

03•24

13. März • 78. Jahrgang

Hamburger Ärzteblatt

Zeitschrift der Ärztekammer Hamburg und der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Gesundheitspolitik | 18

Podcast-Interview

Bürgermeister Tschentscher
zu Besuch in der Kammer

Gesundheitspolitik | 20

Schwangerschaft

Beschäftigungsverbot
– wie vermeiden?

Forum Medizin | 28

Trikuspidalklappe

Therapiemöglichkeiten
bei Insuffizienz

Das Thema | 12

Hämatologie

Gerinnungsstörungen erkennen und behandeln

Zielgerichtete Diagnostik und risikoadaptierte Therapie

UNSER BEITRAG FÜR EINE GESUNDE GESELLSCHAFT:

#DASEIN WO WIR GEBRAUCHT WERDEN.

**So unterschiedlich die Akteure in unserem Gesundheitssystem sind,
eint uns doch alle ein gemeinsames Ziel: das Wohl unserer Patient:innen.**

Es ist unsere gemeinsame Verantwortung, dafür zu sorgen, dass der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht. Ganz gleich, ob in der ambulanten oder der stationären Versorgung, ob in der Therapie oder der Prävention.

Unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Hautfarbe, Religion, Alter, von Behinderungen und Einschränkungen oder der sexuellen Orientierung.

**Für eine bestmögliche medizinische Versorgung
und ein gesundes Hamburg.**



ASKLEPIOS

asklepios.com/daseinsvorsorge



Dr. Michael Reusch

Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

„Der drohende Ärztemangel ist
für unser Gesundheitssystem
eine schleichende Katastrophe.“

Wie eine Kerze, die von beiden Seiten brennt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ressource Arzt ist wie eine Kerze, die von beiden Seiten brennt. Im Jahr 2040 werden bundesweit voraussichtlich 50.000 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung fehlen; der Versorgungsgrad wird auf rund 75 Prozent des heutigen Stands sinken. Das sind die zwei zentralen Ergebnisse einer aktuellen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Auch eine sofortige drastische Erhöhung der Medizinstudienplätze in Deutschland würde diese Entwicklung nicht mehr stoppen. Jedes Jahr werden rund 2.500 Arztsitze nicht nachbesetzt, sie gehen einfach verloren – während Alterung und Morbidität der Gesellschaft zunehmen.

Zi-Chef Dr. Dominik von Stillfried spricht von einem „war for talents“, der mittlerweile um ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner ausgebrochen sei. Für den einzelnen Arzt mag das Vorteile haben – er kann sich aussuchen, wo und unter welchen Bedingungen er arbeiten möchte. Für unser Gesundheitssystem hingegen ist es eine schleichende Katastrophe.

Ist dieses Bild der Zukunft zu düster gezeichnet? Keineswegs. Schon heute gehen am Ende eines langen Arbeitslebens in vielen Praxen die Lichter aus, ohne dass eine Nachfolge gefunden werden kann. Und es könnte noch schlimmer kommen, wenn sich der ärztliche Nachwuchs in Anbetracht der Rahmenbedingungen (Budgetierung, fehlender Inflationsausgleich, dysfunktionale Digitalisierung, überbordende Bürokratie und Misstrauenskultur) in immer stärkerem Maße gegen eine Arbeit in der ambulanten Versorgung entscheidet.

Und was tut der Bundesgesundheitsminister? Motiviert er die Praxisteams, die jeden Tag mit größtem Engagement Millionen von Patientinnen und Patienten versorgen? Setzt er alles daran, die nachrückende Ärztesgeneration für die Niederlassung zu begeistern und dem ambulanten System

damit die Zukunft zu geben, die ihm gebührt? Das Gegenteil ist der Fall.

Karl Lauterbach hat jüngst im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags die berechtigten und notwendigen Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Stärkung des ambulanten Systems einfach vom Tisch gewischt: Eine volle Vergütung der fachärztlichen Leistungen werde es mit ihm nicht geben – die Hausärztinnen und -ärzte indes dürfen weiter darauf warten. Dass deren Entbudgetierung schon im Koalitionsvertrag steht, hält den Minister nicht davon ab, immer neuen vagen Ankündigungen keine Taten folgen zu lassen. Er habe viel zu tun, dafür bitte er um Verständnis; außerdem verdiene die Vertragsärzteschaft doch genug.

Statt Empathie, Motivation und Wertschätzung zu vermitteln und schnell Verbesserungen herbeizuführen, begegnet Karl Lauterbach dem KV-System weiter mit Arroganz und obrigkeitstaatlicher Attitüde. Damit wird er zum Brandbeschleuniger. Den Patientinnen und Patienten tut er damit keinen Gefallen. Wenn ihm deren Versorgung am Herzen liegt, dann möge ihm schnell ein Licht aufgehen – bevor die Ressource Arzt sich ganz in Rauch auflöst.

Herzliche Grüße,

Ihr

Deutsche Bank
db HealthCare



Der Weg in die eigene Praxis.

Möglich mit dem Niederlassungsseminar

Wann: 29.05.2024, 15.00 - ca. 19.00 Uhr

Wo: elbblick86, Große Elbstraße 86, 22767 Hamburg

Wie: Expertenrunde

Anmeldung: deutsche-bank.de/ms/healthcare/events.html

#PositiverBeitrag

Gemeinsam mit HFBP Rechtsanwälte
und ETL ADVISION Hamburg Steuer-
beratungsgesellschaft mbH.

deutsche-bank.de/healthcare

Deutsche Bank AG
Alter Wall 53, 20457 Hamburg,
Torsten Pirker, Leiter db HealthCare Region Nord
Tel. +49 40 3701-5044
Fax +49 40 3701-2509
Email torsten.pirker@db.com

03·24

Hamburger Ärzteblatt



Prof. Dr. Florian Langer, Bereich Hämostaseologie am UKE, erläutert, wie die unterschiedlichen Formen von Gerinnungsstörungen des Bluts diagnostiziert und behandelt werden (*Seite 12*). **PD Dr. Niklas Schofer**, Universitäres Herz- und Gefäßzentrum Hamburg am UKE, zeigt auf, welche interventionellen Möglichkeiten es zur Therapie der Trikuspidalklappeninsuffizienz gibt (*Seite 28*). **Dr. Dieke Voget**, Albertinen Krankenhaus, behandelte eine 52-jährige Frau mit Tetraparese; alles deutete auf ein Guillain-Barré-Syndrom hin, doch eine Antikörperuntersuchung brachte die wahre Ursache an den Tag (*Seite 32*).



Das Thema

- 12 **Hämatologie**
Gerinnungsstörungen erkennen und behandeln.
Von Prof. Dr. Florian Langer,
Dr. Lennart Beckmann,
Dr. Christina Charlotte Rolling,
PD Dr. Minna Voigtländer,
PD Dr. Katharina Holstein,
Prof. Dr. Carsten Bokemeyer

Service

- 6 Gratulation
9 In memoriam
25 Terminkalender
26 Neues aus der Wissenschaft
31 Bilder aus der klinischen Medizin
36 Impressum

Namen und Nachrichten

- 6·10 **Personalien** · Neue Führung bei Asklepios · Dr. Frank Trostdorf ist Ärztlicher Direktor im Bethesda · Neue Chefarzt-Doppelspitze für orthopädische Chirurgie im Tebea · Prof. Dr. Alexander Tzabazis wird Chefarzt am BG Klinikum · Drei UKE-Nachwuchsforschende erhalten Dr. Martini-Preis 2024
- News** · BNITM: neues Digital-Zentrum für alle Forschungssektionen · Streik am Krankenhaus Tebea für ärztlichen Tarifvertrag · Ernährungsmedizinische Grundversorgung – freie Kursplätze · 2,1 Millionen an UKE-Forschung für neue Krebstherapie · Herzbrücke: Benefizkonzert im Michel · Ausstellung – die lebendige Seele Angolas · Symposium zu Klimawandel und Gesundheit an der HAW Hamburg · Ausstellung im Helenenstift: „Letztes Geleit“
- 11 **Tarifstreit** · Einigung: MFA bekommen mehr Gehalt.

Gesundheitspolitik

- 18 **Im Interview** · PD Dr. Peter Tschentscher zu Gast in der Kammer. *Von Stella Bandemer*
- 20 **Rechtliche Fragen** · Karriereknick Schwangerschaft? Das muss nicht sein! *Von Karen Amme*
- 22 **Vorstellung Delegiertenversammlung der ÄK** · Das Ärzteparlament, Folge 10.
- 23 **#GoRed Day** · Frauenherzgefäßgesundheit: Ein unterschätztes Thema. *Von Stella Bandemer*
- 24 **Prüfung bestanden!** · MFA: Kammer verabschiedet Auszubildende ins Berufsleben. *Von Sebastian Franke*

Forum Medizin

- 28 **Vergessene Klappe** · Therapieoptionen bei Trikuspidalklappeninsuffizienz. *Von PD Dr. Niklas Schofer, Dr. Daniel Kalbacher, Dr. Benedikt Köll, Prof. Dr. Stefan Blankenberg*
- 32 **Der besondere Fall** · Atypisches Guillain-Barré-Syndrom. *Von Dr. Dieke Voget, Dr. Malgorzata Jakubowska, Dr. Janko Bartholdt, Dr. Ulrike Weidner, PD Dr. Michael Rosenkranz*
- 34 **Bild und Hintergrund** · Die Jagd nach dem Pesterreger. *Von Dr. Hans Peter Richter-von Arnould*
- 36 **Der blaue Heinrich** · Einsamkeit per Platzkarte. *Ausgewählt von Katja Evers*

Mitteilungen

- 37 **Kammer und KVH** · Amtliche Mitteilungen und Bekanntmachungen · 375. Sitzung der Delegiertenversammlung · Vertragsarztsitze

Dieser Auflage liegen folgende Flyer bei: Vollbeilage: Plan International e.V.

Gratulation

zum 90. Geburtstag

- 25.03. Prof. Dr. med. Gerwin Grubel
Facharzt für Neurochirurgie
- 10.04. Prof. Dr. jur. Dr. med. Helmut Junker
Arzt

zum 85. Geburtstag

- 16.03. Dr. med. Rolf Kirsch
Facharzt für Innere Medizin
- 16.03. Dr. med. Hans-Werner Müller
Facharzt für Innere Medizin
- 27.03. Dr. med. Axel Kruse
Facharzt für Anästhesiologie
- 30.03. Dr. med. Karin Arnhold, Ärztin
- 02.04. Dr. med. Friederike Kühnemund
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 03.04. Dr. med. Ulrike Helmchen, Ärztin
- 04.04. Dr. med. Hanns-Michael Englert
Facharzt für Chirurgie
- 04.04. Dr. med. Gertrud Rohweder, Ärztin
- 08.04. Dr. med. Jürgen Hartig
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 08.04. Dr. med. Hartmut Meyden
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

zum 80. Geburtstag

- 17.03. Harald Heikenwälder
Facharzt für Anästhesiologie
- 17.03. Dr. med. Wolfgang Wagner
Praktischer Arzt
Facharzt für Anästhesiologie
- 19.03. Dr. med. Brigitte Vogel-Karl
Fachärztin für Radiologie
- 26.03. Dr. med. Lothar Jabusch
Facharzt für Nervenheilkunde
- 26.03. Evelyn Kramer-Pfeilschifter
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 13.04. Prof. Dr. med. Werner Böcker
Facharzt für Pathologie
- 14.04. Dr. med. Wolf-Helmut Glowienka, Arzt

zum 75. Geburtstag

- 18.03. Dr. med. Rolf Schmidt, Arzt
- 18.03. Dr. med. Michael Zimmermann
Facharzt für Innere Medizin
- 26.03. Dr.-medic. Stefan-Gheorghe Tardos
Facharzt für Innere Medizin
- 01.04. Dr. med. Monika Orthaus
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 02.04. M.D. (AFG) Said Maroof Ramia
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Physikalische und
Rehabilitative Medizin
- 03.04. Dr. med. Gesine Udewald
Fachärztin für Anästhesiologie
- 04.04. Dr. med. Christa Streitner
Fachärztin für Augenheilkunde
- 05.04. Dr. med. Kurt Stahmer
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
- 10.04. Dr. med. Michael von Canstein
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie

Personalien Joachim Gemmel und Marco Walker leiten als Co-CEOs den Gesundheitskonzern. Kai Hankeln verlässt das Unternehmen.

Neue Führung bei Asklepios



Co-CEO Joachim Gemmel

Der Vorstand der Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA hat sich neu aufgestellt: Am 12. Februar hat Alleingesellschafter jur. Dr. Bernard gr. Broermann die langjährigen operativen Asklepios-Vorstände Joachim Gemmel und Marco Walker zu neuen Co-CEOs ernannt. Der bisherige CEO Kai Hankeln verlässt das Unternehmen, an dessen Spitze er seit 2016 stand.

Das neue Führungsduo verkörpert die nächste Generation der Unternehmensführung mit klarer Vision für die Zukunft, teilte das Unternehmen mit. Gemmel und Walker bringen umfangreiche Erfahrungen und neue Perspektiven ein, um die strategischen Initiativen zu beschleunigen und eine Kultur der Innovation und partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller Unternehmensbereiche zu fördern.

Joachim Gemmel gehört dem Vorstand seit 2019 als Chief Operating Officer an. In dieser Funktion ist er verantwort-

lich für die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH. Er hat Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Bundeswehr-Universität in München studiert und war vor seinem Wechsel zu Asklepios vor zwölf Jahren Vorstand Klinikmanagement der Damp Holding AG.

Marco Walker hat Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim studiert und ist seit dem 1. Juli 2016 Mitglied des Vorstands der Asklepios Kliniken GmbH. Als Chief Operating Officer ist er verantwortlich für die Kliniken der Gruppe in der Region Mitte und Süd, zu der gut 30 Einrichtungen in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland zählen. Zum Asklepios-Vorstand gehören neben Gemmel und Walker der Chief Financial Officer (CFO) und stellvertretende Vorstandsvorsitzende Hafid Rifi und Chief Medical Officer Dr. Sara Sheikhzadeh. | *hüb*



Co-CEO Marco Walker

Dr. Frank Trostdorf ist Ärztlicher Direktor im Bethesda



Dr. Frank Trostdorf

Seit Jahresbeginn ist Dr. Frank Trostdorf neuer Ärztlicher Direktor des Agaplesion Bethesda Krankenhauses in Hamburg-Bergdorf. Er folgt auf Prof. Dr. Marco Sailer, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral und minimalinvasive Chirurgie, der in den vergangenen 10 Jahren als Ärztlicher Direktor tätig war und wesentliche Entwicklungsschritte des Krankenhauses mitverantwortet hat.

Trostdorf ist seit 2018 Chefarzt der Klinik für Neurologie und hat in dieser Funktion das medizinische Spektrum der Abteilung konsequent ausgebaut.

Schwerpunkte seiner Tätigkeit als Ärztlicher Direktor sieht er unter anderem in der weiteren Stärkung des bestehenden medizinischen Angebots, dem Ausbau der Notaufnahme, der konsequenten Weiterentwicklung der Digitalisierung, der lokalen Vernetzung vor Ort sowie im Bemühen,

das Krankenhaus weiter als attraktiven Arbeitgeber insbesondere für medizinisches Fachpersonal zu positionieren. | *hüb*

Neue Chefarzt-Doppelspitze für *orthopädische Chirurgie im Tabea*

Neben Chefarzt Dr. Christian Möller-Karnick ergänzt PD Dr. Martin Stangenberg seit 1. Januar die Leitung des Zentrums für Wirbelsäulen- und Neurochirurgie im Zentrum für Orthopädische Chirurgie des Krankenhaus Tabea. Stangenberg ist in der Klinik bereits seit Februar 2023 als Leitender Arzt tätig und blickt auf mehrjährige Erfahrung als zertifizierter Wirbelsäulenchirurg zurück. Im Tabea deckt er das gesamte Spektrum operativer Behandlungen an der Wirbelsäule ab. Bis Anfang 2023 arbeitete der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie als Oberarzt im Wirbelsäulenzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). „Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit, von nun an als chefarztliche Doppelspitze“, so Möller-Karnick, der bereits seit 15 Jahren im Krankenhaus Tabea tätig ist. | *háb*



Dr. Christian Möller-Karnick und PD Dr. Martin Stangenberg (r.)

Prof. Dr. Alexander Tzabazis wird *Chefarzt am BG Klinikum*

Nach 18 Jahren als Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin (AIR) am BG Klinikum Hamburg (BGKH) geht Dr. Stefan Lönnecker in den Ruhestand. Seine Nachfolge trat zum 1. Januar 2024 Prof. Alexander Tzabazis an, der zuletzt als stellvertretender Klinikdirektor an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck, tätig war. Der Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen im Bereich der Notfallmedizin, der speziellen Schmerzmedizin sowie der Intensivmedizin verfügt über weitere Kompetenzen bzw. Qualifikationen im Bereich der Kinderanästhesie, der Transfusionsmedizin und der Echokardiografie. Er war mehrere Jahre als Clinical Assistant Professor an der renommierten Stanford University in den USA tätig. | *háb*



Prof. Dr. Alexander Tzabazis

BNITM: neues Digital-Zentrum *für alle Forschungssektionen*

Das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM) treibt die Digitalisierung der Forschung voran: Von 2025 an wird es das Zentrum „Computational Sciences for Pathogen Research and One Health“ aufbauen. Das geplante virtuelle Zentrum wird in zwei Hauptbereiche unterteilt und soll an alle fünf Forschungssektionen des BNITM anknüpfen. So sollen innovative computerbasierte Lösungen erarbeitet werden, um Daten effektiver zu analysieren und für Studien zu nutzen – Kooperationen mit weltweiten Partnern sind ebenfalls vorgesehen. Geplant sind zudem zwei Professuren. Das BNITM veranschlagt etwa drei Millionen Euro Gesamtmittelbedarf pro Jahr. Computer-Technologien wie Künstliche Intelligenz können maßgeblich dazu beitragen, Daten in der Infektionsforschung aufzubereiten und zu nutzen. Bereits Ende 2023 stimmte die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) von Bund und Ländern zu, das Projekt durch die Leibniz-Gemeinschaft zu fördern. | *háb*

Gratulation

zum 75. Geburtstag

- 11.04. **Verena Baetgen**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 14.04. **Prof. Dr. med. Cord Busse**
Facharzt für Anästhesiologie
- 15.04. **Dr. med. Eva-Maria Hoffbauer-Jandowsky**
Ärztin
- 15.04. **Sandra Schwarzkopf**
Fachärztin für Anästhesiologie

zum 70. Geburtstag

- 16.03. **Dr. med. Hendrik Tönnies**
Facharzt für Neurochirurgie
- 17.03. **Jens de Boer**, Arzt
- 17.03. **Maren Kolf-Nöhr**, Ärztin
- 17.03. **Dr. med. Matthias Lütten**
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 18.03. **Dr. med. Regine Schönfelder**, Ärztin
- 19.03. **Dr. med. Lydia Bartsch**
Fachärztin für Nervenheilkunde
- 19.03. **Dr. med. Kirsten Stollhoff**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 22.03. **Dr. med. Hans-Jürgen Juhl**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 24.03. **Dr. med. Angelika Goose**
Fachärztin für Anästhesiologie
- 27.03. **Yury Astashov**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 29.03. **Wilfried Aust**
Facharzt für Allgemeinmedizin
- 29.03. **Dr. med. Reinhard Saß**
Facharzt für Innere Medizin
- 03.04. **Dr. med. Hans-Jürgen Kaase**
Facharzt für Innere Medizin
- 03.04. **Dr. med. univ. Marian Stefan Mackowski**
Facharzt für Plastische Chirurgie
Facharzt für Chirurgie
- 05.04. **Dr. med. Karen Jacobsen-Heise**
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 06.04. **Dr. med. Bernd Affeldt**
Facharzt für Anästhesiologie
- 06.04. **Dr. med. Christoph Gerigk**
Facharzt für Innere Medizin
- 10.04. **Dr. med. Maria Hummes**
Praktische Ärztin
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 11.04. **Dr. med. Gustav Rittmeyer**
Praktischer Arzt
- 11.04. **Dr. med. Harald Wirt**
Facharzt für Augenheilkunde
- 12.04. **Kornelia Schulz**
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- 13.04. **Dr. med. Dr. rer. nat. Harald Tremel**
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 15.04. **Christine Tinschert**, Ärztin
- 15.04. **Dr. med. Angelika Tralle**
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Gratulation

zum 65. Geburtstag

- 17.03. **Dr. med. Olaf Tscharnecki**
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 20.03. **Heiner Waldhecker**
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Gefäßchirurgie
- 21.03. **Ulrike Ryll**
Fachärztin für Innere Medizin
- 22.03. **Dr. med. Hamzeh Keyany**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Praktischer Arzt
- 25.03. **Dr. med. Christoph Caumanns**
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde
Facharzt für Arbeitsmedizin
- 27.03. **Dr. med. Silvia Darida**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Praktische Ärztin
- 02.04. **Lutz Herrmann**
Facharzt für Innere Medizin
- 02.04. **Dr. med. Rudolf Schwarz**
Facharzt für Strahlentherapie
Facharzt für Radiologie
- 03.04. **Dr. med. Robert Spinner**
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- 04.04. **Ronald Wesche**
Facharzt für Physikalische und
Rehabilitative Medizin
- 05.04. **Dr. med. Uta Rehder**
Praktische Ärztin
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 06.04. **Prof. Dr. med. Markus M. Hess**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheil-
kunde
Facharzt für Phoniatrie und Pädaudio-
logie
- 06.04. **Anne Witt**
Fachärztin für Innere Medizin
- 09.04. **Dr. med. Bernward-Maria Heidland**
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheil-
kunde
- 09.04. **Dr. med. Martin Kindel**
Facharzt für Innere Medizin
- 10.04. **Kristin Pape**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
- 13.04. **Martina Alexi-Kalwitz, Ärztin**
- 15.04. **Volker Galle**
Facharzt für Anästhesiologie
- 15.04. **Christoph Steiner**
Facharzt für Innere Medizin
- 15.04. **Dr. med. Jutta Weckermann**
Ärztin

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.



Ärztinnen und Ärzte vor dem Krankenhaus Tabea

Protest Im Februar demonstrierten Ärztinnen und Ärzte des Tabea Krankenhauses für bessere Arbeitsbedingungen. Den Streik organisiert hatte der Marburger Bund.

Streik am Krankenhaus Tabea für ärztlichen Tarifvertrag

Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses Tabea in Hamburg-Blankenese legten am 7. Februar ihre Arbeit nieder. Der Marburger Bund Hamburg hatte die Geschäftsführung des Krankenhauses aufgefordert, Verhandlungen über einen arzt-spezifischen Tarifvertrag aufzunehmen. Vor der Klinik demonstrierten rund 45 Ärztinnen und Ärzte, um die Klinikführung zum Einlenken zu bewegen.

„Die angestellten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus Tabea stehen im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen in anderen Hamburger Krankenhäusern mit arzt-spezifischen Tarifverträgen deutlich schlechter da“, betont Dr. Pedram Emami, 1. Vorsitzender des Marburger Bund (MB) Hamburg. Zudem seien arzt-spezifische Tarifverträge in Hamburger Krankenhäusern absoluter Standard, erläuterte Katharina von der Heyde, Geschäftsführerin des Marburger Bund Hamburg.

Der private Klinikbetreiber Artemed SE kaufte in den vergangenen Jahren systematisch kleinere, meist kirchliche Krankenhäuser auf. Mehrere Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Artemed-Kliniken meldeten sich bei ihrem zuständigen MB-Landesverband mit dem Wunsch, dass dieser einen MB-Tarifvertrag mit Artemed für bessere Arbeitsbedingungen verhandelt. Der Konzern hat dies unter anderem mit Verweis auf seine „christliche Tradition“ abgelehnt. Die Ärztegewerkschaft hat bereits Tarifverträge auch mit (tatsächlich) in kirchlicher Trägerschaft befindlichen Krankenhäusern abgeschlossen. *Bis Redaktionsschluss fand keine Einigung statt.* | h**äb**

Ernährungsmedizinische Grund- versorgung – freie Kursplätze

Der Fortbildungskurs „Ernährungsmedizinische Grundversorgung“ der Ärztekammer Hamburg unter Leitung von Prof. Dr. Georg Kreymann vermittelt ernährungsmedizinisches Wissen, das vorwiegend in praktischen Workshops zur Anwendung gebracht wird. Inhalte sind Grundlagen der Ernährung, die spezielle Lehre ernährungsassoziierter Erkrankungen sowie Prävention, allgemeine Diätetik und künstliche Ernährung. Für Ärztinnen und Ärzte, die die Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ anstreben oder z. B. einen ankündigungsfähigen Tätigkeitsschwerpunkt „Ernährungsmedizinische Beratung“ anmelden wollen, kann die Fortbildung voll auf die Inhalte des Kursbuchs Ernährungsmedizin angerechnet werden.

20 Unterrichtseinheiten (UE) der insgesamt 100 UE umfassenden Fortbildungsmaßnahmen werden in Form von E-Learning angeboten. Es sind vier Stunden Ärztliche Gesprächsführung und Didaktik in Kleingruppen zu absolvieren.

Der E-Learning-Kurs startet am 27. März. Der Einstieg in die laufende E-Learningphase ist möglich. Der Kurs findet statt von Montag bis Freitag, 8. bis 12. April 2024, am Mittwoch, 17. April 2024, sowie von Freitag bis Samstag, 19. bis 20. April 2024, jeweils von 9 bis 18.15 Uhr. Die Fortbildung schließt mit einer Multiple-Choice-Prüfung ab. Veranstaltungsort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Ebene 13, Weidestr. 122 b. Anmeldung und weitere Infos finden Interessierte unter: www.aerztekammer-hamburg.org/aktuelle_veranstaltungen_fortbildung.html. | h**äb**



Die diesjährige Preisträgerin und die Preisträger des Dr. Martini-Preises 2024: Dr. Joseph Tintelnot, Dr. Britta Zecher, Dr. Nico Gagelmann (v. l.)

Drei UKE-Nachwuchsforschende erhalten Dr. Martini-Preis 2024

Der Dr. Martini-Preis 2024 geht in diesem Jahr an drei Nachwuchsforschende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) für herausragende medizinische Forschungsarbeiten. Den ersten Preis erhält Dr. Joseph Tintelnot, II. Medizinische Klinik und Poliklinik, für seine Forschung zum Verständnis und der Überwindung von Therapieresistenz bei gastrointestinalen Tumorerkrankungen.

Dr. Britta Zecher aus der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik bekommt den zweiten Preis für ihre wissenschaftliche Arbeit zu einem Mechanismus der Immunzellaktivierung bei der seltenen Lebererkrankung Primär Sklerosierende Cholangitis (PSC). Der dritte Preis geht an Dr. Nico Gagelmann, Interdisziplinäre Klinik und Poliklinik für Stammzelltransplantation, für seine Forschungsarbeiten zur molekularen und personalisierten Charakterisierung der Myelofibrose im Rahmen der allogenen Stammzelltransplantation.

Die mit insgesamt 10.000 Euro dotierten Auszeichnungen wurden von Wissenschaftssenatorin Katharina Fegebank und Prof. Dr. Ansgar W. Lohse, Vorsitzender des Kuratoriums der Dr. Martini-Stiftung und Direktor der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik des UKE, überreicht. Gedankt wurde zudem der Spenderin des Preisgelds, Eva-Maria Greve, für ihre großzügige Unterstützung.

Der Dr. Martini-Preis – Deutschlands ältester Medizinpreis – ist von der Hamburgischen Stiftung für Wissenschaften, Entwicklung und Kultur Helmut und Hannelore Greve mit 10.000 Euro dotiert und wird jährlich verliehen. | *háb*



In memoriam

Dr. med. Detlef Nachtigall, Arzt
*01.01.1964 †06.11.2023

Dr. med. Hayo Helms
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
*09.02.1929 †28.11.2023

Dr. med. Olaf von Törne
Facharzt für Orthopädie
*11.03.1942 †02.12.2023

Dr. med. Ernst Seeberger
Facharzt für Innere Medizin
*02.07.1925 †03.12.2023

Dr. med. Uwe Falck
Facharzt für Innere Medizin
*04.01.1941 †19.12.2023

Dr. med. Karin Ohlsen, Ärztin
*19.07.1955 †19.12.2023

Dr. med. Sebastian Paulsen
Facharzt für Innere Medizin
*23.01.1937 †11.01.2024

2,1 Millionen an UKE-Forschung für neue Krebstherapie

Um neue Krebsmedikamente in die Klinik zu bringen, wollen Forschende des Universitären Cancer Centers (UCCH) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO) des Universitätsklinikums Bonn (UKB) ein nationales Innovationszentrum für die Arzneimittelentwicklung etablieren. Konkret geht es um eine Nanobody-basierte Tumorthherapie und -diagnostik. Nanobodies sind Antikörperfragmente und gelten als Hoffnungsträger bei der Medikamentenentwicklung gegen Krebs. Gefördert wird das Forschungsprojekt THUNDER mit etwa 4,2 Millionen Euro von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Förderprogramms Präklinische Wirkstoffentwicklung; davon erhält das UKE rund 2,1 Millionen Euro. THUNDER baut auf die Erfolge eines Pilotprojekts am Institut für Immunologie und der Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin des UKE auf. Dort werden bereits seit mehreren Jahren Antikörper für Therapiekonzepte und die Bildgebung produziert. Die daraus gewonnenen Nanobodies werden jetzt für das Projekt THUNDER genutzt, das die UKE-Forschenden gemeinsam mit dem Team des UKB verwirklichen. | *háb*

Herzbrücke: Benefizkonzert im Michel

Am 15. April findet in der Hauptkirche St. Michaelis das achte Benefizkonzert zugunsten des Projekts „Herzbrücke“ der Albertinen-Stiftung und des Albertinen Herz- und Gefäßzentrums statt. Mit dem weltberühmten Bläserensemble Canadian Brass, dem preisgekrönten Mädchenchor Hamburg der Staatlichen Jugendmusikschule Hamburg sowie der bekannten Fernsehjournalistin und Moderatorin Linda Zervakis engagieren sich erneut Ausnahmekünstler:innen und Prominente für die „Herzbrücke“. Das Projekt ermöglicht schwer herzkranken Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten eine lebensrettende Behandlung. Beginn ist 19 Uhr, Einlass ab 18.15 Uhr. Karten gibt es an allen bekannten Vorverkaufsstellen und auf eventim.de. Weitere Informationen zum Projekt „Herzbrücke“ unter www.albertinen-stiftung.de. | *háb*

Ausstellung im Helenenstift: „Letztes Geleit“



Berufe rund um Tod und Bestattung: Für ihre Fotoreportage „Letztes Geleit“ hat Therese Walther Menschen besucht und fotografiert, die in diesem Bereich arbeiten: Bestatterinnen, eine Urnengestalterin, eine Trauerrednerin, einen Steinmetz. Im Hamburger Hospiz im Helenenstift werden Bilder vom 20. März bis 28. April gezeigt. Bei der Ausstellungseröffnung am Mittwoch, 20. März, um 18 Uhr sind die Fotografin sowie zwei der Porträtierten, die Urnengestalterin und Trauerrednerin, vor Ort. Sie berichten über ihre Arbeit, ihre persönliche Sicht auf „die Dinge“ und die Erfahrung des Fotografiertwerdens in ganz unterschiedlichen Momenten ihrer Tätigkeit. Ort: Hamburger Hospiz im Helenenstift, Helenenstraße 12, Altona. Der Eintritt ist kostenfrei, Spenden werden gerne entgegengenommen. Infos/Fragen an E-Mail: veranstaltungen@hamburger-hospiz.de und Tel. 38 90 75-205. | *háb*

Die lebendige Seele Angolas



Initiatorin Sandra Sabrowsky vor Bildern von Alvaro Macieira, Oksana Dias, Ginga Artimista aus Angola

Ausstellung In der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg stellen angolansische Künstlerinnen und Künstler ihre Werke vor

„Kunst- und Kulturreise nach Angola“ – unter diesem Titel findet in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg ab 17. März eine angolansische Kunstausstellung statt. Die Mitinitiatorin Sandra Sabrowsky, geboren in Angola, möchte mit dieser Ausstellung das afrikanische Land durch die Augen talentierter Künstlerinnen und Künstler zeigen, deren Werke

die Geschichte, die Traditionen und die zeitgenössischen Erzählungen des Landes widerspiegeln. Sabrowsky ist Präsidentin und Mitbegründerin des Vereins „Angolaverstehen – CompreendoAngola e.V.“, der diese Ausstellung organisiert hat. Von Gemälden, die das lebendige Leben Angolas darstellen, bis hin zu kunstvoll gefertigten Körben einer Kooperative von Frauen und Fotos, die der angolansischen Ahnenkultur Tribut zollen – die Ausstellung präsentiert die Tiefe und Schönheit der Kunst des Landes. Während der Vernissage sind Lesungen angolansischer Autorinnen und Autoren sowie die Vorführung von Dokumentarfilmen vorgesehen. Die Vernissage findet am 17. März um 11 Uhr statt. Alle Kunstbegeisterte sind herzlich willkommen. Die Ausstellung ist noch bis 16. Juni zu sehen. Weitere Informationen zum Verein unter <https://angolaverstehen-compreendoangola.org>. | *háb*

Symposium zu Klimawandel und Gesundheit an der HAW Hamburg

Die Ausbildung zukünftiger Gesundheitsdienstleister spielt eine entscheidende Rolle, um besser auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels vorbereitet zu sein und diese zu mildern. Das Symposium „Die Lücke überbrücken: Klimawandel und Gesundheit“ bietet Gelegenheit, angehende Fachkräfte im Gesundheitswesen über die Verbindung zwischen Klima- und Umweltfaktoren sowie menschlicher Gesundheit zu informieren. Die Veranstaltung (Donnerstag, 5. September in der Hochschule HAW Hamburg, Berliner Tor 5) zielt darauf ab, Studierenden, Auszubildenden und Trainer:innen zu helfen, die Auswirkungen des Klimawandels zu verstehen, Strategien zur Abschwächung und Anpassung kennenzulernen und nachhaltige Praktiken im Gesundheitswesen zu fördern.

Das Symposium soll Lehrenden an Bildungseinrichtungen die Möglichkeit bieten, ihre Projekte und Lehrpläne zu präsentieren, die sich mit dem Thema Klimawandel und Gesundheit befassen. Ziel ist es, Studierenden und Auszubildenden den tiefgreifenden Zusammenhang zwischen Klimawandel und menschlicher Gesundheit näherzubringen. Die Veranstaltung wird als Plattform für Diskussionen, Lernen und Handeln zu diesem dringenden Thema dienen.

Interessierte können bis zum 30. März 2024 ihre Teilnahmebekundungen an das Konferenzteam (E-Mail: info@iccip.net) senden, inklusive einer 200 Wörter langen Zusammenfassung des Vortrags mit Titel, Namen und Kontaktdaten der Autorinnen und Autoren. Zusätzlich ist ein Buch geplant (Titel: Klimawandel und Gesundheit – Chancen und Perspektiven für Studierende und Auszubildende in den Gesundheitsberufen), das bei Springer Nature erscheinen soll, um die Erfahrungen der Teilnehmenden zu dokumentieren und zu fördern (Einreichung nicht zwingend erforderlich). Die Anmeldefrist zum Symposium ist der 30. Juni 2024. Die Teilnahme ist kostenlos. Mehr Informationen unter <https://t1p.de/ax95k>. | *háb*



MFA-Protest vor der Geschäftsstelle der KVH

Tarifstreit Am 8. Februar sind Medizinische Fachangestellte (MFA) erstmals bundesweit auf die Straße gegangen, um für mehr Gehalt und bessere Arbeitsbedingungen zu protestieren. Der Verband medizinischer Fachberufe (vmf) und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten (AAA) konnten sich einigen: Es gibt 7,4 Prozent mehr Gehalt.

Einigung: *MFA bekommen mehr Gehalt*

Der Verband medizinischer Fachberufe (vmf) hatte zum ersten Mal in seiner Geschichte das Praxispersonal zu einem Warnstreik aufgerufen. Mindestens 2.000 Mitarbeitende folgten am 8. Februar nach Angaben des vmf bundesweit dem Aufruf und legten für einen Tag die Arbeit nieder, um für mehr Gehalt und bessere Arbeitsbedingungen zu demonstrieren. In Hamburg beteiligten sich etwa 200 Fachkräfte an einer Kundgebung und protestierten vor dem Ärztehaus, dem Sitz der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH). Die zeigte Verständnis für den bundesweiten Protest und die Forderungen der MFAs, sieht aber die Bundespolitik in der Verantwortung. „Wir können den Unmut der MFAs und ihren dringenden Wunsch nach einer angemessenen Vergütung nachvollziehen“, sagte John Afful, Vorstandsvorsitzender der KVH. Gleichzeitig müsse man darauf hinweisen, dass viele Praxen aufgrund der Gesundheitspolitik der Bundesregierung wirtschaftlich mehr und mehr unter Druck gerieten.

Die Tarifpartner, vmf und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA), erzielten in ihren Verhandlungen am 8. Februar in Berlin in der vierten Runde eine Einigung: Die Gehälter steigen demnach über alle Tarifgruppen zum 1. März 2024 um 7,4 Prozent. Die Ausbildungsvergütungen erhöhen sich ab dem 1. März 2024 ebenfalls – im ersten Ausbildungsjahr von bisher 920 auf 965 Euro, im zweiten von 995 auf 1.045 Euro und im dritten von 1.075 auf 1.130 Euro.

Darüber hinaus wurde eine einmalige Inflationsausgleichprämie für Auszubildende und vollzeitbeschäftigte MFA in Höhe von 500 Euro vereinbart. Bei Teilzeitbeschäftigten richtet sich die Höhe der Prämie nach der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Die Laufzeit des Tarifvertrags beträgt 10 Monate. Die Tarifverträge stehen online auf www.vmf-online.de/mfa-tarife. | *háb*

Exzellente Speiseröhrenchirurgie: Erfahrung aus über 300 onkologischen Operationen

Zuletzt leiteten Sie ein Kompetenzzentrum für die Chirurgie des Magens und der Speiseröhre. Welche Erfahrungen bringen Sie aus dieser Zeit mit?

In über zehn Jahren habe ich mehr als 300 onkologische Operationen an der Speiseröhre durchgeführt, inklusive aller gängigen OP-Verfahren und Robotik. Ein komplikationsarmes Operieren, präzises Präparieren für hohe R0-Raten, die Entfernung von ausreichend Lymphknoten und eine intensive postoperative Betreuung sind entscheidend für ein erfolgreiches Outcome. Das schnelle Erkennen und die Therapie von Komplikationen erfordert fundierte Kenntnisse der Krankheitsbilder.

Sie sind eine ausgewiesene Expertin für onkologische Chirurgie. Wie profitieren Ihre Patientinnen und Patienten davon?

Nach meinem Curriculum für die Spezialisierung „onkologische Chirurgie“ am European Board of Surgery verfüge ich über umfassende Kenntnisse der aktuellen Therapiemöglichkeiten aller abdominalen Tumorerkrankungen. Dabei gewinnen neben der Chirurgie die medikamentösen Behandlungen wie zum Beispiel die Antikörpertherapie zunehmend an Bedeutung. Für individuelle, am Patienten orientierte Therapiekonzepte ist eine interdisziplinäre Herangehensweise unerlässlich. Dabei dürfen aber Lebensqualität und Aspekte wie Fatigue und Gewichtsabnahme nicht vernachlässigt werden.

Dr. Tina Maghsoudi
Chefärztin der Abteilung für
Allgemein- und
Viszeralchirurgie



Was zeichnet die Schön Klinik Hamburg Eilbek aus?

Die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie ist spezialisiert auf Erkrankungen der Organe im Bauchraum. So führen wir besonders häufig kolorektale Operationen durch. Wir bieten das gesamte Spektrum aus Diagnostik und Therapie an. Das minimalinvasive Operieren ist etabliert und wir sind als Kompetenzzentrum zertifiziert. Die Tumorkonferenz fördert den interdisziplinären Austausch, auch mit dem ambulanten Bereich, um zeitnah neoadjuvante oder adjuvante Therapiekonzepte zu ermöglichen und Zeitverluste für Patientinnen und Patienten zu minimieren.



Schön Klinik Hamburg Eilbek
T. +49 40 2092-1602
EIL-Allgemeinchirurgie@schoen-klinik.de
www.schoen-klinik.de

► Mehr Infos zur
Allgemein- und
Viszeralchirurgie





Gerinnungsstörungen erkennen und behandeln

Hämatologie Gerinnungsstörungen haben vielfältige Ursachen und können sowohl zu vermehrten Blutungen als auch zu Blutgerinnseln führen. Manche Störungen sind harmlos, andere erfordern eine spezielle Behandlung. Die Kenntnis von zwar seltenen, aber oft lebensbedrohlichen Gerinnungsstörungen ist wichtig für deren zielgerichtete Diagnostik und risikoadaptierte Therapie – in der ambulanten und stationären Versorgung.

Von Prof. Dr. Florian Langer, Dr. Lennart Beckmann, Dr. Christina Charlotte Rolling, PD Dr. Minna Voigtländer, PD Dr. Katharina Holstein, Prof. Dr. Carsten Bokemeyer

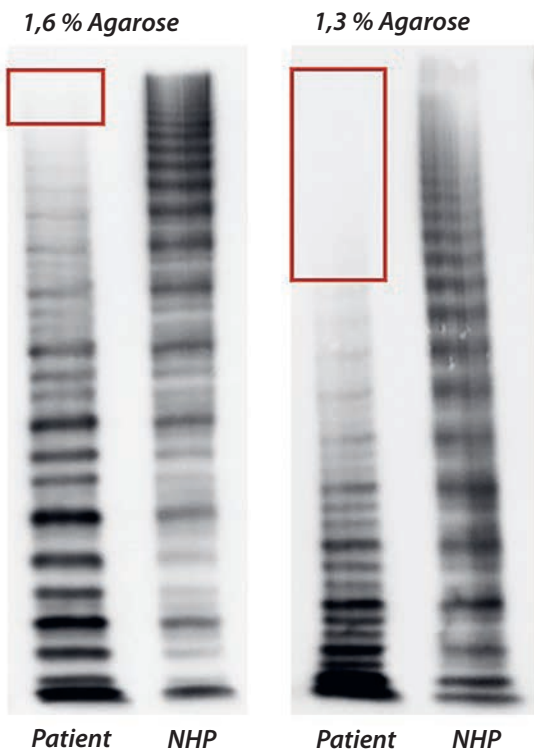


Abb. 1: Multimeranalyse des Plasma-Von-Willebrand-Faktors (VWF) bei einem 62-jährigen Patienten mit angeborenem Von-Willebrand-Syndrom Typ 2A. Im Vergleich zu normalem Humanplasma (NHP) sind ein Fehlen der größten Multimere (roter Rahmen) und eine relative Abnahme der größten Multimere auffällig. Das Gel niedriger Auflösungsfähigkeit (1,3 Prozent Agarose) erlaubt ein besseres Einwandern der großen VWF-Multimere. Bei maximal verlängerten Platelet-Function-Analyzer (PFA)-Verschlusszeiten lag das VWF-Antigen bei 118 Prozent und die VWF-Aktivität bei 43 Prozent. (Multimeranalyse: Asklepios MVZ Nord GmbH in Kooperation mit der MEDILYS Laborgesellschaft mbH)

Gerinnungsstörungen gehen mit einem gesteigerten Blutungs- oder Thromboserisiko einher. Dieser Beitrag stellt ausgewählte Krankheitsbilder dar, deren Kenntnis sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung von Bedeutung ist.

Hämorrhagische Diathesen

Hämorrhagische Diathesen können angeboren oder erworben sein. Zudem wird zwischen Defekten der primären (thrombozytären) und sekundären (plasmatischen) Blutstillung unterschieden. Wenn die Anamnese auf eine Hämostasestörung hinweist, steht die standardisierte Erfassung der Blutungssymptome mithilfe eines validierten Fragebogens (z. B. ISTH-BAT) an erster Stelle (1). Bei einem pathologischen Blutungsscore ist eine über die Routinediagnostik hinausgehende Abklärung indiziert.

Angeborene Hämostasestörungen

Von-Willebrand-Syndrom

Das Von-Willebrand-Syndrom (VWS) ist die häufigste angeborene Hämostasestörung. Abhängig von der Krankheitsdefinition liegt die Prävalenz bei 10 bis 30 pro Million bis 1 bis 2 Prozent. Das VWS beruht auf einem quantitativen und/oder qualitativen Defekt des Von-Willebrand-Faktors (VWF), der als multimeres Plasmaglykoprotein die Adhäsion der Thrombozyten an die verletzte Gefäßwand

vermittelt und den Faktor VIII (FVIII) in der Blutzirkulation stabilisiert. Das VWS wird autosomal vererbt und betrifft daher beide Geschlechter (sog. Pseudohämophilie). Mit 60 bis 80 Prozent am häufigsten ist das VWS Typ 1, das durch einen quantitativen Defekt gekennzeichnet ist: Typischerweise sind Antigen und Aktivität des VWF gleichermaßen vermindert.

Die Diagnose eines VWS Typ 1 gilt als gesichert, wenn das VWF-Antigen im Plasma bei < 30 Prozent liegt (üblicher Referenzbereich: 50 bis 200 Prozent) (2). Bei Werten von 30 bis 50 Prozent ist die Blutungsanamnese entscheidend. Bei eindeutigen Hinweisen für eine familiäre Hämostasestörung kann in dieser Situation ein (mildes) VWS Typ 1 diagnostiziert werden. Frühere Begriffe wie mögliches VWS oder niedriger VWF zielten im Falle eines Grauzonenbefunds darauf ab, eine Überdiagnostik zu vermeiden und die Betroffenen vor einer Stigmatisierung zu schützen. Der Gebrauch von blutgruppenadjustierten Referenzwerten hat sich nicht durchgesetzt, da die Blutungsneigung allein von der absoluten Plasmakonzentration des VWF abhängig ist: Bei Blutgruppe 0 sind verminderte VWF-Spiegel statistisch mit einem gesteigerten Blutungs- und reduzierten Thromboserisiko assoziiert (3, 4).

Bei sehr niedrigem VWF ist die aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT) infolge eines sekundären FVIII-Mangels verlängert. Eine normwertige aPTT schließt ein VWS Typ 1 jedoch nicht aus. Die In-vivo-Blutungszeit nach Ivy als Screeningtest der primären Hämostase ist ungenügend standardisiert und findet im Praxisalltag keine Anwendung mehr. Als Vollbluttest misst der Platelet Function Analyzer (PFA) die VWF-abhängige Hämostase unter hohen Scherkräften und hat somit eine relativ gute Sensitivität für das VWS. Als Akute-Phase-Protein unterliegt der VWF erheblichen intraindividuellen Schwankungen. Die VWF-Plasmakonzentration steigt mit dem Lebensalter an und zeigt eine zirkadiane sowie bei Frauen zyklusabhängige Rhythmik. Aus diesem Grund sind häufig mehrere Blutentnahmen erforderlich, um ein VWS Typ 1 sicher nachzuweisen oder auszuschließen. Aufgrund der Größe des VWF-Gens und der hohen Prävalenz von natürlich vorkommenden Genvarianten spielt die molekulargenetische Diagnostik beim VWS Typ 1 (noch) keine Rolle.

Medikament der ersten Wahl beim VWS Typ 1 ist das synthetische Vasopressin-Analogon Desmopressin (DDAVP) (5). Über eine Stimulation von V2-Rezeptoren induziert Desmopressin eine rasche Entleerung endothelialer Speicherorganellen (Weibel-Palade-Körperchen), sodass nach etwa einer Stunde mit einem 2- bis 4-fachen Anstieg des VWF/FVIII-Komplexes zu rechnen ist. Desmopressin kann als Infusion (0,3 µg/kg über 30 Minuten) oder als Nasenspray (Gesamtdosis 300 µg) verabreicht werden. Wichtige Nebenwirkungen sind Wasserretention mit Verdünnungshyponatriämie sowie Steigerung von Blutdruck und Herzfrequenz. Das potenziell erhöhte Thromboserisiko, insbesondere im arteriellen Stromgebiet, schränkt den Einsatz bei älteren, kardiovaskulär vorerkrankten Patientinnen und Patienten ein. Die Wirkung von Desmopressin hält über 8 bis 10 Stunden an. Bei der wiederholten Anwendung führt die Entleerung der Speicherorganellen zur Tachyphylaxie.

Supportiv, insbesondere bei Blutungen oder Eingriffen im Schleimhautbereich, kann das Antifibrinolytikum Tranexamsäure (10 bis 20 mg/kg, 3 bis 4 × täglich) zur Anwendung kommen. Nur in seltenen Fällen ist beim VWS Typ 1 die Substitution eines (FVIII-haltigen) VWF-Konzentrats in einer initialen Dosierung von 30 bis 50 IE/kg erforderlich.

Das VWS Typ 2 wird in die Subtypen 2A, 2B, N und M unterteilt. Die Art des qualitativen VWF-Defekts und das Ausmaß der klinischen Blutungsneigung sind heterogen. Für die Differenzialdiagnostik sind Spezialtests wie Multimeranalyse (Abb. 1), Ristocetin-induzierte Plättchenagglutination, FVIII-Bindungskapazität und

Tab. 1: Angeborene Hämostasesstörungen im Überblick

Angeborene Hämostasesstörung	Prävalenz	Screeningtest	Korrelation Faktoraktivität – Blutungsneigung	Therapie	für große OP erforderliche Talspiegel	cave
VWS	1:100 – 1:100.000	PFA (aPTT ↑)	ja	DDAVP VWF-Konzentrat	> 50 %	Wasserretention bei DDAVP
Hämophilie A	1:10.000	aPTT ↑	ja	FVIII-Konzentrat, Emicizumab, Gentherapie, DDAVP bei milder HA	> 50 – 80 %	
Hämophilie B	1:60.000	aPTT ↑	ja	FIX-Konzentrat Gentherapie	> 50 – 80 %	
Fibrinogen-Mangel	1:1.000.000	Quick ↓, aPTT ↑	mäßig	Fibrinogen-Konzentrat	> 1 g/l	Thromboserisiko?
FII-Mangel	1:2.000.000	Quick ↓, aPTT ↑	ja	PPSB, FFP	> 20 – 30 %	
FV-Mangel	1:1.000.000	Quick ↓, aPTT ↑	gering	FFP, Thrombozyten	> 15 – 20 %	
FVII-Mangel	1:500.000	Quick ↓	nein	FVII-Konzentrat	> 20 – 30 %	Thromboserisiko?
FX-Mangel	1:1.000.000	Quick ↓, aPTT ↑	ja	FX-Konzentrat, FFP	> 20 – 50 %	DD: Erworben?
FXI-Mangel	1:1.000.000	aPTT ↑	nein	FFP	> 15 – 20(–40) %	
FXII-Mangel	unbekannt	aPTT ↑	keine Blutungsneigung	nicht erforderlich	–	
FXIII-Mangel	1:2.000.000	–	ja	FXIII-Konzentrat	> 20 – 30%	

Die Prävalenzen der seltenen Faktormängel (blau hinterlegt) beziehen sich auf die schweren (homozygoten) Formen. VWS: Von-Willebrand-Syndrom; aPTT: aktivierte partielle Thromboplastinzeit; DD: Differenzialdiagnose; DDAVP: Desmopressin; FFP: gefrorenes Frischplasma; HA: Hämophilie A; PFA: Platelet Function Analyzer; PPSB: Prothrombinkomplex-Konzentrat; FII: Faktor II; FV: Faktor V; FVII: Faktor VII; FVIII: Faktor VIII; FX: Faktor X; FXI: Faktor XI; FXII: Faktor XII; FXIII: Faktor XIII; FIX: Faktor IX. Modifiziert nach Menegatti & Peyvandi (7)

VWF-Genetik relevant. Die meisten Betroffenen benötigen zumindest eine bedarfsgerechte VWF-Substitution. Beim VWS Typ 3 trägt zusätzlich zum vollständigen Fehlen des VWF eine stark verminderte FVIII-Aktivität zur Blutungsneigung bei. Neben Hämorrhagien im Haut- und Schleimhautbereich sind spontane Muskel- und Gelenkblutungen möglich, die wie bei schwerer Hämophilie eine prophylaktische Faktorsubstitution erfordern.

Hämophilie

Die Hämophilie ist eine X-chromosomal rezessiv vererbte Bluterkrankheit, die durch einen Mangel an FVIII (Hämophilie A) oder Faktor IX (FIX) (Hämophilie B) gekennzeichnet ist. Die Hämophilie A (HA) ist mit einer Inzidenz von 1:5.000 männlichen Neugeborenen etwa 5- bis 6-mal häufiger als die Hämophilie B (HB). Überträgerinnen (Konduktorinnen) können ebenfalls eine klinisch relevante Blutungsneigung und in seltenen Fällen eine schwere Hämophilie aufweisen.

Nach der Faktorrestaktivität im Plasma wird die Hämophilie in eine schwere (< 1 Prozent), mittelschwere (1 bis 5 Prozent) und milde Form (5 bis 40 Prozent) eingeteilt (6). Bei schwerer Hämophilie führen spontane Muskel- und Gelenkblutungen zu irreversiblen Schäden am Bewegungsapparat, weshalb bereits ab der frühen Kindheit eine effektive Blutungsprophylaxe Standard ist. Nur hierdurch können eine schmerzhaft Arthropathie verhindert, die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert und eine regelhafte Teilhabe am Sozialleben ermöglicht werden. In Westeuropa ist bei hämophilen Neugeborenen von einer normalen Lebenserwartung auszugehen. Die Blutungsprophylaxe bei Hämophilie hat in den vergangenen 10 Jahren dramatische Innovationen erfahren. Für Erwachsene mit schwerer HA stehen mittlerweile drei verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung, sofern die entsprechenden Eignungskriterien erfüllt sind:

- Intravenöse Ersatztherapie mit plasmatischen oder rekombinanten FVIII-Konzentraten. Durch Methoden der Halbwertszeitverlängerung wie PEGylierung (Polyethylenglycol; PEG) oder Fc-Fusion können die Injektionsintervalle von 3 bis 4 x pro Woche auf alle 5 bis 7 Tage gestreckt werden.
- Subkutane Therapie mit dem bispezifischen monoklonalen Antikörper Emicizumab, der über eine Bindung an Faktor IXa (FIXa) und Faktor X (FX) die Cofaktor-Funktion von aktiviertem FVIII imitiert und alle 1 bis 4 Wochen verabreicht werden kann. Emicizumab wirkt auch in Gegenwart von inhibitorischen FVIII-Alloantikörpern, die bei etwa 30 Prozent der Betroffenen mit schwerer HA unter FVIII-Ersatztherapie auftreten.
- Epigenetischer Transfer des F8-Gens mit einem AAV5-basierten viralen Vektor, der zu einer variablen und sehr wahrscheinlich nur transienten hepatozellulären FVIII-Expression führt. Auch für die HB ist seit 2023 eine Gentherapie verfügbar.

Weitere innovative, aktuell noch nicht zugelassene Therapiestrategien zielen auf eine Wiederherstellung des hämostaseologischen Gleichgewichts ab, in dem sie die Funktion natürlich vorkommender Antikoagulanzen wie Antithrombin, Tissue Factor Pathway Inhibitor oder aktiviertes Protein C (APC) blockieren. Nicht zuletzt aufgrund der komplexen Therapielandschaft und der vielseitigen Begleiterkrankungen besonders älterer Patientinnen und Patienten sollte die multidisziplinäre Hämophilie-Behandlung an einem zertifizierten Zentrum in enger Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten erfolgen.

Seltene angeborene Faktormängel

Bei vielen anderen Faktormangelzuständen korreliert die Schwere der Blutungsneigung nur ungenügend mit der Restaktivität im Plasma (Tab. 1) (7). Zudem muss in seltenen Fällen mit einem erhöhten Thromboserisiko gerechnet werden.



Abb. 2: Ausgedehnte kutane Hämatome bei einem 70-jährigen Patienten mit erworbener Hämophilie A. Die FVIII-Aktivität lag bei < 1 Prozent und der FVIII-Inhibitor bei 21 Bethesda-Einheiten (BE) (Referenzbereich < 0,5 BE)

Erworbene Hämostasestörungen

Erworbenes VWS

Verschiedene Pathomechanismen können ein erworbenes VWS hervorrufen (8). Hierzu zählen:

- verminderte VWF-Produktion bei schwerer Hypothyreose,
- pathologisch gesteigerte Scherkräfte mit Entfaltung und Proteolyse des VWF (z. B. schwere Aortenklappenstenose, Therapie mit linksventrikulärem Unterstützungssystem [LVAD] oder extrakorporaler Membranoxygenierung [ECMO]),
- gesteigerte VWF-Adhäsion an thrombozytäre GPIIb/IIIa-Rezeptoren (z. B. essenzielle Thrombozythämie, Polycythaemia vera),
- beschleunigter immunologischer Abbau des VWF durch Autoantikörper oder bei monoklonaler Gammopathie.

Wenn der VWF im Plasma nicht deutlich vermindert ist, gibt eine Aktivität/Antigen-Ratio von < 0,7 bis 0,8 erste Hinweise auf einen qualitativen Defekt. Bei erworbenem VWS steht die kausale Therapie der Grunderkrankung im Vordergrund (z. B. Aortenklappenersatz, zytoreduktive Therapie). Bei Immunglobulin G (IgG)-Paraproteinämie sind hochdosierte intravenöse Immunglobuline (IVIG) wirksam (9). Ist eine Grunderkrankung bekannt, die typischerweise mit einem erworbenen VWS einhergeht, wird vor Eingriffen mit gesteigertem Blutungsrisiko eine entsprechende Diagnostik empfohlen (10).

Erworbene Hämophilie A

Die erworbene Hämophilie A ist eine seltene Autoimmunerkrankung, die überwiegend im fortgeschrittenen Alter, jedoch auch peripartal zu schwersten Blutungskomplikationen führen kann. Leitbefund ist eine isolierte aPTT-Verlängerung mit stark verminderter FVIII-Aktivität, die sich nicht durch eine Mischung mit Normalplasma korrigieren lässt. Die inhibitorischen Autoantikörper gegen

FVIII werden mithilfe eines (modifizierten) Bethesda-Tests quantitativ nachgewiesen. Typisch sind ausgedehnte (sub-)kutane Hämatome (Abb. 2) sowie muskuläre, gastrointestinale und urogenitale Hämorrhagien. Zur Therapie und Prophylaxe von Blutungen stehen rekombinanter aktivierter Faktor VII (FVII), aktiviertes Prothrombinkomplex-Konzentrat und rekombinanter porziner FVIII zur Verfügung (11). Emicizumab ist ebenfalls wirksam (12). Zur Eradikation des FVIII-Hemmkörpers werden Immunsuppressiva wie Kortikosteroide, Cyclophosphamid und Rituximab verwendet. In der präoperativen Situation muss jede isolierte aPTT-Verlängerung weiter abgeklärt werden, um potenziell katastrophale Blutungskomplikationen zu verhindern.

Thrombophile Diathesen

Im engeren Sinne beschreibt die Thrombophilie Veränderungen des Bluts, die eine Thromboseneigung bewirken. Weitere Aspekte der Virchow-Trias sind verlangsamter Blutfluss (Stase) und Schädigungen der Gefäßwand. Eine Thrombophiliediagnostik wird nur dann empfohlen, wenn sich aus dem Ergebnis Konsequenzen ableiten lassen (13). Im Praxisalltag können die folgenden Ziele definiert werden:

- Ursachenklärung bei stattgehabter Thromboembolie, wobei neben der Labordiagnostik zwingend patienteneigene und situationsbedingte Risikofaktoren zu berücksichtigen sind,
- Entscheidung über Art, Dauer und Intensität einer antithrombotischen Rezidivprophylaxe,
- Beratung bezüglich des individuellen Thromboserisikos und entsprechender prophylaktischer Maßnahmen bei familiär bekannter Thrombophilie oder familiärer Thrombosebelastung.

Hieraus folgt, dass eine Thrombophiliediagnostik vor allem in den folgenden Situationen sinnvoll ist:

- Manifestation einer Thromboembolie vor dem 50. Lebensjahr ohne oder in Zusammenhang mit lediglich schwachen Risikofaktoren,
- Thromboembolie bei positiver Familienanamnese,
- rezidivierende oder therapierefraktäre Thromboembolien.

Angeborene Thrombophilien

Die angeborenen Thrombophilien spielen vorwiegend im venösen Stromgebiet eine Rolle. Nur selten ist ihre Kenntnis unmittelbar nach Diagnose einer venösen Thromboembolie (VTE) relevant. Es ist zu beachten, dass die funktionelle Gerinnungsanalytik durch das frische thrombotische Ereignis, die damit einhergehende Akute-Phase-Reaktion und die umgehend einzuleitende therapeutische Antikoagulation beeinflusst wird (14). Insbesondere unter Therapie mit nicht Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen (NOAKs), die direkt Faktor Xa (FXa; Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban) oder Thrombin (Dabigatran) hemmen, können falsch normale oder falsch pathologische Werte gemessen werden. Eine zweitägige Einnahmepause allein zum Zweck einer Thrombophiliediagnostik ist frühestens 3 bis 6 Monate nach dem Akutereignis zu rechtfertigen. Durch Hinzugabe von Aktivkohle zum Patientenplasma oder Einsatz von spezifischen Filtern ist eine Neutralisation des NOAK-Effekts auf die Gerinnungsanalytik möglich, sofern das Labor zuvor entsprechend informiert worden ist (15).

Bei der Bewertung von Thrombophilien muss sorgfältig zwischen dem relativen Risiko (RR) für die Erstmanifestation einer VTE und dem RR für das Wiederauftreten einer VTE nach Beendigung der Antikoagulation unterschieden werden (Tab. 2, nächste Seite). Das durchschnittliche VTE-Risiko beträgt in der Allgemeinbevölkerung 0,1 bis 0,2 Prozent pro Jahr. Nach stattgehabter VTE erhöht sich

Tab. 2: Thrombophilie-Häufigkeit und relatives Risiko für Erst-VTE und Rezidiv-VTE ohne Antikoagulation*

Thrombophilie	Prävalenz (%)		relatives Risiko	
	Normalbevölkerung	VTE-Patienten	Erst-VTE	Rezidiv-VTE (ohne AK)
schwere Thrombophilie (hohes Risiko)				
Antiphospholipidsyndrom	1–5	2–7	5–33	1,8–4,5
Antithrombin-Mangel	0,02–0,20	1	4–50	2,5 (?)
Protein-C-Mangel	0,2–0,4	3	15	2,5 (?)
Protein-S-Mangel	0,03–0,10	2	5–10	2,5 (?)
FVL-Mutation, homozygot	0,02	1,5	40–80	(?)
PT-Mutation G20210A, homozygot	0,02	<1	20–30	(?)
milde Thrombophilie (niedriges Risiko)				
FVL-Mutation, heterozygot	5	20	5–7	1,5
PT-Mutation G20210A, heterozygot	2	6	3–4	1,5
Persistierende Faktor-VIII-Erhöhung	–	–	5	1,5 (?)
Blutgruppe A, B oder AB („nicht-0“)	55–57	75	2	2

*VTE: venöse Thromboembolie; AK: Antikoagulation; FVL: Faktor-V-Leiden; PT: Prothrombin. Modifiziert nach Linnemann et al. (13)

das Basisrisiko jedoch deutlich, sodass von einem absoluten VTE-Risiko von 2 bis 5 Prozent pro Jahr ohne Antikoagulation auszugehen ist. Hieraus folgt, dass im Rahmen der Entscheidungsfindung bezüglich Durchführung einer langfristigen VTE-Rezidivprophylaxe selbst eine milde Thrombophilie wichtige Zusatzinformationen liefern kann.

Die häufigsten genetisch bedingten Thrombophilien sind die Faktor-V-Leiden (FVL)- und die Prothrombin (PT)-Mutation G20210A. Die FVL-Mutation bedingt keinen FV-Mangel, sondern eine Resistenz des aktivierten FV gegenüber der inaktivierenden Proteolyse durch APC. Die Mutation wurde erstmalig in der niederländischen Stadt Leiden beschrieben; es handelt sich nicht um ein Gebrechen im Sinne einer Erbkrankheit, sondern um einen eher milden Thromboserisikofaktor. Nach Testung auf FVL- und PT-Mutation G20210A ist für die fachgebundene genetische Beratung eine entsprechende Qualifikation erforderlich. Auch andere Aspekte der Aufklärung, Übermittlung und Archivierung von Befunden werden durch das Gendiagnostikgesetz geregelt.

Bei den seltenen schweren Thrombophilien ist eine verlässliche Aussage über das Thromboembolierisiko kaum möglich. Dies gilt insbesondere für kombinierte Defekte. Bei den Inhibitoren Antithrombin, Protein C und Protein S hängt das Thromboserisiko vom Ausmaß des Mangels ab. Das Vorliegen einer schweren Thrombophilie spricht nach (spontaner) VTE für eine langfristige, zeitlich unbegrenzte Fortführung der oralen Antikoagulation. Diese sollte bei guter Verträglichkeit präferenziell mit einer Therapiedosis und nicht mit einer reduzierten, prophylaktischen Erhaltungsdosis erfolgen (13). Für zahlreiche andere Marker ist die pathophysiologische Relevanz nicht abschließend geklärt (16).

Erworbene Thrombophilien

Antiphospholipidsyndrom (APS)

Das thrombotische oder vaskuläre Antiphospholipidsyndrom (APS) ist mit einem hohen Risiko für venöse, arterielle oder mikrovaskuläre Thrombosen assoziiert. Die im Jahr 2006 revidierten Diagnosekriterien fordern neben der objektiven Bestätigung eines thrombotischen Ereignisses den persistierenden Nachweis signifikant erhöhter Antiphospholipidantikörper (17). Diese umfassen:

- Lupusantikoagulanzen (LA),
- IgG-/IgM-Antikörper gegen Kardiolipin,
- IgG-/IgM-Antikörper gegen Beta2-Glykoprotein I.

LA bewirken im Reagenzglas eine Verlängerung phospholipidabhängiger Gerinnungstests, z. B. der aPTT. Es handelt sich um ein Laborphänomen, das initial bei Patientinnen und Patienten mit Lupus erythematodes beschrieben worden ist. In vivo induzieren die Antikörper jedoch über pleiotrope thromboinflammatorische Effekte einen Status der Hyperkoagulabilität. Der Nachweis von LA erfolgt über funktionelle Gerinnungstests, die anfällig für eine NOAK-Restwirkung sind. Falsch positive Befunde sind aufgrund der potenziellen therapeutischen Konsequenzen unbedingt zu vermeiden. Antikörper gegen Kardiolipin und Beta2-Glykoprotein I werden immunologisch nachgewiesen. Eine Kontrolluntersuchung zur Befundbestätigung ist nach ≥ 12 Wochen indiziert.

Selbst wenn die Kriterien für ein definitives APS erfüllt sind, ist das Thromboembolierisiko heterogen. Der Nachweis von LA und insbesondere ein dreifachpositives Antikörperprofil stellen eine Hochrisikokonstellation dar; in dieser Situation sollten die Patientinnen und Patienten nicht nur nach arteriellen, sondern auch nach venö-

Abkürzungsverzeichnis

VWS	Von-Willebrand-Syndrom
VWF	Von-Willebrand-Faktor
FVIII	Faktor VIII
aPTT	aktivierte partielle Thromboplastinzeit
DDAVP	1-Desamino-8-D-Arginin-Vasopressin (Desmopressin)
HA, HB	Hämophilie A, Hämophilie B
FIXa	aktivierter Faktor IX
FX, FXa	Faktor X, aktivierter Faktor X
APC	aktiviertes Protein C
GPIIb/IIIa-Rezeptor	Glykoprotein-IIb/IIIa-Rezeptor
IVIg	intravenöse Immunglobuline
VTE	venöse Thromboembolie
NOAKs	nicht-Vitamin-K-abhängige orale Antikoagulantien
RR	relatives Risiko
FV	Faktor V
APS	Antiphospholipidsyndrom
LA	Lupusantikoagulantien
VKA	Vitamin-K-Antagonist
MPN	Myeloproliferative Neoplasien
PNH	Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie
PF4	Plättchenfaktor 4
HIT	Heparin-induzierte Thrombozytopenie
VITT	Vakzin-induzierte immuntrombotische Thrombozytopenie
GPI	Glykosylphosphatidylinositol

sen Thromboembolien Vitamin-K-Antagonisten (VKAs) wie Phenprocoumon oder Warfarin erhalten. In allen anderen Fällen sind standarddosierte NOAKs eine Therapieoption, sofern keine chronische thromboembolische pulmonale Hypertonie und keine arteriellen oder mikrovaskulären Gefäßverschlüsse bekannt sind (13). Diese aktuelle Leitlinienempfehlung steht zwar im Widerspruch zu einem Rote-Hand-Brief aus dem Jahr 2019; sie berücksichtigt aber das insgesamt vorteilhafte Risiko-Nutzen-Profil der NOAKs im Vergleich zu VKAs und spiegelt den Praxisalltag wider.

Das APS gilt als schwere Thrombophilie und erfordert bei stattgehabter VTE eine langfristige orale Antikoagulation. Nach einem ischämischen Schlaganfall und Ausschluss einer kardialen Emboliequelle hat die Diagnose eines APS erhebliche therapeutische Konsequenzen, da in dieser Situation eine VKA-Therapie anstelle der standardmäßigen Aggregationshemmung mit Acetylsalicylsäure (ASS) indiziert ist. Unklar bleibt, in welchen Situationen eine APS-Diagnostik erfolgen soll. Hier können Nebenkriterien wie Thrombozytopenie, Livedo reticularis oder Herzklappenveränderungen hilfreich sein. Vom thrombotischen ist das geburtshilfliche APS abzugrenzen, das durch definierte Schwangerschaftskomplikationen wie Spätabort oder rezidivierende Frühaborte gekennzeichnet ist. Die betroffenen Frauen erhalten in der Schwangerschaft ASS und niedermolekulares Heparin, benötigen jedoch im Alltag nicht regelhaft eine antithrombotische Medikation (18). Bei rasch progredientem Organversagen infolge mikrovaskulärer Thrombosen muss an ein katastrophales APS gedacht werden (19).

Eine kürzlich publizierte Aktualisierung der Klassifikationskriterien berücksichtigt, dass es sich beim APS um eine heterogene Multi-systemerkrankung handelt (20). Die Umsetzbarkeit dieser neuen

Diagnosekriterien im Praxisalltag und die sich daraus ableitenden therapeutischen Konsequenzen bleiben abzuwarten.

Seltene erworbene Thrombophilien

Bei ungewöhnlich lokalisierten, rasch progredienten oder therapieresistenten Thrombosen müssen spezifische erworbene Thrombophilien beachtet werden, die zwar selten, aber von differenzialtherapeutischer Bedeutung sind. Hierzu gehören:

- **Myeloproliferative Neoplasien (MPN):** Insbesondere bei Nachweis einer JAK2-V617F-Mutation sind BCR-ABL1-negative MPN (essenzielle Thrombozythämie, Polycythaemia vera, primäre Myelofibrose) mit einem hohen Thromboserisiko assoziiert (21). Charakteristische Blutbildbefunde sind Thrombozytose, Leukozytose und Polyglobulie. Zusätzlich zur Antikoagulation ist eine zytoreduktive Therapie indiziert. Die meisten Betroffenen profitieren zudem von einer primär- oder rezidivprophylaktischen Plättchenhemmung mit ASS (22).
- **Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH):** Der Verlust GPIIb/IIIa-verankerter komplementregulatorischer Membranproteine auf der Oberfläche von Erythrozyten und Leukozyten führt zur ungehemmten intravasalen Hämolyse mit Aktivierung von thromboinflammatorischen Signalwegen. Die Diagnose wird durchflusszytometrisch gestellt. Zusätzlich zur Antikoagulation ist eine komplementhemmende Therapie indiziert (23).
- **Autoimmune HIT-Syndrom:** IgG-Autoantikörper gegen Plättchenfaktor 4 (PF4) führen über hochmolekulare Immunkomplexe zur Aktivierung von Thrombozyten, Leukozyten und Endothelzellen. Der Pathomechanismus ähnelt demjenigen der Heparin-induzierten Thrombozytopenie (HIT) und Vakzin-induzierten immuntrombotischen Thrombozytopenie (VITT) (24). Die Diagnose basiert auf dem Nachweis von hochtitrigen PF4-Antikörpern, was mit den meisten Enzyme-linked Immunosorbent Assay (ELISA)-basierten HIT-Screeningtests möglich ist. Zusätzlich zur Antikoagulation ist bei akuten Verläufen eine IVIg-Gabe indiziert.

Fazit

Die Kenntnis von zwar seltenen, aber potenziell lebensbedrohlichen Gerinnungsstörungen ist Voraussetzung für deren zielgerichtete Diagnostik und risikoadaptierte Therapie. In dieser Situation ist eine enge Kooperation zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung einerseits sowie spezialisierten Laboratorien und hämostaseologischen Behandlungszentren andererseits erforderlich.



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

Interessenkonflikt: vorhanden.

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

Prof. Dr. Florian Langer

Bereich Hämostaseologie (Gerinnungsambulanz und Hämophiliezentrum)

II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Zentrum für Onkologie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

E-Mail: langer@uke.de



Kammerpräsident Dr. Pedram Emami (l.) und PD Dr. Peter Tschentscher

Im Interview

Im Februar hatte die Ärztekammer Hamburg besonderen Besuch: Kammerpräsident Dr. Pedram Emami hatte Hamburgs Ersten Bürgermeister in die Alstercity eingeladen, um ihn für den Berufs-Podcast „Kammertöne“ zu interviewen.

Von Stella Bandemer

PD Dr. Peter Tschentscher zu Gast in der Kammer

Die letzte Berührung mit der Ärztekammer Hamburg in eigener Sache hatte PD Dr. Peter Tschentscher in seiner Facharztprüfung. „Das war schon ganz schön stressig“, wenn man im fortgeschrittenen Alter wie als Schüler oder Student nochmal eine mündliche Prüfung absolvieren müsse, sagt der Arzt. In seinem Fach Labormedizin seien die Kolleginnen und Kollegen auch gern mal durchgefallen. „Aber es ist gut gegangen, vielen Dank“, berichtet Tschentscher im Podcast-Interview und lacht. Der Podcast „Kammertöne“ widmet sich ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und der Vielfalt ihrer beruflichen Passion.

Von der Unimedizin zur Politik

Bis er 45 Jahre alt war, arbeitete Hamburgs Erster Bürgermeister nicht hauptberuflich in der Politik, sondern als Mediziner, zuletzt als Oberarzt im Diagnostikzentrum am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Die Diagnostik faszinierte ihn. Die Ursachen von Symptomen zu finden, das sei „ein bisschen wie Spurensuche“, so Tschentscher. In der Universitätsmedizin entwickelte er seine erste berufliche Leidenschaft.

„Wenn Sie so tief in der Materie waren, wie sind Sie dann in die Politik gekommen?“, fragt ihn Kammerpräsident Dr. Pedram Emami. Er habe sich das früher nicht vorgestellt, einmal professionell und hauptamtlich in der Politik zu sein. „Wie eigentlich alle in dem Feld war ich mit Haut und Haaren in der Medizin“, antwortet der heutige Politiker. Doch wenn andere zum Ausgleich abends Sport machten, war der Arzt ehrenamtlich in

der Bezirkspolitik tätig. Schrittweise bekam seine politische Arbeit in der SPD dann größere Bedeutung. 2008 wurde er als Mitglied der Bürgerschaft sogenannter „Feierabend-Parlamentarier“. „Deshalb musste ich meine Stundenzahl am UKE dann auch reduzieren“, erzählt er. 2011 gab er seine Berufstätigkeit als Arzt auf, um Mitglied des Senats zu werden. Als ihn der damalige Erste Bürgermeister Olaf Scholz fragte, ob er Finanzsenator werden wolle, habe er ein paar Tage überlegt und sich dann für die Politik entschieden. Von 2011 bis 2018 war er Finanzsenator, seit März 2018 ist er Erster Bürgermeister der Freien und Hansestadt Hamburg.

Aber noch heute denkt er sich gern in die Welt der Medizin ein. „Das bestätigt mich in meinem Vorurteil: Einmal Arzt, immer Arzt“, stellt Emami mit Freude fest. Ja, manchmal habe er tatsächlich Lust, wieder einmal medizinisch zu arbeiten, Blut abzunehmen und Befunde zu beurteilen, erzählt Tschentscher.

Starkes Gesundheitssystem

In jedem Land, das er als Bürgermeister während seiner politischen Reisen besucht, versucht er auch, sich ein Krankenhaus anzusehen. „Man erfährt dadurch einiges über das Land und über die Finanzierung des Gesundheitswesens“, stellt Tschentscher fest. Mit diesem weltweiten Vergleich im Hinterkopf solle man anerkennen, welche großartigen Leistungen in unserem Gesundheitssystem erbracht werden und das auch wertschätzen. Das System müsse aber auch klug finanziert sein. Zurzeit wolle die Bundespolitik mit

dem Krankenhausstrukturgesetz eine bessere Grundlage für die Finanzierung des Gesundheitswesens finden, aber regionale Interessen ständen damit oft in Konflikt. Nach Ansicht Tschentschers solle der Sinn des Gesetzes sein, die vorhandenen Mittel möglichst effizient einzusetzen: „Derzeit sind viele Krankenhäuser nicht mehr wirtschaftlich zu betreiben“, sagt Tschentscher. Wir müssten vermeiden, aus wirtschaftlichen Gründen Entscheidungen zu treffen, die aus medizinischer Sicht nicht optimal sind.

Sich politisch einbringen

Die Arbeit in der Selbstverwaltung der Ärztekammer Hamburg sei „Demokratie in der Fachlichkeit“, so Tschentscher. Viele Leute könnten sich einbringen. Sie treten damit nicht für die persönlichen beruflichen Interessen ein, sondern für die Gesamtheit der Ärzteschaft. Als Mitglied der Ärztekammer Hamburg beteiligt er sich selbst auch immer an der Kammerwahl. Das greift Kammerpräsident Emami im Podcast-Interview gern auf: „Ich kann es auch nur allen empfehlen, in der Ärztekammer Hamburg mitzugestalten.“

Stella Bandemer, Mitarbeiterin der Kommunikation der Ärztekammer Hamburg

Wie die Herangehensweise aus seiner medizinischen Ausbildung seine politische Arbeit bestimmt und welche Position er zur Cannabis-Legalisierung einnimmt, hören Sie in „Kammertöne – mit Dr. Peter Tschentscher“: www.aerztekammer-hamburg.org/podcast.html oder überall, wo es Podcasts gibt.



Haspa
Hamburger Sparkasse

**Kompetenz-Center
Heilberufe**



Präsenzveranstaltung | Samstag, 27.4.2024 | 10.00–15.00 Uhr
in den Veranstaltungsräumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg K. d. ö. R., Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

In Kooperation mit der



Informationsforum für Praxisabgeber:innen und Existenzgründer:innen

In diesem Seminar beleuchten wir die wesentlichen Aspekte der Praxisabgabe sowie der Praxisgründung. Spezialist:innen der KV Hamburg sowie Referent:innen aus dem Expert:innennetzwerk des Kompetenz-Center Heilberufe diskutieren mit Ihnen gemeinsam die relevanten fachlichen Hintergründe und liefern Ihnen wichtige Tipps für Ihr erfolgreiches Projekt. Neben den klassischen Themen – vertragsrechtliche Rahmenbedingungen der Praxisabgabe, Praxisgründung bzw. Arztsitzübernahme; Abrechnungsregularien, Vertrags- und Finanzierungsgestaltung, steuerliche Besonderheiten – wird der Blick auch auf Marketing, Internetpräsenz und Controlling gerichtet. Die Veranstaltung bietet ebenfalls eine hervorragende Gelegenheit zur Vernetzung von Gründer:innen und Abgeber:innen.

Präsenzveranstaltung | Mittwoch, 24.4.2024 | 16.00 Uhr
in den Veranstaltungsräumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg K. d. ö. R., Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

In Kooperation mit der



Exklusiv für Psychotherapeut:innen – Informationsforum für Abgeber:innen und Gründer:innen

Eine Praxisabgabe oder -übernahme ist auch für freiberufliche Vertragspsychotherapeut:innen ein Projekt, das langfristig geplant und sorgfältig umgesetzt werden sollte. Über das Thema wird viel diskutiert, deshalb möchten wir folgende Schwerpunkte mit Ihnen beleuchten: Jobsharing, MVZ, Anstellung und Nachbesetzungsverfahren. Dazu zeigen wir rechtssichere Wege zur Abgabe oder Übernahme Ihrer psychotherapeutischen Praxis auf, die zu Ihren Wünschen und Ihrer Zeitplanung passen.

Präsenzveranstaltung | Mittwoch, 10.4.2024 | 17.00–19.00 Uhr
in den Veranstaltungsräumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg K. d. ö. R., Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

Das Expertengespräch

Thorsten C. Werner im Gespräch
mit weiteren Experten

Sie möchten mehr zum Thema MVZ erfahren?

Dann sind Sie bei unserer Veranstaltung genau richtig! Experten zu diesem Thema beleuchten Vor- und Nachteile sowohl von der juristischen, der steuerlichen als auch der unternehmerischen Seite. Nutzen Sie die Chance, Ihr Wissen zu erweitern und sich mit uns auszutauschen.

Unsere Experten: Christian Gerdts | CausaConcilio Koch & Partner mbB Rechtsanwälte, Patrick Mohaupt | ETLADVISION Hamburg GmbH,
Thomas Voeste | Voeste + Kollegen GmbH

Das Expertengespräch

Thorsten C. Werner im Gespräch mit weiteren Expert:innen

Die erfolgreiche Existenzgründung

Präsenzveranstaltung
11.6.2024 | 17.00–19.00 Uhr

Unsere Experten:
Christian Gerdts | CausaConcilio
Koch & Partner mbB Rechtsanwälte
Franco Tafuro | Tafuro & Team
Lars Richtsen | Kleinwort & Partner –
Steuerberater

Präsenzveranstaltung
11.7.2024 | 17.00–19.00 Uhr

Unsere Experten:
Christian Finke | Informationsstelle
Gesundheit GmbH
Dr. Felix Heimann | Rechtsanwälte M&P
Franco Tafuro | Tafuro & Team
Patrick Mohaupt | ETLADVISION Hamburg GmbH

Präsenzveranstaltung
14.11.2024 | 17.00–19.00 Uhr

Unsere Expert:innen:
Angelika Melson | Praxisconcept
Björn Sievers | Ackermann, Meyer & Partner mbB
Christian Finke | Informationsstelle
Gesundheit GmbH
Dr. Felix Heimann | Rechtsanwälte M&P



Eine Initiative des Haspa Kompetenz-Center Heilberufe sowie der
HeilberufeCenter der Berliner Sparkasse und Sparkasse KölnBonn.

Online-Seminar | 12.4.2024 | 15.00–17.00 Uhr

Digitalisierung in der Arztpraxis

Wir sprechen über Chancen und Herausforderungen, wie Sie die Digitalisierung für Ihre Praxis nutzen können – insbesondere im Bereich der digitalen Kommunikation unter Einhaltung der Standards, die uns das deutsche Gesundheitssystem vorgibt.

Erfolgreich gründen:

Präsenzveranstaltung
11.5.2024 | 10.00–15.00 Uhr

Niederlassungs-Navigator 2024 im Eterno Space Hamburg mit einem Expert:innen-
vortrag des Haspa Kompetenz-Center Heilberufe.



Hier können Sie sich
für alle Seminare
direkt anmelden.

Rechtliche Fragen

Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft – das Thema treibt viele Ärztinnen um. Wie ist die rechtliche Ausgangslage? Welche Gefährdungen gibt es? Und: Welche Möglichkeiten haben Schwangere, weiterzuarbeiten und damit auch die persönliche Weiterbildung voranzutreiben? Eine Online-Veranstaltung lieferte vielfältige Informationen zum Thema.

Von Karen Amme



Karriereknick Schwangerschaft? *Das muss nicht sein!*

Das Thema brennt vielen unter den Nägeln: vermeidbare Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft. Im Februar veranstaltete die Fortbildungsakademie einen Info-Abend, konzipiert vom Ausschuss „Chancengleichheit“. Mehr als 200 überwiegend weibliche Teilnehmerinnen hatten sich ins Zoom-Meeting gewählt. Sie wollten sich über den aktuellen Stand informieren und wissen, welche Möglichkeiten es gibt, trotz Schwangerschaft als Ärztin weiterzuarbeiten. Im Laufe des Abends wurde deutlich, wie groß der Druck ist. Rund 4.800 Frauen wurden im Rahmen einer Studie befragt, mehr als die Hälfte durfte während ihrer Schwangerschaft nicht arbeiten – so wird es die zweite Referentin Prof. Dr. Doreen Richardt später erläutern. Sie empfanden diese Phase als Karrierекnick – auch, weil sie in der Weiterbildung nicht vorankamen. Doch zuerst skizzierte Prof. Dr. Volker Harth vom Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) das Ziel der Veranstaltung. Man wolle sich den rechtlichen Rahmenbedingungen widmen und den Gründen für Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft. Und der Frage, wie sich diese vermeiden lassen.

Kriterien für eine Gefährdungsbeurteilung

Harth gab das Wort an Ursula Höfer, Juristin in der Hamburger Behörde für Justiz und

Verbraucherschutz. Sie informierte über den rechtlichen Schutzrahmen für das ungeborene Kind und die Schwangere sowie zu Maßnahmen, die helfen können, dem Beschäftigungsverbot zu entgehen. Denn dieses drohende Beschäftigungsverbot – auch das wurde im Laufe der Veranstaltung mehrmals deutlich – lässt viele Schwangere schweigen.



Ursula Höfer

Juristin in der Hamburger Behörde für
Justiz und Verbraucherschutz



Prof. Dr. Doreen Richardt

Chirurgin am Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein

Doch zurück zur bereits erwähnten Gefährdungsbeurteilung, die im ersten Schritt den Arbeitgebern obliegt. Sie müssen zuerst aufgrund der sogenannten anlassunabhängigen Gefährdungsbeurteilung einmal für alle Tätigkeiten beurteilen und ermitteln, ob eine Gefahr für schwangere und stillende Mütter ausgeht. Sie müssen prüfen,

- ob Schutzmaßnahmen erforderlich sind,
- ob der Arbeitsplatz umgestaltet werden kann,
- ob die Betroffene an diesem Arbeitsplatz nicht weiterarbeiten kann.

Im zweiten Schritt erfolgt dann die sogenannte anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung, hier stellt sich unter anderem die Frage: Gibt es arbeitsplatzbezogene Gefährdungsfaktoren? Letztere verlangen, dass die für den Einzelfall erforderlichen Schutzmaßnahmen festgelegt werden. Alle Details, sagte Höfer, seien in den Mutterschutzregeln genau definiert.

Arbeitgeber sind also an eine genaue Abfolge von Schutzmaßnahmen gebunden:

- Umgestaltung der Arbeitsbedingungen;
- wenn das nicht möglich ist: Umsetzen auf einen anderen Arbeitsplatz;
- wenn das nicht möglich ist bzw. eine unverantwortbare Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann: Tätigkeitsverbot.

Im Klartext bedeutet das: Ein betriebliches Beschäftigungsverbot ist die letzte Maßnahme, die Arbeitgeber ergreifen dürfen! Doch was ist eigentlich

eine unverantwortbare Gefährdung? Höfer lieferte die genaue Definition mit: „Eine Gefährdung ist unverantwortbar, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung angesichts der zu erwartenden Schwere des möglichen Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist.“ Das können Gefahrstoffe sein, belastende Arbeitsumgebungen, physikalische Einwirkungen und Biostoffe, beispielsweise das Rötelnvirus oder Toxoplasmose. Doch auch hier gilt es wieder, genau hinzuschauen und abzuwägen: Verfügt eine Schwangere zum

Beispiel bei Röteln über einen ausreichenden Immunschutz, darf sie weiterbeschäftigt werden. Besteht kein Immunschutz, ist das Risiko bis zur 20. Woche zu hoch, ab der 21. Woche besteht keine Gefahr mehr, dann könnte die Schwangere wieder arbeiten.

Während Höfers Ausführungen plopten im Chat viele Fragen auf: Gibt es einen (gesetzlichen) Anspruch auf eine individuelle Gefährdungsbeurteilung? Gibt es Vorgaben zum Einsatz einer Schwangeren in einer Infektsprechstunde? Muss der Arbeitgeber aktiv werden, wenn eine Ärztin offensichtlich schwanger ist, aber dieses nicht mitteilt? „Eine schwangere Frau soll ihrem Arbeitgeber die Schwangerschaft mitteilen, wohlge- merkt: sie soll, sie muss nicht“, so Höfer.

Viele Frauen fürchten Verlängerung der Weiterbildung

Offenbar ein wichtiger Punkt: Viele Frauen melden ihre Schwangerschaft nicht, weil sie sich vor einem Beschäftigungsverbot fürchten. „Dabei gibt es viele Möglichkeiten, das zu verhindern“, so auch Prof. Dr. Doreen Richardt, Oberärztin an der Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Sie widmete sich in ihrem Vortrag vor allem der erfolgreichen Weiterbildung in der Schwangerschaft. Als Chirurgin weiß sie, dass die Weiterbildung einer der Knackpunkte ist. „Studien zeigen, dass der Facharzt oft erst mit 40 gemacht wird, obwohl man mit Mitte/Ende 20 fertig mit dem Studium ist“, so Richardt. „Das heißt, viele brauchen 10 bis 12 Jahre bis zum Facharzt, das ist viel zu lang – und bei den Frauen spielt oft noch die Schwangerschaft mit rein.“

Richardt berichtet von einer katastrophalen Situation: „Viele Frauen verheimlichen ihre Schwangerschaft lange, ein dramatischer Zustand, es gibt ja nicht umsonst ein Mutterschutzgesetz. Sie arbeiten weiter und nehmen Dienste und Erschöpfung in Kauf.“ Manchmal wisse auch nur ein kleiner Kreis Bescheid, so Richardt, aber auch das sei eine Belastung für das Team und könne Teammitglieder in Loyalitätskonflikte stürzen. Richardt betonte: „Für die Schwangeren ist der entscheidende Punkt, dass sie aus der Weiterbildung herausgenommen werden und in dieser Zeit nicht vorankommen.“

Das bestätigt auch die bereits erwähnte Studie: Die Befragung von sechs Verbänden (Marburger Bund, Deutscher Ärztinnenbund, Initiative Operieren in der Schwangerschaft, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, der Verein der Chirurinnen und der Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte) hatte im vergangenen Jahr ergeben, dass rund die Hälfte der insgesamt befragten 4.748 Ärz-

tinnen und Medizinstudentinnen Bedenken hatte, ihre Schwangerschaft zu melden. Die häufigsten Gründe für das Zögern: eine mögliche Einschränkung der Weiterbildung, die Furcht vor einem OP-Verbot und ein generelles Beschäftigungsverbot.

Möglichkeiten, trotzdem voranzukommen

Doreen Richardt beschäftigt sich seit 15 Jahren mit dem Thema, die Lübeckerin ist überzeugt davon, dass neue Verhältnisse geschaffen werden müssen. „In dem von der EU und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt FamSurg haben wir einen Umsetzungsleitfaden erarbeitet, wie sich der Karriereknick verhindern lässt.“ Seit 2015 hat auch OPidS (Operieren in der Schwangerschaft) diese Thematik im Fokus, verschiedene Fachgebiete haben Positionspapiere und sogenannte Positivlisten erarbeitet, in Kürze wird auch der Leitfaden „Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ veröffentlicht.

Laut Richardt gibt es viele Möglichkeiten, die Weiterbildung trotz Schwangerschaft voranzutreiben – klinikinterne Weiterbildungscurricula und Laparoskopie-Trainer beispielsweise, mit denen Eingriffe simuliert und geübt werden können. „Viele Ärztekammern erkennen Simulatortraining für Teilbereiche der Weiterbildung inzwischen an“, so Richardt, die auch im Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein aktiv ist. Natürlich gibt es auch Bauchwehthemen – Infektionsrisiken, etwa durch Hepatitis C und HIV, Nadelstichverletzungen und

Strahlungen beim Röntgen. Aber es gibt Schutzmaßnahmen, stichsichere Systeme, doppelte Handschuhe, Schutzbrille oder -visier. „Auf den Positivlisten finden sich viele Tätigkeiten, die Schwangere ganz ohne Bedenken ausüben können“, so Richardt.

Wichtig sei – das betonen Ursula Höfer und Doreen Richardt mehrmals –, dass der Rahmen und alle Tätigkeiten freiwillig verhandelt werden und kein Druck auf Schwangere ausgeübt werde. Ursula Höfer: „Die Schwangere muss in alle Rahmenbedingungen einwilligen. Man kann nichts über ihren Kopf hinweg entscheiden.“

Karen Amme ist freie Mitarbeiterin beim Hamburger Ärzteblatt

Auf der Kammerhomepage sind unter www.aerztekammer-hamburg.org/aerztinnengesundheit.html Informationen von



Verbänden und Fachgesellschaften zum Thema zusammengestellt. Einzelne Fachgesellschaften haben bereits Positivlisten zu den Tätigkeiten, die

während der Schwangerschaft ausgeübt werden dürfen, veröffentlicht, andere arbeiten gerade daran.

Die Weiterbildungsabteilung der Kammer steht bei Fragen zur Weiterbildung in der Schwangerschaft zur Verfügung unter E-Mail: weiterbildung@aekhh.de.

Auch die Anlaufstelle Perspektive Arbeit & Gesundheit (PAG) beantwortet Fragen zu Beschäftigungsverboten kostenlos und vertraulich (www.pag-hamburg.org).



Think SEPSIS-Symposium

9 Disziplinen • 12 Referent:innen • 160 Minuten • 3 Fortbildungspunkte

25. April 2024 | 16 bis 18.40 Uhr | UKE, Gebäude N55, Ian-Karan-Hörsaal

Begrüßung Prof. Christian Gerloff / Das Problem Sepsis / Früherkennung/Screening / Blutkulturen – wann und wie? / Essentials aus Leitlinien / Herausforderungen in der Notaufnahme / Sepsis in der Onkologie / ... in der Chirurgie / Katheter-assoziierte Sepsis / Sepsis aus pflegerischer Sicht / Staphylococcus aureus Bakteriämie / Hygienefehler als Sepsisursache / Qualitätsinitiativen zur Sepsis / Fazit Prof. Stefan Kluge / Pausengespräche und Diskussion

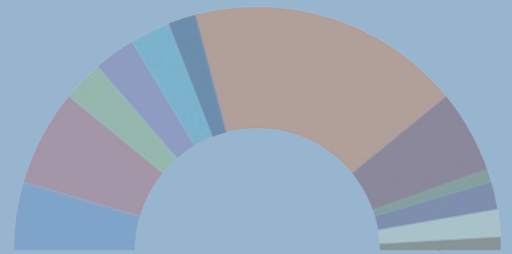


< JETZT ANMELDEN

www.uke.de/sepsis-symposium

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Folge 10 Im Herbst 2022 war Wahl in der Ärztekammer, 55 Delegierte wurden gewählt, zwei Vertretungen samt Stellvertretungen benannt. Die insgesamt 59 Delegierten stellen sich im Hamburger Ärzteblatt vor.



Das Ärzteparlament stellt sich vor

Liste: Marburger Bund, seit 2022 in der DV.

Fach: Anästhesiologie.

Wo ich arbeite: Berufsgenossenschaftliches Ambulantes Operationszentrum im BG Klinikum.

Dafür setze ich mich ein: Für Menschen! Für ein Gesundheitswesen, in dem wir unsere Patientinnen und Patienten nach bestem fachlichen Wissen und Gewissen mit ausreichend Zeit und Ressourcen behandeln und versorgen dürfen.

Außerdem setze ich mich ein für eine Gesundheitspolitik, die das Wohl der im Gesundheitswesen Arbeitenden zum Wohle der Patientinnen und Patienten priorisiert.

Und ich mache mich für Selbstfürsorge stark, damit wir unseren Fürsorgepflichten wirklich gut nachkommen können, und für Gleichberechtigung in allen Bereichen.

TOP im Gesundheitswesen? Unser Gesundheitswesen ist solidarisch, sozial und kann medizinisch und menschlich Hervorragendes leisten.

FLOP im Gesundheitswesen? Menschen in Schlüsselpositionen, die nicht patientenwohl- sondern profitorientiert sind.

An Hamburg liebe ich: Die Elbphilharmonie, den Michel, die Alster, die Elbe, Hamburg-Eppendorf und Hockey.



Dr. Ria Engelhardt

Liste: Marburger Bund, seit 2022 in der DV.

Fach: Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin.

Wo ich arbeite: In einer Praxis in Hamburg und intermittierend in einer Kinderklinik außerhalb Hamburgs sowie als Dozentin.

Dafür setze ich mich ein: Kinder sind die Zukunft, und es ist entscheidend, in ihre ganzheitliche Entwicklung zu investieren. Dazu gehört nicht nur die Behandlung von Krankheiten, sondern auch die Förderung ihrer kognitiven, sozialen, emotionalen und körperlichen Entwicklung.

TOP im Gesundheitswesen? Die Qualität der medizinischen Versorgung und der Zugang zu Leistungen haben im internationalen Vergleich einen hohen Standard, allerdings wird dies größtenteils auf dem Rücken des medizinischen Personals ausgetragen. Nur durch herausragendes Engagement ist es noch möglich, dieses System so zu erhalten.

FLOP im Gesundheitswesen? Der Gesundheitsminister, der sich als Arzt und Macher inszeniert, seit Jahren aber durch widersprüchliche Aussagen auffällt und leider nicht durch intelligente und durchdachte Lösungsvorschläge.

Es wird sich aufgrund der demografischen Veränderungen und steigenden Kosten einiges ändern (müssen).

An Hamburg liebe ich: Sowohl das kulturelle Angebot für jedes Alter als auch die Vielzahl an Restaurants.



Dr. Christina Wulf

Dr. Arso Zahir-Akkra

Liste: Hartmannbund, seit 2023 in der DV.

Fach: Innere Medizin und Kardiologie.

Wo ich arbeite: Abteilung Kardiologie und internistische Intensivmedizin an der Asklepios Klinik St. Georg.

Dafür setze ich mich ein: Prävention und Gesundheitsförderung sollen einen höheren Stellenwert bekommen.

Außerdem setze ich mich dafür ein, dass gerechte Bildungschancen und gute Arbeitsbedingungen gefördert werden, damit die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gelingt.

TOP im Gesundheitswesen? Ich schätze sehr die beruflichen Perspektiven im Gesundheitssystem und die Spezialisierungsmöglichkeiten.

FLOP im Gesundheitswesen? Zeit- und Personalmangel sowie die rückständige Digitalisierung sehe ich als zunehmende Probleme in der medizinischen Versorgung.

An Hamburg liebe ich: Hamburg ist eine sehr vielfältige Stadt mit schönen Rückzugsorten in der Natur.



Dr. Isabelle von Glasenapp

Liste: Hamburger Pädiater:innen, seit 2018 in der DV.

Fach: Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin.

Wo ich arbeite: In eigener Praxis in Niendorf.

Dafür setze ich mich ein: Die Chancengleichheit und die Versorgung von Kindern geflüchteter Familien sind mir sehr wichtig. Zudem setze ich mich für die Ausbildung der medizinischen Fachangestellten ein.

TOP im Gesundheitswesen? Es besteht für alle ein Zugang zu guter medizinischer Versorgung.

FLOP im Gesundheitswesen? Die unbefriedigende Digitalisierung und der hohe Verwaltungsaufwand sind für mich große Probleme im aktuellen Gesundheitssystem. Die zunehmende Kommerzialisierung in der ambulanten Versorgung ist sehr bedauerlich.

An Hamburg liebe ich: Den Hafen, die vielen Grünflächen und die Musikszene.

#GoRed Day Im Februar startete die Ärztekammer Hamburg eine Awareness-Kampagne auf ihren Social-Media-Kanälen. Dabei stand die Herz- und Gefäßgesundheit von Frauen im Mittelpunkt.

Von Stella Bandemer



FRAUENHERZEN
SCHLAGEN
ANDERS



Die hauptamtlich tätigen Kolleginnen der Kammer nahmen am Aktionstag teil, ebenso Vizepräsidentin PD Dr. Birgit Wulff (Mitte) und Dr. Felix Lüdeke, ärztlicher Geschäftsführer (hinten)

Frauenherzgefäßgesundheit: *Ein unterschätztes Thema*

Der Februar stand ganz im Zeichen der Herzgesundheit für Frauen. Denn am 2. Februar hat der #GoRed Day stattgefunden. Das ist eine bundesweite Aktion, ins Leben gerufen vom Businessnetzwerk Healthcare Frauen e.V. (HCF) in Zusammenarbeit mit der Herz-Hirn-Allianz. Sie verfolgt das Ziel, das Bewusstsein für Herz-Kreislauf-Gesundheit von Frauen zu steigern. So sollen auch die Chancen für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen verbessert werden. Auch die Ärztekammer Hamburg nahm an der Aktion teil und machte über ihre Social-Media-Kanäle auf dieses wichtige Thema aufmerksam. Denn es findet in der Öffentlichkeit noch zu selten Gehör – zum Beispiel, dass Frauen oft andere Symptome beim Herzinfarkt erleben als Männer.

PD Dr. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg: „Ich finde es toll, dass nun endlich mehr wahrgenommen wird, dass Männer und Frauen unterschiedliche biologische Voraussetzungen mitbringen, mit allen Konsequenzen, die das für Diagnostik und Therapie hat.“



PD Dr. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg, unterstützt die #GoRed-Day-Kampagne

Frauengefäße neigen stärker zu Verkalkungen

Prof. Dr. Sigrid Nikol gibt in einem zweiteiligen Beitrag auf Social Media Tipps für Patientinnen sowie Ärztinnen und Ärzte. Als Chefarztin der Abteilung Klinische und Interventionelle Angiologie an der Asklepios Klinik St. Georg und Fachärztin für Innere Medizin, Angiologie und Kardiologie liegt ihr Schwerpunkt auf dem Thema Herz- und Gefäßgesundheit.

„Gefäßkrankheiten werden gegenüber Herzkrankheiten traditionell vernachlässigt. Dabei gibt es eine doppelt so hohe Sterblichkeit bei Gefäßerkrankungen“, so Nikol. „Bluthochdruck und Herzmuskelschwäche treten bei Frauen häufiger auf, zum Beispiel bei Herz- und bestimmten Gefäßerkrankungen. Auch die Krankheitsverläufe

sind oftmals schlechter. Denn die Gefäße sind schmaler als bei Männern – das heißt, sie platzen bei Aneurysmen früher. Frauen haben außerdem deutlich mehr Verkalkungen in den Gefäßen, die sich schneller relevant verengen, sodass die Herz- und Gefäßkrankheiten häufig deutlich komplexer sind. Wegen dieser engeren, oft verkalkten Gefäße sind die OPs und Kathetereingriffe schwieriger durchzuführen.“



Prof. Dr. Sigrid Nikol, Chefarztin der Angiologie, AK St. Georg, und Schriftleiterin des Hamburger Ärzteblatts

Prof. Dr. Sigrid Nikol hat vergangenes Jahr den 15. Gefäßtag dem Schwerpunktthema „Männer sind anders, Frauen auch!“ gewidmet. Dort ging es um Geschlechtsunterschiede in der Herz- und Gefäßmedizin. Sie setzt sich dafür ein, dass die Ergebnisse der Gendermedizin in der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft weiterverbreitet werden. „Wenn zu allem medizinischen Wissen auch Erkenntnisse zur Gendermedizin kommen, werden wir einen enormen Wissenszuwachs haben. Früher gab es gar keine Daten. Deshalb bin

ich sehr froh, dass es heute zu neuen Medikamenten und Katheterverfahren eine Datengrundlage gibt. Daten zu alten Medikamenten werden aber weiterhin fehlen. Bei vielen älteren Medikamenten kommt es daher oft zu einer Überdosierung bei Frauen, da vom Hersteller keine Unterschiede gemacht werden. Da braucht es erfahrene Hausärztinnen und -ärzte, die Frauen eine angepasste Dosis verschreiben“, fasst Prof. Nikol zusammen.

Die Deutsche Herzstiftung mit all ihrer Erfahrung hat 2020 einen Sonderdruck zum Thema „Koronare Herzkrankheit und Herzschwäche – was ist bei Frauen anders?“ veröffentlicht, online verfügbar unter <https://herzstiftung.de/system/files/2022-03/SD28-Herzinfarkt-bei-Frauen.pdf>. Sie haben die Awareness-Kampagne in den sozialen Medien verpasst oder folgen der Kammer noch nicht? Die Kanäle der Ärztekammer Hamburg finden Sie auf Instagram, LinkedIn, X und Facebook.

Stella Bandemer ist Mitarbeiterin der Kommunikation der Ärztekammer Hamburg

Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen erhielten am 7. Februar ihre Urkunde in Wilhelmsburg



Die Vizepräsidentin der Ärztekammer, PD Dr. Birgit Wulff (M.), überreichte die Urkunden, rechts daneben Katrin Kepura, Abteilungsleiterin an der Beruflichen Schule für medizinische Fachberufe

MFA: Kammer verabschiedet *Auszubildende ins Berufsleben*

Prüfung bestanden! Fröhliche Abschlussfeier in der Alstercity: 158 frischgebackene Medizinische Fachangestellte schlossen in diesem Jahr ihre Berufsausbildung erfolgreich ab. *Von Sebastian Franke*

Gut dreieinhalb Jahre konnte keine Feier mit den erfolgreichen MFA-Auszubildenden stattfinden. Die Pandemie hatte die Verabschiedung verhindert.

Am 7. Februar war es endlich wieder soweit. PD Dr. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg, konnte 158 erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen als frischgebackene Medizinische Fachangestellte in der Alstercity begrüßen. „Sie haben sich für einen fordernden, aber auch erfüllenden Beruf entschieden. Für eine Tätigkeit, ohne die in den Praxen unserer Stadt nichts geht“, so Wulff.

57 Azubis verkürzten ihre Ausbildung

Den besten Abschluss mit der Note 1 erreichte Ida Helene Henningsen, die ihre Ausbildung nach 18 Monaten abschloss. 27 Auszubildende haben die Note gut erreicht, die Durchschnittsnote lag bei 3,31. Insgesamt 57 Kandidatinnen und Kandidaten haben die Ausbildung verkürzt. Unter den erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen waren 29 Umschülerinnen und Umschüler. Die älteste erfolgreiche MFA-Kandidatin ist 51 Jahre alt und hat ebenfalls nach 18 Monaten Ausbildung ihre Prüfung abgelegt.

Diese Zahlen zeigten, so Wulff, dass MFA ein attraktiver Beruf sei. Das sei auch an den Absolventenzahlen sichtbar, die in den vergangenen zehn Jahren um rund 40 Prozent gestiegen seien. „Ich wünsche Ihnen für Ihren beruflichen Weg alles Gute, eine glückliche Hand im Umgang mit Patientinnen und Patienten, mit Kolleginnen und Kollegen und mit Ihren ärztlichen Vorgesetzten. Aber auch die nötige Gelassenheit und das Selbstbewusstsein, um im stressigen Praxisalltag zu bestehen“, so die Vizepräsidentin. Wulff verwies auch auf die speziellen Fortbildungsangebote der Kammer für MFA und forderte die Absolventinnen und Absolventen auf, sich kontinuierlich weiterzubilden.

Absolventin aus Afghanistan hielt Dankesrede

Zudem sprach die Absolventin Laila Karmal. Sie bedankte sich bei der Ärztekammer Hamburg für die Unterstützung und thematisierte den hohen Wert von Bildung. Sie selbst sei in Afghanistan aufgewachsen und sei erschüttert, dass Mädchen und Frauen dort Bildung verboten wird. Sie rief dazu auf, sich untereinander wertschätzend zu begegnen, das direkte Gespräch zu suchen und so das Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gesellschaft zu stärken.

Neben den erfolgreichen Auszubildenden waren auch Angehörige, Praxisteam und Lehrkräfte von der Beruflichen Schule auf der Elbinsel in Wilhelmsburg zur Feier in die Alstercity gekommen. Letzteren dankte Wulff für die gute Zusammenarbeit bei der Betreuung der Auszubildenden.

Katrin Kepura, Abteilungsleiterin an der Beruflichen Schule für medizinische Fachberufe auf der Elbinsel Wilhelmsburg, gratulierte den Absolventen zu ihrem Abschluss und ließ die teilweise ungewöhnlichen Ausbildungsbedingungen mit Kontaktreduktion und zeitversetztem Arbeiten während der Pandemie Revue passieren. Musikalisch umrahmt wurde die Feier vom Chor der 5. und 6. Klassen der Nelson-Mandela-Schule aus Wilhelmsburg.

Sebastian Franke ist Leiter der Kommunikation der Ärztekammer Hamburg

Abschluss, aber noch keinen Arbeitsplatz? Unsere Kolleginnen Marina Stech, Hübke Prielipp und Regina Schwioger-Weinreis aus der MFA-Abteilung unterstützen gern! Auch für Fortbildungen ist die Ärztekammer Hamburg weiterhin für MFAs da unter E-Mail: med.fa@aekhh.de oder Tel. 040/202299-250. Weitere Infos gibt es auf der MFA-Website der Ärztekammer Hamburg: www.aerztekammer-hamburg.org/mfa.html

Terminkalender Veranstaltungen

MI 20.3.

VirchowBund: Praxisstart ohne Behördenstress

Thema: Anmeldung bei Ämtern/Behörden: Welche Ämter sind relevant, welche Unterlagen werden benötigt? / Erstmals Arbeitgeber? Meldepflichten bei Berufsgenossenschaft und Sozialversicherung

An: explizit für VirchowBund-Mitglieder

Programm: praxisorientiertes Online-Seminar als Wegweiser durch den Prozess der Praxiseröffnung- oder übernahme. Ergänzung zum Webinar „Kompass Gesundheitswesen: Was machen KV, Kammer, Verbände & Co.“

Uhrzeit: 18 bis 20 Uhr

Info/Anm.: www.virchowbund.de/veranstaltungen

Ort: Webinar, Nutzung von Notebook oder PC empfohlen

Veranstalter: VirchowBund

Fortbildungspunkte: keine

MI 24.4. bis SA 27.4.

73. Wissenschaftlicher Kongress

Thema: Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Rückenwind für Gesundheit!

An: Mitglieder aus den Landesverbänden BVÖGD, BZÖG, DGÖG, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Gesundheitswissenschaftler:innen, Studierende der Humanmedizin, Public Health und der Zahnmedizin

Es referieren: erfahrene Expertinnen/Experten aus Gesundheitspolitik, Wissenschaft, Praxis, Gesundheitsämtern

Programm: Vorträge, Workshops zu Infektionsschutz, Klima- und Umweltschutz, Psychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung, zahnmedizinische Themen

Uhrzeit: 13 bis 17.30 Uhr (Mi.), 8.30 bis ca. 19 Uhr (Do.), 8 bis 17 Uhr (Fr.), 9 bis 13 Uhr (Sa.)

Info/Anm.: www.bvoegd-kongress.de/index.html

Ort: CCH – Congress Center Hamburg, Congressplatz 1

Veranstalter: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG), Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG)

Fortbildungspunkte: beantragt

MI 24.4.

Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung

Thema: Medizinische Versorgung, ganzheitliche Betreuung von Frauen nach Vergewaltigungen, Vorgehensweisen, Rechtsfragen, Stellenwert ärztlicher Befunddokumentation im Strafverfahren

An: Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen und alle interessierten Berufsgruppen

Es referieren: Dr. S. Pilz und Dr. C. Vogt-Hell (Fachärztinnen für Gynäkologie, Geburtshilfe), Prof. Dr. S. Kaufenstein (Molekularbiologin, Sachverständige für forensische Genetik), S. Platt (Rechtsanwältin und Fachanwältin Familienrecht), PD Dr. H. L. Graß (Ärztin für Rechtsmedizin)

Uhrzeit: 9.30 bis 16.30 Uhr

Online-Anm: verbindlich bis 16. April unter www.frauennotruf-frankfurt.de/fachwissen/aerztliche-fortbildung/anmeldung

Ort: Online- und in Präsenz im Haus am Dom, Frankfurt am Main

Veranstalter: Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt am Main

Fortbildungspunkte: sind bei zuständiger Ärztekammer beantragt

DI 21.5 bis FR 24.5.

28. Suchttherapietage in Hamburg

Thema: Sucht – Selbsthilfe, Fremdhilfe, Hilfe mit System? Übergänge besser gestalten, Schnittstellen intensiver nutzen, Ziele in Beratung, Therapie und Rehabilitation effizienter verfolgen, Wie können Beratung und Prävention optimal verzahnt werden?

An: alle Interessierten

Es referieren: erfahrene Expertinnen/Experten der Versorgung und Betreuung von Suchtkranken, Suchtgefährdeten und Angehörigen

Programm: Fort- und Weiterbildung, Erfahrungsaustausch: Seminare, Workshops, Vorlesungen, Gesellschaftsabend (auf dem Feuerschiff)

Uhrzeit: Di. bis Fr. 9 bis 17.15 Uhr, Mi. 19 Uhr: Gesellschaftsabend auf dem Feuerschiff (Anmeldung notwendig)

Info/Anm.: www.suchttherapietage.de

Ort: Uni Hamburg, Bereich Erziehungswissenschaft, Von-Melle-Park 8

Veranstalter: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im UKE

Fortbildungspunkte: 24

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 psychologische/r Psychotherapeut/in 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

Neues aus der Wissenschaft

Nachrichten

Neuer POC-Test verbessert Gonorrhoe-Diagnostik



Grafische Darstellung des Gonorrhoe-Erregers

Die Diagnosestellung der durch *Neisseria gonorrhoeae* hervorgerufenen sexuell übertragbaren Gonorrhoe („Tripper“) erfolgt mittels Kultur und/oder Nukleinsäureamplifikation. Ein internationales Wissenschaftlerteam entwickelte in Südafrika einen innerhalb von 30 Minuten aussagekräftigen lateral-flow-point-of-care (LF-POC)-Test zur Verbesserung der Gonorrhoe-Diagnostik (Peters RPH et al., Lancet 2024, 403:657).

Jeweils 200 weibliche und männliche Patientinnen und Patienten im medianen Alter von

24 bis 25 Jahren und urethralem oder vaginalem Ausfluss wurden zwischen März und September 2022 in 5 südafrikanischen Zentren mittels LF-POC und einer Referenz-PCR untersucht. Sensitivität und Spezifität in Urinproben betragen 96,1 Prozent (95 Prozent CI 91,2-98,3; 123 LF-POC pos bei 128 PCR pos) und 97,2 Prozent (95 Prozent CI 90,4-99,2; 70 LF-POC neg bei 72 PCR neg). In Vaginalabstrichen betragen Sensitivität und Spezifität 91,7 Prozent (95 Prozent CI 78,2-97,1; 33 LF-POC pos bei 36 PCR pos) und 96,3 Prozent (95 Prozent CI 92,2-98,3; 158 LF-POC neg bei 164 PCR neg).

Laut Aussage der Autoren erfüllt der neue Test damit die Kriterien der WHO und der internationalen Stiftung für innovative neue Diagnostik (FIND) für ein sinnvolles neues Diagnoseverfahren. Die schnelle Anwendung sowie geschätzt niedrige Kosten von rund 3 US\$ könnten insbesondere in Ländern mit eingeschränktem Zugang zu Labordiagnostik die Diagnosestellung der Gonorrhoe beschleunigen und verbessern. | *hs*

Guillain-Barré-Syndrom: Ursache gilt als aufgeklärt

Betroffene mit dem Guillain-Barré-Syndrom (GBS) leiden an Muskelschwäche und Lähmungen. Die Krankheit wird oft durch vorangehende Infektionen ausgelöst und beginnt in der Regel mit Schwäche und Kribbeln in den Beinen, die sich auf den Oberkörper und die Arme ausbreiten können. Das GBS kann auch zur Lähmung der Atemmuskulatur führen. In Europa und den USA treten jährlich etwa 1 bis 2 Fälle pro 100.000 Menschen auf.

Die genaue Ursache war bisher unbekannt. In einer Untergruppe von GBS-Patient:innen fanden sich in einer Untersuchung (Súkeníková L et al., Nature 2024; 626, 160-168) nach einer Virusinfektion autoreaktive T-Lymphozyten, die sowohl auf die Selbstantigene der Myelinscheide als auch auf die Virusantigene reagierten, was für einen direkten Zusammenhang zwischen der GBS-Erkrankung und vorausgegangener Virusinfektion spricht. „Wir haben herausgefunden, dass diese autoreaktiven T-Lymphozyten ausschließlich bei Patienten mit einer GBS-Variante vorkommen, bei der die Myelinschicht der Nerven beschädigt wird“, erklärt Daniela Latorre, SNF-Gruppenleiterin am Institut für Mikrobiologie der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich. Die T-Zellen weisen eine krankheitsspezifische Signatur auf, die sich von denen gesunder Personen unterscheidet. Bisher sind die Therapien nicht spezifisch genug, sodass etwa 20 Prozent der Betroffenen schwer behindert bleiben oder sterben. Es wird erwartet, dass Folgestudien weitere GBS-Varianten entschlüsseln, als Voraussetzung für die Entwicklung von gezielten Therapien für die GBS-Subtypen. | *sn*

Neuronen im Gehirn

Beeinflusst durch den Puls

Die neuronale Aktivität im Gehirn kann laut einer Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Universität Regensburg durch den Puls beeinflusst werden (Salameh LJ et al., Science 2024; 383:6682). Die Forschenden konnten nachweisen, wie der Herzschlag als Impulsgeber fungiert: Die sogenannte neuronale elektrische Oszillation, die hier auf den Puls folgt, gilt als grundlegend für die Informationsverarbeitung im Gehirn. „Immer mehr Hinweise deuten darauf hin, dass solche neuronalen Oszillationen auch durch die Wahrnehmung körpereigener Signale wie Atmung oder Herzschlag moduliert werden können“, sagt Prof. Dr. Ileana Hanganu-Opatz, Direktorin des Instituts für Entwicklungsneurophysiologie des UKE. Die Forschenden gehen davon aus, dass es ein hirnweites Netzwerk spezifischer Neuronen gibt, die die körperbezogene Modulation von Kognition und Stimmung vermittelt und z. B. das Auftreten bestimmter Erregungszustände mit der Aktivierung dieses Netzwerks zusammenhängen könnte.

Quelle: UKE, 16.02.2024

Immun-Checkpoint-Inhibitoren

Auswirkungen aufs Herz

Die Immun-Checkpoint-Inhibitoren haben zu großen Fortschritten in der Krebstherapie geführt. Ein internationales Forschungsteam wertete in einem Übersichtsartikel bisher verfügbare Daten zu den kardialen Fehlfunktionen, die im Zusammenhang mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren auftreten können, aus: beschleunigte Atherosklerosen und Herzschwächen, die nicht durch eine Herzmuskelentzündung ausgelöst werden (Gergely, TG et al., Nat Rev Cardiol, Published 26 January 2024). Die Forschenden zeigen darüber hinaus auf, wie sich die entzündungsfördernden Signalwege im Herzen durch die Inhibitoren verändern, und beschreiben, wie diese künftig auch zur Behandlung von Herzinsuffizienz eingesetzt werden könnten. „Immun-Checkpoints könnten ein vielversprechender Ansatz für neue kardiologische Behandlungsstrategien sein“, so Prof. Dr. Tienush Rassaf, Universitätsklinikum Essen, Co-Autor des Artikels.

Quelle: Universitätsklinikum Essen, 31.01.2024

ES IST ZEIT FÜR EIN DATEN-CHECK-UP

Informieren Sie uns über Ihre Tätigkeitsschwerpunkte und Leistungen

Machen Sie jetzt ein Update!

Die Patientenberatung ist bei allen Fragen rund um die Gesundheit da. Sie bietet Patientinnen und Patienten Orientierung und hilft bei der Suche nach der richtigen Ärztin und dem richtigen Arzt.

Damit wir gezielt beraten können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Informieren Sie uns über Ihre Leistungen und Ihr Angebot. Schicken Sie Ihre Tätigkeitsschwerpunkte an: **update-pb@aekhh.de** oder rufen Sie uns an: **040 20 22 99 222**.

Ein Formular für Ihre Rückmeldung finden Sie hier: **www.patientenberatung-hamburg.de**



Foto: Stocksy/Yaroslav Danylchenko

Vergessene Klappe Die herzchirurgische Klappenkorrektur war viele Jahre die einzige Behandlungsmöglichkeit bei Trikuspidalklappeninsuffizienz. Doch mit der Entwicklung von interventionellen Therapieverfahren stehen schonendere Alternativen für Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die für eine operative Therapie nicht geeignet sind.

Von PD Dr. Niklas Schofer, Dr. Daniel Kalbacher, Dr. Benedikt Köll, Prof. Dr. Stefan Blankenberg

Trikuspidalklappe

Therapieoptionen bei Trikuspidalklappeninsuffizienz

Über Jahrzehnte hinweg wurde die höhergradige erworbene Trikuspidalklappeninsuffizienz (TI) lediglich als Folgeerscheinung einer Linksherzerkrankung oder einer pulmonal(-arteriellen) Hypertonie (PH/PAH) betrachtet und nicht als eigenständiges Krankheitsbild. Der für lange Zeit einzig verfügbare Therapieansatz, die herzchirurgische Trikuspidalklappenkorrektur, wird zudem aufgrund hoher Morbidität und Mortalität nur bei einem Bruchteil der Betroffenen durchgeführt. Zahlreiche Publikationen der vergangenen Jahre zeigen allerdings: Das Vorhandensein einer relevanten TI ist mit einer deutlich eingeschränkten Prognose assoziiert. Die Entwick-

lung interventioneller Therapieverfahren soll dieses klinische Problem lösen, indem eine schonende Behandlung der ehemals „vergessenen Klappe“ ermöglicht wird. Somit rückt die Trikuspidalklappe zunehmend in den kardiologischen Fokus.

Prävalenz, Pathophysiologie und prognostische Relevanz

Die Trikuspidalklappe ist sattelförmig im bindegewebigen Skelett des rechten Herzens verankert und ermöglicht eine Drucktrennung zwischen rechtem Vorhof und Ventrikel. Sie besteht in der Regel aus 3 Segeln: dem anterior-

ren, dem posterioren und dem septalen. Nicht selten weicht die Klappenanatomie jedoch von dieser Konfiguration ab, und es finden sich Varianten mit 4 oder gar 5 Segeln (1).

Eine triviale oder milde TI liegt bei circa 80 Prozent der Allgemeinbevölkerung vor und hat meist keinen Krankheitswert (2). Mit steigendem Lebensalter nimmt jedoch die Häufigkeit einer klinisch relevanten, das heißt mindestens moderaten TI exponentiell zu. Circa 4 Prozent der über 75-Jährigen sind betroffen, Frauen häufiger als Männer (3).

Die höhergradige TI führt zu einer Volumenbelastung des rechten Herzens, wodurch sich die Wandspannung des rechten Ventrikels erhöht. Hierdurch kommt es über negative Umbauprozesse zu einer progredienten Verschlechterung der rechtsventrikulären Funktion mit Dilatation der rechten Herzhöhlen. Das wiederum begünstigt eine weitere Zunahme der TI. Die durch diesen Circulus vitiosus hervorgerufenen Symptome werden durch das rechtskardiale Vor- und Rückwärtsversagen determiniert und äußern sich typischerweise in Form von Ödemen, Leistungsminderung und Dyspnoe. Darüber hinaus kann es bedingt durch den venösen Rückstau zu einer Einschränkung der Nierenfunktion, aber auch zu Leberfunktionsstörungen bis hin zur Leberzirrhose kommen.

In den meisten Fällen entsteht eine relevante TI sekundär – entweder als Folge einer Vergrößerung des rechten Vorhofs mit konsekutiver Dilatation des Klappenannulus (atriale Form) oder bedingt durch eine rechtsventrikuläre Dysfunktion, bei der die Trikuspidalklappen Segel durch Zug des am rechten Ventrikel fixierten Sehnenfadenapparats

Tab. 1: Ätiologie, Pathomechanismus und klinisches Erscheinungsbild der Trikuspidalklappeninsuffizienz

Ätiologie	Pathomechanismus	klinisches Bild
<i>sekundär</i>		
atrial	Anulusdilatation	VHF, HFpEF
ventrikulär	Segel „tethering“	HFrEF, PH/PAH RV-Kardiomyopathie
CIED-indiziert	Segel „impingement“	Schrittmacher, ICD, CRT
<i>primär</i>	struktureller Segeldefekt	endokarditisch/rheumatisch, degenerativ, Hedinger-Syndrom

CIED: cardiac implantable electronic device; VHF: Vorhofflimmern; HFpEF: heart failure with preserved ejection fraction; HFrEF: heart failure with reduced ejection fraction; PH/PAH: pulmonale/pulmonal-arterielle Hypertonie, RV: rechtsventrikulär; ICD: implantable cardioverter-defibrillator; CRT: cardiac resynchronization therapy

aufgehalten werden (ventrikuläre Form). Die atriale Form der sekundären TI findet sich häufig bei Patient:innen mit langjährig bestehendem Vorhofflimmern und/oder Herzinsuffizienz mit erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFpEF). Von der ventrikulären Form sind hingegen typischerweise Patient:innen mit Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (HFrEF), links-kardialen Klappenerkrankungen oder schwerer PH/PAH betroffen.

Eine Sonderform stellt die „cardiac-implantable-electronic-device“(CIED)-induzierte Form der TI dar. Dabei wird ein Trikuspidalklappensegel durch eine die Klappe passierende, rechtsventrikuläre Schrittmacher- oder ICD-Sonde aufgehalten. In solchen Fällen ist eine entsprechende Revision der Sonde die Therapie der Wahl.

Selten liegt einer relevanten TI eine erworbene primäre Klappenpathologie zugrunde. Diese kann z. B. als Folge einer rechtsseitigen, bakteriellen oder rheumatischen Endokarditis, im Rahmen einer neuroendokrinen gastrointestinalen Tumorerkrankung (sog. Hedinger-Syndrom) oder als Folge isolierter Segelpathologien ohne zugrunde liegende Begleiterkrankung (z. B. Segelprolaps oder -flail) entstehen.

Einen Überblick über die verschiedenen Formen der TI, deren Pathomechanismen und die mit ihnen assoziierten klinischen Krankheitsbilder gibt Tab. 1.

Zahlreiche Studien zeigen, dass eine höhergradige TI mit einer ungünstigen Prognose assoziiert ist (3–5). So konnte anhand von populationsbasierten Daten gezeigt werden, dass das adjustierte Mortalitätsrisiko von Menschen mit mindestens moderater isolierter TI um etwa 70 Prozent erhöht ist (3). Darüber hinaus geht eine signifikante TI mit einer deutlich erhöhten Rate an Hospitalisierungen einher und wirkt sich negativ auf die Lebensqualität aus (6–7).

Therapie der Trikuspidalklappeninsuffizienz

Grundsätzlich bestehen für Patient:innen mit relevanter TI drei therapeutische Möglichkeiten: die rein medikamentöse, die herzchirurgisch-operative oder die interventionelle Therapie (Abb. 1).

Die medikamentöse Behandlung umfasst in erster Linie die optimale Therapie der zugrunde liegenden linksventrikulären Erkrankung oder eine spezifische Therapie der PAH, sofern diese vorliegen sollte. Die meisten Patient:innen mit relevanter TI benötigen ergänzend eine höherdosierte diuretische Therapie. Daneben kann die Korrektur linkskardialer Klappenvitien oder – sofern dies möglich ist – die Wiederherstellung des Sinusrhythmus bei Vorhofflimmern den Schweregrad der TI verringern. Viele

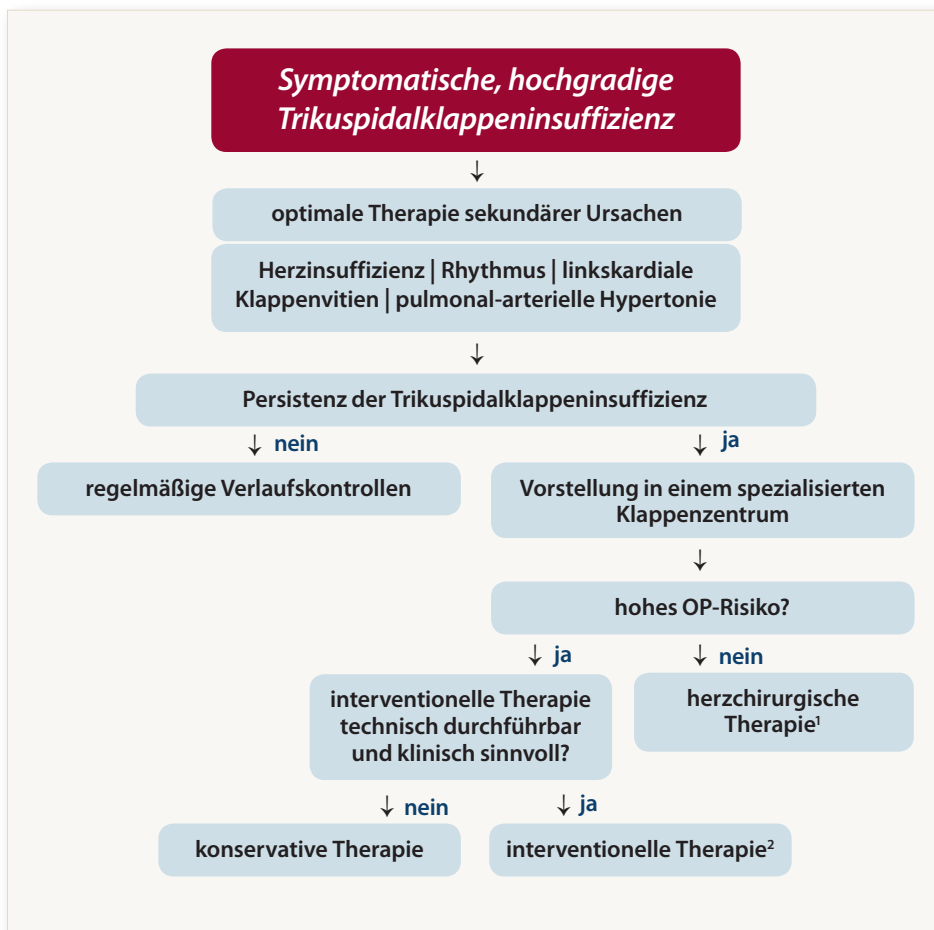


Abb. 1: Therapiealgorithmus bei hochgradiger Trikuspidalklappeninsuffizienz.

¹Empfehlungsgrad gemäß ESC/EACTS-Leitlinien: I für primäre TI, I für sekundäre TI bei gleichzeitiger Linksherz-OP, IIa für isolierte sekundäre TI.

²Empfehlungsgrad gemäß ESC/EACTS-Leitlinien: IIb für isolierte sekundäre TI

Patient:innen leiden jedoch trotz optimaler Behandlung der Begleiterkrankungen weiterhin an einer relevanten TI mit persistierenden Symptomen und entsprechend eingeschränkter Prognose.

Die europäischen Leitlinien für Patient:innen mit Klappenvitien sehen eine operative Therapie, möglichst in Form einer Trikuspidalklappenrekonstruktion oder alternativ eines Trikuspidalklappenersatzes, bei der geringen Anzahl an Patient:innen mit schwerer primärer TI und akzeptablem operativen Risiko vor (Klasse-I-Empfehlung) (8). Die operative Trikuspidalklappenrekonstruktion zur Behandlung der sekundären (\geq moderaten) TI wird gemäß Leitlinien als Begleiteingriff bei gleichzeitig indizierter linkskardialer Operation empfohlen (Klasse-I-Empfehlung). Für Patient:innen mit einer isolierten, sekundären TI geht die operative Therapie hingegen mit einem deutlich erhöhten Risiko einher, sodass sich eine herzchirurgische Therapie trotz einer bestehenden IIa-Empfehlung in der Regel in diesem großen, häufig alten und komorbiden Patientenkollektiv verbietet (8–9).

Die Tatsache, dass die überwiegende Anzahl an TI-Patient:innen keine Klappenreparatur erfährt, hat die Entwicklung alternativer, interventioneller Therapieverfahren in

den letzten Jahren stark vorangetrieben. In Deutschland sind hierfür mittlerweile vier verschiedene Katheter-gestützte, interventionelle Verfahren zugelassen (Abb. 2, S. 30):

- die trikuspidale Transkatheter Edge-to-Edge-Reparatur (T-TEER),
- die Katheter-gestützte Trikuspidalklappenanuloplastie,
- der heterotope, Katheter-gestützte Trikuspidalklappenersatz,
- der orthotope, Katheter-gestützte Trikuspidalklappenersatz.

Für die Sicherheit dieser Therapieverfahren liegt bereits hinreichende Evidenz vor – allen voran für das sogenannte T-TEER-Verfahren. Bei diesem wird die Schließdichtigkeit der Klappe mithilfe eines interventionell eingebrachten „Clip-Device“, das die Enden der Trikuspidalklappensegel miteinander verbindet, verbessert. Das Verfahren hat ein exzellentes Sicherheitsprofil mit einer 30-Tages-Mortalität von nur circa 1 Prozent. Die Wirksamkeit konnte darüber hinaus in mehreren groß angelegten, prospektiven Register-Studien demonstriert werden (10–11). Die bisher einzige randomisiert-kontrollierte Studie im Bereich der interventionellen Trikuspidalklappentherapie zeigt zudem eine signifikant bessere Lebensqualität in der

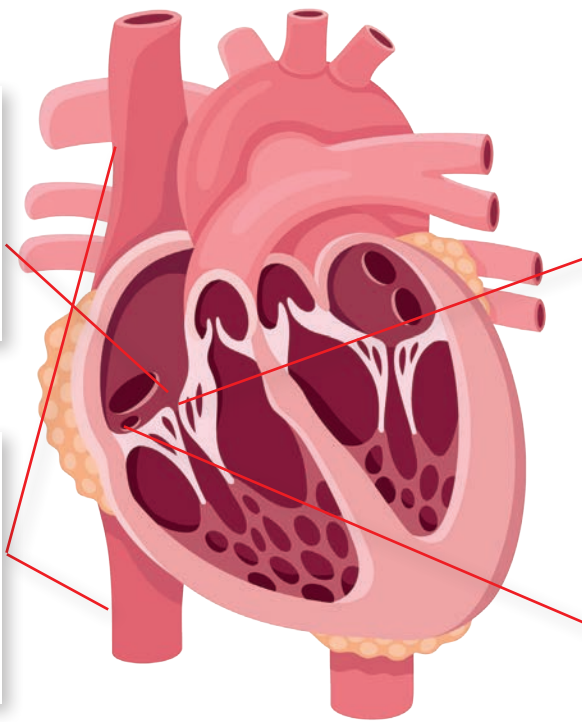
Orthotoper**Transkatheterersatz¹****Heterotoper****Transkatheterersatz³****Transkatheter****Edge-to-Edge Reparatur²****Katheter-gestützte
Anuloplastie⁴**

Abb. 2: Interventionelle Therapieoptionen zur Behandlung der Trikuspidalklappeninsuffizienz.

¹EVOQUE™, mit freundlicher Genehmigung von Edwards Lifesciences (Irvine, Kalifornien, USA) ²links: PASCAL™, mit freundlicher Genehmigung von Edwards Lifesciences (Irvine, Kalifornien, USA); rechts: TriClip™, mit freundlicher Genehmigung von Abbott Cardiovascular (Santa Clara, Kalifornien, USA) ³TricValve™, mit freundlicher Genehmigung von MHM-Diagnostics (Münster, Deutschland) ⁴Cardioband™, mit freundlicher Genehmigung von Edwards Lifesciences (Irvine, Kalifornien, USA)

mittels T-TEER behandelten Gruppe im Vergleich zur rein medikamentös behandelten Gruppe (12).

Auch für die Katheter-gestützte Trikuspidalklappenanuloplastie liegen entsprechende Registerdaten vor, die Sicherheit und Effektivität der Therapie stützen (13). Bei diesem Verfahren wird im ersten Schritt ein Anuloplastieband mithilfe von bis zu 17 Ankerschrauben mittels Katheter-Technik im Trikuspidalklappenring fixiert. Im zweiten Schritt wird das implantierte Band dann durch Zug an einem mit dem Band verbundenen Draht gerafft, wodurch sich die Anulusdimensionen reduzieren. Dieses technisch aufwendige Verfahren eignet sich vor allem zur Behandlung von Patient:innen mit atrialer TI und kann auch mit dem T-TEER-Verfahren kombiniert werden.

Beim heterotopen, Katheter-gestützten Klappenersatz wird sowohl in die obere als auch in die untere Hohlvene ein biologisches Klappenventil implantiert, das in einem Stentgerüst verankert ist. Hierdurch soll das Ausmaß der venösen Kongestion der oberen und unteren Körperhälfte reduziert werden. Die tatsächliche Wirksamkeit dieses Therapiekonzepts ist bisher weitestgehend unklar, sodass das Verfahren bisher nur in Einzelfällen zum Einsatz kommt (14).

Seit Oktober 2023 steht in Europa – und seit Februar 2024 auch in den USA – der orthotop Katheter-gestützte Trikuspidalklappenersatz als weitere zugelassene Therapie zur Verfügung. Hierbei wird eine über die Femoralvene eingebrachte biologische Transka-

theterklappe in die native Trikuspidalklappe implantiert. Diese Therapie bietet – im Gegensatz zu den Katheter-gestützten Reparaturtechniken – die Möglichkeit, die TI in nahezu allen Fällen komplett zu beseitigen. Die Zulassung dieses Verfahrens beruht u. a. auf vorläufigen Daten einer noch laufenden, randomisiert-kontrollierten Studie, die auf eine entsprechende Sicherheit und klinische Effektivität dieses Verfahrens hindeuten (15). Zukünftige Studien werden zeigen, welchen Stellenwert diese Therapieform insbesondere im Vergleich zur interventionellen Trikuspidalklappenrekonstruktion haben wird.

Fazit und Ausblick

Eine klinisch relevante TI kommt häufig bei älteren Patient:innen vor und stellt aufgrund der symptomatischen und prognostischen Implikationen eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Da die rein medikamentöse Therapie meist ineffektiv ist und die herzchirurgisch-operative Versorgung der isolierten sekundären TI mit einem hohen Risiko einhergeht, sind interventionelle Therapieansätze eine attraktive Alternative.

Trotz der bereits erzielten Fortschritte im Bereich der interventionellen Trikuspidalklappentherapie muss festgehalten werden: Eine Überlegenheit gegenüber der rein medikamentösen Therapie im Hinblick auf harte klinische Endpunkte wie Mortalität oder Rehospitalisierung konnten bisher noch nicht mithilfe randomisiert-kontrollierter Studien gezeigt werden. Mehrere solcher

Studien werden den Nutzen dieser modernen Therapieverfahren weiter untersuchen und Aufschluss darüber geben, welches Kollektiv möglicherweise besonders von einer interventionellen Trikuspidalklappentherapie profitieren könnte. Bis dahin gilt, dass gemäß aktueller Leitlinien bereits jetzt eine interventionelle Trikuspidalklappentherapie für Patient:innen mit symptomatischer, isolierter sekundärer Trikuspidalklappeninsuffizienz, die nicht für eine operative Therapie geeignet sind, erwogen werden kann (Klasse-IIb-Empfehlung). Die Entscheidung und Durchführung einer solchen Therapie bedarf dabei besonderer Expertise und Ressourcen. Entsprechend sollte eine Behandlung dieses teils sehr komplexen Patientenkollektivs an entsprechend spezialisierten Zentren im engen interdisziplinären Austausch erfolgen.



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

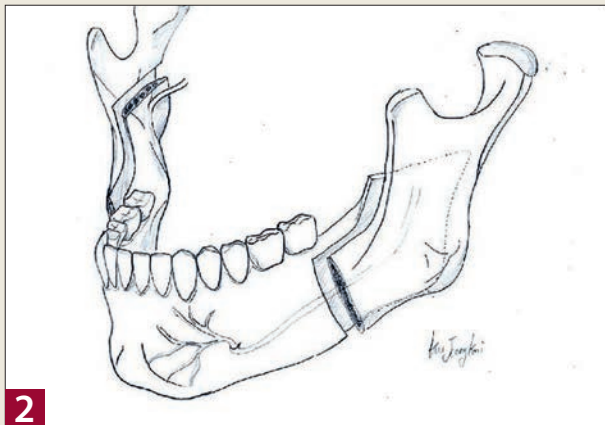
Interessenkonflikte: vorhanden
Siehe unter www.aekhh.de/haeb-lv.html

PD Dr. Niklas Schofer

Oberarzt
Bereichsleitung
Strukturelle Herzerkrankungen
Universitäres Herz- und Gefäßzentrum
Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
E-Mail: n.schofer@uke.de



1



2

Blaufärbung der Sklera

Eine 20-jährige Patientin stellt sich in unserer Kieferumstellungs-(Dysgnathie-)Sprechstunde mit einem Unterbiss vor. Der Unterkiefer steht in einem Ausmaß vor dem Oberkiefer, dass beide Kiefer operativ korrigiert werden müssen, nachdem eine präoperative kieferorthopädische Behandlung mit Zahnspangen stattgefunden hat. Der Unterkiefer wird bei der geplanten Operation zurückgesetzt, der Oberkiefer vorgeschoben. Bei der Diagnostik ist eine Blaufärbung der Skleren (Abb. 1) auffällig, die den klinischen Verdacht einer Osteogenesis imperfecta nahelegt. Dabei ist die Bildung von Kollagen in den Knochen aufgrund der Mutation des COL1A1-Gens beeinträchtigt.

Die Knochen werden instabil und neigen zu Frakturen. Eine genetische Untersuchung wird veranlasst. Der Befund bestätigt den Heterozygotenstatus in Form einer Variante des COL1A1-Gens, die zu einem Stopcodon p (Gly206TrpfsTer2) führt. Damit reduziert sich die COL1A1-RNA um die Hälfte, was die brüchigen Knochen zur Folge hat. Konfrontiert mit der Diagnose berichtet die Patientin, in ihrer Kindheit in der Ukraine bereits fünf Knochenbrüche an den Extremitäten erlitten zu haben, von denen vier konservativ und abwartend behandelt wurden. Am Ellenbogen soll eine Osteosynthese erfolgreich durchgeführt worden sein.

Eine Literaturrecherche in Pubmed sowie Konsilanfragen in Brüssel und London bestätigen, dass die Kieferoperation trotzdem durchgeführt werden kann. Lediglich das Risiko eines bad splits, einer unerwünschten Fraktur des Knochens in kleine Fragmente, ist erhöht, wo der Unterkiefer in den geplanten 2 Sollbruchstellen osteotomiert wird. Die Abb. 2 zeigt die geplante Operationsmethode, die Obwegeser-Dal-Pont-Osteotomie.

Mohammad Alahmad

Weiterbildungsassistent Oralchirurgie

Dr. med. dent. Manfred A. Suhr, MBBCh BDS (SA) FRCS FDSRCS (GB)

Fachzahnarzt Oralchirurgie/

Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie Praxis

Dr. Manfred A. Suhr Hamburg

Asklepios Klinik St. Georg

E-Mail: info@dr-suhr-hamburg.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 vier Abbildungen) und einem kurzen Text. Die Beiträge sollten nicht zu speziell sein. Einsendung bitte an die Redaktion: verlag@aekeh.de.



Anlaufstelle gegen Diskriminierung – so nehmen Sie Kontakt auf

Seit dem 1. März 2023 können sich Ärztinnen und Ärzte, die Diskriminierung erlebt haben, an die neue Anlaufstelle der Ärztekammer Hamburg wenden. Ein geschultes Team hilft, diese Erfahrungen einzuordnen. Es ist am besten per E-Mail zu erreichen: anlaufstelle@aekeh.de. Eine oder einer des Teams ruft zeitnah zurück, oder es wird per E-Mail ein Termin vereinbart. Zu den Öffnungszeiten der Kammer können Sie Ihren Gesprächswunsch im Sekretariat unter der speziell eingerichteten Rufnummer der Anlaufstelle (040/202299-428) mitteilen: Es kann ein Telefonat, ein Videokonferenzgespräch (ZOOM) oder auch ein persönlicher Beratungstermin vereinbart werden. Mehr Informationen erhalten Sie auf der Kammerwebsite unter www.aerztekammer-hamburg.org/anlaufstellegegendifkriminierung.html

Der besondere Fall

Schwerer Verlauf Eine 52-jährige Patientin wird mit Tetraparese ins Krankenhaus eingeliefert. Unter der Verdachtsdiagnose Guillain-Barré-Syndrom bringt die Behandlung mit Immunglobulinen eine kurzzeitige Besserung. Doch binnen weniger Tage verschlechtert sich der Zustand der Frau dramatisch. Erst eine Antikörperbestimmung weist den Weg zur richtigen Diagnose und Therapie.

Von Dr. Dieke Voget, Dr. Malgorzata Jakubowska, Dr. Janko Bartholdt, Dr. Ulrike Weidner, PD Dr. Michael Rosenkranz

Atypisches Guillain-Barré-Syndrom

Eine 52-jährige, bis dahin gesunde Frau entwickelte kurz nach der Rückkehr aus ihrem Mallorca-Urlaub im Frühling 2023 eine proximal betonte Schwäche der Arme und Beine. Zudem verspürte sie ein Kribbeln in den Händen und Füßen. Die Symptomatik hatte sich über wenige Tage hinweg entwickelt, ein Infekt war nicht vorangegangen. Bei Aufnahme in dem erstversorgenden Krankenhaus war die Patientin aufgrund einer Tetraparese nicht mehr eigenständig gehfähig. Sie konnte die Arme nicht gegen die Schwerkraft halten, zudem bestand eine Areflexie. Unter Auffassung eines Guillain-Barré-Syndroms (GBS) erfolgte eine Behandlung mit 2g/kg/KG humanen intravenösen Immunglobulinen (IVIg). Die elektrophysiologische Diagnostik ergab keine pathologischen Befunde. Im Liquor zeigte sich eine leichte Eiweißerhöhung bei normaler Zellzahl. Die erweiterte Labordiagnostik ergab keine wegweisenden Befunde, Gangliosid-Antikörper konnten nicht nachgewiesen werden. Unter der Therapie kam es zunächst zu einer klinischen Stabilisierung. Die Patientin war kurzfristig in der Lage, sich mit Unterstützung auf Zimmerebene fortzubewegen, sodass die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung der Phase C erfolgte.

Dramatische Verschlechterung

Bereits kurze Zeit später kam es dort zu einer erneuten und deutlichen klinischen Verschlechterung, woraufhin die Patientin in das erstversorgende Krankenhaus zurückverlegt wurde. Bei nun hochgradiger Tetraparese (allseits Kraftgrade 1 bis 2 gemäß MRC-Einteilung) erfolgte wieder eine Therapie mit IVIg 2g/kg/KG. Die erneute elektrophysiologische Diagnostik zeigte jetzt ausgefallene F-Wellen in der motorischen Neurografie als Hinweis auf eine proximale Demyelinisierung und somit einen klassischen Befund der Frühphase eines GBS. Bei gleichbleibendem klinischen Befund ohne weiteren Progress wurde die Patientin in unsere Klinik zur neurologischen Frührehabilitation (Phase B) übernommen.



Abb.: Wirbelsäule. T1-gewichtete Sequenz sagittal mit Kontrastmittel (links) und nach Subtraktion (rechts). Es zeigt sich ein langstreckiges, piales Enhancement des Durasacks und ein deutliches Kontrastenhancement der Nervenwurzelfasern der Cauda equina, vereinbar mit dem Bild eines Guillain-Barré-Syndroms

Dort zeigte sich bei zunächst zweiwöchigem stabilen Intervall eine erneute Verschlechterung mit zunehmenden Paresen und zum Teil schmerzhaften Sensibilitätsstörungen. Außerdem waren erste Anzeichen einer Hirnnervenbeteiligung mit im Verlauf zunehmender Dysphagie, Dysarthrie, vermindertem Hustenstoß und respiratorischer Erschöpfung festzustellen, sodass die Patientin schließlich etwa 6 Wochen nach Beginn der ersten Symptome intubiert und beatmet werden musste. Eine erneute IVIg-Gabe bei Verdacht auf eine chronisch inflammatorisch demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) mit akutem Beginn blieb ohne nennenswerten Effekt. Es erfolgte eine frühzeitige dilatative Tracheotomie sowie Anlage einer PEG-Sonde.

Die erweiterte Diagnostik (Liquor ohne Zellzahlerhöhung mit nur geringer Eiweißerhöhung, negative Liquorzytologie und Durchflusszytometrie-Analyse, kein Nachweis neurotroper Erreger, unauffälliges CT-Thorax/Abdomen, unauffällige Rheuma- und Vaskulitisserologie) förderte zunächst keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zutage. Ein MRT der gesamten Wirbelsäule zeigte eine Kontrastmittelanreicherung in den Nervenwurzeln auf ganzer Länge der Wirbelsäule und auch der Kaudafasern, vereinbar mit einer entzündlichen Polyradikulitis (Abb.). Die elektrophysiologische Diagnostik zeigte mittlerweile den neurografischen Befund einer deutlichen demyelinisierenden Neuropathie mit F-Wellen-Verlust, A-Wellen, Leitungsblöcken und Verlängerung der distalen motorischen Latenz (DML), sodass die Kriterien der EAN (European Academy of Neurology) und PNS (Peripheral Nerve Society) (1) für eine CIDP erfüllt wurden. Zusätzlich waren elektromyografisch bereits deutliche axonale Schädigungszeichen zu erkennen.

Antikörperbestimmung sichert Diagnose

Aufgrund des ungewöhnlichen Verlaufs mit initialem Ansprechen auf die IVIg-Therapie, jedoch sekundär deutlich progredientem und fulminantem Verlauf bestimmten wir zusätzlich Antikörper gegen

nodale bzw. paranodale Strukturproteine. Es ergab sich der Nachweis von Antikörpern gegen die Neurofascin-Isoformen 155, 186 und 144 und somit der Nachweis einer Pan-Neurofascin-autoantikörperpositiven Nodo-/Paranodopathie.

Nachdem es bei der Patientin zwischenzeitlich auch zu einer Beteiligung der Okulomotorik gekommen war und sich kurzzeitig das klinische Bild eines „Locked-in-Syndroms“ geboten hatte, wurde sie mit einer Steroidstoßtherapie und anschließend mit einer zweimaligen Gabe von jeweils 1 g Rituximab im Abstand von 2 Wochen behandelt. Darunter kam es zu einer langsamen, aber stetigen Verbesserung der neurologischen Klinik. Nach fast achtwöchiger invasiver Beatmung mit prolongiertem Weaning konnte die Patientin schließlich erfolgreich von der Beatmung entwöhnt werden. Das Tracheostoma und auch die PEG-Sonde konnten im Verlauf entfernt werden. Die Antikörper waren nach Initiierung der Rituximabtherapie und auch im bisherigen Verlauf nicht mehr nachweisbar. Unter intensiver, multi-professioneller Rehabilitationsbehandlung konnte die Patientin etwas mehr als 6 Monate nach Beginn der Symptomatik wieder erste Schritte gehen und wurde im Anschluss in eine Rehabilitationseinrichtung der Phase C verlegt.

Diskussion

Die Nodo-/Paranodopathien sind eine Gruppe von Immunneuropathien mit Autoantikörpern gegen Antigene (Contactin-1, Caspr-1, die Neurofascin-Isoformen NF 155, 144 und 186 sowie andere Proteine) im Bereich der nodalen bzw. paranodalen Region am Ranvier-schen Schnürring, dem Ort der saltatorischen Erregungsfortleitung in myelinisierten Nervenfasern. Die Symptomatik kann, wie im geschilderten Fall, GBS-artig beginnen und im Verlauf die Kriterien für

die sogenannte „acute-onset CIDP“ erfüllen. Wenn sich Antikörper gegen alle Neurofascin Isoformen gleichzeitig nachweisen lassen, wird von einer Pan-Neurofascin-antikörperpositiven Nodo-/Paranodopathie gesprochen. Hierbei sind in der Literatur besonders schwere Verläufe beschrieben (2, 3).

Die Nodo-/Paranodopathien werden mittlerweile als eigenständiges Krankheitsbild verstanden und nicht mehr als eine der CIDP-Varianten eingruppiert. Andere beschriebene Symptome im Kontext der Nodo-/Paranodopathien, welche den Arzt an die Bestimmung der Antikörper denken lassen sollten, sind Tremor, Ataxie, Neuromyotomie und schwere neuropathische Schmerzen. Es besteht in der Regel ein schlechtes Ansprechen auf IVIG und Steroide. Ein Therapieversuch mit dem CD-20-Antikörper Rituximab ist häufig erfolgreich, Rezidive sind eher selten beschrieben. Trotz der teilweise sehr schwer verlaufenden Erkrankung besteht die Aussicht auf eine langfristig günstige Prognose (4). Dies ist nicht zuletzt in der Kommunikation mit Angehörigen der häufig langzeitbeatmeten Patienten wichtig.



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

Interessenkonflikte: keine

Dr. Dieke Voget

Facharzt für Neurologie, Neurologische Intensivmedizin
Oberarzt

Klinik für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation
Albertinen Krankenhaus

E-Mail: dieke.voget@immanuelalbertinen.de

**FINANZIELLE FLEXIBILITÄT
FÜR SIE & IHRE PATIENTEN**

**PVS- NEUER SERVICE
RATENZAHLUNG**

ihre-pvs.de/ratenzahlung

Sie möchten mehr zur Privatabrechnung über die PVS erfahren?
Dann sprechen Sie uns an!
Tel. 0800 3190088

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN
bayern
berlin-brandenburg-hamburg
rhein-ruhr

Die Verursacher von Pestepidemien:
Infizierte Ratten
übertragen die
Erreger auf
den Menschen

Bild und Hintergrund

Mikrobiologie Noch im 19. Jahrhundert galten in der Wissenschaft „Miasmen“, giftige Ausdünstungen der Erde, als Ursache von Seuchen, bis die Entdeckung verschiedener Krankheitserreger dies widerlegte. Erst 1894 entdeckte Alexandre Yersin die Pestbakterien, die durch Rattenflöhe auch auf Menschen übertragen werden.

Von Dr. Hans Peter Richter-von Arnould

Die Jagd nach dem Pesterreger

Seit Hippokrates galten als Ursache von Seuchen Miasmen, giftige Ausdünstungen des Bodens, die mit der Luft fortgetragen werden und nach der hippokratischen Humorallehre durch eine fehlerhafte Vermischung der Körpersäfte zum Ausbruch der Erkrankung und zur Verbreitung von Seuchen führen. Diese Ursachenlehre der Seuchen prägte die medizinische Wissenschaft so nachhaltig, dass die Miasmalehre erst in der mikrobiologischen Ära Ende des 19. Jahrhunderts aufgegeben wurde. Das galt auch für die Pest, obgleich Jahrhunderte zuvor einigen Beobachtern Besonderheiten aufgefallen waren: Prokopios von Caesarea (um 500–562), hoher Beamter unter Kaiser Justinian in Konstantinopel, war ein Verfasser von Geschichte und Geschichten seiner Zeit und ein scharfer Beobachter – auch der Pest, ihrer Symptome und ihrer Ausbreitung durch Schiffe (1). Er stellte fest: „Keine Insel war so unzugänglich, die Seuche forderte überall ihre Opfer. Sie fing immer am Meeresufer an, um von da aus in das Innere des Landes zu dringen.“

Frascatoro glaubte an Kontagiosität der Seuche

Eine andere wichtige Beobachtung machte der berühmte persische Arzt Ibn Sina, lat. Avicenna (980–1037). Er sah bereits die Erkrankung von Ratten als Vorboten der Pest: „Man sieht (vor Pestzeiten) Ratten und andere unterirdische Tiere auf die Oberflächen kommen und sich als betrunken gebärden.“ Diese Beobachtung wurde erst 500 Jahre später wiederholt, und erst 850 Jahre später richtig gedeutet.

Girolamo Frascatoro (1477–1553), ein bedeutender Arzt aus Verona, Leibarzt des Papstes und „medicus ordinarius“ des Konzils von Trient, war medizinisch ein unvoreingenommen aufmerksamer und genauer Beobachter, ein scharfsinniger Interpret seiner Befunde und seiner Zeit weit voraus. Er glaubte an die Kontagiosität der Seuchen: ein Kontagium, das von Mensch zu Mensch durch Erreger (Seminaria morbis) übertragen wird, die er bereits mit dem Mikroskop im Blut suchte, aber bei den unzulänglichen Bedingungen nicht finden konn-

te. Darüber schrieb er „Drei Bücher von den Kontagien, den kontagiösen Krankheiten und deren Behandlung“. Er differenzierte erstmals die Pest von anderen fieberhaften Seuchen und sah die Übertragung des Kontagiums nicht nur von Mensch zu Mensch, sondern auch durch infizierte Gegenstände.

Im dritten Buch schreibt er über die Pest: „Hüte dich vor jeglichem Zunder wie Holz, Kleider und alles, was Pestkranke berührt haben. Deshalb handelt jene Republik (gemeint ist Venedig) am weisesten, die nach dem Gesetz verfährt, wonach der ganze Hausrat einer infizierten Wohnung zu verbrennen und den Erben aus öffentlichen Mitteln Ersatz zu leisten sei. Wir haben es im Jahre 1511 gesehen, als die Deutschen Verona besetzt hielten und bei Ausbruch der Pest nahezu 10.000 Menschen gestorben sind, wie durch ein einziges Pelzkleid viele Deutsche zugrunde gegangen sind. Von einem Verstorbenen zog ein Deutscher den Pelz an und, als er starb, wieder ein anderer und der nächste, bis man durch viele Todesfälle aufmerksam wurde und den Pelz verbrannte.“

Diese Beobachtung hatte im Übrigen schon Boccaccio 1348 in der Einleitung seines „Decamerone“ beschrieben (2).



Gemälde Girolamo Frascatoro, 1528.
Wird Tizian zugeschrieben, angeblich als Dank für
eine Behandlung gegen die Syphilis

Paré sah Ratten als Vorboten der Seuche unter Menschen

Wenig später deutete in Frankreich Ambroise Paré (1510–1590) das schon von Avicenna beobachtete auffällige Verhalten der Ratten vor einer Pestepidemie als eine Seuche unter den Ratten und als regelmäßige Vor-

boten der Seuche unter den Menschen. Hätten allein diese beiden Forscher die für uns heute so selbstverständliche Möglichkeit gehabt, ihre Thesen miteinander zu diskutieren und logisch weiterzuerfolgen, wären sie gemeinsam vielleicht schon damals zu dem Schluss gekommen, dass die Seuche der Ratten ebenso durch Kontagien hervorgerufen wird wie die anschließende Pest der Menschen, dass diese Kontagien von den Ratten auf die Menschen übertragen werden, und dass mit der Beseiti-

gung der Ratten auch die Beseitigung der Pest möglich ist. Da aber beide nichts voneinander wussten, und jeder für sich allein durch die Miasmtheorie niedergestimmt wurde oder unbeachtet blieb, siegte weiterhin der Mythos über die Naturwissenschaft.

Dank moderner Mikroskopie: 1894 wurde das Rätsel der Pest gelüftet

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aber ging die Zeit der Miasmtheorie zu Ende, und nachdem einmal der Nachweis eines Infektionserregers gelungen war, gab es mit der modernen Mikroskopie, vor allem aber mit der neuen Einstellung zu den Ursachen und der inzwischen international gewordenen medizinischen Forschung, kein Halten mehr. Schlag auf Schlag gelang der Nachweis spezifischer Erreger der verschiedenen Seuchen. 1851 entdeckte Theodor Bilharz den Erreger der nach ihm benannten Bilharziose, 1854 erstmals der Italiener Filippo Pacini, dann endgültig 1883 Robert Koch die Choleravibrionen, 1863 der Franzose Casimir Davaine den Milzbranderreger, 1873 der Norweger Gerhard Henrik Hansen den Leprabazillus, 1879 Albert Neisser den Erreger der Gonorrhoe, 1880 der Franzose Charles Laveran den Erreger der Malaria, 1882 Robert Koch den Tuberkelbazillus, 1884 Friedrich Löffler den Erreger der Diphtherie, 1889 der Däne Knud Faber reines Tetanustoxin, zeitgleich der Japaner Shibasaburo Kitasato im Institut von Robert Koch den Tetanusbazillus.

Auch nach dem Pesterreger wurde gefahndet (1). Da in Europa die Pest zum Glück verschwunden war, wurde er außerhalb gesucht. 1892 tauchte, ausgehend von der Mongolei, eine schwere Pestepidemie in China auf, die stromab die Küstenstädte erreichte, 1893 Kanton mit etwa 100.000 Toten bei 1,5 Millionen Einwohnern, und 1894 die britische Kronkolonie Hongkong. Die Briten waren besorgt, ebenso die Japaner wegen ihrer neuen Kolonie Korea und die Franzosen wegen Indochina. Die Briten luden offiziell eine große japanische Wissenschaftsdelegation ein und versah sie mit allen Möglichkeiten.

Yersin besorgt illegal Pestbubonen von Leichen

Aus Frankreich kam drei Tage später der gebürtige Schweizer Alexandre Émile Jean Yersin (1863–1943) vom Institut von Louis Pasteur, nicht als offizieller Gast und ohne Zugangsberechtigung zum Leichenkeller, sodass er sich heimlich Pestbubonen von Leichen beschaffen musste. Außerdem erhielt er lediglich einen kleinen Platz in einem Treppenhaus des Kennedy-Town-Hospitals, dessen Räume für die Japaner reserviert waren. Da er in seiner Flurecke zu oft gestört wurde, ließ er sich auf eigene Kosten eine Bambushütte bauen, in der er sich einrichtete. Einen Brutschrank hatten nur die Japaner, und das war sein Glück; denn, wie sich später herausstellte, haben die Pestbakterien eine optimale Wachstumstemperatur von circa 28 Grad, das entsprachen den „Laborbedingungen“ von Yersin, während in den Brutschränken mit 37 Grad die Pestbakterien überwuchert wurden von Begleitkeimen. So entdeckte Yersin bei 28 Grad Außentemperatur die unbeweglichen gramnegativen plumpen Stäbchen des Pestbazillus, sein japanischer Konkurrent die bipolaren beweglichen gramneutralen bis grampositiven Stäbchen eines Begleitkeims, möglicherweise Pneumokokken.

Yersin impfte Mäuse und Meerschweinchen mit dem Buboneneiter von Pestleichen, die Mäuse starben innerhalb von 24 Stunden, die Meerschweinchen innerhalb von 3 bis 6 Tagen. In den Kulturen fand Yersin immer die gleichen gramnegativen Stäbchen. Er berichtete über seine Ergebnisse erstmals am 30. Juli 1894 in der französischen Akademie der Wissenschaften, Kitasato über die seinen am 25. August 1894 in „Lancet“. Beide waren überzeugt, den Pesterreger gefunden zu haben. 1896 bei einer Epidemie in Formosa (heute Taiwan), das damals zu Japan gehörte, fanden die behandelnden Ärzte die von Yersin gefundenen Pestbakterien. Damit stand fest, dass nicht Kitasato, sondern Yersin den Erreger der Pest gefunden hatte, der dann



Der Entdecker der Pesterreger (*Yersinia pestis*):
Alexandre Émile Jean Yersin (1863–1943)

auch nach ihm *Yersinia pestis* genannt wurde. Ungeklärt war noch die Frage des Infektionswegs. Yersin hatte noch in Hongkong 1894 festgestellt, dass die Seuche der Ratten und die ihnen folgende Seuche der Menschen den gleichen Erreger hatten, dass also die Seuche von den Ratten auf den Menschen übertragen wird. Auffallend war, dass unter den Toten die barfüßigen Kulis Leistenbubonen, die Schuhe tragenden Europäer und Japaner Achselbubonen hatten.

Simond: Pestbakterien sitzen in Rattenflöhen

Als 1896 und 1897 in Bombay Pestkommissionen verschiedener Länder zusammenkamen, entdeckte Paul-Louis Simond (1858–1947), Mitglied der französischen Delegation, an den Füßen der barfüßigen Kulis kleine Bläschen, die wie Flohstiche aussahen und sich im Krankheitsfalle zu sogenannten Pestkarbunkeln entwickelten. Er untersuchte daher die Flöhe von Ratten genauer und fand in ihnen die Pestbakterien. Er brachte eine pestkranke Ratte, bei der er die Flöhe entfernt hatte, mit einer gesunden Ratte zusammen, die Ratte blieb gesund. Dann brachte er eine unbehandelte Pestratte mit einer gesunden Ratte zusammen und trennte sie durch einen Drahtkäfig, verhinderte also direkten Kontakt der Ratten, die gesunde Ratte starb 6 Tage nach der kranken. Damit hatte er nachgewiesen, dass die Pest von infizierten Rattenflöhen ausgeht, die von Ratte zu Ratte springen und später genau so von der Ratte auf den Menschen oder auch auf dessen Haustiere gelangen können. Damit war endgültig nachgewiesen, dass *Yersinia pestis* das Kontagium ist, das schon Frascatoro im 16. Jahrhundert gesucht hatte, und dass der Rattenfloh das Bindeglied ist zwischen der Rattenseuche und der Menschenseuche, deren Zusammenhang ebenfalls schon um 1000 Avicenna und im 16. Jahrhundert Ambroise Paré aufgefallen war. Von den ersten Genieblitzen bis zum endgültigen Nachweis vergingen mehrere hundert Jahre.

Die Pest ist zu verhindern, wenn man die Ratten verhindert oder beseitigt, ihre Vernichtung blieb daher auch lange eine vorbeugende Maßnahme in den Häfen. Noch 1896 konstruierten Bernhard Nocht und sein Kollege Gustav Giemsa in einer Hafenbarkasse ein Gerät zur Ausräucherung von Schiffen für die Rattenbekämpfung im Hamburger Hafen (3).

Auszug aus: „... und hatten die Pest an Bord. Eine Kulturgeschichte der Krankheiten, Seuchen und Gefahren im Gefolge der Schifffahrt“ von Hans Peter Richter-von Arnould



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

Dr. Hans Peter Richter-von Arnould
Facharzt für Kardiologie
E-Mail: richtervarnould@gmx.de

DER BLAUE HEINRICH

Auszug aus „Die blaue Grenze“ von Konstantin Ferstl, S. 16 ff., Rowohlt Berlin Verlag 2023, 400 Seiten, 24 Euro, ausgewählt von Katja Evers

Einsamkeit *per* Platzkarte

Ich starre auf die Wand hinter dem Flügel namens Alfonsito, wo das blaue Bild vom Bahnhofsfranzl in Acryl hängt, das sie mir geschenkt hat. Trotz beginnt sich zu regen. Ich bin Empfänger einer Nachricht, die ich nicht hören möchte. Und wenn ich es schon nicht verhindern kann, dann will ich das Nichts wenigstens nach meiner Façon: Wenn ich keine Wahl mehr habe, dann will ich davonlaufen und anrennen gegen die Zeit. Vielleicht wäre es besser, sich zur Fremdenlegion zu



melden. Aber da virile Gewalttaten nicht meine größte Stärke sind und es vermutlich kein Képi in meiner Hutgröße gibt, beschließe ich, nach Nordkorea zu fahren. Heute Nacht noch, um J. nicht mehr zu begegnen ...

Auf der Landkarte fahre ich mit dem Finger die Strecke ab, von dem kleinen Haus in Marienstein über Moskau, Sibirien, Peking bis nach Pyeongyang. Die Einsamkeit per Platzkarte. Es könnte gehen, sage ich mir. Ich habe keine Bilder von diesem Land, zumindest keine wahrhaftigen. Aber ich hoffe, dass es anders ist als jene mir nur allzu gut bekannte Schwermut von alteuropäischem Möwengekreisch und lisboetischer Saudade, vor der ich fliehen will. Vielleicht ist es auch das Klischee von jenem Grau, das mich anzieht – ich möchte keine Sonnenuntergänge auf bleichem Marmor mehr sehen. In meiner Fantasie werde ich bereits als Dissident verhaftet, und J. hört meinen

Namen in den Abendnachrichten. Ich stelle mir vor, wie sie bangend vor dem Fernseher sitzt, der letzten Worte für alle Zeit beraubt. Würde das etwas ändern? Ich verwerfe den Gedanken schnell wieder, weil ich Angst habe, die Tagesschau könnte meinen Namen falsch aussprechen.

Bevor ich aufbreche, klappe ich Alfonsitos Klavierdeckel zu. Ich packe den Rucksack, das alte, lederne Ding aus der Stadt über den Wolken, das Nötigste nur. An seiner Seite kündigt eine Narbe von einem glücklichen Tag in einer Landschaft mit unbegehbaren Bergen, sie ist für jeden sichtbar, aber nur J. kennt ihre Geschichte. Ob sie diesen Tag noch erinnert?

Die verlorene Sache. Ich rufe meinen Freund Gabriel in Moskau an. Es ist bereits Mitternacht dort, und ich sage, dass ich auf dem Weg zu ihm bin. Dann schalte ich das Telefon aus, um für J. und auch den Bratschen-Hubert nicht mehr erreichbar zu sein. Wenn ich jetzt aufbreche, verabschiede ich mich aus der Gleichzeitigkeit. Vielleicht ist der Gedanke nicht besonders schlau, aber er wärmt ...

Der Frühling lässt auf sich warten, und ich breche auf in den Winter und das Eis. Und obwohl ich weiß, dass Liebeskummer und ein Lederrucksack noch keinen Chatwin machen, hinterlasse ich ihr nichts als ein Stück Papier an der Türe: Bin nach Pyeongyang gefahren.

Konstantin Maria Ferstl, geboren 1983 im Altmühltal, ist Regisseur, Autor und Musiker. Bereits sein Abschlussfilm „Trans Bavaria“ kam ins Kino und wurde mehrfach ausgezeichnet. Für „Die blaue Grenze“, ein irrwitziges Reise- und Familienepos, erhielt er den hoch dotierten Literaturpreis Fulda 2024. Der noch recht junge Preis wird seit 2019 jährlich verliehen und würdigt seinen Roman als „das bedeutendste Romandebüt der Buchsaison“.

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@aekeh.de

Anzeigen

elbbüro
Stefanie Hoffmann
Bismarckstraße 2, 20259 Hamburg
Telefon: 040 / 33 48 57 11
Fax: 040 / 33 48 57 14
E-Mail: anzeigen@elbbuero.com
Internet: www.elbbuero.com
Gültig ist die Anzeigenpreisliste Nr. 54
vom 1. Januar 2024

Anzeigenschluss

Aprilheft:
Textteilanzeigen: 15. März 2024
Rubrikanzeigen: 19. März 2024

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 Schriftleitung
dar. Für unverlangt eingesandte Manu-
skripte wird keine Haftung übernommen.
Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

Grafische Konzeption

Michael von Hartz
(Titelgestaltung)

Redaktionsschluss Aprilheft:
15. März 2024

Das nächste Heft
erscheint am
11. April 2024

**Druck, Verarbeitung
und Versand**

Bonifatius GmbH
Paderborn
Auflage: 19.028



ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Amtliche Mitteilungen und Bekanntmachungen der Ärztekammer Hamburg über Website abrufbar

Seit Juni 2023 veröffentlicht die Ärztekammer Hamburg alle amtlichen Mitteilungen und Bekanntmachungen auf ihrer Website. Sie finden die Mitteilungen im Bereich „Über uns“ oder direkt unter diesem Link oder dem QR-Code:



www.aerztekammer-hamburg.org/amtliche_mitteilungen.html

Mit dem Hamburger Ärzteblatt bleiben Sie weiterhin gut informiert. Denn die Kammer wird an dieser Stelle auf neu veröffentlichte amtliche Mitteilungen und Bekanntmachungen auf ihrer Website hinweisen.

375. Sitzung der Delegiertenversammlung

Die 375. Sitzung der Delegiertenversammlung findet statt

**Montag, 08.04.2024, um 19.30 Uhr,
Weidestraße 122 b (Alstercity),
22083 Hamburg, Saal 1, Ebene 01**

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Die ausgeschriebenen Vertragsarztsitze finden Sie im Internet auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter <https://www.kvhh.net/de/praxis/zulassung.html>.

Werden auch Sie zum Helfer!



Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE26 5502 0500 4000 8000 20
BIC: BFSWDE33MNZ

German Doctors e.V.
Löbestr. 1a | 53173 Bonn
info@german-doctors.de
www.german-doctors.de



Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft



Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



ANZEIGENSCHLUSS HEFT APRIL 19. MÄRZ 2024



Stellenangebote

BG Klinikum Hamburg

Das BG Klinikum Hamburg ist eine von mehr als 100 Unikliniken in Deutschland. Die Hauptaufgabe der Klinik besteht in der Wiederherstellung und Rehabilitation von Patienten mit Akut- und Vorerkrankungen sowie Demenzerkrankungen. Das hohe Standardsniveau ermöglicht es uns, rund 2.500 hochqualifizierten Mitarbeitern, die einen dynamischen und komplexen Leistungsspektrum von ambulanten und stationären Behandlungsmaßnahmen täglich umzusetzen.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für unser Zentrum für Rehabilitationsmedizin – Fachabteilung Präventivmedizin einen

Arzt (m/w/d) – RF-129

mit 42 Stunden/Woche, unbefristet.

Das Konzept der Abteilung ist der präventivmedizinische Beginn der Rehabilitation schon in der Phase der akuten internistischen Behandlung auf einer spezialisierten IIC-Verlegung. Dieser parallel zu den ebenfalls noch notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Ihre Aufgabenstellung umfasst:

- Mitbestimmung des Konzeptes der Präventionsmaßnahmen
- Forschungstätigkeit im Akutambulanzbereich, einschließlich der IIC-Verlegungsstellen der Präventivmedizin
- aktive Zusammenarbeit mit multidisziplinärem Team
- Symptome an der Spitze von Weiterbildungsmaßnahmen
- Beitragung zur Qualitätssicherung
- Teilnahme am Schulungsplan der Präventivmedizin
- Erhalten von Arbeitsbeziehungen, Vernetzungen, verfahrensmäßigen Absicherungen, Absicherungen und Studien

Ihre Kompetenzen:

- Interesse am Umgang mit schwerbehinderten Patienten
- ausgeprägte Teamfähigkeit
- Erfahrung in der Inneren Medizin, Neurologie, Neurochirurgie oder Chirurgie (ambulant oder IIC-Verlegungsstellen) oder anderen relevanten Fachbereichen
- Ärztliche oder Fachärztliche Weiterbildung (Physiologie und Rehabilitationsmedizin oder Allgemeinmedizin)

Unser Angebot:

- die volle Weiterbildungsbeihilfe für die Gebietsabteilung Präventivmedizin und Rehabilitationsmedizin sowie 1 Jahr Neuzeitliche Physikalische und Rehabilitationsmedizin
- 1,5 Jahre Innere Medizin und 1 Jahr Chirurgie/Orthopädie
- die Befreiung vom Wehrdienst
- die Befreiung vom Wehrdienst
- die Befreiung vom Wehrdienst

Die Einkünfte von Honoraren mit Behandlungsergebnissen unseres Fachverbandes sind wir vergütet dafür Ihre Bewerbung.

Engelgruppe: A1 – A2 TV-L/Arzt-BG-Klinik

Für ergänzende Informationen können Ihnen der Chefarzt der Fachabteilung Rehabilitationsmedizin, Herr Dr. Wald, oder die Telefonnummer 040 33 48 57 11 oder 0417 200 2117 gerne zur Verfügung.

Rechtlich verbindliche Bewerbung richten Sie bitte bis zum 18.03.2024 an: bewerbung@bgk-hamburg.de (Nur ausschließlich als PDF-Datei).

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 Versorgungsmanagement
- Dazu gehört 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 oder der Inneren Medizin) sowie über Erfahrungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Sie können Kenntnisse der Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems sowie insbesondere des ambulanten Krankerversicherung (GKV) vorweisen
- Sie verfügen über eine sehr gute mündliche und schriftliche Ausdrucksweise und sind sicher in der Anwendung der MS Office Programme
- Ausgeprägte Kommunikationskompetenzen sowie eine hohe Team- und Serviceorientierung zeichnen Sie aus
- Die Beschriftung sich verfahrensspezifische Arbeitsabläufe und fachrelevantes Wissen kurzfristig auszufragen

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg - Personalabteilung - Humboldtstraße 66 - 22083 Hamburg

Mehr Zeit fürs Wesentliche. In der Praxis und Zuhause.

Avi Medical ermöglicht weniger Administration
und flexible Arbeitszeiten.



Unsere 7 Hausarztpraxen in Hamburg:

Altona, Neue Große Bergstr. 9

Barmbek, Fuhlsbüttlerstr. 145

Eppendorf, Eppendorfer Weg 180

Neugraben, Im Fischbeker Heidbrook 20

Ulmenhof, Ulmenstr. 29

Wandsbek, Ahrensburger Str. 95 (ab Q2 2024)

Winterhude, Sierichstr. 140



Erfahre mehr unter:
avimedical.com/aerzte



Wir gehören zusammen

Wir bringen Job und Freizeit in Einklang. Jetzt bewerben.

Das DRK-KRANKENHAUS GREVESMÜHLEN sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen:

Assistenzarzt Innere Medizin (m/w/d)

IHR PROFIL

- Sie sind Berufsanfänger oder bereits fortgeschrittener Assistenzarzt (m/w/d)
- Sie verfügen über eine Berufserlaubnis oder gültige deutsche Approbation
- Sie sind verantwortungsbewusst, zuverlässig, teamfähig und loyal und pflegen einen wertschätzenden Umgang mit Patienten und Mitarbeitern
- Sie haben Freude an neuen Herausforderungen und verfolgen dabei Aufgaben zielbewusst und lösungsorientiert
- Sie arbeiten vertrauensvoll und intensiv mit niedergelassenen Ärzten, den Kollegen der anderen Fachgebiete und dem Rettungsdienst zusammen

DU + Deutsches Rotes Kreuz

Der Job des Lebens. Beim Roten Kreuz. In Mecklenburg-Vorpommern.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Ansprechpartner Chefärzte:
Dr. med. Dirk Killermann
Dr. med. Rolf Klingenberg-Noftz

Ihre Bewerbung richten Sie an das Chefarztsekretariat Innere Medizin:
simone.federmann@drk-kh-gym.de

Telefonische Anfragen unter:
03881 726-601

Umfassende Informationen rund um unser Krankenhaus unter:
www.drk-kh-gym.de

UNSER ANGEBOT

- Vergütung nach Tarifvertrag mit dem Marburger Bund
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- die Arbeit in einem gleichermaßen menschlichen wie hochmodernen Umfeld
- zukunftsorientierte Verzahnung von stationärer und ambulanter Diagnostik & Therapie
- Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Kinderbetreuungszuschuss und betriebliche Altersvorsorge
- strukturierte Fort- und Weiterbildung
- Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Lübeck und Rostock

www.drk-zukunft.de

work@frau-adler.de

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

Teilzeit mit lebensfreundlichen Arbeitszeiten, fröhliches und erfahrenes Praxisteam. Hier bewerben: work@frau-adler.de

Neurologie & Schmerztherapie
Uetersen sucht einen
Arzt (m/w/d) mit WB
Spezielle Schmerztherapie
für 15h/W. mit Homeoffice-Option.
Flex. einteilbar, unbefristet, attraktives Gehalt. Kontakt: 0178-133 53 72

WBA Innere Medizin und Kardiologie
in fortgeschrittener Weiterbildung mit Kenntnissen in der Echokardiographie für Kardiologische Praxis in Hamburg-Alsterdorf ab 1.4.2024 in Teil- oder Vollzeit gesucht.
Wir freuen uns auf Bewerbungen an: info@kardiologie-orchideenstieg.de

FA Allg. Med./Innere (w/m/d)
in Voll- oder Teilzeit für etablierter Hausarztpraxis in HH-Volksdorf gesucht. Nettes Team, neue Praxisräume, flexible Arbeitszeiten.
Kontakt: 0176/48 51 35 18 oder info@praxisamlerchenberg.de

Kinderarztpraxis (Pneumologie/Allergologie) sucht **FÄ/FA Pädiatrie** zur Verstärkung des Teams in Teil- oder Vollzeit.
kinderpraxis-hh@web.de

FÄ/FA Allg./Innere Medizin
unbefristet in Voll- oder Teilzeit für Hausarztpraxis am östlichen Hamburger Stadtrand (Oststeinbek) gesucht. Flexible Arbeitszeiten.
info@hausarzt-radzko.de
Tel.: 040-713 11 30

WBA in Allgemeinmedizin
für Hausarztpraxis in Nienstedten ab sofort in Teilzeit am Vormittag gesucht.
Bewerbung/Kontakt unter: hausarzt.elbvororte@web.de oder **0176 - 24 37 04 48**

Für unsere chirurgisch/orthopädische D-Arztpraxis zentral in Elmshorn suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit eine/n

Facharzt/-ärztin für Orthopädie/ Unfall- oder Allgemeinchirurgie

Breites Behandlungsspektrum konservativ und operativ mit Oberarztgehalt plus leistungsorientierte Vergütung in einem jungen und netten Team.

Bei Interesse senden Sie bitte Ihre Bewerbung an: sarelas@chirurgische-praxis-elmshorn.de



IHR NEUER ARBEITSPLATZ

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

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

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

Kinderarzt /Kinderärztin
dringend gesucht. Mit Anbindung an große Hausarztpraxis mitten in lebendigem Stadtviertel (HH-Rothenburgsort). Engagiertes Team, gute und flexible Arbeitsbedingungen. praxis-ibing@gmx.de

ICH BIN DABEI, WEIL GESUNDHEIT AUCH EINE FRAGE DES KOPFES IST.



ASKLEPIOS Als einer der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland verstehen wir uns als Begleiter unserer Patient:innen – und als Partner unserer Mitarbeitenden. Wir bringen zusammen, was zusammengehört: Nähe und Fortschritt, Herzlichkeit und hohe Ansprüche, Teamwork und Wertschätzung, Menschen und Innovationen.

Jetzt bewerben



Für unseren Standort Ochsenzoll in Hamburg suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Oberarzt Forensik (w/m/d) für die Klinik für Forensische Psychiatrie in Hamburg

WIR SIND

Die Klinik für Forensische Psychiatrie ist für den Maßregelvollzug in der Freien und Hansestadt Hamburg zuständig. Sie hält hierzu kriminaltherapeutisch wirksame Behandlungs- und Rehabilitationsangebote für psychiatrische Patient:innen (§ 63 StGB) und Suchtpatient:innen (§ 64 StGB) vor sowie eine Nachsorgeambulanz. Weitere Informationen über uns und die Abteilung erhalten Sie auf der Homepage über den QR-Code.

IHR AUFGABENGEBIET

Als bereichsleitende:r Oberarzt:ärztin gestalten Sie einen klinischen Bereich maßgeblich mit, unterstützen auch die Chefarztin in klinischen und organisatorischen Belangen | Ferner sind Sie an der Weiterentwicklung Ihres Bereiches und der Abteilung beteiligt, sind verantwortlich für die medizinische Behandlungsleitung unserer Patient:innen sowie Führung und Anleitung der multiprofessionellen Teams | Teilnahme am oberärztlichen Hintergrunddienst und Gestaltung von Fort- und Weiterbildung

IHR PROFIL

Sie verfügen über eine abgeschlossene Facharzt:ärztin-Weiterbildung im Fach Psychiatrie mit mehrjähriger Berufserfahrung sowie eine psychotherapeutische Weiterbildung | Erfahrungen mit forensisch-psychiatrischen Patient:innen, kriminaltherapeutischer Rehabilitation und Nachsorge sind wünschenswert | Darüber hinaus wären Erfahrungen in Führungsaufgaben, spezielle Kenntnisse in der Erstellung von Gutachten und eine begonnene Qualifikation im Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ hilfreich | Organisations- und Managementkenntnisse, Sozialkompetenz, Teamfähigkeit und Belastbarkeit runden Ihr Profil ab

WIR BIETEN

Eine anspruchsvolle Aufgabe in einem fachlich qualifizierten und aufgeschlossenen Arbeitsumfeld, Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten
Weitere Informationen über den QR-Code

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne die Chefarztin der Klinik für Forensische Psychiatrie, Frau Claßen, unter Tel.: +49 40 18 18 87 25 13 (Sekretariat), zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung unter Angabe der Kennziffer 146-56.

Asklepios Klinik Nord
Personalabteilung · Langenhorner Chaussee 560 · 22419 Hamburg
bewerbung.nord@asklepios.com



ASKLEPIOS



Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für unsere Abteilung für pädiatrische Radiologie einen

Facharzt (m/w/d) für Radiologie mit Perspektive als Oberarzt (m/w/d)

in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung

Wir sind

die innovative, wachsende und den Kindern und Jugendlichen zugewandte Kinderklinik im Westen von Hamburg. Die AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH ist ein gemeinnütziges Kinderkrankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 252 Betten und Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Pro Jahr werden im AKK rund 15.000 voll- und teilstationäre Fälle und ca. 30.000 Kinder und Jugendliche aus ganz Deutschland ambulant betreut.

Ihr Aufgabengebiet

In dieser Funktion betreuen Sie die Bildgebung bei Kindern mit chirurgischen/unfallchirurgischen, orthopädischen, neurologischen, pulmonalen, gastroenterologischen, nephrologischen, hämatologischen und cerebralen Erkrankungen. Die diagnostischen Möglichkeiten beinhalten High End Sonograohiegeräte, ein 1,5 T MRT sowie ein Spektral CT. Sie unterstehen direkt dem Leitenden Arzt der Abteilung für pädiatrische Radiologie, der auch die Berechtigung zur vollen Weiterbildung auf dem Gebiet der Kinderradiologie sowie ein Jahr Weiterbildungsberechtigung in der Radiologie besitzt.

Ihr Profil

- Approbation als Arzt (m/w/d) und Weiterbildung zum Facharzt (m/w/d) für Radiologie oder im letzten Jahr der Weiterbildung
- Interesse an kinderradiologischen Fragestellungen
- absolvierter Grundkurs für Strahlenschutz
- Freude am Umgang mit Kindern und deren Eltern
- ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit
- Kollegialität und Teamfähigkeit
- hohes Maß an Einsatzbereitschaft, Eigenmotivation und Engagement, Verantwortungs- und Qualitätsbewusstsein
- Teilnahme am Rufbereitschaftsdienst
- Flexibilität und Belastbarkeit

Unsere Stärken sind

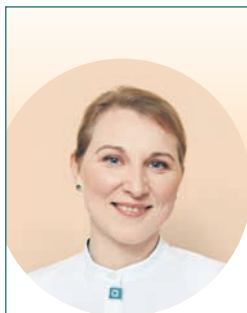
- voll digitalisiertes Umfeld mit neuester kindgerechter Bildgebung
- schnelle und kompetente Einarbeitung in modernste MRT- und CT-Technologien (1,5 T MRT und Spektral CT)
- angenehmes kollegiales Arbeitsklima eines Kinderkrankenhauses
- attraktive Sozialleistungen: betriebliche Altersversorgung, vermögenswirksame Leistungen, HVV-Deutschlandticket u.v.m.

Wir freuen uns auf Sie!

Bitte bewerben Sie sich gern über unser Bewerbungs- und Karriereportal: www.arbeiten-am-akk.de. Falls Sie noch Fragen haben, steht Ihnen der Leitende Arzt der Abteilung für pädiatrische Radiologie, Herr Junge (Telefonnummer: 040/88908-263), gern zur Verfügung.

www.kinderkrankenhaus.net

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Medizin statt Bürokratie

Fachärzt:innen für Innere oder Allgemeinmedizin in Vollzeit oder Teilzeit gesucht. Flexibler Start.

Wir bieten:

Geregelte Arbeitszeiten:
Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle in VZ (38,5h) oder TZ. Ganz ohne Dienste.

Übertarifliche Bezahlung:
Jahresgehalt 84.000 - 124.000€.
Finanzielle Beteiligung am Praxiserfolg bis zu 10.000€/Jahr.

Unser Netzwerk:
Praxisübergreifender Austausch im Netzwerk aus über 40 Kolleg:innen.

Weiterbildung:
Jährliches Fortbildungsbudget von 1.000 € und fünf Fortbildungstage.

Fokus auf die Medizin:
Unsere Software vereinfacht die administrative Arbeit. Sie haben mehr Zeit für Ihre Patient:innen.

Unsere Praxisräume sind hochwertig eingerichtet und mit den neuesten Geräten ausgestattet (u.a. Langzeit-EKG und Sono).

Unsere Hausarztpraxen in Hamburg:

Altona:
Neue Große Bergstr. 9

Winterhude:
Sierichstr. 140

Ulmehof:
Ulmenstr. 29
ab Q1 2024

Eppendorf:
Eppendorfer Weg 180

Barmbek:
Fuhlsbüttlerstr. 145

Neugraben:
Im Fischbeker Heidbrook 20

Wandsbek:
Ahrensburger Str. 95
ab Q2 2024



Bewerben Sie sich!
www.avimedical.com/aerzte
+49 152 090 688 23
habib.fussi@avimedical.com



Wir sind eine renommierte, rein privatärztliche orthopädische Praxis, welche fortlaufend wächst und sich auf erstklassige patientenzentrierte Versorgung spezialisiert hat. Unsere umfassende Ausstattung und innovative Therapie machen uns zu eine der modernsten Praxen Mitteleuropas. Zum April 2024 erweitern wir unsere Praxis mit einem Diagnostikzentrum (inkl. MRT, CBCT). Damit bieten wir unseren Patient:innen bereits beim Erstkontakt die komplette Diagnostik mit Therapie unter einem Dach.

Sie haben Lust in einem sehr motivierten Team aus studierten Sportwissenschaftler:innen die Leitung dieses Diagnostikzentrum zu übernehmen und wünschen sich eine enge Zusammenarbeit mit den Orthopäden? Dann ist diese Ausschreibung genau für Sie.

Radiologe/Radiologin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit

Ihre Aufgaben:

- Eigenständige Leitung des Sporthopaedic Hamburg Diagnostikzentrums
- Durchführung und Auswertung radiologischer Untersuchungen, einschl. MRT/CBCT
- Durchführung von MRT gestützten Interventionen

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Facharztausbildung im Bereich Radiologie
- Teamfähigkeit und Kommunikationsstärke
- Erfahrung in der Anwendung modernster radiolog. Technologien und Interventionen

Wir bieten:

- Eine sehr attraktive Vergütung
- Arbeitszeiten von 8-16 Uhr, keine Spät-, Früh- oder Wochenenddienste
- Großzügiger Urlaubsanspruch für Freizeit und Fortbildung
- Modernste Arbeitsumgebung
- Zusammenarbeit in einem hochqualifizierten (nur Sportwissenschaftler:innen mit Universitätsabschluss) und motivierten Team

Haben wir Ihr Interesse wecken können? Melden Sie sich gerne bei Maximilian Kellner. Entweder per Mail (m.kellner@sporthopaedic-hamburg.de) oder per Telefon von 8-16 Uhr unter der 040/696 32 72 16. Wir freuen uns darauf, Sie in unserem Team willkommen zu heißen und gemeinsam die medizinische Versorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten. Alle Bewerbungen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vogt-Wells-Strasse 12 · 22529 Hamburg · www.sporthopaedic-hamburg.de

Zwei engagierte Ärzte sind gut – drei sind besser. In unserer Schwerpunktpraxis arbeitet das Ärzteteam seit Jahren zu dritt. Aufgrund eines Wohnortwechsels wird uns nun leider ein Arzt verlassen. Aus diesem Grund suchen wir **zum 01.07.24** in Teilzeit einen

DIABETOLOGEN (w/m/d).

Zunächst im Angestelltenverhältnis. Eine spätere Partnerschaft ist möglich. Mit Teamgeist und Freude arbeiten wir harmonisch interdisziplinär und legen großen Wert auf eine gute Arbeitsorganisation. Bei uns erwartet Sie eine vielseitige, zeitgemäße und abwechslungsreiche Tätigkeit.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:

Diabeteszentrum Hamburg Nord-West

z.Hd. Frau Dr. Kirsten Hellner
hellner@diabeteszentrum-hhnw.de



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

in Voll- oder Teilzeit
von MVZ gesucht.

Kontakt: kv-sitz2018@web.de

FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (m/w/d)

zur Verstärkung unseres Teams in
Hamburg-Othmarschen gesucht!

Lernen Sie uns kennen:

[www.gynaekologie-othmarschen.de/
komm-ins-team](http://www.gynaekologie-othmarschen.de/komm-ins-team) oder per Mail an:
info@gynaekologie-othmarschen.de



Große orthopäd. Praxis in HH sucht

FÄ/FA für Orthopädie/ Unfallchirurgie

zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit.
Top-Konditionen / sehr nettes Team.

Kontakt unter [praxismanagement@
orthopaedie-rahstedt.de](mailto:praxismanagement@orthopaedie-rahstedt.de)

FA/FÄ Allgemeinmedizin

(m/w/d) von großer Hausarztpraxis
mit 3 Sitzen zur Anstellung gesucht.

Volles diagnostisches Spektrum,
gute Arbeitsbedingungen.

Kontakt: job@hausarztpraxis116.de

3-4 Tage TZ: ideal & real

FA/FÄ Innere & Allg. Med. gesucht.
Teilzeit/Vollzeit in HH-Mitte.

Hamburg-SH@hotmail.com

Kinderärztin / Kinderarzt

gern in fortgeschrittener Weiter-
bildung mit Interesse an Kinder-
und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie zur Verstärkung
unseres multiprofessionellen
Teams gesucht.

Familienzentrum Nord MVZ GmbH

Kontakt unter: 040- 5272119-0
oder susanne.otte@fam-nord.de

FA Allg./Innere Medizin

(w/m/d) in Teilzeit für Hausarztpraxis
in Harburg ab 1.4.24 gesucht.

Kontakt: 0176 78 19 56 22

Gyn. Einzelpraxis Elbvororte sucht Ärztin (m/w/d)

für 15 Std./Wo. Bewerbungen bitte an:
gyn.einzelpraxis.elbvororte@gmx.de



JUSTIZVOLLZUG

HAMBURG

WER WIR SIND:

Die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen ist unsere Aufgabe. Die medizinische Arbeit wird in fünf Ambulanzen in den Justizvollzugsanstalten geleistet. Darüber hinaus wird ein vielfältiges fachärztliches Spektrum über ein justizvollzugseigenes Zentralkrankenhaus erbracht.

WEN WIR SUCHEN:

- Ärztinnen und Ärzte
- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Examinierte Altenpflegekräfte
- Medizinische Fachangestellte

KONTAKT:

Behörde für Justiz und Verbraucherschutz
Ärztlicher Direktor Dr. Tim Kuchenbuch
Holstenglacis 3, 20355 Hamburg
Tel. +49 40 428 29 404
timsoeren.kuchenbuch@justiz.hamburg.de



Wir suchen ab Juni 2024

FA/FÄ f. Allgemeinmedizin
FA/FÄ f. Innere Medizin
Diabetolog*in oder zur
Weiterbildung Diabetologie

Voll-/Teilzeit, moderne Praxis,
nettes Team, gute Arbeits-
bedingungen, geregelte
und flexible Arbeitszeiten.

Weitere Informationen finden Sie auf www.hamburg-diabetes.de

Stellengesuche

FÄ für Allgemeinmedizin,
langjährige Niederlassungserfahrung,
sucht gut dotierte Veränderung mit
Lebensqualität. Chiffre E 0240

Erfahrener Hausarzt sucht
umzugsbedingt **Voll- o. Teilzeit-**
stelle in allgemeinmed. Praxis,
gern auch in Landarztpraxis im Groß-
raum HH inkl. Schleswig-Holstein.
Verfügbar ab dem 3. Quartal 2024.
Kontakt unter 0163 600 25 43

Fachärztin für HNO
sucht eine Anstellung in einer
HNO-Praxis im Großraum
Hamburg.
Bei Interesse melden Sie sich
gern bei **HNO2024@outlook.de**

Vertretungen

GYNÄKOLOGIN
als Vertretung
per sofort gesucht.
szkutnik@szkutnik.info

Mitarbeit/Praxisgemeinschaft/Assoziation

Etablierte urologische Privatpraxis im Norden Hamburgs
sucht ab sofort **Partner:in für ein Jobsharing**
(25h-Woche, 40 Tage Urlaub, keine Dienste o.ä.).
Geplant ist dann nach ca. zwei Jahren die vollständige Übergabe
an Nachfolger:in. Kontakt unter **urologe@hamburg.de**
Seien Sie glücklich und selbstbestimmt in eigener Praxis!

Balint-Gruppe

Balintgruppe in Altona

Jeden 2. Mittwoch
von 17.00-18.30 h,
Telefon: 431 830 40
www.arnhild-uhlich.de



DRF Luftrettung
Menschen. Leben. Retten.

Helfen Sie uns
Leben zu retten.

www.drf-luftrettung.de/Foerderer

Praxisabgabe

Selbstbestimmt und glücklich in Hamburg

Hausärztl. BAG im Norden der Stadt **sucht empathische Nachfolge,** gern weiblich.
Faire Übernahmebedingungen, Umsetzung eigener Schwerpunkte möglich.
Kompetentes, gut gelauntes Team, treue Patienten, ansprechende Räumlich-
keiten, voll digitalisiert, bisher großzügige Urlaubs- und Freizeitregelung.
Wir freuen uns über einen Anruf unter: 0176 - 481 381 35

Sie haben Interesse an einer dieser Chiffre-Anzeigen?

Senden Sie Ihr Anschreiben
resp. Ihre Unterlagen unter
Angabe der Chiffre-Nummer.

**Eine weitere Auskunft
zum Inserenten kann/darf
nicht erteilt werden.**

Doppelpraxis in Berlin

Große, moderne, gynäkologische
Praxis mit 2 Arztsitzen in bester
Lage am Prenzlauer Berg
(Pankow) 2024 zu verkaufen.
Kontakt unter Chiffre C 0217

Nachfolge für neurologisch- psychiatrische Praxis in bester Lage gesucht.

praxisabgabe-neuropsych@gmx.de

Inhabergeführtes kleines MVZ (hausärztliches u.a.) mit großer Privatpraxis
in Hamburg Nordost soll altersbedingt abgegeben werden. Gesucht wird ein
engagierter Internist / Allgemeinarzt (m/w/d).

Unterstützung bei der ärztlichen Leitung und Geschäftsführung wird zugesichert.
Es klingt nach viel Arbeit, ist aber weitaus weniger als im Krankenhaus und:
keine Wochenenddienste und keine Nachtdienste! Das MVZ ist ausbaufähig!
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an Chiffre D 0220



Termine Rubrikanzeigen

Heft Nr.	Erscheinungstermin	Anzeigenschluss
4/24	11. April 24	19. März 24
5/24	10. Mai 24	17. April 24
6/24	13. Juni 24	21. Mai 24
7-8/24	11. Juli 24	19. Juni 24
9/24	12. September 24	22. August 24
10/24	10. Oktober 24	18. September 24
11/24	13. November 24	22. Oktober 24
12/24	12. Dezember 24	19. November 24
1/25	10. Januar 25	11. Dezember 24

NIEDERLASSUNG, BETREUUNG UND PRAXISÜBERGABE



Für Ihre Praxis
geben Sie Ihr Bestes – wir auch.

Praxisabgabe: Nachfolger finden

Dienstag, 25.06.2024 – 19:30 Uhr oder

Mittwoch, 26.06.2024 – 19:30 Uhr

Niederlassung und Praxisgründung

Dienstag, 18.06.2024 – 19:00 Uhr

Aktuell suchen wir unter anderem
Praxisnachfolger für Allgemeinmedizin,
Dermatologie und Neurologie sowie
Einstiegsmöglichkeiten in Urologie,
Orthopädie, fachärztl. internistisch

Anmeldung per E-Mail an

medizinerteam.hamburg@mlp.de oder

telefonisch: (040) 41 40 16-12

Übersicht über alle aktuellen Seminare:

mlp.de/mlp-seminare

Veranstaltungsort

Beratungszentrum für Mediziner

MLP Finanzberatung SE

Admiralitätstraße 10 (Haus am Fleet)

20459 Hamburg

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

KV-Sitz Orthopädie/ Unfallchirurgie im Kreis Bad Segeberg

zum 1.4.2024 oder später abzugeben.

Auf Wunsch ist ein Einstieg in
die Praxisgemeinschaft möglich.

Kontakt unter Chiffre H 0075

KV-Sitz Anästhesie abzugeben

Anästhesist sucht **Kooperation** mit
an einer **Übernahme interessierten**
Praxen, MVZ oder Kliniken.

Kontakt: narkose-hamburg@gmx.de

KV-Sitz Gynäkologie im Herzogtum Lauenburg abzugeben.

Kontakt unter Chiffre K 0238

Sie haben Interesse an einer dieser Chiffre-Anzeigen?

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

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

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

Gynäkologische Praxis sucht
halben oder ganzen KV-Sitz
zur Erweiterung der Kapazitäten.
neumann@kinderwunschfleetinsel.de

Praxis-Einstieg mit einem
halben oder ganzen KV-Sitz
in hausärztl.-internist./allgemeinmed.
Praxis im Hamburger Westen.
hamburg.medizin@gmail.com

KV- Sitz (Allgemein.Med.)
in Hoheluft Ost/Eppendorf
(ohne Praxis) zu verkaufen.
hausarzt.hamburg@web.de

NÄCHSTER ANZEIGEN- SCHLUSS:

Heft April 19. März 2024



elbbüro | anzeigen@elbbuero.com

Ev. Krankenhaus aus der Region sucht einen KV-Sitz zur MVZ-Gründung in Hamburg

- Psychosomatische Medizin
- Psychiatrie
- Ärztliche/ Psychologische Psychotherapie

Wenn Gemeinnützigkeit und regionale Daseinsfürsorge
für Sie - wie für uns - von Bedeutung sind, freuen wir
uns sehr über Ihre Kontaktaufnahme.

Ihre wirtschaftlichen Interessen werden selbstverständlich
berücksichtigt.

Kontakt unter Chiffre M 0177 an anzeigen@elbbuero.com

Großzügige Büro-/Praxisfläche in zentraler Lage

Fußgängerzone Möllner Landstraße 41, Hamburg
 mtl. Miete € 2.450,- mit 186 m², II.OG

Flexible Flächengestaltung möglich, Mieterwünsche können entsprechend berücksichtigt werden.

Die Möllner Landstraße 41 liegt mitten in der Fußgängerzone direkt am Einkaufszentrum Billstedt und fußläufig zum Bus-/U-Bahnhof Billstedt. Parkplätze vorhanden

Kontakt unter Tel. 040/ 736 24 555 oder immobilienmanagement@otto-wulff.de

**WIR LIEBEN
 IMMOBILIEN.**



OTTO WULFF

Arztpraxis EKZ Altona (Neue Große Bergstraße 7)

Praxisflächen ca. 180 m² (bisher Lungenfachärzte) sowie 100 m² in stark frequentiertem Ärztehaus zu vermieten.

Geeignet für Lungenfacharzt, Gastroenterologe, Rheumatologe, Augenarzt.

Kontakt: 0173 - 239 12 57 oder schiller-apotheke-hamburg@t-online.de

ANZEIGEN- SCHLUSS Heft April 19. MÄRZ 2024



Heller ruhiger Praxisraum in PT-Praxis in Blankenese zu vermieten.

20 m², möbliert, fußläufig zur S-Bahn, 2-2,5 Tage/Wo., Mietpreis 600-720 €.

Kontakt unter Chiffre B 0199

Praxis am Hammer Park

Ideal für Ärzte und Therapeuten in Parklage HH Mitte und optimalen Verkehrsbedingungen steht ab 01.07.24 zur Vermietung bereit. Großzügige Räumlichkeiten 130 m².

Kontaktieren Sie uns, um weitere Informationen und Besichtigung zu erhalten. oe.oezsahin@icloud.com oder 0172 - 660 40 24.

Sie haben Interesse an dieser Anzeige?

Senden Sie Ihr Anschreiben resp. Ihre Unterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer.

**BESTE INNENSTADTLAGE:
 Vermietung moderner
 Praxisräume in einer PG**
 an Ärzte u. ä. (auch tlw. möglich).
 Kontakt: info@sohb.de

Hochwertige Praxisräume in renommierter plastisch-chirurgischer Praxis in der Rothenbaumchaussee zu vermieten.

Mit einer Gesamtfläche von 220m² und zwei verfügbaren Räumen bieten wir Ihnen die Möglichkeit, ab dem 01.04.2024 einzusteigen.

Perfekt geeignet für Dermatologen, Spezialisten für Haartransplantationen, Therapeuten, Kosmetiker:innen und Coaches. Kontakt: praxis@medesthetic-hh.de



Spende und werde ein Teil von uns.
seenotretter.de



Spendenfinanziert

Fortbildungen



Deutsche Akademie für Akupunktur | **DAA e.V.**
Führend in der Akupunktur.

Akupunktur Kursreihe / 2024

Der praxisnahe Einstieg in die Traditionelle
Chinesische Akupunktur und Ohrakupunktur.
Mit live-Patienten-Demonstrationen.

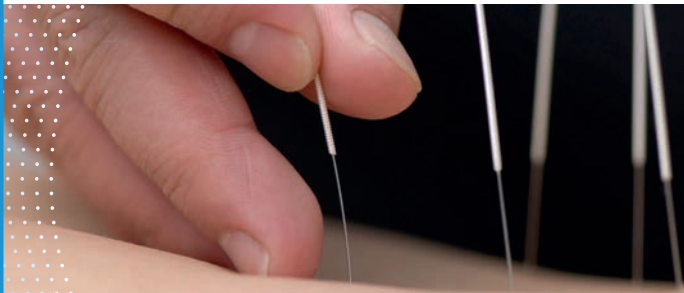
Einführung in die wissenschaftliche Akupunktur

Hamburg 13./14. April · Online 20./21. April

Ohrakupunktur Stufe 1

Leipzig 27./28.04. · Frankfurt/Main 04./05.05.

Hamburg 01./02.06. · Online 15./16.06.



Infos und Anmeldung über www.akupunktur.de
Telefon: 089-814 52 52 · kontakt@akupunktur.de
DAA e.V. · Lerchenfeldstraße 20 · 80538 München

Rechtsanwälte



PRAXISRECHT.de

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

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

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

Steuerberatung

AESCUTAX
Steuerberatungsgesellschaft

Steuerberatung statt Steuerverwaltung.
Speziell für Ärzte!

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

Wertgutachten

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

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

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

Wirtschaftlichkeitsanalysen
für freiberufliche und gewerbliche
Unternehmen (KMU)

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

GERMAN DOCTORS
HILFE, DIE BLEIBT

**WIR SIND DA,
WO ANDERE
WEGWOLLEN.**

Die German Doctors helfen auch in der Ukraine
und versorgen Menschen auf der Flucht.

**DEINE
SPENDE
HILFT.**

[german-doctors.de](http://www.german-doctors.de)

elbbüro

fon (040) 33 48 57 11
anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

FORTBILDUNGSANGEBOTE DER AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG



RADIOLOGIE, NEUROLOGIE UND KARDIOLOGIE

Mi., 10.04.2024
(Bad Oldesloe)

5. Interdisziplinär-radiologische Fortbildung Bad Oldesloe

Überblick über die modernen Möglichkeiten der geriatrischen Komplexversorgung mit einem kardiovaskulären und neurologischen Schwerpunkt. **Wiss. Ltg.:** PD Dr. med. Johannes Salamon, Asklepios MVZ Beste Trave

Sa., 27.04.2024
(Hamburg und Online)

Interdisziplinäres NeuroUpdate Hamburg-Heidelberg 2024

Vorträge über die aktuellen, für die Versorgung relevanten, Entwicklungen bei häufigen neurologisch-neurochirurgischen Krankheitsbildern. **Wiss. Ltg.:** Prof. Dr. med. Günter Seidel, Asklepios Klinik Nord - Heidelberg

Sa., 11.05.2024
(Hamburg)

3. Wandsbeker Herzkatheter Workshop

Aktuelle Leitlinien sowie Studien werden vorgestellt und diskutiert. Theoretische und vor allem praktische Grundlagen der invasiven Diagnostik und Therapie werden mittels Training am Simulator und Falldemonstrationen vertieft. **Wiss. Ltg.:** PD Dr. med. Tudor C. Pörner, Asklepios Klinik Wandsbek

ONKOLOGIE, HÄMATOLOGIE UND PNEUMOLOGIE

Sa.-So.
20.-21.04.2024
(Hamburg)

11. Hamburger Myelomsymposium

Für die Praxis wichtige wissenschaftliche Neuigkeiten rund um das Multiple Myelom. **Wiss. Ltg.:** Dr. med. Hans Salwender, Asklepios Klinik Altona

Do., 25.04.2024
(Hamburg und Online)

Towards New Standards in Oncology

Ein inspirierender interdisziplinärer Austausch mit international renommierten Referent:innen zum Thema „Head and neck cancer and immunotherapy – pitfalls and chance“. **Wiss. Ltg.:** PD Dr. med. Silke Tribius, Asklepios Klinik St. Georg und Asklepios Tumorzentrum Hamburg

Sa., 27.04.2024
(Hamburg)

Lungenkrebszentrum Hamburg-Harburg

16. Veranstaltung – Update 2024: Management des Bronchialkarzinoms

Vorträge über die neuen Entwicklungen zum Thema „nichtkleinzelliges Bronchialkarzinom“ anhand von Fallbeispielen. **Wiss. Ltg.:** PD Dr. med. Gunther H. Wiest, Asklepios Klinikum Harburg

ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE, GASTROENTEROLOGIE

Mi., 17.04.2024
(Hamburg und Online)

Moderne Behandlungskonzepte bei Rektumkarzinom: Quo vadis?

Betrachtung und Diskussion moderner Behandlungskonzepte (Totale Neoadjuvante Therapie, endoskopische Resektionstechniken und „Watch and Wait“). **Wiss. Ltg.:** Dr. med. Udo Kronberg, Asklepios Klinik Barmbek

Alle Veranstaltungen
sind CME-zertifiziert



Bei allen Fortbildungen ist eine Anmeldung erforderlich. Anmeldung und weiterführende Informationen über unsere Fortbildungsangebote:

