

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 5 | 2021
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang



Chronische koronare Herzerkrankung

Delegiertenversammlung
Hessisches Ärzteparlament
fordert Beschleunigung
der Impfkampagne

Corona-Impfungen
Allergische Reaktionen auf die
in Deutschland zugelassenen
Covid-19-Impfstoffe

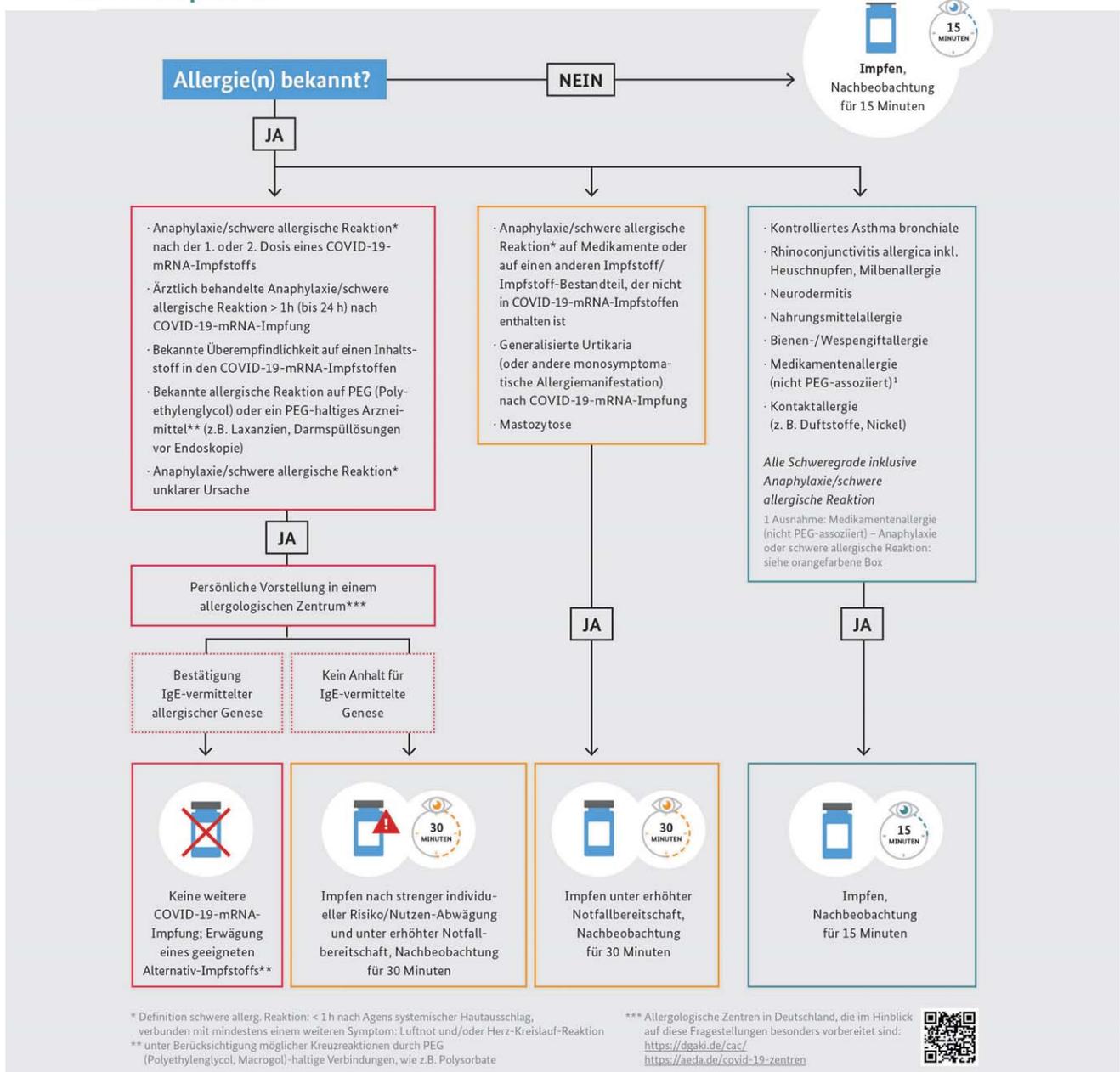


Zu: „Allergische Reaktionen auf Covid-19-Impfstoffe“

von Prof. Dr. med. Ludger Klimek et al. ab S. 289

Abb. 1: Flowchart: Vorgehen bei positiver Allergieanamnese vor Covid-19-Impfung, aus Klimek et al. [8]

Vorgehen bei positiver Allergieanamnese vor COVID-19-Impfung mRNA-Impfstoffe



Allgemeine Hinweise

- Nach anderen Sofortreaktionen (z.B. vaso-vagale Reaktionen oder Panikattacken) kann unter erhöhter Notfallbereitschaft und einer Nachbeobachtung von 30 Minuten geimpft werden.
- Die Impfzentren bzw. mobilen Teams müssen mit einer Notfalleinrichtung zur Behandlung eventuell auftretender anaphylaktischer Reaktionen ausgestattet sein.

Dieses Flowchart wurde vom Paul-Ehrlich-Institut (www.pei.de) und Robert Koch-Institut (www.rki.de) in Abstimmung mit den Fachgesellschaften AEDA, DGAKI, NORA und DDG erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Es darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Ausgabe 1 (Stand 25.03.2021)



Aus dem Impflüftchen einen Impforkan machen

Anfang April konnten wir im Deutschen Ärzteblatt interessante Berichte über Resilienz und Selbstschutz in der Pandemie lesen. Gerade Angehörige helfender Berufe haben oftmals einen mehr oder minder deutlichen Hang zur Selbstausbeutung einerseits und zur Überschätzung der eigenen Ressourcen andererseits. Dies betrifft Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte gleichermaßen. Eigentlich kann man sagen, dass ein nicht unerheblicher Teil dieser Berufsgruppen vor sich selbst geschützt werden muss. Hier müsste die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers greifen. Doch der steht in aller Regel selbst unter Druck, denn eine Geschäftsführung muss Zahlen liefern, und zwar schwarze und nicht etwa rote. Und doch können sich Geschäftsführungen mit dem Hinweis auf die Ökonomie nicht so einfach aus der Affäre ziehen und damit aus der Verantwortung stehlen. Ein Krankenhaus, dem das Personal, insbesondere aus der Pflege „abhandenkommt“, wird kaum noch eine adäquate Behandlung kranker Menschen gewährleisten können. Wenn die Pflege leidet, leidet auch die Medizin – und umgekehrt. Wenn beide leiden, sind Patientinnen und Patienten nicht nur Leidende, sondern auch Leidtragende.

Die von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) veröffentlichten Handlungsempfehlungen zur klinischen psychosozialen Notfallversorgung im Rahmen von Covid-19 sind daher sehr zu begrüßen, denn sie nehmen nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern das gesamte klinische Personal wie auch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und im traurigsten Fall deren Hinterbliebene in den Blick. Die Fürsorge muss aber schon vor der psychosozialen Notfallversorgung einsetzen. Dies bedingt jedoch einen Paradigmenwechsel.

Um in der Sprache der Ökonomen zu bleiben, darf klinisches Personal nicht als bloßer Kostenfaktor angesehen werden, sondern es muss vielmehr als wertvolle Ressource geschätzt und entsprechend behandelt werden. Wenn dies nicht gelingt, werden nicht nur die so dringend benötigten Pflegekräfte dem Gesundheitswesen den Rücken kehren. Zu befürchten wäre dann auch eine Entwicklung, wie sie in dem 1978 erschienenen Buch „House of God“ von Samuel Shem, ein Pseudonym des Professors für Psychiatrie Stephen Bergman, beschrieben wurde. Darin schildert der Autor, wenn auch sicher überspitzt, den Verwaltungs- und Alltagsalptrium im damaligen Gesundheitssystem der USA. Permanente Überforderung und Überlastung hochmotivierter Hilfwilliger führen, wenn auch nicht immer zur äußerer, dann doch vielfach zur inneren Kündigung verbunden mit Gleichgültigkeit und/oder Zynismus. Zur Veranschaulichung nenne ich nur drei der dreizehn im Roman beschriebenen „Regeln“: Die Überweisung ist die wichtigste Erstmaßnahme. Wer keine Temperatur misst, kann auch kein Fieber feststellen. Die beste Therapie ist, nichts zu tun – und das reichlich.

Eine solche innere Haltung kann niemand wollen. Es ist übrigens nicht so, dass die allseits beklagten Missstände erst im Verlauf der Coronapandemie entstanden sind. Nein, die Pandemie wirkt lediglich wie ein Brandbeschleuniger. Es ist allerhöchste Zeit, einen Flächenbrand zu verhüten. Spätestens nach der Bundestagswahl muss sich die neue Regierung diesem Problem stellen. Ein „weiter wie bisher“ darf es nicht geben.

Das gilt auch für die Impfungen gegen Corona. Seit wenigen Tagen können sich die hausärztlichen Vertragspraxen endlich an der Impfkampagne beteiligen. Die Beschränkung auf diesen Kreis beruht auf der noch immer zu geringen Verfügbarkeit von Impfstoffen.

Auf Basis der aktuellen Impfverordnung vom 1. April 2021 sieht die Planung mit zunehmenden Impfstoffmengen im weiteren Verlauf den Einbezug von Fachärzten, Privatärzten und Betriebsmedizinern in den Kreis der Impfenden vor. Ich hoffe sehr, dass dies schneller als erwartet der Fall sein wird. Auch wenn dies bedeuten wird, dass die Arbeitsbelastung für einige Monate sicher das übliche Maß übersteigt. Entgegen meiner vorherigen Worte – ich bitte um Nachsicht – zähle ich in dieser Ausnahmesituation auf die überdurchschnittliche Einsatzbereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, damit wir alle, so rasch wie es die Impfstofflieferungen erlauben, wieder in einen einigermaßen normalen Zustand gelangen, der dann endlich Erholungsphasen und womöglich sogar Urlaub ermöglicht.

Vorher müssen jedoch Altenpflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern wieder die gemeinsame Mahlzeit, den Singkreis und die Altengymnastik wahrnehmen können. Denn die Erstimpfungen in den Altenheimen sind nach Mitteilung des Hessischen Sozialministeriums vom 8. April 2021 in unserem Bundesland zum Glück abgeschlossen und in drei Viertel der Fälle auch die Zweitimpfungen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

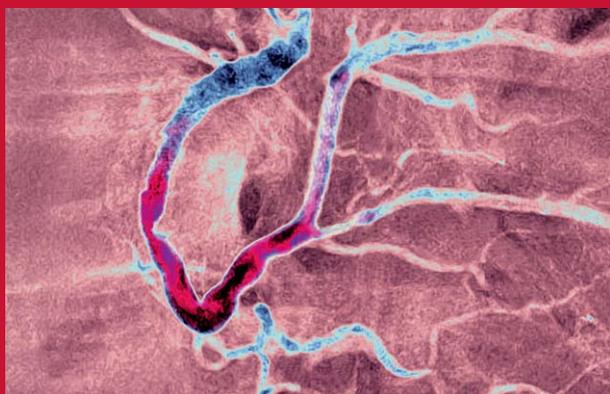


Foto: © Cavallini James – mauritius images/BSIP

CME: Chronisch koronare Herzerkrankung

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie hat mit der Leitlinie 2019 eine neue Betrachtungsweise der koronaren Herzerkrankung eingeführt. Um die Sterblichkeit weiter zu senken, ist es erforderlich, die koronare Herzerkrankung früh zu erkennen und gemäß der vorgestellten Leitlinie zu behandeln.

302



Foto: © Maren Grikscheit

10. ordentliche Delegiertenversammlung

Covid-Impfbremse lösen, Landarztquote, Klimaneutralität, berufliche Gleichstellung – zu einer Vielzahl an Themen tagte das hessische Ärzteparlament und stellte seine Forderungen an die Gesundheitspolitik. Zum dritten Mal fand die Veranstaltung, pandemiegerecht organisiert, in der Stadthalle Friedberg statt.

279

Editorial: Aus dem Impflüftchen einen Impforkan machen	275
Aus dem Präsidium: „Ihr seid doch mit gemeint!“	278
Ärzttekammer	
10. ordentliche Delegiertenversammlung: Covid-Impfbremse lösen, dritte Welle brechen	279
Bericht des Versorgungswerkes	284
Die Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung: Wichtige Aufgabe der Landesärztekammer Hessen	324
Gesundheitspolitik: Hessen will Facharztwahl steuern	284
Medizingeschichte: Für jüdisches Leben in Deutschland	286
Fortbildung:	
Allergische Reaktionen auf Covid-19-Impfstoffe	289
CME: Chronische koronare Herzerkrankung	302
Bekanntmachungen	
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	314
■ Fort- und Weiterbildungen für für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	320
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	327
Bad Nauheimer Gespräche: Schlaf, Schlaflosigkeit und Depression	312
Ärztlicher Berufsalltag: Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation bei Long-Covid-Symptomen	300



Foto: © Markus Mairika – stock.adobe.com

Covid-19-Impfstoffallergie

In der teils emotional geführten Diskussion über Impfungen gegen Covid-19 wird der Aspekt möglicher Nebenwirkungen überproportional gewichtet. Bei Vorliegen einer plausiblen Risikoanamnese sollte vor der Impfung eine fachlich adäquate allergologische Diagnostik erfolgen.

289

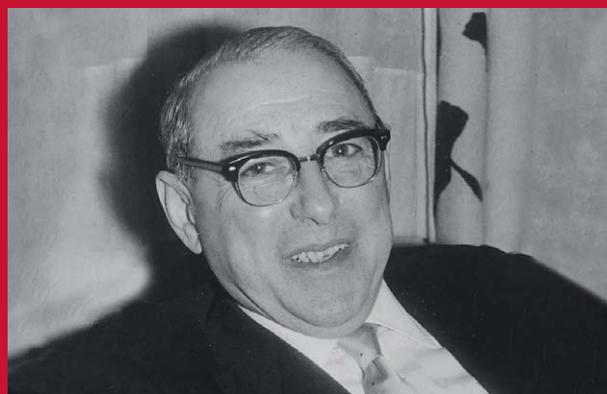


Foto: Gerald Mazner

Für jüdisches Leben in Deutschland

Der Gynäkologe Herbert Lewin engagierte sich sozialmedizinisch und -politisch, bis die Nationalsozialisten sein berufliches Wirken und sein privates Leben zerstörten. Seine spätere Berufung an die Städtische Frauenklinik in Offenbach war vom ersten großen antisemitischen Skandal in der Bundesrepublik überschattet.

286

Mensch und Gesundheit

Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main – Verlauf bis Ende März 2021	298
Kinder mit südosteuropäischen Wurzeln im Odenwaldkreis fördern	310

Medizinrecht: Beschwerdemanagement der Landesärztekammer Hessen	322
--	-----

Junge Ärztinnen und Ärzte: Neues Gütesiegel „Gute Weiterbildung“ mit Interview	325
---	-----

Nachrichten: Zeitschrift „Dr. med. Mabuse“ feiert Jubiläum mit der 250. Ausgabe	328
--	-----

Personalia & Nachrufe	308, 311 & 329
--	----------------

Impressum	331
------------------------	-----

Bücher



Arzneimittel Information und Beratung

Ammon, Mutschler, Scholz (Hrsg.)

S. 288

Hessisches Ärzteblatt: App für Smartphones

Jetzt steht das Hessische Ärzteblatt als App für iOS und Android zur Verfügung und kann über den App-Store kostenlos auf Handy und Tablet heruntergeladen werden.



„Ihr seid doch mit gemeint!“

Dieser Satz ist wirklich unverschämt: „Ihr seid doch mit gemeint!“ Ähnlich wie der graue Kasten in den Zeitschriften, der die reine männliche Form in einem Text mit der besseren Lesbarkeit oder auch Sprachvereinfachung erklärt. Für wen ist es denn besser lesbar?

Vielleicht für diejenigen, die durchgängig angesprochen werden. Nicht für diejenigen, die gar nicht auftauchen im Text. Und wieso müssen wir die Sprache für genau dieses Thema vereinfachen? Sonst ist doch auch genug Raum und Zeit für die vielen Worte, die von vielen gesagt und geschrieben werden.

Neulich bekam ich einen Brief einer Pharmafirma mit der Adresse: „An Frau Oberarzt Dr. Christine Hidas.“ Ich habe ihn zurückgesendet an den Absender mit den Worten: „Wenn Sie den Transfer von „Frau“ zu „Oberärztin“ nicht leisten können, dann weiss ich auch nicht...“ und auf die Teilnahme dieser Fortbildung verzichtet.

Sprache transportiert Denken – diese Aussage ist nicht zu widerlegen. Wenn ich als Frau einen Text lese, in welchem ich durchgängig als Frau oder auch Ärztin nicht angesprochen werde, dann fühle ich mich eben auch nicht angesprochen. Dann ist der Inhalt für mich eventuell nicht relevant und auch nicht interessant. Wenn ich dagegen einen Text lese, der zum Beispiel sowohl die Ärztinnen, Studentinnen, Professorinnen als auch Ärzte, Studenten, Professoren benennt, dann bin ich auch gemeint. Ganz abgesehen davon, dass die ausschließliche Benutzung des männlichen Generikums vorgaukelt, es gäbe keine weiblichen Personen im Kontext. Dann fehlt auch die Vorbildfunktion, die wir Frauen und Ärztinnen für den Nachwuchs haben – und dieser ist, in der Medizin, bekanntlich überwiegend weiblich.

Das männliche Generikum führt auch zur fehlenden Sichtbarkeit von Frauen. Es gibt aktuell aus den Fachgesellschaften seitens der Ärztinnen die Forderung, endlich Kongresse, Panels, Vorträge etc. paritätisch zu besetzen. Des Weiteren gibt es Diskussionen über



Foto: Katarina Ivanisevic

„Das männliche Generikum führt zur fehlenden Sichtbarkeit von Frauen“

das Umbenennen der Fachzeitschriften wie „Der Internist“ oder auch „Der Nephrologe“. Auch das Umbenennen der Fachgesellschaften selbst ist auf dem Weg. So heißt der BDI (Berufsverband Deutscher Internisten) bald „Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten“. Im Übrigen initiiert von der Präsidentin, der ersten seit dem 60-jährigen Bestehen des BDI. Auch das „Deutsche Ärzteblatt“ ist von dieser Diskussion nicht ausgeschlossen.

Der Ärztinnenbund, dessen Vorsitz ich in der Frankfurter Gruppe inne habe, fordert die geschlechtergerechte Sprache schon lange. Mit dem Anstieg der Ärztinnen insgesamt und auch in den Fachgesellschaften und Gremien scheint das jetzt angekommen zu sein und langsam umgesetzt zu werden. In Österreich beispielsweise funktioniert die offizielle Sprache gut: Dort finden Sie die Frau Professorin und die Frau Doktorin und die Frau

Magisterin ganz selbstverständlich in den Texten. Ich darf Luise Pusch, Professorin für Sprachwissenschaften, aus ihrem Buch „Das Deutsch als Männersprache“, Erstausgabe 1984, zitieren: „Meine Muttersprache ist für Männer bequem, klar und eindeutig. Das Reden über Männer ist völlig problemlos in dieser Männersprache. Schwierig, kompliziert und verwirrend ist nur das Reden über Frauen... Als ‚Problemgruppe‘ dürfen wir uns mit offenkundigen Behelfslösungen herumschlagen...“

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, wir Frauen, wir Ärztinnen, sind keine Problemgruppe, kein Gedöns und gehören auch nicht „mit gemeint“. Ein respektvoller, höflicher und korrekter Umgang miteinander auch in der Sprache ist meiner Meinung nach eine Selbstverständlichkeit in der heutigen Zeit und ist nicht schwierig in der Umsetzung.

Dr. med. Christine Hidas

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Leitfaden zum praktischen Umgang mit Allergien bei Covid-19-Impfungen

Erste Zahlen aus den USA zeigen, dass die Rate an Anaphylaxien für die neuen mRNA-Impfstoffe mit 2,5–11,1 Fällen pro 1 Million verabreichter Impfdosen ungefähr im Durchschnitt aller bisherigen Impfstoffe liegt. Bei den meisten Patienten (71,4 %) traten die Symptome innerhalb von 15 Minuten auf, bei 14,3 % innerhalb von 15 bis 30 Minuten. Somit kann man mit einer Überwachungszeit von 30 Minuten fast 90 % aller allergischen Reaktionen rechtzeitig erkennen.

Sobald dies gegeben ist, kann die Behandlung in der Regel einen schweren Verlauf verhindern. Hierzu müssen die impfenden Ärztinnen und Ärzte und alle medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Impfbüros und sonstigen Impfstellen die notwendigen Maßnahmen zur Anaphylaxie-Behandlung kennen.

Der Ärzteverband Deutscher Allergologen e. V. (AEDA) hat deshalb mehrere Positionspapiere aller deutschsprachigen Allergie-Gesellschaften erarbeitet und deren

wesentliche Inhalte in einem Leitfaden zusammengefasst. Dieser ist auf den Corona-Webseiten der LÄKH eingestellt (Infos für Ärztinnen und Ärzte).

Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.

(red)





Covid-Impfbremse lösen, dritte Welle brechen

Delegiertenversammlung fordert Beschleunigung der Impfkampagne

Schleppender Impfstart in den ersten Wochen des Jahres und steigende Infektionszahlen: Corona überschattete auch die Vorbereitungen zu der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer am 27. März. „Das Präsidium ist nach Rücksprache mit unserer Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, und Beratung durch den Frankfurter Gesundheitsamtsleiter Prof. Dr. med. René Gottschalk zu der Ansicht gelangt, dass wir die heutige Veranstaltung in Präsenzform verantworten können“, erklärte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski zum Auftakt der pandemiegerecht organisierten Versammlung in der Stadthalle Friedberg.

Applaus für Dr. Alfred Möhrle

Erster Programmpunkt war die Verabschiedung von Dr. med. Alfred Möhrle als Delegierter der Landesärztekammer Hessen. Nach 50 Jahren Engagement für die hessische Ärzteschaft hatte Möhrle sein Mandat zu Beginn des Jahres aus gesundheitlichen Gründen niedergelegt. Von 1992 bis 2004 war er Präsident der Landesärztekammer, seit 2015 ihr Ehrenpräsident und seit 2007 Mitglied im Vorstand des Versorgungswerkes. Da Möhrle nicht an der Delegiertenversammlung teilnahm, dankten ihm die Delegierten in seiner Abwesenheit mit Applaus für seinen herausragenden Einsatz für die hessische Ärzteschaft. Als neues Mitglied der Delegiertenversammlung wurde Dirk Paulukat begrüßt, der für Möhrle als Mitglied der Liste der Fachärztinnen und Fachärzte Hessen nachrückt.

Ehrendes Gedenken

Im Rahmen der Totenehrung, bei der Dr. Pinkowski stellvertretend Dr. med. Magdalena Holtschoppen, Dr. med. Peter-Josef Pfuhl und Dr. med. H.-F. Spies namentlich hervorhob, erinnerte Dr. med. Susanne Johna an die verstorbene Präsidentin der Ärztekammer Bremen,

Dr. med. Heidrun Gitter, die vor Jahren auch Delegierte der Landesärztekammer Hessen war. Sie sei eine Frau mit Ecken und Kanten und Ärztin aus Leidenschaft gewesen, so Johna: „Wir alle werden sie vermissen.“ Auch Pinkowski würdigte Gitter als hochgeschätzte Kollegin im Vorstand der Bundesärztekammer.

Zusammenarbeit von Politik und Ärzten

Grüße des hessischen Ministers für Soziales und Integration, Kai Klose, überbrachte Stefan Sydow, Leiter Sonderlage Covid-19 sowie Leiter der Abteilung V Gesundheit des Ministeriums. „Dieses Jahr hat an uns gezehrt“, sagte Sydow. Nun komme es auf Disziplin an. „Wir müssen der Anker sein, der Hoffnung gibt. Ich appelliere an Sie: Nehmen Sie Ihre Rolle wahr.“ Was die Corona-Schutzimpfungen betreffe, komme einiges auf den ambulanten Sektor zu. Zweiter Baustein sei das Testen. Sydow hob die wichtige Zusammenarbeit von Politik und Ärzteschaft hervor und lobte das „äußerst konstruktive Verhältnis“ mit dem Ärztekammerpräsidenten. Dieser zeigte sich erfreut darüber, dass die Beteiligten der Impfallianz in Hessen an einem Strang zögen.

Tour d’horizon

Pinkowskis Bericht zur Lage war eine Tour d’horizon durch gesundheitspolitische Themen von bundes- und hessenweiter Bedeutung. So informierte er, dass der Bund mit dem am 29.10.2020 in Kraft getretenen Krankenhauszukunftsgesetz drei Milliarden Euro bereitstelle, damit Krankenhäuser in moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung und ihre IT-Sicherheit investieren können. „Wie wichtig diese Bereiche sind, und das nicht nur im Krankenhausbereich, hat die Coronapandemie mehr als deutlich gemacht. Die Länder sollen weitere Investitionsmittel von 1,3 Milliarden Euro aufbringen“, so Pinkowski.



Fotos: Maren, Grikscheit

Dr. Edgar Pinkowski informiert über die Lage.

Corona-Prämie und Gesetz zur epidemischen Lage

Für Pflegekräfte und andere durch die Versorgung von Covid-Patientinnen und -Patienten besonders belastete Beschäftigte sei eine Corona-Prämie eingeführt worden. Anspruchsberechtigt sind nach dem Gesetz jedoch nur zugelassene Krankenhäuser, die bei weniger als 500 Betten vom 1. Januar bis zum 31. Mai 2020 mindestens 20 Corona-Fälle bzw. bei mehr als 500 Betten mindestens 50 Fälle hatten. Die komplizierte Regelung habe dazu geführt, dass viele Pflegekräfte leer ausgingen. Auch gebe es leider noch immer keine Regelung für Medizinische Fachangestellte, ohne deren Arbeit die Praxen ihre Wirkung als Schutzwall für den stationären Bereich nicht so erfolgreich hätten leisten können. „Und natürlich auch nicht für Ärztinnen und Ärzte“, kritisierte Pinkowski.

Am 4. März 2021 habe der Bundestag dem Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage zugestimmt. Zu den Regelungen zähle u.a. der Schutzschirm für Vertragsarztpraxen, der coronabedingte Fallzahlrückgänge in den Praxen auffangen soll. Zu den bis zum 30.06.2021 verlängerten bundesweiten Corona-Sonderregelungen für den Praxisbereich gehörten auch Ver-

gütungen für telefonische Konsultationen bei vorkannten Patienten. Neu sei eine Vereinfachung bei den Zuschlägen zu den hausärztlichen Chronikerpauschalen. Bei Erkrankungen der oberen Atemwege könnten AU-Bescheinigungen weiterhin telefonisch ausgestellt werden.

Hessen: Impfungen gegen Corona

Mit Blick auf Hessen berichtete Pinkowski, dass die Landesärztekammer – von der hessischen Landesregierung im November 2020 um Unterstützung gebeten – die Aufgabe übernommen habe, Ärztinnen und Ärzte sowie – in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. – Medizinische Fachangestellte und in Zusammenarbeit mit den hessischen Universitätskliniken Medizinstudierende in klinischen Semestern für den Einsatz in den Impfzentren zu gewinnen. Mit Erfolg: So hätten sich mit Stand vom 26.02.2021 insgesamt 3.450 Ärztinnen und Ärzte, 217 Medizinstudierende, 644 MFA und 332 weitere Helfer gemeldet. Am 28.02. endete der Aufruf, aber die Daten werden weiter vorgehalten. Leider habe sich die Klärung anderer Punkte als ungleich schwieriger erwiesen. So hätten Kammer und KVH die Landesregierung mehrfach eindringlich um die Klärung von Haftungsabsicherung der eingesetzten Kräfte, Absicherung gegen Unfall und Berufsunfähigkeit, Honorierung, Sozialversicherungspflicht, Steuern und natürlich die Impfung der zum Einsatz kommenden selbst gebeten. Mittlerweile hätten sich die Fragen zur Sozialversicherung für eine Tätigkeit in Impfzentren geklärt, so Pinkowski. Auf massives Drängen der LÄKH habe die Oberfinanzdirektion festgestellt, dass Honorarvereinbarungen für Ärztinnen und Ärzte in Impfzentren selbstverständlich zulässig seien. Man warte aber immer noch auf die schriftliche Fixierung der einstigen Zusicherung des Ministerpräsidenten, dass auch grobe Fahrlässigkeit in den Regress-Schutz des Landes für Impfzentren mit aufgenommen werde.

Kritik an Lohndumping

Pinkowski kritisierte, dass die für die Impfzentren zuständigen Kreise und

kreisfreien Städte mit ihren Gesundheitsämtern, aber auch deren beauftragte Dienstleister ohne Rücksprache mit Kammer oder KVH selbst Ärztinnen und Ärzte gesucht und – wiederum nicht mit der LÄKH abgesprochen – zum Teil unterschiedliche Nachweise verlangt hätten. „Im Februarheft des Hessischen Ärzteblattes haben Kammer und KVH in einem Positivpapier informiert, unter welchen Vertragsbedingungen ein Einsatz angenommen werden könnte. Insbesondere das ‚Lohndumping‘ bei Ärztinnen und Ärzten, aber auch bei MFA war ein beständiges Ärgernis.“

Erfolg: Impfung Niedergelassener

Dass die Ständige Impfkommission niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht in die höchste Stufe der vorgeschlagenen Priorisierungsreihenfolge der Bevölkerung eingeordnet hatte, war auf scharfe Kritik des Ärztekammerpräsidenten gestoßen. Gemeinsam mit der KVH setzte er sich bei der Landesregierung vehement für eine vorgezogene Impfung dieser Arztgruppe ein. Mit Erfolg und dem Ergebnis, dass an den Wochenenden Ende Februar und Anfang März Sondernormen für die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte angeboten wurden.

Während die KVH dem Land die Daten der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Verfügung stellte, tat die Kammer dies für die Privatärztinnen und -ärzte sowie für die Arbeits- und Betriebsärztinnen und -ärzte. Dass die Schutzimpfungen ab 5. April in den Arztpraxen starten, begrüßte Pinkowski, bedauerte jedoch, dass jeder Praxis lediglich 20 Impfdosen pro Woche zur Verfügung stehen sollen. „Wo kein Impfstoff ist, kann auch nicht geimpft werden.“

Nachdrücklich unterstützte Pinkowski die Forderungen der Gesundheitsministerkonferenz vom 30.09.20 nach der Aufrechterhaltung telemedizinischer Angebote auch nach der Pandemie und einer bundesweiten Ausrollung von IVENA, dem in Hessen erprobten Meldesystem für stationäre und Intensiv-Betten. Mit der Tele-Covid Hessen App verfüge Hessen außerdem über eine eigene telemedizinische Lösung, um die an der intensivmedizinischen Versorgung von Covid-19-Erkrank-

ten beteiligten 80 Krankenhäuser und 13 Spezialkliniken zu vernetzen.

Ablehnung der Landarztquote

Eindeutig sprach sich der Ärztekammerpräsident gegen den Gesetzentwurf der hessischen Landesregierung zur Einführung einer Landarztquote aus: Sie sehe keine zusätzlichen Studienplätze vor und löse die künftigen Herausforderungen der Patientenversorgung nicht. Vielmehr schränke eine solche Quote die Freiheit des Einzelnen ein und lasse sich nicht mit der Lebenswirklichkeit in Einklang bringen. Auch schaffe das Vorhaben eine Zweiklassengesellschaft, da Begüterte sich nach Abschluss des Studiums von der Verpflichtung freikaufen könnten.

Deutscher Ärztetag, GOÄ und Gesetzesvorhaben

In Vorausschau auf den Deutschen Ärztetag, der pandemiebedingt am 4. und 5. Mai online stattfinden und im Herbst möglicherweise durch eine Arbeitssitzung in Präsenzform ergänzt werden soll, informierte Pinkowski, dass das Thema „Klimawandel“ verschoben worden sei. Auf der Tagesordnung stehen u.a. die Lehren aus der Covid-19-Pandemie, die Neuformulierung ärztlicher Kernkompetenzen, die Vorstellung der Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer sowie die Konsequenzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26.02.2020 zum § 217 StGB. Das BVerfG hatte erklärt, dass die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit umfasse, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Der Ausschuss Berufsordnung der Bundesärztekammer schlage die Streichung von § 16 S. 3 Musterberufsordnung vor, berichtete der Ärztekammerpräsident. Seiner Überzeugung nach dürften Ärzte allerdings nicht zur Beihilfe zum Suizid verpflichtet werden. Zur neuen GOÄ teilte Pinkowski mit, dass im Sommer 2021 eine Einigung zwischen Ärzteschaft und Versicherern erwartet werde. Den von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) am 26.02. vorgeleg-



ten Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung nannte Pinkowski einen weiteren Schritt zur Zentralisierung.

„Dieses Gesetz ist eine Granate“

Er halte das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz „für eine Granate“, erklärte Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen). Es sei zwar beschlossen worden, aber man müsse sich dagegen zur Wehr setzen. „Wir sind den Patienten verpflichtet. Unter diesen bürokratischen Umständen können wir der Patientenversorgung nicht mehr gerecht werden“, mahnte Fach. „Impfen ist immer etwas, von dem Hausärzte sagen: Das ist unser Metier“, positionierte sich Michael Thomas Knoll (Liste Die Hausärzte). Es solle aber auch jede andere Ärztin und jeder andere Arzt impfen, der dies gelernt habe: „Unsere ärztliche Aufgabe sollte es sein, ein Leuchtturm und ein Hoffungsanker für die Menschen zu sein.“ Dr. med. Eckhard Starke (Liste Die Hausärzte) dankte Pinkowski für den Überblick und richtete einen Appell zur Videosprechstunde an die Delegierten des DÄT. So wichtig sie geworden sei, so sehr kollidiere sie mit einem nicht mehr zeitgemäßen EBM. Dies bedeutet das Ende der ambulanten Versorgung, warnte Starke.

Kritik an Präsenzsetzung

„Ich bin immer noch etwas überrascht und ungläubig, dass wir heute hier sind“, erklärte Anne Kandler (Liste Marburger Bund) in einem Statement. „Zu einem Zeitpunkt steigender Zahlen und Mutationen hätte es uns Ärzten gut angestanden, die Veranstaltung online durchzuführen.“ Jörg Focke (Liste Marburger Bund) schloss sich Kanders Meinung an. Er hätte es gut gefunden, wenn wenigstens eine Teststrategie für den Zugang zur Versammlung bestanden hätte.

Forderungen an die Gesundheitspolitik

Die Corona-Prämie hätte nicht nur an die Pflege gehen sollen, sondern auch an Ärztinnen und Ärzte, sagte Dr. med. Susanne

Johna (Liste Marburger Bund). „Doch was wir nicht brauchen, sind Einzelleistungen, sondern gescheite Tarifverträge“. Lobend äußerte sich Johna über die hohen Meldedaten auf den Aufruf der LÄKH zur Mitwirkung in den Impfzentren. Sie schlug ein Freiwilligenregister vor, denn die aktuelle Pandemie werde nicht die letzte Krise bleiben. Zugleich appellierte sie daran, die dritte Corona-Welle nicht zu verharmlosen.

„Wir alle sind engagiert, haben ein hohes Berufsethos und leisten Millionen Überstunden“, erklärte Dr. med. Susan Trittmacher (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen). Die Pandemie habe die Situation noch verschärft: „Doch nur, wenn Arbeitskraft und -freude Hand in Hand gehen, werden wir weiter Nachwuchs finden.“ Dr. med. Lars Bodammer (Liste Marburger Bund) rief zum Pragmatismus auf: „Wir haben viel Zeit mit langen Diskussionen über Details verbracht“. Zur Müdigkeit in der öffentlichen Wahrnehmung gehöre auch, dass man die Arbeitsbelastung in der Pflege, bei den Ärzten und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) übersehe. „Ein vernünftiger Tarifvertrag für den ÖGD ist notwendig.“

Pandemie als Brennglas

In der Pandemie laufe die Zusammenarbeit von Kliniken und Kolleginnen und Kollegen gut, stellte Dr. med. Christine Hidas (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen) fest. Sie warnte die Politik allerdings davor, wieder Personal in den Kliniken zu kürzen: „Das Gesundheitswesen ist ein System, das nicht in privatwirtschaftliche Hände gehört.“ Dr. med. Christof Stork (LDÄÄ) bezeichnete die Pandemie als Brennglas für die Versorgung. So sei die Versorgung der Patienten in der Wiesbadener Kinderklinik auf ein marginales Limit zurückgefahren worden. „Hier ist dringend über Corona hinaus eine Reform der Krankenhauslandschaft notwendig.“

„Wir brauchen ganz dringend Begleitforschung“, forderte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen): „Wir müssen uns klar werden, was Corona wirklich bedeutet. Was heißt es für unsere Kinder- und Ju-

gendesundheit und was heißt es für die Versorgung von Krebspatienten?“

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Die Herausforderungen der Corona-Pandemie habe in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung alle bisherigen Konzepte in Frage gestellt – damit begann Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg seinen Bericht an die hessischen Delegierten. Man habe ad hoc einen Krisenmodus definieren müssen, der mit anspruchsvollen Hygieneregeln übereinstimme und den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerecht werde. „Wir haben auf die sich ständig ändernde Situation reagiert. Nur allein mit Reagieren können wir uns jedoch nicht für die Zukunft aufstellen, wir müssen auch gestalten“, betonte der Vorsitzende der Akademie. So wurden Organisation und Arbeit der Akademie auf den Prüfstand gestellt und Entwicklungs- und Verbesserungspotenziale analysiert. Daraus habe sich folgendes ergeben:

1. Eine bereits 2019 gebildete AG prüft unter Einbeziehung aller Umweltvariablen, wie eine Anpassung der Akademieveranstaltungen an aktuelle Gegebenheiten erfolgen könnte.
2. Unter dem Motto „Lernen von anderen“ wurden intensive Gespräche mit Akademie- und Kammervetretern aus Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein geführt.
3. Im Sinne einer Steigerung der Kosteneffizienz wurden Gespräche mit der KV geführt, um ein Nebeneinander von inhaltsgleichen Veranstaltungen zu erkennen und eine qualitative Anpassung zu ermöglichen.
4. Gespräche mit weiteren Bildungsanbietern sind geplant – u. a. mit Universitäten und dem Netzwerk Allgemeinmedizin, um nach Synergien und möglichen gemeinsamen Wegen für die Zukunft zu suchen.
5. Eine enge Kooperation mit den Bad Nauheimer Gesprächen ist entstanden.
6. Gespräche mit externen Experten über die Zukunft von Bildungsangeboten in hybrider Form.

Um diese Punkte umsetzen zu können, seien eine räumliche Umgestaltung des



renovierungsbedürftigen Akademiegebäudes, die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemäß der geänderten Anforderungen sowie Kooperationen bzw. Fusionen mit weiteren Bildungsanbietern erforderlich.

Entwicklung der Kenntnisstandprüfung

„Bereits in der DV im September 2020 haben wir den Auftrag erhalten, Maßnahmen zu ergreifen, um so schnell wie möglich Kenntnisstandprüfungen gemäß der Approbationsordnung in einer angemessenen Frist, sprich in einem halben Jahr durchzuführen“, begann Jens Sudmann, ärztlicher Leiter der Abteilung Weiterbildung, seine Ausführungen zur Entwicklung der Kenntnisstandprüfung. Durch Corona und organisatorische Engpässe am Dr. Reinfried Pohl-Zentrum in Marburg war schon im Juni 2020 die Notwendigkeit erkannt worden, die Prüfungen vermehrt in Räumlichkeiten der Kammer in Bad Nauheim angehen zu müssen. Aktuell werden die Kenntnisstandprüfungen wieder innerhalb der geforderten Frist durchgeführt, stellte Sudmann klar. Der Zeitraum vom Antragsingang vom HLPUG bis zur Prüfung im Jahr 2021 betrage zwar noch 12,9 Monate. Aber: Die durchschnittliche Umsetzungszeit durch die LÄKH ab dem geäußerten Wunschtermin der Kandidaten liege nur noch bei 6,7 Monaten. Man werde an der COS als zweitem Prüfungsort festhalten, da diese die nötigen Kapazitäten und Konstanz böte und die Wartezeit auf den Wunschmonat inzwischen unter sechs Monaten liege, so Sudmann.

„Nichtsdestotrotz: Zufrieden sein kann man noch nicht“, merkte Dr. med. Susanne Johna (Liste Marburger Bund) anschließend an. „Wir können sagen, wir sind auf dem richtigen Weg und wir sollten anstreben, noch deutlich unter die sechs Monate zu kommen. Wir brauchen die Kolleginnen und Kollegen in der Versorgung.“

Ärztlich assistierter Suizid

Wie lässt sich die Ärztliche Berufsordnung der LÄKH an das Urteil des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15) zum

unbeschränkten Recht auf selbstbestimmtes Sterben anpassen, ohne die bisherigen ärztlichen und ethischen Überzeugungen aufzugeben? Mit seinem Antrag beabsichtigte Pierre E. Frevert (LDÄÄ) in eine breite innerärztliche Diskussion zum „Verbot des Tötens auf Verlangen des Patienten!“ (die sogenannte aktive Sterbehilfe, Verbot nach § 16 Abs. 2 der Berufsordnung) und des „ärztlich assistierten Suizids“ (Verbot in § 16 Abs. 3 der Berufsordnung) einzutreten.

Zum Hintergrund: Das Bundesverfassungsgericht hat ein Urteil gesprochen, das einschneidende Änderungen der Bundesgesetzgebung und des ärztlichen Berufsrechts auf Bundes- sowie Landesärztekammerebene erfordere. Der bisher gültige § 217 des StGB („Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“) wurde für nichtig erklärt. Hingegen steht die „Tötung auf Verlangen“ nach § 216 des StGB weiter unter Strafe. Daher müsse in der Folge des Urteils der § 16 unserer Berufsordnung neu ausgerichtet werden.

Freverts Vorschlag, zu dem Thema vor dem Deutschen Ärztetag eine Videokonferenz für alle Delegierten, zumindest jedoch für die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages abzuhalten, wurde von Dr. med. Edgar Pinkowski befürwortet: „Wir haben Diskussionsbedarf, das steht vollkommen außer Frage.“ Der Antrag wurde ans Präsidium überwiesen und inzwischen ein Termin dafür am 20.04.2021, rechtzeitig vor dem Deutschen Ärztetag 2021, bestimmt.

Erreichung der Klimaneutralität

Klima- und Umwelteinflüsse beeinflussen zunehmend die individuelle Gesundheit und die Krankheitslast in der Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund stellten Dr. med. Christof Stork (LDÄÄ) und weitere einen Antrag auf Auflistung der für die LÄKH vorhandenen Rechtsnormen. Dadurch solle allen Mitgliedern eine Orientierungshilfe gegeben werden, im eigenen Arbeitsbereich (Klinik, Praxis, ÖGD) gezielter auf Maßnahmen zur Erreichung von Klimaneutralität einwirken zu können – analog zu einer Veröffentlichung der Landesärztekammer Sachsen.

Erst vor kurzem habe sich eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich genau mit diesem Thema beschäftige, ergänzte Pin-

kowski. Der Antrag wurde einstimmig an das Präsidium überwiesen. Im Themengebiet bleibend, forderte Stork in einem weiteren angenommenen Antrag, bundesweite Maßnahmen der Landesärztekammern und Bundesärztekammer, um die Klimaneutralität zu unterstützen.

Gesetzentwurf zur neuen Approbationsordnung

Auf Antrag von Svenja Krück (Liste Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen) forderte die Delegiertenversammlung die Bundesregierung, den Bundestag und den Bundesrat auf, den Gesetzentwurf zur neuen Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte noch in dieser Legislaturperiode im Sinne des Masterplans 2020 zu realisieren. Ein weiterer Antrag zum Gesetzentwurf zur Approbationsordnung von PD Dr. med. habil. Andreas Scholz (Liste Marburger Bund) forderte rasche Nachjustierungen zur Erhöhung der Unterrichtsstunden, der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr sowie der Finanzierung der Reform. Aufgrund der Komplexität des Antrags wurde dieser einstimmig an das Präsidium überwiesen.

Freilassung von Dr. Serdar Küni gefordert

Die Delegierten der hessischen Landesärztekammer haben die türkischen Behörden aufgefordert, den Arzt Dr. Serdar Küni freizulassen. Wie in dem Antrag von Dr. med. Bernhard Winter (LDDÄ) erläutert, zählt Küni zu den Ärztinnen und Ärzten in der Türkei, die sich für eine Gesundheitsversorgung für alle – unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter – einsetzen. Nach Angaben von Amnesty International ist Dr. Küni Vertreter der Menschenrechtsstiftung der Türkei (TIHV) und war in einem von ihm eingerichteten Behandlungszentrum für Folteropfer als Arzt tätig. Küni ist außerdem Mitbegründer der Ärztekammer der Provinz Şırnak, deren Vorsitzender er von 2010 bis 2012 war. Da er während der Ausgangssperren, Abriegelung und Beschließung kurdischer Städte im Winter 2015/16 unter schwierigen Bedingungen Kranken und Verletzten geholfen hatte, wurde Küni am 24. April 2017 unter haltlosen Vorwürfen von ei-

nem türkischen Gericht der Unterstützung einer Terrororganisation schuldig befunden und zu vier Jahren und zwei Monaten Haft verurteilt. Aktuell wird über seine Berufung entschieden. Die hessischen Ärztevertreterinnen und -vertreter betonten, dass ihre Forderung exemplarisch für alle ähnlich gelagerten Fälle inhaftierter türkischer Ärztinnen und Ärzte gelte.

Impfungen für alle

Menschen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitswesen – Nichtversicherte, Wohnungslose, Straftatlassene, Menschen ohne Papiere u. a. – sollen die Möglichkeit erhalten, sich gegen SARS-CoV-2 impfen zu lassen. Dazu sollten bereits bestehende solidarische und karitative Strukturen konsultiert werden. Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen) befürwortete den Antrag von Dr. med. Bernhard Winter (LDÄÄ), gab jedoch zu bedenken: „Wir sollten als Botschaft rausgeben, dass wir Ärzte jetzt alle impfen, egal wen. Deswegen muss die Impfkampagne verbreitert werden, die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen müssen einbezogen werden, die Betriebsärzte und natürlich auch die Kolleginnen und Kollegen, die sich um dieses Patientenkontingent bemühen.“ Dr. med. Henrik Reygers (Liste Öffentlicher Gesundheitsdienst) schloss sich den Aussagen Fachs an und ergänzte, dass die Ämter für Soziale Sicherung u. Ä. diese Gruppe bereits im Fokus haben. Die Delegierten stimmten dem Antrag dennoch zu.

Verkürzter Deutscher Ärztetag

Die Verkürzung des Deutschen Ärztetags 2021 auf zwei Tage wurde von vielen hessischen Delegierten kritisiert. Angesichts des bereits im Jahr 2020 abgesagten Ärztetages gebe es erheblichen Diskussionsbedarf zu wichtigen Themen wie Sterbehilfe, Klimawandel und Corona, machte etwa PD Dr. med. habil. Andreas Scholz (Liste Marburger Bund) in seinem Antrag deutlich. Pinkowski und Fach wiesen darauf hin, dass die Entscheidung der Bundesärztekammer gefallen und nicht mehr rückgängig zu machen sei.

Berufliche Gleichstellung

Mit dem Mutterschutzgesetz (Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium – MuSchG) haben Frauen einen gesetzlich verankerten Anspruch auf berufliche Teilhabe und einen an den Mutterschutz angepassten Arbeitsplatz. Das 2018 in Kraft getretene Gesetz soll sowohl den Gesundheitsschutz als auch die berufliche Gleichstellung von (schwangeren bzw. stillenden) Frauen sicherstellen. Praxisgerechte Empfehlungen und Vorgaben sollen es den Arbeitgebern erleichtern, den aktuellen Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene rechtssicher umzusetzen. Zugleich sollen damit Impulse für ein effektives sowie einheitliches Beratungs- und Aufsichtshandeln der Arbeitsschutzbehörden der Länder gegeben werden. Allerdings widerspricht auch im Jahr 2021 die berufliche Realität vieler Ärztinnen in Kliniken und Praxen der Gesetzeslage. Die Delegiertenversammlung nahm den von der Vizepräsidentin der LÄKH Monika Buchalik (Liste ÄrztINNEN Hessen) eingebrachten Antrag einstimmig an und forderte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie den Ausschuss für Mutterschutz dazu auf, die im Mutterschutzgesetz (§ 30 Abs. 3) festgelegten Aufgaben mit besonderem Fokus auf das Gesundheitswesen zügig zu erfüllen. BÄK und Landesärztekammern sollen Best-Practice-Modelle zum Umgang mit der Gefährdungsbeurteilung für schwangere Ärztinnen in Kliniken und Praxen zusammenstellen. Diese Sammlung soll Arbeitgeber dabei unterstützen, Standards zur Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz zu erarbeiten.

Digitalisierung für Gesundheit

Vor dem Hintergrund des Gutachtens zur „Digitalisierung für Gesundheit“ des Sachverständigenrates zeigte sich die Delegiertenversammlung davon überzeugt, dass durch die Digitalisierung die Gesundheitsversorgung durch ein sektorenübergreifendes und zeitnahes Vorliegen von Behandlungsinformationen verbessert und die Patientensicherheit erhöht werden könne. Kritisch zu hinterfragen seien u. a. die Opt-out-Zustimmung zur elek-



Stefan Sydow, Leiter Abteilung Gesundheit, HMSI

tronischen Patientenakte, die Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei der Kommunikation von Nutzen und Risiken derselben, die praktische Datennutzung und die Finanzierung. Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und das Recht aller Beteiligten auf informationelle Selbstbestimmung müssten dabei unbedingt erhalten bleiben. Die Delegiertenversammlung schloss sich daher dem Antrag von Dr. med. Lothar Born (Liste Hessenmed e. V. – die Netzärzte) an und forderte eine sofortige Einbeziehung der Ärzteschaft in die Diskussion um die Umsetzung des Gutachtens und der daraus resultierenden gesetzgeberischen Aktivitäten sowie die angemessene Finanzierung.

Impfbremse lösen

Nach kurzer Diskussion über die konkrete Ausformulierung insbesondere zur Priorisierung folgten die Delegierten dem von Dr. med. Lothar Born (Liste Hessenmed e. V. – die Netzärzte) eingebrachten Antrag und forderten in einer Resolution eine Beschleunigung der Covid-Impfkampagne durch Einbeziehung der ambulanten Medizin. Der hohe Nutzen der Covid-Impfung als Voraussetzung für eine Rückkehr zur alten Normalität könne als hinreichend wissenschaftlich abgesichert angesehen werden.

In der Resolution heißt es wörtlich: „Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen unterstützt ausdrücklich die Impfallianz Hessen auch im Hinblick auf eine Flexibilisierung der Priorisierung und unter Einbezug aller impfbereiten Ärztinnen und Ärzte und der Vermeidung zusätzlicher Bürokratie.“

**Katja Möhrle
Maren Grikscheit**



Bericht des Versorgungswerkes

Der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg, informierte die Delegierten darüber, dass ab dem 1. Januar 2022 der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nur noch über ein elektronisches Verfahren und nicht mehr in Papierform möglich sein soll. Einige Details dazu müssen jedoch noch zwischen der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) als Interessenvertretung der Versorgungswerke und der DRV geklärt werden; weshalb sich der Beginn des neuen Prozederes noch einmal um ein Jahr verschieben könnte. Sobald der endgültige Termin feststeht, können Informationen dazu von der Internetseite des Versorgungswerkes abgerufen werden. Die ABV konnte in diesem Zusammenhang verhindern, dass sich an den Voraussetzungen für die Befreiung etwas verändert oder dass zusätzliche Nachweise erforderlich sind.

Tätigkeit in Impfzentren

Um die Tätigkeit in Impfzentren attraktiver zu machen und die Anstellung zu vereinfachen, hat der Bundesgesetzgeber beschlossen, dass von den entsprechenden

Vergütungen keine Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden müssen. Dies gilt jedoch nur für den Zeitraum von 15. Dezember 2020 bis 31. Dezember 2021. Diese Erleichterung kommt auch bei der Tätigkeit in einem Corona-Testzentrum zum tragen – allerdings nur zwischen dem 4. März 2021 und dem 31. Dezember 2021. Die Versorgungswerke wurden bei der befristeten Gesetzesänderung nicht berücksichtigt, so dass die Einnahmen für die Tätigkeit in einem Impf- oder Testzentrum bei der Berechnung des Beitrages zum Versorgungswerk grundsätzlich berücksichtigt werden.

Arbeitsgruppe von LÄKH, KVH und Versorgungswerk

In der vergangenen 9. Delegiertenversammlung wurde der Antrag gestellt, den Pflichtbeitrag für Ärztinnen und Ärzte, die in einer Praxis oder einem MVZ angestellt sind und kassenärztliche Leistungen erbringen („angestellte Vertragsärzte“), wie für Selbstständige um 50 % zu reduzieren. Der Antrag wurde damit begründet, dass die Arbeitgeber sich am Versorgungswerksbeitrag beteiligen müssen und gleichzeitig auch ein Teil des Honorars über die Erweiterte Honorarverteilung

(EHV) der Kassenärztlicher Vereinigung Hessen (KVH) den Angestellten zugutekommt. Nachdem der Antrag an den Vorstand überwiesen wurde, hat sich eine Arbeitsgruppe der Juristen von LÄKH, KVH und Versorgungswerk mit dieser Frage beschäftigt und nach Lösungen gesucht. Das vorläufige Ergebnis liegt nun vor. Neben einer Änderung der Satzung des Versorgungswerkes käme auch eine Änderung der Grundsätze der EHV dahingehend in Frage, dass der EHV-Abzug für die angestellten Vertragsärzte geringer als bislang ist oder ganz entfällt. Bei beiden Varianten müssten jedoch zuvor gewisse Hürden überwunden werden. Dies gilt insbesondere im Falle einer Änderung der Satzung des Versorgungswerkes: Dem steht nämlich das Sozialgesetzbuch VI (Befreiung von der DRV) entgegen. Relativ einfach ließe sich dagegen über die Arbeitsverträge eine Lösung finden: Arbeitgeber und Angestellte könnten unterschiedliche Regelungen treffen, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Letztere Ansprüche gegenüber der EHV und dem Versorgungswerk erwerben.

Johannes Prien

Referent des Vorstandes
des Versorgungswerkes

Gesundheitspolitik

Hessen will Facharztwahl steuern

Landesregierung plant Quote für Bewerber, die sich für zehnjährigen Einsatz in unterversorgten Regionen verpflichten



Foto: © Thomas Reimer – stock.adobe.com

Nordrhein-Westfalen hat sie bereits, das Saarland und Bayern ebenfalls. Jetzt will auch Hessen eine Quote einführen, die den Zugang zum Medizinstudium für jene Bewerberinnen und Bewerber erleichtert, die sich zu einer Niederlassung in unterversorgten Regionen verpflichten. Anders als etwa in Baden-Württemberg und vom Präsidenten der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski, gefordert, sieht der jüngst von Schwarz-Grün vorgestellte Gesetzesent-

wurf allerdings dafür keinen einzigen zusätzlichen Studienplatz an den drei medizinischen Fakultäten im Land vor. Die Quote soll vielmehr abgezwickelt werden von den 20 % der Medizinstudienplätze, die derzeit bereits ohne Numerus clausus vergeben werden – etwa an Studierende aus dem Ausland oder bei außergewöhnlichen Härten.

Von einer Landarztquote zu sprechen, wäre zu kurz gegriffen. Das Vorhaben zielt nicht alleine auf die Stärkung der All-

gemeinmedizin ab. Es soll zusätzlich als Instrument für die wachsende Lücke bei der Versorgung mit Kinder- und Jugendärzten dienen sowie die Nachwuchsprobleme im öffentlichen Gesundheitsdienst lindern, die im Zuge der Corona-Pandemie nicht länger verschleiert werden konnten. Auch Bayern will jetzt auf diesem Weg die Attraktivität der Tätigkeit in Gesundheitsämtern erhöhen.

Findet der Entwurf der Koalition in Wiesbaden Zustimmung, werden vom Wintersemester 2022 an jährlich 78 der insgesamt 1.000 Studienplätze an jene vergeben, die sich dazu verpflichten, sich nach der Ausbildung für mindestens zehn Jahre in einer unterversorgten Region niederlassen. Kommen diese ihrer Verpflichtung nicht nach, drohen nicht näher benannte Sanktionen. 65 Plätze sind für die Allgemein- sowie Kinder- und Jugendmedizin reserviert, die restlichen 13 für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber durch die Universitäten erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Die Durchschnittsnote der Hochschulzugangsberechtigung ist sekundär. Als Hauptkriterien sind fachspezifische Eignung genannt, berufliche Erfahrung in einem Gesundheitsberuf oder ehrenamtliche Tätigkeiten. „Damit werden bei der Auswahl auch soziale und kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die für die ärztliche Tätigkeit eine besondere Bedeutung haben“, hieß es bei der Präsentation des Entwurfs durch die gesundheitspolitischen Sprecher Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU) und Marcus Bocklet (Grüne) Anfang März in Wiesbaden.

Das Besondere an dem „hessischen Weg“ sei, dass die Quote nicht auf Landärzte begrenzt ist. Das unterscheide ihn von der im Dezember von der SPD eingebrachten Gesetzesinitiative, die Schwarz-Grün abgelehnt hatte. Neben der Erweiterung um die beiden Fachgruppen mache das „Kerncurriculum“ ihr Konzept besser als das der politischen Konkurrenz. Es beinhaltet Praktika in ländlich gelegenen Praxen, Begleitseminare an der Universität, Mentoring-Programme, finanzielle Unterstützung durch Stipendien und die Garantie eines nahtlosen Übergangs zwischen Aus- und Weiterbildung. Die Vermittlung von

Wissen in den Bereichen Versorgungsforschung, primärärztliche Versorgung, Public und Global Health, Digitalisierung und Kommunikation gehört ebenfalls dazu. Die Ausbildung werde durch zusätzliche Module erweitert, von denen auch andere Studierende profitierten. „Das ist eine Verbesserung“, sagte Bartelt und betonte: „Das sind nicht Mediziner zweiter Klasse.“ Der Präsident der Landesärztekammer hält die Quote aus einem anderen Grund für ungeeignet. Sie verkenne schlichtweg die Realität. „Bei einer zwölf- bis 15-jährigen Aus- und Weiterbildungszeit ist es für Medizinstudierende und junge Kollegin-

nen und Kollegen in Weiterbildung schwierig bis unmöglich, Vorausplanungen für die spätere Berufslaufbahn zu treffen“, so Pinkowski.

Für die aktuellen Probleme komme die Quote ohnehin viel zu spät. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gelten (Stand 1. Oktober 2020) bereits sechs hausärztliche Planungsbereiche als „drohend unterversorgt“: Allendorf (Eder)/Battenberg, Borken, Hofgeismar, Haiger/Dillenburg, Neu-Isenburg/Dreieich/Langen und Sontra.

Jutta Rippegather

Arztgruppe	Versorgungsaufträge ¹	Kopfzahl	Freie Sitze ² (Quotensitze)
Anästhesisten	234	297	0
Augenärzte	374,25	429	13
Chirurgen und Orthopäden	681,75	893	1
Dermatologen	228,25	270	9,5
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	30,5	35	11
Frauenärzte	725,75	853	4,5
Hals-Nasen-Ohrenärzte	279	320	5,5
Hausärzte	3838,45	4095	232,75
Humangenetiker	12,25	16	0
Internisten	607	777	0 (4)
Kinder- und Jugendpsychiater	58,2167	76	11,5
Kinderärzte	433	502	14
Laborärzte	72,875	89	0
Nervenärzte	336,5165	418	25 (5)
Neurochirurgen	66,75	94	0
Nuklearmediziner	61,75	77	2,5
Pathologen	63	78	0,5
Psychotherapeuten	2227,4667	3523	3 (40,5)
Radiologen	192	291	0
Strahlentherapeuten	44,5	61	0
Transfusionsmediziner	5,875	16	0
Urologen	198	213	2,5

¹ Versorgungsaufträge nach Zählung der BPL-Richtlinien; ohne Übernahmepraxen (Stand: 01.03.2021)

² Stand Landesausschuss 26.11.2020 unter Berücksichtigung der bereits vergebenen freien Sitze (Stand Zulassungsausschuss vom 16.02.2021). In Klammern sind die freien Quotensitze angegeben, die sich nur auf einzelne Fachrichtungen innerhalb der jeweiligen Arztgruppe beziehen, z. B. Rheumatologie innerhalb der Arztgruppe der Internisten.

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)

Für jüdisches Leben in Deutschland

Prof. Dr. med. Herbert Lewin (1899–1982)

Der Gynäkologe Herbert Lewin engagierte sich sozialmedizinisch und sozialpolitisch, bis die Nationalsozialisten sein berufliches Wirken und sein privates Leben zerstörten. Nach 1945 versuchte der Holocaust-Überlebende, sich ein neues Leben aufzubauen. Doch der Schatten des Nationalsozialismus war lang: Seine Berufung an die Städtische Frauenklinik in Offenbach am Main war vom ersten großen antisemitischen Skandal in der Bundesrepublik Deutschland überschattet.

Studium und erste Praxis

Am 1. April 1899 wurde Herbert Lewin als erstes von vier Kindern einer jüdischen Familie in Schwarzenau (Czerniejewo) in der Provinz Posen (Poznanien) geboren. Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges begann Lewin zunächst ein Studium der Landwirtschaft und Staatswissenschaften, um den Agrarbetrieb des Vaters zu übernehmen. Doch wegen des massiven Antisemitismus bei den Gutsgrundbesitzern wechselte er zum Medizinstudium.

Lewin wusste genau, dass der ärztliche Beruf seit langem eine Nische bildete, in der jüdische Deutsche in gewissem Sinne geduldet waren, auch wenn eine wissenschaftliche Karriere kaum eine Chance hatte: Auch im deutschen Bildungsbürgertum grassierte ein aggressiver Antisemitismus. Die meisten jüdischen Ärzte dürften deshalb seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 in einer eigenen Praxis gearbeitet haben; die versprach Selbstständigkeit und relative Freiheit von beruflicher Diskriminierung. Das Medizinstudium absolvierte Herbert Lewin in Breslau, Leipzig und Berlin. Im Juni 1924 wurde ihm die ärztliche Approbation erteilt, im selben Jahr folgte die Promotion mit einer Arbeit über die Dermoidzyste im Wirbelkanal. Das praktische Jahr absolvierte Lewin 1923/24 im Berliner Städtischen Rudolf Virchow-Krankenhaus. Hier durfte er die 1923 approbierte Alice Belgard kennen und lieben gelernt haben, die dort als Medizinal-Praktikantin



Prof. Dr. med. Herbert Lewin (1958)

tätig war. Zwei Jahre später heirateten die beiden und praktizierten ein paar Jahre unter einem Dach – zunächst im Wedding, dann in Wilmersdorf – sie als praktische Ärztin, er als Arzt für Frauenleiden.

Wunsch nach akademischer Laufbahn

Herbert Lewins Wunsch war allerdings vielmehr eine wissenschaftliche Laufbahn. Deshalb absolvierte er von 1924 an seine medizinische Weiterbildung am Physiologischen Institut der Universität Berlin, im Wöchnerinnenheim der Heilsarmee, in der Chirurgie des Krankenhauses Moabit sowie der Universitätsklinik, in der Gynäkologisch-Geburtshilflichen sowie Chirurgischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses. Im Januar 1931 erkannte der Gross-Berliner Aerztebund zuständigkeitshalber Lewin als Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe an. 1935 übernahm Lewin die gynäkologisch-geburtshilfliche Chefarztstelle einer Poliklinik der Jüdischen Gemeinde in Berlin-Mitte.

In der Weimarer Zeit engagierte sich der Sozialdemokrat Herbert Lewin zum Bei-

spiel im Reichsverein Volksernährung für die im sozialen Elend Lebenden. Der Reichsverein versuchte in der Hungersnot zu helfen und gab beispielsweise Rezepte heraus mit dem Titel „Satt werden für wenig Geld“; dieser Verein schuf auch Volksküchen [1]. Lewin war der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Ernährungsnot und deren Auswirkungen auf die Gesundheit klar, wobei er vor allem die Mehrfachbelastung vieler Frauen durch Haushalt, Kinder und außerhäusliche Arbeit hervorhob [3]. Das Thema Ernährung beschäftigte den Wissenschaftler Lewin neben Forschungen über den Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaftsreaktionen oder die Hormonforschung immer wieder: Ernährung für die Schwangere oder allgemein für Krebspatienten, die Ernährung als Parameter sozialer Probleme, aber auch für Wohlstand. Den Zusammenhang zwischen Überernährung, insbesondere durch tierisches Eiweiß, und Auftreten der Präeklampsie/Eklampsie erkennend, empfahl Lewin eine eiweiß- und kochsalzreduzierte Kost [4].

Später, in seiner Ghetto- und KZ-Haft, holte ihn das Thema Ernährung wieder ein. Hier konnte er unfreiwillig die Auswirkungen von jahrelanger extremer Unterernährung und systematischer Aushungerung beobachten: Er stellte eine starke Zunahme der Tuberkulose fest, aber auch eine starke Abnahme von Thrombosen, Embolien oder bösartigen Geschwülsten [5].

Antijüdische Politik des NS-Staates

Herbert Lewins Wunsch nach einer wissenschaftlichen Karriere wurde 1932 das erste Mal enttäuscht, als er seine Habilitationsschrift über das Blutdruckproblem in der Gynäkologie und Geburtshilfe einreichte. Sie wurde kommentarlos abgewiesen. Antisemitische Gründe liegen hier nahe. Wenige Jahre später bestand paradoxerweise die Möglichkeit, dass das Jüdische Krankenhaus eigene Dozenten stellte, das heißt außer-universitäre Habilita-

Foto: Gerald Matzner

tionen möglich waren: 1936 war Herbert Lewin Privatdozent. Ein Jahr später wurde er auf die Chefarztposition der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Israelitischen Asyls in Köln berufen.

Diese Erfolge täuschen jedoch eine friedliche Normalität vor. Die antijüdische Politik des NS-Staates durch gesetzliche Maßnahmen, Repressalien und Terror steigerte sich von Jahr zu Jahr, vernichtete die soziale Existenz und verursachte eine massive Verelendung aller deutschen Juden. Nicht-jüdische Patienten gingen nicht mehr in ein jüdisches Krankenhaus, Juden flohen aus Deutschland, sobald sie konnten. Das Israelitische Asyl befand sich zu dieser Zeit genau wie alle anderen jüdischen Einrichtungen in einer äußerst schwierigen Situation und war zu einer jüdischen Enklave geworden, in denen die verbliebenen jüdischen Patienten eine medizinische Versorgung erhielten.

Mit der 4. Verordnung zum Reichsbürgergesetz erschien dann der vermeintlich letzte Coup gegen jüdische Ärzte: „Bestallungen (Approbationen) jüdischer Ärzte erlöschen am 30.9.1938.“ Von einem Tag auf den anderen gab es keine jüdischen Ärzte mehr. Wer sollte nun aber kranke oder verletzte Juden medizinisch versorgen? Es bedurfte eines besonderen Konstruktes, das des „Krankenbehandlers“. Ende 1938 waren knapp 300 „Krankenbehandler“ von einst etwa 8.000 jüdischen Ärzten in Deutschland für mehr als 200.000 Juden, die zunehmend in die Zwangsarbeit gedrängt wurden, zugelassen. Einer der 17 Kölner „Krankenbehandler“ war Herbert Lewin [2].

Deportation in mehrere Konzentrationslager

Diese relative Sicherheit endete im Oktober 1941, als Herbert und Alice Lewin mit über 1.000 weiteren Juden von Köln in das Ghetto Litzmannstadt deportiert wurden. Alice Lewin überlebte diese Hölle, die sie durch mehrere Konzentrationslager führte, nicht. Sie wurde an einem bis heute unbekanntem Tag und Ort ermordet. Herbert Lewin überlebte die Odyssee mehrerer Konzentrationslager und kehrte im Sommer 1945 in das völlig zertrümmerte Köln zurück.

Überlebender des Holocaust

Mit aller Kraft versuchte er, sich ein neues Leben aufzubauen. Er heiratete erneut und wurde Vater einer Tochter, und er wollte seine ärztlich-wissenschaftliche Karriere fortsetzen. Der ordnungsgemäße Weg bedeutete eine erneute Habilitation. Mit einer Arbeit über die Biologie der „Cyclushormone des Weibes“ erteilte ihm die Medizinische Fakultät der Universität Köln im Mai 1948 die Venia Legendi [1, 6]. Daraufhin wurde Lewin zunächst Chefarzt, dann Direktor der Frauenklinik des Stadtkrankenhauses Offenbach/Main. 1952 wurde er außerplanmäßiger Professor an der Frankfurter Universität, die Ernennung zum ordentlichen Professor zog sich bis 1965 hin, als er die Berufungs- und aus Altersgründen zugleich die Entpflichtungsurkunde erhielt [2].

Gesellschaftliches Engagement

Wenngleich Herbert Lewin mit Leib und Seele Arzt und Wissenschaftler war, so blieb auch Zeit für ein sozialpolitisch-religiös-gesellschaftliches Engagement: Er setzte sich für ein jüdisches Leben in Deutschland ein, war verschiedentlich Vorsitzender jüdischer Gemeinden und sogar Vorsitzender und später Stellvertreter des Zentralrats der Juden. Er gehörte verschiedenen deutsch-jüdischen und auch israelischen Vereinigungen an. Er setzte sich für den Bereich der Gesundheitsgesetzgebung wie auch der Krankenhausversorgung in Deutschland ein. Lewin erhielt Auszeichnungen und Anerkennung. Aber all dieses täuscht erneut Normalität nur vor.

Antisemitischer Skandal

Seine Berufung nach Offenbach war vom ersten großen antisemitischen Skandal in der Bundesrepublik überschattet: Direkt nach der Wahl durch den Offenbacher Magistrat wurde die Berufung Lewins abgelehnt! Da ein Protokoll nicht geführt worden war, erzwang das Ermittlungsverfahren gegen den Magistrat ein Gedächtnis-Protokoll.

Demnach soll Offenbachs Zweiter Bürgermeister Karl Kasperkowitz gesagt haben, Lewin würde mit den Ressentiments sei-

ner Rasse und mit dem Rachegefühl des KZ'lers seine Arbeit antreten; Oberbürgermeister Johannes Rebholz habe gemeint, die Magistratsmitglieder würden sozusagen über das Schicksal der Offenbacher Frauen entscheiden.

Erst die Intervention der vorgesetzten Behörden und ein weltweiter öffentlicher Protest veranlassten den Offenbacher Magistrat, sein Votum zu korrigieren. Die Magistratsmitglieder mussten ihre Ämter und Mandate nicht niederlegen; lediglich die beiden Bürgermeister mussten ihren Dienst quittieren [1].

Herbert Lewin wurde also doch noch nach Offenbach berufen. Er sah dies als Wiedergutmachung an. Wir wissen nicht, was die Lewins angesichts dieses skandalösen Verhaltens gefühlt haben mögen, aber die unbewältigten Folgen des Nationalsozialismus zogen auch in das Privatleben der Lewins ein. Irma Lewin, ebenso Holocaustüberlebende, fand wie viele Überlebende keine Möglichkeit, mit ihren Erlebnissen fertig zu werden; sie war eine gebrochene Frau und starb am 4. Februar 1978 in ihrem 60. Lebensjahr.

Tochter Margerit Beate nahm sich gut drei Jahre später das Leben, erst 31-jährig. Sie konnte das Wissen um das Schicksal ihrer Eltern offensichtlich nicht ertragen. Nach all den Schicksalsschlägen und Hürden, die Herbert Lewin immer wieder über-



Foto: Isolde Asbeck

Das Grab von Prof. Dr. med. Herbert Lewin befindet sich in Offenbach am Main auf dem Jüdischen Gräberfeld des Alten Friedhofs (Eingang Hebestraße).

wand, muss ihm der Verlust des einzigen Kindes endgültig das Herz gebrochen haben. Mittlerweile selbst im 83. Lebensjahr starb er am 21. November 1982, seine dritte Ehefrau Charlotte Auguste hinterlassend. Sein Grab befindet sich auf dem Alten Jüdischen Friedhof in Offenbach [2].

Schwere Erinnerungsarbeit

1986 gedachte die Öffentlichkeit Herbert Lewin zum ersten Mal, als die Kölner Haedenkampstraße, damals noch Sitz der Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, in Herbert-Lewin-Straße umbenannt wurde. Die Bundesärztekammer, von der Stadt Köln um Stellungnahme gebeten, leugnete die NS-Vergangenheit ihres ehemaligen Kammervertreter Karl Haedenkamp obstinat, der

aber als überzeugter Nationalsozialist sehr wohl in die höhere Riege ärztlicher Standespolitik in der NS-Zeit gehörte.

BÄK-Präsident Prof. Dr. med. Karsten Vilmar (* 1930) protestierte in einem siebenseitigen Schreiben an die städtischen Verantwortlichen gegen die Umbenennung und nannte Haedenkamp einen hochverdienten Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft [2]. Dieser jahrelange Prozess war symptomatisch für die Reaktion auf Versuche einer kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus, die lange gegen eine Wand des Schweigens oder der Abwehr prallten [7].

Aber die Zeiten haben sich geändert: In Berlin gibt es den Herbert-Lewin-Platz, der Herbert-Lewin-Forschungspreis wird für Publikationen über die Rolle der Ärzte-

schaft im Nationalsozialismus ausgelobt, das Kölner Studierendenwerk befindet sich im Herbert-Lewin-Haus, auf dem Gelände des Offenbacher Sana Klinikums trägt das Gebäude des MVZ den Namen Herbert-Lewin-Haus.

**PD Dr. phil.
Rebecca Schwoch**
Institut für
Geschichte und
Ethik der Medizin
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Foto: Alexa Seewald

E-Mail: r.schwoch@uke.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Arzneimittel Information und Beratung – Arzneistoff- portraits mit Bewertungen für Ärzte und Apotheker

Prof. Dr. Hermann P. T. Ammon, Prof. Dr. Dr. Drs. h.c. Ernst Mutschler, Prof. Dr. Dr. h.c. Hasso Scholz (Hrsg.), Wissenschaftliche

Verlagsgesellschaft 2020, Loseblattwerk inkl. 23 Aktualisierungslieferungen in vier Ringordnern, 4162 Seiten, ISBN 9783804741041, 98 €

Kompakte Arzneimittelinformationen in vier Bänden

Die 23. Aktualisierungslieferung (2020) der Arzneimittelinformationen von Ammon/Mutschler/Scholz führt die Gesamtausgabe, die als Loseblattsammlung erscheint, weiter. Für Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker wird unabhängige, fundierte Arzneimittelinformation immer wichtiger. Eine Fülle von Informationen zu verschiedenen Medikamenten ist im Internet jederzeit frei erhältlich. Vom European Public Assessment Report (EPAR) über die Website der EMA bis hin zu Fach- und Herstellerinformationen sowie Berichten von Selbsthilfegruppen wird man von der Fülle der Informationen schier überwältigt. Daher wünscht man sich immer wieder eine standardisierte zusammenfassende Cha-

Bücher

rakterisierung gebräuchlicher Wirkstoffe in zuverlässiger praktikabler Form. So etwas dann ständig aktuell zu halten, Rote Hand Briefe und neueste Erkenntnisse über die Wirkstoffe einzuarbeiten, ist eine verdienstvolle Mammutaufgabe.

Die Ausgabe als Loseblattsammlung wird ob des Grundgewichts nur für Durchtrainierte handhabbar sein. Wer hat außerdem die Zeit, immer wieder Aktualisierungen nachzuheften? Wesentlich komfortabler ist da die Onlineversion in DrugBase (www.drugbase.de/de/datenbanken/arzneistoffportraits.html), die zu einem sehr fairen Jahrespreis zu beziehen ist.

Sehr gut gefallen hat uns die Rubrik Abgabehinweise. Die hier enthaltenen Informationen zu Beratung und Dosierung sind allerdings im Wesentlichen für die Beratung in der Apotheke interessant. Ein Grundproblem solcher zusammenfassenden Informationen sei am Beispiel des Spironolactons illustriert: Die Indikationen primärer Hyperaldosteronismus, Ödeme und Gabe zusammen mit anderen Diuretika in Dosierungen von 50–200 mg sind der Zulassung des Medikamentes geschuldet. Der heute wesentlich häufigere Einsatz (off-label) in der Dosierung 25 mg als Antihypertensivum und in der leitliniengerechten Therapie der Herzinsuffizienz zur Lebensverlängerung wird nicht diskutiert.

Fazit: Eine Fülle unabhängiger Arzneimittelinformationen in komprimierter Form zum Nachlesen. Für praktisch tätige Mediziner in der vorliegenden Form als Ergänzung zu aktueller pharmakunabhängiger Arzneimittelinformation nutzbar. Für die Beratung in der Apotheke eine gute und kompakte Übersicht für das schnelle Nachschlagen während eines Beratungsgesprächs.

Anne-Catherine Reichel
(Apothekerin),
Dr. med. Michael Zieschang,
beide Darmstadt

Bad Nauheimer Gespräche: Achtung Terminänderung

Die für den 11. Mai 2021 geplante Festveranstaltung

„50 Jahre Bad Nauheimer Gespräche

Das Alter als Aufgabe und Erfüllung – wissenschaftliche Reflexionen und musikalisches Nachempfinden“

musste wegen der Corona-Pandemie verschoben werden.

Neuer Termin:

16. September 2021, 19 Uhr,
Ort: Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt

Literatur zum Artikel:

Für jüdisches Leben in Deutschland

Prof. Dr. med. Herbert Lewin (1899–1982)

PD Dr. phil. Rebecca Schwoch

- [1] NS-Dokumentationszentrum der Stadt Köln: Nachlass Prof. Herbert Lewin, Sign.: Best. 166.
- [2] Schwoch R: Herbert Lewin. Arzt – Überlebender – Zentralratspräsident. In: Jüdische Miniaturen, Bd. 186, Berlin: Hentrich & Hentrich 2016.
- [3] Lewin H: Arbeitslosigkeit, Ernährungsnot und ihre Einwirkung auf die Gesundheit der Frau, in: Blätter für Volksgesundheitspflege 1932 Heft 11, 165–7.
- [4] Lewin H: Die Bedeutung der Ernährung für die Prophylaxe der Schwangerschaftstoxikosen, in: Zeitschrift für Ernährung 1 (1931), 183–4.
- [5] Lewin H: Tagungsberichte: Die Einwirkung der Unterernährung auf das Karzinomwachstum, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Ergebnisse der Forschung für die Praxis 15 (1955), 378
- [6] Lewin H: Die Cyclushormone des Weibes. Biologie – Chemie – Klinik, Stuttgart: Enke 1951.
- [7] Schwoch R: Von der Schlussstrich-Mentalität zur kritischen Auseinandersetzung mit der Medizin im Nationalsozialismus – 1945 bis heute, in: Wissen schafft Demokratie. Schriftenreihe des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft 7 (2020), S. 170–181, <https://www.idz-jena.de/wssdet/wsd7-16/>.



Allergische Reaktionen auf Covid-19-Impfstoffe

Prof. Dr. med. Ludger Klimek, Dr. med. Jonas Eckrich, Dr. med. Jan Hagemann, Dr. rer. nat. Ingrid Casper, Dr. med. Tilman Huppertz

Einleitung

Nachdem im März 2020 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die durch das Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2 (SARS-CoV-2) übertragene Infektionskrankheit Coronavirus disease 2019 (Covid-19) zur Pandemie erklärt hat [1], sind zahlreiche Positionspapiere und Handlungsempfehlungen internationaler und nationaler allergologischer Fachgesellschaften zum Umgang mit allergologischen Erkrankungen und deren Therapien in der Pandemie publiziert worden [2–10].

Für die derzeit in Europa zugelassenen zwei mRNA-basierten Impfstoffe (Comirnaty bzw. BNT162b2 der Firma Biontech [11], mRNA-1273 der Firma Moderna [12]) sowie zwei Vektor-basierte Impfstoffe (CHAdOx1-S der Firma AstraZeneca [13], (Ad26.COVS-2 der Firma Johnson&Johnson [14]) wurden vom Ärzteverband Deutscher Allergologen Empfehlungen für die allergologische Risikoabschätzung zu Covid-19-Vakzinationen publiziert [15–17]. Auf der Grundlage der Fach- und Gebrauchsinformationen der vier zugelassenen Covid-19-Vakzinen stellt die Impfung für einen Großteil der allergologischen Patientinnen und Patienten keine Kontraindikation dar [12–14, 18, 8, 10].

Allgemeine Informationen zu den Covid-19-Impfungen

Covid-19 hat bis zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Reviews circa 132 Millionen Erkrankungen weltweit ausgelöst und 2,8 Millionen Todesopfer gefordert [19, 20]. Wirksame Impfungen gegen das neuartige Virus stellen eine essenzielle Strategie

dar, um ein Aufrechterhalten des Gesundheitswesens und des öffentlichen Lebens bei geringstmöglichen sozialen Einschränkungen zu erreichen [21].

Im Zusammenhang mit der Covid-19 Impfung bestehen vier Impfstoffziele. Am wichtigsten ist die Verhinderung von schweren Covid-19-Verläufen und -Todesfällen. Darüber hinaus sind der Schutz von Personen mit besonders hohem arbeits- und/oder sozialbedingtem Infektionsrisiko, die Verhinderung der Krankheitsübertragung (Transmission) und Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens zu nennen [22]. Aufgrund der umfangreichen Kooperationen zwischen Wissenschaft und Industrie wurden in einer noch nie dagewesenen Geschwindigkeit weniger als ein Jahr nach der Entdeckung der SARS-CoV-2-Virussequenz neue Impfstoffplattformen entwickelt, umfassend und lege artis in klinischen Studienprogrammen geprüft und nach gründlicher Prüfung durch die regulatorischen Behörden (teilweise vorläufig oder konditional) zugelassen.

In Deutschland zugelassene Covid-19-Impfstoffe

Weltweit befinden sich aktuell 66 Covid-19-Impfstoffe in klinischer Entwicklung und weitere 176 in einer präklinischen Entwicklungsphase [23].

Impfungen gegen virale Infektionskrankheiten sollen humorale und zelluläre Immunantworten gegen das geimpfte Antigen induzieren. Hierfür werden klassische Technologien verwendet, aber auch bislang noch niemals für die Humanpharmakologie zugelassene Impfstoff-Varianten [23].

Der häufigste Applikationsweg der Impfstoffe ist die intramuskuläre Injektion, die

ein starkes Priming von Dendritischen Zellen (DCs) induziert. Aber derzeit werden auch Impfstoffe entwickelt, die andere Applikationswege nutzen und deren pharmakologische Eigenschaften und Wirkungen hinsichtlich einer Immuninduktion abzuwarten sind [24].

Traditionell werden entweder komplette Viren verwendet oder pathoimmunologisch bedeutsame Teile des Virus (z. B. diejenigen, die für die Einschleusung in Körperzellen notwendig sind).

mRNA-basierte Vakzine

Die mRNA-basierten SARS-CoV-2-Vakzine von Biontech/Pfizer und Moderna beschreiten neue Wege hinsichtlich der Applikation der Impfantigene. BNT162b2 und mRNA-1273 sind mRNA-basierte Impfstoffe, die nicht das Antigen einbringen, gegen das eine Immunantwort induziert werden soll (Oberflächenprotein von SARS-CoV-2), sondern den Bauplan (die mRNA), zur Herstellung des Zielproteins in den humanen Zellen. Primär wird die mRNA in Muskelzellen aufgenommen, aber dendritische Zellen sind entscheidend an der Präsentation des Antigens beteiligt. In den regionalen Lymphknoten findet dann die Immunantwort überwiegend statt. Die Zielzellen produzieren das Virusantigen basierend auf der Information der mRNA durch Umschreiben in die Aminosäuresequenz der Proteinstruktur, welche als Oberflächenprotein derart „transduzierter“ Zellen sichtbar für das Immunsystem des Impflings wird. Dieses erkennt das Oberflächeneiweiß des SARS-CoV-2 als fremd und beginnt eine humorale und zelluläre Immunantwort. Abbauprodukte der hergestellten

Proteine (Peptide) werden den T-Zellen präsentiert, die somit aktiviert werden. Dadurch können sie virusinfizierte Zellen erkennen und abtöten. Des Weiteren unterstützen aktivierte T-Zellen die antikörperproduzierenden B-Zellen.

Aufgrund der schnellen Degradierung der mRNA muss diese in Liposomen als schützende Hülle verpackt werden, damit die Aufnahme in die körpereigenen Zellen (Transfektion) funktioniert. Deren Herstellung der Hülle wurde in den vergangenen Jahren immer weiter verbessert, jedoch zerfallen Liposomen und die darin enthaltene mRNA sehr leicht, daher müssen diese Impfstoffe zwischen Herstellung und Einsatz am Menschen bei sehr tiefen Temperaturen – -20°C (mRNA-1273) bis -70°C (BNT162b2) – gelagert werden. Die Lipid-Nanopartikel und ihre Bestandteile scheinen auch für die schweren allergischen Reaktionen auf mRNA-Impfstoffe verantwortlich zu sein [15, 16].

Vektorimpfstoffe

Eine andere neue Impfstoffklasse sind die Vektorimpfstoffe. Das Astra-Zeneca-Impfpräparat (ChAdOx1-S-(AZD1222)), das Impfpräparat Ad26COV2.S von Janssen Pharmaceutical (Johnson & Johnson) und Sputnik V (Gam-Covid-Vac Adeno-based [rAd26-S+rAd5-S]) des Moskauer Gamaleja-Institutes basieren auf harmlosen Viren von Menschen oder Affen, die sich selbst nicht mehr vermehren können und das SARS-CoV-2-Oberflächeneiweiß enthalten [25].

Die Adenovirus-basierten Vektorimpfstoffe können mehrere Monate bei 4°C im Kühlschrank gelagert werden, ohne dass sie ihre Wirksamkeit verlieren.

Ein Nachteil von Virus-Vektorimpfstoffen ist generell, dass man mit ihnen nicht mehrmals hintereinander impfen kann, da der Impfling neutralisierende Antikörper gegen den Vektor selbst ausbildet. Dadurch können Auffrischungsimpfungen nur noch reduziert oder gar nicht mehr wirksam sein. Dies stellt beim Impfstoff Ad26COV2.S von Janssen Pharmaceutical, der nur einmalig verabreicht werden muss, kein Problem dar. Bei notwendigen Auffrischungsimpfungen wird als Alternativstrategie bei Erstimmunisierung mit Vektor-

Virus Typ A die Auffrischung mittels eines heterologen Vektor-Impfstoffs Typ B angestrebt. Dies wurde in der randomisierten, Placebo-kontrollierten Studie mit dem in Russland entwickelten Impfstoff Sputnik V rezent bereits Realität [25].

Immunologie von Typ1-Allergien

Der Typ1-allergischen Reaktion liegt eine T2-Immunantwort zugrunde, an der insbesondere Immunglobulin E (IgE) und die Zytokine Interleukin (IL-) 4, IL-5 und IL-13 maßgeblich beteiligt sind. Aus der Anwendung von Biologika wissen wir, dass diese Schlüsselemente der T2-Inflammation weder hinsichtlich IgE noch der genannten Zytokine eine Rolle bei der antiviralen Immunantwort spielen. Die Immunantwort auf antivirale Impfungen wurde nicht abgeschwächt [26, 27], dagegen wurde unter einer anti-IgE-Behandlung die Produktion von Typ-I-Interferon aus dendritischen Zellen erhöht und die antivirale Antwort hierdurch gesteigert [10, 28, 29].

Diagnostik bei Verdacht auf Covid-19-Impfstoffallergie

Eine gründliche Anamneseerhebung ist eine wichtige Voraussetzung, um schwere Anaphylaxien zu vermeiden. Reaktionen auf Polyethylenglykol (PEG) in z. B. Abführmitteln, Gelen, Wundauflagen, Lotionen, Zahnpasta, Mundspülungen, Kosmetika und Shampoos müssen erfragt werden. Die Einnahme von Beta-Adrenozep- tor-Antagonisten, angiotensinkonvertierenden Enzym (ACE)-Hemmern und nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAIDs) kann zu einer Zunahme anaphylaktischer Symptome führen [30, 31]. Bei Patienten mit erhöhter basaler Serumtrypsinase und/oder Mastozytose kann die Anaphylaxie besonders schwerwiegend sein [16, 30–33].

Allergietests sollten in spezialisierten Allergiezentren durchgeführt werden. Haut-Prick-Tests mit PEG können sehr vorsichtig mit Verdünnungen von 0,001 % bis 10 % durchgeführt werden, mit 30-minütiger Beobachtung nach jedem Dosierungsschritt. Da spekuliert wird, dass der individuelle Schwellenwert für positive Reaktionen auf PEG mit unterschiedlichem Molekulargewicht variiert [8, 15], sollte

die Testung mit PEG mit einem Molekulargewicht von 2000 g/mol, die in beiden Impfstoffen verwendet werden, durchgeführt werden und den veröffentlichten Algorithmen folgen [34, 35]. Identisches gilt für Polysorbat als ein hochkreuzreaktives Allergen zu PEG.

Hauttests sollten entweder vor oder frühestens zwei Wochen nach Auftreten der Überempfindlichkeitsreaktion durchgeführt werden. Zusätzlich können Basophilen-Aktivierungstests und ein Screening auf spezifisches IgE (auch IgG und IgM) gegen PEG im Blutserum bei Patienten mit Verdacht auf eine Allergie gegen Hilfsstoffe des Impfstoffs erfolgen [34, 35]. Wenn eine PEG-Allergie bestätigt werden kann, sollte ein Notfallset verschrieben und Informationen über die PEG-Allergie bereitgestellt werden. Wenn dies nicht der Fall ist, kann ein intradermaler Test mit PEG verschiedener Molekulargewichte in einer Verdünnung von 0,01 % vorsichtig in Betracht gezogen werden, jedoch nicht bei Hochrisikopatienten, da systemische Reaktionen auftreten können [35]. In einigen Fällen kann bei Bedarf ein oraler Provokationstest durchgeführt werden [36].

Trometamol als Kontaktsensibilisator wird normalerweise epikutan auf allergische Reaktionen vom verzögerten Typ getestet. Bei Verdacht auf Typ-1-Reaktionen kann ein Hautpricktest (Konzentration 1:1) mit anschließender intradermaler Testung mit Verdünnungen von Trometamol von 1:1000–1:10 durchgeführt werden [34, 35, 37, 38].

Obwohl allergische Reaktionen auf mRNA-1273-Komponenten wie PEG und Trometamol nicht häufig berichtet wurden, ist allein durch die hohe Zahl an Impflingen bei Verabreichung der Impfstoffe für Covid-19 mit Anaphylaxien bei Personen zu rechnen, die zuvor auf die Komponenten der Impfstoffe sensibilisiert wurden, insbesondere auf PEG und PEG-Analoga und kreuzallergene Substanzen (vor allem Polysorbat) sowie auf Trometamol im Fall von mRNA-1273 [34, 39].

Pathophysiologie

Ursächlich liegt der Anaphylaxie meist eine immunologische Reaktion – am häufigsten als Immunglobulin-E-vermittelte

Allergie – zugrunde. IgE aktiviert dabei über Kreuzvernetzungen von hochaffinen IgE-Rezeptoren Mastzellen und basophile Granulozyten, was in einer erhöhten Expression von Oberflächenmarkern (CD63, CD203c) auf Basophilen indirekt messbar ist [16, 30].

Die Symptome anaphylaktischer Reaktionen werden insbesondere durch Mediatoren verursacht, die vor allem aus Mastzellen und basophilen Granulozyten freigesetzt werden wie Histamin, Prostaglandine, Leukotriene (LTB₄, LTC₄, and LTD₄), Tryptase, plättchenaktivierender Faktor (PAF), Heparin, Proteasen, Serotonin und Zytokine [16, 30].

Andere Antikörperklassen können zudem eine ähnliche Symptomatik auslösen oder eine IgE-vermittelte Reaktion verstärken [30]. Hierbei gelten die Komplement-spaltprodukte C3a, C4a und C5a (Anaphylatoxine) als besonders wichtige Mediatoren und neben Basophilen auch Neutrophile und Makrophagen als relevante Effektorzellen, die über Immunkomplexe-rezeptoren (CD16, CD32 bzw. CD64) aktiviert werden können [16, 30].

Daneben gibt es anaphylaktische Reaktionen, bei denen keine immunologische Sensibilisierung fassbar ist. Die Mechanismen dieser nicht allergischen Anaphylaxie umfassen eine IgE-unabhängige Freisetzung vasoaktiver Mediatorsubstanzen eventuell über den „MAS-related“ G-Protein-gekoppelten Rezeptor [16, 30], eine direkte Aktivierung des Komplementsystems, Interaktionen mit dem Kallikrein-Kinin-System, Interaktionen mit dem Arachidonsäurestoffwechsel sowie psycho-neurogene Reflexmechanismen.

Bei Patienten mit erhöhter basaler Serumtryptase und/oder Mastozytose kann die Anaphylaxie besonders schwer verlaufen [16, 30–33].

Eine vorangegangene Einnahme von Beta-Adrenozeptorantagonisten und ACE-Inhibitoren kann zu einer Verstärkung der anaphylaktischen Symptome führen [30, 31].

Bei Beta-Adrenozeptorantagonisten spielen die Blockade der kardiostimulatorischen sowie der mastzellstabilisierenden Wirkung von Adrenalin eine Rolle, bei den ACE-Inhibitoren ein verminderter Bradykininabbau mit daraus resultierender ausgeprägter Vasodilatation. Auch nach Ein-

nahme von Zylooxygenase-Inhibitoren (nichtsteroidale Antirheumatika, NSAR) kann es durch eine vermehrte Leukotrienbildung und durch Erleichterung der Absorption oral zugeführter Allergene zu verstärkten anaphylaktischen Reaktionen kommen.

Für die Akutbehandlung anaphylaktischer Reaktionen spielt die Differenzierung in allergisch/immunologische oder nichtallergisch/nicht-immunologisch ausgelöste Anaphylaxien allerdings keine Rolle [15, 40].

Einteilung und Symptome

Die Einteilung des Schweregrades der Anaphylaxie erfolgt entsprechend der Empfehlung von Ring und Messmer [30, 41] in die Schweregrade I-IV. Charakteristischerweise betrifft die Anaphylaxie die Haut, die Atemwege, das Herz-Kreislauf-System und den Gastrointestinaltrakt; das ZNS und der Urogenitaltrakt können ebenfalls beteiligt sein. Alle denkbaren Varianten von Verläufen sind möglich. Zum Beispiel kann ein leichtes Symptom wie Rhinorrhoe spontan abklingen oder zu schweren Symptomen mit Manifestationen in mehreren Organen fortschreiten. Ebenso kann sich die Maximalvariante der Anaphylaxie innerhalb kürzester Zeit ohne jegliche Prodromalzeichen entwickeln.

In 20 % der Fälle nimmt die Anaphylaxie einen biphasischen Verlauf, wobei erneute Symptome bis zu 24 Stunden nach Abklingen der Sofortreaktion auftreten können [42]. Die vermutete Ursache ist eine Ab-

nahme der Medikamentenwirksamkeit bei fortgesetzter Allergenexposition [43]. Auch primäre verzögerte Reaktionen sind möglich, wie bei Allergien auf Säugetierfleisch [44], bei denen klinische Symptome erst Stunden nach der Aufnahme auftreten.

Nach eventuellen Prodromalzeichen manifestieren sich kutane Reaktionen in Form von Juckreiz, Rötung („flush“), Quaddelbildung und/oder Schwellungen (Angioödem) an expositionsfernen Regionen. Auch die Schleimhäute können betroffen sein. Erstes Anzeichen eines Larynxödems kann eine heisere Stimme sein, eine Zungenschwellung kann sich durch kloßige Sprache bemerkbar machen.

Asthmatische Symptome treten als Folge der Bronchokonstriktion auf. Gastrointestinale Symptome manifestieren sich als krampfartige Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall bis hin zu unwillkürlicher Defäkation. Bei urogenitalen Manifestationen können Uteruskrämpfe, Harndrang und unwillkürlicher Harnabgang auftreten.

Mediatorbedingte Permeabilitätsstörung und Vasodilatation führen zu Blutdruckabfall und Pulsbeschleunigung. Im dramatischsten Fall ist ein Herz-Kreislauf-Stillstand die Folge.

Eine ZNS-Beteiligung kann in Form von Unruhe, Aggressivität, Kopfschmerzen und Bewusstseinsstörungen bis hin zu Krämpfen und Bewusstlosigkeit auftreten.

Da die differentialdiagnostische Abgrenzung zur Anaphylaxie oft nicht eindeutig ist, gelten die folgenden Symptome als

Erklärungen zu etwaigen Interessenkonflikten der Autoren

Prof. Dr. med. Ludger Klimek berichtet in den vergangenen drei Jahren über Forschungsmittel, Zuschüsse und/oder Honorare von Allergopharma, Bioprojet, Biomay, Circassia, Viatrix, HAL Allergie, ALK Abelló, Aimmune, Immunotek S.L., LETI Pharma, Stallergenes, Quintiles, Sanofi, ASIT Biotech, Lofarma, Thermofisher, Roxall, Allergy Therapeutics, AstraZeneca, GSK, Immunotek, AeDA, Pohl Boskamp GmbH, Paul-Martini Stiftung außerhalb der eingereichten Arbeit. Er ist Mitglied in folgenden Organisationen:

Ärzteverband Deutscher Allergologen e. V., Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., Deutsche Akademie für Allergologie und klinische Immunologie, Deutsche Allergie-Liga; Berufsverband der HNO-Ärzte, Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V., European Academy of Allergy and Clinical Immunology (gemeinnützige Organisation). Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

charakteristische Kriterien für eine Anaphylaxie [30, 45]:

- plötzliches Auftreten von kutanen Symptomen zusammen mit plötzlichen respiratorischen Symptomen oder plötzlichen hypovolämischen Symptomen oder
- plötzliches Auftreten von Symptomen in zwei oder mehr Organsystemen (Haut, Magen-Darm-Trakt, Atmungsorgane oder Kreislauf) nach Kontakt mit einem vermuteten Allergen oder verstärkenden Faktor oder
- Blutdruckabfall nach Kontakt mit einem der betroffenen Patientin/dem Patienten bekannten Allergen oder einem anderen augmentierenden Faktor.

Augmentationsfaktoren einer Anaphylaxie

Bestimmte Faktoren können eine Anaphylaxie verstärken oder, bei Zusammentreffen mehrerer Faktoren, eine Anaphylaxie auslösen. Folgende Augmentationsfaktoren sind bekannt [43]:

- Körperliche Belastung
- Infekte
- Medikamente
- Alkohol
- Mastozytose
- Psychogene Faktoren (z. B. Stress)
- Hormonelle Faktoren (z. B. Menstruation)

Therapie

Die Akuttherapie der anaphylaktischen Reaktion orientiert sich an der klinischen Symptomatik [30]. Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung sind das frühzeitige Erkennen der Symptome und ein umgehendes Ergreifen therapeutischer Maßnahmen. In klinischen Einrichtungen kann eine adäquate Vorgehensweise nur durch regelmäßige Notfallschulungen aller Mitarbeiter gewährleistet werden.

Basismaßnahmen

- 1) Unterbrechung der Allergen Zufuhr: Erster Schritt in der konsequenten Behandlung der Anaphylaxie sollte, sofern umsetzbar, das Entfernen bzw. die Unterbrechung der Zufuhr des vermuteten auslösenden Allergens sein [30, 46].

- 2) Anfordern von Hilfe: Umgehend sollten zusätzliche Helfer herbeigerufen werden. Dies kann im Einzelfall entweder durch die Alarmierung einer internen Rettungskette oder des externen Rettungsdienstes erfolgen.

Die Basisuntersuchung zur Erfassung von Leitsymptomatik und Akuität beinhaltet folgende Maßnahmen [30]:

1. Prüfung von Lebenszeichen (spontane Bewegung und Atmung)
2. Beurteilung von Puls und Blutdruck (Stärke, Frequenz, Regelmäßigkeit)
3. Beurteilung der Atmung (Sprechdyspnoe, inspiratorischer oder expiratorischer Stridor, Giemen; optional: Auskultation, Bestimmung des „Peak flow“ mittels mechanischem Peakflow-Meter, Pulsoximetrie)
4. Inspektion leicht einsehbarer Hautareale sowie der Schleimhäute
5. Erfragen weiterer Beschwerden (z. B. Übelkeit, Brechreiz, Kopfschmerzen, thorakales Druckgefühl, Sehstörung, Pruritus)
6. Erfragen bekannter Allergien

Monitoring

Um im Verlauf eine Verschlechterung des klinischen Zustandes einer Patientin/eines Patienten rechtzeitig zu erkennen, ist ein kontinuierliches Monitoring der Vitalparameter essentiell. Diese umfassen Herzfrequenz (HF), Blutdruck (RR), Atemfrequenz (AF) sowie im erweiterten Sinn Hautkolorit bzw. Auftreten von Hauterscheinungen. Ein Pulsoximeter erleichtert hierbei die Überwachung der Sauerstoffsättigung im Blut. Die bedrohlichste Symptomatik bestimmt dabei die erste Therapiemaßnahme:

- Herz-Kreislauf-Stillstand
- Störung des Herz-Kreislaufsystems
- Störung des Atemwegsystems
- Störung des Gastrointestinaltraktes
- Störung des Hautorgans.

Lagerung

Die Lagerung der Patientin bzw. des Patienten sollte symptomorientiert erfolgen: bei Kreislaufdysregulation ist die Flachlagerung mit erhöhten Beinen zu bevorzugen (Trendelenburg-Lagerung), um der Hypovolämie entgegenzuwirken. Bei

dyspnoischen Beschwerden sollte der Oberkörper hochgelagert werden (halbsitzend), bei Bewusstseinsbeeinträchtigung sollte der Patient in die stabile Seitenlage gebracht werden, um einer Atemwegsverlegung durch Zurückfallen der Zunge und möglichem Erbrechen vorzubeugen.

Einsatz von Notfallmedikamenten Adrenalin

Schwere systemische allergische Reaktionen erfordern die zügige Gabe von Adrenalin [30, 46, 47]. Adrenalin ist das einzige Medikament, welches gegen Beschwerden an allen betroffenen Organsystemen wie Haut, Atemwege, Herz-Kreislauf und Gastrointestinaltrakt wirkt. Gemäß aktueller Leitlinie wird die Gabe von Adrenalin ab einem Anaphylaxie-Schweregrad II (nach Ring und Messner) empfohlen [30]. Bei vielen anaphylaktischen Reaktionen ist die intramuskuläre Applikation die Therapie der Wahl [30]: Einerseits ist eine i.m.-Applikation einfach in der Anwendung, andererseits ist das Risiko schwerer kardialer Nebenwirkungen im Vergleich zur i.v.-Gabe deutlich geringer. Darüber hinaus wirkt intramuskulär verabreichtes Adrenalin – im Gegensatz zur subkutanen Applikation – ohne zeitliche Verzögerung [46]. Letztere wird aus diesem Grund nicht mehr empfohlen. Die empfohlene Einzeldosis Adrenalin bei Einsatz durch Fachpersonal beträgt, unabhängig von der Applikationsform, 10 µ/kgKG (= 0,01 mg/kgKG) [43].

Die i.m.-Injektion erfolgt in die Außenseite des Oberschenkels in einer Dosierung von 0,01 mg/kg KG [30, 43]. Bei ausbleibender Wirkung kann die Injektion alle 5–10 Minuten wiederholt werden [30].

Adrenalin wirkt über α-Rezeptor-gesteuerte Vasokonstriktion direkt den Ursachen des Schockgeschehens (erhöhte Kapillarpermeabilität und Vasodilatation) entgegen.

Die β1-mimetische Aktivität hat direkte kardiale Wirkungen und führt zu erhöhter Schlagfrequenz und Schlagkraft (positive Chronotropie und Inotropie). Des Weiteren führen die β2-Rezeptorwirkungen zu einer Bronchodilatation [48]. Adrenalin stellt somit das wichtigste Notfallmedikament für die Behandlung der Anaphylaxie dar.

β-Sympathomimetika

Der Einsatz von inhalativen kurzwirksamen β₂-Sympathomimetika (z.B. Fenoterol, Salbutamol) hat einen wichtigen Stellenwert bei der Behandlung des allergischen Asthmas. Bei Vorherrschen einer Bronchokonstriktion im Rahmen der anaphylaktischen Reaktion können initial 2–4 Hübe verabreicht werden [30]. Patienten, die ungeübt sind in der Anwendung von Asthmasprays (Nicht-Asthmatiker, Kinder) sollten mit Hilfe eines sog. Spacers inhalieren. Dieser ermöglicht eine Inhalation über die normale Atmung und steigert ggf. die Effizienz der verabreichten Dosis.

Antihistaminika

Antihistaminika sind ein weiterer Bestandteil der leitliniengerechten Anaphylaxie-Behandlung. Sie blockieren mehr oder weniger selektiv die Histaminrezeptoren an den Zellwänden. H₁-Rezeptoren sind überwiegend pulmonal und va-

sal zu finden, H₂-Rezeptoren vorwiegend am Herzen und im Gastrointestinaltrakt.

Antihistaminika der ersten Generation wirken Histaminrezeptor-unspezifisch und haben anticholinerge Wirkung [30]. Sie passieren die Blut-Hirn-Schranke, was der Grund ist für ihre zentralen Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Schläfrigkeit und Schwindel. Für die Akuttherapie der Anaphylaxie sind zur intravenösen Gabe nur Clemastin (Tavegil®) und Dimetinden (Fenistil®) zugelassen. Die im Notfall zu verabreichende Dosis beträgt 0,1 mg/kgKG Dimetinden bzw. 0,05 mg/kgKG Clemastin [30]. Sie sollte langsam intravenös (alternativ als Kurzinfusion) verabreicht werden.

Bei oraler Gabe eines Antihistaminikums sollte stets die Maximaldosis verabreicht werden. In der aktuellen Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass in Einzelfällen eine Dosissteigerung bis zur vierfachen Maximaldosis vertretbar ist [30].

Es besteht keine Evidenz über den Nutzen einer zusätzlichen Gabe von H₂-Blockern, wobei es aus praktischen Erwägungen sinnvoll erscheint, auch H₂-Rezeptor-vermittelte Effekte zu blockieren. Wir wenden daher – außer bei Kindern – die kombinierte Gabe von H₁- und H₂-Antagonisten an, zumal sie nebenwirkungsarm sind [49].

Glukokortikosteroide (GKS)

Aufgrund ihres verzögerten Wirkeintritts spielen Glukokortikoide in der Akuttherapie der Anaphylaxie nach heutigem Stand eine untergeordnete Rolle. Ein systematischer Review [50] zum Einsatz von GKS in der Anaphylaxie kommt zu dem Ergebnis, dass GKS keinen klaren Vorteil bringen. Da sie aber effektiv wirksam sind (insbesondere zur Beseitigung der Bronchokonstriktion), können sie dennoch sinnvoll eingesetzt werden, um protrahierten oder biphasischen Verläufen einer anaphylaktischen Reaktion vorzubeugen [30, 51].

Tab. 1: Pharmakotherapie einer Anaphylaxie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen unter ambulanten Bedingungen, nach Ring 2021 [30] und Klimek 2021 [8]

Wirkstoff	Applikationsweg	Körpergewicht			
		< 7,5 kgKG	7,5–25 kgKG (7,5–30 kgKG) ⁴	30–60 kgKG	> 60 kgKG
Adrenalin	Intramuskulär	50–600 µg			
Adrenalin	Autoinjektor, intramuskulär	Nicht zugelassen	150 µg	300 µg	1–2-mal 300 µg oder 500 µg
Adrenalin	Inhalativ, Vernebler	2 ml ²			
Adrenalin	Intravenös ¹	titrierend, Boli 1 µg/kgKG			
Dimetinden	Intravenös	1 ml ³	1ml/10 kgKG ³ (maximal 4 ml)	1 Ampulle = 4 ml ³	1–2 Ampullen = 4–8 ml ³ (1 ml/10 kgKG)
Prednisolon	Intravenös	50 mg	100 mg	250 mg	500–1000 mg
Salbutamol Terbutalin	Inhalativ	2 Hübe DA* per Spacer	2 Hübe DA per Spacer	2–4 Hübe DA per Spacer	2–4 Hübe DA per Spacer
Volumen	Bolus (NaCl 0,9 %)	20 ml/kgKG	20 ml/kgKG	10–20 ml/kgKG	10–20 ml/kgKG
Sauerstoff	Inhalativ	2–10 l/min	5–12 l/min	5–12 l/min	5–12 l/min

* DA = Dosieraerosol

¹Für die intravenöse Gabe wird von einer 1 ml einer 1 mg/ml Adrenalinlösung 1 ml auf 100 ml NaCl 0,9 % verdünnt (Endkonzentration 10 µg/ml).

²Für die Inhalation wird die Stammkonzentration verwendet (1 mg/ml).

³Eine (Stamm-)Konzentration von 1 mg/ml (1 ml enthält 1 mg Dimetindenmaleat).

⁴Unterschiedliche gewichtsabhängige Zulassungen bei unterschiedlichen Autoinjektoren.

GKS wirken einerseits auf genomischer Ebene, d.h. sie interagieren mit intrazellulären GKS-Rezeptoren in den Zielorganen [52]. Ihre antiinflammatorische Wirkung beruht u. a. auf einer Hemmung der Phospholipase 2, was eine verminderte Produktion von Prostaglandinen und Leukotrienen zur Folge hat [53].

Die nicht-genomische Wirkung andererseits findet durch Interaktion auf Zellmembran-Ebene statt [53]. Physikochemische Veränderungen der Membraneigenschaften führen zur Membranstabilisierung mit verminderter Durchlässigkeit für Kationen. Solche unspezifischen Effekte sollen nur bei Gabe hoher GKS-Mengen (d. h. 500–1000 mg Prednisolon für Erwachsene) innerhalb von 10–30 Minuten nach Verabreichung auftreten [52], während genomische Wirkeffekte erst 1–2 Stunden nach GKS-Gabe einsetzen.

Als Alternative bei fehlendem intravenösem Zugang stehen Suppositorien oder Tropflösungen zur oralen Applikation zur Verfügung.

Um diese Therapie zu gewährleisten, wird eine Mindestausstattung an Pharmaka (Tab. 1) und medizinischem Material be-

nötigt (Tab. 2), die in jeder impfenden Stelle verfügbar sein müssen. Zudem muss das Impfpersonal in der Erkennung und Behandlung schwerer allergischer Reaktionen geschult sein.

Weitere Notfallmaßnahmen

Venöser Zugang

Es ist von entscheidendem Vorteil, bereits in der Frühphase einer Notfallsituation venöse Zugänge zu legen, um einer drohenden Hypovolämie entgegenzuwirken. Da schwere anaphylaktische Reaktionen oft große Flüssigkeitsmengen erfordern, sollten als Standard mindestens ein, besser zwei großlumige Zugänge von mindestens 18G gelegt werden.

Intraossäre Zugänge sind eine mögliche Alternative, wenn keine venösen Zugänge vorhanden sind. Sie bleiben in der Regel Notärzten überlassen.

Volumensubstitution

Die bereits in der Frühphase der allergischen Sofortreaktion einsetzende Steigerung der Kapillarpermeabilität bewirkt einen massiven Volumenabstrom vom Intra-vascularraum in interstitielle Kompartimente. Aus diesem Grund stellt die frühzeitige

und ausreichende Volumensubstitution eine wichtige Säule in der Therapie der anaphylaktischen Reaktion dar. Um diesem Effekt schnellstmöglich entgegenzuwirken, sollten zügig innerhalb der ersten 5–10 Minuten 500–1000 ml Flüssigkeit und ggf. noch mehr infundiert werden können [54]. Bei Kindern sollte die initiale Volumenmenge 20 ml/kgKG betragen [30].

Aufgrund fehlender Evidenz ist eine klare Empfehlung zur Wahl des Volumenersatzmittels aktuell nicht möglich. Zur initialen Volumensubstitution werden physiologische Kochsalzlösungen oder balancierte Vollelektrolytlösungen empfohlen [30]. Ebenso können Kristalloidlösungen (Ringerlactat, Glucoselösung) verabreicht werden.

Sauerstoff

Alle Notfallpatienten mit akuten respiratorischen oder Kreislaufproblemen sollte Sauerstoff erhalten, ebenso Patienten mit bekannten kardiovaskulären oder pulmonalen Grunderkrankungen [46]. Es empfiehlt sich die Gabe von reinem Sauerstoff (100 %) mit hoher Flussgeschwindigkeit [30]. Die Verwendung von transparenten Atemmasken mit Reservoirbeutel hat sich dabei bewährt. Die Sauerstoffapplikation über Sauerstoffbrillen oder Nasensonden ist aufgrund fehlender Effektivität nicht mehr angebracht [30].

Sicherung der Atemwege

Die endotracheale Intubation stellt den Goldstandard in der Atemwegssicherung dar. Die Durchführung allerdings ist aufgrund potenzieller Fehlerquellen, die fatale Folgen für die Patienten haben können, nur geübten Personen zu empfehlen.

Als Alternative hat sich in jüngerer Zeit der Larynx-tubus etabliert. Seine Handhabung ist im Vergleich zur endotrachealen Intubation einfach und schnell erlernbar. Ob er zur Behandlung von Anaphylaxiepatienten das ideale Instrument darstellt, müssen weitere Untersuchungen klären [54].

Kardiopulmonale Reanimation

Bei Herz-Kreislauf-Versagen wird umgehend mit einer Herzdruckmassage im Verhältnis 30:2 und mit einer Frequenz von 100 bis maximal 120/min begonnen. Druck- und Entlastungsdauer sollten gleich lang sein. Dabei sind die Arme des

Tab. 2: Materielle Ausstattung zur Behandlung anaphylaktischer Reaktionen in ambulanten Einrichtungen/Impfzentren, nach [30]

Stethoskop

Blutdruckmessgerät

Pulsoxymeter, evtl. Blutzuckermessgerät

Stauschlauch, Venenverweilkanülen (in verschiedenen Größen), Spritzen, Infusionsbesteck, Pflaster zur Fixierung der Kanülen

Sauerstoff und Vernebler-Set mit Sauerstoffmaske (verschiedene Größen)

Beatmungsbeutel mit Masken (verschiedene Größen)

Absaugvorrichtung

Ggf. Guedel-Tubus

Volumen (z. B. balancierte Vollelektrolytlösung)

Arzneistoffe zur Injektion: Adrenalin, Glukokortikoid, H1-Rezeptor-Antagonist

Kurz wirksamer β 2-Adrenozeptor-Agonist, z. B. Salbutamol zur Inhalation (bevorzugt als Inhalationslösung zur Anwendung über Vernebler-Set mit Maske, ggf. alternativ als Dosieraerosol mit Inhalierhilfe/Spacer/Maske, Autohaler o. Ä.)

Automatisierter externer Defibrillator

Helfers/der HelferIn durchgestreckt, die Kompressionskraft wird aus dem Gewicht des eigenen Körpers geschöpft. Ein verfügbarer automatischer Defibrillator ist umgehend anzulegen, im Fall von Kammerflimmern erfolgt eine Defibrillation. Kinder und Säuglinge erhalten initial fünf Beatmungsversuche, erst dann wird mit der Herzdruckmassage im Verhältnis 15:2 und mit einer Frequenz von 120/min begonnen.

Prävention

Betroffene Patienten sollten ggf. mit einem Anaphylaxie-Notfallset ausgestattet werden (Beschreibung des Notfallsets siehe unten). Eine ambulante allergologische Ursachenabklärung mit Auslotung therapeutischer Optionen und Präventivmaßnahmen ist notwendig. Therapeutische Optionen umfassen beispielsweise eine Allergie-Immuntherapie (AIT) gegen Insektengifte oder eine strenge Nahrungsmittel- bzw. Medikamentenkarenz. Patienten sollten einen Allergiepass erhalten und diesen stets mit sich führen.

Praktische Gesichtspunkte

Als mögliche unerwünschte Reaktionen nach einer Impfung sind, neben einer sehr selten auftretenden Anaphylaxie, verstärkte Lokalreaktionen, Verschlechterung der Symptome einer bestehen-

den allergischen Erkrankung wie z. B. Asthma, Rhinokonjunktivitis, atopisches Ekzem (= Neurodermitis) möglich, aber auch kontaktallergische Reaktionen und Exantheme, die in sehr seltenen Fällen erst nach mehreren Tagen einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen können.

Aktuell geht es um die Möglichkeit einer unmittelbar akut auftretenden Anaphylaxie und die Beantwortung der folgenden Fragen:

- Wer ist gefährdet?
- Wann besteht eine eindeutige Kontraindikation? Gibt es die Möglichkeit einer pharmakologischen Prämedikation?
- Was muss vorbereitend getan werden?
- Wann ist eine Allergie-Testung vor Impfung erforderlich?
- Was ist bei der Applikation des Impfstoffs zu beachten?
- Wie lange sollte eine Nachbeobachtung sein?

Wer ist gefährdet? Wann besteht eine eindeutige Kontraindikation?

In Abb. 1 (siehe S. 274) sind verschiedene allergische Krankheiten bzw. Zustände dargestellt und ein damit einhergehendes Risikopotenzial für eine SARS-CoV-2-Impfung.

Eine frühere schwere allergische Reaktion (Anaphylaxie) auf einen Bestandteil des SARS-CoV-2-Impfstoffs ist eine absolute Kontraindikation für die Impfung – so, wie auch in der aktuellen Empfehlung der EMA formuliert. Weitere risikobehaftete Patienten sind aus allergologischer Sicht Patienten, die eine Anaphylaxie bei Mastozytose, eine Anaphylaxie auf frühere Impfungen und eine Anaphylaxie mit unklarem Auslöser erlitten haben.

Anaphylaxie nach Insektenstichen oder Nahrungsmitteln stellt keine Kontraindikation zur Impfung dar. Als Vorsichtsmaßnahme wurden zunächst auch Patienten mit einer anaphylaktischen Reaktion auf Nahrungsmittel in der Vorgeschichte von der Impfung ausgeschlossen, da vereinzelt residuelle Bestandteile von Nahrungsmittelallergenen allergische Reaktionen bei Impfungen auslösen können [34, 55]. Der Corona-Impfstoff der Firma Biontech-Pfizer enthält jedoch solche Inhaltsstoffe nicht. Daher ist bei nahrungsmittelallergischen Patienten nicht per se von einem erhöhten Allergierisiko für eine Covid-19-Impfung auszugehen.

Die in Abb. 1 (siehe S. 274) angegebenen Erkrankungen sollten fortwährend im Verlauf in Bezug auf ein mögliches Risiko für die Patientin bzw. den Patienten geprüft werden, einer Allergie-Diagnostik

Tab. 3: Übersicht der Charakteristika der in Deutschland zugelassenen Autoinjektoren nach aktuellen Fachinformationen

Charakteristika	Fastjekt® Junior 150 Fastjekt® 300	Emerade® 150/300/500 *	Jext® 150/300
Dosierung nach Körpergewicht (KG)	ab 7,5 kg/ab 25 kg	ab 15 kg/ab 30 kg/ ab 60 kg **	ab 15 kg/ab 30 kg
Sicherungskappe gegenüber vom Nadelaustritt	vorhanden	keine	vorhanden
Farbliche Kennzeichnung	Blau: Sicherheitskappe Orange: Nadelaustritt	keine	Gelb: Sicherheitskappe Schwarz: Nadelaustritt
Haltedauer bei Injektion	3 sek	5 sek	10 sek
Nadellänge	13/16 mm	16/23/23 mm	13/15 mm
Haltbarkeit	19/20 Monate	18 Monate	18 Monate
Sichtfenster zur Kontrolle der Injektion und Injektionslösung	offen/direkt sichtbar	verdeckt/nicht direkt sichtbar	offen/direkt sichtbar
Doppelpackung (N2)	verfügbar	verfügbar	keine

* keine Kinderzulassung

** abhängig von klinischer Beurteilung; Emerade 300 oder 500

zur Ermittlung der auslösenden Substanz bei unklarer Konstellation zugeführt werden und bei entsprechendem Ergebnis geimpft werden, wie z. B. bei Patienten mit Anaphylaxie auf definierte, nicht im Impfstoff enthaltene Medikamente oder Zusatzstoffe.

► Insgesamt wird deutlich, dass eine absolute Kontraindikation für die SARS-CoV-2-Impfung auch bei allergischen Individuen sehr selten sein dürfte.

► Es folgt daraus aber auch, dass in unklaren Fällen eine adäquate Allergie-Diagnostik rechtzeitig vor der Impfung durchgeführt werden sollte. Dies setzt entsprechende Information und Aufklärung sowohl der Impfteams als auch der impfwilligen Personen voraus.

Was muss vorbereitend getan werden?

Wann ist eine Allergietestung vor Impfung erforderlich?

Gibt es eine Möglichkeit der pharmakologischen Prämedikation?

Im Rahmen der Bekanntmachungen zur Durchführung der SARS-CoV-2-Impfungen sollten auch Hinweise auf die Notwendigkeit einer allergologischen Abklärung bei bestimmten Risiken in der Vorgeschichte gegeben werden. So wird das Eingangsgespräch mit Anamnese im Impfzentrum erleichtert.

Bei unklarem Ergebnis der allergologischen Diagnostik – beispielsweise „Zustand nach Anaphylaxie unklarer Genese“ kann eine antiallergische Prämedikation – wie z. B. bei Vorliegen einer perioperativen oder Kontrastmittel-induzierten Anaphylaxie – mit Antihistaminika (Histamin-H1- und H2-Antagonisten) und einem oralen Glukokortikoid erwogen werden [30].

Personen hingegen mit einer Allergie auf andere Allergene wie Pollen, Hausstaubmilben, Pilzsporen, Tierepithelien, Nahrungsmittel, Insektengifte oder auf Arzneimittel und Hilfsstoffe, die nicht zu den Inhaltsstoffen der Impfstoffe gehören oder kreuzreaktiv sind, stellen keine Risiko-Population für eine Anaphylaxie auf die Covid-19-Impfstoffe dar. Bezogen auf allergische Krankheitsbilder weisen Personen kein erhöhtes Risiko auf, die an einer atopischen Erkrankung leiden wie Rhinokonjunktivitis allergica, Asthma bronchiale, atopisches Ekzem, allergisches Kontaktekzem oder Arzneimittel-exanthem, Urtikaria, Angioödemem oder Polyposis nasi.

Ein praktikables Ampelschema zur Patientenidentifikation wird in Klimek et al. [8] und Worm et al. 2021 [56] dargestellt, vgl. dazu auch Abb. 1 (siehe vorne im Heft S. 274).

Was ist bei der Applikation des Impfstoffes zu beachten? Wie lange sollte die Nachbeobachtung sein?

Nach Kurzanamnese und Ausschluss der Kontraindikation (Abb. 1) kann die Injektion erfolgen.

Wegen möglicher Nebenwirkungen empfiehlt sich bei Personen mit Anaphylaxie in der Vorgeschichte eine Nachbeobachtung von 30 Minuten nach der Injektion.

Das Impftteam muss über die Möglichkeit einer Anaphylaxie informiert und in der dann notwendigen Akutbehandlung geschult sein. Die dazu nötigen Medikamente und Hilfsmittel müssen verfügbar sein, einschließlich der Adrenalin-Autoinjektoren [8].

Diskussion

Die weltweite Zunahme der Prävalenz allergischer Erkrankungen sowie deren häufigere Diagnosestellung haben zu einer wichtigen öffentlichen Wahrnehmung der „Volkserkrankung Allergie“ geführt. In der aktuell teils emotional geführten Diskussion über Impfungen gegen Covid-19 wird der Aspekt möglicher Impfnebenwirkungen im Vergleich zum Nutzen überproportional gewichtet. Es wäre irrational und für die Gesundheit der Bevölkerung fahrlässig, ca. 30 % der Bevölkerung – dem ungefähren Anteil allergischer Menschen in westlich geprägten postindustriellen Gesellschaften, keine SARS-CoV-2-Impfung zuteil kommen zu lassen. Bei Vorliegen einer plausiblen Risikoanamnese sollte vor der Impfung eine fachlich adäquate allergologische Diagnostik inklusive Bestimmung der Serumtryptase erfolgen. Alle Mitarbeitenden des Gesundheitswesens, die aktuell Impfungen gegen Covid-19 durchführen, sollen geschult werden, anaphylaktische Reaktionen zu erkennen und sofort leitliniengerecht zu behandeln. Eine Notfallausstattung inklusive Adrenalin-Autoinjektoren sollte verpflichtend sein. Eine eventuelle Prämedikation mit systemischen Antihistaminika und Glukokortikoiden sollte im Ermessen der impfenden Ärztinnen und Ärzten liegen.

Patientinnen und Patienten mit einer Anaphylaxieanamnese sollen nach der Impfung 30 Minuten nachbeobachtet werden.

Praktische Hilfen und Hinweise für Ihre Patienten

- Die Anwendung des Adrenalin-Autoinjektors (AAI) sollte regelmäßig geübt werden, damit jeder Handgriff zur Routine wird. AAI sind als Trainingsgeräte ohne Wirkstoff von allen Herstellern kostenlos erhältlich. Schulen Sie Ihre Patientinnen und Patienten in der korrekten Handhabung des Autoinjektors und erinnern Sie Ihre Patienten daran, dass die Handhabung in Abständen von circa einem Vierteljahr regelmäßig geübt werden sollte. Weisen Sie Ihre Patienten auf die Arbeitsgemeinschaft Anaphylaxie – Training und Edukation e. V. (AGATE) hin, welche regelmäßig Schulungen für Patienten und Angehörige anbietet.
- Achten Sie darauf, dass Ihre Patienten immer den gleichen Adrenalin-Autoinjektor erhalten, indem Sie – wie von

Experten empfohlen – bei der Verschreibung stets das Aut-idem-Feld ankreuzen. Damit gewährleisten Sie, dass Ihre Patienten einen Adrenalin-Autoinjektor erhalten, mit dessen Anwendung sie und ihr persönliches Umfeld wie Eltern, Betreuungspersonal, Lehrer, Kollegen und Freunde vertraut sind.

Für die betroffenen Patientinnen und Patienten sollte der Adrenalin-Autoinjektor ein selbstverständlicher Begleiter sein – so wie Schlüssel, Handy und Portemonnaie. Rufen Sie daher Ihren Patienten ins Bewusstsein, dass die Injektion von Adrenalin bei Anaphylaxie lebensrettend ist. Jede Minute zählt! Bei den ersten sicheren Anzeichen einer Anaphylaxie sollte dieser eingesetzt werden.

Notfallset

Abhängig vom Auslöser der Anaphylaxie (vermeidbar/nicht vermeidbar) wird den betroffenen Patienten ein Notfallset verordnet, bestehend aus einem Adrenalin-Autoinjektor, einem oralen Antihistaminikum und Glukokortikoid sowie ggf. einem Asthmaspray (z. B. Salbutamol) [30, 43]. Aus praktischen Erwägungen empfiehlt es sich, Antihistaminikum und Glukokortikoid je nach Verfügbarkeit in Form von Schmelztabletten oder Tropfen zu verordnen. Die Medikamente können so auch ohne Wasser geschluckt werden bzw. im Fall auftretender Schwellungen im oberen Gastrointestinaltrakt leichter eingenommen werden.

Der Adrenalin-Autoinjektor ermöglicht gefährdeten Patienten eine Selbstverabreichung im Notfall und ist essenzieller Bestandteil des Anaphylaxie-Notfallsets. In Deutschland (siehe Tab. 3) sind mehrere Modelle zugelassen, erhältlich in den Dosierungen 150 µg (Emerade® 150, Fastjekt® junior, Jext® 150), 300 µg (Emerade® 300, Fastjekt®, Jext® 300) und 500 µg (Emerade® 500, zugelassen nur für Erwachsene). Laut deutscher Anaphylaxie-Leitlinie steht die Dosierung 150 µg für Kinder zwischen 15–30 kg zur Verfügung (Anaphylaxie-Leitlinie), wobei der Fastjekt® junior bereits ab 7,5 kgKG zugelassen ist entsprechend den Dosierungsempfehlungen der europäischen Anaphylaxie-Leitlinie [57] (Fachinformation Fastjekt®, Stand September 2015). Es gibt Hinweise, dass auch mit anderen Autoinjektoren eine Dosis von 150 µg Adrenalin für gesunde Kinder mit 10–15 kgKG keine Gefährdung darstellt [30], weshalb hier eine Verordnung als „off label use“ mit entsprechender Aufklärung der Eltern eine mögliche Option darstellt. Die Dosierung von 300 µg wird bei einem Gewicht ab 30 kgKG empfohlen, ab einem Gewicht über 60 kg wird eine Adrenalin-Dosis von 300–600 µg empfohlen [30, 57]. Es hat sich bewährt, mit 300 µg zu beginnen und

die weitere Dosierung dem klinischen Verlauf, der Entwicklung der klinischen Symptomatik und dem Ansprechen auf die Therapie anzupassen.

Für stark übergewichtige Patienten (> 100 kg) ist abzuwägen, ob auch mit einer Erstdosis von 500 µg begonnen werden kann. Bei bekannter Neigung zu heftigen oder biphasischen Anaphylaxie-Verläufen, die eine Adrenalin-Nachdosierung erforderlich machen, können auch zwei Autoinjektoren verordnet werden. Dem entspricht eine Empfehlung der EMA, dass Risikopatienten zwei Autoinjektoren mit sich führen sollten [58].

Die Gefahr von Adrenalin-Überdosierung oder -Nebenwirkungen ist im Kindesalter gering, bei Erwachsenen und insbesondere älteren Patienten mit kardiovaskulären Grunderkrankungen jedoch unbedingt zu berücksichtigen. Andererseits sind gerade Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch anaphylaktische Reaktionen auch besonders gefährdet. Ein ausreichender Perfusionsdruck im Koronarkreislauf kann oft nur durch gleichzeitige Gabe von intravenösem Volumen und Vasokonstriktion gelingen [30].

Eine Schulung zur korrekten Handhabung des Autoinjektors ist unerlässlich, da sich die in Deutschland erhältlichen Modelle in ihrer Handhabung unterscheiden. Aus diesem Grund erscheint es nicht sinnvoll, einem Patienten verschiedene Modelle zu verordnen. Eine Studie hat gezeigt, dass nur 50–75 % der mit Autoinjektor versorgten Patienten diesen ständig bei sich tragen [48]. Von diesen konnten nur 30–40 % eine korrekte Handhabung demonstrieren [48]. Gegebenenfalls müssen auch Angehörige in die Schulung mit einbezogen werden. Siehe dazu auch den Infokasten auf dieser Seite.

Fazit für die Praxis

Eine Impfung sollte immer in einem Umfeld erfolgen, in dem eine medizinische Notfallversorgung gewährleistet ist.

Zusammenfassung

Allergische Reaktionen auf Impfstoffe sind sehr selten und treten bei 1 pro 1.000.000 bis zu 30 pro 100.000 Impfungen auf [30, 59–63].

Beide mRNA-Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 gründen auf der gleichen lipidbasierten Nanopartikelträger-Technologie; die anderen beiden Impfstoffe sind Vektor-Impfpräparate.

In den nächsten Monaten werden voraussichtlich weitere Impfstoffe zugelassen werden, und es ist nahezu unvermeidlich, dass in den kommenden Monaten unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten werden, die in den zur Zulassung durchgeführten Studien nicht beobachtet wurden.

Die Impfstoffsicherheit erfordert einen proaktiven Ansatz, um das Vertrauen der Öffentlichkeit zu erhalten und die Zurückhaltung von Teilen der Bevölkerung bei der Impfung zu verringern. Wachsamkeit, sorgfältige Reaktion, Dokumentation und Charakterisierung dieser Ereignisse sind notwendig, um die Definition von Mechanismen und geeigneten Ansätzen zur Vorhersage, Prävention und Behandlung zu ermöglichen.

Prof. Dr. med. Ludger Klimek¹

Dr. med. Jonas Eckrich²

Dr. med. Jan Hagemann²

Dr. rer. nat. Ingrid Casper¹

Dr. med. Tilman Huppertz²

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
ludger.klimek@allergiezentrum.org

¹ Zentrum für Rhinologie und Allergologie, Wiesbaden

² Universitätsklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Kopf-Hals-Chirurgie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Inhalte aus dem Text wurden von den Autoren zuerst unter dem Titel: „Allergische Reaktionen auf Covid-19-Impfstoffe – Evidenz und praxisorientiertes Vorgehen“ publiziert im: Internist 2021,

62:326–332 <https://doi.org/10.1007/s00108-021-00959-5/> – angenommen am 20.01.2021, online publiziert am 13. Februar 2021 im Springer Medizin Verlag GmbH. Für das Hessische Ärzte-

blatt 05/2021 haben die Autoren einen komplett aktualisierten, eigenen Beitrag geschrieben, der am 6. April 2021 eingereicht wurde und den Stand bis dahin umfasst. (red)

Literatur zum Artikel:

Allergische Reaktionen auf Covid-19-Impfstoffe

Prof. Dr. med. Ludger Klimek, Dr. med. Jonas Eckrich, Dr. med. Jan Hagemann, Dr. rer. nat. Ingrid Casper, Dr. med. Tilman Huppertz

- [1] WHO. Coronavirus disease (Covid-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. 2021 [06.04.2021]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
- [2] Cardinale, F., et al., Consensus statement of the Italian society of pediatric allergy and immunology for the pragmatic management of children and adolescents with allergic or immunological diseases during the Covid-19 pandemic. *Ital J Pediatr*, 2020. 46(1): p. 84.
- [3] Klimek, L., O. Pfaar, and M. Worm, Anwendung von Biologika bei allergischen und Typ-2-entzündlichen Erkrankungen in der aktuellen Covid-19-Pandemie – ein Positionspapier von AeDA, DGAKI, GPA, ÖGAI, LGAI, ÖGP, ARIA und EAACI. Use of biologicals in allergic and type-2 inflammatory diseases in times of the current Covid-19 pandemic – Position paper of AeDA, DGAKI, GPA, ÖGAI, LGAI, ÖGP, ARIA und EAACI. *Allergologie*, 2020. 43(7): p. 255.
- [4] Pfaar, O., et al., Covid-19 pandemic: Practical considerations on the organization of an allergy clinic-An EAACI/ARIA Position Paper. *Allergy*, 2021. 76(3): p. 648–676.
- [5] Pfaar, O., M.J. Torres, and C.A. Akdis, Covid-19: A series of important recent clinical and laboratory reports in immunology and pathogenesis of SARS-CoV-2 infection and care of allergy patients. *Allergy*, 2021. 76(3): p. 622–625.
- [6] Riggioni, C., et al., A compendium answering 150 questions on Covid-19 and SARS-CoV-2. *Allergy*, 2020. 75(10): p. 2503–2541.
- [7] Shaker, M.S., et al., Covid-19: Pandemic Contingency Planning for the Allergy and Immunology Clinic. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2020. 8(5): p. 1477–1488 e5.
- [8] Klimek, L., Bergmann KC, Brehler R, Pftzner W, Worm M et al., Allergologische Diagnostik und Therapien bei Covid-19 Impfungen: Praktische Handlungsempfehlungen von AeDA, DGAKI und GPA. *Allergo Journal International* 2021, DOI: 10.1007/s40629–021–00165–7
- [9] Klimek, L., et al., Allergen immunotherapy in the current Covid-19 pandemic: A position paper of AeDA, ARIA, EAACI, DGAKI and GPA: Position paper of the German ARIA Group(A) in cooperation with the Austrian ARIA Group(B), the Swiss ARIA Group(C), German Society for Applied Allergology (AEDA)(D), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI)(E), Society for Pediatric Allergology (GPA)(F) in cooperation with AG Clinical Immunology, Allergology and Environmental Medicine of the DGHNO-KHC(G) and the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)(H). *Allergol Select*, 2020. 4: p. 44–52.
- [10] Pfaar, O., et al., Covid-19-Impfungen von allergischen Patienten bei gleichzeitiger Antikörpertherapie (Biologika): ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI) und dem Aertzteverband Deutscher Allergologen (AeDA). *Allergologie Select*, 2021, in preparation.
- [11] EMA. Anhang I – Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels – Comirnaty Konzentrat zur Herstellung einer Injektionsdispersion Covid-19-mRNA-Impfstoff (Nukleosid-modifiziert). 2020 [06.04.2021]; Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf.
- [12] EMA. Summary of Product Characteristics: Covid-19 Vaccine Moderna dispersion for injection Covid-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified). 2021 26.01.2021 [06.04.2021]; Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_en.pdf.
- [13] EMA. Summary of Product Characteristics: Covid-19 Vaccine AstraZeneca suspension for injection. 2021 [06.04.2021]; Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_en.pdf.
- [14] EMA. Summary of Product Characteristics: Covid-19 Vaccine Janssen suspension for injection Covid-19 vaccine (Ad26.COVS2-S [recombinant]). 2021 [06.04.2021]; Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_en.pdf.
- [15] Klimek, L., Novak, N., Hamelmann, E. et al., Severe allergic reactions after Covid-19 vaccination with the Pfizer/BioNTech vaccine in Great Britain and USA: Position statement of the German Allergy Societies: Medical Association of German Allergologists (AeDA), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA). *Allergo Journal International* 2021. Online ahead of print: p. 1–5.

- [16] Klimek, L., et al., Management von Anaphylaxiegefährdeten Patienten während der Covid-19-Pandemie. *Allergo Journal: interdisziplinäre Zeitschrift für Allergologie und Umweltmedizin: Organ der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung*, 2020. 29(7): p. 16–26.
- [17] Worm, M., et al., Covid-19 vaccination and risk of anaphylaxis – Recommendations for practical management. *MMW Fortschr Med*, 2021. 163(1): p. 48–51.
- [18] EMA. Summary of Product Characteristics: Comirnaty concentrate for dispersion for injection Covid-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified). 2020 28.01.2021 [23.03.2021]; Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf.
- [19] Hodgson, S.H., et al., What defines an efficacious Covid-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis*, 2021. 21(2): p. e26–e35.
- [20] worldometers.info. Covid-19 Coronavirus Pandemic. 2021 [06.04.2021]; Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
- [21] Pollard, A.J. and E.M. Bijker, A guide to vaccinology: from basic principles to new developments. *Nat Rev Immunol*, 2021. 21(2): p. 83–100.
- [22] RKI. Epidemiologisches Bulletin. 2021 [06.04.2021]; Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_node.html.
- [23] WHO. Draft landscape and tracker of Covid-19 candidate vaccines. 2021 02.04.2021 [06.04.2021]; Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
- [24] Krammer, F., SARS-CoV-2 vaccines in development. *Nature*, 2020. 586(7830): p. 516–527.
- [25] Logunov, D.Y., et al., Safety and immunogenicity of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost Covid-19 vaccine in two formulations: two open, non-randomised phase 1/2 studies from Russia. *Lancet (London, England)*, 2020. 396(10255): p. 887–897.
- [26] Blauvelt, A., et al., Dupilumab does not affect correlates of vaccine-induced immunity: A randomized, placebo-controlled trial in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*, 2019. 80(1): p. 158–167 e1.
- [27] Zeitlin, P.L., et al., Benralizumab does not impair antibody response to seasonal influenza vaccination in adolescent and young adult patients with moderate to severe asthma: results from the Phase IIIb ALIZE trial. *J Asthma Allergy*, 2018. 11: p. 181–192.
- [28] Durrani, S.R., et al., Innate immune responses to rhinovirus are reduced by the high-affinity IgE receptor in allergic asthmatic children. *J Allergy Clin Immunol*, 2012. 130(2): p. 489–95.
- [29] Esquivel, A., et al., Effects of Omalizumab on Rhinovirus Infections, Illnesses, and Exacerbations of Asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, 2017. 196(8): p. 985–992.
- [30] Ring, J., et al., Guideline (S2k) on acute therapy and management of anaphylaxis: 2021 update: S2k-Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Society of Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA), the German Academy of Allergology and Environmental Medicine (DAAU), the German Professional Association of Pediatricians (BVKJ), the Society for Neonatology and Pediatric Intensive Care (GNPI), the German Society of Dermatology (DDG), the Austrian Society for Allergology and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology (SGAI), the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI), the German Society of Pharmacology (DGP), the German Respiratory Society (DGP), the patient organization German Allergy and Asthma Association (DAAB), the German Working Group of Anaphylaxis Training and Education (AGATE). *Allergo journal international*, 2021. 30(1): p. 1–25.
- [31] Worm, M., et al., Factors increasing the risk for a severe reaction in anaphylaxis: An analysis of data from The European Anaphylaxis Registry. *Allergy*, 2018. 73(6): p. 1322–1330.
- [32] Brockow, K., et al., Anaphylaxis in patients with mastocytosis: a study on history, clinical features and risk factors in 120 patients. *Allergy*, 2008. 63(2): p. 226–32.
- [33] Schuch, A. and K. Brockow, Mastocytosis and Anaphylaxis. *Immunology and allergy clinics of North America*, 2017. 37(1): p. 153–164.
- [34] Klimek L, N.N., Cabanillas B, Jutel M, Bousquet J, Akdis CA., Potential allergenic components of the mRNA-1273 vaccine for Covid-19: possible roles for polyethylene glycol and IgG-mediated complement activation. *Allergy* 2021. 2021 in press.
- [35] Sellaturay, P., S. Nasser, and P. Ewan, Polyethylene Glycol-Induced Systemic Allergic Reactions (Anaphylaxis). *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2020.
- [36] Wenande, E. and L.H. Garvey, Immediate-type hypersensitivity to polyethylene glycols: a review. *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 2016. 46(7): p. 907–22.
- [37] Brockow, K., et al., Skin test concentrations for systemically administered

- red drugs – an ENDA/EAACI Drug Allergy Interest Group position paper. *Allergy*, 2013. 68(6): p. 702–12.
- [38] Lukawska, J., et al., Anaphylaxis to trometamol excipient in gadolinium-based contrast agents for clinical imaging. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2019. 7(3): p. 1086–1087.
- [39] Klimek L, J.M., Akdis C., ARIA-EAACI statement on severe allergic reactions to Covid-19 vaccines – an EAA-CI-ARIA Position Paper. *Allergy*, 2020. Online ahead of print.
- [40] Glowania, A., U. Goebel, and L. Klimek, Management der Anaphylaxie. Teil 1: Ursachen und Pathophysiologie. *Hno*, 2012. 60(11): p. 1019–28.
- [41] Ring, J., L. Klimek, M. Worm, Adrenaline in the Acute Treatment of Anaphylaxis. *Deutsches Arzteblatt international*, 2018. 115(31–32): p. 528–534.
- [42] Stark, B.J. and T.J. Sullivan, Biphasic and protracted anaphylaxis. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 1986. 78(1 Pt 1): p. 76–83.
- [43] Beyer, K.N., B., Anaphylaxie, in *Allergien bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und klinische Praxis*, O.P. L. Klimek, and E. Rietschel, , Editor. 2014, Schattauer. p. 407–412.
- [44] Commins, S.P. and T.A.E. Platts-Mills, Anaphylaxis syndromes related to a new mammalian cross-reactive carbohydrate determinant. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 2009. 124(4): p. 652–7.
- [45] Sampson, H.A., et al., Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 2006. 117(2): p. 391–7.
- [46] Simons, F.E.R., et al., World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 2011. 127(3): p. 587–93.e1–22.
- [47] Sheikh, A., et al., Adrenaline for the treatment of anaphylaxis: cochrane systematic review. *Allergy*. 2009 Feb., v. 64, no. 2, 2009: p. 204–212.
- [48] McLean-Tooke, A.P.C., et al., Adrenaline in the treatment of anaphylaxis: what is the evidence? *BMJ (Clinical research ed.)*, 2003. 327(7427): p. 1332–5.
- [49] Winbery, S.L. and P.L. Lieberman, Histamine and antihistamines in anaphylaxis. *Clinical allergy and immunology*, 2002. 17: p. 287–317.
- [50] Choo, K.J.L., E. Simons, and A. Sheikh, Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis: Cochrane systematic review. *Allergy*, 2010. 65(10): p. 1205–11.
- [51] Santos, A.F. and G. Lack, Commentary on 'glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis'. *Evidence-based child health: a Cochrane review journal*, 2013. 8(4): p. 1295–6.
- [52] Kaiser, H.K., K. , Wirkungen von Corticoiden in der Peripherie, in *Cortisontherapie: Corticoide in Klinik und Praxi*, H. Kaiser and K. Kley, Editor. 2002, Thieme.
- [53] Buttgerit, F., et al., Wirkungsmechanismen der hochdosierten Glucocorticoidtherapie. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 1996. 121(8): p. 248–52.
- [54] Klimek, L., U. Goebel, and A. Glowania, Management der Anaphylaxie : Teil 2: Therapie und Notfallausrüstung. *Hno*, 2012. 60(12): p. 1103–13.
- [55] Ankermann, T., et al., CME. Allergie und Impfen – ein Mythos entmystifiziert. *Allergies and vaccination: a myth demystified. Allergo J Int* 2018; 27: 234–43. *Allergo Journal*, 2018. 27(7): p. 38.
- [56] Worm, M., et al., Anaphylaxie-Risiko bei Covid-19 Impfung – Empfehlungen für das praktische Management. *MMW Fortschr Med*. 2021; 163(1): 48–51. Springer Medizin. Published online 2021 Jan 21. German. doi: 10.1007/s15006-021-9530-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7814269/>. Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33464512/>. PMID: 33464512
- [57] Muraro, A., et al., Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 2014. 69(8): p. 1026–45.
- [58] EMA. Adrenaline auto-injectors. 2015 [06.04.2021]; Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/adrenaline-auto-injectors>.
- [59] Caubet, J.-C. and C. Ponvert, Vaccine allergy. *Immunology and allergy clinics of North America*, 2014. 34(3): p. 597–613, ix.
- [60] Dreskin, S.C., et al., International Consensus (ICON): allergic reactions to vaccines. *The World Allergy Organization journal*, 2016. 9(1): p. 32.
- [61] McNeil, M.M. and F. DeStefano, Vaccine-associated hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol*, 2018. 141(2): p. 463–472.
- [62] Nilsson, L., et al., Vaccination and allergy: EAACI position paper, practical aspects. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 2017. 28(7): p. 628–640.
- [63] Wood, R.A., Allergic reactions to vaccines. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 2013. 24(6): p. 521–6.

Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main – Verlauf bis Ende März 2021

Im Herbst vergangenen Jahres hatten wir im HÄBL 10/2020 die Daten der positiv auf SARS-CoV-2 Getesteten sowie der Hospitalisierungen und Todesfälle an oder mit Covid-19 aus Frankfurt am Main vorgestellt und die Fragen aufgeworfen,

- ob weiterhin die Verhütung aller, auch asymptomatischer Infektionen das Ziel bleiben soll (Containment), oder
- ob entsprechend dem nationalen Pandemieplan des Robert Koch-Instituts (RKI) [1] zunehmend die Schutzstrategie für vulnerable Gruppen (Protection) sowie die Folgenminderungsstrategie (Mitigation) in den Fokus genommen werden soll.

Wir hatten eine breite öffentliche Diskussion zu den Zielen und Mitteln der Pandemiebekämpfung gefordert – unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes sowie ethischer (primum non nocere) und rechtlicher Fragen (Primat des mildesten Mittels) [2, 3].

Daten

Ab Oktober 2020 kam es in ganz Deutschland – auch in Frankfurt am Main – zu einer zweiten Welle. Das Maximum wurde in der 45. Kalenderwoche (KW) 2020 erreicht, danach nahmen die Meldungen bis zur 7. KW 2021 stetig ab; seit der 8. KW nehmen die Fallzahlen wieder zu (Abb. 1a). Verschiedene Bevölkerungsgruppen waren sehr unterschiedlich betroffen. Dies zeigen die sog. 7-Tages-„Inzidenzen“ in Bezug auf die unterschiedlichen Altersgruppen. In der Gesamtbevölkerung erreichte die maximale 7-Tages-Inzidenz im November knapp 300/100.000. Bei den 20–39-Jährigen und den > 80-Jährigen erreichte sie maximal über 360/100.000. In der Gesamtbevölkerung und in den Altersgruppen bis unter 80 Jahren fiel die 7-Tagesinzidenz rasch wieder ab, in der Gruppe der > 80-Jährigen blieb sie jedoch über einige Wochen bis einschließlich der ersten KW 2021 bei 250–300/100.000. Ab der KW 9

kommt es in allen Altersgruppen zu einem starken Anstieg der Meldungen – mit Ausnahme der > 80-Jährigen.

Die Hospitalisierungsrate in der Gesamtbevölkerung und in den Altersgruppen bis 60 Jahre lag in den letzten Wochen des

Jahres 2020 bei bzw. unter 20/100.000, bei den 60–79-Jährigen doppelt so hoch. Bei den > 80-Jährigen lag sie über mehrere Wochen bei über 100/100.000, mit Maximalwerten von bis zu 138/100.000 in der 51. und 52. KW (Abb. 1b). In den Alters-

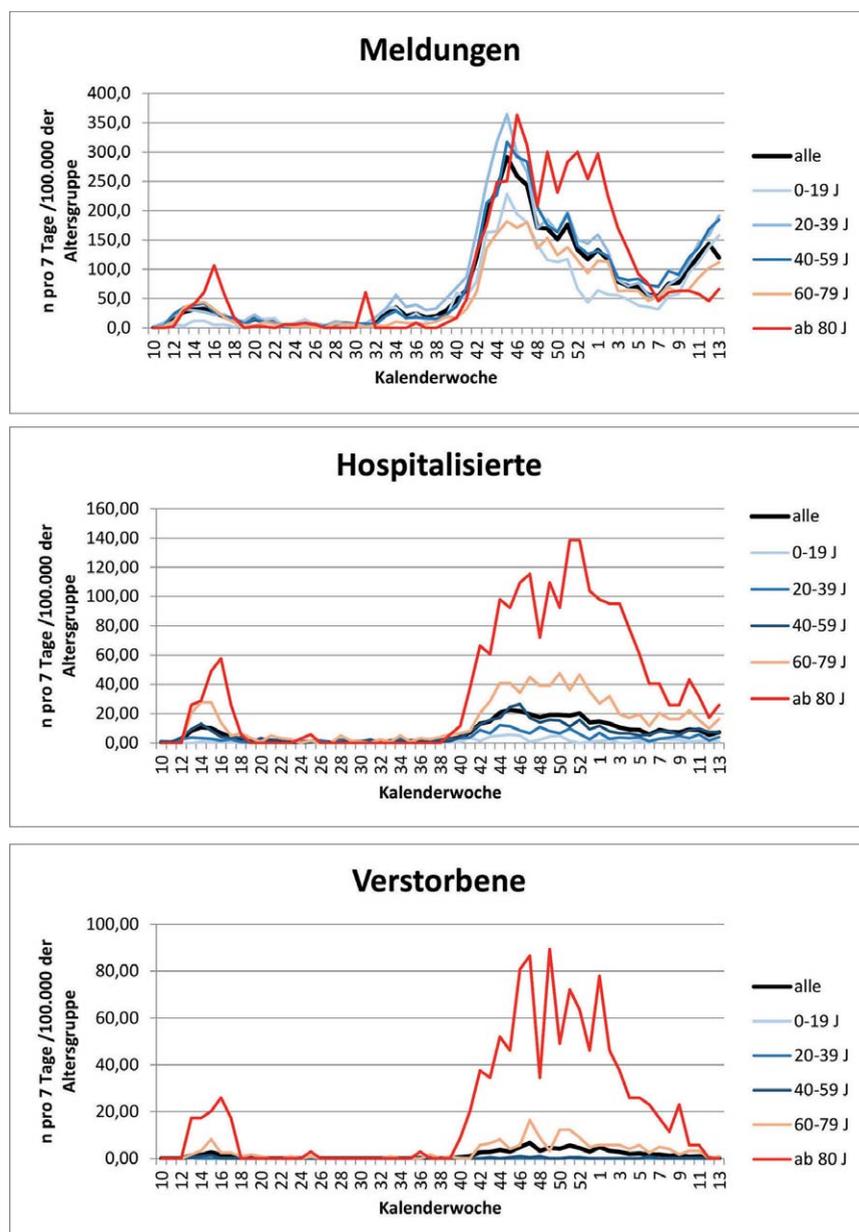


Abbildung 1 a–c: Meldungen, Hospitalisierungen und Todesfälle im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 in Frankfurt am Main – KW 10, 2020 bis KW 13 2021. 7-Tages-„Inzidenz“ in der Gesamtbevölkerung und in verschiedenen Altersgruppen im Altersbezug.

gruppen bis 60 Jahre blieb die Sterblichkeit pro Woche unter 1/100.000, bei den 60–79-Jährigen traten 13–16 Todesfälle pro Woche und 100.000 auf, bei den > 80-Jährigen waren es über mehrere Wochen zwischen ca. 50 und über 80 Todesfälle pro 100.000 und Woche; erst ab der 2. KW 2021 trat eine deutliche und stetige Abnahme der Todesfälle bei den > 80-Jährigen ein (Abb. 1c). Trotz der seit der KW 8–9 deutlich zunehmenden Meldungen ist – angesichts der positiven Entwicklung bei den > 80-Jährigen – keine Zunahme der Hospitalisierungen und der Sterblichkeit erkennbar.

In den **Altenpflegeheimen** in der Stadt (ca. 4.800 Plätze) kam es ab der 42. KW zu einem deutlichen Anstieg der Meldungen, Hospitalisierungen und Todesfälle, die bis zur 2. KW 2021 auf hohem Niveau blieben und erst danach rasch abnahmen (Abb. 2). Von der 41. KW2020 bis zur 3. KW 2021 verstarben 186 Altenpflegeheimbewohner mit COVID-19 (im Mittel 12/Woche), von der KW4 – KW 8 verstarben insgesamt 9 Bewohner (Mittel < 2/Woche), danach kam es in der Gruppe der Altenpflegeheimbewohner zu keinen weiteren Todesfällen mehr.

43 Pflegeheime übermittelten die Gesamt-Mortalitätsdaten aus ihren Einrichtungen für die Jahre 2018 – 2020. Im „Grippejahr“ 2018 waren in diesen Heimen 1511 Bewohner verstorben, 2019 (ohne Grippe) waren es 1421. Im „Coronajahr“ 2020 verstarben 1429, also 18 Menschen mehr (plus 1,1%) als im Grippejahr 2018. In der Gesamtbevölkerung verstarben in Frankfurt in den Jahren 2018, 2019 und 2020 insgesamt 7797, 7512 und 7445 Einwohner; das sind 1043, 990 und 981 pro 100.000 Einwohner. Abbildung 3 zeigt die Sterbefälle pro Tag in Frankfurt am Main gesamt, 2017-2020.

Diskussion

Die von uns in HÄBL 10/2020 angeregte breite öffentliche Diskussion zu den Zielen und Mitteln der Pandemiebekämpfung fand nicht statt. Weiterhin wurde und wird auf „Containment“ gesetzt und die sog. 7-Tagesinzidenz der positiv Getesteten als Kriterium für politische Entscheidungen genutzt. Und dies, obwohl dieser Parameter schon aus methodischen Gründen hier-

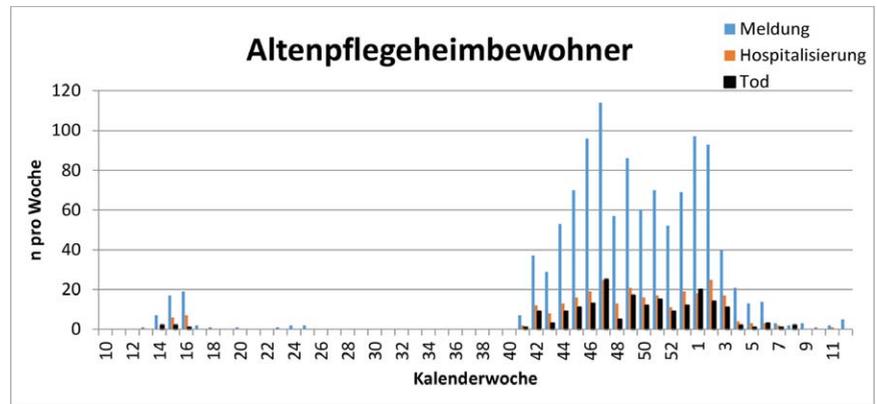


Abbildung 2: Meldungen, Hospitalisierungen und Todesfälle im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main; angegeben sind die Anzahl der Meldungen pro Woche.

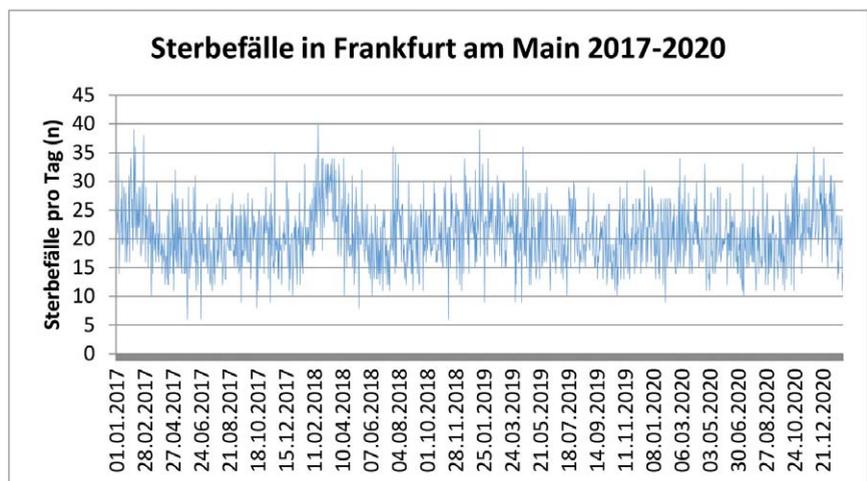


Abbildung 3: Sterbefälle pro Tag in Frankfurt am Main gesamt, 2017–2020 (Daten wurden von Dr. Helmut Uphoff, HLPUG, zur Verfügung gestellt).

für nicht geeignet ist [4]. Die Daten zeigen darüber hinaus, dass die sog. 7-Tages-Inzidenz in der Gesamtbevölkerung und in der Gruppe der < 60-Jährigen nur gering mit schweren Erkrankungen und konsekutivem Hospitalisierungsbedarf oder mit Todesfällen assoziiert ist. Um das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhäuser nicht zu überlasten und die Sterblichkeit niedrig zu halten, muss also nicht die Infektionsrate der Gesamtbevölkerung in den Blick genommen werden, sondern die Infektionen bei Älteren und Altenpflegeheimbewohnern niedrig gehalten werden, durch besonderen Schutz „vulnerabler Gruppen“ (Protection). Die anfänglichen, den Bewohnerinnen und Bewohnern der Altenheime vorbehaltenen Impfungen können zwar als „Protection-Strategie“ für diese Gruppe gewertet werden, allerdings war diese

Maßnahme insbesondere anfangs durch die geringe, zur Verfügung stehende Impfstoffmenge keineswegs ausreichend und sie wurde durch die Änderung der Impfpriorisierung weiter vermindert.

Früh wurde gewarnt, dass ein Konzept, das ausschließlich auf allgemeine Präventionsmaßnahmen (Containment) setzt ohne spezifische Präventionsansätze wie den Schutz vulnerabler Gruppen (Protection), den „Durchmarsch“ der Epidemie nur begleitet, „ohne den dringend notwendigen Schutz der verletzlichen Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt zu stellen“ [5].

Die Forderung nach dem Schutz vulnerabler Gruppen wurden jedoch nicht umgesetzt und die Gruppen der > 80-Jährigen und der Altenpflegeheimbewohner waren am häufigsten und am schwersten betrof-

fen. Die erheblichen Kontaktbeschränkungen für Altenpflegeheimbewohner haben die vielen schweren Infektionen und Todesfälle nicht verhindern können. Erst ab dem Jahreswechsel waren ausreichend Tests und Testpersonal für Altenpflegeheimbewohner (und Mitarbeitende) verfügbar. Ab der letzten Dezemberwoche wurde dann die Impfkampagne in den Altenpflegeheimen gestartet – und ab Mitte Januar auch für die Gruppe der > 80-Jährigen. In der Folge nahmen Erkrankungen, Hospitalisierungen und Todesfälle in diesen vulnerablen Gruppen deutlich ab.

Auch die Kontaktbeschränkungen für die Allgemeinheit, der Lockdown einschließlich der Schließung von Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen konnten das Infektionsrisiko für die Alten und die Altenpflegeheimbewohner nicht ausreichend senken. Durch die fortgesetzte Containment-Strategie wurden erhebliche personelle Ressourcen im Meldewesen und der Kontaktnachverfolgung sowie umfangreiche Testkapazitäten für Schulen und Kitas eingesetzt, die in den Altenpflegeheimen und bei den alten Menschen gewinnbringender hätten genutzt werden können. Viele alte Menschen und Altenpflegeheimbewohner erkrankten schwer an Covid-19 und verstarben. Studien zeigen, dass zusätzlich demenzielle Erkrankungen an Schwere

zugenommen haben und die körperliche Beweglichkeit angesichts massiv eingeschränkter Möglichkeiten, weniger aktiverer Pflege und Physiotherapie deutlich abgenommen haben. Darüber hinaus leiden viele Altenpflegeheimbewohner angesichts der weiterhin bestehenden Kontaktbeschränkungen unter Depression und Perspektivlosigkeit [6, 7].

Wichtig bleibt, dass Alte und Vorerkrankte gemäß STIKO-Empfehlung prioritär geimpft werden, damit die Kontaktbeschränkungen aufgehoben und ihnen wieder Lebensqualität zurückgegeben werden kann. Solange hierfür noch nicht ausreichend Impfstoff vorhanden ist, erscheint die Höherstufung der Priorisierung von z. B. Lehrern und Erziehern problematisch [8]. Weder Kinder noch Lehrer oder Erzieher stellen eine vulnerable Gruppe dar. Und entgegen vieler Behauptungen sind Kinder nicht die Treiber dieser Pandemie [9–13].

Durch den Verzicht auf Protection haben wir als Gesellschaft beim Schutz der vulnerablen Gruppen der Alten und der Altenpflegeheimbewohner vor SARS-CoV-2 versagt und darüber hinaus erhebliche Kollateralschäden bei ihnen verursacht. Zunehmend werden auch die Kollateralschäden bei Kindern erkennbar, denen weiterhin – ohne fachliche Grundlage – die Entwicklungschancen durch einen Prä-

senz-Schul- und -Kitabetrieb vorenthalten wird. Aus fachlichen, rechtlichen und ethischen Aspekten müssen die Kindergemeinschaftseinrichtungen wieder geöffnet werden – unter Einhaltung der AHA+L-Regeln, siehe. auch [14–20].

Limitationen: Die Meldedaten und damit auch die sog. 7-Tages-„Inzidenz“ sind abhängig von der jeweiligen Teststrategie und der Anzahl der Testungen. Die hier vorgestellten Daten beschreiben die Situation bis Ende März 2021. Derzeit breitet sich die Variante B 1.1.7 weiter aus.

Aktuelle Publikationen zeigen bei der Variante B 1.1.7 eine leichtere Übertragbarkeit, die Erkrankungsschwere und die Todesfallrate unterscheiden sich aber nicht von der Wildvirus-Variante [21, 22].

Die zunehmenden Fallzahlen auf den Intensivstationen sind besorgniserregend. Vor diesem Hintergrund sind ein rasches Impfen und die bei allen Virusvarianten – auch bei der Variante B 1.1.7 – effektiven AHA+L-Regeln weiterhin unabdingbar.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
ehem. Leiterin Gesundheitsamt
Frankfurt am Main

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk
Leiter Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Literatur zum Artikel:

Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main – Verlauf bis Ende März 2021

von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk

1. Nationaler Pandemieplan Teil I STRUKTUREN UND MASSNAHMEN. RKI 2017 https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan_teil_i_1510042222_1585228735.pdf
2. Heudorf U, Gottschalk R. Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main: Was sagen die Daten? Hessisches Ärzteblatt 2020; 81: 548 ff
3. Gottschalk R, Heudorf U. Die Covid-19-Pandemie – bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Hessisches Ärzteblatt 2020; 81:551–552
4. Schrappe M, Francois-Kettner H, Knieps F, Pfaff H, Püschel K, Glaeske G. Thesenpapier 4.0 Die Pandemie durch SARS-CoV-2/COVID-19 – der Übergang zur chronischen Phase. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität bewahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. 30.08.2020 Monitor Versorgungsforschung <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866–0533.2248>. http://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/thesenpapier_4_endfass_200830.pdf
5. Schrappe M. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Gleichgewicht und Augenmaß behalten. Ad hoc-Stellungnahme 18.10.2020 http://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/thesenpapier_adhoc_201018.pdf
6. Kaelen S, van den Boogaard W, Pellecchia U. et al. How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes-A qualitative study. PLoS One. 2021 Mar 26;16(3):e0249098. doi: 10.1371/journal.pone.0249098. eCollection 2021. PMID: 33770110
7. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. JAMDA 2020; 21: 966–967
8. Heudorf U, Gottschalk R: The risk of asymptomatic and symptomatic COVID-19 infection among schoolteachers and day-care workers compared to hospital and nursing home staff. Dtsch Arztebl Int 2021; 118. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0170 (online first).
9. Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, Mytton O, Bonell C, Booy R. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. Lancet Child Adolesc Health. 2020 May;4(5):397–404. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32272089
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 6. August 2020. Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf>
11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. First update. 23. December 2020 Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>
12. Heudorf U, Steul K, Walczok A, Gottschalk R. COVID-19 in Schulen. Keine Pandemie-Treiber“. Dtsch Arztebl 2020; 117 (51–52): A 2505–8
13. Heudorf U, Steul K, Walczok A, Gottschalk R. Kinder und COVID-19: Kontaktpersonen-Surveillance inFrankfurter Kitas und Schulen (August bis Dezember 2020). Monatsschrift Kinderheilkunde online 2.3.2021 <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01134-8>
14. AWMF S3-Leitlinie Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen | Lebende Leitlinie KurzfassungAWMF-Registernummer 027–076 Version 1, Februar 2021https://dgpi.de/wp-content/uploads/2021/02/S3LL-Schulmassnahmen_Kurzfassung_2021-02.pdf
15. Walger P, Huppertz I, Hübner J, Simon A, Exner M, Berner R. DGPI –DGKH Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Kinder in der COVID-19 Pandemie 05.02.2021 https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_02_05_DGPI_DGKH_zu_Kindern_COVID19.pdf
16. Hübner J, Simon A, Dötsch J, Berner R, Huppertz HI, Fischbach T, Walger P. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Deutsche Gesellschaft für Kinder-und Jugendmedizin Berufsverband der Kinder-und Ju-

gendärzte, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Teststrategien zur COVID Diagnostik in Schulen Version 28.2.2021 https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/Stellungnahme%20Schnelltests_final_logos_28_02_2021.pdf

17. Geschäftsstelle Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin DAKJ. Eckpunkte zur Aufrechterhaltung der institutionellen Betreuung in Krippe, Kita und Kindertagespflege unter Pandemiebedingungen. Stellungnahme der Kommission Frühe Betreuung und Kindergesundheit der DAKJ <https://www.dakj.de/stellungnahmen/eckpunkte-zur-aufrechterhaltung-der-institutionellen-betreuung-in-krippe-kita-und-kindertagespflege-unter-pandemiebedingungen/>
18. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Schnellteste für Kinder und Jugendliche? Testverfahren sinnvoll einsetzen. SARS-

CoV-2 Schnellteste in Kindertagesstätten und Schulen – eine Stellungnahme von DGKJ und BVKJ. 26.03.2021 <https://www.dgkj.de/detail/post/schnellteste-fuer-kinder-und-jugendliche-testverfahren-sinnvoll-einsetzen>

19. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Corona: Fachliche Stellungnahmen und Informationen. <https://www.dgkj.de/fachinformationen-der-kinder-und-jugendmedizin-zum-corona-virus>
20. Simon A, Hübner J, Berner R, Hupertz HI, Walger P. Geschäftsstelle DAKJ Maßnahmen zur Aufrechterhaltung eines Regelbetriebs und zur Prävention von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung oder Schulen unter Bedingungen der Pandemie und Kozirkulation weiterer Erreger von Atemwegserkrankungen. 4. August 2020 <https://www.dakj.de/all>

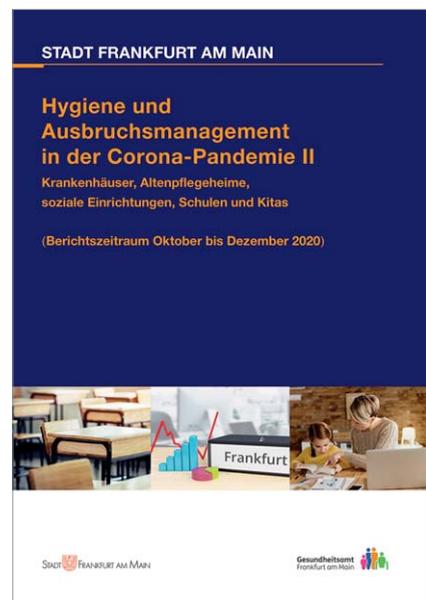
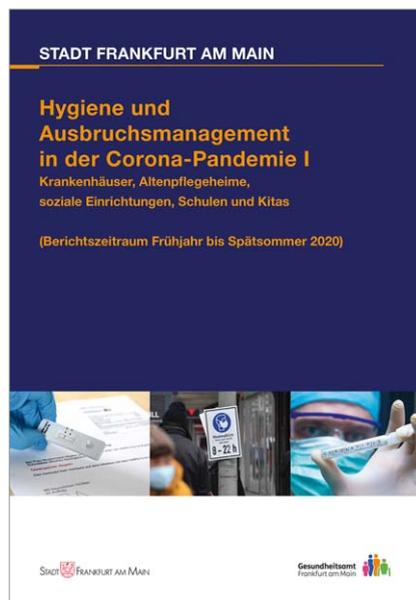
gemein/massnahmen-zur-aufrechterhaltung-eines-regelbetriebs-und-zur-praevention-von-sars-cov-2-ausbruechen-in-einrichtungen-der-kindertagesbetreuung-oder-schulen-unter-bedingungen-der-pandemie-und-kozirkulat/

21. Frampton D, Rampling T, Cross A et al. Genomic characteristics and clinical effect of the emergent SARS-CoV-2 B.1.1.7. lineage in London, UK: a whole-genome sequencing and hospital based cohort study. *Lancet Infection Dis.* Published Online April 12, 2021 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00170-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00170-5)
22. Graham MS, Sudre CH, May A et al. Changes in symptomatology, reinfection, and transmissibility associated with the SARS-CoV-2 variant B.1.1.7: an ecological study. *Lancet Infection Dis.* Published Online April 12, 2021. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00055-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00055-4)

Weitere, detaillierte Auswertungen zu Hygiene und Ausbruchmanagement in Frankfurt am Main finden sich in den aktuellen Berichten des Gesundheitsamts:

STADT FRANKFURT AM MAIN. Hygiene und Ausbruchmanagement in der Corona-Pandemie I Krankenhäuser, Altenpflegeheime, soziale Einrichtungen, Schulen und Kitas (Berichtszeitraum Frühjahr bis Spätsommer 2020). Frankfurt am Main, 2021. ISBN 978-3-941782-27-3

STADT FRANKFURT AM MAIN. Hygiene und Ausbruchmanagement in der Corona-Pandemie II Krankenhäuser, Altenpflegeheime, soziale Einrichtungen, Schulen und Kitas (Berichtszeitraum Oktober bis Dezember 2020). Frankfurt am Main, 2021. ISBN 978-3-941782-28-0



Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation bei Long-Covid-Symptomen

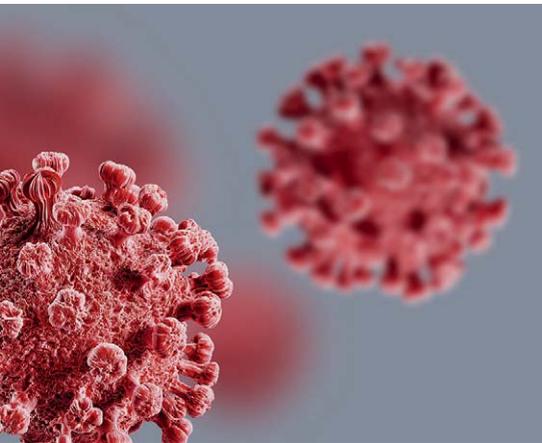


Foto: © 3DJusincase – stock.adobe.com

Covid-19, verursacht durch SARS-CoV-2, kann eine Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Berufskrankheitenverordnung sein. Mit der Akutversorgung und Rehabilitation Erkrankter wirken die gesetzlichen Unfallversicherungsträger darauf hin, die Gesundheit der betroffenen Person wiederherzustellen und sie ins Berufsleben wieder einzugliedern. Dieses Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ gehört zu ihrem gesetzlichen Auftrag.

Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit erhält die erkrankte Person von der gesetzlichen Unfallversicherung Verletzengeld als Entgeltersatz. Verbleiben nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation überdauernde Krankheitsfolgen, ist durch eine medizinische Begutachtung zu klären, ob eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt und deshalb eine Rente zu leisten ist.

Dauerhafte Genesung angestrebt

Bei einer Berufskrankheit wie Covid-19 bei Beschäftigten im Gesundheitswesen prüft zudem der zuständige gesetzliche Unfallversicherungsträger von sich aus („von Amts wegen“), ob ein Anspruch auf Verletztenrente besteht – dazu bedarf es keines Antrags. Aufgrund des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“ steht die Prüfung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) aber erst als dritter Schritt nach einer umfassenden Diagnostik sowie zielorientierten Rehabilitation im ersten und zweiten Schritt an.

So setzt beispielsweise auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), bei der besonders viele berufsbedingt an Covid-19-Erkrankte versichert sind, derzeit alles daran, dass die Betroffenen wieder dauerhaft gesund werden. Bei derzeit (Stand 26.03.2021) über 70.000 meldepflichtigen Fällen allein bei der BGW sind bereits über 60 % als Berufskrankheit anerkannt worden. In etwa einem Prozent der anerkannten Fälle werden die Betroffenen aufgrund der Schwere der Erkrankung im Rahmen des Reha-Managements der BGW betreut.

Nach den bisherigen Erkenntnissen der BGW sind, wie sich auch aus dem Epidemiologischen Steckbrief zu SARS-CoV-2 und Covid-19 des RKI ergibt, Langzeitfolgen im Bereich der Lungenfunktion, des Herz-Kreislauf-Systems, des Nervensystems und in weiteren Organen zu beobachten. Des Weiteren können auch psychische Folgeerscheinungen auftreten. Bei einigen Patienten sind bei den Krankheitsfolgen auch mehrere Organe betroffen, so dass sowohl die Akutbehandlung als auch die Rehabilitation multidisziplinär durchzuführen sind.

Allerdings muss aufgrund der Neuartigkeit des Krankheitsbildes nach Abklingen der Akutsymptome die weitere Entwicklung der medizinischen Erkenntnisse weiter aufmerksam verfolgt werden. In einem derzeit noch nicht quantifizierbaren Anteil von Covid-19-Erkrankten persistieren nach initial leichtem Verlauf verschiedene der genannten Symptome auch sechs Monate nach der Akuterkrankung.

Die BGW fördert daher den Austausch unter Expertinnen und Experten sowie die Forschung zu den Folgen von Covid-19, um betroffenen Versicherten die bestmögliche Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Darüber hinaus steht sie in Kontakt mit einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften, um gute Rahmenbedingungen für eine Begutachtung der Langzeitfolgen der noch sehr jungen und ausgesprochen vielgestaltigen Krankheit Covid-19 zu erreichen.

Ebenso beobachten Ärztinnen, Ärzte und anderes Fachpersonal der BGW aufmerksam die weitere Entwicklung, um etwaige neue Erkenntnisse bei der Betreuung von Versicherten schnell berücksichtigen zu können. Unter anderem haben die BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH und die BGW – gemeinsam ein interdisziplinäres Diagnostikangebot auf den Weg gebracht, welches sich an Covid-19-Erkrankte mit lang anhaltenden Beschwerden richtet, siehe Kasten.

Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass die Covid-19-Erkrankung infolge der beruflichen Tätigkeit erworben wurde und die Zuweisung über den zuständigen Träger der Unfallversicherung erfolgt. Dieser Post-Covid-Check (PCC) ist ein umfassendes Diagnoseverfahren, welches dazu dient sämtliche Krankheitssymptome zu untersuchen.

Die Ergebnisse dieser Diagnostik sind dann Grundlage für die weitere Weichenstellung und die Gestaltung von Rehabilitationsverfahren in Zusammenarbeit mit dem Reha-Management der Unfallversicherungsträger. Dabei werden auch gegebenenfalls vorhandene psychische Beeinträchtigungen und Fatigue-Symptome berücksichtigt.

Forschung zur Abschätzung der Langzeitfolgen von Covid-19

Die BGW führt laufend eine systematische Analyse der wissenschaftlichen Literatur durch, befragt Versicherte und organisiert Expertengespräche zu den Langzeitfolgen von Covid-19. Aus diesen Projekten wird Wissen gewonnen, das Gutachter/-innen dabei unterstützen soll, den Zusammenhang zwischen Covid-19 und möglichen Langzeitfolgen besser zu verstehen. Ein erstes Expertengespräch hat am 10.02.2021 bereits stattgefunden und ein zweites Gespräch ist aktuell in Planung. Mehr als 1.000 Versicherte der BGW haben bislang bereits an der Befragung zu den Folgen von Covid-19 teilgenommen.

Erste Ergebnisse aus den Befragungen der Versicherten werden in den nächsten Monaten veröffentlicht werden.

Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitfolgen von Covid-19

Die BG Kliniken bieten seit Mai 2020 bereits eine stationäre Post-Covid-Reha in der BG Klinik Bad Reichenhall an. An dieser haben bereits mehr als 70 Versicherte der Unfallversicherungsträger teilgenommen (Stand 10.02.2021). Dieses stationäre Heilverfahren dauert durchschnittlich vier Wochen. Für Patienten mit neurologischen Symptomen gibt es dort regelmäßige Konsile zwischen den Ärzten der Klinik Bad Reichenhall mit den Neurologen der BG-Kliniken.

Die BG Kliniken erarbeiten derzeit, basierend auf den bisherigen Erkenntnissen aus den Rehabilitationsmaßnahmen für Covid-19-Erkrankte, ein Konzept für stationäre oder ambulante Reha-Angebote mit dem Fokus auf aktivierenden Verfahren unter Einbindung von Atemtherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten etc. Da das Verletztengeld bis 78 Wochen gezahlt werden kann, wenn aufgrund der Folgen von Covid-19 eine Arbeitsunfähigkeit besteht, können während dieser Zeit den Versicherten Angebote zur Rehabilitation – ambulant und stationär gemacht – werden.

Fazit

Insgesamt ist davon auszugehen, dass es in den nächsten zwei bis drei Jahren sehr viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in verschiedensten Reha-Einrichtungen in Deutschland geben wird. Derzeit lässt sich festhalten, dass die Maßnahmen für Covid-Patienten in den Reha-Einrichtungen mit Blick auf die Wiederherstellung der Funktionen für eine umfassende berufliche und gesellschaftliche Teilhabe interdisziplinär ausgerichtet sein müssen. Die Reha-Verfahren bedürfen voraussichtlich keiner Reihung, wie beispielsweise einer zunächst pneumologisch und dann einer kardiologisch, psychosomatisch oder neurologisch ausgerichteten Maßnahme. Es können auch mehrere Reha-Verfahren für die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten erforderlich sein. Während einer Reha-Maßnahme kann auch eine weitere Diagnostik erforderlich werden. Zudem hat sich gezeigt, dass Reha-Maßnahmen auch mehrere Monate nach der Akuterkrankung erfolgreich in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand, Belastungsfähigkeit, psychische Beeinträchtigung sowie Fatigue verlaufen. Entsprechend ist es auch für Patienten mit persistierenden (unklären) Symptomen binnen drei bis sechs Monate nach der Akutphase der Erkrankung sinnvoll, eine Meldung beim zuständigen Unfallversicherungsträger (BK-Verdachtsmel-

Kontakt & weitere Links

BGW-Website: www.bgw-online.de

Post-Covid-Check: Hilfe bei Covid-19-Folgen. Auf der BGW-Website unter „Coronavirus: Infos für versicherte Unternehmen und Beschäftigte“, Kurzlink: <https://tinyurl.com/yszepvsn>

BGW-Broschüre Freiwillige Versicherung für Ärztinnen und Ärzte:
<https://tinyurl.com/7xn6hrkj>

derung) zu tätigen und eine gegebenenfalls erforderliche weitere Diagnostik oder eine Rehabilitation anzulegen.

Christian Frosch

Geschäftsführer der Bezirksverwaltung München der BGW
E-Mail: christian.frosch@bgw-online.de

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Altpräsident der LÄKH, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Vorsitzender des Vorstandes

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin: Fallkonferenzen zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung

Neues Angebot des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen, das schon seit 2013 sehr erfolgreich ein Seminar- und Mentoringprogramm für angehende Allgemeinärztinnen und -ärzte etabliert hat, bietet nun als ergänzenden Baustein für die Weiterbildung und zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung sogenannte Fallkonferenzen an.

In den monatlichen Austauschtreffen, die von erfahrenen Hausärztinnen und -ärzten moderiert werden, können Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) Allge-

meinmedizin spannende Fälle aus dem eigenen Praxis- und Klinikalltag in Kleingruppen analysieren und mögliche Vorgehensweisen diskutieren. Ziel ist es, strukturiert Fälle – von der Schilderung der Symptome über die Diagnostik bis hin zur finalen Diagnose und konsekutiven Therapie – zu besprechen. Damit soll ein „Rüstzeug“ sowohl für die Arbeit in der Praxis bzw. Klinik als auch für das Bestehen der Facharztprüfung erarbeitet werden.

Eigene Kasuistiken erwünscht

Es dürfen auch Kasuistiken vorgestellt werden, bei denen der Prozess der Diag-

nostik und Diagnosefindung noch nicht abgeschlossen ist.

Das Angebot ist für alle Teilnehmenden, die im Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen eingeschrieben sind, kostenfrei. Die Fallkonferenzen finden online statt und dauern ca. 60 Minuten.

Dr. phil. Jana Groth
Dr. med. Armin Wunder

Kontakt: Kompetenzzentrum Weiterbildung, Silke Förster, Fon: 06421 28-65141 Mo 8:30–15:30/Di–Fr 8:30–12:00 Uhr
E-Mail: weiterbildung-allgemeinmedizin@uni-marburg.de

Literatur zum Artikel:

Fallsteuerung zur Rehabilitation bei lang anhaltenden Covid-19-Symptomen

von Christian Frosch und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Rommel et al (2021) J. Health Monitoring (S2) „Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für schwere Covid-19-Verläufe in Deutschland. Auswertung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS“

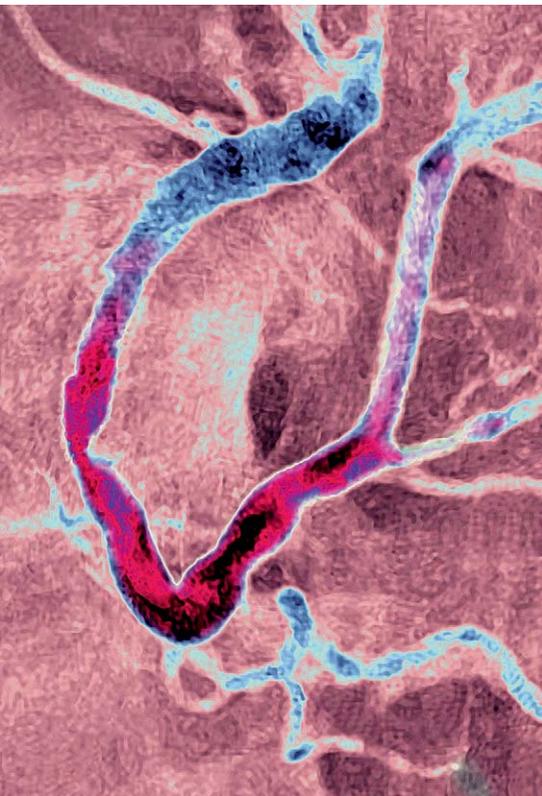
Singh et al (2021) FASEB 35:e21409 „Covid_19: Current knowledge in clinical features, immunological responses, and vaccine development“

Chronische koronare Herzerkrankung

Diagnose und Behandlung nach der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie

VNR: 2760602021142480008

Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht, Prof. Dr. med. Christoph Liebetrau,
Prof. Dr. med. Bernd Nowak, Prof. Dr. med. Axel Schmermund



Rechte Koronararterie mit massiver Atherosklerose und intrakoronarem Thrombus.

Foto: © Cavallini James – mauritius images/BSIP

ris, ist häufig. Daten aus den USA und Europa berichten über eine Inzidenz der Angina Pectoris von 12,3 Fällen/1.000 Patientenjahre (altersadjustiert 45–74 Jahre) und eine Prävalenz von 20 % bei über 60-jährigen Männern [2, 3, 4]. Die jährliche Sterblichkeit bei Patienten mit chronischem Koronarsyndrom beträgt 1,6–3,2 %, wobei selbstverständlich Faktoren wie linksventrikuläre Funktion, Ausmaß der koronaren Herzerkrankung und weitere Komorbiditäten eine wichtige Rolle spielen [5].

Dennoch zeigen die Daten des Deutschen Herzbereiches, dass bereits viel erreicht wurde. In Tab. 1 ist dargestellt, wie die Sterblichkeit an kardialen Erkrankungen insgesamt und insbesondere an koronarer Herzerkrankung durch Lebensstiländerung und optimierte Therapie deutlich gesenkt werden konnte.

Um die Sterblichkeit weiter zu senken, ist es erforderlich, die koronare Herzerkrankung früh zu erkennen und gemäß der vorgestellten Leitlinie zu behandeln. Dies wird besonders deutlich an der anhaltend hohen Zahl von Patienten, die am plötzlichen Herztod sterben (in Deutschland ca. 70.000 pro Jahr). Nach Ergebnissen einer Autopsiestudie ist eine koronare Herzerkrankung bei über 35-Jährigen in 73 % der Fälle die zugrunde liegende Todesursache. Auch bei den unter 35-Jährigen liegt die koronare Herzerkrankung mit 23 % im-

mer noch an zweiter Stelle der Ursachen des plötzlichen Herztodes [6, 7].

Im Folgenden werden die neuen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) vorgestellt [8]. Deutsche Kardiologen waren bei der Erstellung beteiligt. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hat diese Leitlinie übernommen, sodass diese im August 2019 erstmals vorgestellte Leitlinie auch für Deutschland gilt.

2. Konzeptionelle Überlegungen zum chronischen Koronarsyndrom

Die Atherosklerose der Koronararterien kann lange stabile Verläufe aufweisen, aber auch zu jedem Zeitpunkt durch Ereignisse mit einem akuten Koronarsyndrom (ACS) unterbrochen werden. Dies ist zu meist durch eine Erosion oder eine Ruptur einer Koronarplaque verursacht. Die Berücksichtigung des dynamischen Prozesses der koronaren Herzerkrankung hat dazu geführt, dass der Terminus chronisches Koronarsyndrom eingeführt wurde – statt des Begriffes stabile koronare Herzerkrankung oder auch stabile Angina Pectoris.

In der zentralen Abbildung der Leitlinie (Abb. 1) werden Patientenverläufe dargestellt, die den Varianten eines CCS entsprechen. Der Start der Krankheitsgeschichte beginnt mit der Diagnose koronare Herzerkrankung (Nachweis einer Stenose

ESC-Guidelines 2019: Diagnosis and management of chronic coronary syndromes (CCS).

Abkürzungsverzeichnis siehe S. 307.

1. Einleitung

Die koronare Herzkrankheit ist aktuell für 19 % aller Todesfälle in Europa verantwortlich [1]. In Deutschland belegen die Diagnosen akuter Herzinfarkt und chronische ischämische Herzkrankheit die beiden ersten Plätze der Todesursachen [Herzbericht 2019]. Das Leitsymptom des chronischen Koronarsyndroms (CCS), die Angina pecto-

Tab. 1: Altersstandardisierte Entwicklung der Sterblichkeit von 1990–2016 pro 100.000 Einwohner

Jahr	KHK ¹	Klappenerkrankung	Rhythmusstörung	Heart failure	gesamt
1990	330,5	10,5	24,1	122,9	459,2
2000	256,2	12,4	25,6	86,8	381,9
2016	134,3	18,7	28,7	42,8	225,1

¹ KHK = Koronare Herzkrankheit

Quelle: Deutscher Herzbericht, Deutsche Herzstiftung 2019

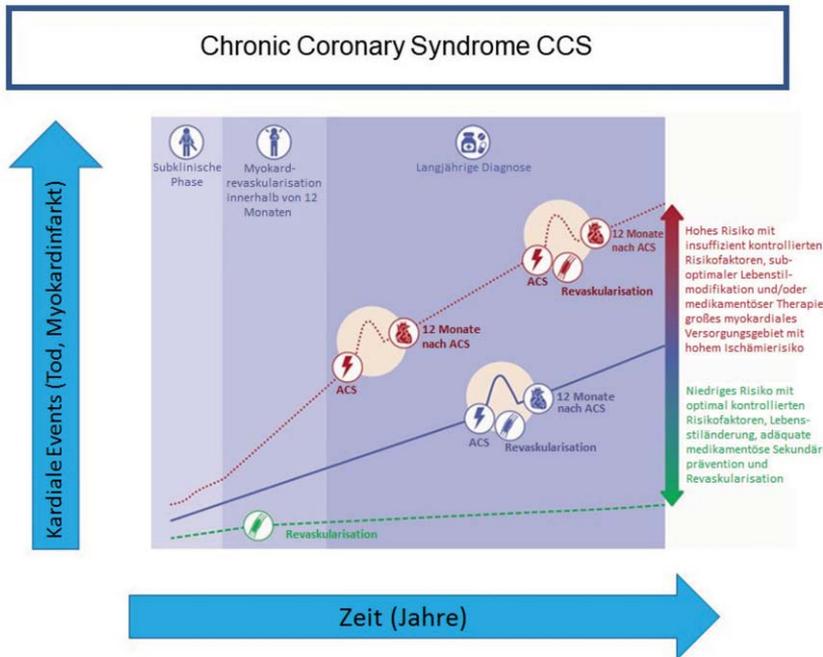


Abb. 1: Das chronisch koronare Syndrom: Zeitverlauf und koronare Ereignisse.

> 50 % oder Nachweis einer regionären Minderdurchblutung des linken Ventrikels) oder auch mit einer bereits erfolgten Revaskularisation (perkutane Koronarintervention – PCI, oder Bypassoperation). Danach entscheidet sich der Verlauf in Abhängigkeit von Lebensstiländerung, Kontrolle und Behandlung der Risikofaktoren sowie Ausmaß und Vollständigkeit der interventionellen oder operativen Revaskularisation.

Das ACS bleibt auch wegen der erheblichen prognostischen Bedeutung als eigene Entität abgegrenzt. Es beinhaltet neben den beiden Varianten des Herzinfarktes mit oder ohne ST-Hebung, STEMI und NSTEMI, auch die instabile Angina pectoris. Letztere ist definiert als Angina pecto-

ris in Ruhe, zunehmende Angina oder als das Auftreten einer Angina pectoris innerhalb der vergangenen beiden Monate. Insbesondere auf die zuletzt genannte Definition einer instabilen Angina pectoris muss geachtet werden.

3. Diagnostisches Vorgehen bei Patienten mit Angina Pectoris und Verdacht auf koronare Herzerkrankung

3.1. Symptomatik

In der Beschreibung der ESC wird von einer typischen Angina pectoris gesprochen, wenn diese

- 1) als Druck oder Brennen retrosternal, teils mit Ausstrahlung in die Arme,

- den Rücken, Oberbauch oder auch in den Unterkiefer auftritt,
- 2) wenn die Symptomatik belastungsabhängig ist und
- 3) wenn die Beschwerden auf Ruhe oder Nitrogabe rückläufig sind.

Sind nur zwei der drei Symptome vorhanden, wird von einer atypischen Angina Pectoris gesprochen. Wenn nur ein Kriterium erfüllt ist, liegt ein nichtanginöser Thoraxschmerz vor.

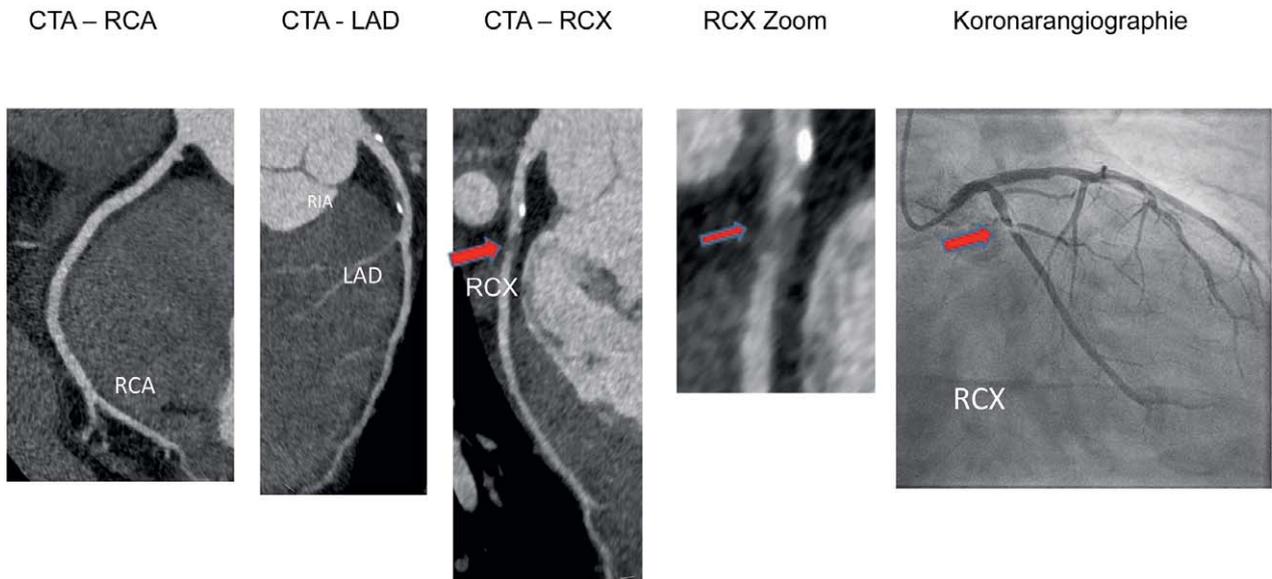
3.2. Vortestwahrscheinlichkeit

Insbesondere bei nicht typischer Angina pectoris hat vor der Einleitung einer weitgehenden Diagnostik die Bestimmung der Vortestwahrscheinlichkeit einen hohen Stellenwert. Im Vergleich zur letzten Guideline und zu den ursprünglichen Daten von Diamond und Forrester [9] in 1979 hat sich eine bemerkenswerte Verschiebung ergeben. Die Prävalenz der Erkrankung ist offenkundig geringer und auch die Korrelation von Symptomatik und Vorliegen einer Koronarproblematik ist geringer. Die Vortestwahrscheinlichkeit wird berechnet, indem auf der Grundlage von Alter, Geschlecht und Symptomatik die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Koronarstenose von > 50 % bestimmt wird (Tab. 2). Im Gegensatz zu den Daten von Forrester et al. wird in der neuen Vortestbestimmung Dyspnoe als Anginaäquivalent mit aufgenommen [10]. Bei < 5 % Vortestwahrscheinlichkeit wird keine weitere Diagnostik empfohlen. Liegt die Vortestwahrscheinlichkeit bei 5–15 %, wird empfohlen, das Vorliegen von Risikofaktoren in die Analyse aufzunehmen. So sollte bei Nachweis von Risikofaktoren auch bei dieser niedrigen Vortestwahrscheinlichkeit eine weitergehende Diagnostik erfolgen, um eine bedeutsame Koronarproblematik

Grafik: Rechte bei den Autoren

Tab. 2: Patienten mit Angina Pectoris und/oder Dyspnoe – Vortestwahrscheinlichkeit für eine Koronare Herzerkrankung

Alter	Typisch		Atypisch		Nicht-Anginös		Dyspnoe	
	M	W	M	W	M	W	M	W
30–39	3 %	5 %	4 %	3 %	1 %	1 %	0 %	3 %
40–49	22 %	10 %	10 %	6 %	3 %	2 %	12 %	3 %
50–59	32 %	13 %	17 %	6 %	11 %	3 %	20 %	9 %
60–69	44 %	16 %	26 %	11 %	22 %	6 %	27 %	14 %
70+	52 %	27 %	34 %	19 %	24 %	10 %	32 %	12 %



Fotos: Rechte bei den Autoren

Abb. 2: CT-Angiographie (CTA) bei 54-jährigem Patienten mit hochgradiger RCX-Stenose, aber einem unauffälligen Belastungs-EKG.

auszuschließen. Nach dieser ersten Einschätzung werden in einem nächsten Schritt die Lebensqualität und die Komorbiditäten der Patientin bzw. des Patienten analysiert, um ggfs. eine rein medikamentöse Therapie durchzuführen.

3.3. EKG/Echokardiographie

Die Leitlinie empfiehlt als nächsten Schritt die EKG-Ableitung und eine Echokardiographie. Wegen des erheblichen Einflusses auf die Prognose kommt dem Nachweis einer eingeschränkten linksventrikulären Funktion eine besondere Bedeutung zu. Dies hat einen wesentlichen Einfluss auf die frühe Indikationsstellung zur interventionellen oder auch chirurgischen Revaskularisationstherapie.

3.4. Diagnostik – weitergehende funktionelle oder anatomische Untersuchungen

Im Vordergrund der weiteren Diagnostik steht die Frage: Liegt wirklich eine koronare Herzerkrankung vor? In der Leitlinie wird der Terminus „rule in – rule out“ verwendet. Die Untersuchungsmethoden werden daraufhin geprüft, wie zuverlässig sie eine koronare Herzerkrankung nachweisen (rule in) sowie ausschließen können (rule out). Die funktionelle Diagnostik kann mit einer Vielzahl von Methoden durchgeführt werden. Das viele Jahrzehnte durchgeführte konventionelle Belastungs-EKG wird allerdings mit Erscheinen der aktuellen Leitlinie nicht mehr empfohlen. Es erzielt bei der Fragestellung „rule in – rule out“ vor allem bei intermediärer Vortestwahrscheinlichkeit schlechte Ergebnisse. Bessere Ergebnisse erzielen das Kardio-MRT mit der auf der Perfusionsanalyse beruhenden Ischämiediagnostik, die Myokardszintigraphie oder auch die Stressechokardiographie. Die anatomische oder auch morphologische Diagnostik stellt die Veränderungen der Koronararterien selbst dar. Mittels der koronaren CT-Angiographie (CTA) ist dies nichtinvasiv möglich. Voraussetzung ist ein modernes Multidetektor-CT-System mit mindestens 64 Detektorzeilen. Es kann eine Auflösung vergleichbar der invasiven Herzkatheteruntersuchung erreicht werden. Da ein zuverlässiges „rule in – rule out“ erreicht werden kann, hat die CTA in der Leitlinie eine IB-Empfehlung erhalten und ist somit den funktionellen Untersuchungen gleichgestellt (Abb. 2). Der Vergleich ist die invasive Koronarangiographie und damit ein morphologi-

schers Parameter. Ein ergänzender Ansatz untersucht den invasiven funktionellen Parameter der Fractional Flow Reserve (FFR) im Vergleich zu den nichtinvasiven Methoden (keine Daten allerdings zum Belastungs-EKG). Somit ist „rule in“ bei pathologischer FFR gegeben, „rule out“ bei normaler FFR. Auch bei diesem Ansatz schneidet CTA beim „rule out“ sehr gut ab. In der Summe empfehlen die Autoren bei eher niedriger Vortestwahrscheinlichkeit eine CTA und bei eher höherer Vortestwahrscheinlich einen funktionellen Ischämietest.

schers Parameter. Ein ergänzender Ansatz untersucht den invasiven funktionellen Parameter der Fractional Flow Reserve (FFR) im Vergleich zu den nichtinvasiven Methoden (keine Daten allerdings zum Belastungs-EKG). Somit ist „rule in“ bei pathologischer FFR gegeben, „rule out“ bei normaler FFR. Auch bei diesem Ansatz schneidet CTA beim „rule out“ sehr gut ab. In der Summe empfehlen die Autoren bei eher niedriger Vortestwahrscheinlichkeit eine CTA und bei eher höherer Vortestwahrscheinlich einen funktionellen Ischämietest.

3.5. Risikoeinschätzung

Das chronische Koronarsyndrom hat eine Vielzahl von Facetten, sodass als weitere Grundlage der Therapie eine Risikoabschätzung erfolgen muss. Ein niedriges Risiko wird angenommen, wenn die jährliche kardiale Mortalität < 1 % ist, ein mittleres Risiko bei 1–2,9 % und ein hohes Risiko bei > 3 %. Sind die vorgenannten Tests (anatomisch oder funktionell mit Ausnahme des Belastungs-EKG) negativ und die linksventrikuläre Funktion beträgt > 50 %, besteht ein Risiko von < 1%. Sind die Tests positiv und zeigen ein großes (> 10 %) Ischämieareal, be-

¹ Die ESC-Guidelines 2020 empfehlen hier Ausdauertraining 150–300 Minuten pro Woche mit moderater oder 75–150 Minuten pro Woche mit hoher Intensität verteilt auf drei bis sieben Einheiten. Krafttraining zusätzlich dreimal pro Woche [18].

steht in hohes Risiko. Auch das Vorliegen einer eingeschränkten linksventrikulären Pump-Funktion (Ejektionsfraktion [EF] < 50 %) ist ein Hinweis auf das Vorliegen eines hohen Risikos. Zeigt sich im CT oder in der invasiven Koronarangiographie eine Mehrgefäßerkrankung, eine Hauptstammstenose oder eine proximale LAD-Stenose (LAD = left anterior descending coronary artery, Ramus interventricularis anterior), liegt ebenfalls ein hohes Risiko vor (Tab. 3).

4. Therapie

Mittlerweile liegt eine Vielzahl von Daten vor, die eine gute Einschätzung der unterschiedlichen therapeutischen Ansätze beim chronischen Koronarsyndrom ermöglicht. Neben den wichtigen Optionen der Lebensstiländerung besteht eine Reihe von medikamentösen Ansätzen zur Therapie des CCS. Die generellen Behandlungsziele sind eine Reduktion der Symptome Angina Pectoris und Dyspnoe sowie die Prävention von kardialen Ereignissen. Folgende Medikamentengruppen kommen zum Einsatz:

- 1) Antiischämische Therapie,
- 2) die medikamentöse Therapie zur Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen,
- 3) die lipidsenkende Therapie,
- 4) Renin-, Angiotensin-, Aldosteron-System-Inhibitoren insbesondere bei Einschränkung der linksventrikulären Funktion.

Einen sehr wichtigen weiteren Baustein der Behandlung für Patienten mit CCS sowohl hinsichtlich der Symptomminderung als auch unter prognostischen Aspekten stellt die Revaskularisationstherapie dar. Immer häufiger kommt die PCI zum Einsatz, dennoch hat auch die koronare Bypassoperation weiterhin ihren Stellenwert.

4.1. Lebensstil

Wie in den früheren Leitlinien hat die nichtmedikamentöse Reduktion des Risikofaktorenprofils einen wichtigen Stellenwert bei der Therapie des chronischen Koronarsyndroms. Neben der unbedingten notwendigen Nikotinkarenz gegebenenfalls mit psychologischer oder medikamentöser Hilfe stehen die regelmäßige körperliche Aktivität (empfohlen werden

30–60 Minuten moderates Training)¹, ein optimierter BMI (< 25 kg/qm) und eine gesunde Ernährung im Vordergrund (großer Anteil von Gemüse und Obst). Der Anteil an gesättigten Fettsäuren sollte nicht mehr als 10 % betragen; Alkohol sollte auf 15 g/Tag oder 100 g/Woche reduziert bleiben.

4.2. Medikamentöse Therapie

Antiischämische Therapie

Diese Therapie reduziert Angina Pectoris-Anfälle und erhöht die Angina-freie Belastungsschwelle. Es werden einzeln oder in Kombination u. a. Betablocker, Calciumantagonisten, Nitrate, Molsidomin, Ivabradin und Ranolazin eingesetzt.

Die neue Leitlinie empfiehlt den Start mit einer Kombination aus Betablockern und Calciumantagonisten vom Dihydropyridintyp. Es handelt sich um eine symptomatische Therapie. In einer Metaanalyse mit mehr als 750.000 Patienten (CCS, nach PCI, kein Infarkt, keine Herzinsuffizienz) konnte durch Betablockertherapie kein Effekt auf das Überleben festgestellt werden [11]. Dies gilt auch für die Calciumantagonisten. Dennoch sind zur Symptomlinderung alle Typen der Calciumantagonisten (Calciumkanalblocker, CCB) geeignet, sowohl die Non-Dihydropyridine (Verapamil, Diltiazem – kein gleichzeitiger Einsatz mit Betablockern) als auch die Dihydropyridine (z. B. Amlodipin, Lercanidipin).

Nitrate sind ebenfalls sehr effektiv in der Symptombehandlung, aber auch durch diese Substanzgruppe kann keine Prognoseverbesserung erreicht werden. Es werden die kurzwirksamen und die langwirksamen Nitrate (Isosorbiddinitrate und Isosorbidmononitrate) unterschieden. Nitra-

te dürfen nicht mit Phosphodiesteraseinhibitoren (z. B. Sildenafil, Tadalafil) kombiniert werden.

Zusätzlich spielen die Substanzen Ivabradin und Ranolazin eine Rolle bei der symptomatischen medikamentösen Therapie bei CCS. Ivabradin kann eingesetzt werden, wenn die Sinusknotenfrequenz weiter reduziert werden soll. Ranolazin wirkt als Natriumkanalblocker, hat darüber auch Einfluss auf den myokardialen Calciumstrom und kann über eine myokardiale Relaxation eine Reduktion der Angina Pectoris-Symptomatik bewirken.

Medikamentöse Therapie zum Schutz vor weiteren Ereignissen (Myokardinfarkt, Tod)

Antithrombotische Therapie

Bei Patienten mit CCS kann sowohl eine Thrombozytenaggregationshemmung als Monotherapie oder als duale Plättchenhemmung (DAPT) indiziert sein. Besteht bei diesen Patienten zusätzlich ein Vorhofflimmern, wird die Therapie durch eine orale Antikoagulation ergänzt. Aus diesem Grunde unterscheiden die Autoren drei verschiedene Situationen:

- 1) Antithrombotische Therapie bei CCS und Sinusrhythmus,
- 2) nach PCI und bei Sinusrhythmus,
- 3) bei CCS und Vorhofflimmern.

Antithrombotische Therapie bei CCS und Sinusrhythmus

Eine IA-Indikation besteht für ASS 100 bei diesen Patienten. Bei ASS-Unverträglichkeit kann alternativ Clopidogrel eingesetzt werden. Bei Patienten mit einem hohen Risiko für koronare Ereignisse und einem niedrigem Blutungsrisiko kann auf

Tab. 3: Hohes kardiales Mortalitätsrisiko und pathologische Testergebnisse

Methoden	Risikoparameter
SPECT	Ischämieareal > 10 %
Kardio-MRT	2/16 Segmente mit Minderperfusion
	3/16 Segmente dysfunktional bei Dobutamin-Stress
Koronar-CT (CTA) oder invasive Koronarangiographie	3 Gefäßerkrankung, Hauptstammstenose, proximale LAD
Invasiver funktioneller Test	FFR < 0,8

Dauer ein weiterer Plättchenhemmer hinzugegeben werden. Im Pegasus Trial wurde Patienten nach Infarkt, die bereits für ein Jahr eine duale Plättchenhemmung gut vertragen hatten, zusätzlich zu ASS 100 Ticagrelor 60 2x täglich gegeben, und eine Reduktion der ischämischen Ereignisse konnte nachgewiesen werden [12].

In der Compass-Studie konnte gezeigt werden, dass bei Patienten nach Infarkt oder bei einer Mehrgefäßerkrankung auch die zusätzliche Gabe des Faktor Xa-Inhibitors Rivaroxaban in einer Dosis von 2,5 mg 2x täglich zusätzlich zu ASS 100 eine Verringerung der ischämischen Ereignisse bewirkte [13]. Bei beiden Konzepten war allerdings ein niedriges Blutungsrisiko wesentlich, da sonst die Vorteile der antiischämischen Wirkung durch die Blutungskomplikationen neutralisiert wurden.

Antithrombotische Therapie nach PCI und bei Sinusrythmus

Bei Patienten mit CCS ist nach einer Stentimplantation (heutzutage erfolgt obligat die Implantation von medikamentenbeschichteten Stents) die Gabe von ASS 100 auf Dauer und die Gabe von Clopidogrel für sechs Monate (DAPT) erforderlich und entspricht einer Klasse-I A-Empfehlung. Wenn ein erhöhtes Blutungsrisiko besteht, kann die Gabe von Clopidogrel auf drei Monate verkürzt werden. Bei Patienten mit einem sehr hohen Blutungsrisiko oder bei manifester Blutung kann die DAPT-Phase auf einen Monat reduziert werden. Dennoch ist immer auch eine individuelle Einschätzung erforderlich. Bei Patienten mit komplexer PCI (z. B. Hauptstamm- oder Bifurkationsintervention) sollte die Verkürzung der DAPT zurückhaltend erfolgen. Eine akute Stentthrombose ist mit einer hohen Sterblichkeit verbunden.

Antithrombotische Therapie bei CCS und Vorhofflimmern

Bei Patienten mit CCS und Vorhofflimmern ohne vorherige Stentimplantation entspricht die antithrombotische Therapie den Empfehlungen der Vorhofflimmerbehandlung. Bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem CHA₂DS₂-VASC-Score bei Frauen von drei oder

mehr und bei Männern von zwei oder mehr wird die dauerhafte Einnahme einer direkten oralen Antikoagulation (DOAK) empfohlen [14].

Bei Patienten mit CCS und Vorhofflimmern und vorheriger Stentimplantation müssen die Konzepte zur Verhinderung von thrombembolischen Ereignissen wegen des Vorhofflimmerns (Antikoagulation) und der Prävention einer Stentthrombose (antithrombozytäre Therapie) verbunden werden. Ca. 12 % der Patienten mit PCI haben auch Vorhofflimmern [15]. Die Leitlinie betont, dass zur Antikoagulation in dieser Situation DOAK statt Vitamin K-Antagonisten (VKA) bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern eingesetzt werden sollten.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass die vorliegenden Studiendaten auch in der Kombination mit der antithrombozytären Medikation die nichtreduzierte Dosis empfehlen (Apixaban 2 x 5 mg, Rivaroxaban 1 x 20 mg, Edoxaban 1 x 60 mg, Dabigatran 2 x 150 mg). Wenn allerdings ein erhöhtes Blutungsrisiko vorliegt, können Rivaroxaban in der Dosis von 15 mg und Dabigatran in der Dosis von 2 x 110 mg gegeben werden. Die Kombination von antithrombozytärer Therapie und Antikoagulation wurde zunächst obligat als Tripeltherapie durchgeführt (DAPT und VKA). Sehr hohe Blutungskomplikationen führten dazu, dass in der Woest-Studie erstmals die duale Therapie (Clopidogrel und VKA) untersucht wurde. Es zeigte sich, dass bei gleicher Effektivität die Blutungsereignisse bedeutsam geringer waren als mit der Tripeltherapie. Mit dem Aufkommen der DOAK wurden diese als Komponente der dualen Therapie im Vergleich zu VKA gestet. Es zeigte sich eine nochmalige deutliche Senkung der Blutungsereignisse, und die ischämischen Ereignisse waren nicht vermehrt. Wenn auch die duale Therapie mit Clopidogrel und DOAK etabliert ist, so klärt die Datenlage bislang nicht vollständig, über welchen Zeitraum die ASS-Gabe erfolgen sollte. In der Leitlinie wird klar betont, dass periinterventivell nicht auf ASS verzichtet werden kann. Allerdings empfiehlt sie auch das Absetzen von ASS innerhalb der ersten Woche, um die Blutungsereignisse zu

minimieren. Wenn jedoch ein hohes Risiko für eine Stentthrombose vorliegt (z. B. Hauptstamm- oder Bifurkationsintervention), kann es erforderlich werden, ASS länger zur dualen Therapie hinzuzugeben, beispielsweise einen Monat lang.

Medikamentöse Therapie zur Senkung des LDL-Spiegels

Die neue Leitlinie der ESC zusammen mit der European Atherosclerosis Society leitet aus der aktuellen Datenlage ab, dass bei Patienten mit CCS ein Zielwert von < 55 mg/dl LDL-Cholesterin erreicht werden soll. Liegt der LDL-Cholesterinspiegel ohne Therapie zwischen 70 und 135 mg/dl, sollte angestrebt werden, ≤ 50 % des Ausgangs-LDL zu erreichen. Die primäre Medikation ist ein Statin. Wenn das Therapieziel nicht erreicht werden kann, wird zusätzlich Ezetimib eingesetzt.

Bei Bestehen eines ausgeprägten Nebenwirkungsprofils bzw. bei Nicht-Erreichen der Zielwerte können PCSK9-Inhibitoren eingesetzt werden. Dies gilt insbesondere für Patienten mit einem hohem Risiko (Klasse-I A-Empfehlung).

Weitere medikamentöse Therapieansätze

Bei mehr als 60 % der Patienten mit einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ist ein CCS die Ursache. Häufig ist in der Anamnese ein großer Infarkt aufgetreten. Die medikamentösen Bausteine der Herzinsuffizienztherapie (ACE-Hemmer, Betablocker, Aldosteronrezeptorantagonisten, Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren) kommen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Herzinsuffizienz zum Einsatz. Der Hormonersatztherapie kommt kein Stellenwert zu.

Diabetes mellitus ist ein wesentlicher Risikofaktor bei Patienten mit CCS. Mehrere Studien haben gezeigt, dass mit dem Einsatz von Natrium-Glukose-Co-Transporter-2-(SGLT2-)Inhibitoren (z. B. Empagliflozin, Canagliflozin oder Dapagliflozin) und Glucagon-like-peptide-1-(GLP-1)-Rezeptorantagonisten (z. B. Semaglutin oder Liraglutid) eine signifikante Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse erreicht werden kann. In den Studien mit dem SGLT2-In-

hibitor Empagliflozin und den GLP-1-Rezeptoragonisten Liraglutid oder Sema-glutid schloss dies eine signifikante Ver-minderung der Sterblichkeit mit ein. Aufgrund dieser Datenlage empfehlen die aktuellen Leitlinien bei Patienten mit Diabetes mellitus den Einsatz von SGLT-2-Inhibitoren oder GLP-1-Rezeptorago-nisten [16].

4.3. Revaskularisation (PCI, koronare Bypassoperation)

Die Ziele einer Revaskularisationstherapie sind die Linderung der Symptomatik und eine Verbesserung der Prognose. Im Ge-gensatz zur vorherigen Leitlinie von 2013 wird die Revaskularisationstherapie nicht mehr so restriktiv gesehen. Durch die in-

trakoronare Messung der FFR kann zuver-lässiger als mit der Morphologie alleine ei-ne hämodynamisch bedeutsame Stenose der epikardialen Koronargefäße diagnosti-ziert werden.

Neuere Daten zeigen, dass durch die FFR geführte interventionelle Koronartherapie (PCI) im Vergleich zur medikamentösen Therapie bessere Ergebnisse erzielt wer-den. Dies betrifft nicht nur eine ausge-prägte Symptombefreiheit sondern auch eine Reduktion von Infarktereignissen und kardialen Tod.

Die Entscheidung zur Revaskularisation ist neben der Symptomatik auch abhängig vom Ausmaß der Ischämie. Es liegen Da-ten vor, die eine Prognoseverbesserung durch eine Revaskularisation bei Patienten

mit einem Ischämieareal von mehr als 10 % des linksventrikulären Myokards zei-gen. Die Indikation zur Revaskularisation ist individuell auf die Patienten abzustim-men.

Für die Entscheidungsfindung sind sowohl morphologische als auch funktionelle Pa-rameter zu berücksichtigen. Morphologi-sche Parameter, die für eine Revaskulari-sation sprechen, sind die höhergradige Hauptstammstenose der linken Koronar-arterie und hochgradige (> 90 %) Steno-sen in den proximalen Koronargefäßab-schnitten.

Funktionelle Parameter, die für eine Re-vas-kularisation sprechen, sind eine FFR < 0.80 und ein großes Ischämieareal (> 10 %, z. B. dargestellt durch Myokard-szintigraphie oder Kardio-MRT). Die Re-vas-kularisation kann durch eine PCI oder eine koronare Bypassoperation (CABG) erfolgen. Dank der modernen Katheter-verfahren kann immer häufiger eine PCI durchgeführt werden, während die By-passoperation ihren Stellenwert bei kom-plexer Hauptstammstenose und diffuser Dreifgefäßkrankung behält.

Zusammenfassung

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie hat mit der Leitlinie 2019 eine neue Betrachtungsweise der koronaren Herz-erkrankung eingeführt [17]. Mit dem Terminus chronisches Koronarsyndrom wird sie dem häufig jahrzehntelangen Verlauf der Erkrankung gerecht. Die Leitlinie weist richtigerweise darauf hin, dass ein stabiler Verlauf der koronaren Herz-erkrankung von Ereignissen mit einem akuten Koronarsyndrom unterbrochen sein kann. Die vorgeschlagene Diagnostik der koronaren Herzerkrankung wertet die koronare CT-Untersuchung auf. Für den Ein- oder Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung wird das konventionelle Belastungs-EKG erheblich abgewertet. Die Leitlinie beleuchtet intensiv den Stellenwert der medikamentösen Therapie. ASS hat in der Primärprävention nur noch einen deutlich reduzierten Stellenwert, gehört in der Sekundärprävention aber zur langfristigen Standardtherapie und kann bei Patienten mit sehr hohem Risiko durch die zusätzliche Gabe eines

Abkürzungsverzeichnis	
ACS	akutes Koronarsyndrom (acute coronary syndrome)
ASS	Acetylsalicylsäure
CABG	koronare Bypassoperation
CCB	Calciumkanalblocker
CCS	chronisches Koronarsyndrom (chronic coronary syndrome)
CTA	CT-Angiographie
DAPT	duale Thrombozytenaggregationshemmung
DOAK	Direkte orale Antikoagulantien
ESC	Europäischen Gesellschaft für Kardiologie – European Society of Cardiology
EF	Ejektionsfraktion
FFR	Fractional Flow Reserve – fraktionelle Flussreserve. Index zur Bestimmung des Blutdurchflusses in den Herzkranzgefäßen (ohne bzw. mit Stenosen).
GLP-1-Rezep-toragonisten	blutzuckersenkende Arzneistoffe
HFrEF	Herzinsuffizienz mit erniedrigter linksventrikulärer Ejektions-fraktion
LAD	Ramus interventricularis anterior, kurz RIVA oder LAD, ist einer der beiden Hauptäste der Arteria coronaria sinistra
PCI	perkutane Koronarintervention, koronare Bypassoperation
SGLT-2-Inhibitoren	Arzneistoffe aus der Gruppe der Antidiabetika. SGLT2-Inhibitoren hemmen spezifisch den renalen, natriumabhängigen Gluko-setransporter SGLT-2 (Sodium dependent glucose co-transporter 2)
VKA	Vitamin K-Antagonisten

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem -Artikel „Chronische koronare Herzerkrankung – Diagnose und Behandlung nach der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie“ von Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer et al. finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-

Portal vom 25. April 2021 bis 24. Oktober 2021 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Patienten und/oder einer ausgeprägten Myokardischämie wird die Revaskularisation empfohlen. Überwiegend erfolgt die Revaskularisation mittels PCI, bei komplexen Hauptstammstenosen und koronarer Dreifäßerkrankung behält die Bypassoperation ihren Stellenwert.

Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer
Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht
Prof. Dr. med. Christoph Liebetrau
Prof. Dr. med. Bernd Nowak
Prof. Dr. med. Axel Schmermund

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Thomas Voigtländer
Cardioangiologisches Centrum Bethanien
Agaplesion Bethanien Krankenhaus
Im Prüfling 23, 60389 Frankfurt
E-Mail: t.voigtlaender@ccb.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

P2Y12-Inhibitoren oder Rivaroxaban in niedriger Dosis ergänzt werden. Der LDL-Cholesterinwert sollte bei Patienten mit CCS primär mittels Statinen und – wenn erforderlich – zusätzlich mit Ezetimib oder PCSK-9-Inhibitoren auf

< 55 mg/dl eingestellt werden. Dies gilt insbesondere für Hochrisikopatienten. Bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Diabetes mellitus hat die Therapie mit einem SGLT-2-Inhibitor eine Klasse I-Empfehlung. Bei symptomatischen

Personalia

Prof. Dr. med. Sandra Ciesek ist „Hochschullehrerin des Jahres“

Der Deutsche Hochschulverband (DHV) verleiht Prof. Dr. med. Sandra Ciesek (Foto), Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt und Professorin der Goethe-Universität, den Preis „Hochschullehrerin des Jahres“. Zusammen mit Prof. Dr. med. Christian Drost, Leiter des Instituts für Virologie der Berliner Charité, wird sie für ihre Beiträge im Podcast „Coronavirus Update“ des Norddeutschen Rundfunks geehrt. Ins Leben gerufen mit Beginn der Corona-Pandemie im Februar 2020, befasst sich der Podcast wissenschaftlich mit verschiedenen Aspekten der Pandemie und liefert Updates zur laufenden Forschungstätigkeit und zur Einschätzung der aktuellen La-

ge. Seit Ende August 2020 ist Ciesek, die auch die Landesärztekammer Hessen berät, regelmäßiger Gesprächsgast im wöchentlichen Wechsel mit Drost. Der DHV ehrt die beiden Wissenschaftler für ihre Verdienste als „Corona-Aufklärer“. Die Auszeichnung „Hochschullehrer des Jahres“ geht damit erstmals an ein Duo. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert und wird am 31. Mai 2021 im Rahmen der „Gala der Deutschen Wissenschaft“ verliehen. Die Veranstaltung findet in diesem Jahr virtuell statt.

(red)



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Zum 1. April hat der in Frankfurt am Main niedergelassene Chirurg **Jan Henniger** (Foto) den Vorsitz des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC) übernommen. Die



Foto: BNC/Henniger

Neuwahl im Rahmen einer digital ausgerichteten außerordentlichen Delegiertenversammlung war erforderlich geworden, nachdem der bisherige Vorsitzende **Dr. med. Christoph Schüürmann** seinen altersbedingten Rückzug aus seiner ärztlichen Tätigkeit sowie seinen politischen Ämtern bekannt gegeben hatte. Für seine neue Aufgabe bringt Henniger langjährige Erfahrung in der Berufs- und Standespolitik mit, u. a. ist er Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hessen und der Delegiertenversammlung der LÄK Hessen. Seit 2019 ist er stellvertretender Vorsitzender des Hessischen Chirurgenverbandes, daneben ist er auch Mitglied im Berufsverband Deutscher Chirurgen.

Wichtige Personalia aus ganz Hessen bitte per E-Mail an: haebl@laekh.de

Multiple Choice-Fragen:

Chronische koronare Herzerkrankung – Diagnose und Behandlung nach der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie

VNR: 2760602021142480008 (eine Antwort ist richtig)

1. Welcher Satz ist richtig? ASS ist...

- 1) ...wesentlicher Baustein der Primärprävention.
- 2) ...bei Vorhofflimmern und CCS eine Alternative zu DOAK.
- 3) ...nach PCI bei hohem Blutungsrisiko nach vier Wochen als Monotherapie möglich.
- 4) ...in einer Mindestdosis von 300 mg einzusetzen.

2. Diagnostik bei CCS: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Belastungs EKG bleibt in der Stufen-diagnostik Nummer 1.
- 2) Nur Funktionsparameter (z. B. Myokardperfusion) geben Hinweise auf die Prognose.
- 3) Das Koronar-CT (CTA) hat eine zentrale Position im Diagnostikalgorithmus.
- 4) Die Myokardperfusion kann nur durch SPECT quantifiziert werden.

3. Prognose bei CCS: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Die Atherosklerose der Herzkranzgefäße hat generell keine prognostische Bedeutung.
- 2) Das Risiko ist immer gering, nur bei NSTEMI und STEMI ist es erhöht.
- 3) Tumorerkrankungen sind mittlerweile in die Deutschland die häufigste Todesursache.
- 4) Herzinfarkt und CCS belegen die beiden ersten Plätze bei den Todesursachen in Deutschland.

4. Risikoeinschätzung bei CCS: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Nicht erforderlich, da ohnehin klarer Behandlungsalgorithmus für alle.
- 2) Nur die Ischämiediagnostik (z. B. SPECT, MRT) ist entscheidend.
- 3) Das Koronar-CT (CTA) ist eine wesentlich Grundlage zur Einschätzung des Risikos.

- 4) Nur die Koronarangiographie kann zuverlässig morphologische Parameter der Risikoeinschätzung liefern.

5. Welche Antwort ist richtig? Vortestwahrscheinlichkeit...

- 1) ...schätzt anhand von Alter, Geschlecht und Symptomatik die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Stenose über 50 % in den Herzkranzgefäßen.
- 2) ...ist ein Parameter für die zu erwartende Mortalität.
- 3) ...bestimmt die Qualität der eingesetzten Tests.
- 4) ...ist statistischer Begriff ohne Wertigkeit bei der Diagnose CCS.

6. Therapie bei CCS: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Lifestyle Optimierung kann häufig jegliche Medikation ersetzen.
- 2) Hormonersatztherapie hat keinen Stellenwert.
- 3) LDL < 100 mg ist bei Hochrisikopatienten ein ausreichender Zielkorridor.
- 4) PCSK-9-Inhibitoren spielen im klinischen Alltag keine Rolle.

7. Therapie bei CCS: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Nitrate haben ihren Stellenwert bei der Therapie des CCS.
- 2) Nitrate haben eine positiven Effekt auf die Prognose.
- 3) Ivabradine hat keinen Stellenwert bei der antiischämischen Therapie.
- 4) Calciumantagonisten spielen keine Rolle bei der antiischämischen Therapie.

8. CCS und Thrombozytenaggregationshemmung: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Nach PCI ist bei nicht erhöhtem Blutungsrisiko die Gabe von ASS 100 und Clopidogrel 75 Standard.

- 2) Bei erhöhtem Blutungsrisiko kann die duale Plättchenhemmung (DAPT) verkürzt werden.

- 3) Bei sehr hohem Blutungsrisiko kann die DAPT auf vier Wochen verkürzt werden.

- 4) 1 bis 3 ist richtig.

9. CCS, PCI und Vorhofflimmern: Welche Antwort ist richtig?

- 1) Bei ca. 4 % der PCI-Patienten liegt ein Vorhofflimmern vor.
- 2) Bei ca. 12 % der PCI-Patienten liegt ein Vorhofflimmern vor.
- 3) Bei PCI und Vorhofflimmern ist die Tripletherapie für drei Monate Standard.
- 4) Bei paroxysmale Vorhofflimmern, aktuell Sinusrhythmus und Chads-Vasc-Score von > 3 ist DAPT für sechs Monate ausreichend.

10. CCS und Revaskularisation (PCI und Bypassoperation): Welche Antwort ist richtig?

- 1) Beide sind wichtige Behandlungsbausteine zur Symptomlinderung und Prognoseverbesserung.
- 2) Die Verbesserung der PCI-Techniken erlaubt die interventionelle Therapie auch bei komplexen Koronarbefunden. Die Bypassoperation hat ihren Stellenwert bei interventionell schwierig anzugehenden Hauptstammstenosen und diffusen drei Gefäßerkrankungen.
- 3) Die CCS-Leitlinie hat auf der Grundlage von Symptomatik und Prognoseabschätzung klare Vorgaben für eine Revaskularisationstherapie (PCI oder seltener Bypassoperation) erstellt.

- 4) 1 bis 3 ist richtig.

Literatur zum Artikel:

Chronische koronare Herzerkrankung

Diagnose und Behandlung nach der Leitlinie der ESC

von Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht, Prof. Dr. med. Christoph Liebetrau,

Prof. Dr. med. Bernd Nowak und Prof. Dr. med. Axel Schmermund

- [1] Adam Timmis, Nick Townsend, Chris P Gale, Aleksandra Torbica, Maddalena Lettino, Steffen E Petersen, Elias A Mossialos, Aldo P Maggioni, Dzia-nis Kazakiewicz, Heidi T May, Delphine De Smedt, Marcus Flather, Liesl Zuhlke, John F Beltrame, Radu Huculeci, Luigi Tavazzi, Gerhard Hindricks, Jeroen Bax, Barbara Casadei, Stephan Achenbach, Lucy Wright, Panos Vardas, European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019, European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 12–85
- [2] Reeh J, Therming CB, Heitmann M, Hojberg S, Sorum C, Bech J, Husum D, Dominguez H, Sehestedt T, Hermann T, Hansen KW, Simonsen L, Galatius S, Prescott E. Prediction of obstructive coronary artery disease and prognosis in patients with suspected stable angina. *Eur Heart J* 2018;40:14261435.
- [3] Cheng VY, Berman DS, Rozanski A, Dunning AM, Achenbach S, Al-Mallah M, Budoff MJ, Cademartiri F, Callister TQ, Chang HJ, Chinnaiyan K, Chow BJ, Delago A, Gomez M, Hadamitzky M, Hausleiter J, Karlsberg RP, Kaufmann P, Lin FY, Maffei E, Raff GL, Villines TC, Shaw LJ, Min JK. Performance of the traditional age, sex, and angina typicality-based approach for estimating pretest probability of angiographically significant coronary artery disease in patients undergoing coronary computed tomographic angiography: results from the multinational coronary CT angiography evaluation for clinical outcomes: an international multicenter registry (CONFIRM). *Circulation* 2011;124:24232432, 24212428.
- [4] Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. *Circulation* 1976; 54: 522523. Bosner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, Herzig L, Heinzl-Gutenbrunner M, Schaefer JR, Abu Hani M, Keller H, Sonnichsen AC, Baum E, Donner-Banzhoff N. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010;182:12951300.
- [5] Douglas PS, Hoffmann U, Patel MR, Mark DB, Al-Khalidi HR, Cavanaugh B, Cole J, Dolor RJ, Fordyce CB, Huang M, Khan MA, Kosinski AS, Krucoff MW, Malhotra V, Picard MH, Udelson JE, Velazquez EJ, Yow E, Cooper LS, Lee KL; PROMISE Investigators. Outcomes of anatomical versus functional testing for coronary artery disease. *N Engl J Med* 2015;372: 12911300.
- [6] Davies MJ. Anatomic features in victims of sudden coronary death. Coronary artery pathology. *Circulation*. 1992; 85(1 Suppl.):I19–I24
- [7] Zachariasardóttir, Sára ,Risgaard, Bjarke , Ågesen, Frederik Nybye, Jabbari, Reza, Glinge, Charlotte, Inge-mann-Hansen, Ole , Ottesen, Gyda Lolk , Thomsen, Jørgen Lange , Haunsø, Stig , Banner, Jytte , Winkel, Bo Gregers Tfelt-Hansen, Jacob: Sudden cardiac death and coronary disease in the young: A nationwide cohort study in Denmark; *International Journal of Cardiology* 236 (2017)16–22
- [8] Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, Prescott E, Storey RF, Deaton C, Cuisset T, Agewall S, Dickstein K, Edvardsen T, Escaned J, Gersh BJ, Svitil P, Gilard M, Hasdai D, Hatala R, Mahfoud F, Masip J, Muneretto C, Valgimigli M, Achenbach S, Bax JJ; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14;41(3):407–477.
- [9] Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. *N Engl J Med* 1979;300: 1350–8
- [10] Juarez-Orozco LE, Saraste A, Capodanno D, Prescott E, Ballo H, Bax JJ, Wijns W, Knuuti J. Impact of a decreasing pre-test probability on the performance of diagnostic tests for coronary artery disease. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* 2019; doi: 10.1093/ehjci/jez054.
- [11] Motivala AA, Parikh V, Roe M, Dai D, Abbott JD, Prasad A, Mukherjee D. Predictors, Trends, and Outcomes (Among Older Patients ≥65 Years of Age) Associated With Beta-Blocker Use in Patients With Stable Angina Undergoing Elective Percutaneous Coronary Intervention: Insights From the NCDR Registry. *JACC Cardiovasc Interv*. 2016 Aug 22; 9(16): 1639–48.
- [12] Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M, Steg PG, Storey RF, Jensen EC, Magnani G, Bansilal S, Fish MP, Im K, Bengtsson O, Oude Ophuis T, Budaj A, Theroux P, Ruda M, Hamm C, Goto S, Spinar J,

Nicolau JC, Kiss RG, Murphy SA, Wi-viott SD, Held P, Braunwald E, Sabatine MS; PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015;372:1791–1800

[13] Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017;377:1319–30.

[14] Paulus Kirchhof, Stefano Benussi, Dipak Kotecha, Anders Ahlsson, Dan Atar, Barbara Casadei, Manuel Castella, Hans-Christoph Diener, Hein Heidbuchel, Jeroen Hendriks, Gerhard Hindricks, Antonis S Manolis, Jonas Oldgren, Bogdan Alexandru

Popescu, Ulrich Schotten, Bart Van Putte, Panagiotis Vardas, ESC Scientific Document Group, 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, *European Heart Journal*, Volume 37, Issue 38, 7 October 2016, Pages 2893–2962

[15] Morita Y, Hamaguchi T, Yamaji Y, Hayashi H, Nakane E, Haruna Y, et al. Temporal trends in prevalence and outcomes of atrial fibrillation in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Clin Cardiol.* 2020 Jan;43(1):33–42.

[16] Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, Mattheus M, Devins T, Johansen OE, Wo-

erle HJ, Broedl UC, Inzucchi SE; EMPA-REG: OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015;373:211–221.

[17] Lit.: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2019/09/06/11/01/2019-esc-guidelines-for-chronic-coronary-syndromes>

[18] *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 1, 1 January 2021, Pages 17–96, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa605/>. Published: 29. August 2020

Sprach- und Gesundheitskompetenz von Kindern mit südosteuropäischen Wurzeln fördern

Projekt „BuGe Süd Hessen“ sucht Ärztinnen und Ärzte zur Kooperation



Foto: Dr. med. Elke Seipp-Güthier

Engagement für Kinder aus Familien mit geringen Deutschkenntnissen

„Bildung und Gesundheit (Süd Hessen)“, kurz „BuGe Süd Hessen“, ist der Name eines Projektvorhabens zur Vermittlung von Sprach- und Gesundheitskompetenz. Angestrebt werden bessere Gesundheit, besserer Bildungserfolg und bessere Integration von Kindern aus Familien südosteuropäischer Herkunft mit geringen Deutschkenntnissen im Odenwaldkreis. Wichtig ist die gleichzeitige Förderung einer höheren Gesundheitskompetenz der Eltern und des sozialen Umfeldes.

Ziele und deren Umsetzung

Um diese Ziele zu erreichen, werden Ärztinnen und Ärzte sowie andere Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziales und Integration für eine projektbezogene Zusammenarbeit gesucht. Auch soll die Kooperation von staatlichen Stellen wie Jugendamt und Gesundheitsamt bei der Kreisverwaltung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, mit den Darmstädter Kinderkliniken,

mit Einrichtungen der Jugendarbeit und Interessenvertretungen ausländischer Mitbürgerinnen und Mitbürger intensiviert werden. Für den Aufbau einer Struktur, die über die eigentliche Projektlaufzeit hinausgehen soll, sind 36 Monate geplant.

Hintergrund und Initiatoren/-innen

Die Idee zu dem Projekt stammt von dem im Februar 2021 an Covid-19 verstorbenen Kinderarzt Dr. med.

Rainer Trumpfheller aus Michelstadt. Gemeinsam mit der freien Beraterin Christine Becker (Salutoconsult, Bad König) verabredete er die Konzeption des Projektvorhabens, für das Becker nun nach Fördermitteln sucht. „Dr. Trumpfhellers Tod stellt eine besondere Herausforderung für das Vorhaben dar, das auch als eine Art Vermächtnis des Kinderarztes gedeutet werden kann“, erklärt Becker.

Hintergrund von „BuGe Süd Hessen“ sind die Probleme, mit denen sich Kinderärztinnen und Kinderärzte im Odenwaldkreis bei der Versorgung von Kindern aus Familien des südosteuropäischen Kulturkreises konfrontiert sehen. „Für Dr. Trumpfheller ging es besonders um Kinder von Familien aus Westthrakien, einer geografischen Region im Norden Griechenlands“, berichtet Becker. Dort leben neben Griechen vor allem Balkantürken und andere muslimische Einwohner. Da es sich bei der Region um ein wirtschaftliches und politisches Randgebiet der EU handelt, ist die Abwanderung groß.

Menschen westthrakischer Herkunft sind in ganz Deutschland beheimatet, viele von ihnen in Hessen und dort unter anderem im Odenwald. „Ihnen stehen alle Privilegien als EU-Bürgerinnen und -Bürger zu; Auflagen zu Deutsch- und Integrationskursen unterliegen sie nicht“, weist Becker auf die Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit der Familien hin.

Probleme und Perspektiven

Aufgrund der mangelnden Deutschkenntnisse der Eltern, vor allem der Mütter, gestalten sich die Vorsorgeuntersuchungen von Kindern aus dem südosteuropäischen Kulturkreis schwierig. „Insbesondere bei den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 können Kinderärzte selten eine Einschulung empfehlen, da die Kinder oft so gut wie kein Deutsch sprechen. Außerdem bestehen Gesundheitsrisiken durch ungünstiges Verhalten bei Ernährung, Bewegung und Medienkonsum“, macht Becker deutlich. Um den Erwerb von Deutschkenntnissen zu unterstützen und gesundheitsbewusstes Verhalten bei den Kindern und ihren Familien zu fördern, seien der Ausbau der Infra-

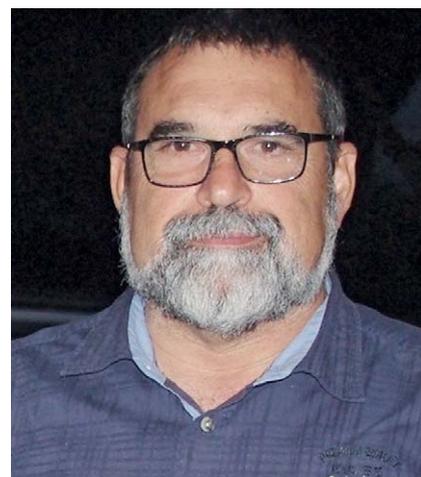


Foto: Hans-Dieter Schmidt, Odenwälder Echo

In memoriam Dr. med. Rainer Trumpfheller. Der Kinderarzt aus Michelstadt ist Anfang Februar 2021 im Alter von 62 Jahren an den Folgen einer Covid-19-Infektion verstorben.

BuGe Süd Hessen

Bessere Gesundheit, besseren Bildungserfolg und bessere Integration: Um diese Ziele für Kinder aus Familien südosteuropäischer Herkunft mit geringen Deutschkenntnissen im Odenwaldkreis zu erreichen, werden für das Projekt „BuGe Süd Hessen“ Ärztinnen und Ärzte als Kooperationspartner gesucht. Zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens ist die Vernetzung von Ärzten, Behörden und weiteren Einrichtungen notwendig. Ansprechpartnerin des Projekts ist Christine Becker.

struktur und die Vernetzung von Ärzten, Behörden und weiteren Einrichtungen notwendig. „Für eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung und -förderung sind eine verbesserte Infrastruktur und der Einsatz digitaler Technologien von zentraler Bedeutung.“

Beantragung eines konkreten Förderprogramms

Um Fördermittel für das Projekt „BuGe Süd Hessen“ zu erhalten, hat sich zudem die Möglichkeit ergeben, an einem Förderprogramm teilzunehmen, mit dem Städte und Gemeinden in strukturschwachen ländlichen Regionen gefördert werden, um durch Digitalisierung die Le-



Foto: privat

Christine Becker

bensqualität der Bevölkerung voranzutreiben. Als Antragsteller konnte Becker einen gemeinnützigen Verein als Antragsteller gewinnen. Auch sollen die Fördermöglichkeiten des Präventionsgesetzes genutzt werden.

Sie sind interessiert, an dem Projekt mitzuwirken? Dann wenden Sie sich bitte an: Christine Becker, Salutoconsult E-Mail: c.becker@salutoconsult.de

Katja Möhrle

Personalia

Dr. med. Maïke

Manz, Hebamme und Sektionsleiterin Geburtshilfe am Klinikum Darmstadt, ist die neue Vorsitzende der Sektion „Klassische Geburtshilfe“ innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Inhalte und Ziele der Sektion sind die Vernetzung der klinisch und wissenschaftlich tätigen Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sowie die Erarbeitung und Kommunikation wissenschaftlicher Fragestellungen der klassischen Geburtshilfe. Zudem initiierte die Sektion einige Leitlinien, wie beispielsweise zu Brustentzündungen, Geburtseinleitungen und andere.



Foto: Markus Schmidt, Klinikum Darmstadt

Erinnerung an Dr. med. Heidrun Gitter

* 16.10.1960 † 15.03.2021

Leidenschaft für Patientenwohl und humane Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Am 15. März 2021 ist Dr. med. Heidrun Gitter, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Bremen, im Alter von 60 Jahren nach schwerer Krankheit in Bremen verstorben. Ihre Leidenschaft für das Patientenwohl und humane Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen machten sie zu einer hoch geschätzten Kollegin im Vorstand der Bundesärztekammer.

Ihr beruflicher Weg führte Gitter unter anderem nach Hessen: So wechselte sie 1989 von der Kinderchirurgischen Klinik des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße in Bremen nach Wiesbaden zur Chirurgischen und Unfallchirurgischen Klinik der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken. In Hessen erwachte Gitters Interesse an der Berufspolitik: Von 1992 bis 1993 war sie Delegierte der Landesärztekammer Hessen sowie hessische Abgeordnete für den 96. Deutschen Ärztetag 1993 in Dresden.

1993 erhielt Gitter ihre Anerkennung als Fachärztin für Chirurgie und kehrte

zur Kinderchirurgischen Klinik des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße in Bremen zurück. Seit 1996 war Gitter als Oberärztin, seit 2004 als leitende Oberärztin der Klinik für Kinderchirurgie und -urologie am Klinikum Bremen-Mitte tätig.

Seit ihren Anfängen als hessische Delegierte engagierte sich Heidrun Gitter immer weiter in der Berufspolitik. Im Januar 2008 wurde sie zur Vizepräsidentin und vier Jahre später zur Präsidentin der Ärztekammer Bremen gewählt. Im Mai 2019 wählten die Abgeordneten des 122. Deutschen Ärztetages in Münster Heidrun Gitter zur Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Wir gedenken ihr mit Betroffenheit und hoher Anerkennung.



Foto: BÄK

Dr. med Edgar Pinkowski
Landesärztekammer Hessen

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)



Schlaf, Schlaflosigkeit und Depression

Bad Nauheimer Gespräch mit Professor Dieter Riemann

„Ein geringes Maß an Schlaflosigkeit ist nicht ohne Nutzen dafür, den Schlaf richtig schätzen zu lernen und außerdem sein Dunkel ein wenig aufzuhellen“, behauptete der französische Schriftsteller Marcel Proust. Wenn Schlafstörungen allerdings häufig auftreten, man sich im Bett hin und her wälzt, in Gedanken spiralen verfangt und am nächsten Tag wie gerädert fühlt, wird Insomnie (Schlaflosigkeit) zu einem Problem. Dass das Thema viele bewegt, zeigten die hohen Einschaltquoten zu dem Bad Nauheimer Gespräch „Schlaf, Schlaflosigkeit und psychische Erkrankungen“ am 11. März mit dem Referenten Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Dieter Riemann vom Universitätsklinikum Freiburg. Pandemiebedingt fand die in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen organisierte Veranstaltung, in deren Verlauf sich 177 Interessierte zuschalteten und mit vielen Fragen beteiligten, online statt.

Vor einem Jahr sei sie „in die großen Fußstapfen“ ihrer Vorgängerin Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Dietrich getreten, erzählte Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Bad Nauheimer Gespräche und Moderatorin des Abends, in ihrer Begrüßung und erinnerte daran, dass die Veranstaltungsreihe inzwischen auf eine 50-jährige Geschichte zurückblicken kann. Als Schlafforscher, Abteilungsleiter für klinische Psychologie und Psychophysiologie am Universitätsklinikum Freiburg, Gastprofessor an der Universität Oxford und Herausgeber des Journal of Sleep Research stellte sie Professor Riemann vor, der sich vor dem Hintergrund eines üppig bestückten Bücherregals live in das Bad Nauheimer Gespräch einblendete. Anfangs gelegentlich von technischen Übertragungsschwierigkeiten unterbrochen, widmete er sich in seinem Vortrag der Beziehung zwischen Insomnie und psychischen Erkrankungen bis hin zu Vorbeugung und Behandlung von Schlaflosigkeit.

Insomnie und Depression

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Schlaflosigkeit und Depression? Insomnie begleite Menschen mit Depressionen in hohem Maße, stellte Riemann fest. Bis heute sei die von Emil Kraepelin 1909 in dem „Lehrbuch Psychiatrie“ hergestellte Verbindung zwischen Melancholie und Schlaflosigkeit prägend. „Schlafstörungen gelten nach wie vor als ein Kriterium für Depression.“ Was die Häufigkeit typischer Symptome bei Depressionen betreffe, stehe Insomnie mit 100 % an erster Stelle. Doch die Zusammenhänge seien zweidimensional, so Riemann. Denn das eine könne zum anderen führen: Schlaflosigkeit zur Depression und vice versa.

Einführung: Schlafphasen

Wie unterscheidet sich das Schlafverhalten guter und schlechter Schläfer? Schlaf bestehe aus verschiedenen Phasen – Leichtschlafphasen, Phasen mitteltiefen Schlafes, Tiefschlafphasen und der sogenannte REM-Schlaf (REM steht für Rapid Eye Movement), bei denen im Gehirn zahlreiche Verarbeitungsprozesse stattfinden und die sich in der Nacht mehrmals wiederholen, erklärte Riemann. Die 1953 entdeckte REM-Phase sei durch schnelle Augenbewegungen bei geschlossenen Lidern gekennzeichnet, begleitet von einem verringerten Tonus der Skelettmuskulatur und einem spezifischen Aktivationsmuster im EEG. Beobachtungen und Messungen von Schlafenden hätten gezeigt, dass sich guter Schlaf durch die ungestörte Abfolge, das heißt den zyklischen Abstand der REM-Phasen auszeichne. Bei depressiven Patienten seien die Abstände zwischen den Schlafphasen dagegen unregelmäßig, der Tiefschlaf reduziert und der REM-Schlaf vorverlagert.

Biomarker gefunden?

„Die beobachtete Vorverlagerung des REM-Schlafs war eine Stimulanz für die Forschung“, sagte Riemann. Denn man ha-

be geglaubt, einen Biomarker gefunden zu haben. Seither unterdrücken 90 % aller Antidepressiva den REM-Schlaf. „Neu entdeckte Veränderungen im Gehirn konnten zeigen, dass es Neuronengruppen gibt, die im leichten Schlaf, und solche, die im Tiefschlaf aktiv sind“, führte Riemann weiter aus. So werde in dem Ende der 1970er-Jahre entwickelten Robson/Mc Carley-Modell deutlich, dass der Übergang von Wachheit zu Schlaf mit auffälligen Veränderungen der neuronalen Aktivität einhergeht.

Schlaf und Schlaflosigkeit manifestierten sich bei depressiven Menschen deutlich, fuhr der Referent fort und überraschte mit folgender Erkenntnis: Wenn depressive Patienten eine ganze Nacht über wach blieben, führe dies dazu, dass ihre Stimmung am nächsten Morgen gut sei. „Der Mensch ist tagaktiv, nicht nachtaktiv“, stellte Riemann fest. Man schlafe umso tiefer, ja länger man wach sei. Dies lasse sich auch im EEG nachweisen. Warum sich der Schlafentzug für eine Nacht bei depressiven Menschen positiv auswirke, wisse man nicht, räumte Riemann ein. „Es ist ein absolut paradoxer Effekt.“ Tatsächlich wirke sich Schlafentzug auf längere Sicht allerdings auch bei Menschen mit Depressionen negativ aus.

Neue Erkenntnisse

Die Erkenntnisse zu den REM-Phasen entsprachen der Studienlage bis zum Ende der 1980er Jahre. „1992 kam dann der Rückschlag“, sagte Riemann. In einer Meta-Analyse zum Schlaf sei untersucht worden, wie häufig früher REM-Schlaf bei verschiedenen psychischen Störungen auftrete. Mit dem Ergebnis, dass sich die Euphorie, den Marker einer Krankheit gefunden zu haben, abgeschwächt habe. Alle 90 bis 100 Minuten werde das Gehirn im Schlaf hochgefahren. Die REM-Phase sei die Zeit der Träume und wichtig für die Verarbeitung positiver und negativer Emotionen. Bei Depressiven sei diese Verarbeitung gestört.

Zur REM-Schlaf-Erlebnisverarbeitung zeigte Riemann einen Film aus dem

Schlaflabor. Darin vollführt ein schlafender Patient ruckhafte, heftige Bewegungen im Bett und spricht Unverständliches. „Man dachte zunächst, dies sei ein seltenes Phänomen, tatsächlich aber tritt es häufiger auf“, kommentierte Riemann. „Und zwar meistens bei Männern über 60.“ Es handele sich um einen Prädiktor dafür, in den nächsten zehn Jahren neurodegenerativ zu erkranken.

Was kann der Schlaf?

Schlaf spart Energie, ist wichtig für das Gedächtnis, für die Informationsverarbeitung und das Lernen. Wenn zwischen Lernen und Abruf der erlernten Inhalte geschlafen werde, funktioniere das Gedächtnis weitaus besser als ohne Schlaf, fügte Riemann erklärend hinzu. Von nächtlichem Lernen riet er dagegen ab: So sollten mindestens zwei bis drei Stunden „Pufferzone“ zwischen Lernen und Schlafen liegen. Lernen im Schlaf funktioniere jedoch nicht: „Lernen ohne Anstrengung bleibt ein Wunschtraum.“

Schlaf kann noch mehr: In den USA hätten Tierversuche gezeigt, dass er auch als „Müllabfuhr des Gehirns“ fungiere. So werden beispielsweise die für Alzheimer verantwortlichen Beta-Amyloide während des Schlafens abtransportiert. „Das bedeutet, dass die Gefahr der Demenz-Entwicklung durch mangelnden Schlaf langfristig steigt.“ Einen klaren Zusammenhang sah Riemann zwischen Schlaf und psychischer Gesundheit.

Gene, Persönlichkeit und Stress

Nach dem 3-Faktoren-Insomnie-Modell von Spielman (3-P-Modell) werde Schlaflosigkeit durch Gene, Persönlichkeitsstruktur, akuten Stress, beispielsweise am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft, hervorgerufen. Während stressbedingte Schlafstörungen meist vorübergehender Natur seien, zählten die Konzentration auf Schlaflosigkeit und dysfunktionale Überlegungen wie „Ich schlafe so schlecht! Drehe ich deshalb irgendwann durch?“ zu den aufrecht erhaltenden Faktoren. Wie viel Schlaf braucht der Mensch eigentlich? Laut Riemann benötigen Erwachsene bis 65 Jahren täglich zwischen sechs und acht Stunden Schlaf.

Allerdings könne die Wahrnehmung der eigenen Schlaflosigkeit täuschen, sagte der Referent und zeigte exemplarisch einen Film aus dem Schlaflabor: Während der schlechte, sich häufig im Schlaf hin und her werfende Schläfer anschließend subjektiv der Meinung war, zwei Stunden kürzer geschlafen zu haben, als der ruhig daliegende gute Schläfer, betrug die Differenz der Schlafdauer beider Probanden tatsächlich nur 25 Minuten.

Grübeln statt Träumen

Allerdings existieren eindeutige Unterschiede zwischen guten und schlechten Schlafenden. Bei Menschen, die unter Insomnie litten, beobachte man viele kurze Aufwachvorgänge, die zu einem instabilen REM-Schlaf führten, erläuterte Riemann. Da es sich bei dem REM-Schlaf um einen sehr aktiven Gehirnvorgang handele, sei die Hypothese aufgestellt worden, dass Menschen mit Insomnie im REM-Schlaf nicht viel träumten, sondern grübelten.

„Wir haben ein aktivierendes System und ein Schlafsystem im Gehirn“, sagte Riemann. „Bei Insomnie gelingt es nicht, sich vollständig im Schlaf zu halten.“ Gibt es einen Zusammenhang zwischen schlechtem Schlaf und Hypertonie? Ja, Schlaflosigkeit sei ein Risikofaktor für Bluthochdruck und umgekehrt, so der Referent. Ob es wichtig sei, jede Nacht acht Stunden zu schlafen, lautete eine Frage aus dem Zuschauerkreis. Die acht-Stunden-Ideologie sei falsch, entgegnete Riemann. „Gradmesser ist vielmehr, wie man sich fühlt.“

Schlafen Durchschläfer besser?

Auch gut Schlafende würden nachts wach, stellte Riemann klar. „Aber sie bekommen das in der Regel nicht mit.“ Die Länge des Schlafs sei übrigens auch eine Frage des Alters. So sei es etwa bei 70- oder 80-Jährigen überhaupt kein Problem, nachts zwei oder dreimal wach zu werden. Werde die Kontinuität des Durchschlafens dagegen häufig gestört, müsse Schlaflosigkeit möglicherweise als etwas Übergreifendes betrachtet werden, sagte Riemann. Eine Metaanalyse seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter habe gezeigt, dass Insomnie auch ein unabhängiger Prediktor für psy-

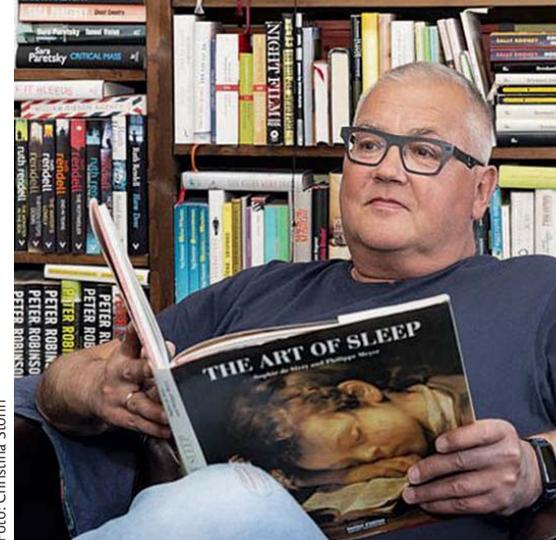


Foto: Christina Stöhr

Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Dieter Riemann, Freiburg

chische Erkrankungen, darunter Schizophrenie, sei.

Was hilft gegen Insomnie?

Unter dem Hinweis auf „Schlafhygiene“ beantwortete Riemann die Frage nach Vorbeugung und Behandlung von Insomnie mit einem ganzen Katalog von Maßnahmen: Keinen Kaffee mehr nach Mittag, Alkohol weitgehend vermeiden und keinesfalls als Schlafmittel einsetzen, keine schweren Mahlzeiten am Abend zu sich nehmen, regelmäßige körperliche Aktivität, jedoch keine körperliche Anstrengung vor dem Zubettgehen und ein einfaches persönliches Einschlafritual. Wichtig sei, erst dann zu Bett zu gehen, wenn man müde sei, das Bett nur zum Schlafen und nicht etwa zum Lesen oder Fernsehen zu nutzen, tagsüber nicht zu schlafen und morgens stets zur gleichen Zeit aufzustehen. Wie geht man mit dem gedanklichen Teufelskreis rund um Schlaflosigkeit um? Riemann riet zu Strategien: Aktuelle Probleme nicht mit ins Schlafzimmer nehmen, sondern präventiv tagsüber auf einem „Gedankenstuhl“ zurücklassen. Bei der Behandlung von Schlafstörungen sei eine kognitive Verhaltenstherapie erste Behandlungsoption. Kurzfristig könnten Schlafmittel eingesetzt werden, allerdings erzeugten sie keinen physiologischen Schlaf. Antidepressiva wiederum unterdrückten den REM-Schlaf. „Alles nicht ideal. Die Lösung liegt nicht in Medikamenten, sondern in Schlafhygiene“, bekräftigte Riemann. Zur Entspannung empfahl er u. a. progressive Muskelentspannung, autogenes Training, Achtsamkeitstraining und Meditationsübungen.

Katja Möhrle



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

EKG-Kurs **Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021** **22 P**
Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) – Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Teile 1 + 2: **Mi., 29. September 2021**
Leitung: Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen
Dr. med. I. Martin, Bad Nauheim

Gebühr: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik

Mi., 27. Oktober 2021 **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Gebühr: 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

Ort: **Bad Nauheim**, Kerckhoff-Klinik

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
Mail: heike.cichon@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul 2 – Aufbaukurs „Infektiologie“

Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

Modul 1 – Grundkurs „Antiinfektiva“

Mo., 06.–Fr., 10. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt
Prof. Dr. med. T. A. Wichelhaus, Ffm.

Gebühr: 900 € (Akademiestatistiker 810 €)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
Mail: heike.cichon@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin

In Kooperation mit der Fachkundigen Stelle der LÄKH als Kooperationspartner der BGW.

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI Aufbauschulung:

Mi., 26. Mai 2021 **6 P**

Mi., 30. Juni 2021 **6 P**

Mi., 14. Juli 2021 **6 P**

Leitung: Dr. med. A. Rauch

Gebühr: 130 € (Akademiestatistiker 117 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,
E-Mail: abba@laekh.de

Hygiene, Öffentl. Gesundheitswesen

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

Für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal in Arztpraxen und Einrichtungen für ambulantes Operieren.

Mi., 29. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt
S. Niklas, Eschborn

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Impfkurs

Sa., 09. Oktober 2021

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Leitung: Prof. Dr. med. S. Wicker, Frankfurt
Dr. med. P. Neumann, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
Mail: baerbel.buss@laekh.de

Ethik

Curriculare Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“

Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

Moderationskurs: **Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021**

Gebühr: 340 € (Akademiestatistiker 304 €)

Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 17. September 2021 **8 P**

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: 250 € (Akademiestatistiker 232 €)
zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Tracheotomie/Trachealkanülenmanagement

Blended Learning-Veranstaltung

Sa., 29. Mai 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Beginn der Telelernphase: 03.05.2021

Leitung: Dr. med. S. Welschehold M. A., Mainz
Dr. phil. J. Konradi M. A., Mainz
Dr. med. T. Kerz, Mainz

Gebühr: 150 € (Akademiestatistiker 135 €)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

45. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)

Mo., 25.–Fr., 29. Oktober 2021

Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl,
Dr. med. K.-H. Peiffer, Frankfurt

Gebühr: 680 € (Akademiestatistiker 612 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 04.–Sa., 06. November 2021 **30 P**

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels

Gebühr: 450 € (Akademiestatistiker 405 €)

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 24. November 2021 **8 P**

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Fr., 05. November 2021

Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)

Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

Ort: **Frankfurt, Uniklinikum**

Aktualisierungskurs

Sa., 20. November 2021

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Ort: auf Anfrage

Grundkurs

Theorie: Fr., 18.–Sa., 19. Juni 2021

Praktikum: auf Anfrage

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Orte: **Theorie: Frankfurt, Uniklinikum**

Praktikum: Bad Nauheim,
Hochwaldkrankenhaus

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 10.–Sa., 11. September 2021

Praktikum: Mi., 15. September 2021

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Orte: **Theorie: Frankfurt, Uniklinikum**

Praktikum: Frankfurt,
Krankenhaus Nordwest

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.
B. Bodelle, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 12.–Sa., 13. November 2021 und

Block Ib: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Gebühr: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floreren@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ - Endokrinologie, Kindergynäkologie und Jugendmedizin

Mi., 09. Juni 2021

Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. L. Schrod

Gebühr: 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Rechtsmedizin

Leichenschau

Mi., 22. September 2021, Mi., 29. September 2021,
Mi., 06. Oktober 2021, Mi., 13. Oktober 2021

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)

Verletzungsdokumentation – Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen

Verletzungsdokum. Mi., 27. Oktober 2021

Fallbesprechung Mi., 10. November 2021

Gebühr: jeweils 80 € (Akademiestudenten 72 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ic Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021

Gebühr: 320 € (Akademiestudenten 288 €)

Modul II Sa., 30. Oktober 2021

Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Modul III Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

Gebühr: 320 € (Akademiestudenten 288 €)

Zum Abschluss des Moduls III wird je ein **Final- und Kausalitätsgutachten** gefordert.

Gebühr: je 30 € (Akademiestudenten je 27 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021

Gebühr: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

Modul IV Fr., 12.–Sa., 13. November 2021

Gebühr: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

Modul V Sa., 13. November 2021

Gebühr: 100 € (Akademiestudenten 90 €)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 11. September 2021 **10 P**

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Transplantationsmedizin

Kriseninterventionsseminar

Mi., 19. Mai 2021 oder Mi., 14. Juli 2021 **8 P**

Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ultraschall

Gefäße

Aufbaukurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen Do., 17.–Sa., 19. Juni 2021

Gebühr: 520 € (Akademiestudenten 468 €)

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Aufbaukurs auf Anfrage

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse II Sa., 13. November 2021

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

Weitere Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Do., 18.–Fr., 19. November 2021

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Darmstadt

Gebühr: 360 € (Akademiestudenten 324 €)

Ort: Darmstadt, Klinikum

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Mi., 30. Juni 2021

6 P

Leitung: Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui,
Dr. med. I. Rüschoff, Rüsselsheim

Gebühren: 120 € (Akademiestudenten 108 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden.

Kursblock VI: Aufbaukurs

Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021 und

Fr., 16.–Sa., 17. Juli 2021

Beginn der Telelernphase: 20.06.2021

Gebühr: 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

Kursblock VII: Aufbaukurs

Fr., 15.–Sa., 16. Oktober 2021 und

Fr., 22.–Sa., 23. Oktober 2021

Gebühr: 650 € (Akademiestatistiker 585 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Mo., 15.–Sa., 20. November 2021

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
Gebühr ges.: 630 € (Akademiestatistiker, BDI und DGIM 567 €)

Gebühr/Tag: 180 € (Akademiestatistiker, BDI und DGIM 162 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative in Heimarbeit zu erbringen ist.

Block I: Mo., 08.–Fr., 12. November 2021

Beginn der Telelernphase: 11.10.2021

Leitung: N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühren: Block I: 990 € (Akademiestatistiker 891 €)
Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung

27. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken und 20 Stunden Theorie.

Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Block III: Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021 16 P

Block IV: Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021 16 P

Block V: Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021 16 P

Block VI: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021 16 P

Gebühren je Block: 280 € (Akademiestatistiker 252 €)

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle,
Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

Mi., 03.–Sa., 06. November 2021

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Gebühr: 550 € (Akademiestatistiker 495 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 – Teil A: Fr., 25.–Sa., 26. Juni 2021 insg. 42 P

Modul 1 – Teil B: Fr., 17.–Sa., 18. September 2021

Modul 1 – Teil C: Fr., 19.–Sa., 20. November 2021

Das Seminar besteht aus drei Teilen, die nur gemeinsam gebucht werden können.

Leitung: Dr. med. H. Berberich, Hofheim,
Dr. med. U. Engelbach, Frankfurt

Orte: **Teil A: Bad Nauheim**, BZ der LAEKH
Teil B: Hofheim, Stadthalle
Teil C: auf Anfrage

Gebühr: 900 € (Akademiestatistiker 810 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Akupunktur

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V./DÄGfA.

I. Teil Theorie (120 Std.)

G1-G2	Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021
G3-G4	Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021
G5-G6	Fr., 10.–Sa., 11. September 2021
G7-G8	Fr., 08.–Sa., 09. Oktober 2021
G9-G10	Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP	Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021
GP	Fr., 17.–Sa., 18. September 2021
GP	Fr., 08.–Sa., 09. Oktober 2021
GP	Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de oder
 A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
 E-Mail: bauss@daegfa.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B Do., 23.–Fr., 24. September 2021
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühr: 340 € (Akademiemitgl. 306 €)

Kurs C Sa., 05. Februar 2021
Leitung: Prof. Dr. med. S. Bösner, Marburg
Gebühr: auf Anfrage

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiemitglieder und für die Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin Hessen. Teilnehmer, für die beides zutrifft, erhalten einen doppelten Rabatt.

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Fr., 11.–Sa., 12. Juni 2021
Fr., 17.–Sa., 18. Dezember 2021

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühren: jeweils 260 € (Akademiemitgl. 234 €)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Nachholtermin Block B Fr., 11.–Sa., 12. Juni 2021

Neuropathische Schmerzen;
 Kopfschmerzen
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Ort: Kassel, DRK-Kliniken

Modul I Fr., 14.–Sa., 15. Mai 2021 20 P

Grundlagen der Schmerzmedizin
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Dr. med. K. Böhme, Kassel
Ort: Kassel-Wilhelmshöhe, Schloßhotel

Modul III Fr., 18.–Sa., 19. Juni 2021 20 P

Muskuloskeletale Schmerzen
Leitung: Dr. med. Sina Moreau, Frankfurt
 Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt

Modul IV Fr., 03.–Sa., 04. September 2021 20 P

Diverse Schmerzsyndrome
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Modul II Fr., 05.–Sa., 06. November 2021

Schmerzhafte Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, psychische Komorbidität
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Ort: Kassel, Klinikum

Gebühr: jeweils 300 € (Akademiemitgl. 270 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Sportmedizin

ZTK 12:	Mo., 30.–Di., 31. August 2021
ZTK 1:	Mi., 01.–Do., 02. September 2021
ZTK 11:	Fr., 03.–Sa., 04. September 2021
ZTK 9:	Mo., 25.–Di., 26. Oktober 2021
ZTK 3:	Mi., 27.–Do., 27. Oktober 2021
ZTK 14:	Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je ZTK 300 € (Akademiemitgl. 270 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 2 **Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021** **40 P**
Gebühr: 740 € (Akademiestatistiker 666 €)
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
 M.-S. Jost, Eschwege

Fallseminar Modul 3 **Mo., 15.–Fr., 19. November 2021** **40 P**
Gebühr: 840 € (Akademiestatistiker 756 €)
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Kurs-Weiterbildung **Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021** **40 P**
Gebühr: 740 € (Akademiestatistiker 666 €)
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken. Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.

Modul 3 **Mi., 05.–Di., 11. Mai 2021**
 Beginn der Telearnphase: 12.04.2021

Modul 5 **Mo., 06.–Di., 14. September 2021**
 Beginn der Telearnphase: 10.08.2021

Modul 4 **Mo., 08.–Di., 16. November 2021**
 Beginn der Telearnphase: 12.10.2021

Modul 6 **Mo., 06.–Di., 14. Dezember 2021**
 Beginn der Telearnphase: 16.11.2021

Gebühren: je Modul: 750 €
 (Akademiestatistiker 675 €)

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Kursblock E: Mo., 20.–Fr., 24. September 2021
Kursblock F: Mo., 27. September–Fr., 01. Oktober 2021

Gebühren: je Kursblock 500 €
 (Akademiestatistiker 450 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

In der Regel werden Akademieveranstaltungen ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter, der Referenten und der Veranstaltungsleitung bestehen nicht. Abweichungen werden auf der Internetseite der jeweiligen Veranstaltung angezeigt. Alle Veranstaltungen sind produkt- und dienstleistungsneutral.

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:
<https://portal.laekh.de> oder www.akademie-laekh.de
 möglich.

Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220.

Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung.

Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):
 Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
 Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

Akademie online:
www.akademie-laekh.de
E-Mail: akademie@laekh.de





Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.carl-oelemann-schule.de

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) 40 Stunden

Inhalte:

- Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (Interaktion mit chronisch kranken Patienten).
- Patientenbegleitung – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen.

Termin (PBK): Mo., 31.05.2021–Mi., 02.06.2021

Gebühr (PBK): 290 €

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Gebühr (PAT 1 und PAT 2): jeweils 100 €

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

Ambulantes Operieren (AOP) 80 Stunden

Der insgesamt 94-stündige Lehrgang teilt sich auf in zwei Blöcke:

Block A (70 Std.): „Ambulantes Operieren“ (AOP) mit den Lerninhalten:

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anwendung
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung
- Best Practice

Block B (24 Std.): Sachkenntnis zur „Aufbereitung von Medizinprodukten“ (SAC)

Termin Block A (AOP): 30.06.2021–03.07.2021 und
20.07.2021–24.07.2021

Gebühr Block A: 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin Block B: siehe Website oder auf Anfrage

Gebühr Block B: 350 €

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten

Inhalte: Fortbildung für Teilnehmende, die bereits die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten erworben haben und die ihren Kenntnisstand aktualisieren wollen.

Termin (MED 12_2): Fr., 02.07.2021, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden

Im ernährungstherapeutischen Team sollen die fortgebildeten Mitarbeitenden bei Maßnahmen der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

Beginn (ERM): Interessentenliste

Gebühr (ERM): 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Gebühr (PAT 1 und PAT 2): jeweils 100 €

Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur fachlich versierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen (ONKPAL und PAL).

Termin: Interessentenliste

Gebühr ONKPAL: 260 €

Gebühr PAL: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Gebühr (PAT 1 und PAT 2): jeweils 100 €

Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (STR)

Der 90-stündige Qualifizierungslehrgang richtet sich an medizinische Fachkräfte zum Nachweis der „Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Anwendung am Menschen“ gemäß § 49 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Teilnehmen können Interessierte mit abgeschlossener dreijähriger Berufsausbildung in einem humanmedizinischen Fachberuf sowie Auszubildende zur/zum MFA im dritten Ausbildungsjahr.

Termine: Interessentenliste

Gebühr: 1.010 € zzgl. 50 € Prüfungsgebühr

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180



Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden

Inhalte:

Im Qualifizierungslehrgang werden Tätigkeiten vermittelt mit dem Ziel, bei der Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis delegationsfähige ärztliche Leistungen übernehmen zu können.

Termin (NP): Interessentenliste

Gebühr (NP): 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Gebühr (PAT 1 und PAT 2): jeweils 100 €

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie auf unserer Website.

Termin (KAR): Interessentenliste

Gebühr (KAR): 1.215 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Gebühr (PAT 1 und PAT 2): jeweils 100 €

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischem Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin.

Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: Interessentenliste

Gebühr Pflichtteil: 1.630 €

Prüfungsgebühren: 200 €

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Schriftlich oder per Fax. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule
 Carl-Oelemann-Weg 5
 61231 Bad Nauheim
 Fax: 06032 782-180
 Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort soweit nicht anders angegeben:
 Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtungsmöglichkeit und Buchungsanfrage:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26,
 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-230, Fax: 06032 782-320
 E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Beschwerdemanagement der Landesärztekammer Hessen

Seitens der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wurde ein neues System des Beschwerdemanagements eingerichtet. Hierdurch erhalten Patientinnen und Patienten über die Website der LÄKH eine einfache und formal korrekte Handlungsanweisung zur Beschwerdeerhebung. Indem durch das System sämtliche relevanten Daten abgefragt werden, kommt es außerdem kammerintern zu einer Optimierung der Arbeitsabläufe, weil in der Regel keine weiteren Informationen angefordert werden müssen. Nachfolgend soll ein allgemeiner Überblick über dieses Beschwerdeverfahren geboten werden.

1. Berufsaufsicht

Die LÄKH übt neben der Standesvertretung die Berufsaufsicht über die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte aus. Die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) legt fest, welche Gebote Ärztinnen und Ärzte beachten müssen. Es handelt sich um grundlegende ethische und rechtliche Prinzipien,

denen sich die Ärzteschaft selbst unterworfen und deren Einhaltung die LÄKH zu überwachen hat. Die Berufsaufsicht ist eine von der Ärzteschaft im Rahmen ihrer Selbstverwaltung geschaffene Instanz zur Ahndung unärztlichen Verhaltens, das dem Ansehen des Berufsstandes schaden könnte. Dementsprechend besteht die Verpflichtung der LÄKH, Beschwerden von Patienten nachzugehen, die sich auf die Verletzung berufsrechtlicher Pflichten beziehen. Mittelbar kann durch die Beschwerdemöglichkeit im Einzelfall die Einschaltung einer Rechtsanwältin/eines Rechtsanwalts, die Erhebung einer Klage oder die Erstattung einer Strafanzeige durch die Patientinnen und Patienten verhindert, bestenfalls die zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bestehende Kommunikationsstörung behoben werden.

2. Online-Formular

Auf der Website der LÄKH ist unter „Für Bürger/-innen“ > „Ihr gutes Recht“ > „Patientenbeschwerden“ neben einem Informati-

Aktueller Fall: Maskenpflicht in der Arztpraxis

Ein Privatpatient beschwerte sich bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) über seinen langjährigen Hausarzt: Der Patient habe ein Attest, das ihn von der Maskenpflicht befreie. Der Arzt habe trotzdem die Behandlung abgelehnt, da der Patient keinen Mund-Nasen-Schutz getragen habe. Er habe sofort die Praxis verlassen müssen. Es sei eine Unverschämtheit, so mit Privatpatienten umzugehen. Außerdem sei erwiesen, dass das Tragen von Masken gesundheitsschädlich sei.

Der Patient forderte von der LÄKH Auskunft darüber, ob der Arzt die Behandlung einfach verweigern durfte. Die Rechtsabteilung teilte ihm daraufhin mit, dass die Kammer die Berufsaufsicht über die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte ausübe, eine Rechtsberatung von Patientinnen und Patienten oder Auskunftserteilung hingegen nicht erfolge. Der Patient wurde auf das Onlineformular für Patientenbeschwerden und das Informationsblatt hingewiesen. Hiernach wurde Beschwerde erhoben und eine Schweigepflichtentbindungserklärung vorgelegt. Die Rechtsabteilung bat den Arzt unter Vorlage einer Kopie von Beschwerde und

Schweigepflichtentbindungserklärung im Rahmen der Gewährung rechtlichen Gehörs und zur Information über die Beschwerde um Stellungnahme.

Der Arzt bestätigte die Ablehnung der Behandlung. Ein Notfall habe nicht vorgelegen. Zum Zweck des Schutzes der anderen Patienten, seiner Mitarbeiter/-innen und des Eigenschutzes habe er die Behandlung abgelehnt. Die Rechtsabteilung teilte dem Patienten daraufhin mit, dass der Arzt nach § 7 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – frei sei, eine Behandlung abzulehnen. Ein Notfall liege vor, wenn sich der Patient in einem lebensbedrohlichen Zustand befinde. Erst ein solcher Notfall verpflichte den Arzt, sofort zu behandeln. Die LÄKH stellte fest, dass keine Anhaltspunkte für ein berufsrechtlich relevantes Fehlverhalten des Arztes bestünden. Gleichwohl bedauere man die entstandenen Meinungsverschiedenheiten. Dem Arzt wurde das Schreiben an den Patienten zur Kenntnisnahme überlassen. Hiermit war der Vorgang abgeschlossen. (theu)

onsblatt zum Beschwerdeverfahren ein Online-Formular zu finden, das nach dem Ausfüllen ausgedruckt und unterschrieben postalisch einzureichen ist. Die Patienten müssen dort Pflichtfelder ausfüllen (ihre Daten, Name der Ärztin/des Arztes, Behandlungszeitraum und im Fließtext den Gegenstand der Beschwerde). Ferner wird ein Formular zur Verfügung gestellt, mit dem die Ärztin/der Arzt von seiner Schweigepflicht der LÄKH gegenüber entbunden werden muss. Über das Online-Formular kann auch der Antrag auf Abgabe einer gutachterlichen Stellungnahme zur Angemessenheit einer ärztlichen Honorarforderung gestellt werden, zu der die LÄKH gemäß § 12 Abs. 4 BO verpflichtet ist. Dieses neu entwickelte System zur Erhebung einer Beschwerde mittels Online-Formular erleichtert die Arbeitsschritte und die Verwaltung der eingehenden Beschwerden, da die wesentlichen Daten abgefragt und in der Regel keine weiteren Unterlagen mehr angefordert werden müssen.

3. Vorgehen nach Eingang der Beschwerde

Nach Eingang der Beschwerde wird die Ärztin/der Arzt um Stellungnahme gebeten – verbunden mit dem Hinweis, dass sie/er zu Angaben, die zur Selbstbelastung führen würden, nicht verpflichtet ist. Dies stellt entgegen vielfach geäußelter Annahme keine Beschuldigung oder Vorverurteilung dar und ist auch kein Zeichen dafür, dass die LÄKH die Interessen der Patientin oder des Patienten vertreten würde. Die Belehrung entspringt dem rechtsstaatlichen Grundsatz, dass niemand verpflichtet ist, sich selbst zu belasten. Da bei Eingang einer Beschwerde nicht ersichtlich ist, ob sich die Ärztin/der Arzt eines Berufsvergehens schuldig gemacht hat oder nicht, wird dieser Hinweis höchst vorsorglich erteilt.

Die berufsrechtliche Prüfung erfolgt objektiv anhand der Stellungnahmen von Arzt und Patient sowie der hereingereichten Unterlagen. Sofern die Rechtsabteilung der LÄKH zu dem Ergebnis gelangt, dass der Verdacht eines Verstoßes gegen Berufspflichten besteht, wird der Vorgang dem Präsidium der LÄKH zur Kenntnis gebracht. Dort wird über die Einleitung berufsrechtlicher Ermittlungen entschieden, die durch die Berufsgerichtsabteilung der LÄKH erfolgen.

Die Einleitung berufsrechtlicher Maßnahmen dient nicht dem Individualrechtsschutz der Patientin bzw. des Patienten, sondern ausschließlich dem Zweck der Berufsaufsicht und damit dem Interesse aller sich berufsrechtskonform verhaltenden Ärzte sowie der Wahrung des Ansehens des Berufsstandes. Seitens der LÄKH erfolgt keine Beratung von Patienten. Ebenso wenig hat die Patientin/der Patient ein Informationsrecht über ein gegen die Ärztin/den Arzt eingeleitetes Verfahren. Berufsrechtliche Verfahren sind nicht öffentlich.

Sofern wegen des der Beschwerde zugrunde liegenden Sachverhalts ein Strafverfahren eingeleitet wurde, ruht ein berufsrechtliches Verfahren bis zu dessen rechtskräftiger Beendigung. Hiernach wird seitens der LÄKH geprüft, ob ein „berufsrechtlicher Überhang“ besteht, das heißt ob es trotz strafgerichtlicher Verurteilung geboten ist, durch Auferlegung einer berufsgerichtlichen Sanktion noch besonders zum Bewusstsein zu bringen, dass die Tat nach dem Verständnis der Berufsgenossinnen und -ge-

nossen berufsunwürdig ist. Hierdurch kann auch einer Minderung des Ansehens der Ärzteschaft entgegengewirkt werden.

4. Fazit

Mit dem neuen Beschwerdemanagementsystem werden Verfahrensabläufe optimiert, was zu einer erheblichen Zeitersparnis führt. Die berufsrechtliche Überprüfung erfolgt objektiv auf Basis der überlassenen Informationen. Häufig kristallisiert sich heraus, dass die Beschwerdeerhebung durch deeskalisierende Kommunikation hätte vermieden werden können. Das Beschwerdeverfahren kann jedoch häufig dazu beitragen, Schlimmeres zu verhindern. Im Umgang mit problematischen Patienten kann proaktiv die Beratung durch die Rechtsabteilung der LÄKH in Anspruch genommen werden.

Dr. jur. Kirsten Theuner

Rechtsreferentin, Syndikusrechtsanwältin
Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

Die Kammer ist auch für Patientenbelange ansprechbar

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts vertritt die Landesärztekammer Hessen die hessischen Ärztinnen und Ärzte auf allen Gebieten ärztlicher Berufsausübung. Sie unterstützt die ihr zugehörigen Ärzte z. B. bei allen Fragen des ärztlichen Berufs-, Weiterbildungs- und Gebührenrechts, dies schließt die Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten ein.

Patientinnen und Patienten finden auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Für Bürger/-innen“ die Arztsuche der LÄKH und die Rubrik „Ihr gutes Recht“. Außerdem informiert die LÄKH über eigene Präventionsprojekte, die sich an die breite Öffentlichkeit richten, und bietet aktuelle Auskünfte zur Covid-19-Pandemie.

Patientinnen und Patienten steht die Möglichkeit offen, sich bei in der Arzt-Patienten-Beziehung aufgetretenen Problemen mit einer schriftlichen Beschwerde unter Schilderung des konkreten Sachverhalts und unter namentlicher Nennung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin an die Landesärztekammer Hessen zu wenden. Auf der Seite <https://patientenbeschwerde.laekh.de/> steht dafür ein Onlineformular für Patientenbeschwerden zur Verfügung. Weitere Informationen finden sich in einem Informationsblatt, das im Internet unter der Rubrik „Für Bürger/-innen → Ihr gutes Recht“ → Patientenbeschwerden“ abrufbar ist. Dort gibt es auch einen Flyer mit Informationen über das bei Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers mögliche Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle, die bei der LÄKH angesiedelt ist, aber unabhängig arbeitet. (red)



Die Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung: Wichtige Aufgabe der Landesärztekammer Hessen

Qualität in der Ausübung des ärztlichen Berufes ist schon immer ein herausragendes ärztliches Anliegen. Es prägt das berufliche Selbstverständnis jedes einzelnen Arztes, aber auch der verfassten Ärzteschaft. Die Landesärztekammer nimmt sich dieser Aufgabe für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen an.

Die Weiterbildung in einem Gebiet, zum Beispiel Chirurgie, einem Schwerpunkt, beispielsweise Viszeralchirurgie, oder einer Zusatzweiterbildung, zum Beispiel Akut- und Notfallmedizin oder Intensivmedizin qualifiziert zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs. Im Interesse der Patienten und auch der Ärztinnen und Ärzte selbst ist eine umfassende und qualifizierte Vorbereitung für diese Eigenverantwortlichkeit dringend erforderlich. Weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte, Weiterbilder/-innen und Ärztekammer verantworten gemeinsam das Erreichen der Facharztqualifikation. Sie sind damit auch gemeinsam verantwortlich für die Qualität der Weiterbildung.

Studium und Approbation

Das Studium der Humanmedizin ist klar strukturiert und wird durch vielfältige Prüfungen in den einzelnen Fächern und den Staatsexamina sehr engmaschig überwacht. Eine Aussage über die Qualität der Ausbildung erfolgt nicht und ist auch nicht möglich. Lediglich der Lernerfolg wird überprüft und mit dem Staatsexamen dokumentiert.

Mit der Approbation eröffnet sich die neue Welt der Weiterbildung. Die Wahl eines bestimmten Faches zur Weiterbildung, Bewerbung und Wahl der Weiterbildungsstätte erfordern Eigenverantwortung und Initiative der Weiterzubildenden.

Weiterbildungsbefugte

Ein erster Baustein der Qualitätssicherung der Ärztekammer für die Weiterbildung ist die Sicherung der Strukturqualität bei der Überprüfung der Eignung einer Weiterbildungsstätte und der damit verbun-

denen Dauer der Befugung der verantwortlichen Weiterbildenden. Sie richtet sich nach eingehender Überprüfung der vermittelbaren Inhalte und Kompetenzen nach der Weiterbildungsordnung. Die Zeiten, die für die Weiterbildung angerechnet werden können, variieren von 12 Monaten (beispielsweise in der Allgemeinmedizin) bis zu 72 Monaten, zum Beispiel in der Inneren Medizin mit Schwerpunkt.

Nicht jeder bekommt die Erlaubnis, Kolleginnen und Kollegen weiterzubilden. Eine qualitativ hochwertige Weiterbildung kann natürlich nur gewährleistet werden, wenn beispielsweise Untersuchungen und Behandlungen in angemessener Häufigkeit nachgewiesen werden können. Auch fachliche und persönliche Eignung sind unabdingbare Voraussetzungen. Bei Bedarf werden Einzelheiten durch Nachfragen geklärt oder überprüft. Begehungen der Weiterbildungsstätten runden im Einzelfall das Bild ab.

Aufgabe der Bezirksärztekammern als Ombudsstelle

Die Weiterbildungsbefugten nehmen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung einer hochwertigen Weiterbildung ein. Sie sind qualifiziert ausgewählt, stehen mit ihrem Tun und Handeln in der Patienten- und Ärzteöffentlichkeit. Die Landesärztekammer Hessen hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Ausgestaltung der Weiterbildung durch die Befugten eng zu begleiten. Sie sieht sich zunächst als Beobachtungsinstanz, interessiert sich dabei natürlich aber auch für mögliche Auffälligkeiten und Fehlentwicklungen vor Ort. Die Vorsitzenden der Bezirksärztekammern sollen für Befugte wie Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung wichtige lokale Ansprechpartner sein und bei Bedarf als Ombudsleute schlichtend eingreifen.

eLogbuch

Ein weiterer Baustein für die Gewährleistung von Qualität in der Weiterbildung ist

das eLogbuch, das die Weiterbildung kontinuierlich begleitet. In Händen der weiterzubildenden Ärzte werden Untersuchungen, Behandlungen und erworbene Kenntnisse und Kompetenzen dokumentiert. In jährlichen Gesprächen zwischen Weiterbildenden und Weiterzubildenden werden die Fortschritte der Weiterbildung konsentiert und dokumentiert. Eine intensive Lernkontrolle wie im Studium gibt es allerdings nicht.

Die Landesärztekammer kann um Rat gefragt werden, insbesondere bei Wechsel der Weiterbildung, Anerkennung von anderweitig erworbenen Qualifikationen und natürlich bei der Anmeldung zur Prüfung. Die eigentliche Qualitätssicherung der konkreten Ausgestaltung der Weiterbildung vor Ort obliegt gesetzlich und satzungsgemäß der Landesärztekammer.

Evaluation der Weiterbildung durch die Landesärztekammer

Die Landesärztekammer Hessen führt seit vielen Jahren als einzige Kammer in Deutschland ein Weiterbildungsregister und hat bereits mehrere Pilotprojekte zur Evaluation der Weiterbildung durchgeführt. Dabei dienen qualitative Interviews als Grundlage, auf deren Basis beispielsweise besonders relevante Aspekte aus Sicht der Betroffenen identifiziert oder Fragestellungen konkretisiert werden konnten.

Die Landesärztekammer Hessen hat zudem durch ergänzende Befragungsprojekte bereits jetzt zuverlässige Daten – zum Beispiel über die Dauer der Weiterbildungszeiten – und kann prognostische Aussagen ableiten. Gestützt auf diese Ergebnisse und Erfahrungen wird aktuell ein Verfahren entwickelt, das es ermöglichen soll, einen umfänglichen Überblick über die Qualität des Weiterbildungsgeschehens in Hessen zu erlangen.

Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung werden durch die Ärztekammer regelhaft um Auskunft über den Stand ihrer Weiterbildung gebeten. Dabei wird diese



wichtige Phase des ärztlichen Lernens aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Dies sind neben Fragen zur Arbeitssituation oder Führungsaspekten beispielsweise solche zur Klärung, wie gut und umfangreich Fach und Kernkompetenzen erworben werden können. Unerwünschte Entwicklungen und auch „Nadelöhre“ der Weiterbildung sollen damit frühzeitig erkannt und korrigiert werden.

Abteilung für Weiterbildung der LÄK Hessen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung für Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen sind sowohl für die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbil-

dung als auch für die Befugten ein wichtiger Dreh- und Angelpunkt für inhaltliche und verfahrenstechnische Fragestellungen. Sie haben ein offenes Ohr für individuelle Fragen und stehen bei Problemen mit Rat und Tat zur Verfügung.

Diese Rückmeldungen geben der Ärztekammer wichtige Hinweise über Phänomene in der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung, um grundsätzlich Abhilfe zu schaffen oder eine individuelle Lösung zu finden.

Auch mit der neuen Weiterbildungsordnung und ihrer Umsetzung wird man Erfahrungen sammeln müssen. Die Landesärztekammer entwickelt hierzu fundierte Instrumente, die helfen werden, Entwicklungen zu beobachten und Fehl-

entwicklungen zu korrigieren. Dies ist und bleibt eine Daueraufgabe zur ständigen Verbesserung der Qualität der Weiterbildung in Hessen und damit zur hochwertigen und sicheren Patientenversorgung sowie zur Berufszufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung.

**Dr. med. Wolf
Andreas Fach**

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Vorsitzender
des Weiterbildungsausschusses

E-Mail via: haebl@laekh.de



Foto: Katarina Ivanisevic

Junge Ärztinnen und Ärzte

Neues Gütesiegel „Gute Weiterbildung“

Marburger Bund Hessen: Bewerbung ab sofort möglich

Das Gütesiegel „Gute Weiterbildung“ hat sich bereits seit mehreren Jahren fest etabliert und zwar in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Berlin/Brandenburg und dem Saarland. Die Verleihung des Gütesiegels soll gute ärztliche Weiterbildung im Krankenhaus auszeichnen und eine Orientierung geben, in welchen Abteilungen die ärztliche Weiterbildung besonders beispielhaft durchgeführt wird und auch die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte abbilden.

In Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz wurden beispielsweise bisher zwölf Abteilungen ausgezeichnet und damit nur jede dritte der Abteilungen, die sich beworben hatten.

Eine Blitzumfrage unter den Mitgliedern des Marburger Bundes Hessen hatte Ende September 2020 bereits gezeigt, dass ein Gütesiegel für ärztliche Weiterbildung auch in Hessen großen Anklang in der jungen Ärzteschaft findet. Mehr als 90 Prozent aller Befragten stimmten für die Einführung eines solchen Siegels in Hessen.

Der Startschuss ist daher auch in Hessen durch den Marburger Bund erfolgt. Die ersten Bewerbungen sind schon eingegangen und die erste Bewertung ist in vollem Gange.

Teilnahme und Ablauf

Um an der Vergabe des Gütesiegels teilnehmen zu können, müssen Fachabteilungen bestimmte Kriterien erfüllen. Bei jeder Fachabteilung, die sich bewirbt oder vorgeschlagen wird, sollten mindestens sieben Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung angestellt sein. Diese sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte erhalten anonymisierte Fragebögen, die innerhalb von zwei Wochen beantwortet werden müssen. Die „Rücklaufquote“ sollte mindestens 80 Prozent betragen, um eine Abteilung für eine Vergabe zu qualifizieren. An die Auswertung schließt sich eine Visitation durch Mitglieder des Netzwerks Junge Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiter

der Geschäftsstelle des MB Hessen an.



Vergabe des Siegels

Hat eine Fachabteilung die nötige Punktzahl erreicht und weitere Voraussetzungen erfüllt, erhält sie das Gütesiegel zunächst für drei Jahre. Nach Ablauf dieser Zeit wird erneut evaluiert. Allerdings kann ein Siegel auch wieder aberkannt werden, sollten sich gravierende Veränderungen, die die ärztliche Weiterbildung beeinträchtigen, ergeben. Fragen rund um das Siegel beantwortet Alexandra Kretschmer, Stv. Geschäftsführerin des Marburger Bundes Hessen, E-Mail: kretschmer@mbhessen.de

Bewerbung

Fachabteilungen können sich ab sofort bewerben, bitte per E-Mail an: presse@mbhessen.de

Interview: Mit einem Gütesiegel lässt sich die Weiterbildung vergleichen

Der Marburger Bund Hessen führt das Gütesiegel „Gute Weiterbildung“ ein. Dr. med. Vanessa Zink, Mitglied im Netzwerk junge Ärztinnen und Ärzte des Marburger Bundes, die das Gütesiegel auf den Weg gebracht haben, berichtet, was gute Weiterbildung ausmacht und warum ein Gütesiegel sinnvoll ist.

Wie läuft aktuell die Weiterbildung aus Ihrer Sicht? Was sind Ihre Erfahrungen und die Ihrer Kolleginnen und Kollegen?

Dr. med. Vanessa Zink: Ich persönlich muss mich aus dieser Frage derzeit rausnehmen, da ich aktuell in der allgemeinmedizinischen Praxis tätig bin und eins zu eins weitergebildet werde. Was ich aber von Kolleginnen und Kollegen höre, die sich in der klinischen Weiterbildung befinden, ist, dass es im Moment in den Krankenhäusern nur darum geht, dass Aufgaben möglichst zeit- und personalsparend erledigt werden. Das Lernen bleibt dabei leider zu oft völlig auf der Strecke.

Was macht denn eine gute Weiterbildung aus?

Zink: Gerade in der Anfangsphase ist es meiner Meinung nach wichtig, einen Ansprechpartner zu haben und nicht alleine einfach ins kalte Wasser geworfen zu werden. Denn dann fühlt man sich schnell überfordert. Zudem ist eine feste Struktur der Weiterbildung wichtig, damit alle Inhalte der Weiterbildung auch ablaufen, wie sie sollen. Denn sonst wer-

den Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel nicht bei Operationen oder Sonografien eingesetzt, die sie jedoch zur Anerkennung der Weiterbildung benötigen. Dies kann zu einem starken Konkurrenzkampf untereinander führen.

Warum sollte gute Weiterbildung ausgezeichnet werden?

Zink: An einer solchen Auszeichnung wie unserem Gütesiegel kann man sich orientieren – vor allem als Berufsanfänger, wenn man noch nicht weiß, wie der Hase läuft. Wenn man gerade von der Uni kommt, erwartet man, dass die Weiterbildung überall gleich gut abläuft, aber so ist es nicht. Eine Auszeichnung gibt eine Entscheidungshilfe, wo sich eine Bewerbung lohnt.

Warum ist ein solches Gütesiegel sinnvoll?

Zink: Mit einem Gütesiegel lässt sich die Weiterbildung vergleichen. Auf anderen Plattformen, auf denen die Weiterbildung bewertet wird, sind es vorwiegend subjektive Eindrücke. Wir wollen die Bewertung objektivieren und vergleichbar machen. Das Gütesiegel kommt außerdem direkt von den Ärzten in der Weiterbildung.

Sie engagieren sich im Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund Hessen – was wollen Sie neben einer guten Weiterbildung noch bewegen?

Zink: Wir jungen Ärztinnen und Ärzte wollen stärker repräsentiert sein. Wir wünschen uns mehr Diversität, auch in



Foto: privat

Dr. med. Vanessa Zink befindet sich derzeit in Weiterbildung in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Sie ist Mitglied im Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund Hessen.

der Führungsriege. Unsere Belange müssen stärker berücksichtigt werden und wir haben im Netzwerk viele gute Ideen, die wir dort gemeinsam umsetzen können. Neben der Qualität der Weiterbildung, interessieren uns beispielsweise Themen wie Klimaschutz und Gesundheitsschutz, Ärztinnentreffen oder die Gestaltung von Informationsbroschüren.

Mitmachen lohnt sich!

Interview: Marburger Bund Hessen

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studententipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen,

Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf:

Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

(red)

Abgeordnete zum 124. Deutschen Ärztetag

vom 04.–07. Mai 2021 in Rostock (abgesagt)

Neu: 04.–05. Mai 2021 – nur Online-Veranstaltung

(gemäß Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 11.03.2021)

Die Delegiertenversammlung hat am 16. September 2020 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte zum 124. Deutschen Ärztetag 2021 in Rostock und zu ggf. vor dem 124. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

	Abgeordnete	Ersatzabgeordnete
Liste 1	ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/innen, Hausärzte/innen, angestellte Ärzte/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Ärzte/innen im Ruhestand) 1) Dr. med. Irena Prokofieva	2) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
Liste 2	Fachärztinnen und Fachärzte Hessen 1) Dr. med. Cornelius Weiß 2) Dr. med. Wolf Andreas Fach 3) Christiane Dormann 4) Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg 5) Dr. med. Klaus Doubek	6) Dr. med. Sabine Dominik 7) Michael Waldeck 8) Dr. med. Michael Weidenfeld 9) Dr. med. Heike Raestrup 10) Dr. med. Michael Repschläger
Liste 3	Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte 1) Dr. med. Silke Engelbrecht 2) Jan Henniger 3) Yvonne Jäger 4) Dipl.-Psych Frank Seibert-Alves, BMedSci 5) Anne Kandler 6) PD Dr. med. Andreas Scholz	7) Anita Yusefpur 8) Dr. med. Lars Bodammer 9) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak 10) Dr. med. Kolja Deicke 11) Dr. med. H. Christian Piper 12) Dr. med. Susanne Johna
Liste 4	Liste Ältere Ärzte 1) Dr. med. Gabriel Nick	2) Dr. med. Hansjoachim Stürmer
Liste 6	LDÄÄ (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte) 1) Dr. med. Christof Stork 2) Dr. med. Bernhard Winter	3) Pierre Frevert 4) Sabine Riese
Liste 9	Die Hausärzte 1) Michael Andor 2) Jutta Willert-Jacob 3) Dr. med. Adelheid Rauch	4) Dr. med. Wolfgang Seher 5) Dr. med. Christoph Claus 6) Erich Lickroth

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Für ein solidarisches Gesundheitswesen

Zeitschrift „Dr. med. Mabuse“ feiert Jubiläum mit der 250. Ausgabe

„Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe“ erscheint jetzt zum 250. Mal. Der Frankfurter Mabuse-Verlag mit Sitz im Ökohaus am Westbahnhof feiert dieses Jubiläum mit einer Sonderausgabe (Foto).

Seit Erscheinen der ersten Ausgabe am 10. Dezember 1976 setzt sich die Redaktion für ein solidarisches Gesundheitssystem ein und wirft einen kritischen Blick auf die Gesundheits- und Sozialpolitik. Die Zeitschrift ist ein Forum für Beiträge und Debatten, die alle Gesundheitsberufe betreffen. Hier kommen diese Gesundheitsberufe miteinander darüber ins Gespräch, wie ihre Arbeit, die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie das Gesundheitswesen als Ganzes besser und solidarischer gestaltet werden können.

„Niemand der Gründungsmitglieder konnte sich damals vorstellen, dass vom studentischen Fachschaftsblatt aus Frankfurt einmal eine 250. Ausgabe erscheinen würde. Zu wild-verrückt waren die Zeiten und niemand plante länger als drei Semester“, berichtet Mitbegründer und Geschäftsführer Hermann Löffler. „Doch bei den Medizinstudierenden gab es offensichtlich ein großes Bedürfnis nach Diskussionen auf der Suche nach besserer Ausbildung und einem gerechteren Gesundheitswesen. Schon bald machten Fachschaften (fast) aller Unistädte zwischen Freiburg und Kiel, an denen es medizinische Fakultäten gab, mit. Der alternative Gesundheitstag 1980 in Berlin gab uns noch einmal einen großen Schub, aber letztendlich kam die Rettung aus der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen: Krankenschwestern und -pfleger beteiligten sich ab Mitte der 1980er-Jahre aktiv und wurden auch in der Leserschaft zu einem entscheidenden Faktor.“



„Wichtiger Teil der Debattenkultur“

Seitdem ist viel passiert: Aus dem Fachschaftsblatt ist eine professionelle Zeitschrift geworden, die von Auszubildenden und Studierenden über Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Bereichen, Pflegefachkräften im stationären und ambulanten Bereich, Wissenschaftlern an Instituten und Hochschulen sowie Hebammen und vielen anderen gelesen und für ihre kritische und unabhängige Stimme geschätzt wird. „Heute sind wir sehr stolz darauf, dass wir als einzige interdisziplinäre Zeitschrift im Gesundheitswesen einen wichtigen Teil zur Debattenkultur für ein solidarisches Gesundheitswesen beitragen“, so Löffler.

Für „Dr. med. Mabuse“ schreiben heute Autorinnen und Autoren aus allen Gesundheitsberufen. Jede der Ausgaben (Erscheinungsweise sechsmal jährlich) erreicht rund 30.000 Leserinnen und Leser und widmet sich einem ausgewählten Schwerpunktthema. Darüber hinaus erscheinen Beiträge zur Gesundheitspolitik sowie zu aktuellen Diskussionen aus der Kranken- und Altenpflege, Psychiatrie, Ausbildung und Studium, Public Health, Ethik, Pharmapolitik sowie globaler Gesundheit.

(red)



Foto: privat

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © crimson – stock.adobe.com

Bezirksärztekammer Gießen

Goldenes Doktorjubiläum

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zehnjährigen und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 25-jährigen und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060074431 ausgestellt am 05.03.2021 für Nura Ahmad, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060045841 ausgestellt am 29.11.2016 für Dr. med. Fatima Atiye-Wenger, Bad Vilbel

Arztausweis-Nr. 060056491 ausgestellt am 14.11.2018 für Lajos Baste, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060073680 ausgestellt am 18.02.2021 für Nicolas Forderer, Gießen

Arztausweis-Nr. 060066326 ausgestellt am 14.07.2020 für Larissa Kaiser, Herbstein

Arztausweis-Nr. 060057557 ausgestellt am 24.01.2019 für Jana Kötter, Heidenrod

Arztausweis-Nr. 060050773 ausgestellt am 01.11.2017 für Ernst Neuschild, Lautertal

eHBA-Nr. 802760010812000 ausgestellt am 26.10.2020 für Ernst Neuschild, Lautertal

Arztausweis-Nr. 060057197 ausgestellt am 08.01.2019 für Dr. med. Dietmar Prinz, Trebur

Arztausweis-Nr. 060046955 ausgestellt am 01.02.2017 für Dr. med. Sabine Schmidt, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060045389 ausgestellt am 28.10.2016 für Dr. med. Bertold Schrank, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060061274 ausgestellt am 24.09.2019 für Dr. med. Jutta Vogel, Linden

Arztausweis-Nr. 060055858 ausgestellt am 28.09.2018 für Dr. med. Petra Wirsing, Mainz

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert:

Checkliste

Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten: Die komplette Checkliste kann im Internet unter:
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/berufsausbildungs>

vertrag-und-vor-schriften/abgerufen werden.
Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der
Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch
Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):
Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

Heftkoordinatorin: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. jur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der
Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für

den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,
Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung:

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, gültig ab 01.01.2021

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2021:
Druckauflage: 38.092 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.851 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung
der Verbreitung von Werbeträgern e. V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen e. V.

82. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor,
dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den
Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die
Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner
gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme
des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen
Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass
diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken
und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährles-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln