

04•22

11. April · 76. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 20

Corona-Chronik, Teil 6

Das Virus hat seinen
Schrecken verloren

Forum Medizin | 28

Chronische Herzinsuffizienz

Moderne Therapie
nach aktuellen Leitlinien

Forum Medizin | 32

Der besondere Fall

Schwindelattacken durch
Gefäßnervenkonflikt

Das Thema | 12

Medikamente gezielt einsetzen

Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis

Frühes Erkennen und rechtzeitige Behandlung können die Erkrankung stoppen



ICH WILL DABEI SEIN, WENN MEINE KLINIK ZUM DIGITALEN VORREITER WIRD.

MIT DEM WUNSCH NACH HÖHERER SICHERHEIT UND BESSEREM KOMFORT SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOBEN.

Durch die Digitalisierung in vielen Bereichen können beispielsweise einfacher Termine vereinbart, die Patientensicherheit erhöht, Weiterbehandlungen nahtlos organisiert und Patienten zusätzlich auch per App unterstützt werden.

Mehr erfahren unter asklepios.com/digitalisierung



ASKLEPIOS

Gesund werden. Gesund leben.



Prof. Dr. Sigrid Nikol
Schriftleiterin des Hamburger Ärzteblatts

„Die Kombination von Corona-Pandemie mit den Auswirkungen dieses verheerenden Kriegs bedeutet eine noch größere Herausforderung für unser Gesundheitswesen.“

Weitere Kapazitäten werden jetzt benötigt

Liebe Kolleginnen und Kollegen, innerhalb kurzer Zeit muss sich unser Gesundheitssystem immer neuen Herausforderungen stellen. Zwei Jahre Corona – und nun auch noch Krieg in Europa. Noch dazu in dem Land, in dem die Nuklearkatastrophe von Tschernobyl erst 36 Jahre zurückliegt, mit der hunderttausende Todesfälle in Verbindung gebracht werden und Millionen Menschen unter gesundheitlichen Spätfolgen leiden.

Die Kombination der fortgesetzten Corona-Pandemie mit den Auswirkungen dieses verheerenden Kriegs bedeutet eine noch größere Herausforderung für unser Gesundheitswesen als bisher. Aktuell sind es ja vor allem die erheblichen Personalausfälle durch Corona-Infektionen oder Quarantäne, die die Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen bereits deutlich reduzieren. Neben den ambulanten und stationären Kapazitäten für die Prävention und Behandlung coronakrankter Patientinnen und Patienten ist absehbar, dass weitere Kapazitäten für die Versorgung der vielen Flüchtlinge aus der Ukraine benötigt werden.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung ist bereits von mehr als 10 Millionen Flüchtlingen die Rede, davon mehr als 200.000 in Deutschland. Die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft stehen im Kontakt mit der Bundesregierung, um insbesondere die Aufnahme und bundesweite Verteilung von Verletzten und anderen Patientinnen und Patienten zu regeln, für die in der Ukraine keine medizinische Versorgung mehr möglich ist. Zurzeit fehlen noch Beschlüsse dazu, wie die Kliniken die ukrainischen Patientinnen und Patienten ohne viel Bürokratie, aber rechtssicher behandeln und die Leistungen abrechnen könnten. Perspektivisch müssten die Geflüchteten mittelfristig ins Krankenversicherungssystem, denn derzeit haben sie nur einen eingeschränkten Gesundheitsschutz, da sie Hilfen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten.

Viele der Geflüchteten aus der Ukraine sind nicht gegen das Corona-Virus geimpft. Die meisten Geimpften haben den

russischen Impfstoff Sputnik erhalten, der in Deutschland nicht zugelassen ist. Viele Kinder haben keine der bei uns üblichen Schutzimpfungen erhalten. Die meisten Ukrainerrinnen und Ukrainer sind aber offen für die Impfungen, die ihnen auch angeboten wird.

Neben dem Umgang mit den aktuellen Katastrophen wollen wir aber den Auftrag der Fortbildung nicht vernachlässigen. In diesem Heft steht die Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis im Vordergrund. Hier handelt es sich um eine Autoimmunkrankheit unklarer Genese, die vor dem 16. Lebensjahr auftritt. Sie ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Dr. Ivan Foeldvari beschreibt detailliert die oft schwierige Diagnosestellung, die durch die vielen verschiedenen Subtypen erschwert wird. Klinisch können neben der Arthritis als solcher auch eine Uveitis oder Daktylitis imponieren, was mit eindrucksvollen Abbildungen demonstriert wird. Bei der Therapie spielen hier neben den altbekannten antirheumatischen Medikamenten auch verschiedene Biologika und deren Nachahmerpräparate (Biosimilars) eine Rolle, die sich speziell gegen bestimmte Entzündungsbotenstoffe oder deren Rezeptoren richten. Wichtig ist das frühe Erkennen und die frühzeitige medikamentöse Therapie, denn jeder Monat Verzögerung vermindert das Ansprechen auf die Therapie. Wie bei so vielen anderen Krankheiten gilt auch hier, dass vor allem bei entsprechenden Symptomen an die Möglichkeit einer juvenilen idiopathischen Arthritis gedacht werden muss.

Fenner-Symposium 2022

- ONLINE * -

23. April 2022, 09:00 - 15:50 Uhr

7
Fortbildungspunkte für
Ärzte

Programm

- | | | | |
|------------------|--|------------------|---|
| 09:00 Uhr | Begrüßung
Dr. med. Thomas Fenner
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg | 12:20 Uhr | Mittagspause |
| 09:15 Uhr | Epidemiologie und Prävention von HPV-bedingten Erkrankungen
Prof. Dr. med. Ulrike Wieland
Universitätsklinikum Köln, Nationales Referenzzentrum für Humane Papilloma-Viren | 13:25 Uhr | Hygiene 2.0: Chill Stress the base
Johanna Groß
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg
Abteilung für Hygiene |
| 09:50 Uhr | Rationale Blutkulturdiagnostik
PD Dr. med. Moritz Hentschke
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg
Abteilung für Mikrobiologie | 13:50 Uhr | Thrombophilie-Screening
Dr. med. Verena Limperger
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg
Abteilung für Gerinnung |
| 10:25 Uhr | Borreliose
Dr. med. Volker Fingerle
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nationales Referenzzentrum für Borrelien, München | 14:25 Uhr | Anwendungen und Perspektiven des Next-Generation-Sequencing in der genetischen Diagnostik
Dipl. Biol. Friederike Hein
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg
Abteilung für Molekulargenetik |
| 11:00 Uhr | Medizinische Versorgung minderjähriger Flüchtlinge
PD Dr. med. Robin Kobbe
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Sektion Infektiologie | 14:50 Uhr | Labordiagnostik des Diabetes mellitus
Prof. Dr. med. Holger-Andreas Elsner
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg
Abteilung für Klinische Chemie |
| 11:45 Uhr | Herausforderungen und Möglichkeiten der modernen Osteologie
Prof. Dr. med. Florian Barvencik, MBA
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Osteologie und Biomechanik | 15:20 Uhr | Zusammenfassung und Verabschiedung
Dr. med. Thomas Fenner
MVZ Labor Dr. Fenner und Kollegen, Hamburg |
| | | 15:50 Uhr | Ende der Veranstaltung |

* Das diesjährige Fenner-Symposium findet als reine Online-Veranstaltung statt.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis und freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Anmeldung

Bitte melden Sie sich bis zum 14. April 2022 online an.



Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie rechtzeitig vor der Veranstaltung die Zugangsdaten per E-Mail.

Alternativ senden Sie das Anmeldeformular ausgefüllt per E-Mail, Fax oder Post an:

Labor Dr. Fenner und Kollegen - Symposium 2022 -
Bergstraße 14 | 20095 Hamburg
Tel: +49 (040) 30955 - 309
Fax: +49 (040) 30955 - 626
E-Mail: fennerlabor@fennerlabor.de

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name _____

Telefon _____

E-Mail _____

Unterschrift _____

04.22

Hamburger Ärzteblatt



Dr. Ivan Foeldvari, Schön Klinik Hamburg Eilbek, beschreibt, mit welchen Medikamenten sich die Subtypen der juvenilen idiopathischen Arthritis erfolgreich behandeln lassen (Seite 12). **PD Dr. Christina Magnussen**, Universitäres Herz- und Gefäßzentrum Hamburg, informiert über die moderne Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz laut aktuellen Leitlinien (Seite 28). **Prof. Dr. Dr. h.c. Uwe Kehler**, Asklepios Klinik Altona, behandelte 38-Jährige mit Schwindelattacken bis zu 20-mal am Tag. Ursache: ein Gefäßnervenkonflikt (Seite 32).



Das Thema

- 12 **Behandlungsstrategien**
Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis.
Von Dr. Ivan Foeldvari

Service

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

Namen und Nachrichten

- 6 · 11 **Personalien** · Nachruf auf Dr. Wolfgang Lambrecht · Prof. Dr. Christian Habermann ist seit April Ärztlicher Direktor · PD Dr. Daniel Schöttle wird Chefarzt der Psychiatrie am AK Harburg · PD Dr. Johannes Kluwe ist neuer Chefarzt Innere Medizin im Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus · Dr. Tim Zunkel übernimmt Anästhesie im Westklinikum · KV Hamburg: John Afful ist neuer Vorstandsvorsitzender
- News** · Ausschließlich digitale Meldung für einrichtungsbezogene Impfpflicht · Corona: Infomaterial für Geflüchtete · Ärztliches Engagement für Ukraine-Geflüchtete in Hamburg · UKE koordiniert psychosoziale Versorgung · Spenden für die Versorgung vor Ort · 50 Jahre Herz InForm – nicht mehr nur für Herz-Kreislauf-Patienten · Rezept für Bewegung fördert körperliche Aktivität · Digitale Qualitätskonferenz zu Genitaltumoren bei Frauen · hedyTelemonitoring bei Herzschwäche · Kittel meets Kammer startet neu · Andocken sucht ehrenamtliche Ärzte

Gesundheitspolitik

- 18 **Fortbildung** · Covid-19 und die Folgen sind beherrschbar. Von Sebastian Franke
20 **Corona-Chronik, Teil 6** · Das Virus hat endlich seinen Schrecken verloren. Von Antje Thiel
24 **Stadtteil-Engagement** · Vorbild Gesundheitskiosk. Von Dr. Dirk Heinrich

Forum Medizin

- 28 **Leitlinien** · Medikamentöse Therapie chronischer Herzinsuffizienz.
Von Dr. Benedikt Schrage, Prof. Dr. Dirk Westermann, Prof. Dr. Paulus Kirchhof, PD Dr. Christina Magnussen
32 **Der besondere Fall** · Schwindelattacken durch Gefäßnervenkonflikt. Von Prof. Dr. Dr. h.c. Uwe Kehler
34 **40 Jahre IPPNW** · „Wir haben die Pflicht, die Weltbevölkerung aufzuklären“. Von Ute Rippel-Lau
36 **Pionierarbeit** · 45 Jahre Karotis-Angioplastie: von der Idee zur Standardtherapie.
Von Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Mathias
38 **Der blaue Heinrich** · Deutsch in Deutschland. Ausgewählt von Katja Evers

Mitteilungen

- 39 **Ärztammer Hamburg** · Einsetzung des Wahlausschusses für die Kammerwahl der Delegiertenversammlung 2022 · 2. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung vom 12. September 2018 · 3. Satzung zur Änderung der Wahlordnung vom 20. Februar 2006 i. d. F. v. 14. Juni 2021
41 **KVH** · Vertragsarztsitze · HIV-Qualitätszirkel der KVH · Amtliche Bekanntmachung · Personelle Veränderungen bei den Mitgliedern der Vertreterversammlung

Gratulation

zum 100. Geburtstag

- 22.04. **Dr. med. Werner Conrad**
Facharzt für Innere Medizin
- 06.05. **Dr. med. Rolf Becher**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.05. **Dr. med. Lischen Moser**
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin
Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

zum 95. Geburtstag

- 16.04. **Dr. med. Wiebke Brauer**
Fachärztin für Allgemeinmedizin

zum 90. Geburtstag

- 25.04. **Dr. Eugeniusz Kamerski**
Facharzt für Chirurgie
- 15.05. **Jawahir Azari**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

zum 85. Geburtstag

- 19.04. **Dr. med. Philomena Thomas**
Fachärztin für Chirurgie
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 08.05. **Dr. med. Kingsley Ohene-Dokyi**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.05. **Dr. med. Hans Zahn**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Innere Medizin

zum 80. Geburtstag

- 20.04. **Albrecht Kleinert**
Facharzt für Orthopädie
- 20.04. **Dr. med. Michael Zinke**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 23.04. **Prof. Dr. med. Jürgen Neppert**
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Facharzt für Transfusionsmedizin
- 29.04. **Dr. med. Carl-Rüdiger Deichmann**
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 06.05. **Dr. med. Gerd Gritzke**
Facharzt für Nervenheilkunde
- 07.05. **Dr. med. Maike Kraft**
Fachärztin für Anästhesiologie
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 10.05. **Priv.-Doz. Dr. med. Hergo Schmidt**
Facharzt für Chirurgie
- 10.05. **Dr. med. Ilse Schmolke, Ärztin**
- 13.05. **Prof. Dr. med. Otto Henning Wegener**
Facharzt für Radiologie
- 13.05. **Gudrun Wolf**
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 15.05. **Dr. med. Isa Koehn-Ohlsen**
Fachärztin für Nervenheilkunde
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

Nachruf Prof. Dr. Wolfgang Lambrecht, erster Hamburger Ordinarius für Kinderchirurgie, verstarb unerwartet mit 78 Jahren.

Vielseitiger Kliniker und geschätzter Hochschulkollege

Geboren am 5. April 1944 in Stadthagen studierte Wolfgang Lambrecht in Göttingen und München Medizin. Bereits zu Schulzeiten assistierte er im OP der Klinik seines Vaters. Der Wehrdienst bei der Marine unterbrach die chirurgische Ausbildung, weckte aber sein lebenslanges Interesse an der Seefahrt. 1980 erwarb Lambrecht den Facharzt für Chirurgie sowie den Facharzt für Kinderchirurgie. Mit einer Arbeit über „Morphologische Untersuchungen bei Ferkeln mit angeborenen Analtresien“ habilitierte er sich 1987. Die Universität Hamburg ernannte ihn 1989 zum Universitätsprofessor C4. Gleichzeitig übernahm Lambrecht den ersten Lehrstuhl an der neu geschaffenen Klinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mehrmals lehnte er den Ruf auswärtiger Universitäten ab. Im August 2004 wurde ihm zusätzlich die chirurgische Leitung des Kinderkrankenhauses Altona anvertraut. Mit der Emeritierung 2007 endete seine klinische Tätigkeit.



Prof. Dr. Wolfgang Lambrecht

Lambrechts wissenschaftliches Interesse galt zuvorderst der Embryologie des Gastrointestinaltrakts. Er erarbeitete grundlegend neue Erkenntnisse zu anorektalen Fehlbildungen, zur Ösophagusatresie und zur Zwerchfellhernie. Renommiertere Auszeichnungen wie der Dr.-Martini-Preis der Dr.-Martini-Stiftung Hamburg, der Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie der Richard-Drachter-Preis der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie blieben nicht aus. 126 Publikationen in namhaften Fachzeitschriften zeigten ihn als vielseitig interessierten, einfallreichen Kliniker. Als Klinikchef zeichnete er sich durch fachliche Kompetenz, höchsten Einsatz, enormen Fleiß und absolute Zuverlässigkeit aus. Mit Respekt, Klarheit und Rücksichtnahme erwarb er das Vertrauen seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch bei Eltern und Zuweisern war er sehr beliebt.

Im Ruhestand bereiste Lambrecht als Schiffsarzt auf Forschungsschiffen die Weltmeere von der Arktis über die Karibik bis in die Antarktis. Wir ehemaligen Kolleginnen und Kollegen der Schreiber'schen Allgemeinchirurgie erinnern uns gern an lebhaftes Diskussionsgespräche über Tagesthemen, bei denen er seine dezidierten Ansichten vertrat und die er mit dem Schalk in den Augen zu polarisieren verstand. Wolfgang Lambrechts unerwarteter Tod am 3. Januar 2022 macht uns betroffen! Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.

PD Dr. Arnulf Dörner, PD Dr. Dietrich Kluth, Dr. Günter Weinland

Prof. Dr. Christian Habermann ist seit April Ärztlicher Direktor



Prof. Dr. Christian Habermann

Seit dem 1. April ist Prof. Dr. Christian R. Habermann neuer Ärztlicher Direktor des Marienkrankenhauses. Er übernimmt das Amt von Prof. Dr. Norbert Rolf, der dem Haus weiterhin als Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie erhalten bleibt.

Habermann bleibt selbst weiterhin Chefarzt des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie. Bereits seit 2013 leitet er das Institut und hat es maßgeblich um den Bereich der Interventionen (vaskuläre Interventionen, Tumorablation, CT-gesteuerte Interventionen) erweitert und zu einer überregional renommierten Einrichtung entwickelt. Neben der Radiologie leitet Habermann zudem das Interdisziplinäre Gefäßzentrum und das Zentrum für Präventivmedizin am Marienkrankenhaus. | *häß*

PD Dr. Daniel Schöttle wird Chefarzt der Psychiatrie am AK Harburg

Mit dem Wechsel von PD Dr. Daniel Schöttle vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat das Asklepios Klinikum Harburg einen renommierten Experten als Chefarzt gewonnen, der im März die Nachfolge von Dr. Hans-Peter Unger antrat (siehe 03/22). Neben bestehenden Angeboten sollen zukünftig zusätzliche spezialisierte Diagnostik- und Behandlungsangebote insbesondere für Erwachsene mit ADHS und Autismus eingeführt werden. Der gebürtige Schwabe war zuletzt als Oberarzt der Station „Psychosen und bipolare Störungen“ am UKE tätig, wo er sich mit der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beschäftigte. In dieser Funktion war Schöttle auch verantwortlich für die Leitung der Ambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS. Zukünftig will er die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie stärken und helfen, das therapeutische Angebot im digitalen Bereich auszubauen. | *hüb*



PD Dr. Daniel Schöttle

Chefarztwechsel Innere Medizin im Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus

PD Dr. Johannes Kluwe nahm am 1. April die Arbeit von Prof. Dr. Irntraut Koop auf, die nach gut 23 Jahren als Chefarztin der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie im Evangelischen Amalie Sieveking Krankenhaus in den Ruhestand geht. Zuvor war Kluwe Leitender Oberarzt und Stellvertreter der Klinikdirektoren der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik, Gastroenterologie mit den Sektionen Infektiologie und Tropenmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie verfügt über eine umfangreiche Erfahrung in der Behandlung von Erkrankungen des Verdauungssystems und hat einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der Lebererkrankungen. Bei einem dreijährigen Forschungsaufenthalt an der Columbia University in New York hat er Mechanismen der Leberfibrose untersucht. | *hüb*



PD Dr. Johannes Kluwe

Dr. Tim Zunkel übernimmt Anästhesie im Westklinikum

Seit Anfang März ist Dr. Tim Zunkel neuer Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin am Asklepios Westklinikum Hamburg. Zuvor war er 9 Jahre als Leitender Oberarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin der Helios Mariahilf Klinik Hamburg tätig. Er tritt im Westklinikum die Nachfolge von Dr. Rüdiger Schreiber an, der dem Haus aber erhalten bleibt. Zunkel studierte an der Christian-Albrecht-Universität zu Kiel, wo er auch promovierte, und war als Assistenzarzt im Klinikum Meiningen und der ENDO-Klinik Hamburg tätig. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in der Anästhesie in Kombination mit ultraschallgestützter Regionalanästhesie, der perioperativen Medizin und der Intensivmedizin. Der Anästhesist verfügt über die Zusatzbezeichnungen Intensivmedizin und Notfallmedizin. | *hüb*



Dr. Tim Zunkel

Gratulation

zum 75. Geburtstag

- 20.04. Dr. med. Veronika Hasselbarth, Ärztin
- 20.04. Dr. med. Horst Lorenz, Arzt
- 25.04. Dr. med. Bärbel Hillebrand, Ärztin
- 29.04. Josef Pille
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 05.05. Dr. med. Sabine Thesenfitz, Ärztin
- 06.05. Dr. med. Werner Fritz
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 09.05. Dr. med. Thomas Schattauer
Facharzt für Orthopädie
- 12.05. Dr. med. Michael Funck
Facharzt für Innere Medizin
- 15.05. Dr. med. Kurt Müller
Facharzt für Innere Medizin

zum 70. Geburtstag

- 16.04. Dr. med. Jens Fischer
Facharzt für Innere Medizin
- 16.04. Alexandra Zeidler, Ärztin
- 18.04. Cornelia Muro Garcia
Fachärztin für Strahlentherapie
- 20.04. Prof. Dr. med. Karl-Heinz Kuck
Facharzt für Innere Medizin
- 24.04. Leonor Nicolas Monesma, Ärztin
- 25.04. Priv.-Doz. Dr. med. Holger von Kroge
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie
- 27.04. Alexander Arzberger
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
- 01.05. Tomasz Kowalczyk
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
- 07.05. Arlindo Riso, Arzt
- 07.05. Dr. med. Heimo Runge
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 08.05. Dr. med. Jürgen Rehder
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 13.05. Dr. med. Jürgen Hauert
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Orthopädie
- 14.05. Dr. med. Helga Steinmüller
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

zum 65. Geburtstag

- 16.04. Prof. Dr. med. Christian Müller
Facharzt für Chirurgie
- 17.04. Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Stellbrink
Facharzt für Innere Medizin
- 20.04. Lilia Härter
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 24.04. Dr. med. Matthias Andrae
Praktischer Arzt
Facharzt für Anästhesiologie
- 24.04. Claudia Malburg
Fachärztin für Innere Medizin
Fachärztin für Psychotherapeutische
Medizin

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 25.04. **Dr. med. Volker Grosser**
Facharzt für Chirurgie
- 25.04. **Dr. med. Jörg Promies**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 26.04. **Dr. med. Annette Förster**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Fachärztin für Innere Medizin
- 27.04. **Dr. med. Margret Jandl**, Ärztin
- 28.04. **Dr. med. Matthias Waller**
Facharzt für Radiologie
- 30.04. **Katharina Looock**, Ärztin
- 30.04. **Dr. med. Thomas Stolz**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 02.05. **Dr. med. Martin Grau**
Praktischer Arzt
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 03.05. **Konrad Rippmann**
Facharzt für Chirurgie
- 04.05. **Dr. med. Udo Schledt**
Facharzt für Anästhesiologie
- 04.05. **Harald Vehar**
Facharzt für Innere Medizin
- 06.05. **Dr. med. Miriam Rusznak**
Fachärztin für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Fachärztin für Chirurgie
- 08.05. **Dr. med. Georg Kindervater**
Arzt
- 09.05. **Dr. med. Dirk Hobusch**
Facharzt für Urologie
- 09.05. **Dr. med. Dietrich Pfeiffer**
Facharzt für Urologie
- 13.05. **Angela Mohr**
Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin
- 14.05. **Ralf Hertwig**
Facharzt für Innere Medizin
- 15.05. **Dr. med. Martin Daase**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 15.05. **Dr. med. Christian Foth**
Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin
- 15.05. **Dr. med. Jens Petersen**
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Innere Medizin

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

KV Hamburg: John Afful ist neuer Vorstandsvorsitzender



John Afful

John Afful ist seit 1. April 2022 neuer Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH). Die Vertreterversammlung wählte ihn im Oktober 2021 zum neuen hauptamtlichen Vorstandsvorsitzenden. Gemeinsam mit seiner Stellvertreterin Caroline Roos, die bereits seit 2017 diese Funktion innehat, wird er die KVH in die Zukunft führen. „Der zentrale Auftrag des KVH-Vorstands ist es, Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit zu stärken und für die Interessen unserer Mitglieder im ambulanten System einzutreten“, so Afful. Auf seiner Agenda stehen zudem die weitere Ausgestaltung der ambulanten Versorgung, die Erhöhung der Service-Orientierung der KVH sowie die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Afful tritt die Nachfolge von Walter Plassmann an. Zuvor war Afful als Geschäftsführer für den Bereich Operatives Geschäft in der KVH verantwortlich. | *hüb*

Ausschließlich digitale Meldung für einrichtungsbezogene Impfpflicht

Seit dem 16. März gilt für Beschäftigte in Arztpraxen und Krankenhäusern sowie weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens eine Impfpflicht gegen SARS-CoV-2, die vorerst bis zum 31. Dezember 2022 befristet ist. Beschäftigte in Krankenhäusern und Praxen müssen nun nachweisen, dass sie vollständig gegen Covid-19 geimpft bzw. genesen sind oder eine Indikation gegen die Impfung ärztlich attestiert ist. Liegen diese Nachweise nicht vor, muss der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin dies an das zuständige Gesundheitsamt melden. Diese Meldung erfolgt in Hamburg ausschließlich digital über: <http://meldung20a.hamburg.de>. Die Sozialbehörde weist darauf hin, dass die Meldung rechtzeitig eingehen muss und durch entsprechende Vertretungsregelungen sichergestellt werden soll, andernfalls droht ein Bußgeld. Die registrierten Personen werden innerhalb von zwei Wochen vom Gesundheitsamt per Post kontaktiert und zur Vorlage eines gültigen Nachweises binnen eines Monats aufgefordert. Dafür gibt es ein separates Onlineportal, in dem Nachweise digital hochgeladen werden können. Wird kein Nachweis vorgelegt, trifft das Gesundheitsamt eine Ermessensentscheidung. Hierbei ist auch maßgebend, ob die Einrichtung bei Erlass eines Betretungs- oder Tätigkeitsverbots gegen die gemeldete Person voraussichtlich in der Lage sein wird, ihrem Versorgungsauftrag weiterhin nachzukommen. Bis zu diesem Erlass stehen dem Einsatz der gemeldeten Personen aus Sicht des Gesundheitsamts keine Hinderungsgründe entgegen. Die Sozialbehörde empfiehlt, diese Beschäftigten bis zum Abschluss der Prüfung durch das Gesundheitsamt nach Möglichkeit in Bereichen ohne oder mit wenig Kontakt zu vulnerablen Personengruppen einzusetzen. | *sf*

Corona: Infomaterial für Geflüchtete

Für die gesundheitliche Versorgung für nach Deutschland geflüchtete Menschen aus der Ukraine stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationsmaterialien zum Thema Corona in ukrainischer Sprache zur Verfügung. Das Paket enthält Merkblätter zur Corona-Schutzimpfung, zu Tests, Quarantäne und Isolierung sowie zur Erläuterung der „3G, 3G-Plus, 2G und 2G-Plus“-Regelungen, ergänzt durch Informationen zu Hygienemaßnahmen. Die Informationen sind zur Weitergabe an ukrainische Menschen gedacht und stehen zum Herunterladen bereit unter: www.infektionsschutz.de/mediathek/materialien-auf-ukrainisch. Sie können auch kostenlos online unter <https://shop.bzga.de/>, per Fax unter 0221/899 22 57 oder per E-Mail: bestellung@bzga.de angefordert werden. | *hüb*

Ärztliches Engagement für *Ukraine-Geflüchtete in Hamburg*

Nach Beginn des Kriegs in der Ukraine ist in Hamburg im März die Anzahl der von dort Geflüchteten stark angestiegen. Zeitweise kamen pro Tag bis zu 1.000 Menschen in die Stadt, von denen viele eine Unterkunft benötigten. Das DRK richtete in den Messehallen eine Notunterkunft ein, die Mitte März bereits mit über 1.000 Menschen belegt war. Bei einem Besuch von Dr. Pedram Emami und PD Dr. Birgit Wulff, Präsident und Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg, wurde schnell deutlich: Das DRK benötigt weitere Unterstützung für die medizinische Versorgung vor Ort – zusätzlich



Haben sich ein Bild zur Lage verschafft: Dr. Pedram Emami (M.) und PD Dr. Birgit Wulff (L.) in der DRK-Unterkunft in den Messehallen

zu den bereits dort ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten. Die Kammer hat einen Aufruf an Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte (MFA) gestartet. Innerhalb eines Wochenendes gingen über 40 Hilfsangebote ein. „Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen sowie MFA für diese überwältigende Hilfsbereitschaft“, so Emami. Die Kammer ist mit der Sozialbehörde im Gespräch, wie die ärztliche Versorgung in den Einrichtungen für Geflüchtete langfristig organisiert werden kann. | *hüb*

UKE koordiniert in Hamburg *psychosoziale Versorgung*

Die Flüchtlingsambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) koordiniert die Versorgung von minderjährigen Geflüchteten aus der Ukraine und vernetzt Therapiesuchende mit Therapeutinnen und Therapeuten in Praxen und anderen Kliniken. Zugleich erhalten, wenn möglich, junge Geflüchtete mit Traumafolgen wie Angst, Schlafstörungen oder Sprachverlust auch direkt im UKE Unterstützung. Geflüchtete Kinder und Jugendliche, deren Eltern oder Angehörige können die neu eingerichtete psychosoziale Telefonsprechstunde wahrnehmen. Hier erhalten auch Betreuende, Ehrenamtliche, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen bei Fragen zur Versorgung von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen Unterstützung. Die Beratung ist dienstags von 10 bis 11 Uhr und donnerstags von 14 bis 15 Uhr unter Tel. 0152/22 81 53 35 sowie per E-Mail: fluechtlingsambulanz@uke.de erreichbar. Sprachmittlerinnen und -mittler sind anwesend. Mehr Informationen unter www.uke.de/mvz/fluechtlingsambulanz.

Aus der Ukraine geflüchtete Menschen ab 18 Jahren erhalten bei centra im Heidenkampsweg 97 Hilfe. Das koordinierende Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge, ist Teil des Psychosozialen Zentrums des UKE. Es leistet psychologische Ersthilfe und vermittelt dann an Praxen und andere Kliniken der psychotherapeutischen und psychiatrischen Regelversorgung weiter. In Einzelfällen finden die traumaspezifische Krisenintervention sowie Kurz- oder Langzeittherapie auch direkt bei centra statt. Dabei richtet sich das Augenmerk besonders auf Gruppen mit speziellen Bedarfen wie geflüchtete Frauen mit traumatischen Erfahrungen. Bei den Beratungs- und Behandlungsgesprächen werden die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ebenfalls von Sprachmittlerinnen und -mittlern unterstützt. Centra bietet auch Fortbildungen zu traumaspezifischen Themen an. Die Beratung ist erreichbar: montags von 14 bis 17 Uhr und freitags von 9 bis 12 Uhr unter Tel. 23 20 52 22 sowie per E-Mail: info@centra.hamburg. Weitere Informationen unter <https://centra.hamburg>. | *hüb*

In memoriam

Sibylle Pressmar

Ärztin

*04.12.1937 †22.11.2021

Ingrid Henze

Fachärztin für Anästhesiologie

*23.04.1949 †21.01.2022

Ulrich Neukirch

Facharzt für Psychiatrie

*29.10.1949 †21.01.2022

Dr. med. Nahed El-Kashef

Facharzt für Chirurgie

*13.06.1937 †27.01.2022

Dr. med. Günther Maywald

Facharzt für Innere Medizin

*13.01.1928 †04.02.2022

Dr. med. Eugenia Hilfer

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

*02.01.1930 †05.02.2022

Friedrich Zimmermann

Facharzt für Anästhesiologie

*18.12.1946 †10.02.2022

Prof. Dr. med. Gerd Lepsien

Facharzt für Chirurgie

*23.05.1946 †11.02.2022

Rudolphus Dekkers

Facharzt für Chirurgie

*03.10.1947 †17.02.2022

Dr. med. Ilse Rettberg

Ärztin

*27.03.1939 †26.02.2022

Spenden für die Versorgung vor Ort

Um die Ärztinnen und Ärzte in der Ukraine aktiv zu unterstützen, haben der Weltärztebund (WMA), der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) und das Europäische Forum der Ärzteverbände in der WHO-Europaregion (EFMA) gemeinsam mit den Ärztekammern von Polen und der Slowakei sowie dem slowakischen Ärzteverband den „Ukraine Medical Help Fund“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, in Kooperation mit dem ukrainischen Ärzteverband und anderen Partnern Arzneimittel und medizinische Güter in die Ukraine zu schicken bzw. Kriegsflüchtlinge in den Nachbarländern zu versorgen. Das Spendenkonto: Association Médicale Mondiale, IBAN: FR76 30003 04335 00050005353 78, BIC: SOGEFRPP, Société Générale. Stichwort: Ukraine. Falls Sie Arzneimittel oder medizinische Güter spenden möchten, wenden Sie sich bitte an: Polnische Ärzte- und Zahnärztekammer, E-Mail: pomocNIL@hipokrates.org, Slowakische Ärztekammer, Prof. Jozef Glasa, E-Mail: jozef.glasa@szu.sk. | *bäk*

Hamburger Lebertage als Hybridveranstaltung

Zum 11. Mal laden Prof. Dr. Jörg Petersen und Dr. Peter Buggisch vom ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin, Zentrum Infektiologie, zu den Hamburger Lebertagen ein. Die Fortbildungsveranstaltung wendet sich an hepatologisch interessierte Ärztinnen und Ärzte aus Praxis und Klinik. Neben den jeweiligen Schwerpunktthemen beinhaltet die Veranstaltung jedes Jahr ein „Hepatologie-Update“. Die Präsenzveranstaltung findet statt unter Einhaltung der aktuellen Coronaregeln am Freitag, 13. Mai 2022, von 8.30 bis 19.15 Uhr und Samstag, 14. Mai 2022, von 8 bis 13.30 Uhr im Lindner Hotel am Michel, Neanderstr. 20. Online-Anmeldung unter www.amedesgroup.com/veranstaltungen oder per Fax an: 0800 8343 240. Die Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Hamburg mit 20 Punkten beantragt und bei der Akademie für Infektionsmedizin e.V. im Bereich „Weitere Fortbildungen“ mit 3 iCME-Punkten. | *hüb*

hedy Telemonitoring bei Herzschwäche

Das Cardiologicum Hamburg, Teil der Sanecum Gruppe, hat zusammen mit der Health Care Systems GmbH (HCSG) ein telemedizinisches Zentrum (TMZ) aufgebaut. Seit 1. März werden hier Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz nach der neuen Methode mit dem hedy Telemonitoring Programm versorgt. Das Telemonitoring dieser Patientinnen und Patienten gehört seit Kurzem zum ambulanten Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen. Laut einer Auswertung der Studiendaten des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sinkt das Sterberisiko mit dieser Überwachung um 30 Prozent. „Mit dem Telemonitoring können wir Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz eine wirksame Hilfe bei der Bewältigung ihrer Krankheit bieten“, sagt Prof. Dr. Martin Bergmann, Cardiologicum Hamburg. Die telemedizinische Versorgung mit hedy kann für Betroffene mit verringerter Pumpleistung des Herzens verordnet werden, wenn sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus behandelt wurden oder ein geeignetes Implantat tragen. Nähere Informationen: cardiologicum.net, zum hedy Telemonitoring Programm: www.hedy.de. | *hüb*

50 Jahre Herz InForm – nicht mehr nur für Herz-Kreislauf-Patienten



Seit einem halben Jahrhundert steht Herz InForm in Hamburg für ärztlich verordnete und betreute Bewegungs- und Sporttherapie für Herz-Kreislauf-Patienten. 1971 wurden hier die ersten Herzgruppen ins Leben gerufen. Seitdem bietet der Verein Herzpatientinnen und -patienten eine wohnortnahe Anlaufstelle für ihre ambulante Rehabilitation. Heute betreut die von Ärztinnen und Ärzten geleitete Fachgesellschaft Herzgruppen in vielen Hamburger Stadtteilen – und erweitert nun auch das Angebot: Herz InForm etabliert vermehrt auch Rehasport-Angebote für Gefäß- und

Lungenkranke sowie für Menschen mit bestimmten Krebsdiagnosen. Die Teilnahme an einer Herz- oder Rehasportgruppe steht chronisch Erkrankten zu. Benötigt wird eine Verordnung durch den behandelnden Arzt (Bogen 56 o. G850) und die Genehmigung durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger. Herz InForm steht für alle Fragen und für die Vermittlung in die passende Gruppe bereit – auch für interessierte Trainerinnen und Trainer sowie für Ärztinnen und Ärzte! Kontakt über Sabrina Bittkau (Geschäftsführung), Tel. 228 02-364 oder E-Mail: info@herzinform.de. | *hüb*

Rezept für Bewegung fördert körperliche Aktivität

Homeoffice, eingeschränkte Sozialkontakte, geschlossene Sportstätten – für viele Menschen brachte die Covid-Pandemie auch einen Mangel an Bewegung. Rund 40 Prozent der Befragten sagten in einer Studie der TU München aus dem vergangenen Jahr, während der Pandemie zugenommen zu haben – durchschnittlich legten sie 5,5 Kilogramm an Gewicht zu. Und mehr als die Hälfte gab an, sich weniger zu bewegen als vor Ausbruch der Pandemie. Um Menschen auf ihrem Weg zu mehr körperlicher Aktivität zu unterstützen, können Ärztinnen und Ärzte ein „Rezept für Bewegung“ ausstellen und damit auf gesundheitsorientierte Angebote der Hamburger Sportvereine hinweisen oder ihren Patientinnen und Patienten Tipps zu geeigneten Angeboten geben (z. B. zu Kursen für das Herz-Kreislauf-System oder für den Haltungs- und Bewegungsapparat). Das Rezept für Bewegung ist eine freiwillige ärztliche Leistung, die nicht über gesetzliche Krankenkassen abgerechnet werden kann. Die Versicherten werden bei der Finanzierung der Kurse aber von vielen Krankenkassen unterstützt. Die Rezeptblöcke können hier angefordert werden: h.thal@hamburger-sportbund.de. | *hüb*

Digitale Qualitätskonferenz zu Genitaltumoren bei Frauen

Das Hamburgische Krebsregister lädt Ärztinnen und Ärzte aus den Fachgebieten Gynäkologie, Onkologie und Strahlentherapie zur 11. Regionalen Qualitätskonferenz am 4. Mai von 16.30 bis 18.30 Uhr ein – wieder im Online-Format. Thema sind bösartige Genitaltumore der Frau mit dem Schwerpunkt Ovarial- und Endometriumphänomene. Geplant sind Auswertungen zur Epidemiologie und klinisch-onkologischen Versorgung auf Basis der übermittelten Meldungen von Hamburger Kliniken und Praxen. Neben Überblicksanalysen werden sowohl einrichtungsbezogene Beobachtungen, weitere klinische Fragestellungen wie auch Leitlinien-Qualitätsindikatoren diskutiert, ergänzt durch kurze Impulsvorträge über aktuelle Therapien und deren Erfolgsaussichten. Mit den Qualitätskonferenzen tritt das Krebsregister in regelmäßigen fachlichen Austausch mit den Behandelnden und zeigt, inwieweit die Erfassung der Daten und ihre Auswertung zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Hamburg beitragen kann. Die klinische Krebsregistrierung ist ein zentraler Faktor im onkologischen Versorgungssystem. Anmeldungen per E-Mail: hamburgischeskrebsregister@bwfgeb.hamburg.de. Fortbildungspunkte sind beantragt. Weitere Infos zum Krebsregister unter hamburg.de/krebsregister. | *ur*

Kittel meets Kammer *startet neu*



Am 11. Mai lädt die Ärztekammer angehende und junge Ärztinnen und Ärzte zu ihrem Informations- und Netzwerktreffen „Kittel meets Kammer“ ein. „Wir freuen uns, dass wir uns nun wieder vor Ort treffen können“, sagt Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg. „Sollte dies aber erneut wegen der Pandemie nicht möglich sein, werden wir zumindest eine Videokonferenz anbieten.“ Die Veranstaltungsreihe hat während der Pandemie ausgesetzt, startet jetzt wieder mit dem großen Thema neue Weiterbildungsordnung.

Diese ist seit 1. November 2020 in Kraft. Über erste Erfahrungen im Umgang damit wird Dr. Peter Buggisch berichten. Der Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer und Ärztlicher Leiter des Leberzentrums Hamburg am ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin/MVZ-Hamburg an der Asklepios Klinik St. Georg, hält einen Vortrag zum Thema. Dr. Annika Hättich, Mitglied im Weiterbildungsausschuss, wird einen Einblick ins eLogbuch geben, in dem die Weiterbildung dokumentiert wird. Im zweiten Teil werden Dr. Emami und Sven Claßen, kaufmännischer Geschäftsführer, Arbeitsfelder der Ärztekammer vorstellen. Allgemeine Fragen zur Weiterbildung oder zur Kammerarbeit können Sie ab 18.30 Uhr an Kammermitarbeiterinnen und -mitarbeiter richten. Natürlich gibt es wieder Zeit und Gelegenheit für Gespräche und zum Knüpfen neuer und Vertiefen bestehender Kontakte. Veranstaltungsort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 b. Die Kammer sorgt für Imbiss und Getränke – bitte melden Sie sich an: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html?kathaupt=11&knr=22V0023. Wir freuen uns auf Sie! | dk

Andocken sucht ehrenamtliche Ärzte

Die Praxis Andocken des Diakonischen Werks Hamburg sucht Verstärkung durch ehrenamtliche Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin und der Gynäkologie. Die Praxis bietet medizinische Versorgung für Menschen, die über keine gültige Aufenthaltserlaubnis verfügen und nicht krankenversichert sind. Ergänzt wird das Angebot durch eine Hebammensprechstunde und eine sozialrechtliche Beratung. Aktuell finden die Sprechstunden Montag bis Donnerstag am Vormittag statt. Der Umfang des Engagements kann frei gewählt werden, mindestens ein Einsatz im Monat wäre ideal. Haben Sie Interesse? Es erwartet Sie ein engagiertes Team, eine intensive Einarbeitung sowie voll ausgestattete Praxisräume zwischen der Sternschanze und Altona. Informationen bei: Ulrike Jaenicke, Leitung der medizinischen Angebote im Hilfswerk, Tel. 0151/10 67 12 96 oder per E-Mail: jaenicke@diakonie-hamburg.de. | 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@kvhh.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?

www.aekhh.de/aktuell_hamburger_aerzteblatt.html



Die Praxis im Griff – ohne oops

Die Praxistür öffnen und keine Gedanken an die Praxissoftware verschwenden – weil sie modern ist, komfortabel ist und einfach läuft. So beginnt der Tag ganz sicher ohne oops ...!

Weil wir wollen, dass die Handgriffe mit der Praxissoftware sitzen, stellen wir Ihnen medatixx vor. Und das gleich mit einem Angebotspaket. Neben den Grundfunktionen erhalten Sie **drei Zugriffslizenzen** statt einer, die **GDT-Schnittstelle** und den **Terminplaner** für 99,90 €* statt 139,90 €. **Sparen Sie so zwei Jahre lang jeden Monat 40,00 €.**

Details finden Sie unter

im-griff.medatixx.de

* mtl./zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Bedingungen siehe: im-griff.medatixx.de

Behandlungsstrategien Die verschiedenen Formen von Arthritis bei Kindern und Jugendlichen lassen sich zur Remission bringen, wenn die Therapie rechtzeitig beginnt. Dafür steht eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung, die jeweils auf den Subtyp abgestimmt zum Einsatz kommen.

Von Dr. Ivan Foeldvari

Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist eine heterogene Gruppe von autoimmunen Erkrankungen unklarer Genese (1), die sich mit Arthritis manifestiert und verschiedene Langzeitverläufe nehmen kann (2). Die Erkrankung beginnt vor dem 16. Lebensjahr, nach 6 Wochen Erkrankungsdauer kann die Diagnose gestellt werden. Sie ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit einer geschätzten Inzidenz von 2 bis 20 auf 100.000 Kinder und einer geschätzten Prävalenz von 16 bis 150 Fällen pro 100.000 (3, 4). Nach der International League of Association of Rheumatology (ILAR) gibt es 7 Kategorien der juvenilen JIA (5) (Tab. 1). Die verschiedenen Subtypen unterscheiden sich bezüglich des Musters der Gelenkbeteiligung, der Anzahl der betroffenen Gelenke, des Vorhandenseins einer Uveitis und einer eventuellen Assoziation mit Fieberschüben und Serositis.

Diagnose und Präsentation der JIA

Die klassische Präsentation der JIA – außer bei der systemischen JIA – sind im Kleinkindalter Bewegungsfaulheit, Kaufaulheit und besonders morgendliche Anlaufschwierigkeiten. Letztere können sich auch als staksiges Laufen präsentieren. Schmerzen stehen bei Kleinkindern nicht im Vordergrund. In Gelenken machen sich diese im Kindesalter erst dann bemerkbar, wenn die Patientinnen und Patienten diese besser benennen können. Bei Jugendlichen kommen häufig Fersenschmerzen, Knacken im Kiefergelenk oder Schmerzen beim Kauen als Beschwerden dazu. In jedem Alter kann eine andauernde Gelenk-

schwellung auffallen (Abb. 1). In Hüftgelenken, Kreuzbeingelenken oder Kiefergelenken kann man äußerlich keine Schwellung beurteilen. Es muss kein Laborwert auffällig sein, um die Diagnose zu stellen, doch können Laborwerte wie Entzündungsparameter wegweisend sein. ANA (antinukleäre Antikörper) und HLA-B27 (RF-Positivität) können positiv sein, aber sind sie nicht vorhanden, schließt dies keine JIA aus. Eine Spaltlampenuntersuchung ist auch sehr hilfreich, um bei Risikopatientinnen und -patienten die „weiße Uveitis“ rechtzeitig feststellen zu können. Unbehandelt kann der Verlauf der JIA zu signifikanten Einschränkungen der Beweglichkeit führen, eventuell zur Schädigung von Organen oder sogar zum Tod (6).

Subtypen der JIA

Die **juvenile systemische Arthritis (sJIA)**, die ungefähr 10 Prozent der Patientinnen und Patienten betrifft, ist die einzige Form, die mit hohem Fieber zwischen 40 und 41°C assoziiert ist. Dieses Fieber zeigt einen typischen, täglich in Spitzen auftretenden Verlauf. Die sJIA kann mit einem flüchtigen, nicht juckenden Hautausschlag einhergehen (Abb. 2), auch eine Serositis und sehr selten eine interstitielle Lungenerkrankung und pulmonale Hypertension (7) können auftreten.

Die **juvenile oligoartikuläre Arthritis (oJIA)** ist die häufigste Form der JIA, bei der weniger als 5 Gelenke in den ersten 6 Monaten betroffen sind. Diese Form kann in eine erweiterte juvenile oligoartikuläre Arthritis übergehen, bei der dann 5 oder mehr Gelenke kumulativ betroffen sind. Als extraartikuläre Manifestation kann eine anteriore



Abb. 1: Geschwollenes Knie rechts bei Oligoarthritis (oJIA)



Abb. 2: Klassischer Ausschlag bei juveniler systemischer Arthritis



Abb. 3: Weiße Uveitis ohne Rötung der Sklera mit Verklebung der Pupille

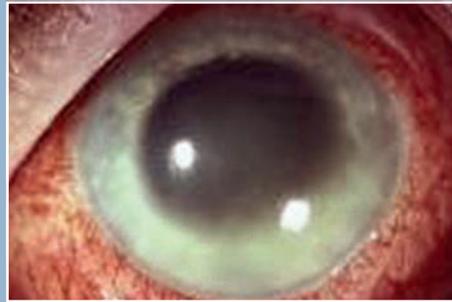


Abb. 4: Rote Uveitis mit Rötung der Sklera



Abb. 5: Daktylitis des rechten zweiten Zehs

„weiße Uveitis“ (Abb. 3) auftreten, die weder mit einer Rötung noch mit Schmerzen einhergeht. Diese Form der Uveitis ist auch eine extraartikuläre Manifestation bei Rheumafaktor (RF)-negativer **polyartikulärer Arthritis (pJIA)**. Bei RF-negativer pJIA sind in den ersten 6 Monaten 5 oder mehr große und kleine Gelenke betroffen. Das Muster der Gelenkbeteiligung ist jedoch eindeutig anders als bei einer RF-positiven pJIA. Bei Patientinnen und Patienten mit oJIA und pJIA kann eine eher niedrigtitrige ANA-Positivität bestehen. Eine „weiße Uveitis“ kann auch bei einem Teil der Betroffenen mit **juveniler idiopathischer psoriatischer Arthritis (PsJIA)** auftreten. Diese Form der Uveitis kann unerkannt zur Erblindung führen (8).

Die **juvenile idiopathische Enthesitis-assoziierte Arthritis (enthJIA)** ist eine juvenile Form der Spondylarthritis. Sie präsentiert sich mit einer Enthesitis (Sehnenansatzentzündung), typischerweise am Achillessehnenansatz oder im Hüftbereich lateral, im Bereich des Trochanters major und mit einer peripheren Arthritis. Häufig sind die Hüftgelenke oder andere Gelenke der unteren Extremität betroffen. Während oder nach der Pubertät kommt bei einem Teil der Patientinnen und Patienten die axilläre Beteiligung (Beteiligung des Kreuzbeingelenks und der Wirbelsäule) hinzu. Nur um 50 Prozent der Betroffenen sind HLA-B27-positiv, daher kann das Nichtvorhandensein von HLA-B27 nicht als Ausschlussparameter gelten. Extraartikuläre Manifestationen der enthJIA sind die schmerzhafte anteriore „rote Uveitis“ (Abb. 4) und die entzündliche Darmerkrankung.

Die PsJIA ist eine „Verwandte“ der enthJIA. Bei dieser Form hat ein biologischer Elternteil Schuppenflechte oder der Patient/die Patientin selbst. Oder es finden sich Merkmale wie Tüpfel an den Nägeln oder Daktylitis (diffuse Schwellung eines Fingers oder Zehs) (Abb. 5).

RF-positive pJIA tritt nur bei 5 Prozent der Patientinnen und Patienten auf. Sie haben eine frühe Form der rheumatoiden Arthritis, die bereits vor dem 16. Lebensjahr beginnt, mit dem gleichen Gelenkmuster wie eine rheumatoide Arthritis mit symmetrischer Klein- und Großgelenkbeteiligung von 5 oder mehr Gelenken. Anti-Citrullin-Antikörper spielen auch nur bei RF-positiver pJIA eine Rolle. Nach ILAR-Kriterien (Tab.1) gibt es eine Subgruppe, die „andere Arthritis“,

Tab. 1: Subtypen der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) nach ILAR (Petty et al.) (5)

Kategorie	Definition
Systemische Arthritis (sJIA)	Arthritis und Fieber (intermittierend, Dauer mindestens 2 Wochen) und mindestens ein weiteres Kriterium: flüchtiger erythematöser Hautausschlag, generalisierte Lymphknotenvergrößerung, Hepato- und/oder Splenomegalie, Serositis
Oligoarthritis (oJIA)	Arthritis in 1 bis 4 Gelenken innerhalb der ersten 6 Erkrankungsmonate
• persistierend	• kumulativ im Verlauf, maximal 4 Gelenke in den Entzündungsprozess einbezogen
• erweitert	• nach den ersten 6 Erkrankungsmonaten > 4 Gelenke in den Entzündungsprozess einbezogen
Rheumafaktor-negative Polyarthritis (pJIA)	Arthritis in > 4 Gelenken während der ersten 6 Erkrankungsmonate und negativer Test auf RF (mindestens 2-mal im Abstand von 3 Monaten)
Psoriasis-arthritis (PsJIA)	Arthritis und Psoriasis oder Arthritis und mindestens zwei der folgenden Kriterien: Daktylitis, Nagelveränderungen (Tüpfelung oder Onycholyse), Psoriasis bei einem Verwandten 1. Grades
Enthesitis-assoziierte Arthritis (enthJIA)	Arthritis und Enthesitis oder Arthritis und mindestens zwei der folgenden Kriterien: Druckschmerz über den Iliosakralgelenken und/oder entzündlicher Rückenschmerz lumbosakral, HLA-B27-Nachweis, Jungen mit einem Erkrankungsbeginn > 6 Jahre, akute (symptomatische) anteriore Uveitis, ankylosierende Spondylitis, Enthesitis-assoziierte Arthritis, Sakroilitis bei entzündlicher Darmerkrankung, Reiter-Syndrom oder akute anteriore Uveitis bei einem Angehörigen 1. Grades
andere Arthritis	Arthritiden, die nicht eindeutig den definierten Subgruppen 1 bis 5 zugeordnet werden können

Tab. 2: Angewandte csDMARDs zur Behandlung der JIA: Indikation und Dosierung

Konventionelle synthetische DMARDs (csDMARDs)	Zulassung	Dosierung
Methotrexat (MTX)	Ab 2 Jahren: polyarthritische Formen der schweren aktiven JIA	10–15mg/m ² /Woche po oder s.c.
Sulfasalazin	Ab 6 Jahren: unzureichendes Ansprechen auf NSAR und/oder lokale Glukokortikoidinjektion	50 mg/kgKG bis zu 3.000 mg/Tag max.

Tab. 3: Inaktive Erkrankung nach Wallace et al. (23)

- kein Hinweis auf aktive Arthritis
- kein Fieber, Ausschlag, Splenomegalie, generalisierte Lymphadenopathie zu JIA assoziiert
- keine aktive Uveitis (muss noch definiert werden) (23)*
- Senkung und CRP im Normbereich
- ärztliche Beurteilung der Krankheitsaktivität an der best-möglichen Position an der Skala

* Definition der Uveitis-Inaktivität erfolgte später (24)

welche nicht eindeutig den definierten Subgruppen 1 bis 5 zugeordnet werden kann.

Es ist wichtig, alle Formen der JIA möglichst früh im Krankheitsverlauf zu diagnostizieren, da man heute von einem „therapeutischen Fenster“ spricht. Es ist in den ersten 3 bis 12 Monaten der Erkrankung „geöffnet“, in denen eine effektive Therapie begonnen werden sollte, die zur Inaktivität der Erkrankung führt und die volle Mobilität erhält (9, 10).

Therapieoptionen

Welche Arten von Therapien sind möglich? Auf der untersten Stufe der medikamentösen Therapie stehen die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Sie werden bei mildem oligoartikulären Verlauf, bei Enthesitis und oligoartikulärer Beteiligung der enthJIA und der PsJIA eingesetzt. Bei polyartikulärem Verlauf oder beim Nichtansprechen auf NSAR kommen die krankheitsmodifizierenden anti-rheumatischen Medikamente (disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARDs) ins Spiel. Die DMARDs werden aufgeteilt in konventionelle synthetische DMARDs (csDMARDs) wie Methotrexat (MTX) und Sulfasalazin (Tab. 2), auf spezifische Molekularstrukturen abzielende (targeted) tsDMARDs wie Tofacitinib und biologische DMARDs (bDMARD) wie Etanercept, Adalimumab, Tocilizumab etc. (Tab. 4). Letztere sind speziell gegen bestimmte Entzündungsbotenstoffe oder deren Rezeptoren gerichtet.

Inzwischen gibt es Biosimilar-DMARDs (bsDMARD). Das sind Nachahmerpräparate von Biologika. Für bDMARDs, die keinem Patentschutz mehr unterliegen, können Biosimilars auf den Markt gebracht werden. Der Name Biosimilar zeigt, dass es sich dabei um möglichst ähnliche, gleichwirkende Antikörper handelt, die jedoch nicht identisch mit dem Originalpräparat sind.

Therapeutisches Fenster

Es ist sehr wichtig, bei mittelschweren oder schweren Verläufen, csDMARDs, bDMARDs oder tsDMARDs rechtzeitig einzusetzen, um

das therapeutische Fenster zu nutzen. Die Wirkung der Biologika überwiegt in der Langzeitperspektive die potenziellen Nebenwirkungen (11–14).

In einer Publikation aus dem Jahr 2021 von Ong et al. (15) im Rahmen der STOP-JIA-Studie (16) konnte gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten, die in den ersten 3 Monaten nach der Erstvorstellung mit DMARDs behandelt wurden, am besten auf eine Therapie mit Biologika (bDMARDs) angesprochen haben, verglichen mit denen, bei denen nach 4 bis 12 Monaten Erkrankungsdauer eine Therapie mit bDMARDs begonnen wurde. Mit jedem Monat Verzögerung nach den ersten 3 Monaten ergab sich eine verminderte Chance für das beste Ansprechen. Auch die Langzeitdaten aus dem deutschen „Biologika in der Kinderrheumatologie“-Register (BiKeR) und dem Register für „Juvenile Arthritis-Methotrexate-Biologics longterm Observation“ (JuMBO) unterstützen dieses Konzept. Kinder, die in den ersten 24 Monaten der Erkrankung einen bDMARD bekamen, hatten nach 10 Jahren eine deutlich höhere Chance auf eine inaktive Erkrankung als jene, bei denen die Therapie mit bDMARD später startete (17). Auch eine kanadische Kohorte (18) zeigte: Mit dem späteren Ansetzens einer Therapie mit MTX in Kombination mit einem bDMARD verringerte sich mit jedem Jahr die Chance, eine Inaktivität zu erreichen. Man muss hier anmerken, dass nach den aktuellen Zulassungen und Leitlinien bDMARDs für pJIA-Patientinnen und -patienten erst nach Nichtansprechen auf MTX, das heißt nach mindestens 12 Wochen MTX-Therapie, angefangen werden können (19). Falls sich eine MTX-Unverträglichkeit entwickelt, kann man früher mit den Biologika oder tsDMARDs starten (19).

In der BeSt-for-Kids-Studie von Hissink Muller et al. (20) wurden 3 Therapiearme verglichen. Ersttherapie zu Beginn der Erkrankung: ein 1. Arm mit MTX oder Sulfasalazin (csDMARD); ein 2. Arm mit MTX (csDMARD) für die ersten 6 Wochen kombiniert mit Prednison und ein 3. Arm mit MTX in Kombination mit dem bDMARD Etanercept. Nach 24 Monaten war, unabhängig von der Therapie, bei 71 Prozent der Patientinnen und Patienten die Erkrankung inaktiv und bei 39 Prozent konnte die Medikation abgesetzt werden. In der gleichen Studie hat man die größte positive Zunahme des Z-Scores bezüglich Knochendichte in der frühen MTX-Therapie in Kombination mit Etanercept gesehen (21).

In der STOP-JIA Studie (16) schien die frühe Kombinationstherapie von MTX mit einem bDMARD am wirksamsten zu sein und in der Best-for-Kids-Studie am effektivsten bezüglich der Normalisierung der Knochendichte. Insgesamt deuten diese Daten darauf hin, dass eine frühe DMARDs-Therapie, besonders mit einem bDMARD, die effektivste Wirkung zu haben scheint.

Bei jeder Art von entzündungshemmender Therapie ist es wichtig, bei Bedarf zusätzlich Krankengymnastik oder Ergotherapie anzuwenden, um die volle Beweglichkeit und Ausdauer der Patientinnen und Patienten bei den täglichen Aktivitäten und beim Sport wiederzugewinnen.

„Treat-to-Target“-Konzept

Ein anderes wichtiges Konzept der Behandlung ist das „Treat to Target“-Konzept. Der Begriff „Treat-to-Target“ bezeichnet die zielgerichtete Therapie, die bei unterschiedlichen chronischen Erkrankungen zur Anwendung kommt. Dabei geht es darum, so frühzeitig wie möglich in den Krankheitsverlauf einzugreifen und diesen mithilfe von DMARDs positiv zu beeinflussen. Das „Treat-to-Target“-Konzept beinhaltet die Definition eines bestimmten Therapieziels, die regelmäßige Kontrolle der Therapiefortschritte hinsichtlich des Behandlungsziels und bei Bedarf eine Anpassung der Therapie, um eine möglichst niedrige Krankheitsaktivität bzw. eine inaktive Erkrankung zu erreichen (22).

Wie ist die inaktive Erkrankung bei JIA definiert? Wallace et al. (23) haben als Erste die inaktive Erkrankung definiert (Tab. 3): kein Hinweis auf aktive Arthritis, kein Fieber, kein Hautausschlag, keine

Splenomegalie oder generalisierte Lymphadenopathie, keine aktive Uveitis (damals ohne Definition), Senkung und CRP sind im Normbereich, und die ärztliche Beurteilung der Erkrankungsaktivität zeigt den möglichst besten Wert. Inzwischen haben Foeldvari et al. (24) die inaktive Erkrankung bei Uveitis definiert und veröffentlicht.

Nach Klein-Wieringa et al. (25) führen ein früher Start mit einem DMARD bei JIA und die Verfolgung der „Treat-to-Target“-Strategie zu einer effektiven Kontrolle der Erkrankung. Ravelli et al. (26) haben die Ergebnisse einer multinationalen Arbeitsgruppe bezüglich der Empfehlungen für die „Treat-to-Target“-Strategie formuliert: Es sollte nach 3 Monaten eine 50-prozentige Reduktion der Erkrankungsaktivität erreicht werden und nach 6 Monaten eine inaktive Erkrankung. Die artikuläre wie extraartikuläre Aktivität sollten erfasst und dokumentiert werden. Diese Ziele sind „Idealziele“, wie Schoemaker et al. (27) gezeigt haben, und es ist in der realen Welt ganz wichtig, im Rahmen der gemeinsamen Therapieentscheidung mit den Betroffenen und deren Eltern „eigene“ Therapieziele zu definieren (shared decision). Die Ziele weichen häufig von den abstrakten Zielsetzungen des „Treat-to-Target“-Konzepts ab.

Definierte Therapieschemata

Für einige, aber nicht für alle Formen der JIA sind inzwischen die „Treat-to-Target“-Strategien mit Definition der Erfassung des Ansprechens publiziert:

Polyartikulär verlaufende JIA (pJIA)

Eines der ersten Konzepte in Deutschland wurde für die pJIA entwickelt (28). Dieses Konzept kann auch bei der oJIA, die auf NSAR nicht angesprochen hat, angewendet werden (29). Alle Patientinnen und Patienten sollen bei 5 aktiven Gelenken möglichst MTX 10 bis 20 mg/m² Körperoberfläche/Woche erhalten. In unserem Zentrum starten wir mit 15 mg/m²/Woche oral oder subkutan. Von der Schwere der Erkrankung abhängig, kann eine systemische oder orale Glukokortikoid-Brückentherapie durchgeführt werden. Falls kein ausreichendes Ansprechen erreicht wurde, beginnt nach 3 Monaten die Therapie mit einem bDMARD.

Für die Behandlung der pJIA sind verschiedene Wirkungskonzepte zugelassen: Tumornekrose-Faktor-Inhibitoren wie Etanercept, Adalimumab und Golimumab, der Anti-IL-6-Antikörper Tocilizumab und der Co-Stimulationsmodulator Abatacept (Tab. 4). Seit September 2021 ist der targeted DMARD Tofacitinib, ein Januskinase-Inhibitor (JAK-Inhibitor), als erstes orales Biologikum zur Behandlung der pJIA zugelassen (Tab. 4). Tofacitinib gibt es als Saft und als Tablette, die Tabletten kann man bei Bedarf auflösen. Diese Therapien sind ab dem 2. Lebensjahr zugelassen. Nach 3 bis 4 Monaten einer Therapie mit bDMARDs oder tsDMARDs würde bei Nichterreichen einer inaktiven Erkrankung auf ein anderes bDMARD oder tsDMARD gewechselt werden. Heutzutage wird ein Wechsel auf ein DMARD mit einem anderen Wirkungsmechanismus bevorzugt.

Beim Therapiewechsel ist es wichtig, im Rahmen einer „shared decision“ mit den Betroffenen und ihren Eltern zu einer Übereinkunft zu kommen, ob diese einen Wechsel auch für sinnvoll und vorteilhaft halten. Unter Therapie mit einem Biologikum ist bei 60 bis 70 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einem guten Ansprechen zu rechnen, demgegenüber ist bei 30 bis 40 Prozent ein Wechsel der Therapie notwendig.

Enthesitis-assoziierte Arthritis (enthJIA)

Hospach et al. haben vor Kurzem ein aktuelles Therapieschema für die enthJIA veröffentlicht (30) (Abb. 6, S. 16). Bei peripherer und axillärer Beteiligung wird zuerst eine Therapie mit NSAR empfohlen. Bei rein peripherer Arthritis wird zur Therapieintensivierung MTX 15 mg/m²/Woche oder Sulfasalazin 50 mg/kgKG/Tag auf 2 Einzeldosen verteilt verwendet. Bei Nichtansprechen nach 12 Wochen wird eine

Tab. 4: Angewandte tsDMARDs und bDMARDs zur Behandlung der JIA: Indikation und Dosierung

Targeted DMARDs (tsDMARDs)	Zulassung	Dosierung
Tofacitinib – Januskinase-Inhibitor	Ab 2 Jahren: pJIA und psJIA , die auf eine vorangegangene DMARDs-Therapie unzureichend angesprochen haben	oral als Tablette oder Suspension 10 – < 20 kgKG: 2 x 3,2 mg/Tag 20 – < 40 kgKG: 2 x 4 mg /Tag > 40 kgKG: 2 x 5 mg/Tag
Biol. DMARDs (bDMARDs)		
Etanercept – Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-α)-Antagonist	Ab 2 Jahren: extended oJIA und pJIA Ab 12 Jahren: PsJIA, enthJIA	0,8 mg/kgKG/Woche max. 50 mg/Woche s. c.
Adalimumab – Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-α)-Antagonist	Ab 2 Jahren: extended oJIA und pJIA und nicht-infektiöse anteriore Uveitis Ab 6 Jahren: enthJIA	≤ 30 kgKG: 20 mg alle 2 Wochen s. c. ab 30 kgKG: 40 mg alle 2 Wochen s. c.
Golimumab – Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-α)-Antagonist	Ab 2 Jahren: in Kombination mit MTX-Behandlung d. pJIA bei Kindern, die auf eine vorhergehende Therapie mit MTX unzureichend angesprochen haben	30 mg/m ² alle 28 Tage, max 50 mg/Gabe
Abatacept – Co-Stimulationshemmer an den T-Zellen	i. v. ab 6 Jahren: mäßig bis schwer aktive pJIA , wenn das Ansprechen auf eine vorherige DMARDs-Therapie einschl. MTX nicht ausreichend ist. s. c. ab dem 2. Lebensjahr	6-17 Jahre und < 75 kgKG: 10 mg/kg i. v. alle 4 Wochen (init. einmalig nach 2 Wochen) > 75 kgKG: 750 mg i. v. alle 4 Wochen (init. einmalig nach 2 Wochen) 10 – 25 kgKG: 50 mg/Woche s. c. 25 – 50 kgKG: 87,5 mg/Woche s. c. > 50 kg: 125 mg/Woche s. c.
Tocilizumab – Anti-Interleukin-6-Rezeptor-Antagonist	Ab 2 Jahren: sJIA Ab 2 Jahren: pJIA Ab 1 Jahr (> 10 kgKG)	sJIA: < 30 kgKG 12 mg/kg alle 2 Wochen i. v. ≥ 30 kg KG 8 mg/kg alle 2 Wochen i. v. pJIA: < 30 kgKG 10 mg/kgKG alle 4 Wochen i. v. ≥ 30 kg 8 mg/kgKG alle 4 Wochen i. v. sJIA: < 30 kgKG: 162 mg alle 2 Wochen s. c. ; > 30 kgKG: 162 mg/Woche s. c. pJIA: < 30 kgKG: 162 mg alle 3 Wochen s. c. ≥ 30 kgKG bzw. > 2 Jahre: 162 mg alle 2 Wochen s. c.
Canakinumab – Interleukin-1-Inhibitor	Ab 2 Jahren: sJIA	≥ 7,5 kg: 4 mg/kgKG (bis max. 300 mg) alle 4 Wochen s. c.
Anakinra – Interleukin-1-Inhibitor	Ab 8 Monaten mit einem Körpergewicht von 10 kg: sJIA	1–2 mg/kgKG/Tag s. c.
sJIA: Systemische Arthritis; oJIA: Oligoarthritis; pJIA: Rheumafaktor-negative Polyarthritis; sJIA: Psoriasisarthritis; enthJIA: Enthesitis-assoziierte Arthritis		

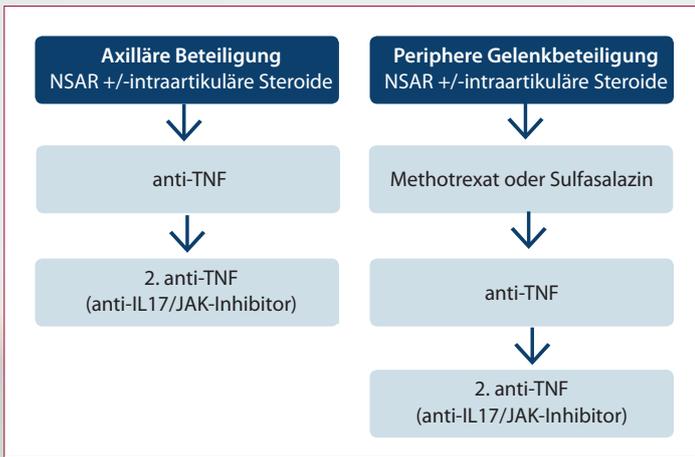


Abb. 6: Behandlungsalgorithmus für Enthesitis-assoziierte Arthritis (enthJIA) nach Hospach et al., modifiziert, Zeitschrift für Rheumatologie (30)

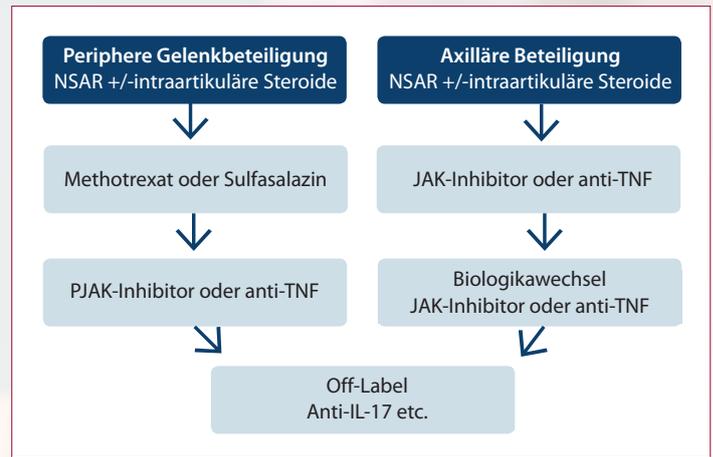


Abb. 7: Behandlungsalgorithmus für Psoriasisarthritis (PsJIA)

Therapieintensivierung mit einem TNF-Inhibitor (TNFi), Etanercept (ab dem 12. Lebensjahr) oder Adalimumab (ab dem 6. Lebensjahr) durchgeführt. Bei axillärer Beteiligung wird nach erfolgter NSAR-Therapie über mindestens 30 Tage bei Nichtansprechen eine Therapie mit TNFi, Etanercept oder Adalimumab empfohlen. Beim Nichtansprechen kann der TNFi gewechselt werden oder ein Off-Label-Antrag auf Secukinumab, ein IL-17-Antagonist, gestellt werden, für welchen die Zulassungsdaten als Kongresspräsentation vorliegen und in einer Fallserie die Wirksamkeit bei TNFi-Versagen bei enthJIA-Patienten beschrieben wurde (31).

Psoriasisarthritis (PsJIA)

Für psJIA gibt es eine gute aktuelle Therapieempfehlung aus Hongkong (32) (Abb. 7). Dieses Therapiekonzept ähnelt der Therapie der enthJIA und ist abhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten eine periphere oder axilläre Beteiligung haben. Von den bDMARDs ist Adalimumab ab dem 6. Lebensjahr und Etanercept ab dem 12. Lebensjahr zugelassen. Der neu zugelassene tsDMARD Tocilizumab wird ab dem 2. Lebensjahr eingesetzt.

Systemische Arthritis (sJIA)

Die sJIA ist die einzige Form, bei der die extraartikulären Symptome wie tägliches Fieber, flüchtiger Hautausschlag und Serositis besonders am Anfang der Erkrankung im Vordergrund stehen. Bei der Therapie ist es wichtig, möglichst kurzfristig diese extraartikulären Symptome zu kontrollieren und das „window of opportunity“ bzw. das „therapeutische Fenster“ zu nutzen (33). Hier spielen die Interleukin-1-Inhibitoren (Canakinumab und Anakinra) und die Interleukin-6-Inhibitoren (Tocilizumab) eine große Rolle (19). Glukokortikoide werden durch die bDMARDs ersetzt. Beim polyartikulären Verlauf ohne Fieber und andere systemische Symptome erfolgt die Behandlung wie bei der RF-negativen pJIA beschrieben (19).

Reduktion oder Absetzen der medikamentösen Therapie

Für alle Therapien mit DMARDs gilt es nach einer bestimmten Dauer der inaktiven Erkrankung, die DMARDs auszuschleichen und abzusetzen. Ein Versuch ist sinnvoll, da ein Teil der Patientinnen und Patienten auch nach dem Absetzen der Medikation in Remission verbleibt. 70 Prozent, außer den von einer RF-positiven JIA Betroffenen, erreichen einer kanadischen JIA-Kohorte (34) zufolge eine Remission innerhalb von 2 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Medikation in den ersten 5 Jahren abgesetzt werden kann, liegt bei 67 Prozent. Es gibt keine international standardisierten Pläne für eine Reduktion und ein Absetzen der Medikation (35), keine der aktuellen veröffent-

lichten Leitlinien hat sich mit dieser Problematik auseinandergesetzt (36). Nach einer Umfrage bei den Mitgliedern der Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) (37) hängt die Reduktion vom Subtyp der Erkrankung ab. Bei RF-positiver pJIA ist es am unwahrscheinlichsten, eine Reduktion zu erzielen, und bei den Patientinnen und Patienten mit persistierender oJIA am wahrscheinlichsten. Von 388 angeschriebenen Kolleginnen und Kollegen haben 124 die Umfrage beantwortet, davon setzten 75 Prozent nach 6 bis 12 Monaten Krankheitsremission ein DMARD ab.

Nach 120-monatiger Krankheitsremission unter Therapie sind nur 19 Prozent der Patientinnen und Patienten nach Absetzen in Remission verblieben. Eine andere Umfrage bei CARRA-Mitgliedern zu Medikation und Behandlung der sJIA hat ein noch bunteres Bild gezeigt (38). In unserem Zentrum geben wir die DMARDs nach dem Erreichen der Inaktivität der Erkrankung für 12 bis 24 Monate lang weiter, abhängig von der Schwere der Erkrankung. Nach 12 Monaten Inaktivität der Erkrankung versuchen wir, die Applikationsintervalle der Medikation zu reduzieren und dann nach 24 Monaten abzusetzen, wie auch die Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen in der Umfrage.

Konklusion

Wenn die Erkrankung heutzutage rechtzeitig erkannt wird und die Patientinnen und Patienten im therapeutischen Fenster mit einer effektiven Therapie, dem „Treat-to-Target“-Konzept folgend behandelt werden, dann haben sie eine sehr gute Langzeitprognose, dass sie ihre volle Mobilität erhalten und keine Krankheitsschäden zurückbleiben. Sie können eine uneingeschränkte Lebensqualität genießen. Keines der aktuellen Medikamente „heilt“ die Erkrankung, sie kommt in einen Ruhezustand und braucht eine kontinuierliche Versorgung, teilweise bis zum Ende des Lebens. Wir bieten deshalb eine Transitionssprechstunde an.

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

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

Dr. Ivan Foeldvari

Schön Klinik Hamburg Eilbek
 Hamburger Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie
 Kompetenz-Zentrum für Sklerodermie im Kindesalter
 Kompetenz-Zentrum für autoimmune Uveitis im Kindesalter
 Lehrbereich des Asklepios-Campus der Semmelweis-Universität, Budapest
 E-Mail: sprechstunde@kinderrheumatologie.de
www.kinderrheumatologie.de

Mit den „Letzten Dingen“ beschäftigen

DER TOD IST
MIR NICHT
UNVERTRAUT

ELKE BÜDENBENDER
ECKHARD NAGEL

EIN GESPRÄCH
ÜBER DAS LEBEN
UND DAS STERBEN

ullstein

Elke Büdenbender, Eckhard Nagel: Der Tod ist mir nicht unvertraut. Ullstein Verlag, 2022. 224 S., 24 Euro

schläge, aber auch der jeweilige berufliche Zugang zu Tod und Sterben und allem, was damit zusammenhängt, kommen zur Sprache. Die weiteren Kapitelüberschriften und das Nachwort skizzieren die Leitthemen: die existenzielle Bedeutung des Todes, des eigenen und des nahestehender Menschen, die gesellschaftlichen Umbrüche, durch die Menschen sich immer weniger mit Sterblichkeit konfrontieren, um dann in der Corona-Pandemie umso stärker davon eingeholt zu werden, Hospizbewegung, Palliativmedizin und Sterbehilfe, hilfreiche Rituale, die spirituelle Frage, was nach dem Tod von uns bleibt.

Als roter Faden bleibt im Gedächtnis, dass wir zwar alle Autonomie anstreben und bewahren wollen, dennoch aber auf Aufgehobensein und Mitmenschlichkeit gerade angesichts unserer Sterblichkeit angewiesen sind. Insbesondere für Ärztinnen und Ärzte fächert Nagel einmal mehr die Probleme in der Medizin beim Umgang mit Sterben und Tod auf. Es komme zwar nicht mehr vor, dass Sterbende im Krankenhaus sich selbst überlassen werden, wie es früher manchmal in beschämender Weise geschah, aber in einem zunehmend kommerzialisierten und von Zeitnot gekennzeichneten Arbeitsumfeld wird dennoch daran erinnert, dass es zu unserem grundlegenden beruflichen Selbstverständnis gehört, Sterbenden Beistand zu leisten. Büdenbender betont ihrerseits den Wert des gesellschaftlichen und insbesondere familiären Zusammenhalts im Kampf gegen die Isolierung und Vereinsamung kranker und sterbender Menschen. Beim Thema Selbstbestimmung am Lebensende, so, wie sie ja auch das Bundesverfassungsgericht 2020 bekräftigt hat, zeigt sich in dem ansonsten mit großer Einigkeit geführten Gespräch, dass es zwischen juristischen und ärztlichen Sichtweisen ganz erhebliche Unterschiede geben kann.

Dieses gut lesbare Buch sei allen empfohlen, die sich etwas ausführlicher mit den „Letzten Dingen“ beschäftigen möchten oder müssen. Die darin beschriebene humane Gesellschaft, die den Tod nicht verdrängt, ist ein Desiderat angesichts unserer säkularen, konsumorientierten Realität. Und so mahnen die Autoren an, weiter daran zu arbeiten. Sie tun dies in Form und Sprache auf gut zugängliche Weise, und ihnen ist zu wünschen, dass sie damit viele Menschen erreichen.

PD Dr. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg

„Warum die Beschäftigung mit dem eigenen Ende immer auch eine Beschäftigung mit dem Leben ist.“ Diese Überschrift des ersten Kapitels fasst zusammen, worum es in diesem Buch geht: ein vertrautes, sehr persönliches Gespräch langjähriger Freunde nicht nur über den Tod.

Es mitlesen zu können ist etwas ganz Besonderes, zumal wenn die Protagonisten Elke Büdenbender, Juristin und Ehefrau des Bundespräsidenten, und Prof. Dr. Eckhard Nagel, Transplantationschirurg und ehemaliges Mitglied des Deutschen Ethikrats, heißen. Zugewandt und offen tauschen sie ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Ansichten aus. Ihre Herkunft, religiöse Zugehörigkeit, eigene Schicksals-



ABOVE & BEYOND

DER NEUE LAND ROVER DEFENDER GEGEN CHRONISCHE LANGeweILE



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



LAND ROVER
70
YEARS

Ihr starker Partner rund ums Auto in Meckelfeld

ANDERSAUTOMOBILE

Anders Automobile GmbH

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

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



Dr. Pedram Emami
Präsident der Ärztekammer Hamburg
und Gastgeber der Veranstaltung



Prof. Dr. Martin Scherer
Direktor des Instituts und der Poliklinik
für Allgemeinmedizin am Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf



Dr. Gerasimos Varelis
Ärztlicher Direktor Asklepios Lungen
Zentrum Hamburg-West an
der Asklepios Klinik Altona



Prof. Dr. Stefan Kluge
Direktor der Klinik für Intensivmedizin
am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Covid-19 und die Folgen *sind beherrschbar*

Fortbildung Seit über zwei Jahren begleiten Ärztinnen und Ärzte Covid-19-Erkrankte. Wie ist der Wissensstand zur Behandlung im ambulanten Bereich, auf Normalstationen und in der intensivmedizinischen Versorgung? Welche Medikamente werden eingesetzt mit welchem Erfolg? Um diese Themen ging es in der jüngsten Folge der Online-Fortbildungsreihe der Ärztekammer Hamburg. *Von Sebastian Franke*

Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg, begrüßte am 2. März rund 120 Teilnehmende zur Veranstaltung „Unterschiedliche Aspekte der ambulanten, stationären und intensivmedizinischen Covid-Behandlung“. „Auch wenn der Krieg in der Ukraine die Pandemie in den Schatten gedrängt hat, bleibt es wichtig, dass wir Ärztinnen und Ärzte uns weiter mit Covid auseinandersetzen“, so Emami. Die Kammer hatte drei Referenten für die dritte Online-Fortbildung zu Covid-19 gewinnen können. Die Perspektive des ambulanten Bereichs vertrat Prof. Dr. Martin Scherer, Facharzt für Allgemeinmedizin und Präsident der DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Seit 2011 ist er Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Einblick in den Umgang mit Covid-19-Patienten auf der Normalstation gab Dr. Gerasimos Varelis. Der Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Hämato-Onkologie leitet seit 2020 das Asklepios Lungen Zentrum Hamburg-West an der Asklepios Klinik Altona. Über die Erfahrungen mit Covid-19-Patienten auf der Intensivstation berichtete Prof. Dr. Stefan Kluge vom UKE. Der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit spezieller Weiterbildung in internistischer Intensivmedizin ist dort seit 2009 Direktor der Klinik für Intensivmedizin.

Stand der Impfkampagne und der Einsatz von Paxlovid bei älteren Patientinnen und Patienten

Prof. Dr. Scherer ging zu Beginn seines Vortrags auf den Stand der Impfkampagne ein. Nach seinen Worten ist die Nachfrage nach Impfungen mittlerweile zu einem großen Teil gesättigt. Das sehe man auch an dem Umstand, dass inzwischen mehr Viertimpfungen als Erst- und Zweitimpfungen verabreicht würden. Ein wesentlicher Grund für die

Zurückhaltung bei der Grundimmunisierung liegt nach seinem Eindruck an Vorurteilen der Patientinnen und Patienten, die auch durch Fehlinformationen aus den Medien befördert werden. So glaubten viele, eine ausreichende Immunität über die vermeintlich harmlose Omikron-Variante aufbauen zu können. Auch begegnete er immer wieder dem Argument, dass eine Impfung nicht helfe, da sich auch Geboosterte mit der Omikron-Variante ansteckten. Manche hielten eine Impfung wegen der mittlerweile verfügbaren Medikamente wie Paxlovid für unnötig. Scherer unterstrich, dass es überaus wichtig sei, diesen Patientinnen und Patienten zu vermitteln, dass nur eine Impfung einen guten Schutz gegen Covid-19-Erkrankungen bietet. Insbesondere mit Blick auf vorhandene Medikamente müsse klargemacht werden, dass diese nur für besondere Fälle infrage kommen.

Das gelte auch für das neu entwickelte Medikament Paxlovid. Scherer bezeichnete es als zweifellos wirksam. Allerdings gebe es noch keine Leitlinie zum Einsatz. Bisherige Studien und Erfahrungen ließen darauf schließen, dass das Medikament insbesondere für Patientinnen und Patienten über 65 Jahren mit eingeschränktem Immunstatus einen großen Unterschied im Krankheitsverlauf mache. Beim Einsatz von Paxlovid seien in jedem Fall die teils beträchtlichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu beachten, gerade bei der Patientengruppe mit Multimorbiditäten. Er verwies dazu auf eine Studie der Abteilung für Klinische Pharmakologie an der Universität Heidelberg, in der Wechselwirkungen mit einer Vielzahl von Medikamenten aufgeführt sind (<https://bit.ly/35kqbgF>). Außerdem entfalte das Medikament seine Wirkung nur in einem frühen Stadium der Covid-19-Infektion. Sein Fazit: „Der Einsatz von Paxlovid ist möglich, aber nicht einfach.“ Ein weiterer Punkt, der zunehmend im Umgang mit Covid-19 in den Praxen auftaucht, ist laut Scherer Long-Covid- bzw. Post-Covid. Aber: „Es gibt keine Long-Covid-Flut“, ist sich der Allgemeinmedizi-

ner sicher. Er verwies in diesem Zusammenhang auf eine Studie der Universität Mainz, für die Patientinnen und Patienten nach ihrem Gesundheitszustand im Vergleich zu Vor-Pandemie-Zeiten befragt wurden. Der Anteil von Nicht-Infizierten und Nicht-wissentlich-Infizierten, die ihren aktuellen Gesundheitszustand als „schlecht“ bezeichneten, war mit 22,4 bzw. 22 Prozent nahezu identisch. Und auch unter den wissentlich Covid-19-Infizierten gaben mit 29,8 Prozent nicht deutlich mehr Patientinnen und Patienten an, dass ihr aktueller Gesundheitszustand „schlecht“ war. Scherer plädierte daher für Genauigkeit in der Debatte über Post-/Long-Covid.

Covid-19 als Systemerkrankung betrachten

Einen anderen Blick auf die Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung hat Dr. Gerasimos Varelis. Patientinnen und Patienten auf seiner Station seien oft sehr schwer erkrankt und hätten sicher noch länger mit den Folgen der Infektion zu kämpfen. Aus Sicht des Krankenhausarztes ist es wichtig, Covid-19 nicht als eine banale Erkrankung der Atemwege zu betrachten, sondern als Systemerkrankung mit einem komplexen, heterogenen Krankheitsbild: „Und das erfordert eine individualisierte und flexible Therapie, die interdisziplinäre Expertise und auch die psychologische und familiäre Betreuung mit einbezieht.“ Er beschrieb Symptome und Therapie der stationär aufgenommenen Covid-19-Patientinnen und -Patienten: Sie leiden vor allem an Geruchs- und Geschmacksverlust, Fieber, Atemnot und trockenem Husten. Hinzu kommen auch gastroenterologische Beschwerden, Nephritiden, Arthritiden und Vaskulitiden sowie thromboembolische Ereignisse. Die Therapie umfasst eine symptomatische Behandlung mit Sauerstoffgabe und Antikoagulation oder Thromboseprophylaxe. Die Gabe von Antibiotika ist in der Regel nicht nötig, außer bei Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Vorerkrankungen etwa der Lunge oder Immunsuppression. Beim Medikamenteneinsatz sollen antivirale oder immunmodulatorische Ansätze das Ziel sein. Hier hat sich in der späteren Phase einer Covid-19-Erkrankung Dexamethason als sehr wirksam erwiesen. Bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten gibt es gute Erfahrungen mit monoklonalen Antikörpern. Auch Paxlovid wirkt in der Frühphase gut, gerade auch bei Erkrankungen infolge einer Infektion mit der Omikron-Variante.

Varelis wies auch auf die organisatorischen Probleme infolge der Corona-Pandemie auf den Stationen der Krankenhäuser hin. Trotz herausfordernder Umstände plädierte er für einen positiven Blick auf die Behandlung auf der Normalstation: „Wir sind inzwischen deutlich selbstbewusster im Umgang mit dieser Erkrankung geworden. Wir konnten die Behandlung der Patientinnen und Patienten kontinuierlich verbessern. Das sollte uns für kommende Corona-Fälle motivieren.“

Intensivstationen: Situation ist derzeit stabil

Prof. Dr. Stefan Kluge bezeichnete die Situation auf den Intensivstationen als mittlerweile stabil. Zur ruhigeren Lage habe auch die Omikron-Variante beigetragen. Die Corona-Betroffenen seien weniger zahlreich – rund 20 Prozent lägen wegen anderer Krankheiten auf der Intensivstation – und seien oft nicht mehr so schwer erkrankt. Zum Beispiel benötigten am UKE aktuell deutlich mehr Patientinnen und Patienten eine ECMO-Behandlung, die noch an der Delta-Variante erkrankt seien. Für Ungeimpfte sei eine Behandlung mit Sotrovimab die momentan einzige Option für eine monoklonale Antikörpertherapie. Ebenfalls eine Möglichkeit in der Frühphase der Erkrankung sei Remdesivir, das allerdings an mehreren Tagen intravenös gegeben werden muss. Ein besonderes Augenmerk sei bei der intensivmedizinischen Behandlung auf die Sauerstoffversorgung zu legen: Gerade in der Frühphase der Covid-19-Pandemie hat eine Unterversorgung vermutlich eine große Rolle bei Todesfällen gespielt. Ziel ist eine Sauerstoffsättigung zwischen 92 und 96 Prozent, bei einem Hyperkapnie-Risiko (etwa bei COPD-Erkrankten) liegt der Zielwert bei 88

bis 92 Prozent. Bei Sauerstoffbedarf kommen im Krankenhaus neben Dexamethason auch der Januskinase-Inhibitor Baricitinib und der Interleukin-6-Rezeptor-Antikörper Tocilizumab zum Einsatz. Hinsichtlich der medikamentösen Therapie bei der Omikron-Variante stellte Kluge ein Schema aus der aktuellen S3-Leitlinie zur Covid-19-Therapie vor (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/113-001LG.html). Bei schwer hypoxämischen Patientinnen und Patienten kann die Bauchlagerung in Wachphasen ein Therapieversagen verhindern und Intubationen vermeiden. Eine Beatmung erfolgt abhängig von der Schwere der Erkrankung in drei Schritten, beginnend mit der High-Flow-Sauerstoff-Therapie über die nichtinvasive Beatmung bis zur invasiven Beatmung. Letzte Stufe ist die ECMO-Therapie, die aufwendig ist und ein hohes Sterblichkeitsrisiko aufweist, das stark vom Lebensalter der Erkrankten abhängt.

Beim intensivmedizinischen Personal hat Kluge zufolge zu Beginn der Pandemie große Angst vor Ansteckungen geherrscht. Dies hat sich durch effektive Schutzmaßnahmen und eine hohe Impfquote beim Personal geändert. Über 90 Prozent der infizierten Beschäftigten stecken sich im privaten Umfeld an. Der Intensivmediziner ging auf die Obduktionsstudie zu Covid-19-Verstorbenen ein, die das UKE durchgeführt hat. Diese zeigt, dass zu Beginn der Pandemie viele Todesfälle auf schwere Embolien zurückzuführen waren. „Deshalb ist es besonders wichtig, auf eine gute Thromboseprophylaxe und Antikoagulation bei kritisch kranken Patienten zu achten“, sagte Kluge.

Sebastian Franke leitet die Kommunikation der Ärztekammer Hamburg

Die nächste Online-Fortbildung zu Covid-19 mit dem Schwerpunkt Post- bzw. Long-Covid wird Anfang Juni stattfinden. Infos dazu unter www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung.html

Ihre Arbeitskraft ist Ihr Startkapital. Schützen Sie es!

DocD'or – intelligenter Berufsunfähigkeitschutz für Medizinstudierende und junge Ärzte:

- Mehrfach ausgezeichnete Berufsunfähigkeitschutz für Mediziner, empfohlen von den großen Berufsverbänden
- Stark reduzierte Beiträge, exklusiv für Berufseinsteiger und Verbandsmitglieder
- Versicherung der zuletzt ausgeübten bzw. der angestrebten Tätigkeit, kein Verweis in einen anderen Beruf
- Volle Leistung bereits ab 50 % Berufsunfähigkeit
- Inklusive Altersvorsorge mit vielen individuellen Gestaltungsmöglichkeiten

Organisation und Anmeldung:
Service-Center Hamburg / Dorka
Stresemannallee 118 · 22529 Hamburg
Telefon 040/5475450
sc-hamburg-dorka@aerzte-finanz.de

 **Deutsche
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung



Das Virus hat endlich seinen Schrecken verloren

Chronik der Corona-Pandemie in Hamburg, Teil 6

Die bundesweiten Fallzahlen sind weiterhin hoch, die Impfkampagne ist ins Stocken geraten – und doch sind Politik, Bevölkerung und auch die ärztliche Selbstverwaltung in Hamburg weit entfernt vom Panik-Modus vergangener Infektionswellen. Denn die aktuell vorherrschende Omikron-Variante von SARS-CoV-2 ist zwar hochinfektiös, geht aber in der Regel mit milden Verläufen einher. Bei der KVH ist man sich daher einig, dass es an der Zeit ist, zur Normalität zurückzukehren und mit dem Virus zu leben. Unterschiedliche Haltungen gibt es hingegen in Bezug auf die allgemeine Impfpflicht.

Von Antje Thiel

Nachdem Covid-19 nun zwei Jahre lang die Schlagzeilen beherrscht hat, richtet sich die öffentliche Aufmerksamkeit in diesen Wochen vor allem auf den Krieg in der Ukraine und die Situation der Menschen, die aus dem Krisengebiet fliehen. Doch die mediale Trendwende zeichnete sich bereits vor diesem von Russlands Präsidenten Wladimir Putin brutal erzwungenen Themenwechsel ab: Im Frühjahr 2022 steht Corona einfach nicht mehr so uneingeschränkt im Fokus wie noch während früherer Infektionswellen.

Das liegt unter anderem an der allgemeinen Pandemieverdrossenheit, die sich in der gesamten Bevölkerung breitgemacht hat. „Die Leute sind müde und haben schlicht keine Lust mehr, sich täglich über die jeweils geltenden Verordnungen zu informieren“, sagt zum Beispiel Dr. Björn Parey, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KVH), der durch die Arbeit in seiner hausärztlichen Praxis in Volksdorf und im fahrenden Dienst der KVH besonders nah am Geschehen ist. „Viele wollen nicht einmal mehr einen PCR-Test machen, selbst wenn sie mit Erkältungssymptomen in die Sprechstunde kommen. Es ist ihnen inzwischen egal, ob es Corona oder ein gewöhnlicher Schnupfen ist“, erzählt Dr. Parey. Dabei sei die Positivrate bei Menschen mit Erkältungssymptomen mit derzeit rund 50 Prozent enorm hoch.

Ein wichtiger Grund für die neue Sorglosigkeit sind die überwiegend milden Verläufe, mit denen die derzeit dominierende Omikron-Variante von SARS-CoV-2 einhergeht. Sie ist zwar deutlich infektiöser als ihre Vorgänger, macht aber bei Weitem nicht so krank und bringt damit insbesondere die Krankenhäuser und ihre Intensivstationen nicht an ihre Grenzen. „Das ist die natürliche Entwicklung bei Virusvarianten, ich habe Omikron deshalb immer mehr als Chance denn als Gefahr gesehen“, meint der ehemalige KVH-Vorstandsvorsitzende

Walter Plassmann. Auch die Bedeutung der natürlichen Infektion für den Pandemieverlauf habe man unterschätzt. Er sieht die Bundesrepublik daher nun endgültig auf dem Weg in die endemische Lage, die keine drastischen Maßnahmen mehr erfordert.

Arztruf Hamburg rückt weiter für PCR-Tests aus

Doch obwohl die Pandemie mit Omikron für die meisten Menschen zwar an Schrecken verloren hat, haben die vertragsärztlichen Akteurinnen und Akteure sowie ihre Selbstverwaltung mit dem Virus nach wie vor alle Hände voll zu tun. So berät die KVH-Notdienstzentrale unter der Nummer 116117 immer noch Hunderte von Menschen pro Tag, und weiterhin rückt der fahrende Dienst täglich um die tausend Mal aus. „Gut 90 Prozent dieser Einsätze sind nach wie vor Coronatests“, weiß André Volk, der für die Disposition der Einsätze in der Notdienstzentrale verantwortlich ist. Noch immer sind für diese Einsätze doppelt so viele Fahrzeuge auf den Hamburger Straßen unterwegs wie vor der Pandemie, arbeitet ein Drittel mehr festangestelltes Personal in der Notdienstzentrale. Akuten Mehrbedarf federt man mit Zeitarbeitskräften ab.

Im Moment ist die Lage gut unter Kontrolle: „Zurzeit warten Anrufer etwa vier bis fünf Stunden, bis der fahrende Dienst vorbeikommt und einen PCR-Abstrich macht“, berichtet Volk. Das war im vergangenen Herbst und Winter noch ganz anders. Während der vierten Infektionswelle mit der Delta-Variante von SARS-CoV-2, die im November, Dezember und Januar das Geschehen beherrschte, dauerte es nach einem Anruf bei der 116117 teilweise bis zu 72 Stunden, bis die Ärzte des fahrenden Diensts bei den Patienten waren. Akute Notfälle wurden deutlich schneller versorgt, doch wer

Mi., 8.9.2021

Startschuss für den neuen Corona-Impf-Newsletter der KVH mit Infos über Studien, Impfstoffe, Gesundheitsbehörden und Praxistipps für Impffachfrauen und -ärzte

Fr., 15.10.2021

In Hamburg erreicht die Impfquote die 70-Prozent-Marke und liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 65,6 Prozent

Di., 19.10.2021

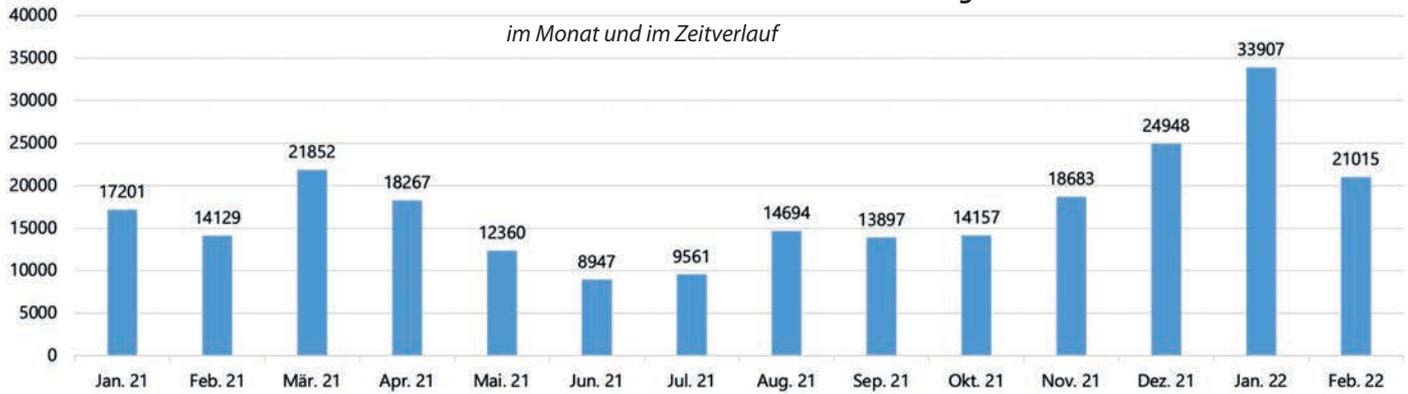
Die KVH meldet die millionste Praxis-Impfung gegen das Coronavirus in Hamburg

Mo., 1.11.2021

Spahn erntet auch in Hamburg Kritik für seine Forderung nach Wiedereröffnung der Impfböden

Einsatzzahlen bei Hausbesuchen des Arztrufs Hamburg

im Monat und im Zeitverlauf



nur einen PCR-Abstrich brauchte, musste sich gedulden. „Es gab Zeiten, da haben wir 1.000 Einsätze vor uns hergeschoben“, erinnert sich Volk. Engpässe drohten dabei nie bei den ärztlichen Kapazitäten, sondern vor allem bei Autos und Material. „Wegen des aktuellen Chip-Mangels in der Autoindustrie gibt es zurzeit quasi keine Neuwagen mehr, und auch Leihwagen sind schwer zu kriegen.“ Der Notdienstzentrale geht es in diesem Punkt genauso wie Reisenden, die am Urlaubsort keinen Mietwagen auftreiben können, weil die Verleiher im Zuge der Tourismusflaute ihre Flotten verkleinert haben.

Disposition ist immer ein Balanceakt

Ob die Notdienstzentrale ihre Kapazitäten in nächster Zeit wieder herunterfahren kann oder auf dem aktuellen hohen Niveau halten muss, hängt nicht nur von der Entwicklung der Infektionszahlen, sondern auch von der Inanspruchnahme des Arztrufs Hamburg und des fahrenden Diensts nach der Pandemie ab: Immerhin hat Corona den unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 erreichbaren Arztruf flächendeckend bekannt gemacht. Die Menschen wissen, dass man bei akuten gesundheitlichen Problemen den Arztruf Hamburg kontaktieren kann, der dann bei Bedarf zum Hausbesuch ausrückt. Doch wie oft sie diesen Service der KVH in der Post-Corona-Zeit in Anspruch nehmen werden, ist noch ungewiss. „Die Disposition von Ressourcen ist halt immer ein Balanceakt“, meint Volk. Mit stark schwankender Nachfrage kennt sich auch Dr. Andreas Walter gut aus. Der Leiter der Praxisberatung der KVH sagt: „Es gibt Tage, an denen man den Eindruck hat, Corona sei inzwischen vorbei. Doch dann schlagen völlig überraschend wieder neue Verordnungen und Regelungen durch, und schon steht das Telefon nicht mehr still.“ So etwa, als es vonseiten der Politik zum Teil widersprüchliche Aussagen dazu gab, wer nach welchem Intervall Anspruch auf eine Booster-Impfung hat oder nach welchen Kriterien medizinisches Personal priorisierten Zugang zu PCR-Tests hat.

Oft erfahren er und sein Team eher zufällig von Entwürfen für eine neue Testverordnung, die aber bereits an die Presse durchgestochen werden. Nur kurze Zeit später konfrontieren Patientinnen und Pati-

enten ihre Ärzte mit diesen Themen, von denen sie in den Medien erfahren haben, „und die rufen dann bei uns an und gehen auf die Barrikaden, bevor wir überhaupt offiziell informiert wurden“, erzählt Walter. „Wir müssen dann erst einmal den Wahrheitsgehalt checken und herausfinden, was wirklich dahintersteckt. Das läuft parallel zu den ersten 20 Anfragen, die uns dazu erreichen. Wir geraten dann manchmal in eine Art Verteidigungsposition, obwohl wir die neuen Verordnungen und Regeln ja gar nicht zu verantworten haben.“

Verordnungen werden immer komplexer

Dr. Walter hat deshalb den Eindruck: „Es gibt ein begrenztes Budget an Kooperationsbereitschaft bei allen Akteuren. Und das scheint mir mittlerweile doch bei vielen erschöpft zu sein.“ Anders kann er es sich nicht erklären, dass viele Dinge längst nicht mehr so koordiniert ablaufen wie noch zu Beginn der Pandemie. Erschwerend kommt hinzu, dass die Komplexität der Corona-Verordnungen deutlich zugenommen hat. „Zu Beginn der Pandemie hatte eine solche Verordnung noch drei Seiten und war allgemein verständlich. Heute umfasst sie gern auch mal 15 Seiten mit unzähligen Querverweisen – und man kann sie ohne juristischen Beistand gar nicht mehr lesen“, ärgert er sich. Aus pragmatischen Gründen entscheidet man sich in der Praxisberatung deshalb manchmal einfach dafür, den gesunden Menschenverstand walten zu lassen und medizinisches Grundwissen anzuwenden, anstatt den unverständlichen Wortlaut der Verordnung zu ergründen.

Immerhin tut die gelegentliche Improvisation der Akzeptanz der Praxisberatung keinen Abbruch: „Obwohl wir in den vergangenen Monaten selbst oft unsicher waren, wie wir die Vertragsärzte beraten sollen, haben sie der Praxisberatung bei der letzten KVH-Mitgliederbefragung sehr gute Noten erteilt. Wir liegen nun gleichauf mit dem Info-Center als die am besten bewerteten Services der KVH“, erzählt Dr. Walter. Über politisches Durcheinander hat in den vergangenen Monaten auch Carmen Rehbock, Abteilungsleitung Notfallpraxen, mehr als einmal den Kopf geschüttelt. Derzeit ist die Notfallpraxis Altona die einzige Testpraxis für PCR-Testungen bei symptomatischen Patientinnen und Patienten. Bis Dezember 2021 konnten sich auch asymp-

Fr., 26.11.2021

Die WHO stuft die erstmals in Südafrika und Botswana aufgetretene neue Omikron-Variante als „besorgniserregende Variante“ ein

Sa., 4.12.2021

In Hamburg gelten nun strenge Kontaktbeschränkungen für ungeimpfte Personen (2G bzw. 2G+ in Einzelhandel und Gastronomie, bei privaten Treffen etc.)

Mi., 15.12.2021

Angesichts steigender Infektionszahlen erklärt die Bürgerschaft die epidemische Notlage für die Stadt, die auf Bundesebene Ende November ausgelaufen war

Di., 21.12.2021

Trotz stockender Impfstoff-Lieferungen haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hamburg binnen einer Woche über 100.000 Menschen gegen Corona geimpft

tomatische hier testen lassen, doch diese Möglichkeit wurde angesichts steigender Inzidenzen und begrenzter Laborkapazitäten ebenso gekappt wie der Anspruch auf einen PCR-Test bei einer Warnmeldung durch die Corona-App. „Es war eine große Herausforderung, die ständig wechselnden Verordnungen schnell im Alltag umzusetzen“, erinnert sich Rehbock. Zumal der Dezember mit seinen vielen Feiertagen in den Notfallpraxen traditionell auch ohne Corona ein besonders betriebsamer Monat ist.

Rehbock ist froh, dass die Notfallpraxen trotz der hohen Inzidenzzahlen ohne große Personalausfälle durch die vergangenen Monate gekommen sind. „Seit der letzten Testverordnung ist es auch ruhiger geworden“, sagt sie. Doch davor gab es durchaus auch die eine oder andere Diskussion mit Patientinnen und Patienten: „Die meisten sind immer noch verständnisvoll, doch es gibt auch einige, die meckern, wenn es z. B. von einem Tag auf den anderen aufgrund einer neuen Testverordnung keinen PCR-Test mehr für sie gibt.“

Organisation super, Kommunikation katastrophal

Auch in der Impfkampagne verbrachten alle Beteiligten viel Zeit damit, Patientinnen und Patienten über spontane Veränderungen aufzuklären: „Die Organisation der Impfkampagne war super, doch die Kommunikation eine Katastrophe“, berichtet die stellvertretende KVH-Vorstandsvorsitzende Caroline Roos und spielt auf das Impfstoff-Chaos zum Jahresbeginn 2022 an: „Da wurde für das Boostern geworben, es gab aber Lieferprobleme beim Impfstoff von BioNTech, und gleichzeitig musste der Impfstoff von Moderna verimpft werden, weil er nicht mehr lange haltbar war.“ Aus medizinischer Sicht war es zwar kein Problem, beim Boostern Spikevax statt Comirnaty zu verimpfen. „Doch der Tausch war mit deutlich erhöhtem Kommunikationsaufwand verbunden, so etwas ist einfach ärgerlich.“ In vielen Praxen mussten auch Impftermine abgesagt werden, weil selbst die begrenzte Bestellmenge Comirnaty nicht vollständig ausgeliefert wurde.

Inzwischen ist die Impfstoffbeschaffung kein Problem mehr, der Informationsfluss zwischen Behörde und Selbstverwaltung funktioniert wieder, und die Arbeit verteilt sich besser auf alle Schultern. „Doch die Ärztinnen und Ärzte berichten mir, dass sie und vor allem auch ihr Praxispersonal müde und überlastet sind“, berichtet Roos. Umso enttäuschender findet sie es daher, dass die Leistung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in den Praxen von der Politik so wenig gewürdigt wird: „Die ambulanten Praxen waren und sind der Schutzwall in dieser Pandemie. Wenn nun MFA wieder keinen steuerfinanzierten Bonus bekommen, dann fragt man

sich schon, wo eigentlich die Politiker hingehen, wenn sie sich impfen lassen oder wenn sie krank sind und Symptome abklären lassen wollen“, kritisiert Roos.

Patienten treten fordernd und ungeduldig auf

Mit dieser Enttäuschung ist die KVH-Vizechefin nicht allein. „Die zwei Jahre Pandemie haben mit unserem Personal einiges gemacht“, berichtet Dr. Björn Parey. Zum einen war es ohne gemeinsame Aktivitäten wie Ausflüge und Betriebsfeiern oder auch nur dem gemeinsamen Mittagessen kaum möglich, Teamgeist zu entwickeln und zu erhalten. Hinzu kamen die rasch getakteten Neuerungen bei Testverordnungen und anderen Regeln, die den Arbeitsalltag der MFA erschweren. „Die Patientinnen und Patienten erwarten, dass unser Personal immer sofort über alle Neuerungen informiert ist, was bei der Kurzfristigkeit der Entscheidungen aber nicht zu leisten ist“, sagt Dr. Parey. „Die Menschen können sich in ihrer Freizeit nicht so ausleben wie sie wollen, das wirkt sich auf ihre Stimmung aus. Sie wollen für ihre Entbehrungen entschädigt werden und treten mittlerweile zunehmend fordernd und ungeduldig auf, nachdem sie dem Praxispersonal gegenüber lange dankbar und verständnisvoll begegnet sind.“

Als Hauptbelastung sieht er daher nicht so sehr die Arbeitsmenge, sondern vielmehr die aufreibenden Rahmenbedingungen der Arbeit von MFA. „Unter diesen Umständen ist es einfach Wahnsinn, dass unsere Mitarbeiterinnen keinen Corona-Bonus bekommen sollen. Sie fühlen sich deshalb nicht wertgeschätzt und sind frustriert.“ Wenigstens den sozialversicherungsfreien Corona-Bonus, den Arbeitgeber aus eigener Tasche an ihr Personal zahlen durften, hätte man nach Auffassung von Parey noch einmal neu auflegen sollen: „Ich habe das meinen Angestellten frühzeitig ausgezahlt, aber 1.500 Euro Bonus für zwei Jahre Ausnahmesituation sind ja im Grunde nichts.“

Impfungen gehören in Hausarztpraxen

Wenig Verständnis hat Parey auch für den Vorstoß aus der Politik zum Jahresbeginn, neben den Vertragsärzten auch Zahnärzte, Veterinäre und Apotheken in die Impfkampagne einzubeziehen. Denn der Engpass lag bei der Distribution des Impfstoffs – und nicht etwa bei den Kapazitäten der Vertragsärztinnen und -ärzte. In deren Praxen wurden schließlich über Monate oftmals an sieben Tage pro Woche geimpft, zum Teil bundesweit eine Million Impfungen pro Woche. Im Vergleich dazu erscheint die Zahl der seit Anfang Februar in Apotheken durchgeführten insgesamt rund 14.000 Impfungen geradezu



Die Pandemie hat die Nummer des Arztrufs Hamburg erst richtig bekannt gemacht

Fr., 24.12.2021

An Weihnachten und Silvester gelten in Hamburg verschärfte Kontaktbeschränkungen, eine Sperrstunde in der Gastronomie und ein Feuerwerksverbot

Mo., 17.1.2022

Comirnaty-Impfstoff bleibt knapp: Praxen können pro Ärztin/Arzt maximal 5 Vials (30 Dosen) bestellen, geliefert wird in der Regel weniger

Do., 20.1.2022

Eine AU-Bescheinigung kann nun auch für unbekannte Versicherte per Videosperrstunde ausgestellt werden

Sa., 12.2.2022

Inkrafttreten der neuen bundesweiten Testverordnung für asymptomatische Personen, um die begrenzten Kapazitäten bei PCR-Tests zu schonen

lächerlich. „Impfungen gehören in die Hausarztpraxen, wo Patientinnen und Patienten sowieso hingehen, wo man ihre Vorgeschichte kennt und zu denen ein Vertrauensverhältnis besteht. Dort sollte es genug Impfstoff geben, anstatt ihn an andere Anbieter zu verteilen, die meist weder geeignete Räumlichkeiten noch Erfahrung mit Impfungen haben“, findet Parey.

Was den weiteren Verlauf der Impfkampagne angeht, ähneln sich die Prognosen der Akteurinnen und Akteure in Hamburg weitgehend: „Diejenigen, die sich bislang nicht haben impfen lassen, werden es auch weiterhin nicht tun“, glaubt Walter Plassmann. „Mit dem Wegfall der meisten Corona-Maßnahmen sehen sie erst recht keine Notwendigkeit mehr.“ Ein großes Problem sieht er darin allerdings nicht: „In der relevanten Gruppe der Erwachsenen im arbeitsfähigen Alter haben wir hier in der Hansestadt eine Impfquote von über 90 Prozent, mehr ist ganz einfach nicht drin – vor allem in einem eigentlich so impfskeptischen Bundesland wie Hamburg.“ Dass Hamburg im Ranking der Bundesländer gleichauf mit dem Saarland steht, wertet Plassmann daher als großen Erfolg.

Auch der HNO-Arzt und VV-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich rechnet nicht mehr mit einem deutlichen Anstieg der Impfquote: „Wir sind nun an dem Ende, wo kaum jemand mehr die Impfangebote annimmt. Die harten Impfvweigerer bleiben bei ihrer Haltung – obwohl mit Novavax ja mittlerweile der neue Impfstoff verfügbar ist, auf den sie angeblich so lange gewartet haben.“ Die Nachfrage nach dem proteinbasierten Vakzin beziffert Heinrich – ebenso wie sein hausärztlicher Kollege Parey – auf exakt Null.

Kommt die Impfpflicht oder kommt sie nicht?

Unterschiedliche Ansichten vertreten Plassmann, Heinrich und Parey hingegen in Sachen Impfpflicht. „Eine allgemeine Impfpflicht ist verfassungsrechtlich nicht machbar“, meint der Jurist Plassmann. Zum einen sei es kaum möglich nachzuweisen, dass allein und ausschließlich die Nicht-Geimpften den Kollaps des Gesundheitswesens herbeiführen. Eine mögliche Überlastung von Krankenhäusern hält er ohnehin nicht für eine ausreichende Rechtfertigung dafür, mit Impfungen in die körperliche Unversehrtheit einzugreifen. Zu guter Letzt kann man angesichts der Mutationsfreudigkeit des Coronavirus nicht davon ausgehen, dass eine Impfung dauerhaften Schutz bietet. „Es gibt also kein klares Impfschema und auch kein eindeutig definiertes Ziel der Impfpflicht“, argumentiert er.

Diese juristischen Bedenken kann Dirk Heinrich zwar grundsätzlich nachvollziehen – und bleibt dennoch bei seiner Forderung nach einer allgemeinen Impfpflicht. Angesichts der jüngsten Lockerungen und des Zuzugs von Hunderttausenden Menschen aus der Ukraine, wo die Impfquote nur bei 35 Prozent liegt, rechnet er für die kommenden Monate erst einmal mit steigenden Zahlen, bevor es wieder auf einen weitgehend entspannten Sommer zugeht. „Doch es hängt vor allem vom Inkrafttreten der Impfpflicht ab, ob wir im kommenden Herbst wieder eine neue Infektionswelle inklusive Überlastung der Intensivstationen bekommen.“ Die Bevölkerung würde einen Lockdown oder andere einschränkende Maßnahmen seiner Einschätzung nach aber nicht noch einmal tolerieren. „Und dann sind die Beschäftigten im Gesundheitswesen wieder die Leidtragenden.“

Keine Praxis kann auf MFA verzichten

Auch Parey rechnet mit einer neuen Herbstwelle, „sofern wir nicht die Impffzahlen steigern können.“ Nachdem er im Dezember 2020 selbst an Corona erkrankt war und drei Monate lang mit Post-Covid-Symptomen wie Erschöpfung und reduzierter Leistungsfähigkeit zu kämpfen hatte, hat sich sein positiver Blick auf das Impfen noch einmal verstärkt: „Covid-19 ist nun einmal keine ganz gewöhnliche Grippe.“

Zudem begegnen ihm viele Menschen, die nach einer Corona-Erkrankung sagen, sie hätten sich definitiv impfen lassen, wenn sie gewusst hätten, wie sehr einen das Virus aus der Bahn werfen kann. All diesen Menschen wäre mit einer Impfpflicht geholfen, „doch die Politik wird sie nicht umsetzen“, fürchtet Parey.

Und so könnte es bei der einrichtungsbezogenen Impfpflicht bleiben, die seit 16. März 2022 offiziell gilt. Sie würde die vertragsärztlichen Praxen vor große Probleme stellen, glaubt Plassmann: „Denn egal wie hoch die Impfquote beim Praxispersonal auch ist – es gibt keine überflüssigen Angestellten, auf die man ohne Weiteres verzichten kann. Im Gegenteil, die Praxen haben zu wenig Personal.“ Allerdings rechnet er nicht damit, dass die Gesundheitsämter tatsächlich Betretungsverbote für ungeimpfte Beschäftigte in den betroffenen Praxen verhängen werden, sofern die Praxischefs im Meldeformular ankreuzen, dass sie auf die betreffende MFA nicht verzichten können. „Das läuft dann nach dem bayerischen Motto ‚Es muss was geschehen, nur passieren darf nix!‘“, glaubt Walter Plassmann.

Beleidigungen und Morddrohungen

Ob sich mit diesem Ansatz die Gräben zwischen den Menschen überbrücken lassen, die sich durch die Corona-Pandemie aufgetan haben? Für Björn Parey ist die Spaltung der Gesellschaft eines der drängendsten Probleme in der näheren Zukunft: „Ich kenne Freundschaften und sogar Ehen, die an Differenzen über die Impfpflicht zerbrochen sind. Das alles sind gesellschaftliche Langzeitfolgen, die jetzt noch gar nicht absehbar sind.“

Der verbitterte und zum Teil hasserfüllte Streit um die „richtige“ Coronapolitik ist auch seinem Kollegen Dirk Heinrich nur allzu vertraut. Schon während seiner Tätigkeit im Hamburger Impfzentrum, über die er nahezu täglich auf Twitter berichtete, war er regelmäßig Anfeindungen ausgesetzt.

Doch besonders heftig waren die Angriffe, als er Ende Februar die BKK Provita für die Veröffentlichung von zumindest sehr zweifelhaften Zahlen zu vermeintlich verschwiegenen Nebenwirkungen von Corona-Impfungen kritisierte. „Es gab sieben Morddrohungen und Dutzende Beleidigungen per Mail, Twitter oder auch am Telefon“, erzählt Dr. Heinrich. Er wurde als „Dr. Mengele“ beschimpft und erhielt Mails mit der Drohung „ir wissen, wo Sie wohnen – Sie sind auch noch dran!“. „Das finde ich sehr erschreckend. Es zeigt mir, dass es leider eine nicht ganz kleine Gruppe von Menschen gibt, die mittlerweile in einer Parallelwelt leben und überhaupt nicht mehr zugänglich für Argumente sind.“

Antje Thiel ist freie Journalistin in Elmshorn

Fr., 4.3.2022

Hamburg lockert die Corona-Maßnahmen: FFP2-Maskenpflicht in geschlossenen Räumen von Publikumsseinrichtungen, dafür entfällt das 2G+-Zugangsmodell

Mi., 16.3.2022

Inkrafttreten der einrichtungsbezogenen Impfpflicht für medizinisches Personal. Ungeimpfte Mitarbeiter müssen dem Gesundheitsamt gemeldet werden

So., 20.3.2022

Bundesweiter Wegfall aller tiefgreifenden Corona-Schutzmaßnahmen bis auf Basisabsicherung wie Maskenpflicht und Abstandsregeln

Do., 31.3.2022

Regelung zur Kostenerstattung für persönliche Schutzausrüstung läuft aus, die KVH muss ihren Webshop schließen. Praxen müssen die Ausrüstung wieder selbst beschaffen

Gesundheitskiosk in Billstedt



Stadtteil-Engagement

Zwei Pilotprojekte des Virchowbunds wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Regelversorgung empfohlen. Eines davon ist der Hamburger Gesundheitskiosk. Welches Konzept steckt dahinter?

Von Dr. Dirk Heinrich

Vorbild Gesundheitskiosk

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Februar empfohlene, drei aus dem Innovationsfonds geförderte Projekte in die Regelversorgung zu übernehmen. Gleich zwei davon, die Projekte AREna und INVEST Billstedt/Horn, wurden vom Virchowbund mitgetragen. Die Entscheidung zeigt, dass wir die richtigen Themen anpacken, versorgungsrelevante Ideen entwickeln und Projekte zum Erfolg begleiten.

Die Idee zum Projekt AREna stammt vom stellvertretenden Bundesvorsitzenden des Virchowbunds, Dr. Veit Wambach. AREna steht für „Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden“ und hat zum Ziel, über leitliniengerechten Einsatz von Antibiotika die Zahl der unnötigen Verordnungen zu senken. Damit soll dem weltweiten Problem von Antibiotika-Resistenzen vorgebeugt werden. Das Projekt wurde über die „Agentur deutscher Ärztnetze“ realisiert, deren Geschäfte der Virchowbund führte.

Warum Gesundheitskioske?

INVEST Billstedt/Horn, besser bekannt als Gesundheitskiosk, hat gezeigt, wie sich die Lebens- und Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Gruppen verbessern lassen. Dazu wurden in den Stadtteilen Billstedt und Horn sogenannte Gesundheitskioske mit mehrsprachigen, wohnortnahen und besonders niedrigschwelligem Versorgungs- und Beratungsangeboten etabliert.

Die Idee dazu entstand in den Versammlungen unseres KVH-Kreises Billstedt/Horn. Wir haben in unseren Praxen oftmals mit Menschen aus einem gesundheitlich belastendem Lebensumfeld zu tun. Die Einwohner der Stadtteile Billstedt und Horn sterben im

Schnitt zehn Jahre früher als die Eimsbüttler oder Blankeneser. Viele unserer Patientinnen und Patienten haben einen Migrationshintergrund, sie zu beraten, ist manchmal sehr aufwendig und schwierig. Wir beschlossen, uns in einem Ärztenetz zu organisieren und dies



Dr. Dirk Heinrich

Bundesvorsitzender des Virchowbunds, Mitinitiator des Gesundheitskiosks Billstedt/Horn, zweiter Vorsitzender des Ärztenetzes Billstedt-Horn und Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

mit der Schaffung eines institutionalisierten Beratungsangebots zu verbinden. Allerdings war klar, dass dieses Projekt nur funktionieren kann, wenn es von einer Managementgesellschaft organisiert wird. Im Jahr 2016 gründeten wir als Trägergesellschaft für einen Gesundheitskiosk nach finnischem

Vorbild die „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“, an der zu 60 Prozent unser Ärztenetz, zu 30 Prozent die Optimedis AG (der Anteil ist später durch den Verein Gesundheitskiosk e.V. übernommen worden) sowie zu jeweils fünf Prozent die Stadtteil Klinik Hamburg (SKH) und der Virchowbund beteiligt waren. Finanziert wurde das Projekt in den ersten drei Jahren durch die Förderung des Innovationsfonds des G-BA.

Der Gesundheitskiosk hat mittlerweile drei Standorte: in Billstedt (Möllner Landstraße 18), Mümmelmansberg (Oskar-Schlemmerstraße 9–15) und in Horn (Am Gojenboom 46). Insgesamt arbeiten dort etwa sechs Personen in Vollzeit – vor allem akademisierte Pflegekräfte, die mindestens noch eine Sprache zusätzlich beherrschen, manche auch zwei.

Arztpraxen überweisen

Die Notwendigkeit einer Beratung, Schulung oder eines anderen Angebots im Gesundheitskiosk wird in den Praxen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte festgestellt. Behandelt man beispielsweise einen schlecht Deutsch sprechenden Patienten mit Übergewicht und Diabetes, ist die Wahrscheinlichkeit nicht sehr groß, dass eine Gesundheitsberatung nur in der Arztpraxis ausreicht. Also schlägt die Ärztin oder der Arzt eine eingehende, zusätzliche muttersprachliche Beratung im Gesundheitskiosk vor. Wenn der Patient einverstanden ist, wird er in das Projekt eingeschrieben. Er bekommt eine Überweisung, geht in den Gesundheitskiosk und erhält dort beispielsweise eine Diabetesberatung, eine Anleitung zur Gewichtsreduktion oder Bewegungsangebote. Falls nötig, wird er durch das Gesundheitssystem gelotst – beispielsweise bei einer sektoren-

übergreifenden Versorgung mit Krankenhaus und Reha. Außerdem erfahren die Menschen, welche Hilfen und Angebote es sonst noch im Stadtteil gibt: Sportverein, Kulturverein, Bille-netz und auch städtische Einrichtungen wie Mütterberatungsstellen. Auch das wird von der „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“, der von uns gegründeten Trägergesellschaft des Gesundheitskiosks, koordiniert. Wir haben versucht, im Rahmen einer Art Stadtteilkonferenz alle Institutionen und Beratungsstrukturen, die im Stadtteil eine Rolle spielen, zu vernetzen und zusammenzuführen.

Das Ärztenetz Billstedt-Horn hat mittlerweile 65 Mitglieder. Für die Ärztinnen und Ärzte in der Umgebung gibt es drei Anreize, sich an diesem Projekt zu beteiligen:

- Aufwendige Patienten werden besser betreut. Das macht die Versorgung erfolgreicher – und es reduziert den Aufwand in der Praxis, sodass mehr Zeit für andere Patienten bleibt.
- Die vernetzte Arbeit im Stadtteil kommt gerade jüngeren Ärztinnen und Ärzten entgegen, die eher im Team arbeiten wollen und sich mehr Austausch und Diskussion über Patienten wünschen. Auch das wird durch das Projekt möglich.
- Die Ärztinnen und Ärzte erhalten eine zusätzliche (Add-on) Vergütung für die

Überweisung an den Gesundheitskiosk und für bestimmte Zusatzleistungen wie die Erfassung des Risikoprofils und Zielvereinbarungsgespräche mit den Patienten sowie das Mitwirken an Arzneimittelkonsilen und Qualitätszirkeln.

Evaluation zeigt Wirksamkeit

Einer Evaluation des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg zufolge berichten die am Projekt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte von einer Arbeiterleichterung und einer Verbesserung der Versorgung. Vermeidbare Krankenhausfälle sind nachweisbar um fast 20 Prozent zurückgegangen. Wir können feststellen, dass die Patientinnen und Patienten durch die Beratung in passende Gesundheitsangebote gesteuert werden. Es gibt weniger Diabetes-Entgleisungen, weniger hypertone Krisen, weil die Menschen besser betreut werden. Die gemeinsame Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk, in einem „multiprofessionellen“ Ärzte-Pflegertandem in der Patientenversorgung, führt zu besseren Kenntnissen über das Gesundheitswesen. Die Notaufnahme wird deshalb seltener in Anspruch genommen, wenn das Anliegen noch Zeit hat, bis die Arzt-

praxen oder der Gesundheitskiosk öffnen. Nachdem die Förderung durch den Innovationsfonds ausgelaufen war, stiegen neben der AOK Rheinland/Hamburg noch die TK, die DAK Gesundheit, die Barmer und schließlich die Mobil Krankenkasse in den Vertrag mit ein. Damit können fast 90 Prozent der Versicherten in Billstedt/Horn am Projekt Gesundheitskiosk teilnehmen.

Ist es nun tatsächlich an der Zeit, das Modell Gesundheitskiosk in die Regelversorgung zu überführen? Ich würde sagen: ja. Schon aus grundsätzlichen Erwägungen: Die Möglichkeit der Inanspruchnahme sollte nicht davon abhängen, bei welcher Kasse eine Patientin oder ein Patient versichert ist.

Allerdings hängt der Erfolg eines Gesundheitskiosks ganz entscheidend vom Engagement und der Beteiligung der Praxen im Stadtteil ab. Für eine Überführung des Modells in die Regelversorgung ist unerlässlich, dass die Ärzteschaft eng in die Trägerschaft und inhaltliche Ausrichtung eingebunden wird. Ein solches Modell funktioniert nur, wenn die im Umfeld niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Arbeit des Kiosks vertrauen und sich aktiv beteiligen. Wenn sie wissen, dass dort in ihrem Sinne beraten wird – und wenn sie deshalb in großer Zahl Patientinnen und Patienten überweisen.



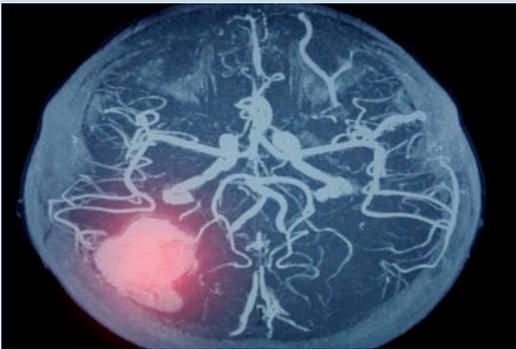
Hamburgs jüngster Hybrid-OP

Klinik für Gefäßmedizin
Chefarzt PD Dr. Friedrich Dünschede
Kontakt für einweisende Ärzte: T (040) 790 20 - 26 40, christine.rosenburg@agaplesion.de
www.d-k-h.de



Neues aus der Wissenschaft Nachrichten

Endovaskuläre Therapie großer Hirninfarkte zeigt bessere Ergebnisse



Angiografie bei großem Hirninfarkt

Bei großen Hirninfarkten aufgrund des Verschlusses großer Hirnarterien verglichen Yoshimura et al. die endovaskuläre Therapie kombiniert mit medikamentöser Therapie mit der alleinigen medikamentösen Therapie (Yoshimura S et al., *N Engl J Med* 2022, Feb 9). Ein Thrombolytikum wurde dabei in beiden Gruppen eingesetzt, wenn es notwendig war. In Japan wurden hierfür 203 Patienten in eine Multicenter-Studie eingeschlossen und 1:1 randomisiert. Etwa 27 Prozent der Patienten in jeder

Gruppe erhielten das Thrombolytikum. Der Anteil von Patienten mit einer modifizierten Rankin Skala von 0 bis 3 nach 90 Tagen betrug 31,0 Prozent in der endovaskulären Gruppe und nur 12,7 Prozent in der medikamentösen Therapiegruppe ($p=0,002$). Das Ergebnis war damit hochsignifikant besser in der endovaskulären Gruppe. Höhere Scores auf einer Skala von 0 bis 6 drücken dabei einen höheren Grad an Behinderung aus. Ferner fand sich nach 48 Stunden auf der National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) eine Verbesserung um mindestens 8 Punkte bei 31,0 Prozent der endovaskulär behandelten Patienten und nur 8,8 Prozent der Patienten mit medikamentöser Therapie. Jedoch traten intrakranielle Blutungen bei 58 versus 31,4 Prozent auf ($p < 0,001$). Auch unter Berücksichtigung dieser Blutungen fanden sich besser funktionelle Ergebnisse in der endovaskulären Gruppe, so die Autoren. | *sn*

Streamingzeiten bei Kindern und Jugendlichen stark angestiegen

Im Rahmen der gemeinsamen Längsschnittstudie „Mediensucht während der Corona-Pandemie“ der DAK-Gesundheit und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) wurden bundesweit 1.200 Kinder und Jugendliche zu ihrem Streamingverhalten befragt. 90 Prozent der 10- bis 17-Jährigen gaben an, in den zurückliegenden sechs Monaten zumindest einmal pro Woche Streaming-Plattformen wie YouTube, Netflix oder Amazon Prime genutzt zu haben – 45 Prozent waren dort täglich online. Die durchschnittliche Streamingzeit betrug unter der Woche knapp 3 Stunden (173 min) pro Tag und stieg am Wochenende auf über 4 Stunden (251 min) pro Tag an. Der Zuwachs der Nutzung von Streaming-Diensten während der Corona-Pandemie lag bei 45 Prozent. Mittlerweile schaut jeder dritte Minderjährige am Wochenende mehr als 5 Stunden Videos und Clips. Der Anteil dieser sogenannten Intensivnutzer stieg im Vergleich zu vor der Pandemie um 180 Prozent. Nennenswerte Geschlechterunterschiede ergaben sich nach den Studiendaten nicht. Laut Studienleitung zeigten diese Ergebnisse, dass auch die Nutzung von Streaming-Plattformen problematische Folgen haben könne. Ein direkter Zusammenhang zwischen Nutzungszeiten und Mediensucht lasse sich aufgrund dieser Daten zwar nicht herstellen, Sorgen bereite jedoch, dass viele Minderjährige angaben, die Kontrolle über ihre Nutzungszeiten verloren zu haben und andere Aufgaben und Interessen zu kurz kämen. Die Studienergebnisse unter: www.dak.de/dak/gesundheits/fortsetzung-der-dak-studie-gaming-social-media-und-corona-2507354.html. | *hs*

Akute myeloische Leukämie

Neue Untergruppe entdeckt

Mithilfe der Proteom- und Erbgutanalyse haben Forschende des Max-Planck-Instituts für Biochemie und des Uniklinikums in Frankfurt am Main eine neue Untergruppe der akuten myeloischen Leukämie (AML) entdeckt (DOI: 10.1016/j.ccell.2022.02.006). Dafür nutzten sie die Massenspektrometrie, die es ermöglicht, Proteine durch Bestimmung ihres spezifischen Gewichts zu identifizieren und zu quantifizieren. Nur auf der Proteomebene war dabei die neue Untergruppe erkennbar, die erhöhte Mengen an Mitochondrienproteinen und damit verändertem Mitochondrienstoffwechsel aufweist. Das Forscherteam untersuchte, ob die Stoffwechseleränderungen bei der „Mito-AML“ therapeutisch genutzt werden können. Es fand heraus, dass Medikamente, die in die mitochondriale Atmung eingreifen, in Mito-AML-Zellkulturen hochwirksam und daher herkömmlichen Chemotherapeutika deutlich überlegen sind. Zu diesen Wirkstoffen zählt z. B. der BCL1-Inhibitor Venetoclax.

Quelle: Max-Planck-Institut für Biochemie, 03.03.2022

MS-Symptome

Durch Milch verstärkt

Milchprodukte können bei Menschen mit Multipler Sklerose (MS) stärkere Krankheitssymptome auslösen. Eine Erklärung dafür lieferten Forschende der Universitäten Bonn und Erlangen-Nürnberg am Mausmodell: Das enthaltene Protein Casein kann Entzündungen auslösen, die sich gegen das Myelin, die Isolierschicht der Nervenzellen, richten (doi.org/10.1073/pnas.2117034119). Bekamen Mäuse Casein zusammen mit einem Wirkverstärker, entwickelten diese neurologische Störungen, weil das Myelin um die Nervenzellen geschädigt war. Grund ist, ähnlich wie bei MS-Kranken, eine fehlgeleitete Immunreaktion, bei der die körpereigene Abwehr das Casein attackiert, dabei aber auch in einer Kreuzreaktion das dem Casein ähnliche Protein MAG zerstört, das an der Bildung des Myelins beteiligt ist. Übertragen auf den Menschen heißt das: Betroffen sind nur MS-Kranke, die gegen Casein allergisch sind. Die Forschenden vermuten aber, dass Kuhmilch auch bei Gesunden das MS-Risiko erhöhen kann.

Quelle: Universitätsklinikum Bonn, 01.03.2022



Ausgezeichnet.

In allen Vermögensfragen:

▷ apobank.de/vermoegensverwaltung

 apoBank

Bank der Gesundheit





Leitlinien Laut aktuellen Empfehlungen sollten zur modernen Behandlung der Herzinsuffizienz vier Substanzen eingesetzt werden: ARNI/ACEi, Betablocker, MRA und SGLT2i. Im Vergleich zur Standardtherapie soll dieses Therapieschema das Leben von Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten um mehrere Jahre verlängern.

Von Dr. Benedikt Schrage, Prof. Dr. Dirk Westermann, Prof. Dr. Paulus Kirchhof, PD Dr. Christina Magnussen

Medikamentöse Therapie chronischer Herzinsuffizienz

Die medikamentöse Herzinsuffizienztherapie erfolgt 1. nach Herzinsuffizienz (HF)-Subtyp und 2. nach klinischem Profil betroffener Patientinnen und Patienten. Der Nachweis der Prognoseverbesserung durch die klassischen 4 Medikamentenklassen wurde zumindest für die Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion in großen randomisierten Studien erbracht.

Die im Rahmen der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) im August 2021 veröffentlichte neue Herzinsuffizienzleitlinie (1) behält die Einteilung des Syndroms Herzinsuffizienz (HF) in 3 Subtypen bei.

- Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HF_rEF),
- die mit erhaltener Ejektionsfraktion (HF_pEF) und
- den intermediären Phänotyp (HF_{mr}EF).

Dabei steht HF_{mr}EF nicht mehr für „mid-range“, sondern für „mildly reduced“ und nähert sich dadurch auch sprachlich der HF_rEF an. Die Definition der HF_pEF ändert sich nicht wesentlich, ein pragmatischer Ansatz für die Diagnosestellung steht im Vordergrund: Neben dem klinischen Erscheinungsbild (signs and symptoms) und einer EF von ≥ 50 Prozent fordert die Definition das Vorhandensein erhöhter natriuretischer Peptide und möglichst vieler struktureller und funktioneller Auffälligkeiten (Tab. 1).

Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HF_pEF)

Die Therapie der HF_pEF hat sich im Vergleich zur Herzinsuffizienzleitlinie 2016 in der Leitlinie aus 2021 nicht geändert (1, 2). Screening und Behandlung von Komorbiditäten und die Gabe von Diuretika zur Symptomkontrolle bleiben die einzigen (Klasse I-)Empfehlungen. Eine spezifische Therapie wird nicht empfohlen. Allerdings gibt es einige Entwicklungen, die zu berücksichtigen sind: Aufgrund der posi-

Tab. 1: Diagnosekriterien der HF_pEF modifiziert nach (1)

<ul style="list-style-type: none"> • klinische Symptomatik und Zeichen der Herzinsuffizienz • LVEF ≥ 50 Prozent • strukturelle und/oder funktionelle Auffälligkeiten: 	
Erhöhung natriuretischer Peptide*	NT-proBNP: > 125 (SR) bzw. > 365 (AF) pg/ml BNP: > 35 (SR) bzw. > 105 (AF) pg/ml
LV-Hypertrophie	LV-Massenindex ≥ 95 g/m ² (Frauen), ≥ 115 g/m ² (Männer)
LAVI (im SR)	> 34 ml/m ²
E/e'	> 9
sPAP	> 35 mmHg

*Grenzwert in Abhängigkeit des Herzrhythmus: SR = Sinusrhythmus, AF = Vorhofflimmern

LAVI: Volumenindex des linken Vorhofs

E/e': Maß für die diastolische Funktionsstörung. Verhältnis aus maximaler Geschwindigkeit des passiven Mitraleinstromprofils in den linken Ventrikel und früh diastolischer, passiver Mitralanulusgeschwindigkeit

sPAP: systolischer Pulmonalarteriendruck

tiven Ergebnisse der TOPCAT-Studie (3), zumindest im Hinblick auf eine Reduktion der Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz, können HF_pEF-Patientinnen und -Patienten mit dem Mineralokortikoid-Antagonisten (MRA) Spironolacton therapiert werden, sofern die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) > 30 ml/min liegt (Tab. 2). Zusätzlich erhalten Frauen mit HF_pEF eine Medikation mit Angiotensin-Rezeptor-Nephrilysin-Inhibitor (ARNI), da PARAGON-HF eine Reduktion des primären Endpunkts, bestehend aus HF-Hospitalisierung und kardiovaskulärem Tod, zwar nicht in der Gesamtpopulation, aber zumindest bei Frauen zeigen konnte (4).

Tab. 2: Medikamentöse Therapie nach Herzinsuffizienz (HF)-Subtypen am Universitären Herz- und Gefäßzentrum (#)¹

HF Subtyp	ARNI/ACEi	Betablocker	MRA	SGLT2i	Diuretika	Vericiguat ²
HFrEF						
HFmrEF				Zulassung erfolgt, noch keine Leitlinien-Empfehlung vorliegend		keine Zulassung
HFpEF	#ARNI: Frauen	#Frequenzkontrolle, Hypertonie	#Spironolacton			

¹unter Berücksichtigung des aktuellen Empfehlungsgrads und der gegenwärtigen Evidenz. Grün: Klasse I-Empfehlung; Gelb: Klasse IIa-Empfehlung

²zusätzlich nach HF-Dekompensation Vericiguat (IIb) erwägen

Die im Rahmen des ESC 2021 veröffentlichte Studie EMPEROR-Preserved zeigte erstmals einen Nutzen für einen SGLT2-Inhibitor (SGLT2i, hier: Empagliflozin) bei Patientinnen und Patienten mit HFpEF. Seit Anfang März 2022 ist die Therapie der symptomatischen Herzinsuffizienz mittels Empagliflozin nun unabhängig von der Ejektionsfraktion (also auch für die Subtypen HFmrEF und HFpEF) zugelassen. Weitere Studien (z. B. DELIVER/Dapagliflozin) werden in den nächsten Monaten erwartet und werden zeigen, ob auch für die HFpEF ein Klasseneffekt der SGLT2i festgestellt werden kann. Zwar ist Dapagliflozin noch nicht für die Therapie der HFpEF zugelassen, wohl jedoch für die Therapie des Typ-2-Diabetes bzw. der chronischen Niereninsuffizienz, beides häufige Komorbiditäten der HFpEF. Zudem ist die Umsetzung einer rhythmuserhaltenden Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern und HFpEF, basierend auf den Ergebnissen der EAST-AFNET-4-Studie (5) und der Herzinsuffizienz-Substudie (6), zu empfehlen.

Herzinsuffizienz mit leichtgradig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF)

Die medikamentöse Therapie der HFmrEF erfolgt nach neuen Leitlinien-Empfehlungen mit einem ACE-Hemmer (ACEi) oder Aldosteron-Rezeptorblocker (ARB) oder ARNI, einem Betablocker (BB) und einem MRA. Für alle Medikamente wurde in der aktuellen Herzinsuffizienzleitlinie eine IIb-Empfehlung ausgesprochen (1). Es handelt sich deshalb nur um eine IIb-Empfehlung (Tab. 2), weil es keine spezifischen Studien zur Patientenpopulation mit einer EF zwischen 41 und 49 Prozent (HFmrEF-Subtyp) gibt. Trotzdem scheinen diese Patientinnen und Patienten in entsprechenden Studien von dieser Medikation zu profitieren (3, 4, 7–9). Zusätzlich ist, wie oben bereits erwähnt, auch bei HFmrEF seit Anfang März die Therapie mit Empagliflozin zugelassen. Eine entsprechende Leitlinien-Empfehlung dazu steht noch aus.

Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF)

Im Unterschied zur HFmrEF und HFpEF ist die Evidenzlage in der medikamentösen Therapie der HFrEF stark (Tab. 2). Man weiß mittlerweile aus studienübergreifenden Daten, dass die konventionelle Therapie, bestehend aus ACEi/ARB und Betablocker, einer umfassenden Therapie aus ARNI, Betablocker, MRA und SGLT2i bezüglich harter Endpunkte wie kardiovaskulärer Tod oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz deutlich unterlegen ist (10). Patientinnen und Patienten > 55 Jahre leben über 8 Jahre länger, falls sie eine 4-fach- im Vergleich zur 2-fach-Therapie erhalten (10).

Aufgrund der überzeugenden Studienlage empfiehlt die Herzinsuffizienzleitlinie 2021 eine 4-fach-Therapie, bestehend aus ACEi/ARNI, Betablocker, MRA und SGLT2i (1), wobei alle 4 Medikamente gleich wichtig sind. Ein schneller Beginn jeder Substanz möglichst innerhalb von 4 Wochen rettet Leben und hat daher oberste Priorität (11). Die Dosistitration der einzelnen Medikamente ist, obwohl ebenfalls

bedeutsam, der Therapie mit allen 4 Substanzgruppen untergeordnet und kann im Verlauf in Adaptation an Blutdruck, Elektrolyte und renale Retentionswerte erfolgen.

Deutlich ist der Nutzen des ARNI, weshalb auch ACEi/ARB-naive Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose HFrEF eine ARNI-Therapie erhalten können. Bei bestehender ACEi/ARB-Medikation könnte mit Augenmaß sowie unter Berücksichtigung des klinischen Zustands und des prognostischen Nutzens auf eine ARNI-Therapie umgestellt werden (1). Für symptomatische Patientinnen und Patienten mit kürzlicher Verschlechterung der Herzinsuffizienz (im Sinne einer kardialen Dekompensation) ist als fünftes Medikament Vericiguat in die neue Herzinsuffizienzleitlinie aufgenommen worden. Dieses Medikament bildet als löslicher Guanylatcyclase-Stimulator einen neuen pathophysiologischen Ansatzpunkt und konnte in der VICTORIA-Studie eine moderate, aber signifikante Reduktion des primären Endpunkts zeigen. Es gilt daher für die o. g. (spezielle) Patientenpopulation eine Klasse-IIb-Empfehlung (12).

Leitsubstanzen an klinische Charakteristika der Patientinnen und Patienten anpassen

Die neue Herzinsuffizienzleitlinie nennt ACEi/ARNI, BB, MRA und SGLT2i als Leitsubstanzen auf Augenhöhe, macht aber keine Angaben zur Therapiesequenz (1). In diesem Zusammenhang ist ein Vorgehen wünschenswert, das standardisiert ist und trotzdem die klinischen Charakteristika der Patientinnen und Patienten berücksichtigt (sog. patient profiling). Auch wenn die 4-fach-Therapie unbedingt empfohlen ist, muss die Sequenz der Medikation und deren Aufdosierung individuell angepasst sein. Hier spielen Kriterien wie Blutdruck, Herzfrequenz, Vorhofflimmern und chronische Nierenerkrankung bzw. Hyperkaliämie eine entscheidende Rolle (13). Insbesondere die Hypotonie führt oft zum Absetzen prognoserelevanter Medikation. Deshalb ist immer zunächst eine Dosisreduktion anzustreben, die häufig bereits zur Stabilisierung des Blutdrucks führt.

Ein weiteres klinisch relevantes Profil ist die chronische Niereninsuffizienz. Bei einer GFR > 30ml/min kann eine ARNI-Therapie problemlos initiiert werden; ein SGLT2i kann sogar bis zu einer GFR ≥ 25 ml/min (bei Dapagliflozin; Empagliflozin in der Indikation HF: GFR ≥ 20ml/min) begonnen werden. Fällt die GFR, können sowohl ARNI als auch SGLT2i (zumindest Dapagliflozin; Empagliflozin bis zu einer GFR von 20 ml/min) unter engmaschiger Kontrolle von Elektrolyten und renalen Retentionswerten fortgeführt werden. Eine langsamere Verschlechterung der Niereninsuffizienz unter ARNI-Therapie ist beschrieben (14), und der SGLT2i Dapagliflozin wird mittlerweile zur Therapie der chronischen Niereninsuffizienz eingesetzt (15). Unabhängig vom Patientenprofil erhöhen die SGLT2i die Tolerabilität der anderen Medikamente, indem sie in Kombination z. B. der Hyperkaliämie entgegenwirken und kaum Effekte auf den Blutdruck haben (16).

Einen Vorschlag für den Beginn der klassischen 4 Medikamente bei Erstdiagnose HFrEF zeigt Abb. 1 auf Seite 30. Als Erstlinientherapie werden Betablocker plus ARNI bzw. SGLT2i in Abhängigkeit vom

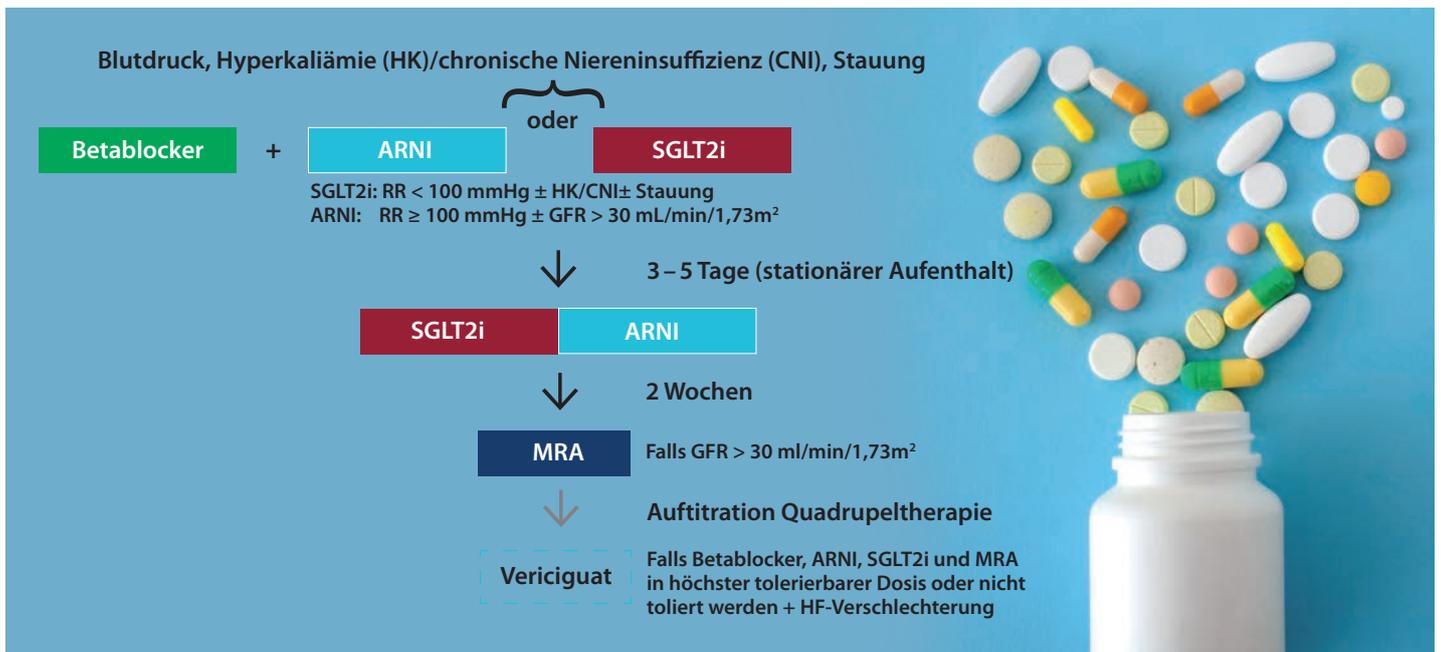


Abb. 1: Pragmatischer Therapiealgorithmus nach Standard des Universitären Herz- und Gefäßzentrums Hamburg. SGLT2i: Im Falle des Vorliegens einer CNI ist nach aktueller Datenlage (DAPA-CKD, EMPA-KiDNEY ausstehend) Dapagliflozin möglicherweise Empagliflozin vorzuziehen (17); ARNI: Die GFR-Grenze von >30 ml/min/1,73m² entspringt den Einschlusskriterien der PARADIGM-HF Studie (18), die Blutdruckgrenze von 100 mmHg den Einschlusskriterien der PIONEER-HF Studie (19)

Patientenprofil eingesetzt. Die jeweils andere Substanz (SGLT2i bzw. ARNI) wird noch im selben stationären Aufenthalt begonnen. Ein Hinzufügen des MRA sollte nach 2 Wochen im ambulanten Setting unter engmaschiger klinischer und laborchemischer Kontrolle erfolgen. Vericiguat kommt im weiteren Verlauf unter bestimmten Bedingungen zum Einsatz.

Erstevaluation von Patientinnen und Patienten mit reduzierter linksventrikulärer Funktion

Ein häufiger Grund für eine reduzierte Herzfunktion ist ein stattgehabter Myokardinfarkt. Allerdings nimmt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit anderen Kardiomyopathien, entzündlichen oder anderen Myokardschäden zu. Insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten führen wir daher bei neu diagnostizierter HFREF eine Herz-MRT-Untersuchung durch mit der Option einer gezielten Myokardbiopsie. Bei der Verdachtsdiagnose dilatative Kardiomyopathie (DCM) bietet sich eine genetische Diagnostik an. Erste Erfahrungen am Universitären Herz- und Gefäßzentrum (UHZ) bestätigen publizierte Befunde, wonach bei 25 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit DCM ein mutmaßlich kausaler Gendefekt gefunden wird, wenn moderne Analysemethoden interdisziplinär interpretiert werden.

Wann muss ein/e HFREF-Patient/in einem spezialisierten Zentrum vorgestellt werden?

Nach aktueller Leitlinienempfehlung sollten die Fälle aller Patientinnen und Patienten, die trotz optimaler medikamentöser und Device-Therapie (ICD/CRT) weiterhin an Dyspnoe (NYHA III–IV) leiden, mit einem Spezialzentrum diskutiert werden. Ebenfalls sollten weniger symptomatische Patientinnen und Patienten (NYHA II) zur Evaluation einer weiterführenden Therapie vorgestellt werden, falls sie mindestens eines der folgenden Kriterien aufweisen (modifiziert nach [1]):

- mindestens eine HF-Hospitalisierung oder notfallmäßige ambulante Vorstellung innerhalb der letzten 12 Monate,
- Intoleranz gegenüber Betablockern oder ARNI/ACEi/ARB bzw. Notwendigkeit zur Eskalation der diuretischen Therapie wegen anhaltender Kongestion,

- LVEF < 20 Prozent und/oder Verschlechterung der RV-Funktion, Verschlechterung Leber-/Nierenfunktion,
- ventrikuläre Arrhythmien/ICD-Schockabgabe(n),
- systolischer Blutdruck < 90 mmHg und/oder Zeichen der peripheren Hypoperfusion.

Solche Patientinnen und Patienten werden in enger Absprache mit den zuweisenden Kolleginnen und Kollegen nach klinischer, laborchemischer und echokardiografischer Evaluation interdisziplinär im Herztransplantations-/VAD-Board vorgestellt. Hier werden Indikation und mögliche Kontraindikationen, weitere Eskalationsstrategien und Zeitpunkt einer solchen Therapie diskutiert.

Zusammenfassung

Eine moderne medikamentöse Herzinsuffizienztherapie besteht aus 4 Säulen: ARNI/ACEi, Betablocker, MRA und SGLT2i. Die Quadrupeltherapie verlängert das Leben von HF-Patientinnen und -Patienten um mehrere Jahre im Vergleich zur Standardtherapie, bestehend aus ACEi/ARB und BB. Ein Beginn aller 4 Substanzen innerhalb von 4 Wochen ist obligat, die Titration der Dosis kann im Verlauf adaptiert an den klinischen Status erfolgen. Die Sequenzierung der Substanzen soll an das klinische Profil der Patientinnen und Patienten angepasst werden, wobei ARNI, SGLT2i und Betablocker im Therapiealgorithmus an erster Stelle stehen sollten.

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

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

PD Dr. Christina Magnussen

Oberärztin
Bereichsleiterin Herzinsuffizienz
Universitäres Herz- und Gefäßzentrum Hamburg
Klinik für Kardiologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: c.magnussen@uke.de
www.uhz.de



Postzosterische pulmonale Granulome

Eine 54-Jährige stellte sich wegen seit fünf Monaten bestehendem trockenem Husten vor. Sie habe 20 Jahre lang eine Schachtel Zigaretten pro Tag geraucht und vor 10 Monaten mit dem Rauchen aufgehört. Luftnot bestand nach etwa 4 bis 5 Stockwerken beim Treppensteigen. Die Patientin gab an, dass sie seit rund 30 Jahren Nymphensittiche halte. An Begleiterkrankungen war eine mit Carbimazol behandelte Hyperthyreose bekannt.

In der weiteren Diagnostik zeigte der Röntgen-Thorax in zwei Ebenen kleine disseminierte, nur wenige Millimeter durchmessende granulomatöse Herde (Abb. 1 und 2). Eine zielgerichtete Frage führte zur Diagnose: „Hatten Sie im Erwachsenenalter eine Windpocken-Erkrankung?“

Die Patientin erinnerte eine Varizelleninfektion im 30.

Lebensjahr mit begleitender Pneumonie.

Eine solche Varizellenpneumonie, die im Erwachsenenalter nur in 0,3 Prozent der Fälle im Rahmen einer Varizelleninfektion auftritt, hinterlässt oft typische disseminierte



postzosterische und granulomatöse pulmonale Herde. Bei entsprechender Anamnese und geringen Beschwerden macht das Röntgenbild lediglich eine weitere Nativ-Röntgenkontrolle nach 6 bis 12 Monaten zum Nachweis der Befundkonstanz erforderlich.

Dr. Rüdiger Bock

Facharzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie
Lungenpraxis im Alstertal
E-Mail: rue.bock@gmx.de

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

Professionelle Praxisreinigung



Schutz vor Schmutz und gemeinen Keimen

HEIDMANN
GEBÄUDEREINIGUNG

AM STADTRAND 52 · 22047 HAMBURG
TEL.: 040 - 25 66 02
INFO@HEIDMANN-GEBAEUDEREINIGUNG.DE
WWW.HEIDMANN-GEBAEUDEREINIGUNG.DE



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Der besondere Fall

Schwindelattacken durch Gefäßnervenkonflikt

Vestibularisparoxysmie Eine 38-jährige Mutter leidet täglich viele Male unter Drehschwindelattacken, die auch zu Stürzen führen. Diese Attacken treten bereits seit Jahren auf und halten jeweils nur Sekunden an. Anfangs hilft eine antikonvulsive Therapie gut, doch die Wirkung lässt mit der Zeit erheblich nach. Erst eine mikrovaskuläre Dekompression des Nervus vestibulocochlearis führt zum kompletten Sistieren der Schwindelanfälle.

Von Prof. Dr. Dr. h.c. Uwe Kehler

Eine mittlerweile 38-jährige Mutter klagte seit 4 Jahren über blitzartige, nur wenige Sekunden andauernde Drehschwindelattacken, die schon mehrfach zu Stürzen geführt hatten. Jene Attacken traten bis 20-mal pro Tag auf. Zusätzlich bestand ein pulssynchroner Tinnitus links, der sich während der Schwindelattacken verstärkte. Darüber hinaus kam es immer wieder zu blitzartig einschießenden Schmerzen tief im äußeren Gehörgang. Die Beschwerden sprachen vorübergehend sehr gut auf Carbamazepin an, die Dosis musste jedoch mit der Zeit gesteigert werden, und die Nebenwirkungen waren erheblich. Unter Pregabalin kam es nur zu einer partiellen und unbefriedigenden Besserung. Der neurologische Befund war unauffällig. Die Kernspintomografie (Abb.1) mit einer hochauflösenden T2-Dünnschichtung zeigte einen Gefäßnervenkonflikt mit dem N. vestibularis und auch mit dem N. glossopharyngeus am Übergang zum Hirnstamm.

Vestibularisparoxysmie

Auswärtig war die Diagnose Vestibularisparoxysmie zwar gestellt, aber auch immer wieder verworfen worden. Entsprechend fand die Patientin trotz medikamentöser Therapieresistenz zunächst keinen Neurochirurgen, der eine mikrovaskuläre Dekompression durchführen wollte. Aus unserer Sicht gab es an der Diagnose (blitzartig auftretender, nur Sekunden an-

haltender Schwindel, initial gutes Ansprechen auf Carbamazepin) und an der Seitenlokalisation (verstärkter Tinnitus links während der Attacken, zusätzliche Glossopharyngeusneuralgie links) bei dem Gefäßnervenkonflikt keinen Zweifel. Aufgrund der langanhaltenden und therapieschweren Symptomatik war damit die Indikation zur mikrovaskulären Dekompression des N. vestibulocochlearis (und des N. glossopharyngeus) gegeben.

Die Operation wurde im August 2021 über eine 2,5 cm durchmessende, retroaurikuläre/suboccipitale Kraniotomie mit intra-

operativer Registrierung der akustisch evozierten Potenziale und Fazialismonitoring durchgeführt. Dabei wurde die Gefäßschlinge der unteren vorderen Kleinhirnarterie (AICA) identifiziert (Abb.2), von den Nerven VIII, IX und dem Hirnstamm abpräpariert und mit einem Teflonschwämmchen auf Distanz gehalten. Postoperativ sistierten die Beschwerden sofort. Bei der 3 Monate später erfolgten postoperativen Nachuntersuchung war die Patientin schmerz- und schwindelfrei und ohne jegliche antikonvulsive Therapie. Sie war wieder in der Lage, den Haushalt zu führen und sich um ihre Kinder zu kümmern.

Tab. 1: Differenzialdiagnosen von Schwindelattacken

- **Benigner peripherer, paroxysmaler Lagerungsschwindel**
- **Paroxysmale Hirnstammatacten (z. B. bei MS oder selten nach ischämischen Hirnstammläsionen)**
- **Vestibuläre Migräne**
- **Phobischer Schwankschwindel**
- **Vertebral Artery Occlusion Syndrome**
- **Zentraler Lage-/Lagerungsnystagmus**

Ursache: Gefäßnervenkonflikt

Die Vestibularisparoxysmie wird mit einer Häufigkeit von knapp 4 Prozent der Patientinnen und Patienten einer spezialisierten Schwindelambulanz angegeben (1).

Das Syndrom ist durch spontane, Sekunden anhaltende Dreh- und/oder Schwankschwindelattacken gekennzeichnet, die bis zu 100-mal am Tag auftreten können. Nicht selten gehen diese Attacken mit Ohrgeräuschen auf der betroffenen Seite und mit Stürzen einher. Die Ohrgeräusche – mal pulssynchron, mal als Knacken, mal als Dauerton beschrieben, dürften durch simultane Reizung des cochleären Anteils des N. vestibulocochlearis verursacht sein. Wichtige Differenzialdiagnosen sind in Tab.1 aufgeführt (2, 3). Ursache ist ein Ge-

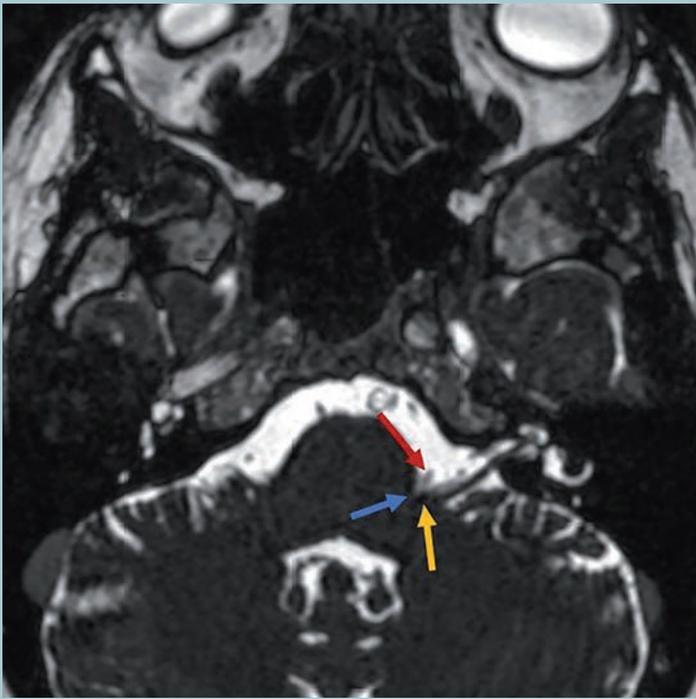


Abb. 1: Axiale MRT mit hochauflösender T2-Dünnschichtung: Gefäßnervenkonflikt (blauer Pfeil) zwischen Arteria cerebelli inferior anterior (roter Pfeil) und Nervus vestibulocochlearis (gelber Pfeil)

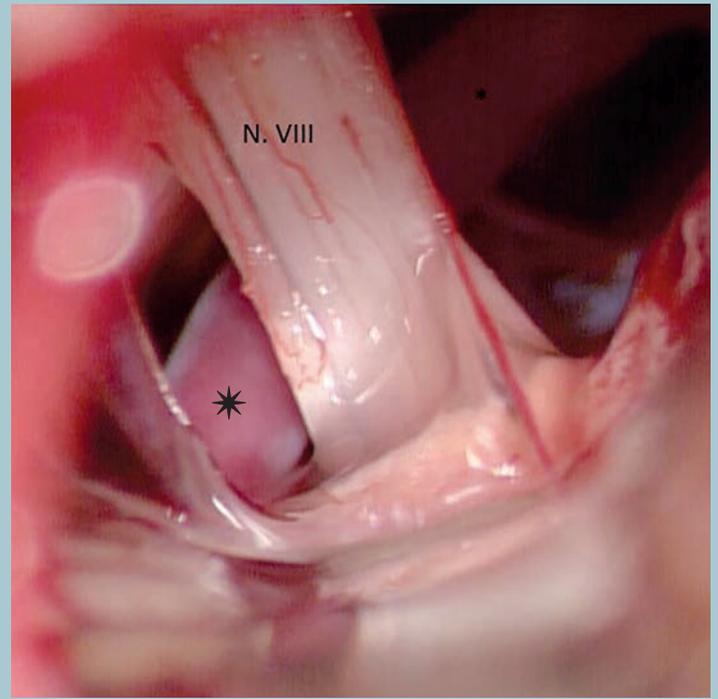


Abb. 2: Intraoperativer Situs mit Gefäßnervenkonflikt zwischen Arteria cerebelli inferior anterior (*) und N. vestibulocochlearis (N.VIII)

Tab. 2: Erkrankungen, verursacht durch Gefäßnervenkonflikte

- Trigemini neuralgie
- Hemispasmus facialis
- Vestibularisparoxysmie
- Glossopharyngeusneuralgie
- Intermediusneuralgie
- Obliquus-superior-Myokymie
- Torticollis spasticus

fäßnervenkonflikt am Übergang des N. vestibulocochlearis zum Hirnstamm. Dieser reiht sich damit in die Gruppe der bekannteren, vaskulären Hirnnervenkompressionssyndrome wie der Trigemini neuralgie und dem Hemispasmus facialis (Tab. 2) ein.

In der Regel sprechen die Patientinnen und Patienten gut auf eine antikonvulsive Therapie mit Carbamazepin an (2–4). Bei therapieresistenten Schwindelanfällen oder Unverträglichkeit der antikonvulsiven Therapie ist (wie bei anderen Hirnnervenkompressionssyndromen) die mikrovaskuläre Dekompression zu erwägen. Besonders wichtig für die Diagnosebestätigung ist analog zu den anderen vaskulären Hirnnervenkompressionssyndromen das zumindest initial gute Ansprechen auf die antikonvulsive Therapie und hier besonders auf das Carbamazepin.

Die modernen Kernspintomografen können mit hochauflösenden T2-Dünnschichtungen (oder äquivalenten Techniken) die Gefäßnervenkonflikte sehr gut darstellen (Abb. 1), nicht selten gibt es aber auch asymptomatische Gefäßnervenkonflikte. Ungeklärt ist auch, ob ein Gefäßnervenkontakt nur hirnstammnah (wie bei den meisten neurovaskulären Konflikten der hinteren Schädelgrube, siehe Tab. 2) oder auch peripher, zum Beispiel im inneren Gehörgang, die Vestibularisparoxysmie verursachen kann. Neben den differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten wirft vor einem möglichen operativen Eingriff auch die Seitenlokalisation Probleme auf: Da Gefäßnervenkontakte häufig auch beidseits vorkommen, muss die auslösende Seite gesichert sein. Der während der nur Sekunden anhaltenden Attacken möglicherweise auftretende Nystagmus ist selten beobachtbar und anhand der schnellen Komponente für die Seitenlokalisation nur wenig verlässlich.

Seitenlokalisation schwierig

Ein während der Attacken auftretender oder sich verstärkender Tinnitus ist aber ein zuverlässiges Zeichen. Vermutlich wird die Diagnose häufig nicht gestellt. Aber selbst bei richtiger Diagnosestellung verhindert berechtigterweise die nicht selten unsichere Seitenzuordnung die Bereitschaft der Chirurgen und Chirurgen, die mikrovaskuläre Dekompression durchzuführen. Die

Operation ist zwar selten notwendig, doch aufgrund der oben beschriebenen Unsicherheiten werden möglicherweise einige Patientinnen und Patienten, die medikamentös therapierefraktär sind, nicht operiert, obwohl die Operation in geübter Hand sicher ist und einen kurativen Ansatz darstellt. Daher sind weitere Arbeiten und Studien notwendig, um die Diagnostik zu verbessern und um klare Behandlungsempfehlungen geben zu können.

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

Interessenkonflikte: keine

Prof. Dr. Dr. h.c. Uwe Kehler
Abteilung für Neurochirurgie
Asklepios Klinik Altona
E-Mail: u.kehler@asklepios.com

Der besondere Fall

Sie haben auch einen medizinischen Fall in Ihrer Praxis oder Klinik, 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.



Internationaler IPPNW-Kongress in Helsinki 1984. Unten v.l.n.r.: Dr. Suzan Hollán (Ungarn), Dr. Bernhard Lown (USA), Dr. Evgenij Chazov (UdSSR), Dr. Ole Wasz-Höckert (Finnland). Oben v.l.n.r.: Ein Vertreter der japanischen IPPNW, Dr. John Pastore (USA), Dr. Dagmar Sorbøe (Norwegen) und Dr. Eric Chivian (USA).

Deeskalieren und abrüsten

Vor 40 Jahren gründeten engagierte Ärztinnen und Ärzte die deutsche Sektion des IPPNW. Die Friedensorganisation setzt sich unermüdlich für die weltweite Abschaffung von Atomwaffen und Atomenergie ein. Ihr Anliegen erscheint vor dem Hintergrund des Kriegs in der Ukraine aktueller denn je.

Von Ute Rippel-Lau



„Wir haben die Pflicht, die Weltbevölkerung aufzuklären“

Die Angst vor dem Atomkrieg ist zurück. Lange erschien die Bedrohung durch Atomwaffen nicht so real wie seit dem russischen Angriff auf die Ukraine. Dieser berührt unser ärztliches Selbstverständnis in besonderer Weise, da er wie jeder Krieg das elementare Menschenrecht auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit in dramatischer Weise verletzt.

Hinzu kommt die Befürchtung, dass sich der Krieg zu einer europaweiten humanitären Katastrophe ausweitet, falls Atomkraftwerke massiv beschädigt werden sollten. Zum ersten Mal wird in einem Land mit laufenden Atomreaktoren Krieg geführt. Im Osten der Ukraine steht das größte Atomkraftwerk Europas, im Norden des Landes der Sarkophag des havarierten Atomkraftwerks Tschernobyl. Bei einem Unfall wäre ganz Europa betroffen.

Jede weitere Eskalation dieses Kriegs birgt die Gefahr eines Atomkriegs, sei es absichtlich oder aus Versehen. Die Auswirkungen wären unvorstellbar katastrophal.

Genau vor dieser Bedrohung durch atomare Waffen warnt die ärztliche Friedensorganisation International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) seit 40 Jahren. Sie fordert eine grundsätzliche Abkehr vom Prinzip der atomaren Abschreckung. Welt-

weit sind circa 150.000 Ärztinnen und Ärzte in 60 Ländern auf 5 Kontinenten aktiv.

Die Deutsche Sektion der IPPNW wird in diesem Jahr 40 Jahre alt. In Deutschland sind es circa 6.000 Ärztinnen und Ärzte, die über alle Parteigrenzen hinweg ihren Willen erklärt haben, alles zu tun, einen Atomkrieg zu verhindern und sich für den Abzug der Atomwaffen aus Deutschland stark zu machen.

Die IPPNW setzt sich ein für friedliche Konfliktbewältigung, für internationale Verträge, für eine Medizin in sozialer Verantwortung und fordert neben der Abschaffung aller Atomwaffen auch die Abkehr von der Atomenergie.

Initiatoren sind ein Russe und ein Amerikaner

In der Hochphase des atomaren Wettrüstens während des Kalten Kriegs gründen Ende 1980 der amerikanische Kardiologe Prof. Bernhard Lown (1921–2021) und sein russischer Kollege Prof. Evgenij Chazov (1929–2021) zusammen mit vier weiteren Ärztinnen und Ärzten die internationale IPPNW. Erklärte Absicht ist, die Öffentlichkeit über alle Blockgrenzen und ideologischen Unterschiede hinweg über die Gefahren eines Atomkriegs aufzuklären.

Bernhard Lown von der Harvard-Universität in Boston, USA, Erfinder der Elektrodefibrillation, schuf die bekannte Klassifikation von Herzrhythmusstörungen. Sein Kollege Evgenij Chazov, Begründer und Direktor des renommierten Moskauer Herzforschungszentrums und Entwickler der Lysetherapie, war zeitweilig Gesundheitsminister unter Präsident Gorbatschow.

Lown und Chazov sind zu ihrer Zeit nicht nur herausragende Ärzte, sondern beweisen mit unkonventionellen Initiativen großen politischen Mut. 1980 richten sie einen offenen Brief von 700 Ärzten, Wissenschaftlern und Nobelpreisträgern an die Präsidenten Carter und Breschnew zu den verheerenden medizinischen Folgen eines Atomkriegs, den sowohl die New York Times als auch die Prawda veröffentlichen.

In Deutschland trifft der Nato-Doppelbeschluss von 1979, der vorsieht, in Deutschland neue mit Atomsprenköpfen bestückte Mittelstreckenraketen und Marschflugkörper aufzustellen, auf großen Widerstand einer schnell wachsenden Friedensbewegung. Die in Hamburg niedergelassene praktische Ärztin Dr. Ingeburg Peters-Parow, seit Mitte der 1970er-Jahre in der Anti-AKW-Bewegung um Brokdorf, Grohnde und Gorleben

engagiert, gründet die „Hamburger Ärztinitiative gegen Atomenergie“, die sich regelmäßig in ihrer Praxis trifft.

Sehr deutlich werden die Gefahren, die von der Atomenergie ausgehen, durch den Reaktorunfall in Harrisburg 1979. Seit dem Nato-Doppelbeschluss ist die Bedrohung durch einen Atomkrieg zum Greifen nah, verstärkt durch Äußerungen von amerikanischen Politikern und Militärs, es sei möglich, diesen auf Europa zu beschränken und zu gewinnen. Auch im Innern der Bundesrepublik wird aufgerüstet, z.B. im Bunkerbau und Zivilschutz. Es kommt zu heftigen Kontroversen über die Katastrophenmedizin. Ein neues Gesundheitssicherstellungsgesetz sieht die verpflichtende Fortbildung zum Erlernen der Triage vor und wird nach großen Protesten zurückgezogen. Diese Kriegsmedizin, die nicht über die katastrophalen Auswirkungen eines Atomkriegs aufklärt, würde, so die Kritiker, der Bevölkerung die fatale Illusion vermitteln, sie könne durch ein gut durchdachtes Schutzprogramm überleben. Im Gegensatz zu den meisten Krankheiten würde es aber bei einer massiven atomaren Bestrahlung keine ärztlichen Hilfen und Maßnahmen zur Gesundung geben.

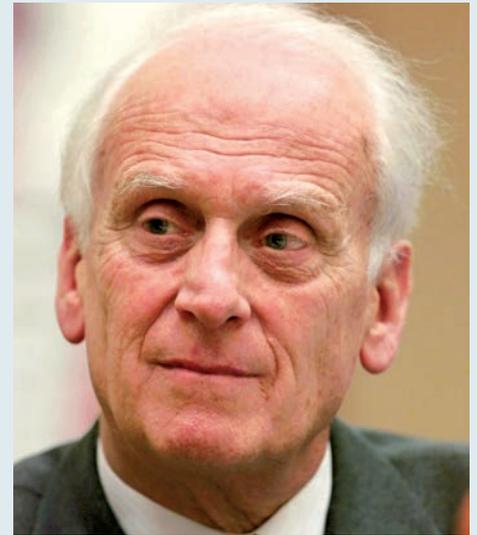
„Wir haben die Pflicht, die Weltbevölkerung aufzuklären: Wir (die Ärztinnen und Ärzte, Anm. der Redaktion) werden Euch nicht helfen können!“, so Prof. Ulrich Gottstein, später Gründungsmitglied der deutschen IPPNW.

Dies ist zum ersten Mal zentrales Thema auf dem großen Ärztekongress in Hamburg im September 1981, den Dr. Ingeburg Peters-Parow zusammen mit der Gynäkologin Dr. Regine Armbruster-Heyer, dem Allgemeinmediziner Wolfgang Kratzke und vielen anderen Ärztinnen und Ärzten in Hamburg organisiert. Er trägt den Titel „Die Lebenden werden die Toten beneiden“. Mehr als 1.600 Ärztinnen und Ärzte aus dem ganzen Bundesgebiet kommen.

Im Februar 1982 gründen der Psychoanalytiker Prof. Horst Eberhard Richter, der Internist Gottstein, die Anästhesistin Dr. Barbara Hövener, Peters-Parow und andere Kolleginnen und Kollegen in Frankfurt die deutsche Sektion der IPPNW (Gründungsresolution unter <https://lmy.de/K5tIZ>).

Die IPPNW erhält den Friedensnobelpreis

Die jährlichen bundesweiten und internationalen IPPNW-Kongresse erfahren große Aufmerksamkeit und werden bereichert durch Unterstützung von Persönlichkeiten wie Willy Brandt, Olof Palme, Egon Bahr, Johan Galtung, Walter Jens, Paul Parin, Stefan Heym, Robert Jungk, Günther Anders und viele mehr.



Die in Hamburg niedergelassene praktische Ärztin Dr. Ingeburg Peters-Parow und der zuletzt in Frankfurt tätige Internist Prof. Ulrich Gottstein gehörten zu den Gründungsmitgliedern der deutschen Sektion der IPPNW

1984 wird die IPPNW mit dem Unesco-Friedenspreis ausgezeichnet. 1985 zum fünften Jahrestag ihrer Gründung erhält die IPPNW für ihr Engagement in Oslo den Friedensnobelpreis. Der deutsche Vertreter Ulrich Gottstein hält die Dankesrede im Osloer Rathaus. Heute mit 95 Jahren ist er Ehrenmitglied der IPPNW und immer noch aktiv.

Als Folge der Entspannungspolitik zwischen Ost und West wird die Anzahl der Atomwaffen in Deutschland sukzessiv verringert. Nach Abschluss des INF-Vertrags (Intermediate Range Nuclear Forces Treaty) 1990 werden Atomraketen mittlerer Reichweite aus Deutschland und Europa abgezogen. 20 amerikanische Atomwaffen, jede mit einer bis zu 13-fachen Sprengkraft der Hiroshima-Bombe, lagern aber immer noch im Rahmen der „nuklearen Teilhabe“ in Büchel an der Mosel. Die IPPNW erinnert jedes Jahr mit einer Mahnwache im Rahmen einer Aktionswoche im Juli daran. Diese Atomwaffen werden gerade modernisiert und neue millardenteure Trägerflugzeuge sollen dafür angeschafft werden.

2019 kündigen die USA den INF-Vertrag, der besonders uns Europäer betrifft, wenig später setzt auch Russland das Abkommen aus. Auch der ABM-Vertrag (Anti-Ballistic Missile Treat) und das Open-Skies-Abkommen haben keine Gültigkeit mehr. Umso dringlicher ist das Schließen neuer verbindlicher Abrüstungsverträge.

2007 initiiert die australische IPPNW eine weltweite Kampagne zur Abschaffung von Atomwaffen. Die International Campaign to Abolish Nuclear Weapons (ICAN) ist ein Bündnis von mehr als 468 zivilgesellschaftlichen Organisationen in über hundert Ländern.

Am 7. Juli 2017, am Tag des G20-Gipfels in Hamburg kaum öffentlich wahrgenommen, feiert ICAN einen großen Erfolg: Die UNO beschließt mit einer deutlichen Mehrheit von

122 Mitgliedstaaten ein umfassendes Atomwaffenverbot. Der Verbotsvertrag schließt eine wichtige völkerrechtliche Lücke: Im Gegensatz zu biologischen und chemischen Waffen waren Atomwaffen bisher nicht geächtet. Die Atommächte sowie fast alle Nato-Staaten – darunter auch Deutschland – hatten die Verhandlungen über den Vertrag boykottiert.

Im Dezember 2017 wird ICAN mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet. Die Organisation erhält die Würdigung „für ihre Arbeit, Aufmerksamkeit auf die katastrophalen humanitären Konsequenzen jeglichen Einsatzes von Atomwaffen zu lenken, und für ihre bahnbrechenden Bemühungen um ein vertragliches Verbot solcher Waffen“, so die Begründung des Osloer Nobelkomitees.

Die IPPNW-Gründer Lown und Chassov können noch miterleben, wie ihre Vision eines Internationalen Vertrags zur Ächtung von Atomwaffen 2017 Wirklichkeit wird. Am 22. Januar 2021 tritt der Atomwaffenverbotsvertrag schließlich völkerrechtlich in Kraft. Die Mehrheit der Staaten dieser Welt hat den Atomwaffenverbotsvertrag der UNO bereits unterschrieben. Deutschlands Unterschrift fehlt noch!

Ute Rippel-Lau

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Mitglied im Vorstand der IPPNW
E-Mail: uterippel-lau@web.de

Alle Hamburger Ärztinnen und Ärzte sind herzlich eingeladen zu unserem diesjährigen IPPNW-Jahreskongress vom 29. April bis zum 1. Mai 2022 in der Kassenärztlichen Vereinigung, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Das Leitthema: Ukraine-Krieg – Möglichkeiten der Deeskalation. Anmeldung und Programm unter: ippnw.de/bit/mv

Bild und Hintergrund

45 Jahre Karotis-Angioplastie: von der Idee zur Standardtherapie

Pionierarbeit Es bedurfte vieler innovativer Entwicklungsschritte, bis Karotisstenosen durch Katheterdilatation beseitigt wurden. Der Pionier der Karotisintervention, Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus Mathias, wirft einen Blick auf die Geschichte.

Vor genau 45 Jahren beseitigte Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus Mathias erstmals mit einer Katheterdilatation eine Karotisstenose. Der Eingriff bei der damals 33-jährigen Patientin verlief komplikationslos – und Mathias wurde zu einem der Pioniere der Karotisintervention. Doch die Geschichte der minimalinvasiven Behandlungen von Gefäßverengungen reicht noch weiter zurück und erforderte verschiedene Entwicklungsschritte – auch in Bezug auf die Kathetersysteme. Prof. Mathias lässt die Geschichte der Karotis-Angioplastie Revue passieren.

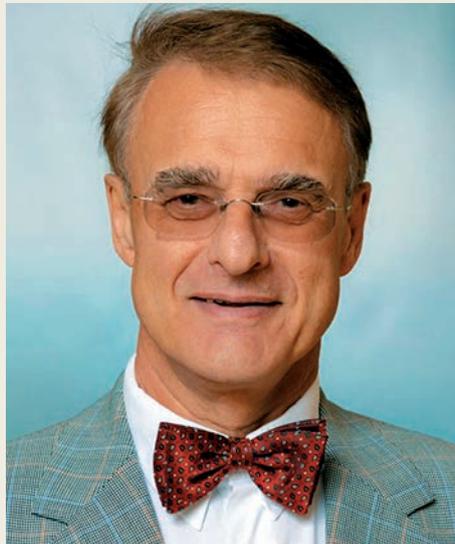
Ein Pionier erzählt

Am 16. Januar 1964 führte der US-amerikanische Radiologe Charles T. Dotter (1920–1985) bei einer 83 Jahre alten Patientin die erste PTA durch (1). Sie wurde mit einem schmerzenden linken Fuß eingeliefert – ein nichtheilender Ulkus, ein fortgeschrittenes Gangrän und der generell schlechte Allgemeinzustand der Patientin kontraindizierten eine rekonstruktive Chirurgie. Doch Dotter, der nach diagnostischer Angiografie eine kurze segmentale Stenose der Arteria femoralis superficialis erkannt hatte, weitete die Stenose mithilfe eines koaxialen Kathetersystems – und läutete damit eine neue Ära in der Behandlung von peripheren arteriosklerotischen Läsionen ein.

Nachteil von Dotters Besteck war der Durchmesser: 4 Millimeter mit entsprechend großen Punktionsöffnungen und langen Kompressionszeiten, um eine Blutung zu verhindern. Auch war das Kathetersystem aufgrund des geringen Durchmessers ungeeignet, verengte Beckenarterien zu behandeln. Der Radiologe Werner Porstmann (1921–1982) entwickelte den nächsten Schritt. Er schuf 1973 den Caged-Balloon-Katheter, bei dem ein Fogarty-Balloonkatheter, wie ihn Gefäßchirurginnen und -chirurgen zur Thrombektomie nutzen, in einen größeren Katheter platziert wurde,

der auf Höhe des Ballons Längsschlitze hatte (2). Der Ballon formte sich in der Stenose dadurch nicht mehr sanduhrförmig, sondern spreizte die Stege des Außenkatheters und konnte so Stenosen weiten.

Der nächste Entwicklungsschritt war revolutionär. Der Kardiologe und Angiologe Andreas Grüntzig (1939–1985) bekam von einem Ingenieur der Technischen Universität Zürich 1974 den Hinweis, dass



Prof. Dr. Dr. h. c. Klaus Mathias
Facharzt für Radiologie, Schwerpunkt
Neuroradiologie, war zuletzt in der Angiologie der
Asklepios Klinik St. Georg tätig

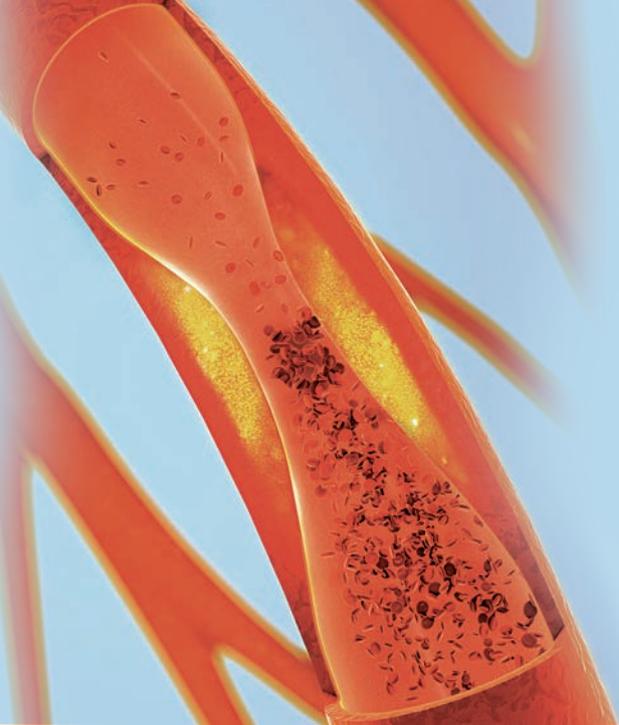
es feste Kunststoffschläuche gebe, die man auf Katheter aufziehen könne. Wenn man diese am Ende zu einem länglichen Ballon formt, dem man bei der Herstellung einen bestimmten Durchmesser gibt, lassen sich Arterienverschlüsse und -stenosen von 3 bis 10 Millimeter Durchmesser perkutan behandeln (3). Die ersten Dilatationskatheter stellte Grüntzig selbst in der Küche her. Schließlich fand er eine kleine Manufaktur,

die Firma Schneider, die diese Katheter produzierte.

Die Dotter-Technik der Revaskularisation wurde in den 1960er-Jahren vom Radiologen Eberhard Zeitler (1920–2011), damals in Engelskirchen (Nordrhein-Westfalen) tätig, nach Deutschland gebracht (4). Nachdem ich einen Vortrag von ihm gehört hatte, besuchte ich ihn eine Woche lang, um die Technik der perkutanen transluminalen Rekanalisation (PTR) zu erlernen. In der Folge behandelte ich damit im Städtischen Krankenhaus Landshut 17 Patientinnen und Patienten mit Femoralisverschlüssen. 1974 las ich die Publikation von Grüntzig und mir wurde schlagartig klar: Das würde die Zukunft der Angioplastie werden! Der Katheterdurchmesser war geringer als der des Dotter-Bestecks. Außerdem war neben den variablen Ballondurchmessern der Katheter flexibel und konnte um Kurven geführt werden. Damit erschloss sich die Angioplastie eine Behandlung von Aortenseitenästen. Diese Möglichkeit nutzte der Schweizer Kardiologe und Angiologe Felix Mahler in Bern und beseitigte 1975 erstmals eine Nierenarterienstenose (5).

Erprobung der Verfahren

Inzwischen war ich in der Radiologie der Universität Freiburg tätig und hatte dort die Angioplastie bei der peripheren Verschlusskrankheit eingeführt, die erste Nierenarterienstenose in einer Transplantatniere und erstmals einen Verschluss der A. subclavia beseitigt (6–8). Mein damaliger Chef Prof. Werner Wenz akzeptierte meinen Plan, das Verfahren auch bei Stenosen der A. carotis zu erproben. Das geschah zunächst tierexperimentell mit verschiedenen Stenosemodellen (Abb. 1). Als ich die Ergebnisse dieser Versuche auf einem Neuroradiologenkongress vorstellte, stand ein älterer Herr auf und sagte: „Der junge Mann weiß gar nicht, was er tut.“



Sonderdruck aus FORTSCHRITTE DER MEDIZIN 85. Jg., Nr. 15 vom 21. 4. 1977, S. 1007–1011

Ein neuartiges Katheter-System zur perkutanen transluminalen Angioplastie von Karotisstenosen

Von K. Mathias

Aus der Abteilung für Röntgen (Direktor: Prof. Dr. J. Vollmar)

Sehr geehrter, lieber Herr Wenz,

anlässlich der Mitgliederversammlung der Sektion Gefäßchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist auf Antrag mehrerer Mitglieder die **D e h n u n g s b e h a n d l u n g** von Karotisstenosen mittels Gefäßkatheter eingehend diskutiert worden. Es wurde hierbei von allen mit der Karotischirurgie befaßten Mitgliedern die Meinung vertreten, daß dieses Behandlungsverfahren ein nicht vertretbares Risiko des iatrogenen Schlaganfalls durch Mikroembolien einschließt und daher keine Alternative zu einem operativen Vorgehen darstellt. Als derzeitiger Vorsitzender der Sektion bin ich von der Mitgliederversammlung beauftragt worden, Ihnen das Ergebnis dieser Stellungnahme schriftlich mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

(Prof. Dr. J. Vollmar)

Abb. 1: Erste Publikation zur experimentellen Katheterdilata-tion von Karotisstenosen

Abb. 2: Brief des Vorsitzenden der Sektion Gefäßchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie an Prof. Dr. Werner Wenz

Die Angioplastie der A. carotis sollte sofort eingestellt werden. Das kann nur Schlaganfälle produzieren.“ Wenig geschmeidig erwiderte ich: „Ich habe über erfolgreiche Tierexperimente berichtet und bislang noch keine Patienten behandelt. Aber hätten wir nicht immer wieder Neues probiert, wären wir noch im Mittelalter.“ Doch meine der jugendlichen Frechheit geschuldete Erwid-erung beruhigte den Herrn nicht. Seine Reak-tion erreichte meinen Chef nach kurzer Zeit in Form eines offiziellen Schreibens des Vor-stands der Sektion Gefäßchirurgie der Deut-schen Gesellschaft für Chirurgie (Abb. 2). Prof. Wenz ließ mich kommen und zeigte mir den Brief. Dann sagte er: „Mach weiter, aber sei vorsichtig.“

12. April 1977: der erste Fall

Wenig später wurde ich zu Prof. Dr. Volker Schlosser gerufen, dem Leiter der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie. Er stellte mir jene eingangs erwähnte 33-jährige Patientin vor, die an transienten ischämischen Attacken litt. Ur-sache war eine fibromuskuläre Dysplasie, die sich in die distale A. carotis interna erstreck-te und damit gefäßchirurgisch nur schwer zu beseitigen gewesen wäre. „Sehen Sie die Mög-lichkeit, die septenartigen Stenosen mit einer Katheterdilata-tion zu beseitigen“, fragte er. Ich antwortete, dass ich es versuchen würde. Wie klärt man eine Patientin über einen Ein-griff auf, den man bislang nur im Tierexpe-riment durchgeführt hat? Trotz ihrer Beden-ken stimmte die Patientin schließlich zu. Und so gelang es mir am 12. April 1977 erstmals, mit der Katheterdilata-tion Karotisstenosen zu beseitigen. Der Eingriff verlief komplika-tionsfrei. Die Patientin und die beteiligten Ärzte waren zufrieden.

Einige Monate später wurde ich in der Uni-versitätsklinik Freiburg zu einer Konferenz gerufen, an der ein Gefäßchirurg, ein Neu-

rologe und ein Kardiologe teilnahmen. Es ging um einen 65-jährigen Patienten mit symptomatischer Karotisstenose, aber auch zwei Herzinfarkten in der Vorgeschichte. Der Kardiologe entschied, dass der Patient klinisch stabil sei und operiert werden könne. Die Karotisstenose wurde erfolgreich beseitigt, der Mann verstarb jedoch 3 Tage später an einem weiteren Herzinfarkt.

Als der nächste Patient mit symptomati-scher Karotisstenose und koronarer Herz-krankheit kam und die Therapieoptionen diskutiert wurden, wurde entschieden, eine Katheterdilata-tion zu versuchen. Da ich eine Embolisation von Plaquematerial auf jeden Fall vermeiden wollte, wählte ich einen mit

brale Protektionssysteme fehlten noch. Nach Sondierung der A. carotis communis brach-te ich einen langen Führungsdraht ein und platzierte dessen Spitze in der A. carotis exter-na. Über diesen Führungsdraht tauschte ich den Diagnostikkatheter gegen den Ballon-katheter, zog dann den Draht zurück in die A. carotis communis und schob ihn vorsich-tig durch die arteriosklerotische Stenose. Der Ballonkatheter wurde anschließend in die Stenose vorgeführt und die Verengung mit der Ballondilatation geweitet. Die Kon-trollangiografie zeigte eine geringe Restste-nose, die dort verblieb (Abb 3 a und b). Der Patient erholte sich rasch und konnte bereits zwei Tagen später nach Hause entlassen werden.

Von da an wurden mir immer wieder Patien-tinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose und zugleich gravierender Komorbidität vorgestellt. 1978 waren es 6, im Folgejahr behandelten wir schon 15 Ka-rotisstenose-Patientinnen und -Patienten erfolgreich mit der Ballondilatation (9–11). Es folgten Einladungen zu gefäßchirurgi-schen Kongressen im In- und Ausland, weni-ger, um sich über diese alternative Thera-piemöglichkeit zu informieren als um einen „Prügelknaben“ zu haben. Alle Argumente gegen die Ballondilatation der Karotisstenose kannte ich schon nach der ersten Diskus-sion und wusste darauf zu antworten. Mein bestes Argument war der Hinweis, dass mir meine Patientinnen und Patienten von den Freiburger Gefäßchirurgen – also von ihren Fachkolleginnen und -kollegen – zugewie-sen wurden.

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

Prof. Dr. Dr. h.c. Klaus Mathias
Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie
E-Mail: klausmathias@t-online.de



Abb 3: Ein 68-jähriger Patient mit symptomatischer arteriosklerotischer Karotisstenose (a) war nach der Katheterdilata-tion (b) trotz noch mäßiger Reststenose symptomfrei

4 Millimetern Durchmesser unterdimensio-nierten Ballon für die Angioplastie. Es gab zu dieser Zeit noch keine langen Schleusen und steuerbare Führungsdrähte. Auch zere-

DER BLAUE HEINRICH

Auszüge aus „Grundfarbe Deutsch. Warum ich dahin gehe, wo die Rassisten sind“ von Umes Arunagirinathan, S. 182 ff., Rowohlt Polaris Verlag, 240 Seiten, 17 Euro

ausgewählt von Katja Evers

Deutsch in Deutschland

Es war gut, dass mein Fluchtziel Deutschland war und ich auch dort geblieben bin. Die meisten Tamilen wollen sich irgendwo im englischsprachigen Raum niederlassen, sprachlich und historisch liegt er ihnen näher. Deshalb leben so viele in Großbritannien, Kanada und den USA. Ich glaube nicht, dass ich in England so englisch geworden wäre, wie ich heute deutsch in Deutschland bin. Hier in Deutschland leben vergleichsweise wenige Tamilen, daher war ich auch gezwungen, Deutsch zu verstehen und zu sprechen. Es geht ja nicht nur um die Sprache, sondern auch um die Werte, die sich mit der hergebrachten Kultur verbinden und die in die neue Heimat teilweise nicht passen. Ich sehe an meinen Geschwistern, wie tamilisch sie im Vergleich zu mir sind. Mein Bruder etwa ist ein sehr freundlicher, offener Mensch, aber in Bezug auf seine Religion sehr streng. Er rät unserer Schwester: Schick deine Kinder nicht in eine andere



Stadt zum Studieren, sie kommen dort unter die Räder und verlieren ihre Werte. Ich sage: Schick sie dahin, wo sie glücklich sind. Wenn meine Geschwister Geburtstag feiern: Die Runde besteht aus Tamilen. Wenn ich feiere: Die Runde ist äußerst bunt. Ich gebe zu, dass auch ich in mancher Hinsicht tamilisch geliebt bin, etwa was die Verantwortung für die Familie angeht. Da denke ich überhaupt nicht deutsch. Als Schüler und Student habe ich schon Geld nach Hause geschickt, als es wirklich extrem hart für mich war. Als Assistenzarzt verdiente ich regelmäßig, da wurde es etwas leichter. Allerdings stiegen die Zuwendungen mit der Zeit an, da mein Vater auf eine regelmäßige Dialyse angewiesen war, viele Medikamente benötigte und schließlich längere Zeit im Krankenhaus

verbrachte ... Bis heute tritt immer irgendwas ein, was finanziell geregelt werden muss. Sei es, dass meine Londoner Schwester einen Laden eröffnen oder mein Bruder mit seiner Frau umziehen will. Ich glaube, meine Familie hat mich seit meiner Ankunft in Deutschland als Unterstützungsinstitution gesehen – nicht in erster Linie als den Jungen, der sich in Deutschland zurechtfinden muss. Aber ich beschwere mich nicht, ich empfinde es als richtig so. Es macht mich glücklich, wenn ich meiner Mutter und meinen Geschwistern helfen kann. Meine deutschen Freunde haben oft Mühe, das nachzuvollziehen. Im Grunde verstehen sie es nicht. Die Deutschen sind viel individueller in der Selbst- und Lebensbestimmung, die Familie spielt oft nicht so eine große Rolle wie bei uns. Materielle Zuwendungen sind eher unüblich und unter Geschwistern noch seltener. Mit meinen Freunden, die Wurzeln im Iran oder in Afghanistan oder ähnlichen Ländern haben, kann ich hingegen sehr gut darüber sprechen. Bei ihnen läuft es genauso. Meine deutschen Freunde staunen: „Was, so viel Geld? Warum denn? Wofür?“ Für die anderen ist es ganz selbstverständlich: „Ja, das ist doch deine Familie.“ Es wirkt auf manchen vielleicht sehr materiell, wenn Zuneigung oder Verbundenheit durch Überweisungen ausgedrückt werden. Das stimmt wohl zum Teil, aber es ist auch ein Zeichen großen Vertrauens. Es beweist, dass man Verantwortung übernimmt, dass der andere sich auf mich verlassen kann. Meine Geschwister glauben, dass ich leichter diese Verantwortung tragen kann als sie, weil ich Arzt bin. Sie haben falsche Vorstellungen von meinem Einkommen. Das ist mir aber egal. Ich fühle mich gut dabei, sie zu unterstützen, weil ich dankbar dafür bin, dass ich damals weggeschickt wurde.

In seinem dritten Buch erzählt der 1978 auf Sri Lanka geborene Herzchirurg Dr. Umes Arunagirinathan, mit welchen Schwierigkeiten farbige Menschen in Deutschland zu kämpfen haben. Mit 13 Jahren flüchtete er nach Deutschland, studierte in Lübeck Medizin, arbeitete als Assistenzarzt in Hamburg und ist heute Funktionsoberarzt im Klinikum Links der Weser in Bremen.

Impressum

Offizielles Mitteilungsorgan
der Herausgeber
Ärztekammer Hamburg und
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Schriftleitung**Für den Inhalt verantwortlich**

Prof. Dr. Sigrid Nikol
PD Dr. Henrik Suttman

Redaktion

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

Redaktion und Verlag

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

Anzeigen

elbbüro
Stefanie Hoffmann
Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg
Telefon: 040 / 33 48 57 11
Fax: 040 / 33 48 57 14
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com
Internet: www.elbbuero.com
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 52
vom 1. Januar 2022

Anzeigenschluss

Textteilanzeigen: 14. April 2022
Rubrikanzeigen: 20. April 2022

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 Manu-
skripte wird keine Haftung übernommen.
Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

Grafische Konzeption

Michael von Hartz (Titelgestaltung)

Redaktionsschluss

Maiheft: 14. April 2022

Das nächste Heft
erscheint am
13. Mai 2022

Druck

Eversfrank Preetz
Auflage: 20.261



Nothilfe Ukraine



Jetzt spenden!

Es herrscht Krieg mitten in Europa. Millionen Kinder, Frauen und Männer bangen um ihr Leben und ihre Zukunft.

Aktion Deutschland Hilft leistet den Menschen Nothilfe. Gemeinsam, schnell und koordiniert. **Helfen Sie jetzt – mit Ihrer Spende.**



Spendenkonto: DE62 3702 0500 0000 1020 30

Spenden unter: www.Aktion-Deutschland-Hilft.de



International



wirkt
weltweit.



Hilfe zur Selbsthilfe



**Aktion
Deutschland Hilft**

Bündnis deutscher Hilfsorganisationen

Mitteilungen

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Einsetzung des Wahlausschusses für die Kammerwahl der Delegiertenversammlung 2022

Hiermit gibt der Vorstand der Ärztekammer Hamburg gemäß § 5 Abs. 1 und 2 der Wahlordnung der Ärztekammer Hamburg bekannt, dass er den folgenden Wahlausschuss eingesetzt hat:

Sven Hennings, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, vorsitzendes Mitglied (Wahlleiter)

Dr. Markus Plantholz, Fachanwalt für Medizinrecht, stellvertretendes Mitglied (stellv. Wahlleiter)

Ärztliche Mitglieder

Dörte Collatz
Dr. Ulrich Müllerleile
Dr. Wilm Rost
Cosima Vieth

Stellvertretende ärztliche Mitglieder

Prof. Dr. Hanswerner Bause
Gabriele Hatje
Prof. Dr. Jochen Kußmann
Dr. Tatjana Tafese

2. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Ärztekammer Hamburg vom 12. September 2018

Aufgrund von § 6 Abs. 6 i.V.m. § 57 S. 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl. S. 495), zuletzt geändert am 17. Dezember 2018 (HmbGVBl. 2019, S. 5,9) hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 06. Dezember 2021 die Zweite Satzung zur Änderung der Gebührenordnung beschlossen, die die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg am 23.02.2022 gem. § 57 HmbKGGH genehmigt hat.

§ 1

Die Anlage zu § 2 Absatz 2 – Gebührenverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. In Nr. 2.5 erhält Lit. b) folgende Fassung:

„b) Fortgeltung und Überprüfung der Anerkennung als Supervisor/
Selbsterfahrungsleiter 100,00 Euro“

2. Hinter Nr. 2.5. wird folgende Nr. 2.6 angefügt:

„2.6. Anerkennung eines Weiterbildungskurses
a) Erstantrag 100,00 Euro
b) Erweiterung 30,00 Euro

3. In Nr. 7.3 wird der Betrag „1,90 Euro“ in „2,30 Euro“ geändert.

4. Hinter Nr. 7.4 wird folgende Nr. 7.5 angefügt:

„7.5 Durchführung einer Visitation durch Peers /
je begangener Einrichtung 600,00 Euro“

§ 2

Diese Satzung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf die Veröffentlichung im Hamburger Ärzteblatt folgt.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 06. Dezember 2021 die vorstehende Satzung beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 23. Februar 2022 die Genehmigung erteilt. Die vorstehende 2. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Ärztekammer Hamburg wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt Hamburg, den 03. März 2022

gez. PD Dr. med. Birgit Wulff
Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg

3. Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Ärztekammer Hamburg vom 20. Februar 2006 i. d. F. v. 14. Juni 2021

Aufgrund von § 6 Abs. 6 i.V.m. § 57 S. 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe vom 14. Dezember 2005 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Teil I v. 20.12.2005, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 17.12.2018 (HmbGVBl. 2019 S. 5,9) hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 06. Dezember 2021 diese 3. Satzung zur Änderung der Wahlordnung beschlossen, die die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration am 23.02.2022 genehmigt hat.

§ 1

§ 6 Absatz (Wahlvorschläge) wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „fünfzig“ durch das Wort „dreißig“ ersetzt.

§ 2

Diese 3. Satzung zur Änderung der Wahlordnung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf die Verkündung im Hamburger Ärzteblatt folgt.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 06. Dezember 2021 die vorstehende Satzung beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 23. Februar 2022 die Genehmigung erteilt. Die vorstehende 3. Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Ärztekammer Hamburg wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt Hamburg, den 03. März 2022

gez. PD Dr. med. Birgit Wulff
Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

HIV-Qualitätszirkel der KVH

Der nächste Termin des HIV-Qualitätszirkels findet statt am

Mittwoch, 18. Mai 2022, 18 Uhr
voraussichtlich in der
**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Saal 5/6 (GG),
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg**

Für evtl. Rückfragen melden Sie sich bitte unter E-Mail praxisberatung@kvhh.de
oder Tel.-Nr. 040 - 228 02-572.

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“.

Amtliche Bekanntmachung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ ab dem 20.04.2022 Folgendes bekannt gegeben.

Wahlvorschläge für die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der Vertreterversammlung und für die Kreisobleute

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung.
Bitte wenden Sie sich hierzu an petra.marbs@kvhh.de.

Personelle Veränderungen bei den Mitgliedern der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für die Amtsperiode vom 01.01.2017 bis 31.12.2022

Zu den bisher veröffentlichten Aufstellungen der Vertreterversammlung wird hiermit folgende Änderung bekannt gegeben:
Herr Dr. med. Wolfgang Wesiack scheidet mit Wirkung zum 01.04.2022 als Mitglied aus der Vertreterversammlung aus.
Dadurch ergeben sich folgende Veränderungen:

Liste 2

Mitglied

1. Dr. med. Dirk Heinrich
2. Dr. med. Michael Reusch
3. Dr. med. Sven-Holger Kühn
4. Dr. med. Heinz-Hubert Breuer
5. Dr. med. Andreas Bollkämper
6. Dr. med. Michael Rösch
7. Dr. med. Henrik Suttmann
8. Dr. med. Philip Krefsin
9. Dr. med. Bernward Heidland
10. Prof. Dr. med. Jörn Sandstede
11. Dr. med. Imke Mebes

Stellvertreter

1. Dr. med. Florian Graßmann
2. Dr. med. Alexander Braun
3. Dr. med. René Rückner
4. Dr. med. Matthias Riedl
5. Dr. med. Thomas Begall
6. Dr. med. Clemens Flamm
7. Jürgen Vogt
8. Dr. med. Ulrich Machate
9. Dr. med. Hans-Henning Bräuer
10. PD Dr. med. habil. Katharina Tiemann
11. Jörg-Michael Wennin

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



Anzeigenschlusstermin
Ausgabe Mai 2022

20. April 2022



Stellenangebote

BG Klinikum Hamburg

Das BG Klinikum Hamburg ist eine von einem BG Unterkliniken in Deutschland. Die Hauptaufgabe der Klinik besteht in der Wiederherstellung und Rehabilitation von Patienten mit Arbeits- und Ingegnierunfällen sowie Berufsunfähigkeit. Das Klinikum „Stöberwiese“ umfasst eine von rund 2.000 hochqualifizierten Mitarbeitern geleitete, die einer klinischen ein kompetentes Leistungsspektrum von ambulanten und stationären Behandlungsmaßnahmen täglich umfasst.

Zwei nächstfolgenden Zeitpunkt suchen wir für unser Zentrum für Rehabilitationsmedizin - Fachübergreifende Physiotherapeuten einen

Arzt (m/w/d) – RF129

mit 42 Stunden Woche, unbefristet

Das Konzept der Abteilung ist ein interdisziplinäres Team der Rehabilitation in der Phase der erkrankungsorientierten Behandlung auf einer eigenständigen ABC-Isolierte Station parallel zu einer stationär-medizinisch nach notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Ihre Aufgabenbereiche umfassen u. a.:

- Mitarbeit entsprechend des Konzepts der Individualisierungsorientierten Patientenrehabilitation im Rahmen des, einschließlich der ABC-1, Rehabilitationsstation der Physiotherapie
- aktive Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Beteiligung an der Qualitätssicherung
- Koordination der fachlichen Zusammenarbeit
- Erstellung von Behandlungsplänen, Versorgung, rehabilitativen Assessment, Abschlussskizzen und Berichten.

Ihre Kompetenzen:

- Interesse am Umgang mit schwerkranken Patienten
- ausgeprägte Teamfähigkeit
- Erfahrung in der stationären, Neurologie, Neurochirurgie oder Chirurgie anderer NAC (neurologisch, orthopädisch, aber nicht Voraussetzung)
- Kenntnisse der fachlichen Zusammenhänge Physiotherapie und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinmedizin

Unser Angebot:

- die volle Weiterbildungsmöglichkeit für die Gastroenterologie, Phlebologie und Rehabilitative Medizin sowie 1 Jahr Neurologie, 1,5 Jahre Innere Medizin und 1 Jahr Chirurgie/Orthopädie
- die Stelle kann auch im Rahmen des Weiterstellungsverfahrens, Allgemeinmedizin besetzt werden. Es können für die Deckung der Gastroenterologie, Phlebologie, 0,5 Jahre Allgemeinmedizin, 1,5 Monate Physiotherapie und Rehabilitative Medizin
- im Rahmen des Weiterstellungsverfahrens besteht eine Kooperation mit dem Rehabilitationszentrum Allgemeinmedizin

Die Wägen von Menschen mit Behinderung entspricht unserem Selbstverständnis und wir begrüßen daher Ihre Bewerbung.

Entgeltgruppe: AI - A2 TV-Ärzte 90 (Wahlort)

Für ergänzende Informationen bitten wir den Chefarzt der Fachambulanz Rehabilitations, Herr Dr. von der Weyer, unter der Telefonnummer 040 7306 28 16 oder 28 17 (siehe zur Verfügung) zu kontaktieren.

Ihre vollständige Bewerbung richten Sie bitte bis zum 18.05.2022 an:
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg | Bitte ausschließlich als PDF-Datensatz
Weitere interessante Informationen finden Sie unter:

Stellenangebote (Forts.)

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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 Personalmanagement
- Dazu gehören auch die Beratung unserer Mitglieder im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren 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 Facharztbildung (vorzugsweise der Allgemeinmedizin) sowie über Erfahrungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Sie besitzen Kenntnisse der Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems sowie idealerweise 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
- Sie verfügen über ausgeprägte Kommunikationskompetenzen sowie eine hohe Team- und Serviceorientierung
- Sie sind durchsetzungsstark und verfügen über ein hohes Maß an persönlichem Engagement
- Die Bereitschaft sich verfahrensspezifische Arbeitsabläufe und fachliches Wissen kurzfristig anzueignen rundet Ihr Profil ab

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

Bewerberinnen von schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen sind erwünscht.

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

Sie freuen sich auf Ihre vollständige schriftliche Bewerbung unter Angabe der Kennziffer PB 07.2021 per Post oder per E-Mail ausschließlich als PDF-Datensatz an bewerbung@kvh.de. Bewerbungen, die Dokumente in anderem Formatat beinhalten, können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg - Personalabteilung - Humboldtstraße 56 - 22083 Hamburg



Für unser präventivmedizinisch ausgerichtetes Diagnostikzentrum „Conradia Medical Prevention Hamburg“ (vormals MPCH Medizinisches Präventions-Centrum Hamburg) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt unbefristet in Vollzeit oder Teilzeit eine/n:

Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin (gn)

Die Conradia Medical Prevention Hamburg zeichnet sich aus durch:

- innovative, ganzheitliche High Tech-Medizin in gehobenem Ambiente;
- ein erfahrenes, kollegiales Team (> 15.000 durchgeführte Gesundheitschecks);
- Interdisziplinarität (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Radiologie, Dermatologie, Augenheilkunde und Neurologie unter einem Dach);
- geregelte Arbeitszeiten, keine Wochenende- und Nachtdienste;
- unbefristeter Arbeitsvertrag;
- ein attraktives Gehalt

Für weitere Informationen steht Ihnen Prof. Dr. Christoph M. Bamberger, Direktor von Conradia Medical Prevention Hamburg, gerne zur Verfügung.

Nähere Informationen zu unserem Präventionszentrum finden Sie auch unter www.mpch.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung, per E-Mail an: c.bamberger@conradia-checkup.de

CONRADIA Medical Prevention Hamburg
z. Hd. Prof. Dr. C. M. Bamberger
Falkenried 88 · 20251 Hamburg



Zur **Verstärkung** unseres Teams in der **Neurorehabilitation** suchen wir zum nächstmöglichen Termin Sie als:

Oberärztin/Oberarzt Neurologie (m/w/d)
neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation

in Voll- oder Teilzeit.

Die Abteilung für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) verfügt über 37 stationäre Betten einschließlich 10 Überwachungsplätze sowie 6 Intensivbeatmungsbetten für das neurologische Weaning. Das Zentrum für Neurorehabilitation und Geriatrie verfügt darüber hinaus über 101 stationäre Betten und 20 teilstationäre Tagesklinik-Plätze mit den Schwerpunkten Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation sowie einer Palliativeinheit (6 Betten).

Gut zu wissen: Gelegen in Hamburg Mitte ist Groß-Sand ein Krankenhaus in einem wachsenden Stadtteil. Ein guter Ausgangspunkt, um von Hamburgs zahlreichen Stadtteilen kurzwegig erreicht zu werden.

Für Rückfragen steht Ihnen Chefarzt Dr. med. Andreas Wefel – Zentrum Neurorehabilitation und Geriatrie – unter der Rufnummer 040 / 75 205 – 371 gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen, die Sie an bewerbung@gross-sand.de richten können.



Hippokratischer Eid statt bürokratisches Leid

Sind Sie Fachärzt:in für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin?
Unsere Praxen sind genau das Richtige für Sie.

Wir bieten:

Modernste Hausarztpraxen

Zentrale Räume in Altona, Barmbek, Winterhude, Neugraben, Wilhelmsburg

Fokus auf die Medizin

Sie haben Zeit für Ihre Patient:innen. Administrative Aufgaben betreuen wir zentral.

Eigene Software

Sie behandeln. Unsere eigens entwickelten Apps machen viele Schritte einfacher und schneller.

Attraktive Vergütung

Überdurchschnittliches festes Gehalt.

Sehr gute Bedingungen

30 Tage Urlaub, geregelte Arbeitszeiten, Teilzeit-Modelle, Weiterbildungen etc.

Bewerben Sie sich einfach

www.avimedical.com/aerzte

Habib Fussi
+49 152 090 688 23
habib.fussi@avimedical.com



AVi Medical



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

Für unser **Institut für interdisziplinäre Medizin (ifi) in Hamburg** suchen wir zur Verstärkung unseres engagierten Teams zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** in Vollzeit einen

Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin gerne mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie

Am ifi-Institut bietet ein interdisziplinäres Team von Ärzten Diagnostik, Therapie und Beratung auf hohem medizinischen Niveau an. Das Institut ist eines der größten ambulanten Zentren für Infektiologie und Hepatologie in Deutschland. Ein besonderes Merkmal der Einrichtung ist die enge Verzahnung ambulanter und stationärer Medizin, die hier modellhaft verwirklicht wurde.

Wir wünschen uns von Ihnen:

- Erfahrung in der Behandlung von Infektionskrankheiten
- Umfangreiche Kenntnisse in der Therapie von HIV und STIs
- Interesse an klinischen Studien
- fundiertes Fachwissen
- Teamgeist
- engagierte Persönlichkeit
- kommunikative Fähigkeiten
- soziale Kompetenzen

Wir bieten Ihnen:

- Weiterbildungsbefugnis im Umfang von 12 Monaten für die Zusatzbezeichnung Infektiologie
- ein kollegiales Arbeitsumfeld
- eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Aufgabe
- selbstständiges und unabhängiges Arbeiten
- die Chance die infektiologische Ausrichtung zu stärken und selbst zu gestalten
- einen sicheren und zukunftsorientierten Arbeitsplatz
- Möglichkeiten der internen und externen Fort- und Weiterbildung
- ein attraktives, leistungsgerechtes Gehalt

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr Dr. Peter Buggisch als Ärztlicher Leiter per E-Mail unter buggisch@ifi-medizin.de zur Verfügung.

Sie wollen aktiv mitgestalten? Dann bewerben Sie sich gleich heute mit Ihren vollständigen Bewerbungsunterlagen inklusive frühestmöglichem Eintrittstermin per E-Mail an dorina.hinzpeter@amedes-group.com.

Wir sind eine schrecklich nette Hausarztpraxis mitten in St. Georg.

Wir suchen ab sofort zur Verstärkung einen

FA Allgemein/Innere Medizin (m/w/d)

Wir bieten in unseren großen modernen Praxisräumen ein breites Spektrum der Allgemeinmedizin, flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten sowie faire Bezahlung. KV Sitz ist vorhanden.

Wir freuen uns auf Deine Bewerbung an info@hh-hausarzt.de



Praxis Dres. Yousofy/Niedermeyer
Tel. 040 - 24 35 04 • www.hh-hausarzt.de



Die **CURSCHMANN KLINIK** ist ein bundesweit renommiertes Rehabilitationszentrum für Kardiologie und Angiologie in bester Lage unmittelbar am Strand. Die Klinik verfügt über 169 Betten, inkl. einer Überwachungseinheit mit 4 Monitorplätzen. Zusätzlich besteht eine enge Kooperation mit dem UKSH Lübeck im Rahmen einer neurologisch geführten Station zur Parkinson-Behandlung.

Während der Anschlussheilbehandlungen versorgen wir alle Krankheitsbilder des kompletten kardiologischen und angiologischen Spektrums. Dabei steht die individuelle und ganzheitlich ausgerichtete Rehabilitation unserer Patienten im Vordergrund. Wesentliche Voraussetzung für den nachhaltigen Therapieerfolg ist eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften. Die langfristige Genesung der Patienten liegt uns am Herzen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Oberarzt (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit (flexible Arbeitszeitgestaltung möglich).

Ihre Aufgaben:

- Betreuung der kardiologischen Rehabilitanden
- Durchführung ärztlicher Tätigkeiten auf den Stationen
- Planung und Durchführung von Diagnostik und Therapie
- Teilnahme am Bereitschaftsdienst
- Ausbildung der Assistenzärzte in Weiterbildung
- Weiterentwicklung der Abteilung

Wir wünschen uns:

- Facharzt für Innere Medizin mit kardiologischer Erfahrung (Teilgebiet Kardiologie oder Diabetologie wünschenswert)
- Interesse am rehabilitativen Behandlungsspektrum (insbesondere AHB)
- Freude an der Zusammenarbeit im Team und Einbringen individueller Stärken
- eine kommunikative Persönlichkeit mit Engagement und menschlich-sozialer Kompetenz

Wir bieten:

- flexible Arbeitszeitgestaltung zur idealen Kombination von Beruf, Familie und Freizeit
- attraktives Vergütungssystem
- gute Arbeitsatmosphäre in einem motivierten engagierten Team
- aktive Mitgestaltung des Arbeitsplatzes
- Möglichkeit zur Teilnahme an rehabilitationswissenschaftl. Projekten und zur Promotion
- Nutzung der hausinternen Sportangebote
- küstennahe Umgebung mit hohem Freizeitwert
- Kinderbetreuung sowie alle Schulformen sind am Ort vorhanden

Wir freuen uns auf Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen mit Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins. Für Rückfragen steht Ihnen Herr Prof. Schwaab unter Tel. 04503- 602-601 oder schwaabb@dr.guth.de sehr gerne persönlich zur Verfügung.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung z.Hd. Prof. Dr. B. Schwaab an:

CURSCHMANN KLINIK · Saunaring 6 · 23669 Timmendorfer Strand
www.curschmannklinik.de

FA für Allgemein/Innere Medizin(w/m/d) in TZ/VZ (flexibel) von hausärztlicher Praxis gesucht.

Flexible Urlaubs-/Arbeitszeit. Support ihrer ärztlichen Tätigkeit durch freundliche, zuverlässige und sehr selbstständig arbeitende MFA: (DMP-Doku, Abrechnungsziffern, Hausbesuche).

Geboten werden Incentives wie HVV-Ticket, Job-Rad, Stellplatz.
Ich freue mich über eine Kontaktaufnahme unter 0179/ 821 42 53



Der Kreis Herzogtum Lauenburg sucht für eine unbefristete Vollzeitstelle **zum nächstmöglichen Zeitpunkt** eine*n

Facharzt*Fachärztin (m/w/d) für Öffentliches Gesundheitswesen, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin

Wir bieten Ihnen:

- attraktive Lebensbedingungen in der Metropolregion Hamburg
- interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit mit vielfältigen und großzügigen Weiterbildungsmöglichkeiten
- als Non-Profit-Organisation eine am Gemeinwohl orientierte Arbeit
- die Möglichkeit zu genehmigter Nebentätigkeit
- eine Bezahlung je nach Qualifikation bis zur EG 15 TVöD bzw. A 14 SHBesG
- flexible Arbeitszeiten, die Freiraum für Familie und Hobbys lassen
- 30 Tage Urlaub/Jahr
- kostenfreie Kinder-Notfallbetreuung
- betriebliche Altersvorsorge (VBL)
- betriebliches Gesundheitsmanagement und externe Mitarbeiterberatung

Interesse? Weitere Informationen erfahren Sie unter:
www.kreis-rz.de/Stellenangebote
 Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Nachfolger (m/w/d) für große, gut eingeführte Arztpraxis in Hamburg gesucht

Aus Altersgründen sind mittelfristig zwei Arztsitze für hausärztliche Innere/ Allg. Medizin in Hamburgs charmantem Süden zu vergeben. Für den Übergang wäre auch eine Anstellung des aktuellen, langjährigen Praxisinhabers oder der Interessenten in Teil- oder Vollzeit vorstellbar.

Darüber hinaus sind in der großen, vollständig eingerichteten Praxis mehrere Räume vielseitig nutzbar, so dass auch Kooperationen denkbar sind. Viele Optionen sind denkbar, die ich sehr gerne im persönlichen Gespräch mit Ihnen erörtern würde. Kontaktaufnahme erbeten unter Chiffre B 0308

AUGENARZTPRAXIS in Harburg sucht Entlastungsassistent-in.

Kontakt unter Chiffre E 0326

Sie sind an einer dieser Anzeigen interessiert?

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

Ihre Zukunft liegt im Süden!

Gr. Hausarzt-Zentrum & Diabetes-Schwerpunktpraxis sucht
FA für Allg. Med u./o. Innere (w/m/d), gern Diabetol. DDG
 oder
WBA Allg. Med, Innere u./o. Diabetologie (w/m/d).

VZ o. TZ möglich, übertariff. Bezahlung, großz. Urlaubsregelung, betriebl. AV
 Nette und unkompl. Arbeitsatmosphäre mit flachen Hierarchien.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an Chiffre B 0129

30 Jahre MANHAGEN

Die Klinik der Spezialisten

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

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Termin einen

WEITERBILDUNGSASSISTENTEN ALLGEMEINMEDIZIN (M/W/D) IN VOLL- ODER TEILZEIT

Die Aufgabenbeschreibung

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie Versorgung der Patienten während des stationären Aufenthalts
- Akutversorgung von Komplikationen
- Fachübergreifende Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen
- Einsatz in unserem orthopädisch-unfallchirurgischen MVZ unter Supervision unserer Fachärzte ist möglich

Ihr Profil

- Berufsziel Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d)
- Approbation als Arzt
- Hohe Notfallkompetenz
- Teamfähigkeit, hohe Patientenorientierung sowie Organisationsgeschick

Ihr Ansprechpartner

Bei weiteren Fragen kontaktieren Sie gerne Prof. Dr. Jörg Braun (Ärztlicher Direktor) unter prof.joerg.braun@manhagen.de oder 04102/605-124.

Sieker Landstraße 19 • 22927 Großhansdorf • Online-Bewerbung und weitere Stellenaussagen auf www.manhagen.de/stellenangebote





Wir sind eine Rehabilitationsklinik (incl. AHB) der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie und Pneumologie. Unser Haus ist auf der Nordseeinsel Föhr gelegen und steht für eine innovative und interdisziplinäre Rehabilitation mit hohem Anspruch.

Die Insel hat einen hohen Freizeitwert, alle weiterführenden Schulen sind vorhanden. Es stehen Personalwohnungen und Appartements mit direkter Strandlage zur Verfügung.



Wir bieten

- Einen unbefristeten Vertrag im öffentlichen Dienst mit branchenüblichem Gehalt und betrieblicher Altersvorsorge
- Weiterbildungsmöglichkeit für Sozialmedizin, großzügige Kostenübernahme und Freistellung für weitere Fort- und Weiterbildungen
- Gute Entwicklungs- und Aufstiegschancen in der größten Reha-Klinik-Gruppe Deutschlands
- Selbstständiges, eigenverantwortliches Arbeiten in einem flachen Hierarchiesystem
- Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten durch Reha-Assistent*innen
- Gelebte Familienfreundlichkeit dank verschiedener Arbeitszeitmodellen wie Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung (Work-Life-Balance)
- Großzügige Betriebssportangebote

Sie sind Fachärztin bzw. Facharzt, haben keine Lust mehr auf Routine, Dauerdokumentationen und Regelbetrieb? Sie arbeiten gerne in einem engagierten Team und setzen sich ganz für Ihre Patientinnen ein?

Dann suchen wir Sie als

Facharzt für Gynäkologie (m/w/d)

Sie passen zu uns, wenn

- Sie Freude an kollegialer und interdisziplinärer Zusammenarbeit haben,
- überdurchschnittlich kommunikationsfähig und teamorientiert sind,
- unsere Patienten für Sie im Mittelpunkt stehen,
- Sie sich in die Weiterentwicklung unserer innovativen Konzepte einbringen wollen.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Chefärztin Frau Michaela Hirsch unter Telefon 04683- 6161 oder per E-Mail: michaela.hirsch@drv-bund.de

Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht. Schwerbehinderte Menschen oder ihnen gleichgestellte Bewerber*innen werden bei gleicher Eignung und Befähigung vorrangig berücksichtigt.

Fühlen Sie sich angesprochen? Dann senden Sie Ihre Bewerbungen an: Bewerbungen-Utersum@DRV-Bund.de

Reha-Zentrum Utersum auf Föhr
Uaster Juegem 1 · 25938 Utersum auf Föhr
www.reha-zentrum-utersum.de · www.drv-bund.de

Haben Sie Interesse an Rheumatologie ?



Das MVZ für Rheumatologie und Autoimmunmedizin Hamburg GmbH ist das größte rheumatologische MVZ Norddeutschlands. Für die ambulante Patientenversorgung suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen erfahrenen

Internisten (m/w/d) mit Schwerpunkt Rheumatologie in Teilzeit

Arbeiten Sie im Herzen der Hamburger Innenstadt in unmittelbarer Nähe zur Binnenalster. Ein zweiter Standort liegt in dem Hamburger Elbvorort Blankenese.

Ein Team mit 13 internistischen Rheumatologen, drei Laborärzten, einem Immunologen und einem eigenen klinischen Forschungszentrum mit drei Studienärzten bietet ein ungewöhnlich interessantes Arbeitsumfeld. Neben der Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betreiben wir eine Immundefektambulanz für Erwachsene, eine Studienambulanz und ein eigenes Diagnostiklabor. Unsere klinische Diagnostik umfasst Sonographie, DXA-Messung, EKG, Lungenfunktion und Ergometrie.

Anforderungen:

- Sie sind Internist/in idealerweise mit Facharztanerkennung bzw. Schwerpunktbezeichnung für Rheumatologie und besitzen
- eine freundlich-fröhliche, flexible und teamfähige Persönlichkeit
- gute Deutsch- und Englischkenntnisse

Wir bieten:

- ein spannendes Umfeld und eine Tätigkeit mit Weiterentwicklungsmöglichkeiten
- Fort- und Weiterbildungen
- hohe Wertschätzung als medizinischer Experte (m/w/d)
- bei Interesse Möglichkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten
- angenehme Patienten- und Arbeitsatmosphäre in modernen Räumen und bester Innenstadtlage
- gute Erreichbarkeit im Herzen von Hamburg
- freundliches, harmonisches und kollegiales Team
- attraktive Vergütung

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung. Senden Sie diese bitte an sekretariat@rheuma-hh.de oder kontaktieren Sie uns persönlich/telefonisch.

Weitere Informationen finden Sie auch unter www.rheuma-hh.de

Für unsere Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Standort Lübeck suchen wir Verstärkung:



**VORWERKER
DIAKONIE**
... das ist mein Weg

Arzt/Ärztin in Weiterbildung (m/w/d)

40 h/Woche | Entgeltgruppe I, AVR DD Ärzte
Ausschreibungsnummer: A94-12150-2022

Dipl.-Psychologe oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (m/w/d)

30 h/Woche | Entgeltgruppe E12 | Ausschreibungsnummer: A93-12150-2022

Unsere Benefits

- ✓ Kinderzuschlag von bis zu 100 Euro pro Kind
- ✓ 30 Tage Urlaub pro Jahr
- ✓ Lohnende Zusatzversorgung für die Rente

Jetzt bis 15. Mai 2022 bewerben!
bewerbung@vorwerker-diakonie.de
Mehr Infos unter:
www.vorwerker-diakonie.de/karriere

Die MVO Medizin vor Ort MVZ GmbH sucht zur Verstärkung des Teams in Altona zum **nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit** **FA/FÄ für Allgemeinmedizin / Innere Medizin** zur Anstellung. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann schicken Sie bitte Ihre Bewerbung ausschließlich per E-Mail an: info@mvo-hamburg.de
Ansprechpartner: Herr Thomas Voeste

HAMBURG SUCHT!

Die Menschen in Bergedorf wünschen sich Sie als

Abteilungsleiter:in der Abteilung Gutachten und Gesundheitshilfen im Gesundheits- amt Bergedorf.

Näheres entnehmen Sie bitte der Stellenausschreibung unter <https://www.hamburg.de/bergedorf>.

oder fragen Sie unseren Fachamtsleiter
Herrn Dr. Duwe: Telefon 040/428 91-2212.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



Große hausärztliche Praxis in Hamburg-Wandsbek sucht zur Stärkung des Teams **Fachärzte für Allgemeinmedizin oder hausärztliche Internisten/innen (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit.** Wir sind eine alteingesessene Praxis mit einem sehr freundlichen und kollegialen Team und bieten ein großes Spektrum der hausärztlichen Medizin an. Wir freuen uns auf Ihre Zuschrift an: h.nawid@gmx.de

PRAXIS KLINIK HAMBURG



Als modernes Zentrum mit breitem OP-Spektrum suchen wir zur Unterstützung unseres dynamischen Teams einen

Facharzt für Anästhesie (m/w/d) in Teilzeit

Wir bieten optimale, moderne Arbeitsbedingungen ohne Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsdienste.

Wir freuen uns über die Bewerbung von motivierten und gut ausgebildeten Fachärzten (m/w/d), die Spaß an zügigen Arbeitsabläufen haben.

Weitere Infos zur Praxisklinik Hamburg finden Sie unter: www.pkhhamburg.de
Ihre Bewerbung richten Sie bitte an: christiane.reemts@pkhhamburg.de

**NÄCHSTER
ANZEIGEN-
SCHLUSS:**
Heft Nr. 05
20. April 2022




RADIOLOGIE HOHELUFT

Als eines der modernsten Zentren für radiologische Diagnostik und Nuklearmedizin sind wir auf der Suche nach Unterstützung unseres dynamischen Teams.

Das MVZ verfügt über eine topmoderne Geräteausstattung für das gesamte Spektrum der konventionellen Röntgendiagnostik sowie hochmodernes 1,5 Tesla MRT mit neuem Wide Bore, Multi Slice-CT mit modernster Technik und Untersuchungsmodalitäten. Des weiteren sind wir derzeit im Begriff uns gerätetechnisch zu vergrößern.

Werden Sie Teil unseres engagierten Teams als
Facharzt (m/w/d)
für Radiologie/Diagnostische Radiologie
in Vollzeit oder Teilzeit in unserem MVZ in Hamburg.

Was Sie erwartet:

- Ein moderner und sicherer Arbeitsplatz in einem zukunftsorientierten, erfolgreichen Unternehmen
- Eine wertschätzende Zusammenarbeit in einem qualifizierten und hochmotivierten Team
- Unterstützung in Fort- und Weiterbildung
- Geregelte Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienst
- Keine Bereitschaftsdienste
- Attraktive Honorierung
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Parkmöglichkeiten am Haus

Ihr Profil:

- Facharzt (m/w/d) für Radiologie mit umfangreichen Kenntnissen und Fertigkeiten in der diagnostischen Radiologie
- Leidenschaft für das Fachgebiet Radiologie
- Mehrjährige Erfahrung und sehr gute Kenntnisse im gesamten Schnittbildbereich, vor allem umfängliche Erfahrung in Muskuloskelettaler Bildgebung
- Teamfähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Freundliches Auftreten, Engagement, Leistungsbereitschaft und soziale Kompetenz
- Strukturierte und zuverlässige Arbeitsweise
- Engagierte und teamfähige Persönlichkeit mit dem Wunsch zur Weiterentwicklung

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann senden Sie Ihre vollständigen und aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung sowie Ihres frühestmöglichen Eintrittstermin vorzugsweise per E-Mail als PDF-Datei an unsere Personalabteilung davidson@radiologiehoheluft.de oder

MVZ Diagnostikum Hamburg GbR z.H. Herrn Davidson
Hoheluftchaussee 2, 20253 Hamburg

**GEMEINSAM
GEGEN
CORONA**

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

IBAN: DE 93 3705 0198
0000 0440 40



Die VivaQ Gruppe betreibt deutschlandweit Medizinische Versorgungszentren mit den Fachrichtungen Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie, Gynäkologie, gynäkologische Onkologie sowie Gastroenterologie. Unsere immunologische Schwerpunktpraxis in Hamburg-Lokstedt ist spezialisiert auf die Behandlung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir für unser **Endoskopie- und Infusionszentrum** zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit

Ihr zukünftiger Aufgabenbereich:

- Sie übernehmen die allgemeinmedizinische Betreuung von Patienten*innen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.
- Sie führen die Sprechstunde in unserem Zentrum für Gastroenterologie und CED-Medizin durch und nehmen regelmäßig an Fortbildungen und Fallbesprechungen teil.

Unsere Anforderungen an Sie:

- Sie verfügen über die Facharztanerkennung als Allgemeinmediziner oder in der inneren Medizin.
- Sie haben fundierte Erfahrungen im Bereich der Allgemeinmedizin und der Gastroenterologie, ggf. Interessenschwerpunkte im Rahmen CED (Ernährung, Psychotherapie o.ä.).
- Selbstständiges und verantwortungsbewusstes Arbeiten ist für Sie selbstverständlich.
- Sie besitzen sehr gute kommunikative Fähigkeiten, bringen ein ausgeprägtes Organisationstalent sowie ein hohes Maß an Teamfähigkeit und Belastbarkeit mit.

Was wir Ihnen bieten:

- Ein unbefristetes Arbeitsverhältnis mit einer leistungsgerechten Vergütung.
- Eine verantwortungsvolle Tätigkeit in einem sympathischen, motivierten und leistungsfähigen Team.
- Sehr gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann richten Sie bitte Ihre Bewerbung an Frau Rieck: g.riek@alanta-service.de.

Medizinisches Versorgungszentrum für Immunologie Lokstedt GmbH
Christoph-Probst-Weg 4 • 20251 Hamburg
E-Mail: r.riek@alanta-service.de
Tel.: +49 (0)40 53 00 54 203



VivaQ MVZ

Inhabergeführtes MVZ (fünf KV-Sitze, große Privatpraxis) sucht breit aufgestellte/n **Allgemein-Internisten/in** für 30-40 Std./Woche mit Interesse an Hausarztmedizin, Kardiologie, Psychosomatik und Kooperation mit Neurologen und Psychotherapeuten, Personalführung.
Sehr gutes Festgehalt zzgl. erfolgsabhängiger Vergütung und spätere Übernahme von Gesellschaftsanteilen möglich. Kontakt unter: Hamburg_mvz@web.de

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

Wir bieten eine geregelte Arbeitszeit, gutes Honorar und interessante Perspektiven.

Prof. Dr. A. Raji, Dr. G. Winkler | info@nzhb.de

FA für Psychiatrie und Psychotherapie (m/w/d)

ab sofort, TZ/VZ in HH-Altona
Attraktive Arbeitszeit- und Gehaltsmodelle & Möglichkeit eigener Schwerpunktsetzung
bewerbung@npz-hamburg.de

Für die **Interdisziplinäre Ambulanz in Hamburg Wandsbek** suchen wir als Verstärkung unseres Teams ab sofort einen **Arzt bzw. FA (m/w/d) für Allgemeinmedizin, Innerer Medizin oder Psychiatrie.**
Kontakt unter: 0177- 495 69 85 oder goerne@interdisziplinäre-ambulanz.de

Viszeral-/Gefäßchirurgie in Norderstedt

sucht Kollegin-/Kollegen für 10 Std. wöchentlich auf Angestellter-Basis.
Ein Jobsharing mit nachfolgender Übernahme ist gewünscht.
g.tonnendorf@facharztzentrum-nord.de



HNO-FA oder fortgeschrittener Weiterbildungsassistent (m/w/d) in TZ ab 01.07.2022 oder später gesucht

- Arbeiten im Ärzteteam
- Arbeitszeit nach Absprache
- Weiterbildungsermächtigung für FA u. Allergologie vorhanden
- übertarifliche Bezahlung

Bewerbung@hno-eidelstedt.de

FÄ/FA für Allg.-med. Innere Med. / Prakt. Arzt

in Voll- oder Teilzeit von MVZ gesucht.

Kontakt: kv-sitz2018@web.de

Allgemeinmediziner/in

für Praxis-Neugründung im südl. SH, in verkehrsgünstiger Lage (A7, AKN), Mitgestaltung, eingespieltes Team, in Anstellung (TZ oder VZ) gesucht.

aerzte@frauenarztpraxis-hu.de

Kinderarztpraxis

(Pneumologie/Allergologie)

sucht **FÄ/FA Pädiatrie** zur Verstärkung des Teams in Teil- oder Vollzeit.

kinderpraxis-hh@web.de

FÄ Gynäkologie für 20 Std./Woche

für große Gemeinschaftspraxis mit moderner Ausstattung gesucht.

Kontakt unter: frau-geb@web.de

Zeit für einen Wechsel ans Meer.

BG Nordsee Reha-Klinik
Ärztlicher Dienst
Einstellung zum nächstmöglichen Termin

Oberarzt (m/w/d)
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Facharzt für Innere Medizin (Pneumologie)

Die BG Nordsee Reha-Klinik ist eine Fachklinik für Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung AHB/AR und BGSW in St. Peter-Ording mit über 170 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und verfügt über 239 Betten in Einzelzimmern. Für die Ausweitung unseres Behandlungsspektrums freuen wir uns über weitere oberärztliche Expertise. Bringen Sie sich und Ihre Ideen in unser multiprofessionelles Team ein - wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Work-Life-Balance dank flexibler Arbeitszeitmodelle:
Wir ermöglichen Ihnen, Familie, Freizeit und Beruf unkompliziert zusammenzubringen.

Bei Interesse finden Sie die vollständige Stellenausschreibung unter:
www.bg-kliniken.de/rehaklinik-st-peter-ording/karriere/offene-stellen

www.bg-kliniken.de



Ihr persönlicher Ansprechpartner
Herr Jörg C.-M. Schmidt
Ärztlicher Leiter
04863 494 - 2177
chefarztsekretariat@bg-nrk.de

Die BG Nordsee Reha-Klinik gehört zur Unternehmensgruppe der BG Kliniken.

BG Nordsee Reha-Klinik
St. Peter-Ording



Stellenangebote (Forts.)

FÄ/FA Allg.med./Innere
in Voll- oder Teilzeit ab sofort oder später für Hausarztpraxis in den Bezirken Altona oder Barmbek gesucht. stellenangebot@wt.net

FA/FÄ Innere/ Allgemeinmedizin ab sofort
in Teilzeit für Hausarztpraxis in HH-Ost gesucht. Kontakt unter kvsitz2019@web.de

FA/FÄ Innere M./Allg.med.
WBA/in für Praxis HH: VZ/TZ
Hamburg-SH@hotmail.com

FÄ Gynäkologie/Geburtshilfe
in TZ zur Mitarbeit in gyn. Praxis gesucht. frauenarzt.praxis@web.de

FA/FÄ für Allg./Innere Medizin
In Voll- oder Teilzeit, flexible Arbeitszeiten, **über tarifliche Bezahlung**, in HH-Eimsbüttel ab sofort gesucht. Bei Interesse bitte melden unter 0160-150 07 69 oder kontakt@arzt-hh.info

FÄ Allgemeinmedizin gesucht in Hausarztpraxis Niendorf
info@hausarzt-niendorf.de
0176-41 57 42 58 oder 040-551 10 52

FÄ/FA Phoniatrie und Pädaudiologie
zur Anstellung in Top-Praxis in HH gesucht. Arbeitszeit Mo-Do insges. 24-27 Std., Beginn und Vergütung nach Absprache. Kontakt unter: teamphoniatrie@web.de

OHNE DEINE SPENDE GEHT'S NICHT

Spende und werde ein Teil von uns.
seenotretter.de

Einsatzberichte, Fotos, Videos und Geschichten von der rauen See erleben:

#teamseenotretter

Fortbildungen

EMDR-Institut® Deutschland
der autorisierte Partner des Instituts von Francine Shapiro PhD, USA



Das EMDR-Institut führte als erstes Institut die EMDR-Methode im deutschsprachigen Raum ein und trug mit einem Team von erfahrenen Therapeuten erheblich zur Weiterentwicklung der Methode bei.

Unser Institut ist das führende Ausbildungs-Institut für EMDR. Die praxisnahe Ausbildung enthält EMDR-Selbsterfahrung in supervidierten Kleingruppen. Unsere Ausbildung ist mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

EMDR ist als Kassenleistung und als Teil fachärztlicher Ausbildung anerkannt.

3-tägige EMDR-Fortbildung Teil 1:

Wiesloch	05.-07.05.2022
Köln	16.-18.06.2022
Bad Segeberg	17.-19.06.2022
Stuttgart	08.-10.07.2022
Hannover	23.-25.09.2022
Nürnberg	20.-22.10.2022
München	21.-23.10.2022
Oberursel	27.-29.10.2022
Uelzen	11.-13.11.2022
Köln	24.-26.11.2022

Abhängig von der Corona-Situation finden ggfs. Seminare interaktiv online statt; die Inhalte und supervidierten Kleingruppen bleiben dabei unverändert.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.emdr.de.

Info und Anmeldung: **EMDR-Institut**
D - 24340 Eckernförde
Telefon: +49 (0) 43 51 888 91 99
Telefax: +49 (0) 43 51 888 96 10

Stolbergering 10
www.emdr.de
info@emdr.de

Anzeigenschluss Rubrikanzeigen Ausgabe Mai 2022 20. April 2022

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Allgemeinmedizin interdisziplinär

Anstellung oder Einstieg - freier KV Sitz vorhanden
Fachkenntnisse Homöopathie oder andere CAM notwendig
Etablierte Praxis - schönes Ambiente - große Nachfrage -
gemeinsam mit Psychotherapie und Osteopathie
berger@homoeopathie-heute.de

Ärztliche/r Kooperationspartner:In für privatärztliche Praxis in Lüneburg gesucht.

Dr. med. Thomas Hartmann
Neue Sülze 4a • 21335 Lüneburg

www.osteopathie-in-lueneburg.de



DR. HARTMANN
Praxis für ganzheitliche Medizin

Infoabend Praxisabgabe

Alles, was Sie für Ihre Praxisabgabe wissen möchten

Termine:	Dienstag, 14. Juni oder alternativ Mittwoch, 15. Juni, jeweils 19.30 Uhr
Ort:	MLP Geschäftsstelle Hamburg IV Admiralitätstraße 10, 20459 Hamburg
Referenten:	Jens Teipelke, MLP Hamburg externe Rechtsanwaltskanzlei

Anmeldung erbeten unter:
Tel 040 • 414016 • 0
jens.teipelke@mlp.de



Finanzen verstehen. Richtig entscheiden.

elbbüro
anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

Praxispartner gesucht ½ KV-Sitz abzugeben

für gutgehende dermatologische Praxis
in norddeutscher Großstadt.

Kontakt erbeten unter:
guenter.janssen@aerzte-finanz.de

Sauber gelöst:

Reinste Kompetenz für Ihre Praxisabgabe

Nachfolger gesucht? Wir haben ihn! Dazu schauen wir uns Ihre Praxis und die Rahmenbedingungen genau an, ermitteln den Praxiswert und Ihre individuelle Übergabelösung. Sie profitieren von unserem einzigartigen Netzwerk und besten Kontakten zu praxissuchenden Ärzten. Jetzt Termin vereinbaren!



**Deutsche
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung

Service-Center Hamburg

Weidestraße 124 · 22083 Hamburg
Telefon 040 68989980
fabian.litzendorf@aerzte-finanz.de

Wir suchen Praxisübernehmer

Für unseren Bestand in Hamburg:
**Dermatologie • Urologie • Neurologie
Allgemeinmedizin • Gynäkologie**

Für unseren Bestand in Schleswig Holstein:
Gastroenterologie • Kinderheilkunde • Zahnmedizin

Informationen erhalten Sie bei Mathis Thormählen 0151/211 83 889

Etablierte Hausarztpraxis in HH-Nordost

sucht Nachfolger*in in 3-er BAG
zum 01.01.2023.

Kontakt via Chiffre D 0226

Sie sind an einer dieser Anzeigen interessiert?

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

Lust auf Niederlassung? Hausarztpraxis HH-Nordost in 3'er Praxisgemeinschaft

sucht Nachfolger*in zum 01.01.2023
Großes Spektrum, prima Team.
Kontakt: praxis.2023@gmx.de

Citynahe hausärztliche Praxis mit guter Profitabilität

abzugeben. Sprachen: Deutsch,
Englisch, Französisch und Persisch.
Kontakt unter Chiffre A 0264

HNO-KV Sitz abzugeben

Langjährig niedergelassener HNO-Arzt
plant Praxisabgabe ab 1. Quartal 2023.
Kontakt unter Chiffre F 0332

elbbüro

anzeigen@elbbuero.com

Psychosomatische Medizin /Psychotherapie

Praxisnachfolge zum 1. Oktober 2023 gesucht. Sehr gut etablierte Praxis.
Abgabe einer ganzen Zulassung oder zweier halber Zulassungen.
Ideal auch für Psychotherapeutenteam/paar.

Evtl. Übernahme mit angestellt. Psychotherapeuten. Etablierte Weiter-
bildungsassistent (TP). Eine Neugründung eines MVZ wäre möglich.

Kontakt: gerhard.leinz@praxis-leinz.de oder 0176 96 75 0330

Gewinnstarke dermatologische Einzelpraxis

mit hohem Privat- und Selbstzahler-Anteil.
Schleswig-Holstein, fast direkt an der Ostsee.

Schwerpunkte: Laser, Ästhetik, ambulante Operationen.

Kontakt: g.otto@arztpraxis-vermittlung.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

Kinder- und jugendärztliche Kollegen/in zur Übernahme eines Sitzes einer großen allgemeinpädiatrischen Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Pulmonologie und Allergologie sowie breitem Leistungsspektrum in Neumünster für 2023 gesucht.

Wir bieten eine umsatzstarke Praxis in schönen großen kindergerechten Räumen
in optimaler Stadtlage an. Die Praxisverwaltungssystem ist voll digitalisiert, Sono-
graphiegerät und Bodyplethysmograph vorhanden. Das Praxisteam ist optimal
eingespielt und zuverlässig. **Kontakt unter r.clements@posteo.de**

Fachinternistischer KV-Sitz in Hamburg gesucht

Kontakt: kvsitz-gesucht@gmx.de

FA für HNO sucht KV Sitz

in Hamburg. Ab Juli 2022 oder später.
Kontakt unter: kvsitzhno@gmail.com

Große Praxis für Neurologie sucht weiteren KV-Sitz Neurologie.

Wir bieten gute Konditionen und höchste Vertraulichkeit.

Bitte nehmen Sie unter der persönlichen E-Mail
von Prof. Dr. Raji (raji@nzhb.de) Kontakt zu uns auf.

Anzeigenschluss Rubrikanzeigen
Ausgabe Mai 2022
20. April 2022

Praxisräume

Mietvertrag für **sehr moderne Praxisfläche** abzugeben, ca. 150 m², **sehr zentral Hamburg City**. Ganz neu und **hochwertig ausgebaut**, Netto Kaltmiete 18 € pro m².

Kontakt erbeten unter Chiffre H 2402

Vermiete Praxisräume (25 m²) in eingeführter Privatpraxis

(Orthopädie / Neurochirurgie), stunden-, tageweise oder Vollzeit, per sofort, info@pro-physio.hamburg

Großzügiger Praxisraum im schönen Blankenese

an 2 Nachmittagen und samstags zu vermieten. Kontakt unter mcb@piel-sana.de oder 040-87080745

Praxisübernahme

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

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

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

Deutsche Ärzte Finanz

Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung

Service-Center Hamburg Litzendorf
Weidestraße 124 · 22083 Hamburg
Telefon 040 60 53 39 344
sc-hamburg-litzendorf@aerzte-finanz.de

Sie wollen sich als AllgemeinmedizinerIn/FA Innere Medizin niederlassen?

Problemloser Einstieg zunächst via Anstellung und nachfolgend Kauf eines Arztsitzes in hausärztlicher 2-er Gemeinschaftspraxis. Es erwartet sie ein junges, freundliches und sehr kompetentes MFA-Team.

Ich freue mich über eine Kontaktaufnahme unter 0179/ 821 42 53

Wir suchen Praxen zur Abgabe

Für unsere jungen Ärzte in Hamburg
(Kinder-)Kardiologie • Orthopädie
• Augenheilkunde • Urologie

Für unsere jungen Ärzte in Schleswig-Holstein
Gastroenterologie • (Kinder-)Kardiologie
Dermatologie • Orthopädie

Informationen erhalten Sie bei Mathis Thormählen 0151/211 83 889

Anzeigenschluss Rubrikanzeigen
Ausgabe Mai 2022
20. April 2022

Steuerberatung



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



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

Wertgutachten

Stefan Siewert - Dipl.-Kfm.
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)

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

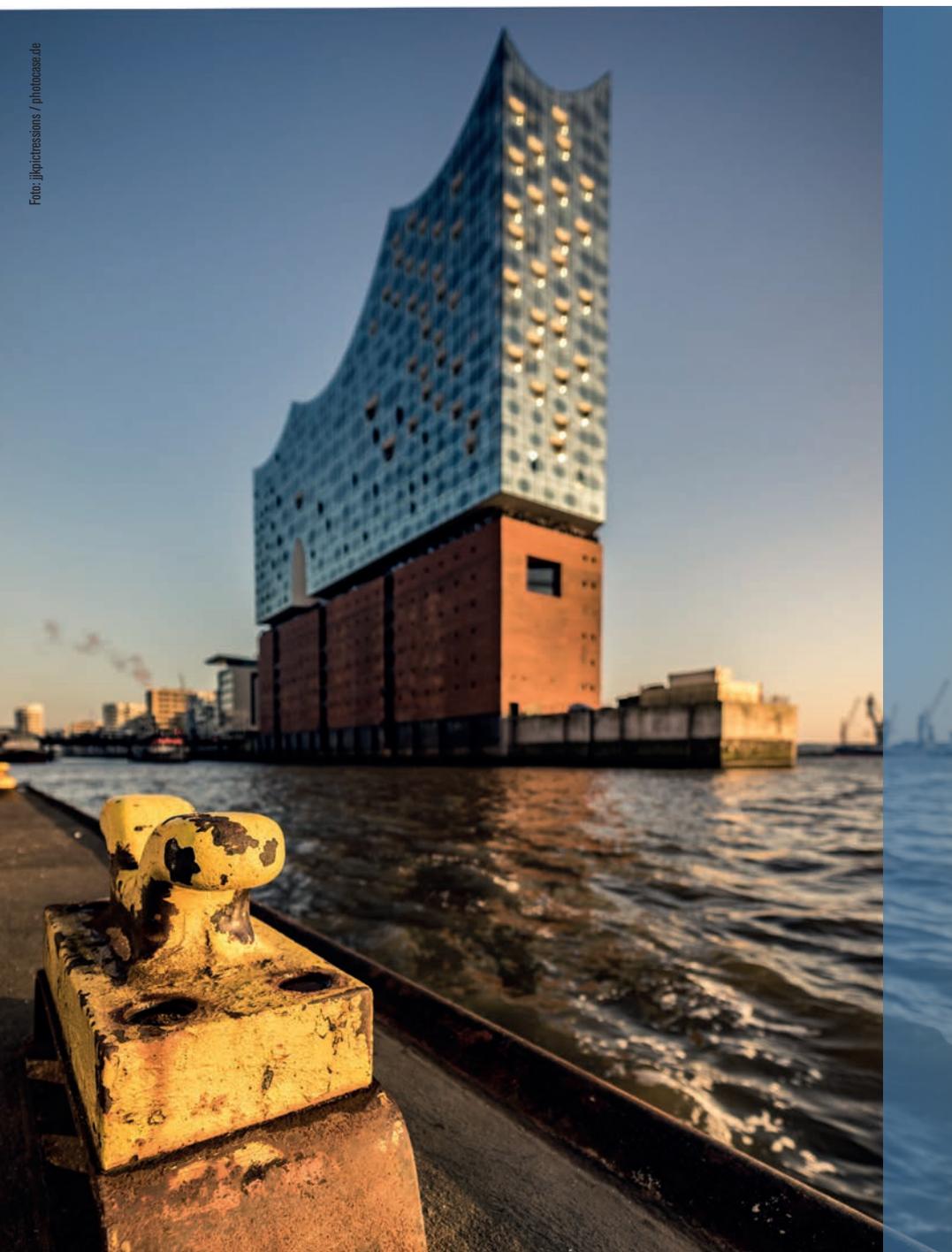
Balint-Gruppe

DANKE FÜR ALLES
sos-kinderdoerfer.de



Balintgruppe in Altona

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