Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2021 Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen 82. Jahrgang





Asthmatherapie 2021 Zertifizierte Fortbildung über aktuelle Aspekte der Asthmaversorgung

Ärztliche Psychotherapie Runder Tisch zur Bedeutung der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung

Klimafreundlichere Narkosen Treibhausgase in der Anästhesie – Chancen zur nachhaltigen Medizin nutzen

Und täglich grüßt das Murmeltier

ach der Bundestagswahl wird hoffentlich nicht mehr die Coronapandemie als oberstes Thema auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums stehen, sondern stattdessen die Lehren, die wir aus dieser Pandemie ziehen müssen. Und das werden einige sein.

Es wird dann aber auch höchste Zeit, endlich die mehr als überfällige Novellierung der GOÄ umzusetzen. Dabei geht es nicht nur um die dringend gebotene Anhebung der Gebühren, sondern auch um die Umsetzung der erfolgreich erarbeiteten inhaltlichen Überarbeitung, damit das Elend mit der Nutzung mehr oder eher weniger passender Analogziffern endlich ein Ende hat. Die neue GOÄ bildet die heutige Medizin ab.

Zuvor sehen wir uns jedoch einmal mehr den Forderungen nach einer Bürgerversicherung gegenüber. Hören Sie dabei auch den täglichen Gruß des Murmeltiers? Der Wahlkampf für die im Herbst anstehenden Bundestagswahlen rückt unaufhaltsam näher und damit auch die offenbar unvermeidbaren Rufe nach einer einheitlichen Bürgerversicherung, wie wir sie schon von den vergangenen Wahlkämpfen kennen.

Sowohl SPD als auch Bündnis 90/Die Grünen werben mit der Einführung einer Bürgerversicherung, in die dann alle Bürger, also auch Beamte, Selbstständige und Abgeordnete einkommensabhängige Beiträge einzahlen sollen. In der Theorie hört sich das zunächst gut an. Aber wie sieht die Praxis aus?

2020 ging die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in ihrer Studie "Waiting Times for Health Services: Next in Line" der Frage nach, wie lange Patienten auf einen Arzttermin warten müssen. Dazu griff die OECD auf die "European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)" des Jahres 2018 zurück.

75 % der in Deutschland Befragten erhielten innerhalb eines Monats einen Termin beim Facharzt. Damit hat Deutschland zusammen mit der Schweiz und den Niederlanden die kürzesten Wartezeiten. In Ländern wie Schweden, Norwegen oder Kanada gaben hingegen mehr als 50 % der Befragten an, einen Monat oder länger auf einen Termin zu warten. Nur eine geringe Anzahl an Patienten in Deutschland musste mehr als zwei Monate auf einen

Im hausärztlichen Bereich sind die Ergebnisse wie erwartet noch besser. Nur 13 % hatten Schwierigkeiten, noch am gleichen Tag mit dem Hausarzt in Kontakt zu treten. Hier wurde Deutschland mit 12 % nur von der Schweiz leicht überflügelt.

Und wie sieht es mit der Wartezeit von GKV-Patienten auf der einen und PKV-Patienten auf der anderen Seite aus? Kommen Letztere nicht doch viel schneller zu einem Termin? Nein, auch das lässt sich nicht belegen. In der jährlich von der KBV beauftragten Versichertenbefragung waren die Unterschiede 2020 wie schon in den Jahren zuvor gering. Der Anteil der Versicherten, die ohne Wartezeit einen Termin bekommen haben, ist bei den PKV-Versicherten nahezu identisch mit dem der GKV-Versicherten. Unterschiede zeigen sich bei der Wartezeit auf einen Termin vielmehr nach der Art der Praxis. Bei der Konsultation eines Hausarztes wartet die Mehrheit aller Befragten (53 %) maximal drei Tage, während bei den Fachärzten zwei Drittel (66 %) länger als drei Tage warten, um einen Termin zu bekommen.

In den Niederlanden, wo die duale Krankenversicherung 2006 abgeschafft wurde, haben übrigens rund 95 % der Einwohner mittlerweile eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Kein Wunder, denn schon für die freie Arztwahl wird eine Zusatzversicherung benötigt.

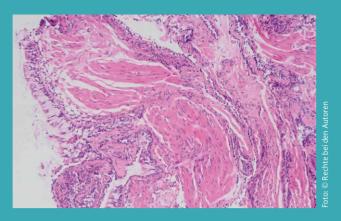
Deutschland liegt mit seinem System der dualen Krankenversicherung im internationalen Versorgungsvergleich an der Spitze. Die Wartezeiten sind gering, der Zugang zur Versorgung ist gewährleistet und die Pro-Kopf-Ausgaben liegen an elfter Stelle unter den OECD-Staaten. Die Aufrechterhaltung dieses Leistungsniveaus kann nur mit einer angemessenen Vergütung dieser Leistung und der Wertschätzung ihrer Erbringer gewährleistet werden. Damit meine ich nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern explizit auch die Pflegeberufe, die Medizinischen Fachangestellten und alle anderen Heilberufe. Sollte eine Bürgerversicherung Wahrheit werden, ist kaum anzunehmen, dass die dort vorgesehenen Vergütungen den Ausgleich der fehlenden Privatliquidation bieten werden.

Im Übrigen sorgt gerade der Wettbewerb unterschiedlicher Versicherungssysteme für unser im internationalen Vergleich hervorragendes Gesundheitssystem. Politik und Gesellschaft sollten bestrebt sein, dieses System zu verbessern und nicht es abzuschaffen.

Wie gut unser Gesundheitssystem funktioniert, hat ja gerade die Coronapandemie gezeigt, auch wenn es natürlich zu behebende Schwachstellen wie z. B. das gescheiterte DRG-System gibt.



Dr. med. Edgar Pinkowski Präsident



Asthmatherapie 2021 – was für die tägliche Praxis relevant ist

In jüngerer Zeit hat das Verständnis der Asthmaentstehung ebenso stark zugenommen wie die Entwicklung individualisierter Therapien beim schweren Asthma. Der zertifizierte Fortbildungsartikel fasst aktuelle Forschungsergebnisse rund um die Asthmatherapie zusammen.

Runder Tisch der Landesärztekammer Hessen

zur ärztlichen Psychotherapie

"Psyche und Körper gehören zusammen" – Anlass für die virtuelle Runde mit namhaften Expertinnen und Experten aus Hessen war die Präsentation des Positionspapiers der LÄKH zur Bedeutung der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung.

426

420

Editorial: Und täglich grüßt das Murmeltier 411 Aus dem Präsidium: 16 Monate Corona-Pandemie in deutschen Arztpraxen 414 Ärztekammer Eindrücke Hessischer Delegierter vom 124. Deutschen Ärztetag 415 Runder Tisch der Landesärztekammer Hessen zur ärztlichen Psychotherapie 426 Dr. jur. Katharina Deppert zum runden Geburtstag Fortbildung: Asthmatherapie 2021 – was für die tägliche Praxis relevant ist 420 Multiple Choice-Fragen: Asthmatherapie 2021 425 Aktuelle Erkenntnisse zu SARS-CoV-2 430 Leitliniengerechte Behandlung von Patient*innen mit chronischer koronarer Herzkrankheit die Perspektive der Psychokardiologie 434 Bekanntmachungen ■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung..... 436 ■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 454 Im Gespräch: Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer gehört zu den meistzitierten Wissenschaftlern weltweit 428 Ärztlicher Berufsalltag: Treibhausgase in der Anästhesie: Einfache Wege zur klimafreundlicheren Narkose 444 Pharmakotherapie: Therapie mit peroralen Antibiotika bei Störungen der Nierenfunktion 450 Recht: Die Abrechnung der ärztlichen Leichenschau/Kommentar "Wie ein Handwerker"



"Ich wünsche mir mitzuerleben, dass wir Parkinson heilen können"

Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer gehört zum wiederholten Male zu den meistzitierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern weltweit. Im Gespräch berichtet sie über ihre Forschung zu Parkinson, ihre Ziele und Wünsche für die weitere Arbeit.

Aktuelle Erkenntnisse zu SARS-CoV-2: Eine Zusammenfassung aus dem Lancet

Sicherheit und Effektivität der Gabe von SARS-CoV-2-Antikörper beinhaltendem Plasma; Seltene Komplikation nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen & Mortalität bei Patienten auf afrikanischen Intensivstationen mit schwerem Covid-19.

428

430

Mensch und Gesundheit:

Zweiter Corona-Sommer – und dann?	432
Auswertung der Sterbeorte in Hessen	445
Junge Ärztinnen und Ärzte: Der Mindeststandard als Objekt naiver Sehnsucht	448
uswertung der Sterbeorte in Hessen nge Ärztinnen und Ärzte: Der Mindeststandard als Objekt naiver Sehnsucht eserbriefe: "Wehret den Anfängen!" / Hessisches Ärzt*innenblatt ersonalia achruf auf Dr. med. Philipp Hessler rauer um Dr. med. Harald Wirth ücher: as Verstummen der Götter und die Erfindung des europäischen Denkens	431
Personalia	445
Nachruf auf Dr. med. Philipp Hessler	453
Trauer um Dr. med. Harald Wirth	453
Bücher:	
Das Verstummen der Götter und die Erfindung des europäischen Denkens	449
33 Fragen – 33 Antworten: Coronavirus & Impfen	456
Impressum	460

Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)



16 Monate Corona-Pandemie in deutschen Arztpraxen

Umgang und Erfahrung aus einer orthopädischen Praxis im Vergleich mit einer sprechenden Praxis

ie Pandemie verläuft weiterhin mit einer enormen Dynamik, auch wenn die Inzidenzzahlen sinken. In 2020 gab es fast eine Million zusätzliche Todesfälle und 2021 noch einmal eine ungeheure Steigerung. In der Vergangenheit waren die Menschen immer wieder durch Epidemien bedroht. An vorderster Front standen immer die Arztpraxen, um die ambulante Versorgung der Menschen sicherzustellen. Wie es in den vergangenen 16 Monaten in meiner orthopädischen Praxis war, will ich an zwei extremen Beispielen schildern.

Das RKI empfiehlt:

- 1) Basis-Hygienemaßnahmen erhöhte Umgebungshygiene
- 2) Ergänzende Hygienemaßnahmen
- 3) Pandemie-Hygienemaßnahmen
- 4) Die Vorbereitung von persönlicher Schutzausrüstung für zwölf Wochen, denn das Risiko einer Erregerübertragung ist prinzipiell existent und hoch.

Foto: Katarina Nanisevic

"Keine Corona-Richtlinie kann Ärztinnen und Ärzte vor dem unabdingbaren direkten persönlichen Kontakt zu Patienten schützen." Für Psychotherapeuten zum Beispiel ist eine Onlinesprechstunde per Video möglich und absolut gefahrlos durchführbar, vor allem dann, wenn schon ein längerer Kontakt zwischen Patient und Therapeut besteht: eine Top-Alternative! Online-Lösungen sind zwar nur, um es salopp zu sagen, zweitklassig, aber besser als gar nichts! Orthopäden wie ich jedoch brauchen den körperlichen und persönlich-mentalen Kontakt zum Patienten: Wir müssen fühlen und tasten, um Patienten atmen zu hören und körperlich zu "erspüren". Nur mit größter Nähe können wir die jeweilige Patientin oder den Patienten "erfahren", um uns ein Bild der Erkrankung zu machen. Zwar sind technische Hilfsmittel wie Ultraschall (benötigt jedoch auch körperlichen Kontakt), Röntgen, Schichtuntersuchungen oder Kernspin wichtige Diagnostikhilfen, ebenso das Labor, aber es sind eben nur Hilfen. Einen Kernspinbefund kann ich nicht operieren oder spritzen – therapeutisch können wir nur am Menschen tätig werden, die leidend in unsere Praxen kommen.

Wie erkennen die Ärzte oder das Praxisteam einen an Covid-19-Erkrankten?

Dazu sind alle Mitarbeitenden und Patienten auf das gegenseitige Vertrauen angewiesen. Möglich wäre eine Temperaturmessung beim Betreten der Praxis, möglich wäre die Feststellung eines Riechverlustes als frühes Warnsignal.

Möglich wäre ein Schnelltest oder Selbsttest.

Aber letztendlich gibt es keine objektiven Parameter!

Als Schutzmaßnahmen für das Personal folgten:

- · Die Steigerung der praxisinternen Hygienekonzepte,
- verbindliche AHA+L-Regelung (Abstand, Hygiene, Maske und Lüftung),
- Desinfektion von Menschen und Materialien.
- Darüber hinaus wurde das Ziel der möglichst großen Kontaktvermeidung zu Patienten durch geänderte Praxisabläufe erreicht: Starke Regulierung, beispielsweise der Praxiswege, Verbot von Begleitpersonen, getrennte Wartebereiche, Minimierung von Kontaktmöglichkeiten unter den Patientinnen und Patienten.

So ist und bleibt der Mensch Inhalt und Ziel jeder Behandlung, mit extremen direkten körperlichen Kontakt und damit einem stark erhöhten Infektionsrisiko – vor dem Ärztinnen und Ärzte keine Richtlinie schützen kann. Eine chirotherapeutische Mobilisierung kann nicht auf Distanz erfolgen, eine Reposition aus der Ferne ist eine Unmöglichkeit.

All dies beinhaltet für den kassenärztlichen Bereich einen Umsatzverlust von schätzungsweise gut 20 % – der nicht durch andere Maßnahmen ausgeglichen werden kann.

Letztlich muss man aber feststellen: Die Pandemie hat uns wieder etwas mehr Menschlichkeit vermittelt.

Dr. med. Jürgen GlatzelPräsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Doppelausgabe Juli / August

Mit dieser Doppelausgabe für die Monate Juli und August wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern eine schöne Sommerzeit und erholsame Ferien. Die September-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes erscheint am 25. August 2021.



Eindrücke Hessischer Delegierter vom 124. Deutschen Ärztetag

Zum ersten Mal fand der Deutsche Ärztetag online statt. Welche Eindrücke hatten die hessischen Delegierten? Die Antworten lesen Sie nachfolgend in gekürzter Fassung. Über die Inhalte des Deutschen Ärztetages berichteten wir bereits im HÄBL 06/2021 (siehe: www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt).

Eröffnung: Welchen Eindruck hat die Videobotschaft der Bundeskanzlerin zum Auftakt der Deutschen Ärztetages (DÄT) auf Sie gemacht?

Dr. med. Michael Repschläger: Ihr kurzes Grußwort war eher nichtssagend. Aber immerhin hat sie sich gezeigt.

Dr. med. Peter Zürner: Die Botschaft war sehr unverbindlich und eher ein Abschiedsaruß.

Dr. med. Klaus J. Doubek: Formaler Dank; wenig bis eher nicht empathisch.

Pierre E. Frevert: Frau Merkel hat einen freundlichen Eindruck hinterlassen, hat aber nichts Substanzielles mitgeteilt.

Dr. med. Barbara Jaeger: War leider gesamt auf die Pandemie-Bewältigung beschränkt, sie betont (zu recht), was gut gelaufen ist, bleibt aber an der Oberfläche. Leider wagt sie dabei nicht,



Dr. med. Susanne Johna (Liste Marburger Bund)

vom (zukünftigen) Fachkräftemangel in der Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen zu sprechen.

Dr. med. H. Christian Piper: Die erste Ansprache einer Bundeskanzlerin oder eines Bundeskanzlers beim DÄT überhaupt! Spürbar vom näherkommenden Abschied aus dem Amt getragen, sympathisch und zugewandt, mit großem und ehrlichem Dank an alle KämpferInnen gegen das Leid in der Pandemie.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Von den Politikern war ich enttäuscht, unsere Kanzlerin hätte dasselbe Dankeschön beim Tag des Deutschen Einzelhandels ausdrücken können.

Dr. med. Susanne Johna: Das Grußwort der Bundeskanzlerin war kurz und knapp. Sie hat den Fokus auf die aus meiner Sicht richtige Corona-Notbremse der Bundesregierung gesetzt. Zusätzlich hat sie die Notwendigkeit angesprochen, bessere Bedingungen für Pflegekräfte zu erreichen. Da ist der Ärztetag das falsche Forum, denn hier ist die Politik selbst gefordert.

Wie bewerten Sie das Referat von Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt?

Zürner: Herr Reinhardt hat eine ruhige und präzise Übersicht über die aktuelle Gesundheitssituation gegeben.

Doubek: Analytisch, Ausdruck von Dankbarkeit, Fokus Mensch, Finger in die Wunde gelegt: Schwachpunkte der Strukturen im Gesundheitswesen und Bundestagsdrucksache; daraus abgeleitete Ansprüche der Strukturreformen im Gesundheitswesen; ÖGD, Krankenhausplanung, Klinikvernetzung, ausdrückliche Nennung des Belegärztlichen Systems; Reduktion des Wettbewerbs unter den Kliniken!

Jaeger: Für mich erstaunlich, positioniert er sich offen gegen die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen, auch wenn



Dr. med. Barbara Jaeger (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

ich seine Lösungsansätze (Kontrolle von nicht-ärztlichen MVZ-Trägern durch MVZ-Register) als nicht ausreichend ansehe. Spricht alle Probleme der Ärzteschaft an: Wichtigkeit der Freiberuflichkeit, Digitalisierung mit Maß und Ziel, Ärger über den Stau bei den Investitionen im Gesundheitswesen durch die Länder und Verzögerung bei der Umsetzung der neuen GÖÄ.

Johna: Es war breit aufgestellt und ausgewogen. Er hat viele Inhalte des Leitantrags des Vorstands angesprochen und diesen digitalen Ärztetag vor der Bundestagswahl genutzt, um Reformvorschläge aus Sicht der Ärzteschaft zu machen.

Frevert: BÄK-Präsident Reinhardt hat die wichtigsten Probleme der Ärzteschaft angesprochen. Seine Führung der beiden Tage war souverän und professionell.

Piper: Gutes Statement, alles Wichtige in der Krise und hohe Anerkennung der Höchstleistungen von Ärzten, den Pflegenden und den MFA in den Praxen. Mahnungen an die Politik dazu, auch die noch immer unabsehbar großen Kollateralschäden im Sozialen, im Bildungswesen, in den Familien und in der Wirtschaft endlich anzugehen. Ja, auch pflichtgemäß die bekannten Themen der Freiberuflichkeit, die Never-ending-Story GOÄ, und die Forderung nach De-Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.

Henneberg: Beim BÄK-Präsidenten hat mich einerseits erstaunt, wie gründlich er offensichtlich im Hintergrund arbeitet und an Gesetztextvorlagen teilnimmt (...). Seine Statements, dass die Intensivstationen nie überfüllt oder gefährdet waren, und die Betonung, dass das Gesundheitssystem ohne Abstriche erhalten werden sollte, waren interessant. Eindruck gemacht hat er mir mit der Konstanz, mit der er Minister Spahn bearbeitet hat, bis auch der versichert hat, dass kein Arzt in den Regress zu nehmen ist, wenn bundesweit die Telematik nicht funktioniert.

Hat die Rede von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Ihren Erwartungen entsprochen? Konnte er Fragen zur Bewältigungsstrategie der Pandemie aus Ihrer Sicht zufriedenstellend beantworten und neue Perspektiven für die Gesundheitspolitik aufzeigen?

Repschläger: Ich war enttäuscht, sowohl von seiner Rede, als auch von seinem Dialog mit Herrn Reinhardt. Ich habe aber auch nicht mehr erwartet.

Stork: Er strotzte vor Selbstdarstellung, nur schmaler Bereich mit belastbaren Zusagen/Angeboten.

Doubek: Eingangs blabla zum digitalen Format; Höre: Er möchte zum nächsten Ärztetag dazukommen. Ein ehrliches Dankeschön hat auch ohne finanzielle Komponente einen Stellenwert.

Jaeger: Leider ja, viel Selbstlob in der Bewältigung der Pandemie durch die Stärken in unserem Gesundheitssystem. Stellt berechtigt die Pandemie als Katalysator für die Entwicklung der Digitalisierung (Möglichkeiten der Videosprechstunde) heraus. Teile sein Motto "Digitalisierung macht Behandlung leichter" nicht vollumfänglich, denn er sieht den Aufwand und die zusätzlichen Kosten (...) sowie meine Bedenken zur Datensicherheit nicht. Sein Wunsch, Angebote aus Deutschland (Server und Plattformen) zu bekommen, finde ich qut! (...) Spahn lobt zu Recht die flä-Krankenhaus-Struktur chendeckende und den ambulanten Bereich in Deutschland, wobei er es sinnvoll findet. Aufgaben/Schwerpunkte zwischen den Krankenhäusern aufzuteilen, ohne zu sagen, wie das gehen soll. Wichtig finde ich seine Haltung, die Globalisierung in sensiblen Bereichen zurückzufahren, er warnt vor zu starker Abhängigkeit von China.

Frevert: Der Gesundheitsminister hat meiner Ansicht nach unscharf auf die klaren Fragen des BÄK-Präsidenten und meist ausweichend geantwortet, was die Gematik angeht oder die elektronische Patientenakte. Hier hätte ich gewünscht, dass er zu mehr klaren Statements gedrängt worden wäre.

Piper: Wie immer selbstbewusst, im "Wir packen (all)es an"-Modus. Immerhin eingestanden, nicht alles in der Pandemiepolitik sei gelungen Und viel Lob für Ärztinnen und Ärzte und alle Mitarbeitenden.



Dr. med. H. Christian Piper (Liste Marburger Bund)

auch für den nun einsetzenden erhofften Impfturbo in den Praxen. Im Rededuell mit dem Ärztetagspräsidenten professionell im Vor-Bundestagswahlkampf aufgestellt und anscheinend offen für alle großen zukünftigen Ämter. Auch dann würde er gerne zum nächsten DÄT kommen...

Henneberg: Bei Minister Spahn war ich vielleicht voreingenommen durch die Tatsache, dass er sich nicht entblödet hat,

250 delegierte Ärzte mehr als eine halbe Stunde warten zu lassen, was zu seinem sonstigen Habitus der Ärzteschaft gegenüber aus meiner Sicht nur zu gut gepasst

Johna: Jens Spahn hat mehrfach deutlich gemacht, dass er der kommenden Regierung aller Wahrscheinlichkeit nicht mehr als Gesundheitsminister angehören werde. Seine Bilanz aus der Coronakrise war eher positiv, auch wenn er Probleme nicht geleugnet hat. Es war eher eine politisch bilanzierende Rede, konkret hat er sich kaum mit den Inhalten der Rede des Präsidenten auseinandergesetzt, jedoch wieder sein Lieblingsthema, die Digitalisierung, betont. In dem anschließend moderierten Gespräch mit Herrn Reinhardt und Herrn Spahn lag der Fokus auf den Schwierigkeiten bei der Einführung der ePa, und hier war auch die einzige Zusage zu hören, die Spahn gemacht hat: Zumindest dort, wo Ärzte keine technischen Optionen bekommen, die ePAs zu befüllen. sollen es auch keine Sanktionen geben.

Die neuen Perspektiven haben mir weitgehend gefehlt. Zur Pandemie hat er aus meiner Sicht korrekt analysiert, dass unsere föderale Struktur in diesem Zusammenhang oft problematisch war. Insbesondere in der zweiten Hälfte der Pandemie war es kaum noch möglich, dass sich die Ministerpräsidentinnen und -präsidenten der Länder auf ein gemeinsames Vorgehen einigten. Diese permanente in der Öffentlichkeit geführte kontroverse Debatte hat die Bevölkerung verunsichert und den Coronaleugnern Vorschub geleistet.

Werden die auf dem DÄT formulierten Lehren aus der Covid-19-Pandemie zu nachhaltigen Verbesserungen des Gesundheitswesens führen?

Stork: 1. Den ÖGD verbessern – das wird hoffentlich als Forderung und öffentliche Aufgabe bleiben. 2. Besseres Setting für Pandemiemanagement - warten wir es ab, was wirklich auf der politischen Agenda bleibt.

Repschläger: Vermutlich nein, zumal es ja einen Masterplan für Pandemien seit 2012 gibt, der acht Jahre lang in der Schublade lag...

Frevert: Der verqueren Kommunikation in der Pandemie hätte mehr Raum eingeräumt werden sollen. Was die in der Pandemie deutlich gewordenen Probleme der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die verheerenden Folgen der DRGs betrifft, wurden keine schlüssigen Konzepte für eine über 20 Jahre währende und sich zuspitzende prekäre Situation für die Krankenhäuser und den niedergelassenen Bereich präsentiert.

Jaeger: Gut war ein Antrag, der Begleitforschung gefordert hat, dass man wirklich weiß, was gelaufen ist. Von den Ideen, den ÖGD zu verbessern oder ein besseres Pandemiemanagement zu fordern, muss man sehen, was übrig bleibt.

Zürner: Voraussichtlich nicht, aber es sind wichtige Themen angesprochen worden: Auswüchse der Ökonomisierung im Gesundheitssystem sollten beseitigt werden. Die Ärzte im ÖGD müssen vergleichbar mit Ärzten in der Patientenversorgung bezahlt werden. Nur so können die Stellen besetzt werden. Ambulante wie stationäre Versorgung dürfen nicht auf Kante genäht sein und müssen Spielräume für außergewöhnliche Situationen haben, die übrigens regelmäßig auftreten werden. Die Digitalisierung in der Medizin soll Patienten und Ärzten dienen und kann nicht in einem dvsfunktionalen Hauruckverfahren, bei fehlender funktionierender Hardware und Software und unter Androhung von Strafen, den Ärzten übergestülpt werden.



Dr. med. Peter Zürner (Liste: Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)

Henneberg: Beeindruckend fand ich, dass der Deutsche Ärztetag sich hinter die Schwachen der Gesellschaft gestellt hat: Es gab mehrere gute Resolutionen, die das Kindeswohl zum Ziel hatten, und damit war ja vor allem Nachteilsausgleich nach verlorener Zeit des Lernens, des sozialen Miteinanders, des Sports, der Musik gemeint und nicht, wie dann schrecklicherweise als einziger Punkt in den Medien hervorgehoben wurde, als wichtigstes Recht der Teilhabe die Teilnahme an Impfprogrammen!! Daneben haben wir uns aber auch für die Geflüchteten eingesetzt, dass sie vernünftigen Wohnraum brauchen, um Infektionsgefahr zu minimieren, dass sie auch unversichert ein Anrecht auf Notfallbehandlung haben und dass sie Dolmetscher brauchen. Und wir haben sogar über die Landesgrenzen hinweggeschaut und das Recht des globalen Südens betont, an Impfprogrammen teilzuhaben.

Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages aus den Bereichen Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik waren besonders wichtiq?

Repschläger: Die Aussprache über die Konsequenzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum § 217 StGB.

Stork: Thema zu § 217 war zentral und wurde gut diskutiert. Ruhige, souveräne Leitung durch Dr. Reinhardt. Gut war auch die Setzung einer zweiten Hälfte DÄT für Oktober mit dem Schwerpunkt Klimawandel & Gesundheit.

Frevert: Es ist sehr wichtig, dass das mehrfach verschobene Thema "Klimawandel und Gesundheit" doch noch in diesem Jahr auf dem DÄT stattfindet.

Diskussion der Anträge zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die soziale Situation, Impfprogramme für ärmere Länder und vor allem um den ärztlich assistierten Suizid und die Abschaffung des § 16, Abs. 3 unserer Berufsordnung waren wichtig.

Jaeger: Die Diskussion um § 217 StGB war berechtigt im Zentrum der Diskussion und Aufmerksamkeit.



Dr. med. Klaus Doubek (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)

Henneberg: Neben den schon genannten Themen und Beschlüssen sicherlich die Stimmen für den Ausbau des ÖGD. Hier ist eine Zusammenarbeit der einzelnen Gesundheitsämter mit besserer Bezahlung der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen sicherlich auch für die von mir schon häufig angesprochenen Begleitstatistiken erforderlich. (...) Die große Mehrheit, mit der eine Bonuszahlung für unsere MFA unterstützt wurde, hat mich sehr gefreut!

Johna: Der Leitantrag des Vorstands: "Für ein zukunfts- und krisenfestes Gesundheitswesen" enthält meiner Meinung nach sehr viele wichtige Aspekte und Problemfelder, denen wir und in den nächsten Jahren stellen müssen. Spätestens nach der Wahl und abgeschlossenen Koalitionsverhandlungen wird im Jahr 2022 die Diskussion um Umstrukturierung im Gesundheitswesen Fahrt aufneh-

Halten Sie es für richtig, dass "Klimawandel und Gesundheit" aufgrund der zeitlichen Kürze nicht mehr zu den zentralen Themen des DÄT gehörte?

Jaeger: Wurde zum Glück für wichtig erachtet und als Hauptthema für einen Sonder-DÄT im Herbst geplant.

Piper: Ja, die Entscheidung für einen weiteren, in Präsenz gewollten Ärztetag im Herbst 2021 ist der Thematik, die alle Bereiche des Lebens und Arztseins betrifft, angemessen.



Pierre E. Frevet (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

Henneberg: Der Klimawandel war ein zu wichtiges Thema, um es schnellschnell abzuhandeln, deshalb ist ein Zusatzärztetag im Oktober angemessen.

Johna: Es ist schade, dass dieses wichtige Thema verschoben werden musste. Aber es ist ja geplant, es noch in diesem Jahr auf einem weiteren Ärztetag, dann mit ausreichender Zeit zu behandeln. Eine zu kurze zeitliche Berücksichtigung wäre diesem Thema sicher nicht angemessen gewesen.

Wurde das Thema Ärztliche Weiterbildung ausreichend behandelt?

Repschläger: Ja, und auch sehr kontrovers diskutiert.

Zürner: Sehr gute Präsentation des Vorstandes. Der Facharzt für Innere und Infektiologie stärkt die Kompetenz der Ärzteschaft. Die Etablierung einer Qualitätssicherung in der Weiterbildung auf Anregung von Dr. Fach ist ein wichtiger Meilenstein.

Frevert: Die Weiterbildung wurde, soweit ich es beurteilen kann, sehr kontrovers (z. B. FA Innere und Infektiologie), aber auch konstruktiv behandelt.

Jaeger: Für die vorgesehenen Themen ja. Da es ein lernendes System darstellt, bin ich froh, dass das Thema Weiterbildung ständig auf zukünftigen DÄT behandelt werden soll.

Piper: In allen Gremien der Landesärztekammer und BÄK umfassend vorbereitet. sehr ansprechendes Video-Eingangsstatement der Auschussvorsitzenden H. Gehle und Prof. H. Herrmann, insgesamt gut und mit klaren Beschlussmehrheiten gelaufener TOP.

Henneberg: Hier waren ja nur wenige Einzelpunkte angesprochen. Aufgrund des Zeitmangels wegen der großen Themen Covid-19-Herausforderungen und assistierter Suizid ist das Thema Weiterbildung leider genauso wie das Thema neue Approbationsordnung etwas zu kurz gekommen.

Johna: Es gab keine längeren Diskussionen, die verabschiedeten Änderungen waren gut vorbereitet und wurden von einer großen Mehrheit der Abgeordneten begrüßt.

Wie beurteilen Sie die Aussprache über die Konsequenzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum § 217

Repschläger: Hervorragende sachliche und faire Diskussion.

Zürner: Die von Dr. Reinhardt exzellent geführte, reflektive und aufrichtige Debatte war ein Highlight der letzten Ärztetage. Keine billige Polemik, sondern ehrliches Ringen um eine ärztliche Position aufgrund langjähriger persönlicher Beratungserfahrung mit Patienten.

Doubek: ausgesprochen respektvoll.

Frevert: Diese Aussprache, an der ich mich selbst beteiligt und an einem Antrag mitgewirkt habe, der mit anderen Anträgen angenommen wurde, war trotz der Kürze sehr umfassend und ließ den unterschiedlichen Positionen genügend Raum, um das Spektrum ärztlicher Haltung zu beschreiben. Ein Highlight, das aber die Ärzteschaft noch die nächsten Jahre beschäftigen wird.

Jaeger: Ich war erleichtert und froh, wie vorsichtig, achtsam und offen das Thema diskutiert wurde.

Piper: Schlicht gelungen, sehr breiter, aber weit überwiegend sehr konstruktiver Diskurs zur Freigabe des assistieren Suizids für Jeden, ob gesund oder krank. In den Beschlüssen unmissverständliche Statements zum Primat der gereiften ärztlichen Ethik und den über Generationen gewachsenen Regeln der Berufsordnung, dem Wohl und der Gesundheit der Menschen und Lindern von Leiden verpflichtet zu sein. Ärzte sind keine Tötungshelfer.

Henneberg: Hier war ich angenehm überrascht. Das Thema war uns ja durchs Verfassungsgericht aufgezwungen, ich persönlich fand es anfangs fast makaber, zu Zeiten von Corona-Druck auf die Bevölkerung ausgerechnet hierüber zu diskutieren, und habe mühsam einsehen müssen, dass die Änderung unserer Berufsordnung zeitnah sein und dahinter auch der von mir als Thema favorisierte Klimaschutz zurückstehen musste.

Dass wir als Ärzteschaft aber so sensibel damit umgehen konnten, einfach zu betonen, dass wir aufgrund des Urteils in Zugzwang geraten waren, wir aber weiterhin die Assistenz beim Suizid nicht als ärztliche Aufgabe ansehen, sondern diese in einer individuellen, auf den Patienten abgestimmten und bis zum Ende begleitenden und seinen Bedürfnissen folgenden Behandlung verorten, fand ich sehr ansprechend.



Dr. med. Michael Repschläger (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)



Johna: Ich fand die Aussprache bei diesem schweren Thema persönlich sehr bereichernd. Es hat sich gezeigt, wie wichtig es den Abgeordneten ist, trotz unterschiedlicher Haltungen zum ärztlich assistierten Suizid hier zu einer gemeinsamen ärztlichen Haltung zu kommen. Sicher wird uns dieses Thema noch weiter beschäftigen.



Dr. med. Christof Stork (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

Welche Erwartungen haben Sie an die neu gewählte Ärztin bzw. den neu gewählten Arzt im Vorstand der BÄK?

Repschläger: Volles Engagement für unseren ärztlichen Belange.

Zürner: Ich wünsche mir eine Stärkung der niedergelassenen Kolleg/-innen und eine Frau im Vorstand der BÄK. Also Frau Dr. Held.

Frevert: Ich habe die Erwartung, dass die/ der neugewählte Ärztin/Arzt stärker den Akzent auf die globaleren, drängenden Themen wie Klimaschutz, sektorenübergreifende Medizin, medizinische Versorgung der Zukunft usw. setzt.

Jaeger: Mir hat besonders der Beitrag von Herrn Maitra gefallen, der neue Themen (Klimaschutz) in den Vorstand bringen und die demokratischen Strukturen,

die unter der Pandemie gelitten haben, im Auge behalten möchte.

Piper: Teamgeist, Impulse setzen, breite Erfahrungen in der Kammerwelt, Integrationsfähigkeit.

Henneberg: Sie sollte dafür Sorge tragen, dass bei wichtigen Gesundheitsfragen die Ärzteschaft in Entscheidungen mit einbezogen wird. Hierbei muss in Klinik und Praxis verhindert werden, dass der Trend der Ärzteschaft zur geduldeten (Selbst-)Ausbeutung anhält, damit wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen stattdessen wieder Freude und Stolz über einen der schönsten freien Berufe vermitteln.

Johna: Selbstverständlich geht es darum die Interessen der Ärztinnen und Ärzte zu vertreten. Hierbei sind die beiden vom Ärztetag gewählten Ärztinnen oder Ärzte weniger einer einzelnen Landesärztekammer verpflichtet als es die Kammerpräsidentinnen oder Kammerpräsidenten sind.

Ihr Fazit des 124. Deutschen Ärztetages als Online-Veranstaltung?

Repschläger: Gelungene Onlineveranstaltung mit souveräner sachlicher Führung durch Herrn Reinhardt.

Stork: Die Online-Veranstaltung ist anstrengender wegen technischer Barrieren. Durch das anonyme Abstimmungsportal gab es mehr inhaltlich geleitete Abstimmungsergebnisse. Das taktische "Lagerabstimmen" wurde damit unterbunden. Wäre auch eine Anregung für die Delegiertenversammlung der LÄKH.

Zürner: Trotz des Online-Formates ein Höhepunkt meiner langjährigen Ärztetagerfahrung.

Doubek: gut so, besonderen Umständen gerecht geworden.

Frevert: Das Online-Format hat ausgesprochen gut funktioniert (...). Aber in



Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)

Zukunft wünsche ich mir einen Präsenzärztetag!

Jaeger: Die reine Online-Veranstaltung fand ich schon als Beobachterin anstrengender und war froh, nicht mit der Technik bei Wortbeiträgen, Anträgen und Abstimmungen kämpfen zu müssen.

Piper: Technisch und inhaltlich-sachlich gelungen, tolle Vorbereitung, danke! Gleichwohl: Ohne Präsenz und unmittelbares parlamentarisches Mit- und Gegeneinander ein Torso.

Henneberg: Die Veranstaltung ist entgegen meiner Vorurteile gut gelungen, obwohl es viel schöner ist, sich zu sehen, spontan auf die Redner-Innen-Liste zu stürmen oder sich an witzigen Zwischenrufen zu erfreuen. — Herzlichen Glückwunsch an Frau Kollegin Hach-Wunderle zur Paracelsus-Medaille!

Johna: Insgesamt hat alles sowohl technisch als auch vom Ablauf gut geklappt. Es war richtig, nicht mehr Themen zu behandeln, denn im Online-Format muss man doch etwas mehr Zeit einplanen.

Katja Möhrle

Asthmatherapie 2021: Was für die tägliche Praxis relevant ist

VNR: 2760602021169220006

Dr. med. Achim Grünewaldt, Prof. Dr. med. Gernot Rohde

Einleitung

Die weltweite Asthma-Prävalenz liegt bei etwa 300 Millionen Erkrankten und ist weiter steigend (Soriano et al. 2017). Abrechnungsdaten deutscher Krankenkassen legen eine Asthmaprävalenz in Deutschland von 5,9 % der erwachsenen Bevölkerung und 5,1 % bei Kindern und Jugendlichen nahe (Akmatov et al. 2018). Asthma ist damit in Europa nach der COPD die zweithäufigste chronische Atemwegserkrankung. Typisches Symptom ist die anfallsartige Luftnot, oft einhergehend mit Giemen und thorakalem Engegefühl. Häufige Auslöser sind exogene Reize wie Allergene, Rauch, Staub oder kalte Luft. Auch exzessive körperliche Aktivität kann eine Zunahme der Symptomatik auslösen ("exercise induced asthma"). Ähnlich wie bei der COPD kann es auch beim Asthma zu Infektexazerbationen kommen, wobei hier virale Erreger, insbesondere Rhinoviren, eine dominierende Rolle spielen (Jartti et al. 2020). Ei-

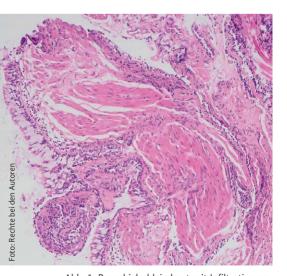


Abb. 1: Bronchialschleimhaut mit Infiltration eosinophiler Granulozyten und Hypertrophie der glatten Muskulatur (mit freundlicher Genehmigung durch das Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Frankfurt).

ne Infekttriggerung kann auf der anderen Seite auch zur Erstmanifestation eines bis dahin noch nicht diagnostizierten Asthmas führen.

In den vergangenen Jahren hat das Verständnis der Asthmaentstehung ebenso rasant zugenommen wie die Entwicklung individualisierter Therapien beim schweren Asthma.

Der folgende Artikel trägt aktuelle Aspekte der Asthmaversorgung zusammen. Die Empfehlungen orientieren sich dabei insbesondere an der Deutschen S2k-Asthmaleitlinie von 2017 sowie der aktuellen Überarbeitung der nationalen Versorgungsleitlinie von 2020 (Buhl et al. 2017; Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) et al. 2018).

Pathophysiologie/ Phänotypisierung

Asthma ist eine Entzündungserkrankung, die sich in erster Linie an der Bronchialschleimhaut manifestiert. Die Entzündungsreaktion führt zu neuromuskulär vermittelter Bronchoobstruktion, einem Schleimhautödem sowie zu Absonderung von hochviskösem Sekret in die Bronchien. Histopathologisch finden sich bei den verschiedenen Phänotypen unterschiedliche zelluläre und funktionelle Veränderungen im Bereich der epithelialen und subepithelialen Strukturen, den assoziierten lokalen Immunzellen, dem neuromuskulären und vaskulären Kompartiment. Es lässt sich auf immunhistochemischer Ebene das "Typ 2 high-Asthma" mit überwiegender eosinophiler dungsreaktion und dominierenden TH2-Lymphozyten vom "Non-Typ2-Asthma" abgrenzen. Insbesondere bei der allergischen und eosinophilen Typ1-Inflammation lässt sich mikroskopisch eine Infiltration der Bronchialschleimhaut durch eosinophile Granulozyten nachweisen (siehe Abb. 1). An der Entstehung und

Aufrechterhaltung des bronchialen Entzündungsprozesses sind zahlreiche weitere Immunzellen und Entzündungsmediatoren wie die Interleukine 4, 5 und 13 beteiligt, die bereits jetzt oder in Zukunft Ansatzpunkte gezielter Therapien darstellen (Hammad et al. 2021).

Während noch vor einigen Jahren lediglich ein exogen allergisches von einem intrinsischen Asthma abgegrenzt wurde, ist durch die aufgeführten Erkenntnisse die klinisch-phänotypische Beschreibung deutlich genauer geworden.

In der Therapieentscheidung beim schweren Asthma ist diese Unterscheidung essentiell, um möglicherweise wirksame Therapien keinem Patienten vorzuenthalten und andererseits die sehr kostenintensiven, zielgerichteten Antikörpertherapien ("Biologika"), die bei diesen Patienten eingesetzt werden, korrekt anzuwenden.

Diagnosestellung

Eine gründliche Anamnese vorausgesetzt, spielt die Lungenfunktionstestung eine zentrale Rolle bei der Diagnosestellung des Asthmas. Diese sollte bei nachgewiesener obstruktiver Ventilationsstörung mit Lysetestung (in der Regel mit einem kurzwirksamen Betamimetikum, z. B. Salbutamol 0,2 mg) erfolgen.

Man spricht von einer Reversibilität, wie sie definitionsgemäß beim Asthma vorliegt, wenn sich das FEV1 um 12 % bzw. mindestens 200 ml verbessert. Die schwere pulmonale Überblähung lässt sich lungenfunktionell als Airtrapping mit erhöhtem Residualvolumen nachweisen, welches sich auch nach Gabe von Broncholytika nur teilweise oder gar nicht beeinflussen lässt (siehe Abb. 2). Ein fehlendes Ansprechen in der Lysetestung kann im Laufe der Krankengeschichte eines Asthmatikers als "fixierte Obstruktion" Folge eines airway remodelings sein. Eine Teilreversibilität der Obstruktion hingegen kann

auch bei anderen Atemwegserkrankungen wie der COPD vorliegen. Die Interpretation der Ergebnisse muss daher im Zusammenhang mit Anamnese und weiterer klinischer Diagnostik erfolgen.

Die bronchiale Hyperreagibilität lässt sich mittels eines Lungenprovokationstestes nachweisen. Üblicherweise wird dieser mit Metacholininhalation in aufsteigender Dosierung und anschließender Lungenfunktionsprüfung durchgeführt. Ein FEV1-Abfall um mindestens 20 % oder eine Verdopplung des (spezifischen) Atemwegswiderstandes gelten als Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität. Nicht nur das Pausieren von Broncholytika und inhalativen Steroiden vor Durchführung der Untersuchung, sondern auch die korrekte Durchführung der Metacholintestung haben großen Einfluss auf die Sensitivität der Messung. Dennoch kann diese bei einigen Patienten falsch negativ sein. Alternative Provokationsmethoden sind eine Belastungs- oder Kälteprovokation oder eine spezifische Provokation mit einem inhalativen Antigen (was im klinischen Alltag aber nur selten durchgeführt wird und in erster Linie bei gutachterlichen oder wissenschaftlichen Fragestellungen zum Einsatz kommt).

Die Erfassung des Schweregrades sollte sich weniger primär an der Lungenfunktion orientieren, sondern an der "Asthmakontrolle". Diese wird an der Häufigkeit der Beschwerden erfasst und der Einschränkung der Alltagsaktivität durch das Asthma. Hilfreich zur Erfassung der Asthmakontrolle sind validierte Tests wie der "Asthmakontrolltest" sowie die Selbsterfassung der Beschwerden durch den Patienten in einem Asthmatagebuch. In Tabelle 1 sind die vier Kriterien der Asthmakontrolle und die daran vorgenommene

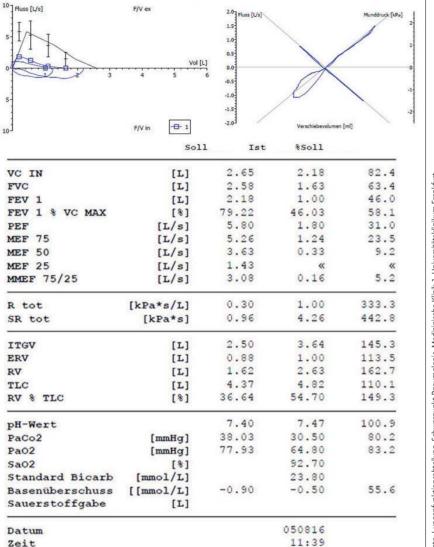


Abb. 2: Lungenfunktion bei schwerer pulmonaler Überblähung. Es zeigt sich eine schwere Bronchoobstruktion sowie eine deutliche Erhöhung des Residualvolumens.

Einstufung in gut, teilweise und nicht kontrolliert aufgeführt.

Gründe für eine schlechte Asthmakontrolle wie fehlerhafte oder nicht durchgeführte Handhabung der verordneten Medika-

tion müssen ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose des schweren Asthmas gestellt wird. Tabelle 2 fasst in einer Checkliste Gründe für ein "schwer therapierbares Asthma" zusammen.

Tabelle 1: Grad der Asthmakontrolle		(nach Buhl et al. 2017)		
Grade der Asthmakontrolle – Erwachsene	Gut kontrolliert	Teilweise Kontrolliert	unkontrolliert	
Symptomkontrolle Hatte der Patient in den vergangenen vier Wochen: Häufiger als zweimal in der Woche tagsüber Symptome.	Kein Kriterium erfüllt	1–2 Kriterien erfüllt	3–4 Kriterien erfüllt	
Nächtliches Erwachen durch Asthma.				
Gebrauch von Bedarfsmedikation für Symptome häufiger als zweimal in der Woche.				
Aktivitätseinschränkung durch Asthma.				

Foto: Lungenfunktionsabteilung, Schwerpunkt Pneumologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Frankfurt

Tabelle 2: Checkliste bei fehlendem **Therapieansprechen**

Ursachen eines schwer zu therapierbaren Asthmas

Übersehene Komorbidität

- Schlafbezogene Atemstörung
- COPD
- Vocal cord dysfunction
- Rhinosinusitis
- Gastroösophagealer Reflux
- Depression/Panikstörung
- allergische bronchopulmonale Aspergillose (ABPA)
- eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA)

Adipositas

Medikation:

- Incompliance
- falsche Inhalationstechnik
- übermäßiger Gebrauch kurzwirksamer Betamimetika

Persistierende Allergenexposition

Nikotinkonsum

Zur Einleitung einer adäquaten Asthmatherapie ist die Festlegung des Asthmaphänotyps essenziell.

Mit zunehmendem Verständnis der Asthmapathophysiologie sind verschiedene Modelle einer Phänotypisierung entstanden. Für die klinische Praxis ist es in der Regel ausreichend, zwischen einem überwiegend allergischen, einem nicht allergischen eosinophilen sowie einem neutrophilen Asthma zu unterscheiden. Eine klinische Sonderform ist das Cough-Variant-Asthma, das differentialdiagnostisch von anderen Ursachen chronischen Hustens abgrenzt werden muss. Zwischen diesen Phänotypen gibt es Schnittmengen und Übergänge. So sind beim allergischen Asthma die eosinophilen Granulozyten häufig ebenso erhöht, wie auch beim nicht allergischen Asthma teilweise erhöhte Immunglobulin-E-Spiegel nachweisbar sind. Für das neutrophile Asthma wird postuliert, dass es möglicherweise Endphase einer langjährigen Krankheitsgeschichte ist, was in einem emphysematösen Lungenumbau resultiert. Die Neutrophilie könnte Ausdruck rezidivierender Infektionen auf dem Boden der strukturellen Lungenschädigung sein. Die Rolle der neutrophilen Granulozyten beim Asthma ist letztlich jedoch noch nicht völlig verstanden (Shilovskiy et al. 2020).

In der Praxis reicht zunächst für die Phänotypisierung die Durchführung eines Allergiescreenings mittels entsprechender Allergieanamnese und eines Hauttestes (in der Regel Pricktestung der häufigsten Aeroallergene).

Hinzu kommt die Bestimmung eines großen Blutbildes zur Quantifizierung der eosinophilen Granulozyten und des Gesamt-Immunglobulin-E-Spiegels (Gesamt-IgE). Bei exzessiver IgE-Erhöhung kann die Testung auf eine seltene aber relevante Asthmakomplikation sinnvoll sein: die allergische bronchopulmonale Aspergillose (ABPA). Zur weiteren ABPA-Diagnostik erfolgt die Bestimmung des spezifischen IqE gegenüber Aspergillus, ggf. mittels rekombinanter Antigene (rASP f4 und 6).

Wenn verfügbar, kann die Testung des fraktionierten exhalierten Stickstoffmonooxides (FeNO-Messung) insbesondere bei unauffälligem Blutbild hilfreich sein. Erhöhte Werte des exhalativen NO spiegeln die Entzündungsreaktion an der Bronchialschleimhaut wider und korrelieren mit einer dortigen Eosinophilie (Karrasch et al. 2017; Dweik et al. 2011).

Therapie

Nach gesicherter Diagnose der Asthmaerkrankung und Festlegung des Asthmaphänotyps erfolgt die Einleitung der adäquaten Therapie, orientiert an der vorliegenden Asthmakontrolle. Die Therapieentscheidung sollte sich am Stufenschema der Deutschen wie auch Internationalen Asthmaleitlinie orientieren (siehe Abb. 3). Bereits in frühen Stadien der Asthmatherapie sollte der Einsatz inhalativer Steroide erwogen werden. Die Steroidtherapie ist letztlich die einzig kausale Asthmatherapie, da die ursächliche Entzündungsreaktion an der Bronchialschleimhaut direkt supprimiert wird.

In den internationalen Empfehlungen der Global Initiative for Asthma [GINA] ist, ebenso wie in der aktualisierten Fassung der nationalen Versorgungsleitlinie, bereits in der Stufe 1 ein bedarfsweiser Einsatz eines Kombinationspräparates aus inhalativem Steroid und langwirksamen Betamimetikum (Formoterol) möglich (Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) et al. 2018). Die Empfehlungen gehen unter anderem auf eine 2018 publizierte Studie von O'Byrne zurück. Die Arbeitsgruppe verglich bei leichtem Asthma den Einsatz einer Fixtherapie mit Budesonid mit einer Bedarfstherapie aus Budesonid und Formoterol. Die Bedarfstherapie war hinsichtlich Asthmakontrolle und Exazerbationsrate nicht der Fixtherapie mit einem Steroid unterlegen (O'Byrne et al. 2018).

In der weiteren Stufeneskalation steht dann zunächst die Steigerung der inhalativen Kortikoiddosis im Vordergrund, bevor die Therapie um den langwirksamen Muscarinrezeptorantagonisten Tiotropium erweitert wird, welcher bei ungenügender Asthmakontrolle eine Besserung der Symptomatik erreichen kann (Kerstjens et al. 2012; Kerstjens et al. 2016). Im Fall schlechter Verträglichkeit oder eines unbefriedigenden Ergebnisses einer Betamimetikatherapie kann Tiotropium bei ausgewählten Patienten auch eine sichere Alternative zum Betamimetikum in Kombination mit einem inhalativen Steroid sein (Buhl et al. 2018). Als Alternative zur Add-on-Therapie mit Tiotropium ist seit 2020 in Deutschland die fixe Dreifachkombination aus Indacaterol, Glycopyrronium und Mometason in der Stufentherapie des Asthmas (ab Stufe 4) zuaelassen.

Die zusätzliche Gabe von Montelukast kann in einigen Fällen die Exazerbationsrate senken und sollte, insbesondere auch in Anbetracht des guten Nebenwirkungsprofils, versucht werden. Montelukast gehört zur Gruppe der Leukotrienantagonisten. Neben seinen Effekten beim Asthma bronchiale scheint es auch positive Effekte auf die allergische Rhinitis zu haben, eine häufige Komorbidität bei vielen Asthmatikern (Wermuth et al. 2020).

Die größten therapeutischen Fortschritte sind in jüngerer Zeit beim unkontrollierten schweren Asthma erfolgt.

Zur Verfügung stehen mittlerweile in Deutschland mehrere Antikörper, die direkt in den Inflammationsprozess beim schweren Bronchialasthma eingreifen.

Das Anti-Immunglobulin-E-Präparat Omalizumab war hierbei das erste seit mittler-

Bedarfstherapie: ICS/Formoterol oder SABA	Langzeittherapie ICS (niedrige Dosis) + SABA bei Bedarf	Langzeittherapie ICS (niedrige Dosis) + LABA (bevorzugt)	Langzeittherapie ICS (mittlere bis hohe Dosis) + LABA (bevorzugt)	Langzeittherapie ICS (Höchst-Dosis) + LABA + LAMA Bedarfstherapie
	oder Bedarfstherapie ICS/Formoterol	oder ICS (mittlere Dosis) Bedarfstherapie SABA oder ICS/Formoterol	oder ICS (mittlere bis hohe Dosis) + LABA + LAMA Bedarfstherapie SABA oder ICS/Formoterol	SABA oder ICS/Formoterol Anti-IgE oder Anti-IL-5
alternativ: ICS (niedrige Dosis) Langzeittherapie + SABA als Bedarfstherapie	alternativ: LTRA als Langzeittherapie + SABA als Bedarfstherapie	alternativ: ICS niedrigdosiert + LAMA oder ICS niedrigdosiert + LTRA	alternativ: ICS (mittlere bis hohe Dosis) + LABA + LTRA oder ICS (mittlere bis hohe Dosis) + LAMA	oder Anti-IL4 alternativ: niedrigste effektive Dosis oraler Kortikosteroide

Abb. 3: Stufentherapie des Asthma bronchiale, Stufen 1-5; ICS= inhalatives Kortikosteroid; LABA= langwirksamer Betaagonist; LAMA=langwirksamer Muskarinantagonist; LTRA= Leukotrienantagonist; SABA= kurzwirksamer Betaagonist (nach den Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga).

weile 15 Jahren in Deutschland zugelassene Präparat und wird weiterhin beim überwiegend allergischen Asthma empfohlen. Voraussetzung für dessen Einsatz ist der Nachweis einer Sensibilisierung gegenüber einem ganzjährigen Aeroallergen und die klinische Diagnose eines schweren unkontrollierten oder nur mit systemischen Kortikosteroiden kontrollierten Asthmas. Die Dosierung ist abhängig von Körpergewicht und dem Gesamt-IgE-Spiegel. Bei typischer Klinik eines allergischen Asthmas und fehlender Identifikation einer solchen Sensibilisierung im Allergiescreening kann es sinnvoll sein, auf seltenere Allergene als Auslöser des Asthmas zu fahnden.

Für das in erster Linie eosinophile Asthma stehen die Anti-Interleukin-5-Antikörper Mepolizumab, Reslizumab und der Anti-II5-Rezeptor-Antiköper Benralizumab zur Verfügung. Voraussetzung ist die Identifikation erhöhter Spiegel eosinophiler Granulozyten in Bronchiallavage oder Blutbild.

Seit 2019 steht für das sogenannte Th2-Asthma der II4/13-Rezeptor-Blocker Dupilumab zur Verfügung.

Bei der Entscheidung für eines der genannten Präparate können mögliche Komorbiditäten die Auswahl erleichtern. So ist Omalizumab zusätzlich in der Dermatologie für die schwere Urtikaria zugelassen, Dupilumab hat die Zulassung zur Therapie der schweren atopischen Dermatitis und seit 2020 für die nasale Polyposis. Seit 2020 hat Omalizumab ebenso die Zulassung zur Therapie der nasalen Polyposis erhalten. Letztere ist häufige Komorbidität beim Asthma bronchiale und geht bei schwerem Befund oft mit einem hohen Leidensdruck aufgrund des fehlenden Geruchs- und Geschmacksinnes der betroffenen Patienten einher.

Bis auf Reslizumab, das als einziges Präparat nur als parenterale Applikationsform zur Verfügung steht, sind die genannten Biologika alle zur häuslichen Selbstapplikation zugelassen und können nach entsprechender Patientenschulung dafür verordnet werden. Entsprechende Schulungsvideos stellt unter anderem die Deutsche Atemwegsliga zur Verfügung.

Trotz der neuen sehr wirksamen Therapieoptionen werden immer noch häufig orale Kortikosteroide beim unkontrollierten Finsatz verordnet. Ohwohl Bewusstsein für die multiplen Probleme der Langzeit-, aber auch gehäuften pulsatilen systemischen Steroid-Therapien besteht, hat sich die Verordnungshäufigkeit in den vergangenen Jahren wenig geändert (Hausen 2019).

Patienten mit schwerem Asthma sollten daher zu einem in dieser Therapie erfahrenen Pneumologen überwiesen werden,

um neue Optionen für den Patienten prüfen zu können.

Patienten, die bei fehlender Asthmakontrolle nach entsprechender Phänotypisierung für keines der genannten Biologikapräparate in Frage kommen oder die trotz des Einsatzes der modernen Asthmapräparate nur ein ungenügendes Ansprechen zeigen, können möglicherweise von der interventionellen Option der bronchialen Thermoplastie profitieren. Bei diesem Verfahren, das nur in wenigen pneumologischen Zentren angeboten wird, werden durch die bronchoskopische Applikation thermaler Reize die submukösen Strukturen modifiziert. So konnte mikroskopisch eine Rückbildung der glatten Muskulatur nachgewiesen werden. Die Patienten zeigen im Langzeitverlauf eine Besserung der Lungenfunktion und niedrigere Exazerbationsraten bei insgesamt niedriger Komplikationsrate (Bonta et al. 2018).

Die schwere Asthmaexazerbation

Obwohl in der Asthmatherapie in der jüngsten Dekade große Fortschritte gemacht wurden und damit einhergehend die Zahl schwerer Asthmaexazerbationen deutlich zurückgegangen ist, bleibt die Evidenz für das Management der akuten Asthmaexazerbation gering.

Bereits die Definition und Begrifflichkeit der akuten Asthmaexazerbation ist hete-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel "Asthmatherapie 2021" von Dr. med. Achim Grünewaldt und Prof. Dr. med. Gernot Rohde finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (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. Juni 2021

bis 24. Dezember 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. Angaben der Autoren zu möglichen Interessenkonflikten finden Sie online unter www. laekh.de. "Hessisches Ärzteblatt".

rogen. In der Deutschen Asthmaleitlinie ist der Status asthmaticus definiert als "eine trotz adäquater Therapie schwer zu durchbrechende Asthmaexazerbation, die mindestens 24 Stunden anhält" (Buhl et al. 2017). Bei der Entscheidung zur stationären oder sogar intensivmedizinischen Therapie sollten Alarmsignale der Hypoxämie berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu anderen strukturellen Lungenerkrankungen, die mit einer chronischen Oxygenierungsstörung einhergehen, ist die Hypoxämie beim Asthmatiker Warnsignal einer schweren Exazerbation und drohenden respiratorischen Erschöpfung. Klinische Symptome können - neben schwerer Luftnot, Zyanose oder Zeichen einer Organhypoxie wie Angina pectoris - EKG-Veränderungen oder Vigilanzstörungen sein.

In der Regel ist im Rahmen der schweren Exazerbation der passagere Einsatz systemischer Steroide notwendig (Castillo et al. 2017).

Im Rahmen schwerer Exazerbation sollte der parenterale Einsatz von Magnesium versucht werden, wodurch ein bronchodilatatorischer Effekt erreicht werden kann (Conway und Friedman 2020).

Der Einsatz von nicht-invasiver Beatmung ist bei der Asthmaexazerbation im Gegensatz zum Atempumpversagen bei der COPD von geringer Evidenz. Der Einsatz scheint aber sicher zu sein und kann möglicherweise helfen, die Intubationsrate zu reduzieren (Green et al. 2017).

Insbesondere im pädiatrischen Bereich wird auch beim Asthma die Sauerstoffhighflowtherapie erfolgreich angewendet (Ballestero et al. 2018).

Die Rolle von Antibiotika in der akuten Asthmaexazerbation bleibt bei widersprüchlicher Datenlage unklar. So konnte eine aktuelle Cochraneanalyse keine eindeutige Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Antibiotika in der akuten Exazerbation aussprechen (Normansell et al. 2018). Die Deutsche Asthmaleitlinie geht auf den Einsatz von Antibiotika nicht näher ein.

Exazerbationen vermeiden

Neben einer guten Anpassung der medikamentösen Asthmatherapie spielt die Aufklärung und Schulung der Patienten eine wichtige Rolle in der Vermeidung von Asthmaexazerbationen. Hierzu gehört die Meidung von Noxen wie Nikotinkonsum und von Allergenen beim allergischen

Die Praxis zeigt, dass ein Großteil der Patienten mit schweren, stationär zu behandelnden Asthmaexazerbationen einem Allergen als potentiellem Auslöser weiter exponiert waren.

Im Rahmen der Allergietherapie sollte auch der Einsatz einer spezifischen Immuntherapie beim allergischen Asthma und nachgewiesener Hausstaubmilbentherapie geprüft werden. Voraussetzung der mittlerweile grundsätzlich sehr sicheren Präparate ist allerdings eine ausreichende Asthmakontrolle vor Beginn des Verfahrens, da theoretisch die Asthmakontrolle unter der Immuntherapie verschlechtert werden kann.

Covid-19 bei Asthmatikern

In der täglichen Praxis kommt insbesondere von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen immer wieder die Frage auf, ob sie zur Risikogruppe für einen schweren Covid-19-Verlauf gehören. Hilfreich zur Beratung der Patienten sind die aktuellen Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Patienten mit guter Asthmakontrolle und fehlenden Komorbiditäten zeigten nach jetzigem Stand der Literatur kein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung (Wang et al. 2020).

Was für die Praxis wichtig ist:

- Vor Einleitung einer adäquaten Asthmatherapie ist eine Phänotypisierung des Patienten Voraussetzung. Neben der Anamnese gehört dazu ein Allergiescreening, inklusive der Bestimmung des Gesamtimmunglobulin-E-Spiegels, die Bestimmung der Zahl an eosinophilen Granulozyten und, wenn verfügbar, die FeNO-Messung.
- Eine dauerhafte systemische Steroidtherapie sollte aufgrund der schwerwiegenden Komplikationsrate unbedingt vermieden werden, der Einsatz moderner Biologika sollte durch einen in der Asthmatherapie erfahrenen Pneumologen geprüft werden.
- Die Asthmaexazerbation kann durch adäquate Patientenschulung und Therapieanpassung häufig vermieden werden.
- Zeichen der Hypoxie im Rahmen der Asthmaexazerbation sind immer ein Alarmsignal und müssen zur stationären Einweisung und ggf. Monitorüberwachung der Patienten führen.
- Bei guter Krankheitskontrolle und fehlenden Komorbiditäten scheint das Risiko für einen kritischen Krankheitsverlauf einer Covid-19-Erkrankung nicht gegenüber dem Lungengesunden erhöht zu sein.

Dr. med. Achim Grünewaldt Prof. Dr. med. Gernot Rohde

Schwerpunkt Pneumologie/Allergologie Medizinische Klinik 1 Universitätsklinikum Frankfurt Goethe-Universität Frankfurt am Main

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

Multiple Choice-Fragen: Asthmatherapie 2021

VNR: 2760602021169220006

(eine Antwort ist richtig)

- Welche der folgenden Aussagen zur Phänotypisierung des Asthmas trifft zu?
- 1) Ein Allergiescreening zu Aeroallergenen kann z. B. mittels eines Pricktestes erfolgen.
- 2) Das neutrophile Asthma stellt eine eigene Phänotypie dar.
- 3) Das allergische Asthma geht häufig auch mit einer Eosinophilie einher.
- 4) Das exhalative NO spiegelt die Entzündungssituation an der Bronchialschleimhaut wider.
- 5) Alle Aussagen 1-4 sind richtig
- 2. Welche Aussagen zur Stufentherapie des Asthma bronchiale trifft zu?
- 1) Die Therapiestufen orientieren sich primär am Schweregrad der lungenfunktionellen Einschränkung.
- 2) Die Kombination Betamimetikum/inhalatives Steroid darf erst ab Stufe 3 angewendet werden.
- 3) Inhalative Anticholinergika spielen in der Asthmatherapie keine Rolle.
- 4) Aus Kosteneffizienz sollte bei schwerem Asthma primär mit systemischen (oralen) Kortikosteroiden behandelt werden, nur bei Therapieversagen sollten in diesem Stadium Biologikatherapien erwogen werden.
- 5) Omalizumab kommt beim schweren allergischen Asthma zum Einsatz.
- 3. Welche Aussage zur schweren Asthmaexazerbation trifft nicht zu?
- 1) Unterstützend kann intravenös Magnesium verabreicht werden.
- 2) Es sollte eine kontinuierliche parenterale Theophyllintherapie umgehend eingeleitet werden.
- 3) In der Regel sind passager systemische Steroidgaben notwendig.
- 4) Eine Hypoxämie ist ein Alarmsignal und sollte zur stationären Einweisung des Patienten mit Asthmaexazerbation führen.
- 5) Virale Infektionen spielen eine wichtige Rolle als Auslöser.
- 4. Welche Aussage zur Diagnosestellung des Asthma bronchiale trifft zu?
- Eine normale Lungenfunktion bei Vorstellung des Patienten schließt die Diagnose Asthma bronchiale aus.

- Die Testung der bronchialen Hyperreagibilität erfolgt im klinischen Alltag üblicherweise mit dem inhalativen Allergen, gegenüber dem der Patient sensibilisiert ist.
- Die Reversibilitätstestung erfolgt meistens mit schnell-kurz wirksamen Betamimetika.
- 4) Das anfallsartige Auftreten von Luftnot beim Leistungssport spricht gegen die Diagnose Asthma bronchiale.
- Die Asthmakontrolle wird ausschließlich über die Lungenfunktionsdiagnostik erfasst.
- 5. Welche der folgenden Faktoren können zum ungenügenden Ansprechen einer Asthmatherapie beitragen ("schwer therapierbares Asthma")?
- 1) Fehlerhafte Inhalationstechnik.
- 2) Persistierende Allergenexposition.
- 3) Übermäßiger Gebrauch kurzwirksamer Betamimetika.
- 4) Persistierender Nikotinkonsum.
- 5) Aller Faktoren 1–4 treffen zu
- 6. Welche Aussage zu Anticholingergika in der Asthmatherapie trifft zu?
- Tiotropium kann bei ausgewählten Patienten bei schlechter Verträglichkeit von Betamimetika als alternative Kombination mit einem inhalativen Kortikosteroid verordnet werden.
- Der bedarfsweise Einsatz kurzwirksamer Anticholinergika ist Standardtherapie bei leichtem Asthma (Stufe 1 und 2).
- 3) Anticholinergika spielen in der Asthmatherapie keine Rolle.
- Tiotropium darf bei schwerem Asthma nur verordnet werden, wenn bereits eine Biologikatherapie eingeleitet wurde.
- Die fixe Dreifachkombination aus Indacaterol, Glycopyrronium und Mometason ist in Deutschland nur für die COPD zugelassen.
- 7. Asthma bronchiale...
- 1) ...ist die zweithäufigste Atemwegserkrankung in Deutschland
- 2) ...steigt in der weltweiten Prävalenz.
- 3) ...ist eine chronische Entzündungserkrankung der Bronchialschleimhaut.

- 4) ...zeichnet sich durch ein hyperreagibles Bronchialsystem aus.
- 5) Alle Aussagen 1–4 sind richtig.
- 8. Welche Aussage zur Pathophysiologie der Bronchoobstruktion des Asthma bronchiale ist nicht korrekt?
- Die Bronchokonstriktion kann zu schwerer Überblähung der Lungen führen.
- 2) Die Obstruktion entsteht mitunter durch zähes Sekret in den Atemwegen.
- Es lässt sich bei schwerem Krankheitsverlauf eine Hypertrophie der glatten Schleimhautmuskulatur nachweisen.
- 4) Durch die Entzündungsreaktion kommt es zu einem schweren Schleimhautödem.
- 5) Typischerweise finden sich intraalveoläre hyaline Membranen beim akuten Asthmaanfall.
- 9. Welche Aussage zur Asthmakontrolle ist richtig?
- Regelmäßige nächtliche Beschwerden sind Zeichen eines nicht kontrollierten Asthmas.
- Der Einsatz von Bedarfsmedikamenten sind Zeichen einer guten Asthmakontrolle.
- Der Nachweis einer bronchialen Hyperreagiblität im Metacholintest definiert eine fehlende Asthmakontrolle.
- Die Anwendung von Asthmatagebüchern sollte den Patienten nicht empfohlen werden, da dies zur Symptomfixierung führt.
- 5) Ein schweres nicht kontrolliertes Asthma wird vom Patienten immer als solches wahrgenommen.
- Zu den Warnsymptomen, die auf eine Organhypoxie bei schwerer Asthmaexazerbation hinweisen, gehört nicht:
- Ischämietypische EKG-Veränderungen
- 2) Vigilanzstörung
- 3) Zyanose
- 4) Auskultatorisches Giemen
- 5) Angina pectoris

Literatur zum Artikel:

Asthmatherapie 2021 – was für die tägliche Praxis relevant ist

Dr. med. Achim Grünewaldt, Prof. Dr. med. Gernot Rohde

- [1] Akmatov MK, Steffen A, Holstiege J, et al. Diagnoseprävalenz und -inzidenz von Asthma bronchiale Ergebnisse einer Studie mit Versorgungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland (2009 2016). 2018 (Versorgungsatlas-Bericht; Nr. 18/08) [cited: 2020–03–25]. DOI: 10.20364/VA-18.08
- [2] Arzneimittelkommission Der Deutschen Apotheker (AMK); Arzneimittelkommission Der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ); Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE (BAG SELBSTHILFE); Deutsche Atemwegsliga; Deutsche Forschungsgruppe Pneumologie In Der Primärversorgung (DFPP); Deutsche Gesellschaft Für Allergologie Und Klinische Immunologie (DGAKI) et al. (2018): NVL Asthma - Langfassung, 4. Auflage: Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- [3] Ballestero, Yolanda; Pedro, Jimena de; Portillo, Nancy; Martinez-Mugica, Otilia; Arana-Arri, Eunate; Benito, Javier (2018): Pilot Clinical Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Children with Asthma in the Emergency Service. In: The Journal of pediatrics. DOI: 10.1016/j.jpeds. 2017.10.075.
- [4] Bonta, Peter I.; Chanez, Pascal; Annema, Jouke T.; Shah, Pallav L.; Niven, Robert (2018): Bronchial Thermoplasty in Severe Asthma: Best Practice Recommendations from an Expert Panel. In: Respiration; international review of thoracic diseases

- 95 (5), S. 289–300. DOI: 10.1159/000488291.
- [5] Buhl, R.; Bals, R.; Baur, X.; Berdel, D.; Criée, C-P; Gappa, M. et al. (2017): S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. In: Pneumologie (Stuttgart, Germany) 71 (12), S. 849–919. DOI: 10. 1055/s-0043– 119504.
- [6] Buhl, Roland; FitzGerald, J. Mark; Busse, William W. (2018): Tiotropium add-on to inhaled corticosteroids versus addition of long-acting ß2-agonists for adults with asthma. In: Respiratory medicine 143, S. 82–90. DOI: 10.1016/j.rmed.2018. 08.014.
- [7] Castillo, Jamee R.; Peters, Stephen P.; Busse, William W. (2017): Asthma Exacerbations: Pathogenesis, Prevention, and Treatment. In: The journal of allergy and clinical immunology. In practice 5 (4), S. 918–927. DOI: 10.1016/j.jaip.2017. 05.001.
- [8] Conway, John; Friedman, Benjamin (2020): Intravenous Magnesium Sulfate for Acute Asthma Exacerbation in Adults. In: Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine. DOI: 10.1111/acem.14066.
- [9] Dweik, Raed A.; Boggs, Peter B.; Erzurum, Serpil C.; Irvin, Charles G.; Leigh, Margaret W.; Lundberg, Jon O. et al. (2011): An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. In: Am J Respir Crit Care Med 184 (5),

- S. 602–615. DOI: 10.1164/rccm. 9120–11ST.
- [10] Green, Elyce; Jain, Paras; Bernoth, Maree (2017): Noninvasive ventilation for acute exacerbations of asthma: A systematic review of the literature. In: Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses 30 (6), S. 289–297. DOI: 10.1016/j.aucc.2017.01.003.
- [11] Hammad, Hamida; Lambrecht, Bart N. (2021): The basic immunology of asthma. In: Cell 184 (6), S. 1469–1485. DOI: 10.1016/j.cell. 2021.02.016.
- [12] Hausen, T. (2019): Die Verordnungen bei Asthma und COPD in Deutschland für die Jahre 2007, 2010, 2013, 2015 2017. In: Pneumologie (Stuttgart, Germany) 73 (6), S. 340–346. DOI: 10.1055/a-0851–5269.
- [13] Jartti, Tuomas; Bønnelykke, Klaus; Elenius, Varpu; Feleszko, Wojciech (2020): Role of viruses in asthma. In: Seminars in immunopathology 42 (1), S. 61–74. DOI: 10.1007/s00281 –020–00781–5.
- [14] Karrasch, Stefan; Linde, Klaus; Rücker, Gerta; Sommer, Harriet; Karsch-Völk, Marlies; Kleijnen, Jos et al. (2017): Accuracy of FENO for diagnosing asthma: a systematic review. In: Thorax 72 (2), S. 109–116. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2016–208704.
- [15] Kerstjens, Huib A. M.; Engel, Michael; Dahl, Ronald; Paggiaro, Pierluigi; Beck, Ekkehard; Vandewalker, Mark

- et al. (2012): Tiotropium in asthma poorly controlled with standard combination therapy. In: N Engl J Med 367 (13), S. 1198–1207. DOI: 10.1056/NEJMOA1208606.
- [16], Kerstiens, Huib A. M.; Moroni-Zentgraf, Petra; Tashkin, Donald P.; Dahl, Ronald; Paggiaro, Pierluigi; Vandewalker, Mark et al. (2016): Tiotropium improves lung function, exacerbation rate, and asthma control, independent of baseline characteristics including degree of airway obstruction, and allergic status. ln: Respiratory medicine S. 198-206. 117, DOI: 10.1016/j.rmed. 2016.06. 013.
- [17] Normansell, Rebecca; Sayer, Ben; Waterson, Samuel; Dennett, Emma J.; Del Forno, Manuela; Dunleavy, Anne (2018): Antibiotics for exacerbations of asthma. In: The Cochrane

- database of systematic reviews 6, CD002741. DOI: 10.1002/14651 858.CD002741.pub2.
- [18] O'Byrne, Paul M.; FitzGerald, J. Mark; Bateman, Eric D.; Barnes, Peter J.; Zhong, Nanshan; Keen, Christina et al. (2018): Inhaled Combined Budesonide–Formoterol as Needed in Mild Asthma. In: N Engl J Med 378 (20), S. 1865–1876. DOI: 10. 1056/NEJMoa1715274.
- [19] Shilovskiy, I. P.; Nikolskii, A. A.; Kurbacheva, O. M.; Khaitov, M. R. (2020): Modern View of Neutrophilic Asthma Molecular Mechanisms and Therapy. In: Biochemistry. Biokhimiia 85 (8), S. 854–868.
- [20] Soriano, Joan B.; Abajobir, Amanuel Alemu; Abate, Kalkidan Hassen; Abera, Semaw Ferede; Agrawal, Anurag;

- Ahmed, Muktar Beshir et al. (2017): Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. In: The Lancet Respiratory Medicine 5 (9), S. 691–706. DOI: 10.1016/S2213–2600(17)30293-X.
- [21] Wang, Yushu; Ao, Guangyu; Qi, Xin; Ma, Min (2020): The relationship between severe or dead COVID-19 and asthma: a meta-analysis. In: Clinical & Experimental Allergy. DOI: 10.1111/cea.13773.
- [22] Wermuth, Harrison R.; Badri, Talel; Takov, Veronica (2020): StatPearls. Montelukast. Treasure Island (FL).

CME Asthmatherapie 2021

Mögliche Interessenskonflikte

Prof. Dr. med. Gernot Rohde berichtet, Forschungsunterstützung von der DFG, der EU, dem BMBF und der Firma Gilead erhalten zu haben. Er hat von den Firmen Astra-Zeneca, Boehringer, Bayer, BerlinChemie, Grifols, Insmed, MSD, Novartis, Pfizer, GSK, Roche Honorare für Vorträge und von den Firmen Boehringer, GSK, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi und Insmed Honorare für Beratungstätigkeiten erhalten.

Dr. med. Achim Grünewaldt hat Vortragsund Beraterhonorare folgender Firmen erhalten: Novartis, GSK, Astra-Zeneca, Boehringer, Sanofi, Roche; zudem Forschungsunterstützung der Firma TNI.



"Psyche und Körper gehören zusammen"

Runder Tisch der Landesärztekammer Hessen zur ärztlichen Psychotherapie

"Psyche und Soma bilden eine Einheit: Das gehört zum ärztlichen Selbstverständnis", erklärte Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), bei der Eröffnung des virtuellen Runden Tisches der LÄKH zur Bedeutung der ärztlichen Psychotherapie am 18. Mai. Anlass für die virtuelle Runde mit namhaften Expertinnen und Experten aus Hessen war die Präsentation des Positionspapiers der LÄKH zur Bedeutung der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung - vor dem Hintergrund der seit Jahren ansteigenden Patientenanfragen nach Psychotherapie sowie nach psychiatrischer und psychosomatischer Behandlung und einer sich in der Coronakrise zuspitzenden Lage vor allem in den Kinder- und Jugendpsychiatrien.

Psychotherapie als Bestandteil ärztlicher Behandlung

Bei der Begrüßung durch den Initiator des Papiers Dr. med. Peter Zürner – Internist, Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Physikalische Therapie und Präsidiumsmitglied der Kammer – wurde das Ziel des Runden Tisches deutlich: den Stellenwert der Psychotherapie als Bestandteil der ärztlichen Behandlung deutlich machen und Transparenz für Bürgerinnen und Bürger herstellen. Im Zentrum stehe dabei die für Patientinnen und Patienten entscheidende Frage: "Wo finde ich Hilfe, und wohin wende ich mich bei psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Störungen und Problemen?"

Daran anknüpfend, begann die von Katja Möhrle – Leiterin der Stabsstelle Medien – und Maren Grikscheit, stv. Leiterin der Stabsstelle Medien, moderierte Veranstaltung mit zwei hypothetischen Fallbeispielen: eines 64-Jährigen, der nach einem erlittenen und auskurierten Herzinfarkt unter Panikattacken leide und trotz eines unauffälligen Befunds immer wieder den Notarzt alarmiere, sowie eines 35-jährigen Handwerkers, der wegen Rückenbeschwerden den Hausarzt wiederholt um Spritzen und Krankschreibungen bitte,



Virtuelle Runde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

privat aber unter der drohenden Scheidung von seiner Ehefrau sowie unter Alkoholsucht leide. An wen sollten sich beide Herren wenden?

"Die erste Anlaufstelle ist immer die hausärztliche Praxis – bzw., falls es sich bei den Patienten um Kinder oder Jugendliche handelt, die Kinderärztin oder der Kinderarzt", erklärte Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Gießen und Marburg und Mitautor des Positionspapiers.

"In beiden der geschilderten Fälle scheint es sich um somatische Beschwerden zu handeln, die psychisch getriggert werden", stellte Dr. med. Horst Löckermann – in Darmstadt niedergelassener Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Psy-



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH

chotherapeut – fest. Hier sei es die Aufgabe des Hausarztes, im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung ein Gespräch mit dem Patienten über den psychischen Hintergrund zu suchen, somatische Ursachen (erneut) auszuschließen und – vor allem bei länger anhaltenden Beschwerden – den Patienten an die Psychotherapie zu überweisen.

Generell funktioniere die ärztlich-psychotherapeutische Versorgung über ein Stufenmodell nach dem Prinzip "Hausärzte/ niedergelassene Fachärzte/Klinik", ergänzte Kruse. Es sei eine Tatsache, dass bei über der Hälfte der Patienten mit psychosomatischen Störungen auch eine chronische somatische Erkrankung besteht, wie Krebs oder Multiple Sklerose (MS). Daher bedürfe es des ärztlichen Blickes, um beides im Auge zu behalten und einen Gesamtbehandlungsplan zu entwerfen, in dem die Psychotherapie einen Teil bildet.

Die Bedeutung der Gesamtbetrachtung von Körper und Psyche hob auch Zürner hervor: Der Bevölkerung und Politik solle verdeutlicht werden, dass der ärztliche Blick bei der Behandlung von augenscheinlich "rein" physischen wie auch "rein" psychischen Krankheitsbildern unerlässlich sei. In der Öffentlichkeit verfestige sich zunehmend die Meinung, dass (nicht ärztlich ausgebildete) Psychologen

und Psychotherapeuten die Experten auf dem Gebiet der Psyche seien. Tatsächlich arbeiteten Ärzte und Psychologen im Alltag erfolgreich zusammen und ergänzten einander zum Wohle der Patienten. Auch sei es im Sinne der Patienten, eine Ausgliederung der ärztlichen Kompetenz aus der psychotherapeutischen Landschaft zu verhindern und die ärztliche Psychotherapie konsequent weiterzuentwickeln.

Andere Ausbildung, anderer Blick

"Psychologen sind nicht schlechter oder besser, sonders anders ausgebildet", bekräftigte auch Dr. med. Barbara Jäger, in Offenbach niedergelassene Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse sowie Präsidiumsmitglied der LÄKH. "Aber sie haben einen anderen Blick."

Sie schilderte den Fall einer Patientin, die wegen Gesichtsschmerzen jahrelang in zahnärztlicher Behandlung war und unzählige Operationen über sich ergehen lassen musste - bis sie den Weg in die ärztlich-psychotherapeutische Praxis fand. Im Rahmen der Psychotherapie konnten familiäre Probleme als wahre Ursache ausgemacht werden: "nach dem Motto: Zähne zusammenbeißen und durch." Mittlerweile lebe die Patientin weitgehend schmerzfrei.

Auf die Frage, inwieweit sich die Auswirkungen der Coronapandemie im berufsärztlichen Alltag bemerkbar machten, berichtete Jäger von einer Zunahme an jungen männlichen Patienten mit Aggressionen.

Auch die Zahl der Patienten mit Ess- und depressiven Störungen sei in der gegenwärtigen Coronapandemie stark angestiegen, berichtete PD Dr. med. Martina Pitzer, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die als Klinikdirektorin der Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit in Eltville tätig ist. Hinzu komme, dass aktuell immer mehr minderjährige Patienten hohe Schweregrade aufwiesen. "Auch die 13-jährige Magersüchtige mit Kreislaufproblemen muss zunächst auf körperliche Ursachen untersucht werden."

Der ebenfalls zugeschaltete Mitautor des Positionspapiers Prof. Dr. med. Martin Ohlmeier, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig-Noll-Krankenhaus am Klinikum Kassel, machte



Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien

u. a. darauf aufmerksam, dass auch den psychiatrisch zu behandelnden Suchterkrankungen oftmals Depressionen und psychosoziale Konflikte zugrunde liegen. Bei einem Exkurs in die Medizingeschichte stellte Ohlmeier zudem fest, dass die Psychotherapie an sich sowie eine Vielzahl ihrer Methoden und Ansätze von Ärztinnen und Ärzten entwickelt worden sind, wie Siegmund Freud oder Manfred Bleuler.

Darüber hinaus machte Ohlmeier deutlich, dass der Schwerpunkt psychiatrischer Kompetenz auf Suchterkrankungen sowie psychotischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis liege. Bei den Letzteren sei der Öffentlichkeit oftmals nicht bewusst, dass die Erstmanifestation der Psychose, die mitunter selbst traumatisierend wirken kann, bei nicht wenigen Patienten auf den Konsum von Cannabis zurückgeht. Zur Weiterentwicklung der Psychotherapie berichtete er außerdem, dass die Wissenschaft bei der Behandlung von autoimmun-vermittelten Psychosen in jüngerer Zeit große Fortschritte gemacht hat.

Aktuelle Versorgungssituation

In der anschließenden Diskussion wurde auf handfeste Zahlen verwiesen, um die Bedeutung der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung in der Öffentlichkeit bewusst zu machen: So werde der überwiegende Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen bereits im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung von Haus- sowie Kinder und Jugendärzt/-innen betreut und behandelt (vgl. Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 12/2020). Neben der ambulanten Versorgung auch durch Gynäkologen, Neurologen sowie durch niedergelassene Fachärzte mit psychotherapeutischer, psychiatrischer oder psychosomatischer Expertise gibt es noch den großen Bereich der (teil-)stationären Versorgung in psychiatrischen wie kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkliniken, Suchtkliniken und Rehabilitationseinrichtungen.

Das Stufenmodell der ärztlich-psychotherapeutische Versorgung "Hausarzt/ niedergelassene Fachärztin/Klinik" werde durch die virtuell anwesenden Expert/-innen – neben den Verfasser/-innen des Positionspapiers - musterhaft verkörpert, stellte Kruse zusammenfassend fest.

Ob sich der Ärztemangel im Bereich der Psychotherapie ebenfalls deutlich bemerkbar mache, fragte eine zugeschaltete Journalistin nach. Generell scheuten viele der jüngeren Kolleginnen und Kollegen den Weg in die Niederlassung, so Jäger. Hier gingen die Versorgungssituation und der Wunsch der meisten Patienten nach einer ambulanten Versorgung auseinander. Dennoch zeigte sich Jäger zuversichtlich, dass die im Sommer 2020 in Kraft getretene neue Weiterbildungsordnung, die die Absolvierung der Weiterbildung nun stärker als bisher im ambulanten Bereich



Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der LÄKH, und Maren Grikscheit, stv. Leiterin der Stabsstelle Medien

ermögliche, eine Trendumkehrung herbeiführen könne.

Pitzer ergänzte, dass die Behandlungskapazitäten wie -angebote in den vergangenen 20–30 Jahren stark gestiegen seien. "Was sollten Patienten aus der heutigen Veranstaltung vor allem mitnehmen?", fragten die Moderatorinnen zum Schluss in die Runde. "Dass die erste Anlaufstelle immer die hausärztliche bzw. kinderärztliche Praxis ist", resümierte Kruse.

Alla Soumm

"Ich wünsche mir mitzuerleben, dass wir Parkinson heilen können"

Prof. Brit Mollenhauer gehört zu den meistzitierten Wissenschaftlern weltweit

Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer, Fachärztin für Neurologie, ist Oberärztin sowie leitende Studienkoordinatorin an der Paracelsus-Elena-Klinik Kassel und hat eine Stiftungsprofessur von den Paracelsus Kliniken Deutschland an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) inne. Die Expertin für Morbus Parkinson ist außerdem Beraterin im Gremium der Michael-J.-Fox-Stiftung für Parkinson-Forschung in New York. 2013 wurde sie mit dem Robert-Wartenberg-Preis der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ausgezeichnet.

Frau Prof. Mollenhauer, zum zweiten Mal in Folge zählten Sie 2020 zu den meistzitierten Wissenschaftler/-innen weltweit.¹ Welchen Einfluss hat dieses Ranking auf Ihre Arbeit?

Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer: Klar ist es schon toll. Von der Uni Göttingen sind insgesamt fünf Wissenschaftler auf diese Liste gekommen – darunter bin ich mit Abstand die Jüngste und auch die einzige Frau. Aber im Endeffekt ist diese Auszeichnung wichtig, weil sie zeigt: Was ich schreibe, ist forschungsrelevant und wird gelesen.

2013 wurde Ihnen der Robert-Wartenberg-Preis der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verliehen: für Ihre wissenschaftliche Arbeit zur Bedeutung von Biomarkern für die Frühdiagnose des M. Parkinson. Ist dies immer noch das Kerngebiet Ihrer Forschung?

Mollenhauer: Das ist immer noch mein Kerngebiet. Das Ganze geht mir persönlich etwas zu langsam, da der große Durchbruch noch nicht geschafft ist. Aber es konnten doch einige Puzzleteile zusam-

mengefügt werden: So haben wir gelernt, dass Parkinson nicht gleich Parkinson ist, sondern dass viele verschiedene Formen des Parkinsons eine Rolle spielen. Und auch, dass der Verlauf der Krankheit extrem unterschiedlich ist und durch ganz andere Erkrankungen beeinflusst wird: etwa durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und metabolische Faktoren.

Und wir wissen jetzt, dass wir viel früher beginnen müssen mit Therapie und Diagnostik. Die Diagnose Parkinson wird zu spät gestellt. Um den Parkinson zu stoppen, müssen wir viel mehr Risikopersonen untersuchen und viel mehr in Richtung Prävention gehen.



Mollenhauer: Wenn wir Neurologen Parkinson diagnostizieren, besteht die Krankheit im Körper der Betroffenen schon seit 20–30 Jahren. Diese Jahre sind definiert durch sog. nicht-motorische Symptome – im Gegensatz zu den motorischen Symptomen, von denen wir sprechen, sobald der Parkinson ausgebrochen ist. Die davor auftauchenden nicht-motorischen Symptome sind zum Teil sehr unspezifisch, wie Obstipation, Riechstörung oder Depression. Aber wenn von diesen unspezifischen Symptomen zwei oder drei gleichzeitig auftreten, wird das Ganze schon spezifischer

Auch gibt es ein ganz spezifisches nichtmotorisches Symptom: die isolierte REM-Schlaf-Verhaltensstörung. Im REM (rapid eye movement)-Schlaf bewegen sich normalerweise die Augen ganz schnell und man träumt, liegt dabei aber unbeweglich im Bett. Im Frühstadium des Parkinsons kommt es jedoch zu einer Entkoppelung



Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer

von den motorischen Kernen im Hirnstamm. Dies führt dazu, dass die Betroffenen sich im REM-Schlaf bewegen und die Träume ausleben – etwa indem sie in Albträumen kämpfen. Dieses Frühsymptom für Parkinson machen wir uns jetzt zunutze, indem wir Kohorten bilden mit Personen, die diese REM-Schlaf-Verhaltensstörung haben und dann in unserem Schlaflabor genauer untersucht werden müssen. Problematisch ist natürlich, dass viele wegen einer solchen Schlafstörung nicht zum Arzt gehen. Generell schieben Menschen altersassoziierte Erkrankungen oft in die Nische und denken im mittleren Lebensalter nicht daran. Hier liegt jedoch genau der Fehler.

Sie sind 2007 von Harvard nach Kassel gewechselt, um an der renommierten Parkinson-Fachklinik Paracelsus-Elena-Klinik die Krankheit noch intensiver zu erforschen. Bietet Ihnen Kassel bessere Forschungsbedingungen?

Mollenhauer: Ganz ehrlich: Die zwei Jahre in Harvard waren großartig. Es gab viel

¹ Gemäß dem aktuellen Ranking "Highly Cited Researchers" ("Am häufigsten zitierte Wissenschaftler/-innen") von 2020 (https://recognition.webofscience.com/awards/highly-cited/2020/). Erstellt wird das Ranking von dem US-amerikanischen Unternehmen Clarivate Analytics durch die Auswertung der unternehmenseigenen Datenbank "Web of Science" ("Wissenschaftsnetz"). Diese erfasst wissenschaftliche Publikationen aus 21 Disziplinen der Natur-, Lebens- und Sozialwissenschaften.

² Univ.-Prof. Dr. med. Claudia Trenkwalder.

 $^{^{3}\,}$ Prof. Dr. med. Sigrid Poser (1941–2004), Neurologin, Forschungsschwerpunkte: MS, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.

Spaß, viel Arbeit - alle haben an einem Strang gezogen. Auch war es sehr stimulierend, sich täglich auf höchstem wissenschaftlichen Niveau auszutauschen. Aber für mich als Neurologin war der Wechsel von einer reinen Wissenschaftsumgebung konsequent: Ich wollte ja wieder mit Patienten arbeiten. Für die translationale, patientennahe Forschung, die ich betreibe, gibt es kaum eine bessere Klinik. Und zusätzlich muss ich die Chefärztin Claudia Trenkwalder² erwähnen. die diese Forschungsumgebung befördert hat.

Sie behandeln Patienten, forschen und lehren an der Universität Göttingen und sind Beraterin im Gremium der Michael-J.-Fox-Stiftung für Parkinson-Forschung in New York. Haben Sie ein Geheimrezept, um all das, inklusive Familie, zu bewältigen?

Mollenhauer: Ich glaube, im Endeffekt hatte ich sehr gute weibliche Vorbilder: meine Doktormutter Sigrid Poser³ damals in Göttingen, und jetzt auch Claudia Trenkwalder. In den USA wiederum schaut man noch viel mehr auf das Fachliche; und ich habe mit meinem Forschungsgebiet und dem Zugang zu so vielen Patienten auch eine gewisse – auch internationale - Nische. Und was die Familie angeht: Wir haben zwei Jungs. Das wäre ohne meinen Mann überhaupt nicht gegangen, der viele Jahre zu Hause geblieben ist.

Auch wenn die Medizin in vielen Jahrgängen bereits "weiblich" ist, sind die leitenden Funktionen an Kliniken und im Wissenschaftsbetrieb nach wie vor vor allem männlich besetzt. Benachteiligt das gegenwärtige Gesundheits- und Wissenschaftssystem Frauen?

Mollenhauer: Wir Frauen sind klar im Nachteil. Das betrifft nicht nur die leitenden Funktionen an Kliniken, sondern auch in den Ordinariaten. Solange die meisten in den Entscheidungsgremien Männer sind, haben wir Frauen keine Chance. Daher unterstütze ich eindeutig die Einfüh-

rung einer Quote. Das Thema ist mir ein großes Anliegen. Im Rahmen der DGN (Deutschen Gesellschaft für Neurologie) sind wir gemeinsam mit Christine Klein⁴, der früheren Präsidentin der DGN, dabei, die "DGN Gender Task Force" auf die Beine zu stellen. Diese soll Bestandsaufnahmen und Analysen vom Ist-Zustand festhalten und dann gute, praktikable Ideen entwickeln, um innerhalb der DGN/Neurologie in Deutschland Dinge grundlegend zu ändern.

Gerade sind wir im zweiten Corona-Jahr. Wie hat sich die Pandemie bisher auf Ihren Alltag und Ihre Forschung ausgewirkt?

Mollenhauer: Wir haben in der Klinik weniger Patienten zu betreuen. Zwar haben wir die Forschungsprojekte weiterlaufen lassen, aber im Moment machen wir keine Ambulanz in persona, sondern nur per Telefon oder Video. All das stellt für den Klinikalltag und dafür, dass ich für meine Forschung auf Patienten angewiesen bin, ein gewisses Hindernis dar.

Auch wenn der persönliche wissenschaftliche Austausch derzeit viel zu kurz kommt, ist das wissenschaftliche System durch viele Video-Konferenzen gleichzeitig durch die Pandemie eher beschleunigt

Speziell die Paracelsus-Elena-Klinik ist historisch eng mit einer anderen Pandemie verbunden: Sie wurde 1937 gegründet, um viele Jahre nach der Spanischen Grippe die sog. Enzephalitis lethargica, eine späte Folge der Infektion, zu erforschen und den Betroffenen, deren Symptome denen des M. Parkinson ähnelten, zu helfen. Unsere Klinik basiert also auf einer Pandemie.

Mit dieser Geschichte im Hinterkopf fragen wir uns immer häufiger, ob die Zahl der Parkinson-Patienten in Zukunft nicht zunehmen wird? Hier komme ich noch auf einen anderen Aspekt, der sich im Rahmen von Corona in meiner Forschung geändert hat: Ich forsche nicht mehr "nur" zu Biomarkern, sondern nutze diese inzwischen auch, um die Entstehungsmechanismen von Krankheiten wie Parkinson zu verstehen. Und es ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen, dass Parkinson z. B. durch ein Virus ausgelöst wird. Für das Virus gäbe es mehrere Eintrittspforten, wie etwa den Darm. Eine weitere Eintrittspforte für ein Virus wäre die Nase bzw. der Riechkortex. Ein Teil der unspezifischen nicht-motorischen Symptome aus der Frühphase des Parkinsons könnte also auf eine Virusinfektion über den Darm (Obstipation), aber auch über die Nase (Hyposmie) zurückgehen. Ausschließen lässt sich dies aktuell nicht – eine spannende Hypothese.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Parkinson-Forschung?

Mollenhauer: Ich wünsche mir mitzuerleben, dass wir Parkinson heilen oder zumindest präventiv behandeln können. Aber erst einmal hoffe ich, dass es uns gelingen wird, die sog. altersassoziierten Erkrankungen aus der Nische zu führen. Das würde das Bewusstsein dafür stärken, mitten im Leben gegen einen schweren Verlauf im Alter selbst aktiv werden zu können. Bislang steht uns noch kein Medikament gegen Parkinson zur Verfügung, um den Prozess zu stoppen. Studien laufen, doch verfügen wir bereits jetzt über zielführende präventive Strategien. Einen Hauptbaustein davon bildet die Bewegung – zur Verhinderung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und des metabolischen Syndroms. Den zweiten Baustein bildet die Ernährung. Dazu machen wir gerade größere Studien zusammen mit Andreas Michalsen⁵ von der Berliner Charité. Dort versuchen wir zu ergründen, inwieweit wir mit gezieltem Fasten den Verlauf des M. Parkinson verbessern und die Entzündung aus dem Körper rausholen können, die ja meistens das Altern triggert. Mit den Studien versuchen wir nachzuweisen, dass sich mit den Phasen des Fastens Entzündungen reduzieren, der Alterungsprozess verlangsamen und auch altersassoziierte Erkrankungen positiv beeinflussen lassen. Allein mit Prävention lässt sich schon vieles erreichen!

Interview: Alla Soumm

⁴ Prof. Dr. med. Christine Klein.

⁵ Prof. Dr. med. Andreas Michalsen, Chefarzt am Immanuel-Krankenhaus und Inhaber der Stiftungsprofessur Naturheilkunde an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Naturheilkunde im Immanuel Krankenhaus, Berlin.



Sicherheit und Effektivität der Gabe von Anti-SARS-CoV-2-Antikörper beinhaltendem Plasma

Als Teil der "RECOVERY"-Studie wurden die Sicherheit und Effektivität der Gabe von Anti-SARS-CoV-2-Antikörper beinhaltendem Plasma (Rekonvaleszentenplasma) in der Therapie von Covid-19 untersucht. In dieser großen, randomisierten und kontrollierten "open label"-Studie wurden stationär mit Covid-19 behandelte Probanden 1:1 entweder einer Gruppe mit Standardtherapie oder einer Gruppe mit Standardtherapie plus hochtitrigem Rekonvaleszentenplasma zugeteilt. Als primärer Endpunkt wurde die Mortalität innerhalb von 28 Tagen gewählt. 11558 Patienten wurden eingeschlossen; das sind etwa 8-mal so viele Probanden wie in allen bisher veröffentlichten randomisierten Studien mit dieser Fragestellung zusammen. In beiden Gruppen verstarben jeweils 24% der Probanden während des Beobachtungszeitraums, es konnte also kein Unterschied beobachtet werden. Ebenso gab es auch keinen signifikanten Unterschied bei den Endpunkten Entlassung aus der stationären Behandlung nach 28 Tagen oder Verschlechterung des klinischen Zustandes zur Beatmungspflichtigkeit. Die Autoren der Studie schlussfolgern, dass hochtitriges Rekonvaleszentenplasma bei hospitalisierten Patienten mit Covid-19 das Überleben nicht verbesserte. Ein Nutzen für andere Patientengruppen müsse jedoch in randomisierten Studien noch ermittelt werden.

Originalpublikation: Abani, O. et al. Convalescent plasma in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised controlled, open-label, platform trial. Lancet (2021).

doi:10.1016/s0140-6736(21)00897-7.

Seltene Komplikation nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen

PIMS / PIMS-TS (Paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2) ist eine seltene Komplikation nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen. Wenig ist bisher bekannt zu den Langzeitfolgen nach der akuten Erkrankungsphase. 46 Kinder (mittleres Alter: 10,2 Jahre) wurden nach akuter PIMS-Erkrankung von einem multidisziplinären Team des UCL Great Ormond Street Hospitals in London nach 6 Wochen und 6 Monaten nachbeobachtet. Dabei wurden biochemische sowie funktionelle Parameter erhoben. Die Daten wurden retrospektiv ausgewertet. Während die initiale, akute Erkrankung häufig gastrointestinale (98%), neurologische (33%) und echokardiographische (33%) Auffälligkeiten beinhaltete, waren die Endorganschädigungen nach 6 Monaten in den meisten Fällen zurückgebildet. Jedoch fiel häufig muskuläre Fatigue, proximale Myopathie und Dysmetrie sowie emotionale Labilität auf. Es kam zu einer Normalisierung der biochemischen Inflammationsmarker. Die Studienergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen und einer psychiatrischen Begleitung nach der akuten Phase einer PIMS-Erkrankung und damit einer multidisziplinären Nachbetreuung.

Originalartikel: Penner, J. et al. 6-month multidisciplinary follow-up and outcomes of patients with paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS-TS) at a UK tertiary paediatric hospital: a retrospective cohort study. Lancet Child & Adolescent Health (2021).

doi:10.1016/s2352-4642(21)00138-3.

Mortalität bei Patienten auf afrikanischen Intensivstationen mit schwerem Covid-19

In der ACCCOS-Studie (African Covid-19 Critical Care Outcomes Study) wurde untersucht, wie hoch die Mortalität bei Patienten ist, die auf afrikanischen Intensivstationen mit schwerem Covid-19 behandelt wurden. Zudem sollte bestimmt werden, welche Faktoren mit der Mortalität nach 30 Tagen in diesem Umfeld mit häufigem Ressourcenmangel assoziiert sind. 64 Krankenhäuser aus 10 afrikanischen Staaten nahmen an der Studie teil. 3140 Patienten wurden eingeschlossen. Insgesamt verstarben 48% der in die Studie eingeschlossenen Patienten innerhalb von 30 Tagen. Dies ist ein deutlich höherer Wert, als in anderen Regionen der Welt bei der intensivmedizinischen Behandlung von Covid-19-Patienten berichtet wird: In einer globalen Metaanalyse wurde eine durchschnittliche Mortalität

von 31.5% ermittelt. Mit der Mortalität assoziiert waren unter anderem eine verzögerte stationäre Aufnahme wegen mangelnder Behandlungsmöglichkeiten (Odds Ratio (OR) 2,14), zunehmendes Alter der Patienten (OR 1,03 pro Lebensjahr) sowie bestimmte Vorerkrankungen, wie HIV/AIDS (OR 1,91), Diabetes (OR 1,25), chronische Leber- (OR 3,48) oder Nierenkrankheit (OR 1,89). Einen starken Zusammenhang gab es mit einem hohen SOFA-Score, der die Organdysfunktion beurteilt (OR 3.66 bei 3 Punkten im SOFA-Score). Bei den intensivmedizinischen Interventionen gab es eine Assoziation mit Notwendigkeit der Ate-

munterstützung (OR 2.72) und einer Therapie mit Vasopressoren (OR 3,67). Die Therapie mit Corticosteroiden hingegen war mit dem Überleben nach 30 Tagen assoziiert (OR 0.55); keine signifikante Assoziation gab es mit dem Geschlecht. Ein Mangel an Ressourcen in der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit schwerem Covid-19 in den afrikanischen Krankenhäusern könnte zu der höheren Mortalität beitragen. Strategien zur früheren Erkennung und zur Behandlung von Risikopatienten für einen schweren Krankheitsverlauf in Ländern mit Ressourcenmangel sind notwendig.

Originalpublikation: Biccard, B. M. et al. Patient care and clinical outcomes for patients with COVID-19 infection admitted to African high-care or intensive care units (ACCCOS): a multicentre, prospective, observational cohort study. Lancet 397, 1885-1894 (2021).

Dr. med. Sebastian Hoehl Facharzt für Kinderund Jugendmedizin Institut für Medizinische Virologie Universitätsklinikum Frankfurt



Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com



Leserbriefe

Leserbrief zu: "Gesundheitsschutz braucht Klimaschutz" von Dr. med. Barbara Jaeger HÄBL 06/2021, S. 342

"Wehret den Anfängen!"

Sehr geehrte Frau Kollegin Jaeger, wie auch das Deutsche Ärzteblatt hat sich das Hessische Ärzteblatt völlig auf die Seite des so genannten Klimaschutzes geschlagen, mit guten Gründen. Denn auch wenn der Begriff "Klimaschutz" falsch ist, ein statistischer Durchschnittswert kann nicht geschützt werden, so wissen wir doch, was gemeint ist. Leider werden von Ihnen als Gründe hierbei die Politik einer Institution, nämlich der WHO, angeführt sowie eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Nun kann weder eine politische Institution im Besitz der alleinigen Wahrheit sein noch können Richterinnen und Richter entscheiden, welches wissenschaftliche Ergebnis richtig ist.

Denn natürlich gibt es, wie immer, wissenschaftliche Forschung, hier: Klimaforschung, die zu anderen Ergebnissen kommt. Obwohl sie 30-40 % der Klimawissenschaftlerinnen und -wissenschaftler umfasst, ist sie nicht medial sichtbar. Über die Gründe will ich hier nicht spekulieren. Entsetzt hat mich in Ihrem Beitrag "Gesundheitsschutz braucht Klimaschutz" aber folgender Absatz: "Auch psychotherapeutische Kolleg:innen werden aktiv [...] und erforschen den Zusammenhang zwischen Klima-Angst und Abwehrreak-

tionen. So beschreibt Rahmsdorf fünf Stadien der Verleugnung...".

Das heißt nichts anderes als die Pathologisierung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die den politischen Klimaaktivismus nicht in offiziell (institutionell und juristisch) gewünschter Weise unterstützen und aller Bürgerinnen und Bürger, die zwar eine nachhaltigere Wirtschaft und Politik wollen, aber – mit guten Gründen auch sie – einen Klimaaktivismus

Im Sinne des Sprichworts: Wehret den Anfängen! will ich doch sehr hoffen, dass Sie künftig dieser bedenklichen Pathologisierung der Bürgerinnen und Bürger, die andere als offiziell erwünschte Meinungen vertreten, im Hessischen Ärzteblatt keine Bühne geben!

> Mit freundlichen Grüßen Prof. Dr. Dr. med. Adorján Kovács

Leserbrief zu: "Ihr seid doch mit gemeint!" von Dr. med. Christine Hidas HÄBL 05/2021, S. 278

Hessisches Ärzt*innenblatt

Ich danke Frau Christine Hidas dafür, dass sie sich im "Ärzte"blatt 5/21 dem längst überfälligen Thema der genderangemessene Sprache und Würdigung widmet.

Die Änderung des Titels Ihrer Zeitung in Hessisches Ärzt*innenblatt steht in aller Konsequenz zeitnah an. Falls dieser reife Quantensprung noch nicht ganz machbar scheinen sollte, doch zumindest in "Ärztinnen- und Ärzteblatt".

Das würde dem Engagement und Repräsentanz der Kolleginnen in allen medizinischen Bereichen überaus gerecht.

Und gleichzeitig würde das Lesen selbiger deutlich attraktiver.

> Mit freundlichen Grüßen, Dr. med. Jenny Neuber

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

Zweiter Corona-Sommer – und dann?

Bei niedrigen und – trotz einer Unmenge an Antigen- und PCR-Tests auf SARS-CoV-2 – weiter rückläufigen "Inzidenzen" steht uns ein hoffentlich schöner Sommer bevor. Wir müssen diese Zeit aber unbedingt nutzen, um erneut drohende erhebliche Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens im Herbst zu vermeiden. Dazu gehört eine datenbasierte, realistische Einschätzung und eine nüchterne Bewertung der Situation und der möglichen und geeigneten Maßnahmen zu deren Bewältigung. Angst und Lagerdenken sind hier keine guten Berater.

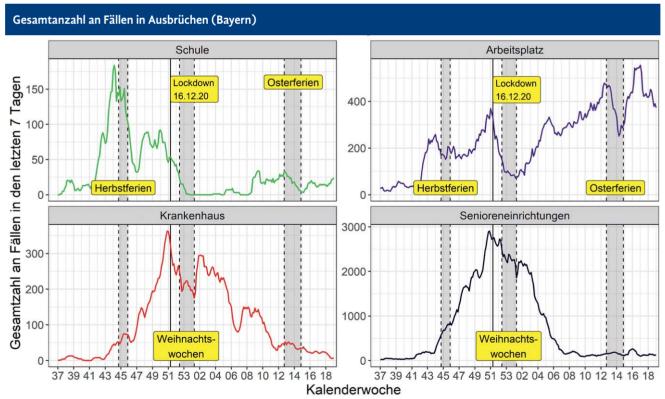
Kinder und SARS-CoV-2

Kaum ein Thema ist derzeit so intensiv diskutiert wie die Frage Kinder und SARS- CoV-2 und ob und unter welchen Bedingungen im Herbst wieder ein Schul- und Kitabesuch möglich sein wird. Das "Narrativ", dass asymptomatisch infizierte Kinder häufig die Viren unerkannt übertragen und so die Erreger verbreiten und dadurch ggf. auch schwere Erkrankungen bei vulnerablen Personen verursachen, hält sich hartnäckig. Aber es gibt keine Daten, die diese Befürchtungen jemals belastbar bestätigt haben.

Bei repräsentativen Bevölkerungsstudien (PCR-Test und Antikörpertests) waren Kinder stets seltener als Erwachsene von SARS-Cov-2 betroffen [1, 2]. Studien zu Übertragungswegen zeigten, dass Kinder – auch im Familienkreis – sehr viel häufiger von Erwachsenen infiziert werden als umgekehrt [3].

Kitas und Schulen...

In Kitas und Schulen wurden bei Tausenden von Untersuchungen enger Kontaktpersonen stets nur wenige Fälle positiv getestet – wobei meist nicht erwiesen werden konnte, dass eine Übertragung in der Schule oder Kita stattgefunden hatte [4, 5, 6]. Im Gegenteil, Kinder stecken sich häufig im familiären oder Freizeitumfeld an; dies zeigten die Daten nach den Osterferien 2021 eindrücklich [7, 8]. Eine landesweite Erhebung aus allen Schulen und Kitas in Rheinland-Pfalz bis Ende Dezember 2020 (also damals ohne Antigen-Testpflicht) zeigte, dass es nur bei jedem sechsten Indexfall zu Übertragungen kam: Waren Lehrer die Indexperson, kam es dreimal häufiger zu Transmissionen



Daten: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit LGL Visualisierung: CODAG LMU München

Abb. 1a: SARS-CoV-2-Ausbrüche in Bayern: Anzahl der Infektionen bei Ausbrüchen an den Ausbruchsorten Schule, Arbeitsplatz, Krankenhaus und Senioreneinrichtungen über die Zeit (Kalenderwochen).

¹ Auch ohne die absurde, in den letzten Wochen breit diskutierte, inzwischen aber auch von der Politik abgelehnte Forderung der Impfung für Kinder als Voraussetzung für den Schul- und Kitabesuch im Herbst. Die Politik hat durch ihr Agieren ihre wissenschaftliche Fachkommission, die STIKO, schwer beschädigt. Erfreulich ist, dass die AWMF und viele wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften die STIKO und ihre klare wissenschaftliche Haltung unterstützen [19].

verglichen mit Kindern als Indexpersonen. Lehrer verursachten viermal mehr Sekundärfälle als Kinder – und dies häufig bedingt durch Kontakte zwischen Lehrern (Tab. 1) [9]. Auch in England waren in mehr als der Hälfte der Ausbrüche in Schulen Mitarbeiter und keine Schüler betroffen [10].

Die Auswertung der Ausbruchsdaten aus ganz Bayern zeigte, dass in Schulen fast keine Ausbrüche vorkommen - im Gegensatz zu anderen Arbeitsstätten, dem Krankenhaus und insbesondere den Senioreneinrichtungen (Abb. 1; man beachte die unterschiedliche Spreizung der Ordinate in Abb. 1a; in Abb. 1b sind alle Einrichtungen im gleichen Maßstab vertreten). In Senioreneinrichtungen kam es zu den meisten und größten Ausbrüchen mit bis zu ca. 3.000 Fällen/Woche kurz vor Weihnachten 2020 - und immer noch ca. 100 Fällen/Woche bis zur KW 19/2021. Das heißt trotz Impfung in den Senioreneinrichtungen kommt es dort weiterhin zu mehr Sars-CoV-2-Ausbrüchen als in den Schulen [11].

Daten des RKI bestätigen das für ganz Deutschland: In Kindergemeinschaftseinrichtungen ereignen sich eher selten und wenn dann kleine Ausbrüche im Vergleich

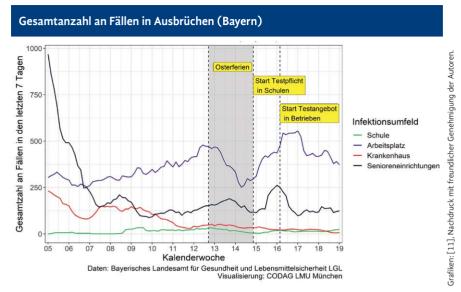


Abb. 1b: SARS-CoV-2-Ausbrüche in Bayern: Anzahl der Infektionen bei Ausbrüchen an den Ausbruchsorten Schule, Arbeitsplatz, Krankenhaus und Senioreneinrichtungen über die Zeit (Kalenderwochen) – dargestellt in einer Abbildung.

beispielsweise mit Krankenhäusern oder Senioreneinrichtungen [12, 13]. Hinzu kommt, dass diese kleinen Ausbrüche von den öffentlichen Gesundheitsbehörden allesamt gut bekämpft werden können, da sie praktisch nie auf eine kritische Größe anwachsen. Darüber hinaus erkranken Mitarbeiter und Betreute in Schulen und

Kitas selten schwer: 1,6 % der positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Mitarbeiter und 0,9 % der Kinder bedürfen einer Krankenhausbehandlung, Todesfälle wurden nur vereinzelt beschrieben. Im Vergleich dazu wurden 15,6 % der Bewohner von Altenpflegeheimen hospitalisiert und 19,2 % verstarben [14].

Tabelle 1: Kontaktnersonenuntersuc	character in Cabadan and Missa	to Distributed District OF	[0] 1000 - de-complement
Labelle 1. Kontakthersonenlinterslig	rniingen in Schillen ling Kitas	In Kneiniang-Ptaiz — 35	1—53 Kalenderwoche 2020 alistyt

	Indexfälle	Anzahl KPs	Sekundärfälle	SARS + (%)	Rel. Risiko
alle	441	14591	196	1,34	
Indexfall					
Schüler	346	10716	99	0,92	1
Lehrer	5	2858	91	3,18	3,17**
Indexfall Alter					
11-15 J	113	3358	35	1,04	1
0-5 J	42	1828	31	1,7	1,29
6-10 J	89	2410	15	0,62	0,82
16-20 J	90	2884	17	0,59	0,56
21-34 J	42	1321	30	2,27	1,97
ab 35 J	45	1773	62	3,5	2,8*
Einrichtungstyp					
Weiterführende Schule	173	5970	41	0,69	1
Grundschule	88	2389	27	1,13	1,62
Betreuung/Kita	99	4392	110	2,5	3,23**

Unser Fazit daraus: Kindergemeinschaftseinrichtungen sind keine Risikobereiche. Mit einer guten Hygiene (AHA+L-Regeln) waren Einträge in Kindergemeinschaftseinrichtungen gut zu beherrschen – im Präsenzunterricht ohne Antigentestpflicht – selbst bei hohen Inzidenzen in der Gesamtbevölkerung.

Vor diesem Hintergrund, der zunehmenden Impfrate der vulnerablen Gruppen und nicht zuletzt angesichts der erheblichen Effekte des Lockdown auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder [15, 16] sollte aus unserer Sicht im Herbst 2021 ein normaler Betrieb der Kindergemeinschaftseinrichtungen stattfinden – mit guter Hygiene (Husten- und Niesetikette, Händehygiene) ohne Testund Maskenpflicht¹.

...und weitere gesellschaftliche Bereiche

Angesichts der zunehmenden Impfungen in der Bevölkerung kann dies – unter Beachtung des Schutzes vulnerabler Gruppen – auf alle Bereiche der Gesellschaft übertragen werden, u.a. auch auf kulturelle Einrichtungen, Sportveranstaltungen, Freizeiteinrichtungen.

Wir müssen den Sommer nutzen, uns wieder auf bewährte Vorgehensweisen zu besinnen und von dem Test-, Überwachungs- und Regelungswahn im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 wegkommen. Keine anlasslosen, d.h. nicht medizinisch indizierten Tests mehr bei asymptomatischen gesunden Menschen. Keine umfangreichen Isolierungs- und Quarantänisierungsmaßnahmen aufgrund fragwürdiger Tests, zu denen die Gesundheitsämter entgegen besserem (aber von der Politik konsequent ignoriertem) Wissen verpflichtet waren (in Einzelfällen können sie durchaus erforderlich bleiben). Keine umfassenden einschränkenden Maßnahmen aufgrund immer wieder neuen "Inzidenzen" bzw. ohne Datengrundlage und ohne differenziertes Abwägen von deren Nutzen und Risiken (mildestes Mittel).

Wir können und müssen aus dieser und vorherigen Pandemien Lehren ziehen.

Wesentlich ist, den Alarmismus endlich zu verlassen und Wissen statt Angst zu verbreiten. Nötig ist eine gute Risikokommunikation, die die Risiken durch SARS-CoV-2 in Beziehung setzt zu anderen – allgemein akzeptierten – Risiken. Nur eine nüchterne Betrachtung (nicht Verharmlosung!) der Risiken von SARS-CoV-2 ermöglicht die Ableitung angemessener Schutzmaßnahmen (z. B. Impfung, Masken, Hygiene).

Vor einem Jahr haben wir eine gesamtgesellschaftliche Diskussion angeregt über Ziele und Mittel der Pandemiebekämpfung [17, 18]. Da wir überzeugt sind, dass nur so im Herbst unnötige einschränkende Maßnahmen verhindert werden können, erneuern wir diese Anregung.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf ehem. stellv. Leiterin des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Prof. Dr. Dr. med. René GottschalkLeiter des Gesundheitsamtes
Frankfurt am Main

Literatur zum Artikel:

Zweiter Corona-Sommer – und dann?

Ursel Heudorf & René Gottschalk

- [1] Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. N Engl J Med. 2020 Jun 11;382(24):2302 –2315. doi: 10.1056/NEJMoa2006 100. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32 289214
- [2] Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C. et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo' Nature. 2020 Jun 30. doi: 10.1038/s41586-020-2488-1. Online ahead of print. PMID: 32604404
- [3] Galow L, Haag L, Kahre E, Blankenburg J, Dalpke AH, Lück C, Berner R, Armann JP. Lower household trans-

- mission rates of SARS-CoV-2 from children compared to adults. J Infect. 2021 Apr 28:S0163-4453(21)002 09-7. doi: 10.1016/j.jinf.2021.04. 022. Online ahead of print. PMID: 33930468
- [4] Heudorf U, Steul K, Walczok A, Gottschalk R. Kinder und COVID-19: Kontaktpersonen-Surveillance in Frankfurter Kitas und Schulen (August bis Dezember 2020). Monatsschrift Kinderheilkunde 2021; 169: 322– 334 https://doi.org/10.1007/s00 112-021-01134-8
- [5] STADT FRANKFURT AM MAIN. Hygiene und Ausbruchsmanagement in der Corona-Pandemie I

- Krankenhäuser, Altenpflegeheime, soziale Einrichtungen, Schulen und Kitas (Berichtszeitraum Frühjahr bis Spätsommer 2020). ISBN 978-3-941782-27-3
- [6] STADT FRANKFURT AM MAIN. Hygiene und Ausbruchsmanagement in der Corona-Pandemie II Krankenhäuser, Altenpflegeheime, soziale Einrichtungen, Schulen und Kitas (Berichtszeitraum Oktober bis Dezember 2020). ISBN 978-3-94 1782-28-0
- [7] Heudorf U, Gottschalk R. SARS-CoV-2 und die Schulen – Was sagen die Daten? Hessisches Ärzteblatt 2021; 82: 358–361

- [8] Berger U, Fritz C, Kauermann G. Schulschließungen oder Schulöffnung mit Testpflicht? Epidemiologisch-statistische Aspekte sprechen für Schulöffnungen mitv erpflichtenden Tests CODAG-Bericht Nr. 14 vom 28.5.2021 https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_14.pdf
- [9] Schoeps A, Hoffmann D, Tamm C, et al. COVID-19— transmission in educational institutions August to December 2020, Rhineland-Palatinate, Germany: a study of index cases and close contact cohorts. medRxiv preprint; posted February 8, 2021. Dor. org/10.1101/2021.02.04.2125060. https://www.medrxiv.org/cotent/10.1101/2021.02.04.21250670v1. full.pdf (letzter Zugriff 31.5.2021
- [10] SIsmail SA, Saliba V, Lopez Bernal J, Ramsay ME, Ladhani SN. SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: a prospective, cross-sectional analysis of infection clusters and outbreaks in England. Lancet Infect Dis. 2020 Dec 8:S14 73–3099(20)30882–3. doi: 10.10 16/S1473–3099(20)30882–3. Online ahead of print. PMID: 333 06981
- [11] Berger U, Gauß J, Kauermann G. Das aktuelle Ausbruchs- und Infektions-

- geschehen in Schulen und an Arbeitsplätzen. CODAG-Bericht Nr. 16 vom 28.5.2021 https://www.covid 19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_16.pdf (letzter Zugriff 31.5.2021)
- [12] Buda S, an der Heiden M, Altmann D, Diercke M, Hamouda O, Rexroth U. Infektionsumfeld von erfassten CO-VID-19 Ausbrüchen in Deutschland. Epid Bull 2020: 38:3–12 DOI: 10. 25646/7093
- [13] Otte im Kampe E, Lehfeld A, Buda S, Buchholz U, Haas W. Surveillance of COVID-19 school outbreaks, Germany, March to August 2020. Euro -Surveill 2020;25(38):pii=2001645. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.38.2001645
- [14] Robert Koch-Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 07.06. 2021 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jun_2021/2021-06-07-de.pdf?__blob=publicationFile
- [15] Ravens-Sieverer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlacks R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germa-

- ny. European Child & Adolescent Psychiatry. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5
- [16] Blankenburg J, Wekenborg MK, Reichert J, Kirsten C, Kahre E, Haag L, Schumm L, Czyborra P, Berner R, Amann JP. Mental health of Adolescents in the Pandemic: Long-COVID19 or Long-Pandemic Syndrome? https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.11. 21257037v1 (letzter Zugriff 31. 5.2021)
- [17] Heudorf U, Gottschalk R. Die Covid-19-Pandemie in Frankfurt am Main: Was sagen die Daten? Hessisches Ärzteblatt 2020; 81: 548 ff
- [18] Gottschalk R, Heudorf U. Die Covid-19-Pandemie – bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Hessisches Ärzteblatt 2020; 81:551–552
- [19] AWMF et al. Zur zentralen Bedeutung der STIKO für wissenschaftlich fundierte und Evidenz-verpflichtete Impfempfehlungen. Stellungnahme vom 01.06.2021 https://coronanetzwerk.info/wp-content/uplo ads/2021/06/20210601_Stellungnahme Bedeutung STIKOf.pdf

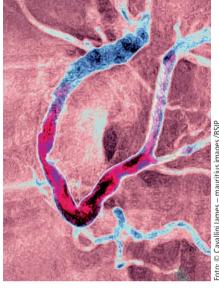
Leitliniengerechte Behandlung von Patient*innen mit chronischer koronarer Herzkrankheit - die Perspektive der Psychokardiologie

Die Behandlung der chronischen koronaren Herzkrankheit (KHK) stellt eine komplexe Herausforderung dar. In einem aktuellen Beitrag im Hessischen Ärzteblatt geben Voigtländer und Kollegen [1] einen guten, aber sehr selektiven Überblick über einige wesentliche Inhalte der aktuellen Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) zum chronischen Koronarsyndrom [2]. Auf eine ganzheitliche und patientenzentrierte Behandlung einschließlich der mittlerweile gut etablierten Rolle psychosozialer Faktoren in Entstehung, Verlauf und Behandlung der KHK wird im Beitrag allerdings nicht eingegangen. So wird ein unvollständiges Bild leitliniengerechter Behandlung von Koronarpatient*innen aezeichnet.

Nachfolgend sollen daher einige ergänzende Hinweise auf dem Stand aktueller Leitlinien und Positionspapiere gegeben

Neben der im genannten Beitrag referierten europäischen Leitlinie zur Behandlung chronischer Koronarsyndrome sind hier u.a. die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) chronische KHK [3], die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Disease Management-Programm (DMP) KHK [4], die S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation [5] sowie Positionspapiere der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie [6] und der American Heart Association (AHA) ausschlaggebend. Das aktuelle AHA-Positionspapier aus dem März dieses Jahres [7] stellt beispielsweise fest, dass

- einfache Screening-Maßnahmen von Gesundheitsdienstleistern bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen eingesetzt werden können, um den psychischen Gesundheitszustand zu
- Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit einen positiven Einfluss auf die kardiovaskuläre Gesundheit haben können und somit
- die Berücksichtigung der psychischen Gesundheit bei der Beurteilung und Be-



Rechte Koronararterie mit massiver Atherosklerose und intrakoronarem Thrombus.

handlung von Patient*innen mit kardiovaskulären Erkrankungen ratsam ist.

Auch die von Voigtländer und Kollegen in Auszügen referierte ESC-Leitlinie [2] äußert sich neben den somatisch-medizinischen Empfehlungen explizit zu psychosozialen Themen. So wird auf das vermehrte Auftreten von depressiven und Angststörungen bei Koronarpatient*innen ebenso hingewiesen wie auf deren ungünstige prognostische Bedeutung und den Nutzen psychosozialer Interventionen. In Übereinstimmung mit der europäischen Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention [8] werden Empfehlungen zur multidisziplinären Behandlung und zu psychologischen Interventionen bei komorbider Depression gegeben. Die Leitlinie befasst sich ausgiebig mit Aspekten von Adhärenzförderung und Lebensstilmodifikation u.a. durch Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, die zentrale Säulen in der Sekundärprävention darstellen.

Sowohl die ESC-Leitlinie als auch die deutsche NVL KHK und das DMP KHK benennen die Lebensqualität neben - oder sogar vor – der Reduktion von Morbidität und Mortalität als ein zentrales Therapieziel. Die NVL KHK sieht zur Förderung der Lebensqualität neben der Reduktion von Angina pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit ausdrücklich auch die Linderung weiterer somatischer und psychischer Beschwerden als geboten an. NVL und DMP KHK lassen mit starken Empfehlungen keinen Zweifel daran, dass psychische und soziale Faktoren bei Koronarpatienten Beachtung finden sollen.

Die DMP-Richtlinie stellt z.B. ohne Wenn und Aber fest: "Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit KHK ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen." [4, S, 49]

Die NVL KHK empfiehlt im Einzelnen u.a.:

- Eine patientenzentrierte Kommunikation zur Unterstützung bei Krankheitsbewältigung und Lebensstiländerung, einschließlich Risikofaktor-Edukation und gemeinsamer Zielvereinbarungen mit den Patient*innen,
- Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe (einschließlich Psychotherapeut*innen) bei der Umsetzung von Verhaltensänderungen,
- Die regelmäßige Überprüfung der Behandlungsadhärenz und ggfs. Einleitung von Maßnahmen zu ihrer Förderung, bei Bedarf einschließlich fachpsychologischer bzw. psychotherapeutischer Unterstützung,
- Regelmäßige Erhebung der Lebensqualität und ggfs. Hilfestellung bei Problemen - auch psychosozialer Art - , die die Lebensqualität einschränken,
- Die orientierende Erfassung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbiditäten (z.B. einer Depression oder Angststörung) durch gezielte Anamnesefragen oder standardisierte Fragebogenverfahren mit ggfs. weiterer diagnostischer Abklärung,
- Beim Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren das Angebot multimodaler Verhaltensinterventionen in-

klusive psychologischer Interventionen zur Reduktion psychosozialer Risikofaktoren und zur Förderung der Krankheitsverarbeitung

 Bei psychischer Komorbidität psychotherapeutische Maßnahmen und/oder medikamentöse Therapien in Kooperation mit entsprechenden Spezialisten.

Weitere Details finden sich etwa im DGK-Positionspapier [4], das intensiv auch auf die KHK eingeht, sowie in unserem Praxisleitfaden zur Psychokardiologie [9]. Über die bereits in den deutschen und europäischen Leitlinien gegebenen Empfehlungen hinaus können sie helfen, einen blinden Fleck aufzuhellen, der sich aus einer zu einseitigen Fokussierung auf die "technischen" Aspekte der Behandlung von Patienten mit chronischer KHK ergeben kann.

Für die praktische Fortbildung in psychokardiologischer Grundversorgung bietet die Fort- und Weiterbildungsakademie

der DGK seit 2009 regelmäßige Kurse an, die gerade auch praktizierenden Kardiolog*innen dabei helfen, das mittlerweile gut etablierte Leitlinienwissen in der Praxis umzusetzen. Die Honorierung eines solchen leitlinienkonformen Verhaltens lässt freilich noch sehr zu wünschen übriq, weshalb weitere politische Initiativen zur adäquaten Honorierung gesprächsintensiver Leistungen zweifellos geboten sind. Daneben ist aber auch eine Schärfung des Bewusstseins für die Bedeutung psychosozialer Aspekte in der Behandlung von Koronarpatient*innen bei Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis und eine bessere interdisziplinäre und intersektorale Integration der Versorgungsangebote erforderlich. Auch heute existieren jedoch bereits einige vielversprechende psychokardiologische Modellprojekte in Akut- und Rehakliniken wie auch in einigen Pionier-Praxen, die bereits konkrete Behandlungsangebote zur Verfügung stellen. Für die ambulante

Behandlung sind in den nächsten Jahren aus laufenden Multicenterstudien erweiterte kooperative Behandlungskonzepte zu erwarten.

Univ.-Prof.
Dr. med.
Christoph
HerrmannLingen
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,



oto: Stefan Kimmel

Universitätsmedizin Göttingen/ Georg August-Universität, Herzzentrum Göttingen Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Die Literaturhinweise zu diesem Beitrag stehen auf unserer Website www. laekh.de unter der Rubrik "Hessisches Ärzteblatt". Einen CME-Beitrag zur Chronischen koronaren Herzerkrankung findet sich in Ausgabe 05/2021.

Literatur zum Artikel:

Leitliniengerechte Behandlung von Patient*innen mit chronischer Koronarer Herzkrankheit – die Perspektive der Psychokardiologie

Christoph Herrmann-Lingen

- [1] Voigtländer T, Eggebrecht H, Liebetrau C, Nowak B, Schmermund A. Chronische koronare Herzerkrankung Diagnose und Behandlung nach der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. Hess Arztebl 2020;82:302–8.
- [2] Knuuti J, Wijns W, Saraste A et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2020;41:407–477.
- [3] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftli-chen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz Langfassung, 3. Auflage. 2019. https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/khk/khk-5aufl-vers1-lang.pdf/.
- [4] Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 18. Änderung

- der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 5 (DMP KHK) und Anlage 6 (KHK Dokumentation), 22.11.2019. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4042/2019-11-22_DMP-A-RL_Anlage-5-6-KHK_BAnz.pdf/.
- [5] DGPR, SCPRS, ÖKG. S3 Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (LL-KardReha) im deutschsprachigen Raum Europas, Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH), Langversion Teil 1, 2019 AWMF Registernummer: 133/001, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/133-001l_S3-Kardiologische-Rehabilitation-in-D-A-CH_2020-12.pdf/.
- [6] , Albus C, Waller C, Fritzsche K et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Kardiologe 2018; 12: 312–331.

- [7] Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, Labarthe DR, Lavretsky H, Michos ED, Spatz ES, Kubzansky LD. Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021;143:e763-e783.
- [8] Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardio-vascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J 2016; 37: 2315–2381.
- [9] Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg.): Psychokardiologie – Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. 3. Auflage. Berlin; Springer: 2020.



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 Refresher Mi., 06. Oktober 2021 10 P
Gebühr: 140 € (Akademiemitglieder 126 €)
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 6 P
Leitung: Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen

Dr. med. I. Martin, Bad Nauheim 60 € (Akademiemitglieder 54 €)

Gebühr: 60 € (Akademiemitglieder 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 NauheimGebühr:75 € (Akademiemitglieder kostenfrei)Ort:Bad Nauheim, Kerckhoff-KlinikAuskunft/Anmeldung:H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Interdisziplinäres Forum Frankfurt: Lungen- und Bronchialheilkunde

Mi., 27. November 2021

Leitung: Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt
Gebühr: 50 € (Akademiemitglieder kostenfrei)

mit DMP-Nachweis: 60 € (Akademiemitglieder 54 €) Frankfurt, Uniklinikum

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,

Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Moderatorentraining

Fr., 29.-Sa., 30. Oktober 2021 16 P

Leitung:Dr. med. A. Mainz, KorbachGebühren:360 € (Akademiemitglieder 324 €)Auskunft/Anmeldung:A. Floren, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@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., 14. Juli 2021 6 P

Mi., 08. September 2021 6 P Mi., 06. Oktober 2021 6 P

MIMA –Erstschulung: Mi., 06. Oktober 2021
Leitung: Dr. med. A. Rauch

Gebühr: je 130 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitglied 162 €) **Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Impfkurs

Sa., 09. Oktober 2021

Gebühr:200 € (Akademiemitglieder 180 €)Leitung:Prof. Dr. med. S. Wicker, Frankfurt

Dr. med. P. Neumann, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher, Niedergelassene Praxen

Mi., 03. November 2021

Beginn der Telelernphase: 01.10.2021

Leitung:Prof. Dr. med. U. Heudorf, FrankfurtGebühr:180 € (Akademiemitglieder 162 €)

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Mi., 24. November 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Leitung: D. Albert, D. Ziedorn, Gießen

Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de



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

Notfall- und Intensivmedizin

45. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar

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

Mo., 25.-Fr., 29. Oktober 2021 50 P

Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl,

Dr. med. K.-H. Peiffer, Frankfurt

Gebühr: 680 € (Akademiemitglieder 612 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 02.-Sa., 04. September 2021 30 P Do., 04.-Sa., 06. November 2021 30 P

Dr. med. R. Merbs, Friedberg Leitung:

M. Leimbeck, Braunfels

jeweils 450 € (Akademiemitgl. 405 €) Gebühr:

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 13. November 2021

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter Ort: Kassel, Landesfeuerwehrschule 290 € (Akademiemitglieder 261 €) Gebühr:

Notfallmedizin machbar machen

8 P Mi., 24. November 2021

Leituna: Dr. med. R. Merbs, Friedberg Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €) Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Fr., 05, November 2021

Gebühr: Theorie:100 € (Akademiemitgl. 90 €)

Praxis: 60 € (Akademiemitgl. 54 €)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum Aktualisierungskurs Sa., 20. November 2021

Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)

Ort: auf Anfrage Spezialkurs Röntgendiagnostik

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

Mi., 15. September 2021 Praktikum:

360 € (Akademiemitglieder 324 €) Gebühr: Theorie: Frankfurt, Uniklinikum Orte:

Praktikum: Frankfurt.

Krankenhaus Nordwest

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Leitung:

B. Bodelle, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II Sa., 30. Oktober 2021

Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €) Modul III Fr., 03.- Sa., 04. Dezember 2021 Gebühr: 320 € (Akademiemitglieder 288 €)

Zum Abschluss des Moduls III wird je ein Final- und

Kausalitätsqutachten gefordert.

Gebühr: je 30 € (Akademiemitglieder je 27 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

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

Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €) Modul IV Fr., 12.-Sa., 13. November 2021 Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

Modul V Sa., 13. November 2021

Gebühr: 100 € (Akademiemitglieder 90 €) Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Qualitätsmanagement

In Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Qualitätssicherung, Ver-

sorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie. Patientensicherheit: Entwicklungen, Herausforderungen

und Chancen

Fr., 17. September 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 50 € (Akademiemital. kostenfrei) K. Israel-Laubinger, Frankfurt Leitung: Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,

E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Peer Review Intensivmedizin Mo., 04.-Di., 05. Oktober 2021

Beginn der Telelernphase: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda 360 € (Akademiemitglieder 324 €) Gebühr:

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,

Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Mi., 27. Oktober 2021 Rationale Antibiotikatherapie

Dr. med. A. Wunder, Leitung:

Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße Gebühr: 30 € (Akademiemitglieder 27 €) Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,

E-Mail: christina.ittner@laekh.de



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

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren

Arterien und Venen auf Anfrage

Gebühr: 310 € (Akademiemitglieder 279 €) Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve, Frankfurt

für Gefäße: 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

Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt Leitung: Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €) Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

8 P Fr., 17. September 2021

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns

Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: 250 € (Akademiemitglieder 232 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie "State of the Art" Mi., 08. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. S. Weber, Marburg Gebühr: 75 € (Akademiemitglieder kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 11. September 2021 10 P

Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden Leitung: Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €) Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Ernährungsmedizin

Block 1: Fr., 01.-Sa., 02. Oktober 2021 Block 2 + 4: Fr., 26.-Sa., 27. November 2021 Block 3: Fr., 17.-Sa., 18. Dezember 2021 Weitere Termine und Hinweise auf der Internetseite unter

www.akademie-laekh.de.

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein Leitung:

Dr. med. K. Winckler

Gebühren: Block 1, 3, 5a auf Anfrage

Block 2 + 4, 5b auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

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. 900 € (Akademiemitglieder 810 €)

Gebühr: Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@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 € (Akademiemitglieder 162 €)

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

Verletzungsdokumentation:

Mi., 27. Oktober 2021 Fallbesprechung: Mi., 10. November 2021

Gebühr: jeweils 80 € (Akademiemitglieder 72 €) Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt Leitung:

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de



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

Transplantationsmedizin

Kriseninterventionsseminar

Mi. 14. Iuli 2021 8 P

Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €) Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt Leitung:

PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 12.-Sa., 13. November 2021 und Fr., 10.-Sa., 11. Dezember 2021 32 P Block Ib:

Dr. med. P. Groß. Darmstadt Leitung:

PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Gebühr: 600 € (Akademiemitglieder 540 €) Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

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 € (Akademiemitglieder 900 €)

Kursblock VII: Aufbaukurs

Fr., 15.-Sa., 16. Oktober 2021 und Fr., 22.-Sa., 23. Oktober 2021

Gebühr: 650 € (Akademiemitglieder 585 €)

Neue Kursreihe in 2022. Termine auf Anfrage.

Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden Leitung: 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 € (Akademiemitglieder, BDI und

DGIM 567 €)

180 € (Akademiemitglieder, BDI und Gebühr/Tag:

DGIM 162 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,

Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adiela.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 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 € (Akademiemitglieder 252 €) Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle,

Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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., 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



Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-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, FrankfurtGebühren:Block I: 990 € (Akademiemitgl. 891 €)Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@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 € (Akademiemitglieder 495 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226

E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 – Teil A:Fr., 17.–Sa., 18.September 202142 FModul 1 – Teil B:Fr., 19.–Sa., 20. November 2021Modul 1 – Teil C:Fr., 11.–Sa., 12. Februar 2022Das 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: Hofheim, Stadthalle

Teil B: auf Anfrage

Teil C: Bad Nauheim, BZ der LAEKH

Gebühr: 900 € (Akademiemitglieder 810 €) **Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul V: Mo., 27. September–Fr., 01. Oktober 2021

Modul VI: Mo., 20. September–Fr., 24. September 2021

Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg

Gebühren: je Modul 500 €

(Akademiemitglieder 450 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Repetitorium Neurologie

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

Fr., 04.-Sa., 05. Oktober 2021 Fr., 17.-Sa., 18. Dezember 2021

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. M. Kaps, Gießen
Gebühr: jeweils 180 € (Akademiemitgl. 162 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222

E-Mail: Stephanie.pfaff@laekh.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung

für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs BDo., 23.–Fr., 24. September 2021Leitung:Prof. Dr. med. C. Christ, WiesbadenGebühr:340 € (Akademiemitgl. 306 €)

Kurs C Sa., 05. Februar 2022

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., 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

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

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung



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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

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

Diverse Schmerzsyndrome

C. Drefahl, Frankfurt Leitung:

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

Arbeitsmedizin

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

Modul 5 Mo., 06.-Di., 14. September 2021

Beginn der Telelernphase: 10.08.2021

Modul 4 Mo., 08.-Di., 16. November 2021

Beginn der Telelernphase: 12.10.2021

Modul 6 Mo., 06.-Di., 14. Dezember 2021

Beginn der Telelernphase: 16.11.2021

Gebühren: je Modul: 750 €

(Akademiemitglieder 675 €)

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

Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,

E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 Mo., 15.-Fr., 19. November 2021 40 P Gebühr: 840 € (Akademiemitglieder 756 €)

Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden Leitung:

Kurs-Weiterbildung Di., 07.-Sa., 11. Dezember 2021 40 P Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)

Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@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 Allgemeinen Vertragsbedingungen 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





Fortbildung für MFA und Arzthelfer/-innen | Carl-Oelemann-Schule

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

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden*

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen 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 Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Onkologie (ONK)*

Nach der "Onkologievereinbarung" können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen, die einzeln buchbar sind:

ONKPAL

Termin: Do., 07.10.-Sa., 09.10.2021

Gebühr (ONKPAL): 260 €

ONK:

Termin: Do. 04.11.—Sa., 06.11.2021 und Mi. 17.11.—Sa.,

20.11.2021 sowie Sa., 11.12.2021 Lernerfolgskontrolle

Gebühr: 620 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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 qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen (ONKPAL und PAL).

Termin: Do., 07.10.—Sa., 09.10.2021

Gebühr ONKPAL: 260 €

Gebühr PAL: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden*

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

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

* Bei den links genannten Kursen (ERM, PBK, PAL und NP) sind zusätzlich 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 €

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten

Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/-innen, die bereits die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten erworben haben, ihren Kenntnisstand aktualisieren und die Gelegenheit zum fachlichen Austausch nutzen möchten.

Termin (MED 12 2): Interessentenliste

Gebühr: 80 €

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

Tagesaktuelle Informationen über unser Fortbildungsangebot

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren

wir Sie auch auf unserer Website:

www.carl-oelemann-schule.de und über Facebook: 🔀

www.facebook.com/LAEKHessen/.

Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt

Sie direkt dorthin.

Bleiben Sie auf dem Laufenden und abonnieren

Sie den Newsletter der Landesärztekammer!

www.laekh.de/newsletteranmeldung

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



Dr. jur. Katharina Deppert zum runden Geburtstag

Bereits vor lahren hatte ich die Ehre, an dieser Stelle eines runden Geburtstags der Leiterin der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen (GuS) im Bereich der Landesärztekammer Hessen zu danken.

Zur sichtbaren Betonung ihrer Unabhängigkeit und Neutralität ist es bei der GuS Tradition, pensionierte Vorsitzende Richter höherer Gerichte als freiberufliche Mitarbeiter zu bestellen – zur Bearbeitung der Anträge. Zu deren weiteren Aufgaben gehört auch der Vorsitz in den Sitzungen der Gutachterkommission, die im Übrigen mit hochrangigen Medizinern besetzt ist. Frau Dr. Deppert war 1990 – zuvor Richterin am OLG Frankfurt - zur Richterin am BGH gewählt und nach nur sechs Jahren zur Vorsitzenden Richterin am BGH ernannt worden, als zweite Frau überhaupt in dieser Position. Nach Beendigung ihrer richterlichen Tätigkeit ist sie zur juristischen Mitarbeiterin und zugleich Leiterin der GuS bestellt worden und seither in dieser Position tätig.

Wie ich schon damals ausgeführt habe, verbindet sich bei ihr Brillanz und Durchsetzungsvermögen mit Charme und gewinnenden Umgangsformen, die die Zu-



Dr. jur. Katharina Deppert

sammenarbeit mit ihr überaus angenehm macht. Das kann ich nur nochmals bekräftigen.

Natiirlich hat die Pandemie auch in diesem Hause das Leben erschwert. Schon die Erwähnung des Themas bereitet Verdruss; es soll deshalb nicht vertieft werden.

Ein anderes Thema, bei dem sie als Leiterin maßgeblich mitgewirkt hatte, ist es eher Wert, hier festgehalten zu werden:

Ich hatte in dem zitierten Rückblick Anlass zur Erwähnung, dass die GuS in dieser Zeit als eigenständige Institution Thema von Erörterungen war. Es gab die große Norddeutsche Schlichtungsstelle, ein Zusammenschluss von zehn Ärztekammern, die nach ihrem Verständnis die Zukunft verkörperte mit dem daraus abgeleiteten Ziel, auf lange Sicht auch die bisher selbstständigen Stellen in den Verband aufzunehmen. Das Beharren deren Vertreter auf Selbstständigkeit wurde belächelt als kleinmütiger Kantönligeist.

Und nun, welch eine Wendung.

"Ihrem Ende eilen sie zu, die so stark im Bestehen sich wähnten." Die Norddeutsche hat ihre Selbstauflösung beschlos-

Aber es gibt einen bleibenden Erfolg des gescheiterten Vereinigungswerks. In einer Serie von Konferenzen von Vertretern der bestehenden Gutachterstellen unter – zu ihrer Ehre sei es gesagt – Leitung und tatkräftiger Förderung der Norddeutschen ist es gelungen, die Satzungen der einzelnen Schlichtungsstellen zu harmonisieren; Differenzierungen, in der Sache nicht begründet und nur dem Zufall der Entstehungsgeschichte entstammend, zu beseitigen; Verfahrensabläufe zu glätten und Fristen zu vereinheitlichen – dies alles jedoch unter Wahrung sachlich begründeter regionaler Besonderheiten. Das Werk ist inzwischen durch Änderung der Satzungen, auch die der GuS, vollendet. Es wird, das ist vorhersehbar, auch in die nun neu zu gründenden Schlichtungsstellen hineinwirken.

Damit hat Frau Dr. Deppert das von ihr beharrlich verfolgte Ziel, die GuS als eigenständige starke Einrichtung zu erhalten, wohl auf lange Sicht erreicht. Ich hoffe und wünsche ihr, auch im Namen der anderen Mitglieder der GuS, dass sie

uns noch viele Jahre in guter Gesundheit

erhalten bleiben wird.

Jürgen Juncker Stellvertretender Vorsitzender GuS

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle (GuS)

1977 wurde die in ihrer Arbeit von der Kammer unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle gegründet. Die Stelle wird von Juristen (ehemals Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof und am Oberlandesgericht/Landgericht) geleitet und überprüft ärztliche Behandlungen auf behauptete Fehler in einem freiwilligen, für den Antragsteller kostenlosen Verfahren. Dabei wird untersucht. ob einer Ärztin oder einem Arzt, die der Landesärztekammer Hessen als Mitglied angehören, ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie unterlaufen ist, der mit gesundheitlichen Komplika-

tionen eines Patienten verbunden ist. Auch der Frage, ob der Patient vor seiner Behandlung ausreichend aufgeklärt wurde, geht die Gutachterstelle nach. Wesentliche Aufgabe der Gutachterund Schlichtungsstelle ist es, nicht nur die Voraussetzungen für einen gegebenenfalls notwendigen Schadensausgleich zu schaffen, sondern ein möglicherweise beschädigtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten wiederherzustellen.

Weitere Informationen zur GuS finden Sie auf unserer Website unter der Rubrik "Ihr gutes Recht".

Treibhausgase in der Anästhesie: Einfache Wege zur klimafreundlicheren Narkose

Die anthropogene Klimakrise ist eine der bedeutendsten medizinischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts [1]. Durch die rasend schnell zunehmende Beeinträchtigung der Ökosysteme ist auch unser Wohlstand substanziell bedroht [2]. Auch Folgen für die menschliche Gesundheit sind bereits jetzt klar belegt und werden mit steigender globaler Durchschnittstemperatur zunehmen. Das Gesundheitssystem ist einerseits für die Behandlung von resultierenden Gesundheitsfolgen zuständig, andererseits ist es selbst für weltweit ca. 4,4% des Ausstoßes an Treibhausgasen verantwortlich [3].

Kliniken für Anästhesiologie gehören zu den größten Treibhausgas-Emittenten in Krankenhäusern [4]. Die zur Allgemeinanästhesie genutzten volatilen Anästhetika sind als halogenierte Kohlenwasserstoffe potente Treibhausgase und machen dabei bis zu zwei Drittel des CO2-Fußabdrucks der Kliniken aus [5]. Dies entspricht bis zu 2,5% des CO2-Fußabdrucks des gesamten Gesundheitssystems [6]. Die klimaschädlichsten Narkosen mit Desfluran und Lachqas generieren in einer 7-stündigen Narkose mit 2 Litern/min Frischgasfluss am Beatmungsgerät, einem nicht ungewöhnlichen Wert, den äguivalenten CO2-Ausstoß einer Autoreise von Norwegen bis nach Südafrika [7]. Das alternative moderne volatile Anästhetikum Sevofluran hat einen ca. 20-fach geringeren CO2-Fußabdruck als Desfluran und stellt angesichts fehlender Evidenz für patientenrelevante Vorteile seitens Desfluran eine adäquate Alternative dar [8]. Bereits durch einfache Maßnahmen, wie den Verzicht auf Desfluran und Lachgas, die Reduktion des Frischgasflusses wenn möglich auf 0,5 Liter/min sowie die Präferenz von totalintravenöser Anästhesie (TIVA) bzw. Regionalanästhesie, kann ohne Einbußen an die Versorgungsqualität eine signifikante Reduktion des Ausstoßes von CO2-Äquivalenten erreicht werden [9].

Ziel einer seit April 2021 laufenden Studie am Universitätsklinikum Gießen ist die Re-



Dr. med. Ferdinand Lehmann mit dem demontierten Vapor des Inhalationsanästhetikum Desfluran.

duktion der Nutzungsmenge von volatilen Anästhetika, insbesondere von Desfluran. Kern der Untersuchung ist erstens die Schulung des ärztlichen Personals zum Thema der Klimarelevanz volatiler Anästhetika mittels Fortbildungen, Aufklebern mit Informationen bzw. QR-Codes an Narkosegeräten und Vaporen sowie die Erstellung einer SOP "Klimafreundliche Narkose". Zweitens werden außerdem die Desfluran-Vapore nicht mehr am Narkosegerät vorgehalten, sondern sind arbeitsplatznah gelagert. Bei Indikationsstellung kann der Vapor selbstständig sofort zum Einsatz gebracht werden. Diese einfachen Anpassungen sind von vermutlich großem ökologischem Nutzen und kommen ohne Verbote oder Einschränkungen beim (informierten) behandelnden ärztlichen Personal aus.

Wöchentlich werden erneut installierte Desfluran-Vapore wieder demontiert und eingelagert. Neben einer sich andeutenden deutlichen Reduktion der Nutzungsmenge von Desfluran ist weiterhin eine Reduktion der Kosten als zusätzlicher ökonomischer Anreiz zu erwähnen, da Desfluran in der Nutzung deutlich teurer ist als Sevofluran.

Wir möchten gern insbesondere Kolleginnen und Kollegen anderer anästhesiologischer Einrichtungen ermutigen, sich zum einen der Klimaschädlichkeit des eigenen Berufsfeldes bewusst zu werden und zum anderen die Umsetzung beschriebener einfacher Maßnahmen zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks in Betracht zu ziehen. Weitere Chancen zur nachhaltigen Anästhesie und Medizin bestehen insbesondere im Müllmanagement und der Energienutzung. Das Positionspaper des Forums für Nachhaltigkeit in der Anästhesiologie von BDA/DGAI und der Podcast "Hyperkapnie – Nachhaltigkeit in der Anästhesie" sind weitere Informationsquellen und Anknüpfungspunkte.

> Dr. med. Ferdinand Lehmann Uniklinik Gießen

Prof. Dr. med. Michael Sander Direktor der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Uniklinik Gießen

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

Literatur zum Artikel:

Treibhausgase in der Anästhesie: Einfache Wege zur klimafreundlicheren Narkose

Dr. med. Ferdinand Lehmann & Prof. Dr. med. Michael Sander

- [1] Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. Lancet 2019; 394: 1836–78.
- [2] Masson-Delmotte V, Intergovernmental Panel on Climate Change, WMO, United Nations Environment Programme. Global warming of 1.5 oC: an IPCC special report on the impacts of global warming of 1.5 °C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty: summary for policy-makers. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change, 2018.
- [3] Karliner J, Slotterback S, Boyd R, Ashby B, Steele K. Health care's climate footprint. How the health

- sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. 2019 https://www.arup.com/perspectives/publications/research/section/healthcares-climate-footprint (accessed Aug 23, 2020).
- [4] Kagoma Y, Stall N, Rubinstein E, Naudie D. People, planet and profits: the case for greening operating rooms. CMAJ 2012; 184: 1905–11.
- [5] Schuster M. Der CO2-Fußabdruck der Anästhesie. Wie die Wahl volatiler Anästhetika die CO2-Emissionen einer anästhesiologischen Klinik beeinflusst. Richter H, Weixler S, Schuster M: Der CO2-Fußabdruck der Anästhesie Wie die Wahl volatiler Anästhetika die CO2-Emissionen einer anästhesiologischen Klinik beeinflusst 2020; : 154–61.
- [6] Ryan SM, Nielsen CJ. Global warming potential of inhaled anesthetics: ap-

- plication to clinical use. Anesth Analg 2010; 111: 92–8.
- [7] Self J. Calculating the carbon dioxide equivalent produced by vaporising a bottle of desflurane. Anaesthesia 2019; 74: 1479–1479.
- [8] Lehmann F, Remmele J, Samwer C. Einsatz von Desfluran trotz seiner Klimaschädlichkeit – Bestehen Vorteile, die den standardmäßigen Einsatz rechtfertigen? Posterkongress DAC, 2021.
- [9] Schuster M. Positionspapier mit konkreten Handlungsempfehlungen* der DGAI und des BDA: Ökologische Nachhaltigkeit in der Anästhesiologie und Intensivmedizin. Schuster M, Richter H, Pecher S, Koch S, Coburn M: Positionspapier mit konkreten Handlungsempfehlungen*: Ökologische Nachhaltigkeit in der Anästhesiologie und Intensivmedizin 2020;: 329–39.

Auswertung der Sterbeorte in Hessen

Der im März 2019 in Hessen überarbeitete Leichenschauschein ermöglicht erstmals in Deutschland die Identifizierung des Sterbeortes auf einer statistischen Grundlage. So erfolgt eine Zuordnung des Sterbeortes in eine von sechs Kategorien (Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung, Einrichtung der Eingliederungshilfe, stationäres Hospiz, Wohnung, Sonstiges). Diese Klassifizierung wurde insbesondere vorgenommen, um zuverlässige Angaben darüber machen zu können, an welchen Orten Menschen in Hessen versterben. Nicht zuletzt, da Krankenhäuser mit ca. 47 % der häufigste Sterbeort in Deutschland sind und dieser Sterbeort seitens der Sterbenden wie auch ihrer Angehörigen am wenigsten gewünscht ist.

Nur 6 % der Deutschen möchten ihre letzte Lebensphase im Krankenhaus verbringen. Für ein würdevolles Sterben zu Hause ist eine ambulante Hospiz- und Palliativversorgung, die eine hausärztlich-palliative Versorgung einschließt, die Grundlage. In den vergangenen Jahren sind regionale Unterstützungsangebote der Hospiz- und Palliativversorgung, die ein Lebensende am Ort der persönlichen Wahl ermöglichen, deutlich angewachsen. Mit der nun möglichen Erfassung des Sterbeortes existiert zukünftig eine Grundlage zur Evaluation, Weiterentwicklung und Stärkung dieser regionalen Hospiz- und Palliativversorgung in Hessen.

Für das Jahr 2019 liegen nun die Ergebnisse der ersten Auswertung der Sterbeorte

auf Basis des überarbeiteten Leichenschauscheins durch das Hessische Statistische Landesamt im Auftrag des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration vor. Konkret erfolgt die Auswertung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte und erfasst neben den Sterbeorten allgemein auch den Sterbeort in Verbindung mit den Todesursachen nach ICD-10, die Altersgruppe sowie das Geschlecht. Im Ergebnis sind so vergleichende regionale Aussagen zu den Sterbeorten in Verbindung mit den genannten Differenzierungen sowie im Hinblick auf regional existierende Angebote der Hospizund Palliativversorgung möglich.

Bezogen auf die statistische Auswertung für das Jahr 2019 ist allerdings festzustellen, dass valide Aussagen noch nicht möglich sind. Dies liegt darin begründet, dass viele Ärztinnen und Ärzte noch vorhandene alte Leichenschauscheinformulare genutzt haben. So liegt die Nutzungsquote der neuen Leichenschauscheine nur bei 21 %. Dies ist keine Überraschung - zumal davon auszugehen ist, dass die Umstellung nicht von allen Ärztinnen und Ärzten in Hessen wahrgenommen wurde. Trotzdem ist ein kurzer Blick auf die Ergebnisse der Auswertung durchaus auch jetzt schon von Interesse. So streut beispielsweise die Nutzuna des neuen Leichenschauformulars zwischen 9 % (Stadt Wiesbaden) und 32 % (Stadt Offenbach). Vergleicht man die Städte Darmstadt und Offenbach, deren Sterbefälle wie deren

Nutzungsquote des neuen Leichenschauscheins annähernd gleich hoch ausfallen, zeigt sich, dass in Darmstadt ca. 8 % weniger Sterbefälle in Krankenhäusern und ca. 5 % mehr Sterbefälle in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen.

Von Interesse ist auch ein erster Blick auf den Sterbeort stationäres Hospiz. So erfolgen im Odenwaldkreis ca. 2 % aller Sterbefälle im stationären Hospiz – hier liegt die Nutzungsquote der neuen Leichenschauscheine bei 28 %. Im Vergleich hierzu bewegt sich die Anzahl der Sterbefälle in stationären Hospizen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Nutzungsquote neuer Leichenschauschein: 12 %) bei 0.1 %, im Landkreis Werra-Meißner (Nutzungsquote neuer Leichenschauschein: 21%) bei 0,1% und im Landkreis Fulda (Nutzungsquote neuer Leichenschausein: 14 %) bei 0 %.

Deutlich wird: Die zukünftigen Auswertungen der Sterbeorte werden vielfältige Hinweise mit Blick auf die Sterbeorte ebenso wie im Hinblick auf die Bedeutung regionaler Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung bieten.

Dr. Martin Nörber
Hessisches Ministerium für Soziales
und Integration/
Referat IV 2,
E-Mail:
martin.noerber
@hsm.hessen.de



Personalia

PD Dr. med. Claudia Walther verstärkt ab 1. Mai 2021 als interventionelle Kardiologin das Herzklappenteam des Cardioangiologischen Centrums Bethanien



(CCB) in Frankfurt am Main. Ihre Weiterbildung zur Kardiologin absolvierte sie am Herzzentrum Leipzig. Es folgten verantwortliche Tätigkeiten als Oberärztin in in der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim und in der Kardiologie der Universitätsklinik Frankfurt/M. mit den Schwerpunkten Patientenversorgung, interventionelle Kar-

diologie und Herzklappenerkrankungen. Wissenschaftlich arbeitete sie zu Fragestellungen der kardialen Hämodynamik sowie an verschiedenen Projekten zur kardiovaskulären Prävention. Sie führt jetzt Ihre klinische und wissenschaftliche Arbeit mit dem Schwerpunkt der interventionelen Behandlung von Mitral- und Trikuspidalklappenerkrankungen im CCB fort.

Prof. Dr. med. Julian Chun, Chefarzt der Medizinischen Klinik III/Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB) am Agaplesion Markuskrankenhaus in Frankfurt/M., wurde von der Universität zu Lübeck zum apl. Professor ernannt.

PD Dr. med. Jörg Herold ist neuer Direktor der Klinik für Angiologie am Klinikum Darmstadt. Er ist Nachfolger von Prof. Dr. med.



Rupert Bauersachs, der Ende Mai in den Ruhestand gegangen ist. Herold ist bereits seit 2018 Leitender Oberarzt in der Klinik für Gefäßmedizin am Klinikum Darmstadt. Zuvor war der Facharzt für Innere Medizin, Angiologie und Kardiologie, an den Universitätskliniken Magdeburg und Dresden tätig.

Die Abrechnung der ärztlichen Leichenschau

Gemäß § 10 Abs. 5 des Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetzes (FBG) sind auf Verlangen aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Zum 1. Januar 2020 sind die neuen Gebührenordnungspositionen zur Abrechnung der Leichenschau in Kraft getreten. Mit der Neuregelung sind formale Anforderungen verbunden, die zuvor nicht zu berücksichtigen waren. Nachfolgend soll ein Überblick über die Abrechnungsvoraussetzungen im Einzelnen geboten werden:

1. Die neuen Ziffern 100 bis 102 GOÄ

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind bei der Abrechnung der Leichenschau die Ziffern 101 GOÄ (eingehende Leichenschau) und 102 GOÄ (Zuschlag bei einer Leiche mit einer dem Arzt unbekannten Identität und/oder besonderen Todesumständen) maßgeblich.

Die Ziffer 100 GOÄ (vorläufige Todesbescheinigung) käme nur für im Rettungsdienst eingesetzte Notärzte in Betracht. Diese sind während des Einsatzes wegen des Vorrangs der Patientenversorgung nicht zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Gemäß § 10 Abs. 7 FBG haben sie den Tod festzustellen und eine vorläufige Todesbescheinigung auszustellen. Das Hessische Rettungsdienstgesetz schließt jedoch in § 10 Abs. 1 Satz 4 die Abrechnung privatärztlicher Leistungen – und damit auch die Abrechnung der vorläufigen Todesbescheinigung – im Rettungsdienst aus.

Eine Besonderheit der Neuregelung liegt darin, dass die Gebührenordnungspositionen nur noch mit dem einfachen Gebührensatz in Rechnung gestellt werden können; eine Steigerung nach Maßgabe des § 5 Abs. 2 GOÄ kommt nicht mehr in Betracht, vgl. Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt B. VII (Todesfeststellung) Nr. 5.

2. Ziffer 101 GOÄ

Mit der Ziffer 101 GOÄ werden die eingehende Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angaben zu Todesart und Todesursache (obligatorischer Inhalt), gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (fakultativer Inhalt) abgerechnet. Dauern diese Leistungen mindestens 40 Minuten, kann die Ziffer 101 GOÄ mit dem einfachen Faktor in Ansatz gebracht werden. Dauert die Leichenschau weniger als 40 Minuten, mindestens aber 20 Minuten (etwa bei einer Verletzung, die mit dem Leben nicht zu vereinbaren ist, wenn auch die Todesart nach den vorliegenden Umständen eindeutig ersichtlich ist), können 60 % der Gebühr berechnet werden.

Grundlage der Mindestdauer ist der für das leitliniengerechte Vorgehen bei der Leichenschau (z. B. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin "Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau", AWMF-Register Nr. 054/002, Stand: 10/2017) fachlich notwendige durchschnittliche Zeitaufwand von rund 60 Minuten.

Die Mindestdauer bezieht sich auf alle inhaltlich mit der Leichenschau zusammenhängenden obligatorischen und fakultativen ärztlichen Leistungen vor Ort – ohne das Aufsuchen. Gemäß der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt B. VII (Todesfeststellung) können neben den Ziffern 101 und 102 GOÄ Wegegeld nach § 8 GOÄ oder Reiseentschädigung nach § 9 GOÄ sowie die Zuschläge nach den Buchstaben F bis H (Leistungen zur Unzeit) berechnet werden, nicht jedoch die Ziffern 48–52 GOÄ (Besuchsleistungen), da eine Leiche kein Patient ist.

3. Ziffer 102 GOÄ

Der Zuschlag nach Ziffer 102 GOÄ setzt voraus, dass 1. die Leiche der Ärztin/dem Arzt unbekannt ist und/oder besondere Todesumstände vorliegen und 2. die Leichenschau aufgrund dessen mit einem zusätzlichen Zeitaufwand von 10 Minuten (neben den mindestens 40 bzw. mindestens 20 Minuten für die Leistung nach der Ziffer 101 GOÄ) verbunden ist. Allein der Umstand, dass die Leichenschau bei einem dem Arzt/der Ärztin nicht bekannten Toten erfolgt, berechtigt also nicht zur Berechnung des Zuschlages. Diese Tatsache kann jedoch dazu führen, dass sich ein erhöhter Zeitaufwand durch die Notwendigkeit ergibt, Angaben zur Identität und zur Krankheitsvorgeschichte (z. B. bei dem/der vormals behandelnden Arzt/Ärztin) einzuholen und auszuwerten. Sofern dieser Aufwand im Einzelfall mindestens 10 Minuten zusätzlich zu dem Zeitaufwand für die eingehende Leichenschau beträgt, ist der Zuschlag nach Ziffer 102 GOÄ berechnungsfähig.

Die "besonderen Todesumstände" sind nicht abschließend definiert, sondern vom Einzelfall abhängig. Es handelt sich hierbei bspw. um den Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod, einen länger zurückliegenden Tod oder besondere Auffindesituationen z. B. mit erschwerter Zugänglichkeit des Toten. Mit der Ziffer 102 GOÄ können eventuell auch erhöhte Hygienemaßnahmen abgerechnet werden, wenn die besonderen Todesumstände darin bestehen, dass es sich um einen an oder mit Covid-19 Verstorbenen handelt (vgl. auch die "Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen" des Robert Koch-Instituts, Stand 24.04.2020).

4. Rechnungsstellung, § 12 GOÄ

Da mit dem Tod die Leistungspflicht der Krankenversicherungen endet, sind die Kosten der Leichenschau in der Regel den Erben in Rechnung zu stellen. Die Formalien der Rechnungsstellung ergeben sich aus § 12 GOÄ. Werden diese nicht eingehalten, wird die Rechnung nicht fällig (§ 12 Abs. 1 GOÄ: "Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung [d. h. der GOÄ, d. Unterz.] entsprechende Rechnung erteilt worden ist."). In der Rechnung anzugeben ist insbesondere das Datum der Erbringung der Leistung, bei Gebühren die Ziffer und die Bezeichnung der Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer nebst dem jeweiligen Betrag und dem Steigerungssatz. Bei Ansatz der Ziffern 101

und 102 GOÄ ist somit u. a. auch der einfache Steigerungssatz in der Rechnung aufzuführen, bei der Ziffer 102 GOÄ die deren Ansatz im Einzelfall begründenden Umstände.

Die Leistungslegenden der neuen Ziffern 101 und 102 GOÄ sind sehr umfangreich. Gemäß § 12 Abs. 3 Satz 4 GOÄ besteht die Möglichkeit, der Rechnung eine Zusammenstellung beizufügen, welcher die Bezeichnung für die abgerechnete Ziffer entnommen werden kann. Statt der vollständigen Leistungslegende kann auch eine Kurzbezeichnung angegeben werden, wenn diese den Leistungsumfang für den Zahlungspflichtigen verständlich beschreibt.

5. Fazit

Die Neuregelung der Abrechnung der Leichenschau hat zwar zu der längst überfälligen Erhöhung der Vergütung geführt – als Nebeneffekt ist hiermit jedoch auch die Erhöhung des die Ärztin/ den Arzt treffenden Dokumentationsaufwands verbunden.

Die nach der Neuregelung bei der LÄKH eingegangenen Beschwerden bezogen sich schwerpunktmäßig zum einen auf die Höhe des in Rechnung gestellten Betrages, zum anderen auf die Dauer der Leichenschau, hinsichtlich derer es zu divergierenden Angaben von Ärztin/Arzt und Angehörigen kam.

Die Mindestzeiten sind Bestandteil der Leistungslegenden der Ziffern 101 und 102 GOÄ. Aus diesem Grund ist – auch zur eigenen Absicherung – anzuraten, die Dauer der Tätigkeit vor Ort zu dokumentieren, unter Umständen durch Notieren des Zeitpunkts der Ankunft und des Verlassens des Auffindeortes und des zusätzlichen Zeitaufwands bei Ansatz der Ziffer 102

Es ist verständlich, dass die Leichenschau eine herausfordernde und – auch aufgrund der möglichen Konsequenzen für Angehörige und Allgemeinheit - verantwortungsvolle Tätigkeit darstellt, so dass die Dokumentation vor diesem Hintergrund als störender zusätzlicher Aufwand empfunden wird. Dennoch handelt es sich rein formell gesehen um eine ärztliche Leistung wie iede andere. so dass auch hier die Dokumentationspflicht Bestand hat. Sollten im Einzelfall Unklarheiten im Hinblick auf die Abrechnungsmodalitäten bestehen, steht die Rechtsabteilung der LÄKH zur Beratung zur Verfügung.

> Dr. jur. Kirsten Theuner Rechtsreferentin, Syndikusrechtsanwältin, Landesärztekammer Hessen



"Wie ein Handwerker" – Kommentar

Aus praktischer Sicht ist zunächst festzuhalten, dass nach genauer Lesart des Gesetzestextes "jeder niedergelassene Arzt zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet" ist, also neben Augen-, Frauen-, Haut-, HNO- und Laborärzten auch Kardiologen, Pathologen, Pädiater und hausärztlich tätige Allgemeinärzte sowie Internisten.

Für die Leistungsabrechnung im Sinne der GOÄ scheint es nach wie vor nur von marginaler Bedeutung zu sein, ob die Leichenschau in der Klinik¹, in der Arztpraxis, in einem Medizinischen Versorgungszentrum, im Pflegeheim oder in der privaten Häuslichkeit des/der Verstorbenen stattfindet. Es gilt als selbstverständlich, dass "jeder niedergelassene Arzt" über einen fahrbereiten Pkw verfügt – die beim Aufsuchen der Leiche anfallenden Vorhalteund Betriebskosten für das Fahrzeug werden durch das Wegegeld anteilsmäßig abgegolten. Das eigentliche Aufsuchen der Verstorbenen, der Hausbesuch selbst, kann nach wie vor nicht abgerechnet werden, da eine Leiche kein Patient ist...

Eine gänzlich neue Dimension zur "Kontrolle" der ordnungsgemäßen Leistungserbringung und Abrechnung tut sich auf durch die neu eingeführten Zeitvorgaben (!). Über die Sinnhaftigkeit dieser Zeitvorgaben wurde noch vor deren Einführung kritisch diskutiert, das Ergebnis ist bekannt. Während früher häufig der Ansatz der Hausbesuchsziffer und die Pauschalierung der Abrechnung ohne Angabe der Einzelpositionen von Angehörigen und bestimmten Berufsgruppen beklagt wurden, scheinen jetzt die nach GOP 101 GOÄ "vor Ort" zu verbringenden "40 Minuten, aber mindestens 20 Minuten" als obligate Zeitvorgabe in den Fokus zu geraten, interessanterweise nur im ambulanten Bereich. Ob und wie die Klinikärztin/ der Klinikarzt¹ 40 Minuten mit der Leichenschau verbringt, wird offenbar nicht hinterfragt.

Um Rechtsstreitigkeiten in dieser Richtung künftig gar nicht aufkommen zu lassen, hielte ich es für sinnvoll, (eine andere Lösung sehe ich im Moment leider nicht), dass Ärztinnen und Ärzte, die eine Leichenschau durchführen, die Ankunft am Ort - Betreten des Grundstücks, Betätigung der Klingeltaste oder Ähnliches dokumentieren und beim Verlassen der Stätte die Zeitangaben durch die Angehörigen oder durch die Polizei gegenzeichnen lassen. Gegebenenfalls mittels eines noch zu entwerfenden Formulares, quasi wie ein Handwerker.

Michael Andor Präsidiumsmitglied Landesärztekammer Hessen, Allgemeinmediziner, Groß-Gerau



Die Beiträge in der Rubrik "Ansichten & Einsichten" geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

¹ Die Leichenschau im Krankenhaus wird nach DKG-NT-Tarif abgerechnet, dieser übernimmt den Wortlaut der GOÄ.

Der Mindeststandard als Objekt naiver Sehnsucht

Mit der Weiterbildungsnovelle ändert sich für die kommende Ärztegeneration die wichtigste Grundlage ihrer Fachspezialisierung. Wo stehen wir, wer sind wir und was wollen wir?

"Guten Morgen Herr Kollege, dann lassen sie uns mal loslegen!" der Oberarzt winkt mit einer herzlichen und routinierten Geste den ersten Patienten rein. "So Herr Miller, machen sie mal das T-Shirt hoch, genau." Jovial legt der Oberarzt die rechte Hand auf die Schulter des Assistenzarztes, während er mit der linken auf dem Sono-Bildschirm die relevanten Strukturen zeigt. "Genau, wie besprochen, ein bisschen nach links kippen, genau." Diese Szene, sie haben es vermutlich erraten, stammt nicht aus einem Deutschen Krankenhaus, sondern aus einer bekannten US-Amerikanischen Klinikserie. Sie trifft aber in etwa die Idee von Weiterbildung in den Köpfen junger Ärztinnen und Ärzte, beziehungsweise von denen, die es bald sein werden.

Der Arzt ist auch nur ein Mensch

Diese wenig spektakuläre Szene drückt eine Sehnsucht aus, die so trivial wie bedeutend zugleich ist: Ärzte, unabhängig ihrer Hierarchieebene, als Team zu begreifen, Raum und Zeit für Teaching unter echten Bedingungen und die Idee, den Nachwuchs als echte internistische Arbeitshilfe zu begreifen und nicht nur als Aufseher einer anonymen Arztbrief-Manufaktur. Es ist ein tiefes Bedürfnis eines jeden Menschen, so auch der Weiterzubildenden, Anteil am Fortkommen der Gruppe zu haben. Je relevanter der eigene Anteil, desto besser. Studien, die einen Mangel und die daraus resultierenden beruflichen Gratifikationskrisen junger Ärzte zeigen, wurden bereits zu Genüge in BDI-Aktuell und vielen weiteren Publikationen zitiert.

Wenn der Mindeststandard elitär macht

Die Umwälzungen des Gesundheitssektors in den letzten Jahrzehnten haben mit ihren zunehmenden Arbeits- und Dokumentationsverdichtungen dazu geführt, dass es zwar detaillierte Pläne für die Dienst- und Einsatzzeiten der jungen Kolleginnen und Kollegen gibt, aber kein passendes Pendant die Weiterbildung betreffend. Dies hat dazu geführt, dass der Mindeststandard zum Objekt tiefer Sehnsucht geworden ist. Ein Assistent, der in der Regelzeit tatsächlich alle seine (Mindest-)Untersuchungen zusammen hat, ist der König auf jeder Party und sein Geheimnis, wie er das geschafft hat, in sozialen Medien viel wert.

Im jungen Forum, sowie in den jungen Kammern und Arbeitskreisen der Landesärztekammern werden in der Regel andere Drehbücher geschrieben: "Guten Morgen Herr Kollege, viel los heute hm?", "Ja". Folge zu Ende.

Arbeitswelt 2.0 trifft Weiterbildungsordnung 1.0

Die rasante Entwicklung und Umwälzung der Arbeitsrealität junger Ärztinnen und Ärzte (und auch der Ober- und Chefärzte!) führte quasi zu einer Art Arbeitswelt 2.0., auf deren Herausforderungen die alte, statische Weiterbildungsordnung bisher keine passende Antwort fand. Wie eine starre Schablone, die nur noch an den äußeren Rändern passt, aber im Inneren keine Kongruenz mehr aufweist.

Formal war alles bestens geregelt: Nur wer ein ausreichend gutes Konzept hat, darf weiterbilden. Überprüft wird es durch die Kammern. Man könnte es ein stark ergebniskontrollorientiertes System nennen. In der Theorie also kein Grund, sich zu beschweren. Wäre da nicht in der Praxis die fehlende Kongruenz im Inneren: 22 % der jungen Kolleginnen und Kollegen nehmen Medikamente, um über den Tag zu kommen, 56 % zeigen Symptome eines Burn-Outs und 63 % schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand als gering ein. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Zahlen während der Pandemie nicht verbessert haben. Ganz im Gegenteil berichten

fast 60 % der Ärztinnen und Ärzte, ihre Weiterbildung während der Pandemie nicht ausreichend fortsetzen zu können.

Generation Y (es – we can!)

Wer sind diese burn-out-gefährdeten jungen Leute eigentlich und wieso schreiben sie nicht einfach ihre Arztbriefe, bis man das Zeugnis unterschreibt? Im Gegensatz zu vielen Vorurteilen zeichnet sich die jetzige Generation der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung neben ihrem Hang zum Overcomittment (Überengagement, 60 %) vor allem durch eine tiefe Ideologie und Identifikation mit Ihrer Tätigkeit aus. Über 60 % der jungen Arbeitnehmer der Generation Y geben als Hauptgrund für Ihre Tätigkeit die Verbesserung der Gesellschaft an. 94 % möchten ihre Fähigkeiten dazu einsetzen, einen Mehrwert für die Gesellschaft zu schaffen. Klingt naiv? Ist es vielleicht auch. Es ist vor allem aber eine Chance. Eine Chance, die wir nicht ungenutzt lassen sollten.

Die sanfte Revolution der Kooperativen

Eine Diskussionsrunde des Bündnis Junge Ärzte beim SpiFa-Fachärztetag brachte es auf den Punkt: Das alte Modell des Einzelkämpfers in der Praxis läuft aus. Die Junge Generation wünscht sich kooperative Strukturen und setzt auf andere Werte: Work-Life-Balance und Flexibilität, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Vernetzung, Transparenz und weniger Bürokratie. Hierbei stellt Selbstständigkeit keinen Widerspruch dar, viel mehr könne man durch neue flexible und vernetzte Strukturen eine Art Selbstständigen-Synzytium schaffen. Dass hierfür die Digitalisierung vorangetrieben werden müsse, sei selbstverständlich.

Als kritischer Beobachter mag man sich vielleicht zu dem Gedanken hinreißen lassen, dass auch das naiv sei, da es sicherlich

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: Studientipps, 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

in einem solchen Konstrukt zu Interessenskonflikten der Parteien kommen müsse. Wer so denkt, vergisst, mit welcher Generation und welchen Motiven er es zu tun hat.

Die Weiterbildungsnovelle als Gamechanger

Die neue Weiterbildungsordnung rückt die Kompetenzen in den Vordergrund. In einem mehrstufigen Prozess können sich der Weiterzubildende sowie der Weiterbilder darüber verständigen, ob bestimmte Kompetenzen vorliegen oder

nicht. Dieser Austausch soll regelmäßig erfolgen und nicht erst am Ende der gesamten Weiterbildung. Dies bringt gleich mehrere Vorteile mit sich, die das Zeug dazu haben, tiefgreifende Veränderungen in Gang zu bringen: Zum ersten Mal findet echte, institutionalisierte Prozesskontrolle (im Gegensatz zur bisherigen Ergebniskontrolle) statt.

Charmanterweise erfolgt die Kontrolle im Team (Weiterbilder/Assistent) und nicht primär durch die Kammer (außer es wird explizit gewünscht). So kann wieder zusammenwachsen, was in der Medizin Tradition hat: Lehrer und Lernender, Falls es

doch zu Problemen kommen sollte, können die Kammern nun sehr viel leichter und schneller anhand von echten Daten gemeinsam mit den Beteiligten Lösungen

Durch diesen ritualisierten Austausch könnte die Weiterbildung wieder mehr in den Fokus des alltäglichen Bewusstseins rücken und langsam an Wichtigkeit gewinnen.

Das E-Logbuch und die Weiterbildungsnovelle brechen die starre Schablone auf und lassen sie atmen, sodass wir sie hoffentlich an zukünftige Entwicklungen schneller anpassen können. Das klingt naiv? Ist es auch. Aber es ist auch eine Chance.

Dr. med. Cornelius Weiß. **MPH** Delegierter LÄKH

Nachdruck aus: BDI aktuell. April-Ausgabe,



Bücher



Eberhard Th. Haas: Das Verstummen der Götter und die Erfindung des europäischen

Entwurf einer psychoanalytischen Mentalitätsgeschichte.

Psychosozial-Verlag Gießen 2020, 395 S., ISBN 9783837929799, 44.90 €

Jeder, der sich für frühere Kulturen und Religionen interessiert und sich fragt, wie damalige Menschen verfasst waren, findet in diesem faszinierend breit fundierten Werk überraschende Antworten. Der in diesem Bereich ausgewiesene Autor zeichnet auf den Spuren von Freuds Kulturtheorie, René Girards Religionsphilosophie und der Bewusstseinspsychologie von Julian Jaynes ein überzeugendes Panorama der Mentalitätsgeschichte. Der Bogen spannt sich von der Jungsteinzeit über die bronzezeitlichen Theokratien des Vorderen Orients zu Homers Epen. Haas gelangt von der Erfindung der Schrift bis zur Digitalisierung, von der jüdisch-christlichen Achse bis zum Agnostizismus der Aufklärung. Als die Frühmenschen begannen ihre Toten zu bestatten, eröffnete sich ihnen das Reich des Übernatürlichen. Mit ihren Ahnen und Göttern standen sie in naturhaft mystischer Verbindung, die auf einen ursprünglichen uns fremden Zustand verweist. Die Innenwelt des archaischen Menschen erscheint in diesem Modell zweigeteilt. In diesem Zweikammergeist lagen Initiative und Kraft bei den Ahnen und Göttern, die sich in Visionen und Auditionen kundtaten. Das Aufkommen der Schriftlichkeit machte Großreiche im zweiten vorchristlichen Jahrtausend besser regierbar. Den geopolitischen Umbrüchen dieser Zeit waren die Götterstimmen nicht mehr gewachsen und verstummten. Vor 3000 Jahren begann ein einschneidender Epochenwechsel, die sogenannte Achsenzeit. Die sich emanzipierenden Menschen entwickelten Individualität, ein sich seiner selbst bewusstes Ich und wurden uns heutigen ähnlich. Auch bei jetzt lebenden Menschen anderer Kulturen lassen sich noch Spuren früherer Mentalitäten entdecken. So bei den Himba, Hirtennomaden Namibias, bei denen ich ethnopsychoanalytisch geforscht habe. Mit dem Zuzug von Menschen aus anderen Kulturen begegnen wir auch hierzulande einer fremden Weltsicht. Dieses Buch kann uns dafür sensibilisieren, ihnen gerechter zu werden und sie nicht als minderwertig oder primitiv zu disqualifizieren, wenn sie nicht über das gleiche autonome Ich und technische Wissen verfügen wie wir, jedoch über andere Fähigkeiten, die wir verloren haben.

> Dr. med. Angela Köhler-Weisker Kinderärztin, Psychoanalytikerin, Frankfurt am Main

Therapie mit peroralen Antibiotika bei Störungen der Nierenfunktion

Sophie Zieschang, Prof. Dr. med. David Czock, Prof. Dr. med. Martin Zeier, Prof. Dr. med. Claudia Sommerer

Kurzfassung eines Artikels aus "Arzneiverordnung in der Praxis", siehe unten.

Die hohe Prävalenz von klinisch relevanten Funktionseinschränkungen [1] verlangt, die Dosierung von gängigen Antiinfektiva bei Niereninsuffizienz zu kennen. Daher soll eine Zusammenfassung über die Dosierung der wichtigsten peroralen Antibiotikaklassen bei den verschiedenen Stadien der chronischen Niereninsuffizienz gegeben werden.

Die meisten Dosierungsempfehlungen für Niereninsuffizienz gelten für die KreatininClearance (CrCl) berechnet mit der Cockcroft-Gault-Formel [2]. Diese Formel hat den Vorteil, dass das Körpergewicht des Patienten in die Berechnung miteinbezogen wird und damit eine Schätzung in ml/min erfolgt. Es ist einschränkend zu beachten, dass eine leichte Nierenfunktionseinschränkung oft noch im "kreatininblinden" Bereich ohne erhöhtes Serumkreatinin liegt. Bei den weit verbreiteten MDRD- oder CKD-EPI-Formeln zur Schätzung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) werden die Werte auf eine durchschnittliche Körperoberfläche von 1,73m² normalisiert (Einheit ml/ min/1,73m²). Dies ist zur Diagnose einer chronischen Nierenerkrankung sinnvoll ("kleine Menschen haben kleine Nieren"). Theoretische Argumente sprechen aber dafür, einen absoluten Wert in ml/ min nach der CrCl für die Arzneimitteldosierung zu verwenden. Die Ergebnisse der eGFR nach MDRD- oder CKDEPI-Formel stehen jedoch meistens automatisch durch das Labor bereit und müssen nicht noch selbst berechnet werden. Im Grenzfall sollte eine Recherche bezüglich der zugrunde liegenden Formel bei den zugelassenen Dosisempfehlungen sowie eine klinische Abwägung für den einzelnen Patienten erfolgen.

Im akuten Nierenversagen gilt größere Vorsicht. Es kommt zu starken Schwankungen der glomerulären Filtrationsrate kommen und eine Berechnung mit den genannten Formeln ist nicht zuverlässig, da sich das Serum-Kreatinin nicht im "Steady-State" befindet. Anurische Patienten haben natürlich (trotz rechnerisch nach noch nicht angestiegenem Kreatininwert meist höher geschätzter GFR) effektiv eine GFR von 0 ml/min.

Generell sollten bei Nierenfunktionseinschränkung Substanzen ohne Nephrotoxizität sowie mit großer therapeutischer Breite gewählt werden. Wegen steigender Resistenzentwicklungen ist dies nicht immer möglich [5]. Mögliche Nebenwirkungen durch Überdosierung sowie Nephrotoxizität stehen der Gefahr der Unterdosierung bei zu ausgeprägter Dosisanpassung gegenüber. Bei schwer kranken Patienten sollte man die antiinfektive Therapie eher im oberen möglichen Dosierungsbereich verabreichen. Ist der Patient dialysepflichtig, sollten Antibiotika gewählt werden, für die es Dosierungsempfehlungen mit Bezug zur Elimination an Hämo- bzw. Peritonealdialyse oibt.

Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)

Besondere Vorsicht ist bei potenziell nephrotoxischen Medikamenten geboten, wie zum Beispiel Aminoglykosiden. Manche Medikamente könne eine Nierenschädigung über andere Mechanismen hervorrufen [6]. Eine interstitielle Nephritis, nicht selten unter ß-Lactamen beobachtet, wird allergisch hervorgerufen wird [7]. Neben dem Klassischen Anstieg der Retentionsparameter findet sich oft eine sterile Leukozyturie, daneben können Eosinophilie im Serum oder im Urin sowie ein erhöhtes IgE hinweisend sein. Beweisend ist eine Nierenbiopsie.

Bei Niereninsuffizienz sind auch andere UAW-Risiken zu beachten, für die Patienten mit einer vorbekannten Nierenschädigung vulnerabel sind. Vorsicht ist z. B. geboten bei Cotrimoxazol oder Trimethoprim, da diese Hyperkaliämien verursachen können

Bei Niereninsuffizienz verlängert sich die Halbwertszeit renal eliminierter Medikamente, in der erhöhen sich die Plasmaspiegel. Trotzdem sind derartige Antibiotika nicht automatisch kontraindiziert. Bei Vancomycin, aber auch bei Aminoglykosiden sollten Tal-Spiegelbestimmungen die vertretbare Dosierung begleiten. Die "Loading dose" sollte unabhängig von der Nierenfunktion immer gleich gewählt werden (Ausnahme: Aminoglykoside bei hochgradiger Niereninsuffizienz). Die Erhaltungsdosen werden dann nach Ausmaß der Nierenfunktion oder auf Grund der gemessenen Tal-Konzentrationen angepasst.

Wirken Antibiotika eher über einen konstanten Spiegel wie zum Beispiel ß-Lactame, sollten die Dosierungsintervalle eher beibehalten und die Einzeldosis reduziert werden, um einen gleichbleibenden Plas-

Internettipp: www.dosing.de

Bei Unsicherheiten über die Dosierung von Medikamenten bei Niereninsuffizienz ist eine geeignete Seite zur Recherche https://www.dosing.de. Hier kann die geschätzte Nierenfunktion anhand von Alter, Gewicht, Geschlecht und Serum-Kreatinin berechnet werden.

Anhand dessen werden Empfehlungen zur Dosisanpassung des gewählten Medikaments gegeben. Des Weiteren finden sich dort Hinweise zum Vorgehen bei Patienten mit Nierenersatztherapie und zu möglichen UAW an den Nieren.

maspiegel oberhalb der minimalen Hemmkonzentration zu gewährleisten. Wird die Wirkung eher durch Spitzenspiegel (zum Beispiel bei Gyrasehemmern oder Aminoglykosiden) bestimmt, empfiehlt sich eher eine Verlängerung des Intervalls zur nächsten Gabe bei normaler Einzeldosis [8]. Andere Antibiotika, wie zum Beispiel Ciprofloxacin oder Ceftriaxon, werden teils renal (ca. 50 %), teils hepatisch ausgeschieden bzw. metabolisiert [8]. Hier wird eine Dosisanpassung erst bei weit fortgeschrittener Niereninsuffizienz empfohlen.

Im Folgenden wird eine Übersicht zu gängigen peroralen Antibiotika gegeben (Tab. 1). Die Dosierungen beziehen sich auf maximal zulässige Mengen pro Tag. Fett gedruckt sind Antibiotika, bei denen eine Dosisanpassung erforderlich sein

kann und deshalb bei sehr schweren Infekten auch höher gewählt werden.

Generell sind bei allen in der Tabelle genannten Antibiotika Arzneimittelinteraktionen möglich. Ebenfalls können fast alle diese Medikamente interstitielle Nephritiden hervorrufen. Antibiotika, die dies besonders häufig tun, sind im Folgenden gekennzeichnet. Die absolute Häufigkeit ist jedoch gering.

Sophie Zieschang E-Mail: sophie.zieschang@med.uni-heidelberg.de

> Prof. Dr. David Czock Prof. Dr. Martin Zeier Prof. Dr. Claudia Sommerer alle Heidelberg

* Den vollständigen Artikel mit allen Literaturangaben lesen Sie in "Arzneiverordnung der Praxis



(AVP)", Ausgabe 3-4, September 2019, kostenfrei abrufbar unter: www.akdae.de. Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt zum Artikel.

Penicilline					
CrCl (ml/min)	> 60	30-59	< 30	Besonderheiten	
UAW: interstitielle Nephritis					
Penicillin V	3 x 1,5 Mega*				
Amoxicillin	3 x 500–1000 mg (max. 6000 mg/d)		2 x 500 mg; < 10 ml/min: 1 x 500 mg		
Amoxicillin + Clavulansäure	2–3 x 875/125 mg		2 x 500/125 mg; < 10 ml/min: 1 x 500 mg		
Ampicillin	3–4 x 1000 mg (max. 6000 mg/d)		< 30 ml/min: max. 3000 mg/d; < 20 ml/min: max. 2000 mg/d		
Pivmecillinam	3 x 200–400 mg				

^{*} Bei schweren Fällen bzw. bei minderempfindlichen Erregern oder ungünstig gelegenem Infektionsort kann die Tagesdosis auf das Doppelte und mehr gesteigert werden.

Makrolide Makrolide				
CrCl (ml/min)	> 60	30-59	< 30	Besonderheiten
Arzneimittelinteraktionen (CYP3A4-Hemmung)*				
Erythromycin	3–4 x 500 mg (max. 4 g/d)		Kreatinin > 2 mg/dl: 3×500 mg (max. 2000 mg/d)	Arzneimittelinteraktion ++
Azithromycin	1 x 500-1000 mg/d			
Roxithromycin	1 x 300 mg			Arzneimittelinteraktion
Clarithromycin	2 x 500 mg		1–2 x 250 mg	Arzneimittelinteraktion ++
* insbesondere Erythromycin, Clarithromycin, Roxithromycin				

Fluorchinolone					
CrCl (ml/min)	> 60	30–59 < 30		Besonderheiten	
strenge Indikationsstellung (vermehrt Achillessehnenrupturen bei chronischer Niereninsuffizienz u. a.)*					
Moxifloxacin	1 x 400 mg				
Levofloxacin	1–2 x 500 mg	initial 500 mg, dann 2 x 125 mg/d	initial 500 mg, dann 1 x 125 mg/d		
Ciprofloxacin	2 x 500–750 mg	2 x 500 mg	1 x 500 mg	Nierenversagen, Kristallurie, Hämaturie	
* Anwendungsbeschränkung (siehe RoteHand Brief von 04/19)					

Cephalosporine				
CrCl (ml/min)	> 60	30–59	< 30	Besonderheiten
Cefaclor	3 x 250–1000 mg (bis zu 4 g/d möglich)			
Cefuroxim axetil	2 x 250–500 mg		1 x tgl.; < 10 ml/min: 1 x alle 48 h	bei schweren Infektionen i. v. Therapie
Cefixim	1 x 400 mg		< 20 ml/min: 1 x 200 mg	
Cefpodoxim	2 x 100–200 mg	< 40 ml/min: 1 x tgl.	< 10 ml/min: 1 x alle 48 h	

Andere Klassen				
CrCl (ml/min)	> 60	30-59	< 30	Besonderheiten
Linezolid	2 x 600 mg			erhöhtes Thrombozytopenierisiko
Doxycyclin	1 x 100–200 mg			
Fosfomycin trometamol	einmalig 3 g < 20 ml/min: kontraindiziert			
Metronidazol	2-3 x 400/500 mg (max. 2000 mg/d)			
Nitrofurantoin	2–3 x 100 mg	g < 45 ml/min: kontraindiziert		periphere Neuropathie und pulmo- nale Nebenwirkungen bei Nierenin- suffizienz erhöht
Vancomycin	per os: 4 x 125–500 mg (keine Resorption)			p.o. nur Clostridien- Enteritis; i.v. Gabe nach Spiegel (u. a. Nephro- toxizität)
Clindamycin	2-3 x 600 mg			
Cotrimoxazol (Trimethoprim/ Sulfamethoxazol)	2(-3) x 960 mg	2 x 960 mg	Dosishalbierung; < 15 ml/min: kontraindiziert	Kreatinin-Anstieg (ohne Nierenfunktionsverlust); Hyperkaliämie bei Niereninsuffizienz
Trimethoprim	2 x 150–200 mg	2 x 150–200 mg	15–25 ml/min: 2 x 200 mg (ab Tag 4: 2 x 100 mg); 10–14 ml/min: 2 x 100 mg; < 10 ml/min: kontraindiziert	Kreatinin-Anstieg (ohne Nierenfunktionsverlust); Hyperkaliämie bei Niereninsuffizienz

Die Autoren haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass alle Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte wird keine Gewähr übernommen. Generell ist bei einer Entscheidung für eine Arzneimittelgabe und Dosierung immer auch die klinische Situation des Patienten im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Autoren übernehmer für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus den aufgeführten Informationen, Empfehlungen oder Hinweisen resultieren, keine Haftung.

Nachruf auf Dr. med. Philipp Hessler

*22.9.1954 +24.5.2021

Voller Bestürzung mussten wir erfahren, dass unser langjähriger, allseits geschätzter Kollege und Freund Philipp Andreas Hessler für uns alle völlig unerwartet und überraschend aus unserer Mitte gerissen wurde. Mehr als 20 Jahre leitete er mit großem Engagement und Erfolg die gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses Sachsenhausen in Frankfurt am Main. Er führte seine Abteilung mit dem Schwerpunkt der minimalinvasiven Chirurgie (MIC) in der Gynäkologie in die Spitze der deutschen Kliniklandschaft und zum drittgrößten Zentrum dieser Art.

Aus Leidenschaft übernahm er nach Beendigung seiner regulären Arbeitszeit die Leitung des MIC-Zentrums für Gynäkologie im St. Elisabethenkrankenhaus, Frankfurt am Main. Bereits nach kurzer Zeit war er aufgrund seines freundlichen und bescheidenen Auftretens, seiner stets positiven Ausstrahlung und seiner hohen fachlichen Kompetenz ein allseits geschätzter und gern gesehener Kollege.

Er war in der gynäkologischen minimalinvasiven Chirurgie einer der Pioniere der ersten Stunde. Er probierte vieles aus, hinterfragte alles und perfektionierte in seinem Gebiet auf diese Art und Weise die



Erinnerung an Dr. med. Philipp Hessler.

Technik in Effizienz, Präzision und Geschwindigkeit. So war sein steter Wahlspruch "Hi Tech mit Herz".

Für seine außergewöhnlichen operativen Fähigkeiten war er nicht nur in Deutschland bekannt – und sowohl als Operateur als auch als Vortragender ein auf nationalen und internationalen Fortbildungsveranstaltungen immer gern gesehener Gast. Gerne gab er dabei sein Wissen weiter. Er war ein Arzt, bei dem der Mensch im Mittelpunkt stand. Dies prägte im Wesentli-

chen seine Entscheidungen und sein medizinisches Handeln.

Wegen seiner offenen, freundlichen und warmherzigen Art war er bei seinen Patientinnen und Mitarbeitern im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich gleichermaßen beliebt und ein gesuchter Ansprechpartner. Er nahm sich für die Sorgen und Nöte der Menschen in seiner Nähe gerne Zeit und unterstützte, wann immer es ihm möglich war.

Trotz seines arbeitsreichen Lebens konnte er aber auch die schönen Dinge des Lebens genießen. So spielte und hörte Philipp mit Leidenschaft Musik, genoss seine geliebten Ausflüge in der Natur sowie die Zeit mit seinen Enkelkindern und hatte mit seiner Frau Dorothee eine starke Begleitung an seiner Seite. Er hinterlässt menschlich und fachlich eine große Lücke. Wir verlieren mit ihm einen unersetzbaren und großartigen Menschen. Philipp, wir werden Dich sehr vermissen.

Stefan Kuhfus
Dr. med. Carolin Hein
Arist Diedrich
Prof. Dr. med. Marc Thill
für den Landesverband der
BLFG e. V. Hessen

Trauer um Dr. med. Harald Wirth

Die Landesärztekammer Hessen trauert um Dr. med. Harald Wirth, der am 14. Juni 2021 im Alter von 84 Jahren verstorben ist. Er war Vorsitzender der Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen/Bezirksstelle Darmstadt, von 1977 bis 1981 und lange Jahre Mitglied im dortigen Geschäftsausschuss. Von 1976 bis 1988 war Dr. Wirth als ehrenamtlicher Richter am Berufsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Darmstadt tätig und von 1986 bis 2000 hatte er den Vorsitz im Ärztlichen Kreisverein der Bezirksärztekammer Darmstadt inne. Harald Wirth war zudem Vertreter der Landesärztekammer Hessen in der Gesundheitskonferenz Darmstadt.

Ausbildungsberater für die LÄKH für die Stadt Darmstadt sowie Mitglied im Ausschuss qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule. Für seine herausragenden Leistungen für die hessische Ärzteschaft wurde er im Jahre 1997 mit der Dr. Richard Hammer-Medaille, im Jahre 2002 mit der Ernst von Bergmann-Plakette und im Jahre 2019 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber ausgezeichnet. Die hessische Ärzteschaft trauert um einen herausragenden und großen Arzt und vorbildlichen Kollegen.

Im Namen der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski Präsident

Für die Bezirksärztekammer Darmstadt **Erich Lickroth** Vorsitzender



In der September-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes folgt eine ausführlichere Würdigung zu Leben und Wirken von Dr. med. Harald Wirth.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bad Nauheimer Gespräche







CORONA-Pandemie Aufarbeitung, Zwischenbilanz und Ausblick

Die Corona-Pandemie beschäftigt uns alle. Viele Schritte zu unserem Schutz griffen tief in unsere persönliche und wirtschaftliche Freiheit ein. Nach mehr als einem Jahr Pandemie ziehen wir eine Zwischenbilanz: Dabei richten wir den Blick auf medizinische, rechtliche, soziale und gesellschaftspolitische Aspekte. **Darüber diskutieren mit Ihnen**



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen



Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Ehem. Leiter d. Instituts für Patientensicherheit



Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie



Prof. Dr. jur. Uwe Volkmann, Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Rechtsphilosophie, Goethe-Universität Frankfurt



Dr. Jörg Uwe Hahn, Vizepräsident des Hessischen Landtags

Moderator ist **Detlef Hans Franke**, Geschäftsführer der FuP Kommunikations-Management GmbH.

Die Veranstaltung findet in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung statt – nach dann geltenden Corona-Regeln in der Landesärztekammer Hessen oder virtuell. Um Anmeldung wird gebeten.

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potentielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten werden offengelegt.

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152 60314 Frankfurt a. M. (Ostend) info@bad-nauheimer-gespraeche.de Telefon: (069) 76 63 50 Telefax: (069) 76 63 50 www.bad-nauheimer-gespraeche.de



Fortsetzung nächste Seite

Bezirksärztekammer Frankfurt

Wir gedenken der Verstorbenen



Büchertipps von Lesern für Leser Liebe Leserinnen und Leser, Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben. Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge! E-Mail: haebl@laekh.de.

Fortsetzung nächste Seite

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

Bezirksärztekammer Kassel

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum 10- und mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum:

Gerätespenden sowie Verbandsmaterialien für die MFA-Ausbildung gesucht

Die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, sowie die Carl-Oelemann-Schule für die Überbetriebliche Ausbildung wären sehr dankbar, wenn Geräte (z. B. EKG-Geräte, Blutdruckmessgeräte, Zentrifugen, Mikroskope, Photometer), die in der Praxis nicht mehr benötigt werden, den Schulen zur Verfügung gestellt würden. Die Geräte müssen funktions-

fähig sein. Auch werden Verbandsmaterialien für Übungszwecke von den Berufsschulen und der Carl-Oelemann-Schule dringend benötigt. Ansprechpartner sind die jeweiligen Bezirksärztekammern

Renate Schwarz, Kassel Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060078606 ausgestellt am 19.05.2021 für Ahmad Amireh, Bad Hersfeld

Arztausweis-Nr. 060059853 ausgestellt am 26.06.2019 für Regina Baier, Kassel **Arztausweis-Nr.** 060076666 ausgestellt

am 20.04.2021 für Dr. med. Anneke Hecke. Baunatal

Arztausweis-Nr. 060052588 ausgestellt am 08.02.2018 für Dr. med. Heinrich Keller, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060051905 ausgestellt am 18.01.2018 für Monika Mayer, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081610019488 ausgestellt am 28.03.2019 für Margarita Nekarda, Bad Homburg Arztausweis-Nr. 060076926 ausgestellt

am 23.04.2021 für Dr. med. Rudolf Richter, Königstein

Arztausweis-Nr. 060075995 ausgestellt am 08.04.2021 für David Stay, Marburg **Arztausweis-Nr.** 060049105 ausgestellt am 03.07.2017 für Dr. med.

Wolfgang Steinhoff, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060053739 ausgestellt am 17.04.2018 für Birgit Sticher, Gießen





33 Fragen – 33 Antworten Coronavirus & Impfen

Zwei aktuelle Bücher aus dem Piper-Verlag, beide im Frühjahr 2021 erschienen, je 10 € Bücher

Nein, Impfgegner werden dadurch ihre Meinung nicht ändern. Aber je weiter die Zahl der Geimpften in Deutschland voranschreitet (zum 16. Juni waren nach einer Grafik des ZDF 27,6 % der Bevölkerung Deutschlands vollständig geimpft), desto größer wird die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Zögerer und Impfskeptiker zu überzeugen, damit die Herdenimmunität mit ca. 70 bis 80 % auch Menschen ohne Impfung vor Corona schützen wird. Gesundheitsjournalist Stefan Schweiger erklärt alles zum Coronavirus laienverständlich. Dr. med. Jan Leidel, Virologe und Sozialmediziner, hat mit "Impfen" ein Plädoyer dafür geschrieben. Allein das Vorwort (https://tinyurl.com/4kusyujb) mag alle diejenigen vom Sinn der Prävention durch Impfungen überzeugen, die nach dem Wegfall der Impfpriorisierung gerne schnell einen Termin hätten, aber aus Frust über die langen Warteschlangen am Aufgeben sind.

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Die LÄKH-Abteilung "Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte" informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 27. August 2021. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Ende August. Aufgrund der aktuellen Situation haben wir, sofern uns Termine vorliegen, diese vermerkt. Die "voraussichtlichen" Einschulungstermine der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/ berufsschulen/eingesehen werden.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztliche Arbeitgeber auf Ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen,

Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren

sowie

gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin, der/die die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vornimmt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

Informationen können im Internet unter: www.laekh.de/aktuelles/abgerufen werden.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Marburg

MFA-Winterprüfung 2021/2022

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2021/2022 vom 1. Dezember 2021 bis 1. Februar 2022

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2021/2022 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

11. August und 18. August 2021

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

- 1) der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll,
- 2) der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
- 3) ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- 4) bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2021/2022 sind anzumelden:

- 1) Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 1. April 2022
- 2) Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (in der Regel ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
- 3) Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
- 4) sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der Arzthelferin/des Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsbe-

Informationen im Internet unter: www.laekh.de → Aktuelles.

> Landesärztekammer Hessen Abteilung: MFA-Ausbildungswesen

Bezirksärztekammer Gießen

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Goldenes Doktorjubiläum

Bezirksärztekammer Wiesbaden



Impressum



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

 $\textbf{Versorgungswerk:} \ \mathsf{Dr.} \ \mathsf{med.} \ \mathsf{Titus} \ \mathsf{Frhr.} \ \mathsf{Schenck} \ \mathsf{zu} \ \mathsf{Schweinsberg}$

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebl@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, feqe@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: DAAEDEDD

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 Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen 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, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt 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 bezeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln