare Voraussetzung dafür, dass all dies in der Kürze der Zeit zu bewerkstelligen gewesen sei, liege im System der Selbstverwaltung selbst, seiner Leistungskraft, Flexibilität und Hilfsbereitschaft. „Hinzu kommt – und das stellt sich jetzt nachträglich als eine ganz wichtige zukunftsweisende Entscheidung heraus –, dass Sie, die Mitglieder der Vertreterversammlung, im Jahr 2017 grünes Licht gegeben haben für den „Arztruf Hamburg“ – und damit die Strukturen schufen, auf die wir jetzt in der Pandemie ohne Zeitverzug aufbauen konnten.“ Durch die ganztägige Erreichbarkeit der Telefonzentrale, den 24/7-Betrieb des fahrenden Notdiensts und die telefonische Beratung sei es möglich gewesen, unverzüglich den Kampf gegen die Ausbreitung des Virus aufzunehmen – und die Praxen in ihrer täglichen Arbeit unter verschärften Bedingungen dadurch aktiv zu unterstützen. „Sie dürfen durchaus stolz sein, am Bollwerk gegen die Pandemie, wie Gesundheitsminister Jens Spahn das ambulante System bezeichnete, mitgearbeitet zu haben.“

## Honorarergebnisse

Auch die Abteilungen der KVH, die mit den Honorarabrechnungen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten betraut sind,

seien durch Corona mit einem erheblichen Mehraufwand an Arbeit konfrontiert, fuhr Plassmann fort: „Die Herausforderung der letzten Monate waren auch hier immens, da neben den sehr komplexen Honorar- und Bereinigungsregularien durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) mit der EBM-Reform und dem Corona-Rettungsschirm zusätzliche Komplikationen operationalisiert werden mussten. „Trotzdem ist es gelungen, alle Abrechnungsbescheide pünktlich und ohne regelhafte nachträgliche Korrekturbescheide zu versenden. Für diese Leistung gebührt den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern höchster Dank.“

Plassmann lenkte daraufhin den Blick auf die signifikantesten Abrechnungsergebnisse des zweiten Quartals: „Die Musik des TSVG spielt, wie erwartet, tatsächlich bei den Neupatienten, diese haben den größten Effekt auf das TSVG-Honorar: Durch Neupatienten konnten die Haus- und Kinderärzte im 2. Quartal 7,5 Millionen Euro, die Fachärzte gut 31 Millionen Euro zusätzliches Honorar generieren.“ Es sei hierbei richtig gewesen, den Status ‚Neupatient‘ in den Abrechnungen der Ärzte automatisch durch die KV zusetzen zu lassen. „Damit konnten wir den Praxen viel Arbeit ersparen.“ Außerdem wies Plassmann darauf hin, dass die Bereinigung der TSVG-Konstellationen mit dem Ablauf des August vollständig abgeschlossen sei. „Wenn es keine Veränderungen in der Praxis gibt, dann gibt es auch keine Honorarereinbußen.“ Die Entwicklungen zeigten, dass die Anzahl der Neupatienten wohl stabil bleibe, wenn nicht gar nach einem coronabedingten Patientenrückgang weiter steigen. „Es bietet sich an, Patienten künftig auch stärker in die offene Sprechstunde zu lenken und Termine über die Terminservicestelle (TSS) 116117 zu vergeben. „Unser Ziel ist, dass die Möglichkeiten, die wir haben, etwa Termine über den eTerminservice zu vermitteln, noch intensiver genutzt werden.“ Deshalb appellierte Plassmann an die KV-Mitglieder, verstärkt Termine in das Online-Tool der TSS einzustellen.

## Corona-Rettungsschirm

Im ersten Quartal des Jahres, so Plassmann, sei die Anzahl der Praxen, die den Rettungsschirm nutzten, sehr moderat gewesen: Hinsichtlich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) seien es drei hausärztliche und 206 fachärztliche Praxen gewesen, in der extrabudgetären Gesamtvergütung insgesamt 267 Praxen. Im zweiten Quartal seien es in der MGV 20 hausärztliche und 302 fachärztliche Praxen und in der EGV insgesamt 592 Praxen, die den Rettungsschirm in Anspruch genommen hätten. Der Anstieg dieser Zahlen





Moderner und übersichtlicher:  
Die Webseite der KVH im neuen Gewand

verdeutliche, dass es in diesem Quartal doch in zum Teil signifikanter Weise weniger Fälle gegeben hat. „Die Intensität der Veränderung schwankt sehr stark je nach Fachgruppe, insgesamt verzeichnen wir einen Fallzahlrückgang im 2. Quartal 2020 zum 2. Quartal 2019 von -15,4 Prozent. Insofern ist es gut, dass es den Rettungsschirm gibt. Er sorgt dafür, dass der Rückgang der Honoraranforderung nur geringfügigen Niederschlag auf die Auszahlung hat und insofern kein Arzt und kein Psychotherapeut sich Sorgen machen muss, wegen Corona in finanzielle Nöte zu geraten.“ Dennoch riet Plassmann dazu, die Praxen, wenn dies möglich sei, jetzt im Herbst wieder im normalen Umfang zu betreiben.

## Verhandlungsergebnisse

Plassmann berichtete über die Ergebnisse der Honorarverhandlungen mit den Kassen für 2021: „Es stellt sich jetzt heraus, wie gut es war, dass wir vor Jahren den Hamburger Zuschlag auf den Orientierungspunktwert (OPW) in einem jahrelangen Rechtsstreit gegen die Kassen durchgesetzt haben. Der Aufschlag führt dazu, dass wir in Hamburg trotz negativer Morbiditätsrate, die u. a. auf eine jünger werdende Bevölkerung zurückzuführen ist, einen höheren Punktwertaufschlag haben als alle anderen KVen in Deutschland.“ Mit der regionalen Übernahme des enttäuschenden Verhandlungsergebnisses auf Bundesebene (plus 1,25 Prozent auf den OPW) und dem Hamburger Zu-

schlag i. H. v. 1,667 Prozent liege der Hamburger OPW ab dem nächsten Jahr bei 11,3098 Cent. Weitere Änderungen für 2021 seien nicht verhandelt worden, da die Bedingungen für die erfolversprechende Forderung nach zusätzlichem Geld in diesem Jahr in Hamburg nicht erfüllt gewesen seien. Durchschlagenden Erfolg konnte die KVH allerdings bei den Verhandlungen mit den Kassen zur Übernahme der coronabedingten zusätzlichen Ausgaben erreichen. Die Krankenkassen übernahmen in Hamburg mit rund 32,67 Millionen Euro sämtliche zusätzlichen Kosten, die der KVH durch die Pandemie, größtenteils durch die Beschaffung von Schutzmaterialien, entstanden seien, komplett. „Das ist ein immenser Erfolg, der unserem Verhandlungsteam, den Geschäftsführern John Afful und Jens Remmert sowie dem Abteilungsleiter und Haushaltsbeauftragten Stefan Hammersen gelungen ist“, so Plassmann. Die VV-Mitglieder würdigten diese herausragende Leistung mit starkem Applaus.

## Website-Relaunch

Zum Abschluss seines Berichts präsentierte Plassmann der VV noch die neue Website der KVH, die an diesem Tag live geschaltet worden war. Sie bietet neben neuesten Sicherheits- und Datenschutzstandards einen modernen Look und eine nutzerfreundliche Suchfunktion, die schnell zu den gewünschten Ergebnissen führt. Mehr dazu auf [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)

 **dgppn**  
Kongress



Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.



# 2020

26.–28.11.2020

**Insgesamt über 80  
CME-Punkte möglich!**

**Jetzt registrieren:**  
[dgppnkongress.de](http://dgppnkongress.de)



## Arztruf Hamburg

„Die Zahlen steigen wieder.“ Caroline Roos, die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, skizzierte die Entwicklungen im „Arztruf Hamburg“ in den ersten neun Monaten des laufenden Jahres, berichtete von der massiven Ausweitung des Anrufer- und Einsatzaufkommens in der Hochphase der Pandemie (insgesamt 272.429 Anrufe im März), einer relativen Beruhigung auf hohem Niveau im Sommer (Juni: 30.000 Anrufe, Juli: 40.000 Anrufe) und einem Wiedererstarren der Inanspruchnahme seit August mit über 100.000 Anrufen: „Diese Corona-Pandemie zeigt, wie stark und leistungsfähig das ambulante System tatsächlich ist. Durch den ‚Arztruf Hamburg‘ waren wir in der Lage, von Anfang an unsere Strategie im Kampf gegen die Pandemie umzusetzen, nämlich die räumliche Trennung von symptomatischen und asymptomatischen Menschen zu gewährleisten. Wir konnten die Praxen in ihrer Arbeit dadurch unterstützen, dass wir mit dem fahrenden Notdienst die Testungen von infektiösen Patienten durchgeführt haben sowie die Testung von symptomlosen Menschen in eigens eingerichteten Testzentren.“ Parallel haben viele Praxen durch sogenannte Infektsprechstunden, in denen Patienten mit Erkältungssymptomen ambulant behandelt werden, zusätzlich dafür gesorgt, dass die Krankenhäuser sich tatsächlich auf die schweren Fälle konzentrieren konnten. „Dass dieses System funktioniert, haben wir gezeigt. Die wesentlichen Vorteile liegen darin, dass wir jederzeit auf allen Ebenen, in der Notdienstzentrale des Arztrufs (116 117), in der telefonischen Beratung, im fahrenden Notdienst, die Kapazitäten hochfahren können – je nachdem wie sich das Infektionsgeschehen und die Nachfrage entwickeln.“



## TI-Anwendungen

Im zweiten Teil ihres Berichts informierte Roos über den aktuellen Stand der geplanten Anwendungen der Telematikinfrastruktur: „Mit ‚KIM‘ dem neuen Standard für die ‚Kommunikation im Medizinwesen‘ ist es (künftig) sicher möglich, eArztbriefe, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), Befunde oder ganz einfach eine Nachricht digital zu versenden.“ Voraussetzungen seien ein elektronischer Heilberufsausweis der 2. Generation für die rechtsverbindliche digitale Unterschrift (qualifizierte elektronische Signatur, QES), ein entsprechendes Update des Praxisverwaltungssystems (PVS) und ein eHealth-Konnektor, zu dem ein bereits in der Praxis vorhandener TI-Konnektor durch ein Software-Update aufgerüstet werden könne. Roos wies darauf hin, dass es gelungen sei, eine Verschiebung des verpflichtenden Einsatzes der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 1. Januar 2021 auf den 1. Oktober 2021 zu erreichen. Ursache sei, dass nicht alle Konnektor-Hersteller die notwendigen Updates rechtzeitig bereitstellen können, was vor allem an sicherheitsbedingt zeitaufwendigen Zertifizierungen und auch an durch Corona erschwerten Feldtestungen liege. Eine möglichst baldige Umsetzung des Konnektor-Updates sei aber unbedingt zu empfehlen, da ohne eHealth-Konnektor

auch der für die Praxis mehrwertige KIM-Dienst nicht genutzt werden könne. Außerdem erneuerte Roos ihre Forderung an den Gesetzgeber, die Niedergelassenen bei den Kosten zur Sicherstellung der IT-Sicherheit finanziell ebenso zu unterstützen wie die Krankenhäuser. „Es kann nicht sein, dass den Krankenhäusern per Gesetz 3 Mrd. Euro zugesprochen werden und die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten diese Investitionen selbst stemmen sollen, ohne dass die Mehrkosten im EBM Berücksichtigung finden.“ Nach einem Blick auf das jüngst in Kraft getretene Patientendatenschutzgesetz und die ab dem 30. Juni 2021 geltende vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Verpflichtung, Daten und Befunde der Behandlung auf Patientenwunsch in der elektronischen Patientenakte abzulegen, beendete Roos ihren Bericht mit dem Umsetzungsstand der Hamburger Vision einer digitalen Terminplattform 116 117 (Arztruf Hamburg). Die Selbstbuchung von ärztlichen und psychotherapeutischen Terminen sei bereits im Herbst letzten Jahres umgesetzt worden, die Wunscharztssuche sei coronabedingt zeitlich etwas verspätet im Frühsommer gefolgt. Was noch fehle, sei, dass es zu einer Synchronisation zwischen Praxisverwaltungssystem (PVS) und eTerminservice kommt. „Das ist notwendig, damit ein vom Patienten gebuchter Termin sofort automatisch im Terminkalender der Praxis angezeigt wird und ein in der Praxis vergebener Termin gleichermaßen nicht mehr für Patienten im Online-Tool der TSS sichtbar ist.“ Voraussetzung dafür sei, dass es eine technische Schnittstelle gibt, die von den PVS-Herstellern umgesetzt werde. Der KBV-Vorstand habe das Thema, so Roos, inzwischen priorisiert und setze sich für die Schaffung der notwendigen Voraussetzungen auf Bundesebene ein. „Damit können wir signifikante Mehrwerte für unsere Mitglieder und die Patienten schaffen.“

## KVH als Vorreiter

„Dies ist der Abend der guten Nachrichten!“, fasste der Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Dirk Heinrich die beiden Vorträge des Vorstands zusammen. „Wir sehen, dass wir als Institution der Selbstverwaltung in vielem, was wir tun, erfolgreich sind. Wir haben in diesem Jahr mit der Beschaffung von Schutzausrüstung und der Testung von symptomlosen Menschen sogar Aufgaben übernommen, die im Grunde gar nicht von unserem hoheitlichen Auftrag der ambulanten Versorgung abgedeckt sind.“

Auch wenn es für viele Praxen bislang ein schwieriges Jahr gewesen sei, gebe es doch zahlreiche Entwicklungen, über die sich die Vertragsärzte und -psychotherapeuten freuen können, etwa den sensationellen Erfolg bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen zur vollständigen Übernahme der Corona-Kosten und die Umsetzung des Rettungsschirms. „Außerdem sehen wir jetzt, dass unsere damalige Einschätzung des TSVG als ‚Anfang vom Ende des Budgets‘ richtig gewesen ist; jetzt profitieren wir von diesen Honorarzuwächsen.“ Es würde darüber hinaus jetzt in vollem Umfang offensichtlich, dass der Kampf für die Erhöhung des Hamburger Punktwerts und die Einführung des Arztrufs Hamburg wegweisende Entscheidungen gewesen seien, die die KVH in vielerlei Hinsicht zu einem Vorreiter unter den KVen macht. Heinrich dankte im Namen der VV dem Vorstand, den Geschäftsführern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die ebenso wie die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in der Corona-Pandemie über sich hinausgewachsen seien. „Wir können uns ruhig auch mal selbst loben, ein bisschen wenigstens.“

## Haushalt

Die VV entlastete den Vorstand für das Haushaltsjahr 2019, nachdem der Revisionsverband sein Testat erteilt hatte.

*Dr. phil. Jochen Kriens ist Leiter der Abteilung Politik und Öffentlichkeitsarbeit der KVH*



### Chronik der Corona-Pandemie in Hamburg, Teil 3

Nach ein paar Wochen Verschnaufpause von Mitte Mai bis Ende Juli zieht die Zahl der Neuinfektionen seit August wieder an. Auch in der KVH ist Corona wieder das beherrschende Thema. Die im Frühjahr entwickelten Strukturen werden wieder hochgefahren und kontinuierlich angepasst. Angst vor einer unkontrollierbaren zweiten Welle hat unter den Akteuren niemand. Sorge bereitet vielmehr die wachsende Spaltung der Gesellschaft in Bezug auf die Corona-Pandemie. Und es macht sich auch Frust breit angesichts allzu kleinteiliger Regelungen im Umgang mit dem Virus.

Von Antje Thiel

# Gut gerüstet für die Infektsaison

Die Zahlen sprechen für sich: Ende März meldete die Hamburger Behörde noch bis zu 1.200 Neuinfektionen mit SARS-Cov-2 pro Woche. Ab Mitte Mai war die Zahl der gemeldeten Fälle pro Woche durchgängig zweistellig, Ende Mai und Anfang Juni wurden teilweise nur etwa 20, im Juli streckenweise sogar weniger als zehn nachgewiesene Neuinfektionen pro Woche registriert. „Wir hatten eine herrlich ruhige Phase im Sommer. Die Regelungen liefen weiter, es kamen aber kaum neue Fälle dazu“, erinnert sich Dr. Andreas Walter, Leiter der Praxisberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH). Doch seit Ende Juli ist die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen pro Woche wieder dreistellig, in den ersten Oktoberwochen waren es wöchentlich zwischen 500 und 750 neue Fälle. Entsprechend nimmt das Corona-Virus auch im KV-Betrieb wieder großen Raum ein.

Vieles lässt sich inzwischen leichter organisieren als zu Beginn der Pandemie. Das weiß kaum jemand besser als André Volk, der im Notdienstbüro den Arzt Ruf Hamburg (116 117) und den fahrenden Besuchsdienst organisiert. „Die Pandemie ist keine unbekannte Größe mehr. Wir haben eine Vorstellung von dem, was da auf uns zukommt. Außerdem sind alle Wege geebnet. Wir wissen, bei welchen Personaldienstleistern wir nach Verstärkung für unsere Telefon-Hotline fragen



Nasen-Rachen-Abstrich: Im Herbst und Winter wird es in Sachen Corona wieder mehr zu tun geben

**Di., 19.5.2020**

Erstmals seit Beginn der Pandemie wird in Hamburg kein einziger neuer Corona-Fall gemeldet

**Mi., 10.6.2020**

Dr. Melanie Leonhard (SPD) wird als neue Gesundheits-senatorin bestätigt

**Mi., 17.6.2020**

Die Corona-Warn-App der Bundesregierung startet

**Do., 23.7.2020**

Zahl der Neuinfektionen in Hamburg steigt erneut an, täglich wieder zweistellige Fallzahlen gemeldet

**Fr., 24.7.2020**

Schulbehörde schließt Vertrag mit KVH zur kostenlosen Testung von Schulbeschäftigten und Lehrkräften





Pressekonferenz anlässlich der Eröffnung des Testzentrums am Hauptbahnhof:  
Dr. phil. Jochen Kriens, Pressesprecher der KVH, Vorstandsvorsitzender Walter Plassmann und Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVH (v. l.)



können. Dasselbe gilt für zusätzliche Autos, Telefone oder Tablet-PCs für den fahrenden Dienst. „Dieser ist derzeit wieder durchgehend mit 12 bis 13 Autos unterwegs und unterstützt dabei auch das Gesundheitsamt, wenn zum Beispiel nach Ausbrüchen in Kitas oder Seniorenheimen viele potenziell Infizierte auf einmal getestet werden müssen.“

Mit dabei ist auch der Hausarzt Dr. Björn Pary, stellvertretender Vorsitzender der KVH-Vertreterversammlung: „Ich arbeite aktuell wieder zwei Tage pro Woche im fahrenden Dienst und an den restlichen drei Tagen in meiner Praxis.“ Er hat den Eindruck, dass infolge der Kontaktbeschränkungen und AHA-Regeln weniger Menschen als in den Vorjahren gewöhnliche Infekte haben. Trotzdem herrscht in den Praxen großer Andrang, weil viele Patienten verunsichert sind und deshalb auch bei scheinbaren Banalitäten ärztlichen Rat suchen. „Respekt ist weiter angesagt, aber keine Panik. Es gibt Menschen, die sich nach so langer Zeit immer noch nicht trauen, ihren Freunden auf fünf Meter nahezukommen. Und andererseits Leute, die mit 10.000 anderen auf eine Demo gehen. Diese gesellschaftliche Spaltung ist der wahre Schaden“, findet Pary. Ähnlich sieht es auch der KVH-Vorstandsvorsitzende Walter Plassmann, der Mitte September mit einem Gastkommentar im Hamburger Abendblatt bundesweit für Schlagzeilen sorgte. Insbesondere an die Adresse von Markus Söder gerichtet, warnte er darin, die ständigen Hiobsbotschaften könnten die Gesellschaft krank machen. Der bayerische Ministerpräsident hatte zuvor das Gespenst einer „Corona-Schockwelle“ an die Wand gemalt, die drohe, wenn das Virus mit einer Grippe zusammenträfe. In seinem Kommentar forderte Plassmann zu mehr Gelassenheit im Umgang mit dem Virus auf: „Dann hätten die Menschen wieder die Chance, zur Ruhe zu kommen, unaufgeregt die Hygieneempfehlungen umzusetzen, anstatt diese als Angriff auf ihre Persönlichkeitsrechte zu verstehen. Und dann würden wir im Winter auch nicht hinter jeder Triefnase eine tödliche Bedrohung vermuten.“

## Hamburger Ärztechef fordert mehr Gelassenheit im Umgang mit Corona

**Plassmann: Hiobsbotschaften machen Menschen krank. Virologe Hendrik Streeck regt „Strategiewechsel“ an**

HAMBURG | Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der Kassennärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH), fordert mehr Gelassenheit im Umgang mit der Corona-Pandemie. In einem Gastbeitrag für das Hamburger Abendblatt kritisiert der KVH-Chef, dass die Diskussion von der Kassenärztlichen Vereinigung über die Bewältigung der Pandemie, die „wirklich viele Leben“ nicht vollziehen. „Was kommt aber nicht und im Arzte-Höring“ überlässt sie dem Menschen in seiner Gesamtheit konzentriert sind. Und dieser für den Moment in April aufzulassen, dass es eine Dilemma gibt zwischen der poli-

## Gelassen durch den Winter

Hamburgs Arzte-Chef fordert: Wir müssen die Corona-Pandemie endlich richtig einordnen

WALTER PLASSMANN

Es gibt eine „Corona-Schockwelle“, sagt Bayerns Ministerpräsident Markus Söder (CSU) in einem Interview vor etlichen Wochen. Er meint damit die Gefahr, dass die Pandemie im Winter zu einer Grippe zusammentrifft. Das ist eine gefährliche Vorstellung, die wir uns nicht leisten können. Die Corona-Pandemie ist eine Herausforderung, die wir bewältigen müssen. Wir müssen die Corona-Pandemie endlich richtig einordnen. Wir müssen die Corona-Pandemie endlich richtig einordnen. Wir müssen die Corona-Pandemie endlich richtig einordnen.

Sorge Mitte September u. a. mit einem Gastkommentar im Hamburger Abendblatt für Aufsehen: Walter Plassmann

Nicht häufig sein indes Aufkommen von Patienten wie Markus Söder (CSU), der zuletzt von einer „Corona-Schockwelle“ sprach, lautet seine Corona-Hiobsbotschaften setzen die Gesellschaft unter Stress, vorzeitigste Hilfe-Krankheit verleihe bis auf „extrem wenige Einzelfälle“ nicht oder gänzlich keinen Grund zur Sorge. Zwar seien Schätzungen ungenau, „aber es ist kein Alltagsphänomen“, das uns zwingt, im ärztlichen Handeln zu stehen, bis der Spuk vorbei ist.“ Ein solches Ziel, das eine realistische Einschätzung zur Pandemie beinhalte, so der KVH-Chef.

## Wegen Umgang mit dem Virus Hamburger Ärzte-Chef knöpft sich Corona-Mahner vor: „Machen die Gesellschaft krank“

Walter Plassmann ruft in der Corona-Debatte auf mehr Gelassenheit auf. Der Chef der Kassennärztlichen Vereinigung Hamburg warnt vor einer Dramatisierung, die die Gesellschaft krank mache - und kritisiert vor allem Markus Söder eindringlich.

„Die große Gefahr“, warnte Markus Söder vor einer Woche, „ist immer der exponentielle Sprung und die Unkontrollierbarkeit des Geschehens“. Der bayerische Ministerpräsident prägte dabei den Begriff „Corona-Schockwelle“. Diese Welle drohe, dass das Virus mit einer Grippe zusammenträfe.

Die Worte des CSU-Politikers im Gespräch mit dem „Hamburger Abendblatt“ fallen nach, in Hamburg und darüber hinaus. Doch Walter Plassmann will und kann diese so nicht stehen lassen.

Fr., 31.7.2020

Corona-Testzentrum am Hamburger Flughafen startet Testung von Rückkehrern aus Risikogebieten

Mo., 3.8.2020

Die KVH richtet Corona-Testzentren in Altona und Farmsen ein

Sa., 15.8.2020

Tausende „Querdenker“ demonstrieren in Hamburg gegen die Corona-Schutzmaßnahmen

Di., 18.8.2020

UKE-Publikation im Lancet zu Organbefall – erhöhtes Risiko für Sterblichkeit und akutes Nierenversagen

Do., 3.9.2020

Die KVH eröffnet neues Corona-Testzentrum für Reiserückkehrer am Hauptbahnhof





Seit dem 3. September 2020 werden im KVH-Testzentrum am Hauptbahnhof Reiserückkehrende sowie u. a. Menschen, die eine Warnung über die Corona-Warn-App erhalten, jedoch keine Symptome haben, getestet

mann. Immerhin hat er den Eindruck, dass sich der Ton der Berichterstattung ein wenig gewandelt hat: „Es wird mittlerweile weniger Panik und Stress verbreitet.“

Stressfaktoren gibt es im Zuge einer Pandemie auch ohne überzogene Angst vor dem Virus zur Genüge. So halten die seit dem Sommer schnell getakteten Neuregelungen die Selbstverwaltung auf Trab. Am 31. Juli – wohlgermerkt ein Freitag – wurde eine neue Bundesverordnung zur Erweiterung der Testungen verabschiedet, die schon tags darauf umgesetzt werden sollte. Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, Caroline Roos, sagt dazu: „Das war der Anfang einer chaotischen Phase. Bis zu diesem Punkt hatten wir die Behandlung von kranken Menschen noch strikt vom Seuchenschutz getrennt, mit dem 1. August änderte sich das.“ Neben Menschen mit Symptomen hatten nun viele weitere einen Anspruch auf einen Corona-Test: nach einer Risikowarnung durch die Corona-Warn-App, nach Testanordnung durch die Behörde, als Beschäftigte an Schulen – und als Reiserückkehrer aus dem Ausland, ob nun Risikogebiet oder nicht.

## Ansturm auf Testzentrum blieb aus

Die KVH machte sich ans Werk. Als Testzentren nutzte sie aus pragmatischen Gründen zunächst die Container, die man schon im Frühjahr als Infektpraxen vor den Notfallpraxen Altona und Farmsen einsetzen wollte. Im Mai wurde das Konzept angesichts sinkender Infektionszahlen wieder auf Eis gelegt, doch Anfang August erwiesen sich die Container als Segen: „Nur so konnten wir die neue Rechtsverordnung binnen eines Tages umsetzen“, erklärt Carmen Rehbock, Leiterin der KVH-Notfallpraxen. Zusätzlich eröffnete die KVH in Zusammenarbeit mit der Sozialbehörde am 3. September am Hauptbahnhof ein Testzentrum aus sechs miteinander verbundenen Containern und einem Wartezelt. Hier sind täglich bis zu 2.000 Tests an symptomfreien und testberechtigten Personen möglich. „Wir haben mit acht Aufnahme- und drei Abstrichplätzen begonnen“, berichtet Rehbock. Doch der erwartete Ansturm blieb aus: „Längst nicht alle Reiserückkehrer aus Risikogebieten, die mit einem Bus am ZOB ankommen, lassen sich testen. Wir kommen nur auf etwa 400 bis 500

## Bock auf eine neue Bank?



Mit der **mediserv Bank** kombinieren Sie **Bank** und **Privatabrechnung** optimal und können so Ihre Finanzen intelligent gestalten.

- ✓ **Liquiditätssicherung für Ihre Praxis**
- ✓ **Zugang zu KfW Fördermitteln**
- ✓ **Investitionsfinanzierung**
- ✓ **100 % Ausfallschutz**
- ✓ **100 % Sofortauszahlung**

**Neu: Existenzgründungsberatung**

**Einfach unverbindlich informieren oder direkt einen Termin vor Ort vereinbaren:**  
[www.mediserv.de](http://www.mediserv.de) oder 06 81 / 4 00 07 97

mediserv Bank GmbH  
 Am Halberg 6 | 66121 Saarbrücken

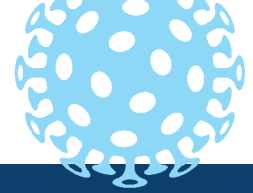
**Mo., 14.9.2020**

In einem Gastkommentar im Hamburger Abendblatt fordert KVH-Chef Walter Plassmann zu mehr Gelassenheit auf

**Di., 15.9.2020**

Neue bundesweite Teststrategie: Kein pauschaler Testanspruch mehr für alle Reiserückkehrer

**mediserv**  
 DIE DIREKT BANK IN DER PRIVATABRECHUNG



Tests pro Tag und haben unsere Kapazitäten daher wieder reduziert.“ Ohnehin stieß die politische Order aus Berlin, allen Reiserückkehrern einen Labortest zu ermöglichen, bei Fachleuten auf wenig Gegenliebe. Schon bald mahnten fachärztliche Labore eine Anpassung der Teststrategie an, denn sie gerieten im Zuge der Massentests ans Limit. Zudem ließen sich mit ungezielten Tests kaum mehr Infizierte aufspüren. Am 15. September lenkte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ein und gab bekannt, dass nicht mehr alle Reiserückkehrer einen Testanspruch haben sollen. Die abermals geänderte Teststrategie machte die beiden Testzentren an den Notfallpraxen Altona und Farmsen überflüssig, sie wurden daher am 19. September wieder geschlossen. „Die Standorte waren ohnehin nicht ideal“, meint Rehbock, „denn die Container sind sehr klein, es ist kaum möglich, darin ein Einbahnstraßensystem einzurichten.“ Zudem reichten die Schlangen der Wartenden oft den ganzen Straßenzug hinunter, was zu Konflikten mit Anwohnern führte. Nun finden Tests bei Menschen ohne Symptome ausschließlich am Hauptbahnhof statt. Doch auch diese Tage dürften bald gezählt sein. Denn für die Zukunft liebäugelt man in Hamburg mit einem zentralen Corona-Zentrum, wo mit viel Platz und genügend Parkplätzen Menschen mit und ohne Symptome getestet und ggf. behandelt werden sollen. Auch Impfungen gegen SARS-CoV-2 könnten dort durchgeführt werden, sobald entsprechende Impfstoffe zugelassen und verfügbar sind. Aktuell laufen Gespräche mit der Behörde, wie dies umgesetzt werden könnte.

## Eine Leistung, fünf Abrechnungswege

Die Selbstverwaltung wird sich also vermutlich auf absehbare Zeit immer wieder rasch an neue Gegebenheiten anpassen müssen. Das verlangt allen Beteiligten ohnehin schon viel Kraft ab – doch zusätzlich sind unzählige viel zu kleinteilige Regelungen im Umlauf, wie Roos bemerkt: „Es ist ein riesiger bürokratischer Wust geworden, der enorm viel Zeit kostet. Wir versuchen immer wieder, aktuelle Übersichten für die Hamburger Ärzte zu erstellen. Doch es ist nicht leicht, mit den vielen Veränderungen Schritt zu halten.“ Diesen Eindruck hat auch Dr. Andreas Walter von der Praxisberatung: „Man versucht, jeden nur denkbaren Leistungsumstand eigens zu regeln. Aktuell gibt es für ein und dieselbe Leistung, nämlich einen Corona-Abstrich und die entsprechende Laborleistung, fünf verschiedene Abrechnungswege. Und wir in der Praxisberatung müssen uns dann fragen lassen, was das alles soll.“ Auch Dr. Dirk Heinrich, HNO-Arzt und Vorsitzender der KVH-Vertreterversammlung, kritisiert die bürokratischen Auswüchse: „Man muss als Arzt drei Extra-Klimmzüge machen, um die Leistungen im Zusammenhang mit Corona abrechnen zu können. Dabei kommt das Geld am Ende sowieso aus dem Gesundheitsfonds. Da hört man den deutschen Amtsschimmel schon recht laut wiehern.“ Zum Frust über ausufernde Bürokratie gesellen sich Ermüdungsercheinungen in den Praxen. „So eine Pandemie ist kein Sprint, sondern ein Marathon. Es ist anstrengend, alle Sprechstunden mit Maske zu absolvieren, die Infektsprechstunden sogar unter Vollschutz.“ Die verständnisvolle Solidarität der Patienten zu Beginn der Pandemie sei zudem wieder der üblichen anspruchsvollen Ungeduld gewichen.

## Produkte mit geprüfter Zertifikatkette

Immerhin muss sich die Ärzteschaft in Hamburg derzeit keine großen Sorgen um die Beschaffung von Schutzausrüstung machen. Denn seit

## Abrechnung in Corona-Zeiten

Das erste Quartal war schon beinahe vorbei, als die WHO am 11. März 2020 den Pandemiefall ausrief und in Deutschland das öffentliche Leben schrittweise heruntergefahren wurde. Insofern hatten die Abrechnungsexperten der KVen mit nicht allzu großen Honorarverwerfungen infolge von Corona gerechnet. „Deshalb waren wir überrascht, dass letztlich jede fünfte Praxis in Hamburg im ersten Quartal Leistungen aus dem Rettungsschirm in Anspruch nehmen musste“, berichtet KVH-Geschäftsführer John Afful. 3,8 Millionen Euro umfasste das Paket. Die abschließenden Zahlen für das zweite Quartal liegen zwar noch nicht vor, „aber ich hoffe, dass sie besser aussehen werden, da es zu diesem Zeitpunkt bereits eine Reihe bundesweiter Erleichterungen gab, etwa zur Abrechnung der Videosprechstunde“. Positiv bewertet John Afful, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich wider Erwarten schnell bereit erklärten, die zusätzlichen Kosten für erforderliche Schutzausrüstung zu übernehmen. „Die Kassen haben damit einen großen Alldruck von uns genommen“, pflichtet ihm KVH-Chef Walter Plassmann bei.

11. Mai 2020 bietet die KVH über einen Webshop FFP3- und FFP2-Masken, Mund-Nasen-Schutz sowie Schutzkittel, -brillen und -handschuhe mit unterschiedlicher Verfügbarkeit an. Nachdem zunächst die Bestände aus den großen Lieferungen im Frühjahr über ein Logistikunternehmen auf diesem Wege verteilt wurden, sorgt die KVH nun weiterhin kontinuierlich für Nachschub. 82 Prozent der Hausärzte, 62 Prozent der Fachärzte und 56 Prozent der Psychotherapeuten bestellen hier kostenlos ihren Monatsbedarf.

Verantwortlich für die Beschaffung und die Distribution über den Webshop ist Stefanie Schäfer, sonst in der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit primär für Veranstaltungen zuständig. „Ich muss dabei zum Teil mit höheren Beträgen jonglieren, außerdem sind die Verhandlungen mit den Händlern nicht immer angenehm“, berichtet sie. „Doch ich bin froh, auf diese Weise in der Krise meinen Beitrag leisten zu können.“ Der Webshop bündelt den Einkauf der Schutzausrüstung und gewährleistet auch die Qualität der Produkte: „Die etablierten Medizinschops sind immer noch ausverkauft, sehr teuer oder liefern nur geringe Stückzahlen. Also reagieren wir auf die Angebote verschiedener Händler, die auf uns zukommen. Allerdings sind etwa 90 Prozent der Angebote dieser Händler nicht gut, insbesondere wenn es um Schutzmasken geht“, erzählt Stefanie Schäfer weiter. Vor jeder Bestellung überprüft der TÜV Nord die Zertifikatkette der angebotenen Waren.

Mit ihrem Engagement weit über den Sicherstellungsauftrag hinaus hat die KVH gezeigt, dass sie mehr sein kann als nur ein stummes Räderwerk, das im Hintergrund der Versorgung läuft. „Wir sind ein potenter und organisationsstarker Partner“, erklärt Walter Plassmann, „wir übernehmen etliche staatliche Aufgaben, mit denen der Staat selbst aktuell überfordert ist. Die Politik hat uns dazu aufgefordert und uns gebeten, die Hamburger Vertragsärzte haben mitgezogen. Mein Eindruck ist, dass nicht nur unsere Mitglieder uns heute deutlich mehr Vertrauen schenken als noch vor der Krise, sondern auch die Politik und die Öffentlichkeit – und mit diesem Pfund wollen wir auch nach der Pandemie wuchern.“

*Antje Thiel ist freie Journalistin in Elmshorn*

**Fr., 18.9.2020**

Vorerst letzter Tag der Corona-Testzentren an den Notfallpraxen in Altona und Farmsen

**Do., 1.10.2020**

Rechtsverordnung des Senats: Reiserückkehrer aus Risikogebieten müssen für 14 Tage in Quarantäne

**Mi., 14.10.2020**

Bund- und Länderkonferenz zur Corona-Pandemie in Berlin

**Do., 15.10.2020**

Neue Verordnung mit Neuregelungen zu Antigen-Schnelltests, Tests für Kontaktpersonen sowie ausgeweitete Maskenpflicht



**Ärztlicher Präsentismus** – ist das eine Krankheit? Man könnte es denken, denn viele Kolleginnen und Kollegen meinen, sie dürften nicht fehlen, auch wenn sie ernsthaft krank sind. Häufig liegt das an den hohen Ansprüchen an uns selbst, aber auch Personalmangel und wirtschaftlicher Druck sorgen dafür, dass wir unsere eigene Gesundheit und die unserer Patienten gefährden. Prof. Dr. Jörg Braun wünscht sich ein Umdenken.



## Wenn Ärztinnen und Ärzte krank arbeiten

Leider fällt es uns Ärztinnen und Ärzten schwer, uns um uns selber zu kümmern. Dies zeigt sich zum Beispiel in der weit verbreiteten Selbstdiagnostik und Selbsttherapie, die immer wieder dazu führt, dass schwerwiegende Erkrankungen falsch oder zu spät diagnostiziert und nicht angemessen behandelt werden.

Einer der Gründe für den medizinisch schwierigen Umgang mit uns selbst liegt in den hohen Ansprüchen, die wir an uns haben (Tab. 1). Selbstverständlich handelt es sich hierbei um eine „Mission impossible“, da diese Ziele allein aus Zeitgründen schon nicht miteinander kompatibel sind und die erforderlichen Rollenkombinationen unmöglich in einer Person zu vereinbaren sind.

### Tab. 1: Unsere Erwartungen an uns. Wir sollten ...

- alles wissen (zumindest aus dem eigenen Spezialgebiet)
- keine Fehler machen
- hohe kommunikative Kompetenz aufweisen
- gegenüber den Patienten immer freundlich, gelassen und zugewandt sein
- wirtschaftlich hoch erfolgreich sein
- selbstverständlich gesund sein!
- auch außerhalb des Berufs Erfolg haben: eine tolle Ehe führen, engagierte Eltern sein, soziales Engagement zeigen, anspruchsvolle Hobbys pflegen (Musik, Golf, Marathon)

Die hohen Erwartungen an uns zeigen sich besonders deutlich bei der Frage, mit welchen Krankheiten man als Ärztin oder Arzt eigentlich arbeitsunfähig ist. So arbeiten über 80 Prozent der Kolleginnen und Kollegen mit Erkältungskrankheiten, für die sie, ohne zu zögern, ihre Patienten krankschreiben würden (1). Dabei stellt sich zum einen die Frage, inwieweit die Erkrankung zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zum Beispiel in Bezug auf operative Eingriffe oder schwierige

Differenzialdiagnosen führt. Zum anderen gefährdet eine Ärztin oder ein Arzt mit Infektionskrankheit auch seine Patientinnen und Patienten.

### Folgende Kasuistiken könnten dafür typisch sein:

1. Eine 30-jährige Stationsärztin arbeitet (in der Zeit vor Corona) mit grippalem Infekt. Sie trägt einen Mundschutz und gibt nicht die Hände. Nachdem die Stimme „weg“ ist, macht sie die Visite mit einem großem Schild „Wie geht es Ihnen?“, das sie mit einem etwas gezwungenen Lächeln jedem Patienten präsentiert und dabei auf ihren Hals zeigt. Sie meldet sich erst krank, nachdem auch das Kind erkrankt ist.
2. Eine besorgte OP-Schwester informiert den Ärztlichen Direktor einer Klinik, dass der Operateur wegen Durchfalls jetzt schon zum dritten Mal vom Tisch abgetreten ist, und fragt, ob dies hygienisch vertretbar sei. Nach einem Verbot durch den Ärztlichen Direktor, die OP fortzuführen, ließ sich der Operateur bereitwillig durch seine Frau abholen. Als Durchfallursache war eine Norovirus-Infektion zu vermuten.

### Wann sind Sie „unfit for work“?

Mit welchen Erkrankungen würden Sie sich als „unfit for work“ fühlen, bzw. mit welchen Krankheiten können Sie noch hinreichend funktionieren? Arbeiten Sie mit Erkältung („früher“ hätten dies die meisten von uns bestätigt)? Mit Kopfschmerzen (die bei Ärzten „Migräne“ heißen)? Fieber? Durchfall? Einem neu diagnostizierten Malignom? Urämie? Bei allen diesen Erkrankungen habe ich Ärztinnen und Ärzte erlebt, die sich bestenfalls widerwillig davon abhalten ließen, weiter zu arbeiten. Dabei findet sich häufig weder im Krankenhaus noch in der Praxis jemand, der den kranken Kollegen nach Hause schickt.

In einer Publikation aus 2010 wurde dieser ärztliche Präsentismus als „Public health hazard“ bezeichnet, also als Gefahr für die öffentliche Gesundheit (2). Dies betrifft mindestens 80 Prozent der Kollegen (3, 4).

In den wenigen Publikationen, die es zu dem Thema gibt, konnte weder ein Geschlechterunterschied noch ein Fachgruppen-Ranking nachgewiesen werden, auch wenn gerade Chirurgen besonders stolz darauf sind, auch mit erheblichen Einschränkungen noch funktionsfähig zu sein („Nur die Harten kommen in den Garten!“).

Ursachen für dieses Verhalten untersuchte Cowman 2019 (1). Er fand „positive“ Gründe wie eine hohe Arbeitszufriedenheit (der Arztberuf als „high rewarding job“), eine hohe Identifikation und entsprechend hohes Engagement sowie ein ausgeprägtes Teambewusstsein – neben dem Verantwortungsgefühl für den Patienten. „Negative“ Gründe für den ärztlichen Präsentismus waren Personalknappheit, hohe Arbeitslast, befristete Verträge oder der Verdienstausschlag in einer Praxis. Ein Krankheitsausfall war deshalb „eigentlich“ nicht möglich, da kein anderer die Aufgabe übernehmen konnte. Auch mit zunehmender Berufserfahrung werden die Sorgen der Ärztinnen und Ärzte nicht weniger (Tab. 2).

Während in der Klinik in der Regel Kollegen einen kranken Mitarbeiter ersetzen können – zumindest theoretisch –, stellt sich die Situation in der Praxis vielleicht noch schwieriger dar, denn in einer Einzelpraxis ist eine krankheitsbedingte Praxisschließung nahezu unmöglich: Allein das Ab- bzw. Umbestellen von Patienten ist sehr aufwendig und eine

**Tab. 3: Gründe, sich nicht impfen zu lassen**

Ärzte	Nicht-Ärzte
keine Zeit	Angst vor Spritzen
kein praktikables Angebot in der Klinik	Angst vor Nebenwirkungen
fehlende Information	Annahme, die Erkrankung spielt keine Rolle mehr
Fehleinschätzung einer geringen Wahrscheinlichkeit einer Infektion	Annahme, dass „Kinderkrankheiten“ wie Masern, Mumps und Röteln Erwachsene nicht mehr betreffen
fehlende Wahrnehmung eines persönlichen Risikos	Impfgegner, Verschwörungstheoretiker, Esoteriker usw.

**Tab. 2: Gründe, nicht krank zu sein**

Ärzte	alle (%)	1. Jahr	2. Jahr
Kollegen nicht überfordern	57	62	57
Sorge, Dienst zurückzahlen zu müssen	8	0	3
Angst, als schwach bewertet zu werden	12	19	10
Sorge um Patienten	56	46	60

Daten aus „Why Physicians work when sick“, Jena et al., *Jama* 2012 (5)

kurzfristige Terminabsage natürlich eine Negativwerbung. Häufig fehlt eine Ausfallversicherung. In einer Gemeinschaftspraxis führt krankheitsbedingtes Fehlen zwangsläufig zur Überlastung der verbliebenen Kollegen. Hinzu kommt, dass viele Patienten lange auf einen Termin gewartet und möglicherweise einen weiten Anreiseweg angetreten haben, für den sie sich extra freigenommen haben.

Viele Patienten wollen zwar nicht von einem kranken Arzt behandelt werden („Der Doktor hat mich angesteckt!“), gleichzeitig sind sie empört, wenn ihnen kein Termin in der Sprechstunde ermöglicht wird.

### Konflikt zwischen widerstreitenden Werten

Im Kern ist der ärztliche Präsentismus also ein Konflikt zwischen widerstreitenden Werten: Fürsorge für Kollegen und Patienten im Widerstreit mit Selbstfürsorge. Dieser Konflikt ist verbunden mit dem Risiko, sich selbst, den Kollegen und den Patienten zu schaden (durch eigene Fehler oder Ansteckung).

2001 bezeichnete Rosvold krank arbeitende Ärztinnen und Ärzte als „hazardous heroes“ und fand eine erschreckende Zahl von weit über 50 Prozent, die auch mit ansteckenden Erkrankungen ohne weitere Schutzmaßnahmen arbeiteten (3). Zu diesen Infektionskrankheiten zählten z. B. Norovirus-Infektionen, aber auch Influenza. Zu der Frage, wie hoch denn das Risiko für Patienten ist, sich bei ihren kranken Ärztinnen und Ärzten anzustecken, gibt es interessanterweise praktisch keine Literatur. Allerdings erscheint es aus infektiologischer Sicht extrem unwahrscheinlich, dass eine Approbation vor der Weitergabe von Erregern schützt.

### Impfschutz wird oft vernachlässigt

Erschreckenderweise haben viele Ärztinnen und Ärzte einen völlig unzureichenden Impfschutz selbst für Erkrankungen wie Hepatitis

B oder Influenza (6). Dabei dienen diese Impfungen nicht nur dem persönlichen Schutz gerade in Anbetracht der erhöhten Exposition. Sie dienen auch dem Schutz vor einer nosokomialen Transmission auf vulnerable Patienten, dem Schutz vor einer Übertragung auf Kollegen und Angehörige. Von daher sollte vor der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gegen Masern – die ich unterstütze – zunächst ein Impfgebot für Angehörige des Gesundheitswesens durchgesetzt werden. Gründe, warum Ärzte Impfungen nicht wahrnehmen, weichen signifikant von den Gründen ab, die Patienten von Impfungen abhalten (Tab. 3).

Fazit: Ärztinnen und Ärzte arbeiten regelmäßig trotz Krankheit. Ursache hierfür sind innere (Pflichtbewusstsein, Kollegialität) und äußere Gründe (Unterbesetzung, fehlender Ersatz bei Ausfall). Möglichkeiten, gerade die infektiologischen Risiken für sich selbst zum Beispiel durch Impfen oder Schutzausrüstung zu reduzieren, werden dabei von vielen nicht genutzt. Der ärztliche Präsentismus geht mit beträchtlichen Risiken für den Arzt und für seine Patienten einher, auch wenn beide Effekte bisher unzureichend untersucht sind.

### Wer kann die Mechanismen ändern?

Zur Fragestellung, wie man diese Mechanismen ändern kann, ist es zunächst einfacher zu beschreiben, wer dies eher nicht tun wird. Eine Krankenhausleitung wird zunächst kein Interesse daran haben, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte nicht zur Arbeit kommen, wenn sie krank sind, da sonst viel mehr Personal vorgehalten werden müsste. Gerade in den ersten Monaten der Corona-Krise haben wir in den Krankenhäusern erlebt, welche Personallücken entstehen, wenn allein Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Atemwegsinfekten von der Arbeit ferngehalten werden. Die Einschränkung von Leistungen infolge von Personalausfällen erfolgt nach meiner Erfahrung in den seltensten Fällen. Dass dieses nicht nur dem wirtschaftlichen Druck in Krankenhäusern und bösen Geschäftsführern anzulasten ist, zeigen die Erfahrungen in Praxen, in denen eine Leistungseinschränkung auch oft das allerletzte Mittel ist, um auf Personalausfälle zu reagieren. Ärzte werden also nicht damit rechnen können, aktiv nach Hause geschickt zu werden, wenn sie krank sind.

Ein Bewusstseinswandel kann also nur individuell und strukturell erfolgen. Eine individuelle Lösung beginnt mit der Erkenntnis, dass man ersetzbar ist und dass Krankheit zum Leben einer Ärztin oder eines Arztes ebenso gehört wie zum Leben der Patienten: Krankheit muss als planbarer Notfall verstanden werden, auf den man sich vorbereiten kann (sinnvollerweise dann, wenn man noch gesund ist): Hierzu zählt, dass man persönliche Grenzen zieht, also z. B. nicht arbeitet, wenn man Fieber hat. Schließlich müssen wir im kollegialen Miteinander von einer Kultur wegkommen, in der krank arbeiten als heldenhaft empfunden wird und nicht als unprofessionell.

Auf der strukturellen Ebene müssen wir zu einer Personalvorhaltung



kommen, die krankheitsbedingte Ausfälle mit einplant. Dafür ist die Geschäftsführung verantwortlich. Personalausfälle, die darüber hinausgehen, müssen zur Reduktion der Leistung führen. Hierzu müssen vom Arbeitgeber klare Vorgaben formuliert werden, die die gelebte Praxis, zu arbeiten, wenn man krank ist, sanktionieren.

Auch in der Praxis muss für einen krankheitsbedingten Ausfall vorgesorgt werden. Dies umfasst Versicherungen zum Auffangen eines Betriebsausfalls ebenso wie vorbereitete Texte für die MFA zu eventuellen Terminabsagen. Sehr hilfreich wäre sicher auch eine kollegiale Absprache in puncto Vertretungsregelungen. In Norwegen ist es Standard, dass in jeder Kommune ein Pool von Vertretungsärzten vorgehalten wird, aus dem im Notfall jemand einspringen kann.

#### **Tab. 4: Die neuen Werte der Ärzte: ein subjektiver Vorschlag**

- **hohe fachliche Kompetenz auf dem jeweiligen Gebiet**
- **hohe Flexibilität und Änderungsbereitschaft**
- **Medizin ist Teamarbeit! Denken und arbeiten in Netzwerken**
- **wissenschaftlich fundierte „Schulmedizin“!**
- **Selbstwahrnehmung (Achtsamkeit) und Selbstfürsorge**
- **klare politische Forderungen: ausreichende Personalstärke, zwingende Vertretungskonzepte, Verantwortung der Geschäftsführung**
- **Fokussierung auf ärztliche Ziele (Der Patient steht im Mittelpunkt)**
- **das Arztleben ist ein Marathonlauf und kein Kurzstreckensprint!**

Alle Ärztinnen und Ärzte sollten zu einem pfleglichen Umgang mit ihren Ressourcen kommen und Situationen, die einen 120-prozentigen Einsatz erfordern, vermeiden. Hierfür benötigen wir neue gemeinsame

Werte (Tab. 4), wie sie unter anderem im Genfer Gelöbnis gefordert werden. Wir wollen keine Helden sein, sondern auf lange Sicht unsere Arbeitsfähigkeit für uns und für unsere Familien erhalten. Wir sollten nicht zögern, unsere kranken Kollegen nach Hause zu schicken (auch wenn dies manchmal mühsam ist). Ein anderer wird dies im Zweifel nicht tun!

## **Zusammenfassung**

Über 80 Prozent der Ärzte arbeiten, auch wenn sie krank sind. Dabei ist krank arbeiten unethisch, weil es mit hohen Risiken einher geht – sowohl für den Patienten als auch den Arzt einhergeht. Die Erkrankung ist kein Hinweis auf eigenes Versagen; wir müssen uns daher nicht für die eigene Krankheit entschuldigen! Jede Ärztin und jeder Arzt muss für sich festlegen, was die Grenze für „unfit for work“ ist (z.B. Fieber, Durchfall und Erbrechen, aber auch Erkrankungen der Kinder). Angehörige und Kollegen müssen diese Grenze durchsetzen. Die Dienst-vorgesetzten haben eine Verantwortung für kranke Mitarbeiter. Jedes Krankenhaus und jede Praxis muss eine Vorsorge für krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeitern treffen. Schließlich sind dringend weitere wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema notwendig.

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

#### **Prof. Dr. Jörg Braun**

Chefarzt Innere Medizin  
Ärztlicher Direktor

1. Vorsitzender der Stiftung Arztgesundheit ([www.arztgesundheit.de](http://www.arztgesundheit.de))  
Klinik Manhagen  
E-Mail: [prof.joerg.braun@manhagen.de](mailto:prof.joerg.braun@manhagen.de)



EIN UNTERNEHMEN  
DER PVS HOLDING

**PRIVAT-  
ABRECHNUNG  
IN HAMBURG**

**EIN STARKER  
PARTNER IN  
SCHWIERIGEN  
ZEITEN.**

Wir sind in der aktuellen Situation gut aufgestellt und weiterhin als zuverlässiger Partner für Ihre Privatabrechnung an Ihrer Seite.

MITGLIED IM



**GANZ NAH, GANZ SICHER.**

**Tel. 040 3346930-62 | [pvs-bbh.de](http://pvs-bbh.de)**

# Bessere Versorgung von traumatisierten Geflüchteten

**Netzwerkpartner gesucht** Menschen mit Fluchterfahrung leiden häufig unter den Folgen schwerer Belastungen. Das neue Koordinierende Zentrum für traumatisierte Geflüchtete (centra) bietet neben Beratung und Behandlung für Betroffene auch Unterstützung für Fachkräfte in Behörden, Praxen, Krankenhäusern und psychosozialen Einrichtungen, um das Hilfe- und Behandlungsnetzwerk in Hamburg weiter zu entwickeln. *Von Prof. Dr. Ingo Schäfer, Dipl.-Psych. Susanne Nick, Prof. Jürgen Gallinat*

Geflüchtete Menschen haben im Herkunftsland oder auf der Flucht häufig schwere Belastungen wie Krieg, politische Verfolgung und Verluste erlebt. So gaben in einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) drei von vier Geflüchteten an, unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren zu haben. Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass bei etwa 20 Prozent von ihnen infolgedessen eine behandlungsbedürftige psychische Symptomatik besteht. Auch somatische Behandlungsbedarfe sind häufig oder müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Herausforderungen für die Versorgung bestehen in Sprachbarrieren, komplexen psychosozialen Bedarfen und dem allgemeinen Mangel an Behandlungsplätzen für Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörungen.

## Das koordinierende Zentrum

Um die Versorgung von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen zu verbessern, hat in diesem Jahr das Koordinierende Zentrum für traumatisierte Geflüchtete (centra) seine Arbeit aufgenommen. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat nach einer Ausschreibung der Sozialbehörde den Zuschlag für dessen Aufbau und Betrieb erhalten. So konnte die dortige Expertise in der Behandlung traumatisierter Geflüchteter in ein Zentrum überführt werden, das neben der Beratung und Behandlung Betroffener auch die Unterstützung der Hamburger Regelversorgung zum Ziel hat. Inzwischen konnte das dazugehörige interdisziplinäre Team die zentral gelegenen Räumlichkeiten im Heidenkampsweg beziehen. Betroffene erhalten dort eine qualifizierte Ersteinschätzung, Unterstützung bei der Weitervermittlung oder je nach Indikation und vorhandenen Kapazitäten eine Krisenintervention und auch traumaspezifische Psychotherapie. Alle Beratungs- und Therapiegespräche können bei Bedarf durch

geschulte Sprachmittlerinnen und Sprachmittler unterstützt werden.

## Auf Mitarbeit angewiesen

Besonders in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung, aber auch auf medizinische Untersuchungen und pharmakologische Behandlungen, ist centra dringend auf die Kooperation mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen angewiesen. Dabei können Praxen, die sich bereit erklären, im Rahmen der Regelversorgung auch nur wenige Fälle im Jahr zu sehen, bereits einen wichtigen Beitrag leisten. Um Praxen und Krankenhäusern die Kooperation zu erleichtern, unterstützt centra dabei an Stellen, die häufig für Hemmschwellen und zusätzliche Arbeit sorgen. Dies betrifft die Organisation von Sprachmittlern, die Klärung von Kostenübernahmen und interkulturellen Fragen. Auf diese Weise soll

sich die Versorgung traumatisierter Geflüchteter für die Beteiligten nicht von der anderer Patientinnen und Patienten unterscheiden. In Bezug auf Inhouse-Schulungen und fallbezogene Beratung unterstützt zusätzlich der Kooperationspartner SEGEMI e.V. die Aktivitäten des Zentrums. Interessierte Kolleginnen und Kollegen sind herzlich eingeladen unter <https://centra.hamburg/partner-werden> Kontakt aufzunehmen.

## Fortbildung und Austausch

In Bezug auf bestimmte Bedarfe bei traumatisierten Geflüchteten haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte inzwischen einen noch weitergehenden Stellenwert. So sehen die behördlichen Anforderungen an Atteste und Stellungnahmen vor, dass sie durch qualifizierte ärztliche Kolleginnen und Kollegen gestützt werden müssen, wenn sich Betroffene bei Psychologinnen und Psychologen in Behandlung befinden. Dabei ist kein spezieller Facharztstatus erforderlich, solange es sich nicht um umfassendere Gutachten handelt. Im Fortbildungsprogramm von centra kann die entsprechende Qualifizierung kostenfrei erworben werden (s. Kasten). Schließlich ist ein kontinuierlicher Austausch die Voraussetzung für ein wachsendes Netzwerk und für eine bessere Kooperation bereits bestehender Hilfsangebote.

Interessierte Fachpersonen sind herzlich zum ersten Treffen des Netzwerks „Medizinische und psychiatrische Versorgung“ eingeladen, das am 9. Dezember 2020 bei centra stattfindet. Ein Netzwerktreffen zum Schwerpunkt „Psychotherapeutische Versorgung“ richtet sich an ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen (auch in Weiterbildung) und findet am 16. November 2020 statt.

### Prof. Dr. Ingo Schäfer, MPH

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
E-Mail: [i.schaefer@uke.de](mailto:i.schaefer@uke.de)

## Die nächsten Veranstaltungen

- **Netzwerktreffen: Psychotherapeutische Versorgung;**  
16.11.2020, 15.30 – 17.30 Uhr
- **Vortrag: Online-Interventionen für geflüchtete Menschen;**  
19.11.2020, 18 – 19.30 Uhr
- **Workshop: Behandlung der komplexen PTBS bei Geflüchteten;**  
20.11.2020, 9 – 17.00 Uhr
- **Workshop: Anforderungen an Ärztliche Stellungnahmen bei Geflüchteten;**  
2.12.2020, 17 – 20 Uhr
- **Netzwerktreffen: Medizinische und psychiatrische Versorgung;**  
9.12.2020, 15.30 – 17.30 Uhr

Alle Veranstaltungen finden Sie unter <https://centra.hamburg/fortbildung>.  
Veranstaltungsort: Heidenkampsweg 97, 20097 Hamburg. Wir bitten um Anmeldung unter [info@centra.hamburg](mailto:info@centra.hamburg).



## Effekte von Bewegungstraining bei Krebserkrankung



Elektrostimulationstraining

Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, dass regelmäßige Bewegung das Risiko von Krebserkrankungen vermindert und das Rezidivrisiko nach erfolgreicher Krebsbehandlung reduziert. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Bewegung und Krebswachstum noch nicht geklärt. Eine Arbeitsgruppe aus Erlangen untersuchte die Auswirkung von motorischem Training auf das Krebswachstum bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium von Prostatakrebs und Dickdarmkrebs. Nach einem 12-wöchigen Ganzkörper-Elektromyostimulationstraining, das zweimal wöchentlich

über jeweils 20 Minuten erfolgte, wurden Blutproben dieser Patienten *in vitro* analysiert. Dabei zeigte sich in Zellkulturen, dass die Proliferation menschlicher Prostata- und Dickdarmkrebszellen durch das Serum gehemmt und die Apoptose der Tumorzellen gefördert wurde. Eine Genexpressionsanalyse zeigte das Vorhandensein übungssensitiver Gene in menschlichen Prostatakrebszellen, die möglicherweise an der übungsbedingten Regulation des malignen Zellwachstums und der Apoptose beteiligt sind. Nach Einschätzung der Autoren dokumentieren die Daten die starke Wirksamkeit anti-onkogener Effekte von körperlicher Aktivität und unterstützen die Anwendung eines regelmäßigen Bewegungstrainings nicht nur zur Prävention, sondern auch in einer Krebserkrankung (Journal of Physiology 2020, 3871-3889, DOI: 10.1113/JP279150). | *ca*

## Aminosäure L-Arginin hilft gegen Darmentzündungen

Ein Mangel an L-Arginin im Darm führt zur verstärkten Entzündung der Darmschleimhaut. Das hat ein Forscherteam der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) gemeinsam mit weiteren Kliniken und Instituten in Erlangen und Regensburg festgestellt (Baier J et al., JCI, published July 28, 2020). Veränderungen in der Wechselwirkung von Darmbakterien – der intestinalen Mikrobiota – mit körpereigenen Zellen im Darm sind bedeutend für die Verdauung und den Stoffwechsel, für die Darmdurchblutung, die Durchlässigkeit der Gefäße und auch für die Kontrolle von Entzündungen. Wenn bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa diese Wechselwirkung gestört ist, führt das zu einem veränderten Eiweiß-Stoffwechsel und zur Veränderung der intestinalen Mikrobiota. Die Aminosäure L-Arginin ist an zahlreichen biologischen Funktionen beteiligt. Sie dient u. a. als Ausgangsstoff für die Enzyme Arginase 1 (ARG1) und induzierbare Stickstoffmonoxid-Synthase (NOS2). Ein L-Arginin-Mangel führte zu einer verstärkten Entzündung der Darmschleimhaut, was mit einer vermehrten Ansammlung von Entzündungszellen und einer Zunahme der Anzahl an Blutgefäßen in der Darmwand einherging. Umgekehrt wirkte sich die Aufnahme einer L-Arginin-reichen Diät oder die gentechnologische Elimination L-Arginin-verbrauchender Enzyme (Arg1, NOS2) günstig auf die Mikrobiota aus und beschleunigte die Rückbildung einer Darmentzündung. Quelle: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 25.09.2020

## Hirnveränderungen bei Corona

### Auslöser Immunreaktion

Für den Großteil der Veränderungen im Gehirn ist nicht das Corona-Virus selbst verantwortlich, sondern die Immunantwort des Körpers. Das ist das Ergebnis einer Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), bei der mit SARS-CoV-2-infizierte Verstorbene untersucht wurden (Matschke J et al., The Lancet Neurology, published October 05, 2020). Bei 21 der 43 Personen haben die Forschenden Virusproteine des SARS-CoV-2-Erregers im Gehirn nachgewiesen – sowohl im Hirnstamm als auch in Nerven, die daraus entspringen. Jedoch zeigten die Gehirne von Patienten mit den höchsten Virusmengen nicht mehr Veränderungen als solche, in denen kein Virus gefunden wurde. Allerdings konnten die Forschenden eine Immunreaktion in den Gehirnen der verstorbenen Covid-19-Patienten nachweisen und schlussfolgern, dass dort Entzündungszellen an der Entstehung neurologischer Symptome beteiligt sein könnten. Quelle: UKE, 06.10.2020

## Individuelle Krebstherapie

### Proteine geben Aufschluss

Für die Therapieempfehlung bei Krebs ist nicht nur eine Analyse der Gene der Tumorzellen entscheidend, sondern auch eine Analyse, welche Proteine vorhanden und wie aktiv diese sind. Forschende des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und des Nationalen Centrums für Tumor erkrankungen (NCT) in Heidelberg zeigen, dass eine Proteinanalyse zu einer anderen Therapieempfehlung führen kann als eine aufgrund von genetischen Daten (Wahjudi LW et al., IJC, published September 19, 2020). Um individuelle Therapieempfehlungen geben zu können, analysieren Onkologen spezifische Veränderungen im Genom der Tumorzellen. Nicht immer ist eine daraufhin gewählte Therapie erfolgreich. Die Wissenschaftler suchten in Tumorproben nach Proteinen, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen, und nach deren spezifischen Phosphorylierungen, die über die Aktivität eines Eiweißmoleküls Auskunft geben. Sie glichen ihre Erkenntnisse mit der bisherigen Behandlung ab. Die Proteinanalyse legte zum Teil eine andere Therapieempfehlung nahe. Quelle: DKFZ, 30.09.2020.

## Der besondere Fall

# Seltenes Geburtstrauma

**Symphysendehiszenz** Bei einer 38-jährigen Patientin kam es während einer natürlichen Entbindung zu einer Sprengung des vorderen und hinteren Beckenrings. Um der zweifachen Mutter eine bleibende, schmerzhaft Behinderung zu ersparen, empfahlen die Ärzte, den Symphysenspalt operativ zu schließen.

Von Dr. Alonja Reiter, Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, PD Dr. Maximilian J. Hartel

Die Symphysendehiszenz ist eine seltene schwangerschafts- und entbindungsassoziierte Komplikation. Angaben zur Inzidenz variieren in der Literatur zwischen 1/300 und 1/30.000 Fällen (1). Bedingt insbesondere durch hohe Progesteron-, Relaxin- und Östrogen-Werte kommt es im Verlauf der Schwangerschaft zu einer natürlichen ligamentären Relaxation und Weitung der Symphyse als Vorbereitung auf die peripartalen mechanischen Belastungen (2). Weitet sich das vordere Becken während der Schwangerschaft oder der Entbindung um mehr als 2,5 cm, besteht die Gefahr einer Sprengung des vorderen Beckenrings und sehr selten auch des hinteren Beckenrings mit dadurch bedingter Instabilität (3).

Wir präsentieren den Fall einer Patientin, bei der es im Rahmen einer natürlichen Entbindung zu einer höhergradigen traumatischen Dislokation des linken Hemipelvis kam. Nach zunächst eingeleiteter konservativer Therapie stellte sie sich mit fortbestehender schmerzbedingter Immobilität in unserer beckenchirurgischen Sprechstunde vor.

### Konservative Behandlung mit Beckengurt bleibt erfolglos

Die 38-Jährige hatte einen Monat zuvor ihr zweites Kind, ein normalgewichtiges (circa 3.500 Gramm) Mädchen, in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung natürlich entbunden. Das erste Kind war mittels Sectio caesarea entbunden worden.

Aufgrund anhaltender Schmerzen wurde dort direkt nach der Entbindung ein Röntgen im Stehen angefertigt. Es zeigten sich eine signifikante Dehiszenz der Symphyse und eine Sprengung des Iliosakralgelenks linksseitig (Abb. 1). Computertomografisch im Liegen zeigte sich eine weniger ausgeprägte Weitung der Symphyse. Aufgrund der radiologischen Befunde wurde der Patientin in dem auswärtigen

Krankenhaus ein primär konservatives Vorgehen, die Kompression mittels eines Beckengurts, vorgeschlagen. Bei anhaltenden Beschwerden erfolgte eine klinisch-radiologische Verlaufskontrolle nach drei Wochen (Abb. 2).

Als sich die Patientin einen Monat nach der Entbindung in unserer Beckensprechstunde vorstellte, zeigte sich keine klinische Besserung der Beschwerden. Sie berichtete von persistierenden Schmerzen und eingeschränkter Mobilität. Klinisch war eine deutliche Lücke im Bereich der Symphyse tastbar. Bei der Untersuchung am Bildwandler zeigte sich außerdem eine verbliebene Beweglichkeit, wobei die Symphyse manuell durch Kompression nicht mehr vollständig geschlossen werden konnte.

Aufgrund der signifikanten Dislokation des linken Hemipelvis und der Gefahr einer bleibenden Behinderung mit Schmerzen wurde die Indikation zur operativen Versorgung der Symphysendehiszenz gestellt. Die Patientin wurde darüber aufgeklärt, dass einen Monat nach erlittener Verletzung unter Umständen nicht nur Narben im Bereich der Symphyse, sondern ebenfalls im Bereich des Iliosakralgelenks offen ausgeräumt werden müssten, um eine Reposition zu erreichen.

Es erfolgte eine offene Reposition und Osteosynthese mittels Symphysenplatte und sechs kortikalen Schrauben. Die Symphysendehiszenz konnte nach Ausräumung der Defektnarbe an der Symphyse und unter sorgfältiger Schonung des Discus interpubicus vollständig geschlossen werden (Abb. 3) – erfreulicherweise ohne größere Kraftaufwände (im Vergleich zur Reposition einer frischen Verletzung) und ohne weitere Manipulation am hinteren Beckenring.

Zehn Wochen nach der OP hatte sich die Schmerzsymptomatik signifikant verbessert. Die Patientin konnte sich zu diesem Zeitpunkt bereits ohne Hilfsmittel mobilisieren

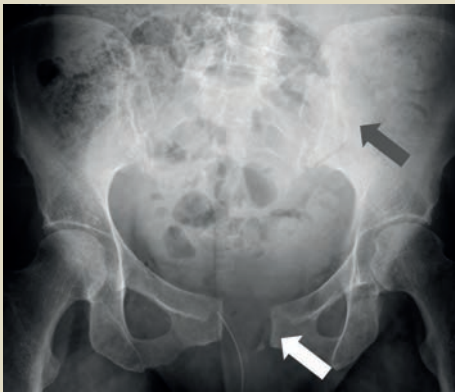
und voll belasten. Restbeschwerden im Bereich der Symphyse und der linken Gesäßhälfte traten nur noch periodisch auf, insbesondere bei zusätzlicher Gewichtsbelastung (Kinder hochheben) oder längerer Gehstrecke. Im Verlaufsrontgen zeigte sich darüber hinaus eine regelrechte Lage des eingebrachten Materials, ohne Hinweis auf Materialbruch oder Dislokation.

### Diskussion

Eine Aufweitung der Symphyse von 3 bis 7 mm ist ein hormonell bedingter perinataler physiologischer Prozess, der in den meisten Fällen asymptomatisch verläuft und sich postnatal zurückbildet (3). Zwingend zu unterscheiden ist dieses häufig anzutreffende klinische Bild von einer traumatischen Beckenzerreißung, die selten auch durch ein Geburtstrauma verursacht werden kann (4, 5). Eine weitere seltene Komplikation kann, wie bei allen traumatischen Beckendislokationen, die Verletzung der ableitenden Harnwege sein (6).

Symptomatisch imponieren bei einer akuten Symphysendehiszenz plötzlich einsetzende Schmerzen über dem vorderen Becken, insbesondere im Bereich der Symphyse. Schmerzen über dem hinteren Beckenring sowie diffuse lumbale Beschwerden gehören zu den häufiger beobachteten Begleitphänomenen (3). Zu den diagnostischen Standards zählt neben der klassischen Röntgen-Beckenübersicht auch eine Schnittbildgebung wie eine Computertomografie (CT) oder eine Magnetresonanztomografie (MRT), wobei sich das MRT besonders zur Beurteilung der ligamentären Verhältnisse eignet. Wird eine Schnittbildgebung durchgeführt, sollte diese jedoch nicht zur Beurteilung der Größe der Symphysendehiszenz herangezogen werden. Wie der Fall zeigt, besteht bei ei-





**Abb. 1:** Röntgen (Beckenübersicht) im Stehen am 1. Tag nach Entbindung. Hochgradige Dehiszenzen in der Symphyse (weißer Pfeil) und im Iliosakralgelenk (grauer Pfeil)



**Abb. 2:** Röntgen (Beckenübersicht) im Stehen am 18. Tag nach Entbindung. Unveränderte Fehlstellung des linken Hemipelvis



**Abb. 3:** Röntgen (Beckenübersicht) im Stehen am 2. postoperativen Tag. Anatomische Reposition der Symphyse und des linken Iliosakralgelenks

ner belastungsfreien Aufnahme im Liegen die Gefahr, die tatsächliche Weitung der Symphyse zu unterschätzen. Insbesondere bei konkaven, wannenförmigen CT-Liegen kommt es regelhaft zu einer Reposition des gesprengten Beckenrings durch den zusätzlichen Druck der Auflagefläche von posterolateral beidseits und die adduziert, neutral bis innenrotiert gelagerten Beine.

Therapeutisch ist im Falle einer reinen, geringgradigen symphysären Dehiszenz sowohl ein konservatives Vorgehen als auch die operative Versorgung des Beckens möglich. Zu den Grundlagen der konservativen Therapie gehören die Kompression mittels Beckengurt sowie die adäquate Analgesie für einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen (2).

Wenngleich Fallberichte existieren, die ein erfolgreiches konservatives Vorgehen trotz großer Symphysendehiszenz von 5 cm (7) und 9,5 cm (8) beschreiben, besteht die mehrheitliche Empfehlung zur operativen Versorgung einer perinatalen symphysären Dehiszenz mit Instabilität. In der Literatur wird als Grenzwert eine schon recht ausgeprägte Weitung von 4 cm angegeben, wobei erwähnt werden muss, dass auch dieser

Wert auf geringen Fallserien und Einzelfallberichten basiert (4, 9).

Es müssen bei konservativen Therapieversuchen, besonders bei höhergradigen Dehiszenzen, die Langzeitkomplikationen bedacht werden: Neben chronischen Schmerzen, die auch nach über 2 Jahren berichtet wurden (9), besteht außerdem die Gefahr einer persistierenden symphysären Dehiszenz und Instabilität (5), wodurch am Ende Verschleißerscheinungen ebenfalls im Bereich des hinteren Beckenrings hervorgehoben werden können.

### Zusammenfassung

Die physiologische Weitung der Symphyse peripartal ist eine regelhaft konservativ mittels Beckengurt therapierbare Situation. Diese muss jedoch zwingend von einer seltenen geburtsbedingten Beckenzerreißung mit Einbezug des hinteren Beckenrings unterschieden werden. Bei zusätzlicher traumatischer Dislokation in einem oder beiden Iliosakralgelenken sollte die operative Therapie der konservativen vorgezogen werden, um chronische Dislokationen und instabilitäts- sowie schmerzbedingte Behinderungen abzuwenden.

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

#### PD Dr. Maximilian J. Hartel

Leitender Arzt Abteilung für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie BG Klinikum Hamburg, Leiter der traumatologischen Hüft- und Beckenchirurgie Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
E-Mail: [m.hartel@bgk-hamburg.de](mailto:m.hartel@bgk-hamburg.de) und [m.hartel@uke.de](mailto:m.hartel@uke.de)

### Der besondere Fall

Sie haben auch einen medizinischen Fall, der Ihnen berichtenswert erscheint? Wenden Sie sich gern an die Redaktion des Hamburger Ärzteblatts.  
E-Mail: [verlag@aekhh.de](mailto:verlag@aekhh.de) oder unter Tel. 20 22 99-205.

## KfW-Corona-Hilfen und Kredite: Liquidität mit der mediserv Bank



Nach turbulenten Zeiten kehrt wieder Normalität in die Arztpraxen zurück. Aber längst läuft nicht alles reibungslos. In diesen Zeiten werden nicht nur Patienten behandelt, sondern man ist auch Gesprächspartner. Das Team muss sich mit dem Thema Hygienemaßnahmen beschäftigen sowie sich um deren Umsetzung und Einhaltung kümmern. Und die Praxisfinanzen stehen plötzlich auf wackligen Füßen. An dieser Stelle kommen Banken und Hilfspakete ins Spiel.

Arztpraxen steht dabei ein besonderes Angebot zur Stabilisierung der Praxisfinanzen zur Verfügung: Die mediserv Bank verbindet umfassende Leistungen rund um die Privatabrechnung direkt mit attraktiven Bankdienstleistungen.

Großzügige Ratenzahlungs-Regelungen für Patienten gepaart mit der 100 % Sofortauszahlung der Honorare aus der Privatabrechnung bedeuten für die Arztpraxis sofort liquide Mittel. Mit dem echten Factoring übernimmt die mediserv Bank außerdem zu 100 % den Honorarausfallschutz.

Vor allem aber bietet mediserv als Bank passende Finanzdienstleistungen. Neben bewährten Krediten wie günstigen Diskontkrediten und individuellen

Investitionskrediten können auch die Corona-Hilfen der KfW direkt über die mediserv Bank in Anspruch genommen werden.

Dieses Angebot „aus einer Hand“ spart der Arztpraxis Zeit und Geld. Denn Finanzthemen sind komplex und im hektischen Berufsalltag bleibt dafür meist wenig Raum.

Daher richten sich die Finanzspezialisten der mediserv Bank ganz nach den Anforderungen des Arztes: Das Team des „Kompetenzzentrums für Heilberufe“ berät telefonisch, per Videokonferenz, vor Ort in der Praxis oder in eigens dafür vorgesehenen Räumlichkeiten, die gerade am Firmensitz in Saarbrücken entstehen, um die Bedeutung des Kompetenzzentrums zu unterstreichen. Denn mediserv ist mehr als ein Abrechnungsdienstleister. mediserv ist eine Bank. Diese einzigartige Kombination ermöglicht ein optimales Liquiditätsmanagement für die Arztpraxis. Und hält attraktive Angebote für Existenzgründer, Praxiserweiterungen, -modernisierungen oder -übergaben bereit.

Mehr Details sowie alle Kontaktdaten finden Sie auf der Internetseite [www.mediserv.de](http://www.mediserv.de)

## Schlichtungsstelle

### Unerwartete Komplikationen

Die tracheale Intubation bei einer 71-Jährigen zu Beginn ihrer Schulter-OP gestaltete sich äußerst schwierig. Fünf Tage nach dem Eingriff musste sie mit einer Brustkorbinfektion in eine Universitätsklinik verlegt werden.

Von Christine Wohlers, Prof. Dr. Walter Schaffartzik



# Intubation *mit Folgen*

Eine 71-jährige Patientin musste sich wegen einer sturzbedingten Ruptur des Musculus supraspinatus einer Operation an ihrer rechten Schulter unterziehen. Für die OP erhielt sie eine Allgemein- und eine Regionalanästhesie bzw. -analgesie (interskalenäre Plexusblockade) rechts. Die Kombination kann in bestimmten Fällen günstig

sein, weil auf diese Weise der Bedarf an Narkosemitteln gesenkt werden, die Aufwachphase verkürzt sein und eine schmerzfreie Zeit für einige Stunden nach der Operation erreicht werden kann.

Die tracheale Intubation am Beginn der Narkose wurde wegen einer tief- und ventral liegenden und vom Kehlkopf bedeckten Glottis als unerwartet schwierig beschrieben. Der Tubus konnte mit einem McCoy-Kehlkopfspatel – er ist an seiner Spitze abwinkelbar – und Druck von außen auf die Cartilago cricoidea eingeführt werden. Zusätzlich zu diesen beiden Maßnahmen wurden auch ein Führungsstab und ein starres Intubationsendoskop nach Bonfils benutzt.

Unmittelbar postoperativ wurden bei der Patientin unter anderem Heiserkeit, Schluckbeschwerden und eine Schwellung an ihrer rechten Halsseite festgestellt.

Drei Tage später wurden bei der Computertomografie als Ursache der rechtsseitigen Halsschwellung ein Weichteilemphysem und eine Mediastinitis ausgemacht. Eine Verletzung der Trachea und des Ösophagus waren nicht nachweisbar, wie eine am Tag der CT-Untersuchung zusätzlich durchgeführte Ösophagoskopie ergab. Die Konzentration der Leukozyten und des CRP waren gering erhöht. Auch am zweiten postoperativen Tag hatten sich bei einer HNO-ärztlichen Untersuchung keine Verletzungen des Rachens und Kehlkopfs gezeigt. Fünf Tage nach der Operation wurde die Patientin unter der Diagnose einer Brustkorbinfektion in eine Universitätsklinik verlegt. Dort wurden intraoperativ eine „nicht mehr frische, fibrinös-eitrige Weichgewebsentzündung“ im Bereich der Halsmuskulatur, des Mediastinums vor der Wirbelsäule paratracheal und prätracheal ein Abszess festgestellt. Es bestand eine rechtsseitige Stimmbandlähmung.

### Gutacher stellt keinen Behandlungsfehler fest

Die Patientin sieht als Ursache der Komplikationen eine fehlerhaft durchgeführte tracheale Intubation. Auch sei nicht zeitgerecht auf ihre Beschwerden reagiert worden.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte führten aus, dass der Verlauf der Behandlung „unschön und sicherlich nicht fehlerfrei“ gewesen sei. Die Dokumentation ergebe aber, dass man auf die Beschwerden der Patientin eingegangen sei und dass verschiedene Untersuchungen stattgefunden hätten.

## SATTE RABATTE



mobiler Datenzugriff | Zugriffslizenzen | GDT | Terminplaner  
GDT | Terminplaner | mobiler Datenzugriff | Zugriffslizenz



### Satte Rabatte: Da kommt Freude auf!

Jetzt ist die Zeit endgültig reif für einen Wechsel Ihrer Praxissoftware: Denn nur mit der Praxissoftware medatixx erhalten Sie **Zugriffslizenzen DAUERHAFT (!) im Preis reduziert** für je 7,50 €\*. Nicht nur das: Wir senken auch die Preise für den mobilen Datenzugriff, GDT und Terminplaner. Sie erhalten diese drei Features inklusive der medatixx-Basisversion für 69,90 €\*, statt 99,90 €. **Damit sparen Sie zwei Jahre lang monatlich 30,00 €.**

Sie kennen die Praxissoftware medatixx noch nicht? Die moderne Oberfläche, das benutzerfreundliche Dashboard und weitere tolle Funktionen werden Sie überzeugen.

Jetzt zugreifen beim „**Satte-Rabatte**“-Angebot. Details unter

**[satte-rabatte.medatixx.de](http://satte-rabatte.medatixx.de)**

\* Preis monatlich, zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate.  
Die Aktion endet am 31.12.2020. Angebotsbedingungen siehe: [shop.medatixx.de](http://shop.medatixx.de)



Der Gutachter, Facharzt für Anästhesiologie, stellte keine Behandlungsfehler fest. Auch wenn die Platzierung des Tubus sich unerwartet schwierig gestaltet habe, sei sie aber problemlos mit einem speziellen Kehlkopfspatel bewerkstelligt worden. Er begründet dies damit, dass im Anästhesieprotokoll keine weiteren Besonderheiten vermerkt worden seien.

Die bei der Patientin aufgetretenen Symptome wie Schwächegefühl, Kurzatmigkeit, Husten und Stimmveränderung sprächen, ebenso wie die rechtsseitige Stimmbandlähmung, nicht für Fehler bei der Durchführung beider Anästhesieverfahren. Auf die postoperativ aufgetretenen Beschwerden sei sach-, fach- und zeitgerecht reagiert worden.

## Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle konnte sich dem Gutachten aus folgenden Gründen nicht anschließen: Die bei der Patientin indizierte, aber „unerwartet schwierig“ durchzuführende tracheale Intubation erforderte, dass Spezialinstrumente eingesetzt wurden. Neben einem üblicherweise verwendeten Spatel wurden ein mit einer besonderen Funktion ausgestatteter Spatel (McCoy), ein Führungsstab und das starre Intubationsendoskop nach Bonfils – im Anästhesieausweis als Fiberoptik beschrieben – benutzt, um die schwierige tracheale Intubation zu beherrschen. Hinzuzufügen ist, dass die Patientin einen flexiblen Spiraltubus (Woodbridge) erhalten hat. Zu seiner Intubation kann ein Führungsstab verwendet werden. Alternativ kann er über ein Intubationsendoskop (bei der Patientin verwendet) gezogen und so unter Sicht in die Luftröhre eingeführt werden.

Wie die Behandler in diesem Fall verfahren, ist weder dem Anästhesieprotokoll noch dem am Operationstag ausgestellten Anästhesieausweis zu entnehmen. Es hätte aber dokumentiert werden müssen, welche Hilfsmittel – Führungsstab und/oder Intubationsendoskop – wie verwendet und wie viele Intubationsversuche benötigt wurden. Gerade weil die Intubation schwer zu beherrschen war, hätte dies detailliert dargestellt werden müssen. Auch die Position des Führungsstabs im Woodbridge-Tubus – unterstellt, er wurde benutzt – hätte dokumentiert werden müssen. Dass der Führungsdraht hier nicht aus der Tubusspitze herausragte, lässt sich der Dokumentation nicht entnehmen.

Auf die Beschwerden der Patientin wurde weder fach- noch zeitgerecht reagiert. Der Gutachter nennt als typische Komplikationen einer trachealen Intubation zutreffend Heiserkeit und Schluckbeschwerden. Eine nach außen sichtbare Schwellung am Hals stellt dagegen keine typische Komplikation dar. Die Ursache dieses Befunds hätten die behandelnden Ärzte am ersten postoperativen Tag und nicht drei Tage später klären müssen.

## Tastuntersuchung war nicht vermerkt

Aus der Sicht ex ante hätte die Schwellung am Hals durch einen Bluterguss, eine Ansammlung von Flüssigkeit (Lokalanästhetikum) und Luft, aber auch durch die Operation und Lagerung verursacht worden sein können. Den Unterlagen ist nicht zu entnehmen, dass die Patientin körperlich untersucht wurde. Hätte es sich z. B. um eine Luftansammlung an der rechten Halsseite gehandelt, hätte dies durch Betasten der geschwollenen Halsseite festgestellt werden können.

Ein Befunderhebungsfehler führt in den meisten Fällen zu einer Beweislastumkehr. Die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr sind in diesem Fall jedoch nicht erfüllt, da nicht überwiegend und damit hinreichend wahrscheinlich ist, dass bei Durchführung der gebotenen Diagnostik ein reaktionspflichtiger Befund zu erwarten war. Denn auch in der Computertomografie und in der Ösophagoskopie konnte eine Verletzung der Speiseröhre nicht diagnostiziert werden.

Für die Schlichtungsstelle belegt die Verletzung der Speiseröhre der Patientin eine fehlerhafte Intubation. Mit dem Intubationsendoskop – gegebenenfalls in Kombination mit einem McCoy-Spatel – ist eine tracheale Positionierung des Tubus möglich. Bei diesem Vorgehen wäre es nicht zu einer Verletzung des Ösophagus gekommen, und es hätten sich auch kein Weichteilemphysem und keine Mediastinitis entwickelt. Aufgrund der unzureichenden Dokumentation können sich die Behandler auch nicht entlasten.

## Dokumentation bei Komplikationen erweitern

Dieser Fall zeigt auf, wie wichtig auch für einen ärztlichen Gutachter Grundkenntnisse über die Beweisregeln im Arzthaftungsrecht sind. Durch die medikolegale Bewertung kann es zu Abweichungen vom Gutachten kommen, da die Schlichtungsstelle nicht an die Bewertung des Gutachters gebunden ist. Im vorliegenden Fall bestanden Dokumentationsmängel. Wenn es zu Komplikationen bei einer medizinischen Maßnahme kommt, ist über das übliche Maß hinaus zu dokumentieren, damit für die weitere Behandlung die notwendigen Informationen vorliegen. Es stellt sich also die Frage, ob eine umfangreichere intraoperative Darstellung die weiterbehandelnden Ärzte nicht alarmiert hätte und so der Schaden durch früheres Handeln hätte minimiert werden können.

**Christine Wohlers**, Rechtsanwältin der Schlichtungsstelle

**Prof. Dr. Walter Schaffartzik**

Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

der norddeutschen Ärztekammern

E-Mail: [info@schlichtungsstelle.de](mailto:info@schlichtungsstelle.de)



Unser Service für Sie:  
Ein kostenloser Informations-Termin

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

In 16 Niederlassungen für Sie da

**BUST**  
Steuerberatung für Ärzte

**BUST Niederlassung Hamburg:**  
Hans-Henny-Jahnn-Weg 23, 22085 Hamburg  
Tel: 040 271 41 69-0, E-Mail: [hamburg@BUST.de](mailto:hamburg@BUST.de) [www.BUST.de](http://www.BUST.de)

*Bild und Hintergrund*

# Warum Ärztinnen und Ärzte nicht krank sein dürfen

**Medizinhistorie** Welchen Arbeitsbelastungen sind Ärzte ausgesetzt? Und wie stehen sie zu ihrer eigenen Gesundheit? Der Historiker Dr. phil. Sebastian Wenger recherchierte in Tagebuch-Archiven und in den Archiven von Landesärztekammern. Er zeigt auf: Mit der Professionalisierung der Medizin im ausgehenden 19. Jahrhundert entstand ein Ideal der Unverwundbarkeit und Leistungsfähigkeit, das zum Teil bis heute Bestand hat.

„Für Ärzte ist es noch belastender als für andere Menschen, wenn sie krank werden“, sagt der 2019 verstorbene Medizinsoziologe Jürgen v. Troschke (1). Warum das so ist, lässt sich historisch herleiten. Zahlreiche Quellentexte, Tagebücher, Memoiren und Autobiografien von Ärztinnen und Ärzten geben Aufschluss darüber, wie sie seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert mit der eigenen Gesundheit umgegangen sind. Ärzte werden nicht krank, denn Krankheit bedeutet Schwäche, scheint das Credo zu sein. Weite Teile der Ärzteschaft tabuisierten eigene physische und psychische Erkrankungen – vor Kollegen, Patienten und der eigenen Familie. Doch warum versuchten sie ihre Leiden geheim zu halten? Was hinderte sie daran, über ihr Befinden zu sprechen und Krankheiten zu offenbaren? Ein Blick in die Vergangenheit liefert Erklärungsansätze und hilft zu verstehen, warum diese Haltung auch noch heute das Leben und den Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten bestimmt (siehe auch S. 27).

## Eigene Gesundheit wird als Teil ärztlicher Professionalität gesehen

In der Phase der Professionalisierung und Medikalisation im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert gelang es der Ärzteschaft, vom Großteil der Bevölkerung als Experten in Fragen von Gesundheit und Krankheit anerkannt zu werden (2). Es etablierte sich das Leit-, Selbst- und Fremdbild des gesunden, unverwundbaren, leistungsfähigen und aufopferungsbereiten Arztes. Dieses Ideal – das von den Patienten bereitwillig übernommen wurde – ging mit einem paternalistischen Rollenverständnis einher: Ärzte opfern sich im Kampf gegen Krankheiten und Tod für ihre Patienten auf und fordern dafür die Anerkennung ihrer Führungsrolle innerhalb der Medizin, aber auch als Stand in der Gesellschaft (3). Eine Folge dieses – in der professionellen Sozialisation erworbenen und sich bis heute relativ stabil haltenden – Selbstverständnisses war, dass andere Lebensbereiche sowie eigene (Belastungs-)Grenzen vom Großteil der Ärzte missachtet und die eigene Gesundheit als Teil ärztlicher Professionalität



Otto Dix: *Bildnis Dr. Hans Koch*, 1921, Öl auf Leinwand, 100,5 x 90 cm  
Museum Ludwig, Köln, Inv.-Nr. ML 76/2739

betrachtet wurde (4). Dies verdeutlicht sich in einem bei Ärzten und in der Gesellschaft tief verwurzelten Rollenverständnis, in welchem sich der Arzt unter anderem vom Patienten durch sein „Nicht-Leiden“ unterscheidet. Bei einer Erkrankung gerieten Ärzte somit in einen Rollenkonflikt, der in letzter Konsequenz ihre ärztliche Kompetenz infrage stellte (5).

## Fassade der Unverwundbarkeit soll aufrechterhalten bleiben

Viele Ärzte fürchteten bei einem Eingeständnis der eigenen Krankheit um ihren guten Ruf. Einer Krankheit trotz der Kenntnisse von Präventionsmaßnahmen zu unterliegen, deutete darauf hin, dass der Arzt kein Wissen zur Selbsthilfe besitzt, um wenigstens seiner Arbeit nachzukommen. Auch bei den Patienten herrschte die Vorstellung vor, dass ein guter Arzt ein Vorbild im Bereich der Gesundheit sei. Sie brachten daher einem kranken Arzt wenig Verständnis entgegen (6). Die Folge davon war, dass innerhalb der Ärzteschaft bezüglich der Leiden von Kollegen ein verabredetes Stillschweigen, eine Art Komplizenschaft, bestand, die den Schein wahren sollte, dass Ärzte nicht von Krankheiten betroffen sind (7).

Die Inszenierung von absoluter Gesundheit und damit gleichbedeutend die Einhaltung der professionellen ärztlichen Rolle innerhalb des sozialen Felds der Medizin war somit von großer



(symbolischer) Bedeutung. Sie war einerseits ein Indikator für die Professionalität und andererseits ein strategisches Mittel zur Abgrenzung und Distinktion gegenüber alternativen Heilberufen. Dabei galt es, vor allem Krankheiten nicht zu akzeptieren und gegenüber den Patienten – auch bei unheilbaren Krankheiten – Hoffnung sowie Zuversicht auszustrahlen. Diese Haltung traf auch auf den Umgang mit eigenen Krankheiten zu. So versuchten Ärzte im Krankheitsfall im Kontakt mit Patienten, Vorgesetzten und Kollegen eine dauerhafte körperliche Präsenz zu inszenieren (8). Der unter schweren Migräneanfällen leidende Neurochirurg Leo M. Davidoff (1898 – 1975) operierte seine Patienten z. B. trotz starker Anfälle. Die Krankheit sah er als Akteur, als Widersacher des Arztes. Diesen galt es zu bekämpfen und zu besiegen. Das Eingestehen der eigenen Krankheit kam für ihn einer Niederlage gleich: „Gewöhnlich beginnt die Operation mittags um 1.30 Uhr. Wenn sich an solchen Tagen ein Anfall ankündigt, ziehe ich das Schweißband, das ich bei der Operation um den Kopf trage, fester an als sonst. Dann spanne ich die Backenmuskeln an und kann so die drei oder vier Stunden der Operation überstehen. Dabei werden die zahlreichen, peinlich genauen Handgriffe [...] noch sorgfältiger und genauer, als ob ich dem Dämon der Migräne zeigen wollte, wer hier der Herr ist.“ (9)

Auf der Basis dieses ärztlichen Selbstverständnisses entstand ein spezifisches Gesundheits- und Krankheitsverhalten, das von der Tabuisierung eigener Krankheiten sowie der Aufrechterhaltung der Fassade der Unverwundbarkeit gekennzeichnet war (10).

## Der Arzt als Patient – zwischen Selbstbehandlung und mangelnder Adhärenz

Ein weiteres Mittel, um diese Fassade aufrechtzuerhalten, war die Selbstbehandlung und -medikation. Anhand ärztlicher Selbstzeugnisse aus dem 19. und 20. Jahrhundert lässt sich zeigen, dass Ärzte ihre eigene Krankheit zumeist unter- oder überschätzten und zur Linderung ihrer physischen und psychischen Leiden häufig Betäubungsmittel oder andere Suchtmittel nutzten (11). Dies führte nicht selten zu einer Abhängigkeit. So galt unter Ärzten die Einnahme von Morphium zur Linderung der Schmerzen und zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit bereits in den 1880er-Jahren als normal und weitestgehend akzeptiert (12).

Erst, wenn „der völlige Zusammenbruch da ist, teils aus Rücksichtnahme, teils aus einem falschen Schamgefühl heraus, teils aus einer Verknennung der gegebenen Lage“, konsultierte ein kranker Arzt einen Kollegen (13). Diese von dem Internisten Theodor Brugsch (1878 – 1963) beschriebene ärztliche Haltung lässt sich für das gesamte 19. und 20. Jahrhundert beobachten. Anhand einer Vielzahl an Quellen wird deutlich, dass erkrankte Ärzte häufig nicht nur einen, sondern mehrere, teils befreundete, teils verwandte Kollegen oder ausgewiesene Spezialisten aufsuchten (14). Hierbei kam es oft zu Schwierigkeiten im besonderen Arzt-Patienten-Verhältnis. Behandelnde Ärzte sahen ihre Patienten häufig als Kollegen, wodurch es den erkrankten Ärzten schwerfiel, ein Vertrauen aufzubauen. In einem Bericht schildert Max Pinner (1891 – 1948), der an einem chronischen Herzleiden litt, das Verhalten der behandelnden Ärzte eindrücklich: „Sie gaben mir keine genauen Verordnungen und Ratschläge und sagten nur jedesmal mehr oder weniger deutlich, ‚Sie wissen ja, was zu tun ist!‘ [...] Die Annahme, daß ‚ich es wußte‘, ging einmal so weit, daß der Chirurg im Ordinationsbuch der Schwester vermerkte, ich würde mir meine eigenen Verordnungen machen, und das war unmittelbar nach einer größeren Operation, wo ich dazu zeitweilig noch nicht ganz klar war.“ (15)

Dieses Verhalten behandelnder Ärzte führte häufig zur Kritik. Dabei wurde zumeist der grobe, unpersönliche und oberflächliche Umgang der behandelnden Ärzte mit ihren erkrankten Kollegen beanstandet. Hierunter litt die Therapietreue, die auch von

Faktoren wie Rang, Alter und Geschlecht der behandelnden Ärzte abhing. Hinzu kam, dass innerhalb der Ärzteschaft bereits seit den 1920er-Jahren über das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis diskutiert wurde und viele Ärzte die Behandlung eines Kollegen nicht ohne Bedenken übernahmen. Die Schwierigkeiten innerhalb dieser speziellen Beziehung lassen sich jedoch nicht allein auf die behandelnden Ärzte zurückführen. Die „Ärzte-Patienten“ hatten ihren Anteil daran. Aufgrund ihres Habitus fiel es ihnen schwer, Schwächen zuzugeben und die Erfahrungen von Schmerzen und Leiden insbesondere ihren Kollegen mitzuteilen. Noch 1986 wird diese Haltung sehr treffend in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt beschrieben: „Durch alle Spitäler geistert die Sage, daß es keine schlimmeren Patienten gibt als Ärzte. Sie, die über andere Bescheid wissen und entscheiden, kommen mit sich selbst schwerlich zurecht.“ (16)

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

### Dr. phil. Sebastian Wenger

Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart

E-Mail: [sebastian.wenger@igm-bosch.de](mailto:sebastian.wenger@igm-bosch.de)

## Arzt – ein krank machender Beruf?

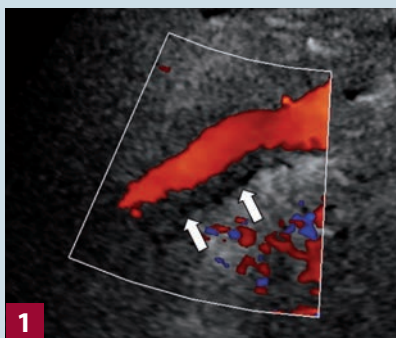


**Sebastian Wenger: Arzt – ein krank machender Beruf? Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert. Franz Steiner Verlag, 2020, 219 S., 46 Euro**

Den Ausgangspunkt der Dissertation von Sebastian Wenger bildete der aktuelle Ärztengesundheitsdiskurs, der phasenweise auch in Zeitungen, Zeitschriften sowie in Fernsehreportagen und Talkrunden geführt wurde. Der Historiker ging den Fragen nach: Inwiefern haben berufliche Belastungen einen negativen Einfluss auf die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten? Wie fördern sie bestimmte Krankheiten? Dafür analysierte er die ärztliche Haltung und deren Einfluss auf das daraus resultierende Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten.

Im Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart und im Deutschen Tagebucharchiv in Emmendingen standen Wenger etwa 100 veröffentlichte und unveröffentlichte Tagebücher, Autobiografien und Memoiren von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung. Recherchen in den Archivbeständen der Landesärztekammern waren in Hamburg, Hessen und Westfalen-Lippe möglich. Dabei stellte der Historiker fest, dass die tradierten und teilweise überholten Leitbilder, wie das Bild des „Halbgottes in Weiß“, immer noch Bestand haben. Dennoch gibt es Anzeichen für ein Umdenken. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte forderten in den letzten Jahren vermehrt ein neues, gemeinsam gestaltetes Arztbild (siehe den Beitrag von Prof. Dr. Jörg Braun zum „ärztlichen Präsentismus“ auf Seite 27).

## BILDER AUS DER KLINISCHEN MEDIZIN



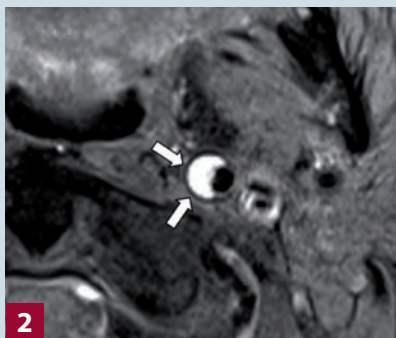
1

**Migränepatient mit Kopfschmerzen**

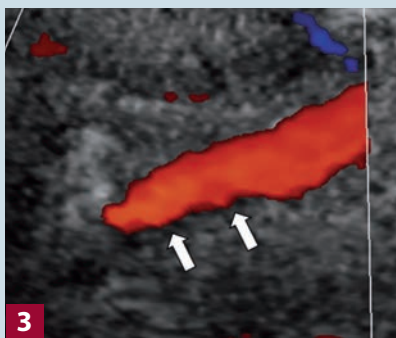
Ein 67-jähriger Mann mit anamnestisch bekannter Migräne klagt über Schmerzen in der linken Augenhöhle mit Ausstrahlung in die linke Kopfseite, die vor sieben Wochen bei einer Bergtour mit Aufstieg bis 3.000 Meter akut begonnen hätten. Vor Beginn der Schmerzen hätte er für etwa 20 Minuten Sehstörungen auf dem linken Auge bemerkt, ähnlich wie früher in der Migräne-Aura. Die heftigen Schmerzen hätten anders als früher wochenlang angehalten und seien jetzt noch fluktuierend vorhanden. An Begleitsymptomen lassen sich Schluckstörungen erfragen, die in den ersten zwei Wochen bestanden hätten, und ein hängendes Augenlid links, jetzt noch diskret erkennbar. Trotz umfangreicher Diagnostik war die Ursache der Kopfschmerzen bisher unklar geblieben, was den Patienten sehr beunruhigte.

Ein Kopf-MRT am 6. Schmerztag hatte keine Ursache gezeigt, aber zwei kleine kortikale Medialinfarkte links, weshalb der Patient auf eine Stroke-Unit eingewiesen worden war. Der Gefäß-Ultraschall dort ist als unauffällig beschrieben, die Abschlussdiagnose am 9. Schmerztag war „Bekannte Migräne, nebenbefundlich a. e. klinisch inapparente Hirninfarkte“. Die Weiterbehandlung der fortbestehenden Schmerzen erfolgte unter der Diagnose Migräne.

Die klinische Symptomatik passt aber besser zu einer anderen Schmerzursache: Die aktuelle Sonografie zeigt eine Dissektion der A. carotis interna links mit Wandhämatom (Abb. 1) und Strömungsverlangsamung der ipsilateralen A. cerebri media. Das mit dieser Frage erneut durchgeführte MRT bestätigt die Diagnose (Abb. 2). Bei Kontrolle nach 3 Monaten ist der Befund partiell gebessert und nach weiteren 6 Monaten normalisiert (Abb. 3).



2



3

**Prof. Dr. Christian Arning**

Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts

E-Mail: [neuro@dr-arning.de](mailto:neuro@dr-arning.de)

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

**147. Jahrestagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin**

05. Februar 2021, Online-Veranstaltung

**Schwerpunktt Themen**

- Entwicklung der Diagnostik und Therapie von Covid-19
- Invasive Tätigkeiten in der Inneren Medizin
- Diskussion zu Notwendigkeit von Diagnostik und Therapie
- Alltägliche Fälle in der internistischen Praxis

**Wissenschaftliche Leitung**

Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß  
Prof. Dr. med. Michael Zeisberg  
Universitätsmedizin Göttingen

+++ Highlights zu allen Teilbereichen  
der Inneren Medizin +++

Detaillierte Information und Anmeldung  
[www.innere-nordwest.de](http://www.innere-nordwest.de)



## Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan  
der Herausgeber  
Ärztchamber Hamburg und  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

### Schriftleitung

#### Für den Inhalt verantwortlich

Prof. Dr. Christian Arning

### 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@aekeh.de](mailto:verlag@aekeh.de)

### Anzeigen

elbbüro

Stefanie Hoffmann

Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg

Telefon: 040 / 33 48 57 11

Fax: 040 / 33 48 57 14

E-Mail: [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com)

Internet: [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 50  
vom 1. Januar 2020

### Anzeigenschluss

Textanzeigen: 13. November 2020

Rubrikanzeigen: 19. November 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 Preetz

Auflage: 19.419

Redaktionsschluss

Dezemberheft: 13. November 2020

Das nächste Heft erscheint  
am 10. Dezember 2020

## Wem gehört unser Leben?

### ERSTER AKT

VORSITZENDE (*Direkt zum Publikum*) Meine Damen und Herren, ich eröffne diese Sitzung des Ethikrates, sie ist öffentlich. Ganz herzlichen Dank, dass Sie heute gekommen sind. Der Rat ist dieses Mal auf eigenen Entschluss tätig geworden. Es geht um folgenden Fall: Richard Gärtner, den ich hier begrüße, (*die Vorsitzende nickt Gärtner zu*) hat beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital beantragt. Das ist ein Medikament, das in anderen Ländern von Sterbehilfeorganisationen



eingesetzt wird. Herr Gärtner erklärte, er wolle sich das Leben nehmen. Das Außergewöhnliche an der Situation ist, dass Herr Gärtner nicht unheilbar krank ist oder an Schmerzen leidet, sondern dass er völlig gesund ist. Das Bundesinstitut lehnte die Herausgabe des Medikaments ab. Daraufhin wandte sich Herr Gärtner an seine Hausärztin und bat sie um Beihilfe bei seinem Suizid. Soweit der Sachverhalt. Nun, meine Damen und Herren, die Frage, die wir uns vorgelegt haben, klingt also recht einfach: Ein Mensch möchte nicht mehr weiterleben und bittet um ärztliche Hilfe, sich zu töten. Vor kurzem hat das Bundesverfassungsgericht dazu ein Grundsatzurteil erlassen, das die Rechte von Menschen wie Herrn Gärtner garantiert. Wir haben damit heute eine sehr liberale Regelung der Sterbehilfe. Die gesellschaftliche Diskussion wird trotzdem nicht beendet sein – im Gegenteil. Die

rechtliche Frage, ob ein Arzt einem Menschen beim Selbstmord helfen darf, ist zwar geklärt. Die ethische Frage aber bleibt. Sie lautet: Soll ein Arzt einem Menschen dabei helfen? Über sie wollen wir heute sprechen.

BIEGLER Suizid.

VORSITZENDE Wie bitte?

BIEGLER Wir sollten „Suizid“ sagen, nicht „Selbstmord“. Sich selbst zu töten ist kein Mord.

VORSITZENDE Gut. Richtig. Wie also ist das Problem zu entscheiden? Soll ein Arzt beim Suizid helfen? Wäre das ethisch richtig? Darüber werden wir heute diskutieren. Wir haben dazu Herrn Gärtner mit seinem Anwalt, Herrn Biegler, und seiner Hausärztin eingeladen. Wir haben auch drei Sachverständige gebeten, uns bei unserer Entscheidung zu unterstützen: (*nickt den Genannten jeweils zu*) Frau Professorin Litten von der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Freien Universität, Herr Professor Sperling von der Bundesärztekammer und Herr Bischof Thiel. (*Zum Publikum*) Meine Damen und Herren, Sie sind als Mitglieder des Ethikrates unabhängig. Sie werden bei der späteren Abstimmung ausschließlich dem folgen, was Sie für vernünftig und richtig halten. Gibt es noch Fragen oder Anregungen? (*Die Vorsitzende sieht ins Publikum, dann zu Brandt, Gärtner und Biegler, die alle verneinend den Kopf schütteln*) Danke. Dann beginnen wir jetzt. Herr Gärtner, darf ich Sie hier nach vorne bitten? ...

VORSITZENDE Ich danke Ihnen, dass Sie Ihren Fall öffentlich gemacht haben und uns hier Auskunft geben.

GÄRTNER Eigentlich will ich das nicht.

VORSITZENDE Verzeihen Sie: Was wollen Sie nicht?

GÄRTNER Auskunft geben

VORSITZENDE Das verstehe ich. Aber wir wollen Ihre Situation ja begreifen. Also, Herr Gärtner, können Sie uns bitte schildern, worum es Ihnen genau geht?

GÄRTNER Ich will sterben.

Ferdinand von Schirach verhandelt in seinem neuen Theaterstück das Sterben des Menschen. Und wie schon in seinem ersten Drama „Terror“ müssen wir am Ende selbst ein Urteil fällen. Ergänzt wird der Band um Essays von drei namhaften Wissenschaftlern, die das Thema der ärztlichen Suizidbegleitung aus medizinethischer, juristischer und theologisch-philosophischer Perspektive beleuchten.

# Mitteilungen

## ÄRZTEKAMMER HAMBURG

### 360. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 360. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

**Montag, 7. Dezember 2020, um 19.30 Uhr**, Weidestraße 122 b (Alstercity),  
22083 Hamburg, Saal 1, Ebene 01

## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

### Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Die ausgeschriebenen Vertragsarztsitze finden Sie im Internet auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) unter der Rubrik „Praxisbörse“.

## Veröffentlichung gem. § 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV

Beschlüsse des Landesausschusses vom 06.08.2020 zum Versorgungsgrad Stand 01.01.2020:

### Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilte dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Schreiben vom 17.06.2020 mit, dass unter Berücksichtigung der Beschlusslage im Landesausschuss ab 03.06.2020 für die Arztgruppe der **Kinder- und Jugendärzte** wieder Überversorgung im Sinne des § 103 Abs. 1 SGB V und § 16 b Abs. 2 Ärzte-ZV eingetreten ist.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt unter Berücksichtigung seines Beschlusses vom 18.12.2019 fest, dass gem. § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 16 b Abs. 2 Ärzte-ZV für die Arztgruppe der

- Kinder- und Jugendärzte

ab 03.06.2020 wieder Zulassungsbeschränkungen bestehen.

### Partielle Öffnung der Arztgruppe „Frauenärzte“

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 16.06.2020 über den Versorgungsgrad zum 01.01.2020 geprüft und festgestellt, dass danach für die Arztgruppe der **Frauenärzte** weiterhin keine Überversorgung besteht.

Nachdem mit Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 18.12.2019 die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der Frauenärzte entschieden wurde, ergaben sich 11,5 Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung der Arztgruppe. Angesichts des Versorgungsgrads mit Stand 01.01.2020 ergeben sich noch 1,5 Niederlassungsmöglichkeiten, bis wieder Überversorgung eingetreten ist, sodass nach § 103 Abs. 3 SGB V, § 16 b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV und § 26 Abs. 1 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie weitere Zulassungen möglich sind.

Die partielle Öffnung der Arztgruppe „Frauenärzte“ erfolgt unter der Auflage, dass Zulassungen für die Arztgruppe der Frauenärzte nur so lange erfolgen dürfen, bis wieder Überversorgung eingetreten ist. Überversorgung tritt wieder ein, wenn durch

- Umwandlung einer bereits erteilten beschränkten Zulassung bei gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt desselben Fachgebietes gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 26 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie („Job-Sharing-Zulassung“) in eine nicht beschränkte Zulassung,
- Aufhebung der Leistungsbegrenzung bei Anstellung eines Arztes gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 und § 26 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie und/oder

- Neuzulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit die Zahl der zugelassenen und angestellten Ärzte in der Arztgruppe Frauenärzte insgesamt

300,5

beträgt.

Über die Umwandlung von bereits erteilten beschränkten Zulassungen in nicht beschränkte Zulassungen, die Aufhebung von Leistungsbegrenzungen sowie über Anträge auf Neuzulassung hat der Zulassungsausschuss gem. § 26 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie zu entscheiden.

### Keine Neuzulassungen aufgrund der partiellen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Durch Nachrücken von bereits gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. § 23 a Bedarfsplanungsrichtlinie zugelassenen Vertragsärzten und Aufhebung von Beschränkungen der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 23 i Bedarfsplanungs-Richtlinie sind in der Arztgruppe der Frauenärzte, keine Neuzulassungen mehr möglich.

### Weitere Bekanntgaben des Landesausschusses

- Für alle weiteren Arztgruppen bleiben die angeordneten Zulassungsbeschränkungen gem. §103 Abs. 1 Satz 2 SGBV bestehen.
- Der allgemeine Versorgungsgrad gem. § 103 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist bei folgenden Arztgruppen weiterhin um 40 % oder mehr überschritten: Psychotherapeuten, Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen, Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner.
- Bei der prozentualen Aufteilung der Nervenärzte und der Psychotherapeuten werden die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgegebenen Anteile erreicht.  
Die Mindestmenge der Rheumatologen wird erfüllt. Die Maximalquoten der Kardiologen, der Gastroenterologen und der Pneumologen sind überschritten. Die Maximalquote der Nephrologen ist noch nicht erreicht. Da die Fachgruppe der Fachinternisten weiterhin Überversorgt ist, bleibt die Sperrung der Fachgruppe bestehen.



## GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

### Ermächtigungen Ärzte

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

Ausführender Arzt	Anschrift	Umfang der Ermächtigung
Dr. med. Gert Wiegand Facharzt für Kinderheilkunde	Tangstedter Landstraße 400, 22417 Hamburg, Tel.: 18 18 87 - 31 58 Fax: 18 18 87 - 36 75	<p>1. Diagnostik und Therapie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (G70-G73),</li> <li>– Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (G60-G64),</li> <li>– Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (SMA G12) (G10-G14),</li> <li>– demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (ADEM, MS) (G35-G37),</li> <li>– Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert (Q85.-).</li> </ul> <p>2. Diagnostik und Therapie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen mit zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (G80-G83) einschließlich lokaler Injektionsbehandlung mit Botulinumtoxin sowie Indikationsstellung für eine intrathekale Baclofenpumpe einschließlich Baclofenpumpen-Befüllungen und -Einstellungsänderungen.</p> <p>3. Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen, die im Klinikum Nord neurochirurgisch behandelt worden sind, auf Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte und Neurologen.</p> <p>4. Diagnostik und Therapie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen mit komplexen Entwicklungsstörungen (F82.-) auf Überweisung durch Kinder- und Jugendärzte.</p> <p>Die Ermächtigung berechtigt zur Abrechnung der pädiatrischen Versicherungspauschalen aus dem EBM Abschnitt III. a Kapitel 4 (Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin) Ziffer 4.2.1 und 4.4.2.</p> <p>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.</p>

**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.

### Ende Ermächtigungen Ärzte

**Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – teilt mit, dass nachfolgende Ermächtigung endet:**

Ausführende Ärztin	Anschrift	Umfang der Ermächtigung	endet zum
Maidi Kirchmann, Fachärztin für Orthopädie	Dehnhaiide 120, 22081 Hamburg, Tel.: 20 92 - 2151 Fax: 20 92 - 2152	<p>Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr mit kongenitalem Klumpfuß im Sinne der klinischen Untersuchung, Beratung der Eltern, Anlage der Redressionsgipse sowie Kontrolle der Orthesenversorgung</p> <p>auf Überweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzte für Kinderchirurgie.</p> <p>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.</p>	18.12.2020





# Du siehst einen Tiger. Andere ein Potenzmittel.

Es liegt an uns, das Artensterben zu stoppen.  
Hilf mit deiner Spende: [wwf.de/wilderei](https://wwf.de/wilderei)



Die letzten 370 Sumatra-Tiger werden grausam gejagt, ihre Körperteile als angebliches Potenzmittel und Wundermedizin verkauft. Bevor sie sterben, quälen die Tiere sich oft tagelang in Schlingfallen. Deine Spende hilft uns, Fallen unschädlich zu machen, Wilderer zu überführen und die Nachfrage einzudämmen. WWF-Spendenkonto: IBAN DE06 5502 0500 0222 2222 22.





# Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



Anzeigenschlusstermin  
Ausgabe Dezember 2020 **19. November 2020**



# MANHAGEN

## Die Klinik der Spezialisten

Die Klinik Manhagen ist eine Fachklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie, Augenheilkunde und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.



ZUR UNTERSTÜTZUNG UNSERES TEAMS SUCHEN WIR ZUM 01.01.2021 EINEN

### Weiterbildungsassistent Allgemeinmedizin (M/W/D) TEILZEIT (30 Std./Woche)

#### DIE AUFGABENBESCHREIBUNG:

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie Versorgung der Patienten während des stationären Aufenthaltes
- Akutversorgung von Komplikationen
- Fachübergreifende Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen

#### DEIN PROFIL:

- Berufsziel Facharzt für Allgemeinmedizin
- Approbation als Arzt
- Hohe Notfallkompetenz
- Teamfähigkeit, hohe Patientenorientierung sowie Organisationsgeschick

#### WIR BIETEN:

- Eine spannende Tätigkeit mit hohem Patientenbezug in einem sehr schönen Umfeld
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team unter Leitung von Prof. Dr. Jörg Braun
- Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin und Chirurgie
- Wir unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, u.a. durch flexible Arbeitszeitmodelle, Vermittlung von Kita-Plätzen
- Größtmögliche Entlastung von arztfernen Tätigkeiten
- Betriebliche Gesundheitsförderung mit Trainingsmöglichkeiten
- Kostenloses Frühstück/Abendbrot, frisches Obst und Getränke, vergünstigtes Mittagessen in der hauseigenen Cafeteria
- Steuerbegünstigtes Fahrrad-Leasing möglich
- Zuschuss zum HVV-Profi Ticket

#### ANSPRECHPARTNER:

Bei weiteren Fragen kontaktiere gerne: **Prof. Jörg Braun** (Ärztlicher Direktor) unter **04102-605-124 oder 125** Anrufbeantworter **Park-Klinik Manhagen GmbH & Co. KG • Sieker Landstraße 19 • 22927 Großhansdorf • www.manhagen.de**



Das **BG Klinikum Hamburg** ist eine von neun BG Unfallkliniken in Deutschland. Die Hauptaufgabe der Klinik besteht in der Wiederherstellung und Rehabilitation von Patienten mit Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten. Das Motto „Spitzenmedizin menschlich“ wird von rund 2.500 hochqualifizierten Mitarbeitern gelebt, die interdisziplinär ein komplexes Leistungsspektrum von ambulanten und stationären Behandlungsmaßnahmen täglich umsetzen.

**Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für unser Zentrum für Rehabilitationsmedizin – Fachübergreifende Frührehabilitation – einen**

### Arzt/Facharzt (m/w/d) – RF212

mit **42 Stunden/Woche, unbefristet.**

Die Abteilung besitzt die vollständige Weiterbildungsbefugnis im Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie 1 Jahr Neurologie, 1,5 Jahre Innere Medizin und 1 Jahr Chirurgie/Orthopädie.

Alle Informationen finden Sie unter [www.bg-klinikum-hamburg.de](http://www.bg-klinikum-hamburg.de) oder unter dem nebenstehenden QR-Code.



Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte an: [bewerbung@bgk-hamburg.de](mailto:bewerbung@bgk-hamburg.de)



#### MEDIZINICUM - Gemeinsam für bessere Medizin

Wir sind das MEDIZINICUM – das Hightech-Zentrum für interdisziplinäre Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie und Autoimmunerkrankheiten in Hamburg. Das Team des MEDIZINICUM Hamburg zählt insgesamt zehn Rheumatologen und eine Kinderreumatologin. Damit gehören wir zu den größten Rheumazentren in Deutschland.

In unserem ambulanten Facharztzentrum, der Tagesklinik und stationären Einheit arbeiten, gemeinsam mit unserer angeschlossenen Radiologie Stephansplatz, erfahrene und renommierte Ärzte aus 25 verschiedenen Fachgebieten, Hand in Hand mit über 100 Mitarbeiter\*innen.

#### Wir suchen ab sofort in Vollzeit oder Teilzeit FÄ/FA für Innere Medizin und Rheumatologie oder Ärztin/Arzt in Weiterbildung Innere Medizin/Rheumatologie

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. med. K. Ahmadi-Simab, ärztlicher Leiter, telefonisch unter 040 3208831-11 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte an [ahmadi@medizinicum.de](mailto:ahmadi@medizinicum.de) oder an folgende Adresse richten:

**MEDIZINICUM Hamburg**  
Dr. K. Ahmadi  
Stephansplatz 3 · 20354 Hamburg  
[www.medicinicum.de](http://www.medicinicum.de)



Medizinisches Versorgungszentrum in Itzehoe (Kreisstadt in Schleswig Holstein) sucht ab sofort oder später eine/n **Allgemeinmediziner/in** oder **hausärztlichen Internisten/in** in Ganztags- oder Teilzeitstellung.

Individuelle familienfreundliche Arbeitszeitvereinbarung möglich  
KV-Sitz vorhanden.

Das MVZ ist sowohl fachärztlich (gastroenterologisch, kardiologisch und angiologisch) als auch hausärztlich ausgerichtet. Es besteht die Möglichkeit, endoskopische und sonographische Diagnostikverfahren zu erlernen oder zu vertiefen. Auf Wunsch ist die Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst möglich. Die Bezahlung erfolgt übertariflich. Gewinnbeteiligung üblich.

Bewerbungen richten Sie bitte an:

**MVZ am Holstein Center GmbH**

Dr. med. Johannes Fontius (leitender Arzt)

Brunnenstr. 5 · 25524 Itzehoe

Tel: 04821/17 83 1-0 · E-Mail: mvz@mvz-am-hc.de

Das **Neurozentrum Hamburg** sucht zur weiteren Verstärkung des ärztlichen Teams eine/n **FÄ/ FA für Neurologie** sowie eine/n **FÄ/FA für Psychiatrie** in TZ oder VZ.

Exzellente Perspektiven, das gesamte Spektrum der Neurologie und sehr gute Konditionen werden geboten.

**Prof. Dr. A. Raji** und **Dr. G. Winkler** | [info@nzhb.de](mailto:info@nzhb.de)

### KJP-Praxis mit Sozialpsychiatrie sucht Nachfolger

Wir sind ein gut eingearbeitetes und aufgeschlossenes Team und suchen für unsere **Praxis in Lübeck** für 25-30 Std/Wo einen

**Facharzt (w/m/d) mit Perspektive auf Praxisübernahme.**

Wir arbeiten psychotherapeutisch (TP/VT/Syst.). Die Praxis hat ein großes Einzugsgebiet mit guter Verkehrsanbindung und hoher Fallzahl.

Antworten bitte unter: [praxis@kjp-moenkhof-ziemens.de](mailto:praxis@kjp-moenkhof-ziemens.de)

Das **Schmerz- u. Palliativzentrum Hamburg, MVZ** sucht:

### Weiterbildungsassistentin/en: Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin

Voraussetzung: FÄ/FA Anästhesiologie, 80 Std. Theorie, Erfahrung in Ultraschall-gesteuerten Nervenblockaden

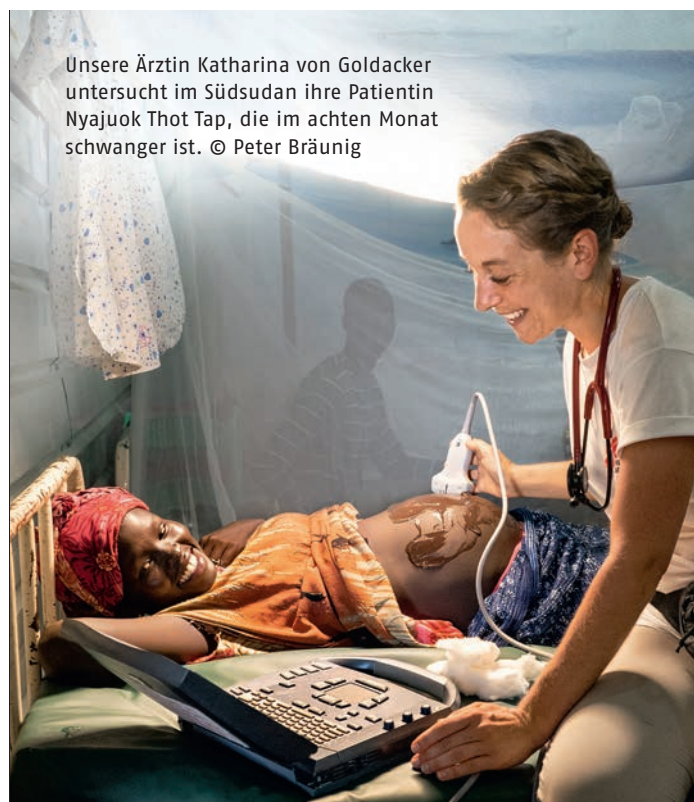
Kontakt: [dr.lenzen@spz-hh.de](mailto:dr.lenzen@spz-hh.de)  
[www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de](http://www.schmerz-palliativzentrum-hamburg.de)

### Arzt (m/w/d) für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste

Wir suchen eine Ärztin oder Arzt (m/w/d) mit mind. 12 Monaten internistischer Berufserfahrung im Krankenhaus (oder auch eine/n interessierten FA für Innere und /oder Allgemeinmedizin) für die Stadtteilklinik in Hamburg-Mümmelmannsberg.

Die Stadtteilklinik ist eine Belegklinik mit 15 Betten. Dort behandeln wir überwiegend internistische Patientinnen oder Patienten, deren ärztliche Betreuung außerhalb der Regeldienstzeit von einem Team aus internen und externen Assistenzärzten gewährleistet wird. Für dieses Team suchen wir Verstärkung. Unsere Belegklinik nimmt nicht an der Not- und Unfallversorgung teil, weswegen es im Dienst keine Neuaufnahmen gibt. Der Hintergrunddienst wird aus der Gruppe der in der Belegklinik tätigen Fachärztinnen und Fachärzte gewährleistet.

Ihre Bewerbung richten Sie gerne per E-Mail an Frau Daniela Kielblock unter [d.kielblock@alanta-group.de](mailto:d.kielblock@alanta-group.de). Für Fragen steht Ihnen der Leitende Arzt der Klinik, Herr Dr. Michael Groening unter [m.groening@stadtteilklinik.de](mailto:m.groening@stadtteilklinik.de) zur Verfügung.



Unsere Ärztin Katharina von Goldacker untersucht im Südsudan ihre Patientin Nyajuok Thot Tap, die im achten Monat schwanger ist. © Peter Bräunig

## SPENDEN SIE ZUVERSICHT IN BANGEN MOMENTEN

### IHRE SPENDE RETTET LEBEN:

**30 Euro** kostet das sterile Material für drei Geburten. Ohne dieses erleiden Frauen häufig lebensbedrohliche Infektionen.

Private Spender\*innen ermöglichen unsere unabhängige Hilfe – jede Spende macht uns stark!



Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00

BIC: BFSWDE33XXX

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden)



**MEDECINS SANS FRONTIERES  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Träger des Friedensnobelpreises

## Anzeigenschlusstermine Ausgabe Dezember 2020

Anzeigen im redaktionellen Teil:

**13. November 2020**

Rubrikanzeigen:

**19. November 2020**

### Diabetologin (w/m/d) sowie WBA Diabetologie (w/m/d)

vom Diabeteszentrum Hamburg Nord-West (Diabetologikum DDG) gesucht.

Wir wünschen uns für unser engagiertes Team motivierte Verstärkung ab 01.01.21 in Voll-/oder Teilzeit.

Ihre schriftliche Bewerbung Sie bitte an:

#### Diabeteszentrum Hamburg Nord-West

z.Hd. Frau Dr. Kirsten Hellner

hellner@diabeteszentrum-hhnw.de



www.diabeteszentrum-hhnw.de

### FÄ/FA für Allgemeinmedizin in Teilzeit gesucht

Für meine erfolgreich etablierte Praxis in zentraler Lage (direkt am Bahnhof Altona) suche ich einen FÄ/FA zur Anstellung auf Teilzeitbasis mit späterer Praxisübernahme. Meine Praxis ist Teil einer bereits langjährig bestehenden Praxisgemeinschaft mit zwei weiteren Kollegen.

Neben der allgemein-medizinischen und hausärztlichen Patientenversorgung betreuen wir auch Substitutionspatienten. Bei Interesse und für weitere Informationen melden Sie sich bitte unter: [info@horstmann-praxisberatung.de](mailto:info@horstmann-praxisberatung.de)

Wir suchen zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** für die Medizinische Klinik in **Vollzeit** einen **Arzt in Weiterbildung (w/m/d)**  
Innere Medizin/Pneumologie

Das Forschungszentrum Borstel ist ein international agierendes, von Bund und Ländern finanziertes Wissenschaftsunternehmen mit 550 Beschäftigten. Unsere zentrale Aufgabe ist die Forschung und Patientenversorgung auf dem Gebiet der Atemwegserkrankungen. Wir betreiben sowohl Infrastrukturen der Grundlagenforschung als auch eine Medizinische Klinik. Wir haben ein Ziel: Bestehende Methoden zur Erkennung, Vermeidung und Behandlung von Lungenerkrankungen zu verbessern und neue, innovative Therapieansätze zu entwickeln.

#### IHRE AUFGABEN:

- Patientenversorgung (81 Betten-Klinik mit breitem internistischem und pneumologischem Methodenspektrum)
- Beteiligung an Bereitschaftsdiensten

#### IHRE QUALIFIKATION

- Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin
- Interesse an der Pneumologie
- Empathie
- Vorzugsweise klinische Erfahrung
- Strukturierte und verantwortungsvolle Arbeitsweise

#### UNSER ANGEBOT

- Arbeiten in einem engagierten und kollegialen Team vor den Toren Hamburgs
- Volle Weiterbildungsbefugnis in Innerer Medizin (Basis), Innerer Medizin/Pneumologie (Facharzt) und Infektiologie
- 18/24 Monaten Weiterbildungsbefugnis in Innerer Medizin (Facharzt), und Intensivmedizin (Zusatzweiterbildung)
- Vergütung nach dem TVÄ einschl. aller im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen, Poolgeldbeteiligung
- Eine betriebliche Kindertagesstätte und Maßnahmen des Gesundheitsmanagements
- Familienfreundliche und flexible Arbeitsbedingungen
- Internationale Krankenhauspartnerschaften
- Persönliche Atmosphäre und Förderung
- Möglichkeiten zur klinischen Forschung auf den Gebieten Asthma/Allergie, COPD oder Infektiologie bei Interesse

Das FZB ist für das Audit „berufundfamilie“ zertifiziert und fördert gezielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das unterrepräsentierte Geschlecht wird bei gleicher fachlicher und persönlicher Eignung besonders berücksichtigt. Ebenso werden Schwerbehinderte bei sonst gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Rückfragen beantwortet Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Lange unter der Tel. 04537-188-3010. Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen (ohne Lichtbild) bis zum **30.11.2020** über unsere Website [www.fz-borstel.de](http://www.fz-borstel.de).



Für uns ist Ihr Alter, Ihr Geschlecht und sexuelle Identität, Ihre Weltanschauung, Ihre ethnische Herkunft oder ein Handicap nicht von Bedeutung. Wir sind einzig und allein an Ihrem Wissen und Können und Ihrer Teamfähigkeit interessiert. Wenn auch für Sie attraktive Arbeitsinhalte und lösungsorientiertes Vorgehen wichtiger sind als Formalien, sind Sie bei uns richtig!



## Facharzt (m/w/i/t) Urologie

Mitten in Itzehoe versorgen wir fachübergreifend jährlich ca. 28.000 Patienten und führen 1.300 ambulante Operationen durch. Hier können wir unseren Patienten Leistungen aus den Fachbereichen Chirurgie (Gefäßchirurgie, Handchirurgie, Proktologie, Sportmedizin, Unfallchirurgie), Anästhesiologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde anbieten. Neben der Diagnostik, Behandlung, Beratung und Therapie stellen wir die Versorgung von Patienten nach Arbeitsunfällen sicher. Für unsere ambulante Urologie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt (m/w/i/t) für Urologie in Voll- oder Teilzeit.

#### Was Sie erwartet:

- Ambulante urologische Versorgung von Patienten inkl. ambulanter Operationen und Hausbesuche
- Möglichkeit, Spezialisierungen einzubringen, z. B. Psychoonkologie und/oder spezielle Urologie der Frau
- Offenheit für die Erweiterung des Behandlungsspektrums
- Zusammenarbeit und offene Kommunikation mit niedergelassenen Kollegen und dem Klinikum Itzehoe

#### Ihr Profil:

- Freude daran, eigenständig ambulante Patienten zu betreuen
- Ausgeprägte soziale Kompetenzen und Teamfähigkeit
- Überdurchschnittliches Engagement und selbstständige Arbeitsweise

#### Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsatmosphäre
- Gute Anbindung an Hamburg über die A23 und die Bahn

#### Die Medizinischen Versorgungszentren des Klinikums Itzehoe:

- Tochtergesellschaften des Klinikums Itzehoe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: ca. 100
- Patientinnen und Patienten pro Jahr: 49.000

#### Kontakt:

Sie haben vorab noch Fragen? Frau Schliecker beantwortet sie Ihnen gern (Tel.: 04821 772-3800).

#### Klinikum Itzehoe

Personalmanagement • Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

#### Referenznummer 169-20

Weitere Informationen finden Sie unter:  
[www.klinikum-itzehoe.de/karriere](http://www.klinikum-itzehoe.de/karriere)



Große **allgemeinmed. Praxis** im NO v. HH mit breitem diagnostischem und therapeutischem Spektrum (Chirotherapie und Geriatrie sind unter anderem Schwerpunkte) **sucht ab sofort 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



**WB-Assistent/in Allgemeinmedizin VZ/TZ**

GP im EKZ ab Mai 2021. Gutes Team, Breites Spektrum Einstieg Praxis, Mitarbeit / WB Arbeitsmedizin möglich

**Hausärzte im CCB · Dr. J.E. + Ch.E. Kulemann**

Bergedorfer Str.105 · 21029 Hamburg

Kontakt: info@praxis-kulemann.de. **Wir freuen uns!**

Wir suchen ab sofort in Voll- oder Teilzeit (**Fach-) Arzt** oder **Diabetologen (w/m/d)**, auch zur Weiterbildung in Allg. Med. oder Diabetologie.

Wir bieten ein nettes Team und gute Arbeitsbedingungen in einer großen und modernen Praxis.



**FA Gynäkologie (m/w/d)**

**gesucht für langfristige Anstellung** in etabl. Praxis in Itzehoe. Flex. planbare Teilzeit in einem motivierten Team.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: bewerbung@frauenaerzte-itzehoe.de

**WBA Allgemeinmedizin**

ab dem 1.1.2021 für Hausarztpraxis in Norderstedt gesucht.

Kontakt: praxis@dr-jakstat.de

**AUGEN**

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

Bewerbung bitte an bewerbung@augenklinik-kempten.de

**HNO Ärztin (w/m/d) in Hamburg**

von netter Facharztpraxis für 18 Stunden / Woche gesucht.

Kontakt: hh-hno@gmx.de

**HA-Praxis in Norderstedt sucht FA/FÄ für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin zur Anstellung in TZ oder VZ.**

Spätere Übernahme evtl. möglich.

**Hausarztpraxis Waldstraße** Kontakt Tel: 0163 180 98 88

**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. MVZ gesucht dr.mahaleh@avicenna-hamburg.de **www.avicenna-hamburg.de**

**Weiterbildungsassistent-/in**

Große Praxis in Süderelbe sucht dringend Weiterbildungsassistent (w/m) für Allgemeinmedizin zum nächstmöglichen Beginn. Voraussetzung: vorhand. Approbation. Kontakt: arztpraxishh@yahoo.de

**FÄ/ FA für Innere Med. / Allg. med. in Teilzeit**

von internistischer Gemeinschaftspraxis in HH-Nordwest gesucht. Beginn nach Absprache Kontakt: meinechance2021@gmx.de oder 0174-1771748

**Allgemeinmediziner/ Internist (m/w/d)**

von großer Hausarztpraxis in HH-Süd gesucht zur Anstellung mit Möglichkeit der späteren Übernahme. Kontakt: arztpraxishh@yahoo.de

**WBA Allgemeinmedizin**

ab dem 1.1.2021 für Hausarztpraxis in Norderstedt gesucht. Kontakt: praxis@dr-jakstat.de

**Diabetologe (m/w/d) in TZ/VZ ab 01.01.2021**

MVZ Dr. Marks, HH Ost Tel.: 0174 70 66 731

**Kinder- u. Jugendpsychiater**

(m/w/d) gern auch in fortgeschrittener Weiterbildung, zur dauerhaften Verstärkung unseres interdisziplinären Teams ab sofort gesucht. **Familienzentrum Nord MVZ GmbH** 040-5272119-0, kontakt@fam-nord.de

**FA/FÄ(m/w/d) f. Allgemein Med. / Innere Med. gesucht**

in VZ (flexibel ca.25-36 Std./Woche) von Hausarztpraxis in HH-Altona. Kontakt unter: 0179/ 821 42 53 oder Hausarztpraxis-bahrenfeld@hotmail.de

**WBA für Allgemeinmedizin Innere zum 01.12.20 gesucht.**

Ich freue mich auf Ihre aussagekräftige Bewerbung per E-Mail an: info@dr-huchtemann.de

**FA/FÄ für Anästhesie**

in ambulantem OP Zentrum für Gynäkologie in HH für Teilzeit gesucht. Bewerbung unter Chiffre D4233

**FA Anästhesie**

Wir suchen für eine **Anästhesiepraxis** zunächst im **Angestelltenverhältnis** einen **Facharzt (m/w/d) für Anästhesiologie** in Voll- oder Teilzeit für ambulantes Operieren im **Großraum Hamburg/Süd-Schleswig-Holstein**. **Zuschriften bitte unter anaesthesie-sh@gmx.de**

**GEMEINSAM GEGEN CORONA**

**Jetzt Leben retten und Menschen schützen. Weltweit. Mit Ihrer Spende: www.care.de**

IBAN: DE 93 3705 0198 0000 0440 40



**CHIFFREHINWEIS**

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Wir leiten dieses dann 1:1 an den Inserenten der Anzeige weiter. Bei Interesse meldet sich der Inserent direkt bei Ihnen. **Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.**

Bitte senden Sie Zuschriften an: **elbbüro Stefanie Hoffmann Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen) Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder anzeigen@elbbuero.com.



MVZ Rheumatologie und Autoimmunmedizin Hamburg GmbH sucht zum nächstmöglichen Termin einen

### Allgemeinmediziner/Internisten (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit

zur Unterstützung unseres großen rheumatologisch tätigen Teams. Arbeiten Sie im Herzen der Hamburger Innenstadt in unmittelbarer Nähe zur Binnenalster. Ein zweiter Standort liegt in dem Hamburger Elbvorort Blankenese.

Ein Team mit 14 internistischen Rheumatologen, drei Laborärzten, einem Immunologen und einem eigenen klinischen Forschungszentrum mit drei Studienärzten bietet ein ungewöhnlich interessantes Arbeitsumfeld. Neben der Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betreiben wir eine Immundefektambulanz für Erwachsene, eine Studienambulanz und ein eigenes Diagnostiklabor. Unsere klinische Diagnostik umfasst Sonographie, DXA-Messung, EKG, Lungenfunktion und Ergometrie.

#### Ihre Aufgaben:

- Mitbetreuung der neuen Patienten, z.T. telemedizinisch
- Abschlussgespräche bei nicht rheumatologischen Patienten
- Allgemeinmedizinische Mitbetreuung der rheumatologischen Patienten
- Check-up-Untersuchungen, einschl. Sonographie
- Flexible Arbeitszeiten, auch außerhalb der Kernarbeitszeit

#### Wir bieten:

- Ein interessantes und vielseitiges Aufgabengebiet mit der Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen
- Ein freundliches, aufgeschlossenes und kompetentes MFA/RFA Team
- Ein sehr angenehmes und positives Arbeitsklima
- Eine regelmäßige interdisziplinäre Teambesprechung/Fallkonferenz
- Möglichkeiten der internen und externen Fortbildung
- Ein vollwertiges Labor mit der gängigen rheumatologischen Diagnostik sowie vielen weiteren Parametern

**Haben wir Ihr Interesse geweckt?** Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung. Senden Sie diese bitte an: [l.woellmer@rheuma-hh.de](mailto:l.woellmer@rheuma-hh.de) oder kontaktieren Sie uns persönlich/telefonisch.

Weitere Informationen finden Sie auch unter [www.rheuma-hh.de](http://www.rheuma-hh.de)

Die MVO Medizin vor Ort MVZ GmbH sucht zur Verstärkung des Teams in Barmbek zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit

### FA/FÄ für Allgemeinmedizin / Innere Medizin

zur Anstellung. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann schicken Sie bitte Ihre Bewerbung ausschließlich per Email an: [info@mvo-hamburg.de](mailto:info@mvo-hamburg.de)  
Ansprechpartner: Herr Thomas Voeste

## Anzeigenschlusstermine Ausgabe Dezember 2020

Anzeigen im redaktionellen Teil:  
**13. November 2020**  
Rubrikanzeigen:  
**19. November 2020**



## Facharzt (m/w/i/t) für Psychiatrie und Psychotherapie

Für unsere etablierte und anerkannte psychiatrische Praxis im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) am Prinzesshofpark suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt (m/w/i/t) für Psychiatrie in Voll- oder Teilzeit.

#### Was Sie erwartet:

- Komplexe psychiatrische/psychotherapeutische Diagnostik, Therapie und Beratung
- Psychotherapeutische Betreuung und Beratung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen
- Fachlicher Austausch und enge Kooperation mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe und der neurologischen Praxis des MVZ
- Privatärztliche und gutachterliche Leistungen

#### Ihr Profil:

- Engagement für die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen
- Aufgeschlossenheit und Interesse an der eigenen Weiterentwicklung

#### Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsatmosphäre
- Gute Anbindung an Hamburg über die A23 und die Bahn

#### Die Medizinischen Versorgungszentren des Klinikums Itzehoe:

- Tochtergesellschaften des Klinikums Itzehoe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: ca. 100
- Patientinnen und Patienten pro Jahr: 49.000

#### Kontakt:

Sie haben vorab noch Fragen? Frau Schliecker und Frau Petersen beantworten sie Ihnen gern (Tel.: 04821 772-3800 oder 04821 772-3202).

#### Klinikum Itzehoe

Personalmanagement • Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

#### Referenznummer 122-20

Weitere Informationen finden Sie unter:  
[www.klinikum-itzehoe.de/karriere](http://www.klinikum-itzehoe.de/karriere)



## Stellengesuche

### FÄ für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) mit Kassenzulassung

sucht ab Juli 2021 neues Betätigungsfeld. Langjährige Erfahrung als Internistin mit hausärztlicher Versorgung, Akupunktur und Betriebsmedizin. Es besteht Interesse an einem Einstieg in eine bestehende Einzelpraxis oder BAG. Aber auch ein Verzicht auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung ist möglich. Kontakt unter: Claudia Horstmann 040 / 539 100 68 oder [info@horstmann-praxisberatung.de](mailto:info@horstmann-praxisberatung.de)

**Pädiaterin mit Praxiserfahrung** sucht Teilzeitstelle im ambulanten Bereich.

Kontakt: 0179/6601576

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



## Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

### FÄ für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung) mit Kassenzulassung

sucht ab Juli 2021 neues Betätigungsfeld. Langjährige Erfahrung als Internistin mit hausärztlicher Versorgung, Akupunktur und Betriebsmedizin. Es besteht Interesse an einem Einstieg in eine bestehende Einzelpraxis oder BAG. Aber auch ein Verzicht auf die Zulassung zugunsten einer Anstellung ist möglich. Kontakt unter: Claudia Horstmann 040 / 539 100 68 oder [info@horstmann-praxisberatung.de](mailto:info@horstmann-praxisberatung.de)

## KV-Sitz

### Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

- Ärztliche Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie Vertraulichkeit garantiert.  
Sollten Sie an einem Verkauf an ein inhabergeführtes MVZ interessiert sein, so kontaktieren Sie uns bitte: [info@kassensitz-gesucht.de](mailto:info@kassensitz-gesucht.de)

## CHIFFREHINWEIS

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Wir leiten dieses dann 1:1 an den Inserenten der Anzeige weiter. Bei Interesse meldet sich der Inserent direkt bei Ihnen.

**Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.**

Bitte senden Sie Zuschriften an: **elbbüro Stefanie Hoffmann Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen)

Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com).

## Medizintechnik



**AMT**  
Abken Medizintechnik

**Die größte Markenvielfalt Norddeutschlands vereint unter einem Dach!**

Konfigurieren Sie Ihr Wunsch-Ultraschall-Gerät über unseren Ultraschall-Finder auf [www.amt-abken.de](http://www.amt-abken.de).

Oder besuchen Sie die **Ultraschall-Gerätewelt in Norderstedt** bei Hamburg und erleben Sie die Produktvielfalt unserer Exklusivpartner im direkten Vergleich.

**Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!**

Wir beraten Sie kompetent zu den Themen Ultraschallgeräte, Herz-Kreislaufdiagnostik vom Marktführer SCHILLER, Praxisausstattung, Finanzierung, Wartung, Service und Applikation.

**AMT Abken Medizintechnik GmbH**  
Langenharmer Weg 219 • 22844 Norderstedt  
Tel.: 040 - 180 102 82 • [info@amt-abken.de](mailto:info@amt-abken.de)

**PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers**

### Sitz Kinderarztpraxis

Das neue Ärztehaus und Gesundheitszentrum Fischbeker Heidbrook in Hamburg bietet ab Anfang 2021 moderne Räume für eine Kinderarztpraxis. Möglichkeit einer Sonderbedarfszulassung. Ohne Abstand, ohne Courtage.

Weitere Info's unter: [www.husmeester.de](http://www.husmeester.de)

### HNO KV-Sitz im HH-Osten

(mit hoher Scheinzahl) abzugeben

[kvsitzhnohamburg@web.de](mailto:kvsitzhnohamburg@web.de)

### HNO-KV-Sitz in HH von versierter Oberärztin gesucht.

Auch 1/2 Sitz oder Anstellung mit späterer Übernahme möglich.  
Kontakt: HNO-HH@my.mail.de

### Hausarztpraxis mit 2 KV Sitzen

zum nächstmöglichen Zeitpunkt abzugeben. KV Sitze auch einzeln zu erwerben. Modern ausgestattete und komplett sanierte Praxis in zentraler Lage von Hamburg.  
Kontakt unter: [arztpraxis-hh@gmx.de](mailto:arztpraxis-hh@gmx.de)

### Sitz Hausarztpraxis

Das neue Ärztehaus und Gesundheitszentrum Fischbeker Heidbrook in Hamburg bietet ab Anfang 2021 moderne Räume für eine Hausarztpraxis. Möglichkeit einer Sonderbedarfszulassung. Ohne Abstand, ohne Courtage.

Weitere Info's unter: [www.husmeester.de](http://www.husmeester.de)



## Balint-Gruppe

### Balintgruppe in Altona

Jeden 2. Mittwoch von 18.00-19.30 h,  
T.: 431 830 40, [www.arnhild-uhlich.de](http://www.arnhild-uhlich.de)

## Praxisabgabe

**Sehr umsatzstarke Allg. Med. Praxis mit 4 Kassensitzen in Hamburg Nord/Ost zeitnah abzugeben.**

Kontakt unter johffah@gmx.de

**Hausarztpraxis HH-Harburg in zentraler Lage**

zum 1.4.2021 abzugeben.  
Kontakt unter: bhelt@t-online.de

**HNO-Gemeinschaftspraxis in Hamburg sucht Nachfolger**

für ausscheidenden Partner zum 01.01.2022. Kontakt unter: HNOGemeinschaftspraxis@web.de

**Etablierte Hausarztpraxis in HH Nord-West**

mit 3 Arztsitzen, in 2021 abzugeben.  
Kontakt: hapraxishh2021@gmail.com

**Traditionsreicher Hausarzt-Sitz in Lehrpraxis in guter Lage sucht aus familiären Gründen Nachfolger\*in.**

Lokal hoher Privatpatienten-Anteil, 5 Behandlungsräume, neue IT-Ausstattung in 2020. Derzeit in 3er BAG, nach Absprache aber auch Praxismgemeinschaft möglich. Sehr gute Ausbaufähigkeit, Autobahn 8 MIn, S-Bahn 3 MInuten. **Ideal für Jungfachärzt\*innen oder Klinik-Internist\*innen mit Wechselwunsch.**  
Kontaktaufnahme erbeten unter: 0175-2481487

**Umsatzstarke Praxis für plastische Chirurgie ästhetische Dermatologie/Lasertherapie** in HH mit Anbindung an OP-Zentrum plant Verkauf, auch Teilübernahme durch plastische/nChirurg/in möglich. Kontakt unter Chiffre N4316.

**Internistisch-hausärztliche Praxis im Hamburger Süden**

in gut aufgestellter Praxismgemeinschaft sucht Nachfolger/in. praxis.pg2020@web.de

**Hausarztpraxis mit Herz und Potential in HH-Nord Ost**

mit gut eingespieltem Team und überdurchschnittlicher Patientenzahl (>1000/Quartal) in 2021 aus Altersgründen abzugeben.  
Kontakt: praxis-ac@gettogo.de

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

## Praxisräume

**Hamburg-Schnelsen - Ärztehaus mit Parkplätzen!**

Praxisflächen ab 200 qm bis 1.200 qm in repräsentativem Klinkerbau zu mieten, gute Belichtung, hoher Sicherheitsstandard, Parkplätze, mtl. Mietpreis: VHB.

Weitere Informationen erhalten Sie über:  
**Kensington Private Office**, Tel. (040) 607 732 460  
alster@kensington-hamburg.com  
[www.kensington-hamburg.com](http://www.kensington-hamburg.com)



**PRAXISRÄUME: 192,50 m<sup>2</sup>**

**IM GESUNDHEITZENTRUM HAMBURG-BERGEDORF ZU VERMIETEN**

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 können Sie mich gerne jederzeit kontaktieren.

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

**Heller freundl. Therapieraum**

(18 m<sup>2</sup>) in einer psychotherapeutischen (TP) Praxengemeinschaft in Hamburg- Rotherbaum zum 1. Jan. 2021 zu vermieten.  
Kontakt: Fr. Fischer Tel. 040 / 46 26 01

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



**Lassen Sie sich jetzt nieder. Zukunft denken und Medizin leben in Hamburg.**

Zum Jahresende möchte ich mich aus meiner langjährigen Tätigkeit als niedergelassener Allgemeinmediziner zurückziehen.  
Für meine Praxis mit kassenärztlichem Sitz in Hamburg suche ich einen Arzt (w/m/d) der meine Arbeit weiterführt und die Praxis und mein Team mit neuem Leben und frischen Ideen belebt.

Bitte kontaktieren Sie mich unter E-Mail: johffah@gmx.de

**NEUBAU GESUNDHEITZENTRUM FISCHBEKER HEIDBROOK • HAMBURG**



**nur noch eine Etage frei!**

Am Eingangstor zum neuen IBA-Quartier Fischbeker Heidbrook entsteht das Ärztehaus und **Gesundheitszentrum Fischbeker Heidbrook**. Idealer Standort zur medizinischen Versorgung des Quartiers, des Stadtteils und des Süderelberaumes. Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung z.B. für Pädiatrie oder Allgemeinmedizin. Ab Frühjahr 2021.

Freie Praxisfläche im 1. OG ca. 1 x 216 m<sup>2</sup>  
oder ca. 2 x 108 m<sup>2</sup>

Individuelle Aufteilung des Grundrisses.  
Courtagefrei!

Weitere Informationen zur Vermietung unter  
[www.husmeester.de](http://www.husmeester.de)  
husmeester Immobilienverwaltungsgesellschaft mbH



## 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*

## Rechtsanwälte



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

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

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



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](mailto:info@aescutax.net) | [www.aescutax.net](http://www.aescutax.net)

## 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](mailto:s.siewert@praxvalue.de)  
[www.praxvalue.de](http://www.praxvalue.de)

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler



**DELTA**

Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

[mail@kanzleidelta.de](mailto:mail@kanzleidelta.de) • [www.kanzleidelta.de](http://www.kanzleidelta.de)

Berater für Ärzte seit über 50 Jahren.



## Anzeigenschlusstermine

### Ausgabe Dezember 2020

Anzeigen im redaktionellen Teil:  
**13. November 2020**  
Rubrikanzeigen:  
**19. November 2020**

**Die besondere Expertise in der steuerlichen Beratung von Heilberufen**

Fachberaterin für das Gesundheitswesen (DStV e.V.)  
Zertifiziert vom Deutschen Steuerberaterverband



**AH ANNETTE HOFFMANN**  
STEUERBERATER



Hasenhöhe 128 · 22587 Hamburg  
**Telefon: 040 - 86 62 86 62**  
[kontakt@praxissteuerrecht.com](mailto:kontakt@praxissteuerrecht.com)  
[www.praxissteuerrecht.com](http://www.praxissteuerrecht.com)

## GEMEINSAM GEGEN CORONA

Jetzt Leben retten und Menschen schützen. Weltweit.  
Mit Ihrer Spende:  
[www.care.de](http://www.care.de)  
IBAN: DE 93 3705 0198  
0000 0440 40



**care**  
Die mit dem CARE-Paket



**RADIOLOGISCHE  
ALLIANZ**

Radiologie · Nuklearmedizin · Strahlentherapie

**Einladung zur Online-Fortbildung  
am 26. November 2020 von 18:15 bis 19:45 Uhr**

## **Herzdiagnostik mit MRT und CT**

Die Diagnostik von Herz- und Gefäßerkrankungen ist eines unserer Spezialgebiete. Präzise und schonende Untersuchungsmethoden leisten einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung der Ursachen dieser Erkrankungen, die in Deutschland mit zu den häufigsten Todesursachen zählen.

In unserer Fortbildung möchten wir Sie über die Möglichkeiten der Kardio-CT und Kardio-MRT informieren.

Einen besonderen Fokus legen wir dabei auf die CT-Koronarangiographie. Denn das Kardio-CT als nicht-invasive



Prof. Dr. med. Jörn Sandstede  
Facharzt für Radiologie,  
Vorsitzender der Geschäftsführung  
der Radiologischen Allianz



Prof. Dr. med. Joachim Lotz  
Facharzt für Radiologie,  
Direktor des Instituts für  
Diagnostische und  
Interventionelle Radiologie,  
Universitätsmedizin Göttingen

Methode bei Verdacht auf koronare Herzkrankheit gewinnt zunehmend an Bedeutung, was sich aktuell auch in verschiedenen Leitlinien wiederfindet. Auch möchten wir Ihnen die vielfältigen Möglichkeiten der Kardio-MRT zur Abklärung unklarer Herzerkrankungen näher bringen.

Die Veranstaltung ist zur Zertifizierung mit 2 CME-Punkten bei der Ärztekammer Hamburg angemeldet. Melden Sie sich gern über den QR-Code (unten rechts) oder per E-Mail an [RAkademie@radiologische-allianz.de](mailto:RAkademie@radiologische-allianz.de) an.

**Wir heißen Sie herzlich Willkommen!**

