

03•21

11. März • 75. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Online-Diskussion

Positionsbestimmung zum
assistierten Suizid

Forum Medizin | 26

KHK und Vorhofflimmern

Aktuelle Empfehlungen zur
medikamentösen Therapie

Forum Medizin | 30

Antikörperdiagnostik

SARS-CoV-2- Infektion:
Testsysteme im Vergleich

Das Thema | 12

Diagnostik und Therapie

Das Ohr zur Welt

Wie schwerhörige Patienten mit Hörgeräten, Hörsystemen
und Implantaten optimal versorgt werden können



SCHON GEWUSST ... ?

www.asklepios.com

Asklepios Krebskongress goes virtuell



Vom 11.-13.02.2021 fand der 3. Asklepios Krebskongress pandemiebedingt – passend zum diesjährigen Motto Krebs und Digitalisierung – erstmals vollständig digital statt.

„Die Digitalisierung rückt in fast allen Bereichen des menschlichen Lebens verstärkt in den Fokus“, betont Kongresspräsidentin PD Dr. Silke Tribius, die die Veranstaltung gemeinsam mit Prof. Dr. Dirk Arnold, Medizinischer Vorstand des Asklepios Tumorzentrums Hamburg, leitete. „Dies führte uns zur Wahl des Schwerpunktes“, ergänzt die Fachärztin für Strahlentherapie. „Zudem können in der Krebsmedizin durch die digitale Entwicklung bereits jetzt Diagnosen beschleunigt und Therapien schneller eingeleitet werden, was den Blick in die Zukunft spannend macht.“

Besonders die Keynote Lectures von Prof. Dr. Solange Peters, der derzeitigen Präsidentin der ESMO, „Oncology in the 2020s and beyond: Challenges related to the pandemic and how we will create the future“ und von Bart de Witte über „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Ein zweischneidiges Schwert?“, letztere mit 1.230 Zuhörern, stießen auf breites Interesse. Daneben wurden auch in den beiden Plenarsitzungen die Möglichkeiten und Chancen der Digitalisierung hervorgehoben, aber auch Grenzen der globalisierten Datenwelt verdeutlicht.

Der 1. Pflgetag und 3. Patientenaktionstag rundeten das umfangreiche, mehr als 32 Stunden umfassende Kongressprogramm mit mehr als 100 internationalen und nationalen Expert*innen ab. Merken Sie sich bereits jetzt den 4. Asklepios Krebskongress vom 09.-11.02.2023 vor.

Asklepios ist offizieller Förderer der APS Kampagne #DeutschlandErkenntSepsis

DEUTSCHLAND ERKENNT SEPSIS
Eine Initiative des Asklepios-Tumorzentrums Hamburg

**Ich unterstütze
#DeutschlandErkenntSepsis
weil ...**

... für Asklepios die Patientensicherheit an höchster Stelle steht und wir mit einer Vielzahl von Standards und Methoden dazu beitragen, dass unsere Patienten bei uns die beste und sicherste stationäre und ambulante Versorgung erhalten. Dazu gehört auch und vor allem die frühzeitige Diagnose der Sepsis und deren Behandlung.

www.deutschland-erkennt-sepsis.de

Verband, CMO
Prof. Dr. Christoph U. Herbers

DEUTSCHLAND ERKENNT SEPSIS
ASKLEPIOS
Sepsis Stiftung
SEPSIS-AM-1
SEPSIS DIALOG

Sepsis ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Jedes Jahr sterben allein in Deutschland etwa 75.000 Menschen an einer Sepsis. Wer die Krankheit übersteht, leidet oft an schweren Folgeschäden. Dabei gelten 15.000 bis 20.000 Todesfälle in Deutschland als vermeidbar, wenn Sepsis früh erkannt und schnell und kompetent behandelt wird. Ein erheblicher Anteil der Sepsis-Fälle entsteht aus Alltagssituationen. Obwohl Sepsis ein ebenso

zeitkritischer Notfall ist wie ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall, ist das Krankheitsbild insbesondere in der Bevölkerung, teilweise aber auch bei den Fachkräften im Gesundheitswesen zu wenig bekannt.

**Sie wollen mehr
über uns erfahren?**

www.facebook.com/asklepioskliniken
www.youtube.com/asklepioskliniken
www.twitter.com/asklepiosgruppe

 **ASKLEPIOS**
Gesund werden. Gesund leben.



Dr. Dirk Heinrich

Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

„Der Weg aus der Krise führt über Geduld und Engagement in der Sache und nicht über Alarmismus und Aufgeregtheit.“

„Bleiben Sie besonnen, halten Sie weiter Kurs!“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die SARS-CoV-2-Pandemie belastet nicht nur Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik, nicht nur Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte, sondern auch viele andere Bereiche unserer Gesellschaft. Die gesamte Wirtschaft leidet, und es gibt große Lasten zu schultern. Mit der schon fast unwirklich schnellen Bereitstellung von Impfstoffen besteht aber jetzt für uns alle die Hoffnung, die Krise doch in absehbarer Zeit zu bewältigen.

Nach einer kurzen Euphorie trat dann aber Ernüchterung ein, als nicht sofort massenweise Impfstoff für jedermann zur Verfügung stand. Die Angst vor der Pandemie ist eben groß. Der Run auf den Impfstoff ist entsprechend immens. Jetzt rächt sich das Schüren von Panik durch die vielen Alarmisten, die sich entweder als Politiker profilieren oder als Ex-Berufspolitiker mehr ihrem Ego als der Sache dienen wollen. Unser Land hat schlicht zu viele selbsternannte Virologen und Epidemiologen. Sie alle tragen ein gerüttelt Maß an Verantwortung für die derzeitige Situation. Alarmismus ist das Einfachste der Welt. Trifft das Vorhergesagte ein, hat man recht gehabt. Trifft es nicht ein, interessiert es keinen mehr. Der Besonnene hingegen wird schnell als Verharmloser verunglimpft. Dabei wäre besonnener Optimismus angebracht. Noch nie gab es so schnell einen Impfstoff gegen eine neue Krankheit. Noch im Laufe der nächsten Monate wird er auch in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. In der Zwischenzeit helfen uns weiterhin die AHA-Schutzmaßnahmen. In Hamburg haben wir ein riesiges Impfzentrum in Rekordtempo aus dem Boden gestampft. Mehr als 1.000 freiwillige Ärztinnen und Ärzte sowie MFAs haben sich gemeldet. Die Stimmung im Zentrum ist toll und die Dankbarkeit der Geimpften groß, ihre Rückmeldungen sind durchweg positiv. Mit unseren mobilen Teams haben wir mittlerweile alle 149 Altenpflegeheime in Hamburg durchgeimpft. Es geht also voran, und es wird jeder drankommen. Jeder zu seiner Zeit.

Der Weg aus der Krise führt über Geduld und besonnenes Engagement in der Sache und nicht über Alarmismus und Aufgeregtheit.

Natürlich wurden auch Fehler gemacht. In einer Pandemie-Situation – mit zu knappem und neuen Impfstoff und dem hohen Erwartungsdruck – war das fast unvermeidlich. Populistische Kommentare von Zeitungschefredakteuren helfen da ebenso wenig weiter wie die Einlassungen der „Ich-habe-es-doch-immer-gesagt“-Besserwisser, die das vorher aber nie wirklich gesagt haben. Auch hier täten uns konstruktive Kritik und Gelassenheit gut. Alle gesellschaftlichen Kräfte tragen in der Krise Verantwortung. Aber nicht jeder empfindet offensichtlich diese Verantwortung.

Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle bei allen in der Krise aktiv Tätigen, den Besonnenen und denen, die unangeregt ihrer Verantwortung nachkommen, ausdrücklich ganz herzlich bedanken und Sie alle bitten: Bleiben Sie besonnen und halten Sie weiter Kurs. Sie tragen uns durch die Krise! Ich danke auch für die vielen positiven Zuschriften, die vielen freiwilligen Meldungen, die großartige Arbeit aller in KV und Kammer und für die sehr gute Zusammenarbeit im Hamburger Corona-Impfzentrum.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Ihr



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

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

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

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

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

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

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*

03·21

Hamburger Ärzteblatt



Dr. Christoph Külkens und **Dr. Oliver Niclaus**, Asklepios Klinik Nord-Heidelberg, bieten einen Überblick über die vielfältigen Therapieansätze bei Schwerhörigkeit (Seite 12). **Prof. Dr. W. Martin Bergmann**, Asklepios Klinik Altona, und Kollegen erläutern die aktuellen Empfehlungen zur medikamentösen Therapie bei KHK und Vorhofflimmern (Seite 26). **Prof. Dr. Philipp Osten**, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE, schreibt über das lange Ende der Pest in Hamburg. Eine Münze von 1714 erinnert an den „Schwarzen Tod“ (Seite 34).



Das Thema

12 Diagnostik und Therapie von Schwerhörigkeit

Das Ohr zur Welt.

Von Dr. Christoph Külkens,
Dr. Oliver Niclaus

Service

- 6 Gratulation
- 9 In memoriam
- 25 Leserbrief
- 28 Rezension
- 29 Neues aus der Wissenschaft
- 36 Bilder aus der klinischen Medizin
- 37 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6·10 **Personalien** · Nachruf auf den Chirurgen Prof. Dr. Klaus Rückert · Ehre für UKE-Mediziner · Prof. Dr. Michael Hübler leitet Klinik für Kinderherzmedizin am UKE · Prof. Dr. Uta Gaidys in Wissenschaftsrat berufen · Prof. Dr. Axel Wetter übernimmt die Radiologie im AK Harburg
- News** · Dr. Martini-Preis 2021 für fünf Nachwuchsforschende des UKE · Hamburg goes digital – Telemedizin · Sprechstunde beim Kammerpräsidenten · UKE-Studie zu Corona-Toten: Viele hatten Vorerkrankungen · Frühwarnsystem für Coronavirus-Mutanten · Hamburger leben länger! · Behörde legt Gesundheitsbericht vor · Ärzteorchester: Es geht weiter – irgendwann ... · Marburger Bund: Jahreshauptversammlung · Digitale Qualitätskonferenz zu Harnblasen- und Nierenkrebs
- 11 **COPSY-Studie** · Fast jedes dritte Kind psychisch auffällig.

Gesundheitspolitik

- 18 **Assistierter Suizid** · Konsens suchen, Sorgen aufnehmen. *Von Dorte Kieckbusch*
- 22 **Vertreterversammlung der KVH** · „Sensationell, dass wir heute schon Impfstoffe haben!“ *Von Dr. phil. Jochen Kriens*

Forum Medizin

- 26 **Aktuelle Empfehlungen** · Medikamentöse Therapie bei KHK und Vorhofflimmern. *Von Prof. Dr. Martin W. Bergmann, Dr. Britta Goldmann, Dr. Melanie Hümmelgen, Dr. Ingmar Nowak, Dr. Felix Meincke, Dr. Gerian Grönefeld, Prof. Dr. Alexander Ghanem, Dr. Behrus Subin, Dr. Thomas Twisselmann, Dr. Michael Weisbach*
- 30 **Testsysteme im Vergleich** · Antikörperdiagnostik bei SARS-CoV-2-Infektionen. *Von Dr. Klaus-Martin Otte, Dr. ret. nat. Katharina Knittler*
- 32 **Der besondere Fall** · Einfluss von Probeentnahme-Systemen auf die Laboranalytik. *Von Dr. Marcial Velasco Garrido, Dr. rer. nat. Frederik Lessmann, Univ.-Prof. Dr. Volker Harth, PD Dr. Alexandra M. Preisser*
- 34 **Bild und Hintergrund** · Das lange Ende der Pest in Hamburg. *Von Prof. Dr. Philipp Osten*
- 37 **Der blaue Heinrich** · Eine Art russisches Roulette. *Ausgewählt von Katja Evers*

Mitteilungen

- 38 **Ärztetkammer Hamburg** · 361. Sitzung der Delegiertenversammlung
 - 38 **Kassenärztliche Vereinigung Hamburg** · Vertragsarztsitze · Ermächtigungen Ärzte
- Dieser Auflage liegt folgender Flyer bei:** Teilbeilage (Niedergelassene und dort angestellte Ärzte): Epilepsiezentrum Hamburg; Ev. Krankenhaus Alsterdorf gGmbH; MCE – Medical Congresses & Events

Gratulation

zum 95. Geburtstag

- 01.04. **Dr. med. Richard Ernst**
 Facharzt für Hals-Nasen-
 Ohrenheilkunde

zum 85. Geburtstag

- 18.03. **Dr. med. Anatol Kurme**
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 01.04. **Dr. med. Peter Böttger**
 Facharzt für Anästhesiologie
- 06.04. **Dr. med. Peter Sievers**
 Facharzt für Innere Medizin
- 07.04. **Prof. Dr. med. Enno Christophers**
 Facharzt für Haut- und
 Geschlechtskrankheiten

zum 80. Geburtstag

- 22.03. **Heinz-Jürgen Römmelt**
 Arzt
- 24.03. **Dr. med. Rüdiger Neumann**
 Facharzt für Orthopädie
- 03.04. **Dr. med. Ehler Ehlers**
 Facharzt für Innere Medizin
- 04.04. **Dr. med. Sigrid Wiebe**
 Fachärztin für Innere Medizin
- 08.04. **Dr. med. Hans-Jochen Vogt**
 Arzt
- 09.04. **Dr. med. Wolfgang Kurz**
 Facharzt für Frauenheilkunde
 und Geburtshilfe
- 11.04. **Dr. med. Heinrich Gocke**
 Facharzt für Innere Medizin
- 11.04. **Dr. med. Bärbel Proescher**
 Ärztin
- 12.04. **Dr. med. Jürgen Gätjen**
 Facharzt für Innere Medizin

zum 75. Geburtstag

- 18.03. **Dr. med. Wolfgang Titz**, Arzt
- 23.03. **Dr. med. Jutta Siemensen**
 Ärztin
- 31.03. **Margarethe Stengel**
 Fachärztin für Psychiatrie
- 04.04. **Dr. med. Wolfgang Prescher**
 Facharzt für Chirurgie
- 06.04. **Dr. med. Wolf Michael von Gersum**
 Arzt
- 09.04. **Dr. med. Klaus Friesen**
 Arzt
- 10.04. **Dr. med. Michael Heinen**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
- 11.04. **Dr. med. Elke Brüning**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 13.04. **Dr. med. Thomas Menzel**
 Facharzt für Innere Medizin

zum 70. Geburtstag

- 21.03. **Dr. med. Björn Kourist**
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Arbeitsmedizin
- 22.03. **Dr. med. Georg Böning**
 Facharzt für Kinder- und
 Jugendmedizin

Nachruf Der Chirurg Prof. Dr. Klaus Rückert ist im Alter von 73 Jahren kurz vor Weihnachten viel zu früh verstorben.

Mutiger Erneuerer



Prof. Dr. Klaus Rückert

Klaus Rückert, geboren 1947 in München, studierte Medizin in Göttingen. Eigentlich wollte er Internist werden, doch es kam anders: In seiner Assistenzzeit im Kreiskrankenhaus Ammerland entschied er sich 1975 für den Wechsel an die Universitätsklinik Mainz zu seinem chirurgischen Lehrer Prof. Dr. Fritz Kümmerle, der ihn nachhaltig beeinflusste. Nach seiner Facharztweiterbildung 1979 und der Habilitation 1980 wurde Prof. Dr. Klaus Rückert Oberarzt der chirurgischen Klinik der Universität Mainz. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt war das Pankreas. Diagnostik und Therapie endokriner Tumore beeinflusste er durch Weiterentwicklung und Verbreitung des intraoperativen Ultraschalls entscheidend; über 100 Publikationen zeugen davon.

Das Allgemeine Krankenhaus Heidberg sollte 1986 geschlossen werden. Mit Mut übernahm Rückert die Chirurgie und machte daraus eine überregional anerkannte Klinik für Allgemein- (Viszeral-), Gefäß- und Unfallchirurgie. Diesen Aufbruch flankierte er, indem er seine Assistenten förderte und alle Initiativen unterstützte, die die Klinik voranbrachten. Als Chirurg war er ein exzellenter Lehrer, der didaktisch klar alle Operationsschritte beibrachte. Er schickte uns aber auch zur

Ultraschallausbildung nach Erlangen und Aachen. So entstand eine Ultraschallabteilung in der Chirurgie, die alle gängigen Untersuchungen umfasste. Mit „See one, do one, teach one“ ermunterte er uns, Sonografiekurse durchzuführen, was wir bis heute tun.

1989 führte Klaus Rückert die erste endoskopische Gallenblasenentfernung in Hamburg durch und brachte so die „laparoskopische Revolution“ zu uns. Er begleitete die Aus- und Weiterbildung der neuen Techniken und initiierte das Hamburger MIC-Symposium. Er gründete das erste Kurzzeittherapiezentrum in Deutschland und förderte die Begleitforschung, die in die externe Habilitation eines seiner Schüler mündete. Rückert war außerdem im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie des Berufsverbands Deutscher Chirurgen und richtete über zwei Jahrzehnte den Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen aus. Und täglich bewies er seine exzellente Qualität als Operateur bei verschiedensten Eingriffen aller Schweregrade. Im Vordergrund stand: das Pankreas.

Noch einmal wurde er richtig gefordert: Er übernahm 2016 die Allgemein- und Viszeralchirurgie der Schön Klinik Hamburg Eilbek und überzeugte Ulf Nahrstedt, es mit ihm zu tun. Beeindruckend waren seine Ruhe, Ausgeglichenheit und die musikalische Untermalung im OP. Seine Einstellung, gepaart mit einem hohen Maß an strategischem Denken und Verständnis für die jungen Mitarbeiter, auch in schwierigen Situationen, haben uns nachhaltig geprägt.

Klaus Rückert ist viel zu früh gegangen. Wir vermissen ihn! Unser Mitgefühl gilt seiner Frau Barbara, seinen drei Kindern und den zahlreichen Enkelkindern.

Dr. Ulf Nahrstedt, Schön Klinik Hamburg Eilbek
 Prof. Dr. Henning Niebuhr, Hanse-Hernienzentrum Hamburg

Ehre für UKE-Mediziner

Prof. Dr. Tobias B. Huber, Direktor der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), ist in die Association of American Physicians (AAP) aufgenommen worden. Die AAP ist eine der ältesten amerikanischen Ehrengesellschaften für herausragende Ärztinnen und Ärzte, der weltweit rund 1.200 aktive Mitglieder angehören; darunter sieben gegenwärtige Nobelpreisträger für Medizin und Ärzte wie Anthony Fauci, der in den USA den Kampf gegen Corona anführt. Prof. Dr. Christian Gerloff, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie des UKE, ist seit dem 1. Januar Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Mit über 10.000 Mitgliedern ist die DGN die zweitgrößte neurologische Fachgesellschaft weltweit. Die Präsidentschaft ist auf zwei Jahre angelegt. | *häv*

Prof. Michael Hübler leitet Klinik für Kinderherzmedizin am UKE

Prof. Dr. Michael Hübler ist seit Februar W3-Professor für Kinderherzchirurgie und Chirurgie angeborener Herzfehler am Universitären Herz- und Gefäßzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Gemeinsam mit dem Kinderkardiologen Prof. Dr. Rainer Kozlik-Feldmann leitet er die neu strukturierte Klinik und Poliklinik für Kinderherzmedizin und Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern. Hübler war zuletzt Chefarzt der Abteilung für Herzchirurgie des Universitäts-Kinderspitals Zürich und außerordentlicher Professor für Kinderherzchirurgie an der Universität Zürich. Er verfügt über langjährige Expertise im Bereich der komplexen rekonstruktiven Kinderherzchirurgie sowie der Kinderherztransplantation und der mechanischen Kreislaufunterstützungssysteme bei Säuglingen und Kindern. Von 1989 bis 2012 leitete er am Deutschen Herzzentrum Berlin die Abteilung für Chirurgie angeborener Herzfehler. | *hüb*



Prof. Dr. Michael Hübler

Prof. Dr. Uta Gaidys in Wissenschaftsrat berufen

Prof. Dr. phil. Uta Gaidys, Professorin für Pflegewissenschaft und Leiterin des Departments Pflege und Management der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), wurde für drei Jahre in den Wissenschaftsrat berufen – dem wichtigsten wissenschaftspolitischen Beratungsgremium für die Bundesregierung und die Regierung der Länder in Deutschland. Gaidys ist seit 2008 Professorin für den Bereich Ethik und Kommunikation an der HAW. Die ausgebildete Krankenschwester mit langjähriger Erfahrung in der Intensivpflege hat in Berlin Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik studiert, später promovierte sie in Glasgow zum Thema Verantwortung und Pflege. Gaidys zeichnet ein hoher Einsatz für Forschungsprojekte zu Fragestellungen der pflegerischen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und ihren ethischen Implikationen aus. | *hüb*



Prof. Dr. Uta Gaidys

Prof. Dr. Axel Wetter übernimmt die Radiologie im AK Harburg

Vom Ruhrgebiet an die Elbe: Prof. Dr. Axel Wetter ist neuer Chefarzt der Radiologie im Asklepios Klinikum Harburg, wo er die Interventionelle Onkologie weiter ausbauen wird. Das jüngste Spezialgebiet der Radiologie etabliert sich zunehmend als vierte Säule neben Operation, Chemotherapie und Bestrahlung in der Behandlung von Krebserkrankungen. Wetter deckt das gesamte Spektrum der Interventionellen Onkologie ab. Davon profitieren insbesondere Patienten mit Lebertumoren. Der gebürtige Siegerländer hat nach Stationen in Frankfurt und Heidelberg dann am Klinikum in Duisburg seine Weiterbildung zum Neuroradiologen abgeschlossen. Er wechselt vom Universitätsklinikum Essen, wo er zuletzt als geschäftsführender Oberarzt des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie tätig war. | *hüb*



Prof. Dr. Axel Wetter

Gratulation

zum 70. Geburtstag

- 22.03. **Dr. med. Roswitha Kull**
Fachärztin für
Öffentliches Gesundheitswesen
- 23.03. **Dr. med. Eberhard Schmidt**
Facharzt für Innere Medizin
- 24.03. **Dr. med. Reinhard Eisermann**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 24.03. **Andreas Henke**
Facharzt für Radiologie
- 25.03. **Katharina Guwa**
Praktische Ärztin
- 25.03. **Viktor Vogelsang**, Arzt
- 27.03. **Prof. Dr. med. Michael Goerig**
Facharzt für Anästhesiologie
- 28.03. **Andreas Vogelhaupt**
Facharzt für Augenheilkunde
- 29.03. **Dr. med. Gerhart Glaser**
Facharzt für Urologie
- 30.03. **Dr. med. Wolfgang Backs**
Facharzt für Innere Medizin
- 02.04. **Dr. med. Mohammad Baker Ehsani**
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde
- 02.04. **Włodzimierz Kalinowski**, Arzt
- 02.04. **Dr. med. Wolfgang Krause**
Facharzt für Pathologie
- 03.04. **Dr. med. Jutta Neumann**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 03.04. **Prof. Dr. med. Thierry Somville**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 04.04. **Barbara Stubbe**, Ärztin
- 05.04. **Prof. Dr. med. Ingrid Moll**
Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
- 07.04. **Dr. phil. Barbara Doll**
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 07.04. **Dr. med. Heidi Khusrawi**
Fachärztin für Arbeitsmedizin
- 09.04. **Dr. med. Adalbert Falk**
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
- 14.04. **Dr. med. Klaus Habich**
Facharzt für Allgemeinmedizin

zum 65. Geburtstag

- 17.03. **Dr. med. Thomas Hoek**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 20.03. **Dr. med. Erwin Jacobsen**
Facharzt für Anästhesiologie
- 21.03. **Dr. med. Peter Reich**
Facharzt für Chirurgie
- 22.03. **Dr. med. Martin Schipkowski**
Facharzt für Psychiatrie
- 23.03. **Dr. med. Shahin Shamsrzi**
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
- 26.03. **Agnes Wass von Czege**
Ärztin
- 28.03. **Eva Hachmann**, Ärztin
- 30.03. **Dr. med. Wolfgang Irrling**
Facharzt für Allgemeinmedizin

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 30.03. **Dipl.-Med. Eva Maria Kühnrich**
Fachärztin für Augenheilkunde
- 31.03. **Prof. Dr. med. habil. Peter Behrens**
Facharzt für Orthopädie
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie
- 01.04. **Dr. med. Harald Gehrke**, Arzt
- 01.04. **Dr. med. Bettina Heinz**
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Fachärztin für Psychiatrie
- 01.04. **Dr. med. Thomas Wörmann**
Facharzt für Innere Medizin
- 02.04. **Dr. med. Sabine Iversen**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 02.04. **Dr. med. Uwe Vetter**
Facharzt für Anästhesiologie
- 04.04. **Dr. med. Jan Winter**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 06.04. **Elvira Vegas Lopez Manzanares**
Ärztin
- 07.04. **Gabriele Finck**, Ärztin
- 07.04. **Priv.-Doz. Dr. med. Carl-Heinz Hartwig**
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Facharzt für Orthopädie
- 07.04. **Dr. med. Adrian Krull**
Facharzt für Innere Medizin
- 10.04. **Dr. med. (MPH) Carsten Tiedeken**
Facharzt für Innere Medizin
- 12.04. **Dr. med. Doris Fischer-Radizi**
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.

Sprechstunde beim Kammer- präsidenten

Ab sofort können sich Mitglieder der Ärztekammer Hamburg mit konkreten Anliegen und Fragen oder auch allgemeinen gesundheitspolitischen Themen jeden 1. Donnerstag im Monat von 13 bis 14 Uhr an den Präsidenten der Ärztekammer, Dr. Pedram Emami, wenden. Terminvereinbarung bitte vorab per Mail an vorstand@aekhh.de. | [háb](#)



Die Preisträger des Dr.-Martini-Preises 2021: PD Dr. Christoph Waldeyer, Dr. Fabian J. Brunner, Dr. Luzia Veletzky, Dr. Anastasios Giannou, Dr. Jan Kempfski (v. l.)

Dr.-Martini-Preis 2021 für fünf Nachwuchsforschende des UKE

Der mit 10.000 Euro dotierte Dr.-Martini-Preis 2021 geht an fünf junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Dr. Fabian J. Brunner und PD Dr. Christoph Waldeyer, Klinik für Kardiologie des Universitäts Herz- und Gefäßzentrums Hamburg, haben die mit 4.000 Euro dotierte Auszeichnung für ihr Modell erhalten, das ein cholesterinabhängiges Langzeitrisiko für einen Herzinfarkt berechnet. Die beiden zweiten Preise über jeweils 3.000 Euro gingen an Dr. Luzia Veletzky, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, für ihre Studie zur Bedeutung der parasitären Tropenerkrankung Loiasis in Gabun (Afrika) und an Dr. Jan Kempfski, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, und Dr. Anastasios Giannou, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, für ihre Studie zur Erforschung eines neuartigen immunologischen Therapiekonzepts bei Darmkrebs. Dr. Eva Gümbel, Staatsrätin der Behörde für Wissenschaft, Forschung, Gleichstellung und Bezirke der Stadt Hamburg, hat gemeinsam mit Prof. Dr. Ansgar W. Lohse, Vorsitzender des Kuratoriums der Dr.-Martini-Stiftung, den ältesten Medizinpreis Deutschlands für herausragende klinische Forschungsarbeiten am 12. Februar verliehen. Das Kuratorium der Stiftung bedankt sich sehr bei Eva-Maria Greve für die großzügige Spende des Preisgelds. | [háb](#)

Hamburg goes digital – Telemedizin

Um „Telemedizin und Remote Patient Control“ geht es am 22. März 2021 ab 19.30 Uhr im dritten Teil der sehr erfolgreich gestarteten Online-Fortbildungsreihe „Hamburg goes digital“ vom Ausschuss Digitalisierung und Strategien im Gesundheitswesen der Ärztekammer Hamburg und der Fortbildungsakademie der Kammer. Im Mittelpunkt steht diesmal die Bedeutung der Telemedizin im allgemeinen ärztlichen Kontext sowie im komplexen technologischen Setting. Referenten sind Prof. Dr. Helgo Magnussen, ehemaliger Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer im Krankenhaus Großhansdorf und aktuell tätig im Medizinicum Hamburg, und Götz Magnussen, Produktmanager Telehealth bei einem Medizintechnikunternehmen. Es geht um den grundsätzlichen Sinn und die Einsatzmöglichkeiten der Telemedizin, aber auch um eine Bestandsaufnahme: von Zahl und Art der Anbieter und darüber, bei welchen Erkrankungen der Einsatz von Telemedizin sinnvoll sein kann. Dies wird anhand eines komplexen Anwendungsbeispiels, der Therapiebegleitung bei schlafbezogenen Atemstörungen, erläutert. Die Referenten wagen zudem einen Ausblick in die Zukunft von Digitalisierung und Bildgebung und in die künftig durch Wearables gestützte Forschung. Die Veranstaltung findet aller Voraussicht nach wieder online statt, dauert 1,5 Stunden und ist mit 2 Fortbildungspunkten akkreditiert. Anmeldung sowie weitere Informationen zur kostenlosen Veranstaltung über die Fortbildungsakademie: www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung.html. | [háb](#)

Ergebnisse 75 Prozent der verstorbenen Hamburger waren älter als 76 Jahre. Sieben Personen starben vor Erreichen des 50. Lebensjahrs.

UKE-Studie zu Corona-Toten: *Viele hatten Vorerkrankungen*

618 Menschen sind in Hamburg im Zeitraum von Mitte März bis Ende Dezember 2020 an einer Covid-19-Erkrankung gestorben – davon rund zwei Drittel der Untersuchten während der zweiten Pandemie-Welle ab Oktober, die meisten im Dezember. Konkret starben die meisten Infizierten an einer Pneumonie oder an den Folgen einer Thrombose. In sieben Prozent der Fälle waren die Verstorbenen zwar mit dem SARS-CoV-2-Erreger infiziert, die Infektion war aber nicht todesursächlich.

Diese Erkenntnisse beruhen auf einer Auswertung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), bei der sie alle SARS-CoV-2-assoziierten Hamburger Sterbefälle des vergangenen Jahrs eingeschlossen haben. Die Ergebnisse stellte Prof. Dr. Benjamin Ondruschka, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, am 18. Februar im UKE vor.

Die Forschenden stellten fest, dass Hamburger Covid-19-Verstorbene am häufigsten im Krankenhaus gestorben sind und regelmäßig mehrere Vorerkrankungen hatten. 20 Prozent der Verstorbenen wiesen ein krankhaftes Übergewicht auf. Im Schnitt waren die Covid-19-Verstorbene 83 Jahre alt, und 75 Prozent aller Todesopfer waren älter als 76 Jahre. Die verstorbenen Männer waren statistisch etwas jünger als die Frauen, und es verstarben mehr Männer als Frauen. Kinder oder Jugendliche waren nicht unter den untersuchten Todesfällen. Sieben Personen verstarben infolge der Infektion vor Erreichen des 50. Lebensjahrs.

Zu den häufigsten Vorerkrankungen zählen laut der Auswertung Bluthochdruck, eine chronische Niereninsuffizienz oder eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Über die Hamburger Bezirke verteilt ergaben sich für die Covid-19-Sterbefälle keine signifikanten Unterschiede in der Alters- oder Geschlechterverteilung. Prof. Dr. Stefan Kluge, Direktor der Klinik für Intensivmedizin des UKE, erläuterte im Anschluss die aktuelle Situation im UKE. Es herrsche eine hohe Impfbereitschaft unter den Patientinnen und Patienten und dem Pflegepersonal. Er appellierte eindringlich an die Hamburgerinnen und Hamburger, sich impfen zu lassen. Alle drei Impfstoffe (Biontech, Moderna, AstraZeneca) zeigen unterschiedliche Nebenwirkungen, seien aber alle sehr gut wirksam und schützten vor schweren Verläufen. | *háb*



In memoriam

Dr. med. Joachim Weiss
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
*04.05.1940 † 29.10.2020

Dr. med. Peter Stein
Facharzt für Innere Medizin
*15.09.1931 † 04.12.2020

Prof. Dr. med. Klaus Rückert
Facharzt für Chirurgie
*30.07.1947 † 17.12.2020

Dr. med. Andreas Wolff
Arzt
*07.01.1949 † 22.12.2020

Dr. med. Gerhard Brockmann
Facharzt für Innere Medizin
*12.08.1934 † 23.12.2020

Dr. med. Klaus du Bosque
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Radiologie
*18.05.1929 † 24.12.2020

Dr. med. Almuth Russell
Fachärztin für Chirurgie
*17.11.1942 † 27.12.2020

Dr. med. Otto Siems
Facharzt für Innere Medizin
*20.06.1921 † 02.01.2021

Prof. Dr. med. Achim Schmoltd
Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie
*14.08.1938 † 03.01.2021

Dr. med. Dieter Jüngling
Facharzt für Nervenheilkunde
*10.05.1930 † 08.01.2021

Frühwarnsystem für Coronavirus- Mutanten

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat gemeinsam mit dem Heinrich-Pette-Institut, Leibniz-Institut für Experimentelle Virologie (HPI) ein sequenzbasiertes SARS-CoV-2-Überwachungs- und Frühwarnsystem etabliert. Mit Unterstützung der Stadt Hamburg werden dazu in den kommenden sechs Monaten circa 4.000 der in Hamburg auftretenden SARS-CoV-2-Fälle sequenziert, die Daten analysiert und anschließend durch ein gemeinsames Expertenteam bewertet, um frühzeitig die Ausbreitung bereits bekannter, oder die Entstehung möglicher neuer Mutationen erkennen zu können. Die Plattform baut auf Forschungsarbeiten aus der Virusgenomik auf, die UKE und HPI bereits seit mehreren Jahren in Patientenproben durchführen. | *háb*

Ärztetheater: Es geht weiter – irgendwann ...

Alle fünf geplanten Konzerte des Hamburger Ärztetheaters in 2020 mussten ausfallen. Und auch in diesem Jahr bleibt ungewiss, ob es einen Auftritt geben wird. Wir drücken die Daumen, dass bald wieder geprobt und aufgetreten werden kann. Nach wie vor sind spielfreudige Interessentinnen und Interessenten herzlich willkommen. Insbesondere sucht das Ärztetheater derzeit vor allem Kontrabass und Trompete spielende neue Mitglieder. Ansprechpartnerin: Dr. Ulrike Kiesselbach (Sprecherin des Ärztetheaters), Tel. 538 49 52, E-Mail: harro.ulrike@web.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.hamburgeraearztetheater.de. | *háb*

Marburger Bund Landesverband Hamburg e. V.

Einberufung zur **Jahreshauptversammlung** am Montag, den 29. März 2021, 19 Uhr. Anstelle einer Präsenzversammlung wird die Versammlung im Wege der elektronischen Kommunikation durchgeführt. Wir bitten um Anmeldung möglichst bis zum 25. März 2021 per E-Mail an: k.vonderheyde@mb-hamburg.de.

Tagesordnung:

1. Begrüßung
2. Tätigkeitsbericht über das Jahr 2020 und Ausblick auf das Jahr 2021
3. Tarifgeschehen
4. Haushaltsabschluss 2020
5. Bericht der Kassenprüfer
6. Entlastung des Vorstands
7. Neufassung der Satzung und Beitragsordnung
Hinweis: Der Entwurf der Neufassung der Satzung und Beitragsordnung, die der Vorstand der Hauptversammlung zur Beschlussfassung vorschlagen wird, kann in der Geschäftsstelle telefonisch unter 229 80 03 oder per E-Mail an k.vonderheyde@mb-hamburg.de angefordert werden.
8. Verschiedenes

Der Vorstand

Behörde legt Gesundheitsbericht vor: *Hamburger leben länger!*



Der neue Gesundheitsbericht

Zahlreiche erfreuliche Entwicklungen für Hamburg zeigt der von der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (BAGSFI) vorgelegte Bericht „Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg“, vorgestellt im Januar. Er bietet Daten und Informationen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation in der Hansestadt, beschreibt die demografische Entwicklung, Krankheitshäufigkeiten, die Entwicklung der Sterblichkeit sowie Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Hamburg. Als aktuellstes Bezugsdatum wurde wegen gewünschter Synchronisierung der Daten das Jahr 2018 gewählt. In einigen Ausnahmefällen gilt der Stand von 2020, z. B. bei der Anzahl der Krankenhäuser (in Hamburg mehr als 60). Die Daten des Gesundheitsberichts zuvor stammen von 2009.

Nach dem Bericht ist die Säuglingssterblichkeit auf relativ niedrigem Niveau stabil. Die Lebenserwartung ist weiter gestiegen: Bei Geburt haben Mädchen durchschnittlich etwa 83 und Jungen etwa 79 weitere Lebensjahre zu erwarten. Es gibt weniger vorzeitige Sterbefälle vor dem 65. Lebensjahr als noch vor zehn Jahren. Durchblutungsstörungen des Herzens, Lungenkrebs, Demenz und Herzinfarkt sind die häufigsten Todesursachen in Hamburg. Mit Blick auf die medizinische Versorgung steht Hamburg als Metropolregion vergleichsweise gut da: Mehr als 4.000 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, 1.000 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und 2.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte stellen die ambulante medizinische Versorgung sicher. In Hamburger Krankenhäusern sind mehr als 6.000 Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung beschäftigt. Mehr als 12.000 Betten standen 2018 für Krankenhausbehandlungen zur Verfügung. Die durchschnittliche Verweildauer in Hamburger Krankenhäusern beträgt 7,6 Tage. Die längsten Liegezeiten entfallen auf Behandlungen von psychischen Erkrankungen.

Bedenkenswert ist nach wie vor: Gesundheit ist stark mit der sozialen Lage verknüpft. In den sozial schlechter gestellten Stadtgebieten zeigen sich eine höhere Krankheitshäufigkeit und eine höhere allgemeine Sterblichkeit. Den Bericht erhalten Sie als Download unter www.hamburg.de/gesundheitsberichterstattung/14867102/basisinformationen-zur-gesundheit, oder er kann bei der Sozialbehörde bestellt werden: Tel. 428 37-23 68, E-Mail: publikationen@soziales.hamburg.de. | *háb*

Digitale Qualitätskonferenz zu *Harnblasen- und Nierenkrebs*

Das Hamburgische Krebsregister lädt onkologisch aktive Ärztinnen und Ärzte zu seiner neunten regionalen Qualitätskonferenz am 14. April von 16 bis 18 Uhr ein – pandemiebedingt im Online-Format. Thema der Konferenz sind bösartige Tumore der ableitenden Harnwege und der Niere. Die geplanten Auswertungen zur Epidemiologie und klinisch-onkologischen Versorgung in Hamburg fußen auf den von Kliniken und Praxen übermittelten Meldungen. Neben Überblicksanalysen werden auch einrichtungsbezogene Beobachtungen, Leitlinien-Qualitätsindikatoren und spezielle klinische Fragestellungen aus dem Kreis der Behandelnden erörtert. Durch diese regelmäßigen Konferenzen möchte das Register seinen datengestützten Diskurs mit den Behandelnden vertiefen. Ziel ist es, langfristig zur Verbesserung der Versorgungsqualität beizutragen.

Die Veranstaltung richtet sich an Kolleginnen und Kollegen aus den Fachgebieten Urologie, Nephrologie, Onkologie und Strahlentherapie. Bei Interesse und gern auch mit Fragestellungen für die Konferenz Ihrerseits melden Sie sich bitte vorab per E-Mail an: hamburgischeskrebregister@bwfgb.hamburg.de. Fortbildungspunkte sind beantragt. | *háb*

COPSY-Studie Eine Umfrage des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zeigt, wie sehr Minderjährige unter der Krise leiden. Besonders betroffen seien Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien.

Fast jedes dritte Kind *psychisch auffällig*

Die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in Deutschland im Verlauf der Corona-Pandemie weiter verschlechtert. Das ist das Ergebnis aus der zweiten Befragungsrunde der sogenannten COPSY-Studie (Corona und Psyche), die Forschende unter Leitung von Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Forschungsdirektorin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, durchgeführt haben. Demnach leidet wie sieben Monate zuvor bei der ersten Befragung (Mai/Juni) fast jedes dritte Kind unter psychischen Auffälligkeiten (Abb.), jedoch haben Sorgen und Ängste noch einmal zugenommen, auch depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden, etwa Magen- oder Kopfschmerzen, sind verstärkt zu beobachten. Erneut sind vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund be-



troffen. Vier von fünf der befragten Kinder und Jugendlichen fühlen sich durch die Corona-Pandemie belastet. Sieben von zehn Kindern geben in der zweiten Befragung eine geminderte Lebensqualität an. Die COPSY-Studie ist bundesweit die erste und international eine der wenigen Längsschnittstudien ihrer Art. Von Mitte Dezember 2020 bis Mitte Januar 2021

wurden mehr als 1.000 Kinder und Jugendliche und mehr als 1.600 Eltern mittels Online-Fragebogen befragt. Mehr als 80 Prozent der befragten Kinder und Eltern hatten bereits an der ersten Befragung im Juni 2020 teilgenommen. Die 11- bis 17-Jährigen füllten ihre Fragebögen selbst aus. Weitere Informationen unter www.uke.de/copsy. | häb



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



IHR SPEZIALIST FÜR
FACHBEZOGENE
STEUERBERATUNG
SEIT ÜBER 80 JAHREN



www.BUST.de

BUST Niederlassung Hamburg:

Hans-Henny-Jahnn-Weg 23, 22085 Hamburg

Tel: 040 271 41 69-0, E-Mail: hamburg@BUST.de www.BUST.de

Das Ohr zur Welt

Diagnostik und Therapie der Schwerhörigkeit

Um die optimale Versorgung schwerhöriger Patienten herauszufinden, bedarf es verschiedenster Untersuchungen. Je nach Schweregrad der Hörminderung kommen unterschiedliche Systeme zum Einsatz: Neben konventionellen Geräten gibt es knochenleitende und implantierbare Hörsysteme, bei Taubheit versprechen Cochlea- und Hirnstammimplantate, sich die Welt hörend zu erschließen. Ein Überblick über die vielfältigen Möglichkeiten.

Von Dr. Christoph Küllkens, Dr. Oliver Niclaus

Tab. 1: Klassifikation der Schwerhörigkeit nach den WHO-Kriterien

Grad der Schwerhörigkeit	Mittlerer Hörverlust im Audiogramm	Beschreibung der Beeinträchtigung	Behandlungsempfehlung
0 normalhörig	≤ 25 dB	keine oder sehr geringe Schwerhörigkeit	keine
1 geringgradig	26 – 40 dB	Sprache mit normaler Stimme kann in 1 m Entfernung verstanden und wiederholt werden	Beratung und gegebenenfalls Empfehlung zur Hörgeräteversorgung
2 mittelgradig	41 – 60 dB	Sprache mit erhobener Stimme kann in 1 m Entfernung verstanden und wiederholt werden	Hörgerät ist zu empfehlen
3 hochgradig	61 – 80 dB	einige Worte werden verstanden, wenn sie in das bessere Ohr geschrien werden	Hörgeräte nötig, sonst Unterstützung beim Erlernen von Lippenabsehen oder Gebärdensprache
4 Hörreste/Taubheit	≥ 81 dB	nicht einmal geschriene Sprache wird verstanden	Hörgerätetrageversuch oder andere Hörrehabilitation; Lippenabsehen und Gebärdensprache zur Verständigung nötig

Ein Viertel der schwerhörigen Menschen in Deutschland über 60 Jahre ist trotz Versorgungsbedürftigkeit nicht mit einem Hörgerät versorgt (1). Der Begriff Schwerhörigkeit (Hypakusis) beschreibt jegliche Verminderung der Hörfähigkeit, also von einer selbst kaum wahrnehmbaren Hörminderung bis zu einer Ertaubung (2).

In den westlichen Industrieländern gehören Hörstörungen zu den am stärksten verbreiteten Krankheitsbildern und liegen laut WHO an 6. Stelle (3). Für Deutschland wurde nach aktuellen Untersuchungen eine Prävalenz von 16 bis 25 Prozent ermittelt (4).

Die Prävalenz der behandlungsbedürftigen Hörstörungen liegt bei circa 19 Prozent (5). Das entspricht für die gesamte Metropolregion Hamburg einer Zahl von circa 1 Mio. Menschen.

Dieser Schätzung ist zugrunde gelegt, dass eine Hörstörung dann vorliegt, wenn im Tonaudiogramm mindestens eine der Frequenzen 0,5, 1, 2, 3 oder 4 kHz mit einer Lautstärke von 40 dB nicht gehört wird. Von Menschen mit Hörstörungen sind 56 Prozent geringgradig schwerhörig und 44 Prozent mittelgradig oder hochgradig schwerhörig oder ertaubt (2). Da Kinder unter 14 Jahren nicht eingeschlossen sind, ist insgesamt sogar von einer höheren Zahl auszugehen.

Kinder und Jugendliche sind von behandlungsbedürftigen Hörstörungen mit einer Prävalenz von 1 bis 4 Prozent betroffen, die Prävalenz der Taubheit oder an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit wird mit 0,1 Prozent geschätzt (6, 7). Bei circa 52.000 Geburten in der Metropolregion Hamburg entspricht das einer Anzahl von circa 52 taub geborenen Kindern pro Jahr.

Bei Erwachsenen kommt der Behandlung der Schwerhörigkeit im mittleren Alter eine zunehmende Bedeutung zu, da es sich dabei auch um den einzigen gut therapierbaren unabhängigen Risikofaktor für das Auftreten einer Demenz handelt (8).

Einteilung/Formen der Schwerhörigkeit

Der Hörvorgang ist hochkomplex, Hörstörungen können daher sehr unterschiedlich und auch multifaktoriell sein. Klassifikationen sind daher wichtig. Vereinfacht lässt sich die Schwerhörigkeit nach den drei unterschiedlichen Kriterien Schweregrad, anatomische Lokalisation und Art der Signalverarbeitung einteilen. Weitere Betrachtungen sind nach dem Alter der Patienten und dem zeitlichen Verlauf möglich.

Einteilung nach Schweregrad

Die WHO klassifiziert die Schwerhörigkeit lediglich anhand der Luftschwelle im Reintonaudiogramm bei den Frequenzen 0,5, 1, 2 und 4 kHz in fünf unterschiedliche Schweregrade (3) (Tab. 1).

Durch ein Sprachaudiogramm, wie dem am weitesten verbreiteten Freiburger Sprachverständlichkeitstest, ist eine genauere Klassifikation mit Berücksichtigung der Kommunikationsstörung möglich. Geprüft wird die prozentuale Verstehensquote zweistelliger Zahlen und einsilbiger Worte in Abhängigkeit vom Schallpegel (in dB). Analog der Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit kann somit auch das prozentuale Gesamtwortverstehen ermittelt werden (9).

Einteilung nach anatomischer Lokalisation bzw. der Störung der Schallsignalverarbeitung

Beim physiologischen Hörvorgang gelangen Schallwellen über den Gehörgang auf das Trommelfell, welches die Schwingungen verstärkt an die drei Gehörknöchel weitergibt, die wiederum die Perilymphe und Endolymphe des Innenohrs bewegen. Störungen auf diesem Weg sind also mechanischer Art und werden daher Schallleitungsschwerhörigkeit genannt. Die operative Verbesserung ist hierbei die Therapie der ersten Wahl.

Demgegenüber steht die Schallempfindungsschwerhörigkeit, auch sensorische Schwerhörigkeit genannt (SES). Hierbei liegen Störungen im Bereich der Cochlea, insbesondere im Cortischen Organ mit den Haarzellen vor. Bei Pathologien im Bereich des Hörnervs spricht man von neuraler Schwerhörigkeit. Da die Differenzierung zwischen sensorischer und neuraler Schwerhörigkeit häufig klinisch schwierig ist, werden beide Formen gerne als sensorineurale Schwerhörigkeit zusammengefasst. Einer zentralen Schwerhörigkeit liegen dagegen Veränderungen im Bereich der Hörbahn und der Hörzentren zugrunde. Selbstverständlich sind auch Kombinationen insbesondere einer Schallleitungsschwerhörigkeit und einer sensorineuralen Schwerhörigkeit möglich (kombinierte Schwerhörigkeit).

Einteilung nach Alter und zeitlichem Verlauf

Der Zeitpunkt der Hörminderung ist bei Kindern relevant. Vereinfacht wird zwischen einer perinatalen (um den Geburtszeitpunkt), einer prälingualen (vor dem Spracherwerb) und einer postlingualen (nach Abschluss der Sprachentwicklung) Ertaubung oder Hörminderung unterschieden. Bei Erwachsenen jenseits des 50. Lebensjahrs

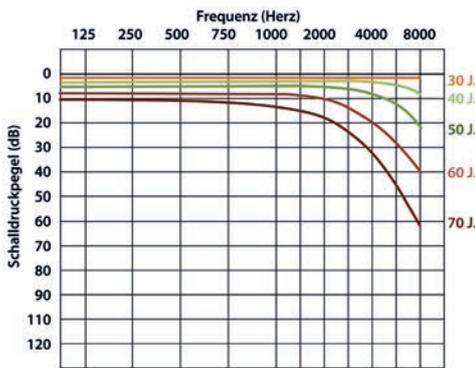


Abb. 1: Durchschnittliche Entwicklung der Altersschwerhörigkeit bei Männern (22)

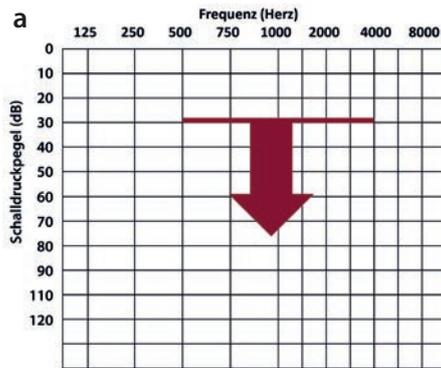
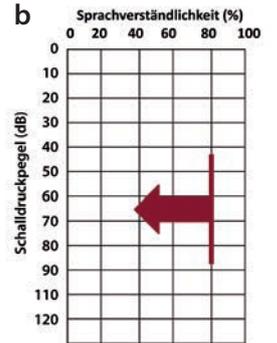


Abb. 3: Indikation zur Hörgeräteversorgung bei beidseitiger Versorgung; a: nach dem Tonaudiogramm (10). b: nach dem Sprachaudiogramm (10)



mit einer beidseitigen Hochtonschwerhörigkeit liegt eine Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit) vor. Diese ist typischerweise im weiteren zeitlichen Verlauf des Lebens progredient und bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (Abb. 1).

Versorgung mit Hörgeräten, Hörsystemen oder Hörimplantaten

Indikationsstellung der Versorgung mit konventionellen Hörgeräten

Die Therapie der Wahl bei einer mittel- bis hochgradigen sensorineuralen Schwerhörigkeit ist die Hörgeräteversorgung. Von den etwa 15,5 Mio. Schwerhörigen in Deutschland könnten hiermit circa 12 Mio. versorgt werden. Durch den HNO-Arzt erfolgt die Indikationsstellung und nach erfolgter Anpassung durch die Hörakustiker auch wiederum die HNO-ärztliche Abschlussuntersuchung zur Bestätigung einer erfolgreichen Versorgung (Abb. 2, unten).

Für die vertragsärztliche Hörgeräteversorgung existieren Indikationskriterien, die in den „Hilfsmittel-Richtlinien“ hinterlegt sind. Grundlage hierfür ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) der Ärzte und der Krankenkassen. Für die Indikationsstellung wird der tonaudiometrische Hörverlust und die Einsilberverschämlichkeit ohne Hörgeräte herangezogen. Bei der **beidseitigen Schwerhörigkeit** ist die Indikation gegeben,

- wenn der tonaudiometrische Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer Frequenz zwischen 0,5 und 4 kHz beträgt und
- wenn eine Verstehensquote für einsilbige Prüfwörter auf dem besseren Ohr mit Kopfhörer bei 65 dB nicht besser als 80 Prozent ist (Abb. 3 a und b).

Bei einer **einseitigen Schwerhörigkeit** muss

- der tonaudiometrische Hörverlust auf dem schlechteren Ohr mindestens 30 dB in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 0,5 und 4 kHz betragen und
- sprachaudiometrisch die Verstehensquote auf dem schlechteren Ohr mit Kopfhörern bei Verwendung des Freiburger Einsilbertests bei 65 dB nicht mehr als 80 Prozent betragen.

Hierbei wird der bedeutende Aspekt des Störschalls bei nur geringgradiger beidseitiger oder hochgradiger einseitiger Hörminderung nicht berücksichtigt (10). Ist eine sprachaudiometrische Untersuchung nicht möglich (Patienten mit Sprachbarriere, Kleinkinder, geistig Behinderte), erfolgt die Indikation gegebenenfalls allein auf Grundlage des tonaudiometrischen Hörverlusts.

Konventionelle Hörgeräteversorgung

Nach wie vor besteht eine teilweise geringe Akzeptanz der Hörgeräteversorgung (1, 11). Ursächlich wird hierfür immer noch die emp-

Abb. 2: Ablauf der Hörgeräteversorgung in Deutschland



Tab. 2: Darstellung verschiedener apparativer Versorgungsoptionen bei Schwerhörigkeit

Konventionelle Hörgeräte	Hinter-dem-Ohr-Hörgeräte <ul style="list-style-type: none"> • offene Versorgung • geschlossene Versorgung (mit / ohne Bohrung) Im-Ohr-Hörgeräte <ul style="list-style-type: none"> • Gehörgangshörgeräte • Paßstück
Knochenleitende Hörsysteme	Knochenleitende Hörgeräte <ul style="list-style-type: none"> • Softband, SoundArc®, Hörbrille, AdHear®
Implantierbare Hörsysteme	Perkutane Knochenleitungsgeräte <ul style="list-style-type: none"> • Ponto® / BAHA®-connect, Transkutane Knochenleitungshörgeräte <ul style="list-style-type: none"> • BAHA®-attract, Sophono®, Bonebridge® Aktive Mittelohrimplantate <ul style="list-style-type: none"> • Vibrant Soundbridge®
Cochlea-Implantate	
Hirnstammimplantate	

fundene Stigmatisierung angesehen, trotz der inzwischen sehr kleinen Hörgeräte. Es bleibt aber auch bei sehr guter Versorgung in der Regel immer noch ein Defizit, da eine kausale und vollständig kurative Therapie weiterhin nicht erreicht werden kann (Tab. 2).

So sind nach Hesse et al. von den über 60-Jährigen lediglich 15,3 Prozent mit einem Hörgerät versorgt, obwohl bei knapp 63 Prozent aus dieser Gruppe eine HG-Indikation vorliegt (1, 12).

Die sicher häufigste Hörgeräteversorgung erfolgt mit einem sogenannten „Hinter-dem-Ohr-Gerät“ (HdO). Hierbei ist eine offene von einer geschlossenen Technik zu unterscheiden. Bei der geschlossenen Technik wird ein Ohrpasstück für den Gehörgang angepasst, bei der offenen Technik wird der Lautsprecher an einem luftdurchlässigen Schirmchen in den Gehörgang platziert, der einen natürlichen Schallabfluss ermöglicht. Hierdurch hört sich die eigene Stimme des Patienten natürlicher an, die Patienten empfinden kein Verschlussgefühl (Okklusionseffekt) und haben durch einen höheren Tragekomfort eine größere Akzeptanz. Nachteilig ist jedoch die weniger wirksame Signalübertragung. Inzwischen erfolgt die HdO-Versorgung fast standardmäßig mit den noch kleineren sogenannten Mini-HdO-Geräten mit einem Mikroschlauchsystem.

Demgegenüber gibt es die „Im-Ohr-Geräte“ (IO), die entweder in der Concha oder ganz im äußeren Gehörgang getragen werden. Diese erscheinen daher teilweise kosmetisch unauffälliger, können aber durch den Luftabschluss im Bereich des Gehörgangs ebenfalls zu Irritationen wie bei der geschlossenen Versorgung führen.

Bei einer hochgradigen unversorgbaren Hörminderung oder Taubheit eines Ohrs und gesundem Gegenohr (einseitige Ertaubung, single-sided deafness, SSD) kann eine sogenannte CROS-Versorgung erfolgen (Contralateral Routing of Signals). Es wird hierbei der Schall auf der Seite des tauben Ohrs aufgenommen, zur Gegenseite übertragen und so dem gesunden Ohr dargeboten. Bei einer BICROS-Versorgung liegt auch bei dem besser hörenden Ohr eine Schwerhörigkeit vor, die zusätzlich mit einem Hörgerät versorgt werden muss.

Bei Schallleitungsstörungen, die nicht operativ zu verbessern sind, können Knochenleitungshörgeräte indiziert sein. Historisch kamen hier insbesondere beidseitige Hörbrillen, bei denen die Brillenbügel mit Knochenleitungshörern versehen sind, zum Einsatz. Moderne Systeme verwenden stattdessen einen Hinterkopfbügel, der einen höheren Tragekomfort ermöglicht. Bei Kleinkindern kann diese Versorgung auch durch ein Softband erfolgen.

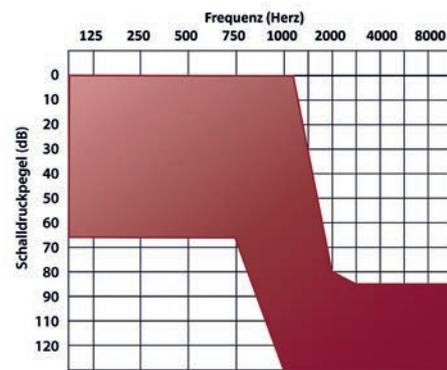


Abb. 4: Indikationsbereich für eine elektroakustische Versorgung nach dem Tonschwellenaudiogramm (EAS)

Implantierbare Hörsysteme

Patienten, die z. B. aus anatomischen oder chronisch entzündlichen Veränderungen im Gehörgang nicht mit einem konventionellen Hörgerät versorgt werden können oder bei denen diese Versorgung zu keinem audiologisch zufriedenstellenden Ergebnis führt, können mit weiteren Hörsystemen versorgt werden. Gemeinsam ist diesen unterschiedlichen Systemen die mechanische Stimulation der Gehörknöchelkette, des Schädelknochens oder der Cochlea selbst. Sie kommen dann zur Anwendung, wenn die Schallleitungskomponente operativ nicht verbessert werden kann oder wenn die Beschaffenheit des Gehörgangs das Tragen eines konventionellen Hörgeräts nicht erlaubt. Die bereits oben angesprochenen Kopfbügel, Stirnbänder oder Hörbrillen stellen die klassische konservative Möglichkeit dar, die Schallwellen in Form von Vibrationen über die Knochenleitung des Schädels (also unter Umgehung des Gehörgangs und des Mittelohrs) zur Schnecke zu transportieren. Neu auf dem Markt ist unter anderem das AdHear®-System. Hierbei werden spezielle Klebeadapter auf die Haut des Mastoids geklebt. Hieran wird dann der Audioprozessor adaptiert. Ein Vorteil ist, dass der Tragekomfort höher eingestuft wird und die Vibrationsübertragung ohne Druck auf die Haut oder den Knochen auskommt. Zudem kann das Gerät bereits auch bei Babys eingesetzt werden und ist jederzeit problemlos reversibel, da keine Operation nötig ist.

Demgegenüber stehen die Knochenleitungssysteme, deren Fixierung operativ in den Schädelknochen eingebracht wird. Hierbei unterscheidet man zwei mögliche Techniken. Bei der perkutanen Versorgung wird ein Knochenanker direkt durch die Haut in den Knochen eingebracht. Hierbei liegt der Befestigungsmechanismus des Knochenankers für die Ankopplung des Audioprozessors in einer kleinen Perforation der Haut permanent frei und birgt somit ein latentes Infektionsrisiko (BAHA®-connect und Ponto®). Demgegenüber wird bei der transkutanen Versorgung ein passives Titanimplantat mit einem Magneten unter der Haut in dem Knochen hinter dem Ohr fixiert. Der Soundprozessor wird dann über der intakten Haut durch den Magnetismus gehalten (BAHA®-attract und Sophono®). Die Vibrationen gelangen hierbei durch die Haut zum Knochen. Bei beiden Systemen spricht man von passiven Systemen, da die Vibrationen außerhalb des Körpers erzeugt werden.

Eine aktive Möglichkeit, diese Vibrationen direkt unter der geschlossenen Haut zu erzeugen und über Schrauben auf den Knochen zu übertragen, ist durch das transkutane aktive Knochenleitungsimplantat Bonebridge® gegeben. Der auf der Haut positionierte Audioprozessor nimmt den Schall auf und wird ebenso über einen

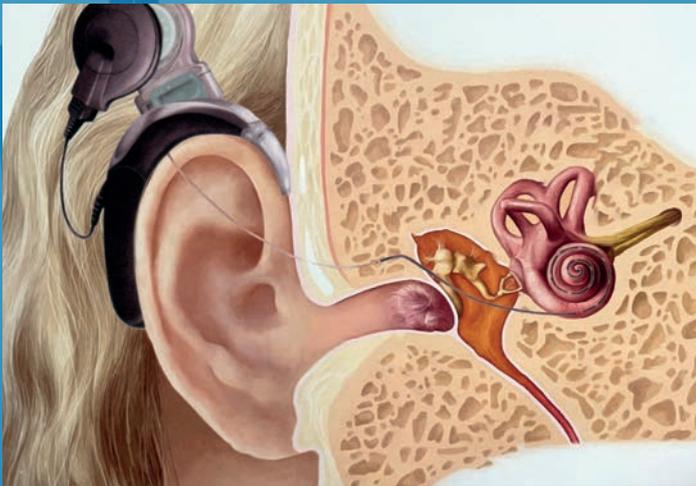


Abb. 5: Cochlea-Implantat-Versorgung

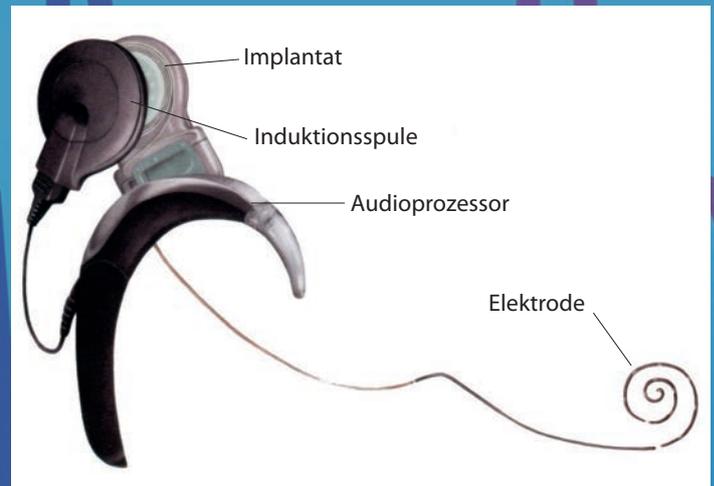


Abb. 6: Schematische Skizze eines Cochlea-Implantats

Magneten gehalten. Dieser wandelt die Schallinformationen in elektrische Signale um, die über die Sendespule weitergeleitet werden und die Vibrationen des Implantats auslösen.

Hiervon zu unterscheiden sind die aktiven Mittelohrimplantate, bei denen der Schall über ein Mikrofon aufgenommen, in einem Audioprozessor verarbeitet und im weiteren Verlauf im Mittelohr zu mechanischer Schwingung umgewandelt wird. Von verschiedenen aktiven Mittelohrimplantaten, die in den vergangenen Jahren zur Anwendung kamen, ist derzeit nur noch das teilimplantierbare System Vibrant Soundbridge® verfügbar. Über einen Schwingungsgeber (Floating Mass Transducer, FMT) wird die Vibration dabei an die Gehörknöchelkette oder bei defekter Kette direkt an das runde Fenster gekoppelt übertragen. Auch hier wird der Audioprozessor durch die intakte Haut magnetisch am Implantat mit der Induktionsspule gehalten. Für diese Systeme hat sich die Indikation in den letzten Jahren erweitert, sodass insbesondere Patienten mit einer kombinierten Schwerhörigkeit bei chronischer Otitis media, die trotz mehrfacher Mittelohroperationen und mit konventionellen Hörgeräten keine ausreichende Verbesserung erreichen, von dieser Technik profitieren.

Cochlea-Implantate (CI)

Die Cochlea-Implantation gilt inzwischen seit vielen Jahren als Goldstandard bei der Versorgung von Patienten mit hochgradiger sensorischer Innenohrschwerhörigkeit oder Ertaubung, die mit einem konventionellen Hörgerät nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Bei Kindern geht es um die Sicherstellung einer altersgerechten Hör- und somit Sprachentwicklung, bei Erwachsenen um die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Vermeidung einer kommunikativen und somit sozialen Deprivation.

Es handelt sich hierbei um eine funktionelle elektronische Sinnesprothese, die immer dann indiziert ist, wenn durch die Implantation absehbar ein besseres Hören und Sprachverstehen als mit Hörgeräten erreicht werden kann (13). Der akustische Schall wird mit einem Mikrofon an einem äußeren, magnetisch gehaltenen Audioprozessor aufgenommen und in diesem Sprachprozessor zu elektrischen Signalen verarbeitet. Über die Induktionsspule gelangen diese Impulse dann durch die intakte Haut zur Empfängerspule des Implantats (Abb. 5 und 6). Das dazugehörige Elektrodenträgerkabel wird operativ in die Scala tympani der Cochlea (Hörschnecke) eingebracht. Durch verschiedene Elektroden, die perlenkettenartig an den unterschiedlichen Lokalisationen der Schnecke positioniert werden, ist dann eine tonotopische, also nach Frequenzen (Tonhö-

hen) differenzierte Stimulation des Hörnervs möglich. Durch diese Nachbildung der Frequenzorganisation können komplexe Schallsignale wie Sprache in ein differenziertes Reizmuster umgesetzt werden, welches ein Sprachverstehen und eine Klangwahrnehmung ermöglicht.

Indikationen

In der weit überwiegenden Anzahl wird heute bei Erwachsenen implantiert. Neben Patienten mit einer beidseitigen hochgradigen oder an Taubheit grenzenden sensorischen Schwerhörigkeit besteht auch eine Indikation bei einseitiger Ertaubung. Hier besteht der wesentliche Vorteil im besseren Richtungshören und Verstehen im Störschall sowie im Wegfall des Kopfschatteneffekts. Bei Patienten mit Restgehör im Tieftonbereich und mit einer an Taubheit grenzenden Hochtonschwerhörigkeit ist eine alleinige Hörgeräteversorgung häufig nicht ausreichend. Es besteht daher bei dieser Patientengruppe zunehmend die Möglichkeit einer Implantation durch neue hörehaltende Implantationstechnik. Hierbei wird die konventionelle Hörgerätetechnik (für die Tieftonschwerhörigkeit) mit der CI-Technik (für den Hochtonbereich) kombiniert. Man spricht in diesem Fall von einer Hybridversorgung oder einer elektroakustischen Stimulation (EAS) (Abb. 4, S. 15).

Als generelles audiologisches Indikationskriterium gilt ein Einsilberverstehen (mit Hörgerät) von < 60 Prozent im Freiburger Sprachtest bei 65 dB Schalldruck (SPL) (13, 14, 15). Das Ziel besteht dann in einer Verbesserung des Einsilberverstehens um mindestens 20 Prozentpunkte nach erfolgter Anpassung (13). Durchschnittlich erreichen Patienten mit einem CI ein Einsilberverstehen von circa 72,5 Prozent (12).

Bei Säuglingen mit einer angeborenen, also prälinguale Schwerhörigkeit oder Ertaubung erfolgt die Bestimmung der objektiven Hörschwelle durch die frequenzspezifischen BERA (Brain Evoked Response Audiometry). Die Indikation zum CI besteht ab einer gemittelten Hörschwelle von > 70 dB (16, 17). Durch das etablierte Neugeborenenhörscreening liegt in der Regel sehr frühzeitig ein Hinweis auf eine Hörminderung vor. Nach weiterer Diagnostik kann dann bei entsprechender Indikation die Implantation im ersten Lebensjahr ab dem 6. Monat erfolgen. Eine möglichst frühzeitige Versorgung ermöglicht eine erfolgreichere Hör- und Sprachentwicklung (18).

Diagnostik

Neben der Bestätigung einer hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit durch die umfassende audiologische und otoneurologische

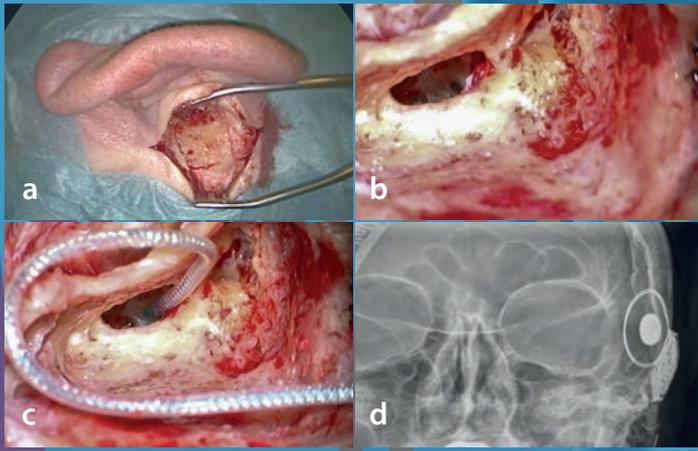


Abb. 7: Operativer Ablauf einer Cochlea-Implantation (links): a: retroaurikulärer Hautschnitt, b: Mastoidektomie mit posteriorer Tympanotomie, c: Elektrodeninsertion durch das runde Fenster, d: radiologische Lagekontrolle der Elektrode in der Schnecke



Abb. 8: Cochlea-Implantat-Versorgung beim Kleinkind

Diagnostik müssen die anatomischen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Operation durch ein Felsenbein-Dünnschicht-CT und ein MRT des Schädels mit besonderer Berücksichtigung des Kleinhirnbrückenwinkels und der Cochlea verifiziert werden. Darüber hinaus müssen natürlich auch ausführliche ärztliche und audiologische Beratungsgespräche geführt und psychosoziale sowie anästhesiologische Aspekte berücksichtigt werden. Aufgrund der Komplexität der Diagnostik, der Operation und der lebenslangen Nachsorge, zu der die implantierende Klinik verpflichtet ist, erfolgt die CI-Versorgung in hierfür spezialisierten Zentren.

Operation

Im Rahmen einer Ohroperation wird zunächst retroaurikulär das Mastoid eröffnet. Über eine posteriore Tympanotomie wird das Elektrodenkabel durch das Mittelohr nach Eröffnung des runden Fensters in die Schnecke eingebracht und atraumatisch in die basale Windung inseriert (Abb. 7). Die Empfängerspule wird mit dem Implantat unter der Haut in einem Knochenbett hinter dem Ohr verankert. Durch eine intraoperative audiologische Messung wird die korrekte Lage des Elektrodenträgers geprüft.

Anpassung und Rehabilitation

Als Ziel wird im Vorfeld eine Verbesserung des Einsilberverstehens um mindestens 20 Prozentpunkte nach erfolgter Anpassung angenommen (13). Um diese zu erreichen ist eine intensive interdisziplinäre audiologische Anpassung und logopädische Hörtherapie über mehrere Monate nötig. Diese beginnt mit der circa dreitägigen, in der Regel ambulanten Basistherapie, in der die Erstanpassung des Audioprozessors erfolgt. In der anschließenden Folgetherapie oder CI-Rehabilitation werden die Hör- und Sprechergebnisse weiter optimiert. Dies erfolgt in der Regel intermittierend in größer werdenden Abständen ambulant, kann aber auch im Rahmen einer stationären Reha erfolgen (12).

Unterstützend erhalten die Patienten Materialien zum selbstständigen Hörtraining zu Hause. So hat z. B. das Hanseatische Cochlea Implantat Zentrum (HCIZ) eine Trainings-App entwickelt, in der sogar das Verstehen der Hamburger Mundart geübt werden kann (19). Retrospektiv konnte in Studien gezeigt werden, dass bei Erwachsenen bei 65 dB eine Steigerung des Einsilberverstehens von durchschnittlich über 22 Prozent erreicht werden konnte (20), sodass in der überwiegenden Mehrheit ein Gebrauch des Telefons wieder möglich war. Über eine lebenslange Nachsorge in der behandelnden Klinik werden der audiologische Erfolg und auch die technische Betreuung gesichert.

Hirnstammimplantate

Bei jenseits der Cochlea vorliegenden Schäden, also im Bereich des N. acusticus, wie sie z. B. im Rahmen einer Neurofibromatose Typ II auftreten können, oder bei Innenohrfehlbildungen und nach Felsenbeinfrakturen besteht die Möglichkeit einer Versorgung mit einem Hirnstammimplantat. Die elektrische Stimulation erfolgt hierbei über einen besonderen Elektronenträger weiter zentral am Nucleus-Cochlearis-Komplex. Ein freies Wortverständnis kann jedoch noch nicht sicher erreicht werden. Dennoch bietet es eine wertvolle Verbesserung des Mundabsehens durch die so zusätzlich gewonnenen Höreindrücke.

Zusammenfassung und Aussicht

Weder ist die Bedeutung der Versorgung von Schwerhörigen bis heute ausreichend erkannt, noch ist sie in der Bevölkerung genügend umgesetzt. Hinsichtlich der vielfältigen therapeutischen Indikationen und Möglichkeiten erfordert diese eine enge interdisziplinäre Abstimmung insbesondere zwischen den Hörakustikern, Audiologen und den HNO-Ärzten.

Eine Sicherstellung des Hörvermögens und des Sprachverstehens ist in jedem Lebensalter wichtig. Im Kindesalter ist sie eine wesentliche Voraussetzung, um eine uneingeschränkte Entwicklung und Teilhabe an der schulischen Aus- und Weiterbildung zu erfahren. Nur so lassen sich bei Erwachsenen die unterschiedlichen Möglichkeiten, die das Berufsleben bietet, und die Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben zufriedenstellend verwirklichen. Und im Alterungsprozess kann über eine entsprechende Versorgung ein ausreichendes Hörvermögen für eine Verbesserung der aktuellen und zukünftigen Lebensqualität sorgen und damit die Chance bieten, die kognitiven Leistungen zu erhalten (21).

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

Interessenkonflikte: keine

Dr. Christoph Külkens, Chefarzt

Dr. Oliver Niclaus, Oberarzt

Abteilung für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde,

Kopf- und Halschirurgie, Kinder-HNO

Asklepios Klinik Nord – Heidelberg

Hanseatisches Cochlea Implantat Zentrum (HCIZ)

der Asklepios-Kliniken Hamburg (standortübergreifend)

E-Mail: c.kuelkens@asklepios.com, o.niclaus@asklepios.com

Assistierter Suizid?

Konsens suchen, Sorgen aufnehmen

Schwere Kost Am 17. Februar veranstaltete die Ärztekammer Hamburg eine Videokonferenz zum Thema ärztlich assistierter Suizid. Das Interesse war groß: Fast 400 Ärztinnen und Ärzte schalteten sich ein, um ihre Bedenken und Meinungen zu teilen. Zentrale Frage: Wie geht es nun weiter nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB, das ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt hat?

Von *Dorthe Kieckbusch*

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zu § 217 StGB im Februar 2020 ist die Beihilfe zum Suizid nicht mehr strafbar. Inzwischen gibt es Gesetzentwürfe, die konkrete Vorschläge zur Neuregelung der Suizidbeihilfe beinhalten. „Wir finden, dass die Ärzteschaft sich bereits jetzt an der gesellschaftlichen Diskussion über das Thema und die Gesetzesinitiativen mehrerer Bundestagsabgeordneter beteiligen sollte“, sagte PD Dr. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg, zum Auftakt der Veranstaltung. Das Bundesverfassungsgericht habe die Politik ausdrücklich aufgefordert, neue Regelungen zu treffen. Wulff möchte, dass es am Ende zu einer Lösung kommt, die in der Ärzteschaft möglichst breit verankert ist. Dies wünscht sich auch Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg. Er bat die knapp 400 Teilnehmenden um ein Stimmungsbild, ob sie eine Regelung für einen ärztlich begleiteten Suizid befürworten oder ablehnen. Die Umfrage über Menti-meter (226 haben mit abgestimmt) ergab: 73 Prozent befürworten grundsätzlich eine Regelung, 16 Prozent lehnen sie ab und 11 Prozent sind unentschieden.

Suizid als Akt autonomer Selbstbestimmung

Auf die rechtliche Perspektive ging Prof. Dr. jur. Karsten Gaede, Bucerius Law School, geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinrecht, in seinem Vortrag „Wozu zwingt und was ermöglicht

die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts?“ ein. In der Entscheidung des BVerfG wird das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck von Autonomie anerkannt. Gaede dazu: „Damit ist auch der Suizid des Einzelnen als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft grundsätzlich zu respektieren.“ Dieses Recht umfasse auch die Freiheit, Suizidhilfe bei fachkundigen, kompetenten Dritten zu suchen, um Suizid zumutbar, das heißt schmerzfrei und sicher, umzusetzen. „Erschwerende Regelungen, die einen blinden Vollzug verhindern, sind dabei aber ausdrücklich zugelassen“, so Gaede. „Die Bedingung für zukünftige Regelungen ist, dass das Parlament nicht wieder versuchen darf, den assistierten selbstbestimmten Suizid als Übel weithin unmöglich zu machen.“ Das führe im Ergebnis ethisch betrachtet zu einem weichen Paternalismus und damit zu Regelungen, welche die tatsächliche Autonomie der Suizidwilligen absichern, indem sie zum Beispiel ihre Kenntnislage verbessern. Dabei sei strikt zu beachten, dass kein Mensch zur Suizidhilfe verpflichtet werden darf. Gaede führte aus, dass mit dem BVerfG-Urteil auch die berufsrechtlichen Regelungen zur Disposition stehen: „Wenn das Gericht von ungeklärtem Recht spricht, ist dies ein großes Alarmzeichen. Das ärztliche Berufsrecht, das leitend für Ärztinnen und Ärzte ist, wurde als Teil des Problems gewertet, weil die bestehenden Regelungen bedeuten, dass ein Suizidwilliger keine fachkundige Hilfe in Anspruch nehmen kann.“ Darüber hinaus stellte das BVerfG fest, dass die Berufsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten auch die berufli-

che Suizidassistenten erfasse. Sie sei rechtlich kein per se unärztliches Tun. Fazit: Das berufsrechtliche Totalverbot aufrechtzuerhalten, würde dem Urteil nicht gerecht werden, da keine anderweitige fachkundige Hilfe zu erwarten sei. Für eine Änderung des geltenden Rechts kommt laut Gaede insbesondere eine prozedural begrenzte Freigabe in Betracht. Sie kann zum Beispiel auf eine Pflicht zur Beratung und Aufklärung durch eine andere Stelle oder eine/n zweite/n Arzt/Ärztin, eine Wartepflicht, die Abtrennung von der „normalen“ Behandlung (Einsatz einer anderen Stelle), nach manchen Vorstellungen auch auf eine Gremienlösung setzen. Eine solche prozedurale Lösung könnte sowohl die Autonomie des Suizidenten verbessert absichern als auch das Vertrauen in die Ärzteschaft erhalten.

Suizidalität ist behandelbar

„In Deutschland starben 2018 fast 10.000 Menschen durch Suizid“, sagte Prof. Dr. Reinhard Lindner, Professor für Soziale Therapie am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel und früher am ehemaligen Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete des UKE und der Geriatrischen Klinik des Albertinen-Hauses tätig. Es gebe zirka 100.000 Suizidversuche jährlich, die Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken liege bei 9 bis 40 Prozent. Als Risikofaktoren gelten psychische Störungen, psychosoziale Krisen, Verluste, Trennungen sowie psychosoziale Folgen körperlicher Erkrankungen. „Der Suizid trägt die Handschrift des Alters“, so Lindner. Der Anteil Älterer an den Suiziden nehme seit circa 70 Jahren zu, sie begingen eher einen Suizid als einen Suizidversuch. Dabei seien circa 90 Prozent der älteren Suizidenten psychisch krank. Empirische Daten, wie viele Personen in Deutschland assistiert Suizid begehen, liegen nicht vor. In Ländern mit Zugang zum assistierten Suizid oder Ländern, in denen es eine Regelung zur Tötung auf Verlangen (Euthanasie) gibt, nehmen die Zahlen der Tötung auf Verlangen zu.

Lindner ging auf die zentralen Aspekte von Suizidalität, ihre Auslöser, Ursachen und Schutzfaktoren ein. Neben Verlusten und Trennungen sind auch Ängste vor unerträglicher Abhängigkeit Auslöser. „Empirische Ergebnisse weisen darauf hin, dass es eine spezifische Angst bei suizidalen Älteren gibt, von böartigen, schlimmen Menschen abhängig zu sein“, stellte Lindner fest. Die Ursachen lägen sehr häufig in der Persönlichkeitsstruktur von Menschen, in lebenslang erworbenen Mustern der Beziehungsgestaltung gegenüber anderen, aber auch gegenüber sich selbst. Was schützt also? „Menschen sind besonders gut geschützt, wenn sie eine akzeptierende Haltung zum Altern, zum Alter und zum Sterben entwickeln“, so Lindner. Auch innere und soziale Flexibilität, Einstellung zu Religion und Spiritualität sowie als äußere Schutzfaktoren auch enge, lebendige und stabile familiäre und soziale Beziehungen, aber auch ein ausreichender Lebensstandard zählen dazu. „Suizidalität ist psychotherapeutisch und psychiatrisch behandelbar“, stellte Lindner klar. Die Psychotherapie ermögliche, innere und äußere Abhängigkeiten zu erkennen, zu verändern und neu zu bewerten – eine Voraussetzung für eigenverantwortliche Entscheidungen.

Wenn man nun den Zugang zum assistierten Suizid gesetzlich regelt, müsse man laut Lindner berücksichtigen, dass „die Vorstellung einer Beratung ähnlich wie beim Schwangerschaftsabbruch am inneren Erleben suizidaler Menschen vorbeigeht.“ In existenziellen suizidalen Lebenssituationen bedürften Menschen des einfühlsamen Verstehens ihres Suizidwunschs im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung wie zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in. Gutachten zur Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunschs könnten keine verstehende, entwicklungs- und entscheidungsfördernde Gesprächssituation ersetzen.

Keine Handlungsaufforderung, sondern Gesprächswunsch

Wie geht die Palliativmedizin mit Sterbewünschen um? „Patienten erwarten und wünschen sich Akzeptanz für ihre Gedanken und

Meinungen im Chat

Während der Digitalkonferenz äußerten viele der Teilnehmenden ihre Ansichten und kommentierten die Äußerungen anderer. Hier eine Auswahl:

„Meiner Ansicht nach widerspricht es der Autonomie, dem Recht, eigenverantwortlich über den eigenen Tod entscheiden zu können, wenn man sich als Sterbewilliger vor einem Gremium rechtfertigen muss.“

„Trotz der positiven Entwicklung palliativmedizinischer Angebote in der Vergangenheit, besteht weiterhin erheblicher Bedarf des Ausbaus, um Patienten / Hilfesuchenden bereits FRÜHZEITIG ein Angebot unterbreiten zu können (Suizidprävention) – also Stärkung der Palliativmedizin!“

„Wäre ein längerer Prozess in diesen Fällen nicht angebracht, auch um mögliche Veränderungen des Willens abzufangen?“

„In den Niederlanden ist der assistierte Suizid mittlerweile deutlich seltener als die Tötung auf Verlangen.“

„Vertrauen hat für Betroffene eine enorme Relevanz. Dies besteht eher zu Ärzten, ob Hausarzt, Onkologe, Palliativmediziner etc., die einen Patienten über viele Wochen, Monate oder gar Jahre begleiten, aber kaum zu den angeordneten Gremien oder Gutachtern.“

„Jede Ärztin / Arzt muss die Möglichkeit haben, das Urteil des Verfassungsgerichts umsetzen zu können, ohne berufsrechtlich sanktioniert zu werden.“

„Besteht nicht auch in dieser Thematik, wieder die Gefahr der Instrumentalisierung der Ärzteschaft?“

„Ich befürchte, dass ein Großteil der Menschen / Patienten, die mit dem Gedanken an Suizid / Freitod umgehen, sich gar nicht dazu äußern, weil sie unter der Androhung stehen, in die Psychiatrie eingewiesen zu werden.“

„Mein Freund mit Lebermetastasen (Palliativsituation) organisiert sich gerade die Möglichkeit eines selbstbestimmten Todes über ausländische Vereine mit Sitz in Deutschland. Das darf nicht sein. Wir Ärzte müssen hier in HH / Deutschland selber unserer Verantwortung nachkommen. Eine Streichung des 2. Satzes unserer HH-Berufsordnung wäre die richtige Richtung.“

„Unser Gesundheitssystem bringt hohe Mittel auf für den Eintritt ins Leben – Sterbenden beizustehen, sollten ebenso viel Aufmerksamkeit und Mittel geschenkt werden.“

„Aus meiner Sicht sollte die Ärztekammer deutlich mehr Input für die Diskussion in der Ärzteschaft geben. Hierzu würden Infomaterialien zum festgelegten Prozedere in den Nachbarländern sowie unterschiedliche Formulierungsentwürfe gehören, über die die Ärzteschaft abstimmen kann.“

Empfindungen“, sagte Dr. Maja Falckenberg. Die Anästhesistin und Palliativmedizinerin betreut in der Schmerzambulanz Alten Eichen und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sterbenskranke Menschen und wurde schon häufig mit einem Sterbewunsch ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert. „Dieser Sterbewunsch ist meist keine Handlungsaufforderung, sondern ein



Prof. Dr. Reinhard Lindner
Professor für Soziale Therapie am
Institut für Sozialwesen, Universität
Kassel



Dr. Pedram Emami
Präsident der Ärztekammer Hamburg
und Neurochirurg am Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. jur. Karsten Gaede
geschäftsführender Direktor des
Instituts für Medizinrecht an der
Bucerius Law School in Hamburg



Dr. Maja Falckenberg
Anästhesiologin mit den Zusatz-
weiterbildungen Palliativmedizin und
Spezielle Schmerztherapie

Gesprächswunsch. Menschen liefern mit dem Sterbewunsch implizit die Frage nach Alternativen der Behandlung des Leidens“, meinte Falckenberg. Sterbe- und Lebenswunsch könnten dabei nebeneinanderstehen. Im palliativen Kontext kommen Sterbewünsche bei Diagnosestellung vor, insbesondere bei schweren Erkrankungen, hoher Symptomlast, auch bei unerwartet raschen Krankheitsverläufen oder dem plötzlichen Verlust von Hoffnung. Auch ein unerwartet langsamer Krankheitsverlauf kann den Sterbewunsch auslösen. Ob im Hospiz, auf der Palliativstation, zu Hause oder in der Praxis, es gebe immer wieder die Situation, dass der Patient/die Patientin die Frage nach Tötung auf Verlangen oder auch der Hilfe beim Suizid stellt – manchmal auch vermittelt durch Angehörige oder eine Pflegekraft. Falckenberg geht davon aus, dass es daneben auch viele gibt, die den Sterbewunsch nicht äußern. Daher gebe es in der Leitlinie auch die Empfehlung, den Sterbewunsch zu themati-

sieren. „Im Gespräch gilt es dann, eine Balance zwischen Fürsorge und Autonomie zu finden und die Gedanken der Betroffenen zu weiten, um einen Ausweg aus der empfundenen Ausweglosigkeit zu ermöglichen – und das, ohne den Sterbewunsch zu bewerten“, so Falckenberg. Dazu gehören neben medizinischen Fragen auch solche zur Spiritualität, zur Resilienz und zum Sinnerleben. Eine breite Palette an Handlungsoptionen steht zur Verfügung: Symptomkontrolle, Beendigung lebenserhaltender/verlängernder Maßnahmen, Vorsorgeplanung, psychologische Interventionen (z. B. Würdetherapie), Sterben zulassen, Sedierung am Lebensende, freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, Suizidassistenz (durch Dritte), Suizid (selbst) oder auch das Sprechen über Tötung auf Verlangen.

Spezifisch für die Problematik sei die Ambivalenz von Gedanken und Wünschen. Eine Patientin äußere in einem Augenblick ih-

Das parlamentarische Ringen hat begonnen

Seit Ende Januar liegen die ersten Gesetzentwürfe zur Reform der Suizidbeihilfe vor. Auch das Bundesgesundheitsministerium hat einen hausinternen Entwurf in der Schublade und lässt ihn auch erstmal scheinbar dort (Stand: 24. Februar 2021).

Der fraktionsübergreifende „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe“ wurde unter anderem von den Abgeordneten Katrin Helling-Plahr (FDP), Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) und Dr. Petra Sitte (Linke) erarbeitet. Eine Alternative – den „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“ haben Abgeordnete der Grünen – Katja Keul, Renate Künast und weitere – vorgelegt.

Beide Entwürfe schlagen vor, dass der Staat die Sterbehilfe organisieren soll und sehen ein Beratungskonzept vor. Sie lassen sich vom Urteil des BVerfG leiten, dass den Wunsch nach selbstbestimmtem Sterben als Ausdruck von Autonomie anerkennt. Beide wollen, dass keiner zur Mitwirkung an einem Suizid verpflichtet werden darf. Fristen sollen vor zu schnellem Vorgehen schützen.

Der Grünen-Entwurf unterscheidet grundsätzlich, ob sich die sterbewillige Person in einer medizinischen Notlage befindet

oder ob das nicht der Fall ist. Bei einer medizinischen Notlage kann der Arzt/die Ärztin ein Arzneimittel zum Zweck der Selbsttötung verschreiben, sofern auch ein/e zweiter Arzt/zweite Ärztin den Sterbewunsch bestätigt hat. Er/Sie muss überzeugt sein, dass eine vom freien Willen getragene feste Entscheidung getroffen wurde und ein absehbar nicht mehr veränderlicher Sterbewunsch vorliegt. Bei anderen, also sich nicht in einer medizinischen Notlage befindenden Personen, berät und prüft eine unabhängige Beratungsstelle, ob Zweifel an den Voraussetzungen bestehen (schlüssige Erörterung über Sterbewunsch, Ursachen, Dauerhaftigkeit, Freisein von Druck und Zwang) und den Grund, warum Hilfsangebote nicht geeignet sind.

Im fraktionsübergreifenden Entwurf gibt es keine Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Sterbewilligen. Hier soll ein Netz von Beratungsstellen mit behördlicher Anerkennung unentgeltlich beraten und eine Bescheinigung ausstellen, in der Zweifel an einer autonomen Entscheidung anzugeben sind. Der Arzt/die Ärztin soll über wesentliche medizinische Umstände aufklären, den Nachweis der Beratungsstelle entgegennehmen und das Arzneimittel zum Zweck der Selbsttötung verschreiben. Wer berät, darf nicht verschreiben.

ren Sterbewunsch und im nächsten moniere sie, dass niemand im Hospiz vernünftig Tee kochen könne und sie sich einen guten Tee wünsche. Für Falckenberg ist es unerlässlich, dass sich Ärztinnen und Ärzte respektvoll mit den Todeswünschen von Patientinnen und Patienten auseinandersetzen müssen. „Wir brauchen in der Palliativmedizin immer eine hohe Präsenz für die Patienten. Dann kann Symptomkontrolle gelingen, aus der eine Beziehung und das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit entstehen, die letztlich zu Lebensqualität führen“, sagte die Palliativmedizinerin.

Ärztliche Kompetenz einbringen

„Jetzt muss der Chef selber ran“, so forderte Moderatorin und Gesundheitsjournalistin Kerstin Michaelis Dr. Emami auf, zu erläutern, warum es nicht reiche, das Berufsrecht zu ändern. „In der Deklaration von Genf 2017 wird von der Autonomie des Patienten gesprochen. Das löste eine Berufsethik ab, die eher paternalistischen Charakter hatte“, so Emami. Er machte deutlich, wie wandelbar ethische Wertvorstellungen sind. So enthalte der Eid des Hippokrates den Satz „Ich werde niemals einer Frau ein Abtreibungsmittel geben“, obwohl der Umgang mit Schwangerschaftsabbruch heute ein anderer ist. Nun gehe es um den Satz im Eid „Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten.“ Im Vergleich der Deklarationen näherte sich die Deklaration des Weltärztebunds (2019) gegenüber der Genfer mit einer klaren Abgrenzung von Sterbehilfe wieder dem Eid des Hippokrates an. „Nach dem Berufsrecht ist es unsere Aufgabe, Leben zu erhalten und Sterbenden Beistand zu leisten“, erläuterte Emami, „Tötung auf Verlangen ist verboten, wie auch Hilfe bei der Selbsttötung zu leisten.“ In Hamburg habe man die Regelung des § 16 der Muster-Berufsordnung unverändert übernommen, vier Bundesländer hätten dies nicht getan. „In Berlin, Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt gibt es schon jetzt eine Regelung, die sich nicht mit der Entscheidung des BVerfG beißt“, berichtete Emami.

Der Kammerpräsident kritisierte, dass „in den jetzt kursierenden Gesetzentwürfen Ärzten Aufgaben zugewiesen werden, ohne dass die verfasste Ärzteschaft beteiligt wurde“ (siehe Kasten S. 20). Über die Erläuterung eines Entscheidungsbaums (HÄB 11/2020, S. 19) erläuterte er die Unterscheidung in gesunde und kranke Sterbewillige und machte deutlich, dass allein schon bei dieser Einordnung ärztlicher Sachverstand unabdingbar ist. „Wir dürfen uns nicht aus der öffentlichen Debatte davonschleichen“, schloss er seine Ausführungen, „wer, wenn nicht wir, sollte sich zum Thema einbringen? Es sollte nicht eine ausschließlich politische Entscheidung getroffen werden, mit der wir als Ärztinnen und Ärzte dann zu kämpfen haben.“

Noch viele Fragen offen

Schon während der Vorträge chatteten die Teilnehmenden untereinander und brachten ihre Fragen ein. In der zweiten Runde – einer Podiumsdiskussion – nahm Moderatorin Michaelis viele Fragen aus dem Chat auf. Eine Ärztin wollte wissen, ob es aus den Niederlanden Erfahrungen mit Tötung auf Verlangen auch gegen den Willen des Betroffenen gibt. Lindner erläuterte: „Knallharte Zahlen lassen sich dazu nicht eruieren, man ist dann schnell bei Kasuistiken. Durch die Presse ging der Fall einer dementen Frau, die am Anfang ihrer Demenzerkrankung einer Tötung auf Verlangen zugestimmt hatte. Sie wurde auf Wunsch der Angehörigen getötet, obwohl sie sich während dieses Prozesses wehrte.“ In den Niederlanden werden jährlich gesetzlich vorgeschriebene Berichte zur Praxis des entsprechenden Gesetzes veröffentlicht, die fundierte empirische Information bieten. PD Dr. Birgit Wulff verwies darauf, dass die Regelungen in den Nachbarländern auch Auswirkungen auf die Debatte in Deutschland haben, aber Tötung auf Verlangen nicht Gegenstand des BVerfG-Urteils war.

Die Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen zu definieren, ist schwierig. Fragen dazu aus dem Plenum beantwortete Lindner: „Es darf kein schnelles Gutachten geben.“ In den Anhörungen beim BVerfG hatte ein Experte eine Begutachtung vergleichbar mit der bei Schuldfähigkeit bei Tötungsdelikten vorgeschlagen. Gaede ergänzte, dass dieser komplexe Aspekt von Politikern häufig unterschätzt wird, und hält es für wichtig, dies von ärztlicher Seite in die Debatte einzubringen. Er ging davon aus, dass man die Freiverantwortlichkeit nicht positiv, sondern nur durch den Ausschluss „negativer Faktoren“ definieren werde. Dabei dürfe nicht schlicht jedermann als krank bzw. unfrei angesehen werden, weil dies die Selbstbestimmung ganz verwerfen würde.

Einzelne schrieben, dass sie bei einer Neuregelung Gremienentscheidungen für schwierig hielten: „Ist ein Gremium menschlich, würdevoll, empathisch?“ Der Arzt/die Ärztin des Vertrauens gilt eher als Goldstandard. Dazu verwies Emami auf die Arbeit interdisziplinärer Boards, einer eingeübten Praxis in der Klinik. Falckenberg sagte, dass sie noch etwas ratlos sei, was konkrete Regelungen angehe: „Die vorgeschlagenen Verfahren passen nicht zu meinen Patientinnen und Patienten, wie sollte das in Hospizen, in der SAPV praktisch umgesetzt werden?“ Sie würde die Einrichtung einer ethischen Instanz bei der Ärztekammer befürworten, die Beratungen zu verschiedenen Problematiken im ambulanten Bereich übernehme. Sie halte es für schwierig, wenn eine sterbewillige Person die Durchführung des Suizids an andere delegieren wolle.

Thema auf dem Deutschen Ärztetag

Beim Deutschen Ärztetag in Rostock werden voraussichtlich Regelungen in der Berufsordnung angepasst. Bezogen darauf wurde im Chat kritisch hinterfragt, ob die Erarbeitung einer neuen Regelung nicht Aufgabe des Gesetzgebers sei. Das bestätigte Gaede in seinem Schlusswort: „Die Grundentscheidungen dazu werden in Berlin getroffen.“ Wer beeinflussen möchte, wie und in welchem Maße die Ärzteschaft eingebunden sein soll, müsse sich auf die Bundesgesetzgebung beziehen. Dies sieht auch Emami so: „Ich glaube, es wäre eine ehrliche Variante, wenn wir eine Lösung finden, mit der am Ende die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte leben kann und die in allen Landesärztekammern umsetzbar ist, damit kein Sterbetourismus innerhalb Deutschlands einsetzt. Mein Appell ist es, gemeinsam eine Haltung zu erarbeiten, um unsere Bedenken, unsere Erfahrungen und die ärztliche Kompetenz in diese für uns so wichtige Diskussion mit einzubringen.“ Er kündigte weitere Veranstaltungen zum Thema an, um die vielen Fragen aus dem Chat noch weiter zu diskutieren. Das könnten speziellere Themen wie die Freiverantwortlichkeit sein, die möglichen Sicherungs- und/oder Schutzmechanismen oder auch die Frage, ob Regelungen ein Gremium oder Gutachterwesen vorsehen sollten.

Zum Abschluß lud er dazu ein, zum Ende noch einmal das Umfragetool zu nutzen. Die Frage diesmal: „Befürworten Sie eine offenere Regelung für den ärztlich assistierten Suizid oder lehnen Sie das ab?“ Und auch wenn mit 161 weniger Teilnehmende nach so schwerer Kost abstimmten als zu Beginn der Konferenz, so zeigte sich bei einer etwas geänderten Frage ein weiterhin deutliches Bild: Etwa zwei Drittel (63 Prozent) sprachen sich für eine offenere Regelung zum assistierten Suizid aus, 12 Prozent waren unentschieden, 23 Prozent lehnten eine offenere Regelung ab.

Dorthe Kieckbusch ist Referentin der Geschäftsführung bei der Ärztekammer Hamburg

Auf der Website www.aerztekammer-hamburg.de der Ärztekammer Hamburg sind Links und Literatur zusammengestellt.

Das Literaturverzeichnis zu dieser Veranstaltung und zu den Vorträgen finden Sie im Internet unter www.aekhh.de/haeb-lv.html.

„Sensationell, dass wir heute schon Impfstoffe haben!“

Vertreterversammlung der KVH Corona und kein Ende? Auch wenn alle Welt noch mitten im Kampf gegen die Jahrhundertseuche steckt: Der Lauf der Impfkampagne gibt Hoffnung, dass die Pandemie in absehbarer Zeit zu überwinden sein könnte – auch durch den immensen Beitrag, den die Hamburger Vertragsärzteschaft hier leistet, etwa durch die beständige unaufgeregte Arbeit in den Praxen oder die Übernahme von gemeinsamer Verantwortung beim Hamburger Impfzentrum. Nicht ohne Grund war die diesjährige Auftakt-Sitzung der Vertreterversammlung der KVH getragen von leisem Optimismus und ein wenig Stolz auf das, was man zusammen erreichen kann, wenn man ein gemeinsames Ziel hat.

Von Dr. phil. Jochen Kriens

Den Ton des Abends gab Dr. Dirk Heinrich vor, als er zu Beginn dieser ersten Sitzung der Vertreterversammlung des Jahres ans Rednerpult im Julius-Adam-Saal trat: „Hätte uns Anfang 2020, als Corona begann, jemand gesagt, wir hätten heute, ein Jahr später, drei Impfstoffe zur Verfügung, dann hätten wir ihm geantwortet, du spinnst.“ Mit diesen deutlichen Worten erteilte der Vorsitzende jenen Zweiflern eine Absage, die derzeit durch unglückselige Einlassungen den Erfolg der Impfkampagne aufs Spiel setzten: „Es ist sensationell, dass wir heute überhaupt schon Impfstoffe zur Verfügung haben, das darf man nicht vergessen, und es ist gefährlich, wenn selbsternannte Experten, darunter auch uns wohlbekannte prominente Ärzte aus Hamburg, den AstraZeneca-Impfstoff als Impfstoff zweiter Klasse

diffamieren.“ Eine solche Haltung sei weder zielführend noch wissenschaftlich untermauert: „Der Impfstoff von hat eine Wirksamkeit von 71 Prozent, außerdem ist nachgewiesen, dass er die Viruslast im Körper signifikant senken kann und damit auch der Virusverbreitung vorbeugt – auch bei der britischen Variante. Es ist also verantwortungslos, diesen Impfstoff schlechtzureden. Dieser Impfstoff ist ein wirksamer Impfstoff.“ Heinrich appellierte an die Hamburger Vertragsärzte- und -psychotherapeuteschaft: „Wir haben in dieser Pandemie gemeinsam schon sehr viel erreicht, durch die ruhige unaufgeregte Arbeit in unseren Praxen, durch den erfolgreichen Aufbau und Betrieb des Hamburger Impfzentrums; jetzt sind wir in der besonderen Verantwortung, besonnen und optimistisch zu bleiben und uns mit aller Kraft für die Impfkampagne einzusetzen. Impfen ist die Hoffnung, die Pandemie rasch zu beenden!“

Impfkampagne

Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KVH, knüpfte mit seinem Bericht dort an – und erläuterte den Vertretern den rechtlichen Kontext, in dem das Hamburger Impfzentrum zu verorten sei, um kenntlich zu machen, welche Entscheidungsbefugnisse der KVH zukämen und welche nicht: „Es handelt sich nicht um das Impfzentrum der KVH, sondern um das Impfzentrum der Stadt Hamburg, mit dessen Betrieb die KVH beauftragt ist, das ist ganz wichtig: Die wesentliche rechtliche Grundlage hierfür ist die Impfverordnung des Bundesgesundheitsministeriums; diese inkludiert die Impfstrategie als hoheitliche Aufgabe und die Priorisierung der Impfkohorten.“ Aufgabe der Länder bzw. der Ministerien auf Länderebene sei es nun, die Impfstrategie umzusetzen. Um dies zu bewerkstelligen, seien die Länder berechtigt, sich Hilfe zu holen, z. B. von den Kassenärztlichen Vereinigungen. In Hamburg sei von diesem Recht in größerem Umfang



Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KVH, Caroline Roos, stellvertretende Vorsitzende, Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung und Dr. Björn Parey, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung (v.l.)

Gebrauch gemacht worden als in anderen Bundesländern. Hier habe die Stadt die KVH – mit Ausnahme der hoheitlichen Aufgaben, die sich nicht delegieren ließen – mit dem Aufbau und dem kompletten Betrieb des gesamten Impfzentrums beauftragt. „Der Grund dafür ist: Die Stadt war schlicht und ergreifend zufrieden mit uns und der Leistung der Vertragsärzteschaft in dieser Pandemie.“ Mittlerweile habe die KVH fast 2000 Mitarbeiter für das Impfzentrum akkreditiert und über 60.000 Impfungen (Stand: Anfang März) durchgeführt. „Außerdem betreiben wir das Callcenter zur Terminvergabe. Problematisch ist aber nach wie vor, dass es sehr viele impfberechtigte Menschen in der Prioritätsgruppe 1 gibt – in Hamburg circa 180.000 –, aber nur eine sehr begrenzte Anzahl von Impfterminen. Diese Diskrepanz kann keine Software lösen.“ Sobald größere Mengen an Impfstoff zur Verfügung stünden, werde dieses Problem sich aber lösen, auch dadurch, dass man dann beginnen könne, in den Praxen zu impfen. „Wir arbeiten bereits an einem Konzept zur Umsetzung. Wann, wie und in welcher Schnelligkeit es aber losgeht, hängt von der Menge an Impfstoff ab, die wir in den nächsten Monaten erhalten, und von den Entscheidungen der Behörde.“

Praxen werden sofort geimpft

Aufseiten vieler Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, so Plassmann weiter, entstehe immer wieder der Eindruck, es liege im Ermessen der KVH, freizügig Impftermine an Praxen zu vergeben. Es sei aber definitiv und ausschließlich Aufgabe der Sozialbehörde, über die Verteilung der Impfdosen sowie die Benennung der Reihenfolge von Prioritätsgruppen und deren Einladung zu entscheiden. „Wir haben als KV keine Impftermine im Keller, setzen uns aber in Gesprächen mit der Behörde dafür ein, Ärzte und Praxisteam auf Grund ihrer besonderen Nähe zu Patienten bevorzugt zu impfen.“ Plassmann wollte gerade die Fachgruppen verkünden, die demnächst eine Einladung zur Impfung erhalten, da erreichte eine Nachricht der Sozialbehörde per SMS den Vorstandsvorsitzenden der KVH: Ab sofort könnten alle Praxisärzte und ihre Teams Termine zur Impfung erhalten. „Das ist eine sehr gute Nachricht: Bei 300 Terminen pro Tag können wir jetzt bis Ostern alle Praxen durchimpfen.“

Honorar 3. Quartal 2020

Im Schatten der Corona-Pandemie stand honorartechnisch auch das 3. Quartal 2020. Im Vergleich zum Vorjahresquartal seien coronabedingt Fallzahlrückgänge in fast allen Fachgruppen und infolgedessen negative Effekte auf die Auszahlungsquoten zu verzeichnen. „Wir sehen aber, dass der Rückgang der Fallzahlen nicht so signifikant ist wie im zweiten Quartal“, so Plassmann. Obwohl sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten ein Rückgang in der Honoraranforderung festzustellen gewesen sei, fielen die Honorarbescheide – teilweise auch durch die positiven Effekte des Rettungsschirms – vielerorts sehr erfreulich aus, da alle Fachgruppen deutlich mehr EGV-Gelder hätten erwirtschaften können. „Es gibt also keinen Anlass für Trübsal.“ Im 3. Quartal 2020 fiel die Honorarauszahlung bei den Hausärzten mit 74,9 Millionen Euro um circa 4,2 Millionen Euro höher aus als im entsprechenden Quartal ein Jahr zuvor; bei den Fachärzten stieg der Wert um 19,7 Millionen Euro auf insgesamt 237,2 Millionen Euro. 2021 werde es indes keinen Rettungsschirm mehr geben, so Plassmann: „Für den EGV-Bereich war die Politik nicht gewillt, die Absicherung erneut aufzulegen. Und in der MGV wäre ein Rettungsschirm lediglich eine reine Umverteilung unter den Fachgruppen.“

116117

„Das Produktportfolio der 116117 wird größer, die Anzahl der über sie erreichbaren Dienste wächst“, begann Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, ihren Bericht an die Vertreter-



Denke in neuen Dimensionen.

- 19" Leichtmetallräder "Exclusive II"
- Voll-LED-Scheinwerfer
- Fulllink inkl. AppleCarPlay / Android Auto™³
- Automatische Distanzregelung

SEAT FOR BUSINESS



THOMSEN

C. Thomsen GmbH
Kuehnstasse 91
22045 Hamburg

Telefon 040 66 86 14 25, www.thomsen-wandsbek.seat.de
Zentrale: Stawedder 30, 25469 Halstenbek, www.auto-thomsen.de

SEAT CARE

Ab 15,00 € mtl.* sorgenfrei unterwegs mit Wartung & Verschleiß.
Zuverlässige Mobilität zu gleichbleibend günstigen Raten.

Kraftstoffverbrauch SEAT Tarraco FR 2.0 TDI, 110 kW (150 PS):
innerorts 5,8, außerorts 4,4, kombiniert 4,9 l/100 km; CO₂-
Emissionen: kombiniert 129 g/km. CO₂-Effizienzklasse: A.

*Weitere Informationen zum Euro NCAP Test unter www.euroncap.com/de/results/seat/tarraco/34836. ²199,- € (zzgl. MwSt.) mtl. Leasingrate für den SEAT Tarraco FR 2.0 TDI, 110 kW (150 PS), auf Grundlage der UVP von 39.910 € bei 36 Monaten Laufzeit und jährlicher Laufleistung von bis zu 10.000 km. 0 € Sonderzahlung. Überführungskosten werden separat berechnet. Ein Angebot der SEAT Leasing, eine Zweigniederlassung der Volkswagen Leasing GmbH, Gifhorner Straße 57, 38112 Braunschweig. Dieses Angebot ist nur für gewerbliche Kunden ohne Großkundenvertrag und nur bis zum 31.03.2021 gültig. ³Apple CarPlay ist ein eingetragenes Warenzeichen von Apple Inc.; Android Auto und weitere Marken sind geschützte Marken von Google LLC. *In Verbindung mit einem neuen Leasingvertrag mit der SEAT Leasing, Zweigniederlassung der Volkswagen Leasing GmbH, Gifhorner Straße 57, 38112 Braunschweig. 15,00 € (zzgl. MwSt.) mtl. Service rate für die Dienstleistung Wartung & Verschleiß bei einer Gesamtlauflistung von bis zu 30.000 km für den SEAT Tarraco. Bei einer Gesamtlauflistung von bis zu 60.000 km beträgt die monatliche Rate 34,00 € (zzgl. MwSt.). Abweichende Staffelpreise bei höheren Gesamtlauflistungen. Dieses Angebot ist nur bis zum 31.03.2021 gültig und nur für gewerbliche Kunden mit und ohne Großkundenvertrag. Ausgenommen sind Taxi-/Mietwagenunternehmen und Fahrschulen. Nähere Informationen bei uns. Abbildung zeigt Sonderausstattung.

THOMSEN

Sie finden uns auch hier:

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

22549 Hamburg
Osdorfer Landstr. 238-240 • T. 040 80 78 88 25
osdorf@auto-thomsen.de

21465 Reinbek
Möllner Landstraße 15 • T. 040 88 16 29 125
reinbek@auto-thomsen.de

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



Vertreterversammlung unter Corona-Bedingungen

versammlung. „Mittlerweile können die Patienten über die 116117 den ärztlichen Bereitschaftsdienst kontaktieren, sie können Termine in Arztpraxen buchen, sie erreichen die Corona-Info-Hotline des BMG und sie können ihren Impftermin vereinbaren. Wir können davon ausgehen, dass dieses Leistungsspektrum in Zukunft noch umfangreicher wird, und unterstützen diese Entwicklung ausdrücklich, um die 116117 künftig noch stärker als umfassende Service-Plattform zu etablieren.“ Zurzeit, so Roos, sei die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) damit beschäftigt, die Anzahl der parallel nutzbaren Telefonleitungen für die 116117 weiter aufzustocken, bis Ende Februar auf 40.000 Stück. Durch die Vermittlung der Impftermine sei derzeit ein sehr hohes Anruferaufkommen zu bewältigen – mit in der Spitze bis zu 1,3 Millionen Anrufen am Tag. „Da alle Anrufer erstmal auf der Bundesebene landen, bevor sie in die einzelnen Callcenter auf Länderebene weitergeleitet werden, ist es wichtig, eine hohe Anzahl an Leitungen zu haben, damit es nicht zu langen Wartezeiten kommt.“ Auch in dem Callcenter, das die Termine für das Hamburger Impfzentrum koordiniert, sei die Anzahl der Anrufe explodiert: „Wir erhalten an manchen Tagen bis zu 30.000 Anrufe, haben aber dennoch eine sehr hohe Servicequote von fast 90 Prozent.“ Reziprok verlaufe hingegen die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdiensts in Hamburg. Die Anruferzahlen sind seit dem letzten Anruferhoch im Oktober von 150.000 kontinuierlich auf rund 50.000 im Januar zurückgegangen, ebenso die Hausbesuche des fahrenden Notdiensts, die im Januar bei rund 17.000 lagen.

KVH-Mitgliederbefragung 2020

Roos stellte der Vertreterversammlung die Ergebnisse der zweiten großen Mitgliederbefragung vor, die im Herbst 2020 durchgeführt worden war. „Wir freuen uns sehr, erstens über die leicht gestiegene Teilnehmerzahl, immerhin haben 614 unserer knapp 5.300 Mitglieder teilgenommen, das entspricht einer Quote von 11,6 Prozent; und zweitens über die zunehmende Zufriedenheit unserer Mitglieder mit den Services der KVH.“ Eine solch generelle Verbesserung der Ergebnisse sei besonders in dem Corona-Jahr 2020 erfreulich, da sich dadurch zeige,

dass die KVH auf die Bedürfnisse der Mitglieder trotz schwieriger Rahmenbedingungen und Bedürfnislagen eingehen konnte. „Deutlich gesteigert werden konnte die Zufriedenheit mit den Services der KVH allgemein, mit der politischen Arbeit des Vorstands sowie mit der Vertretung der Interessen der Mitglieder durch die KVH. Darüber hinaus ist es für uns ein positives Signal, dass alle Einzelperformances hinzugewinnen konnten oder genauso gut bewertet wurden wie im Vorjahr.“ Als „Aushängeschilder der KVH“ konnten in diesem Jahr wieder die „Praxisberatung“, das „Infocenter“ und „Zulassungsrechtliche Dienstleistungen“ punkten. Signifikant sei auch, dass weiche Kategorien wie Erreichbarkeit, Freundlichkeit und Zuverlässigkeit durchgehend positiv bewertet worden seien. „Bei der Transparenz der Prozesse konnten wir ebenfalls zulegen, sehen aber auch, dass es hier noch Entwicklungspotenzial gibt“, so Roos. Neben den Services, die bei jeder Mitgliederbefragung bewertet werden, gab es auch in diesem Jahr ein Thema, welches den Beurteilungszeitraum in besonderer Weise prägte – im Jahr 2020 war das die Corona-Krise. „Wir wollten wissen, wie Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen die besonderen Services der KVH rund um das Thema Corona bewertet haben.“ Hierbei habe sich herausgestellt, dass vor allem die Bereitstellung von Informationen zur Corona-Pandemie gut angekommen sei (71 Prozent Zufriedenheit). Andere Initiativen wie die Bereitstellung von Schutzausrüstung oder Corona-bedingte Honorarmaßnahmen haben mit knapp über 40 Prozent Zufriedenheit weniger gut abgeschnitten. „Das waren Services, in die wir sehr viel Kraft und Leidenschaft gesteckt haben, um unseren Mitglieder in der ausgesprochen misslichen Lage bestmöglich zur Seite zu stehen. Insgesamt freuen wir uns, dass die Bewertung der KVH durch ihre Mitglieder in dem Corona-Jahr besser ausgefallen ist als im Jahr zuvor. Wir glauben deshalb, bei der Gestaltung von Verbesserungen auf dem richtigen Weg zu sein.“

Dr. phil. Jochen Kriens ist Leiter der Abteilung Politik und Öffentlichkeitsarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Die Ergebnisse der großen Befragung finden Sie auf der Webseite der KVH unter www.kvhh.de und in der März-Ausgabe des KV Journals.

LESERBRIEF

Zur Entscheidung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg, die Zusatzweiterbildung Homöopathie abzuschaffen.

Ein Nachruf auf die Zusatzweiterbildung Homöopathie

Erstmals in der 125-jährigen Geschichte der Hamburger Ärztekammer wurde eine Zusatzweiterbildung aus der Weiterbildungsordnung gestrichen, gegen das Votum des deutschen Ärztetags. Und dies, obwohl die Nachfrage nach Homöopathie steigend ist und sich etwa drei Viertel der Bevölkerung eine integrativmedizinische Versorgung im Gesundheitssystem wünschen.

Dabei konnte eine aktuelle Versorgungsstudie der Securita BKK gerade erst an 15.700 Patienten zeigen, dass die Homöopathie ein wirksames und kosteneffizientes Heilverfahren ist: Im zeitlichen Verlauf zeigte sich bei fast allen untersuchten Indikationen und Gruppen eine positive Entwicklung im Sinne von sinkender Morbidität und abnehmender Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen. Der Vorstand der Securita-Krankenkasse, Götz Hachtmann, sieht darin die Bestätigung, dass die Homöopathie als besondere Therapierichtung einen angemessenen Platz in der Gesundheitsversorgung verdient (1). Diese Studie bestätigt auch die Erfahrung zahlreicher Kolleginnen und Kollegen, die im Alltag der ambulanten Versorgung homöopathische Mittel einsetzen.

Wichtig ist dabei, dass die Anbieter homöopathischer Leistungen ihre Fachkenntnisse und ihr Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der Methode nachweisen; nicht zuletzt, um die Patientinnen und Patienten vor unsachgemäßer Anwendung und schlechter Behandlungsqualität zu schützen. Dies zu gewährleisten ist Sinn einer Zusatzbezeichnung. Eine Abschaffung widerspricht daher dem Ziel der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes, dem sich die Ärztekammer verpflichtet fühlen sollte.

Die Ärztekammer hat aus dem Kanon der Zusatzbezeichnungen, dem medialen Trend folgend, die Zusatzweiterbildung Homöopathie herausgegriffen und sie den Delegierten zur Disposition gestellt. Zwar

wurde eingeräumt, dass es Studien gibt, die für eine Wirksamkeit der Homöopathie sprechen, sah die Evidenz aber insgesamt als nicht verlässlich an.

Ein für die Internationale Akademie für integrative wissenschaftlich orientierte Homöopathie, Berlin, erstelltes Gutachten kommt zu dem Ergebnis:

„Alle Primäranalysen dieser sechs Meta-Analysen zeigten einen positiven Therapieeffekt der Homöopathie über Placebo hinaus. Diese Therapieeffekte waren in fünf der sechs Meta-Analysen statistisch signifikant ... Bei Beschränkung der Meta-Analysen auf Studien mit höherer methodischer Qualität sind die positiven Therapieeffekte weiterhin überwiegend signifikant.“ (2)

Wenn von der Homöopathie ein noch höherer Standard der Evidenz gefordert wird, müsste dies dann nicht für alle vorhandenen Zusatzbezeichnungen gelten? Warum wurde hier willkürlich aus allen Zusatzbezeichnungen die Homöopathie ausgesucht und auf die Verlässlichkeit ihrer Evidenz überprüft? Müsste nicht dann für alle bisher vorhandenen Zusatzbezeichnungen nicht nur Evidenz, sondern „verlässliche“ Evidenz gefordert werden? Evidenzbasierte Medizin basiert auf den drei Säulen Patientenpräferenz, klinische Expertise und externe Evidenz. Von diesen drei Säulen allein die externe Evidenz herauszufiltern, um damit die Abschaffung der Zusatzweiterbildung Homöopathie zu rechtfertigen, kann ihr in keiner Weise gerecht werden.

„Gute Ärzte nutzen sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht: Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis, durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz tyrannisiert zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können.“ (3)

Der Gesetzgeber stellt die besonderen

Therapierichtungen unter seinen Schutz und verlangt explizit die Methodenpluralität. Zumindest im Arzneimittelrecht darf auch die Wirksamkeit einer Methode nur innerhalb des Paradigmas dieser Methode beurteilt werden. Damit erkennt der Gesetzgeber auch die Tatsache an, dass es in der Medizin verschiedene Systeme gibt, und untersagt eigentlich, dass eines dieser Systeme, z. B. die konventionelle Medizin, nach den Kriterien ihres eigenen Systems einem anderen System die Berechtigung absprechen darf. Da die Ärztekammer eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, muss sie diese Intentionen des Gesetzgebers bei ihrem Handeln berücksichtigen und darf diesen zumindest nicht in offensichtlicher Form zuwiderhandeln.

Langfristig fürchten wir, dass die gleichen Kräfte, die die Zusatzweiterbildung Homöopathie bekämpft haben, auch weitere Zusatzweiterbildungen der integrativen Medizin infrage stellen werden. Welche Zusatzbezeichnung soll als nächstes abgeschafft werden? Akupunktur? Chirotherapie? Naturheilverfahren?

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

**Curt Kösters, Dr. Klaus Rentrop,
Gesellschaft homöopathischer Ärzte
Hamburg**

Sie wollen einen Leserbrief an die Redaktion des Hamburger Ärzteblatts richten? Schreiben Sie an verlag@aekeh.de. Der Umfang eines Leserbriefs oder einer Replik sollte nicht mehr als 4.000 Zeichen mit Leerzeichen betragen (siehe dazu die Autorenrichtlinien unter www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/ueber_uns/hamburger_aerzteblatt/autorenhinweise_hher_aerzteblatt_02_2021.pdf. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen.

Medikamentöse Therapie bei KHK und Vorhofflimmern

Aktuelle Empfehlungen Offenbar wurde bei der Kombinationstherapie das Blutungsrisiko durch ASS unterschätzt und die Gefahr neuer Myokardinfarkte überschätzt. Leitlinien der europäischen und der deutschen Fachgesellschaften für Kardiologie setzen nun die Ergebnisse aus vier großen Studien um: ASS wird deutlich kürzer eingesetzt; ein Jahr nach dem Koronarereignis sollte nur noch mit einem NOAK therapiert werden.

Von Prof. Dr. Martin W. Bergmann¹, Dr. Britta Goldmann², Dr. Melanie Hümmelgen³, Dr. Ingmar Nowak⁴, Dr. Felix Meincke⁵, Dr. Gerian Grönefeld⁶, Prof. Dr. Alexander Ghanem⁷, Dr. Behrus Subin⁸, Dr. Thomas Twisselmann⁹, Dr. Michael Weisbach⁹

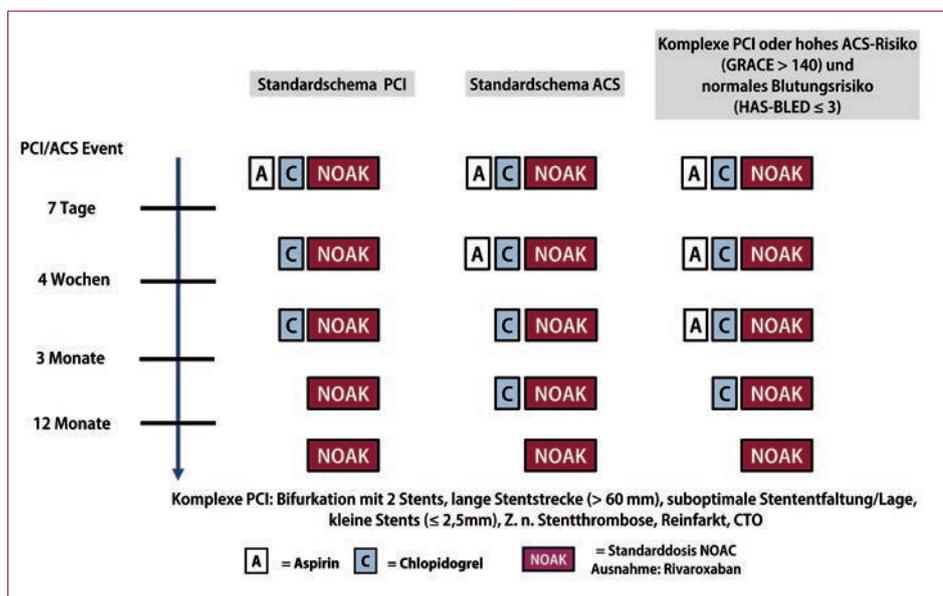


Abb. 1: Schema zur Nachbehandlung von Patienten mit Vorhofflimmern und KHK. Definition komplexe PCI: Bifurkation mit 2 Stents, lange Stentstrecke (> 60 mm), suboptimale Stententfaltung/Lage, kleine Stents: Durchmesser ≤ 2,5 mm, Z. n. Stentthrombose, Reinfarkt, chronische Koronarverschlüsse (CTO). Abkürzungen siehe Kasten S. 27

Die Dauertherapie mit Plättchenhemmern und oraler Antikoagulation (Marcumar, NOAK) bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) und Indikation zur Schlaganfallprophylaxe aufgrund von Vorhofflimmern war jahrelang ein kompliziertes Feld zwischen „Skylla und Charybdis“: Blutungsrisiko auf der einen Seite, Sorge vor erneuten Infarktereignissen auf der anderen Seite. Die Daten von vier groß angelegten, randomisierten Studien haben nun in diesem Bereich Klarheit geschaffen. Die Therapieempfehlungen in den jüngsten Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) sowie den direkt daraus abgelei-

teten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) setzen die Studienergebnisse nun in unseren Alltag um.

Die Tendenz der Studien ist eindeutig: Offensichtlich haben wir in der Vergangenheit das Blutungsrisiko durch ASS in der Kombinationstherapie unterschätzt und die Gefahr neuer Myokardinfarkte überschätzt. Clopidogrel in der „Monotherapie“ scheint meist ausreichend, um die gefürchtete Stentthrombose zu verhindern. Die Marcumar-Therapie war selbst unter Studienbedingungen mit optimaler INR-Kontrolle der NOAK-Therapie insbesondere aufgrund häufiger Blutungsereignisse unterlegen.

Grundsätzlich sollte bei stabiler KHK ein Jahr nach einem Koronarereignis nur noch mit einem NOAK therapiert werden, ASS ist hier verzichtbar und steigert das Blutungsrisiko enorm. Innerhalb der ersten 12 Monate nach Stentimplantation oder einem Infarkt ereignis wird mit Clopidogrel und NOAK behandelt, die Dauer dieser „dualen“ Therapie variiert.

Eine Gruppe Hamburger Klinikabteilungen und niedergelassener Kollegen hat die Daten und Leitlinienempfehlungen nun in ein einheitliches Schema umgesetzt. Dabei sind drei Szenarien zu unterscheiden:

1. Elektive Stentimplantation (PCI) bei symptomatischer KHK oder positivem Ischämienachweis,
2. akutes Koronarsyndrom (ACS: NSTEMI, STEMI, Typ-II-Myokardinfarkt, MINOCA)
3. komplexe PCI (Bifurkation mit mehreren Stents, 3-Gefäß-KHK etc.).

Die entsprechenden Therapieschemata sind in einer einfachen Grafik zusammengefasst (Abb. 1), ergänzend sind die Kriterien für eine Dosisreduktion der NOAK aufgeführt (Abb. 2).

¹ Asklepios Kliniken Altona und Wandsbek, Cardiologicum Hamburg

² Asklepios Klinikum Harburg

³ RehaCentrum Hamburg am UKE

⁴ Katholisches Marienkrankenhaus

⁵ Asklepios Klinik St. Georg

⁶ Asklepios Klinik Barmbek

⁷ Asklepios Klinik Nord-Heidberg

⁸ CardioMed an der Alster und Tonndorf

⁹ Kardiologie am Tibarg & Hohe Weide

Elektive Stentimplantation bei stabilen Patienten mit Vorhofflimmern

Bei stabilen Patienten, die aufgrund einer KHK-Symptomatik oder bei positivem Ischämienachweis eine Intervention erhalten, kann das ASS nach 7 Tagen abgesetzt werden. Diese Patienten sollten für 3 Monate mit Clopidogrel 75 mg 1 x 1 täglich plus NOAK in üblicher Dosis behandelt werden, danach kann das Clopidogrel abgesetzt werden, und es wird nur noch mit einem NOAK therapiert (Abb. 1). Für die wenigen Patienten, bei denen eine komplexe Intervention wie ein Bifurkationsstenting mit 2 Stents, eine Stentstrecke > 60 mm oder andere Kriterien (Abb. 1) erfüllt sind, kann die Tripletherapie (ASS, Clopidogrel, NOAK) für 1 bis maximal 3 Monate gegeben werden, danach wird auch bei diesen Patienten das ASS abgesetzt.

Akutes Koronarsyndrom und Vorhofflimmern: Dauer der Therapie

Die Plättchenhemmung nach einem akuten Koronarsyndrom dient nicht nur der Vermeidung einer Stentthrombose, sondern verhindert vor allem Zweitereignisse aufgrund instabiler Plaques im übrigen Koronargefäßsystem. Es wird daher eine „Tripletherapie“ für 4 Wochen empfohlen, anschließend sollte das ASS auch hier aufgrund des Blutungsrisikos abgesetzt werden. Bei Patienten mit starkem Blutungsrisiko empfehlen die aktuellen Leitlinien inzwischen ebenfalls eine Verkürzung der ASS-Therapie auf 1 Woche; das NOAK sollte für einen ausreichenden Schlaganfallschutz in Kombination mit Clopidogrel hingegen in der vollen therapeutischen Dosis gegeben werden. Keine „automatische“ Dosisreduktion!

Nach einem Jahr wird auch bei diesen Patienten auf eine Monotherapie mit NOAK umgestellt (Abb. 1). Das heißt: keine Dauertherapie nach 1 Jahr mit NOAK und Thrombozytenhemmern! Der Einsatz moderner Plättchenhemmer wie Ticagrelor oder Prasugrel ist in dieser Konstellation nur wenig untersucht und ist daher Nischenindikationen vorbehalten. Auch bei ACS-Patienten, bei denen die Kriterien einer komplexen Intervention erfüllt sind, kann die Tripletherapie (ASS, Clopidogrel, NOAK) für 3 Monate gegeben werden. Danach wird auch bei diesen Patienten das ASS abgesetzt, und es verbleibt die duale Therapie mit Clopidogrel und NOAK.

Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz oder im Alter

In den angesprochenen Studien zum Thema Vorhofflimmern und KHK wurden Apixaban (2 x 5 mg), Edoxaban (1 x 60 mg) und Dabigatran (Dabigatran 2 x 150 oder 2 x 110 mg)

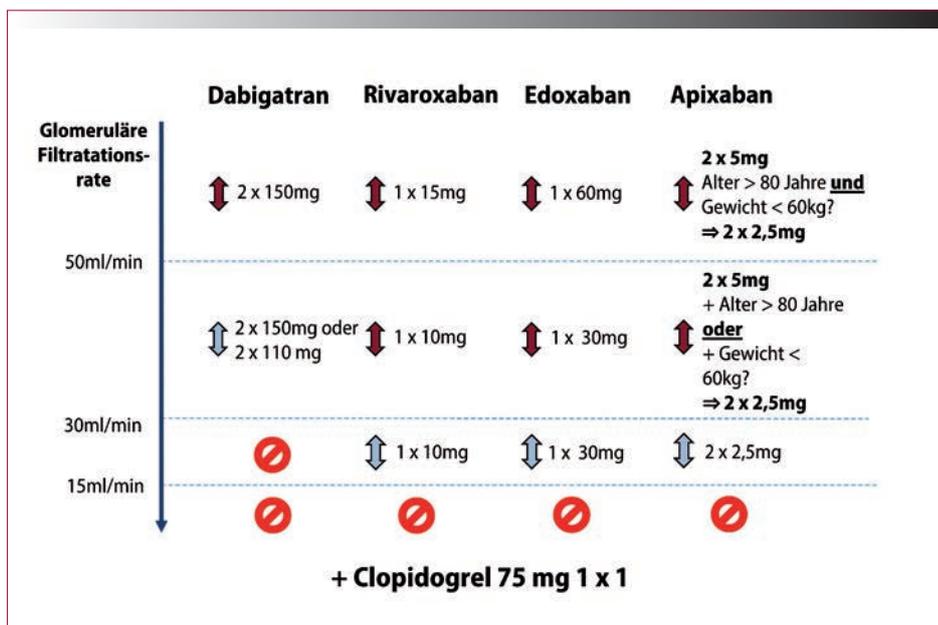


Abb. 2: Schema zur Dosisreduktion der NOAK bei eingeschränkter Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate)

in der Standarddosis eingesetzt; Rivaroxaban wurde hingegen auch bei normaler Nierenfunktion in reduzierter Dosis (1 x 15 mg) zusammen mit Clopidogrel untersucht (Abb. 2). Bei eingeschränkter Nierenfunktion und weiteren Kriterien der Dosisreduktion (Alter, Gewicht) wurde entsprechend der „normalen“ Zulassung die Dosis reduziert (Abb. 2). Eine generelle Dosisreduktion bei der Kombinationstherapie mit Clopidogrel (duale Therapie) ist nach den Studien und Leitlinien

nicht gerechtfertigt; hier muss mit einem gesteigerten Schlaganfallrisiko gerechnet werden. Durch die frühzeitige Beendigung der ASS-Therapie meist nach 7 Tagen kann das Blutungsrisiko auch unter normaler NOAK-Dosis massiv gesenkt werden.

Neue Therapieansätze bei hohem Ischämierisiko oder Blutungskomplikationen

Neben der Standardtherapie stehen aufgrund neuer Studiendaten für Patienten mit hohem Ischämierisiko (z. B. Diabetes-Patient mit 3-Gefäß-KHK) intensiviertere Therapieansätze zur Verfügung, die inzwischen auch in den ESC-Leitlinien zum Thema Nachsorge bei ACS zu finden sind:

- Clopidogrel kann für 3 Jahre weitergegeben werden; es besteht kaum ein gesteigertes Blutungsrisiko bei geeigneten Patienten, aber eine signifikante Reduktion von weiteren Myokardinfarkten.
- Ticagrelor wird bei Patienten im Sinusrhythmus nach einem Jahr DAPT (ASS/Ticagrelor) nicht komplett abgesetzt, sondern auf eine Dosis von 2 x 60 mg reduziert; diese Therapie wird bis zum 3. Jahr nach dem ACS fortgesetzt. Die Studiendaten sind vor allem für Patienten mit zusätzlich peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) oder diffuser 3-Gefäß-KHK signifikant.
- Rivaroxaban wird bei Patienten im Sinusrhythmus zusätzlich zu ASS und Clopidogrel in einer Dosis von 2 x 2,5 mg gegeben – dieser Ansatz reduziert bei KHK-Patienten vor allem die Anzahl von Schlaganfällen. Der Ansatz scheint daher bei Patienten geeignet, bei denen noch kein Vorhofflimmern nachgewiesen werden konnte, die aber ein entsprechendes Risiko aufweisen (z. B. hypertone

Abkürzungen

- ACS** Akutes Koronarsyndrom
- ASS** Acetylsalicylsäure
- DAPT** duale antithrombozytäre Therapie
- ESC** European Society of Cardiology
- GRACE** global registry of acute coronary events (SCORE System)
- HAS-BLED** Score für Blutungsrisiko
- INR** Internationale normalisierte Ratio
- KHK** Koronare Herzerkrankung
- LAA** left atrial appendage, linkes Vorhoffohr
- MINOCA** Myokardinfarkt mit nicht-obstruktiven Koronararterien
- NOAK** nicht-Vitamin-K-abhängiges orales Antikoagulans
- NSTEMI** Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung
- PCI** Perkutane Koronarintervention
- STEMI** ST-Streckenhebungsinfarkt
- Tripletherapie** ASS, Clopidogrel plus orale Antikoagulation (NOAK, Marcumar)

Herzerkrankung, erhöhter CHA2DS2-VASc, Sekundärprophylaxe nach Schlaganfall bei Verdacht auf kardioembolisches Ereignis). Bei Patienten mit Blutungsereignissen steht mit dem LAA-Verschluss eine geeignete interventionelle Methode zur Verfügung, die die Beendigung der NOAK- oder Marcumar-Therapie erlaubt. Die Nachbehandlung erfolgt mit einer doppelten Plättchenhemmung (ASS/Clopidogrel) für 3 Monate, dann ASS-Monotherapie. Der Eingriff ist bei sehr hohem Blutungsrisiko auch völlig ohne nachfolgende Plättchenhemmung möglich. Das Interventionsrisiko ist gering, sodass der Eingriff gerade auch für Patienten über 80 Jahre geeignet ist.

Unterbrechung der NOAK-Therapie vor operativen Eingriffen

Die kurze Halbwertszeit der NOAK erlaubt die sichere Durchführung von operativen Eingriffen 24 bis 48 Stunden nach der letzten Ein-

nahme. Einige Eingriffe werden inzwischen auch unter laufender NOAK-Therapie durchgeführt. Die aktuellen ESC-Leitlinien zu diesem Thema sind sehr eindeutig, bei kleineren Eingriffen (Zahnarzt, Herzkatheter, Endoskopie etc.) letzte Einnahme am Morgen des Vortags, bei größeren Eingriffen (orthopädische Operation, Herzoperation) letzte Einnahme 2 Tage vor dem Eingriff morgens. Die Dauer des Absetzens bestimmt der Arzt, der den Eingriff durchführen wird und das Blutungsrisiko kennt. Von einem „Bridging“ mit niedermolekularem Heparin, wie früher bei Marcumar, wird ganz deutlich abgeraten, da dies zu einer gesteigerten Blutungsrate führt, niedermolekulare Heparine wie Clexane, Fraxiparin oder Mono-Embolex sind hier kontraindiziert.

Einzelne Operateure beobachten verlängerte Blutungszeiten auch nach Absetzen der NOAK, dies konnte wissenschaftlich allerdings bisher nicht nachvollzogen werden. Bei eingeschränkter Nierenfunktion wird eine verlängerte Halbwertszeit der NOAK beobachtet, gegebenenfalls sollte bei diesen Pati-

enten das Medikament 3 Tage vor einer sehr großen OP (z. B. Bypass-OP) pausiert werden – Festlegung durch den Operateur. Die inadäquate Dosisreduktion oder ungerechtfertigt lange Pausen (> 7–10 Tage) führen nachweislich zu einer gesteigerten Schlaganfallrate. Einzelne Zentren sind inzwischen in der Lage, perioperativ NOAK aus dem Blut zu filtern, zudem sind gut wirksame NOAK-Antidote inzwischen in allen Kliniken verfügbar.

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

Interessenkonflikte: vorhanden.

Erklärung unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

Prof. Martin W. Bergmann

Chefarzt III. Medizinische Abteilung Kardiologie, Pneumologie & internistische Intensivmedizin Asklepios Klinik Altona Cardiologicum Hamburg, Wandsbek E-Mail: mar.bergmann@asklepios.com

REZENSION

Humorvolle und kluge Bücher über Stärke, Kampfeswillen und die Liebe zum Leben

Claudia Hontschik ist eine Frankfurter Pädagogin und Supervisorin mit der chronischen Nervenkrankheit Multiple Sklerose (MS). Ihr Mann Dr. Bernd Hontschik, ein streitbarer Chirurg, arbeitet als Autor und schreibt Kolumnen für die Frankfurter Rundschau und für das KVH-Journal. 2018 und 2020 erschienen ihre zwei Bücher über den tückischen Alltag mit der Krankheit MS.



Claudia Hontschik, Bernd Hontschik: Kein Örtchen. Nirgends. Westend Verlag, 2020, 112 S., 16 Euro

1. „Kein Örtchen. Nirgends“: Wer kennt sie nicht, die Not, wenn wir ganz dringend eine Toilette aufsuchen müssen und keine finden. Für Menschen ohne Handicap ist das schon schrecklich, aber was ist mit den Rollstuhlfahrenden? Das Buch nimmt uns auf unterhaltsame und auch humorvolle Weise mit hinter die Türen der barrierefreien Toiletten. Es zeigt mit Fotos, Grafiken und Text, wo die Tücken der Nutzung liegen. Sympathisch kommt das starke Autoren-Ehepaar zu Wort, das gemeinsam mit den Widrigkeiten des öffentlichen Raums kämpft, dessen Lebensfreude aber spürbar bleibt! Wie ist es mit den Einschränkungen durch fehlende Infrastruktur für Rollstuhlfahrende, die dadurch zwangsweise zu Hause bleiben müssen, wenn Kinos, Theater, Restaurants und Einrichtungen des öffentlichen Lebens nicht barrierefrei sind? Mir war nicht bewusst, wie sehr Rollstuhlfahrende in der Nutzung des öffentlichen Raums durch Barrieren, aber eben auch durch fehlende Toiletten eingeschränkt werden. Wo bleibt die Lobby, wo der Aufschrei? Wie kommt es, dass dieser Missstand so

Aktivitäten genaue Vorausplanungen nötig machen, und der Gehende vor Ausflügen die Lage erkunden muss. Was ist, wenn Rollstuhlfahrende alleine leben und auf diese Unterstützung verzichten müssen? Kann es da noch spontane Unternehmungen geben?



Claudia Hontschik: Frau C. hat MS. Wenn die Nerven blank liegen. Westend Verlag, 2018, 128 S., 6 Euro

informativ und leicht zu lesen. Für uns Ärzte ist der Perspektivwechsel, die Einfühlung in ein Leben mit einer chronischen Erkrankung, wichtig. Fazit: Ich kann die Lektüre beider Bücher sehr empfehlen und bin noch ganz gerührt von der Ehe- und Liebesgeschichte, von der Stärke, dem Kampfeswillen, der klugen, humorvollen Schreibweise und der Liebe zum Leben!

2. „Frau C. hat MS. Wenn die Nerven blank liegen“: Die Autorin schildert darin ihre Geschichte vom dramatischen Beginn bis zum Leben mit der Krankheit, der Suche nach dem individuellen Weg in eine „neue Normalität“, den Entscheidungen für und gegen Therapieangebote. Die Themen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, die Orientierung an den Fähigkeiten und nicht an den Defiziten werden eindrucksvoll behandelt. Auch in diesem Buch sind Humor und die Freude am Leben spürbar, zum Beispiel bei der Schilderung des Kampfs um einen speziellen Feldenkrais-Ball mit Oskar, dem jungen Hund der Tochter. Berührt hat mich auch das Glücksgefühl der Autorin angesichts schön lackierter Fußnägel. Beide Bücher sind schön gestaltet, klar im Aufbau,

Dr. Christine Schroth der Zweite,
Fachärztin für Innere Medizin

Internetbasierte Intervention zur Reduktion von Arbeitsstress



Beruflicher Stress hat langfristig negative Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsproduktivität

Stress bei der Arbeit belastet Menschen aller beruflichen Ausrichtungen und hat langfristige negative Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsproduktivität. Da Strategien zur Stressbewältigung individuell sehr unterschiedlich sind und nicht selten lediglich auf Vermeidung zielen, wird nach sinnvollen, einfachen Interventionsprogrammen gegen Stress gesucht. Deutsche Forscher aus Freiburg, Trier und Dresden entwickelten

ein eigenständig durchführbares internetbasiertes kognitiv-behaviorales Verhaltensprogramm zur Stressreduktion (Stächele T et al., *Front Psychiatry* 2020 May 25.) Das Programm ging über sechs Wochen und enthielt sechs unterschiedliche Module, z.B. zur Umstrukturierung von Denkweisen. Über das Internet wurden 134 sich gestresst fühlende Arbeitnehmer als Studienteilnehmer rekrutiert und zufällig entweder dem Interventionsprogramm oder einer Warteliste (Kontrollgruppe) zugeordnet. In der Interventionsgruppe hatten die Teilnehmer pro Woche 30 Minuten in das Programm und weitere 30 Minuten in eine entsprechende Transferaufgabe zu investieren. In der Interventionsgruppe wurde über ein reduziertes Stressempfinden, einen verbesserten Umgang mit Stress sowie eine bessere Schlafqualität berichtet. Eine emotionale Erschöpfung war in beiden Gruppen verbessert, depressive Symptome verblieben jeweils unverändert. Die Autoren erhoffen sich für die Zukunft weitere Erkenntnisse insbesondere zur Langfristigkeit der Effekte solcher einfacher Interventionen. | *hs*

Kanzerogenität der CT-Diagnostik bei Patienten mit Appendizitis

Bei Appendizitis ist zur Unterscheidung unkomplizierter und komplizierter Verlaufsformen eine bildgebende Diagnostik notwendig, bei Erwachsenen ist die CT Goldstandard. Unklar ist dabei die Kanzerogenität der CT-Diagnostik. In einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie in Südkorea wurden aus einer nationalen Datenbank die Daten von 825.820 Patienten analysiert, die sich zwischen 2005 und 2015 einer Appendektomie wegen Appendizitis unterzogen hatten und die keine Risikofaktoren für Krebs hatten (Lee KH et al., *JAMA Surg* 2021 Jan 20, online ahead of print). Die Patienten wurden in eine CT-exponierte (n = 306.727) und eine CT-unexponierte Gruppe (n = 519.093) eingeteilt. Für hämatologische maligne Neoplasien betrug das Inzidenzenverhältnis (IRR) in der CT-exponierten vs. CT-unexponierten Gruppe 1,26 (95 % CI, 1,09 – 1,45; P = 0,002), festgestellt nach einer Latenzzeit von 2 Jahren. Die Inzidenz von Blutkrebs stieg tendenziell mit der Anzahl der abdominopelvinen CT-Untersuchungen. In der Subgruppe von Patienten im Alter von 0 bis 15 Jahren war das karzinogene Risiko am stärksten ausgeprägt (IRR 2,14 [95 % CI 1,35 – 3,40]). In der Inzidenzrate von Krebserkrankungen der Bauch- und Beckenorgane gab es nach einer Latenzzeit von 5 Jahren keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Zusammengefasst sprechen die Ergebnisse für eine höhere Inzidenz von hämatologischen malignen Neoplasien durch eine abdominopelvine CT, wobei junge Patienten im Alter von 0 bis 15 Jahren besonders gefährdet sind. | *ca*

Chronische Hepatitis B

Neuer Therapieansatz

Innovative Kombinationstherapien können wirksam gegen eine chronische Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV), die häufig zu Lebererkrankungen und Leberkrebs führt, eingesetzt werden. Forschende aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) konnten im Tiermodell die Stilllegung der sogenannten covalently closed circular DNA (cccDNA) erreichen (Allweiss L et al., *gut* 2021 Jan 28, online ahead of print). Die cccDNA versteckt sich in den Zellkernen infizierter Leberzellen und dient als Vorlage für die Produktion neuer Viren. Die Wissenschaftler konnten zeigen, dass Behandlungen mit Interferon oder RNA-Interferenz, die die virale Produktion unterdrücken, in Kombination mit dem Eintrittshemmer Bulevirtide, der die Zellen vor neuen Infektionen schützt, die cccDNA dauerhaft stilllegen. „Diese Ansätze können nun in klinischen Studien angewandt werden, um eine funktionelle Heilung der chronischen Hepatitis B zu erreichen“, so Prof. Dr. Maura Dandri, von der I. Medizinischen Klinik des UKE.

Quelle: UKE, 02.02.2021

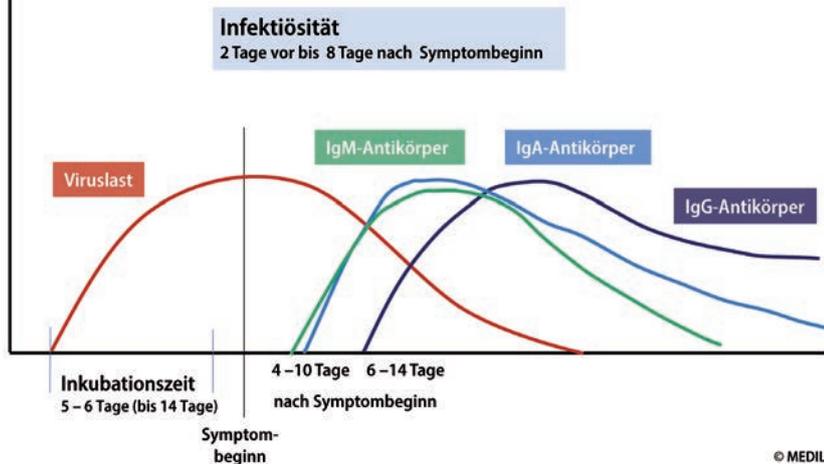
Intensivmedizinische O₂-Therapie

Hoher oder niedriger Druck?

Ob eine Sauerstoffbehandlung bei einer Lungenfunktionsstörung (Hypoxämie) auf der Intensivstation mit einem hohen (90 mmHg) oder einem niedrigen (60 mmHg) Sauerstoffpartialdruck (Sauerstoffzielwert) erfolgt, macht offenbar keinen Unterschied. In einer multinationalen Studie (Schjørring OL et al., *NEJM*, 2021 January 20) unter Leitung des Universitätskrankenhauses Aalborg wurde die Überlebensrate von 2.928 schwer kranken Patienten mit akuter Hypoxämie und einem Sauerstoffbedarf von mindestens 10 Litern pro Minute oder einem eingeatmeten Sauerstoffanteil von 50 Prozent untersucht: Entgegen der ursprünglichen Annahme war die Sterberate nach 90 Tagen in beiden Gruppen vergleichbar. Ein tieferer Sauerstoffzielwert verringert somit die Sterblichkeit nicht. Ebenso wurde für die Kriterien „Anteil Tage ohne lebenserhaltende Maßnahmen“ und „Anteil Tage ohne Hospitalisierung“ kein signifikanter Unterschied festgestellt.

Quelle: Universitätsspital Bern, 25.01.2021

Abb.: Schematischer Antikörperverlauf bei SARS-CoV-2-Infektionen



Testsysteme im Vergleich

Zurzeit sind verschiedene Antikörpertests auf dem Markt. Wie aussagekräftig das Ergebnis ist, hängt davon ab, welche Fragestellung zugrunde liegt und welcher Test daraufhin eingesetzt wird: Soll eine Immunität nach einer Erkrankung oder einer Impfung nachgewiesen werden oder eine Infektion?

Von Dr. Klaus-Martin Otte,
Dr. rer. nat. Katharina Knittler

Antikörperdiagnostik bei SARS-CoV-2-Infektionen

Der sichere Nachweis einer aktuellen SARS-CoV-2-Infektion erfolgt nach wie vor durch Nachweis der Virus-RNA mithilfe molekularbiologischer Verfahren wie PCR-Tests. Diese Verfahren sind technisch und auch zeitlich aufwendig. Einige Firmen bieten molekularbiologische Testsysteme an, die als „Schnelltest“ beworben werden. Diese Systeme benötigen eine reine Analysendauer von minimal 30 Minuten bis circa 60 Minuten. Sie weisen aber als Einzeltest nur einen geringen Probenumsatz auf und benötigen immer eine entsprechende apparative Ausstattung. Antigennachweise entlasten bei dem momentanen Engpass die molekularbiologische Diagnostik (1). Diese Testsysteme sind unter anderem als Schnelltests für die Vorordiagnostik, Point-of-Care-Testing (POCT), konzipiert. Es handelt sich hierbei um immunochromatografische Lateral-Flow-Tests (Kassetten-tests), die in 15 Minuten ein Ergebnis (2) liefern. Inzwischen sind auch schon Tests für die automatisierte Abarbeitung in Laborautomaten verfügbar. Alle diese Tests haben aber nicht die notwendige und der PCR vergleichbare Sensitivität und Spezifität (3). Ihr Einsatz ist daher in der nationalen Teststrategie des Robert Koch-Instituts (RKI) vom 14. Oktober 2020 geregelt (4). Mit geringem Aufwand lassen sich schnell Ergebnisse erzielen. Ihr Einsatz ist daher in bestimmten Bereichen sinnvoll. Der Antikörpernachweis ist nicht für den direkten Nachweis einer Infektion geeignet. Er hat seine Bedeutung zum Nachweis

einer abgelaufenen Infektion, z. B. auch bei asymptomatischen Verläufen. Mehrere Kontrollen im zeitlichen Verlauf geben Hinweise zur Persistenz der Antikörper im Serum (5). Weiterhin können sie bei der Abklärung von Infektionsraten unterstützen.

Antikörpernachweis geeignet zur Kontrolle des Impferfolgs

Zukünftig werden sie vermehrt zum Nachweis einer Serokonversion nach erfolgter Impfung und damit zur Kontrolle des Impferfolgs eingesetzt. Eine Kontrolle der Antikörperbildung kann circa 14 Tage nach der zweiten Impfung erfolgen. Wir haben aber auch schon Antikörper nach der ersten Impfung bestimmen können. Der laborchemische Nachweis von Antikörpern bei einer Infektion erfolgt circa 14 Tage nach Symptombeginn (6). Bei einigen Patienten sind aber auch frühe Verläufe, ab dem 5. Tag, oder später nach 6 Wochen beobachtet worden (7). Bei einigen konnte trotz nachgewiesener Infektion keine messbare Serokonversion festgestellt werden (Abb.).

Nach einer Infektion werden primär Immunglobulin-A (IgA)- und Immunglobulin-M (IgM)-, dann die Immunglobulin-G (IgG)-Antikörper gebildet. Ein Abfall der IgA- und IgM-Antikörper nach einigen Monaten ist in der Literatur beschrieben worden (8) und deckt sich mit eigenen Beobachtungen. Auch die IgG-Antikörper fallen ab, aber erst später. Eine nicht mehr vorhandene Immunität lässt

sich dadurch aber nicht ableiten. Immunität wird, wie Studien zeigen, offensichtlich über die Gedächtniszellen vermittelt (9).

Die auf dem Markt befindlichen Testsysteme können grundsätzlich Antikörper nachweisen, die gegen unterschiedliche antigene Epitope des Virus gerichtet sind. Antikörper gegen das Spike-Protein (S1-/S2-Protein) gelten als neutralisierende Antikörper und vermitteln nach bisherigem Wissensstand die längerfristige Immunität (10, 11). Mit dem Spike-Protein dockt das Virus an den ACE-Rezeptor der Wirtszelle an und kann nach Abspaltung eines Teils des Spike-Proteins durch die membran-gebundene transmembrane „serine protease 2“ (TMPRSS2) und anschließender Verschmelzung der Virusmembran mit der Zielzelle mithilfe der weiteren Protease Furin die Virus-RNA in die Wirtszellen einfügen (12).

Ein weiteres Epitop ist das Nukleokapsid-Protein (N-Protein). Antikörper gegen das N-Protein werden sowohl in den rein qualitativen Schnelltests, die als immunochromatografische Lateral-Flow-Kassetten-tests angeboten werden (13), als auch mit Immunoassays auf Laborautomaten bestimmt. Die Testsysteme weisen IgM- oder IgG-Antikörper nach. Darüber hinaus sind auch Kombinationstests auf dem Markt, die IgA- oder IgM- und IgG-Antikörper bestimmen, sowohl gegen das Spike- als auch gegen das Nukleokapsid-Protein. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Antikörperbestimmung verschiedener Tests unterschiedlicher Hersteller ist aufgrund der unter-

schiedlichen Kombinationen nicht möglich. In einer eigenen durchgeführten Versuchsreihe mit drei Testsystemen und 123 Patientenproben lieferten 27 Proben diskrepante Ergebnisse mit unterschiedlicher Konstellation.

Zum Einsatz kamen zwei ELISA-Tests der Firma Euroimmun, die jeweils IgG-Antikörper gegen das Spike-Protein und gegen das Nukleokapsid-Protein des Virus nachweisen, und ein Kombitest der Firma Roche, die IgM- und IgG-Antikörper gegen das N-Protein bestimmen. Es traten unterschiedliche Ergebnisse sowohl bei den beiden Herstellern als auch den beiden Tests der Firma Euroimmun auf. Allerdings sind Kreuzreaktionen durch Antikörper anderer Coronaviren nicht ganz auszuschließen, obwohl die verwendeten Testsysteme gegen die gängigen Stämme getestet wurden. Die Antikörperkonzentrationen von Patienten, die an einer Covid-19-Infektion deutlich oder schwer erkrankt waren, zeigen regelhaft in allen Testsystemen ein eindeutiges positives Testergebnis. Die immunologische Antwort ist individuell unterschiedlich. Einige Patienten zeigen mit der im PCR-Test nachgewiesenen Infektion keine messbare Serokonversion. Bei Patienten mit eher milden oder asymptomatischen Verläufen zeigen

verschiedene Testsysteme unterschiedliche Ergebnisse oder nur niedrige Antikörperkonzentrationen bzw. Ergebnisse unterhalb der Nachweisgrenze.

Um die Serokonversion nach der Impfung zu beurteilen, sind nur Testsysteme geeignet, die IgG-Antikörper nachweisen, die gegen das Spike-Protein S1/S2 des Virus gerichtet sind. Testsysteme zum Nachweis von Antikörpern gegen das N-Protein sind ungeeignet. Die Impfstoffe von Biontech/Pfizer® und Moderna Biotech® sind RNA-Impfstoffe, die die Zelle zur Produktion von Teilen des Spike-Proteins des Virus veranlassen. Für eine valide Beurteilung sollten quantitative Testsysteme eingesetzt werden. Die Kalibration dieser Tests muss dann an den jetzt vorhandenen WHO-Standard angepasst werden. Entsprechende Testsysteme sind inzwischen verfügbar.

Fazit

Es zeichnet sich daher ab, dass nicht alle Antikörpertests für jede Fragestellung geeignet sind. Für das Feststellen einer möglichen Immunität ist sicherlich der Nachweis von IgG-Antikörpern gegen das Spike-Protein sinnvoll. Für den Nachweis einer möglichen

kürzlichen bzw. asymptomatischen Infektion ist der Nachweis der Frühantikörper IgA und IgM, gegebenenfalls auch als Kombinationstest, möglich. Zur Beurteilung einer Serokonversion nach der Impfung sind quantitative Tests einzusetzen. Bei der Befundübermittlung sollte daher zwingend aufgeführt werden, gegen welches Epitop des Virus der bestimmte Antikörper gerichtet ist und welches Testsystem eingesetzt wurde. Weiterhin sind auch immer Angaben zur Sensitivität und Spezifität des verwendeten Testsystems auf dem Befundbericht anzugeben. Kreuzreaktivitäten mit anderen Coronaviren sind nicht ganz auszuschließen (14).

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

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

Dr. Klaus-Martin Otte

Leitender Arzt

Dr. rer. nat. Katharina Knittler

MEDILYS Zentrales Labor

Asklepios Klinik Altona

E-Mail: k.otte@asklepios.com

AUSZUG AUS UNSEREM SEMINAR-PROGRAMM

FORTBILDUNGS-KOOPERATION



PVS forum

DAS FORTBILDUNGSINSTITUT

Berlin // Hamburg // Köln // Mülheim
München // Potsdam // Schleswig-Holstein

GOÄ – OPTIMAL UND KORREKT ABRECHNEN

GOÄ-GRUNDLAGEN 24.03. (Mi) 16:00 - 19:30 Online-Seminar

**inkl. Fachvortrag:
Der schmerzende Fuß**
Dr. med. Henning Johansson
(Facharzt für Orthopädie &
Unfallchirurgie)

02.06. (Mi) 16:00 - 19:30 Marriott Hotel
Hamburg
ABC-Str. 52
20354 Hamburg

SH1

4 Fortbildungspunkte

H1

4 Fortbildungspunkte

AUGENHEILKUNDE 28.04. (Mi) 16:00 - 19:00 media docks
Lübeck
Willy-Brandt-Allee 31a
23554 Lübeck

SH2

SEMINARGEBÜHR
150 € (inkl. USt.)

Präsenz-Seminar

- » Hygiene-Paket mit FFP2-Maske und Desinfektionsmaterial
- » Lunch-Box und Getränke
- » Seminar-Skript
- » GOÄ-Broschüre

Online-Seminar

- » inklusive Seminar-Skript

» Die detaillierten Seminarinformationen sowie weitere Seminare finden Sie auf pvs-forum.de

Der besondere Fall

Einfluss von Probeentnahme-Systemen auf die Laboranalytik

Verdacht auf Aluminiumintoxikation Eine 31-jährige Frau ist sehr beunruhigt: Im Blut der Schwangeren wurde ein deutlich zu hoher Aluminiumwert festgestellt. Doch Aluminiumvergiftungen sind außerhalb des beruflichen Settings bei gesunden Menschen extrem selten. Was ist die Ursache für die erhöhte Belastung?

Von Dr. Marcial Velasco Garrido, Dr. rer. nat. Frederik Lessmann, Univ.-Prof. Dr. Volker Harth, PD Dr. Alexandra M. Preisser

Eine sehr beunruhigte 31-jährige, bisher gesunde Frau stellte sich im Juli 2020 in der Poliklinik für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (ZfAM, UKE) aufgrund sehr hoher Aluminiumwerte im Serum vor. Sie befand sich in der 22. Woche ihrer ersten, bisher komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft. Zwei Tage zuvor war durch ein auswärtiges Labor ein Aluminiumwert von $> 400 \mu\text{g/l}$ im Blutserum gemessen worden. Die Untersuchung war erfolgt, weil kürzlich in der amtlich vorgeschriebenen jährlichen Analyse des Trinkwassers ihres Hauses mit $0,38 \text{ mg/l}$ Aluminium eine Überschreitung des gesetzlichen Grenzwerts ($0,2 \text{ mg/l}$) aufgefallen war. Das Trinkwasser wird aus einem grundstückseigenen Brunnen bezogen und zum Trinken, Kochen sowie für die Körperhygiene verwendet. Im Rahmen der Anamnese konnte eine berufliche Exposition gegenüber Aluminium ausgeschlossen werden. Ansonsten benutze die Frau herkömmliche Hygieneartikel und Kosmetika, teilweise aluminiumhaltige Deodorants. Die Ernährung sei ausgewogen. Hobbys, bei denen sie Kontakt zu Aluminium haben könnte, gab sie nicht an. Sie erhalte eine Folsäure-Supplementation. Weitere Medikamente, insbesondere (aluminiumhaltige) Antazida, habe sie nicht genommen.

Die Patientin hatte keine gesundheitlichen Beschwerden, zeigte sich jedoch sehr besorgt über eine mögliche schädigende Wirkung des Aluminiums auf das ungeborene Kind. Der sehr hohe Aluminiumwert in dem mitgebrachten Befund lässt an erster Stelle an eine

Kontamination des Probenmaterials denken. Auch die fehlende neurologische Symptomatik spricht gegen eine klinisch relevante Aluminiumbelastung. Bereits ab einer Serumkonzentration von 80 bis $100 \mu\text{g/l}$ ist mit neurotoxischen, enzephalopathischen Symptomen zu rechnen (1, 2). Auch wenn die Überschreitung des gesetzlichen Grenzwerts zunächst als relevante Belastungsquelle angesehen werden kann, erscheint aufgrund der geringen Bioverfügbarkeit von Aluminium nach oraler Aufnahme und der Toxikokinetik bei einer Person mit intakter Nierenfunktion eine derartig hohe Inkorporation, wie der mitgebrachte Befund suggeriert, nicht realistisch. Nimmt man für die Patientin und ihren Ehemann einen täglichen Konsum von 3 Liter Wasser aus dem belasteten Brunnen an, betrüge die tägliche Aluminiumdosis aus dieser Quelle etwa $1,14 \text{ mg}$ ($0,38 \text{ mg/l} \times 3 \text{ l}$). Die tägliche orale Aufnahme von Aluminium über die Nahrung und das Trinkwasser liegt, je nach Ernährungsgewohnheiten, in Deutschland bei $9,5 \text{ mg}$ bis 13 mg (1, 2). Bei Personen, die aluminiumhaltige Antazida einnehmen, liegt die tägliche orale Aluminiumaufnahme im Grammbereich. Diese Belastungen werden von gesunden Menschen mit intakter Nierenfunktion ohne gesundheitliche Folgen bewältigt (3). Die Belastung der Patientin aus dem Brunnentrinkwasser lässt sich trotz Grenzwertüberschreitung im normalen Bereich einordnen. Vor dem Hintergrund der psychisch belastenden Situation nahmen wir Vollblut- und Urinproben mit einem geeigneten Aluminiumarmem Abnahmesystem ab, außerdem Serumproben mit herkömm-

Tab.: Ergebnisse der Untersuchungen

	Externe Abnahme und Bestimmung		ZfAM-Poliklinik und -Toxikologie					
	Serum (Entnahmebedingungen unbekannt)		Serum (herkömmliches Abnahmesystem)		Vollblut (LH-Trace Metal-Röhrchen)		Urin	
	Befund $\mu\text{g/l}$	Referenz $\mu\text{g/l}$	Befund $\mu\text{g/l}$	Referenz $\mu\text{g/l}$	Befund $\mu\text{g/l}$	Referenz $\mu\text{g/l}$	Befund $\mu\text{g/l}$	Referenz $\mu\text{g/l}$
Frau (31 J.)	> 400	< 5	29,8	< 5	$< 1^*$	< 11	3,2	< 15
Mann (33 J.)	–	–	29,2	< 5	$< 1^*$	< 11	$< 3^{**}$	< 15

* Befund kleiner Nachweisgrenze, ** Bestimmungsgrenze

lichen Serumröhrchen zum methodischen Vergleich. Alle Proben wurden quantitativ mittels Atomabsorptionsspektroskopie (AAS) untersucht.

Unsere Ergebnisse lassen eine Belastung, die über die in der Allgemeinbevölkerung übliche hinausgeht, ausschließen (Tab., S. 32). Die Serumproben, die mit einem herkömmlichen Abnahmesystem abgenommen wurden, wiesen deutlich erhöhte Werte auf, was die Kontaminationsgefahr und Überbefundung durch nicht geeignete Abnahmesysteme verdeutlicht.

Die Untersuchungsergebnisse wurden der Patientin erläutert, worauf sie sich sehr erleichtert zeigte.

Aluminium: Vorkommen und gesundheitliche Effekte

Aluminium ist eines der am häufigsten vorkommenden Elemente und findet breite Anwendung z. B. im Flugzeugbau, in der Lebensmittel-, Verpackungs- und pharmazeutischen Industrie oder in der Kosmetikherstellung (1). Die Aufnahme von Aluminium kann inhalativ, oral und in sehr geringem Umfang dermal erfolgen (4). Berufliche Expositionen sind meist inhalativ (z. B. beim Aluminiumschweißen) und können eine Form der Lungenfibrose (Aluminose) verursachen. In der Allgemeinbevölkerung stellt die orale Aufnahme über Lebensmittel die Hauptbelastungsquelle dar: Aluminium kommt in Obst, Gemüse, Trinkwasser und in verarbeiteten Lebensmitteln (z. B. Backwaren oder Molkereiprodukte) vor (5). Eine Migration von Aluminium aus Verpackungen oder Kochgeschirr ist möglich (2). Die gastrointestinale Resorption ist mit 0,1 bis 0,4 Prozent gering (6). Die Bioverfügbarkeit aus aluminiumhaltigen Deodorants ist sehr gering (0,00192 Prozent), sodass auch bei täglicher Verwendung die Hautaufnahme vernachlässigbar ist (7). Aluminium kann die Bluthirn- und die Plazentaschranke passieren (1, 4). Der Körper eines gesunden Erwachsenen enthält 30 bis 50 mg Aluminium (6).

Aluminiumbedingte gesundheitliche Schäden sind für die Allgemeinbevölkerung selten, da die wirksame renale Ausscheidung des in geringen Mengen absorbierten Aluminiums in der Regel die Akkumulation verhindert (8). Anders stellt es sich bei Nierendialysepatienten dar, die zu der eingeschränkten renalen Elimination durch den früheren Einsatz von Aluminiumsalzen als Phosphatbinder eine höhere Belastung hatten. Die Aluminiumintoxikation ist geprägt durch eine Enzephalopathie mit Sprachstörungen, Verwirrtheit, in fortgeschrittenen Stadien Demenz und Krämpfen sowie hypochrome, mikrozytäre Anämie und Osteomalazie (1, 3, 9). Auf Grundlage tierexperimenteller Erkenntnisse ist die Einnahme aluminiumhaltiger Antazida als mögliche Ursache embryo- und fetotoxischer Effekte diskutiert worden (10). Allerdings liegen für den Menschen keine klinischen Hinweise auf eine teratogene Wirkung bzw. eine fetale Neuro- oder Nephrotoxizität bei der Anwendung in therapeutischer Dosierung vor (11).

Diskussion

Da Aluminium ubiquitär vorkommt und Bestandteil vieler alltäglicher Gebrauchsgegenstände ist, einschließlich Medizinprodukten zur Probengewinnung, besteht bei der Untersuchung einer Aluminiumbelastung immer die Gefahr von Überbefunden aufgrund externer Kontaminationen (Eintrag von Aluminium ins Untersuchungsmaterial, z. B. aus Probenentnahmematerial, Staub oder Hautverunreinigung). Man geht davon aus, dass die in der historischen Entwicklung rapide abfallenden Aluminiumwerte der Allgemeinbevölkerung von durchschnittlich 800 µg/l in den 1960er- auf <10 µg/l in den 1980er-Jahren keine Veränderung der Aluminiumbelastung darstellen, sondern durch die früher häufigen Kontaminationen in der Präanalytik erklärt werden (3). Für die quantitative Bestimmung von Aluminium müssen spezielle Röhrchen verwendet werden (z. B.

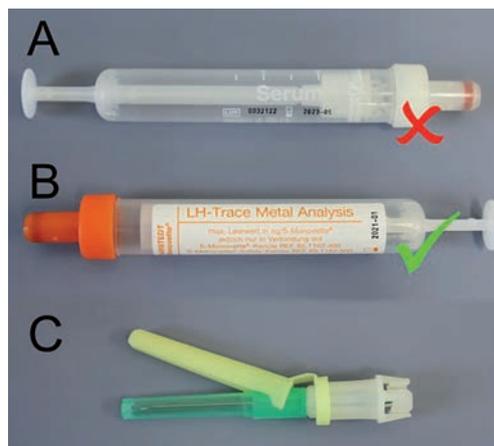


Abb.:
A: Herkömmliches Serumröhrchen, nicht geeignet für die Aluminiumbestimmung; B und C: Aluminiumfreie Röhrchen und aluminiumfreie Nadel, geeignet für die Aluminiumbestimmung

orangefarbene LH-Trace Metalanalysis Monovette®, Abb.). Grundsätzlich sind bei der Probengewinnung auch Kontaminationen mit anderen Metallen wie Chrom, Blei oder Antimon möglich, da herkömmliche Kanülen auch zur Kontamination mit diesen Metallen führen können. Daher sind entsprechende kontaminationsarme Abnahmesysteme zu verwenden. Übliche Urinsammelgefäße oder Urin-Monovetten® können ebenfalls mit den zu bestimmenden Stoffen kontaminiert sein. Im Allgemeinen sollten für die Bestimmung von Metallen in Urinproben nur mit Säure vorgespülte Gefäße verwendet werden, die vom analysierenden Labor zur Verfügung gestellt werden.

Fazit

Aluminiumintoxikationen sind außerhalb des beruflichen Settings bei gesunden Menschen extrem selten. Bei der Untersuchung der Belastung mit Metallen (z. B. im Verdacht auf eine übermäßige Exposition) muss grundsätzlich bei der Interpretation der Ergebnisse die Möglichkeit einer Verunreinigung der Probe berücksichtigt werden, die aus Verunreinigungen der Haut oder aus dem Probeentnahmesystem stammen könnte.

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

Interessenkonflikte: keine

Dr. Marcial Velasco Garrido

AG Klinische Arbeitsmedizin (Poliklinik) und AG Toxikologie und Immunologie (Labor)

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

E-Mail: m.velasco-garrido@uke.de

Der besondere Fall

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

Bild und Hintergrund

Das lange Ende der Pest in Hamburg

Bankportugaleser Über zwei Jahre beherrschte die Seuche die Hansestadt. Erst nach strikten Anordnungen, Hausstand und Kleidung von Pestkranken zu verbrennen, konnten Quarantänemaßnahmen wieder aufgehoben werden. In einer Goldmünze materialisiert sich die Sicht der wohlhabenden Kaufleute auf die Pest – betroffen waren aber angeblich vor allem „geringe Leute“.

Von Prof. Dr. Philipp Osten

Mit über fünf Zentimetern Durchmesser ist sie so groß wie eine schwere Taschenuhr, die Münze, die Hamburg im Jahr 1714 aus massivem Gold zur Erinnerung an das Ende der Pest prägen ließ.

Den Auftrag dazu erteilte Dietrich de Dobbeler (1). Er war der oberste Bankbürger Hamburgs, dem gemeinsam mit sieben weiteren Kaufleuten die Giro-Bank und damit das Währungswesen der Stadt unterstand. Die Bankbürger waren gewählt, jedoch nicht von der Bevölkerung, nicht von den Hamburger Bürgern oder vom hochedlen und hochweisen Rat, und auch nicht von der erbgesessenen Bürgerschaft. Wer als Bankbürger die Finanzen der Stadt sichern durfte, bestimmte ausschließlich die Versammlung des Ehrbaren Kaufmanns. Das war ein Zusammenschluss Hamburger Großkaufleute und Unternehmer (2).

Element der Erinnerungskultur

Nach Naturkatastrophen, Belagerungen und humanitären Tragödien Erinnerungs-Medaillen zu prägen, entwickelte sich im 18. Jahrhundert zu einem festen Element der Erinnerungskultur. Verbunden mit religiösen Motiven verwiesen die hoheitlichen Zahlungsmittel auf den Fortbestand der bestehenden Grundordnung über die Katastrophen hinweg.

Kein Staat hat so prunkvoll an die Pest erinnert wie Hamburg. Neben dem abgebildeten Bankportugaleser brachte die Hansestadt neun weitere Pestmünzen in Umlauf. Da das Gold aus Subsahara-Afrika über Portugal nach Hamburg kam, nannte man Goldstücke in Norddeutschland Portugaleser.

Der Stamm des Baums auf der Vorderseite der Münze trägt das Wappen Hamburgs. Auf den Plaketten an den Ästen stehen die Namen der Hamburger Kirchen, angeordnet, wie sie sich aus der Perspektive des Rathauses beim Blick nach Süden gruppieren. Der Tod hat mit einer Sichel Zweige abgeschnitten. Unter ihm ragt eine Hand aus der Erde. Ein Stapel Särge steht im Hintergrund. Der Sensenmann wendet sich

bereits elbabwärts zum Gehen. Im Osten kommt die Bevölkerung wieder zum Vorschein. Die lateinische Umschrift sagt sinngemäß „eher gelichtet als gefällt“. Was damit und mit den herabfallenden Zweigen gemeint war, stellt eine Beschreibung der Münze aus dem Jahr 1753 klar: das Sterben habe „meistentheils nur geringe Leute betroffen“. (3) Die hervorgehobenen, vergrößerten Lettern (VIVMCCIDI) ergeben in sinnvoller Reihung als römische Zahlen hintereinander geschrieben die Jahreszahl 1713. „In Erinnerung an das Jahr der Todesfälle“, lautet die Übersetzung der Schrift unter dem Motiv.

Auf der anderen Seite fliegen 44 Bienen um ihre Körbe. „Gesund sind sie, wenn sie fliegen“, verkündet die Umschrift. Die Schiffe auf der rechten Seite symbolisieren den Hafen – Kisten, Fässer und Fuhrwerk auf der Rechten den Umschlag von Waren. „Die Wege wiederhergestellt, blüht der Handel auf und Hamburg erhebt sich“ sagt die Inschrift auf dem Altar unter den Beuten.

Wie die Pest begann

Der Beginn der Pest in Hamburg hatte sich angekündigt. Epidemien in Danzig (1709) und Kopenhagen (1711) riefen die Rolle von Hafenstädten bei der Verbreitung der Seuche in Erinnerung. Hamburg erließ 1709 eine Pestverordnung, die hauptsächlich der Drangsalierung jüdischer Familien diente. „Keine Juden, unter welchen Vorgaben es auch sey, sollten in die Stadt herein, noch die Einheimischen ohne Pass hinaus gelassen werden“, lautete die Anordnung. Als im Frühjahr 1712 Pestfälle im Norden bekannt wurden, fühlte sich Kaiser Karl VI. bemüßigt, Hamburg in einer Depesche „ernstlich zu ermahnen“, das Übel nicht durch „Waren oder Briefe“ über den Hafen in sein Heiliges Römisches Reich Deutscher Nationen zu lassen. Hamburg reagierte verhalten. Der Hafen blieb geöffnet, lediglich ab Stade durften die Kapitäne keine Personen mehr auf ihre Schiffe lassen. Als sie merkten, dass sie die Pest in der Stadt hatten, versammelten sich die Hamburger in den Kirchen. 1.100 Personen drängten sich am



7. August 1712 im Michel. Für das Heil der Seele im Jenseits zu beten, galt als eine der Bedrohung angemessene Präventionsmaßnahme. So weit, Hafen und Handel einzuschränken, ging die Stadt von sich aus nicht. Die Eindämmungsmaßnahmen kamen von außen. Um Altona zu schützen, legte Dänemark am 26. August „einige Regimenter um die Stadt“. Auch die anderen Nachbarn schlossen die Grenzen. Cordon sanitaire wurden die militärischen Blockaden seuchengefährdeter Gebiete 100 Jahre später, in der Zeit der Napoleonischen Kriege, getauft. Das Prinzip der Absperrmaßnahmen existierte seit Mitte des 16. Jahrhunderts. Fast zwei Jahre blieb die Pest in Hamburg. Sollte die Behauptung zutreffen, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen betroffen waren, wäre zu fragen, ob zumindest zeitweilig auch eine Fleckfieber-Epidemie dazukam. In offiziellen Dokumenten ist in der Frühphase von einer Läuse-Contagion die Rede, was für die These spräche. Der Ausdruck „Pest“ bezeichnete viele Krankheiten, bei denen eine Form der Ansteckung offensichtlich schien. Ein Eintrag in einem der besten Lexika der 1830er-Jahre lautete folgerichtig: „Pest, s[iehe] Volksseuchen.“ (4)



Visitierung durch einen Rathsherrn wurden sie freigegeben. Wer die Pest ordnungsgemäß meldete, wurde für seinen verbrannten Besitz entschädigt. Das wirkte. „Nachdem die Contagion allhier völlig aufgehört, wurde am 22. Mertz in allen Kirchen ein solennes [feierliches, offizielles] Fest gehalten“. (7) Es dauerte weitere fünf Wochen, bis Dänemark die Blockade Hamburgs beendete. Am 9. Mai 1714 räumte Braunschweig-Lüneburg auch den südlichen Militärposten auf dem Grasbrook. Zum Sommeranfang 1714 endete die Quarantänepflicht für Reisende aus Hamburg.

In dem Goldstück materialisiert sich die Sicht wohlhabender Kaufleute auf die Pest. Auch die offiziellen Chroniken legen nahe, dass die Reaktionen der Hamburger Stadtregierung, die Unterlassung ebenso wie die Anordnung von Gegenmaßnahmen, aus ökonomischen Motiven erfolgten. Nach anderthalb Jahren waren die wirtschaftlichen Folgen der Blockade so erheblich, dass mit der Reinigung der Häuser Erkrankter effektive Maßnahmen (inklusive der Entschädigung für den verbrannten Hausstand) eingeführt wurden.

Die abgebildete Münze befindet sich heute im Museum für Hamburgische Geschichte. Im Jahr 2020 präsentierte sie das westfälische Landesmuseum in Herne in einer eindrucksvollen Pest-Ausstellung, deren enzyklopädischer Katalog (700 Seiten, 24,95 Euro) sehr zu empfehlen ist. Er entschädigt dafür, dass die Ausstellung aufgrund von Maßnahmen zur Eindämmung einer aktuellen Pandemie nur für kurze Zeit geöffnet war.

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

Prof. Dr. Philipp Osten
 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
 Medizinhistorisches Museum Hamburg
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: p.osten@uke.de
www.uke.de/medizinhistorisches-museum

Hygienemaßnahmen beendeten die Seuche

Im Herbst 1713 verkündete die Stadt erstmals das Ende der Seuche. Das Umland schickte Emissäre, die das Gegenteil feststellten. Um den Handelspartnern normale Zustände zu belegen, befahl der Rat allen Hamburger Zeitungen, an jedem Freitag die Zahl aller Verstorbenen der vorangegangenen Woche zu veröffentlichen. Auf diese Weise erfahren wir, dass 1713, im zweiten Jahr der Pest, 10.995 Hamburger gestorben sind (5). Nach konservativen Schätzungen sind das 15 Prozent der Bevölkerung. Für 1712 liegen keine Zahlen vor. Auf äußeren Druck veröffentlichte der Rat zum 8. Februar 1714 strikte Anordnungen, anderthalb Jahre nach Beginn der dänischen Blockade: „Alte Betten, Bündel und Lumpen, oder dergleichen“ aus den Häusern von Pestkranken mussten verbrannt werden (6). Erst nach

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

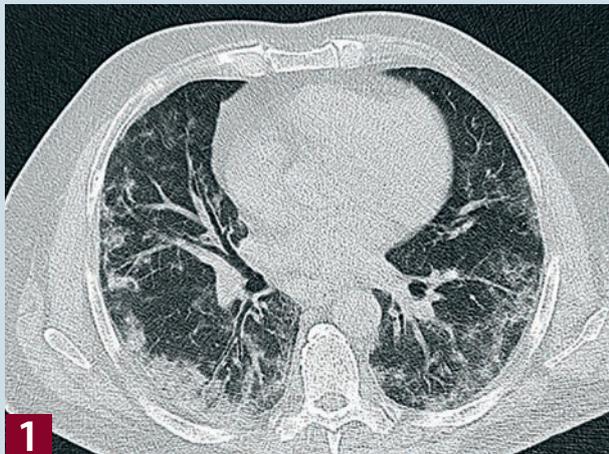
Aruna, ein Junge aus Sierra Leone, musste früher arbeiten. Heute geht er in die Schule. Wie er seinen Traum verwirklichen konnte, erfahren Sie unter: brot-fuer-die-welt.de/hausaufgaben

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

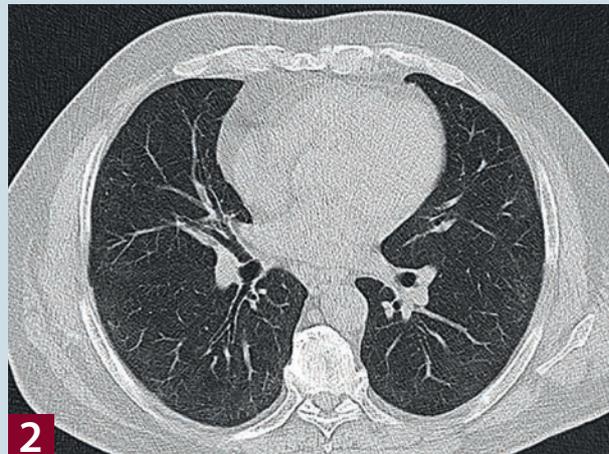
BILDER AUS DER KLINISCHEN MEDIZIN



1

Seltener Befund einer kryptogenen organisierenden Pneumonie (COP)

Ein 65-jähriger Patient berichtet über circa 10 Tage zuvor aufgetretenen Schüttelfrost und zunehmende Dyspnoe, zuletzt auch in Ruhe. Relevante internistische oder pneumologische Vorerkrankungen bzw. Allergien sind nicht bekannt. Der Patient hat in früheren Jahren geraucht, ein aktueller Corona-Kontakt habe nicht bestanden. Der normotone Patient ist tachykard und leicht tachypnoeisch ohne Zyanose mit auskultatorisch pulmonal diskretem Knistern basal bei pulsoxymetrischer O₂-Sättigung von 93 Prozent in Ruhe. Die kapilläre Blutgasanalyse ergibt eine leichte respiratorische Partialinsuffizienz. Radiologisch bestehen sowohl in der Röntgen-Thorax-Übersicht als auch im nachfolgenden CT-Thorax bilaterale Infiltrate, im Lungenmantel betont (Abb. 1). Laborchemisch ist die Corona-PCR negativ im Rachen- und Nasenabstrich sowie im Bronchialsekret. Serologisch nachgewiesen werden erst nach der weiterführenden bronchoskopischen Diagnostik Corona-IgG-Antikörper. Die Infektionserologie ist negativ bezüglich Legionellen, Mykoplasmen und Chlamydien. Unter dem Verdacht einer „eosinophilen Pneumonie“ wird eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage (BAL) und peripherer Lungenbiopsie durchgeführt. Hier stellt sich ein unauffälliges Bronchialsystem dar. Die histologischen Proben ergeben eine kryptogenen organisierenden Pneumonie (COP), die BAL eine lymphozytäre Dominanz ohne Nachweis opportunistischer Keime. Die COP ist ein eigenständiges Krankheitsbild mit definiertem histologischen Befund in der peripheren Lungenbiopsie. Eine Abgrenzung zur interstitiellen Lungenfibrose



2

ist durch die Histologie möglich. Es handelt sich um eine seltene Erkrankung, klassifiziert unter ORPHA:1302 für seltene Erkrankungen. Die Prognose ist günstig. Neben viralen und medikamentös-toxischen Faktoren werden Strahlenbehandlungen als Auslöser angesehen. Die Abgrenzung zur Corona-Infektion mit pneumonischen Infiltraten ist klinisch und radiologisch nicht sicher durchführbar. Die entsprechende Diagnostik machte in diesem Fall jedoch eine aktive Corona-Infektion unwahrscheinlich. Die Erkrankung wird primär mit Steroiden behandelt. Bereits nach wenigen Tagen trat in diesem Fall eine gute klinische Besserung ein, begleitend wurde initial für 5 Tage Clarithromycin (atypische Erreger) gegeben. Zwei Monate nach der Therapie haben sich die Infiltrate nahezu komplett zurückgebildet (Abb. 2).

PD Dr. Hans-Peter Hauber

Asklepios Klinik Altona
Kardiologie/Pneumologie (bis 12/2020)

Dr. Thomas Sorgenfrei

Gesundheitszentrum Max-Brauer-Allee
E-Mail: tsorgenfrei@live.com

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.



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



Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztelkammer 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 Ärzteverlag GmbH & Co KG
Weidestraße 122 b, 22083 Hamburg
Telefon: 0 40 / 20 22 99-205
Fax: 0 40 / 20 22 99-400
E-Mail: verlag@aekeh.de

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

Textanzeigen: 15. März 2021
Rubrikanzeigen: 22. März 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: 19.719

Redaktionsschluss
Aprilheft: 15. März 2021

Das nächste Heft erscheint am 15. April 2021

Eine Art russisches Roulette

STUCKRAD-BARRE: Wie findest du das, wenn Leute Vorbild sein wollen? Das finde ich ganz toll. „Man will ja auch ein Stück weit Vorbild sein und der Gesellschaft was zurückgeben“, das sagen in der Regel eigentlich nur wahnsinnige Proleten, also Proleten jeden Geisteszuschnitts.

SUTER: Die sagen das?

STUCKRAD-BARRE: Permanent, ja.

SUTER: „Man will auch Vorbild sein“?

STUCKRAD-BARRE: Ja, sie wähnen sich unberechtigterweise in einer Position, die sie dazu befähigt. Ähnlich wie die Wortführer des sogenannten FREMDSCHÄMENS, das sind durchweg Menschen, die eigentlich gut ausgelastet wären, sich zuvörderst mal ausführlich ihrer selbst zu schämen. Sei's drum. Wie ist das bei dir, wenn du an einer Ampel stehst und, na gut, sagen wir: ein normaler Martin-Suter-Tag, du schlurfst in Jogginghosen und Turnschuhen zur Tanke, und dann bist du doch der Typ, der über eine rote Ampel geht, wenn gerade kein Auto kommt, oder?

SUTER: Nein, nur wenn Autos kommen, um zu ...
STUCKRAD-BARRE: Provozieren? Der Stachel im Fleisch der Gesellschaft sein? Einfach auch mal den Finger in die Wunde legen? Anecken?

SUTER: Natürlich, klar. Aber es ist ja auch einfach eine Art russisches Roulette. Ein Spiel allerdings, zu dem ich eigentlich nie neigte.

STUCKRAD-BARRE: Warst du nicht kürzlich mal im Casino?

SUTER: Im Casino war ich schon, aber das war ein Restaurant, da konnte man gar nicht spielen.

STUCKRAD-BARRE: Mein Therapeut rief mich neulich mal aus einem Casino an.

SUTER: Klingt gut, der Mann. Vertrauenswürdig.

STUCKRAD-BARRE: Und ich war auch selbst mal im Casino, strafverschärfend: auf Ibiza.

SUTER: Du sagst noch immer Ibiza, schön. Siehst du, so viel hat sich gar nicht geändert in den neun Monaten.

STUCKRAD-BARRE: Und da rief wiederum ich dich an, aus diesem Casino auf Aiwiissa ... so besser?

SUTER: Bleib dir doch treu, Junge, sag ruhig weiterhin Ibiza.

STUCKRAD-BARRE: Ich rief dich also aus dem Casino auf dieser Insel da neben Mallorca an, weil du Geld schicken solltest. Nein. Wegen der Ampelsache: Du solltest mich beim Roulettespielen beraten. Es war eben diese düstere Zeit, und ich wollte alles auf Schwarz setzen, merkte aber durchaus selbst, wie pathetisch, wie lächerlich das gewesen wäre. Also bat ich dich um Rat. Sag mal, meinst du, man sollte den Therapeuten wechseln, wenn auch der sich aus einem Casino gemeldet hat?

SUTER: Kommt drauf an, ob er gewinnt oder verliert.

STUCKRAD-BARRE: Er hat gewonnen.

SUTER: Dann würde ich ihn nicht wechseln.

STUCKRAD-BARRE: Aha, gut. Also, zurück zur Ampel ...



Mitteilungen

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

361. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 361. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt am

Montag, 12. April 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

Ermächtigungen Ärzte

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

Ausführende/r Arzt/Ärztin/	Anschrift	Umfang der Ermächtigung
Dr. med. Kathleen Hennecke, Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie	Bergedorfer Straße 10, 21033 Hamburg, Tel.: 73 06 - 39 07 Fax: 73 06 - 27 50	Konsiliarische Beurteilung und Beratung von schwerstbrandverletzten Patienten (einschließlich Bericht und Verbände) nach der Nr. 01321 EBM auf Überweisung durch Chirurgen (in Hamburg nur auf Überweisung durch Fachärzte für Plastische Chirurgie und Chirurgen mit der Schwerpunktbezeichnung Plastische Chirurgie). Die Ermächtigung ist auf die Abrechnung von 54 Fällen / Quartal begrenzt.
Dr. med. Joystone Gbadamosi Facharzt für Neurologie	Alfredstraße 9, 22087 Hamburg, Tel.: 25 46 - 26 04 Fax: 25 46 - 26 00	1. Behandlung der fokalen Spastik/Hemispastik jeglicher Ätiologie – insbesondere nach Schlaganfall – mit Botulinumtoxin intramuskulär bei Jugendlichen und erwachsenen Patienten 2. Behandlung der schweren Spastizität (generalisierte Tetraspastik, schwere therapierefraktäre Hemispastik) bei Jugendlichen und erwachsenen Patienten sowie Indikationsstellung für eine intrathekale Baclofenpumpe einschließlich Baclofenpumpen-Befüllungen und Einstellungsänderungen auf Überweisung durch Nervenärzte, Neurologen und Kinder- und Jugendärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie. Die Ermächtigung berechtigt dazu, für Leistungen, die im Zusammenhang mit dem erteilten Ermächtigungsumfang erforderlich werden, Überweisungen an Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, vorzunehmen.

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



Klaus Volmer, Pädiater, seit 15 Jahren im Einsatz für ÄRZTE OHNE GRENZEN

WIR BRAUCHEN IHRE SOLIDARITÄT!

JETZT PARTNERARZT WERDEN! Unterstützen Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen bei weltweiten Hilfeinsätzen mit einer Dauerspende und werden Sie so zum Partnerarzt von ÄRZTE OHNE GRENZEN. Erfahren Sie mehr über unser Programm ÄRZTE FÜR ÄRZTE: www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt



Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX

www.aerzte-ohne-grenzen.de/partnerarzt



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Träger des Friedensnobelpreises

MACH, WAS WIRKLICH ZÄHLT.

ÄRZTIN/ARZT (M/W/D) IN ZIVIL IM BEREICH BEGUTACHTUNG IM KARRIERECENTER DER BUNDESWEHR WILHELMSHAVEN

Medizinische Expertise einsetzen. Mit Wissen prüfen und beurteilen. Im Assessment des Karrierecenters der Bundeswehr in Wilhelmshaven ist Ihre medizinische Fachkompetenz gefragt. Als approbierte Ärztin bzw. approbierter Arzt in Zivil tragen Sie wesentlich zur Auswahl geeigneter Bewerberinnen und Bewerber bei. Entwickeln Sie sich und die Bundeswehr weiter.

KERNAUFGABEN

- Sie untersuchen und begutachten Bewerberinnen und Bewerber auf ihre Dienst- und Verwendungsfähigkeit.
- Sie erarbeiten Stellungnahmen im Rahmen verwaltungsrechtlicher Bestimmungen.
- Sie fordern medizinische Facharzt- und Klinikbefunde an und werten diese aus.
- Sie bearbeiten Eingaben und Widersprüche sowie Anträge auf Ausnahmegenehmigungen.

WAS FÜR SIE ZÄHLT.

- Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Teams und eine wichtige Ansprechperson für Ihre Kolleginnen und Kollegen.
- Sie arbeiten bei einem anerkannten Arbeitgeber und erhalten ein attraktives Gehalt, eine Verbeamtung ist möglich.
- Sie erhalten umfassende Fortbildungsangebote, bilden sich fachlich weiter und nutzen die Angebote und Möglichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

WAS FÜR UNS ZÄHLT.

- Sie haben ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Humanmedizin mit Approbation als Ärztin bzw. Arzt.
- Sie verfügen über fundierte Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen Begutachtung und den dazugehörigen Vorschriften und Vorgaben.
- Sie bewerben sich bis zum **30. April 2021** für eine Einstellung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Weitere Informationen erhalten Sie auf bewerbung.bundeswehrkarriere.de (Job-ID: 315D_2121-10-E). Dort ist der Upload Ihrer Bewerbungsunterlagen möglich. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das:

**Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr
Assessmentcenter für Führungskräfte
Referat 1 – Direkteinstieg**
Kölner Straße 262
51149 Köln

Telefon: 02203 - 105 2531 (Herr Halfmann)
E-Mail: ac-bewerbung-direkteinstieg@bundeswehr.org

Schwerbehinderte Menschen werden bei gleicher fachlicher Qualifikation und Eignung bevorzugt eingestellt. Zudem unterstützt die Bundeswehr die berufliche Förderung von Frauen und ist in den Bereichen, in denen der Anteil weiblicher Beschäftigter bislang nur gering ist, besonders an Bewerbungen von Frauen interessiert. Die Bundeswehr unterstützt die Ziele des Nationalen Integrationsplans und begrüßt Bewerbungen von Menschen mit Migrationshintergrund.

Jetzt informieren: bundeswehrkarriere.de

oder 0800 9800880 (bundesweit kostenfrei)



BUNDESWEHR



Die Fachklinik Bokholt ist eine auf qualifizierte Entzugsbehandlungen von überwiegend illegalen Drogen spezialisierte Klinik mit 60 Mitarbeitenden. Sie gehört zum Therapiehilfebund und liegt ca. 30km nördlich von Hamburg im Ort Bokholt-Hanredder.

Die Klinik bietet 40 Behandlungsplätze und richtet sich mit ihrem bundesweiten Behandlungsangebot an Erwachsene und Jugendliche. Angegliedert befindet sich in Elmshorn die Institutsambulanz, in der die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung angeboten wird.

Möchten Sie bei dem innovativen Suchthilfeträger in Norddeutschland tätig werden? Wir suchen ab sofort eine_n

Assistenzarzt_ärztin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit für die Entzugsstationen und die Institutsambulanz

Wir bieten Ihnen ein motiviertes, hilfsberechtigtes, multiprofessionelles Team, das gemeinsam die Behandlungskonzepte umsetzt, eine positive Arbeitsatmosphäre mit kollegialer Wertschätzung, respektvollem Umgang und einem offenen, transparenten Kommunikationsstil, flexible Arbeitszeiten, regelmäßige Team-Supervisionen und Fallbesprechungen, 30 Tage Urlaub, keine Nacht- und Wochenend-Präsenzdienste sowie die individuelle Unterstützung von Fort- und Weiterbildung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann melden Sie sich bei uns.
Fachklinik Bokholt, Dr. Julia Lücke, Melanie Gromoll (Klinikleitung),
Tel. 040 / 2000 10 9000.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Geschäftsstelle unter:
Therapiehilfe gGmbH, Geschäftsführer, z. Hd. Herrn Thomas Hempel,
geschaeftstelle@therapiehilfe.de

Weitere Informationen über die Therapiehilfe gGmbH finden Sie auf:
www.therapiehilfe.de

AVUS GmbH ist ein bundesweit vertretenes Dienstleistungsunternehmen im Bereich der Medizinisch-Psychologischen Diagnostik und seit dem Jahre 1993 amtlich anerkannte Begutachtungsstelle für Fahreignung.

Wir suchen ab sofort **bevorzugt in Festanstellung** oder auf selbstständiger Basis (**2-4 Tage/Woche**) für unsere Niederlassung in Hamburg

Ärzte jeder Fachrichtung, Verkehrsmediziner oder approbierte Ärzte (m/w/d)

zur Durchführung von:

- Medizinischen Begutachtungen im Rahmen von Medizinisch-Psychologischen Untersuchungen nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV)
- Verkehrsmedizinischen Begutachtungen nach FeV
- Medizinischer Eignungsdiagnostik nach TfV und EBO

Ausführliche Informationen zur Stellenanzeige finden Sie unter www.avus-service.de.

Wenn Sie eine vielseitige und herausfordernde Aufgabe in einem zukunftsorientierten Unternehmen suchen, freuen wir uns darauf, Sie kennenzulernen. **Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an die Untersuchungsstellenleitung :**

AVUS GmbH
Dipl.-Psych. Jörg Peretzki
bewerbung@avus-service.de





Sie wollen einen sicheren Arbeitsplatz mit einem guten Betriebsklima? Sie legen großen Wert auf vertrauensvolle Zusammenarbeit in einem motivierten Team und auf einen respektvollen Umgang miteinander? Sie wollen sich stetig weiterbilden und Ihre Ideen einbringen? Sie mögen familienfreundliche Arbeitszeiten und eigenverantwortliche Aufgaben? Wenn Sie neugierig geworden sind, schicken Sie uns Ihre aussagekräftige Bewerbung!

Für die Abteilung „**Praxisberatung**“ (PB) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Ärztlichen Fachberater (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit

Ihre Aufgaben:

- In Ihrer Funktion als Ärztlicher Fachberater der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) beraten und informieren Sie unsere Mitglieder, den Vorstand und die Fachabteilungen des Hauses in allen Fragen rund um die vertragsärztliche Leistungserbringung sowie zum Versorgungs- und Verordnungsmanagement
- Dazu gehört auch die Beratung unserer Mitglieder im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren
- Sie übernehmen die selbstständige Themenrecherche und Erstellung von Fachartikeln für die Medien der KVH sowie die Mitarbeit in Fachgremien und in Projekten
- Auch die eigenständige Konzeption und Durchführung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen fällt in Ihren Aufgabenbereich

Ihr Profil:

- Sie verfügen über eine erfolgreich abgeschlossene Facharztausbildung (vorzugsweise der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin) sowie über Erfahrungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Sie können Kenntnisse der Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems sowie idealerweise grundlegende Kenntnisse der Regelungen der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorweisen
- Sie verfügen über eine sehr gute mündliche und schriftliche Ausdrucksweise und sind sicher in der Anwendung der MS Office Programme
- Sie identifizieren sich mit dem Kollektivvertragssystem
- Ausgeprägte Kommunikationskompetenzen sowie eine hohe Team- und Serviceorientierung zeichnen Sie aus
- Sie sind durchsetzungsstark und verfügen über ein hohes Maß an persönlichem Engagement
- Die Bereitschaft sich verwaltungsspezifische Arbeitsabläufe und fachfremdes Wissen kurzfristig anzueignen rundet Ihr Profil ab

Weiterführende Fragen beantwortet Ihnen gerne Herr Dr. Walter (Tel. 040 22 80 2 – 455).

Bewerbungen von schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen sind erwünscht.

Für das Arbeitsverhältnis gelten grundsätzlich die Vorschriften des TV-Länder.

Wir freuen uns auf Ihre vollständige schriftliche Bewerbung unter Angabe der Kennziffer PB 07.2021 per Post oder per E-Mail ausschließlich als PDF-Datei an bewerbung@kvhh.de. Bewerbungen, die Dokumente in anderen Formaten beinhalten, können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg - Personalabteilung - Humboldtstraße 56 - 22083 Hamburg

FA für Allgemeinmedizin (w/m/d)

ab 1.4. 2021 in Anstellung, ggf mit mittelfristiger Übernahme

Wir sind eine sehr gut eingeführte Hausarztpraxis mit naturheilkundlichem Schwerpunkt in der Südwestregion Schleswig-Holstein/30 km außerhalb Hamburg.

Wir bieten:

- das gesamte Spektrum der Allgemeinmedizin mit einem integrativen Ansatz aus naturheilkundlichen Methoden (Schwerpunkte Akupunktur, klassische Homöopathie und anthroposophische Medizin) und einer psychosomatischen Ausrichtung.
- Diagnostik: LZ-RR, Lufu, EKG, DMPs
- kooperatives gemeinschaftliches Arbeiten, flexible Arbeitszeiten, großzügige Urlaubsregelung, Bezahlung nach BAT
- junges, freundliches Team mit sehr gutem Betriebsklima
- mittelfristige Übernahme (möglich und erwünscht)

Wir erwarten:

- eine/n freundliche/n engagierte/n Kollegen/in
- Interesse an ganzheitlich-naturheilkundlicher Behandlung

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung unter praxis@doc-weigel.de

Näheres auch unter: www.praxis-für-integrale-medizin.de

Dr. Steinberg Gesundheits GmbH sucht Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d)

ab sofort in Teil- oder Vollzeit zur Verstärkung unseres Praxisteams in Hamburg Meiendorf. Wir bieten eine tolle Arbeitsatmosphäre und ein nettes Team.

Alle weiteren Informationen und Rahmenbedingungen würden wir gerne in einem persönlichen Kontakt mit Ihnen besprechen.

Wir freuen sich auf Ihre Bewerbung per E-Mail.

Für weitere Informationen kontaktieren Sie gern Herr Krehl unter 0172 411 53 71 oder v.krehl@familienmedizin-billstedt.de.

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

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

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

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

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

elbbüro fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

Für unsere Flüchtlingspraxen in **Glückstadt, Bad Segeberg, Boostedt und Neumünster** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Facharzt (w/m/d) für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin sowie
Arzt (w/m/d) mit allgemeinmedizinischen Kenntnissen jeweils in Voll- oder Teilzeit

Ihre Aufgaben:

- Sie sind mit den Kollegen im Team für die medizinische Versorgung der Patienten zuständig
- Sie konzentrieren sich voll auf Ihre Arbeit als Mediziner/in und sind von administrativen Aufgaben entlastet. Infrastruktur, Ausstattung, Personaladministration, Abrechnung, EDV, etc. werden von uns koordiniert

Ihr Profil:

- Sie haben als Ärztin/Arzt Erfahrung in der Allgemeinmedizin
- Ein in der EU anerkanntes Diplom als Facharzt für Innere oder Allgemeine Medizin ist von Vorteil
- Sie sind interessiert an einer langfristigen Tätigkeit und zeichnen sich durch Engagement und Sozialkompetenz aus

Ihre Vorteile:

- Eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Tätigkeit in Ihrem Fachgebiet
- Unbefristeter Arbeitsvertrag bei flexibler Arbeit in Voll- oder Teilzeit
- Attraktive Dienstzeiten werktäglich von 8:00 - 16:30

Wir sind als Notarzt-Börse mit unserem erfahrenen Team von ca. 30 Ärzten, Arzthelferinnen und Dolmetschern in den Landesunterkünften für Asylsuchende für die hausärztliche Versorgung und das gesundheitliche Screening der Schutzsuchenden zuständig. **Haben wir Ihr Interesse geweckt?** Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung:



Notarzt-Börse Dr. Kröncke
Alte Salzstr. 7 · 23911 Pogeez
+49 4541 80180-0
dr.kroencke@notarzt-boerse.de



Wir suchen zum 01.04.21 eine/n
**FÄ/FA für Allgemein-/
Innere Medizin**
in Teil- oder Vollzeit für unsere
Hausarztpraxis in Hamburg/Harburg
Tel: 0172 90 81 667
E-Mail: alioencue@gmx.de
www.praxis-oencue.de

Nette gynäkologische Praxis
in Elmshorn sucht ab dem
1.4.2021 oder später
Facharzt/Fachärztin
zur Anstellung in TZ (max. 20 Std)

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

Zur Verstärkung unseres Teams in
HH-Neugraben suchen wir eine/n
**FÄ/FA für Neurologie
und/oder Psychiatrie**
in Teil- oder Vollzeit.

MVZ-Neuropsychiatrie
Groot Enn 1-3
21149 Hamburg
bewerbung@np-hh.de

IHR KÖNNEN IST GEFRAGT!

Wir sind ein junges, zertifiziertes und akkreditiertes Unternehmen mit moderner Technik an zwei Standorten, das Gewebeproben hauptsächlich von niedergelassenen Ärzten untersucht und befundet.

Für unser Institut **am Standort Buchholz i. d. Nordheide** suchen wir zum schnellstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Fachärztin / Facharzt für Pathologie (w/m/d)

mit Erfahrungen in der Diagnostik gastroenteropathologischen und orthopädischen Einsendegutes sowie Interesse an Dermatopathologie. Bei spezieller ausgewiesener additiver Expertise steht Ihnen die Etablierung dieser gern offen. Unsere Praxis ist momentan rein ambulant bioptisch ausgerichtet.

WIR SIND:

- ein überregionales und interdisziplinäres Institut
- ein Institut, das die Dermatologie und Pathologie in sich vereint
- dermatopathologisch auf hohem Niveau tätig
- ein junges und dynamisches Team

SIE SIND:

- interessiert, eigenständig zu arbeiten
- engagiert und verantwortungsbewusst
- teamorientiert

SIE WÜNSCHEN SICH:

- attraktive Arbeitszeiten
- eine leistungsgerechte Entlohnung
- einen unbefristeten Arbeitsvertrag
- eine abwechslungsreiche und selbstständige Tätigkeit
- persönliche Entfaltung und Weiterentwicklung in der Niederlassung
- Perspektive in einem wachsenden Unternehmen
- Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung
- regelmäßige Fortbildungen
- Unterstützung bei der Organisation der Wohnungssuche

Sofern Sie Interesse haben, sich im Anstellungsverhältnis in ein modern ein- und ausgerichtetes Institut einzubringen und dieses zukunftsorientiert mitgestalten wollen, sind Sie herzlich eingeladen. In einem persönlichen Gespräch sollten wir Ihre konkreten Vorstellungen mit den unseren abgleichen.

Unseren Umgang mit personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte unserer Website.

Ihr Ansprechpartner ist Herr Dr. med. Rolf Rüdiger Meliß (Facharzt für Pathologie)

Institut für Dermatopathologie • Peiner Straße 4 • 30519 Hannover • 0511 - 89 88 43 0
institut@dermpath-hannover.de • www.dermpath-hannover.de



In den Bezirksämtern der Stadt Hamburg können Sie berufliche Perspektiven mit Sinnhaftigkeit und einer Extraportion Bürger-nähe verbinden. Die Bezirksämter Wandsbek und Hamburg-Nord suchen Sie als **Ärztin/Arzt (m/w/d)** im **Jugendpsychiatrischen Dienst** bzw. **Jugendpsychologischen und -psychiatrischen Dienst**.
Sie sind

Fachärztin/Facharzt (m/w/d) für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Vergütung nach Ä2 TV-L)

oder

Ärztin/Arzt (m/w/d) mit klinischer Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vergütung nach Ä1 TV-L)?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

🕒 **Vollzeit/Teilzeit (unbefristet)**
keine Wochenend-, Schicht- und Nachtdienste

Die Stellenausschreibungen finden Sie auf bezirksamt-karriere.de

Haben Sie noch Fragen oder möchten sich direkt bewerben?

Dann melden Sie sich gern bei uns!

BA Wandsbek (Frau Fischereit: 040 42881-2282, bewerbungen@wandsbek.hamburg.de) oder

BA Hamburg-Nord (Frau Dietz: 040 42804-2159, bewerbungen@hamburg-nord.hamburg.de)



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

FA/FÄ für Allg./Innere Medizin

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

FA. Allg.med./Inn. (m/w/d)

für ca. 25-35 Std./Wo. von hausärztl. Praxis in Bahrenfeld gesucht.
 Tel: 0179/ 821 42 53

FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe

zur Mitarbeit in einer schönen, zentral gelegenen Praxis gesucht.
 Kontakt: gynpraxishh@gmx.de

Engagierte Gynäkologin gesucht!

Moderne Praxis in Bahrenfeld sucht Verstärkung angestellt in Teilzeit!

Praxis für Frauengesundheit
 Prof. Dr. Annika Ludwig
info@frauengesundheit-hamburg.com

Kinder- Jugendarztpraxis Dr. Köhrer sucht

Weiterbildungsassistenten Pädiatrie (m/w/d)

ab September oder Oktober 2021 in Voll- oder Teilzeit.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:
info@kinderarzt-eimsbuettel.de

Praxis für KJPP in Lübeck mit vielfältigen psychoth. und entwicklungstherap. Angeboten i.R. der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sucht

FÄ/FA für KJPP (d/m/w)

für Jobsharing, 20-30 Std/Wo., ggf. persp. Praxisübernahme. Ein freundliches, erfahrenes Team freut sich auf Ihre Bewerbung.

R.H.Buse, FÄ für KJPP · Moislinger Allee 5 · 23558 Lübeck,
 Tel 0451 300 98 40 · kontakt@kjpp-buse.de

work@frau-adler.de

Fachärztin für Frauenheilkunde (w/m/d) in Hamburg-Rahlstedt gesucht.

Teilzeit mit familienfreundlichen Arbeitszeiten, fröhliches und erfahrenes Praxisteam. Bitte hier bewerben: work@frau-adler.de

Wir suchen zum 01.09.21 eine/n **WB-Assistent/in für Allgemein Medizin**

in Teil- oder Vollzeit für unsere Hausarztpraxis in Hamburg/Harburg
 Tel: 0172 90 81 667

E-Mail: alioencue@gmx.de
www.praxis-oencue.de

Arzt (m/w/d) zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

in Teil- oder Vollzeit mit Option zur späteren Praxisübernahme gesucht (24 Monate WB-Befugnis).

Kontakt: info@arzt-auf-kurs.de



Ein starkes Team sucht Verstärkung!

Der Kreis Herzogtum Lauenburg sucht für unbefristete Stellen

Ärztinnen/Ärzte (m/w/d).

Im **Fachdienst Gesundheit** ist die Vollzeitstelle einer/eines

Ärztin/Arztes für Öffentliches Gesundheitswesen oder Fachärztin/Facharztes für Innere Medizin bzw. Fachärztin/Facharztes für Allgemeinmedizin mit Interesse für den öffentlichen Gesundheitsdienst

zu besetzen. Die Eingruppierung erfolgt bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen bis Entgeltgruppe 15 TVöD (zuzüglich einer Arbeitsmarktzulage) bzw. A 14 SHBesG im Beamtenverhältnis. Die Stelle ist grundsätzlich auch mit Teilzeitbeschäftigten besetzbar.

Der **Kinder-, Jugend- und Schulärztliche Dienst** im Fachdienst Eingliederungs- und Gesundheitshilfe in Ratzeburg und Geesthacht sucht zum 1. September 2021 in einem Umfang einer ½ Stelle (Bezahlung (je nach Qualifikation) bis zur Entgeltgruppe 15 TVöD zuzüglich einer Arbeitsmarktzulage) eine/einen

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder alternativ eine/einen Ärztin/Arzt mit mehrjähriger einschlägiger Berufserfahrung.

Alles Weitere erfahren Sie unter www.kreis-rz.de/Stellenangebote. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Stellengesuche

Erfahrener Kardiologe
sucht neuen Wirkungsbereich
(vorzugsweise nichtinvasiv)
zur VZ-Anstellung in Praxis/MVZ
in (Großraum) Hamburg.
Kontakt unter Chiffre P 4482

CHIFFREHINWEIS

Bitte senden Sie Antworten zu
Chiffreanzeigen unter Angabe
der Chiffre-Nr.
ausschließlich an:

elbbüro Stefanie Hoffmann
Bismarckstr. 2 · 20259 HH
oder anzeigen@elbbuero.com

Vertretungen

Praxisvertretung Kinderarztpraxis

Die KLEINEN EULEN in Henstedt-Ulzburg
suchen kurzfristig eine(n) fachlich
versierte(n) Kinderärzt*in

für 4-6 Wochen

(ca. 20 Wochenstunden an drei Tagen).

Bei Interesse bitte kurzfristig melden:
dr.benzing@kleine-eulen.net

Freundliche und kompetente Gynäkologin gesucht

Praxisvertretung in den Hamburger
Schulferien, gut organisierte Praxis,
gute Bezahlung.

Praxis Dr. Löwisch

Kontakt unter: linsiadar@gmx.de

Erfahrener Allgemeinarzt

übernimmt Praxisvertretungen
Kontakt unter 0160 33 88 403

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Suchen langfristigen **Anästhesieversorger mit KV-Sitz**
i. R. einer Nachfolge-/Ruhestandsregelung für umsatzstabiles
OPZ amb./stat. OP mit RD und Klinikbindung.

Abgabe zum 31.12.21 u.U. früher möglich. Großraum HH / HL

Wir freuen uns über Ihre Anfragen unter: narcoclinic@gmx.de

KV-Sitz

Wir suchen KV-Sitze im Bereich Hamburg

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

Unkomplizierte und einfache Sitzabgabe sowie
Vertraulichkeit garantiert.

Sollten Sie an einem Verkauf an ein inhabergeführtes
MVZ interessiert sein, so kontaktieren Sie uns bitte:

info@kassensitz-gesucht.de

Hausarztpraxis mit 2 KV Sitzen

zum nächstmöglichen Zeitpunkt
abzugeben. KV Sitze auch einzeln
zu erwerben. Modern ausgestattete
und komplett sanierte Praxis
in zentraler Lage von Hamburg.

Kontakt unter: arztpraxis-hh@gmx.de

Vertragsarztsitz für Haut- und Geschlechtskrankheiten

per sofort oder später gesucht.
Kontakt unter Chiffre O 4481

Hausärztl.-intern. Gem.-Praxis (2 KV-Sitze)

zentrale Lage (Harburg), sehr gute
Anbindung, zum nächstmöglichen
Zeitpunkt abzugeben

Kontakt: PraxisHarburg@web.de

1/2 KV-Sitz Allg. Med. in HH-Nordost

ortsgebunden in PG abzugeben,
spätere Gesamtübernahme möglich.
0172 - 412 71 62

Praxisabgabe

Konz. PRIVATKLINIK in Hamburg

mit 2 ca. 50 m² großen klimatisierten OPs, mehreren Ein- und
Zweibett Zimmern, modern eingerichteten Beratungszimmern
als Coworking Spaces auf über 800 m² Fläche - derzeit
vorwiegend von plastischer Chirurgie genutzt.

Zum Verkauf steht ein 25,1 % Anteil an der Klinik.

Sehr interessant für operativ tätige KollegInnen.

Wir freuen uns über Anfragen an: kontakt@steuern-jp.com

KIEL

Kassenarztsitz Dermatologie/

Praxis abzugeben.

Zeitpunkt: flexibel

Kontakt: brittamasias@yahoo.de

Gastroenterologe mit versorgungstarker Praxis in M/V,

exzellent ausgestattet, sucht
Übernehmer für geordneten
Übergang in den Ruhestand.

MLP Rostock, Dr. Krüger
Telefon: 0171 - 234 42 31

Neurologisch-psychiatrische Praxis in HH Nord-Ost

langjährig etabliert, aus Alters-
gründen abzugeben. Auch für zwei
KollegenInnen sehr gut geeignet.
Verkehrsgünstige Lage.

Kontakt: np.praxis2021@gmx.de

Gynäkologie KV Sitz / Praxis in HH Innenstadt

zum 1.10.21 abzugeben.
Verlegung möglich.
gyn-kv-city@gmx.de

Infoabend Niederlassung

Alles, was Sie für Ihre Niederlassung wissen sollten.

Termin: Donnerstag, 22.04.2021, um 19.00 Uhr

MLP Geschäftsstelle Hamburg IV,

Ort: Admiralitätstr. 10, 20459 Hamburg

Referenten: Julia Thormählen / Jens Teipelke

Wir planen soweit möglich ein Liveseminar, zur Not findet dieses online statt

Anmeldung erbeten unter:

Tel. 040 • 414016 • 0

simone.riepel@mlp.de

Sofern der Termin nicht passt, melden Sie sich gern zwecks Informationsaustausch.



Finanzberatung, so individuell wie Sie.

Anzeigenschlusstermine Ausgabe April 2021

Anzeigen im redaktionellen Teil:
15. März 2021

Rubrikanzeigen:
22. März 2021

Praxisübernahme

Sie wollen sich als Allg.med./ Innere Med. niederlassen?

Problemloser Einstieg zunächst via
Anstellung u. nachfolgend Kauf eines
Arztsitzes in hausärztl. 2-er GP.
Info: Tel. 040/414 52 567 oder
bewerbunginhamburg@hotmail.de

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

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

Praxisflächen am Barmbeker Bahnhof ca. 325 m² über zwei Etagen

Das Haus verfügt über einen Fahrstuhl, somit ist der barrierefreie Zugang zu den Flächen gewährleistet. Optimaler Anschluss an den ÖPNV (S-, U-Bahn und diverse Busse).

Miete p.m. (netto) € 3.250,-, zzgl. Betriebs-u. Heizkosten:
€ 1.267,50 - gesamt: € 4.517,50.

Gern senden wir Ihnen die Vermietungsaufgabe auf Anfrage zu.
Das Angebot ist für Interessenten courtagefrei.

Ihr Ansprechpartner:

Jan Pieter Brünjes · Tel.: 040/369 08 29
Mail: bruenjes@gladigau-immobilien.de



Moderne und helle Praxisfläche im Gesundheitszentrum Osdorfer Born

ab sofort frei

Gesamtfläche: 108 m² - Behandlungsräume: 3
Mietpreis und NK-Vorauszahlung: Nach Vereinbarung

- Repräsentativer Empfangsbereich
- Große, moderne Behandlungsräume / Patienten- und Personal WCs
- Barrierefreier Zugang der Praxis im 2. OG - Fahrstuhl vorhanden
- Synergie mit Fachärzten unterschiedlichster Fachrichtungen im Objekt
- Apotheke im Erdgeschoss
- Gesundheitszentrum hervorragend in den Stadtteil integriert
- Nahversorgung und Gastronomie direkt vor Ort
- 300 Stellplätze kostenfrei zur Verfügung

Kontakt: Tel.: 040 226 22 99-0
anfrage@laren-estate.com

laren estate GmbH
www.borncenter.de

PRAXISRÄUME IM GESUNDHEITZENTRUM HAMBURG-BERGEDORF ZU VERMIETEN

FLÄCHEN: **90 m², 125 m², 192,50 m² und 344,35 m²**

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

Für die Zusendung eines Exposé sowie jeglichen Fragen können Sie mich gerne jederzeit kontaktieren.

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

Schöner heller Praxisraum in bestehender Kassenpraxis (TP) in Hamburg Wandsbek.

Ruhig und zentral gelegen, fußläufig zur U- und S-Bahn. 23m², Mitbenutzung vom gemeinsamen Wartezimmer. Am kollegialen Austausch und längerfristiger Zusammenarbeit interessiert.

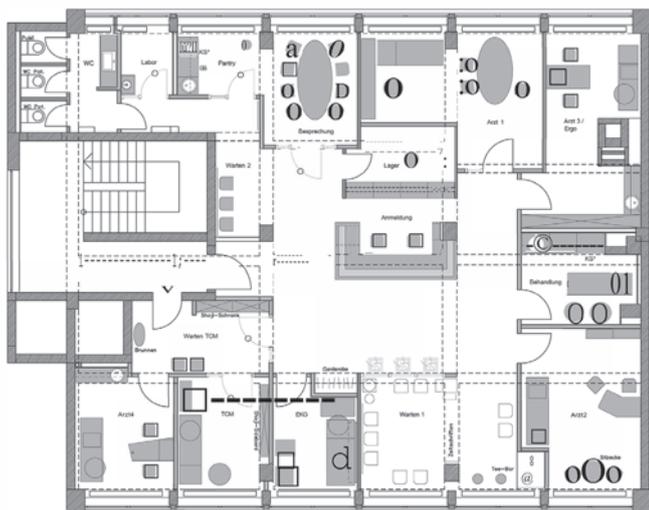
Tel: 0402004989 Mail: info@psychologische-praxis-hamburg.de

FA Neurologie/Psychiatrie mit KV-Zulassung

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

Praxisräume (ca 150m², 5-6 Zi)
in Hamburg - Horn/Hamm/Borgfelde
ab 2022 gesucht.
Kontakt: gynpraxishorn@gmail.com

Praxisfläche in Barmbek-Nord zu vermieten



Mietbeginn: **ab 01.04.2021** - Lage: 7. OG (Aufzug ist vorhanden)
Die sehr gut aufgeteilte Fläche hat ein Größe von **ca. 217 m²**.
Miete netto kalt: € 2.387,- zzgl. Heiz- und Betriebskosten VZ.

Diverse Möbel (z. B. Empfangstresen) kann nach Absprache vom Vormieter übernommen werden.

Kontakt: Tel.: 040-691 22 22 - 8.00 - 17.00 Uhr (Mo. - Do.)
oder E-Mail: verwaltung@asg.hamburg

CHIFFREHINWEIS

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

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

Anzeigenschlusstermine Ausgabe April 2021

Anzeigen im redaktionellen Teil:
15. März 2021
Rubrikanzeigen:
22. März 2021

Sonstiges

PRAXISNACHLASS!

Diverse ältere gut erhaltene Gegenstände, u.a. Arzneimittelschrank-tresor, Mauser-Karteischrank und viele weitere Geräte
sehr günstig abzugeben.

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

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

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

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 unseren 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 Produktvielfalt unserer Exklusivpartner im direkten Vergleich.



Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!

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

AMT Abken Medizintechnik GmbH
Langenharmer Weg 219 • 22844 Norderstedt
Tel.: 040 - 180 102 82 • info@amt-abken.de

PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de • www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.



Wertgutachten

Stefan Siewert - Dipl.-Kfm. **PraxValue**
Steuerberater ~ Rechtsbeistand

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)

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

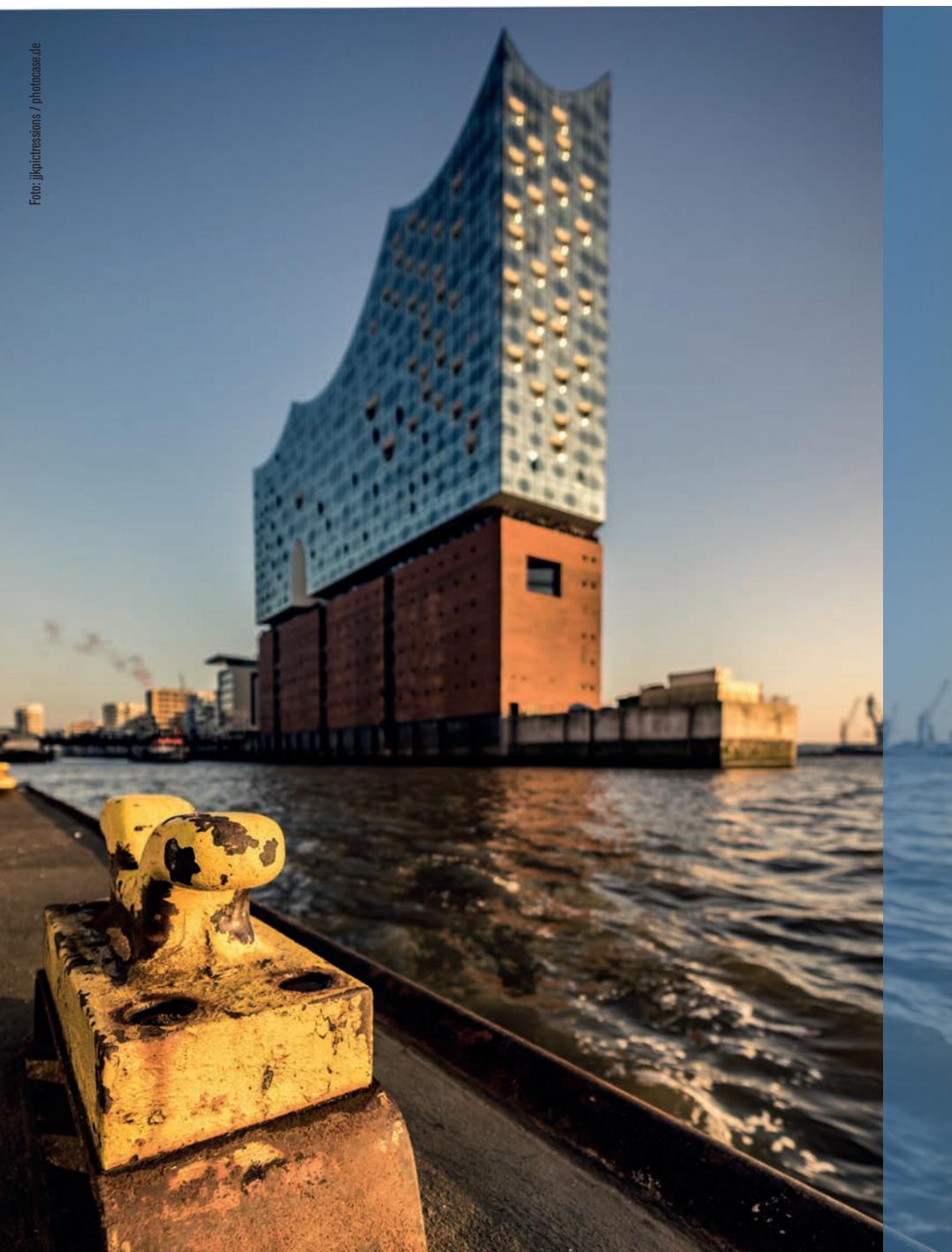
elbbüro fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

Praxiseinrichtungen

buchholz
DIE PRAXISEINRICHTER

| Fachberater/ Praxisplanung
| Praxismöbel-Ausstellung
| eigene Produktion

buchholz-praxiseinrichter.de



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