

05•21

14. Mai • 75. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Delegiertenversammlung

Positionspapier zur
Sterbehilfe beschlossen

Gesundheitspolitik | 24

Online-Fortbildung

Hochkarätige Experten
zur Coronaimpfung

Forum Medizin | 28

Leitliniengerecht

Kardiovaskuläres Risiko
bei pAVK reduzieren

Das Thema | 12

Tumorbiologie

Die Rolle von Genmutationen bei der Tumorbehandlung

Wie Erkenntnisse über DNA-Reparaturmechanismen die Diagnostik und Therapie von Ovarial-, Mamma- und bestimmten Prostatakarzinomen vorangetrieben haben

tumorzentrum hamburg

„Wir unterstützen Sie mit all unserer Kompetenz bei der Behandlung Ihrer Patient*innen und freuen uns auf den Austausch mit Ihnen bei unseren Veranstaltungen!“

Prof. Dr. med. Dirk Arnold

Medizinischer Vorstand, Asklepios Tumorzentrum Hamburg

TUMORKONFERENZEN im Asklepios Tumorzentrum

Hamburg – Wissen bündeln und gezielt helfen mit geballter standortübergreifender Expertise

Erfahrene Tumorexpert*innen der sieben Hamburger Asklepios Kliniken der Maximal- und Schwerpunktversorgung und sechs onkologischen MVZ kommen in den interdisziplinären Tumorkonferenzen zusammen, um ihre Fälle zu besprechen. Damit können wir unseren Patient*innen die optimale Behandlung und bestmögliche Therapie anbieten, die jeweils auf die individuelle Situation des Einzelnen abgestimmt ist.

Mit insgesamt wöchentlich 24 Tumorkonferenzen, die wir einrichtungsübergreifend und nach tumormedizinischen Themenschwerpunkten durchführen, bieten wir für viele Tumorentitäten mehrmals pro Woche die Möglichkeit, Patient*innen vorzustellen. Weitere Details zu dem standardisierten und einfachen Prozess der Anmeldung Ihrer Patient*innen sowie alle Ansprechpartner*innen finden Sie auf unserer Website unter für Ärzte & Zuweiser → interdisziplinäre Tumorkonferenzen.

FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

- **14.-16. Juni 2021: Update klinische Onkologie Sommer 2021 – Kongressnachlese ASCO 2021**

Towards New Standards in Oncology

- **26. August 2021: Interventionelle Radiologie** (Keynote Speaker: N. N.)
- **13. September 2021: Dermatologische Onkologie** (Keynote Speaker: N. N.)
- **23. September 2021: Gliome** (Keynote Speaker: Prof. Dr. med. Roger Stupp, Chicago)
- **09. November 2021: Schilddrüse/Neuroendokrine Tumore**
(Keynote Speaker SD: Prof. Dr. med. Kurt Werner Schmid, Essen;
NET: Prof. Dr. Marcus Quinkler, Berlin)
- **22. November 2021: Gender Medicine**
(Keynote Speaker: Dr. med. Anna Dorothea Wagner, Lausanne)

Weitere Informationen/Anmeldung

Akademie für Ärztliche Fortbildung – Ärzteakademie

Melanie Gehrigk

Tel.: 040 181885-2512 ▪ aerzteakademie@asklepios.com

Asklepios Tumorzentrum Hamburg

Hotline: 0800 8018080

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

tumorzentrum.hamburg@asklepios.com ▪ www.asklepios.com/tumorzentrum





Dr. Björn Parey
stellvertretender Vorsitzender
der Vertreterversammlung der KVH

„Es muss jetzt auf breiter Front geimpft werden, und dafür braucht man das flächendeckende, engmaschige Netz der Praxen.“

„Wir sind die Impf-Profis“

Die Haus- und Fachärzte stellen im Zuge der Pandemiebekämpfung ihre Leistungskraft immer wieder eindrücklich unter Beweis. Allein die Tatsache – die weder an Aktualität noch an Wahrheit eingebüßt hat –, dass nämlich neun von zehn Corona-Patienten ambulant behandelt werden, macht deutlich, welchen immensen Stellenwert die Niedergelassenen bei der Bewältigung dieser aus allen Fugen geratenen Zeit haben. Dieselbe Bedeutung kommt ihnen selbstverständlich auch bei der Corona-Impfkampagne zu. Impfen ist absolutes Kerngeschäft in den allermeisten Hausarzt- und auch vielen Facharztpraxen – das Impfen gehört deshalb unbedingt zu uns in die Praxen. Die Impfzentren waren nötig, solange der Impfstoff massiv kontingentiert war; je mehr von ihm aber sukzessive zur Verfügung steht, desto wichtiger und nötiger ist, dass die Impfungen sich großflächig in die Praxen verlagern. Es ist billiger und effektiver: Nur durch die Praxen kann tatsächlich der Impfturbo starten, auf den wir alle so sehnsüchtig warten. Es ist beruhigend, dass wenigstens hierüber umfassende Einigkeit herrscht.

Doch welche Signale empfangen wir diesbezüglich von der Politik? Wird diese Bedeutung der Praxen wahrgenommen, geschweige denn angemessen honoriert? Auch das Impfen in den Praxen erfordert einen großen organisatorischen Aufwand: Terminvergabe, Priorisierung, Rekonstitution eines sehr sensiblen Impfstoffs, Einhaltung der Hygieneregeln, Nachbeobachtung, nicht zu vergessen intensive Beratungs- und Aufklärungsgespräche. Die meisten dieser Gespräche finden doch bei uns in den hausärztlichen Praxen statt. Und in diesen Gesprächen geht es meist um sehr viel mehr als nur um Risiken und Nebenwirkungen der Impfung. Unsere Patienten kommen mit all ihren Sorgen und Nöten zu uns und wollen aufgefangen werden, jetzt in Zeiten von Corona noch sehr viel mehr als in normalen Zeiten. Diese Fürsorge erbringen wir gern, sie gehört zur Kernkompetenz der hausärztlichen Versorgung. Angemessen honoriert wird diese

Leistung vom Gesetzgeber aber nicht: Wir erhalten für eine Corona-Impfung in der Praxis nur 20 Euro, während der Steuerzahler im Impfzentrum pro Impfung schätzungsweise über 200 Euro bezahlen muss.

Auch die Diskussionen um die Verteilung des Impfstoffs zwischen Impfzentren und Praxen lässt Zweifel daran aufkommen, dass die Niedergelassenen bei der Übernahme ihrer wichtigen Aufgabe entschieden genug unterstützt werden. Es muss jetzt auf breiter Front geimpft werden, und dafür braucht man das flächendeckende, engmaschige Netz der Praxen. Vor allem Hausärzte haben ein langes Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten. Wir kennen ihre Vorerkrankungen, Allergien, Risikofaktoren. Wir sind die Impf-Profis. Doch unsere Stärken ausspielen können wir nur, wenn wir angemessen ausgestattet werden – mit Impfstoff, aber auch mit finanziellen Mitteln. Unser einziger tatsächlicher Lohn ist bislang das Leuchten in den Augen der Patienten – und die Freude darüber, dass wir jetzt nachhaltig etwas gegen die Pandemie tun können.



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

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

Fax 040 / 20 22 99 490

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

**patientenberatung@aekhh.de
www.patientenberatung-hamburg.de**


**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVH *Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg*

05·21

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Pia Wülfing und **Prof. Dr. Christian Wülfing**, Mammazentrum Hamburg und Asklepios Klinik Altona, erläutern die Rolle von Genmutationen bei der Behandlung von Ovarial-, Mamma- und bestimmten Prostatakarzinomen (Seite 12). **Prof. Dr. Sigrid Nikol**, Asklepios Klinik St. Georg, stellt die wichtigsten europäischen Leitlinienempfehlungen zur kardiovaskulären Risikoreduktion bei Patienten mit pAVK vor (Seite 28). **PD Dr. Alexander Stein**, Hämatologisch-Onkologische Praxis Eppendorf, behandelte erfolgreich einen Krebspatienten mit Immuncheckpoint-Inhibitoren – hier eine verträgliche Alternative zur Chemotherapie (Seite 32).



Das Thema

- 12 **Tumorbiologie**
Die Rolle von Genmutationen bei der Behandlung von Tumoren.
Von Prof. Dr. Pia Wülfing,
Prof. Dr. Christian Wülfing

Service

- 6 Gratulation
- 9 In memoriam
- 23 Rezension
- 26 Neues aus der Wissenschaft
- 34 Bilder aus der klinischen Medizin
- 35 Leserbrief
- 38 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6·10 **Personalien** · Chefärztinnen-Team übernimmt Gynäkologie der AK Wandsbek · Prof. Dr. Carolin Tonus ist neue Ärztliche Direktorin der AK St. Georg · PD Dr. Massimiliano Fusaro leitet Kardiologie im AK Westklinikum · Prof. Dr. Jan-Hendrik Egberts wird Leiter der Chirurgie am IK · Doppelspitze für die Pneumologie am AK Barmbek
News · Weiterbildungsbefugte – bitte im eLogbuch anmelden · KinderPaCT Hamburg e.V. feiert 10-jähriges Bestehen · UKE-Forschung: chronische Körperbeschwerden · Neue kinderärztliche Notfallpraxis am Wilhelmstift eröffnet · Jetzt anmelden! Nordkirche lädt zu Sterbehilfe-Veranstaltung ein · Sehr gefragt! Neue Pflegeausbildung
- 11 **Pilotpraxen gesucht** · Arbeit zu dritt: Sprachbarrieren überwinden.
Von Prof. Dr. phil. Mike Mösko, Güliz Aslan

Gesundheitspolitik

- 18 **361. Delegiertenversammlung** · Ärzteparlament positioniert sich zum assistierten Suizid.
Von Sandra Wilsdorf
- 20 **Online-Diskussion zur Sterbehilfe, Teil 2** · „Niemand muss sich beteiligen!“ Von Nicola Timpe

Forum Medizin

- 24 **Fortbildung der Kammer** · Hamburgs Kurs beim Impfen. Von Karen Amme
- 27 **Beratung** · Geschäftsstelle der Ethik-Kommission erhält neue Gebührenordnung.
Von PD Dr. Dietrich Häfner
- 28 **Koronares Risiko** · Leitlinienempfehlungen zur kardiovaskulären Risikoreduktion bei Patienten mit pAVK. Von Prof. Dr. Sigrid Nikol, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe
- 32 **Der besondere Fall** · Immuntherapie bei gastrointestinalen Tumoren.
Von PD Dr. Alexander Stein, Dr. Eray Gökkurt, Prof. Dr. Peter Layer, Dr. Johann-C. Steffens, Prof. Dr. Sören Schröder, Prof. Dr. Susanna Hegewisch-Becker
- 36 **Bild und Hintergrund** · „Geborener Arzt mitten in einer nüchternen Verwaltung“.
Von Dr. Thomas Schröter
- 38 **Der blaue Heinrich** · Liebe Grüße aus dem Paralleluniversum. Ausgewählt von Katja Evers

Mitteilungen

- 39 **Ärztekammer Hamburg** · 362. Sitzung der Delegiertenversammlung
- 39 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Ende Ermächtigungen Ärzte · Ermächtigungen Ärzte · Sonderbedarfszulassungen · Ermächtigungen Einrichtungen
Dieser Auflage liegt folgender Flyer bei: Teilbeilage: Postbank Immobilien GmbH – Sönke Karwei

Gratulation

zum 95. Geburtstag

- 29.05. **Dr. med. Hans-Dieter Henning**
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe
- 12.06. **Dr. med. Anneliese Holzhausen-Rohr**
 Fachärztin für Innere Medizin
- 13.06. **Dr. med. Günther Kasten**
 Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 90. Geburtstag

- 20.05. **Dr. med. Peter Uterharck**
 Facharzt für Innere Medizin
- 07.06. **Dr. med. Hildegard Pahnke, Ärztin**
- 10.06. **Prof. Dr. med. Karl Heinz Jungbluth**
 Facharzt für Plastische Chirurgie
 Facharzt für Chirurgie

zum 85. Geburtstag

- 30.05. **Prof. Dr. med. Friedhelm Schreiter**
 Facharzt für Urologie
- 12.06. **Dr. med. Elke Gebhard-Tönnies, Ärztin**

zum 80. Geburtstag

- 18.05. **Dr. med. Hans-Georg Lichtenberg**
 Facharzt für Nervenheilkunde
- 18.05. **Prof. Dr. med. Jürgen Schwarz**
 Facharzt für Physiologie
 Facharzt für Neurologie
- 21.05. **Dr. rer. nat. Wolfgang Bergk**
 Facharzt für Innere Medizin
- 22.05. **Dr. med. Erwin Koops**
 Facharzt für Rechtsmedizin
- 24.05. **Jürgen Westenhoff**
 Facharzt für Chirurgie
- 25.05. **Dr. med. Hosni Shamaa**
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe
- 26.05. **Dr. med. Detmar Osterwald**
 Facharzt für Kinder-
 und Jugendmedizin
- 27.05. **Dr. med. Arthur Wessels**
 Facharzt für Orthopädie
- 05.06. **Dr. med. Burghart Liegmann**
 Facharzt für Frauenheilkunde und
 Geburtshilfe
- 12.06. **Prof. Dr. med. Ulrich Koch**
 Facharzt für Hals-Nasen-
 Ohrenheilkunde

zum 75. Geburtstag

- 19.05. **Dr. med. Ursula Schröder-Höch**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 19.05. **Dr. med. Reinhard Semmler**
 Facharzt für Chirurgie
- 21.05. **Renate Plaß**
 Fachärztin für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 Fachärztin für Psychiatrie
 Fachärztin für Psychotherapeutische
 Medizin
- 23.05. **Dr. med. Gerd Bomnüter**
 Facharzt für Chirurgie



Setareh Huschi, Dr. Simone Klüber und Anna Jacob (v.l.)

Chefärztinnen-Team übernimmt Gynäkologie der AK Wandsbek

Die Asklepios Klinik Wandsbek baut die Gynäkologie aus und strukturiert mit einem innovativen Personalkonzept die Abteilung neu. Zum 1. April 2021 startete in Wandsbek ein Team aus drei Chefärztinnen mit jeweils eigenen Schwerpunkten in der Gynäkologie: Setareh Huschi, Dr. Simone Klüber und Anna Jacob. Sie folgen auf Prof. Dr. Gerhard Gebauer, der in der Asklepios Klinik Barmbek den weiteren Ausbau der gynäkologischen Onkologie, des robotischen Operierens und der Standardisierung der operativen Gynäkologie und gynäkologischen Onkologie vorantreiben wird.

Das neue Team in Wandsbek wird die operative Gynäkologie in den Vordergrund rücken. Alle drei Chefärztinnen sind operativ versierte Gynäkologinnen mit jahrelanger Erfahrung in der Urogynäkologie, Dysplasie (Gewebeveränderungen) und MIC, die erfolgreich Sprechstunden an verschiedenen Standorten in und um Hamburg etabliert haben. Anna Jacob war zuletzt Leitende Oberärztin in Altona und hat sich auf den Bereich der Diagnostik und Therapie gynäkologischer Malignome mit Schwerpunkt auf die mikroinvasive Tumorchirurgie konzentriert.

Setareh Huschi arbeitete bisher als Leitende Oberärztin an der Regio Klinik Pinneberg. Sie ist AGUB-II-zertifizierte Beckenbodenoperateurin (Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion) und hat dort eine urogynäkologische Sprechstunde mit eigener Ermächtigung aufgebaut, die hier fortgesetzt wird. Außerdem hat sie einen Master of Acupuncture in der TCM.

Dr. Simone Klüber war zuletzt Leitende Oberärztin an den Elbe Kliniken in Stade. Ihr Schwerpunkt liegt in der Differenzialkolposkopie. Hierfür besitzt sie eine eigene Ermächtigung und hat in Stade bereits eine Dysplasiesprechstunde etabliert. Zusätzlich ist sie AGUB-II-zertifiziert. Die Gynäkologinnen bilden mit ihren individuellen Schwerpunkten das gesamte Spektrum der operativen Gynäkologie ab. Ihr Ziel ist es, die Abteilung weiter auszubauen und über Spezialsprechstunden – digital und persönlich – eine leistungsfähige gynäkologische Klinik in Wandsbek zu etablieren. | [hüb](#)

Annemarie Dose Preis: Ideen für innovatives Engagement gesucht

Der Annemarie Dose Preis soll vor allem junge Initiativen und Projekte auszeichnen, die sich in herausragender Weise dafür einsetzen, dass sich das Leben benachteiligter Menschen in Hamburg nachhaltig verbessert. Regionale, gemeinnützige und junge Projekte, die nach dem 1. Januar 2018 in Hamburg gestartet sind, haben gute Chancen, nominiert zu werden. Der Preis ist mit insgesamt 8.000 Euro dotiert – je 3.000 Euro für zwei Gruppenprojekte und 2.000 Euro für eine einzelne Person. Die Preisgelder sollen in die Projekte investiert werden. Der nach der Gründerin der Hamburger Tafel benannte Annemarie Dose Preis steht für das tatkräftige Motto der Hamburgerin: „Nicht lang schnacken – selbst anpacken“. Die Bewerbungsfrist wurde bis zum 31. Mai verlängert. Alle Informationen zum Annemarie Dose Preis und die Bewerbungsformulare unter www.hamburg.de/annemarie-dose-preis. | [hüb](#)

Prof. Dr. Carolin Tonus ist neue *Ärztliche Direktorin der AK St. Georg*

Prof. Dr. Carolin Tonus übernimmt das Amt der Ärztlichen Direktorin der Asklepios Klinik St. Georg. Ihr Vorgänger, Prof. Dr. Christian Sander, trat nicht zur Wiederwahl an, ist aber weiterhin vor Ort als Chefarzt der Eduard-Arning-Klinik für Dermatologie und Allergologie tätig. Zum stellvertretenden Ärztlichen Direktor wurde Prof. Dr. Berthold Bein, Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, gewählt. Ganz neu sind Tonus die Aufgaben nicht, denn seit zwei Jahren war sie bereits stellvertretende Ärztliche Direktorin in St. Georg. Die erfahrene Medizinerin ist seit vier Jahren Chefärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und hat zuvor die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie in der Asklepios Klinik Nord geleitet. Ihr Stellvertreter ist zudem als Leitender Notarzt für die Einsatzführung vor Ort in besonderen medizinischen Lagen zuständig. | *hüb*



Prof. Dr. Carolin Tonus

PD Dr. Massimiliano Fusaro leitet *Kardiologie im AK Westklinikum*

PD Dr. Massimiliano Fusaro übernahm im April die Chefarztposition der Kardiologie im Asklepios Westklinikum Hamburg. Zuvor war der gebürtige Italiener als Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie über 12 Jahre als Oberarzt im Deutschen Herzzentrum der Technischen Universität München mit Schwerpunkt Herzkatheterlabor und Chest Pain Unit tätig. Nun tritt er die Nachfolge von PD Dr. Carsten Schneider an. Fusaro hat die Zusatzqualifikationen „interventionelle Kardiologie“ und „interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Durch seine langjährige Tätigkeit konnte der Mediziner umfassende Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit schwerer koronarer Herzerkrankung sammeln, die er mittels neuester und minimalinvasiver Verfahren behandelt. | *hüb*



PD Dr. Massimiliano Fusaro

Prof. Dr. Jan-Hendrik Egberts *wird Leiter der Chirurgie am IK*

Prof. Dr. Jan-Hendrik Egberts wechselte im April vom Universitätsklinikum Kiel an das Israelitische Krankenhaus Hamburg (IK), um dort das zukunftsweisende roboterassistierte Chirurgesystem da Vinci Xi zu etablieren. Ab dem 1. August 2021 wird er dann die Leitung der Chirurgischen Klinik übernehmen und folgt auf Prof. Dr. Carsten Zornig, der Ende Juli 2021 seine aktive Zeit am IK beenden wird. Egberts ist Gründungsmitglied der Chirurgischen Arbeitsgruppe Robin (robotergestützte Chirurgie und Innovation) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Zudem ist er zertifizierter Ausbilder für das Arbeiten mit dem da Vinci-Robotiksystem. Der Spezialist in roboterassistierter Chirurgie wird auf dieser Basis die Tumor- und Allgemeinchirurgie im Israelitischen Krankenhaus weiter ausbauen. | *hüb*



Prof. Dr. Jan-Hendrik Egberts

Gratulation

zum 75. Geburtstag

- 23.05. Prof. Dr. med. Gerd Lepsien
Facharzt für Chirurgie
- 24.05. Wolfgang Schoenes
Facharzt für Orthopädie
- 24.05. Dr. med. Volker Stein
Facharzt für Anästhesiologie
- 26.05. Dr. med. Hans-Ulrich Neumann
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 28.05. Dr. med. Eckhart Stahmer
Facharzt für Innere Medizin
- 29.05. Dr. med. Klaus Pauly
Facharzt für Radiologie
- 03.06. Prof. Dr. med. Martin Carstensen
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 03.06. Heiko von Koschitzky
Facharzt für Neurochirurgie
- 03.06. Dr. med. Wolfgang Winter
Facharzt für Innere Medizin
- 06.06. Dr. med. Ulrike Kiesselbach
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 08.06. Dr. med. Arnold Rimpau
Facharzt für Orthopädie
- 13.06. Dr. med. Angelika Fischer
Fachärztin für Allgemeinmedizin

zum 70. Geburtstag

- 16.05. Rolf Merget
Facharzt für Orthopädie
- 16.05. Dr. med. Hermann Müller-Dornieden
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 16.05. Albrecht Römhild
Facharzt für Anästhesiologie
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 17.05. Dr. med. Joachim Reinke
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Innere Medizin
- 22.05. Astrid Schmidt-Brunn
Fachärztin für Anästhesiologie
- 24.05. Dr. med. Wilfried Ulmrich
Facharzt für Innere Medizin
- 26.05. Dr. med. Ursula Scheder-Bieschin
Fachärztin für Neurologie
- 27.05. Dr. med. Anneli Leingärtner
Fachärztin für Anästhesiologie
- 03.06. Dr. med. Dagmar Boxhammer, Ärztin
- 03.06. Dr. med. Ingrid Köhn, Ärztin
- 04.06. Dr. med. Dipl.-Psych. Norbert Brüllke
Facharzt für Innere Medizin
- 06.06. Dr. med. Frauke Borkamp, Ärztin
- 06.06. Dr. med. Peter Wind
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 11.06. Dr. med. Jean-Jacques Glaesener
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Facharzt für Chirurgie

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 13.06. **Holger Moritz**, Arzt
- 13.06. **Dr. med. Uwe Hans Wiese**
Facharzt für Neurochirurgie
- 14.06. **Erika Nelipowitz-Krüger**, Ärztin

zum 65. Geburtstag

- 17.05. **Dr. med. Hendrik Timm**, Arzt
- 21.05. **Dr. med. Volker Eisenlohr**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- 21.05. **Michael Thomas Gemsjäger**, Arzt
- 22.05. **Dr. med. Bernd Borrmann**
Facharzt für Chirurgie
- 23.05. **Dr. med. dent. Behzad Bigdeli-Azari**
Praktischer Arzt
- 24.05. **Dr. med. Jan Backhaus**
Facharzt für Orthopädie
- 25.05. **Gyde Petersen-Pompecki**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 28.05. **Dr. med. Torsten Hecht**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 30.05. **Dr. med. Karin Schmöcker**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 02.06. **Dr. med. Henning Harder**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 05.06. **Mahboob Assefi**, Arzt
- 05.06. **Dr. med. Pamela Havekost**
Fachärztin für Chirurgie
- 07.06. **Dr. med. Christiane Borschel**, Ärztin
- 10.06. **Dr. med. Michael Trautmann**
Facharzt für Innere Medizin
- 11.06. **Dr. med. Volker Kleinfeld**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 11.06. **Bernd Rauhut**
Facharzt für Augenheilkunde
Facharzt für Chirurgie
- 11.06. **Dr. med. Hartmut Wigger**
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Innere Medizin
- 14.06. **Andreas Möckel**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 14.06. **Dr. med. Harald Schottke-Hennings**
Facharzt für Anästhesiologie
- 15.06. **Dr. med. Rosemarie Hencke**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

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



Die neuen Chefärzte in Barmbek: Prof. Dr. Ralf Eberhardt und Dr. Florian Bornitz (v.l.)

Doppelspitze für die *Pneumologie am AK Barmbek*

Prof. Dr. Ralf Eberhardt und Dr. Florian Bornitz leiten zusammen seit dem 1. Mai die Abteilung Pneumologie und Internistische Intensivmedizin in der Asklepios Klinik Barmbek. Beide blicken auf eine langjährige erfolgreiche Zusammenarbeit an der Thoraxklinik des Universitätsklinikums Heidelberg zurück. Dort waren sie zuletzt als Leitender Oberarzt Pneumologie und Beatmungsmedizin (Eberhardt) sowie Oberarzt der Pneumologischen Intensivstation (Bornitz) tätig. Beide absolvierten ihr Studium der Humanmedizin an der Universität Heidelberg. Eberhardt erlangte die Approbation 1995, ist seit 2002 Facharzt für Innere Medizin, seit 2010 mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie. 2011 habilitierte er sich, 2014 folgte die Ernennung zum apl. Professor der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Sein klinischer Schwerpunkt liegt in der interventionellen Pneumologie, die er in Barmbek weiter ausbauen wird. Bornitz approbierte 1998, erlangte den Facharzt für Innere Medizin 2005, ergänzt um die Teilgebetsbezeichnung „Pneumologie und Beatmungsmedizin“ (2009) sowie die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Er wird sich in Barmbek der Weiterentwicklung des etablierten Weaning-Bereichs widmen. | *hüb*

Weiterbildungsbefugte – *bitte im eLogbuch anmelden*

Das eLogbuch ist unverzichtbarer Bestandteil der neuen kompetenzbasierten Weiterbildung. Weiterbildungsbefugte (WBB) sind hier ebenso gefragt wie die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (WBA). Die Ärztekammer Hamburg hat deshalb im April alle WBB angeschrieben, um sie über das neue Tool und den Zugang dazu zu informieren. Wichtig: Auch Befugte müssen sich beim eLogbuch anmelden, sodass die Kommunikation zwischen WBB und WBA über die Einträge im eLogbuch klappt. Die Aufgabe der WBB ist es, über das eLogbuch den WBA den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten zu bestätigen. Dies läuft über die Rubriken „Kognitive und Methodenkompetenz“ bzw. „Handlungskompetenz“ und über die erreichte Anzahl nachzuweisender Richtzahlen und die zu dokumentierenden Weiterbildungs-gespräche. Aufgabe der WBA ist es, die Weiterbildung kontinuierlich zu dokumentieren und den Kompetenzzuwachs im eLogbuch einzutragen. So entsteht ein Wechselspiel von Eintragen und Bestätigen zwischen WBA und WBB. Die Ärztekammer Hamburg bittet alle WBB, sich im eLogbuch anzumelden und ihren WBA, für die das Führen des eLogbuchs nach der neuen WBO verpflichtend ist, die eigene E-Mail-Adresse oder den gewählten Benutzernamen auszuhändigen. Falls Sie schon angemeldet sind: Sie finden diese im eLogbuch-Portal in den „Persönlichen Angaben“ oben rechts. Für alle ist wichtig: Das eLogbuch ist in das Mitgliederportal der Ärztekammer Hamburg integriert, in dem die Mitglieder unter anderem ihre Meldedaten verwalten können oder das Fortbildungspunktekonto einsehen können. Ausführliche Informationen zum eLogbuch stehen auf der Webseite der Ärztekammer bereit: www.aerztekammer-hamburg.org/informationenelogbuch.html. | *hüb*

KinderPaCT Hamburg e.V.

feiert 10-jähriges Bestehen

In diesem Jahr wird „KinderPaCT Hamburg e.V. – das Kinder Palliativ Care Team für Hamburg“ 10 Jahre alt. 10 Jahre, in denen sich KinderPaCT in Hamburg und Umgebung für die ambulante Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 25 Jahre mit lebenslimitierenden Erkrankungen einsetzt, um den Familien die Möglichkeit zu geben, ihren Alltag zu leben. Das Motto: „Zuhause Leben – Alltag organisieren – Familie bleiben“.

Nach Verankerung der Leistungspflicht ambulanter, palliativer Versorgung „SAPV – spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ durch die Krankenkassen im sozialen Gesetzbuch 2007 konnte KinderPaCT vier Jahre später mit der Arbeit beginnen. Der Verein arbeitet Seite an Seite mit den Kinderkliniken in Hamburg und Umgebung, den sozialpädiatrischen Zentren, Pflegediensten, den ambulanten Hospizdiensten und den Kinderhospizen. In Hamburg konnten die unterschiedlichen Institutionen ein Netzwerk „KinderVersorgungsNetz Hamburg e.V.“ schaffen, das betroffenen Familien Sicherheit bietet und die Qualität der ambulanten Versorgung wachsen lässt. Vordringliche Aufgabe des Kinder-Palliativteams ist, betroffene Familien in medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Krisensituationen und bei vorhandener Symptomlast zu unterstützen und ihnen zu ermöglichen, in der Ausnahmesituation ein Leben als Familie bei angemessener Lebensqualität im häuslichen Umfeld zu führen. Durch eine professionelle klinische Beratung, Anleitung und Koordination wird die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und damit Trennungen innerhalb der Familie reduziert. Durch kompetente sozialrechtliche Beratung schafft KinderPaCT ein sicheres soziales Netz. Das Team begleitet die ganze Familie – unterstützt durch psychologische Betreuung, tiergestützte Therapie und Musiktherapie – durch die belastende Zeit.

Wesentlicher Teil der Arbeit von KinderPaCT ist die Sterbebegleitung für alle Kinder, bei denen eine Verschlechterung der Grunderkrankung den Sterbeprozess einleitet. Für Familien, die den Wunsch haben, den letzten Lebensweg zu Hause zu gehen, ist KinderPaCT an ihrer Seite und begleitet sie. In den vergangenen 10 Jahren wurden 421 Kinder versorgt, 202 Kinder mit ihren Familien im letzten Lebensabschnitt begleitet, von denen 155 zu Hause starben. KinderPaCT dankt allen Kooperationspartnern für das Vertrauen, welches das Team über die Jahre gewinnen konnte, und hofft auf weitere Jahre der guten Zusammenarbeit. Mehr Informationen unter www.kinderpact-hamburg.de.

Dr. Annika Bronsema, Palliativmedizinerin am UKE, Dr. Johanna Schrum, Kinderärztin, und Kirsten Mainzer, Geschäftsführerin, KinderPaCT Hamburg e.V.

ES IST BEINE TANTE ... KEIN MUTANTE!



In memoriam

Dr. med. Christina Klarkowski
Fachärztin für Anästhesiologie
*08.10.1939 †07.12.2020

Prof. Dr. med. Dietrich Utermann
Facharzt für Augenheilkunde
*19.11.1930 †15.01.2021

Dr. med. Fereydoon Kazemi
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
*28.06.1932 †27.01.2021

Dr. med. Werner Tenschert
Facharzt für Innere Medizin
*24.11.1947 †19.02.2021

UKE-Forschung: chronische Körper- beschwerden

Eine neue Forschungsgruppe unter Leitung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) untersucht bei verschiedenen Erkrankungen, welche Risikofaktoren und Mechanismen dazu führen, dass kurzfristig entstandene Körperbeschwerden, wie Müdigkeit, Juckreiz oder gastrointestinale Beschwerden, chronisch werden. Die sind in der Medizin weit verbreitet, ihre Entstehung ist bisher aber unzureichend erforscht.

Die UKE-Spezialisten untersuchen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern, welchen Einfluss somatische, psychologische und soziale Faktoren auf die Chronifizierung von Körperbeschwerden haben und ob bei verschiedenen Erkrankungen vergleichbare Prozesse stattfinden. Insgesamt sollen etwa 4.000 Patientinnen und Patienten mit zehn verschiedenen Krankheitsbildern untersucht werden. Ziel ist, die anhaltenden Krankheitssymptome früh zu erkennen, gezielt zu behandeln und Konzepte für die Prävention zu entwickeln. Langfristig soll so eine verbesserte medizinische Versorgung und Lebensqualität der Betroffenen geschaffen werden. Beteiligt sind auch die Klinik für Dermatologie und Venerologie, die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, beide Universität Münster, sowie die Abteilung für Klinische Psychologie der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg. Gefördert wird die Gruppe von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für vier Jahre mit rund 4,6 Millionen Euro. | *háb*

Sehr gefragt! Neue Pflegeausbildung

In Hamburg starteten im vergangenen Jahr fast 1.500 Pflegeschülerinnen (73 Prozent) und Pflegeschüler (27 Prozent) mit der neuen Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann. Eine Auswertung nach dem ersten Ausbildungsjahr zeigt: Knapp zwei Drittel (61 Prozent) der Ausbildungsverträge wurden 2020 mit Krankenhäusern abgeschlossen, ein Viertel (25 Prozent) mit den stationären Pflegeeinrichtungen und 10 Prozent mit ambulanten Pflegeeinrichtungen. Außerdem nahmen 34 Personen das Duale Studium Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften auf.

Die Pflegeausbildung wurde in den vergangenen Jahren modernisiert und ist seit dem 1. Januar 2020 generalistisch aufgestellt: Die bisher getrennten Pflegeausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sind nun miteinander verbunden. Die Auszubildenden lernen im Rahmen ihrer dreijährigen Ausbildung alle Altersgruppen und Versorgungsbereiche der Pflege kennen. Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard: „Pflege ist ein spannender Beruf mit ganz unterschiedlichen Dimensionen und Einsatzbereichen ... Gemeinsam mit den Ausbildungsbetrieben und Pflegeschulen haben wir den Start in Hamburg gut gemeistert. Dass sich so viele Menschen bewusst dazu entschieden haben, eine Ausbildung im Pflegebereich zu beginnen, ist deswegen eine gute Nachricht!“ | *háb*

Selbsthilfegruppe für Angehörige von Krebspatienten

Die Hamburger Krebsgesellschaft e.V. und die Selbsthilfekontaktstelle Harburg (KISS Hamburg) haben eine Selbsthilfegruppe für Menschen gegründet, deren Angehörige Krebs haben. Wer schwer Erkrankten Kraft geben will, kann selbst Unterstützung gut gebrauchen. Hier kann der Austausch mit anderen Menschen, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden, Entlastung schaffen. Die neue Harburger Gruppe trifft sich bereits virtuell und ist offen für neue Mitglieder. Kontakt: Selbsthilfetelefon von KISS Hamburg, Tel. 39 57 67 oder E-Mail: kissharburg@paritaet-hamburg.de. | *háb*



Dr. Stefan Renz, Vorsitzender des Hamburger Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, Prof. Dr. Peter H. Höger, Ärztlicher Direktor am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, und Henning David-Studt, dortiger Geschäftsführer (v. l.)

Neue kinderärztliche Notfallpraxis am Wilhelmstift eröffnet

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) hat am 19. April 2021 eine kinderärztliche Notfallpraxis am Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift eröffnet. Die neue Notfallpraxis an der Liliencronstraße 130 bietet eine erweiterte ambulante Versorgung für Kinder außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten zu folgenden Zeiten: **Mo., Di. und Do. von 19 bis 23 Uhr, Mi. von 14 bis 23 Uhr, Fr. von 16 bis 23 Uhr, Sa. und Feiertag von 8 bis 24 Uhr und So. von 8 bis 23 Uhr.**

Eine Terminvereinbarung ist nicht nötig. Bisher gab es an diesem Standort einen kinderärztlichen Notdienst lediglich am Wochenende und an Feiertagen. Die neue kinderärztliche Notfallpraxis verfügt über vier Behandlungszimmer mit eigenem Empfangstresen im Bereich der Zentralambulanz. Der kinderärztliche Rufbereitschaftsdienst in der KVH-Notfallpraxis in Farmsen wird mit Eröffnung der neuen Notfallpraxis am Wilhelmstift eingestellt. „Durch die Eröffnung der Notfallpraxis am Katholisches Krankenhaus Wilhelmstift wird die Notfallversorgung für Hamburger Kinder deutlich gestärkt“, sagt Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH. „Wir sind jetzt nicht nur am Wochenende und an Feiertagen, sondern täglich mit mehr Personal für unsere kleinen Patienten und ihre Eltern da, sodass wir auch ein höheres Patientenaufkommen gut versorgen können.“ | *háb*

Jetzt anmelden! Nordkirche lädt zu Sterbehilfe-Veranstaltung ein

„... aus der Sicht von Hospizen, Krankenhäusern und Senioreneinrichtungen“ – so lautet die Auftaktveranstaltung zum Thema Sterbehilfe, zu der die Evangelische Akademie der Nordkirche einlädt. Die Veranstaltung findet digital am 19. Mai, von 18 bis 20 Uhr, statt. Es spricht u. a. Prof. Dr. Dr. Christian Weber, Ärztlicher Direktor der Asklepios Klinik Wandsbek. Seitdem das Bundesverfassungsgericht über den „assistierten Suizid“ urteilte, hat die Diskussion darüber Fahrt aufgenommen – nicht nur in den Kirchen. Stattdessen sind viele Fragen offen – ethisch, rechtlich und praktisch. Der Alltag wird Fakten schaffen. Welche Gestaltungsmöglichkeiten gibt es? Auf insgesamt drei Online-Veranstaltungen unter dem Titel „Auf dem Weg zu einer verantwortbaren Praxis – Konsultationen zur Sterbehilfe“ wird mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen diskutiert. Im Frühjahr 2022 folgt eine Tagung, die vor allem die politischen und juristischen Konsequenzen in den Blick nehmen wird. Interessentinnen und Interessenten können sich am schnellsten über das Internet anmelden unter akademie-nordkirche.de/veranstaltungen/formshort/anmeldenkurz/890. | *háb*

Pilotpraxen gesucht In Hamburg startet das bundesweit einmalige Modellprojekt „Professionelles Dolmetschen in der ambulanten somatischen Versorgung“ des Vereins SEGEMI. Bewerben Sie sich jetzt! *Von Prof. phil. Mike Mösko, Güliz Aslan*

Arbeit zu dritt: *Sprachbarrieren überwinden*

Etwa 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten können bei der ärztlichen Behandlung nicht hinreichend in deutscher Sprache kommunizieren. Die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die neben Deutsch eine weitere Behandlungssprache anbieten, nimmt zwar zu, doch deckt das Angebot bei Weitem nicht den Bedarf. Oft werden im klinischen Alltag Praxispersonal, Freunde, Familienangehörige oder gar Kinder als Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt. Allerdings sind diese in der Regel weder mit den besonderen Anforderungen, Techniken und berufsethischen Hintergründen des Dolmetschens vertraut, noch ist die Übersetzungsqualität gewährleistet.

Dank der Unterstützung der Hamburger Sozialbehörde wird nun das bundesweit einmalige Modellprojekt „Professionelles Dolmetschen in der ambulanten somatischen Versorgung“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, nicht-deutschsprachigen Patientinnen und Patienten eine fachgerechte gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen. Um das zu erreichen, braucht es die Bereitschaft zur „Arbeit zu dritt“ seitens der Ärztinnen und Ärzte und die Integration von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in die Versorgungsabläufe. An diesen Punkten setzt der gemeinnützige Verein „SEGEMI Seelische Gesundheit – Migration und Flucht“ mit dem Projekt an und bietet die notwendige Unterstützung.

Wer sich bewerben kann

Für das Pilotprojekt können sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Praxen bewerben, um kostenlose professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher für 49 verschiedene Sprachen zu erhalten. Die Vermittlung sowie die Kosten für die Arbeit der Sprachmittlerinnen und -mittler übernimmt SEGEMI.

Zum Start der Modellphase werden zunächst sechs Praxen ausgewählt, die Zugang zum automatisierten Vermittlungssystem erhalten, das auch kurzfristige Einsätze ermöglicht. Darüber hinaus werden teilnehmende Ärztinnen und Ärzte umfassend zur professionellen „Arbeit zu dritt“ informiert. Das Projekt wird zudem wissenschaftlich evaluiert.

Für die Auswahl der Pilotpraxen gelten folgende Kriterien:

- Facharzt/-ärztin, niedergelassen in eigener Praxis im System der KVH – (Teil-)Stationäre Einrichtungen werden nicht berücksichtigt,
- Behandlungsort ist in Hamburg,
- es sollen möglichst Praxen unterschiedlicher Fachrichtungen teilnehmen, um vielfältige Erfahrungswerte zu sammeln, und
- Bezirke und Stadtteile mit einem hohen Anteil nicht-deutschsprachiger Patientinnen und Patienten vertreten sein.

Die Auswahl trifft ein Gremium, das wie folgt besetzt ist: Silke Koppermann (Grundrechteausschuss der Ärztekammer Hamburg), Dr. Jana Husemann (Hausärzterverband Hamburg), Nicola Timpe (Ärztekammer Hamburg) und Prof. Dr. phil. Mike Mösko (SEGEMI).

Für die Bewerbung senden Sie uns bitte ein formloses Motivations schreiben von maximal einer Seite. Es sollte eine kurze Vorstellung Ihrer Einrichtung, eine ungefähre Bedarfsschätzung an Dolmetscheinsätzen pro Monat sowie eine Begründung beinhalten, warum Sie und Ihre Praxis geeignet sind, an diesem Modell-Versorgungsprojekt teilzunehmen. Bewerbungen können bis zum 31. Mai 2021 eingereicht werden. Anfang Juli erhalten alle Bewerberinnen und Bewerber eine Rückmeldung per E-Mail. Die ausgewählten Modellpraxen werden im Hamburger Ärzteblatt bekannt gegeben.

SEGEMI hatte im September 2017 bereits den Sprachmittlerpool für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung aufgebaut und verfügt daher über langjährige Erfahrung und die notwen-



Dolmetscherin in der Hausarztpraxis

digen Strukturen. Die für SEGEMI tätigen Dolmetscherinnen und Dolmetscher erhalten Fortbildungen und monatliche Supervision. Das Modellprojekt wird in Zusammenarbeit mit dem Grundrechteausschuss der Ärztekammer Hamburg und dem Hausärzterverband Hamburg konzipiert und umgesetzt. Gefördert wird das Projekt durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration.

Senden Sie Ihre Bewerbung an E-Mail: info@segemi.org

Eine eigene Praxis macht Sie zum Unternehmer, unsere Beratung lässt Sie trotzdem Arzt bleiben.

Einladung zum Niederlassungsseminar

- Kaufpreisfindung
- Finanzierungskonzepte
- Praxisvermittlung

Mittwoch, 16.06.2021, 18.30 Uhr

Mittwoch, 07.07.2021, 18.30 Uhr

Teilnahme kostenlos

Organisation und Anmeldung:

Service-Center Hamburg / Dorka

Stresemannallee 118 · 22529 Hamburg

Telefon 040/5475450

sc-hamburg-dorka@aerzte-finanz.de



**Deutsche
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung



Tumorbiologie Wissenschaftliche Erkenntnisse zu DNA-Reparaturmechanismen und den hieran beteiligten Genen, vor allem der BRCA1- und BRCA2-Gene, haben die Entwicklung einer Wirkstoffgruppe, der PARP-Inhibitoren, in der Onkologie vorangetrieben. Dieser neue Weg der personalisierten, Biomarker-gesteuerten Therapie ist für einige Patientinnen mit Ovarial- und Mammakarzinomen und für bestimmte Patienten mit kastrationsrefraktärem Prostatakarzinom eine neue, vielversprechende Option.

Von Prof. Dr. Pia Wülfing, Prof. Dr. Christian Wülfing

Die Rolle von Genmutationen bei der Behandlung von Tumoren



Wann ein Test auf Vorliegen einer Risiko-Mutation empfohlen wird

Das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs empfiehlt zurzeit einen Test auf eine BRCA-Genveränderung: Wenn auf einer Familienseite mindestens

- drei Frauen an Brustkrebs erkrankt sind,
- zwei Frauen an Brustkrebs erkrankt sind, eine davon vor dem 51. Geburtstag,
- eine Frau an Brustkrebs und eine Frau an Eierstockkrebs erkrankt sind oder eine Frau an beidem erkrankt ist,
- zwei Frauen an Eierstockkrebs erkrankt sind,
- eine Frau vor dem 36. Geburtstag an Brustkrebs erkrankt ist, eine Frau an beidseitigem Brustkrebs erkrankt ist, zum ersten Mal vor dem 51. Lebensjahr,
- ein Mann an Brustkrebs und eine Frau an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt ist.

Bei Patientinnen,

- die vor ihrem 50. Geburtstag an triple-negativem Brustkrebs erkrankt sind,
- die vor ihrem 80. Geburtstag an Eierstockkrebs erkrankt sind.

Es kann auch hiervon abweichende Empfehlungen geben – fragen Sie im Zweifelsfall einfach nach

Quelle: Krebsinformationsdienst

In der modernen Onkologie wird seit Jahren an der Personalisierung von Therapiestrategien gearbeitet. Während die Standardtherapien, klassische Chemotherapien oder endokrine und gezielte („targeted“) Therapien, zumeist für alle Patientinnen und Patienten einer bestimmten Tumorentität verwendet werden, ist die Hoffnung, mit Biomarker-gesteuerten Therapieansätzen auch spezifischer behandeln zu können, um so zu einer effizienteren Therapie zu gelangen. In den vergangenen Jahren sind die Zusammenhänge der DNA-Reparaturmechanismen detailliert untersucht worden. Die BRCA (Breast-Cancer) 1- und -2-Gene sind hierbei als Tumor-Suppressor-Gene identifiziert worden, die im Falle einer Mutation nicht nur beim Mammakarzinom, sondern auch bei Ovarial- und Prostatakarzinomen eine Tumorbildung begünstigen können. So ist für Patientinnen und Patienten mit Keimbahnmutationen der BRCA-Gene mit einem um 10 bis 30 Prozent erhöhten (vererbbaaren) Erkrankungsrisiko zu rechnen, was mit erheblichen Konsequenzen für die Beratung und Therapie der Betroffenen einhergeht.

Ergänzend hierzu wird die personalisierte Onkologie aktuell durch die noch junge Wirkstoffgruppe der PARP-Inhibitoren vorangetrieben. Aufgrund der zugrunde liegenden tumorbiologischen Mechanismen der DNA-Reparatur, auf denen die PARP-Inhibitoren basieren, sind sie für Betroffene mit einer BRCA1- und -2-Mutation ein neuer therapeutischer Ansatz. Der Artikel gibt einen Überblick über die aktuelle und relevante klinische Datenlage zu den DNA-Reparaturmechanismen und dem Stellenwert der PARP-Inhibitoren bei Ovarial-, Mamma- und Prostatakarzinomen.

Die BRCA1- und -2-Gene

Die beiden BRCA1- und -2-Gene wurden unabhängig voneinander 1990 und 1994 von englischen und amerikanischen Forschergruppen auf den Chromosomen 17 und 13 entdeckt. Die Namensgebung „Breast Cancer Gene“ beruhte auf der damals bei jungen Frauen beobachteten Korrelation zwischen Veränderungen dieser Gene und

einer erhöhten Suszeptibilität für Brustkrebs. Mit der Zeit wurden die tumorbiologischen Grundlagen erforscht, und es konnten die Zusammenhänge zwischen den BRCA1- und -2-Genen und den DNA-Reparaturmechanismen aufgeklärt werden.

DNA-Reparaturmechanismen

Jede Zelle ist mit Mechanismen der DNA-Reparatur ausgestattet, die das Genom vor Schäden durch mutagene Einflüsse schützen. Es werden Einzelstrangbrüche von Doppelstrangbrüchen unterschieden. Doppelstrangbrüche der DNA sind eine besonders gefährliche Art der DNA-Schädigung. Der Hauptreparaturmechanismus stellt hierbei die homologe Rekombinations-Reparatur (HRR) dar, bei der die homologe DNA als Originalkopie verwendet und die doppelhelikale DNA-Struktur wiederhergestellt wird.

Die fehlerhafte DNA-Reparatur ist ein typisches Kennzeichen in der Tumorbiologie. Durch Fehler in der HRR kommt es zu Störungen des physiologischen Reparaturprozesses, wodurch sich Tumorzellen einen Wachstumsvorteil verschaffen. HRR-Defizienzen sind ursprünglich im Zusammenhang mit Keimbahnmutationen der Tumorsuppressorgene BRCA1 und BRCA2 beschrieben worden, deren Mutationen vor allem mit erblichen Brust- und Ovarialkarzinomen und auch mit bestimmten Typen des Prostatakarzinoms vergesellschaftet sind. Diese Gene spielen insofern eine wichtige Rolle für den homologen Reparaturprozess. Ist er durch geschädigte BRCA1- und -2-Gene gestört, so greift die Zelle auf weniger effektive Reparaturmechanismen wie die Einzelstrangreparatur oder nicht-homologe Reparaturwege zurück. Inzwischen wird angenommen, dass genetische und epigenetische Inaktivierungen anderer DNA-Reparaturgene, wie ATM, CHEK2, PALB2, FANCA, RAD51B und BRIP1 ebenfalls zur HRR-Defizienz in sporadischen Tumoren führen können (1–3).

BRCA-Testung und der „Angelina-Jolie-Effekt“

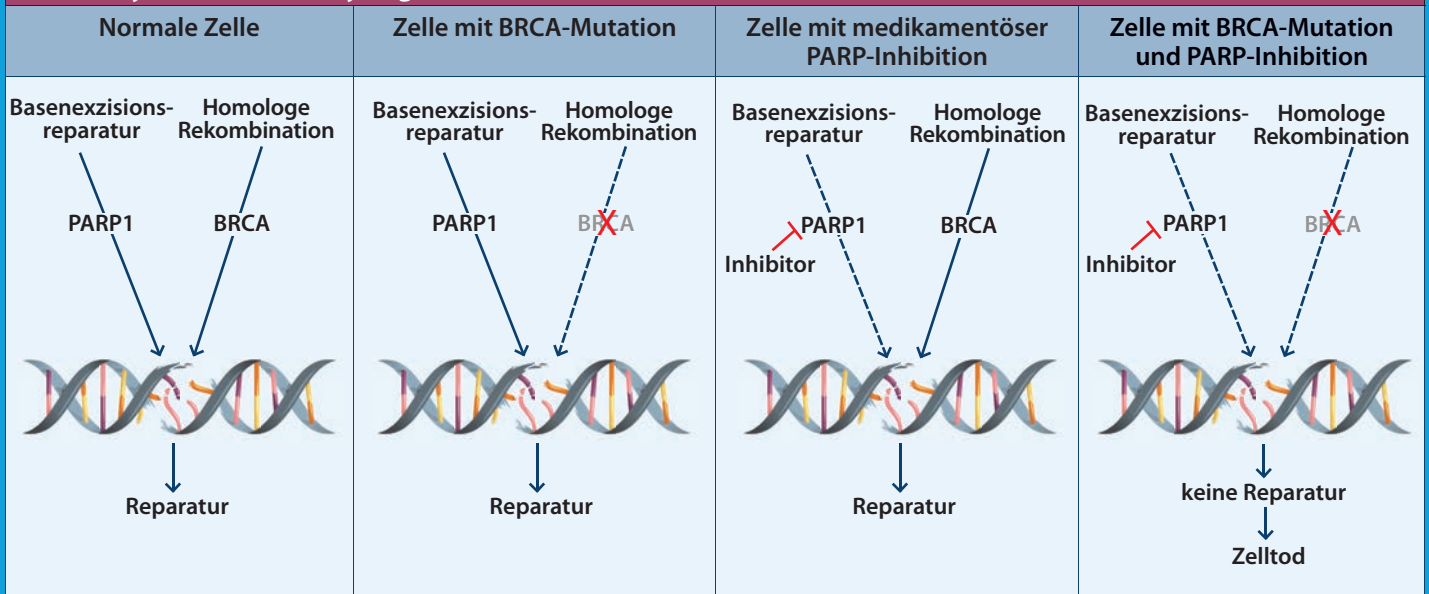
Alterationen der BRCA- und anderer HRR-Gene können auf unterschiedliche Weise detektiert werden. Da grundsätzlich zwischen Keimbahnmutationen und somatischen Mutationen dieser Gene unterschieden wird, sind auch die Detektionsmethoden unterschiedlich. Keimbahnmutationen werden typischerweise anhand von Blut- oder Speichelproben bestimmt. Somatische Mutationen können entweder an archiviertem Tumorgewebe oder aber an frischen Tumor- oder Metastasen-Biopsien detektiert werden. Die Detektionsqualität und -rate hängt bei Verwendung von archiviertem Gewebe stark von der Art und dem Alter des Gewebes ab (4).

Für Frauen wird heute die Testung für Fälle mit familiärer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs empfohlen, die Kosten werden auch von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Empfehlungen, wann ein Test sinnvoll ist, sind im Kasten oben zusammengefasst.

Welche Art der Testung gewählt wird, sollte sich nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Fachgesellschaften und nach den Spezifitäten der jeweiligen Tumorentität richten. So wird eine PARP-Inhibition beim Mammakarzinom regelhaft am Keimbahnstatus der BRCA1- und -2-Mutation festgelegt. Beim Prostatakarzinom hingegen ist bekannt, dass die somatischen Mutationen mit zunehmendem Tumorstadium ansteigen und somit die Testung auf somatische Mutationen der BRCA1 und -2-Gene eine höhere Mutationsrate detektieren wird als die reine Keimbahnmutationstestung (4).

Auch für Männer mit Prostatakrebs bzw. dessen Früherkennung wird eine Beratung im Hinblick auf mögliche HRR-Mutationen zunehmend relevant. Männliche Träger einer BRCA2-Keimbahnmutation entwickeln häufiger klinisch signifikante und biologisch aggressive Prostatakarzinome – und dies bereits in einem jüngeren Alter (5). Die jüngst aktualisierte europäische Prostatakarzinom-Leitlinie empfiehlt daher betroffenen Männern den Beginn eines PSA-basierten Prostatakarzinom-Screenings bereits ab dem 41. Lebensjahr – klare

Abb. 1: „Synthetic Lethality“ (Iglehart & Silver, NEJM 2009)



Empfehlungen zur Indikationsstellung für eine entsprechende Testung existieren aber bisher nicht (6). Gemäß der aktuellen NCCN-Leitlinien ist eine Keimbahnmutationsanalyse im Falle einer suspekten Familienanamnese bei nachgewiesener Erkrankung indiziert (7). Im Jahre 2013 wurden die BRCA-Mutationen auch populärwissenschaftlich beleuchtet. Die berühmte Schauspielerinnen Angelina Jolie, deren Mutter bereits an einem Mammakarzinom erkrankt war, hatte sich nach einem genetischen Test einer prophylaktischen beidseitigen Mastektomie unterzogen, da der Test eine BRCA1-Genmutation ergeben hatte (8). Aus der Literatur ist bekannt, dass das Brustkrebsrisiko nach prophylaktischer Mastektomie um 90 Prozent sinkt (9). Der Eingriff bedarf einer sehr gut abgewogenen Entscheidung aufseiten der Patientin, weil er unter Umständen auch erhebliche psychische Folgen mit sich bringt. Angelina Jolies Geschichte und die Verbreitung dieser „Headline“ haben dieses Thema in der öffentlichen Wahrnehmung sehr publik gemacht. Viele junge Frauen wurden ermutigt, genetische Screening-Untersuchungen vorzunehmen und sich auch mit dem Konzept der präventiven Mastektomie auseinanderzusetzen. Die Medien sprechen in diesem Zusammenhang vom „Angelina-Jolie-Effekt“. Glücklicherweise haben Fortschritte bei Screening und brusterhaltenden Therapiekonzepten die prophylaktische Mastektomie inzwischen weitgehend obsolet gemacht.

Auch eine vorbeugende Salpingoovarektomie kann im Falle einer nachgewiesenen BRCA1-Mutation das Risiko für ein Ovarialkarzinom um circa 95 Prozent senken. Die Indikationsstellung sollte sehr streng sein und die individuellen Faktoren der betroffenen Patientinnen, insbesondere das Alter, berücksichtigen, da gerade bei prämenopausalen Frauen vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen durch die Operation (Osteoporose, kardiovaskuläre Nebenwirkungen etc.) auftreten können.

PARP-Inhibitoren

Die therapeutischen Möglichkeiten, die sich durch das tumorbiologische Verständnis der BRCA1- und BRCA2- sowie anderer Genmutationen ergeben, sind in den vergangenen Jahren durch die Entwicklung der sogenannten PARP-Inhibitoren deutlich vorangeschritten. Das Enzym Poly(ADP-ribose)-Polymerase (PARP) und seine beiden Unterformen PARP1 und -2 spielen eine entscheidende Rolle bei der DNA-Reparatur. Im Zellkern detektieren sie DNA-Einzelstrangbrüche und koordinieren die Bindung eines transienten Polymers und

dessen Bindung an DNA-Reparaturproteine, ein Vorgang, der „PARylierung“ genannt wird und schließlich zur DNA-Reparatur führt. PARP-Inhibitoren wirken als katalytische Inhibitoren, die die DNA-Reparatur des DNA-Einzelstrangbruchs blockieren. Die exakten Mechanismen sind noch nicht vollends aufgeklärt. Es wird allerdings diskutiert, dass es zur Ausbildung eines PARP-DNA-Komplexes kommt, der die Reparatur verhindert und zu einem forcierten zytotoxischen Effekt für die Zelle führt. Diese Wirksamkeit der PARP-Inhibitoren, die aus der gestörten Funktion der BRCA-Gene resultiert, wird mit dem Konzept der „synthetischen Letalität“ beschrieben (Abb. 1): Die durch die BRCA-Mutationen bestehende genetische Veränderung, die zu einer erhöhten PARP-Aktivität bei der DNA-Einzelstrangreparatur – dem bevorzugten DNA-Reparaturmechanismus bei BRCA-mutierten Zellen – führt, macht die Tumorzelle sensibler für den therapeutischen Ansatz der PARP-Inhibition. Diese hat den Zelltod der Krebszelle zum Ziel (10–14).

Aktuell verfügbare PARP-Inhibitoren

Die Gruppe der PARP-Inhibitoren ist eine noch relativ junge Gruppe von Medikamenten, die ausschließlich in der Onkologie verwendet werden. Wie beschrieben entfalten sie ihre Wirkung durch Hemmung der Poly(ADP-ribose)-Polymerase (PARP) und blockieren somit die DNA-Reparatur in Tumorzellen. Nach derzeitiger Evidenzlage scheint ihre Wirksamkeit am höchsten zu sein, wenn Keimbahnmutationen oder somatische Mutationen der BRCA1- und -2-Gene vorliegen (15–18). Eine Übersicht über die aktuell in Klinik und Forschung befindlichen PARP-Inhibitoren zeigt Tab. 1.

Nebenwirkungen von PARP-Inhibitoren

Die Therapie mit PARP-Inhibitoren unterscheidet sich hinsichtlich der beobachteten Nebenwirkungen von den Toxizitätsprofilen klassischer Chemotherapien und anderer onkologischer Wirkstoffe. Insgesamt gelten sie als gut verträglich. Die am häufigsten beobachteten, zumeist leichten bis mittelschweren Nebenwirkungen umfassen unter anderem Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit oder Schwäche, Verdauungsprobleme oder Sodbrennen (Dyspepsie). Auch Oberbauchschmerzen, Appetitverlust, Kopfschmerzen, Veränderung des Geschmacksempfindens, Schwindelgefühl, Husten, Kurzatmigkeit und Anämie wurden beobachtet. In einer aktuellen randomisierten Phase-III-Studie bei Patienten

Tab. 1: Übersicht der aktuell in Forschung und Therapie verfügbaren PARP-Inhibitoren

Wirkstoff	Handelsname	Anwendung	Zulassungsstatus
Olaparib	Lynparza®	Ovarial-CA mit und ohne BRCA1- und -2-Mutationen Mamma-CA mit BRCA1- und -2-Mutationen Pankreas-CA mit BRCA1- und -2-Mutationen Kastrationsrefraktäres Prostata-CA mit BRCA1- und -2-Mutationen	Ovarial-CA (Erhaltungstherapie) Mamma-CA Pankreas-CA (Erhaltungstherapie) Prostata -CA
Niraparib	Zejula®	Ovarial-CA mit und ohne BRCA1- und -2-Mutationen	Erhaltungstherapie nach platinbasierter Therapie
Rucaparib	Rubraca®	Ovarial-CA mit und ohne BRCA1- und -2-Mutationen	Erhaltungstherapie nach platinbasierter Therapie
Talazoparib	Talzenna®	Mamma-CA mit BRCA1- und -2-Mutationen	Mamma-CA Zweitlinie
Veliparib		in klinischen Studien: Ovarial-CA, Bronchial-CA, Mamma-CA, Gliom	bisher keine Zulassung
Pamiparib		gastrointestinale Tumore	bisher keine Zulassung
Iniparib		triple-negatives Mamma-CA	bisher keine Zulassung
Amelparib		experimentell	bisher keine Zulassung

mit kastrationsrefraktärem Prostatakarzinom traten bei 50,8 Prozent der behandelten Patienten Grad-3/4-Nebenwirkungen unter Olaparib auf. Am häufigsten wurde eine Grad-3/4-Anämie (21,5 Prozent) beobachtet. Alle anderen Grad-3/4-Nebenwirkungen traten jeweils nur in einem einstelligen Prozentsatz auf (Abb. 2) (19).

Ovarialkarzinom

Das Ovarialkarzinom ist nach dem Endometrium- und Zervixkarzinom das dritthäufigste Genitalkarzinom der Frau. Ungefähr 13 bis 15 Prozent dieser Tumore sind auf Keimzell- oder somatische BRCA1- und -2-Mutationen zurückzuführen (20). Die Initialtherapie – unabhängig vom BRCA1- und -2-Status – besteht meistens aus einer zytoreduktiven chirurgischen Therapie und einer adjuvanten platin- oder taxanhaltigen Chemotherapie (20). In fortgeschrittenen Stadien erleiden viele Patientinnen einen Progress, sodass die Therapie fortgesetzt werden muss. Hierzu wird je nach Länge des vorausgehenden platinfreien Intervalls (PFI) nach platin sensitiven und platinrefraktären Situationen unterschieden. Eine Vielzahl von Chemotherapie kombinationen und auch der Einsatz von Bevacizumab sind für diese Therapiesituation indiziert.

Darüber hinaus haben die PARP-Inhibitoren einen festen Stellenwert erlangt: Bei platin sensitiver, rezidivierter Erkrankung mit Remission unter platinhaltiger Chemotherapie sind bis dato die drei PARP-Inhibitoren Olaparib, Niraparib und Rucaparib im Sinne einer Erhaltungstherapie (Maintenance) getestet und auch zugelassen (21–23). Olaparib wurde bei Frauen mit rezidiviertem Ovarialkarzinom untersucht. Dabei wurden Frauen mit und ohne BRCA1- und -2-Mutation untersucht: Patientinnen mit platin sensitiver high-grade Erkrankung nach Ansprechen auf die primäre Chemotherapie zeigten unter Olaparib im Vergleich zu Placebo mit 8 vs. 5 Monaten ein verbessertes progressionsfreies Überleben (PFS) (24). Die Erhaltungstherapie mit Olaparib zeigte für BRCA1- und -2-mutierte Patientinnen ein um 70 Prozent reduziertes Risiko für Progress oder Tod im Vergleich zu Placebo. 60 Prozent der Patientinnen waren nach drei Jahren noch rezidivfrei (25, 26). Niraparib wurde als Erhaltungstherapie nach erfolgreicher (mindestens Partialremission) platinbasierter Chemotherapie untersucht. Abhängig vom BRCA-Status wurden die Patientinnen in zwei Gruppen unterteilt und danach entweder mit Niraparib oder Placebo behandelt. Niraparib zeigte gegenüber Placebo für Patientinnen mit und ohne BRCA-Mutation einen signifikanten Vorteil hinsichtlich des

Abb. 2: Nebenwirkungsvergleich von Olaparib und antihormonellen Substanzen beim kastrationsrefraktären Prostatakarzinom (19)

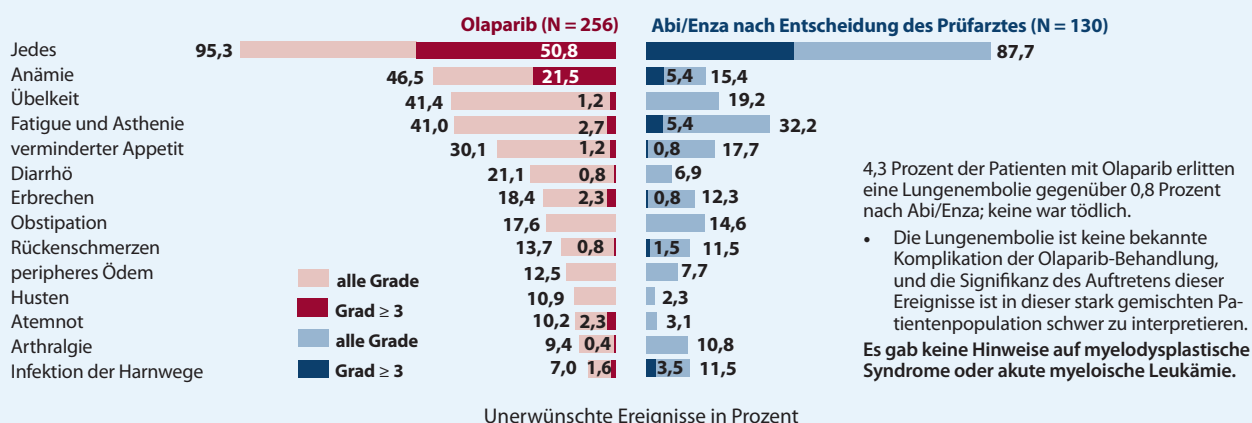
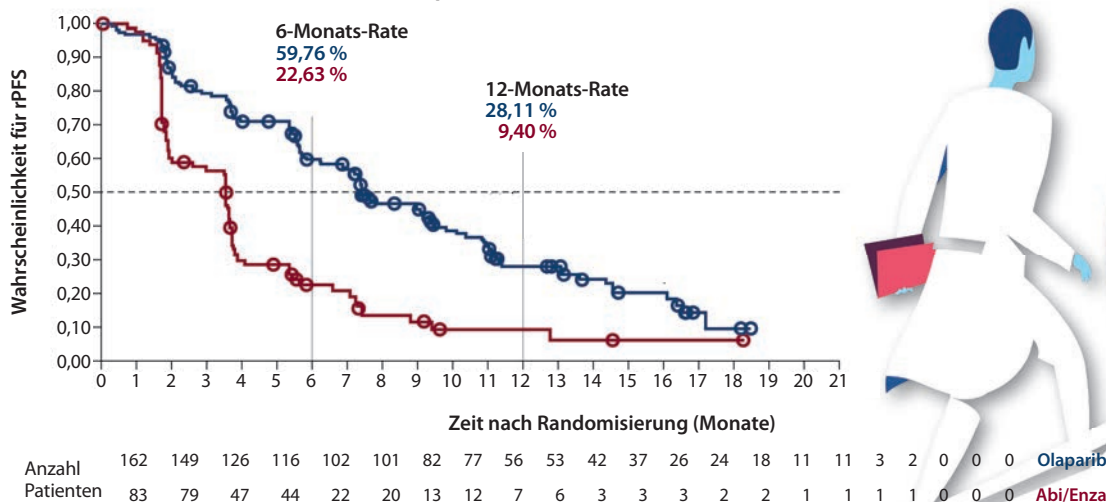


Abb. 3: Verbessertes radiografisches PFS bei Patienten mit BRCA1- und -2-positivem CRPCA (19)



progressionsfreien Überlebens (27). Auch Rucaparib zeigte in klinischen Studien eine gute Effektivität bei Frauen mit fortgeschrittenem BRCA-mutierten Ovarialkarzinom, die einen Progress nach vorheriger Chemotherapie aufwiesen. In mehreren Studien wurde die Behandlung mit Rucaparib evaluiert und konnte Ansprechraten von 64,6 Prozent für platin-sensitive und 54,7 Prozent für platin-resistente Patientinnen sowie eine Verlängerung des progressionsfreien Überlebens von 16,6 Monaten vs. 5,4 zeigen (28, 29).

Zusammenfassend kann Patientinnen mit einem high-grade Ovarialkarzinomrezidiv, die auf eine platinhaltige Chemotherapie angesprochen haben, eine Erhaltungstherapie mit Niraparib, Olaparib und Rucaparib unabhängig von ihrem BRCA1- und -2-Status angeboten werden (20).

Mammakarzinom

Bei Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom sind bei der Therapiesequenz abhängig von der Therapielinie und den Hormonrezeptoren verschiedene therapeutische Ansätze etabliert. Hierzu gehören die konventionellen Chemotherapeutika, endokrine Therapien und die Anti-HER2-neu-Therapie.

Für Patientinnen mit einem progredienten metastasierten, HER2-negativen Mammakarzinom und Nachweis einer Keimbahnmutation für BRCA1 und BRCA2, die zuvor eine Chemotherapie im neoadjuvanten, adjuvanten oder metastasierten Setting erhalten hatten, werden PARP-Inhibitoren empfohlen:

Olaparib wurde bei Patientinnen mit einem metastasierten HER2-negativen und BRCA-assoziierten Mammakarzinom gegen eine Monochemotherapie getestet. Alle Patientinnen hatten zuvor eine Anthrazyklin- und/oder eine Taxan-Behandlung im adjuvanten oder metastasierten Setting sowie eine endokrine Therapie im Falle von Hormonrezeptor-positiver Erkrankung erhalten. Nach einem Follow-up von 14 Monaten zeigte sich ein verbessertes PFS gegenüber den chemotherapierten Patientinnen (30, 31). Talazoparib wurde in einem sehr ähnlichen Studiensetting wie Olaparib getestet (32). Auch in dieser Studie konnte ein verbessertes PFS von 8,6 vs. 5,6 Monaten zugunsten der PARP-Inhibitor-Therapie nachgewiesen werden (33).

Weitere PARP-Inhibitoren sind derzeit in der experimentellen und klinischen Entwicklung. Hier ist insbesondere auch die Substanz Veliparib zu nennen, die in einer klinischen Studie mit den Che-

motherapeutika Carboplatin und Paclitaxel kombiniert wurde. Bei den BRCA1- und -2-assoziierten, metastasierten Tumoren konnte ein PFS-Vorteil von 14,5 Monaten vs. 12,6 Monate nachgewiesen werden (34). Darüber hinaus wurde Veliparib beim triple-negativen Mammakarzinom eingesetzt und zeigte ebenfalls eine Zunahme des objektiven Ansprechens und des PFS-Intervalls bei Zugabe zu einer konventionellen Chemotherapie (35).

Prostatakarzinom

Da das Prostatakarzinom ein hormonabhängiger Tumor ist, ist die Hormontherapie die Standardtherapie im metastasierten Stadium. Hierdurch kann in der Mehrheit der Fälle zumeist über Jahre eine Tumorkontrolle erreicht werden. In fast allen Fällen kommt es jedoch zu einer Resistenz gegen die endokrine Therapie, sodass sodann von einem kastrationsrefraktären Prostatakarzinom (CRPCA) gesprochen wird. In diesem Krankheitsstadium werden in einer Therapiesequenz weitere endokrine Therapien (z. B. Abirateron und Enzalutamid) und chemotherapeutische Wirkstoffe aus der Gruppe der Taxane (Docetaxel, Cabazitaxel) angewandt.

Auch für das Prostatakarzinom wurde die Rolle der BRCA1- und -2-Gene untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz von Mutationen der DNA-Reparaturgene 11 bis 23 Prozent beträgt, wobei Mutationen am häufigsten BRCA2 betreffen (36, 37). Weiterhin wurde nachgewiesen, dass die Mutationen mit zunehmendem Krankheitsstadium häufiger werden: So liegt die Mutationsrate bei einem metastasierten, kastrationsrefraktären Prostatakarzinom höher als in einem lokalisierten Tumorstadium.

Der Einsatz von PARP-Inhibitoren beim CRPCA wurde in den vergangenen Jahren durch Daten aus mehreren klinischen Studien gestützt und ist durch erste Zulassungen (Olaparib und Rucaparib) in die klinische Routine eingezogen. Die Wirksamkeit von Olaparib bei CRPCA-Patienten mit BRCA1- und -2-Mutationen wurde in mehreren Studien demonstriert. Inzwischen ist Olaparib für diese Patientengruppe von der FDA und der EMA zugelassen.

Olaparib wurde zunächst an 49 CRPCA-Patienten mit Metastasen getestet, die zuvor mindestens zwei Therapien und davon eine Docetaxel-Therapie erhalten hatten. Bei 33 Prozent der Patienten wurden Aberrationen in DNA-Reparaturgenen nachgewiesen. Bei 88 Prozent der Patienten dieser Gruppe wurde ein Ansprechen auf die Therapie verzeichnet. Im Gegensatz hierzu fand sich nur

ein einziger Patient (3 Prozent) in der Gruppe der Patienten ohne DNA-Reparaturgen-Schädigungen, der einen Therapieeffekt zeigte. Das radiologische progressionsfreie Überleben (rPFS) war in der Biomarker-positiven Gruppe länger als in der Biomarker-negativen Gruppe (9,8 vs. 2,7 Monate). Ebenso zeigten sich Vorteile im Gesamtüberleben (13,8 vs. 7,5 Monate) (38).

In der weiteren klinischen Entwicklung von Olaparib wurden à 300 mg für die nachfolgenden Studien als Standard festgelegt (39). Eine randomisierte Studie an 387 CRPCA-Patienten mit Alterationen in 15 verschiedenen HRR-Genen zeigte jüngst, dass die Olaparib-Gruppe ein signifikant verbessertes rPFS aufwies als eine andere standardisierte Therapie (7,4 vs 3,6 Monate, siehe Abb. 3). Auch die objektive Ansprechrate war signifikant verbessert (33 vs. 2 Prozent). Alle Patienten waren unter Hormonenzugstherapie und hatten zuvor eine weitere Hormonmanipulation und/oder eine Chemotherapie erhalten. Die Autoren kamen daher zu dem Schluss: Männer mit metastasiertem CRPCA, deren Tumoren mindestens eine Alteration im BRCA1-, BRCA2- oder ATM-Gen aufwiesen und deren Erkrankung nach einer vorherigen Behandlung mit einer sekundären Hormontherapie progressiv verlief, zeigten ein signifikant verbessertes Ansprechen und Überleben als Patienten, die eine entsprechende Hormonmanipulation mit Enzalutamid oder Abirateron erhielten (19).

Rucaparib und Niraparib wurden ebenfalls bei Patienten mit CRPCA und HRR-Mutationen getestet (40, 41). In der Gruppe der BRCA1- und -2-Mutationen lagen die objektiven Ansprechraten bei 44 und 41 Prozent. Das PSA-Ansprechen lag bei 67 Prozent, das rPFS betrug 9,0 bzw. 8,2 Monate (40, 42). In einer weiteren Analyse wurden die Patienten mit non-BRCA1- und -2-Alterationen untersucht. Das Ansprechen auf PSA- (4 bis 16 Prozent) und auf Metastasen-Level (0 bis 11 Prozent) war hier deutlich geringer als für die BRCA1- und -2-Alterationen (43). Aktuell wird Rucaparib in einem randomisierten Phase-III-Setting evaluiert, wobei auch die Kombinationen mit sekundären Hormonmanipulationen (Abirateron, Enzalutamid) oder Chemotherapie (Docetaxel) getestet werden (44). Weitere Studien, die die Kombination der PARP-Inhibitoren mit antihormonellen Substanzen untersuchen, werden in naher Zukunft erwartet.

Zusammenfassung

Die in den vergangenen Jahren gewonnenen tumorbiologischen Erkenntnisse zu DNA-Reparaturmechanismen und den hieran wesentlich beteiligten Genen, vor allem der BRCA1- und BRCA2-Gene, haben die Entwicklung einer neuen Wirkstoffgruppe, der PARP-Inhibitoren, in der Onkologie vorangetrieben. Diese neue Möglichkeit der personalisierten, Biomarker-gesteuerten Therapie stellt für Patientinnen mit erblichen Ovarial- und Mammakarzinomen und für Patienten mit einem kastrationsrefraktären Prostatakarzinom eine neue Therapieoption dar.

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

Interessenkonflikte: keine

Prof. Dr. Pia Wülfing

Leitung konservative Senologie

Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem

Gründerin und CEO von „PINK! Aktiv gegen Brustkrebs“

(www.pink-brustkrebs.de)

Prof. Dr. Christian Wülfing

Chefarzt Urologie

Asklepios Klinik Altona

E-Mail: c.wuelfing@asklepios.com

SUPER DEAL! WEITERE NISSAN SUPER DEALS FINDEN SIE AUCH IN:
HALSTENBEK ITZEHOE KALTENKIRCHEN
HAMBURG-NEDDERFELD SEEVETAL



DER ULTIMATIVE CROSSOVER

DER NEUE NISSAN QASHQAI PREMIERE EDITION

Gehören Sie zu den Ersten, die den neuen NISSAN QASHQAI fahren. Die Premiere Edition wird in Kürze bei uns erhältlich sein, besitzt eine optionale zweifarbige Lackierung und ist mit jeder Menge modernster Technologien ausgestattet. Die neidischen Blicke gibt es gratis dazu.

- **Der neue NISSAN QASHQAI Premiere Edition**
- **Limitiertes Sondermodell, nur 2.000 Stück**
- **ab jetzt bei uns bestellbar**

C. Thomsen GmbH

ZENTRALE: Stawedder 30 • 25469 Halstenbek • T. 04101/47 28 25
halstenbek@auto-thomsen.de

Lise-Meitner-Str. 14 • 25524 Itzehoe • T. 04821/88 83 825
itzehoe@auto-thomsen.de

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

Nedderfeld 32-34 • 22529 Hamburg • T. 040 / 57 00 646 25
nedderfeld@auto-thomsen.de

Glüsinger Straße 82 • 21217 Meckelfeld • T. 04105 / 14 24 25
seevetal@auto-thomsen.de

THOMSEN



C. Thomsen GmbH
auto-thomsen.de

361. Delegiertenversammlung Die wichtigste Debatte des Abends drehte sich um das Thema Sterbehilfe. Am Ende stand ein Eckpunktepapier der Ärztekammer Hamburg, das die Delegierten einstimmig beschlossen und das in die Diskussion auf dem Deutschen Ärztetag eingebracht wurde.

Weiteres Thema war der Impfstoff in den Hausarztpraxen. *Von Sandra Wildorf*



Ärzteparlament positioniert sich zum assistierten Suizid

Als die 361. Sitzung der Delegiertenversammlung am 12. April 2021 endete, war es kurz vor Mitternacht, und es lagen Stunden intensiver Diskussionen hinter den Delegierten, aber auch ein Beschluss auf dem Tisch, den Kammervizepräsidentin PD Dr. Birgit Wulff hinterher als „Meilenstein“ bezeichnete: Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer hatte sich klar zum Thema Sterbehilfe positioniert und Anforderungen an eine gesetzliche Neuregelung gestellt sowie eine Änderung der eigenen Berufsordnung als notwendig benannt. Dabei fordert sie einen besseren Schutz von Sterbewilligen und formuliert Anforderungen hinsichtlich der Rolle der Ärztinnen und Ärzte. Diese dürften beispielsweise kei-

nem Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt sein, aber auch nicht zum assistierten Suizid verpflichtet werden (Eckpunkte siehe Kasten unten).

Zwei Online-Fortbildungsveranstaltungen zu dem Thema mit insgesamt weit über 500 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten (siehe HÄB 03/21 und in dieser Ausgabe auf Seite 20) hatten die Grundlage für die nun beschlossenen Eckpunkte geschaffen. Die Delegiertenversammlung hatte über einzelne Punkte des vorgelegten Entwurfs ausführlich diskutiert und diese so modifiziert, dass es am Ende zu einem einstimmigen Beschluss bei einer Enthaltung kam. „Ich bin sehr stolz auf die Beteiligung der Hamburger Ärzteschaft bei den Veranstaltungen, aber auch bei der Dis-

kussion der Delegiertenversammlung. Es war eine sehr ernsthafte Auseinandersetzung, die von hohem Respekt der unterschiedlichen Positionen geprägt war“, sagte Kammerpräsident Dr. Pedram Emami anschließend.

Der Kammervorstand hatte den Prozess auch in Hinblick auf den Deutschen Ärztetag angestoßen, der sich Anfang Mai mit dem Thema beschäftigen wollte und freute sich, „dass wir mit einem starken Votum ausgestattet sind, uns als Ärzteschaft an der gesellschaftlichen und politischen Debatte zu beteiligen“, so die Vizepräsidentin PD Dr. Birgit Wulff.

Corona und Impfen

Weiteres dominantes Thema der Delegiertenversammlung war – wie nun schon seit einem Jahr – Corona. Dabei ging es besonders um die Impfungen, die seit Anfang April auch in Haus- und Facharztpraxen stattfinden. Dr. Sebastian Eipper schilderte den enormen Aufwand, der neben dem Aufbau der Infrastruktur bestehe: Listen der infrage kommenden Patienten zusammenstellen, alle anrufen, Termine machen, diese dann teilweise mangels Impfstoff wieder absagen – und das neben Infektsprechstunden, Coronatests und dem ganz normalen Praxisbetrieb. Die Vergütung von 20 Euro pro Impfung sei nicht annähernd kostendeckend. „Und wenn man dann aus der Presse erfährt, dass man damit nur ein Zehntel von dem bekommt, was das Impfzentrum erhält, fühlt sich das nicht gut an“, spielte der Hausarzt auf einen Artikel im Hamburger Abendblatt an, laut dem eine Impfung im Impfzentrum 200 Euro koste.

Dessen ärztlicher Leiter, Dr. Dirk Heinrich, stellte zunächst klar, dass es sich dabei um eine staatliche Leistung handle und die Kosten mit jeder Impfung sanken, weil – anders als in den Arztpraxen – die Infrastruktur zunächst aufgebaut werden musste. „Bei den Impfungen handelt es sich um einen Marathon, es ist eine große Anstrengung für uns alle.“ Die Bergedorfer Hausärztin Dr. Silke Lüder beton-

Eckpunkte der Ärztekammer Hamburg zum ärztlich begleiteten Suizid

- Die (Muster-)Berufsordnung sollte unter Berücksichtigung des Bundesverfassungsgerichtsurteils angepasst werden.
- Ärztinnen und Ärzte dürfen keinem Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt werden.
- Eine Verpflichtung zum ärztlich assistierten Suizid darf es nicht geben.
- Eine Tötung auf Verlangen durch Ärztinnen oder Ärzte darf es weiterhin nicht geben.
- Suizidwünsche von gesunden Personen dürfen nicht primär an Ärztinnen und Ärzte adressiert werden.
- **Schutzbestimmungen für Suizidwillige:**
 - › Aktivitäten zur Suizidprävention und zur Beratung Suizidwilliger sollen verstärkt werden.
 - › Die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Palliativmedizin sollten verstärkt werden.
 - › Bei einer Beratung muss auch auf alternative Handlungsoptionen verwiesen werden. Dabei sollten auch konkrete Hilfsangebote sowie Behandlungsmöglichkeiten unterbreitet werden.
 - › Suizidwillige müssen ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer psychischen Störung und ohne unzulässige Einflussnahme oder Druck bilden können.
 - › Eine klare Trennung zwischen den Instanzen, die den Suizidwunsch bewerten, und denen, die diesen umsetzen, muss gewahrt sein.
 - › Wenn Ärztinnen und Ärzte an Entscheidungen über die Gewährung einer Suizidassistenz beteiligt sind, müssen bei der Einzelfallentscheidung jeweils mehr als ein/e Arzt/Ärztin beteiligt sein (z. B. Gremium aus entsprechenden Fachdisziplinen).
 - › Der Prozess der Bewertung und der Umsetzung des Suizidwunsches muss transparent vollzogen und dokumentiert werden. Im Nachgang muss eine retrospektive Bewertung/Überprüfung des Vorgangs stattfinden.

te: „Es ist wichtig, dass das Impfzentrum noch lange erhalten bleibt.“ Mehrere Delegierte lobten die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg betriebene Einrichtung in den Messehallen, seine gute Organisation und die Entlastung, die es für die Praxen darstelle.

Diskussionen gab es über die Priorisierung der Impfung. „Es war richtig, zunächst die besonders vulnerablen Gruppen zu schützen, aber nun sollte die Priorisierung aufgehoben werden“, forderte etwa Dr. Silke Lüder und schlug eine entsprechende Positionierung der Delegiertenversammlung vor. Sie erntete dafür sowohl Unterstützung als auch Widerspruch: „Wir werden doch beinahe von allen Patienten gefragt, wann sie denn dran seien. Dann nicht mehr mit der Priorisierungsliste antworten zu können, halte ich für gefährlich“, sagte etwa Dr. Wolfgang Wesiack.

Dr. Birgitta Rüh-Behr hingegen wünschte sich mehr öffentliche Positionierungen der Ärztekammer Hamburg zur Corona-Politik: „Ich war dankbar für die letzten Stellungnahmen, hätte mir aber auch eine Infragestellung der Impf-Priorisierung gewünscht.“ Emami erläuterte: „Ich sehe die Rolle der Kammer eher in der Vermittlung zwischen Wissenschaft und Politik.“ Diese Rolle nehme er z. B. als einer der von der BILD-Zeitung als „geheime Corona-Berater des Bürgermeisters“ bezeichneten Medizinerinnen und Mediziner wahr. Auf Initiative des Kammerpräsidenten tauschten sich zurzeit etwa alle zwei Wochen eine kleine Runde von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ersten Bürgermeister Dr. Tschentscher aus. „Ein solches Gremium habe ich auch schon diverse Male auf Bundesebene vorgeschlagen.“ „Kakophonie“ aber würde er gerne vermeiden: „Jeder Ministerpräsident, jeder Wissenschaftler, jede Ärztekammer sagt etwas anderes. Die Meinungsbildung erfolgt zu oft öffentlich – das ist einfach nicht hilfreich“, kritisierte er.

Themen auf Bundesebene

Den Themen der Bundesebene hatte Emami zunächst eine traurige Mitteilung vorangestellt. Dr. Heidrun Gitter, Präsidentin der Ärztekammer Bremen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer (BÄK) war wenige Tage zuvor im Alter von nur 60 Jahren gestorben. Hamburgs Kammerpräsident würdigte sie als eine starke Persönlichkeit, die ihn schon als jungen Arzt beeindruckt habe: „Vor Kurzem war sie noch bei der Sitzung des BÄK-Vorstands dabei. Da war sie von ihrer Krankheit gezeichnet, aber so kraftvoll, wie sie immer war. Wir werden sie schmerzlich vermissen.“ Auf dem Anfang Mai stattfindenden Ärztetag, der nur zwei statt der üblichen vier Tage und online stattfinden soll, werde ihre Nachfolge noch nicht bestimmt, Kandidatinnen und Kandidaten könnten sich aber vorstellen. Im Herbst solle es eine zweite Arbeitssitzung der BÄK geben – hoffentlich in Präsenz und hof-

Interesse an einer Mitarbeit als Kommissionsmitglied?

Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte haben bereits ihre Bereitschaft erklärt, an der Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler als ehrenamtliches Mitglied bzw. Gutachter mitzuwirken. Die Kommission soll aber noch um weitere ehrenamtliche Mitglieder der Facharztgruppen Augenheilkunde, Anästhesiologie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde verstärkt werden.

Haben Sie Interesse, mit Ihrer Fachexpertise und Ihrem Engagement die außergerichtliche Streitbeilegung als ehrenamtliches Mitglied in der Kommission zu fördern? Dann schreiben Sie uns bitte eine E-Mail, aus der wir Informationen zu Ihrer Berufserfahrung bzw. Gutachtertätigkeiten ableiten können.

Kontakt: Susanne Tessmer, Tel. 20 22 99-190, E-Mail: gk@aekhh.de, Fax: 040 / 20 22 99-400

fentlich mit dem nun erstmal verschobenen Thema Klimawandel und einer Fortsetzung der Diskussion über die Änderung der (Muster-) Berufsordnung in Bezug auf die Sterbehilfe.

Arztausweise beantragen

Emami bat außerdem erneut alle Ärztinnen und Ärzte, ihren elektronischen Arztausweis zu beantragen. Etwas über 1.500 hätten das in Hamburg bereits getan, zum 30. Juni 2021 aber bräuchten ihn alle niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte. Auch für die Krankenhauskolleginnen und -kollegen sei das relevant. Er verwies außerdem auf eine Veranstaltung von Bundesgesundheitsministerium, gematik und BÄK – unter Beteiligung der Ärztekammer Hamburg – zur Kommunikation im Gesundheitswesen (KIM) inklusive genauer Informationen über den Bestellprozess des elektronischen Arztausweises (die Veranstaltung ist abrufbar unter <https://hih-2025.de/kim-sichere-e-mails-fuer-aerztinnen-und-aerzte>).

Neues aus der Kammer

Eine Reihe von Themen gab es zudem aus der Kammer selbst: Für ein höheres Maß an Gestaltungsspielraum habe man die Kammer neu organisiert: „Vorher war es eine Art Tausendfüßler mit sehr viel Verantwortung für die beiden Geschäftsführer, nun ist die Organisationsform breiter aufgestellt“, erläuterte Emami das Organigramm, das nun vier Bereiche aufweist. Neben den beiden Geschäftsführern Dr. Klaus Beilmann und Sven Claßen leiten nun auch Prof. Dr. Christian Haasen (Fort- und Weiterbildung) und Gabriela Thomsen (Recht) einen Bereich, zu dem jeweils eine Reihe von Abteilungen gehört. Die Suche nach einem Nachfolger, bzw. einer Nachfolgerin für den im Sommer auscheidenden Ärztlichen Geschäftsführer Dr. Klaus Beilmann stehe zudem kurz vor einem erfolgreichen Abschluss.

Eine Arbeitsgruppe der Kammer aus Präsident, Vizepräsidentin, Vorstand, Personalrat,

Pressestelle und Referentin der Geschäftsführung habe zudem ein Leitbild erstellt, das voraussichtlich im Juni in der Delegiertenversammlung diskutiert werde. Emami kündigte außerdem an, dass die bestehende Ombudsstelle zu einem Anlaufpunkt bei geschlechterbezogenen/ethnischen Benachteiligungen oder sexueller Belästigung im Gesundheitswesen ausgebaut werden solle. Auch eine Arbeitsgruppe zur Schaffung einer Vertretungsregelung für die Gremien der Kammer habe getagt und erste Vorschläge erarbeitet.

Gutachterkommission nimmt ihre Arbeit auf

Ein weiteres größeres Projekt, das die Kammer in den vergangenen Monaten beschäftigte, ist die Transformation der bisherigen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen norddeutscher Ärztekammern in die „Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler“ wie sie künftig heißen soll. Die Schlichtungsstelle in Hannover wird spätestens zum 31. Dezember 2021 aufgelöst, und die beteiligten Kammern werden entsprechende eigene Strukturen aufbauen. In Hamburg erfolgt das zurzeit (siehe Kasten oben). Die Hamburger Kommission soll zum 1. Juli 2021 ihre Arbeit aufnehmen, eine hauptamtliche Mitarbeiterin ist seit dem 1. April in der Geschäftsstelle tätig. Die Delegierten folgten in allem den von der Rechtsabteilung der Ärztekammer erarbeiteten Vorschlägen und verabschiedeten eine Verfahrensordnung sowie eine Gebühren- und eine Entschädigungsordnung jeweils einstimmig. Für Patienten bleibt das Verfahren danach auch künftig kostenfrei, für Ärztinnen und Ärzte beträgt die Verwaltungsgebühr 300, für Behandlungseinrichtungen je 750 Euro. Diese sollen von den Haftpflichtversicherern erstattet werden.

Eine Änderung der Wahlordnung vertagten die Delegierten wegen der vorgerückten Stunde auf die nächste Sitzung im Juni.

Sandra Wilsdorf ist Pressesprecherin der Ärztekammer Hamburg

Assistierter Suizid?



Online-Diskussion, Teil 2

Mit einer weiteren digitalen Veranstaltung hat die Ärztekammer Hamburg am 7. April 2021 die Debatte zum Sterbehilfe-Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) fortgesetzt, um eine breite Meinungsbildung unter den Hamburger Ärztinnen und Ärzten zu ermöglichen. Kammerpräsident Dr. Pedram Emami moderierte die Veranstaltung „Ärztlich assistierter Suizid? Erfahrungen in anderen Ländern und Fallstricke der Gesetzesvorgaben in Deutschland“ mit rund 130 Teilnehmenden.

Von Nicola Timpe

„Niemand muss *sich beteiligen!*“

Bei der Frage, wie künftig Suizidassistenz in Deutschland geregelt werden könnte, lohnt der Blick über den Tellerrand. Beim zweiten Teil der Online-Diskussion zum Thema assistierter Suizid, moderiert von Kammerpräsident Dr. Pedram Emami, ging es um die rechtliche Situation in anderen Ländern. Jessica Krüger, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin an der Bucerius Law School und Masterstudentin der University of Cambridge, legte zu Beginn in ihrem Vortrag „Suizidassistenz im Ausland“ Fakten aus Belgien, den Niederlanden und der Schweiz dar. In diesen Ländern gebe es teilweise einschränkende Regelungen für die Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid. „Tötung auf Verlangen ist zwar überall grundsätzlich verboten, aber durch Ärztinnen und Ärzte unter gewissen Umständen in einigen Ländern möglich“ so Krüger. „Die Regelungen unterscheiden sich jedoch im Detail.“

Schweiz: kein spezifisches Sterbehilfegesetz

In der Schweiz sind Beihilfe und Anstiftung zum Suizid unter gewissen Umständen möglich. Die Schweiz hat kein spezifisches Sterbehilfegesetz, dafür aber andere Regelungen über das Ständesrecht und die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Diese würden greifen, da die für die Suizidassistenz notwendigen Medikamente verschreibungspflichtig sind und so die Ärzteschaft eingebunden ist. Die Verschreibung sei zudem meldepflichtig, jeder Todesfall durch assistierten Suizid gelte als nicht natürlich und löse eine behördliche Untersuchung aus. 2018 wurden 1.176 Fälle (1,8 Prozent aller Todesfälle) von assistiertem Suizid registriert, Tendenz steigend. Laut SAMW-Richtlinie von 2012 muss es sich um eine Krankheit handeln, bei der das Lebensende nahe ist, Alternativen müssen diskutiert werden, die Urteilsfähigkeit muss gegeben und der Suizidwunsch wohlwogen, ohne äußeren Druck und dauerhaft sein. Sehr umstritten und bisher

von der Schweizerischen Ärztekammer nicht im Ständesrecht umgesetzt sei eine maßgebliche Änderung in der neuen Richtlinie von 2018, die besagt, dass die Krankheit nicht terminal sein muss, dafür aber beim Patienten oder bei der Patientin unerträglichen Leidensdruck erzeugt.

Niederlande: Straffreiheit bei Einhaltung des Gesetzes

„Die Niederlande und Belgien haben hingegen Sterbehilfegesetze, die sich sehr ähneln“, erklärte Krüger. „Das Strafrecht ist in den Niederlanden sogar deutlich restriktiver als in Deutschland, denn für den Laien sind Anstiftung und Beihilfe zum Suizid immer strafbar.“ Seit 2002 gebe es das niederländische Sterbehilfegesetz, das allerdings nur regelt, was die Rechtsprechung bereits seit 1984 ermöglicht hat. „Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid sind nun qua Gesetz für Ärztinnen und Ärzte explizit straffrei, wenn sie die Kriterien des Sterbehilfegesetzes erfüllen und die entsprechenden Behörden informiert werden“, sagte Krüger. Bedingung sei zum einen, dass der Arzt/die Ärztin vom wohlüberlegten und freiverantwortlichen Handeln des Patienten oder der Patientin überzeugt sein muss, ebenso wie vom dauerhaften und unerträglichen Leiden. Dies umfasse auch psychische Leiden. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit (ab 16 Jahre) müsse eine entsprechende, schriftliche Patientenverfügung vorliegen. Zum anderen müsse der Arzt/die Ärztin den Patienten oder die Patientin über die medizinische Situation aufgeklärt haben und diese zur Überzeugung gelangt sein, dass es keinen anderen Ausweg gibt. Bei einwilligungsfähigen Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren müssen die Eltern „einbezogen“ werden, zwischen 12 und 16 Jahren müssen sie einwilligen. Unter 12 Jahre sei Sterbehilfe nicht möglich. Darüber hinaus müsse eine unabhängige Zweitmeinung eingeholt werden und die Suizidassistenz unter Wahrung der ärztlichen Sorgfalt erfolgen.

Anschließend meldet der Arzt oder die Ärztin die Suizidassistenz und verfasst einen ausführlichen Bericht.

Regionale Kontrollkommissionen überprüfen, ob es zu Verstößen gekommen sein könnte. In einem solchen Fall würde die Kommission die Staatsanwaltschaft sowie die Gesundheitsaufsicht informieren. Datensammlung und entsprechende Veröffentlichungen gehören auch zu den Aufgaben der Kommissionen. 2019 habe es 6.361 Fälle gegeben (4,2 Prozent aller Todesfälle), davon waren 95,8 Prozent Fälle von Tötung auf Verlangen. Assistierter Suizid spiele eine untergeordnete Rolle.

Belgien: Nur Tötung auf Verlangen ist geregelt

Belgien hat sich laut Krüger in einem entscheidenden Punkt für einen anderen Weg entschieden: Anstiftung und Beihilfe zum Suizid waren dort schon immer legal. Somit beschränkt sich das belgische Sterbehilfegesetz von 2002 auf die Regelung der Tötung auf Verlangen. Sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden darf diese durchgeführt werden. Die Ärzteschaft spielt eine zentrale Rolle, da nur ein Arzt oder eine Ärztin Tötung auf Verlangen und assistierten Suizid durchführen darf. Mit der nachträglichen Prüfung soll Transparenz geschaffen werden. Es sind sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen erfasst.

„Auch die Strukturen und Abläufe ähneln denen der Niederlande“, erläuterte Krüger. Es gelte die Freiverantwortlichkeit, und eine Zweitmeinung müsse eingeholt werden. Darüber hinaus müssen mehrere Gespräche mit dem Patienten oder der Patientin sowie mit Pflorgeteam und Angehörigen geführt, der Patientenwille muss schriftlich fixiert werden. Ist die Suizidassistenz unter Wahrung der ärztlichen Sorgfalt erfolgt, meldet der Arzt/die Ärztin dies an die

Föderale Kontroll- und Bewertungskommission, die wie in den Niederlanden für die Prüfung zuständig ist. Wenn der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, gelten – im Unterschied zu den Niederlanden – weitere einschränkende Regelungen mit Wartezeiten und zusätzlichen fachärztlichen oder psychiatrischen Untersuchungen. Außerdem unterscheidet Belgien zwischen terminalen und nicht terminalen Erkrankungen. „Die Datenlage ist in Belgien nicht so eindeutig, da viele Fälle nicht gemeldet werden“, meinte Krüger. Sterben werde offensichtlich als Privatangelegenheit angesehen, aber auch die Unwissenheit der Ärzteschaft über bestehende gesetzliche Regelungen könnte ein Grund hierfür sein. Schätzungen zufolge liege die Zahl bei rund 4 Prozent aller Todesfälle.

Zahlen und Fakten

Interessante Zahlen zeigen Umfragen, die Krüger zitierte: Vor allem in den Niederlanden spielen Hausärztinnen und Hausärzte eine starke Rolle bei der Durchführung von Sterbehilfe. Grund hierfür sei sicherlich das lang gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in. In der Schweiz sind immerhin in 70 Prozent, in Belgiens in rund 60 Prozent Hausärztinnen und Hausärzte entscheidend involviert. 90 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte der Niederlande und Belgien besprechen ihre Fälle mit Kolleginnen und Kollegen, in der Schweiz sind es 60 Prozent. Und die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten hätte nach Einschätzung der Behandelnden nur noch weniger als 4 Wochen zu leben gehabt (Belgien und Schweiz: 80 Prozent, Niederlande: 73 Prozent). Eine Krebserkrankung sei bei mehr als der Hälfte der Fälle Grund für den Suizid, Suizidassistenz bei Demenzerkrankten komme sehr selten vor (im einstelligen Prozentbereich).



ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

bayern

berlin-brandenburg-hamburg

rhein-ruhr

DIE HONORARE MEINER
PRIVATABRECHNUNG –
IN SICHEREN HÄNDEN.

**VERTRAUEN UND
ZUVERLÄSSIGKEIT HEIßT PVS!**

Lassen Sie sich in nur 30 Minuten von den Vorteilen der PVS überzeugen und vereinbaren Sie noch heute einen Termin.

0800 3190088 | ihre-pvs.de/vertrauen

Interfraktioneller Entwurf: Suizidhilfegesetz

Prof. Dr. jur. Karsten Gaede, Bucerius Law School, geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinrecht, fasste in seinem Vortrag „Aktuelle Gesetzesvorhaben und ihre Fallstricke“ die Hauptpunkte der bisher bekannten Parlamentsentwürfe zusammen.

Der interfraktionelle Entwurf eines „Suizidhilfegesetzes“ von Karin Helling-Plahr MdB (FDP), Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) und Dr. Petra Sitte (Linke) zielt auf die Durchsetzung der Selbstbestimmung und postuliert ein krankheitsunabhängig bestehendes Recht auf Suizidassistenten ab 18 Jahre. Voraussetzung sei ein autonom gebildeter, freier Wille, der über eine gewisse Dauer bestehe. „Bei heiklen Fragen, wie der Beurteilung psychischer Erkrankungen, verweist man auf den konkreten Einzelfall beziehungsweise auf die medizinische Kompetenz“, erklärte Gaede. Darüber hinaus setze der Entwurf auf eine Beratungs- und Fristenlösung. Zwischen einer obligatorischen Beratung und der Verschreibung des todbringenden Medikaments müssten mindestens 10 Tage liegen. „Wichtig für Sie zu wissen ist, dass es für keine Berufsgruppe die Verpflichtung zur Hilfe bei Selbsttötung geben soll“, so Gaede. Die ärztliche Expertise könne zur Beratung hinzugezogen werden, diese erfolge aber über eine zu schaffende staatliche Stelle. Aber nur Ärztinnen und Ärzte dürfen die Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung verschreiben. Die beratende Person darf nicht gleichzeitig die Medikamente verschreiben. Hat sie Zweifel ob der Autonomie der Entscheidung des Suizidwilligen, dann könne sie dies auf der Bescheinigung über die erfolgte Beratung vermerken. „Am Ende muss dann der Arzt oder die Ärztin entscheiden, ob er oder sie das Medikament trotzdem verschreibt“, erläuterte Gaede. „Die Verantwortung liegt also allein bei Ihnen.“ Dokumentations- und Berichtspflichten sollen schützende Wirkung für Ärztinnen und Ärzte haben. Dieser Entwurf könnte laut Gaede jedoch unter dem Aspekt des Lebensschutzes Kritik erfahren.

Die Grünen: Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz

Der zweite Entwurf stammt von Renate Künast und Katja Keul von den Grünen, soll aber fraktionsoffen sein. Das „Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz“ formuliere laut Gaede ebenso wie der erste Entwurf das Recht auf selbstbestimmtes Sterben und auf Suizidassistenten bei Freiverantwortlichkeit, werfe aber mehr Fragen auf und lasse Raum für Diskussion. Eine Pflicht zur Sterbehilfe gebe es nicht. Grundsätzlich beschränke sich dieses Recht auf volljährige und einsichtsfähige Menschen, Tötung auf Verlangen sei verboten.

Der Entwurf unterscheide sich entscheidend vom interfraktionellen Entwurf durch ein Zwei-Gruppen-Modell, das nach allgemeinem Sterbewunsch und Sterbewunsch in „medizinischer Notlage“ (definiert als schweres Leid aus medizinischen Gründen, insbesondere schwere Schmerzen, und in ärztlicher Behandlung) differenziert. Nur bei letzterem sei die ärztliche Begleitung und Verschreibung der Medikamente zentral vorgesehen. Bei medizinischer Notlage gelte: Der Sterbewunsch muss absehbar unabänderlich und frei sein und schriftlich erklärt werden. Es solle ein ärztliches Vier-Augen-Prinzip und eine Zwei-Wochen-Frist (Ausnahme bei außergewöhnlichen Härtefällen möglich) geben. Bestimmte Dokumentations- und Anzeigepflichten bezüglich der Verschreibung seien ebenfalls definiert „Ordnungswidrigkeiten ergeben sich für Ärztinnen und

Ärzte, wenn sie die potenziell todbringende Verschreibung nicht anzeigen oder grob anstößig werben beziehungsweise Leistungen im Kontext des Gesetzes anpreisen“, so Gaede. Sachliche Informationen sollen hingegen möglich sein.

Bei allgemeinem Sterbewunsch, z.B. ohne Vorerkrankung, solle die Freigabeentscheidung durch eine staatliche Stelle erfolgen, die Ärzteschaft spiele eine weitaus geringere Rolle und würde allenfalls den Zustand beurteilen oder freiwillig begleiten. Die Abgabe der Medikamente solle grundsätzlich durch Apotheken erfolgen. Noch nicht ausreichend definiert seien die Ermittlungsgrundlagen für die Gruppe ohne medizinische Notlage. Angreifbar macht sich der Entwurf laut Gaede auch durch die enge Definition der medizinischen Notlage und nach manchen Stimmen durch den kategorischen Abschluss der Patientenverfügung als Grundlage des Sterbewillens.

Noch unter Verschluss: Entwurf des Gesundheitsministeriums

Der offensichtlich existierende Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums lag zur Veranstaltung noch nicht vor, was Gaede als Hinhaltenaktik bezeichnete. „Das Thema ist für die Union aus vielerlei Hinsicht unangenehm“, sagte er. Allerdings zeichne sich aufgrund verschiedener Medienberichte bereits ab, dass dieser eher restriktiv sein werde. Gaede erwartet, dass die Suizidassistenten grundsätzlich strafbar sein wird und nur durch zuständige Ärztinnen und Ärzte ermöglicht werden soll. „Allerdings wären Ärztinnen und Ärzte bei einer solchen Regelung strukturell in die Pflicht genommen und gleichzeitig von einer Strafandrohung bei ihrem Tun überwölbt“, so Gaede. An diesem Punkt müsse sich die Ärzteschaft aus seiner Sicht in die Diskussion einbringen. Ob Berlin die Sorgen und Nöte der Ärzteschaft bei der Gesetzgebung berücksichtige, werde sich zeigen.

Die Diskussion am Ende zeigte die Ambivalenz innerhalb der Ärzteschaft: Die Ärzteschaft müsse sich beteiligen, weil sie die fachliche Expertise mitbringe, lautete eine Aussage. Eine andere verdeutlichte die Unvereinbarkeit mit der eigenen Überzeugung. Der Suizidwunsch sei nur das behandelbare Symptom einer Erkrankung, weshalb die Suizidassistenten dem Verständnis vieler ärztlicher Kolleginnen und Kollegen widerspreche. Gaede griff die Bedenken auf: „Alle drei Entwürfe beziehen die Ärzteschaft mit ein. Sie sollen medizinische Leistungen anbieten, müssen aber auch Möglichkeiten für den Suizidwunsch eröffnen, zum Beispiel durch Mehrfachabsicherung und kollegialen Austausch. Die disparate Haltung innerhalb der Ärzteschaft wird mitgedacht und durch Freiwilligkeit beantwortet. Niemand muss sich beteiligen! Aber Sie können nicht mehr darüber diskutieren, ob es den Kolleginnen und Kollegen, die sich beteiligen wollen, erlaubt sein soll oder nicht.“

Emami dankte Gaede und Krüger für die detaillierten und überaus hilfreichen Informationen: „Ich glaube, wir finden einen breiten Konsens innerhalb des Kollegiums, wenn es um die Gruppe derer geht, die nicht vorerkrankt beziehungsweise nicht unsere Patientinnen und Patienten sind. Bezüglich unserer Patientinnen und Patienten mit Sterbewunsch werden wir sicherlich eine intensive Diskussion im Mai auf dem Deutschen Ärztetag führen.“

Nicola Timpe ist Pressesprecherin der Ärztekammer Hamburg



Werden auch Sie zum Helfer!

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft | IBAN: DE26 5502 0500 4000 8000 20 | BIC: BFSWDE33MNZ
 German Doctors e.V. | Löbestr. 1a | 53173 Bonn | info@german-doctors.de | www.german-doctors.de



REZENSION

In Pandemiezeiten wärmstens zu empfehlen!

„Krank werden wir nicht davon, dass uns von außen etwas Krankmachendes überfällt“ – dieser Satz „empfängt“ uns im Einband von Gerald Hüthers neuestem Buch. Ein Satz, der in diesen Zeiten nachdenklich macht. Unser Körper verfüge über sehr effektive Abwehrmechanismen, so Hüther. „Die sind normalerweise in der Lage, das Eindringen und die Vermehrung dieser Keime recht wirksam und nachhaltig zu verhindern, solange unser Immunsystem nicht geschwächt ist.“



Gerald Hüther: Lieblosigkeit macht krank. Was unsere Selbstheilungskräfte stärkt und wie wir endlich gesünder und glücklicher werden. Herder-Verlag, 176 S., 18 Euro

Es scheint aber „äußere Feinde“ zu geben, die auch starke Immunsysteme überwinden können. Das lässt sich nach über einem Jahr mit Blick auf die weltweite Pandemie sicherlich feststellen. Trotzdem weist uns dieses ungemein anregende und wissensreiche Buch darauf hin, wie wichtig es ist, sein eigenes Gleichgewicht zu finden, ohne zum Beispiel a) (unrealistischen) äußeren Zielen zu folgen und b) zu sehr auf andere zu schauen.

Im Zuge der Covid-Veröffentlichungsfurten ist wenig darüber zu finden, wie wichtig es ist, seine eigene psychische und physische Gesundheit zu fördern, also gleichsam individuell-präventiv zu leben. Daran hindert uns möglicherweise auch Angst, das „mit Abstand stärkste Gefühl, das über die Aktivierung neuronaler Netzwerke des limbischen Systems die im Hirnstamm angelegten Regelsysteme

für die integrative Steuerung körperlicher Reaktionen und damit die Selbstheilungskräfte des Organismus zu stören vermag.“

Hüthers Buch, das sich in 10 Kapitel und eine „Ausleitung“ („Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde“) gliedert, fokussiert zentral auf die Wichtigkeit, dass wir a) Dinge selbst aus eigener Kraft bewältigen, b) unsere eigenen Lösungen finden, ohne stets auf andere zu schauen. „Im Gegensatz zu Pflanzen und Tieren sind wir Menschen ... in der Lage, die in uns angelegten Selbstheilungskräfte in gewissem Umfang zu unterdrücken und unwirksam zu machen.“ Dazu führen unter anderem präfrontal verankerte Haltungen, die laut Hüther nur schwer veränderbar sind. Diese sind mit Gefühlen und Körperreaktionen verkoppelt. Nachhaltige Veränderungen lassen sich vor allem dann erzielen, „wenn es gelingt, die betreffende Person einzuladen, eine andere, neue Erfahrung zu machen“. Dabei helfen uns vor allem drei Ressourcen: das Vertrauen in die eigene Kompetenz, Vertrauen in ein positives Umfeld und die Fähigkeit, hoffnungsvoll und optimistisch zu sein.

Kohärenz ist für Hüther ein paradiesischer Zustand: „Menschen, die dieses Gefühl haben, sind zu beneiden. Sie sind glücklich, sie bleiben gesünder, sie gestalten ihr Leben mit Freude und Leichtigkeit und sie hören nicht auf, sich zeitlebens über jede eigene Weiterentwicklung zu freuen. Genau diese Freude ... führt zur Aktivierung der im Mittelhirn liegenden emotionalen Zentren. Diese Zentren erregen immer dann, wenn wieder einmal eine passende Lösung gefunden wurde, all jene Netzwerke im Gehirn, die für das Zustandekommen angenehmer empfundener Körperreaktionen zuständig sind.“

Das Buch liest sich hervorragend und ist gerade aktuell wärmstens zu empfehlen: Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – und nicht zuletzt allen „Corona-Verdrossenen“.

**Dr. Hans Ulrich Schmidt,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin**



ABOVE & BEYOND

DER NEUE LAND ROVER DEFENDER

GEGEN CHRONISCHE LANGeweile



Die Legende lebt! Der neue Defender kann sogar fliegen, wie man bald im neuen James Bond-Film „Keine Zeit zu sterben“ sehen wird. Der neue Defender bietet eine noch nie dagewesene Bandbreite an Fähigkeiten. Sein Können auf schwierigem Untergrund steht außer Frage – nun kommt er auch auf der Straße komfortabel und souverän daher. Neben sehr leistungsstarken und wirtschaftlichen Benzin- und Dieselmotoren ist der neue Land Rover Defender auch mit elektrischen Mild-Hybrid- oder Plug-in Hybrid-Antrieben erhältlich. Lieferbar als Version 110 mit 5+2-Sitzen sowie als Defender 90 mit kürzerem Radstand. **Ab € 52.700,00**



LAND ROVER
70
YEARS

Ihr starker Partner rund ums Auto in Meckelfeld

ANDERSAUTOMOBILE

Anders Automobile GmbH

Glüsinger Straße 62 · 21217 Seevetal/Meckelfeld
Telefon: 040 - 76 10 16 80 · www.andersauto.de

Kraftstoffverbrauch nach der Richtlinie VO(EG) 692/2008 auf Basis des neuen WLTP-Testzyklus (NEFZ), Land Rover Defender: komb. 7,7-7,5 l/100 km, CO₂-Emissionen kombiniert 203-199 g/km.

Fortbildung zum Thema „Impfen“

Am 14. April organisierte die Ärztekammer Hamburg eine Online-Veranstaltung, in deren Mittelpunkt die Schutzimpfungen gegen SARS-CoV-2 standen. Die Referentinnen und Referenten nahmen vor allem die neuen Entwicklungen und Herausforderungen für eine effektive Impfstrategie in der Hansestadt in den Fokus. *Von Karen Amme*

Hamburgs Kurs beim Impfen

Das Thema war brandaktuell, das Interesse riesig. Erst eine Woche zuvor waren in den Hamburger Hausarztpraxen die ersten Corona-Impfstoffdosen verimpft worden. Deshalb zeigte sich Dr. Pedram Emami auch wenig überrascht von der Vielzahl der Teilnehmenden. Rund 480 Ärztinnen und Ärzte hatten sich eingeloggt, als der Präsident der Ärztekammer Hamburg das Wort an die erste Referentin weitergab, an Prof. Dr. Marylyn Addo, Leiterin der Sektion Infektiologie am Zentrum für Innere Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Aus der Forschung

„Wir sind jetzt ein Jahr in der Pandemie, in dieser Zeit ist Großartiges geleistet worden“, schickte diese voran. Die chinesischen Behörden hätten am 11. Januar 2020 die Sequenz zur Verfügung gestellt, am 16. März – nur wenig mehr als 2 Monate später – sei die erste Person in einer Studie mit einem neuen Impfstoff geimpft worden, so Addo. „Das hat es bislang noch nicht gegeben!“ Doch schnell, das heiße nicht unsicher, betonte die Infektiologin. Schließlich baue man hier auf Grundlagenforschung und die Entwicklung anderer Impfstoffe auf.

Weltweit würden aktuell zwölf Impfstoffe verabreicht, stieg Addo dann ins Thema ein, hier in Deutschland verimpfe man nur vier, zwei mRNA- und zwei Vektorimpfstoffe. Weitere seien in der Pipeline: Novavax etwa, ein Protein-Impfstoff, der Vektorimpfstoff Sputnik und Curevac, ebenfalls ein mRNA-Impfstoff.

Im Folgenden ging die Forscherin und Ärztin des Jahres 2020 dann näher auf die vier in Deutschland zugelassenen Impfstoffe ein, zu allererst auf den Wirkstoff von Biontech/Pfizer. Überall werde eine gute Wirksamkeit dokumentiert, so Addo, die Daten hätten sich mehrfach in Real-World-Kohorten bestätigt. Auch zur Infektiosität gebe es jetzt durch erste Studien aus den USA und Israel verlässliche Daten: „Kommt eine geimpfte Person mit dem Erreger in Kontakt, wird sie zu 95 Prozent nicht erkranken“, sagte Addo. „Je länger die Impfung zurückliegt, desto geringer ist die Viruslast im Falle einer Infektion.“ Neue Studien belegten zudem, dass auch 12- bis 15-Jährige eine gute Immunantwort und Verträglichkeit auf den mRNA-Impfstoff zeigten, daher sei nun auch die Zulassung für Jugendliche beantragt worden.

„Die STIKO empfiehlt derzeit, den Impfstoff von Biontech/Pfizer im 6-Wochen-Abstand zu verimpfen“, so Addo, gleiches gelte für den MODERNA-Wirkstoff. Um die Patientinnen und Patienten über die Nebenwirkungen von letzterem und den anderen Impfstoffen aufklären zu können, empfahl sie die Faktenblätter des Robert Koch-Instituts zu Vektor- und mRNA-Impfstoffen (in der STIKO-App oder

auf der Website des RKIs). Demnach zeigten rund 80 Prozent der MODERNA-Impfungen Schmerzen an der Einstichstelle, auch systemische Reaktionen wie Müdigkeit und Kopfschmerzen seien eine häufige Begleiterscheinung. Und: Generell könne man sagen, dass bei MODERNA und Biontec/Pfizer die Impfreaktionen nach der zweiten Impfung stärker seien als nach der ersten und Jüngere mehr Nebenwirkungen hätten als Ältere.

Nächster Punkt: der Vektor-Impfstoff AstraZeneca. Nur kurz widmete sich die Wissenschaftlerin den bekannten Verunsicherungen, in erster Linie ging es um neuere Erkenntnisse, etwa, dass Studien ein Impfintervall von zwölf Wochen nahelegen. Dann griff sie eine Frage auf, die auch im Chat wiederholt gestellt wurde: Was ist mit all den unter 60-Jährigen, die bei der ersten Impfung den AstraZeneca-Impfstoff erhalten haben? „Hier empfehlen die STIKO und die Gesundheitsminister, die zweite Impfung mit einem mRNA-Impfstoff durchzuführen.“ Dazu gebe es bereits Daten: „Das sogenannte Mix and Match verschiedener Impfstoffe wurde bereits prospektiv erforscht, man hofft, dass man mit einer Mischung eine breitere Immunantwort bekommt.“ Die WHO allerdings spreche sich aufgrund der schlechten Datenlage derzeit noch gegen Kreuzimpfungen aus.

Zum Johnson & Johnson-Impfstoff, dessen Einführung in Deutschland zunächst auf Eis gelegt wurde, zitierte Addo eine Studie namens ENSEMBLE, die dem Impfstoff eine Effektivität von 85 Prozent für eine Verhinderung schwerer Verläufe attestiert.

Die UKE-Medizinerin fasste die Impfreaktionen bei Vektorimpfstoffen auch hier mit einem Blick auf das RKI-Faktenblatt zusammen: Der Impfstoff verursache nach der ersten Impfung mehr Nebenwirkungen als nach der zweiten und lasse jüngere Menschen häufiger unter Nebenwirkungen leiden als Ältere.

Bevor Addo schloss, wagte sie noch einen Blick in die Zukunft. „Die Impfstoffe können an neue Virusvarianten-Mutationen angepasst werden“, versprach sie, und auch zu Mix and Match laufe die Forschung: „Das könnte eine Strategie der Zukunft werden.“

Zur Validität von Tests

Der nächste Wortbeitrag gehörte Prof. Dr. Antonia Zapf, stellvertretende Direktorin des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Ihr Vortrag widmete sich der Einschätzung diagnostischer Tests: Aktuell gibt es über 200 Antigen-Tests, die ersten sind im Oktober 2020 auf den Markt gekommen, seitdem wird hierzulande viel mehr



Prof. Dr. Marylyn Addo

Leiterin der Sektion Infektiologie am Zentrum für Innere Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. Antonia Zapf

stellvertretende Institutsdirektorin des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf



Dr. Dirk Heinrich

Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und in Leitungsfunktion im Impfzentrum Hamburg



Dr. Jana Husemann

niedergelassene Hausärztin in Hamburg-St.Pauli, Vorsitzende des Hausärzterverbands Hamburg

getestet. Aktuell pendelt sich die Anzahl der Tests bei 250.000 pro Tag ein. Laut Herstellerangaben liegt die Sensitivität fast aller Tests bei mehr als 80 Prozent, das bedeutet, mindestens 80 Prozent der Erkrankten haben auch ein positives Testergebnis. Für die Spezifität wurde ein Wert größer als 97 Prozent angekündigt, mindestens 97 Prozent der Gesunden sollten also ein negatives Ergebnis haben. Doch diese Herstellerangaben sind laut Zapf selten reproduzierbar. In Phasen mit geringer Viruslast – also in der frühen oder späten Phase der Infektion – erreichen die Antigentests diese Werte nicht entfernt. Metaanalysen unter symptomatischen Patientinnen und Patienten bestätigen den Tests bei der Spezifität gute Ergebnisse: „Viele Tests liegen da bei fast 100 Prozent“, so Zapf. Doch wie viele von den Kranken werden erkannt? „Da gibt es Tests, die eine Sensitivität von 50 Prozent aufweisen, dann kann ich auch eine Münze werfen“, fasste sie die Ergebnisse zusammen. Noch eine Spur schlechter sieht es laut Zapf bei den asymptomatischen Patientinnen und Patienten aus. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein/e Patient/in bei einem positiven Test tatsächlich infiziert ist bzw. bei einem negativen Testergebnis nicht infiziert ist, hängt zusätzlich von der Erkrankungshäufigkeit in der jeweiligen Population ab. Um ein Gefühl dafür zu bekommen, was das für die eigene Praxis bedeutet, empfahl die Wissenschaftlerin einen Check auf der Website des Robert Koch-Instituts.

Unter https://rki-wiko.shinyapps.io/test_qual können sich Ärztinnen und Ärzte anhand der genutzten Tests und ihrer Patientenpopulation die prädiktiven Werte berechnen lassen.

Erfahrungen aus dem Impfzentrum

Dritter Referent der Veranstaltung war Dr. Dirk Heinrich, medizinischer Leiter im Impfzentrum Hamburg, der von seinen bisherigen Erfahrungen mit den SARS-CoV-2-Impfungen im Impfzentrum berichtete. „Aktuell werden im Hamburger Impfzentrum mehr als 8.000 Personen am Tag geimpft“, so Heinrich, „überwiegend mit Biontech/Pfizer, doch auch die AstraZeneca-Termine werden inzwischen wieder gut gebucht.“

Und obwohl die STIKO es zulasse, erhalte im Impfzentrum niemand unter 60 Jahren den AstraZeneca-Impfstoff. Generell liege das Haftungsrisiko bei den Corona-Impfungen beim Staat, so Heinrich. „Wer jetzt aber Menschen mit AstraZeneca impft, die jünger als 60 Jahre sind, trägt ein eigenes Haftungsrisiko.“

Im Chat tauchten derweil zahlreiche Fragen auf, zum Beispiel, ob es bereits Empfehlungen zur Impfung von Schwangeren und stillenden

Müttern gebe. Dr. Heinrich dazu: „Im ersten Trimenon wird keine Impfung empfohlen, hier ist die Datenlage noch nicht ausreichend. Danach ist es eine individuelle Entscheidung, die die Schwangere gemeinsam mit ihrer behandelnden Ärztin bzw. dem Arzt treffen muss. Das Gleiche gilt auch für stillende Mütter.“

Eine weitere Frage aus dem Chat: Was ist mit der siebten Dosis von Biontech/Pfizer und der elften Dosis von AstraZeneca und MODERNA – kann man die verwenden? Heinrich bestätigte die Möglichkeit, die entsprechenden Spritzen und Kanülen vorausgesetzt. „Aber das ist ein Off-Label-Use, der nicht zugelassen ist, das Risiko trägt derjenige, der es tut. Und das tun wir im Impfzentrum nicht!“

Impfungen in Hausarztpraxen

Anders sah das Dr. Jana Husemann, Vorsitzende des Hausärzterverbands Hamburg, sie widmete sich in ihrem Vortrag der Rolle der Hausarztpraxen bei der Ausbreitung der Impfungen in der Fläche. Husemann legte dar, dass der Hausärzterverband eine andere Einschätzung zum Verwerten der siebten Dosis von Biontech/Pfizer und der elften Dosis bei AstraZeneca und MODERNA vertrete: „Wenn man es vom Handling her schafft, raten wir sehr dazu“, sagte Husemann. „Wir haben das in unserer Praxis mithilfe der Sparkanülen aus der Apotheke ganz problemlos hinbekommen. Wichtig ist, dass man auf die 0,3 Milliliter Wirkstoff kommt.“ Damit käme man dem Ziel näher, schnell und breit weiter zu impfen.

Danach berichtete die Hausärztin aus ihrer Erfahrung über die auftretenden Probleme in den Arztpraxen: über den erhöhten Aufklärungsbedarf zum AstraZeneca-Impfstoff beispielsweise, über die mitunter schwierige Planung, weil Praxen nicht die Menge an Impfstoffen erhielten, die bestellt und gebraucht würden. Und auch der Transport der Impfstoffe zu Hausbesuchen sei schwierig, so Husemann, „der Biontech-Wirkstoff muss ja möglichst erschütterungsfrei transportiert werden“.

Doch trotz aller Stolpersteine konnte Jana Husemann ein erstes positives Resümee ziehen. „Die Patientinnen und Patienten haben auf die Impfungen bei den Hausärztinnen und Hausärzten gewartet und sind sehr dankbar. Bereits in den ersten Tagen konnten wir so in Hamburg Rekordzahlen erreichen.“

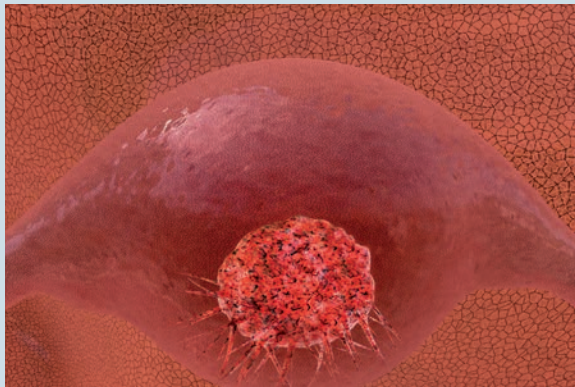
Kammerpräsident Dr. Pedram Emami bedankte sich bei den Referentinnen und dem Referenten: „Das Interesse scheint riesig zu sein, vielleicht sollten wir uns bald noch mal zu diesem Thema zusammenfinden.“

Karen Amme ist freie Journalistin in Hamburg

Neues aus der Wissenschaft Nachrichten

Urin- und Vaginalzytologie bei Endometriumkarzinom

Das Endometriumkarzinom ist die sechsthäufigste Krebserkrankung bei Frauen. Bei postmenopausaler Blutung, dem Leitsymptom der Erkrankung, erfolgt eine aufwendige Diagnostik mit transvaginaler Sonografie sowie mit Hysteroskopie und Endometriumbiopsie, die aber wegen technischer Probleme oder starker Schmerzen in mehr als 30 Prozent der Fälle in Narkose wiederholt werden muss.



Endometriumkarzinom

Da bei 90 bis 95 Prozent der Frauen mit postmenopausaler Blutung aber gar kein Malignom vorliegt, wäre eine einfachere, nicht-invasive Diagnostik wünschenswert. Eine Arbeitsgruppe aus Manchester hat dazu jetzt bei 103 Frauen mit bekanntem Karzinom und 113 Frauen mit ungeklärten postmenopausalen Blutungen eine Urin- und Vaginalzytologie durchgeführt und für diese Diagnostik eine kombinierte Sensitivität von 91,7 Prozent und eine Spezifität von 88,8 Prozent für die Erkennung des Endometriumkarzinoms ermittelt. Die Autoren erwarten, dass die zytologische Diagnostik nach prospektiver Validierung der Ergebnisse Eingang in die klinische Praxis findet (O'Flynn H et al. Nat Commun 2021 Feb 11; 12, 952). | *ca*

Semaglutid ermöglicht Gewichtsreduktion auch bei Nichtdiabetikern

Übergewicht stellt ein erhebliches globales Gesundheitsproblem dar. Die Möglichkeiten zur pharmakologischen Intervention sind begrenzt. Eine jüngst publizierte Studie untersuchte den Effekt des bereits für die Behandlung von Typ-II-Diabetikern zugelassenen Glucagon-like peptide-1 (GLP-1)-Agonisten Semaglutid auf die Gewichtsreduktion bei Nichtdiabetikern (Wilding JPH et al. N Engl J Med 2021; 384: 989). In der doppelt verblindeten Untersuchung wurden 1.961 Betroffene mit einem BMI ≥ 30 im Verhältnis 2 : 1 randomisiert in eine 68-wöchige Behandlung mit subkutan appliziertem Semaglutid 2,4 mg wöchentlich vs. Placebo, verbunden mit zusätzlichen Interventionen bezüglich der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten.

Die mediane Gewichtsabnahme in der Interventionsgruppe betrug im Vergleich zu Placebo -14,9 vs. -2,4 Prozent (absoluter Unterschied -12,4 Prozent; 95 Prozent CI= -13,4 Prozent bis -11,5 Prozent; $p < 0,001$). Des Weiteren zeigten Betroffene im Behandlungsarm eine größere Reduktion kardiometabolischer Risikofaktoren sowie eine Verbesserung der subjektiv empfundenen Physis. Vorübergehende Übelkeit sowie Durchfall (überwiegend Grad 1 – 2) waren die häufigsten unerwünschten Wirkungen von Semaglutid. Wie lang anhaltend der Effekt durch die Intervention ist und ob sich das Präparat für eine breite pharmakologische Behandlung von Betroffenen mit Übergewicht eignet, werden weitere Untersuchungen zeigen. | *hs*

Antiphospholipid-Syndrom

Mechanismus aufgedeckt

Den Mechanismus, der die Autoimmunerkrankung Antiphospholipid-Syndrom (APS) auslöst, hat ein Forscherteam der Universitätsmedizin Mainz gemeinsam mit Forschenden aus den USA aufgedeckt (Müller-Calleja et al., Science 2021 March 12; 371: 6534). Bei APS produziert das Immunsystem fälschlicherweise Antiphospholipid-Antikörper, die sich gegen Bestandteile auf Blut- und Gefäßwandzellen richten und so das Risiko für Thrombosen und Fehlgeburten bei Schwangeren erhöhen. Die Forschenden konnten zeigen, dass krankheitsauslösende Effekte des APS durch die Bindung der Antiphospholipid-Antikörper an eine einzige Zielstruktur in den Blutgefäßen – ein Protein-Lipid-Komplex aus dem Protein EPCR (Endothel-Protein-C-Rezeptor) und dem Lipid Lysobisphosphatidsäure (LBPA) – entstehen. Die Folgen: eine vermehrte Blutgerinnung und die Produktion des Botenstoffs Interferon- α , was zur Vermehrung von B-Lymphozyten führt, die dann neue Antiphospholipid-Antikörper produzieren. Den Wissenschaftlern gelang es, mit einem bestimmten Antikörper den Protein-Lipid-Komplex zu blockieren. In der Folge blieb die Autoimmunreaktion im Mausmodell aus.

Quelle: Universitätsmedizin Mainz, 16.03.2021

Hörbeeinträchtigungen

Demenz begünstigt

Eine repräsentative Studie der Universität Leipzig mit 3.500 Seniorinnen und Senioren über 75 Jahren zeigt, dass Hörbeeinträchtigungen einen signifikanten Einfluss auf die langfristige Entwicklung einer Demenz haben (Pabst A et al., Journal of AGS 2021 March 18, published online). Insgesamt 30 Prozent der Teilnehmenden berichteten am Anfang der Studie über eine Hörminderung, und gut ein Viertel davon entwickelte im Laufe der Zeit eine Demenz. Die Forschenden stellten fest, dass das längsschnittliche Erkrankungsrisiko mit einer Hörminderung um 16 Prozent erhöht sei. In der Studie sei eine Vielzahl weiterer Risikofaktoren für Demenz und das steigende Sterberisiko der Patienten in der langjährigen Beobachtungszeit korrigierend berücksichtigt worden, so die Forschenden.

Quelle: Universität Leipzig, 07.04.2021

Beratung Ethikkommissionen sichern die ethischen Grundsätze bei der Durchführung von Forschungsvorhaben. Die Gebührenordnung hilft – angepasst an die Gesetzeslage –, die Unabhängigkeit der Arbeit zu wahren. *PD Dr. Dietrich Häfner*

Geschäftsstelle der Ethik-Kommission *erhält neue Gebührenordnung*

Unabhängige und nach Landesrecht gebildete Ethikkommissionen sind wichtiger Bestandteil der klinischen Forschung. Sie gehen zurück auf die Deklaration von Helsinki, die in ihrer Fassung von Fortaleza in Brasilien (64. WMA-Generalversammlung im Oktober 2013) vorliegt. Die Deklaration von Helsinki wurde 1964 vom Weltärztebund als Reaktion auf das Vorgehen der Ärzte im sogenannten Dritten Reich unter den Nationalsozialisten verbindlich vereinbart. Hierin sind ethische Grundsätze für die Forschung am Menschen festgelegt, so muss ein Forschungsvorhaben durch eine unabhängige Ethikkommission (EK) beraten werden.

Patienten schützen, Ärzte beraten

Die EK hat die Aufgabe, die Interessen von Patientinnen und Patienten zu schützen, Ärztinnen und Ärzte zu beraten sowie Sponsorinnen und Sponsoren von klinischer Forschung bei ihrem Vorgehen zu überwachen. Sie wird vor dem Hintergrund der vielfältigen Aufgaben (z. B. Bewertung von medizinischen, ethischen, juristischen und versicherungsrechtlichen Aspekten) aus mehreren Berufsgruppen gebildet und muss die jeweils gültige Gesetzgebung, z. B. bei Studien nach dem Arzneimittelgesetz (AMG), dem Medizinproduktegesetz (MPG) bzw. der Medical Device Regulation (MDR) und der Berufsordnung für Ärzte, beachten. Die Bildung der EK bei der Ärztekammer Hamburg wird durch das Hamburgische Kammergesetz für die Heilberufe (Fassung vom 14. Dezember 2005) geregelt.

Die Forschung am Menschen wird darüber hinaus auch durch die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27. März 2000 in der Fassung vom 5. Oktober 2015 bestimmt. Die Ärztekammer Hamburg hat, beschlossen durch die Delegiertenversammlung und genehmigt von der Sozialbehörde, eine Satzung erlassen, in der Aufgaben und rechtlicher Rahmen der EK definiert sind (Satzung der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg vom 25. Juni 2018). In ihrer Arbeit wird die EK durch eine Geschäftsstelle unterstützt.

Damit die unabhängige Arbeit gewährleistet ist, wird eine Gebührenordnung erlassen. Die von der Delegiertenversammlung neu beschlos-

sene Gebührenordnung – veröffentlicht in der April-Ausgabe des Hamburger Ärzteblatts und am 10. April 2021 in Kraft getreten – trägt den Anforderungen der sich ändernden Gesetzeslagen Rechnung.

Gleichzeitig findet auch eine Umorganisation der Geschäftsstelle statt, um einerseits vermehrt Beratungsaufgaben und Interaktion mit den Antragstellerinnen und -stellern zu ermöglichen und um andererseits effizienter und ökonomischer die Anträge für die verschiedenen Studienvorhaben bearbeiten zu können. Dafür wird die Homepage der Geschäftsstelle überarbeitet, um weitere Inhalte direkt bereitzustellen. Es wird unter anderem eine Zusammenstellung von häufig gestellten Fragen und eine Übersicht von möglichen Fehlerursachen geben, um so die Arbeit auf beiden Seiten ökonomischer zu gestalten. Antragsteller sind eingeladen, Vorschläge an die Geschäftsstelle zu machen, um so interaktiv die Arbeit für die Zukunft zu verbessern.

Bei allen Forschungsvorhaben muss vergegenwärtigt werden, dass der mündige Patient im Fokus steht, der von einem Arzt optimal betreut und aufgeklärt wird. Diese Interaktion bildet den rechtlichen Rahmen der klinischen Forschung und der Forschungsvorhaben am Menschen. Die Rolle der Ethikkommissionen ist es, diese Interaktion zu bewerten. Nach § 2 Abs 1 der Satzung der EK der Ärztekammer Hamburg vom 25. Juni 2018 hat „die Ethik-Kommission die Aufgabe, die Kammermitglieder und andere Wissenschaftler hinsichtlich der ethischen und fachrechtlichen Gesichtspunkte aller geplanten und aufgrund des geltenden Rechts sowie nach dem Stand der Wissenschaft ihr zur Stellungnahme vorgelegten Forschungsvorhaben am Menschen (auch an Verstorbenen) und an entnommenem Körpermaterial, welches sich einem bestimmten Menschen zuordnen lässt, sowie Vorhaben epidemiologischer Forschung mit personenbezogenen Daten zu beraten“. Somit haben alle ihren Anteil und ihren Nutzen an effizienten Ethikkommissionen in der klinischen Forschung. Die neue Gebührenordnung hilft, die Arbeit der Geschäftsstelle und somit der Ethikkommission zukunftssicher zu machen.

PD Dr. Dietrich Häfner, Leiter der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg, E-Mail: ethik@aekeh.de

Professionelle Praxisreinigung

Schutz vor Schmutz und gemeinen Keimen

Heidmann Gebäudereinigung

Am Stadtrand 52 · 22047 Hamburg
Tel.: 040-25 66 02 · info@heidmann-gebäudereinigung.de
www.heidmann-gebäudereinigung.de



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Leitlinienempfehlungen zur kardiovaskulären Risikoreduktion bei Patienten mit pAVK

Sekundärprophylaxe Die 5-Jahres-Sterblichkeit bei pAVK-Patienten liegt mit 25 Prozent fast doppelt so hoch wie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Wesentlich ist deshalb eine optimale medikamentöse Therapie. Aktuelle Studien haben Eingang in verschiedene europäische Leitlinien gefunden und die Behandlung modifiziert. Hier ein Überblick über die wichtigsten Empfehlungen zur antithrombotischen und zur antidiabetischen Therapie sowie zur Lipidsenkung.

Von Prof. Dr. Sigrüd Nikol¹, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe²

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) betrifft über 202 Millionen Menschen global in Industrie- und Entwicklungsländern (1, 2). Trotz optimaler Therapie mit Standardmedikamenten entsprechend der früheren Leitlinien (Statin, Plättchenhemmer und ACE oder AT1-Blocker) ist das Risiko beim Patienten mit einer pAVK weiterhin mit einer Rate an schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignissen (MACE) von 10 bis 20 Prozent pro Jahr sehr hoch (3–8). Es ist besonders hoch, wenn bereits ein ischämisches Ereignis stattgefunden hat (9) und wenn zusätzlich noch eine koronare Herzkrankheit (KHK) und/oder zerebrovaskuläre Erkrankungen und/oder Diabetes mellitus vorliegen (10). Mit

einer 5-Jahres-Sterblichkeit bei pAVK-Patienten von 25 Prozent liegt diese fast doppelt so hoch wie bei KHK-Patienten im gleichen Zeitraum und ist durchaus vergleichbar mit verschiedenen Tumorerkrankungen (11–13) (Abb. 1).

Neue Leitlinien: Senkung des kardiovaskulären Risikos bei der pAVK

Die aktuelle Studienlage hat in 2019 in einer Reihe von Leitlinien Eingang gefunden:

- 2019 European Society of Vascular Medicine (ESVM) guidelines on peripheral arterial disease (14),
- 2019 European Society of Cardiology

(ESC) Guidelines on Diabetes, Pre-Diabetes, and Cardiovascular Diseases developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD) (15),

- 2019 European Society of Cardiology (ESC)/European Atherosclerosis Society (EAS) Guidelines on management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk (16),
- 2019 Global Vascular Guidelines on the Management of Chronic Limb-Threatening Ischemia (17).

Die wichtigsten Empfehlungen zur pAVK aus den europäischen Leitlinien sind im Folgenden zusammengestellt, gefolgt von den jeweils relevanten Evidenzen.

Antithrombotische Therapie (Tab. 1 und 2)

Eine Metaanalyse von 18 Studien mit 5.269 Patienten (18) hatte keinen Benefit für Aspirin bei pAVK-Patienten gezeigt, und auch im REACH-Register zeigte sich bei 8.322 symptomatischen pAVK-Patienten über einen Zeitraum von 4 Jahren keine Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse unter Plättchenhemmern (60 Prozent Einsatz von

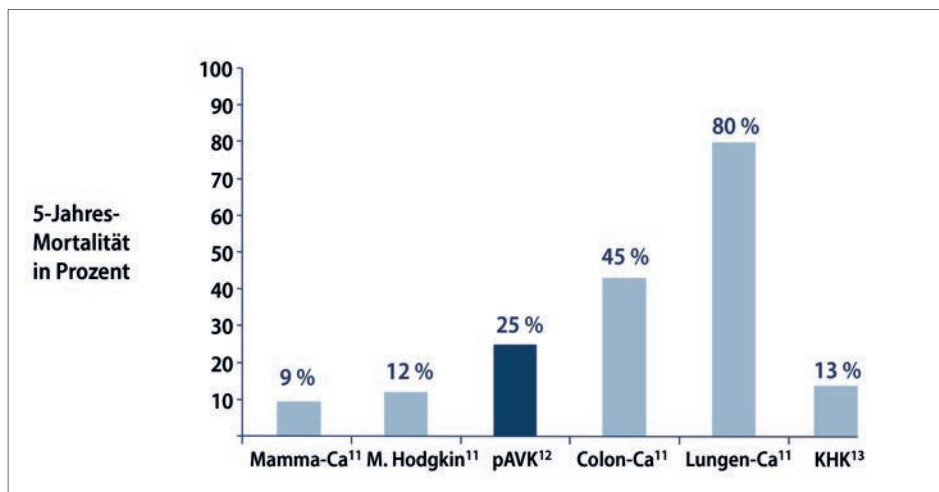


Abb. 1: Relative 5-Jahres-pAVK-Mortalitätsrate im Vergleich zu Tumorerkrankungen (11–13)

¹ Asklepios Klinik St. Georg

² Vorsitzender Stiftung DHD (Der herzranke Diabetiker), Klinikdirektor Diabeteszentrum, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Tab. 1: 2019 Leitlinien-Empfehlungen zu Plättchenaggregationshemmern bei pAVK-Patienten

Empfehlungen	Klasse	Evidenzlevel
2019 ESVM-Leitlinien für die Behandlung der pAVK		
Bei Patienten mit symptomatischer pAVK sind Plättchenaggregationshemmer für die Prävention von kardiovaskulären Ereignissen indiziert	I	A
Clopidogrel möge Aspirin vorgezogen werden	II b	B
2019 ESC/EASD-Leitlinien für Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen		
Für Patienten mit Diabetes mellitus und symptomatischer AVK der unteren Extremität werden Plättchenaggregationshemmer empfohlen	I	A
2019 Global Vascular und ESVS-Leitlinien für die Behandlung der chronischen Extremitäten-gefährdenden Ischämie		
Behandle alle Patienten mit chronischer Extremitäten-gefährdender Ischämie mit Plättchenaggregationshemmern	I	A
Erwäge bei Patienten mit chronischer Extremitäten-gefährdender Ischämie Clopidogrel als alleinigen Plättchenhemmer der Wahl	II	B

Tab. 2: 2019 Leitlinien-Empfehlungen zur dualen antithrombotischen Therapie bei pAVK-Patienten

Empfehlungen	Klasse	Evidenzlevel
2019 ESVM-Leitlinien für die Behandlung der pAVK		
Die Kombinationstherapie von Aspirin 100 mg einmal täglich und Rivaroxaban 2,5 mg zweimal täglich sollte bei pAVK-Patienten ohne hohes Blutungsrisiko oder andere Kontraindikationen erwogen werden	II a	B
2019 ESC/EASD-Leitlinien für Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen		
Bei Patienten mit Diabetes und chronischer symptomatischer pAVK der unteren Extremität ohne hohes Blutungsrisiko sollte eine Kombination von niedrig-dosiertem Rivaroxaban (2,5 mg zweimal täglich) und Aspirin (100 mg einmal täglich) erwogen werden	II a	B
2019 Global Vascular und ESVS-Leitlinien für die Behandlung der chronischen Extremitäten-gefährdenden Ischämie		
Erwäge bei Patienten mit chronischer Extremitäten-gefährdender Ischämie niedrig-dosiert Aspirin und Rivaroxaban 2,5 mg zweimal täglich, um ungünstige kardiovaskuläre und beinischämische Ereignisse zu verhindern	II	B

ASS) (19). Erstmals fand Clopidogrel 2018 aufgrund der nachgewiesenen Senkung des kardiovaskulären Risikos bei symptomatischen pAVK-Patienten um 23,8 Prozent Eingang in eine pAVK-Leitlinie – mehr als 20 Jahre nach Publikation der CAPRIE-Studie mit mehr als 6.300 pAVK-Patienten in einer der Subgruppen (20). Bein-Ereignisse wurden in der CAPRIE-Studie als Endpunkt nicht untersucht.

In der COMPASS-Studie wurde neben der klassischen Plättchenhemmung noch zusätzlich die lokale arterielle Thrombose durch eine Antikoagulation gehemmt (21). Von 27.395 eingeschlossenen Patienten waren 4.996 pAVK-Patienten, davon 4.129 symptomatisch. Bei pAVK-Patienten konnte durch eine Kombination von ASS 100 mg und Rivaroxaban 2,5 mg zweimal täglich eine 28-prozentige relative Risikoreduktion in Bezug auf kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) erreicht werden (22, 23). Zusätzlich konnte bei der pAVK erstmalig für gerinnungsaktive Substanzen auch ein Nutzen in Hinblick auf Bein-Ereignisse gezeigt werden. Diese umfassten Revaskularisati-

onen, akute Gefäßverschlüsse und Major-Amputationen und waren ebenfalls hoch signifikant reduziert, Major-Amputationen sogar um 70 Prozent (23). Dabei war die Anzahl tödlicher und intrakranieller Blutungen zwischen den Behandlungsgruppen vergleichbar. Bei den Blutungen handelte es sich ganz überwiegend um gastrointestinale Blutungen, die eher moderat waren und sich mit konventionellen Therapien gut beherrschen ließen (24).

Es zeigte sich, dass insbesondere Patienten mit polyvaskulärem Gefäßbefall, Herz- oder Niereninsuffizienz, kardiovaskulären Ereignissen innerhalb des letzten Jahres und/oder Diabetes mellitus am meisten profitierten. Traf eines der Kriterien zu, ließen sich etwa doppelt so viele kardiovaskuläre Ereignisse verhindern, verglichen mit Patienten, auf die das jeweilige Kriterium nicht zutraf. Eine Subanalyse der COMPASS-Studie zeigte, dass der Benefit in der Diabetikergruppe in Bezug auf die Senkung des kardiovaskulären Risikos mit 2,3 vs. 1,4 Prozent absolute Risikoreduktion fast doppelt so hoch war wie in der Gruppe der Nichtdiabetiker (25).

Das Risiko für schwerwiegende Blutungen war hingegen für beide Gruppen gleich, also unabhängig von ihrem kardiovaskulären Risiko. Der Netto-Nutzen war demnach bei den Patienten mit dem größten Risiko am höchsten.

Wurden pAVK-Patienten bereits einmal peripher revaskularisiert, ist nicht nur das kardiovaskuläre Risiko, sondern auch das Risiko für weitere Revaskularisationen, akute Gefäßverschlüsse und Amputationen deutlich erhöht (26–28). Die VOYAGER-Studie untersuchte deshalb gezielt die Rolle einer dualen Gerinnungshemmung mit 2 x 2,5 mg Rivaroxaban kombiniert mit 100 mg ASS bei 6.564 pAVK-Patienten nach Gefäßeingriffen (2.271 offen operativ und 4.293 endovaskulär). Es bestätigte sich der Benefit einer solchen dualen Therapie bei pAVK-Patienten auch nach soeben erfolgter Revaskularisation mit einer zusätzlichen relativen Risikoreduktion von 15 Prozent, unabhängig von einer eventuellen zusätzlichen Verabreichung von Clopidogrel und darüber hinaus einer Reduktion der akuten Bein-Ereignisse um 33 Prozent (29).

Tab. 3: 2019 Leitlinien-Empfehlungen zur Lipidsenkung bei pAVK-Patienten

Empfehlungen	Klasse	Evidenzlevel
2019 ESVM Leitlinien für die Behandlung der pAVK		
Bei Patienten mit pAVK sind Statine für die Prävention von kardiovaskulären Ereignissen indiziert. Statine reduzieren die Morbidität und Mortalität bei der pAVK und sind für die Sekundärprävention für alle pAVK-Patienten empfohlen, die eine solche Therapie tolerieren	I	A
Es wird empfohlen, das LDL bei pAVK Patienten auf 1,8 mmol/l (70 mg/dl) abzusenken oder um ≥ 50 Prozent zu reduzieren, wenn die Werte vor Behandlung 1,8 bis 3,5 mmol/l (70 bis 135 mg/dl) betragen	I	A
Eine hohe Dosis eines potenten Statins ist in der Regel indiziert, sofern dieses vertragen wird (z.B. 20 bis 40 mg Rosuvastatin, 40 bis 80 mg und mehr Atorvastatin oder vergleichbare Dosierungen eines potenten anderen Statins)	I	A
Ein PCSK9-Inhibitor kann bei pAVK-Patienten erwogen werden, die unter einer maximalen Statintherapie plus Ezetimib nicht den Zielwert für LDL-Cholesterin erreichen	I	B
Mit Blick auf Primärpräventionsstudien mit Statinen und dem bekannten Risikoprofil bei asymptomatischer pAVK sollte auch die Behandlung von asymptomatischen pAVK-Patienten erwogen werden	II b	C
2019 Global Vascular und ESVS-Leitlinien für die Behandlung der chronischen Extremitäten-gefährdenden Ischämie		
Verwende eine moderate oder intensiviertere Statintherapie, um die Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität bei Patienten mit chronischer Extremitäten-gefährdender Ischämie zu reduzieren	I	A
2019 ESC/EASD-Leitlinien für Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen		
Da Patienten mit Diabetes mellitus und pAVK der unteren Extremität ein hohes kardiovaskuläres Risiko haben, ist ein LDL-Cholesterin-Zielwert von $< 1,4$ mmol/l (< 55 mg/dl) oder eine LDL-Cholesterin-Reduktion von mindestens 50 Prozent empfohlen	I	B
2019 ESC/EAS-Leitlinien für Dyslipidämien und kardiovaskuläre Erkrankungen		
In der Sekundärprävention wird für Patienten mit sehr hohem Risiko eine LDL-C-Reduktion von > 50 Prozent vom Ausgangswert und ein LDL-C-Zielwert von $< 1,4$ mmol/l (< 55 mg/dl) empfohlen	I	A
Für Patienten mit arteriosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung, die innerhalb von 2 Jahren unter maximaler Statin-Therapie ein zweites Gefäßereignis erleiden (ggf. auch andere Art des Ereignisses als beim ersten Mal), sollte ein LDL-C-Zielwert von $< 1,0$ mmol/l (< 40 mg/dl) erwogen werden	II b	B
Für Patienten mit pAVK wird eine Lipid-senkende Therapie, einschließlich einer maximalen Statin-Dosis, plus Ezetimib oder bei Bedarf eine Kombination mit einem PCSK9-Inhibitor empfohlen, um die Ereignisse aufgrund einer arteriosklerotischen kardiovaskulären Erkrankung zu reduzieren	I	A

Lipidsenkung (Tab. 3)

In der IMPROVE-IT-Meta-Analyse mit 90.056 Patienten konnte gezeigt werden, dass die Senkung des LDL-Cholesterins um 1 mmol/l (entsprechend circa 40 mg/dl) eine Risikoreduktion von vaskulären Ereignissen

um 21 Prozent bewirkt (30, 31). Seither wird die Statintherapie bei der Basistherapie der pAVK nicht mehr infrage gestellt, – dennoch ist im Alltag eine erhebliche Untertherapie bei diesen Hochrisikopatienten festzustellen. Über die vergangenen Jahre wurden die Grenzwerte für die arteriosklerotischen

kardiovaskulären Höchstisikopatienten, zu denen auch die pAVK-Patienten gehören, in den Leitlinien auf den Zielwert von < 55 mg/dl LDL-Cholesterin abgesenkt, im Falle von rezidivierenden Ereignissen innerhalb von 2 Jahren unter maximaler Statintherapie sogar auf < 49 mg/dl LDL-Cholesterin (16). Diese

Tab. 4: 2019 Leitlinien-Empfehlungen zu Diabetes und antidiabetischer Therapie bei pAVK-Patienten

Empfehlungen	Klasse	Evidenzlevel
2019 ESVM-Leitlinien für die Behandlung der pAVK		
Patienten mit Diabetes sollten in Hinblick auf eine pAVK gescreent werden	I	B
Alle pAVK-Patienten sollten in Bezug auf einen Diabetes gescreent und bei Nachweis desselben wirksam behandelt werden. Bei Typ-2-Diabetikern sollte die Gabe von Empaglifozin und/oder Liraglutid zusätzlich zu Metformin erwogen werden	I	B
Eine adäquate Diabetes-Einstellung bei pAVK-Patienten wird empfohlen	I	B
2019 Global Vascular und ESVS-Leitlinien für die Behandlung der chronischen Extremitäten-gefährdenden Ischämie		
Erwäge bei Patienten mit einer chronischen Extremitäten-gefährdenden Ischämie eine Einstellung eines Typ-2-Diabetes mit einem HbA1c von < 7 Prozent (53 mmol/mol – International Federation of Clinical Chemistry)	II	B
Verwende bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus und chronischer Extremitäten-gefährdender Ischämie Metformin als vorrangiges hypoglykämisches Agens	I	A
2019 ESC/EASD-Leitlinien für Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen		
Siehe detaillierte Empfehlungen in Tab. 5 unter www.aekhh.de/haeb-iv.html		

Werte werden in vielen Fällen mit Statinen alleine nicht erreicht. Neuerdings steht für diese Patienten mit den PCSK 9-Inhibitoren eine völlig neue Medikamentengruppe zur Verfügung, die das Erreichen dieser Zielwerte ermöglicht.

Der PCSK 9-Inhibitor Ecolocumab verringerte in der FOURIER-Studie bei 27.500 Patienten (davon 3.642 pAVK-Patienten) signifikant das kardiovaskuläre Risiko (32). Die kardiovaskuläre Ereignisrate war bei den pAVK-Patienten in der Placebogruppe weitaus höher als bei den Patienten ohne pAVK (14,6 vs. 12,6 Prozent). Entsprechend war auch der Benefit bei pAVK-Patienten deutlich größer als bei Patienten ohne pAVK, mit einer RRR von 21 Prozent vs. 14 Prozent. Zusätzlich zur Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse war auch eine Halbierung der Bein-Ereignis-Rate um 57 Prozent zu beobachten (33).

Antidiabetische Therapie (Tab. 4 und 5)

Das Potenzial einer Reduktion der glykämischen Last durch die antidiabetische Therapie auf die Prognose der pAVK wurde bereits einleitend mit epidemiologischen Daten dargestellt. Dabei besteht aus interventioneller Sicht eine dichotome Betrachtungsweise, wobei die pAVK bei Patienten mit Diabetes zunächst als kardiovaskuläres Hochrisikofaktor zu betrachten ist, sodass diese Patienten mit Blick auf ihre Gesamt-, kardiovaskuläre bzw. renale Prognose besonders von neuen antidiabetischen Substanzen, d. h. Inkretinmimetika und SGLT2-Inhibitoren profitieren. Diese Substanzklassen haben in großen Endpunktstudien, die dem Add-on-Konzept folgten, ihre Wirksamkeit hinsichtlich kardiovaskulärer und renaler Endpunkte bei Typ-2-Diabetikern, insbesondere mit hohem kardiovaskulären Risiko nachgewiesen. Die Therapiealgorithmen in den Leitlinien haben sich entsprechend verändert, sodass aufgrund der Datenlage diese Substanzen durchaus Firstline-Therapie neben Metformin geworden sind (vgl. LEADER-Trial, EMPA-REG-OUTCOME-Studie usw., ESC-/EASD-Leitlinie)(34, 35, 15). Dabei waren die Studiendesigns darauf ausgerichtet gewesen, den spezifischen Effekt bzw. die Nebenwirkungen der getesteten antidiabetischen Wirkstoffe sichtbar zu machen. Leider sind für keinen dieser Wirkstoffe pAVK-relevante Endpunkte, z. B. Bein-Ereignisse (MALE), prospektiv evaluiert worden.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass der kardioprotektive Effekt auch für Patienten mit pAVK gilt, was vor der besonders kritischen Prognose dieser Patienten einem wesentlichen Therapiedurchbruch entspricht. So konnte nachgewiesen werden, dass der kombinierte Endpunkt (3-Punkt

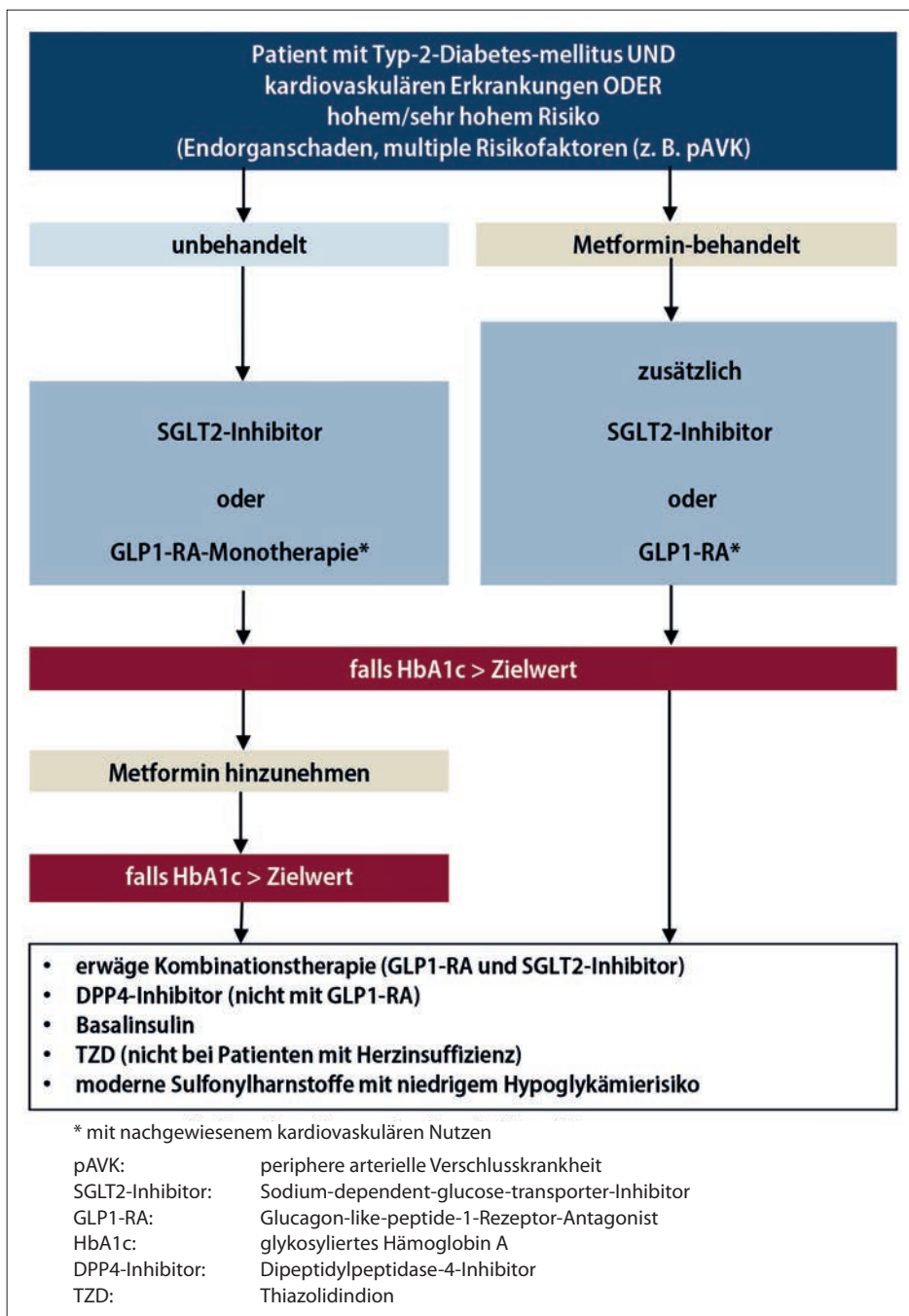


Abb. 2: Therapie Algorithmus zur kardiovaskulären Risikoreduktion mit antidiabetischen Substanzen bei bisher unbehandelten Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus und mit Metformin-behandelten Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, in Anlehnung an die ESC-EASD-Leitlinie 2019 (37)

MACE) in den Studienprogrammen zu beiden Substanzgruppen (SGLT2-Inhibitoren: EMPA-REG-OUTCOME, CANVAS, DECLARE, GLP1-Rezeptoragonisten: LEADER, EXCEL, HARMONY, REWIND, SUSTAIN-6, PIONEER) zwischen 10 und 26 Prozent hochsignifikant reduziert wurde. Für SGLT2-Inhibitoren bestand aus den Daten des CANVAS-Programms für Canagliflozin sowie metaanalytisch der Vorbehalt gesteigerter Amputationsraten (36), also eher ein negativer Aspekt aus Sicht des pAVK-Patienten, der aber in den Subgruppenanalysen insbesondere der EMPA-REG-OUTCOME-Studie ausgeräumt werden konnte (35). Demgegenüber ergab die Post-hoc-Analyse

der LEADER-Studie eine signifikante Reduktion peripherer Amputationen unter Liraglutide ohne weitere negative Einflüsse auf extremitätenrelevante Endpunkte (34) (Abb. 2).

Literaturverzeichnis und Tab. 5 im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Interessenkonflikte: vorhanden. Siehe unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Dr. Sigrid Nikol
Chefärztin
Klinische und Interventionelle Angiologie
Asklepios Klinik St. Georg
E-Mail: s.nikol@asklepios.com

Der besondere Fall

Immuntherapie bei gastrointestinalen Tumoren

Verträgliche Alternative Die Therapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren hat inzwischen einen festen Stellenwert in der Krebsbehandlung eingenommen und bei einigen Krebserkrankungen, z. B. dem malignen Melanom, die Therapie geradezu revolutioniert. Bei verschiedenen gastrointestinalen Tumoren sind jetzt Immuntherapeutika zugelassen, deren gezielter Einsatz und Evaluation in klinischen Studien mit dem folgenden Patientenbeispiel beleuchtet werden.

Von PD Dr. Alexander Stein¹, Dr. Eray Gökkurt¹, Prof. Dr. Peter Layer², Dr. Johann-C. Steffens², Prof. Dr. Sören Schröder³, Prof. Dr. Susanna Hegewisch-Becker¹

Ein 61-jähriger Patient stellte sich im Juni 2019 erstmalig mit Inappetenz, Magenschmerzen und Dysphagie im Israelitischen Krankenhaus vor. In der initial durchgeführten Ösophagogastroduodenoskopie fand sich ein Tumor des ösophagogastralen Übergangs – beginnend 2 cm oral der Kardia und mehrere cm in den Magen hineinreichend. Histologisch ergab sich ein mittelgradig differenziertes Adenokarzinom. Die konsekutiv durchgeführte Bildgebung mittels CT von Thorax, Abdomen und Becken mit Kontrastmittel wies zusätzlich eine ausgedehnte Metastasierung der Leber und Lymphknotenmetastasen mediastinal und im Oberbauch nach (Abb. 1 a). Zudem zeigten sich deutlich erhöhte Werte im Serum-CEA (480 ng/ml) und Serum-CA 19-9 (2005 U/l).

Nach Diskussion in der interdisziplinären Tumorkonferenz wurde der Patient zur Einleitung einer palliativ intendierten Systemtherapie der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Eppendorf zugewiesen. Die prätherapeutisch durchgeführte molekulare Diagnostik ergab eine HER2-Positivität (Immunhistochemie 2+/FISH+) und einen Combined Positivity Score von 13 (CPS; PD-L1-positive Tumor- und Immunzellen) (Abb. 2 a bis d). Dem Patienten wurde die Teilnahme an

einer multizentrischen randomisierten Studie angeboten (AIO-STO 0217-INTEGA-Studie) (1). Verglichen wurden in dieser Studie eine Kombination aus zielgerichteter Therapie (Trastuzumab) und Immuncheckpoint-Inhibitor (Nivolumab) plus Chemotherapie (5FU/Folinsäure und Oxaliplatin-FOLFOX) mit einer Chemotherapie-freien Kombination mit einem weiteren Immuncheckpoint-Inhibitor (Ipilimumab) anstatt der Chemotherapie. Nach Randomisierung in den Arm mit FOLFOX/Trastuzumab/Nivolumab wurde die Therapie noch im Juni 2019 eingeleitet.

Bereits in der ersten Verlaufskontrolle zeigte sich bei akzeptabler Verträglichkeit ein deutlicher Tumorrückgang und im weiteren Verlauf eine komplette Remission der Leber- und Lymphknotenmetastasen (Abb. 1 b), begleitet von einer Normalisierung der Tumormarker anhaltend für mittlerweile fast 2 Jahre. Die Chemotherapie wurde nach

¹ Hämatologisch-Onkologische Praxis Eppendorf

² Israelitisches Krankenhaus

³ Pathologie Hamburg / MVZ Lademannbogen

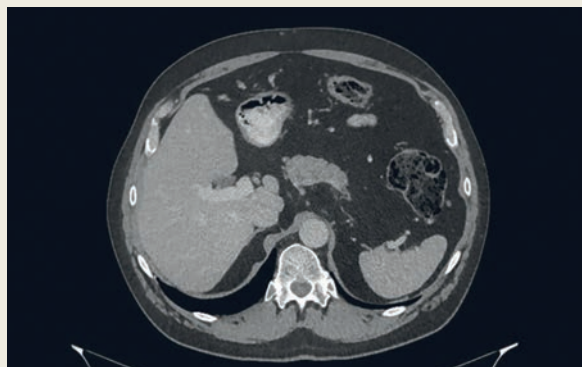
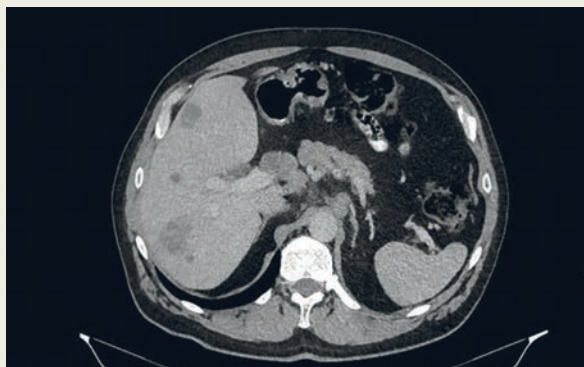


Abb. 1 a und b: CT-Bilder der Lebermetastasen vor Therapie (a) und nach 4 Monaten (b)

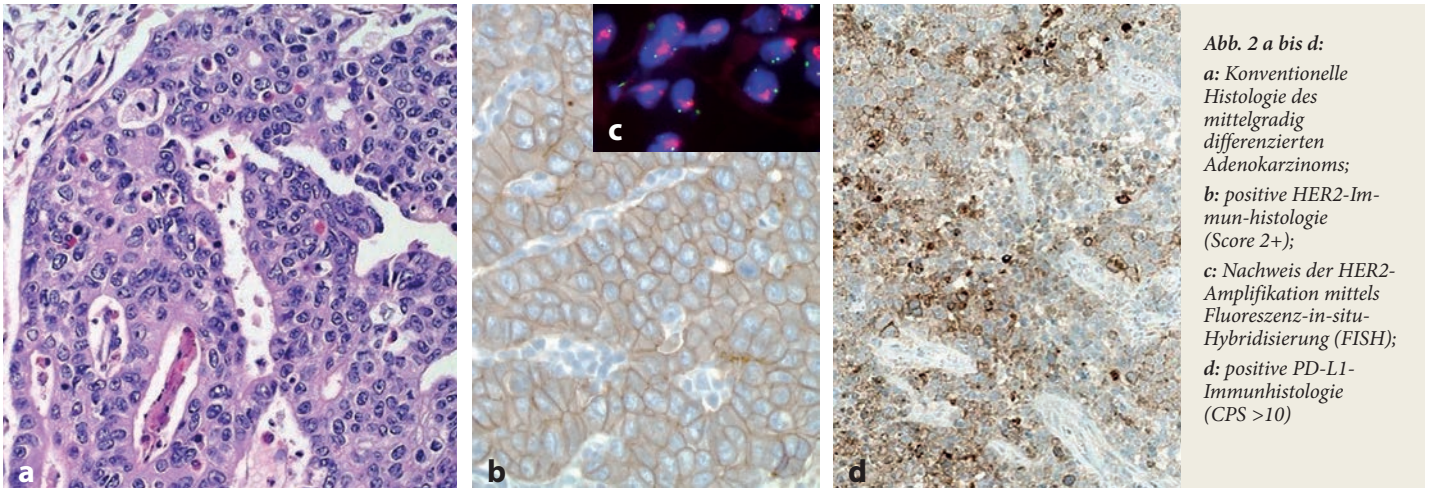


Abb. 2 a bis d:
a: Konventionelle Histologie des mittelgradig differenzierten Adenokarzinoms;
b: positive HER2-Immun-histologie (Score 2+);
c: Nachweis der HER2-Amplifikation mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH);
d: positive PD-L1-Immunhistologie (CPS >10)

5 Monaten deeskaliert (Oxaliplatin) und nach 9 Monaten komplett beendet und die zielgerichtete Therapie (Trastuzumab) und Immuntherapie (Nivolumab) fortgesetzt.

Der Patient befindet sich anhaltend in einem exzellenten, weder durch die Erkrankung noch durch die Therapie relevant eingeschränkten Allgemeinzustand.

Diskussion

Im Fall eines HER2-positiven Magenkarzinoms liegt mit der Standardtherapie (Chemotherapie und Trastuzumab) die mediane Zeit bis zum Voranschreiten der Krebserkrankung bei knapp 7 Monaten (hier > 20 Monate) und das mediane Gesamtüberleben bei 15 Monaten. Mit diesem Beispiel möchten wir die zunehmende Relevanz des Einsatzes von Immuncheckpoint-Inhibitoren bei gastrointestinalen Tumoren, aber auch der Teilnahme an klinischen Studien im Sinne der Therapieoptimierung für den individuellen Patienten verdeutlichen.

Immuncheckpoint-Inhibitoren aktivieren die Tumorabwehr, indem inhibitorische Interaktionen zwischen Antigen-präsentierenden Zellen (z. B. Tumorzellen) und T-Lymphozyten an den sogenannten Checkpoints unterbrochen werden. Hierzu zählen unter anderem Antikörper gegen „programmed death“-1 (PD-1) und PD-Ligand1 (PD-L1) oder Antikörper gegen das „cytotoxic T-lymphocyte antigen“-4 (CTLA-4). Immunogene Tumoren weisen durch exogene Noxen oder durch Fehler in der DNA-Reparatur (z. B. „Mismatch

Repair“-Defizienz oder Mikrosatelliteninstabilität) eine hohe Mutationslast auf. Diese Mutationen führen zu Neoantigenen, die dann auf der Tumorzelloberfläche präsentiert werden und diese Zellen für das Immunsystem (MHC-Klasse I) markieren. Die Tumorzelle versucht sich nun durch Expression von PD-L1 vor den T-Zellen zu schützen, da die T-Zell-Aktivierung durch die Bindung von PD-L1 (Tumorzelle) an PD-1 (T-Zelle) blockiert wird. Eine starke Expression von PD-L1 ist demnach ein Anzeichen für eine ausgeprägte Interaktion zwischen Tumor und Immunsystem und letztlich der Blockade bzw. Inaktivierung des Immunsystems durch den Tumor. Diesem Konzept folgend spielt nicht nur die PD-L1-Expression auf den Tumorzellen, sondern auch auf den umgebenden Immunzellen (z. B. Makrophagen) eine relevante Rolle und spiegelt noch besser die Interaktion wider. Dieses Verhältnis wird durch den Combined Positive Score (CPS) dargestellt: PD-L1-positive Tumor- und Immunzellen. Die Therapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren hat die Therapieoptionen und die Prognose bei vielen Tumorentitäten in den vergangenen Jahren entscheidend verbessert (z. B. malignes Melanom, Lungenkarzinom, Blasenkarzinom). Die initialen Erfolge der Immuntherapien beschränkten sich dabei auf besonders immunogene Tumoren, die eine PD-L1-Überexpression aufweisen, die mittels PD-1/L1-Inhibition durch Antikörper durchbrochen werden kann. Im Bereich der immunologisch weitgehend eher „kalten“ gastrointestinalen Tumoren zeigten alleinige und nicht selektive immuntherapeutische Ansätze bislang nur eine moderate Wirksamkeit (2).

Tab.: Einsatz von Immuntherapien bei gastrointestinalen Tumoren (Stand: 02/2021)

	Biomarker	Lokalisierte Stadien	Metastasierte Stadien	
			Erstlinie	Zweitlinie
Ösophagus Plattenepithelkarzinom	CPS≤10	neoadjuvante Radiochemo + OP + Nivolumab (non-pCR)		Nivolumab (ohne PD-L1-Vortherapie)
	CPS>10		Chemotherapie + Pembrolizumab	
Ösophagus Adenokarzinom	HER2 neg, CPS < 5	neoadjuvante Radiochemo + OP + Nivolumab (non-pCR)		
	HER2 neg, CPS ≥ 5		Chemotherapie + Nivolumab	
	HER2 pos			
Magenkarzinom	HER2 neg, CPS<5			
	HER2 neg, CPS≥5		Chemotherapie + Nivolumab	
	HER2 pos			
Hepatozelluläres Karzinom			Atezolizumab + Bevacizumab	
Kolorektales Karzinom	MSI-H		Pembrolizumab	

hellblau: laufende Studien zur Immuntherapie; rosa/kursiv: Studien abgeschlossen, Zulassung ausstehend; beige: Standardtherapie, Zulassung liegt vor

Mittels einer Vielzahl klinischer Studien konnte in den vergangenen Jahren durch die Etablierung oben genannter prädiktiver Biomarker (z. B. PD-L1-Expression, CPS oder Mikrosatelliteninstabilität) und sequenzieller oder kombinierter Therapiestrategien auch bei gastrointestinalen Tumoren die Therapie mit Immuncheckpoint-Inhibitoren etabliert werden (Tab., S. 33). So wurden in den vergangenen Monaten erstmals mehrere Chemotherapie-freie Behandlungsoptionen zugelassen, die einen wesentlichen Einfluss auf unsere Behandlungsalgorithmen haben. Hierzu zählen der PD-1-Antikörper Pembrolizumab beim metastasierten kolorektalen Karzinom mit Vorliegen eines mikrosatelliteninstabilen Phänotyps (also extrem hohe Mutations- und konsekutiv Neoantigenlast und Immunreaktion) (3) in der Erstlinie, der PD-L1-Antikörper Atezolizumab in Kombination mit dem VEGF-A-Antikörper Bevacizumab beim unvorbehandelten hepatozellulären Karzinom (4) und der PD-1-Antikörper Nivolumab in der Zweitlinientherapie des plattenepithelialen Ösophaguskarzinoms (5). Zudem konnten aktuelle Phase-3-Studien den Nutzen einer sequenziellen Immuntherapie mit Nivolumab bei residualem Tumor nach Radiochemo-

therapie und Operation eines lokalisierten Ösophaguskarzinoms und in Kombination mit Chemotherapie bei CPS-positiven (also immunogeneren) und HER2-negativen Magen- und Ösophaguskarzinomen in der Erstlinientherapie zeigen (6, 7). Die entsprechenden Zulassungsverfahren laufen. Selbstverständlich können auch Immuncheckpoint-Inhibitoren Nebenwirkungen verursachen. Im direkten Vergleich zur Chemotherapie haben sie sich jedoch immer als deutlich besser verträglich erwiesen und stellen somit für viele Patienten eine hochinteressante therapeutische Option dar.

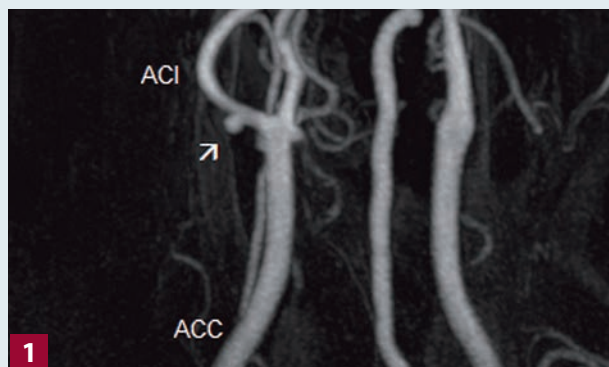
Literaturverzeichnis im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Interessenkonflikte: vorhanden. Siehe unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

PD Dr. Alexander Stein

Hämatologisch-Onkologische Praxis Eppendorf
Eppendorfer Landstraße 42/Orchideenstieg 12
E-Mail: stein@hope-hamburg.de

BILDER AUS DER KLINISCHEN MEDIZIN

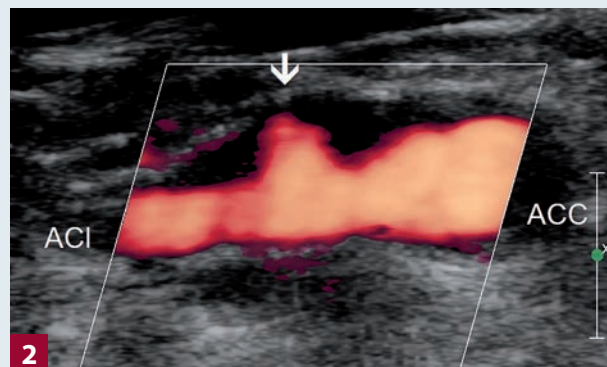


Aneurysma der Arteria carotis?

Ein 81-jähriger Patient stellt sich mit unklarem chronischen Schwindel vor. Die Diagnostik schließt auch eine MR-Angiografie der hirnversorgenden Arterien ein. Hierbei zeigt sich als Zufallsbefund in der MIP-Rekonstruktion (Maximumintensitätsprojektion) eine circa 6 x 3 mm messende sakkuläre aneurysmatische Aussackung im Anfangsabschnitt der rechten Arteria carotis interna (ACI) (Abb. 1).

Zur Klärung, ob es sich um ein sehr seltenes Aneurysma der ACI oder eine ulzerierte Plaque handelt, erfolgt ergänzend eine Sonografie der Halsgefäße, die eine echoarme Plaque mit perfundierter Nische in der ACI zeigt und ein Aneurysma sicher ausschließt (Abb. 2).

Die Unterscheidung der möglichen Pathologien ist wichtig, denn ein extrakranielles ACI-Aneurysma erfordert engmaschiges Monitoring, möglicherweise auch eine operative Behandlung (1, 2). Die Therapie einer asymptomatischen Plaque mit Nischenbildung entspricht aber der üblichen Therapie der Atherosklerose.



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

Dr. Franziska Frank

Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,
Neuroradiologie
Asklepios Klinikum Harburg
E-Mail: f.frank@asklepios.com

Prof. Dr. Christian Arning

Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts
E-Mail: 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@aekhh.de.

Nr. 04/2021, Neues aus der Wissenschaft, Kommentar zu : „Frühzeitige Salvage-Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie“, S. 31

Richtige Patienten auswählen

Unter der Rubrik „Neues aus der Wissenschaft. Nachrichten“ wird die kürzlich veröffentlichte Metaanalyse von Vale CL et al. aus dem „Lancet“ (1) vorgestellt und mit den Worten eingeleitet, dass die Daten der drei Studien zur adjuvanten versus frühen Salvage-Strahlentherapie den „langen Richtungsstreit in der Nachbehandlung von Prostatakarzinompatienten mit mittlerem bzw. hohem Rezidivrisiko nach radikaler Prostatektomie“ beenden.

Dem Fazit, dass die Salvage-Bestrahlung einen neuen Therapiestandard darstellt und quasi die adjuvante Bestrahlung obsolet macht, muss – trotz der aktuellen Daten – widersprochen werden. Die Studien wurden zwischen 2000 und 2005 rekrutiert mit den damals üblichen Einschlusskriterien. Aus heutiger Sicht kritisch betrachtet, wären viele dieser Patienten keine Kandidaten mehr für eine adjuvante Strahlentherapie. Nur etwa 20 Prozent der Patienten aus den Studien würden heute adjuvant behandelt werden.

Die Studie aus Neuseeland (RAVES trial) wurde frühzeitig mangels Rekrutierung (70 Prozent) geschlossen. Die Salvage-Bestrahlung sollte bei einer Progression des PSA auf 0,2 erfolgen. Nur 15 Prozent hatten einen Gleason-Score von 8–10 und nur 20 Prozent ein T3b-Stadium. Bei gleicher Dosierung zeigte die adjuvante Strahlentherapie eine höhere urogenitale Toxizität als die Salvage-Bestrahlung (2). In der größeren RADICALS-RT-Studie erfolg-

te die Salvage-RT bei einem PSA von 0,3. Auch hier hatten lediglich 17 Prozent der Patienten einen Gleason-Score von 8 bis 10 und nur 18 Prozent ein Stadium T3b. Insgesamt waren nur 2 Prozent der Patienten „Hochrisiko-Patienten“. Zwischen beiden Armen konnte kein Unterschied gezeigt werden; allerdings wurden 260 Patienten (18 Prozent) sekundär in eine weitere Studie rekrutiert, die eine ADT erlaubte. Hier muss man beachten, dass der primäre Endpunkt dieser Studie das metastasenfremde Überleben und nicht – wie aktuell publiziert – das biochemische progressionsfreie Überleben war. Patienten mit adjuvanter RT zeigten mehr Toxizität. Allerdings, wenn man sich die ITT-Analyse anschaut – also alle Patienten, die eine RT erhalten haben –, sieht man keinen Unterschied (3).

In der dritten Studie (GETUG-AFU 17) wurden von den geplanten Patienten nur 59 Prozent rekrutiert. Auch hier hatten nur 11 Prozent bzw. 8 Prozent der Patienten einen Gleason-Score von 8 bis 10; alle Patienten erhielten über 6 Monate Triptorelin. Auch in dieser Studie zeigte sich kein Unterschied; nur 54 Prozent der Patienten erhielten die moderne intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT). Patienten, die adjuvant behandelt wurden, hatten bei gleicher Dosis mehr Nebenwirkungen. Auch hier gilt: Betrachtet man alle bestrahlten Patienten, so gibt es keinen Unterschied in der Toxizität (4).

Die Metaanalyse zeigt, dass alle drei Studien viele Nicht-Hochrisikopatienten rekrutiert haben, die also keiner adjuvanten Strahlentherapie bedurften. So hatten von den insgesamt 2.153 Patienten 77 Prozent einen Gleason-Score von 7; 21 Prozent waren pT2-Tumore und die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 60 und 78 Monate (1).

D’Amico und Tilki haben einen kritischen Kommentar verfasst. Die Autoren weisen darauf hin, dass die adjuvante RT bei Hochrisikopatienten eine valide Therapieoption darstellt, solange keine 10-Jahresdaten vorliegen (5).

Wir dürfen Prof. Wiegand, Universität Ulm, der über diese Daten in der wissenschaftlichen Session zum Prostatakarzinom während des 3. Asklepios Krebskongresses im Februar dieses Jahres referierte, zitieren: „Die adjuvante Strahlentherapie wird weiterhin eine gültige Therapieoption bleiben; das wird in der europäischen wie auch in der deutschen Leitlinie so formuliert sein.“

Fazit: Für die adjuvante Strahlentherapie gilt es, im Rahmen der interdisziplinären Diskussion die richtigen Patienten auszuwählen: pT2 R1 Gleason 8–10; pT3 R1 große/multiple Schnittränder; pT3 R1 Gleason 7b–10.

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

PD Dr. Silke Tribius
Prof. Dr. Dirk Arnold
Asklepios Tumorzentrum Hamburg
Hermann-Holthusen-Institut
für Strahlentherapie
Asklepios Klinik St. Georg
E-Mail: s.tribius@asklepios.com

Unser Service für Sie

Sie möchten eine Anzeige aufgeben?

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

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

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

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

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

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

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

Sie möchten nicht, dass Ihr Geburtstag im HÄB erscheint?

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

Sie möchten einen Artikel beim HÄB einreichen?

Tel. 040 / 20 22 99-205, E-Mail: verlag@aekhh.de

Sie möchten das HÄB online lesen?

https://www.aerztekammer-hamburg.org/aktuell_hamburger_aerzteblatt.html

Bild und Hintergrund

„Geborener Arzt mitten in einer nüchternen Verwaltung“

Würdigung Prof. Dr. Ernst Pfeiffer schuf 1918 die erste zentrale Gesundheitsbehörde in Hamburg, die er ab 1920 als Präsident leitete. Nachträglich zum 150. Geburtstag und 100-jährigen Dienstjubiläum eines verdienten Hamburger Arztes. *Von Dr. Thomas Schröter*

Prof. Dr. Ernst Pfeiffer (1870 – 1933) war seit 1906 Verwaltungsphysikus von Hamburg und von 1920 bis zu seinem Tode 1933 Präsident der hiesigen Gesundheitsbehörde, als solcher sehr beliebt und hoch geehrt.

Er wurde vor über 150 Jahren als Sohn des Thüringer Arztes Dr. Ludwig Pfeiffer in Weimar geboren, der als berufspolitischer Vordenker (Ärztevereinsbund, später Hartmannbund) sowie als Aktivist der Pockenimpfung seinerzeit nationale Bekanntheit genoss. Ludwig Pfeiffer war darüber hinaus ein erfolgreicher Archäologe und Autor von Standardfachbüchern über die Werkzeuge der Steinzeitmenschen. Sein Sohn trat in seine Fußstapfen – sowohl in beruflicher Hinsicht als auch als Mäzen der prähistorischen Forschung (1).

Ernst Pfeiffer studierte Medizin in Jena, München, Heidelberg, Halle, Leipzig und zum Abschluss wieder in Jena. Dort wurde er 1896 mit einer Arbeit über die „Züchtung des Pockenerregers in der Cornea des Kaninchens, Meerschweinchens und Kalbes“ promoviert. Nach ersten Anstellungen in Jena und Gotha arbeitete er für ein halbes Jahr in einer Nervenklinik im schottischen Glasgow und danach in Krankenhäusern in Berlin und Leipzig. 1900 ließ er sich in Weimar als praktischer Arzt nieder, hier war er nebenberuflich als Gerichtsgutachter, Schularzt und im Impfinstitut des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen tätig. Anfang 1902 ging er als Stadtarzt nach Hamburg, wo er 1906 vom Senat zum Verwaltungsphysikus berufen wurde.

Pfeiffers Hamburger Zeit

1907 wurde ihm ehrenhalber vom Senat der Professorentitel verliehen (2). 1908 entschied er die Stichwahl um eine Sitznachfolge in der Hamburger Bürgerschaft für sich (3). Während und nach dem 1. Weltkrieg engagierte er sich besonders für die Kriegsverwundeten



Gesundheitsamt Hamburg-Mitte, Besenbinderhof 41, Aufnahme vom 22. April 2013

und deren Versorgung mit orthopädischen Hilfen, wofür ihm 1917 das preußische Verdienstkreuz für Kriegshilfe verliehen wurde (4). Nach 1918 reformierte er die Medizinalverwaltung der Hansestadt und schuf eine zentrale Gesundheitsbehörde, welche von da an auch die Aufsicht über die Krankenhäuser umfasste. 1920 wurde er vom Senat zum Präsidenten der Gesundheitsbehörde ernannt. In dieser Funktion trug er auch die Verantwortung für den Schutz der Bevölkerung bei Epidemien. Seine eigenen wissenschaftlichen Arbeiten zum Pockenerreger und zur Pockenimpfung, die er am Pasteur-Institut in Paris begonnen und in Weimar und Hamburg weitergeführt hatte, waren dabei hilfreich. Unter Pfeiffers Leitung zog die Gesundheitsbehörde 1926 in den Neubau Besenbinderhof Nr. 41, der vom Backsteinexpressionisten Hermann Höger entworfen worden war (2). Seine private Wohnanschrift war in der Carlstraße 7 (heute Karlstraße) (5).

Ehrenmitglied der Vereinigung der Kassenärzte

Ernst Pfeiffer fungierte über viele Jahre erfolgreich als vermittelnde Schiedsperson in den Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten und wurde 1929 „in dankbarer Anerkennung für seine Verdienste um die Einigung und wirtschaftliche Hebung der hamburgischen Kassenärzte“ von der Vereinigung der Kassenärzte zum Ehrenmitglied ernannt. Auf nationaler Ebene war er Mitglied des Reichsgesundheitsrats (2). In seiner Freizeit widmete sich Ernst Pfeiffer der bildenden Kunst und dem vom Vater übernommenen Hobby, der Prähistorie. „Wenn er auf Urlaub ging, verbrachte er seine Freizeit mit Ausgrabungen um Weimar“ (Hamburger Fremdenblatt). Berichte aus Thüringen belegen, dass er sich nach dem Tod seines Vaters sehr stark für die Entwicklung des dortigen Museums für Ur- und Frühgeschichte ein-

setzt und erhebliche Beträge für Erwerbungen privat gespendet hat. Er blieb nach 1902 von Hamburg aus Mitglied im Kuratorium des Weimarer Museums und prägte dessen Entwicklung im Zusammenhang mit den bedeutenden Menschenknochenfunden von 1925 in Ehringsdorf entscheidend mit (6). Ernst Pfeiffer starb im Januar 1933, mit nur 62 Jahren, nach kurzer schwerer Krankheit. Zur Epikrise berichteten die Hamburger Nachrichten: „Wohl nur seine engsten Mitarbeiter bemerkten seit etwa zwei Jahren, daß dieser Mann von einem inneren Leiden verzehrt wurde, und sie rieten ihm, sich zu schonen. Aber trotz wachsender Schmerzen konnte er sich nicht entschließen, vom Dienst fortzubleiben und Kuren zu brauchen. Standhaft bezwang er die Krankheit und ihre Beschwerden, bis er am jüngsten Weihnachtsabend sich legen mußte, um nicht mehr aufzustehen. Kam ihm der Tod als Erlöser, so nimmt er der Allgemeinheit und dem Staat Hamburg einen verdienstvollen Mann, der uns allen bitter fehlen wird.“ (7) Aus den Akten ist ersichtlich, dass das neu errichtete Krematorium in Hamburg-Ohlsdorf schon eine Woche vor seiner offiziellen Eröffnung für die exklusive Einäscherung dieses prominenten Verstorbenen in Betrieb genommen wurde (8). Nach einem Vermerk im Hamburger Friedhofsarchiv wurde seine Asche in seine Heimatstadt Weimar überführt (9), wo sich heute leider keine Grabstätte mehr ausfindig machen lässt (1).

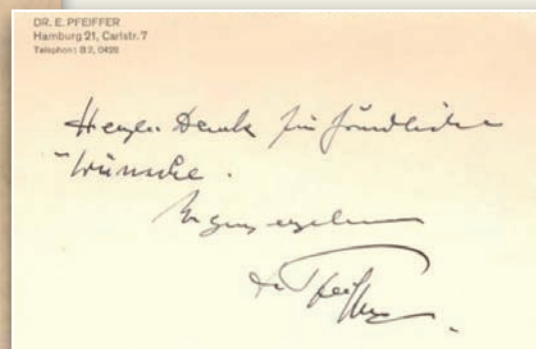
Nachrufe aus der Hamburger Presse

Aus den zahlreichen Nachrufen in der Hamburger Presse geht hervor, dass Pfeiffer ungeachtet seines Thüringer Dialekts in der Hansestadt sehr beliebt war. Die Hamburger Nachrichten bescheinigten ihm ein „heiteres Naturell und trockenen Humor, der ihn nie verließ. Immer freundlich, immer mit überlegenem Witz auch der schwierigsten Lage gewachsen, kam er jedermann entgegen“ (7). Das Fremdenblatt hebt seine „beispiellose Anspruchslosigkeit“ hervor und beschreibt ihn als „überaus liebenswürdigen Menschen, der mit Menschen aller Schichten in gleich konzipierter Form zu verkehren wusste und Rat und Hilfe jedem zuteil werden ließ, der sich an ihn wandte“. Zu seiner Arbeit als Behördenchef wird angemerkt: „Er hat durch seine Amtsführung bewiesen, dass ein geborener Arzt auch mitten in einer nüchternen Verwaltung Großes leisten kann.“ (10) Im Hamburger Anzeiger wird ausgeführt, „daß dieser Mann seine ärztliche Tätigkeit niemals schablonenmäßig ausübte, sondern sich trotz des gewaltigen Andranges an Patienten für jeden einzelnen Fall interessierte und auf Grund seiner originellen Art und seines urwüchsigen Humors unerwartete Heilung von manchen eingebildeten

Pfeiffer Prof. Dr. med. Ludwig Rumpf
 x Weimar 3. Nov. 1840 I Hbg 21. Januar 1933
 Sohn des Geh. Hof- und Medizinalrathes Dr. Ludwig Pf.,
 studierte Medizin in München, Heidelberg, Jena, hier
 1896 Dr. med. Vordanz. Studien- und Assistenzjahre in
 Göttingen, Gießen, Berlin, Leipzig, Paris 1902, Max Margolin
 Hbg. 1906 Verwalt. Physikus im Medizinalamt,
 1. April 1920 Leiter des Gesundheitsamtes, Mitglied des
 Reichsgesundheitsrates



Eintrag in einer Ärztekartei der Ärztekammer Hamburg zu Prof. Dr. Ernst Pfeiffer



Oben: Danksagung Pfeiffers für die Glückwünsche zu seinem 60. Geburtstag 1930.
 Links: Porträtfoto aus der Presse zum Nachruf auf Prof. Dr. Ernst Pfeiffer

Leiden verschaffte“. Und weiter: „Was ihn besonders wertvoll machte, war der Reichtum seines Seelenlebens. Ohne dogmengläubig zu sein, war er religiös orientiert, kein Namenschrist, aber ein Tathrist, ein Helfer großen Stils ... Pfeiffer war gänzlich unbürokratisch. Rangordnungen gab es für ihn nicht. Echtes soziales Gefühl leitete ihn in seinen Handlungen, jeder konnte ihn sprechen, seine Sorgen vortragen. Mitleid war seine stärkste Eigenschaft. Nur er selber wollte nicht bemitleidet werden.“ (8) Im Hamburger Echo war zu lesen: „Obwohl politisch rechts stehend – er gehörte früher der Bürgerschaft als Mitglied der Rechten an – hat er in sozialpolitischen Fragen sich doch stets mit der Linken zu verständigen gesucht und war übrigens auch einer der ersten bürgerlichen Politiker, die gemeinsam mit Sozialdemokraten das Wahlrecht demokratischer zu gestalten versuchten. Im übrigen war er eine Kampfnatur und verteidigte hartnäckig seinen Standpunkt, wer immer ihm gegenüber stand.“ (11)

Mit einer Danksagung für Glückwünsche zu seinem 60. Geburtstag, die im Hamburger

Staatsarchiv aufbewahrt wird, ist ein Dokument mit der Handschrift Ernst Pfeiffers erhalten geblieben (5). Seine zu Lebzeiten berühmte Sammlung alter Münzen und Medaillen zum Thema Seuchen und Seuchenbekämpfung, die er letztmalig 1928 auf dem Naturforscher- und Ärztekongress im Museum für Hamburgische Geschichte öffentlich ausstellte, wurde von seinen Erben 1942 über die Münzhandlung Hans Meuss in Einzelstücken versteigert (12). Wer diese Erben waren und ob es heute noch Nachfahren von Ernst Pfeiffer in Hamburg gibt, möchte der Autor mit dieser Publikation gern herausfinden. Bitte schicken Sie zweckdienliche Hinweise gegebenenfalls an die nachstehende Mailadresse.

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

Dr. Thomas Schröter
 Facharzt für Innere Medizin
 Zum Hospitalgraben 8
 99425 Weimar
 E-Mail: thomas.schroeter@kvt.de

Liebe Grüße aus dem Paralleluniversum

„Halb Bracken arbeitet in der Altenpflege.“ Tom durchsucht seine Hosentaschen nach einem Feuerzeug. „Häusliche Pflege, Essen auf Rädern, Seniorenheime. Beschissene Arbeitszeiten, miese Bezahlung, harter Job. Glaubst du, irgendeiner von denen hätte wegen Corona eine Schulung bekommen? Die tun ihre Arbeit wie immer. Bleibt ihnen ja nichts anderes übrig. Ohne Hygieneplan, geschweige denn Schutzkleidung oder regelmäßige Tests. Fahren von Haus zu Haus, von einem Hochrisikopatienten zum nächsten. Weil sie nicht anders können. Währenddessen quatschen die Politiker hochwichtig herum, machen die Volkswirtschaft kaputt, ruinieren die Existenzen der kleinen Leute. Hocken im Fernsehen ohne Maske und reden davon, wie gefährlich die Pandemie ist.“



Dora findet ein Feuerzeug und fühlt sich kompetent, als sie es ihm reicht. Keine Makita, aber immerhin.

„Das Problem sind nicht die Maßnahmen“, sagt Tom. „Sondern, dass sich die Leute verarscht fühlen.“

„Und die Leute, das seid ihr?“

„Klar. Wer sonst.“ Tom zündet seine Selbstgedrehte an und reicht das Feuerzeug zurück. „In Bracken ist man unter Leuten. Da kann man sich nicht mehr so leicht über die Menschen erheben. Wirst dich dran gewöhnen müssen.“

Dora muss wieder an Robert denken. Ihm hat sie tatsächlich einmal vorgeworfen, dass er sich über andere Menschen erhebt. Dass er sich für einen Supra-Menschen hält. Vielleicht nicht direkt in Nietzsches Sinn. Aber für einen, der mehr weiß, mehr kann und

mehr darf als die anderen. Weil er im Besitz einer höheren Wahrheit ist. Robert ist wütend geworden. Er hat gesagt, dass er nur das Beste für die Menschen will. Warum Dora genau darin ein Problem sah, hat er nicht verstanden. „Und bei der AfD sind keine Idioten?“ „Doch. Aber die geben es wenigstens zu.“ Wider Willen muss Dora lachen. Die Rassismus-Starre scheint heute nicht zu funktionieren. Sie hat schon drei Fragen gestellt. Und über den Witz eines AfD-Wählers gelacht. Wie meinte Tom neulich im Auto? „Bist ja schon ganz hier angekommen.“ Vielleicht muss sie aufpassen, dass sie nicht zu sehr ankommt. Andererseits, Tom ist mit Sicherheit kein Rassist. Norweger-Pulli, selbstgedrehte Zigarette, grauer Pferdeschwanz. Das Outfit eines ehemaligen DDR-Bürgerrechtlers oder Wackersdorf-Aktivistin. Daneben der AfD-Aufkleber.

Wann ist eigentlich alles dermaßen durcheinander geraten? Dora wüsste gern, was Tom und Steffen hier tun. Kornblumen. Drying Chamber. Die großen Nebengebäude mit den Solarzellen. Vielleicht betreiben sie eine riesige Cannabis-Plantage. Versteckt vor Denen-da-oben, vor Lügenpresse und Firma BRD. Die Selbstgedrehte riecht gut. Dora versucht es mit aktivem Passivrauchen und saugt den Qualm ein, der in der Luft hängt. Tom reicht ihr die Zigarette.

Die Kippe ist feucht von seinen Lippen. Vielleicht kleben Unmengen von Viren daran, aber das ist Dora in diesem Moment egal. Sie nimmt einen tiefen Zug und genießt den leichten Schwindel. Am liebsten hätte sie ein Selfie für Robert geschossen. „Teile gerade mit Corona-kritischem, Haschisch anbauendem AfD-Wähler eine Selbstgedrehte. Liebe Grüße aus dem Paralleluniversum.“

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung Für den Inhalt verantwortlich

Prof. Dr. Christian Arning
PD Dr. Henrik Suttman

Redaktion

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

Redaktion und Verlag

Hamburger Arztverlag 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

Anzeigen

elbbüro
Stefanie Hoffmann
Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg
Telefon: 040 / 33 48 57 11
Fax: 040 / 33 48 57 14
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com
Internet: www.elbbuero.com
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 51
vom 1. Januar 2021

Anzeigenschluss

Textteilanzeigen: 14. Mai 2021
Rubrikanzeigen: 19. Mai 2021

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 und der Schriftlei-
tung 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: 19.751

Redaktionsschluss
Juniheft: 14. Mai 2021

Das nächste Heft erscheint am 10. Juni 2021

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

362. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 362. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 14. Juni 2021, um 19.30 Uhr

Ort: Bitte beachten Sie dazu die aktuellen Ankündigungen auf der Homepage der Kammer unter www.aerztekammer-hamburg.org

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN UND KRANKENKASSEN

Ende Ermächtigungen Ärztinnen/Ärzte

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

Ausführende/r Arzt ärztlich geleitete Einrichtung	Anschrift	Umfang der Ermächtigung	endete zum
Dr. med. Benita Momm, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.: 673 77-0 Fax: 673 77-164	<ol style="list-style-type: none">1. Ambulante Behandlung und Versorgung von diabetischen Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs und in Ausnahmefällen mit Begründung auch darüber hinaus Erwachsenen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs,2. Betreuung und Schulung von diabetischen Kindern und Jugendlichen gemäß des Vertrags über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB vom 10.06.2008 in der Fassung des 11. Nachtrags vom 25.05.2018 einschließlich möglicher zukünftiger Nachträge sowie des Vertrags über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ-2-Diabetikern nach § 137f SGB V vom 01.04.2006 in der Fassung des 12. Nachtrags vom 25.05.2018 einschließlich möglicher zukünftiger Nachträge <p>auf Überweisung durch Vertragsärzte.</p> <p>Die Ermächtigung ist auf 250 Fälle/Quartal begrenzt.</p> <p>Die Ermächtigung berechtigt zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung und Abrechnung der pädiatrischen Versichertenpauschalen aus dem EBM Abschnitt III. a Kapitel 4 (Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin) Ziffer 4.2.1 und der Chronikerpauschalen 04220, 04221, 04222 sowie von Leistungen nach den Nrn. 01600, 01602, 01611, 01620, 01621, 01622, 01630, 04230, 04324, 04351, 04580, 04590, 32057, 32094, 32030, 40120, 40122, 40124, 40126, 40142 und 40144.</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>	16.12.2020

Mitteilungen

Ermächtigungen Ärztinnen/Ärzte

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

Ausführende/r Arzt/Ärztin	Anschrift	Umfang der Ermächtigung
Dr. med. Ulf Schulze-Sturm, Facharzt für Kinder- und Jugend- medizin	Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: 741 05 37 96 Fax: 741 05 36 08	<ol style="list-style-type: none"> Ambulante Betreuung von HIV-infizierten und -exponierten Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs, diagnostische Abklärung und ambulante Betreuung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Immundefekten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs, <p>auf Überweisung durch Vertragsärzte.</p> <p>Die Ermächtigung berechtigt auch zur Abrechnung der pädiatrischen Versichertenpauschalen aus dem EBM Abschnitt III. a Kapitel 4 (Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin) Ziffer 4.2.1.</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. Dies gilt nicht für Leistungen, die an den Hochschulambulanzen erbracht werden.</p>
Sabine Linke, Fachärztin für Kinder- und Jugend- medizin	Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg, Tel.: 67 37 71 34 Fax: 67 37 74 34	<ol style="list-style-type: none"> Ambulante Behandlung und Versorgung von diabetischen Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs und in Ausnahmefällen mit Begründung auch darüber hinaus Erwachsenen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs, Betreuung und Schulung von diabetischen Kindern und Jugendlichen gemäß dem Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB vom 10.06.2008 in der Fassung des 11. Nachtrags vom 25.05.2018 einschließlich möglicher zukünftiger Nachträge sowie dem Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ-2-Diabetikern nach § 137f SGB V vom 01.04.2006 in der Fassung des 12. Nachtrags vom 25.05.2018 einschließlich möglicher zukünftiger Nachträge <p>auf Überweisung durch Vertragsärzte.</p> <p>Die Ermächtigung ist auf 250 Fälle Quartal begrenzt.</p> <p>Die Ermächtigung berechtigt zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung und Abrechnung der pädiatrischen Versichertenpauschalen aus dem EBM Abschnitt III. a Kapitel 4 (Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin) Ziffer 4.2.1 und der Chronikerpauschalen 04220, 04221, 04222 sowie von Leistungen nach den Nrn. 01600, 01602, 01611, 01620, 01621, 01622, 01630, 04230, 04324, 04351, 04590, 32030, 32057, 32094, 40110, 40111 und 40142.</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 Ärztinnen/Ärzte ist der jeweils ermächtigte Arzt namentlich zu benennen. Eine Überweisung an das Krankenhaus/die Einrichtung ist in diesen Fällen nicht zulässig.

Sonderbedarfszulassungen / Anstellung im Sonderbedarf

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat folgende Ärztin im Rahmen von Sonderbedarf zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen/angestellt:

Name	Anschrift	Umfang der Tätigkeit
Ghazal Abbas-Arif, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	angestellt bei Asklepios Gesundheits- zentrum Harburg, Neuenfelder Straße 31, 21109 Hamburg Tel.: 18 18 84 86 50	Kinder- und jugendmedizinische Versorgung ausschließlich am Zweigpraxisstandort Neuenfelder Straße 31 in Wilhelmsburg

Ermächtigungen Einrichtungen

Der Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg – hat nachfolgende ärztlich geleitete Einrichtungen zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt:

Einrichtung	Anschrift	Umfang der Ermächtigung
Asklepios Klinik Harburg, Geriatrie	Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg, Tel.: 18 18 86-0 Fax: 18 18 86 21 34	Strukturierte und koordinierte ambulante geriatrische Versorgung der Versicherten entsprechend § 2 in Verbindung mit § 4 der Vereinbarung nach 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen –GIA), die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung bedürfen, auf Überweisung durch den behandelnden Vertragsarzt.
Asklepios Klinik Altona, Abteilung für Neurochirurgie	Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg, Tel.: 18 18 81-16 71 Fax: 18 18 81-49 11	Klinische Verlaufskontrolle (einschließlich ggf. Liquordruckmessung, TAP-Test, Hydrocephalus-Shunt-Programmierung) bei Patienten mit Hydrocephalus nach Shunt-OP bei vermuteten Fehlfunktionen bzw. suboptimalen Shuntfunktionen auf Überweisung durch Neurochirurgen, Neurologen, Hausärzte und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie bzw. mit der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie im entsprechenden Fachgebiet. Die Ermächtigung umfasst Leistungen, die über die GOPen 01321, 02342, 16220 und 16222 EBM abrechenbar sind. 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.
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Substitutionsambulanz Altona	Holstenstraße 115, 22765 Hamburg, Tel.: 432 92 50 Fax: 43 29 25 19	Unmittelbare Beratung und Behandlung von Personen, die wegen ihrer Abhängigkeit von illegalen Drogen in der Substitutionsambulanz Altona betreut werden. Die Ermächtigung berechtigt zur Abrechnung der GOP 01955 und 01956 EBM, der hausärztlichen Versichertenpauschale nach der Nr. 03000 EBM sowie der Leistungen des EBM Abschnitt II Kapitel 1.8 (Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diarmorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit). Für Personen, die in dieser Einrichtung eine Substitutionsbehandlung erhalten oder in der Vergangenheit erhalten haben, berechtigt die Ermächtigung zur Abrechnung der GOP 01430, 01435, 01732, 01740, 01747, 02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 03360, 03362 und 31600 EBM. 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.

Satt ist gut. Saatgut ist besser.

Helfen Sie den Menschen in Kenia und vielen anderen Ländern, lebenswichtige Nahrungspflanzen aus eigenem Saatgut anzubauen.

Wer sich selbst versorgen kann, führt ein Leben in Würde.

brot-fuer-die-welt.de/saatgut

IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

Dem Verborgenen auf der Spur

Die Experten aus der Inneren



WKK Heide, der Rettungsdienst bringt einen Patienten nach Erbrechen von Blut in die Notaufnahme...



Assistenzarzt Wilhelm Salzberger nimmt den Patienten auf...

... und stellt den Verdacht auf Leberzirrhose mit akuter Varizenblutung.



Oberarzt Dr. Gilles kommt hinzu...

Wir legen Ihnen jetzt eine Infusion an...



Nach Erstversorgung und Gabe der ersten Medikamente geht es für den Patienten direkt in die Endoskopie...

Bereiten Sie schon einmal Blutkonserven vor!



Genau wie vermutet: Hier sieht man die Blutung. Bereiten Sie bitte ein Ligatur-Set vor!



Ihre Verdachtsdiagnose war korrekt, Herr Salzberger!



Chefarzt Prof. Dr. Herrmann kommt hinzu und führt eine Varizenligatur durch...



Nach Therapie der Akutsituation...

Sonographisch bestätigt sich der Verdacht auf Leberzirrhose...



Sehr gut gemacht, Herr Salzberger!

Danke! Hier lerne ich Gastroenterologie!

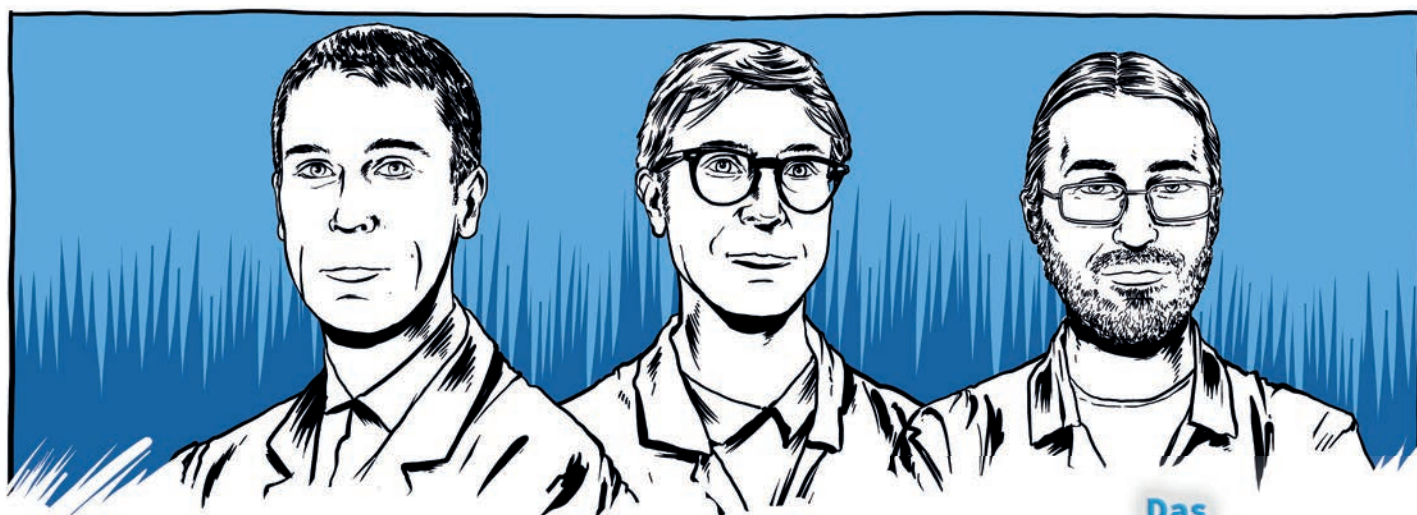


Sie wollen Teil der Story werden?

Hier startet Ihre Geschichte: jobs@wkk-hei.de

Die Fortsetzung mit allen Karriereinfos folgt unter www.westkuestenklunikum.de/ihr-arbeitgeber-wkk/karriere-aus-und-weiterbildung

WKK
Westküstenkliniken



Hier startet Ihre Geschichte!

In welchem Kapitel wollen Sie starten?



Wir lieben es, wenn ein Plan funktioniert

Wir sind mehr als 350 Ärzt*innen, die täglich Geschichten erleben, die das Leben an der Westküste schreibt. Wir behandeln nicht nur Menschen, die im Watt verunglücken, beim Urlaub auf Helgoland frühzeitig Wehen bekommen oder – wie überall anderswo auch – Menschen, die in Not sind. Wir arbeiten im drittgrößten Krankenhaus Schleswig-Holsteins – mittlerweile zum 8. Mal in Folge zum glücklichsten aller Bundesländer gewählt – und setzen unsere Pläne um: vom Integrierten Versorgungszentrum über das Perinatalzentrum Level I bis hin zum Adipositas-Zentrum.

Kapitel 1:

Medizinstudium

Kapitel 2:

Famulatur

Kapitel 3:

Praktisches Jahr

Kapitel 4:

Fachärztliche Weiterbildung

Kapitel 5:

Mentorenprogramm Allgemeinmedizin

Kapitel 6:

Fachärzt*in

Kapitel 7:

Oberärzt*in

Kapitel 8:

Chefärzt*in

Jetzt Teil der Geschichte werden: wkk-online.de/a-team



An über **90 Labor- und Praxisstandorten** bietet die amedes-Gruppe in Deutschland, Belgien, Österreich und Dubai interdisziplinäre medizinisch-diagnostische Dienstleistungen für Patienten, niedergelassene Ärzte und Kliniken an. Mehr als **4.000 Mitarbeiter** sind für unser Unternehmen tätig. In unseren Spezialsprechstunden werden jährlich über **450.000 Patienten** von unseren Experten behandelt.

Für unser **Team im Zentrum für Innere Medizin/Privatpraxis im Hamburger - Westen** suchen wir zur Verstärkung **zum nächstmöglichen Zeitpunkt** einen

Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin / Gastroenterologie oder Kardiologie

Wir wünschen uns von Ihnen:

- Facharztausbildung mit mehrjähriger Erfahrung im Fachbereich Innere Medizin / Gastroenterologie oder Kardiologie
- Kenntnis über neueste Diagnose- und Therapiestandards
- einen geübten Umgang mit neuesten Medizin-Geräten
- ein hohes Maß an Eigeninitiative und Verantwortungsbewusstsein

Wir bieten Ihnen:

- ein kollegiales Arbeitsumfeld
- anspruchsvolle und abwechslungsreiche Aufgaben ebenso wie selbstständiges und unabhängiges Arbeiten
- modernste Medizintechnik und Ausstattung
- einen sicheren und zukunftsorientierten Arbeitsplatz
- Möglichkeiten der internen und externen Fort- und Weiterbildung
- ein attraktives, leistungsgerechtes Gehalt

Sie wollen aktiv mitgestalten? Dann bewerben Sie sich gleich heute mit Ihren vollständigen Bewerbungsunterlagen über unser Bewerberportal unter www.amedes-group.com oder an dorina.hinzpeter@amedes-group.com.

Eine große Chance für Ihre Karriere

Ärztin / Arzt

im **privatärztlichen Institut für Sexualmedizin** in Hamburg gesucht.

Unsere Themenschwerpunkte sind Männergesundheit, Erektile Dysfunktion, Ejaculatio Praecox, Anorgasmie und Hypogonadismus. Auf Wunsch können langfristig auch Störungen der weiblichen Sexualität mit behandelt werden.

Wir suchen eine engagierte und ambitionierte Persönlichkeit, die nach entsprechender langjähriger Einarbeitung das Privatinstitut leiten und/oder übernehmen kann.

Neben der fachlichen Qualifikation - idealerweise Allgemeinmedizin, Andrologie, Innere Medizin oder Urologie - sollten Sie die Fähigkeit zu empathischem Umgang mit Patienten mitbringen.

Das darüber hinaus notwendige spezielle Know-how unseres Fachgebiets erlernen Sie in einer entsprechenden Einarbeitungszeit durch unser Team.

Wir bieten Ihnen: leistungsgerechte Vergütung (angestellt oder als Partner), flexible Arbeitszeiten, keine Nacht- und Bereitschaftsdienste und viel Zeit für neue Patienten (z.B. 3-stündiger Ersttermin).

Eine aussagefähige Bewerbung senden Sie bitte an:

Sunrise-Consulting, Office Hamburg, Scheffelstr. 10, 22301 Hamburg oder per PDF an praxisteam@deutschland.ms **Vertraulichkeit wird zugesichert.**

Falls Sie vorab Fragen haben können Sie uns auch unter 0160 - 1770497 kontaktieren.

Internistisch- gastroenterologische GP in HH- West sucht zum 01.04.2022

Gastroenterologen (w/m/d)

Sie sollten endoskopisch versiert und mit der Betreuung von CED Pat. erfahren sein. Zudem sollte Interesse an der Betreuung allgemeininternistischer Pat. bestehen. Wir bieten ein attraktives Gehalt mit familienfreundlicher Arbeitszeit.

Eine spätere Partnerschaft ist möglich und gewünscht.

Wir freuen uns über Kontakt unter gastroduve@t-online.de



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

ZUR UNTERSTÜTZUNG UNSERES TEAMS SUCHEN WIR AB 01.07.2021 EINEN

WEITERBILDUNGSASSISTENT ALLGEMEINMEDIZIN (M/W/D) TEILZEIT

IHRE AUFGABEN:

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

IHR PROFIL:

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

ANSPRECHPARTNER:

Bei weiteren Fragen kontaktieren Sie gerne: **Prof. Jörg Braun** (Ärztlicher Direktor) unter **04102-605-124** oder **125** Anrufbeantworter

Sieker Landstraße 19 • 22927 Großhansdorf • prof.joerg.braun@manhagen.de • weitere Stellenangebote auf www.manhagen.de



WIR BIETEN:

- Eine spannende Tätigkeit mit hohem Patientenbezug in einem sehr schönen Umfeld
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team
- Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin und Chirurgie
- Wir unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, u.a. durch flexible Arbeitszeitmodelle
- 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

**ICH WILL DABEI SEIN,
WENN MOMENTE GENAUSO
WICHTIG SIND
WIE MEDIKAMENTE.**



Klinik Nord

MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOHEN. Mit über 160 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Facharzt für Psychiatrie oder Arzt in fortg. Weiterbildung (w/m/d)

für die Institutsambulanz (PIA) der Klinik für Gerontopsychiatrie, Facharzt unbefristet bzw. Assistenzarzt befristet im Rahmen der Weiterbildung, in Voll- oder Teilzeit

Wir sind

mit über 1.800 Betten an drei Standorten die größte Klinik in Hamburg. Getreu dem Leitsatz „Gesund werden. Gesund leben.“ arbeiten 28 medizinische und psychiatrische Kliniken und Abteilungen Hand in Hand, um jährlich über 100.000 Patienten aus dem Norden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie dem Süden Schleswig-Holsteins auf höchstem Niveau zu versorgen.

In der Gerontopsychiatrischen Ambulanz erhalten ältere Patienten ein ebenso breites wie spezialisiertes Behandlungsangebot. Neben der Nachsorge stationärer Patienten liegt ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit in der Therapie von Patienten mit affektiven Störungen in Gruppen- und Einzelsetting. Weitere Angebote für ältere Patienten z. B. im Bereich pflegender Angehöriger oder aufsuchender Tätigkeit befinden sich im Aufbau und erweitern ebenso wie unsere Tagesklinik und Gedächtnissprechstunde eine umfassende Versorgungsstruktur. Für Ihr Engagement bieten wir Ihnen ein freundliches und kollegiales Arbeitsklima mit flexiblen und familienfreundlichen Arbeitszeiten, ggf. abgestimmt auf Ihre Bedürfnisse, ohne Nacht- und Wochenenddienste.

Ihr Aufgabengebiet

umfasst die ambulante psychiatrisch (-psychotherapeutische) Behandlung von älteren Menschen mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie.

Ihr Profil

Sie sind Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Facharzt für Nervenheilkunde oder Assistenzarzt mit fortgeschrittener Weiterbildung in diesem Fach und verfügen über Erfahrung in der Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten oder möchten sich in diesen Bereich einarbeiten bzw. Ihre psychotherapeutischen Kompetenzen hier erweitern | Kontakte mit außerklinischen Versorgungseinrichtungen und multiprofessionelle Zusammenarbeit machen Ihnen Freude | Sie haben Interesse am Aufbau und der Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen mit individueller Gestaltung im Bereich Gerontopsychiatrie | Sie bringen sowohl Teamfähigkeit als auch die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Arbeit mit

Wir bieten

eine spezialisierte und abwechslungsreiche Arbeit in einem motivierten und netten Team, Befreiung von der Teilnahme an Nacht- und Wochenenddiensten, Möglichkeit zum Engagement in Forschung und Lehre, hohe Qualitätsstandards sowie Möglichkeiten zur internen und externen Fortbildung, u. a. am unternehmens-eigenen Bildungszentrum. Des Weiteren bieten wir Ihnen eine leistungsgerechte Vergütung nach TV-Ärzte/VKA, betriebliche Gesundheitsvorsorge und betriebliche Altersversorgung sowie eine professionelle externe Mitarbeiterberatung (EAP). Eine Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände in Ochsenzoll sowie HVV-Profi-Ticket und nah.sh-Firmenabo gehören ebenso zu unserem Angebot. Die Stelle ist grundsätzlich auch für Schwerbehinderte geeignet.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr PD Dr. Wollmer, Chefarzt Gerontopsychiatrie, unter Tel.: (0 40) 18 18-87 23 37 (Sekretariat) zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung unter Angabe der Kennziffer 145-127-HÄB an www.asklepios.com/hamburg/nord/heidelberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/ oder bewerbung.nord@asklepios.com.

KMG:Kliniken

www.kmg-kliniken.de

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands, das hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung in der familiären Atmosphäre seiner Einrichtungen anbietet. KMG betreibt Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senioren*innen, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste. Das Unternehmen verfügt über rund 2.800 Betten und Plätze und beschäftigt circa 4.800 Mitarbeiter*innen.

Die Praxis für Allgemeinmedizin und diabetologische Schwerpunktpraxis der KMG Gesundheitszentrum MV GmbH – Reichenstraße 12-13, 19258 Boizenburg – sucht im Zuge einer geordneten Nachfolgeregelung einen

Facharzt (m/w/d/x) für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (hausärztliche Tätigkeit) Kennziffer 200062

Die Praxis für Allgemeinmedizin und diabetologische Schwerpunktpraxis wird zurzeit durch unsere Hausärzte Frau Dr. med. Dagmar Paasch und Frau Sandra Ziemann geführt. Die Arbeitszeit kann von 20 – 40 Wochenstunden individuell mit Ihnen vereinbart werden. Gerne können Sie unverbindlich in der Praxis hospitieren.

Ihre Aufgaben:

- Kompetente Diagnostik, fachkundige und souveräne allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung unserer Patienten*innen
- Anleitung und Führung der nichtärztlichen Mitarbeiter*innen
- Umsetzung und Einhaltung von Qualitätsstandards
- Enge Zusammenarbeit mit den externen Leistungserbringern bei der Organisation notwendiger fachärztlicher Versorgung

Freuen Sie sich auf:

- Eine selbstständige Tätigkeit und eigenverantwortliche Betreuung der Patienten*innen in der Praxis
- Ein abwechslungsreiches, vielseitiges und anspruchsvolles Aufgabengebiet in einer modernen Praxis mit hohem medizinischem Standard
- Ein kooperatives und vertrauensvolles Miteinander
- Kurze Entscheidungswege
- Freistellung für und Finanzierung von externen Fortbildungen
- Arbeiten in der westmecklenburgischen Kleinstadt Boizenburg/Elbe in der Metropolregion Hamburg
- Unterstützung bei Wohnungs- und Kinderbetreuungssuche und beim Umzug
- Eine der Bedeutung der Position und der Verantwortung entsprechende Vergütung

Sie zeichnen sich aus durch:

- Eine abgeschlossene Facharztausbildung im Gebiet Allgemeinmedizin oder Innere Medizin und die erforderlichen Voraussetzungen für einen Eintrag im Arztregister der KV und Zulassung als Hausarzt (m/w/d/x)
- Eine strukturierte und selbstständige Arbeitsweise sowie Zuverlässigkeit und Engagement
- Einen verbindlichen und empathischen Umgang mit Ihren Patienten*innen
- Eine hohe Sozialkompetenz

Ihre Bewerbung richten Sie bitte unter **Angabe der Kennziffer 200062**, vorzugsweise an karriere@kmg-kliniken.de oder schriftlich an den MVZ Koordinator

KMG Gesundheitszentrum MV GmbH
MVZ-Koordinator – Conrad Pfestorf
Giesensdorfer Weg 2 A · 16928 Pritzwalk

Ihr Ansprechpartner für fachliche Fragen:
Geschäftsführer – Dr. med. Ralf Tanz · Telefon +49 151 18 00 24 69

Ambulante Weiterbildung (50%) Psychosomatik und Psychotherapie

Ab September 2021 (ca.) Praxisschwerpunkt Gruppenpsychotherapie. Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre - halbtags 4 Jahre. Sie haben eine fortgeschrittene Weiterbildung in Psychotherapie (z.B. Zwischenprüfung) und Interesse an Gruppen?

Dann bewerben Sie sich gern. Diese Stelle kann auch interessant sein für Fachärzt*innen Psychiatrie und Psychotherapie, die ambulante Psychotherapie und Psychosomatik vertiefen wollen. Spätere Praxisübernahme ist möglich.

Dr. med. Klaus Augustin

Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Lehranalytiker DGPT, Gruppenlehranalytiker D3G.
Bewerbungen unter praxis@dr-augustin.net

FÄ / FA (M/W/D) DER UROLOGIE als Partner und ärztliche Leitung in Vollzeit

Für unsere urologische Praxis mit zwei KV-Sitzen in Hamburg-Bergedorf suchen wir ab dem 01.01.2022 einen FÄ / FA (m/w/d) der Urologie.

Wir haben Ihr Interesse geweckt?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an:

E-Mail: info@urologie-in-hamburg.de

Große hausärztlich-internistische Praxis in Hamburg-Bramfeld sucht ab 01.07.2021 eine/einen

Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin

für 20 - 30 Std./Woche zur Verstärkung des Teams. Später Vollzeitstelle oder Kooperation möglich. Bewerbung bitte schriftlich an dietrich.oeter@t-online.de

Weitere Infos unter hausarzt-in-bramfeld.de



Hämato-Onkologie Hamburg
Prof. Laack und Partner

FÄ/FA für Hämatologie und Onkologie

ab sofort in Teil- oder Vollzeit zur Verstärkung unseres tollen Teams gesucht.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
Kontakt: e.laack@haemato-onkologie-hh.de

FA/FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Voll- oder Teilzeit ab sofort gesucht

Moderne BAG mit drei Zulassungen sucht dringend Unterstützung. Es erwartet Sie ein junges freundliches Team und sehr gute Arbeitsbedingungen. Flexible familienfreundliche Arbeitszeiten sind genauso selbstverständlich wie auf Wunsch eine leistungsgerechte Bezahlung.

OP Möglichkeiten sind durch die Kooperation mit Kliniken vorhanden. Zentrale Lage in Hamburg Harburg, Direkt an der S-Bahn.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an Herrn Schudde.

Kontakt: torsten.schudde@adiuware.de · Tel. 0172-4511710

adiuware
Beratungsgesellschaft für Heilberufe mbH

Weidestraße 120 b · 22083 Hamburg
www.adiuware.de

Anzeigenschlusstermine Ausgabe Juni 2021

Anzeigen im redaktionellen Teil:

14. Mai 2021

Rubrikanzeigen:

19. Mai 2021

**WB Assistent/in für Allgemeinmedizin
zum 1.10.21 gesucht**

Wir sind eine Internist./Allg.ärztliche Gemeinschaftspraxis mit großem Behandlungs- und Untersuchungsspektrum und fröhlichem Team, zentral in Hohenfelde gelegen.

Wir freuen uns auf Bewerbungen an becker@hausarztpraxis-hohenfelde.de

Nachfolger/in oder Facharzt (w/m/d) zur Anstellung für unsere HNO-Gemeinschaftspraxis in Geesthacht gesucht.

Bei Interesse bitte kurzfristig melden. praxis@hno-praxis-geesthacht.de

FA/FÄ Anästhesie für Mitarbeit/ Partnerschaft ambulante Narkosen gesucht.

Kontakt:
A.Sandmann1@gmx.de

FA (m/w/d) Nephrologie im Hamburger Umland

von inhabergeführtem MVZ mit 2 Standorten gesucht.
Zunächst Anstellung in Teil- oder Vollzeit.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an dialysemvz@online.de

Kommen Sie in unser Team.

Wir suchen

Ärztinnen*Ärzte (m/w/d) für den psychiatrischen Rufbereitschaftsdienst und/oder den Infektionsschutz auf Honorarbasis

- Fachärzte*innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder in der Psychiatrie erfahrene Ärzte*innen für die Teilnahme an der psychiatrischen Rufbereitschaft nach PsychHG Schleswig-Holstein
- Ärzte*innen im Infektionsschutz für ärztliche Aufgaben der Kontaktpersonennachverfolgung im Rahmen der Corona-Pandemie

Darauf können Sie sich freuen: Auf einen Honorarvertrag mit einer angemessenen Vergütung. Die Einsatzzeit kann individuell vereinbart werden. Die Vergütung besprechen wir gerne persönlich mit Ihnen.

Neugierig geworden? Dann sind wir schon gespannt auf Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte über unsere Homepage www.kreis-pinneberg.de im Karriereportal unter Aktuelle Stellenangebote einstellen. Wir freuen uns über Bewerbungen von Personen jeden Geschlechts, um in den Teams ein ausgewogenes Verhältnis zu haben. Schwerbehinderte Bewerber*innen werden bei ansonsten gleicher Eignung bevorzugt.

Für Rückfragen zum Aufgabengebiet und zu den Anforderungen steht Ihnen Frau Dr. Angelika Roschning unter der Telefonnummer (04121) 4502 3328 gern zur Verfügung. Ihr Ansprechpartner zum laufenden Auswahlverfahren ist Herr Jens Matthias Voß, Telefon (04121) 4502 1159.

Wir freuen uns auf Sie!



VATTENFALL 

Für die Vattenfall Europe Business Services GmbH suchen wir ab 1.8.2021 befristet bis 31.5.2022 einen

Facharzt für Arbeitsmedizin (w/m/d)

als Elternzeitvertretung in Voll- oder Teilzeit (50%) am Standort Hamburg.

Das Gesundheitsmanagement am Standort Hamburg stellt die arbeitsmedizinische Betreuung von rund 2.250 Mitarbeitenden des Vattenfall Konzerns in der Region Hamburg sicher.

Ihre Herausforderungen

- Sämtliche betriebsärztliche Aufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz, insbesondere arbeitsmedizinische Vorsorgen, Eignungsuntersuchungen und Betriebsbegehungen
- Beratung und Unterstützung der Führungskräfte sowie Mitarbeitenden in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Prävention
- Tätigkeitsstandort ist Hamburg mit gelegentlichen Außendienstseinsätzen in Schleswig-Holstein

Ihr Profil

- Facharzt für Arbeitsmedizin (w/m/d) oder Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
- Ermächtigung für Untersuchungen nach Strahlenschutzverordnung ist wünschenswert, im Idealfall auch Ermächtigung für Offshore-Untersuchungen
- Hohe soziale Kompetenz, Teamfähigkeit, Eigeninitiative und Kundenorientierung

Wir sind davon überzeugt, dass Vielfalt dazu beiträgt, unser Unternehmen leistungsfähiger und attraktiver zu machen. Schwerbehinderte Menschen werden bei gleicher fachlicher Eignung besonders berücksichtigt.

Unsere Organisation

Energie ist unser Beitrag zur Lebensqualität – jeden Tag aufs Neue. Mit rund 20.000 Mitarbeitern stellt Vattenfall Angebote rund um Strom und Wärme für Millionen Kunden bereit. Für die kommenden Aufgaben brauchen wir Menschen, die sich mit ganzer Kraft für unsere Kunden engagieren – Menschen wie Sie.

Was wir bieten

Arbeiten bei Vattenfall ist mehr als „nur“ ein interessanter Job in einem ergebnisorientierten Unternehmen. Sie werden Teil eines herausfordernden, komplexen und internationalen Arbeitsumfeldes, welches unsere digitale Zukunft aktiv mitgestalten kann.

Zusätzliche Informationen

Fragen zum Bewerbungsprozess beantwortet Ihnen Herr Marc Hofmann unter +49 40 79022 7788. Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an marc.hofmann@vattenfall.de

Aufgrund von COVID-19 haben wir den Bewerbungsprozess den aktuellen Bedingungen angepasst und führen unsere Vorstellungsgespräche per Videokonferenz durch.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

FÄ / FA (M/W/D) DER ALLG.MED. / INNEREN MED. in Voll- oder Teilzeit

Für unsere hausärztlichen Praxisstandorte in Horn, Hamm, Bramfeld, Barmbek und Steilshoop suchen wir FÄ / FA (m/w/d) der Allg. Med. / Inneren Med.

Wir haben Ihr Interesse geweckt?
Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an:
E-Mail: info@hausarztpraxen-hamburg.de

Suche angestellten **Arzt/Ärztin** für **Allgemeinmedizin oder** **Innere Medizin in Teilzeit.**

Moderne Praxis, neueste Geräte, großes Spektrum, sehr nettes Team.
Praxis Dr. Westphal,
Hagener Allee 21, 22926 Ahrensburg
c.westphal@praxis-dr-westphal.de

Kolleg*in gesucht!

FÄ/FA Allgemeinmedizin/ Innere
(25-30Std./W) zur Vervollständigung
unseres tollen Teams in großer Haus-
arztpraxis in Harburgs Süden gesucht.
Kontakt: praxis.wilstorf@gmx.de

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

Nette gynäkologische Praxis
in Elmshorn sucht ab dem
1.6.2021 oder später
Facharzt/Fachärztin
zur Anstellung in TZ (max. 20 Std)

Wir freuen uns über Ihre
Kontaktaufnahme unter:
goentjeknudsens@kk-gyn.de

AUGEN

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

Bewerbung bitte an
bewerbung@augenklinik-kempton.de

FÄ/FA Allg.med./Innere

in Voll- oder Teilzeit
ab sofort oder später
für etablierte Hausarztpraxis
in Hamburg-Wandsbek Ost gesucht.
0171-948 97 14 - afh.hh@gmx.de

FA/FÄ für Allg./Innere Medizin

von großer Praxis in HH-Süd
ab sofort zur Verstärkung gesucht.
Kontakt: arztpraxishh@yahoo.de

FA/FÄ für Allgem./Innere
in TZ/VZ für hausärztl. MVZ gesucht
dr.mahaleh@avicenna-hamburg.de
www.avicenna-hamburg.de

FA Anästhesie

Große Anästhesiepraxis mit breitem
klinischen Spektrum sucht zur Verstär-
kung einen Facharzt für Anästhesie
(m/w/d) in Voll- oder Teilzeit.
Tel. 040 31 77 92-0 Info@Narkose-HH.de

elbbüro

anzeigen@elbbuero.com

Renommierte Praxis für Ästhetische Medizin

Schwerpunkt: Faltenbehandlung
mit Hyaluron/Botox. Biete: Spezialisie-
rung in Ästhetischer Medizin, VZ/TZ.
Gerne auch ältere Kollegin.
Kontakt: zeit-fuer-meer@web.de

**FA (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

Wir suchen

Pneumologen/in

Großartig wären onkologische
und/oder schlafmedizinische Erfahrung.

Kontakt: aries@elbpneumologie.de



www.elbpneumologie.de

elbpneumologie

Stellengesuche

FÄ für Allgemeinmedizin

(erfahren, interessiert) sucht
Mitarbeit (TZ) in Team (BAG/PG)
Mitarbeit.Praxis@web.de

HNO-Facharzt mit Praxiserf.

sucht Praxisvertretung oder
Anstellung in/um HH
facharztthno@yahoo.com

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

ERF. ALLGEMEINÄRZTIN

mit langjähriger Privatpraxis sucht
hausärztliche Kassenpraxis
im Raum Pinneberg zum gemein-
samen Arbeiten und Wirtschaften.
Kontakt: allgemeinarztpti@gmx.de

DEGUM II Pränatalmedizin

mit langjähriger Praxiserfahrung
auch im gynäkologischen Bereich
sucht neue Praxistätigkeit in Teilzeit
in Hamburg oder näherem Umland.
Ich freue mich auf Zuschriften unter:
praenatal-hh@gmx.de

DANKE FÜR ALLES
sos-kinderdoerfer.de



ERF. ALLGEMEINÄRZTIN

mit langjähriger Privatpraxis sucht
hausärztliche Kassenpraxis
im Raum Pinneberg zum gemein-
samen Arbeiten und Wirtschaften.
Kontakt: allgemeinarztpti@gmx.de

ALLGEMEINÄRZTIN

langj. Erfahrung als selbstständige Niedergelassene, Sportmedizin/
Sonographie/Psychosomatik, regelmässige Teilnahme am Notdienst,
teamfähig und belastbar sucht Tätigkeit als Angestellte in MVZ oder
größerer Praxis frühestens zum 01.04.2022.

Kontakt unter : imogenschiedermair@web.de oder 0170/9068029

Für ein zu gründendes **Lokales Gesundheitszentrum in HH-Dulsberg**
(in Anlehnung an das Modell Poliklinik Veddel) suchen wir ab 2022

engagierte/n Haus- oder Kinderarzt*innen

mit KV-Sitz (auch Zweigpraxis / Teilzeit).
Evtl. Sonderbedarfszulassung für KV-Sitz möglich.

Kontakt: Stadtteilbüro Dulsberg (stb@dulsberg.de)

Vertretungen

Arzt (Gyn)

sucht Mitarbeit in Praxis, Klinik oder Firma, gerne OP Assistenz, Diabetesberatung, Impfen, Gyn. (fachfremd) o.ä. flexibel, 0172-401 09 82

Nephrologin / Nephrologe

für tage- oder wochenweise **Vertretung** in der Dialysepraxis Wedel gesucht, vorzugsweise **im Juli / August und Oktober**. Keine zus. Praxis-Sprechstunde.

Dr. E. Tatsis / Dr. F. Kunigk
Kontakt: mvz-dialysepraxis@gmx.de oder 04103-96 27 00



IHR NEUER ARBEITSPLATZ

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

Unsere Teams sind in rund 60 Ländern im Einsatz. Werden Sie ein Teil davon!

Informieren Sie sich online:
www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten



Sonstiges

PRAXISNACHLASS

Diverse ältere gut erhaltene Gegenstände **günstig abzugeben**.

- Hellige Echokamera SSD210 DX mit Standardschallkopf
- Mauser-Karteischrank
- Notfallkoffer Fa. Weinmann
- Melag-Heißluftsterilisator
- Cardiotest EK 53
- Wilomed-Mikroskop
- Zentrifuge Fa. Hettich EBA 53
- Bosch Reizstromgeräte (Dynamed/Vacumed)
- Instrumentendesinfektionswanne
- Infusionsständer
- Röntgenbetrachtungsgerät
- Verbandstischchen mit Röntgenauflage
- Variocar Gerätewagen
- Verbandswagen mit anschraub. Beinablage
- Papierhandtuchbehälter u.w.m.

Kontakt: hsarrazinstrohm@yahoo.de oder Tel: 04161/ 73 262 76

FRÜHLINGSGEFÜHLE an der Ostsee?

Neurologin, 44J., mit Kind (8J.) sucht sympathischen ärztlichen Kollegen fürs Leben und die Liebe.
power-of-me@web.de

elbbüro
anzeigen@elbbuero.com

Hausaufgaben machen. Ein Wunsch, den wir Millionen Kindern erfüllen.

Aruna, ein Junge aus Sierra Leone, musste früher arbeiten. Heute geht er in die Schule. Wie er seinen Traum verwirklichen konnte, erfahren Sie unter: brot-fuer-die-welt.de/hausaufgaben

Mitglied der **actalliance**

Brot für die Welt

Würde für den Menschen.

Praxisübernahme

Im Mandantenauftrag suchen wir eine/n Nachfolger/in für eine etablierte hausärztlich internistische Einzelpraxis mit privatärztlich kardiologischem Schwerpunkt im Hamburger Westen

- ✓ Sehr umsatzstark
- ✓ Hoher Privatanteil
- ✓ Repräsentative Lage
- ✓ Einarbeitung möglich
- ✓ Eingespieltes Praxisteam
- ✓ Gute Erreichbarkeit/Anbindung ÖPNV

Kontakt: torsten.schudde@adiuvare.de · Tel. 040-87 87 06 39 oder 0172-4511710

adiuvare
Beratungsgesellschaft für Heilberufe mbH

Weidestraße 120 b · 22083 Hamburg
www.adiuvare.de

DANKE



sos-kinderdoerfer.de

SOS KINDERDÖRFER WELTWEIT

Höchste Zeit, neue Türen aufzustoßen!

WIR MACHEN'S MÖGLICH.

Sie möchten eine Praxis gründen oder übernehmen? Allein oder im Team? In einer Einzelpraxis oder einer Berufsausübungsgemeinschaft? Gemeinsam finden wir die Praxisform, die zu Ihnen passt, und planen mit Ihnen alle nötigen Schritte.

Vereinbaren Sie einfach einen Termin!

Deutsche Ärzte Finanz

Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung

Service-Center Hamburg

Weidestraße 124 · 22083 Hamburg · Telefon 040 68 98 99 820
sc-hamburg-litzendorf@aerzte-finanz.de

Unsere aktuellen Angebote

BAG-Anteile Augenheilkunde zu 01/22

BAG-Anteil Orthopädie

BAG-Anteil HNO

EP Kinderheilkunde

Wir suchen Praxen bzw. Praxisanteile aller Fachrichtungen in Hamburg und Umgebung

Im Auftrag unserer Kunden (keine MVZ) suchen wir Praxen bzw. Praxisanteile sämtlicher Fachrichtungen, die kurz- bis mittelfristig veräußert werden sollen.

Gerne unterstützen wir Sie bei der Ermittlung des Praxiswertes und koordinieren den gesamten Abgabeprozess.



Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung

Service-Center Hamburg Litzendorf
Weidestraße 124 · 22083 Hamburg
Telefon 040 68 98 99 820
sc-hamburg-litzendorf@aezrte-finanz.de

Kleine dermatologische Privatpraxis sucht Nachfolger.

Sehr gute Lage mit Anbindung an verschiedene Facharztpraxen und günstiger Kostenstruktur. Sehr gutes Entwicklungspotential. Kontakt unter Chiffre A 4548

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

Kontakt unter johffah@gmx.de

Umsatzstarke pneum. FA-Praxis

in Nord-Niedersachsen aus Altersgründen abzugeben. Erreichbar im HVV-Gesamtbereich.

Ggf. auch Übernahme des intern. FA-Sitzes (Pneumologie, Kardiologie, Nephrologie).

Kontakt unter Chiffre H 4583

Neurologisch-psychiatrische Praxis in Uelzen-Stadtzentrum

Äußerst umsatzstarke Praxis (KK'en und Privat) an Neurologen oder Psychiater-Psychotherapeuten aus Altersgründen abzugeben. Kontakt unter Chiffre D 4561

Privatpraxis

für Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin, Innere Medizin in OWL abzugeben. Chiffre B 4552

Trau Dich!

Hausarzt Praxis im Südwesten Hamburgs abzugeben. anders, klein, fein und ruhig
Tel 0152 52590645

Praxisräume

PRAXISRÄUME IM GESUNDHEITZENTRUM HAMBURG-BERGEDORF ZU VERMIETEN

FLÄCHEN: **90 m², 125 m² und 192,50 m²**

Bestandmieter 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

Physiotherapeut

sucht (1-2) Praxisräume, mind. 20 - 25 m², gerne in PG, Zentral (Harvesteh., Eppend., Alsterdorf, Winterhude o.ä.). Chiffre E 4566

FA Neurologie/Psychiatrie mit KV-Zulassung

sucht neue Praxisräumlichkeit in Hamburg zentral. E-Mail: neuro-psych-hh@gmx.de

Fachärztlich Intern.Praxis mit Schwerpunkt Kardiologie

in Hamburg abzugeben. Kontakt unter Chiffre F 4576

Praxis (Psychiatrie/Neurologie)

Psychosom. Med. und Psychotherapie, Psychoanalyse, zentral in Hamburg abzugeben. Kontakt: 0179 - 401 40 02

HNO-Gemeinschaftspraxis in Hamburg sucht Nachfolger

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

DANKE FÜR ALLES

sos-kinderdoerfer.de



SOS KINDERDÖRFER WELTWEIT

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

Ganzen oder halben KV-Sitz Gynäkologie

in HH-Niendorf zwecks Erweiterung einer Einzelpraxis gesucht
Übernahme mit Anstellung des Abgebers möglich
Kontakt: frauenarzthh@gmail.com

Suche KV-Sitz Gynäkologie

in Hamburg zur Übernahme in bestehende Praxis in 2021/2022. Kontakt unter Chiffre G 4577

Anästhesie-Sitz südlich von Hamburg abzugeben.

Schmerzpraxis Buchholz-Nordheide
Telefon: 04181-218385



Hamburg-Marmstorf

Gewerbefläche für Arztpraxis zu vermieten

hochwertiges, saniertes Büro- und Ärztehaus, Praxen im Haus: Allgemein-, Kinder- und Zahnarzt, zahnmed. Labor im 2. OG mit Fahrstuhl · ca. 344 m² · 6 PKW-Parkplätze · Keller

Umbauten erfolgen gemäß Mieterwünschen
frei ab 1/2022 - provisionsfrei



P. + P. Jani GmbH & Co. KG
www.pjani.eu · 0172 / 92 95 324



Steuerberatung



AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

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

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.



Wertgutachten

Stefan Siewert - Dipl.-Kfm.
Steuerberater ~ Rechtsbeistand



PraxValue

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

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

Wirtschaftlichkeitsanalysen
für freiberufliche und gewerbliche
Unternehmen (KMU)

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

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

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen
unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail an:
elbbüro Stefanie Hoffmann Chiffre (Nr. der Anzeige entnehmen)
Bismarckstr. 2 • 20259 Hamburg oder anzeigen@elbbuero.com.

Balint-Gruppe

**Balintgruppe
in Altona**

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

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

www.care.de

IBAN: DE 93 3705 0198
0000 0440 40



care
Die mit dem CARE-Paket

Rechtsanwälte



PRAXISRECHT.de

Ihr Spezialist in allen Rechtsfragen für
**Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Krankenhausträger,
Berufsverbände und alle anderen Unternehmen
des Gesundheitswesens.**

Wir sind bundesweit für Sie aktiv. Ihre nächstgelegene Kanzlei
befindet sich in Hamburg, Berlin oder Heidelberg.

Rechtsanwälte & Fachanwälte für Medizinrecht | Steuerrecht
Kanzlei Hamburg | Lokstedter Steindamm 35 | 22529 Hamburg
Telefon +49 (0)40 239 087 60 | E-Mail hamburg@praxisrecht.de

**Anzeigenschlusstermine
Ausgabe Juni 2021**

Anzeigen im redaktionellen Teil:
14. Mai 2021
Rubrikanzeigen:
19. Mai 2021

Medizintechnik



AMT
Abken Medizintechnik

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

Konfigurieren Sie jetzt, schnell und
unkompliziert in nur wenigen Klicks
Ihr Wunsch-Ultraschall-Gerät über
unsere Ultraschall-Finder. Mit dem
QR-Code oder auf www.amt-abken.de.



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

Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!

Wir beraten Sie kompetent zu den Themen Ultraschall-
geräte, 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

PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers



Hamburgs bester Werbeträger für Ärzte und Psycho- therapeuten

Das Hamburger Ärzteblatt informiert
11 mal im Jahr über zentrale Themen
aus dem Gesundheitswesen.

Das breite Themenspektrum umfasst
medizinisch-wissenschaftliche Beiträge,
Fallbeispiele sowie aktuelle gesund-
heitspolitische Themen.

Mit einer Auflage von 20.000 Exemplaren
erreicht das Hamburger Ärzteblatt alle
Hamburger Ärztinnen und Ärzte sowie
wichtige Entscheidungsträger.

elbbüro [®]
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2 | 20259 Hamburg
fon (040) 33 48 57-11 | fax -14
anzeigen@elbbuero.com