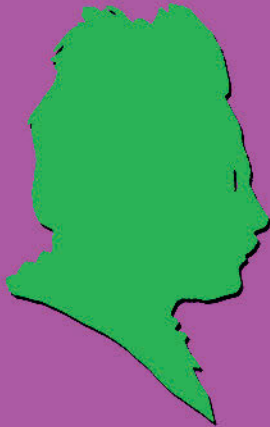
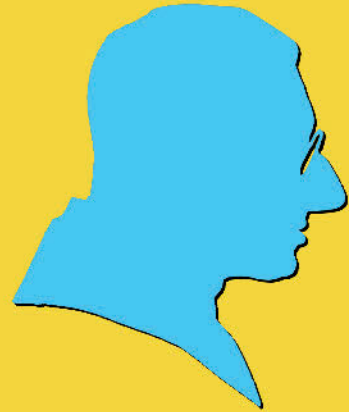


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 9 | 2021
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang



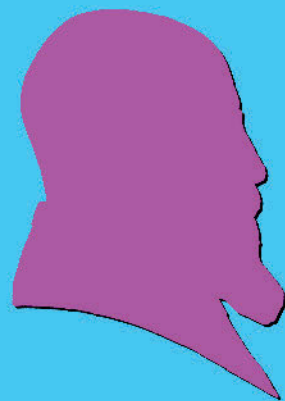
H. A. Bethe



Pagan/Polchunin



Hessauer



Prof. Dr. Hübner

© Scherenschnitte: Rose Hölscher – Grafik: Anna Plitzko/Deutscher Ärzteverlag

Frankfurter Charakterköpfe
Scherenschnittsammlung
der Ärztin Rose Hölscher
von 1921 wird neu aufgelegt

Gesundheitspolitik quo vadis?
Runder Tisch der Landes-
ärztekammer mit hessischen
Gesundheitspolitikern

Serie Patientensicherheit
PEI und STIKO im Interview
über die überwachte
Anwendung von Impfstoffen

Das gesunde Maß

In Hessen haben wir mit Stand vom 16. August 55,6 % der Bevölkerung vollständig geimpft. Das ist auf jeden Fall eine gute Nachricht, auch wenn uns allen klar ist, dass hier noch nachgelegt werden muss. Deshalb bitte ich Sie eindringlich: Lassen Sie in Ihren Bemühungen nicht nach und überzeugen Sie Ihre Patientinnen und Patienten von der Impfung gegen Corona.

Die Impfung ist das wirksamste Mittel, um die Menschen zu schützen, und zwar nicht nur sich selbst, sondern auch Kinder und Erwachsene, die nicht geimpft werden können oder deren Immunreaktion keinen ausreichenden Schutz aufbaut. Für Angehörige sozialer Berufe, seien es Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder Lehrerinnen und Lehrer, aber auch Erzieherinnen und Erzieher, sehe ich die Impfung als eine moralische Pflicht an. Dies scheint auch die überwältigende Mehrheit unserer Mitglieder so zu sehen, denn aus den Krankenhäusern und den Praxen wird über eine sehr hohe Akzeptanz der Impfung berichtet. Verlässliche Zahlen liegen meines Wissens jedoch nicht vor, denn bei der akribischen Bürokratie im Umfeld der Impforganisation wurde die (selbstverständlich gerne anonymisierte) Erfassung dieser Daten, aber auch vieler weiterer Angaben nicht bedacht. Hier wurden große Chancen, mehr Erkenntnisse zu gewinnen, vertan. Leider!

Stattdessen wurde zur Durchführung der Impfungen ein gewaltiger Papier- und Genehmigungsaufwand entwickelt. Sie erinnern sich, dass Betriebs- sowie Privatärztinnen und -ärzte seit 7. Juni 2021 auch gegen Corona impfen dürfen. Als Landesärztekammer haben wir uns bemüht, für die privatärztlichen Mitglieder ein möglichst einfaches Verfahren zu entwickeln. Daher haben wir diesen Mitgliedern mehrere Wochen vor dem Starttermin unaufgefordert ein offizielles Schreiben geschickt, in dem die Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Hessen und die Tätigkeit in der Privatinnerrichtung bestätigt wurden. Dieses pragmatische Verfahren war dem Bundesgesundheitsministerium aber wohl doch zu einfach. Und so wurde ein anderer Weg gewählt. Die Betroffenen mussten sich auf unserer Website ein vorgegebenes Formular zur sogenannten Selbstauskunft herunterladen, dieses befüllen, unterschreiben und wieder an die Landesärztekammer Hessen schicken. Dort bestätigte die Verwaltung den fleißigen Formularbefüllern sodann, als privatärztliches Pflichtmitglied bei der Landesärztekammer Hessen gemeldet zu sein, und sandte das Formular zurück. Das zur Impftätigkeit willige privatärztliche Mitglied registrierte sich mit dieser Bescheinigung nun beim PVS-Impfportal, um alsbald von dort eine Registrierungsbescheinigung zu erhalten, die zusammen mit der Authentifizierungsbescheinigung der Landesärztekammer dann die Bestellung des benötigten Impfstoffes bei der jeweiligen Bezugsapotheke erlaubt. „Einen Antrag auf Erteilung eines Antragsformulars zur Bestätigung des Durchschlagsformulars“, so sang es Reinhard Mey 1977. Hat die Pandemie wirklich einen IT-Innovationsschub ausgelöst? Oder werden papierbasierte Vorgänge einfach 1:1 in die EDV übertragen und sind dann unter Umständen noch umständlicher, wenn wie im oben geschilderten Beispiel mehrfache Me-

dienbrüche innerhalb eines Vorgangs von Papier zu EDV und umgekehrt erfolgen? Aber vielleicht braucht es einfach noch ganz besondere Umstände, um echte Neuerungen zu ermöglichen.

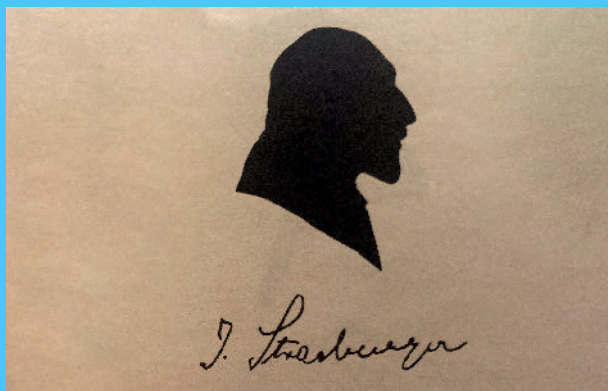
Viel Freude löst auch das wiederholte Ausfüllen von Impfaufklärungen und Einverständniserklärungen für die Impfung von Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern aus, die erst jetzt im Sommer geimpft werden, weil sie zu Beginn des Jahres Teil der Erkrankungswelle waren. Für das Gros der Bewohnerinnen und Bewohner übernehmen Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer diese Aufgabe und haben diese Formulare inzwischen mehrfach ausgefüllt, denn aus juristischen Gründen führen die mobilen Impfteams die Impfung nur durch, wenn die jeweils gültige Fassung vorliegt. Da bleibt nur die Hoffnung, dass nicht während des Urlaubs von Vorsorgebevollmächtigten ein neues Formular erscheint, denn dann besteht wohl die Gefahr, dass die Impfung nicht durchgeführt wird.

Es wird auch allerhöchste Zeit, endlich Klarheit zu erhalten und zwar von der STIKO und nicht von Hobbyärzten aus der Politik, ob und wann Hochrisikogruppen eine Auffrischimpfung erhalten. Und ja, wer sich trotz Aufklärung und inzwischen problemlosem Zugang zu einer Impfung nicht impfen lässt, muss mit gewissen Einschränkungen leben. Denn das Leben in Freiheit bedeutet nicht grenzenlose Freiheit ohne Rücksichtnahme auf andere. In einer Gesellschaft hat jedes Individuum nicht nur für sich, sondern auch für die Mitmenschen Verantwortung. Der Zugang zum Restaurant oder zum Konzert ist dann eben nur mit negativem Testergebnis (selbst bezahlt und nicht auf Kosten der Allgemeinheit) oder womöglich auch gar nicht möglich. Forderungen, auch vollständig Geimpfte zu testen, halte ich allerdings für überzogen. Das kleine Restrisiko, das von Geimpften ausgeht, werden wir eingehen müssen. Eine Welt ohne jedwedes Risiko gibt es nicht. Wie so oft im Leben gilt es, das gesunde Maß zu finden.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Scherenschnitt: Rose Hölscher – Julius Strasburger, (1871–1934), Internist

Frankfurter Charakterköpfe

1921 fertigte die Medizinstudentin Rose Hölscher 39 Scherenschnitte von Mitgliedern der Frankfurter Medizinischen Fakultät an. Der Medizinhistoriker Dr. Benjamin Kuntz erzählt nun – 100 Jahre später – über die Spurensuche nach den Lebenswegen der Abgebildeten und der Künstlerin selbst.

485



Foto: Rechte bei den Autoren

Atopisches Ekzem

Das atopische Ekzem ist eine chronisch rezidivierende, stark juckende entzündliche Hautkrankheit, bedingt durch eine genetische Prädisposition und exogene Triggerfaktoren. Der zertifizierte Fortbildungsartikel informiert über Pathophysiologie, klinisches Bild, Therapie und Möglichkeiten der Prävention.

478

Editorial: Das gesunde Maß 471

Aus dem Präsidium: Bundestagswahl 2021: Ärztinnen und Ärzte erwarten mehr! 474

Ärzttekammer

Gesundheitspolitik quo vadis? – Runder Tisch der Landesärztekammer mit hessischen Gesundheitspolitikern 475

Serie: Teil 14 Patientensicherheit: Impfen und Impfstoffe – Interviews mit Vertretern der STIKO und des PEI 490/492

Serie: Teil V: Die Listen der DV 2018–2023 stellen sich vor – Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte – LDÄÄ 495

Gewalt-Meldebogen der LÄKH: Gewalt erfassen – gegen Ärztinnen, Ärzte und deren Teams 514

Nachtrag zu FAQ WBO 2020 Stand Mai 2021: Kombinierte Befugnisse für Innere Medizin nach WBO 2020 517

Fortbildung: CME: Atopisches Ekzem 478

Weiterbildung:

Talking about sex?! – Sexualmedizin als Zusatzweiterbildung nach der WBO 2020 488

Nur in der Online-Ausgabe 09/2021: Psychosomatik in der Allgemeinmedizin 488 & online

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 496

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 502

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 516

■ **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:** Öffentliche Ausschreibung 523

Mensch und Gesundheit: Staffelübergabe im Gesundheitsamt Frankfurt am Main 504

Nachruf: Erinnerungen an Dr. med. Harald Wirth, Darmstadt 515



Fotos: © bei den jeweiligen Parteien

Gesundheitspolitik quo vadis?

Welche Lehren ziehen die Parteien aus der Corona-Pandemie? Wie soll die medizinische Versorgung in Zukunft aussehen? Diese und weitere Fragen stellte die Landesärztekammer den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern der Fraktionen im Hessischen Landtag beim virtuellen Runden Tisch.

475



Foto: © Nizwa Design – shutterstock.com

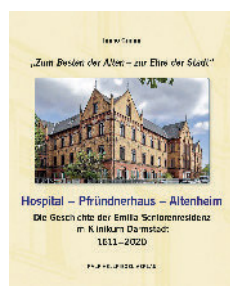
Serie Patientensicherheit

Impfen und Impfstoffe sind derzeit ein wichtiges Thema des öffentlichen Interesses. Prof. Sabine Wicker von der Ständigen Impfkommission und Prof. Klaus Cichutek vom Paul-Ehrlich-Institut berichten jeweils, wie Institutionen und Gremien daran arbeiten, dass eine überwachte Anwendung von Impfstoffen gelingen kann.

490/492

Bad Nauheimer Gespräche: Corona-Management: Eine kritische Zwischenbilanz – Podiumsdiskussion der BNG	506
Medizingeschichte: 100 Jahre „Frankfurter Charakterköpfe aus der Medizinischen Fakultät“	485
Recht: Donogene Insemination mit Kommentar	509
Junge Ärzte und Medizinstudierende: Die (Klima-)Krise im Curriculum – „Klimasprechstunde“ an der JLU Gießen ...	508
Parlando: Weinlese im Schloss, Boulespielen unter Platanen	494
Leserbriefe: Ergänzungen zum CME-Artikel Chronische koronare Herzerkrankung mit Stellungnahme der Autoren ..	512
Impressum	522

Bücher



Geschichte der Emilia Seniorenresidenz

Immo Grimm

S. 526

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)

Bundestagswahl 2021: Ärztinnen und Ärzte erwarten mehr!

Erinnern Sie sich an den Gesundheitsminister Horst Seehofer in den 1990er-Jahren? Er war im 4. Kabinett Kohl der verantwortliche Konstrukteur der gedeckelten Sektorenbudgets ambulant und stationär. An Gesundheits- und Sozialministerin Ulla Schmidt im Rot-Grünen Kabinett Schröder erinnert sich manche oder mancher eher? Sie hat 2002 quasi im Blindflug die Türen zum „Gesundheitsmarkt“ und der erdrutschartigen finanz- und renditegetriebenen Kommerzialisierung und Privatisierung aufgestoßen. Das Credo aus 2001 liest sich verkürzt wie folgt – schon damals mit hörbarem Änderungsversprechen zur Sektorenbildung und den damit verknüpften Budgetfesseln:

...Wir werden die Systeme der integrierten Versorgung stärken, eine bessere Abstimmung zwischen stationärem, teilstationärem und ambulantem Bereich ermöglichen und das Honorar- bzw. Entgeltsystem entsprechend ausrichten. In der ambulanten Versorgung können neben den freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten Gesundheitszentren zusätzlich tätig werden. (...) Für die Behandlung der großen Volkskrankheiten und die strukturierten Behandlungsprogramme erfolgt die notwendige Qualitätssicherung auf der Basis allgemein anerkannter medizinisch-wissenschaftlicher und pflegerischer Standards. (...) Die integrierte Versorgung chronischer Krankheiten wird Regelversorgung. (...) Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Anreiz- und Bonussysteme zu etablieren.

Hat man die kleinteilig vorgestellten Ziele in den folgenden 20 Jahren unter den Folgeministern Rösler (FDP), Bahr (FDP), Gröhe (CDU) und Spahn (CDU) wenigstens ansatzweise erreicht? Offenbar nicht. Denn in den 2021er Wahlprogrammen der im Bundestag agierenden Parteien steht Dasselbe für die kommende Wahlperiode bis 2026. Zum Leid-Thema der getrennt und meist gegeneinander agierender Versorgungssektoren ist hier auszugsweise zitiert:

CDU/CSU (Regierungskoalition): „Gute Medizinische Versorgung unabhängig von Alter, Wohnort und Geldbeutel ist Anspruch und Ziel. (...) Vernetzte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure.“

SPD (Regierungskoalition): „Neuordnung der Rollenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor/Überwindung der Sektorengrenzen“. Bündnis 90/Die Grünen (Opposition): „Förderung von Gesundheitsregionen mit enger Anbindung an die Kommunen, übergreifende Planung von stationären und ambulanten Angeboten. FDP (Opposition): „Konsequenter Abbau der künstlichen Sektorenbarriere zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich. Die Linke (Opposition): „Sektorenübergreifende Versorgung und gleichmäßigere Verteilung der Arztstühle (Kriterien: kurze Wartezeiten, Altersgerechtigkeit, ÖPNV-Erreichbarkeit, Barrierefreiheit). AfD (Opposition): keine Aussage.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Es braucht mehr Mut zum wirksamen Umbruch und zu neuem zukunftsorientierten Denken!“

Die Verantwortlichen in Bund und Ländern sind offenbar in den gesetzlich verfestigten Strukturhemmnissen und rein formalen, vordergründigen Gedankenwelten festgefahren. Die seit zwei Jahrzehnten immer wieder angesagte Korrektur findet nicht statt. Das – gebetsmühlenartig vorgetragene – Zuschüttenwollen effizienzhemmender Gräben in den Strukturen vernebelt das Handlungsdefizit. Es braucht offenbar deutlich mehr Mut zum wirksamen Umbruch und neues zukunftsorientiertes Denken!

Ein über Klein-Klein hinausreichendes Hauptziel in der Gesundheitspolitik zu formulieren ist nötig: gute gesundheitliche, den Menschen ganzheitlich dienende Daseinsvorsorge. In einer Welt von wirtschaftlichen Umbrüchen, Flüchtlings-, Kriegs-, Pandemie- und schon real gewordenen klimabedingten Gesundheitskrisen und sich rasant wandelnden Lebenswirklichkeiten der Bür-

gerinnen und Bürger muss Vorsorge für gute gesundheitliche Lebensbedingungen und Versorgung Vorrang haben. Die Wucht der Veränderungen ist groß, die Bewältigungsprozesse müssen kurzfristiger als bisher analysiert und immer wieder neu justiert werden.

Dazu gehört ein Konsens der Akteure zu übergreifenden, neuen Sichtweisen: z. B. zur planetary-health-Strategie, für nachhaltige Pandemievorsorge, zum gesundheitlichem Klimaschutz und zu einem Commitment für schnelle Klimaneutralität, auch in den medizinischen Institutionen, Kliniken und Praxen. Daraus sollten tragende gesundheitspolitische Leit motive für eine effiziente Neuaufstellung auch der medizinischen Fachberufe und ihrer Rahmenbedingungen abgeleitet werden. Es braucht dazu die Einbindung neuer wissenschaftlicher Expertise und stringent geänderte Ressourcenverteilungen. Technische, bürokratische, wirtschaftliche Umsetzungen haben sich demgegenüber dienend aufzustellen. Derzeit dominieren zu oft Interessen kommerziell aufgestellter Systembetreiber auf Kosten der solidarischen Versicherten-Gemeinschaft und damit zu Lasten der Ressourcen für den Ausbau guter Daseinsvorsorge. Die Renditeziele halten diese Player im „Gesundheitsmarkt“, nicht das Ringen um optimale gesundheitliche Fürsorge.

Für einen Umbruch zu solchem Denken sind robuste Impulse in den Bundestags-Wahlprogrammen für 2021 zu wenig erkennbar. Ärztinnen und Ärzte sollten trotzdem kritisch und motiviert im Schlusswahlkampf auf jegliches ausbaufähige Potenzial für bessere und zukunftstragende Gesundheitspolitik achten. Ihr Kreuz bei der Wahl ist sehr gefragt und muss auf die überfällige Neuorientierung im Gesundheitswesen mehr Druck entfalten!

Dr. med. H. Christian Piper

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Gesundheitspolitik quo vadis?

Runder Tisch der Landesärztekammer mit hessischen Gesundheitspolitikern

Welche Lehren ziehen die Parteien aus der Corona-Pandemie? Diese Frage des hessischen Ärztekammerpräsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski stand am Beginn des Runden Tisches „Gesundheitspolitik quo vadis“, zu dem die Landesärztekammer Hessen online die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Fraktionen im Hessischen Landtag sowie Journalistinnen und Journalisten am 1. Juni eingeladen hatte. Ziel war es, mit Blick auf die bevorstehende Bundestagswahl am 26. September zu erfahren, wie sich die politischen Parteien die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Zukunft vorstellen und welche Weichenstellungen sie sich vorgenommen haben.

Neben dem Abbau der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und Maßnahmen gegen den Pflegekräftemangel kündigte Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU) die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an. Auch müsse der Mangel an Pflegekräften behoben werden. Vor der Pandemie sei belächelt worden, wer von Pandemievorsorgeplänen gesprochen habe, hob Marcus Bocklet, Bündnis 90/Die Grünen, hervor. Da habe die ganze Gesellschaft „gepennt“: Eine Haltung, die sich, so Bocklet, jetzt geändert haben dürfte. Obwohl es auch in Hessen anfangs Schwierigkeiten bei der Pandemiebewältigung gegeben habe, stellte Pinkowski die ausgezeichnete Zusammenarbeit des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, der Landesärztekammer Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Hessischen Krankenhausgesellschaft heraus.

„Es hat uns alle überrascht; wir hatten am Anfang zu wenig Informationen“, stellte Yanki Pürsün (FDP) fest und fügte hinzu, dass sich die Politik eigentlich für das von ihr verursachte Chaos entschuldigen müsse. Wichtig sei jetzt zu prüfen, wie das Corona-Infektionsrisiko für welche Bevölkerungsgruppe aussehe. Deutlich kritisierte Pürsün, dass einige Politiker alles so weiterführen wollten, wie bisher. Tatsächlich jedoch dürften die Bürgerrechte nicht weiter eingeschränkt werden.



Christiane Böhm, MdL Die Linke, Sprecherin für Gesundheits- und Sozialpolitik sowie weitere Bereiche.

Andere Strukturen schaffen

Im Wahlprogramm der Linken heiße es, die Corona-Krise habe allen vor Augen geführt, dass das Gesundheitssystem falsch organisiert sei. „Wie genau meinen Sie das?“, wollte Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der LÄKH, von Christiane Böhm, Die Linke, wissen. Es müssten andere Strukturen geschaffen werden, damit die Beschäftigten gesund bis zur Rente arbeiten könnten, gab Böhm zur Antwort. Sie sprach sich für eine Stärkung der Pflege aus. Auch müsse das Gesundheitssystem sozialer gestaltet und seine Kommerzialisierung zurückgedreht werden.

Begrenzte finanzielle Mittel

Einig waren sich die Politikerinnen und Politiker bei der Beantwortung der Frage, warum Corona-Prämien an die Pflege und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, nicht aber an Ärztinnen und Ärzte gezahlt worden seien. So baten die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher um Verständnis dafür, dass nur die besonders schwere Tätigkeit der Pflege honoriert worden sei. Allen, die im Gesundheitswesen bei der Bewältigung der Corona-Krise mitgewirkt hätten, den Ärztinnen, Ärzten und dem Pflegepersonal gebühre großer Dank, unterstrich Bartelt

(CDU). Aber die Pflegerinnen und Pfleger seien besonders belastet worden und würden zudem generell „nicht gerade üppig“ entlohnt. Aus diesen Gründen sei die Corona-Prämie schwerpunktmäßig dem Pflegepersonal zugedacht worden – „und das ist richtig so“.

Auch wenn Ärztinnen und Ärzte eine tolle Arbeit machten – die finanziellen Mittel seien begrenzt. Sonderzahlungen für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen „würden jeden Haushalt sprengen“, erklärte Bocklet, Bündnis 90/Die Grünen. „Was mich stört ist, wie der Pflegebonus verteilt worden ist, denn längst nicht alle, die Covid-Patienten versorgt haben, haben diese Prämie erhalten“, kritisierte Dr. Daniela Sommer, SPD. Das sei nicht gut und habe auch in der Pflege selbst nicht zu mehr Wertschätzung geführt. Es bedürfe einer langfristigen Lösung, wie Gesundheitsberufe gut finanziert werden können, um dem Personalmangel im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Das gelte sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch für die Pflegekräfte

Pro und contra Bürgerversicherung

Die Gesundheitsversorgung benötige in Hessen mehr Planung, betonte Böhm, Die Linke: „Wir brauchen ein Konzept, wo Krankenhäuser welcher Kategorie erfor-



Yanki Pürsün, MdL FDP, Sprecher für Gesundheits- und Sozialpolitik sowie weitere Bereiche.

derlich sind, wo es intersektorale Gesundheitszentren braucht, die den Übergang vom stationären zum ambulanten Sektor darstellen, und wie die Versorgung in der Fläche stattfinden kann.“ Die gesundheitliche Versorgung müsse flächendeckend sein, dies gelte auch für die allgemeinmedizinische Versorgung und jene mit Kinderärztinnen und -ärzten.

Wie Böhm sprach sich auch Sommer, SPD, klar für die Einführung einer Bürgerversicherung aus. Gesundheit sei keine Ware; jeder solle den gleichen Zugang dazu haben, sagte Sommer. Auch wenn viele Ärzte dies bestritten, mache sie die Erfahrung, dass es eine Zwei-Klassenmedizin gebe. So erzielten manche Ärzte 50 Prozent ihres Umsatzes mit 20 Prozent der Privatversicherten. Som-

Versorgung von der Diagnostik bis zur Reha. Im Verbund solle Versorgung mit eigenem Regionalbudget nach den Bedürfnissen vor Ort gestaltet werden.

Dagegen sprach sich Pürsün, FDP, entschieden für eine Fortsetzung des Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus und bezeichnete den Freien Beruf als das Fundament einer liberalen Gesundheitsversorgung. Die FDP lehne eine Bürgerversicherung ab: „Das ist eine zentrale Frage der Zukunft.“ Der Wettbewerb der Krankenkassen sei notwendig. Auch in dem Wahlprogramm von CDU/CSU heißt es zur Gesundheitsversorgung, man setze auf die bewährte Selbstverwaltung, die freie Arzt- und Therapiewahl sowie das Zusammenspiel von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Eine Einheitsversicherung lehnt die Union ab.

Zukunft der ambulanten und stationären Versorgung

Pürsün, FDP, bezeichnete die ambulanten Strukturen als wichtigen Baustein in der Versorgung, der erhalten und weiter ausgebaut werden müsse. „Ganz wichtig sind die niedergelassenen Ärzte“, betonte der FDP-Politiker. Der ambulante Sektor müsse gestärkt werden. Auch Bartelt, CDU, gab ein klares Bekenntnis zur Bedeutung der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ab. Sie seien der Kernpunkt im Gesundheitswesen. Allerdings komme es auf eine gute Versorgung der Bevölkerung sowohl durch ambulant als auch stationär tätige Ärzte an.

Zugleich bemängelte der CDU-Politiker eine Mangelversorgung nicht nur in ländlichen Regionen, sondern teilweise auch in sozial schwächeren Vierteln in Großstädten. Alleine mit Förderprogrammen für die Niederlassung – insbesondere in Einzelpraxis – funktioniere die Versorgung in diesen Bereichen nicht. So müssten dort auch Versorgungszentren gefördert werden, was eine „gewünschte Zusammenarbeit“ mit Kliniken erfordere.

Welche Konsequenzen die von der SPD geplante neue Rollenverteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor für niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte haben werde, wollte



Dr. Daniela Sommer, MdL SPD, stellv. Fraktionsvorsitzende, Sprecherin für Forschungs- und Gesundheitspolitik sowie für Wissenschaft und Kunst.

LÄKH-Vizepräsidentin Monika Buchalik von Sommer, SPD, wissen. Diese bekräftigte die Notwendigkeit, die Sektorenschranken abzubauen. Man brauche ein Case-Management, um den Patienten zu steuern, damit er in dem richtigen Versorgungsbereich ankomme. Erster Ansprechpartner bleibe allerdings weiterhin der Hausarzt.

Von Pinkowski auf die im Bundestagswahlprogramm der Grünen vorgesehene übergreifende Planung von ambulanten und stationären Angeboten angesprochen, beschwichtigte Bocklet, Bündnis 90/Die Grünen: Es kämen keine „DDR-Verhältnisse“ auf die Ärzte zu. Tatsächlich fehlten aber vor allem auf dem Land Ärztinnen und Ärzte, so dass eine „staatliche Lenkung“ notwendig werde. Dazu gehöre auch eine stärkere Delegation einfacher ärztlicher Aufgaben.

Es gebe zwar quasi keinen Ärztemangel, aber doch zu wenig Ärzte auf dem Land, vor allem Kinderärzte, kritisierte Claudia Papst-Dippel, AfD. Gerade bei dringenden Notfällen dauere es in ländlichen Gebieten oft stundenlang, bis ein Arzt komme. Dies müsse sich ändern. Als Heilpraktikerin werde sie oft gefragt, was man tun könne, um gesund zu bleiben. Sie sei eine Verfechterin von Vitamin D, gerade für Senioren, betonte Papst-Dippel und forderte häufigere Screenings.

Klinikplanung, DRG

Sommer, SPD, hob hervor, dass eine grundlegende Reform des Fallpauschalen-



Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt, MdL CDU, stellv. Fraktionsvorsitzender, Sprecher für Gesundheitspolitik.

mer hielt eine gute, bedarfsgerechte Vergütung der Ärzte für wichtig, meinte jedoch, dass man sich die neue GOÄ nochmals unter dem Aspekt einer solidarisch gestalteten Gesundheitsversorgung ansehen müsse.

Während man „historisch“ unter Bürgerversicherung die Zusammenlegung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung verstanden habe, gehe es heute um eine Verbreiterung der Einnahmen, stellte Bocklet, Bündnis 90/Die Grünen, fest. Nach der Vorstellung von Bündnis 90/Die Grünen solle es Regionalbudgets geben. Regional und lokal denken – darauf komme es künftig an. „Es ist eine der ganz großen Reformen, die vor uns stehen“, so Bocklet. Ziel sei die bestmögliche



systems (DRG) notwendig sei. Hier werde man sich mit der Ärzteschaft als den Expertinnen und Experten abstimmen. Auch Böhm, Die Linke, machte die DRG für viele Probleme im Gesundheitswesen verantwortlich.

Mit der Frage: „Halten Sie eine bundesweit abgestimmte Klinikplanung und länderübergreifende Kooperationen für notwendig?“, wandte sich Zürner an Bartelt, CDU. Der Staat solle sich so wenig wie möglich einmischen, lautete dessen Antwort. Es gebe eine Vielzahl von Trägern und das sei gut. Er sei ein großer Freund von Verbundstrukturen, so Bartelt.

Arztstellen im Krankenhaus

„Wie ist Ihre Position zum Abbau von Arztstellen im Krankenhaus?“ Wenn das Land Hessen einen Versorgungsauftrag an die Kreise und kreisfreien Städte (als KH-Träger) verlege, erwarte es auch, dass dieser Auftrag erfüllt wird, erklärte Marcus Bocklet, Bündnis 90/Die Grünen, auf die Frage. Werde jedoch der Verdacht erweckt, Arztstellen würden so abgebaut, dass dem Versorgungsauftrag nicht mehr nachgekommen werden könne, müsse die Politik natürlich reagieren. Allerdings seien ihre



Claudia Papst-Dippel, MdL AfD, Sprecherin für Gesundheitspolitik sowie weitere Bereiche.

Einflussmöglichkeiten beschränkt und ein Eingriff in das operative Geschäft von Krankenhäusern sei nur dann möglich, wenn der Versorgungsauftrag gefährdet sei oder ein Rechtsverstoß vorliege. Aber Bocklet versicherte: „Es gibt kein politisches Ziel, Arztstellen abzubauen – ganz im Gegenteil.“

Auf die Frage nach ihrer Position zum Rückkauf des Universitätsklinikums Gießen/Marburg (UKGM) antwortete Sommer, SPD, dass die SPD von Anfang gegen die Privatisierung gewesen sei. „Hätte es eine Rückkaufoption gegeben, hätte die SPD den Rückkauf unterstützt.“

Kinderbetreuungsangebote

„Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Kinderbetreuungsangebote für das Krankenhauspersonal in Hessen auszubauen und damit den Fachkräftemangel im Gesundheitssystem zu bekämpfen?“ Hier müsse sich der Staat Gedanken machen, inwieweit er z. B. die Träger unterstützen könne, wenn diese eigene Kindertagesstätten betrieben oder entsprechende Kooperationsabkommen mit anderen Kitas vereinbaren wollten, erklärte Bartelt, CDU. Das Thema Betreuungsangebote sei „ganz bestimmt ein Thema, das wir weiter angehen werden und was auch die Aufgabe der neuen Bundesregierung sein wird.“

Allgemeinheit einbinden

Angesprochen auf die im Parteiprogramm der Linken erhobene Forderung, den Einfluss der Pharmakonzerne zu begrenzen, etwa indem „Forschungsprogramme zukünftig in einem transparenten und partizipativen Prozess entwickelt werden [sollen], der neben Expertenwissen die Allgemeinheit“ einbinde, erklärte Böhm, Die Linke, dass ihre Partei Wert auf eine unabhängige Forschung lege. Es dürfe nicht



Fotos: © bei den jeweiligen Parteien

Marcus Bocklet, MdL Bündnis 90/Die Grünen, Sprecher für Gesundheits- und Sozialpolitik.

sein, dass sich private Pharmafirmen in der Forschung für lukrative Projekte engagierten und der Staat die notwendige, aber wenig gewinnträchtige Produktforschung übernehme.

Stärkung der Prävention

Übereinstimmend plädierten die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Fraktionen im hessischen Landtag für eine Stärkung der Prävention. Gesundheit sei „unser höchstes Gut und Prävention daher ganz wichtig“, erklärte Sommer (SPD). Man brauche – Stichwort „Eigenverantwortung“ – den Menschen als „Gesundmacher“ in der Gesundheitsversorgung, sagte Pürsün (FDP). Die Pandemie habe deutlich gemacht, dass es in der Bevölkerung einen hohen Informationsbedarf zur Prävention gebe. Papst-Dippel, AfD, die für eigenverantwortliches Verhalten des Einzelnen plädierte, bezeichnete Gesundheitsförderung als „klare Durchschnittsaufgabe der Politik“ und Marcus Bocklet, Bündnis 90/Die Grünen, nannte Prävention „ein Schlüsselfeld in der Gesundheitspolitik“.

Katja Möhrle

Best Practice-Beispiele

„Klimafreundliches Arbeiten in Klinik und Praxis“ gesucht!

Umwelt und Klima spielen in allen Lebensbereichen eine immer wichtigere Rolle. Daher möchten wir dieses Thema auch im Hessischen Ärzteblatt in Zukunft mehr in den Fokus stellen.

Neben geplanten Fachbeiträgen sind wir auf der Suche nach Best-Practice-Beispielen. Wie setzen Sie sich mit Klima und Nachhaltigkeit in ihrem ärztlichen Berufsalltag auseinander? Erzählen Sie uns von

Ihren Ideen und Konzepten und motivieren Ihre Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis zum Nachahmen!

Wir freuen uns auf Ihre Zuschriften per E-Mail an haeb@laekh.de.

Atopisches Ekzem

VNR:

2760602021198960002

Dr. med. Victoria Mortasawi,

Prof. Dr. med. Wolfgang Pfützner

Einleitung

Das atopische Ekzem (AE) ist eine chronisch rezidivierende, stark juckende entzündliche Hautkrankheit, bedingt durch eine genetische Prädisposition und exogene Triggerfaktoren. Es zählt weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen mit einer geschätzten Prävalenz von bis zu 25 % im Kindes- und von etwa 10–15 % im Erwachsenenalter, wobei in Abhängigkeit von begünstigenden Umweltfaktoren deutliche geographische Unterschiede möglich sind [1].

Pathophysiologie

Das AE weist eine komplexe Pathophysiologie auf, die durch epitheliale, immunologische und neuronale Störungen im Zusammenspiel mit unterschiedlichen Umweltfaktoren (Mikroben, Allergene) gekennzeichnet ist (Abb. 1) [1–3]. Im Besonderen sind folgende Parameter bedeutsam:

- **Epitheliale Barrierestörung:** AE-Patienten weisen als eine wesentliche hereditäre Komponente eine verminderte Expression epidermaler Strukturproteine auf, die für die Ausbildung eines Schutzmantels und die Bindung von „natural moisturizing factors“ in der Haut wesentlich sind. Ein Beispiel ist Filaggrin, für das etwa 20 % der Betroffenen eine Mutation aufweisen, zudem können Th2-mediierte Immuneffekte seine Expression vermindern. Die Folge ist zum einen ein erhöhter Wasserverlust mit vermehrter Hauttrockenheit, zum anderen eine gesteigerte epidermale Aufnahme von Allergenen, mikrobiellen Bestandteilen und Irritantien.
- **Angeborenes Immunsystem:** In der Haut von AE-Patienten ist die Bildung anti-mikrobieller Peptide gestört, was

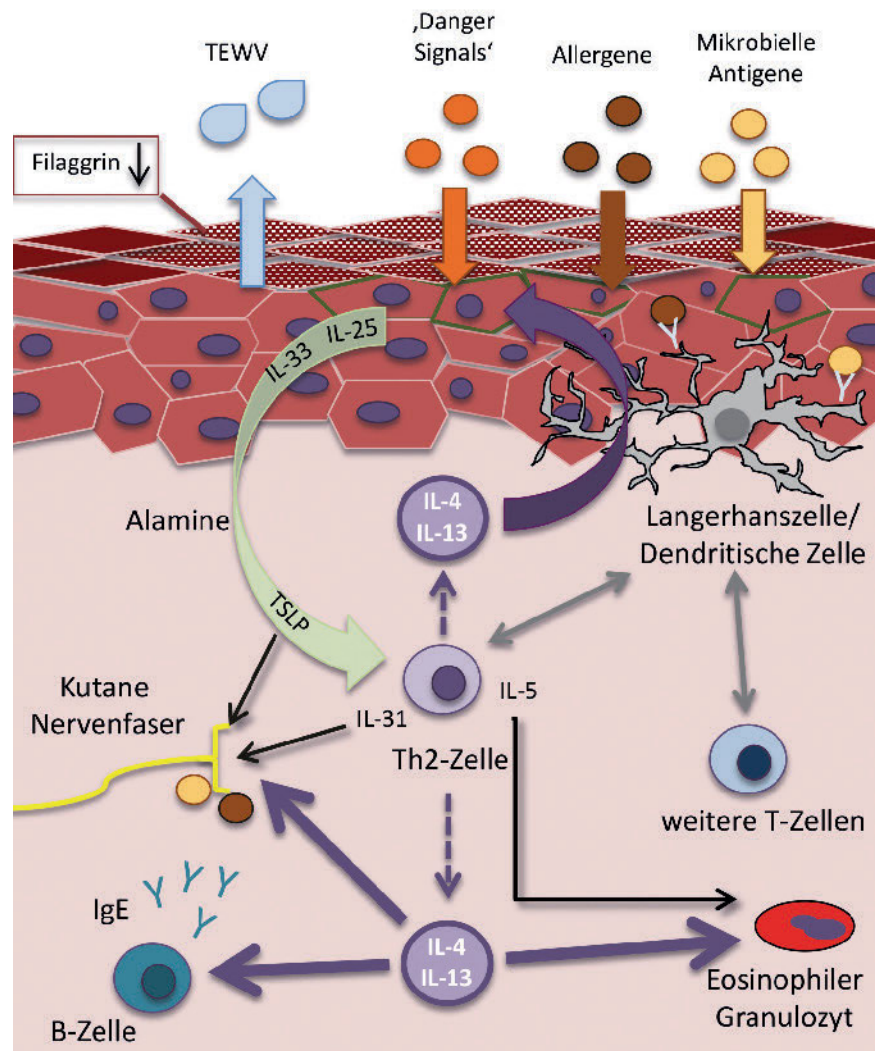


Abb. 1: Pathophysiologie des atopischen Ekzems. Aufgrund einer Barrierestörung (bspw. durch verminderte epidermale Filaggrinexpression) kommt es zum einen zu einem gesteigerten transepidermalen Wasserverlust (TEWV), zum anderen zum vermehrten Eindringen von Allergenen, mikrobiellen Antigenen oder anderen „danger signals“. Diese aktivieren das innate Immunsystem zur Freisetzung von Alarminen wie IL-25, IL-33, TSLP. In Zusammenspiel mit epidermalen Langerhanszellen und dermalen dendritischen Zellen, die Allergene IgE-vermittelt aufnehmen können, werden vornehmlich Th2-Zellen aktiviert, die verschiedene Zytokine ausschütten. Eine zentrale Rolle kommen IL-4 und IL-13 zu, die u. a. die epidermale Barriere schwächen, eosinophile Effektorzellen (zusammen mit IL-5) aktivieren, B-Zellen zur Synthese von IgE-Antikörpern anregen und kutane Nervenfasern stimulieren können. Weitere Juckreiz vermittelnde Faktoren sind IL-31, TSLP oder auch Proteasen von bspw. Hausstaubmilben- oder Staphylokokkenallergenen. Zusätzlich nehmen auch andere CD4+ T-Zellen, insbesondere Th2-, aber auch Th1-Lymphozyten Einfluss, diskutiert wird dies auch für Th17- und CD8+ T-Zellen.

eine veränderte mikrobielle Besiedelung zur Folge hat. Des Weiteren kommt es durch das verstärkte Eindringen von „danger-signals“ zur Aktivierung des innate Immunsystems mit Freisetzung pro-inflammatorischer Botenstoffe („alarmins“) wie Interleukin (IL)-25 und -33 sowie dem Thymic-Stromal-Lipoprotein (TSLP).

- **Adaptives Immunsystem:** Antigen-präsentierende Zellen der Haut, wie die

Langerhans- und inflammatorischen dendritischen epidermalen Zellen, die den hoch-affinen IgE-Rezeptor FcεRI exprimieren, können eindringende Allergene, mikrobielle Peptide oder auch Autoantigene den T-Zellen präsentieren. Unterstützt durch Faktoren wie IL-25, -33 und TSLP kommt es zur Aktivierung von CD4-positiven T-Helfer (Th)-2-Lymphozyten mit der Ausschüttung von IL-4 und IL-13 als ent-

scheidenden Mediatoren der atopischen Entzündung und „target“ neuer zielgerichteter Therapien mit Biologika (siehe unten). Daneben können auch Th-1, -17, -22 und auch CD8-positive T-Lymphozyten eine Rolle spielen, so dass neben der grundlegenden Th2-vermittelten weitere inflammatorische und möglicherweise auch (gegen bspw. epidermale Antigene gerichtete) autoimmunologische Immunreaktionen bedeutsam sein können.

- Mikrobiom: AE-Patienten zeigen eine deutlich verringerte mikrobielle Diversität der Haut mit Vorherrschen von Staphylokokken, insbesondere *Staphylococcus aureus*, der IgE-bindende Antigene und Juckreiz aktivierende Proteasen aufweist. Interessanterweise können topische Kortikosteroide und Calcineurin-Inhibitoren, möglicherweise auch durch eine Stabilisierung der epidermalen Barriere, einen positiven Einfluss auf die mikrobielle Vielfalt mit Abnahme der Staphylokokken nehmen.
- Allergene/IgE: Neuere Erkenntnisse zeigen, dass die transkutane Aufnahme von Allergenen eine wesentliche Ursache einer IgE-vermittelten Sensibilisierung ist.

Relevante Allergene sind insbesondere Hausstaubmilben und Pollen als Aero- sowie Hühnerei, Kuhmilch, Soja und Erdnuss als Nahrungsmittelallergene, die an FcεRI auf dendritischen Zellen, Mastzellen und eosinophilen Granulozyten binden und AE-Schübe auslösen können. Allerdings werden IgE-abhängige Mechanismen zunehmend als ein nicht zwingend erforderlicher Kofaktor angesehen, so dass die jeweilige Relevanz stets diagnostisch zu klären ist, zumal etwa 20 % aller Erkrankten ein intrinsisches AE ohne vermehrte IgE-Bildung (gegenüber 80 % extrinsischen AE-Patienten) aufweisen.

- Nervensystem: In der Haut findet sich ein dichtes neuronales Netzwerk kutaner Nervenfasern, die durch unterschiedliche Neurotransmitter aktiviert werden können. Hierbei spielt für den Juckreiz des AE der nicht-histaminerge Pruritus eine wichtige Rolle, was das schlechte Ansprechen auf H1-Blocker erklären könnte. Sowohl exogene Aktivatoren, wie bspw. Hausstaubmilben- oder Staphylokokken-Proteasen, als auch endogene Signale, wie bspw. die immunologischen Mediatoren TSLP

oder IL-31, können zu einer neuronalen Aktivierung führen und als Zielstruktur neuer therapeutischer Ansätze dienen. Der starke Juckreiz führt durch das vermehrte Kratzen zu einer zusätzlichen Schädigung der epidermalen Barriere.

Klinik

Klinisches Bild: Das klinische Bild des AE kann – bedingt durch Ethnizität, unterschiedliche exogene Triggerfaktoren sowie Schweregrad der Erkrankung – sehr vielgestaltig sein und altersabhängig unterschiedlich bevorzugte Lokalisationen betreffen [4]. Der Krankheitsbeginn liegt häufig bereits im Kleinkindalter, Erstmanifestationen können ab dem 2./3. Lebensmonat auftreten, wobei ein Teil der Betroffenen bis zum Abschluss des Kleinkindalters eine Abheilung erfährt [5–7]. Insbesondere der sehr frühzeitige „early-onset“-Typ kann aber bis ins Erwachsenenalter persistieren. Rezidive sind auch im Erwachsenenalter möglich, zudem existiert eine „late-onset“-Variante, bei der es erst im höheren Alter zur Erstmanifestation kommt [4].

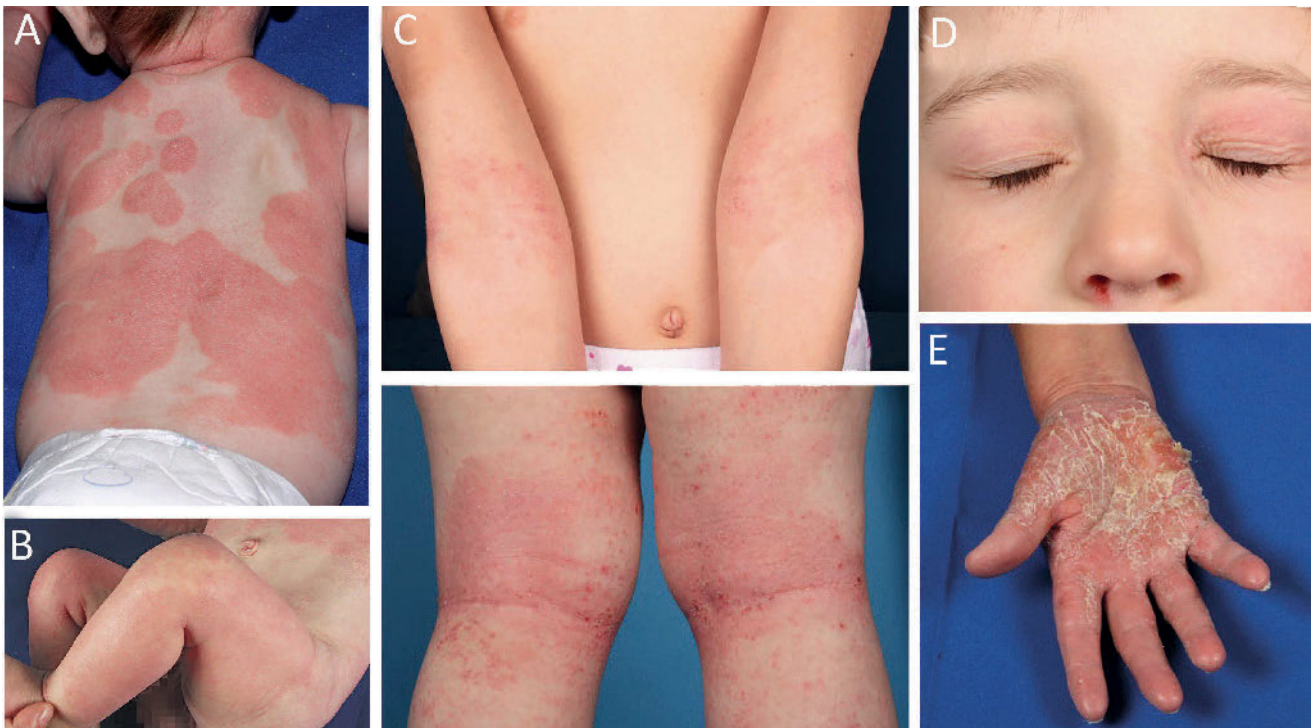


Abb. 2: A & B: Altersabhängige unterschiedliche Ausprägungen des atopischen Ekzems. A: Im Säuglingsalter findet sich das atopische Ekzem häufig diffus über den ganzen Körper verteilt, mit Aussparung der Windelregion. C: Im Kleinkind- und Jugendalter sind vornehmlich die Beugenseiten der Extremitäten betroffen. D & E: Typische umschriebene Formen sind das atopische Lid- oder Handekzem.



Abb. 3: Stadienabhängige Unterschiede des atopischen Ekzems. Während akute Ekzemherde durch großenteils erodierte Bläschen mit Krusten imponieren (A), stellen sich subakute Läsionen durch exkorierte Plaques dar (B). Das chronische Ekzemstadium ist durch zumeist fein schuppende Erytheme mit deutlicher Vergrößerung des Hautreliefs (Lichenifikation) gekennzeichnet (C).

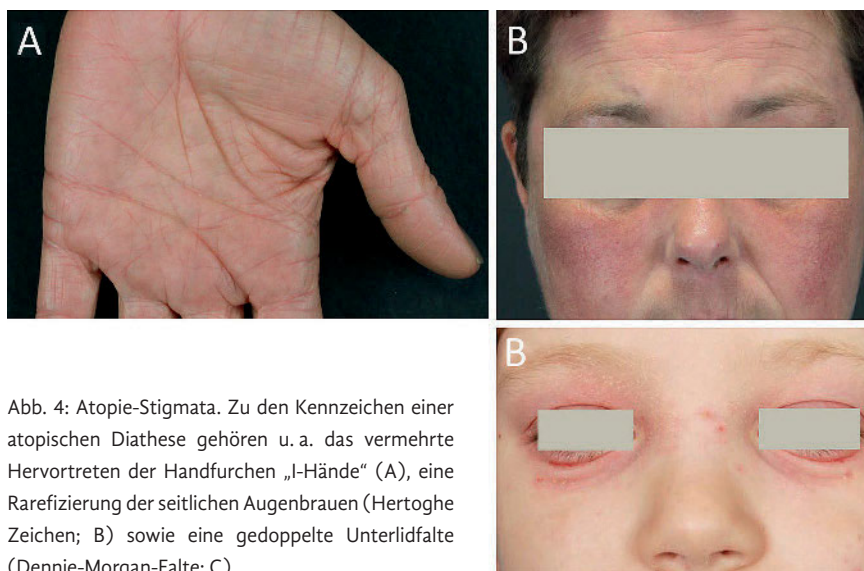


Abb. 4: Atopie-Stigmata. Zu den Kennzeichen einer atopischen Diathese gehören u. a. das vermehrte Hervortreten der Handfurchen „I-Hände“ (A), eine Rarefizierung der seitlichen Augenbrauen (Hertoghe Zeichen; B) sowie eine gedoppelte Unterlidfalte (Dennie-Morgan-Falte; C).

Bei Säuglingen zeigen sich die Hautveränderungen typischerweise diffus verteilt, vor allem jedoch an Wangen und Stamm unter Aussparung des Windelbereichs (Abb. 2 A, B). Im Kleinkindalter sind mehr und mehr die Beugeseiten betroffen (Abb. 2 C), bei Jugendlichen und Erwachsenen

können verschiedenste Erscheinungsformen auftreten mit weiteren Prädispositionsstellen an den Lidern und Händen, (Abb. 2 D, E) [1]. Je nach Akuität finden sich unterschiedliche Ausprägungen mit akuten Ekzemen (erodierte Vesikel oder Papeln auf erythematösem Grund, näs-

send, mit Krusten belegt; Abb. 3 A), subakuten Ekzemen (verdickte und exkorierte Plaques; Abb. 3 B) sowie chronischen Ekzemen geprägt durch Lichenifikation (Vergrößerung des Hautreliefs; Abb. 3 C) und Hyperpigmentierungen [8]. Ein nahezu obligates Symptom ist die ausgeprägte Hauttrockenheit (Sebastase). Atopische Stigmata wie beispielsweise Hyperlinearität der Handinnenflächen und Fußsohlen (Abb. 4 A), eine Rarefizierung der lateralen Augenbrauen (Hertoghe Zeichen; Abb. 4 B) oder eine doppelte Lidfalte (Dennie-Morgan-Falte; Abb. 4 C) können hinweisend für eine atopische Veranlagung sein [1].

Komplikationen: Die Haut von AE-Patienten ist für sekundäre mikrobielle Infektionen prädisponiert. So können Kolonialisierungen von *Staphylococcus aureus* zu einer Impetiginisierung führen (Abb. 5 A, B) [9, 10]. Bei 3 % aller Patienten kann es zu einem Eczema herpeticum mit disseminierter kutaner Ausbreitung einer Herpes simplex-Virusinfektion kommen (Abb. 5 C) [11]. Auch ist bei Kindern eine erhöhte Anfälligkeit für die Entwicklung von Dellwarzen durch *Molluscum contagiosum*-Viren zu beobachten [12].

Bei Erwachsenen, insbesondere bei am Kopf und im Nacken vorkommenden Ekzemen, ist eine Überbesiedelung mit *Malassezia* typisch [13]. In sehr seltenen Fällen kann es zu Augenerkrankungen (Glaukom, Keratokonus, Erblindung, Netzhautablösung), zu einer assoziierten Alopecia areata mit kreisförmigem, nicht vernarbendem Haarausfall und oder zu Wachstumsverzögerungen kommen [14].

Komorbiditäten: Zu den klassischen, in 34,3–37 % der Fälle vorkommenden atopischen Komorbiditäten zählen Asthma bronchiale (10,7 %), allergische Rhinitis (22,4 %), allergische Konjunktivitis (14,1 %) [15–18], wobei das Vorkommen von Asthma bei AE-Patienten in jüngeren Studien seltener gefunden wurde als früher angenommen [19]. Nahrungsmittelallergien (NMA) in Form von Soforttyp- und späten Ekzemreaktionen [20] werden bei AE-Patienten ebenfalls beschrieben – bei Kindern in circa 10–37 % der Fälle (typische NMA im Kleinkindalter: Kuhmilch, Hühnerei, Erdnuss und Soja, typische NMA

bei älteren Kindern: Weizen, Fisch, Baum-
nüsse); Vorkommen bei Erwachsenen auf-
grund der Remission nur noch in circa
10 % der Fälle [21–23]. Juckreiz, Schlaflo-
sigkeit und sozialer Rückzug begünstigen
darüber hinaus die Entwicklung von De-
pressionen, Angststörungen und Verhal-
tensauffälligkeiten mit starker Beeinträch-
tigung der Lebensqualität [24, 25].

Therapie

Primäres Therapieziel ist die Krankheits-
kontrolle, bestehend aus Reduktion des
Juckreizes und Verringerung von Anzahl
sowie Dauer der Schübe [1, 14]. Hierfür
wurde ein mehrstufiges System etabliert
(Stufenschema der S2k-Leitlinie „Atopi-
sches Ekzem“, siehe Abb. 6). Die Therapie
richtet sich nach Schweregrad und Alter
der Patienten unter Berücksichtigung der
Komorbiditäten [14].

Topische Therapie

Eine effiziente Lokaltherapie basiert auf
drei fundamentalen Prinzipien: genügend
stark wirksam, ausreichend dosiert und
korrekt angewendet [26].

Die Basistherapie beinhaltet die Eliminati-
on bzw. Reduktion von Provokationsfak-
toren und die Behandlung mit rückfetten-
den „Emollientien“ mindestens einmal
täglich, um die Barrierefunktion der Haut
zu stärken und der mit Juckreiz einherge-
henden Hauttrockenheit entgegenzuwir-
ken [27, 28]. Hierdurch lassen sich Exa-
zerbationen vorbeugen und die Menge an
benötigtem topischen Kortikosteroid re-
duzieren [29, 30]. Die Verordnung des
möglichen Wirkstoffs sollte sich nach der
individuellen Hautbeschaffenheit richten
[14, 29–32].

Topische Kortikosteroide: Topische Kor-
tikosteroide (TKS) gelten bei akuten
Schüben aufgrund ihrer immunmodula-
torischen und dadurch entzündungs-
hemmenden Wirkung als First-Line-The-
rapie [33, 34]. Sie werden je nach Ausprä-
gung, Lokalisation und Alter des Patien-
ten einmal täglich aufgetragen und im
Verlauf langsam ausgeschlichen, um einen
„Rebound“ zu verhindern. Eine Ein-
sparung von TKS oder zu geringe Dosie-
rung im akuten Schub wird aufgrund des
längeren Therapiebedarfs und des Risi-



Abb. 5: Komplikationen. A, B: Staphylokokken können zu einer Impetiginisierung mit Ausbildung gelblicher Blasen und fest haftender Krusten führen. C: Besonders gefürchtet ist das Eczema herpeticum, bei dem es zu einer diffusen Aussaat kleinster erodierter Bläschen als Zeichen einer disseminierten Herpes-simplex-Infektion der ekzematösen Haut kommt.

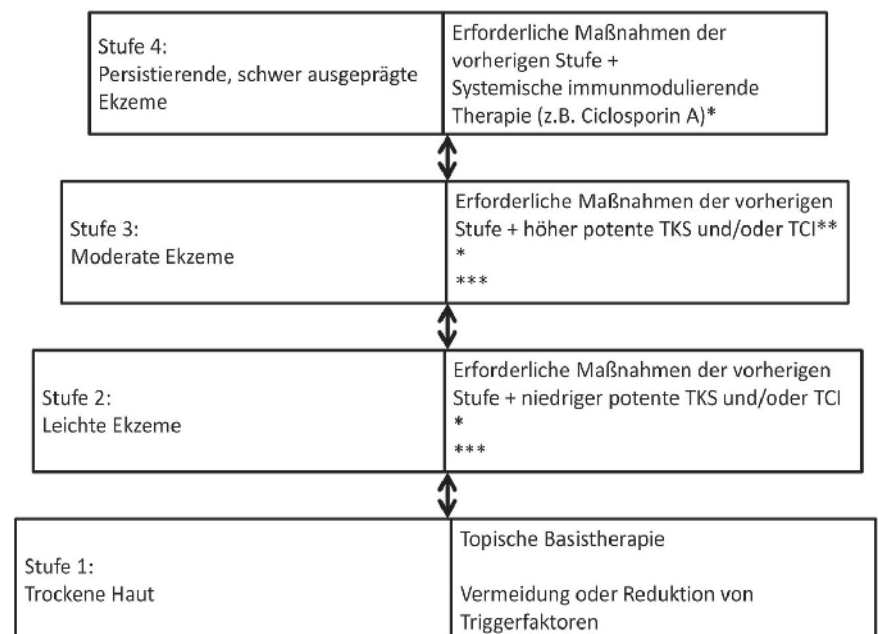


Abb. 6: Stufentherapie der S2k-Leitlinien [14]. Je nach Hautzustand werden in Anlehnung an diese internationale Empfehlung vier Therapiestufen vorgeschlagen. Hier sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht alle Verfahren dargestellt, die in der Leitlinie diskutiert werden.

* Eine UV-Therapie ist häufig ab Stufe 2 unter Berücksichtigung der Altersbeschränkung (nicht im Kindesalter) indiziert. Cave: keine Kombination mit Ciclosporin A und topischen Calcineurininhibitoren.

** First-Line-Therapie: In der Regel topische Glukokortikosteroide, bei Unverträglichkeit/Nichtwirksamkeit und an besonderen Lokalisationen (z.B. Gesicht, intertriginöse Hautareale, Genitalbereich, Capillitium bei Säuglingen) topische Calcineurininhibitoren

***Die zusätzliche Anwendung von antipruriginösen und antiseptischen Wirkstoffen kann erwogen werden.

kos einer zunehmenden Exazerbation nicht empfohlen. Vielmehr lassen sich durch TKS Ausmaß und Häufigkeit der Schübe reduzieren und die Intervalle geringeren Therapiebedarfs deutlich verlängern [35].

Topische Calcineurin-Inhibitoren: Topische Calcineurin-Inhibitoren (TCI), von denen zwei Wirkstoffe auf dem Markt erhältlich sind (Pimecrolimus und Tacrolimus), werden vor allem an für TKS nicht geeigneten Arealen (bspw. Gesicht) angewendet, da sie im Gegensatz zu TKS bei längerfristigem Einsatz nicht zu einer Hautatrophie führen [36,37]. Sie wirken über eine Hemmung der kutanen T-Zell-Aktivierung und -Proliferation [38] und haben darüber hinaus ähnlich den TKS einen positiven Effekt auf die Hautbarriere bei allerdings geringerer therapeutischer Effizienz insbesondere gegenüber stärker ausgeprägten Ekzemen [39].

Weitere topische Therapien

Obwohl kontrollierte Studien fehlen, kann aufgrund klinischer Erfahrungswerte die unterstützende Anwendung antipruriginöser Therapien mit Polidocanol [40] oder Gerbstoffen wie Tamol-haltigen Externa oder schwarzem Tee [41] überlegt werden, jedoch ersetzen diese die antientzündliche Therapie nicht [14]. Die Wirksamkeit von steinkohle-teerhaltigen Wirkstoffen ist ausgesprochen gering, vergleichbar mit der von Hydrokortison 1 %. Zu beachten ist eine mögliche Phototoxizität [14, 42]. Sekundär bakteriell infizierte Läsionen können zusätzlich mit lokalen Antiseptika wie Polyhexanid oder Triclosan behandelt werden. Topische Antibiotika sind aufgrund des Risikos der Resistenzentwicklung möglichst zu meiden [43]. Trotz der nachgewiesenen Bedeutung von Staphylokokken als Triggerfaktor eines AE und der nahezu obligaten Besiedelung der Haut von AE-Patienten gibt

es keine Evidenz für den Nutzen antistaphylogener Behandlungen (durch Antibiotika oder Antiseptika) einer klinisch nicht infizierten Haut [44].

Lichttherapie

Zusätzlich zur Lokalthherapie kann bei ausbleibender Besserung eine UVA 1- oder UVB 311-Lichttherapie durchgeführt werden [45]. Die Therapie hat durch ihre immunmodulatorische Wirkung einen anti-inflammatorischen Effekt und insbesondere UVB kann den Juckreiz reduzieren. Zu den Nebenwirkungen zählen neben Sonnenbrand-ähnlichen Hautveränderungen wie Rötung und Spannen abhängig von der kumulativen Dosis eine vorzeitige Hautalterung, Katarakt-Bildung und die Entstehung von Hauttumoren. [46].

Systemische Therapien

Die Systemtherapie ist den moderaten bis schweren Formen des chronischen,

Tab 1: Maßnahmen zur Prävention nach der aktuellen S3-Leitlinie zur Allergieprävention (LM = Lebensmonate)

Primärprävention	Sekundärprävention
Meidung einer aktiven/passiven Tabakrauchexposition [61–64, 75]	Meidung von Hautreizungen durch aktive/passive Tabakrauchexposition [61–64, 75], Hausstaub-, und Tierhaarpollen, Luftverschmutzung [76, 77]
Impfung nach STIKO-Empfehlung [64]	Schulungsprogramme [59]
Ausschließliches Stillen oder Gabe hydrolysierten Säuglingsnahrung in den ersten vier LM [64–66]	* Pro-aktive Therapie (Behandlung 2–3x/Woche mit TCI oder TKS auch bei bereits abgeheiltem Befund um die Anzahl an Schüben zu verringern) [1, 34, 71–74]
Abwechslungsreiche Beikost ab dem 5. LM [64], einschließlich Joghurt [67, 68]	
Fisch-Verzehr in Schwangerschaft, Stillzeit und als Beikost ab dem 5. LM [64]	
Vermeidung von Übergewicht im Kindesalter [64, 78]	
Meidung einer Katzenhaltung [64, 79]	
Hausstaubmilbenkarenzmaßnahmen [64, 80]	
* Vermeidung von Antibiotika vor Vollendung des 2. Lebensjahres [81]	
* Vermeidung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft [82]	
* Einnahme von Fischöl-Kapseln ab der 21. Schwangerschaftswoche bis zu Entbindung [83]	
* Kontakt zu Bauernhoftieren während der Schwangerschaft [84]	
* nicht in der aktuellen S3-Leitlinie zur Allergieprävention enthalten	

gegenüber lokalen Behandlungsmaßnahmen resistenten und mit starker Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehenden AE vorbehalten. Hier steht mit dem monoklonalen Antikörper Dupilumab seit 2017 für Erwachsene und 2019 für Kinder ab dem 12. LJ eine äußerst effektive Therapie zur Verfügung. Der Antikörper ist gezielt immunmodulierend wirksam, indem er die α -Kette des IL-4- und IL-13-Rezeptors bindet und darüber den Einfluss dieser beiden Interleukine, die eine zentrale Funktion in der Pathophysiologie des AE aufweisen, blockiert [47]. Er wird in einer Dosis von 300mg/Injektion alle zwei Wochen subkutan appliziert (loading-dose: 600 mg) und führt nicht nur zu einer deutlichen Besserung der Ekzeme, sondern auch des Juckreizes, wobei das Ansprechen gelegentlich um einige Wochen verzögert sein kann [48, 49].

Die Behandlung ist insgesamt gut verträglich, die häufigste Nebenwirkung ist eine (oft asymptomatische) Konjunktivitis, Hautreaktionen an der Einstichstelle und Infektionen der oberen Atemwege. Diese sind zumeist mild ausgeprägt und bedingen normalerweise keinen Therapiestopp [50]. Gravierende oder gar lebens einschränkende Nebenwirkungen sind nicht bekannt [48, 49].

Seit Oktober 2020 ist als „Biologic-Response-Modifizier“ der oral verfügbare Janus-Kinase 1 und 2 Inhibitor Baricitinib zur Behandlung des mittelschweren bis schweren atopischen Ekzems zugelassen, welcher in Kombination mit TKS zu einer Verbesserung der Inflammationen, des Juckreizes und der Schlaflosigkeit führt. Kopfschmerzen und nasopharyngeale Beschwerden stellen die häufigsten Nebenwirkungen dieses initial zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis entwickelten Wirkstoffs dar [51].

Weitere „Biologic-Response-Modifizier“, die sich ebenfalls gegen Janus-Kinasen oder gegen andere vielversprechende Moleküle wie TSLP, IL-22 und IL-31 richten, befinden sich in Entwicklung bzw. sind bereits in Phase-III-Studien in Erprobung [3].

Bei sehr schweren, therapierefraktären Verlaufsformen kann Ciclosporin eingesetzt werden [52]. Die kumulative Anwendungsdauer ist allerdings insbesondere aufgrund der potenziellen Nephro-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Atopisches Ekzem“ von Dr. med. Victoria Mortasawi und Prof. Dr. med. Wolfgang Pfützner 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. August 2021 bis 24. Februar 2022 möglich. Die

Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, Erklärungen zu möglichen Interessenkonflikten finden Sie in der Online-Ausgabe unter www.laekh.de, Rubrik Hessisches Ärzteblatt.

toxizität und des erhöhten Risikos der späteren Entwicklung von Plattenepithelkarzinomen der Haut auf ein bis zwei Jahre beschränkt [53]. Mit wesentlich besserem Nebenwirkungsprofil, aber nur mäßig guter Wirksamkeit steht als off-label-Therapie Mycophenolatmofetil zur Verfügung [54, 55]. Off-label kann bei sehr schweren Verläufen Azathioprin und Methotrexat auch bei Kindern eingesetzt werden [56, 57].

Systemische Kortikosteroide sind allenfalls für einen kurzen Zeitraum in akuten Notfällen einzusetzen [58].

Schulungsprogramme

Strukturierte Schulungsprogramme sind ein weiteres wichtiges therapeutisches Element, durch das sich über ein verbessertes Verständnis der Erkrankung und ihres Behandlungsbedarfs sowie positive Effekte auf die psychosozialen Aspekte eine verbesserte Therapieadhärenz erzielen lässt [29, 59].

Prävention

Eine Vielzahl an Maßnahmen, die der Ausbildung oder Verschlechterung eines AE vorbeugen können, wird diskutiert (Tab. 1). Allerdings ist die Datenlage hierzu teilweise widersprüchlich und vielfach noch lückenhaft [60]. Zur Allergieprävention wird mit Evidenzklasse A neben der Vermeidung von Tabakrauchexposition sowohl prä- als auch postnatal [61–64] auch das Impfen nach Stiko-Schema empfohlen [64]. Darüber hinaus spielt die Ernährung eine wichtige Rolle. So wird Stillen bis zum vollendeten 4. Lebensmonat

(LM) angeraten – oder alternativ die Gabe von hydrolysierte Säuglingsnahrung [64–66]. Auch sollte die Beikosteinführung ab dem 5. Lebensmonat erfolgen [67, 68]. Explizit nicht empfohlen wird jedoch die präventive Meidung potentieller allergener Nahrungsmittel, auch nicht im Falle eines bloßen Sensibilisierungsnachweises (positives IgE auf das NMA), da diese für die Entstehung eines AE nicht bedeutsam sind und es darüber hinaus zu einer fehlenden Toleranzinduktion kommen kann [23]. Eine gezielte IgE-Diagnostik sollte daher erst nach signifikanter Verbesserung des Hautzustandes bei probatorischer Meidung für max. zwei bis drei Wochen erfolgen – Ausnahme: Erdnussallergie [64, 69, 70].

Zur Vorbeugung von Exazerbationen hat sich die sog. pro-aktive Therapie bewährt, bei der für zwei bis drei Monate zweimal wöchentlich an vormals stärker betroffenen Stellen im schubfreien Intervall mit TKS niedriger Potenz oder mit TCI weiter behandelt wird [1, 34, 71–74].

Dr. med. Victoria Mortasawi
Prof. Dr. med. Wolfgang Pfützner

Klinik für Dermatologie und Allergologie,
Allergie-Zentrum Hessen,
Universitätsklinikum Marburg,
Philipps-Universität Marburg
E-Mail: v.mortasawi@gmail.com
wolfgang.pfuetzner@uk-gm.de

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

Multiple Choice-Fragen: Atopisches Ekzem

VNR: 2760602021198960002

(eine Antwort ist richtig)

1. Bewerten Sie folgende Aussagen:

- a. Bei der Pathophysiologie spielt die Mutation des Filaggrin-Gens eine wesentliche Rolle, da es eine wichtige Funktion bei der Hautbarriere spielt.
- b. Die Entstehung des atopischen Ekzems wird zwar durch Interleukine unterstützt, T-Helferzellen sind jedoch nicht daran beteiligt.
- c. AE-Patienten weisen häufig ein gestörtes kutanes Mikrobiom durch Überbesiedelung mit *Staphylococcus aureus* auf.
- d. Die transkutane Aufnahme von Allergenen erfolgt über T-Helferzellen.

- 1) Alle Aussagen sind richtig.
- 2) a, c und d sind richtig.
- 3) a, b und d sind richtig.
- 4) a und c sind richtig.

2. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Durch die Gabe von H1-Blockern kann es zu einer deutlichen Besserung des Pruritus bei AE-Patienten kommen.
- 2) Der Juckreiz in der Haut wird nur durch einen einzelnen, ganz spezifischen neuroimmunologischen Signalweg getriggert.
- 3) Sekundäres Kratzen stabilisiert die epidermale Barriere.
- 4) Exogene Faktoren wie Hausstaubmilben und Staphylokokken-Proteasen stellen potenzielle juckreizfördernde, neurogene Stimuli dar.

3. Welche der folgenden Aussagen trifft zu? Das atopische Ekzem im Kindesalter...

- 1) ...beginnt in der Regel vor dem 2. Lebensmonat.
- 2) ...betrifft den Kopf, die Extremitäten und insbesondere den Windelbereich.
- 3) ...zeichnet sich im Gegensatz zu den Erscheinungsformen im Erwachsenenalter nicht durch eine Seborrhoe aus.
- 4) ...kann bis ins Erwachsenenalter chronisch persistieren.

4. Welche der folgenden Aussagen trifft/treffen zu:

- a. Vor allem subakute Ekzeme sind durch Lichenifikation geprägt.
- b. Bei akuten Ekzemen kann es zu nässenden und verkrusteten Hautveränderungen kommen.

- c. Eine ausgeprägte Hauttrockenheit (Seborrhoe) ist ein wesentliches Merkmal des atopischen Ekzems.
- d. Zu den atopischen Stigmata gehören unter anderem eine Hyperlinearität der Handinnenflächen und Fußsohlen, eine Rarefizierung der lateralen Augenbraue und eine doppelte Lidfalte.

- 1) Nur a ist richtig.
- 2) c und d sind richtig.
- 3) a, b und c sind richtig.
- 4) b, c und d sind richtig.

5. Welche der folgenden Aussagen trifft zu? Ein Eczema herpeticum...

- 1) ...ist systemisch antiviral unter ärztlicher Kontrolle zu behandeln.
- 2) ...tritt im Kindesalter nicht auf, hier ist eher mit einer Malassezia-Überbesiedelung zu rechnen.
- 3) ...ist eine sehr häufige Komplikation des atopischen Ekzems, das insbesondere bei subakuten Ekzemen auftreten kann.
- 4) ...beginnt immer an Händen und Füßen.

6. Welche der folgenden Aussagen trifft zu? Die lokale Basistherapie von AE-Patienten...

- 1) ...beugt zwar einer Seborrhoe vor, hat jedoch keinen Einfluss auf die Schübe von atopischen Ekzemen.
- 2) ...sollte ein- bis zweimal pro Tag erfolgen.
- 3) ...hat keinen Einfluss auf die Dauer einer Therapie mit topischen Kortikosteroiden.
- 4) ...stärkt die Barrierefunktion der Haut nicht wesentlich.

7. Welche der folgenden Aussagen treffen zu:

- a. Topische Kortikosteroide sollten nur im äußersten Notfall eingesetzt werden und dann auch nur in einer sehr geringen Dosis.
- b. Topische Kortikosteroide wirken durch ihre immunmodulatorische Wirkung entzündungshemmend.
- c. Bei der Therapie mit topischen Kortikosteroiden muss das Alter des Patienten nicht berücksichtigt werden.
- d. Topische Kortikosteroide können ähnlich wie topische Calcineurininhibitoren die Intervalle geringeren Therapiebedarfs verlängern.

- 1) Keine Antwort ist richtig.
- 2) Alle Antworten sind richtig.
- 3) a, b und d sind richtig.
- 4) b und d sind richtig.

8. Welche der folgenden Aussagen trifft zu? Bei der Lokalthherapie des atopischen Ekzems...

- 1) ...sollten äußerlich aufzutragende Antibiotika nicht angewandt werden, da es keine Evidenz für deren Nutzen gibt und das Risiko einer Resistenzentwicklung steigt.
- 2) ...sind Gerbstoffe topischen Kortikosteroiden überlegen.
- 3) ...konnten zahlreiche Studien den Nutzen von Polidocanol beweisen.
- 4) ...zeigen topische Calcineurin-Inhibitoren eine den Kortikosteroiden höherer Wirkstärke vergleichbare therapeutische Effizienz.

9. Welche der folgenden Aussagen treffen zu:

- a. Bei Dupilumab handelt es sich um einen monoklonalen Antikörper, welcher an den Interleukin 4- und 13-Rezeptor bindet.
 - b. Dupilumab ist für Kinder ab dem 12. Lebensjahr zugelassen
 - c. Im Gegensatz zu Mycophenolatmofetil und Azathioprin kann Ciclosporin A als in-label-Therapie angewandt werden.
 - d. Der Einsatz von systemischen Kortikosteroiden sollte, wenn überhaupt, nur für einen kurzen Zeitraum erfolgen.
- 1) Nur c und d sind richtig.
 - 2) Nur a und b sind richtig.
 - 3) Keine Aussage ist richtig.
 - 4) Alle Aussagen sind richtig.

10. Welche der folgenden Aussagen trifft zu? Zur Prävention des atopischen Ekzems...

- 1) ...sollte mindestens bis zum 8. Lebensmonat voll gestillt werden.
- 2) ...sind Impfungen erst nach dem 2. Lebensjahr empfehlenswert.
- 3) ...kann eine sogenannte pro-aktive Therapie eingesetzt werden, bei der täglich sehr schwache topische Kortikosteroide auf ehemals stark betroffene Stellen angewandt werden.
- 4) ...ist die Meidung von potenziell allergenen Nahrungsmitteln nicht indiziert, da es hierbei zu einer fehlenden Toleranzinduktion kommen kann.

Literatur zum Artikel:

Atopisches Ekzem

von Dr. med. Victoria Mortasawi, Prof. Dr. med. Wolfgang Pfützner

- [1] Weidinger S, Beck LA, Bieber T, Kabashima K, Irvine AD. Atopic dermatitis. *Nature reviews. Disease primers* 2018;4(1):1.
- [2] Peng W, Novak N. Pathogenesis of atopic dermatitis. *Clinical and experimental allergy journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology* 2015;45(3):566–74.
- [3] Werfel T, Allam J-P, Biedermann T, Eyerich K, Gilles S, Guttman-Yassky E et al. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2016; 138(2):336–49.
- [4] Garmhausen D, Hagemann T, Bieber T, Dimitriou I, Fimmers R, Diepgen T et al. Characterization of different courses of atopic dermatitis in adolescent and adult patients. *Allergy* 2013;68(4):498–506.
- [5] Illi S, Mutius E von, Lau S, Nickel R, Grüber C, Niggemann B et al. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2004; 113(5):925–31.
- [6] Roduit C, Frei R, Depner M, Karvonen AM, Renz H, Braun-Fahrlander C et al. Phenotypes of Atopic Dermatitis Depending on the Timing of Onset and Progression in Childhood. *JAMA Pediatr* 2017;171(7):655.
- [7] Wüthrich B. Clinical aspects, epidemiology, and prognosis of atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 1999;83(5):464–70.
- [8] Bieber T. Atopic Dermatitis. *Ann Dermatol* 2010;22(2):125.
- [9] Kong HH, Oh J, Deming C, Conlan S, Grice EA, Beatson MA et al. Temporal shifts in the skin microbiome associated with disease flares and treatment in children with atopic dermatitis. *Genome research* 2012; 22(5):850–9.
- [10] Oh J, Conlan S, Polley EC, Segre JA, Kong HH. Shifts in human skin and nares microbiota of healthy children and adults. *Genome medicine* 2012; 4(10):77.
- [11] Beck LA, Boguniewicz M, Hata T, Schneider LC, Hanifin J, Gallo R et al. Phenotype of atopic dermatitis subjects with a history of eczema herpeticum. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2009; 124(2): 260–9, 269.e1–7.
- [12] Chen X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection. *The Lancet. Infectious diseases* 2013;13(10):877–88.
- [13] Darabi K, Hostetler SG, Bechtel MA, Zirwas M. The role of Malassezia in atopic dermatitis affecting the head and neck of adults. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2009;60(1):125–36.
- [14] Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Ahrens F, Augustin M, Biedermann T et al. S2k-Leitlinie Neurodermitis [atopisches Ekzem ; atopische Dermatitis] – Kurzversion. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2015.
- [15] Chu H, Shin JU, Park CO, Lee H, Lee J, Lee KH. Clinical Diversity of Atopic Dermatitis: A Review of 5,000 Patients at a Single Institute. *Allergy, asthma & immunology research* 2017;9(2):158–68.
- [16] Kapoor R, Menon C, Hoffstad O, Bilker W, Leclerc P, Margolis DJ. The prevalence of atopic triad in children with physician-confirmed atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2008;58(1): 68–73.
- [17] Schneider L, Hanifin J, Boguniewicz M, Eichenfield LF, Spergel JM, Dakovic R et al. Study of the Atopic March: Development of Atopic Comorbidities. *Pediatr Dermatol* 2016; 33(4):388–98.
- [18] Silverberg JJ, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: A US population-based study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2013; 132(5):1132–8.
- [19] van der Hulst AE, Klip H, Brand PLP. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: A systematic review. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2007;120 (3):565–9.
- [20] Wassmann A, Werfel T. Atopic eczema and food allergy. *Chemical immunology and allergy* 2015;101: 181–90.
- [21] Bergmann MM, Caubet J-C, Boguniewicz M, Eigenmann PA. Evaluation of food allergy in patients with atopic dermatitis. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice* 2013;1(1):22–8.
- [22] Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF et al. Randomized Trial of Peanut Consumption in Infants at Risk for Peanut Allergy. *N Engl J Med* 2015;372(9):803–13.

- [23] Manam S, Tsakok T, Till S, Flohr C. The association between atopic dermatitis and food allergy in adults. *Current opinion in allergy and clinical immunology* 2014;14(5):423–9.
- [24] Beattie* PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol* 2006;155(1):145–51.
- [25] Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2013;131(2):428–33.
- [26] Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2012;26(8):1045–60.
- [27] Briot A, Deraison C, Lacroix M, Bonnart C, Robin A, Besson C et al. Kallikrein 5 induces atopic dermatitis-like lesions through PAR2-mediated thymic stromal lymphopoietin expression in Netherton syndrome. *The Journal of Experimental Medicine* 2009;206(5):1135–47.
- [28] Palmer CNA, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, Zhao Y, Liao H, Lee SP et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet* 2006;38(4):441–6.
- [29] Cork MJ, Britton J, Butler L, Young S, Murphy R, Keohane SG. Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *Br J Dermatol* 2003;149(3):582–9.
- [30] Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Arents BWM. Emollients and moisturizers for eczema: Abridged Cochrane systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol* 2017;177(5):1256–71.
- [31] Breternitz M, Kowatzki D, Langenauer M, Elsner P, Fluhr JW. Placebo-Controlled, Double-Blind, Randomized, Prospective Study of a Glycerol-Based Emollient on Eczematous Skin in Atopic Dermatitis: Biophysical and Clinical Evaluation. *Skin Pharmacol Physiol* 2008;21(1):39–45.
- [32] Lodén M, Andersson A-C, Anderson C, Bergbrant I-M, Frödin T, Öhman H et al. A Double-Blind Study Comparing the Effect of Glycerin and Urea on Dry, Eczematous Skin in Atopic Patients. *Acta Derm Venerol* 2002;82(1):45–7.
- [33] Brunner PM, Khattri S, Garcet S, Finney R, Oliva M, Dutt R et al. A mild topical steroid leads to progressive anti-inflammatory effects in the skin of patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2016;138(1):169–78.
- [34] Hanifin J, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. *Br J Dermatol* 2002;147(3):528–37.
- [35] Eichenfield LF, Hanifin JM, Beck LA, Lemanske RF, Sampson HA, Weiss ST et al. Atopic Dermatitis and Asthma: Parallels in the Evolution of Treatment. *PEDIATRICS* 2003;111(3):608–16.
- [36] Bornhövd E, Burgdorf WHC, Wollenberg A. Macrolactam immunomodulators for topical treatment of inflammatory skin diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2001;45(5):736–43.
- [37] Meurer M, Fölster-Holst R, Wozel G, Weidinger G, Jünger M, Bräutigam M et al. Pimecrolimus Cream in the Long-Term Management of Atopic Dermatitis in Adults: A Six-Month Study. *Dermatology* 2002;205(3):271–7.
- [38] Nakahara T, Morimoto H, Murakami N, Furue M. Mechanistic insights into topical tacrolimus for the treatment of atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 2018;29(3):233–8.
- [39] Jensen J, Weppner M, Dähnhardt-Pfeiffer S, Neumann C, Bräutigam M, Schwarz T et al. Effects of Pimecrolimus Compared with Triamcinolone Acetonide Cream on Skin Barrier Structure in Atopic Dermatitis: A Randomized, Double-blind, Right–Left Arm Trial. *Acta Derm Venerol* 2013;93(5):515–9.
- [40] Schommer A, Matthies C, Petersen I, Augustin M. Effektivität einer Polidocanol-Harnstoff-Kombination bei trockener, juckender Haut. *Akt Dermatol* 2007;33(01/02):33–8.
- [41] Fölster-Holst R, Latussek E. Synthetic Tannins in Dermatology?: A Therapeutic Option in a Variety of Pediatric Dermatoses. *Pediatr Dermatol* 2007;24(3):296–301.
- [42] MUNKVAD M. A comparative trial of Clinitar* versus hydrocortisone cream in the treatment of atopic eczema. *Br J Dermatol* 1989;121(6):763–6.
- [43] Thum D, Seidl H-P, Hein R, Ring J, Andres C, Mempel M. Current resistance patterns of *Staphylococcus aureus* towards topical antibiotics and relevant antiseptics in patients with atopic dermatitis and impetigo. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology JDDG* 2013;11(9):875–8.
- [44] Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of atopic eczema: An updated Cochrane review. *Br J Dermatol* 2011;164(1):228.

- [45] Garritsen FM, Brouwer MWD, Limpens J, Spuls PI. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: An updated systematic review with implications for practice and research. *Br J Dermatol* 2014; 170(3):501–13.
- [46] Rodenbeck DL, Silverberg JL, Silverberg NB. Phototherapy for atopic dermatitis. *Clinics in Dermatology* 2016;34(5):607–13.
- [47] Seegräber M, Srour J, Walter A, Knop M, Wollenberg A. Dupilumab for treatment of atopic dermatitis. Expert review of clinical pharmacology 2018;11(5):467–74.
- [48] Beck LA, Thaçi D, Hamilton JD, Graham NM, Bieber T, Rocklin R et al. Dupilumab Treatment in Adults with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis. *N Engl J Med* 2014;371(2): 130–9.
- [49] Thaçi D, Simpson EL, Beck LA, Bieber T, Blauvelt A, Papp K et al. Efficacy and safety of dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical treatments: A randomised, placebo-controlled, dose-ranging phase 2b trial. *The Lancet* 2016;387(10013):40–52.
- [50] Gooderham MJ, Hong HC-H, Eshtiaghi P, Papp KA. Dupilumab: A review of its use in the treatment of atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2018;78(3 Suppl 1):S28–S36.
- [51] Simpson EL, Lacour J-P, Spelman L, Galimberti R, Eichenfield LF, Bissonnette R et al. Baricitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis and inadequate response to topical corticosteroids: Results from two randomized monotherapy phase III trials. *Br J Dermatol* 2020; 183(2):242–55.
- [52] Schmitt J, Schmitt N, Meurer M. 2007. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema – a systematic review and meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 21, 5, 606–619.
- [53] Zachariae H, Kragballe K, Hansen HE, Marcussen N, Olsen S. Renal biopsy findings in long-term cyclosporin treatment of psoriasis. *Br J Dermatol* 1997;136(4):531–5.
- [54] Haeck IM, Knol MJ, Berge O ten, van Velsen SGA, Bruin-Weller MS de, Bruijnzeel-Koomen CAFM. Enteric-coated mycophenolate sodium versus cyclosporin A as long-term treatment in adult patients with severe atopic dermatitis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2011;64(6):1074–84.
- [55] Schaft J, Politiek K, Reek JMPA, Kievit W, Jong EMGJ, Bruijnzeel-Koomen CAFM et al. Drug survival for azathioprine and enteric-coated mycophenolate sodium in a long-term daily practice cohort of adult patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2016;175(1):199–202.
- [56] Dvorakova V, O'Regan GM, Irvine AD. Methotrexate for Severe Childhood Atopic Dermatitis: Clinical Experience in a Tertiary Center. *Pediatr Dermatol* 2017;34(5):528–34.
- [57] Fuggle NR, Bragoli W, Mahto A, Glover M, Martinez AE, Kinsler VA. The adverse effect profile of oral azathioprine in pediatric atopic dermatitis, and recommendations for monitoring. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2015;72(1): 108–14.
- [58] Drucker AM, Eyerich K, Bruin-Weller MS de, Thyssen JP, Spuls PI, Irvine AD et al. Use of systemic corticosteroids for atopic dermatitis: International Eczema Council consensus statement. *Br J Dermatol* 2018; 178(3):768–75.
- [59] Heratizadeh A, Werfel T, Wollenberg A, Abraham S, Plank-Habibi S, Schnopp C et al. Effects of structured patient education in adults with atopic dermatitis: Multicenter randomized controlled trial. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2017;140(3):845–853.e3.
- [60] Bath-Hextall FJ, Jenkinson C, Humphreys R, Williams HC. Dietary supplements for established atopic eczema. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;225(731):233.
- [61] Böhme M, Kull I, Bergström A, Wickman M, Nordvall L, Pershagen G et al. Parental smoking increases the risk for eczema with sensitization in 4-year-old children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2010;125(4):941–3.
- [62] Fotopoulou M, Iordanidou M, Vasileiou E, Trypsianis G, Chatzimichael A, Paraskakis E. A short period of breastfeeding in infancy, excessive house cleaning, absence of older sibling, and passive smoking are related to more severe atopic dermatitis in children. *European journal of dermatology EJD* 2018;28(1):56–63.
- [63] Krämer U, Lemmen CH, Behrendt H, Link E, Schäfer T, Gostomzyk J et al. The effect of environmental tobacco smoke on eczema and allergic sensitization in children. *Br J Dermatol* 2004;150(1):111–8.
- [64] Schäfer T, Bauer C-P, Beyer K, Bufe A, Friedrichs F, Gielert U et al. S3-Guideline on allergy prevention: 2014 update: Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and the German Society for Pediatric and Adolescent Medicine (DGKJ). *Allergo journal international* 2014;23(6):186–99.
- [65] Lodge CJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Tham R, Lowe AJ et al. Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica (Oslo, Norway 1992)* 2015;104(467):38–53.
- [66] Osborn DA, Sinn JK, Jones LJ. Infant formulas containing hydrolysed pro-

tein for prevention of allergic disease. The Cochrane database of systematic reviews 2018;10:CD003664.

- [67] Peldan P, Kukkonen AK, Savilahti E, Kuitunen M. Perinatal probiotics decreased eczema up to 10 years of age, but at 5–10 years, allergic rhino-conjunctivitis was increased. *Clinical and experimental allergy journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology* 2017;47(7):975–9.
- [68] Roduit C, Frei R, Loss G, Büchele G, Weber J, Depner M et al. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2012;130(1):130–6.e5.
- [69] Roerdink EM, Flokstra-de Blok BMJ, Blok JL, Schuttelaar M-LA, Niggemann B, Werfel T et al. Association of food allergy and atopic dermatitis exacerbations. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2016;116(4):334–8.
- [70] Sinagra JL, Bordignon V, Ferraro C, Cristaudo A, Di Rocco M, Amorosi B et al. Unnecessary Milk Elimination Diets in Children with Atopic Dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2007;24(1):1–6.
- [71] Berth-Jones J. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: Randomised, double blind, parallel group study. *BMJ* 2003;326(7403):1367–0.
- [72] van der Meer, Glazenburg, Mulder, Eggink, Coenraads. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. *Br J Dermatol* 1999;140(6):1115–21.
- [73] Wollenberg A, Frank R, Kroth J, Ruzicka T. Proactive therapy of atopic eczema –an evidence-based concept with a behavioral background. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2009;7(2):117–21.
- [74] Wollenberg A, Reitamo S, Girolomoni G, Lahfa M, Ruzicka T, Healy E et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment. *Allergy* 2008;63(7):742–50.
- [75] Lee CH, Chuang HY, Hong CH, Huang SK, Chang YC, Ko YC et al. Lifetime exposure to cigarette smoking and the development of adult-onset atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2011;361(Suppl):no-no.
- [76] Kantor R, Silverberg JI. Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis. *Expert Review of Clinical Immunology* 2016;13(1):15–26.
- [77] Kim Y-M, Kim J, Han Y, Jeon B-H, Cheong H-K, Ahn K et al. Short-term effects of weather and air pollution on atopic dermatitis symptoms in children: A panel study in Korea. *PLoS ONE* 2017;12(4):e0175229.
- [78] Silverberg JI, Kleiman E, Lev-Tov H, Silverberg NB, Durkin HG, Joks R et al. Association between obesity and atopic dermatitis in childhood: A case-control study. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2011; 127(5):1180–6.e1.
- [79] Schäfer T, Stieger B, Polzius R, Krauspe A. Associations between cat keeping, allergen exposure, allergic sensitization and atopic diseases: Results from the Children of Lübeck Allergy and Environment Study (KLAUS). *Pediatr Allergy Immunol* 2009;20(4):353–7.
- [80] Bremner SF, Simpson EL. Dust mite avoidance for the primary prevention of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Allergy Immunol* 2015;26(7):646–54.
- [81] Yamamoto-Hanada K, Yang L, Narita M, Saito H, Ohya Y. Influence of antibiotic use in early childhood on asthma and allergic diseases at age 5. *Annals of allergy, asthma & immunology official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology* 2017;119(1):54–8.
- [82] Carson CG, Halkjaer LB, Jensen SM, Bisgaard H. Alcohol intake in pregnancy increases the child's risk of atopic dermatitis. the COPSAC prospective birth cohort study of a high risk population. *PLoS ONE* 2012; 7(8):e42710.
- [83] Reese I, Werfel T. Do long-chain omega-3 fatty acids protect from atopic dermatitis? *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2015(13):879–85.
- [84] Roduit C, Wohlgensinger J, Frei R, Bitter S, Bieli C, Loeliger S et al. Prenatal animal contact and gene expression of innate immunity receptors at birth are associated with atopic dermatitis. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2011; 127(1):179–85, 185.e1.

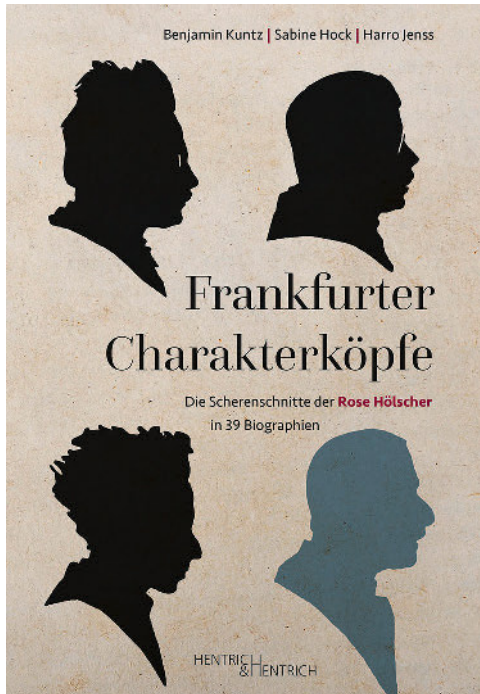
Interessenkonflikt

Dr. med. Victoria Mortasawi gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Prof. Dr. med. Wolfgang Pfützner erhielt Vortragshonorare von ALK-Abello, Thermo Fisher, Novartis und

Sanofi. Er ist darüber hinaus im Advisory Board von ALK-Abello tätig und geht Forschungsaktivitäten für ALK-Abello und Novartis nach.

100 Jahre „Frankfurter Charakterköpfe aus der Medizinischen Fakultät“

Scherenschnittsammlung der Ärztin Rose Hölscher von 1921 wird neu aufgelegt: Gespräch mit Dr. Benjamin Kuntz über die spannende Spurensuche



Benjamin Kuntz, Sabine Hock, Harro Jenss: Frankfurter Charakterköpfe/Die Scherenschnitte der Rose Hölscher in 39 Biographien. Hentrich & Hentrich Verlag Berlin Leipzig. Erscheint voraussichtlich 11/2021. ca. 168 Seiten, Hardcover, 80 Abb. ISBN: 9783955654856, ca. 17.90 €

Rund 100 Jahre ist es her, dass die Medizinstudentin Rose Hölscher 39 Scherenschnitte von Mitgliedern der Frankfurter Medizinischen Fakultät anfertigte und in einer kleinen Auflage drucken ließ – als eine Gabe für die Porträtierten und „als Erinnerung für spätere Zeiten“.

100 Jahre später stoßen der Medizinhistoriker Dr. Benjamin Kuntz, der Internist und Gastroenterologe Dr. Harro Jenss und die Frankfurter Stadthistorikerin Dr. Sabine Hock auf das Büchlein. Die anschließende Spurensuche nach den Lebenswegen der Abgebildeten und der Künstlerin/Autorin selbst mündet in die kommentierte Neuherausgabe der „Frankfurter Charakterköpfe“ – ein besonderes Zeugnis Frankfurter Medizingeschichte, das zum Jahres-

wechsel 2021/22 bei Hentrich & Hentrich erscheinen wird.

Im Gespräch erklärt Dr. Kuntz, was ihn an medizinhistorischer Forschung fasziniert, und gewährt einen Einblick in die Hintergründe des Scherenschnitt-Projektes.

Herr Dr. Kuntz, am Robert Koch-Institut forschen Sie zu sozialen Einflussfaktoren und deren Folgen für die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. Zugleich schlägt Ihr Herz auch für medizinhistorische Themen. Woher kommt Ihre Faszination für Medizingeschichte?

Dr. Benjamin Kuntz: Bereits in der Schule war ich an historischen Themen interessiert. Nach meinem Public Health-Studium an der Universität Bielefeld kam ich 2011 nach Berlin ans RKI und hatte gewissen Respekt vor der über 100-jährigen Geschichte des Hauses mit den ganzen medizinhistorischen Größen und Nobelpreisträgern, wie Robert Koch selbst, Emil von Behring oder Paul Ehrlich.

Der konkrete Auslöser war aber 2017, als mich mein Mentor und damaliger Chef Thomas Lampert [1] um die Erstellung von Folien bat über die Wegbereiter der deutschen Sozialmedizin. Einige davon sind bekannt, wie Rudolf Virchow oder Salomon Neumann. Auch gibt es einen Klassiker der Sozialmedizin, das Handbuch „Krankheit und soziale Lage“ von 1913, das häufig nach den beiden Herausgebern, den Berliner jüdischen Ärzten Max Mosse und Gustav Tugendreich, als „Mosse/Tugendreich“ abgekürzt wird. Das Buch kannte ich aus dem Studium, aber erst während meiner Recherche fiel mir auf, dass die Datenlage zu Tugendreich dünn war.

Offensichtlich weckte die spärliche Datenlage Ihre Neugier und gab den Anstoß zu einer Biografie über den deutschjüdischen Kinderarzt Gustav Tugendreich?

Kuntz: Ja, richtig. Abgesehen von der knappen Information, dass Tugendreich

Kinderarzt und Sozialmediziner in Berlin war und später vor den Nazis in die USA fliehen musste, gab es nicht mal ein Foto. Also recherchierte ich auf eigene Faust und fand heraus, dass sein Sohn, der Journalist Tom Tugend, der noch in Berlin als Kind die Pogromnacht miterlebt hat, mit weit über 90 Jahren in Los Angeles lebt und eine von dessen Töchtern als Journalistin bei der New York Times arbeitet.

Ich nahm Kontakt auf, der auch herzlich erwidert wurde, flog zweimal in die USA und konnte so mein erstes medizinhistorisches Buch fertigstellen. 2019 kam der hochbetagte Herr sogar selbst nach Berlin – anlässlich der Verlegung von Stolpersteinen vor dem ehemaligen Haus seiner Familie. In gewisser Weise verhalf das Buchprojekt dem Sohn dazu, von dem noch in Deutschland erschaffenen Lebenswerk des Vaters zu erfahren: etwa über dessen mit der UFA entwickelten Aufklärungsfilm „Wie bleibe ich gesund?“ von 1922, einen der ersten Gesundheitsfilme überhaupt.

Sie haben auch eine Biografie der deutschjüdischen Kinderärztin und Auschwitz-Überlebenden Lucie Adelsberger herausgegeben. Wie wurden Sie auf Adelsberger aufmerksam?

Kuntz: Nach Fertigstellung des Tugendreich-Projekts, das in meiner Freizeit entstanden war, stand bereits das nächste Vorhaben an. In einem Handbuch über von den Nazis verfolgte jüdische Kinderärzte stieß ich auf Adelsberger, die als Berliner Kinderärztin am RKI die Allergieforschung vorangetrieben hat. Als Auschwitz-Überlebende hat sie später in New York ein Buch über die Zeit im Vernichtungslager geschrieben und in der Krebsforschung gearbeitet. Für die Biografie über Adelsberger nahm ich mir ein Sabbatical.

Mittlerweile ist Medizingeschichte zu meinem Hauptberuf geworden. Ich arbeite auf jeweils einer halben Stelle im RKI-Mu-

seum und an der Charité. So folgt ein Projekt aufs andere, und nach den beiden Einzelbiografien widme ich mich nun gemeinsam mit den Kollegen der Sammlung der „Charakterköpfe“.

Bei den „Charakterköpfen“ handelt es sich um die aktualisierte Herausgabe der Scherenschnitte ärztlicher Größen, die die Studentin Rose Hölscher angefertigt und 1921 veröffentlicht hatte. Wie und wo haben Sie diese bibliophile Rarität, die 39 Scherenschnitte von Mitgliedern der Medizinischen Fakultät mit deren Unterschriften enthält, wiederentdeckt?

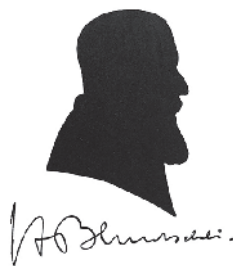
Kuntz: Ich hatte mich vor einiger Zeit mit dem Internisten Harro Jenss [2], der auch Biografien bei dem auf jüdische Geschichte spezialisierten Verlag Hentrich & Hentrich publiziert hat, zusammengetan für einen gemeinsamen Gedenkbeitrag zum 150. Geburtstag von Rahel Hirsch – einer gebürtigen Frankfurterin, die 1913 als erste Ärztin einen Professorentitel verliehen bekam, an der Berliner Charité tätig war und später nach London floh.



Otto Riesser (1882–1949), Pharmakologe

Bei der Recherche stießen wir bei einem Online-Antiquariat auf das kuriose Scherenschnittbüchlein und erwarben es kurzerhand. Schnell wurde uns klar, dass wir einen seltenen Schatz in den Händen hielten. Das Büchlein ist kleiner als das A5-Format und enthält so gut wie keinen Text, sondern nur ein kurzes, kryptisches Vorwort. Darin schreibt Rose Hölscher „zu Pfingsten 1921“, dass sie anlässlich des Abschlusses ihres Medizinstudiums in Frankfurt diese Scherenschnittsammlung als Geschenk hat drucken lassen für ihre Kommilitonen und Dozenten. Das zum Andenken gedachte Werk erschien in einer ganz kleinen Auflage.

Wir waren fasziniert davon, dass die Erst-erscheinung nun genau 100 Jahre zurück-



Hans Bluntschli (1877–1962), Anatom

liegt. Auch war unsere Neugierde dadurch geweckt, dass nach den 39 Seiten mit rein schwarzen Silhouetten und gedruckten Originalautogrammen der porträtierten Medizinprofessoren auf der letzten Seite eine kleine Liste folgt, die die Abgebildeten benennt, allerdings mit abgekürztem Vornamen, wie „K. Herxheimer“. Und sonst nichts. Das Buch schien uns eine Knobelaufgabe zu stellen, und wir versuchten, alle 39 Namen und Personen zusammenzukriegen. Einige waren uns sofort geläufig, bei anderen mussten wir lange rätseln. So hat sich dieses Projekt entwickelt.

Später haben Harro Jenss und ich uns Verstärkung geholt: Die Frankfurter Stadthistorikerin Dr. Sabine Hock, die an dem seit 2014 online erscheinenden „Frankfurter Personenlexikon“ arbeitet, ist mit von der Partie. Unser interdisziplinäres Team ist auch generationsübergreifend: mit Harro Jenss, Jahrgang 1948, als promoviertem Mediziner; Sabine Hock, Jahrgang 1965, als promovierter Germanistin und Journalistin, und meiner Wenigkeit, Jahrgang 1985, als promoviertem Gesundheitswissenschaftler. Gemeinsam sind wir fasziniert von der heute weitgehend vergessenen Kunstform des Scherenschnitts und von der Spurensuche hinter den abgebildeten Personen.

Was unterscheidet die Neuauflage dieser Scherenschnitt-Sammlung, die Sie gerade vorbereiten, von der Erstausgabe?

Kuntz: Die Neuauflage wird folgende Rätsel lüften: Wer sind die Abgebildeten – und was ist aus ihnen geworden? Wie verlief ihr Leben nach 1933, das heißt, wer hat eine Opfer-, wer eine Täterbiografie? Und wer ist eigentlich die Künstlerin/Autorin selbst? Die Einleitung wird sich der Person Rose Hölscher widmen; die Scherenschnitte selbst werden um

entsprechende Kurzbiografien ergänzt. Damit hoffen wir, ein einzigartiges Zeugnis der Frankfurter Medizingeschichte in ein ganz neues Licht zu rücken.

Welche Erkenntnisse hat Ihre Spurensuche zu Tage gefördert? Was sagen Tätigkeit und Lebenswege der Porträtierten über die Geschichte der Medizin ihrer Zeit aus?

Kuntz: Was uns sehr verblüfft hat, war, dass die in Frankfurt erst zu Beginn des Ersten Weltkrieges 1914 gegründete Medizinische Fakultät nur sieben Jahre später – zum Zeitpunkt der Erstauflage der „Charakterköpfe“ – Anziehungspunkt für zahlreiche prominente und herausragende Ärzte war. Die 39 Abgebildeten sind als erste Generation der Frankfurter Universitätsmedizin allesamt männlich, porträtiert wurden sie aber von einer Frau und Vertreterin der ersten Studierenden- generation in Frankfurt.

28 der Abgebildeten tauchen in dem von Isidor Fischer herausgegebenen „Biographischen Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre“ (1932/33) auf, das heißt etwa drei Viertel der Porträtierten waren auf ihrem Fachgebiet führend. Sie alle hat Rose Hölscher persönlich gehört. Nach vielen von ihnen sind heute Medizinpreise benannt – etwa die Karl-Herxheimer-Medaille, die höchste Auszeichnung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zu Ehren des Frankfurter Hautarztes Karl Herxheimer.

Es lässt sich also eine unglaubliche Dichte von fähigen Medizinerinnen beobachten, die von der neuen Universität im damals stark jüdisch geprägten Frankfurt angezogen waren. Man sollte nicht vergessen, dass es für jüdische Ärzte auch in der Weimarer Republik sehr schwierig war, die Berufung auf einen Lehrstuhl oder auch nur einen Lehrauftrag zu erhalten. Es mag leichter gewesen sein, an einer neugegründeten Universität mit nicht ganz so verfestigten Vorurteilen und verkrusteten Strukturen Fuß zu fassen.

Spannenderweise waren wir bei unserer Recherche im Archiv darauf gestoßen, dass bereits 1977 und 1991 zweimal kurze Artikel im Hessischen Ärzteblatt erschienen waren, die einige dieser „Charakterköpfe“ exemplarisch vorgestellt hatten [3, 4]. Aber das ist nun auch schon länger her.

Scherenschnitte: Rose Hölscher

Welche Persönlichkeiten hinter den „Charakterköpfen“ haben Sie besonders beeindruckt?

Kuntz: Sehr fasziniert bin ich von der Geschichte des Dermatologen Karl Herxheimer, der die Frankfurter Universität mitgegründet hatte, aus eigenem Vermögen großzügig an die Stadt Frankfurt und die Universität spendete und später 80-jährig nach Theresienstadt deportiert wurde und dort umkam. Generell hat die Familie Herxheimer Frankfurt stark geprägt: So hatte Karls älterer Bruder Salomon eine Hautpoliklinik in Frankfurt gegründet, die Karl Herxheimer nach dem Unfalltod des Bruders 1899 ebenfalls übernahm. Das Schicksal Herxheimers steht stellvertretend für die Schicksale anderer verfolgt und getöteter Ärzte; gleichzeitig ist seine Leistung in seinem Fach, der Dermatologie, bis heute unvergessen.

Ein anderer Porträierter hat dagegen, wie bei der Hälfte der Abgebildeten, nicht mal einen Wikipedia-Eintrag, was durchaus ein Kriterium für fehlende Bekanntheit ist. Ich spreche vom Orthopäden Walter Veit Simon. Der mit dem Berliner Maler Max Liebermann verwandte Veit Simon hat neben seiner orthopädischen Tätigkeit in den 1930er-Jahren als Sportarzt des FSV Frankfurt gearbeitet. Nachdem ich seinen heute in den Niederlanden lebenden Enkel Peter Simon kontaktiert hatte, erfuhr ich, dass Veit Simon nach der Pogromnacht nach Buchenwald deportiert wurde, dort aber unter der Auflage, mit seiner Familie sofort das Land zu verlassen, entlassen wurde. Er floh nach Chile, wo er in den 1950er-Jahren verstarb.

Erst 2020, kurz vor Ausbruch der Corona-Pandemie und kurz nachdem ich den Enkel kontaktiert hatte, war dieser nach Chile gereist, um das Grab des Großvaters auf dem jüdischen Friedhof von Santiago de Chile zu suchen. Als ich dann das Foto des Grabes in den Händen hielt, hatte ich echte Gänsehaut. Über den Enkel erhielt ich weitere Dokumente, um das Leben Veit Simons nachzuzeichnen. So erfuhr ich, dass dieser im Ersten Weltkrieg als Sanitätsarzt gedient und ein Kriegstagebuch geführt hatte. Ebenfalls zugeschickt wurden mir seine Erinnerungen an die Zeit in Buchenwald – alles einzigartiges, unveröffentlichtes Material, das wir nun auf den drei bis vier Seiten pro Kurzbiografie nur verknappt unterbringen können.

Rund die Hälfte der Porträtierten waren nach nationalsozialistischer Definition Juden. Auch Rose Hölscher musste als Ehefrau des deutschjüdischen Arztes Ernst Friedrich Müller 1933 in die USA emigrieren. Herr Dr. Kuntz, Ihre medizinhistorischen Projekte nehmen immer wieder auch die deutschjüdische Geschichte des 20. Jahrhunderts in den Blick. Woher rührt Ihr Interesse daran?

Kuntz: Ich stamme aus einer katholischen Familie, habe also keine jüdischen Wurzeln. Am RKI wurde ich aber mit der Fülle von namhaften jüdischen Ärzten und Forschern der Vergangenheit konfrontiert, wie Paul Ehrlich und Lydia Rabinowitsch-Kempner. Machen wir uns nichts vor: Jüdinnen und Juden wurde das Leben – auch in der Wissenschaft, bereits vor den Nazis – extrem schwer gemacht, sehr oft wurden ihnen aus antisemitischen Gründen Lehrstühle ver-

weigert. Umso beeindruckender ist, wie sehr jüdische Ärzte die Medizin geprägt und vorangebracht haben.

So zeigt z. B. die Statistik für 1933, dass zu dieser Zeit etwa 0,9 % der Bevölkerung in Deutschland jüdisch waren. Unter den Medizinern lag der Anteil von Juden dagegen bei 15–16 % und in manchen Fächern noch weitaus höher: etwa in der Pädiatrie, wo 50 % der Ärztinnen und Ärzte jüdisch waren.

Es lässt sich kaum ausmalen, was für einen Verlust die Verfolgung und Ermordung dieser Menschen für Deutschland bis heute bedeutet. Zugleich darf man nicht vergessen, dass die Nazis eine doppelte Auslöschung beabsichtigten – die physische durch Ermordung und die symbolische durch Vergessen. So wurden Straßen umbenannt, wegweisende Lehrbücher unbenutzbar, „arischen“ Autoren zugeschrieben... Es geht also um ein doppeltes Unrecht, das erst seit den 1990er-Jahren verstärkt ans Tageslicht kommt. Nach dem Tod der Nutznießer dieses Unrechtes, die nach dem Krieg in Amt und Würden waren, sowie ihrer Schüler scheuen viele Fachgesellschaften und Universitäten nicht mehr den Blick in die eigene Vergangenheit. Bis heute lässt sich bei diesem Prozess der späten Aufarbeitung kein Schlussstrich ziehen: Vieles ist noch immer nicht bekannt.

Zudem ist das laufende Jahr 2021 ein großes Gedenkjahr für 1700 Jahre jüdisches Leben in Deutschland – bezogen auf die erste urkundliche Erwähnung von Juden im Gebiet des heutigen Deutschland durch ein Edikt von Kaiser Konstantin aus dem Jahr 321 [5]. Verbunden mit dem 130-jährigen Bestehen des RKI verantwortete ich gerade ein Podcast-Projekt, wo der jüdischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nach 1933 entlassen worden waren, gedacht wird.⁶ Es geht also darum, Licht ins Dunkel zu bringen: den Verfolgten – wenn auch posthum – ihre Würde zurückzugeben und an ihre Errungenschaften zu erinnern.

Interview: Alla Soumm

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

Zur Person von Dr. Benjamin Kuntz

Als Gesundheitswissenschaftler am Robert Koch-Institut hat Dr. Benjamin Kuntz zu der Auswirkung sozialer Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen geforscht. Darüber hinaus ist Kuntz Autor zweier Arztbiografien im Rahmen der von Hermann Simon herausgegebenen Buchreihe „Jüdische Miniaturen“:

- 2019: Biografie von Gustav Tugendreich (1876–1948), Kinderarzt, Sozi-

alhygieniker, Pionier im öffentlichen Gesundheitsdienst

- 2020: Biografie von Lucie Adelsberger (1895–1971), Kinderärztin, Internistin, Allergologin sowie Chronistin von Auschwitz



Foto: privat

Literatur zum Artikel:

100 Jahre „Frankfurter Charakterköpfe aus der Medizinischen Fakultät“

**Scherenschnittsammlung der Ärztin Rose Hölscher von 1921 wird neu aufgelegt:
Gespräch mit Dr. Benjamin Kuntz über die spannende Spurensuche**

[1] PD Dr. phil. Thomas Lampert (gest. 2020), ehem. Leiter der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am RKI.

[2] Dr. Harro Jenss, Autor von Biografien über die deutschjüdischen Mediziner Ismar Boas, Ferdinand Blumenthal und Hermann Strauß.

[3] Prof. Dr. med. Joseph Gottlieb: „Frankfurter Charakterköpfe aus der medizinischen Fakultät von einst“. In: HÄBL 05/1977, S. 549–553.

[4] Prof. Dr. med. Erich Landes: „Charakterköpfe der Frankfurter Medizinischen Fakultät im Scherenschnitt“. In: HÄBL 10/1991, S. 515f.

[5] <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/1700-jahre-juedisches-leben-1854114>.

[6] RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Museum_Kunst/erinnerungszeichen.html; Podcast: <https://erinnerungszeichen-rki.de>.

Talking about sex?!

Sexualmedizin als Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung 2020

Die Frage „Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexleben oder soll sich etwas ändern?“ sollte in einem ärztlichen Anamnesegespräch nicht fehlen. Trotz eventuell erlebter Peinlichkeit möchten Patient*innen von ihren Ärzt*innen zur Sexualität befragt werden [1]. Gleichzeitig werden nur in den seltensten Fällen Sexualanamnesen durchgeführt – 85 % der Frauen und 98 % der Männer gaben an, dass noch nie eine Sexualanamnese bei ihnen erhoben wurde [2]. Als Hauptproblem der Nicht-Thematisierung wurden von Hausärzt*innen neben der Annahme, dass das Thema den Patient*innen unangenehm sein könnte, Zeitmangel, unterschiedliche Geschlechtszugehörigkeit, aber vor allem die eigene Unsicherheit genannt [3]. Nicht verwunderlich, da die Sexualmedizin in der universitären Ausbildung zu meist eine untergeordnete Rolle spielt bzw. lediglich im Rahmen von Modellprojekten thematisiert wird.

Sexuelles Wohlbefinden

Sexualmedizin beschäftigt sich als Teilgebiet der Medizin mit allen Aspekten, die der Erhaltung und Förderung der sexuellen Gesundheit dienen. Als klinisches Fach umfasst es die „Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen oder Erkrankungen, welche die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten sowie die geschlechtliche Identität betreffen“ [4, S. 6]. In einem interdisziplinären Diskurs verbindet Sexualmedizin verschie-

dene medizinische Fachrichtungen und integriert relevante Aspekte der benachbarten Humanwissenschaften wie auch verschiedener Psychotherapieschulen. Die sexuelle Gesundheit „ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität und ist direkt mit Fragen von Menschenrechten und Lebensqualität verknüpft“ [5].

Das sexuelle Wohlbefinden entsteht in einem Gleichgewicht aus körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, die sich gegenseitig positiv, aber auch negativ beeinflussen können. Auch die Biografie des Menschen prägt die individuelle Ausgestaltung der Sexualität. Sexualität ist mehrdimensional und multifunktional, und deren drei Dimensionen bilden die Grundlage, um sexuelle Gesundheit wie auch Störungen zu erfassen. Neben der Lust- und der Fortpflanzungsdimension ist es die Beziehungsdimension, die Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse wie Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit [6]. Sexuelle Funktionsstörungen tangieren zumeist nicht nur die Fortpflanzungs- und Lustdimension, sondern wirken sich auch auf die Beziehungsdimension aus. In dieser Vielschichtigkeit fokussiert die Sexualmedizin ebenfalls auf Beziehungsaspekte sexueller Störungen, sodass sich der therapeutische Fokus von einer individuumzentrierten Sichtweise unter Einbezug der Partner*innen auf das Paar als Patienten verschiebt.

Drei Gruppen von Sexualstörungen

Im aktuellen medizinischen Klassifikationssystem werden im Wesentlichen drei Gruppen von Sexualstörungen unterschieden: die sexuellen Funktionsstörungen, die Störungen der Sexualpräferenz sowie die Störungen der Geschlechtsidentität. Erweiternd sind für das Indikationsgebiet die Störungen der sexuellen Entwicklung und der sexuellen Reproduktion zu nennen. Einzelne Störungen können sich gegenseitig bedingen oder überlappend auftreten. So kann z. B. eine in das Selbstbild nicht integrierte sexuelle Präferenzstörung zu sexuellen Funktionsstörungen, z. B. zur Erektionsstörung, führen.

Die sexuellen Funktionsstörungen lassen sich nach ihrem Auftreten während des sexuellen Reaktionszyklus den Phasen Appetenz, Erregung, Orgasmus und Entspannung zuordnen. Neben den Luststörungen werden unter anderem Krankheitsbilder wie die Ejaculatio praecox oder Erektionsstörung beim Mann oder die Lubrikationsstörung, der Vaginismus und die Dyspareunie bei den Frauen darunter subsumiert. Nach dem Männergesundheitsbericht leidet jeder vierte Mann mit dem Primärsymptom einer Erektionsstörung unter einem noch unerkannten Diabetes mellitus, jeder dritte weist eine relevante unerkannte Koronarstenose auf [7].

In Befragungen stehen hohe Prävalenzraten sexueller Funktionsstörungen, 40–45 % bei Frauen und 20–30 % bei

Online-Artikel:

Psychosomatik in der Allgemeinmedizin



Dr. med. Wolfgang Hönnmann, langjähriger Leiter der Kurse „Psychosomatische Grundversorgung“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, skizziert in einem Artikel seine Erfahrungen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Er beschreibt detailliert psychosomatisches Denken und Erleben, um Sensibilität und Sichtweise auf den „ganzen Menschen“ zu schärfen. Mit diesem Verständnis kann Allgemeinmedizin und hausärztliches Anliegen gelingen.

Den Artikel „Psychosomatik in der Allgemeinmedizin“ lesen Sie exklusiv auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. Der QR-Code für Smartphones führt direkt zur Online-Ausgabe 09/2921.

Männern [8], hohen Zahlen unbehandelter Patient*innen mit sexueller Dysfunktion, 85 % der Frauen und 91 % der Männer, gegenüber [2]. Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen geben eine beeinträchtigte Lebensqualität sowie höhere Depressionswerte als Personen ohne eine solche Störung an.

Störungen der Sexualpräferenz oder Paraphilien beschreiben ein von der sogenannten Norm abweichendes sexuelles Interesse oder abweichende Verhaltensweisen. Die Frage nach einer Veränderbarkeit des paraphilen Interesses gilt heute als empirisch ungeklärt [9]. Die Betroffenen leiden unter einem intensiven und anhaltenden sexuellen Bedürfnis, das nicht auf genitale Stimulation oder sexuelle Handlungen mit einwilligenden Erwachsenen orientiert ist. In der Regel richtet sich das Begehren auf nichtmenschliche Objekte, das Leiden bzw. die Demütigung von sich selbst bzw. Anderen oder auf Kinder bzw. nicht einwilligende Personen. Diagnostisch relevant ist, ob das sexuelle Interesse zu Leidensdruck und/oder Fremdgefährdung führt, strafrechtlich relevant ist, ob es zur Grenzverletzung durch das Interesse kommt. Die Verletzungen des Wohls oder der sexuellen Selbstbestimmung einer anderen Person werden auch als Störungen des sexuellen Verhaltens oder als Dissexualität [6] bezeichnet.

Eine Störung der Geschlechtsidentität, im bevorstehenden ICD-11 passender als Geschlechtsinkongruenz (GIK) bezeichnet, beschreibt eine anhaltende Unstimmigkeit zwischen dem individuell erlebten und dem zugewiesenen Geschlecht, Geschlechtsdysphorie das daraus resultierende Leiden. Die individuellen Entwicklungen können ganz unterschiedlich verlaufen. Behandlungssuchende sollen partizipativ beraten und zur ergebnisoffenen

Erforschung ihrer Geschlechtsidentität wie auch ihrer sexuellen Orientierung ermutigt werden [10], Endergebnis des Prozesses soll offen sein, binäre wie non-binäre Identitäten sind denkbar. Ein Umgang mit Stigma wird bedeutsam, da die GIK grundlegend ähnlich der Intersexualität die in unserer Kultur bisher als selbstverständlich angesehene, binäre Geschlechterordnung aufweicht.

Sexualität und gesellschaftlicher Diskurs

Letztendlich hängt die Beurteilung einer sexuellen Störung auch davon ab, wer mit wem wann in welchem Kontext und mit welchem Ziel in Kontakt tritt. Diagnosen resp. deren (Ent-)Pathologisierung ändern sich, gerade am Beispiel „Geschlechtsidentität“ war jüngst in der medialen Debatte ein kontroverser Diskurs beobachtbar. Nach der ersten sexuellen Revolution um die Jahrhundertwende, bei der ein Sexualleben jenseits der Fortpflanzungsdimension gewissermaßen Mann und Frau zugestanden wurde, kam eine zweite sexuelle Revolution, bei der Sexualität durch die 68er mit einer gewissen Mächtigkeit – vermeintlich eine ganze Gesellschaft zu stürzen – ausgestattet wurde. Nun beschreibt der Sexualwissenschaftler Sigusch eine dritte, eher leise und langsam daher kommende neosexuelle Revolution, bei der die so genannten Paläosexualitäten auseinandergelegt und neu zusammengesetzt werden. Es entstehen Neosexualitäten, Neoallianzen und Neogeschlechter [11], die, um nur einige zu nennen, in Agender, liquid gender, Pansexualität, Internetsexualität, Non-Binarität oder polyamoren Konstrukten ihren Ausdruck finden können. Zuweilen

lässt sich kaum Schritt halten mit dem, was Zeitgeist vorgibt oder gesellschaftlicher Diskurs bestimmt. Nicht zu vernachlässigen ist in diesem Zusammenhang das psychoedukative Potenzial im ärztlichen Gespräch, um medial vermittelte Zerrbilder von vermeintlich gutem Sex zu relativieren.

Erwerb der Zusatzbezeichnung

Unter Moderation der Bundesärztekammer wurde folgerichtig mit Vertretern verschiedener Fachgesellschaften ein Vorschlag für einen Gegenstandskatalog „Sexualmedizin“ erarbeitet.

Zu dessen Mindestanforderungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung gehören neben 80 Stunden Kurs-Weiterbildung (WB) in Psychosomatischer Grundversorgung oder der Zusatz-WB in Psychotherapie und Psychoanalyse 120 Stunden Kurs-WB in Sexualmedizin sowie 120 Stunden Fallseminare unter Supervision. Es werden systematisch Kenntnisse und Fertigkeiten für Diagnostik und Therapie von Störungsbildern in den Indikationsgebieten der Sexualmedizin vermittelt. Neben einer positiven Grundeinstellung zur Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität bedarf es bei den Behandler*innen Kenntnisse über die Vielfalt sexueller Phänomene sowie eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität.

Ab September 2021 bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen einen Basiskurs an, der als Modul 1 (von 3) der Zusatz-Weiterbildung „Sexualmedizin“ angelegt ist (siehe Infokasten). Der Kurs vermittelt Ärzt*innen eine Basiskompetenz in sexualmedizinischen Fragen und befähigt die Teilnehmer*innen, eine Sexualanamnese durchzuführen sowie die Weichen für eine spezielle sexualmedizinische Weiterbehandlung zu stellen.

Basiskurs Sexualmedizin

Termine:	Modul 1 – Teil A: Fr., 17.–Sa., 18. September 2021 Modul 1 – Teil B: Fr., 19.–Sa., 20. November 2021 Modul 1 – Teil C: Fr., 11.–Sa., 12. Februar 2022
Information und Anmeldung:	Andrea Flören, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH, Fon: 06032 782-238 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de www.akademie-laekh.de



Dr. med. Ute Engelbach

Fachärztin für
Psychosomatische
Medizin
und Psychotherapie
Sexualmedizin,
Universitätsklinikum
Frankfurt



Foto: Universitätsklinikum Frankfurt

Literatur zum Artikel:

Talking about sex?!

Dr. med. Ute Engelbach

- [1] Meystre-Agustoni, G.; Jeannin, A.; de Heller, K., Pécoud, A.; Bodenmann, P.; Dubois-Arber, F. (2011) Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 141:w13178
- [2] Brenk-Franz, K., Tiesler, F., Hoy, M., & Strauß, B. (2019) Sexuelle Dysfunktionen bei hausärztlich versorgten Patienten. *Psychotherapeut* 64(2): 91–98xx
- [3] Cedzich, D.A.; Bosinski H.A.G. (2010) Sexualmedizin in der Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. *Sexuologie* 17:147–159
- [4] Bundesärztekammer (2020). (Muster-)Kursbuch Sexualmedizin auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/_Muster-Kursbuecher/20210608_MKB_Sexualmedizin.pdf [download](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/_Muster-Kursbuecher/20210608_MKB_Sexualmedizin.pdf), 30.06.2021
- [5] Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2010) Sexuelle Gesundheit – mehr als sexuell übertragbare Infektionen und unerwünschte Schwangerschaften. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Lifestages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2010/10/sexual-health-more-than-sexually-transmitted-infections-and-unwanted-pregnancies> [download](https://www.euro.who.int/de/health-topics/Lifestages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2010/10/sexual-health-more-than-sexually-transmitted-infections-and-unwanted-pregnancies) 30.06.2021
- [6] Baier, K.M.; Loewit, K.; Bosinski, H.A.G. (2021) Fachbeschreibung. In: Baier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Loewit K. (Hrsg.). *Sexualmedizin* (S.1–43). 3. Auflage, München: Elsevier
- [7] Fricke, A. (2017, 03. Mai) Männergesundheitsbericht. Potenzstörungen sind Warnsignal für andere Erkrankungen. *Ärztezeitung*
- [8] Lewis, R.W.; Fugl-Meyer, K.S.; Corona, G.; Hayes, R.D.; Laumann, E.O.; Moreira, E.D. Jr.; Rellini, A.H.; Segraves, T. (2010) Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 7(4):1598–1607.
- [9] Briken, P.; Franqué, F. van; Berner, M. (2013) Paraphilie und hypersexuelle Störungen. In: Briken, P.; Berner, M. (Hrsg.). *Praxisbuch Sexuelle Störungen* (S.240–251). Stuttgart/New York: Thieme Verlag
- [10] Nieder, T.; Strauß, B. (2019) Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf [download](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf) 30.06.2021
- [11] Sigusch, V. (2019) *Kritische Sexualwissenschaft*. Frankfurt/New York: Campus

Psychosomatik in der Allgemeinmedizin

Erfahrungen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Dr. med. Wolfgang Hönnmann



Foto: © Prostock-studio – stock.adobe.com

Einleitung

Die Psychosomatische Grundversorgung gehört schon seit Jahren (1995) zum Ausbildungsteil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin [1]. Seit 2005 ist die von der Bundesärztekammer vorgeschriebene „Psychosomatische Grundversorgung“ Pflichtteil der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin [2]. Damit ist gleichzeitig der vorgesehene Kurs von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt, die Abrechnungsziffern 35100 und 35110 (Psychosomatisches Erstgespräch und psychosomatische Behandlung) als Kassenarzt abzurechnen. Auch in der neuen Weiterbildungsordnung ist die Psychosomatische Grundversorgung Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin geblieben [3]. Somit hat sich das The-

ma Psychosomatik in der Allgemeinmedizin etabliert.

Das Weiterbildungsangebot an der Akademie der LÄKH

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Bad Nauheim der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) bietet drei Kurse an, die speziell an den Bedürfnissen der Allgemeinmedizin ausgerichtet sind (Abb. 1 führt zu Inhalten und Anmeldung). Dieser Erfahrungsbericht bezieht sich auf die Kurse A und B. Dazu gehören 20 Stunden Theorie, 30 Stunden Interventionstechniken und 30 Stunden Balint-Gruppe. Es geht darum, den angehenden Allgemeinmedizinern aus der Praxis heraus die besondere Sichtweise der Psychosomatik näher zu bringen. Somit ist dies ein Angebot, eigene Fälle der Hausärztli-

chen Grundversorgung praxisnah darzustellen. Ebenso werden Entspannungsverfahren erläutert und praktisch geübt. Auf zwei Themenbereiche soll im Folgenden näher eingegangen werden:

1. Das Balance-Modell nach N. Peseschkian und seine Anwendung in der Praxis.
2. Wege der Kommunikation: Fünf Stufen des Gesprächs und die Interaktionsstadien.

1. Das Balance-Modell nach Peseschkian und seine Anwendung in der Praxis

Nach Rudolf [4] sind es vier Ebenen, auf die sich der Fokus des Arztes beim Betrachten des Patienten richtet:

- Die biologische Ebene – Naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin.
- Die personale Ebene – Das erlebende Subjekt, Persönlichkeit.
- Die interpersonale Ebene – Soziale Natur mit ihren Beziehungserfahrungen.
- Die soziokulturelle Ebene – Kulturspezifische Werte, Normen und Ziele der Gemeinschaft.

Damit wird die Grundlage einer Bio-Psycho-Sozialen Medizin beschrieben, wobei die biologische Krankheit aus psychologischer Sicht, das psychologische Geschehen aus soziologischer Perspektive und das psychologische Krankheitsgeschehen aus biologisch-naturwissenschaftlicher Warte betrachtet wird. „Die Leib-Seele-Polarisierung erscheint dann als überflüssiges Scheinproblem“ [4].

Diese Sichtweise deckt sich gut mit der Auffassung der Positiven Psychotherapie nach N. Peseschkian [5]. Im Zentrum steht dabei das Balance-Modell (Abb. 2). Danach verfügt jeder Mensch über vier verschiedene Lebensbereiche. Diese prägen seine Persönlichkeit, beeinflussen die Lebenszufriedenheit, das Selbstwertgefühl, den Umgang mit Konflikten und Herausforderungen.

Bei diesem ganzheitlichen Menschenbild spricht man von biologisch-körperlichen,

Abb. 1: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Termine:

Kurs A: Termin auf Anfrage
Kurs B: Fr., 23.09.–Sa., 24.09.2021
Kurs C: Sa., 05.02.2022

Information und Anmeldung:

Joanna Jerusalem
Fon: 06032 782-203
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de



Der QR-Code führt direkt zu Inhalten und Anmeldung.

rational-intellektuellen, sozio-emotionalen und geistig-spirituellen Sphären und Fähigkeiten [6]. Das Potenzial zu allen vier Fähigkeiten ist in jedem Menschen angelegt und wird durch Erziehung, Umwelt und Sozialisation entweder besonders betont oder vernachlässigt. Ziel ist eine ausgewogene Balance, die durch gleichmäßiges Einbringen von Zeit und Energie in diese Lebensbereiche erfolgt [7]. Zu diesen vier Bereichen der Lebensenergie, Aktivitäten und Reaktionen gehören:

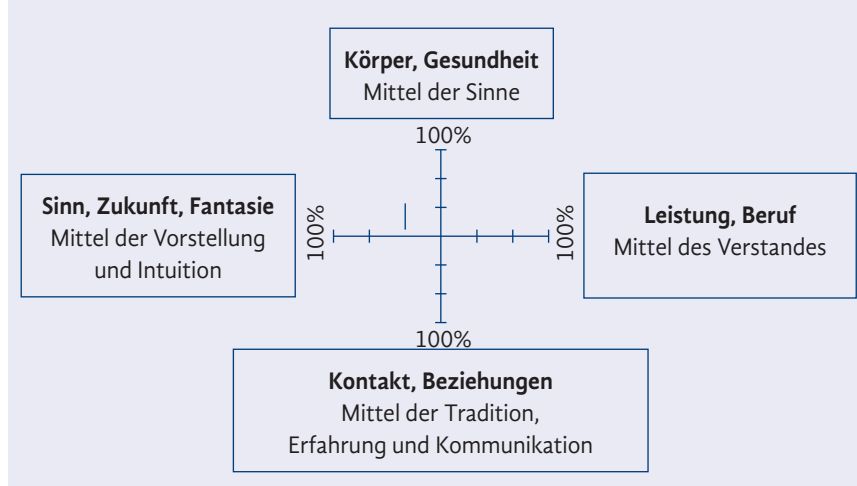
- Körperliche Aktivität wie Ernährung, Bewegung, Schlaf-Wachrhythmus, Aussehen, Ästhetik sowie Körperkontakt und Sexualität. Frage: Wie wichtig ist dieser Bereich, wie viel Selbstwertgefühl erhalten Sie hierdurch?
- Berufliche Leistung wie Beruf, Ausbildung, Wirtschaftlichkeit und Haushalt. Frage: Wie viel Selbstwertbestätigung erhalten Sie durch Ihren Beruf?
- Beziehung und Kontaktgestaltung in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis sowie soziales Engagement z. B. auch gegenüber Fremden. Frage: Geben Ihnen Partner und Kinder Selbstwertbestätigung?
- Sinn, Zukunft und Religionsausübung, Lebensphilosophie, Meditation und Zielsetzungen, Ideen und Visionen für das Leben, Umgang mit dem Tod. Frage: Wie viel Raum nimmt die Fantasie ein, z. B. Lesen, Musik, Glauben, Nachdenken über den Sinn des Lebens? [7]

Eine Ausgewogenheit dieser vier Lebensfelder sind nach Peseschkian ein wesentlicher Beitrag für Gesundheit und Resilienz. Insofern kann das Modell ein Beispiel für Salutogenese und Gesundheit sein [8]. Sind alle vier Bereiche ausgeglichen, der Mensch im Gleichgewicht, so kann er auf diese Qualitäten aufbauen und darauf bei Belastungen zurückgreifen. Bei den psychischen und psychosomatischen Störungen, die uns in der allgemeinärztlichen Praxis begegnen, ist meist ein Ungleichgewicht dieser Lebensfelder zu finden.

► Auslöser sind regelhaft Veränderungen im Leben oder Verluste, nach denen der Hausarzt immer fragen sollte.

Hausärztliche Tätigkeit umfasst sämtliche Lebensbereiche eines Menschen mit ihren dynamischen Entwicklungsphasen. In der Praxis begegnen Kinder und Jugendliche,

Abb 2: Das Balance-Modell – mit Energie/Zeit-Aufwand, nach [5]



Anamnese zur Funktionalität des Symptoms

Körper, Sinne, Gesundheit	Wenn der Körper sprechen könnte, was würde er Ihnen aktuell sagen?
Leistung, Beruf	Was machen Sie anders, seit Sie die Symptome haben?
Kontakt, Beziehungen	Wie hat sich die Beziehung zum Partner, zur Familie und Freunden durch die Symptome verändert?
Sinn, Zukunft, Fantasie	Wie haben sich die Symptome auf Ihre Sicht der Zukunft, auf Ihre Überzeugungen und Lebensziele ausgewirkt?

Erwachsene im Arbeitsfeld und in Beziehungen sowie ältere Menschen mit typischen Beschwerden in der „dritten Lebenshälfte“ wie auch Todesfälle. Dies spiegelt die bio-psycho-soziale Herausforderung der Hausärztin oder des Hausarztes und unterstreicht ihre/seine diesbezügliche Kompetenz [9]. Unter diesem Aspekt ergibt sich für die Allgemeinmedizin eine besondere Anamnese, die nach Veränderungen oder Verlusten in diesen vier Bereichen des Balance-Modells fragt.

► In der psychosomatischen Sprechstunde sollte primär nicht nach Problemen oder Konflikten gefragt werden, sondern eher neutral nach Dingen oder Ereignissen, die auf einen Menschen zugekommen sind. Die häufig zu erlebende Abwehr des Patienten bezüglich „psycho“-somatischer Zusammenhänge wird dadurch weniger aktiviert oder verstärkt.

Psychosomatische Anamnese für die Allgemeinmedizin

Ein Gespräch mit Patienten zur psychosomatischen Anamnese kann sich an folgenden Punkten orientieren, vgl. [5]:

Was ist in der jüngeren Zeit alles auf Sie und Ihre Familie zugekommen? Bitte nennen Sie chronologisch Ereignisse nach folgenden Gesichtspunkten:

- 1) Körperlich/gesundheitlich: z. B. Beschwerden, Symptome, Unfälle, Krankheiten.
- 2) Beruflich/finanziell: z. B. Arbeitsplatzwechsel/-verlust, Stress, Mobbing, Überforderung, Hausbau, Umzüge, Schulden.
- 3) Partnerschaftlich/familiär/Freundeskreis: z. B. Trennung von Eltern/Partner (Scheidung), Kinder, Enttäuschungen, Freunde.
- 4) Todesfälle: z. B. Verwandte, Freunde, Nachbarn, Kollegen.

Wichtige lebensgeschichtliche Daten können so schnell erfasst und im therapeutischen Gespräch besprochen werden.

Patienten sollen Lösungen eigenständig finden und formulieren

Unser aller medizinische „Sozialisation“ ist in der Regel geprägt durch die Überzeugung, dem hilfeschuchenden Patienten Antworten zu geben, meist in Form von Medi-

kation oder Empfehlungen bezüglich seines Verhaltens. Im psychosomatischen Kontext ist hier ein Umdenken nötig, was Hausärzte ähnlich wie Psychotherapeuten davon abhalten soll, Lösungen für den Patienten zu produzieren.

► Wichtig ist die Erkenntnis: Der Patient findet selbst „seine“ Lösung, die schon in ihm steckt. Diese ist ihm nur noch nicht bewusst. Ärztinnen und Ärzte können Hilfestellung geben, die individuelle Lösung zu finden, aber müssen in Konfliktsituationen keine Lösung präsentieren. Diese „Botschaft“ entlastet die meisten Kolleginnen und Kollegen ungemein und macht

Mut, Konflikten der Patienten nicht auszuweichen.

Erfassung der Zeit-/Energie-Achse

Alle vier Lebensbereiche Körper, Kontakt, Leistung, Fantasie/Zukunft ergänzen sich. Die einseitige, chronische Überbetonung eines Lebensbereiches führt zwangsläufig zu Problemen in den anderen ebenso wichtigen Bereichen. Zeitweise kann eine Überbetonung kompensiert werden, aber nicht auf Dauer.

► Werden Lebensbereiche über längere Zeit einseitig betont, gerät das Leben aus der Balance.

Frage an den Patienten: Wie zufrieden sind Sie zur Zeit mit Ihrer Situation? Fühlen Sie sich ausgeglichen? Wofür wenden Sie viel Zeit auf? Wofür hätten Sie gerne mehr Zeit? Sind Sie der Meinung, dass sie allen wichtigen Dingen Ihres Lebens genügend Zeit einräumen? [5]

Der Patient trägt seine individuelle Einschätzung in das Diagramm der Zeit-/Energie-Achse ein und beschreibt damit seine momentane Lebenssituation in Form seiner Energie- und Zeiteinteilung. In Abb. 2 ist das Balance-Modell zusammen mit der Zeit-/Energie-Achse mittels Koordinatensystem symbolisiert. Abb. 2a (nach der Li-

Tab. 1: Verbundenheit – Unterscheidung – Ablösung/Integration

1. Verbundenheit:	Anbieten und Herstellen der Beziehung/ Beziehungsangebot: • Zuhören, Zeit und Geduld haben, Vertrauen aufbauen. • Die Sprache des Patienten sprechen. • Beziehung auf der Ebene von Mensch zu Mensch – Gleichwertigkeit, Augenhöhe. Im Stadium der Verbundenheit entsteht eine Atmosphäre des Vertrauens, der Wertschätzung, des Sich-Angenommen- und Verstanden-Fühlens. Dies kommt dem Klientenzentrierten Gespräch nach Rogers nahe [10]. Folgende Verhaltensweisen werden dort postuliert: • Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. • „Non directive“ – keine Lenkung. • Empathie – bedingungsloses Verstehen. • Echtheit und Kongruenz. Wenn dies gelungen ist, kann die nächste Stufe des Gespräches stattfinden. Dann ist der Patient offen und bereit für die Auseinandersetzung mit dem Konflikt.
2. Unterscheidung	Kernstück der ärztlich-therapeutischen Arbeit. Differenzierungsangebot: Arzt und Patient agieren auf unterschiedlichen Ebenen: • einerseits die ärztliche Kompetenz, • andererseits die hilfesuschenden Patienten. Nach dem Realitätsprinzip nimmt jede Seite verschiedene Standpunkte ein. Es obliegt der Sachkunde der Ärztin oder des Arztes, diese unterschiedlichen Positionen offen gegenüberstellen und dabei eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Konflikt zu ermöglichen. „Die Lösung liegt im Patienten“: Gegensätzlichkeiten sind angesprochen und offen dargestellt. Nun muss das Gespräch beendet werden. Hier kommt der letzte Schritt.
3. Ablösung/Integration	• Zusammenfassen des bisher Erreichten – was ist der Konsens? • Was ist noch offen geblieben und kann später neu aufgegriffen werden? • Was nehme ich als Ärztin oder Arzt an neuen Informationen mit? • Was habe als Ärztin oder Arzt aus dem Gespräch gelernt? • Hilfe zur Selbsthilfe – Zielerweiterung. • Eigenverantwortung stärken. So können Patienten verabschiedet und in die Eigenverantwortung entlassen werden. Meist gibt das auf beiden Seiten ein gutes „Gefühl“. Sollte sich dieses gute Gefühl nicht einstellen, das Problem des Patienten noch nachträglich spürbar sein, wäre die Reflexion mit einem Kollegen hilfreich oder der Fall könnte in der Balint-Gruppe vorgestellt werden.

teratur) kann zum Reinschreiben durch Patienten kopiert und ggf. vergrößert werden.

In der Regel ist bei Stress und Burn-out der Bereich Leistung (Leistungsgesellschaft) überbetont, sodass Konflikte in den anderen Bereichen deutlich werden: Beziehungskonflikte, Zukunftsaspekte (Wie soll das weitergehen?), körperliche Beschwerden. Aus dem Balance-Modell kann dann im therapeutischen Sinne eine individuelle Empfehlung zu mehr Ausgeglichenheit der Lebensbereiche gegeben werden: „Bring mehr aktive Energie in die anderen Bereiche deines Lebens. Fülle sie aus!“ Somit sollen die zu kurz gekommenen Fähigkeiten reaktiviert werden.

Das Balance-Modell kann u. a. als Gesundheitsmodell im Sinne der Salutogenese; als Krankheitsmodell im Sinne nicht aktivierter Lebensbereiche, als Konfliktverarbeitung sowie Therapiemodell im Sinne einer positiven Aktivierung verwendet werden. Der Vorteil für Patienten ist die eindeutige Sprache – ohne Fachausdrücke.

2. Wege der Kommunikation: Struktur des ärztlichen Gesprächs

Schon das empathische Zuhören des Arztes entlastet den Patienten sehr. Hier spielen Zeit, Geduld und Vertrauen eine entscheidende Rolle. Damit soll eine ärztliche Haltung ausgedrückt werden. Leider steht diese zu oft im Gegensatz zur Alltagserfahrung in der Praxis. Im Kurs wird in Kleingruppen eine Gesprächsführung ge-

übt, die den Erfordernissen der hausärztlichen Bedingungen angepasst ist.

Fünf Stufen des Gesprächs spiegeln die Interaktionsstadien [7] als Strukturvorgabe des ärztlichen Gesprächs. Die Ärztin oder der Arzt haben die Aufgabe:

- 1) Beobachtung/Distanzierung
→ aktives Zuhören.
- 2) Inventarisierung
→ Fragen stellen.
- 3) Situative Ermutigung
→ Ermutigen/Hoffnung geben.
- 4) Verbalisierung der eigenen Ansicht
→ Konfliktbearbeitung.
- 5) Zielerweiterung
→ Beratung und Handeln.

In den zwischenmenschlichen Beziehungen strukturieren außerdem

- Verbundenheit
- Unterscheidung
- Ablösung/Integration

das zwischenmenschliche Zusammenleben (N. Peseschkian 1977b, 139ff.). Sie sind gewissermaßen der Kompass für eine gelungene Kommunikation [5, 7]. Diese natürlichen Stadien menschlicher Interak-

tion zeigen sich in den Traditionen der Begrüßung, Begegnung und Verabschiedung. Beispiel: „Guten Tag“ zeigt Verbundenheit; „Wie geht es?“ leitet die Unterscheidung, also den Austausch über das noch Unbekannte ein; „Auf Wiedersehen“ ist Zeichen der Ablösung mit dem Wunsch, sich wiederzusehen.

Eine gelingende Interaktion muss in dieser Reihenfolge durchgeführt werden. In Tab. 1 werden die drei Stadien weiter ausdifferenziert. Zusammengefasst mit den fünf Interaktionsstadien ergibt sich daraus die Synthese:

Verbundenheit: Gesamtprozess der Anamnese; Stufen 1–3: Befunderhebung und Bewertung.

Unterscheidung: Therapeutischer Prozess; Stufe 4: umfassender Sinn, Beratung im Ambivalenz-Konflikt.

Ablösung: Integration von Plus und Minus; Stufe 5: Anteile als Chance für die Zukunft.

► Offene Fragen seitens des Arztes oder der Ärztin bieten Hilfe zur Selbsthilfe. In Tab. 2 werden die fünf Gesprächsstufen in

Tab. 2: Fünf Stufen des Gesprächs und mögliche offene Fragen

1. Stufe: Beobachtung/ Distanzierung	• Wie geht es Ihnen? • Um was geht es Ihnen heute? • Wie fühlen Sie sich jetzt? • Was hat sich bisher bei Ihnen verändert? • Was bewirkt das bei Ihnen? • Wie macht sich das bemerkbar? • Wie erleben Sie das?
2. Stufe: Inventarisierung Psychosomatische Anamnese	• Was bedeutet das für Sie in den vier Bereichen des Balance-Modells (siehe Abb. 2)? • Was ist in der jüngeren Zeit auf Sie zugekommen?
3. Stufe: Situative Ermutigung/Hoffnung	• Was hat Ihnen bisher geholfen? • Was konnten Sie bisher selbst erledigen? • Wie haben Sie das geschafft?
4. Stufe: Verbalisierung Auftragsklärung, offenes Gespräch, Realitätsprinzip	• Womit kommen Sie alleine nicht zurecht? • Wo brauchen Sie Hilfe? • Wie könnte ich Ihnen helfen?
5. Stufe: Zielerweiterung	• Was fällt Ihnen durch unser Gespräch auf? • Was denken Sie über unser Gespräch? • Was war wichtig für Sie? Was nehmen Sie mit? • Was hat Sie angesprochen? • Was ist noch offen geblieben?

Ansprechpartner

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen:
www.akademie@laekh.de

Institute für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und der Philipps-Universität Marburg

Kompetenzzentren Weiterbildung
Allgemeinmedizin: www.kwhessen.de
Koordinierungsstelle Weiterbildung
Allgemeinmedizin:
www.allgemeinmedizin.hessen.de

Form von Fragen an den Patienten darstellt.

Ausblick

Mein Anliegen war, meine langjährigen Erfahrungen als Leiter der Kurse „Psychosomatische Grundversorgung“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH in Bad Nauheim zu skizzieren und einen kleinen Einblick in die Arbeitsweise zu geben. Wir haben versucht, psychosomatisches Denken und Erleben den

hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen näher zu bringen und damit die Sensibilität und Sichtweise auf den „ganzen Menschen“ zu schärfen. Die positiven Rückmeldungen und nicht zuletzt auch die fruchtbare Bearbeitung eigener Fälle in den Balint-Gruppen haben mir noch einmal verdeutlicht, wie wichtig es ist, psychosomatisch zu denken und „den ganzen Menschen im Blick“ zu haben. Mit diesem Verständnis können Allgemeinmedizin und hausärztliches Anliegen gelingen.

Dr. med.
Wolfgang Hönnmann
Facharzt für
Allgemeinmedizin/
Psychotherapie,
Kelkheim/Taunus
E-Mail: wolfgang
@whoennmann.de



Foto: privat

Der Autor ist Weiterbildungsbefugter für Allgemeinmedizin und für Psychotherapie an der WIAP (Wiesbadener Akademie für Psychotherapie).

Literatur zum Artikel:

Psychosomatik in der Allgemeinmedizin

- [1] Kursbuch Allgemeinmedizin, 3. Auflage Bundesärztekammer 1998
- [2] Kurs Weiterbildung Allgemeinmedizin WBO 2005, Bundesärztekammer 2005
- [3] Muster Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung Bundesärztekammer 2018
- [4] Rudolf, G. Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Thieme 4.Aufl. 2000
- [5] Peseschkian, N. Psychosomatik und Positive Psychotherapie Fischer 6. Auflage 2005
- [6] Peseschkian, N. Positive Familientherapie, Fischer 1997
- [7] Peseschkian/Remmers, Positive Psychotherapie, Reinhardt 2013
- [8] Jork K., Peseschkian N.: Salutogenese und Positive Psychotherapie, Huber 2. Aufl. 2006
- [9] Hönnmann W.: Arbeitsunterlagen Kurs A, LÄKH Bad Nauheim 2019
- [10] Eckert, J. Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, Eckert, Hautzinger, Wilke

Psychotherapie – Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, Springer 3. Aufl. 2007

Weiterführende Literatur

Ahrens, Stephan; Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, Schattauer 2. Aufl. 2002

Arbeitskreis PISO (Hrsg.): Somatoforme Störungen Band 2, Hogrefe 2012

Bauer, J.: Das Gedächtnis des Körpers, Serie Piper 2004

Brisch, Karl Heinz: Bindungstheorie. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, Urban und Fischer, 7. Aufl. 2011

Henningens, Gerd Rudolf Peter: Somatoforme Störungen, Schattauer 1998

Hoffmann, Sven Olaf; Hochapfel, Frank R. (Hrsg.): Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin, Schattauer, 8. Aufl. 2009

Hüther, G.: Biologie der Angst, Sammlung Vandenhoeck, 7. Aufl. 2007

Hüther, G.: Die Macht der inneren Bilder, Vandenhoeck & Ruprecht, 9. Aufl. 2015

Köhler, Thomas: Psychosomatische Krankheiten, Kohlhammer, 3. Aufl. 1995

Mentzos, Stavros: Lehrbuch der Psychodynamik, Vandenhoeck & Ruprecht, 2. Aufl. 2009

Rudolf Gerd: Wie Menschen sind – Anthropologie aus psychotherapeutischer Sicht, Schattauer 2015

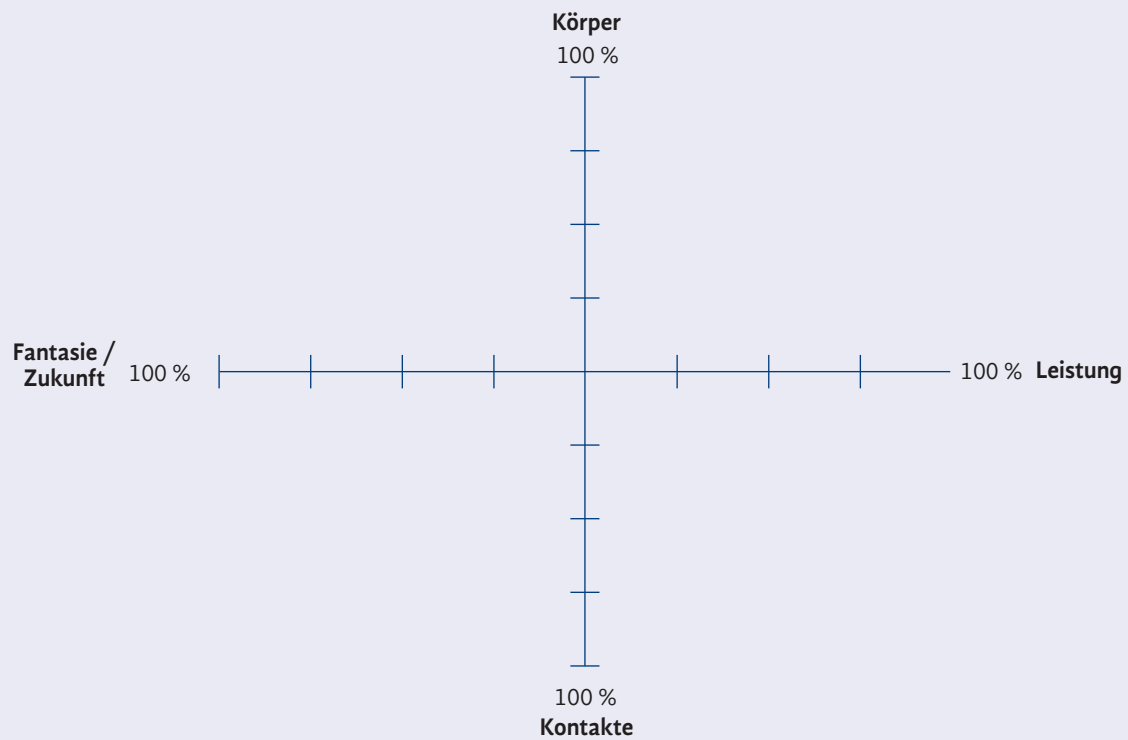
Schubert, Christian: Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie, Schattauer, 2. Aufl. 2015

Strauß B., Nolte T.: Bindungsforschung. In: Egle, Heim, von Känel (Hrsg.): Psychosomatik Neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert, Lehr- und Handbuch Kohlhammer, 2020, 1. Aufl.

Tress, Kruse, Ott: Psychosomatische Grundversorgung – Kompendium der interpersonellen Medizin, Schattauer, 3. Aufl. 2004

Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 6

Abb 2a: Energie/Zeit-Aufwand – zum Reinschreiben durch Patienten, nach [5]





Serie Teil 14: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Impfen und Impfstoffe sind derzeit ein wichtiges Thema des öffentlichen Interesses. Der Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts Prof. Dr. rer. nat. Klaus Cichutek (ab S. 492) und die Stellv. Vorsitzende der STIKO Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker berichten, wie Institutionen und Gremien daran arbeiten, dass eine überwachte Anwendung von Impfstoffen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Daten gelingen kann.

STIKO: Impfeempfehlungen für Deutschland

Gespräch mit Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Stellv. Vorsitzende der STIKO

Seit fast 50 Jahren erarbeitet die Ständige Impfkommission (STIKO) ihre Empfehlungen und seit der Verfügbarkeit der Covid-19-Impfstoffe steht die Arbeit des Expertengremiums ganz besonders im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Welchen Beitrag die STIKO insgesamt zur Patientensicherheit leistet, berichtet Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes des Universitätsklinikums Frankfurt am Main und stellvertretende Vorsitzende der STIKO [1].

Was ist die „Ständige Impfkommission“ (STIKO)?

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker: Die STIKO ist ein seit 1972 bestehendes unabhängig arbeitendes Expertengremium, das dem Robert Koch-Institut (RKI) zugeordnet ist und von diesem z. B. durch systematische Literaturanalysen und mathe-

mathematische Modellierungen unterstützt wird. Seit Jahrzehnten werden dort die Impfeempfehlungen für Deutschland entwickelt. Die Arbeit der STIKO ist sehr wichtig, da diese Empfehlungen den medizinischen Standard zu Impfungen definieren [1].

Wie sieht Ihre Arbeit für die STIKO aus?

Wicker: Ich bin seit 2011 Mitglied der Kommission und aktuell Stellvertretende Vorsitzende der STIKO. Die Arbeit erfolgt rein ehrenamtlich. Das RKI schreibt dazu auf seiner Website: „Die Mitgliedschaft in der STIKO ist ein persönliches Ehrenamt. Die Mitglieder sind bei ihrer Tätigkeit nur ihrem Gewissen verantwortlich und zu unparteiischer Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet [2].“ Ich leite in der STIKO verschiedene Arbeitsgruppen, z. B. die Arbeitsgruppe medizinisches Personal und

arbeite in anderen mit – beispielsweise in der Arbeitsgruppe Covid-19 [2].

Wie wird man Mitglied der STIKO?

Wicker: Für die Mitgliedschaft in der STIKO erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden für jeweils drei Jahre. Für die Mitglieder sind auch mehrere Berufungsperioden möglich. Aktuell arbeiten 18 Mitglieder für die Kommission. Sie stammen aus verschiedenen medizinischen Bereichen und Fachdisziplinen (z. B. Virologie, Mikrobiologie, Pädiatrie, Epidemiologie, Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, Gynäkologie etc.) sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst [2].

Auf welcher gesetzlichen Grundlage arbeitet die Ständige Impfkommission?

Wicker: Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit der STIKO ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG). Dort wurde die Kommission 2001 verankert. Die STIKO erarbeitet gemäß IfSG „Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ (§ 20 Abs. 2 IfSG) [3]. Umgekehrt schlagen sich auch die Empfehlungen der STIKO in verschiedenen Regelungen nieder. So bilden sie die Grundlage für die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sobald Impfeempfehlungen dort aufgenommen sind, müssen sie von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommen werden [1, 3–5].



Foto: Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker (Foto), Fachärztin für Arbeitsmedizin und Notfallmedizin, ist die Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes des Universitätsklinikums Frankfurt und seit März 2020 stellvertretende Vorsitzende der Ständigen

Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI), deren Mitglied sie seit 2011 ist. Hier leitet sie die Arbeitsgruppen „Impfung medizinischen Personals“ und „Hepatitis B“ und ist Mitglied in den Arbeitsgruppen „Covid-19“, „Masern, Mumps, Röteln“ und „Influenza“. Die Arbeitsschwerpunkte von Professorin Wicker sind impfpräventable Infektionen, arbeitsbedingte Infektionen, blutübertragbare Infektionen im Gesundheitswesen und beruflich indizierte Impfungen. Die Autorin von zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen ist seit 2009 im Fach Arbeitsmedizin habilitiert und u. a. als Dozentin für die Landesärztekammer Hessen aktiv. 2006 erhielt sie den Theodor-Stern-Stiftungspreis zur Förderung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Die STIKO zur Covid-19-Impfempfehlung

Welchen Beitrag leistet die STIKO für die Patientensicherheit?

Wicker: Ein besonderes öffentliches Interesse in Bezug auf eine Impfung ist gegeben, wenn durch die Impfung Todesfälle, schwere Krankheitsverläufe und Folgeschäden vermieden werden können. Anhand der wissenschaftlichen Daten bewertet die STIKO Daten zur Effektivität und Sicherheit der Impfung in unterschiedlichen Alters- und Patientenkollektiven. Die wissenschaftlichen Empfehlungen der STIKO sind meines Erachtens auch wichtig in Hinblick auf die Impfakzeptanz in der Bevölkerung, denn nur, wenn die Bevölkerung von der Sicherheit und Effektivität einer Impfung überzeugt ist, werden sich die Menschen letztendlich für eine Impfung entscheiden.

Was ist das Besondere an den Impfempfehlungen der STIKO?

Wicker: Bei den Impfempfehlungen werden nicht nur Nutzen und Risiko für die einzelne zu impfende Person abgeschätzt, sondern auch, wie sich die Impfung auf die Gesamtbevölkerung auswirkt und wie eine Gesamtimpfstrategie für die Bundesrepublik aussehen könnte. Für Impfempfehlungen werden Daten zu Infektionen und Impfstoffen bewertet. Dabei kommen Methoden aus der evidenzbasierten Medizin (EbM) wie systematische Übersichtsarbeiten zum Einsatz. Außerdem bedient sich die STIKO für die Erstellung der Empfehlungen des Ansatzes der „Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation“ (kurz GRADE) Working Group. Weiterhin werden patientenrelevante Endpunkte bzgl. Impfstoffwirksamkeit und Sicherheit beurteilt. Auch Transparenz ist bei der Erarbeitung wichtig: So werden nicht nur die Empfehlungen an sich veröffentlicht, z. B. auf der Homepage und im Epidemiologischen Bulletin des RKI, sondern auch ausführliche Begründungen zu den Impfempfehlungen [1, 6–10].

Wie entsteht die Bewertung der Covid-19-Impfstoffe?

Wicker: Wie bei anderen Impfstoffen auch ist die systematische Literaturrecherche zu Studien bezüglich Wirksamkeit und Verträglichkeit/Sicherheit der Impfstoffe das Kernstück bei der Erarbeitung einer

Auf der Website des Robert Koch-Instituts www.rki.de werden die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Covid-19-Impfung veröffentlicht und laufend aktualisiert, siehe via <https://tinyurl.com/dudwzfe/>.

Mittlerweile (Stand 16.08.2021) liegt die 8. Aktualisierung der Covid-19-Impfempfehlung vor und kann unter dem angegebenen Link abgerufen werden. Die 9. Aktua-

lisierung wird im August ebenfalls veröffentlicht.

Derzeit wird die Covid-19-Impfung für alle Erwachsenen ab 18 Jahren empfohlen sowie für vorerkrankte Kinder zwischen 12 und 17 Jahren mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Infektion. Am 16.08.2021 hat die STIKO ihre Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche aktualisiert und empfiehlt die Covid-19-Impfung nun

für die Altersgruppe zwischen 12 und 17 Jahren. Änderungen dieser Empfehlung sind möglich, da der Beschlussentwurf und seine wissenschaftliche Begründung noch das vorgeschriebene Stellungnahmeverfahren mit Bundesländern und Fachkreisen durchlaufen müssen. Die endgültige Empfehlung für diese Altersgruppe wird im Anschluss im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht. [14, 15]

Impfempfehlung. Ausgangspunkt ist dabei die Formulierung sogenannter PICO-Fragen:

- P (population): Für welche Bevölkerungsgruppe sollen Daten gesucht werden?
- I (intervention): Welcher Impfstoff, welches Impfschema?
- C (comparison): Wirksamkeit und Verträglichkeit im Vergleich womit (z. B. Placebo, anderer Impfstofftyp)?
- O (outcomes): In Bezug auf welche (vorzugsweise klinischen) Endpunkte?

Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie hat die STIKO gemeinsam mit dem Deutschen Ethikrat und der Leopoldina bereits im November 2020 ein Positionspapier zur Priorisierung des Covid-19-Impfstoffs vorgelegt. Mittlerweile (Stand 11. August 2021) gibt es die 8. Aktualisierung der Covid-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung der STIKO (www.stiko.de [6, 7, 11–13]). Die 9. Aktualisierung wird im August veröffentlicht.

Welche Besonderheiten sind bei der Bewertung der aktuellen Covid-19-Impfstoffe bei Kindern und Jugendlichen zu beachten?

Wicker: Die schnelle Verfügbarkeit von Impfstoffen auch für Kinder und Jugendliche ist prinzipiell sehr zu begrüßen. Die meisten gesunden Kinder erkranken nicht schwer nach einer SARS-CoV2-Infektion. Es muss also geklärt werden, welchen Nutzen die Kinder selbst von der Impfung haben und ob sich eine klare medizinische

Indikation ergibt. Die STIKO hat die wissenschaftlichen Daten für die Impfempfehlung sorgfältig anhand der aktuell verfügbaren Daten zur Infektionsepidemiologie und der Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe im Sinne einer Nutzen-Risiko-Analyse geprüft.

Eine Impfung der Kinder sollte jedoch nicht die Voraussetzung einer erleichterten Zulassung zur Teilnahme am Schulterricht oder anderen Aktivitäten des sozialen Lebens der Kinder sein. Die Daten der Gesundheitsämter zeigen, dass der Schulbesuch bei konsequenter Umsetzung der Hygienemaßnahmen erfolgen kann. Dies gilt insbesondere, da mittlerweile flächendeckend für die erwachsene Bevölkerung selbst das Angebot der eigenen Impfung besteht.

Welchen Beitrag leistet die Bewertung der aktuellen Covid-19-Impfungen zur Patientensicherheit?

Wicker: Am Anfang der Covid-19-Impfkampagne standen nicht für alle impfwilligen Menschen Impfstoffe zur Verfügung. Eine Priorisierung war erforderlich, um eine gerechte Verteilung und Maximierung des Public Health-Nutzens der begrenzt verfügbaren Impfstoffe sicherzustellen. Die Daten des RKI belegen, dass die Priorisierung der Impfung von Risikopersonen zur erheblichen Verminderung schwerer Erkrankungen und Todesfälle geführt hat [13].

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter



STIKO: Impfeempfehlungen für Deutschland

Gespräch mit Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker, Ständige Impfkommission

- [1] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html;jsessionid=B6CD19E6C0E560102CAE034C22E6C159.internet101 (Zugriff 02.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/56b8dpea>
- [2] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Mitgliedschaft/mitgliedschaft_node.html;jsessionid=0C741C9EFC75C0B9D11A743841EBFFE7.internet071 (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/83x8ep5>
- [3] Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Mai 2021 (BGBl. I S. 1174) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Zugriff 02.06.2021)
- [4] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/Sl-RL) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Nr. 224 (S. 8 154) vom 30. November 2007 in Kraft getreten am 1. Juli 2007 zuletzt geändert am 21. Januar 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 30.03.2021 B5) in Kraft getreten am 1. April 2021. <https://www.g-ba.de/richtlinien/60/> (Zugriff 04.06.2021)
- [5] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Rechtl_Grundlagen/rechtl_grundlagen_node.html;jsessionid=1A6DA61887BC3396725C29DCFE5E1284.internet072 (Zugriff 09.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/273f452d>
- [6] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Aufgaben_Methoden/methoden_node.html;jsessionid=B142866D5F605F341421DC8FCEB26389.internet062 (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/3f7mcz93>
- [7] Mc Master University, PICO, 4 <https://hslmcmaster.libguides.com/c.php?g=550029&p=5015883> (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/5j3xfjvw>
- [8] Meerpohl JJ et al. GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). GRADE, Volume 106, ISSUE 6, P449–456, January 01, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.06.013>
- [9] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfeempfehlungen_node.html;jsessionid=CB8302C433CBB645796B5C7E0CA9DD1C.internet081 (Zugriff 04.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/6pf6t2v3>
- [10] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Begrueundung/begrueundung_node.html;jsessionid=7CB5920AC3EFB7E226D5F5945A5A2BA2.internet112 (Zugriff 08.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/mbhshyzb>
- [11] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut Beschluss der STIKO für die Empfehlung der Covid-19-Impfung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, S. 22ff, <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/7579/STIKO-Komplett-17-12-2020-Zur-Ver%3b6ffentlichung-NEU.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (S. 22 ff) (Zugriff 08.06.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/4jcnxr8j>
- [12] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/27/Art_02.html (Zugriff 11.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/yp6uy89m>
- [13] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Epidemiologisches Bulletin. COVID-19-Zielimpfquote, STIKO: 8. Aktualisierung der COVID-19-Impfeempfehlung, VRE-Jahresbericht. 27/2021. 12.05.2021. (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/27_21.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 11.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/5vz7pwkd>
- [14] Robert Koch-Institut (Hrsg.) <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfeempfehlung-Zusfassung.html> (Zugriff 12.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/dudwzfv5>
- [15] Robert Koch-Institut (Hrsg.) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2021-08-16.html (Zugriff 16.08.2021) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/c3hm3dd6>



PEI: Bewertung von Impfstoffen für die Sicherheit der Geimpften

Gespräch mit Prof. Dr. Klaus Cichutek, Präsident Paul-Ehrlich-Institut

Seit seiner Gründung im 19. Jahrhundert haben sich die Aufgabenfelder des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) vervielfacht. Die Bewertung von Impfstoffen für die Anwendung beim Menschen spielt dabei eine wichtige Rolle und leistet einen wesentlichen Beitrag für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten, wie Prof. Dr. rer. nat. Klaus Cichutek, Präsident des PEI, berichtet.

Warum wurde das PEI gegründet?

Prof. Dr. Klaus Cichutek: Das Paul-Ehrlich-Institut, das diesen Namen seit 1947 trägt, wurde am 1. Juni 1896 als „Institut für Serumforschung und Serumprüfung“ mit Paul Ehrlich als erstem Direktor in Steglitz bei Berlin gegründet. Die Aufgaben des Instituts lagen sowohl in der Prüfung (Bewertung) von Serumpräparaten, also Antikörper enthaltenden Arzneimitteln, als auch in der Forschung. Dabei ging es u. a. darum, Prüfmethoden zu verbessern. Die Zuständigkeit für Impfstoffe

kam später dazu. Nach dem Umzug nach Frankfurt am Main in das neu errichtete Königliche Institut für experimentelle Therapie 1899 zählte die amtliche Prüfung aller der staatlichen Kontrolle unterstellten Heilsera zu den Hauptaufgaben. Es wurden aber auch hygienisch-bakteriologische Arbeiten für die öffentliche Hygiene der Stadt sowie für die Krankenhäuser und Ärzte Frankfurts durchgeführt. Auch der Ausbau der Immunitätslehre, speziell der Serumforschung, spielte eine wichtige Rolle.

Was sind die Aufgabenfelder des PEI heute?

Cichutek: Das seit 1990 im hessischen Langen angesiedelte PEI ist zuständig für Human- und Veterinär-Impfstoffe, im Bereich Human-Arzneimittel u. a. für Antikörper enthaltende Therapeutika und monoklonale Antikörper, Allergene, Blut- und Gewebezubereitungen, Zell- und Tissue-Engineering-Arzneimittel sowie Gen-

therapeutika. Wir unterstützen die Entwicklung dieser Impfstoffe und biomedizinischer Arzneimittel vor und nach der Zulassung. Dazu gehören die wissenschaftliche Beratung von akademischen und industriellen Antragstellenden, die Genehmigung klinischer Prüfungen, die Zulassung und die Arzneimittel-Bewertung bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) sowie die Chargenprüfung und -freigabe. Die Arzneimittelsicherheit wird während des gesamten Lebenszyklus der Arzneimittel überwacht, ggf. werden Maßnahmen ergriffen, angeordnet und koordiniert. Das PEI führt Inspektionen durch, sowohl federführend (Pharmakovigilanz, EMA-Inspektionen für Zulassungsverfahren) als auch mit der zuständigen Landesbehörde z. B. im Vorfeld der Erteilung der Herstellungserlaubnis. Leitlinien werden unter Mitwirkung oder Federführung des PEI bei der EMA, EDQM (European Directorate for the Quality of Medicines & Health Care) und der WHO (World Health Organization) entwickelt. Wichtige Aufgaben sind auch die Politikberatung, die Forschung auf allen Gebieten der Lebenswissenschaften sowie die Evaluation und Chargenprüfung von In-vitro-Diagnostika für Hochrisiko-Erreger.

Wie wirkt sich die Arbeit des PEI auf die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte aus?

Cichutek: Sehr positiv, denn damit leistet das PEI einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit der Menschen. Durch die Arbeit des PEI können sich Impfwillige, Patientinnen und Patienten, aber auch Ärztinnen und Ärzte darauf verlassen, dass zugelassene Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel wirksam, qualitativ hochwertig und unbedenklich, also sicher und verträglich sind. Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist die staatliche Chargenprüfung und -freigabe der Impfstoffe, Sera, Allergene und Blutzubereitungen durch das PEI. Diese umfasst neben einer Überprüfung der Herstellungs- und internen Prüfprotokolle auch experimentelle



Foto: T. Jansen/PEI

Prof. Dr. rer. nat. Klaus Cichutek (65) ist seit 1. Dezember 2009 der Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, mit Sitz in Langen (Hessen). Nach einem Postdoc-Aufenthalt in Berkeley, Kalifornien, startete er als Forschungsgruppenleiter in der Retrovirolo-

gie am PEI. 1994 bis 2011 war er Leiter der Abteilung Medizinische Biotechnologie. 1999 übernahm er die Funktion des ständigen Vertreters des Präsidenten bzw. Vizepräsidenten des PEI. Bis Februar 2014 war Cichutek Co-Vorsitzender der Gruppe „Benchmarking of European Medicines Agencies“ (BEMA) der Gruppe der Leiter der europäischen Arzneimittelbehörden („Heads of Medicines Agencies“, HMA). Von März 2014 bis Februar 2018 leitete er die „HMA Management Group“. Seit Juni 2012 ist er Mitglied des „WHO Expert Advisory Panel on Biological Standardization“ und seit Februar 2014 des „Product Development for Vaccines Advisory Committee (PD-VAC)“ der WHO.

Cichutek ist apl. Professor für Biochemie der Goethe-Universität Frankfurt/Main und Autor von über 150 Publikationen in internationalen Wissenschaftsjournalen.



Labor-Untersuchungen auf Qualität und Biomarker für Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Stichproben jeder produzierten Charge. Das PEI ist hier eines der europäischen OMCL (Official Medicines Control Laboratories) und bringt seine Expertise auch EU-weit ein.

Ein für die Arzneimittelsicherheit in Europa sehr wichtiges Gremium mit PEI-Vertretung ist der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich Pharmakovigilanz (PRAC, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) bei der EMA. Das PEI hat hier mehrfach Überprüfungen von Arzneimitteln angeregt, für die sich aus den Verdachtsfallmeldungen Hinweise auf ein Risikosignal ergaben. Bestätigt sich ein Risikosignal, kann das einen Warnhinweis, eine Indikationseinschränkung, die Aufnahme einer neuen (dann bekannten) Nebenwirkung in die Produktinformation oder sogar das Ruhen oder den Widerruf der Zulassung zur Folge haben.

Welche konkreten Beispiele gibt es hierfür?

Cichutek: Für Ärztinnen und Ärzte sind in der SARS-CoV-2-Pandemie die periodisch erscheinenden Sicherheitsberichte über Verdachtsfallmeldungen von Impfnebenwirkungen und -komplikationen zu den zugelassenen Covid-19-Impfstoffen eine wertvolle Hilfe. Diese geben einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse zur Sicherheit der eingesetzten Impfstoffe, stellen Reaktionen dar, die ein besonderes Augenmerk erfordern, können aber auch bei der Aufklärung von Impfwilligen helfen, wenn diese Fragen zu Nebenwirkungen haben.

Das Beispiel des so genannten „Thrombose-mit-Thrombozytopenie Syndroms“ (TTS), das inzwischen für die Impfstoffe Vaxzevria von Astra-Zeneca und COVID-19-Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) als äußerst seltene Nebenwirkung in die Produktinformationen aufgenommen wurde, zeigt, wie wichtig die EU-weite Zusammenarbeit der Arzneimittelbehörden ist. Maßnahmen umfassen Rote-Hand-Briefe mit wichtigen Informationen, Hinweise für geimpfte Personen sowie Stellungnahmen von Fachgesellschaften zu Diagnose und Behandlung auf den PEI-Internetseiten.

Welche Aspekte spielen bei der Überwachung von Impfstoffen eine Rolle?

Cichutek: Hier erfasst und bewertet das PEI Meldungen auf den Verdacht von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen mit dem Ziel, mögliche Risikosignale frühzeitig zu erkennen. Um dies gewährleisten zu können, ist es wichtig, dass auch geimpfte Personen selbst die Möglichkeit nutzen, solche Verdachtsfälle an das PEI zu melden. Für diesen Zweck gibt es die Plattform www.nebenwirkungen.bund.de. Eine andere Form der Überwachung liegt bei den Behörden der Bundesländer. Dabei geht es z. B. um die Erlaubnis zur Herstellung und den Vertrieb von Arzneimitteln, um mögliche Fälschungen bzw. ganz allgemein Verstöße gegen das Arzneimittelrecht zu erkennen und zu unterbinden. Dabei bringen wir häufig unsere fachliche Expertise z. B. in Form von Beratungen in die verschiedenen Gremien der Bundesländer ein.

Wie funktioniert das Verfahren für die Bewertung der aktuellen Coronaimpfstoffe?

Cichutek: Covid-19-Impfstoffe werden in zentralisierten Verfahren bei der EMA bewertet. Dabei benennt das CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) jeweils einen Rapporteur und einen Co-Rapporteur aus zwei Arzneimittelbehörden der EU-Mitgliedstaaten sowie einen Peer Reviewer. Deren Bewertungen durch Teams von Assessor/-innen in den beiden Arzneimittelbehörden werden im CHMP gemeinsam evaluiert und es wird eine gemeinsame Empfehlung zur Zulassung oder nicht für die EU-Kommission erstellt. Im Fall der Covid-19-Impfstoffe wurde das Rolling-Review-Verfahren etabliert, das den Antragstellern erlaubt, nach und nach einzelne Datenpakete zur Vorabbeurteilung einzureichen, auch wenn die Daten für den vollständigen Zulassungsantrag noch nicht vorliegen.

Das war einer der Gründe, warum die Zulassungen viel schneller als üblich erfolgen konnten, da die Bewertung bereits sukzessive vorgenommen wurde, während weitere Daten noch erhoben wurden. Zum Zeitpunkt der Antragstellung war der Großteil der Bewertung abgeschlossen. Dieses Verfahren etablierte das PEI auch bei der Genehmigung klinischer Prüfungen für Covid-19-Impfstoffe, so dass nach vorausgegangener, teils mehrfacher wissenschaftlicher Beratung die eigentliche Genehmigung innerhalb weniger Tage nach Antragstellung erfolgen konnte. So konnten wir die sorgfältige, aber beschleunigte Entwicklung der Covid-19-Impfstoffe ermöglichen.

Interview: Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Live-Online-Sonderveranstaltung: „Patientensicherheit: Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen“ am 17.09.2021 ab 17 Uhr

Zum Welttag der Patientensicherheit organisiert die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) eine Live-Online-Sonderveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte sowie alle interessierten Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. In spannenden, praxisrelevanten Vorträgen berichten Hon. Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz, (Potsdam), Dr. med. Kyra Schneider, DEAA, MBA (Universitätsklinikum Frankfurt) und Ulrike Schmitt (Kassenärztliche Bundesvereinigung) zum aktuellen Stand der Patientensicherheit aus ethischer, stationärer und ambulanter Perspektive. Mit einem Grußwort von Dr. med. Edgar Pinkowski (LÄKH), Modera-

tion Nina Walter (LÄKH), Veranstaltungsleitung Katrin Israel-Laubinger (LÄKH).

- **Termin:** 17. September 2021 ab 17 Uhr
- **4 Fortbildungspunkte**
- **Gebühr:** 50 Euro (Akademiemitglieder kostenfrei)
- **Programm und Anmeldung** (Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung): Christina Ittner, Fon: 06032 782-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.de
- **Website:** <https://tinyurl.com/aaan9f4xw/> – der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.





Weinlese im Schloss, Boulespielen unter Platanen

Monatelang schien er fast wie eingefroren. Kaum ein anderer Bereich war von der Corona-Krise so hart getroffen wie Kunst und Kultur. Auch wenn sich viele Künstler und Kultureinrichtungen in der digitalen Welt bemerkbar machten, blieben doch Museen, Theater und andere Veranstaltungsräume für das Publikum geschlossen. Nun sind sie wieder geöffnet und die Hoffnung, dass es so bleiben möge, eint auch Freunde und Veranstalter des Rheingau Literatur Festivals.

Literatur im Rheingau

Während im Sommer musikalische Klänge über die Weinberge schweben, schließt sich vom 16. bis 26. September 2021 eine literarische „Wein-Lese“ an das Rheingau Musik Festival an. In Weingütern, Kelterhallen, Burgen, Schlössern und Klöstern des Rheingaus steht im Herbst der Dialog mit Schriftstellern im Mittelpunkt. Neun Autorinnen und Autoren stellen ihre aktuellen Werke in idyllischem Rahmen vor und bieten Einblicke in den schöpferischen Prozess des Schreibens.

Einer von ihnen ist Jan Seghers, der am 16. September aus seinem Buch „Der Solist“ lesen wird. Heiner Boencke, künstlerischer Leiter des Literatur Festivals, wird den Abend auf Schloss Johannisberg moderieren. Unter dem Pseudonym Jan Seghers schreibt der Frankfurter Schriftsteller, Kritiker, Essayist und Journalist Matthias Altenburg Kriminalromane. In „Der Solist“ verbinden sich Politik, islamistischer Terror, Rechtsextremismus und Ausländerhass zu einem explosiven Gemisch.

Es ist die Geschichte eines Aufbruchs: Die Protagonistin hat ihr früheres Leben hinter sich gelassen, ist ans Meer gezogen und wird dort zu einer anderen: Judith Hermanns im Frühjahr 2021 erschienener Ro-

man „Daheim“ ist für den Preis der Leipziger Buchmesse nominiert worden. Die 1970 in Berlin geborene Schriftstellerin wurde einst mit ihrem Debüt „Sommerhaus, später“ (1998) bekannt. Am 18. September wird ihr der Rheingau Literatur Preis 2021 verliehen. Laudator ist Alf Mentzer (hr), Heiner Boencke moderiert die Preisverleihung auf Schloss Johannisberg.

Was macht Toleranz aus und warum ist sie notwendig? Die Lebensentwürfe und Wertvorstellungen, religiösen und kulturellen Hintergründe der Menschen werden immer vielfältiger – für manche eine Bereicherung, für andere eine Last. In seinem Buch „Toleranz – einfach schwer“ wirbt der Theologe und frühere Bundespräsident Joachim Gauck für Toleranz, da sie das friedliche Zusammenleben erst möglich mache. Am 22. September wird sich Moderatorin Ruth Fühner auf Schloss Johannisberg mit Gauck u. a. darüber unterhalten, welche gemeinsamen Regeln bei aller Verschiedenheit gelten sollten.

Gesamtkunstwerk Mathildenhöhe

Abendliche Sonnenstrahlen lassen das Wasser im Lilienbecken funkeln und tauchen die goldenen Dächer der Russischen Kapelle in ein magisches Licht. Über den Boulespielern im Platanenhain reckt sich das Wahrzeichen der Stadt Darmstadt – der Hochzeitsturm – 48,5 Meter in die Höhe: Ende Juli wurde die Mathildenhöhe Darmstadt – ein Gesamtkunstwerk aus Hochzeitsturm, Ausstellungsgebäude, Museum Künstlerkolonie, Platanenhain und Künstlerhäusern – von der UNESCO zum Weltkulturerbe erklärt und zählt nun zu den sieben Welterbestätten in Hessen.

Nach Mathilde Karoline Friederike von Wittelsbach, der Gemahlin Großherzogs Ludwig III., benannt, wurde die Mathilden-

höhe schon im 19. Jahrhundert als Garten des großherzoglichen Hofes im Stil eines englischen Landschaftsparks angelegt. 1899 gründete Großherzog Ernst Ludwig die Künstlerkolonie auf der Mathildenhöhe mit dem Ziel: „Mein Hessenland blühe und in ihm die Kunst.“ Die Förderung von Kunst sollte zum wirtschaftlichen Aufschwung der Region beitragen. Sieben Künstler – Peter Behrens, Rudolf Bosselt, Paul Bürck, Hans Christiansen, Ludwig Habich, Patriz Huber und Joseph Maria Olbrich – folgten dem Ruf des kunstsinnigen Großherzogs auf die Mathildenhöhe und erhielten die Möglichkeit, dort eigene Häuser zu bauen.

Inmitten einer Parkanlage mit Skulpturen, Brunnen und Gartenpavillons entstanden im Zuge von vier Ausstellungen (1901, 1904, 1908, 1914) Jugendstilbauten samt Ausstattung von Möbeln über Geschirr bis zum Besteck. Vom Haus bis zum Garten wurden sie als ästhetische Gesamtkunstwerke in Szene gesetzt. Insgesamt 23 Künstler wirkten hier bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges. In ihrer Architektur, Raumkunst und dem experimentellen Design drückte sich der Aufbruch in ein neues Zeitalter aus. So gilt die Künstlerkolonie sowohl als Jugendstilensemble als auch als Schnittpunkt zur Moderne der Architektur. Einer ihrer ersten Künstler, der Architekt, Maler, Designer und Typograf Peter Behrens, war später Lehrer des Bauhausbegründers Walter Gropius.

Die Mathildenhöhe lädt nicht nur zu inspirierenden Spaziergängen ein. Im Museum Künstlerkolonie präsentiert die Dauerausstellung „RAUMKUNST – Made in Darmstadt“ das Schaffen der Künstlergemeinschaft. Infos: www.mathildenhoehe.eu

Katja Möhrle

Foto: © Branko Šrot – stock.adobe.com



Serie Teil V: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor

Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte – LDÄÄ

Die Delegiertenversammlung – das Parlament der hessischen Ärzteschaft – ist das oberste Legislativorgan der Landesärztekammer (LÄKH). Sie besteht aus 80 gewählten Mandatsträgerinnen und -trägern aus elf unterschiedlichen Listen, die sich einzeln im Rahmen dieser Serie vorstellen.

Gründung

Im Winter 1975/76 entstand das erste Programm der (damals) LDÄ zur Kammerwahl im Juni 1976. Ihre 80 Mitglieder fühlten sich in wesentlichen Punkten durch die konservativen ärztlichen Standespolitiker weder auf Landes- noch auf Bundesebene angemessen vertreten. Da ein Austritt aus der Kammer nicht möglich war (und ist), galt es, Themen wie eine soziale Gesundheitsreform, den Schutz von Patientenrechten, die Gleichstellung von Frauen in medizinischen Berufen zu bearbeiten.

Gleichzeitig mussten große Themen wie Bedrohung durch Atomraketen, soziale und Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, das Abhängigkeitsverhältnis der Ärzte von der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie sowie die Aufarbeitung der Rolle der Medizin im Nationalsozialismus in die Kammer hineingetragen werden. Der Öffentlichkeit sollte deutlich werden: Die Ärzteschaft war keinesfalls ein solch monolithischer Block in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung, wie es bis dahin den Anschein hatte.

Die erste Kandidatur in Hessen brachte einen Wahlerfolg von 10,6 % aller Stimmen! Auf Bundesebene entstand, von Hessen ausgehend, die „Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte“ mit Sitz in Frankfurt. 1988 erfolgte die Umbenennung in LDÄÄ.

Wie viele Mitglieder gibt es?

Zurzeit hat die Liste 113 Mitglieder. Bereits seit ihrer Gründung ist der hohe Anteil an Frauen auf den vorderen Listenplätzen und in wichtigen Funktionen innerhalb und außerhalb der Kammer eines unserer besonderen Merkmale, eine ge-

schlechtergerechte Verteilung von Listenplätzen hat sich daher von allein ergeben.

Welche Ärztinnen und Ärzte sind in der LDÄÄ vertreten?

Fach- und arbeitsortübergreifend finden sich in unserer Liste Kolleginnen und Kollegen aus Praxis, Klinik, Hochschule, Betrieb, ÖGD sowie im Ruhestand. Sie alle eint die Ziele und Vorstellungen, die im Programm niedergelegt sind.

Welche berufspolitischen Ziele verfolgt die Liste?

Gesundheit im Sinne der WHO-Definition ist nicht zu trennen von der wirtschaftlichen und sozialen Situation, in der alle an ihrer Bewahrung oder Herstellung Beteiligte sich bewegen.

Die Landesärztekammer als Organ der Ärzteschaft ist gefordert, aktiv an diesen Zielen mitzuarbeiten. Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Tätigkeit überall nach den ethischen Grundlagen ihrer Berufsordnung verrichten können – ob als Chefärzte in Kliniken börsennotierter Unternehmen, in Gefängnissen, im Gutachterwesen, im öffentlichen Dienst oder in der Betriebsmedizin. Der immer selbstverständlicher werdenden Unterordnung medizinischer Entscheidungen unter kommerzielle Gesichtspunkte, der zunehmenden, in manchen Bereichen ausschließlichen Abhängigkeit medizinischer Forschung von der Industrie, der Abbau nicht „rentabler“ medizinischer Abteilungen und Einrichtungen, z. B. in der Kinder- und Jugendmedizin, muss die Landesärztekammer eine entschiedene Absage erteilen, ebenso dem DRG-System, das schwer und chronisch Erkrankte zu unerwünschten Personen werden lässt. Die Arbeitsbedingungen aller im medizinischen Bereich Tätigen müssen es ermöglichen, Menschen mit gesundheitlichen Problemen (und nicht „Kunden“!) umfassend zu helfen bzw. präventiv tätig zu werden. Hierzu gehören unter vielem anderen verbindliche Richtlinien für Hygiene, die nur mit entsprechendem Personalaufwand durchzusetzen sind. Die Weiterbildung junger Kolle-

gen braucht Zeit und muss am Patienten erfolgen. Krankmachende Umwelteinflüsse müssen erforscht und benannt werden. In allen medizinischen Disziplinen ist die Kenntnis von psychosomatischen Prozessen unerlässlich und muss selbstverständlicher Teil der Weiterbildung werden, wie ihre Erforschung und Behandlung in entsprechenden Einrichtungen intensiviert und unterstützt werden müssen.

Auf die Wahrung der Menschenrechte ist vor dem Hintergrund unserer geschichtlichen Erfahrung in ganz besonderem Maße zu achten; die Auseinandersetzung mit der Rolle unserer Vorgänger, die zum Teil unsere Ausbilder waren, ist unerlässlich, um gegen unselige Verstrickungen gefeit zu sein.

Was hat die Liste bereits erreicht?

Seit mehreren Legislaturperioden stellt unsere Liste den Menschenrechts- und Rassismusbeauftragten, wir sind u. a. aktiv in den Ausschüssen für Weiterbildung, Hygiene, Umweltmedizin, Finanzen, Psych-Fächer, in der Ombudsstelle für ärztlichen Missbrauch in Behandlungsfällen, im Berufsbildungsausschuss sowie in der Akademie und in der Härtefallkommission. Über viele Legislaturperioden hinweg leitete ein Listenmitglied das Versorgungswerk der LÄKH. Die Gründung des Gemeinsamen Beirats als Schnittstelle für die Belange der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten geht auf unsere Initiative zurück, ebenso wie die Erforschung der Geschichte der LÄKH im Nationalsozialismus.

Fazit

Finden auch viele der bei der Gründung der Liste erhobenen Forderungen heute einen breiten Konsens, so bleibt doch noch sehr viel zu tun. Wir freuen uns über jede Unterstützung und laden zur aktiven Mitarbeit herzlich ein!

Für die LDÄÄ: Barbara Mühlfeld

Fachärztin für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin
E-Mail: muehlfeld.b@t-online.de

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: 160 € (Akademiestudierende 144 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

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

Gebühr: 60 € (Akademiestudierende 54 €)

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

Interdisziplinäres Forum Frankfurt: Lungen- und

Bronchialheilkunde **Sa., 27. November 2021**

Leitung: Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt

Gebühr: 50 € (Akademiestudierende kostenfrei)
 mit DMP-Nachweis: 60 €
 (Akademiestudierende 54 €)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

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

Moderatorentertraining

Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021 **20 P**

Leitung: Dr. med. A. Mainz, Korbach

Gebühren: 360 € (Akademiestudierende 324 €)

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

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin: Sa., 11. September 2021 **10 P**

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 160 € (Akademiestudierende 144 €)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentl. Gesundheitswesen

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

Mi., 29. September 2021

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

Gebühr: 180 € (Akademiestudierende 162 €)

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

Hygienebeauftragter Arzt

Mo, 20.–Fr., 24. September 2021

Leitung: Dr. med. A. Lengler Gießen

Gebühr: 820 € (Akademiestudierende 738 €)

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher, Niedergelassene Praxen

Mi., 03. November 2021

Beginn der Telelernphase: 01.10.2021

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt

Gebühr: 180 € (Akademiestudierende 162 €)

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

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

Leitung: D. Albert, D. Ziedorn, Gießen

Gebühr: 180 € (Akademiestudierende 162 €)

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

Impfkurs

Sa., 09. Oktober 2021

Gebühr: 200 € (Akademiestudierende 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

Klimawandel und Gesundheit aus ärztlicher Perspektive

Mi., 01. September 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Leitung: Dr. med. C. Weiß MPH, Groß-Gerau

Gebühr: 50 € (Akademiestudierende kostenfrei)

Mehr als COVID-19: Öffentlicher Gesundheitsdienst im Spiegel neuer Gesetze und Aufgaben

Mi., 24. November 2021

5 P

Leitung: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt

Gebühr: 75 € (Akademiestudierende kostenfrei €)

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

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening Fr., 17. September 2021 8 P
 Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.
Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
 Dr. med. E. Reichwein, Villmar
Gebühren: 250 € (Akademiestudierende 232 €)
 inkl. 70 € Schulungsmaterial
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

45. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar
 In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin
 des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)
Mo., 25.–Fr., 29. Oktober 2021
Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl,
 Dr. med. K.-H. Peiffer, Frankfurt
Gebühr: 680 € (Akademiestudierende 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
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
 M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: je 450 € (Akademiestud. 405 €)
Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 13. November 2021
Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Ort: Kassel, Landesfeuerwehrschule
Gebühr: 290 € (Akademiestudierende 261 €)
Notfallmedizin machbar machen
Mi., 24. November 2021 8 P
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 180 € (Akademiestudierende 162 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ - Kinderneurologie,
 Kinderchirurgie, Notfallmedizin**
Mi., 08. September 2021
Leitung: Prof. Dr. med. S. Weber, Marburg
Gebühr: 75 € (Akademiestudierende kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@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: Mi., 08. September 2021 6 P
MIMA: Mi., 06. Oktober 2021 6 P
Leitung: Dr. med. A. Rauch
Gebühr: je 130 € (Akademiestudierende 117 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,
 E-Mail: abba@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul II Sa., 30. Oktober 2021
Gebühr: 160 € (Akademiestudierende 144 €)
Modul III Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021
Gebühr: 320 € (Akademiestudierende 288 €)
 Zum Abschluss des Moduls III wird je ein **Final- und
 Kausalitätsgutachten** gefordert.
Gebühr: je 30 € (Akademiestudierende je 27 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul V Sa., 13. November 2021
Gebühr: 100 € (Akademiestudierende 90 €)
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Einführung in das Medizinrecht

Mittwoch, 29. September 2021
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
 H.-R. Tinneberg, Frankfurt
 RAin u. Notarin M. Strömer, Frankfurt
Gebühr: 120 € (Akademiestudierende 108 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)
Modul 1 – Grundkurs Mo., 06.–Fr., 10. September 2021
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
 Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Gebühr: 900 € (Akademiestudierende 810 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

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

Rechtsmedizin

Leichenschau (Teile nur gemeinsam buchbar)
Mi., 22. September 2021, Mi., 29. September 2021,
Mi., 06. Oktober 2021, Mi., 13. Oktober 2021
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)
Verletzungsdokumentation – Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen
 (Teile getrennt buchbar)
Verletzungsdokumentation:
Mi., 27. Oktober 2021
Fallbesprechung:
Mi., 10. November 2021
Gebühr: je 80 € (Akademiestudenten 72 €)
Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Qualitätsmanagement

In Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie.
Patientensicherheit: Entwicklungen, Herausforderungen und Chancen
Fr., 17. September 2021 (Live-Online-Veranstaltung)
Gebühr: 50 € (Akademiestudenten kostenfrei)
Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
 E-Mail: christina.ittner@laekh.de
Peer Review Intensivmedizin
Mo., 04.–Di., 05. Oktober 2021 (Telelernphase ab 03.09.2021)
Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda
Gebühr: 360 € (Akademiestudenten 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
 Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

Ultraschall

Gefäße
Abschlusskurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen **Fr., 19.–Sa. 20. November 2021**
Gebühr: 430 € (Akademiestudenten 387 €)
Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt
Abdomen und Retroperitoneum
Aufbaukurs siehe Internetseite
Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
Modul Schilddrüse II **Sa., 13. November 2021**
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Gebühr: 280 € (Akademiestudenten 252 €)
 Weitere Kurse in Planung; bitte beachten Sie die Hinweise unter www.akademie-laekh.de.
Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
 E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)
Fr., 05. November 2021
Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestudenten 90 €)
 Praxis: 60 € (Akademiestudenten 54 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum
Aktualisierungskurs **Sa., 20. November 2021**
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)
Ort: auf Anfrage
Spezialkurs Röntgendiagnostik
Theorie: **Fr., 10.–Sa., 11. September 2021**
Praktikum: **Mi., 15. September 2021**
Gebühr: 360 € (Akademiestudenten 324 €)
Orte: **Theorie: Frankfurt, Uniklinikum**
Praktikum: Frankfurt, KKH Nordwest
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.
 B. Bodelle, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.
Mi., 27. Oktober 2021 Rationale Antibiotikatherapie
Leitung: Dr. med. A. Wunder,
 Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber
Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße
Gebühr: 30 € (Akademiestudenten 27 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
 E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Ernährungsmedizin

Block 1: **Fr., 01.–Sa., 02. Oktober 2021**
Block 2 + 4: **Fr., 26.–Sa., 27. November 2021**
 Weitere Termine und Hinweise unter www.akademie-laekh.de.
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein
 Dr. med. K. Winkler
Gebühren: Block 1, 2 + 4: je 240 €
 (Akademiestudenten 216 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
 E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

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

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 12.–Sa., 13. November 2021 und
Block Ib: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021 32 P
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Gebühr: 600 € (Akademiestudienmitglieder 540 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot
Do., 18.–Fr., 19. November 2021 16 P
(Live-Online-Veranstaltung)
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Gebühr: 360 € (Akademiestudienmitgl. 324 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@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 VII: Aufbaukurs

Fr., 15.–Sa., 16. Oktober 2021 und

Fr., 22.–Sa., 23. Oktober 2021

Gebühr: 650 € (Akademiestudienmitglieder 585 €)
Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 15.–Sa., 20. November 2021

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
Gebühr ges.: 630 € (Akademiestudienmitglieder, BDI und DGIM 567 €)
Gebühr/Tag: 180 € (Akademiestudienmitglieder, BDI und DGIM 162 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
 Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 Mo., 15.–Fr., 19. November 2021 40 P
Gebühr: 840 € (Akademiestudienmitglieder 756 €)
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Kurs-Weiterbildung Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021 40 P
Gebühr: 740 € (Akademiestudienmitglieder 666 €)
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@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 V: Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021 16 P

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

Gebühren je Block: 280 € (Akademiestudienmitglieder 252 €)

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

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

Repetitorium Neurologie

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

Modul I Mo., 04.–Di., 05. Oktober 2021

Neurol. Notfälle, Cerebrovaskuläre Erkrankungen, Epilepsie, Erkrankungen d. Hirnnerven, EEG u. Neurosonologie

Gebühr: 180 € (Akademiestudienmitgl. 162 €)

Modul II Di., 07.–Mi., 08. Dezember 2021

M. Parkinson und Bewegungsstörungen, Störungen des Bewusstseins, Neuroinfektiologie, Erkrankungen des Rückenmarks, Neuroradiologie: Grundlagen und Indikationen

Gebühr: 180 € (Akademiestudienmitgl. 162 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Kaps, Gießen

Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,
 E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.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, Frankfurt

Gebühren: Block I: 990 € (Akademiestmitgl. 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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

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

Diverse Schmerzsyndrome

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

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

Schmerzhafte Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, psychische Komorbidität

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, Klinikum

Gebühr: je 300 € (Akademiestmitgl. 270 €)

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

Allgemeinmedizin

**Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Kurs B Do., 23.–Fr., 24. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

Gebühr: 340 € (Akademiestmitgl. 306 €)

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiestmitglieder und für die Teilnehmer des Weiterbildungscollees 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: 260 € (Akademiestmitgl. 234 €)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@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 € (Akademiestmitglieder 495 €)

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 – Teil A: Fr., 17.–Sa., 18. September 2021 42 P

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

Modul 1 – Teil C: Fr., 11.–Sa., 12. Februar 2022

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

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

Orte: **Teil A: Hofheim, Stadthalle**

Teil B: auf Anfrage

Teil C: Bad Nauheim, BZ der LAEKH

Gebühr: 900 € (Akademiestmitglieder 810 €)

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

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

Suchtmedizin

Ärztliche begleitete Tabakentwöhnung

Qualifikationsmaßnahme: Module 1–6:

Fr., 03. Dezember 2021

Gebühr: 360,00 (Akademiestatistiker 324,00 €)

Aufbaumodul: Modul 7: Sa., 04. Dezember 2021

Gebühr: 180,00 (Akademiestatistiker 162,00 €)

Leitung: Prof. Dr. S. Andreas, Kassel

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

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

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

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

Gebühren: je Kursblock 500 €
(Akademiestatistiker 450 €)

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

Arbeitsmedizin

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

Modul 5 Sa., 04. September 2021 und
Mi., 08.–Di., 14. September 2021
Beginn der Teilerlernphase: 10.08.2021

Modul 4 Mi., 10.–Di., 16. November 2021
Beginn der Teilerlernphase: 12.10.2021

Modul 6 Mi., 08.–Di., 14. Dezember 2021
Beginn der Teilerlernphase: 16.11.2021

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

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

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

Sportmedizin

ZTK 9: Mo., 25.–Di., 26. Oktober 2021

ZTK 3: Mi., 27.–Do., 28. Oktober 2021

ZTK 14: Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer

Gebühren: je ZTK 300 € (Akademiestatistiker 270 €)

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder www.akademie-laekh.de möglich.

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

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

Bitte beachten Sie die 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





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

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 ONKPAL: Do., 07.10.–Sa., 09.10.2021

Gebühr ONKPAL: 260 €

Termin PAL: Interessentenliste

Gebühr PAL: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

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

Onkologie (ONK)*

Inhalte:

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: 260 €

ONK:

Termine (ONK): Do., 04.11.–Sa., 06.11.2021 und
Mi., 17.11.–Sa., 20.11.2021 und
Sa., 11.12.2021 Lernerfolgskontrolle

Gebühr: 620 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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.

Termin (ERM): Interessentenliste

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

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

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) 40 Stunden*

Inhalte:

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

Termin (PBK): Interessentenliste

Gebühr (PBK): 290 €

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden*

Inhalte:

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

Termin (NP): Interessentenliste

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

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

* zusätzlich zu belegende Fortbildungen

Bei den mit * gekennzeichneten Fortbildungen 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 €

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

Termin(BET): ab 01.10.2021

Gebühr: 1.750 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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



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

Wundmanagement

Inhalte: Das Kurskonzept setzt den Schwerpunkt auf die Wundversorgung, Verbandtechnik und Wundprophylaxe. Die Themen werden kombiniert mit Übungen, Patienten „richtig“ zu heben und in ihrer Bewegung zu unterstützen, um die möglichst optimale Körperposition einzunehmen. In Übungen wird den Teilnehmern/-innen zusätzlich gezeigt, wie sie die eigene Körperbelastung durch Hebe- und Tragetechniken verringern können.

Termin:

MED 6_2: 25.09.2021

Gebühr: 155 €

Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC)

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ durchgeführt.

Termin (SAC): Interessentenliste

Teilnahmegebühr: 350 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten

Inhalte: 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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil folgende Module:

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

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

Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: Interessentenliste

Gebühr Pflichtteil: 1.630 €

Prüfungsgebühren: 200 €

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

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

Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website www.carl-oelemann-schule.de und über Facebook www.facebook.com/LAEKHessen/. Nebstehender 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

Staffelübergabe im Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Am 5. Juli 2021 wurde Prof. Dr. Dr. med. habil. René Gottschalk als Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt in der Paulskirche feierlich verabschiedet. Sein Nachfolger, Dr. med. Peter Tinnemann, hat sein neues Amt im Juni angetreten. Anlässlich dieser Staffelübergabe sollen nicht nur die Lebensläufe des bisherigen und heutigen Amtsleiters vorgestellt, sondern auch auf das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt ein Blick geworfen werden, eines der größten und renommiertesten Gesundheitsämter in Deutschland.

Professor René Gottschalk übergibt...

Prof. René Gottschalk wurde 1956 in Frankfurt geboren und ist sein Leben lang seiner Heimatstadt verbunden geblieben. Nach seinem Abitur studierte er zunächst Medizintechnik und arbeitete anschließend als Ingenieur bei der Hoechst AG. 1982 nahm er dann das Studium der Medizin in Frankfurt am Main auf, promovierte 1998 und bildete sich an der Universitätsklinik Frankfurt zum Facharzt für Innere Medizin weiter und erwarb die Zusatzqualifikation Infektiologie. 1998 wechselte er in das Gesundheitsamt Frankfurt, zunächst als Leiter der Abteilung Infektiologie. Er schloss eine zweite Weiterbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen an und wurde 2011 zum Leiter dieses großen Gesundheitsamtes berufen. Nicht nur im Rückblick beschreibt er, dass dieses Amt für ihn „der Himmel auf Erden“ war. Verschiedene Forschungsaufenthalte, z. B. in den USA, Israel, Afrika, Australien und Asien, wurden vom Amt unterstützt. Er konnte vieles anstoßen und seine Erfahrung in Gremien und Kommissionen einbringen und andererseits auch aus diesen Gremienwissen im Amt implementieren.

Als Amtsleiter erreichte er, dass das Gesundheitsamt im Jahr 2013 akademische Lehrinrichtung der Goethe-Universität wurde. Seit 2013 können die Studierenden das Wahlquartal des Praktischen Jah-

res im Gesundheitsamt absolvieren. Aber auch die weitere Öffnung des Amtes für Famulaturen und Praktika lag ihm am Herzen, ebenso wie die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen. Und nicht zuletzt die 2014 gegründete Studentische Poliklinik (StuPoli), eine Einrichtung der Universität in den Räumen des Gesundheitsamtes, in der Medizinstudierende unter Supervision der Leiterin der Humanitären Sprechstunde des Gesundheitsamtes Patienten untersuchen und behandeln. Auch das eine Spezialität in Frankfurt.

2002 wurde er Leiter des vom Hessischen Sozialministerium neu gegründeten „Kompetenzzentrums für hochpathogene Infektionserreger“ (KHPI), das nicht nur für Hessen, sondern auch für Rheinland-Pfalz und das Saarland zuständig ist. Die SARS-Pandemie 2003 war dann auch die erste Feuerprobe für das KHPI und Grundlage für die Habilitation von Dr. Gottschalk im Jahr 2005. Im Jahr 2011 wurde er schließlich zum außerplanmäßigen Professor der Goethe-Universität ernannt. Zusätzlich zu seinen Leitungsfunktionen im Amt war Gottschalk seit der Gründung 2003 Sprecher des Ständigen Arbeitskreises der Kompetenz- und Behandlungszentren für Erkrankungen durch hochpathogene Erreger (STAKOB) am Robert Koch-Institut, Berlin (RKI), das als nationales Beratungsgremium Erkenntnisse zu bestimmten Erregern/Infektionskrankheiten bewertet und Stellungnahmen abgibt. Er ist Berater der Bundesinformationsstelle für biologische Gefahren und spezielle Krankheitserreger (IBBS) am RKI und ständiges Mitglied des Collaborative Arrangement for the Prevention and Management of Public Health Events in Civil Aviation (CAPSCA). Zusätzlich ist er Mitglied des International Health Regulation (IHR) Roster of Experts der WHO. Seine Expertise und Forschungsinteressen konzentrieren sich auf hochpathogene Krankheitserreger, die Prävention und den Schutz vor Epi- und Pandemien, Fragen der öffentlichen Gesundheit und Bioterrorismus.

...Dr. Peter Tinnemann...

Dr. Peter Tinnemann wurde 1967 in Herne geboren. Er studierte Medizin in Köln und Hamburg, wurde 1997 approbiert und erwarb im gleichen Jahr ein Diplom in Tropenmedizin und medizinischer Parasitologie am Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg. 1999 promovierte er an der Universität Hamburg.

Bereits während seiner Zeit als Arzt im Praktikum arbeitete er in einem Kinderkrankenhaus in Haiti. Danach ermöglichte ihm die Arbeit in unterschiedlichen internationalen Organisationen, u. a. Ärzte ohne Grenzen, mit vielen Auslandsaufenthalten umfangreiche Erfahrungen im Bereich Globale Gesundheit. Von 2004 bis 2007 war er für den nationalen Gesundheitsdienst in England tätig und erwarb in dieser Zeit einen Master of Studies in Public Health an der Universität Cambridge. Seit 2007 ist er leitender wissenschaftlicher Mitarbeiter für den Bereich Globale Gesundheitswissenschaften am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Ab 2010 arbeitete er in Teilzeit auch im öffentlichen Gesundheitsdienst in Berlin und Brandenburg. 2015 wurde er ärztlicher Referent an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und erhielt 2016 die Facharztanerkennung Arzt für öffentliches Gesundheitswesen.

Dr. Tinnemann betont seine medizinisch-naturwissenschaftliche Prägung und die Notwendigkeit einer evidenz- und datenbasierten Herangehensweise an die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Fragestellungen. U. a. nennt er Klimawandel, Krisenmanagement, Pandemien sowie den sozialmedizinischen Umgang mit sozioökonomisch benachteiligten Gruppen. Als Bevölkerungsmediziner sieht er sich dem Interesse der Gesundheit der gesamten Bevölkerung verpflichtet, als Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst sieht er die Öffentlichkeit als seinen Auftraggeber.

Tinnemann freut sich auf die Arbeit in dem „größartigsten Gesundheitsamt in

Deutschland“ und auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer vielfältigen Expertise. Hier will er den eingeschlagenen Weg der Verbindung von bevölkerungsmedizinischer Praxis mit (sozial-)medizinisch geprägter wissenschaftlicher Forschung und Lehre fortsetzen.

...das Gesundheitsamt Frankfurt am Main

In den vergangenen Monaten waren die Gesundheitsämter in der öffentlichen Wahrnehmung weitgehend auf Covid-19 reduziert. Dabei hat der Öffentliche Gesundheitsdienst sehr viel mehr interessante Aufgaben, die im Frankfurter Gesundheitsamt auf hohem Niveau wahrgenommen werden: amtsärztliche Untersuchungen, Bearbeitung von Leichenschauschein, AIDS-Beratung, Schuleingangsuntersuchungen, Kinder- und Sozialpsychiatrie, Mundhygiene bei Kindern, Hygieneüberwachung in medizinischen und Gemeinschaftseinrichtungen, Hygiene des Trink- und Badebeckenwassers, Meldewesen Infektionserfassung, Pandemieplanung etc. Nachfolgend ein Blick auf einige besondere Projekte des Amtes: Bereits 2001 wurde die Humanitäre Sprechstunde etabliert, die Menschen ohne Papiere hausärztlich versorgt. Hier und in der zusätzlich eingerichteten Humanitären Sprechstunde für Kinder werden mehrere hundert Menschen jährlich betreut. Durch die internationale Vernetzung der Humanitären Sprechstunde werden die Erfahrungen regelmäßig europaweit ausgetauscht. Die kinderärztliche Abteilung war in jüngerer Zeit zusätzlich zu ihren Routineaufgaben intensiv gefordert mit der Untersuchung von bis zu 1770 unbegleiteten minderjährigen Ausländer im Jahr 2015. Bereits 2008 wurde in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt das Projekt Frühe Hilfen etabliert, um der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern wirksam vorzubeugen. Präventive Hausbesuche der Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern des Gesundheitsamtes unterstützen Familien in belastenden Lebenssituationen mit Kindern bis Ende des ersten Lebensjahres. Im Bereich Psychiatrie wird für komplexe Gefahren- oder Schadenslagen eine



Foto: Gesundheitsamt Frankfurt

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk (links) übergibt die Leitung des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main an Dr. med. Peter Tinnemann (rechts).

kommunale Koordinierungsstelle Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) vorgehalten, die eng mit der Branddirektion und der Notfallseelsorge zusammenarbeitet. Zur Prävention von Suiziden wurde 2014 das interdisziplinäre Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS) gegründet. Inzwischen sind dort mehr als 70 Organisationen zusammengeschlossen.

Die zahnmedizinische Abteilung kann weiterhin sehr gute Erfolge der Prophylaxeteams bei der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen vorweisen.

Umweltmedizinische Herausforderungen wie zuletzt Raumluftqualität in Schulen, Fluglärm und Gesundheit, Auswirkungen der Hitzewellen sowie der Klimawandel wurden und werden weiterhin intensiv und wissenschaftlich bearbeitet.

Auch die Hygiene-Beratung und -Überwachung werden im Gesundheitsamt Frankfurt großgeschrieben – und die Erfahrungen in vielen Publikationen und umfangreichen Berichten weitergegeben. Das hier entwickelte partnerschaftliche Modell (Beratung vor Kontrolle; Kommunikation auf Augenhöhe) hat viele Nachahmer gefunden.

Das 2010 unter Federführung des Frankfurter Gesundheitsamtes gegründete MRE-Netz Rhein-Main hat sich zu einem

der größten und aktivsten MRE-Netzwerke entwickelt, das zahlreiche Studien und Projekte durchführt.

Im Bereich der Abteilung Infektiologie waren neben den umfangreichen Aufgaben des Meldewesens nach Infektionsschutzgesetz SARS 2003, „Schweinegrippe“ 2009/2010, Ebola 2013 und jetzt die SARS-CoV-2-Pandemie besondere Herausforderungen.

Viele Berichte für die Stadt – zuletzt die beiden Berichte „Hygiene und Ausbruchmanagement in der Corona-Pandemie“ (2021) – aber auch wissenschaftliche Publikationen und Dissertationen sind aus der Routinearbeit und den Projekten entstanden. Mitarbeiter des Amtes lehren an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen und wurden aufgrund ihrer Fachexpertise in Gremien und Kommissionen berufen, u. a. Deutscher Ethikrat, Kommission Human-Biomonitoring, Innenraumkommission, Trinkwasserkommission, Badewasserkommission, Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie STAKOB.

Ein „XXL-Amt“ (Zitat Tinnemann) in jeder Hinsicht.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
ehemalige Stellv. Leiterin
Gesundheitsamt Frankfurt



Corona-Management: Eine kritische Zwischenbilanz

Podiumsdiskussion der Bad Nauheimer Gespräche

Allein in Deutschland haben sich bisher mehr als drei Millionen Menschen mit dem Corona-Virus infiziert, mehr als 90.000 sind an oder mit Covid-19 gestorben (Stand Anfang Juli 2021). Unter dem Titel „Ein Jahr Corona – eine Zwischenbilanz“ lud der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche am 9. Juli zu einer Podiumsdiskussion online und in Präsenzform in die Räume der Landesärztekammer ein. Noch im April hatte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski gefordert: „Gebt uns Impfstoff und wir machen aus dem Lüftchen einen Orkan.“ Die Frage von Moderator Detlef Hans Franke, ob der gewünschte Orkan jetzt eingetroffen sei, beantwortete er mit „Noch nicht ganz“. Man merke, dass der Run vom Anfang merkbar nachlasse, bedauerte Pinkowski, und formulierte einen klaren Appell: „Lasst euch impfen!“ Vor allem in sozialen Brennpunkten müssten niederschwellige Impfangebote gemacht werden.

Nicht nur Virologen befragen

Was die sechs Experten aus Medizin, Rechtswissenschaft und Politik auf dem Podium verband, war ihre Kritik am Pandemie-Management der Bundesregierung. So bemängelte der kurz zuvor in den Ruhestand verabschiedete, langjährige Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, dass die Politik vorwiegend Virologen und nicht die Gesundheitsämter zu Rate gezogen habe. Er spreche Virologen nicht ihre Kompetenz ab, aber sie sollten nicht entscheiden, ob Schulen geschlossen oder ein Lockdown verhängt werden müsse, betonte der Infektiologe. Man hätte ein Konsortium aus verschiedenen Fachärzten und Vertretern anderer Disziplinen als Berater zusammenstellen sollen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) habe immer nur eine marginale Rolle gespielt, kritisierte Gottschalk. Als dritte Säule des Gesundheitswesens sei er nie recht wahrgenommen worden. „Unser

Fehler war, dass wir nicht früh genug auf den Pudding gehauen und gesagt haben, wir können das.“ Nachdem die Gesundheitsämter in der Pandemie gezeigt hätten, was sie zu leisten imstande seien, habe er die Hoffnung, dass nun eine neue Ära angebrochen sei. Eine zentrale Aufgabe des ÖGD sei die Prävention. Bezogen auf die Pandemie heiße dies: Wenn die Hygienekonzepte gut seien – ob in Schulen, Museen oder etwa im Fußballstadion – stecke niemand jemanden an.

Schulschließungen „völlig absurd“

Gottschalk nannte es „völlig absurd“, dass Schulkinder in der Pandemie nach Hause geschickt worden seien. Ob man nach den Sommerferien wieder die gleichen Fehler machen und die Schulen schließen werde, wollte eine Zuhörerin wissen. Zur Antwort verwies Gottschalk auf eine gemeinsam mit seiner ehemaligen Kollegin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf durchgeführte und im Hessischen Ärzteblatt veröffentlichte Untersuchung vom Frühjahr des Jahres 2020, die belege, dass sich Kinder zu Hause und nicht in der Schule ansteckten. Inzwischen sei die Hygiene in den Schulen viel besser geworden, fügte Gottschalk hinzu. Ob sich dagegen der Einsatz von Luftfiltern, den der Bund jetzt mit 500 Mio Euro fördere, als sinnvoll erweise, bezweifelte er stark.

Ähnlich äußerte sich Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz von der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie: Es gebe keine Studien zur Sinnhaftigkeit von Luftfiltern. Gute Hygienekonzepte und regelmäßiges Lüften seien ausreichend. Huppertz hatte im vergangenen Jahr bis zuletzt dafür plädiert, Kitas und Schulen offen zu halten. Im März 2020 seien die Schulen auf der Basis von Maßnahmen zur Eindämmung der Grippe geschlossen worden, obwohl es sich bei SARS-CoV-2 nicht um ein Grippevirus handele, berichtete er. Auf die Frage nach der Evidenz für die Schließungen habe man damals keine Antwort von der Politik erhalten.

Erwachsene infizieren Kinder

Auch Huppertz bekräftigte, dass Ansteckungen in der Schule meist von Erwachsenen und nicht von Kindern ausgingen. Daher sollten alle, die in Schulen arbeiteten, zweimal geimpft sein. Die wenigen, die eine Impfung verweigerten, beschmutzten den Ruf der ganzen Lehrerschaft und gefährdeten die Kinder, beklagte der Pädiater. Der monatelange Unterrichtsausfall habe zu seelischen Problemen geführt und der Integration geschadet. In der Schule gehe es nicht nur um Wissensvermittlung, sondern auch darum, soziale Fähigkeiten zu entwickeln. Dies sei von der Politik sträflich vernachlässigt worden. Huppertz kritisierte außerdem, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sich entgegen der Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) für die Impfung ab 12 Jahren ausgesprochen habe. Der Minister hätte besser die Impfung aller Lehrer und Erzieher fördern sollen, so Huppertz.

Aufklären und impfen

Das angespannte Verhältnis zwischen Ärzten und Lehrern sei bekannt, meldete sich ein Zuhörer aus dem Publikum zu Wort. Wie aber sehe das Impfverhalten von Ärzten und Pflegekräften aus? Seines Wissens existierten dazu keine Daten, gab Pinkowski zur Antwort. Die Ärzteschaft sei ein Ausschnitt aus der Gesellschaft und bilde deren unterschiedliche Haltungen ab. Er gehöre zu jenen, die die Werbetrömel für das Impfen rührten und habe kein Verständnis dafür, wenn sich Ärzte und andere Berufe im Gesundheitswesen nicht impfen ließen.

Von einer Impfprämie für Unentschlossene hielten die Experten auf dem Podium nichts. Er habe die hessische Landesregierung aufgefordert, eine Informationskampagne zu starten, um möglichst viele Menschen zu erreichen, sagte Ärztekammerpräsident Pinkowski. Die Impfstoffe seien alle gut und nur leicht unterschiedlich in ihrer Wirkung. Wenn man, wie die



Organisiert von Prof. Dr. Ursel Heudorf vom Vorstand der Bad Nauheimer Gespräche diskutierten (von links) Dr. Edgar Pinkowski, Prof. Dr. Dr. René Gottschalk, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Dr. Jörg Uwe Hahn, Prof. Dr. Matthias Schrappe und Prof. Dr. Uwe Volkmann. Moderiert wurde die Veranstaltung von Detlef Hans Franke.

Politik, ein Vakzin schlechtrede, brauche man sich über fehlende Akzeptanz nicht zu wundern. Die Leute würden permanent verunsichert und das löse Ängste aus: „Respekt vor dem Virus wäre besser“. Auch Huppertz zeigte sich überzeugt, dass das Ziel der Herdenimmunität mit Aufklärung und Impfangeboten in sozialen Brennpunkten am besten zu erreichen sei.

„Zahl der Krankenhausbetten niedrig gerechnet“

Mit falschen und zu niedrigen Zahlen von Intensivbetten habe man Ängste in der Bevölkerung geschürt und den Lockdown mit einem „Erstickungsnarrativ“ – der Furcht, wegen unzureichender Krankenhausbetten mit Beatmungsgeräten sterben zu müssen – begründet, warf der Kölner Internist Prof. Dr. med. Matthias Schrappe der Bundesregierung vor. Für seine These, Krankenhäuser hätten ihre Kapazitäten künstlich kleingerechnet, hatten der ehemalige Leiter des Instituts für Patientensicherheit und seine Arbeitsgruppe heftige Kritik einstecken müssen. Bei der Podiumsdiskussion wiederholte er die Ergebnisse seiner Untersuchungen. Inzwischen sieht sich Schrappe vom Bundesrechnungshof bestätigt.

Hätte die Politik mehr für den Schutz der vulnerablen Gruppen getan, hätte man weniger Freiheiten einschränken müssen, sagte Schrappe. Eine Auffassung, die Gottschalk teilte: So sei die Zunahme der Todesfälle in Altersheimen der mangelnden „Protection“ anzulasten, wie Heudorf und er in einer Studie gezeigt hätten, die bereits im August 2020 im Hessischen Ärzteblatt publiziert wurde. Kinder und Jugendliche seien die Gruppe, die in der Pandemie die meisten Einschränkungen hätte hinnehmen müssen und zugleich am wenigsten gefährdet sei, erklärte der Jurist und Rechtswissenschaftler Prof. Dr. jur. Uwe Volkmann von der Goethe-Uni-

versität Frankfurt am Main. Viele rechtliche, psychische und juristische Folgeschäden seien schwer zu fassen.

Grundrechte zurückgeben

Der Rechtswissenschaftler konstatierte, dass in der Pandemie jeder einzelne der 19 Artikel des Grundgesetzes von den Beschränkungen betroffen gewesen sei. Solange es keine zumutbare Möglichkeit des Selbstschutzes gegeben habe, sei dies zu rechtfertigen gewesen. Nun, da die Möglichkeit in Form der Impfung bestehe, sei der Staat gehalten, die Beschränkungen wieder aufzuheben. Die Bürger müssten ihre Freiheit nicht zurückfordern, betonte Volkmann: „Wir haben sie!“

Was das politische Handeln betreffe, habe ihn das Durcheinander bei den Regelungen für den Einzelhandel, die Gastronomie und die Kultur am meisten gestört, sagte der FDP-Politiker Dr. h. c. Jörg Uwe Hahn, Vizepräsident des Hessischen Landtags. Wie man mit der Pandemie umgehe, sei eine gesellschaftliche Frage. Er habe das Gefühl, dass sich die deutsche, mitteleuropäische Gesellschaft davon verabschieden müsse, dass immer alles nach vorne gehe und der Staat für alles Verantwortung trage. Nach dem Motto „sicher ist sicher“; die Kanzlerin solle es richten. Zu den Buhmännern in der Pandemie hätten die Gesundheitsäm-

ter gehört, denen vorgeworfen worden sei, noch per Fax zu kommunizieren. Dass diese Kommunikationsform aus Sicherheitsgründen politisch so gewollt war, stellte Gottschalk richtig.

Neue Diskussionskultur gefordert

„Ich wünsche mir ein vernünftiges Risikomanagement in der Gesellschaft“, sagte Jörg-Uwe Hahn mit Blick auf den künftigen Umgang mit Krisen. Ihn bewege noch ein anderes gesellschaftliches Thema, hob Ärztekammerpräsident Pinkowski hervor: „Mich treibt um, dass die Diskussionskultur in der Gesellschaft so unwissenschaftlich geworden ist.“ Wer kritische Fragen stelle und nicht in den Mainstream passe, werde in die Ecke der Leugner und Verschwörungstheoretiker gestellt. Leider sei auch die Presse nicht unschuldig daran, denn „bad news is good news“, fügte Pinkowski hinzu. Statt Fakten zu berichten, werde Angst geschürt. Dabei müsse man den Menschen sagen: Wer zweimal geimpft ist, ist fast zu 100 Prozent vor Tod oder schwerer Erkrankung durch das Virus geschützt. „Wir brauchen Veranstaltungen wie diese, auf denen wir diskutieren und unterschiedliche Meinungen äußern können.“

Katja Möhrle

Ankündigung: Klimawandel und Gesundheit aus ärztlicher Perspektive

Termin:	Mittwoch, 01.09.2021 (Live-Online-Veranstaltung)
Leitung:	Dr. med. Cornelius Weiß, MPH
Fortbildungspunkte sind beantragt (vgl. 3 Punkte)	
Information und Anmeldung:	Claudia Löffler, Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Fon: 06032 782-287 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de



www.akademie-laekh.de

Die (Klima-)Krise im Curriculum

„Klimasprechstunde“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Der Masterplan 2020 wirft neue Fragen auf und stellt die Curriculumskommissionen vor die Herausforderung, den Ablauf des Medizinstudiums neu zu denken. Ideen sprudeln und Konzepte werden erarbeitet. Gleichzeitig wird oft die größte Bedrohung der menschlichen Gesundheit im 21. Jahrhundert [1] außer Acht gelassen. Wir, die Health For Future Ortsgruppe Gießen und weitere, werden aktiv und gestalten selbst unsere Lehre, denn: Gesundheitsschutz benötigt Klimaschutz.

Unsere Gesundheit ist in ein komplexes System der Wechselwirkungen zwischen Mensch, Umwelt sowie dem Planeten Erde eingebettet. Wir sprechen von planetary health [2] – ebendiesem Ansatz eines ganzheitlichen Gesundheitskonzepts, das die Verhältnisse von Gesundheit und Krankheit, Therapie und Prävention interdisziplinär umschließt und die Erdengesundheit als Voraussetzung menschlicher Gesundheit sieht [3].

Viele Krankheiten resultieren aus ungesundem Essen, mangelnder Bewegung, verschmutzter Luft, verunreinigtem Trinkwasser und Stress. All diese Dinge begründen auch auf komplexe Weise den anthropogenen Klimawandel [4]. Eine Änderung unseres Lebensstils, vor allem die Umstellung auf fleischarme, überwiegend regionale Ernährung sowie mehr Bewegung, kann einen großen Beitrag zum Klimaschutz leisten und ist gleichzeitig zentral für Therapie und Prävention besagter Volksleiden [5]. Vielfach wurde der Zusammenhang zwischen klimaschädlichem Verhalten und modernen Zivilisationskrankheiten hergestellt und in der wissenschaftlichen Debatte mit zunehmendem Evidenzgrad diskutiert. Trotzdem ist dieser Konsens noch nicht bis in die Breite der medizinischen Fachwelt vorgedrungen. So erkannte ein Pneumologe der Uniklinik Gießen die massive Bedrohungslage für die menschliche Gesundheit erst, als wir ihn als Referenten für unser Wahlfach anfragten und er die Gelegenheit nutzte, Zusammenhänge zwischen Treibern so-

wie Folgen der Klimakrise, Lungenkrankheiten und Allergien für sich zu vertiefen. Wir als angehende Ärzt:innen nehmen es also selbst in die Hand, Aufklärung zu schaffen, und sehen die dringliche wie auch einzigartige Möglichkeit, die Lebensweisen unserer Patient:innen durch eine angepasste Präventionsarbeit klimafreundlich zu beeinflussen. Dies bezieht sich vor allem auf eine dauerhafte Integration des Klimawandels in die Lehrinhalte des klinischen Studienabschnitts. Das Wahlfach „Klimasprechstunde“ als studentisches Projekt an der JLU Gießen ist ein erster Versuch der praktischen Integration der Thematik ins Medizinstudium. So lernen die Absolvent:innen ihre Verantwortung im planetaren System zu reflektieren und zu fördern. Von Dozierenden werden Impulse geliefert, die die Auswirkungen von Lärm, Feinstaub oder Fehlernährung auf den menschlichen wie auch den planetaren Organismus aufzeigen, um anschließend als Diskussionsgrundlage zu dienen. Menschen in Gesundheitsberufen genießen hohes Vertrauen in der Bevölkerung und haben direkten Zugang zu unterschiedlichsten gesellschaftlichen Gruppen. Die seit jeher wichtige Aufklärungsfunktion von Ärzt:innen spielt in der Vermittlung dieser Information eine zentrale Rolle.

Auch muss in diesem Kontext erwähnt werden, dass das eigene Arbeitsumfeld, der Gesundheitssektor, weltweit für 4,4–5,2 % der Treibhausgasemissionen verantwortlich ist [6]. Wäre der Gesundheitssektor ein Land, stünde er auf Platz 5

der weltweit größten CO₂-Emittenten [7]. Demnach ist auch eine Umstellung der Infrastruktur innerhalb des Versorgungssystems zu thematisieren: Wie funktioniert die Abfallwirtschaft im Krankenhaus? Wie viele CO₂-Äquivalente werden bei einer Narkose ungefiltert in die Atmosphäre geblasen? Wie ist das Krankenhaus gebaut und welche Energieträger verwendet es? Selbige Frage stellt sich auch in Bezug auf jede Praxis einer: jeder: niedergelassenen Kolleg:in. Ein Hebel, den vor allem in letzterem Fall jeder: selbst in der Hand hat und mit Leichtigkeit anpassen kann.

Im Wahlfach sollen Studierende die Möglichkeit erhalten, die aktuelle Forschung zur Klimakrise kennen zu lernen und ihre Erkenntnisse auf den klinischen Alltag praktisch zu übertragen. Wir wollen den Studierenden Kompetenzen vor allem auf der kommunikativen Ebene zum Thema Klimawandel mit Fokus auf der Gesundheitsprävention und der Wissenschaftskommunikation vermitteln.

Die Bewältigung der Klimakrise birgt die größte Chance für die menschliche Gesundheit des 21. Jahrhunderts [8]: Wer sich derer annimmt und sich für Umweltschutz einsetzt, rettet Leben – wer sich aber dagegen verschließt, handelt unserer Ansicht nach mindestens fahrlässig.

Leonard Maier & Laura Gerspacher

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



Foto: Laura Gerspacher



Foto: Leonard Maier

Die Medizinstudierenden der JLU Gießen Laura Gerspacher (Foto links) und Leo-

nard Maier (Foto rechts) beschäftigen sich seit einigen Jahren privat mit den Folgen der Klimakrise. Mit Beginn des Medizinstudiums stellte sich ihnen die Frage nach den Gesundheitsfolgen ebendieser und warum diese Aspekte im Studium nicht behandelt werden. Seit dem Wintersemester 2020/21 organisieren sie gemeinsam mit anderen Studierenden eine Seminarreihe, die als klinisches Wahlfach anerkannt wird.

Literatur zum Artikel:

Die (Klima-)Krise im Curriculum

von Leonard Maier & Laura Gerspacher

- [1] xVgl. Costello A, Abbas M, Allen A, et al., 2009: Managing the health effects of climate change. In: The Lancet: Commissions Volume 373, Issue 9676: pp.1693–1733. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60935-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60935-1), Stand: 20.06.21xx
- [2] Vgl. Prof. Dr. Dr. Gabrysch, S.: Planetary Health. In: Youtube, 24.02.2021. Abrufbar Online. Stand: 20.06.2021
- [3] Vgl. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al.: The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health: Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. The Lancet 386: 1973–2028 (2015)
- [4] Vgl. IPCC, 2014: *Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [Core Writing Team, R.K. Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland, 151 pp.
- [5] vgl. **Smith**, K.R., A. Woodward, D. Campbell-Lendrum, D.D. Chadee, Y. Honda, Q. Liu, J.M. Olwoch, B. Revich, and R. Sauerborn, 2014: Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [Field, C.B., V.R. Barros, D.J. Dokken, K.J. Mach, M.D. Mastrandrea, T.E. Bilir, M. Chatterjee, K.L. Ebi, Y.O. Estrada, R.C. Genova, B. Girma, E.S. Kissel, A.N. Levy, S. MacCracken, P.R. Mastrandrea, and L.L. White (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA, pp. 709–754. Online abrufbar: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/WGII-AR5-Chap11_FINAL.pdf Stand: 20.06.2021
- [6] Vgl. Robert-Koch-Institut (2013): Klimawandel und Gesundheit: Allgemeiner Rahmen zu Handlungsempfehlungen für Behörden und weitere Akteure in Deutschland (PDF). Online abrufbar: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/UmweltKommission/Stellungnahmen_Berichte/Downloads/klimawandel_gesundheit_handlungsempfehlungen_2013.html Stand: 20.06.2021
- [7] vgl. Karliner, J et al; 2019: Health care climate footprint, Hrsg: Health Care without Harm, ARUP, S. 19; online abrufbar: https://noharm-global.org/sites/default/files/documentsfiles/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf Stand 20.06.21
- [8] vgl. Hamilton, I. et al, 2021: The public health implications of the Paris Agreement: a modelling study. In: The Lancet Planetary Health: Volume 5, Issue 2. Elsevier Ltd, pp. E84–E83. Online abrufbar: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30249-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30249-7) Stand: 20.06.2021

Donogene Insemination

Verwendung von Spender-Samen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei homosexuellen (Ehe-)Paaren und alleinstehenden Frauen

Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz

Der Beitrag beruht auf einem Vortrag des Autors vor der Ständigen Kommission für Reproduktionsmedizin der Landesärztekammer Hessen am 3.12.2020. Es handelt sich um einen bearbeiteten Nachdruck des Artikels „Assistierte Befruchtung bei homosexuellen Paaren und alleinstehenden Frauen“ von Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, der zuerst in der Neuen Juristischen Wochenschrift NJW (2021, 1430) im C. H. Beck-Verlag München erschienen ist.

A. Samenspende bei Frauenpaaren

I. Das Fehlen spezieller Regelungen

Es gibt in Deutschland keine gesetzliche Regelung, bei welchem Personenkreis eine medizinisch assistierte Befruchtung durchgeführt werden darf, und zwar auch nicht im Samenspenderregistergesetz, wo man eine solche Regelung noch am ehesten vermuten würde.

Es gab zwar die (Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion von 2006 [1]. Gemäß Punkt 3.1.1. sollten „Methoden der assistierten Reproduktion (...) unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden“. Weiter hieß es: „(Sie) können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden, (...) wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer fest gefügten Partnerschaft zusammenlebt und dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.“ Konsequenz dieser Vorgaben war, dass eine Samenspende nicht bei Frauenpaaren verwendet werden sollte.

Allerdings ist eine Richtlinie der Bundesärztekammer für die Ärzte nicht verbindlich. Verbindlich ist nur das Recht der jeweiligen Landesärztekammer, das dabei allerdings durchaus eine Richtlinie der Bundesärztekammer in das eigene Kammerrecht überführen kann. Dies war bei einer Reihe von Landesärztekammern tatsächlich der Fall. Die Landesärztekammern Bayern, Berlin und Brandenburg haben seinerzeit allerdings keine entsprechende Richtlinie erlassen. Umgekehrt hat nur die Richtlinie der Ärztekammer Hamburg vom 13.4.2015 Maßnahmen der assistierten Reproduktion bei Frauen in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft ausdrücklich erlaubt.

Der Vorstand der BÄK hat jedoch 2018 beschlossen, dass die (Muster-)Richtlinie gegenstandslos sei [2]. Die stattdessen (gemäß § 16b TPG) erlassene „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ [3] äußert sich nicht zum Kreis der Personen, bei denen fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden dürfen.

II. Familienrechtliche Konsequenzen

Wenn bei einem Frauenpaar eine Samenspende verwendet wird, ist – wie stets, also auch bei einem heterosexuellen Paar – rechtliche Mutter die Frau, die das Kind geboren hat (§ 1591 BGB).

Vater kann in jedem Fall nur ein Mann sein. Auch ist eine rechtliche Co-Mutterschaft z. B. durch Anerkenntnis in Deutschland bisher nicht möglich.

Das bedeutet: Wenn die Frau nicht mit einem Mann verheiratet ist, kein Mann die Vaterschaft anerkennt und die Vaterschaft des Samenspenders auch nicht gerichtlich festgestellt wird (vgl. § 1592 BGB), hat das Kind nur einen Elternteil und nur eine familiäre Linie. Beides betrifft sowohl Frauenpaare als auch alleinstehende Frauen. Einen zweiten Elternteil kann das Kind allenfalls nach der Geburt durch das aufwendige Verfahren der (Stiefkind-)Adoption (auch seitens der Partnerin der Mutter) erhalten. Dieses Ergebnis führt zu der Frage, ob eine medizinisch assistierte Befruchtung nicht unzulässig ist, wenn damit – jedenfalls zunächst – eine Solo-Mutterschaft herbeigeführt wird.

III. Keine künstliche Befruchtung, wenn eine Solo-Mutterschaft absehbar ist?

1. Verfassungsrechtliche Grundlagen

Die verfassungsrechtlichen Grundlagen sind nur kurz zu skizzieren: Ein Verbot der medizinisch assistierten Befruchtung bei Frauenpaaren und auch bei Solo-Frauen greift in ihr Recht auf Fortpflanzung und auf Familiengründung (Art. 6 Abs. 1 GG) sowie in ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) ein. Betroffen ist darüber hinaus die Berufsfreiheit des Fortpflanzungsmediziners (Art. 12 Abs. 1 GG). Ein entsprechendes Verbot bedarf damit einer hinreichend tragfähigen Begründung.

2. Argumente und Gegenargumente zur Zulässigkeit der Solo-Mutterschaft

- a) Ein mögliches Argument gegen eine medizinisch assistierte Befruchtung bei Frauenpaaren oder alleinstehenden Frauen und insbesondere gegen die Herbeiführung einer daraus resultierenden Solo-Mutterschaft könnte eine damit einhergehende Kindeswohlgefährdung sein. Ein „klassisches“ Argument besteht darin, dass ein Kind zu seiner angemessenen psychischen und sexuellen Entwicklung eines Vaters und einer Mutter bedürfe. Für Kinder, die bei zwei lesbischen Frauen aufwachsen, liegen jedoch gute empirische Daten vor, die einen normalen Verlauf der kindlichen Entwicklung bis ins Jugendlichenalter dokumentieren [4]. Auch bezogen auf eine Solo-Mutterschaft zeigen die (allerdings wenigen) empiri-

schen Daten keine psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern [5]. Im Gegenteil: Wenn Eltern versuchen, die Zeugungsart geheim zu halten, birgt das ein erhebliches Konfliktpotenzial, weil Kinder nicht selten unbeabsichtigt oder von Dritten von der Zeugungsart erfahren. Dies ist bei lesbischen Paaren eher unwahrscheinlich: Die Aufklärungsrate ist bei ihnen höher als bei heterosexuell gezeugten Kindern bzw. die Aufklärung erfolgt zu einem früheren Zeitpunkt [6].

- b) Die Rechtsprechung geht in unterschiedlichen Zusammenhängen vom „Zwei-Eltern-Modell“ aus. Allerdings mag das der Regelfall einer gesetzlichen Regelung sein, ist aber z. B. im „Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen“ (unter Einschluss des Samenspenderegistergesetzes) von 2017 gerade nicht umgesetzt worden. § 1600d Abs. 4 BGB lautet seitdem: „Ist das Kind durch eine ärztlich unterstützte künstliche Befruchtung in einer Einrichtung der medizinischen Versorgung im Sinne von § 1a Nummer 9 des Transplantationsgesetzes unter heterologer Verwendung von Samen gezeugt worden, der vom Spender einer Entnahmeeinrichtung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Samenspenderegistergesetzes zur Verfügung gestellt wurde, so kann der Samenspende nicht als Vater dieses Kindes festgestellt werden.“ Das bedeutet, dass dem Kind ein zweiter Elternteil in dieser Situation [7] allenfalls durch ein Vaterschaftsanerkennnis des Samenspenders zukommen kann (§ 1594 BGB), wobei dieses allerdings nach verbreiteter Auffassung erst nach der Zeugung des Kindes möglich ist und zusätzlich der Zustimmung der Mutter bedarf (§ 1595 Abs. 1 BGB).

Die zweite Möglichkeit besteht in der Adoption, bei Frauenpaaren auch durch die Partnerin der Mutter. Auch dies führt aber allenfalls nach der Geburt des Kindes zu einem zweiten Elternteil und ist wie das Vaterschaftsanerkennnis mit Unsicherheiten behaftet.

Zwar hat der Gesetzgeber bei Schaffung des § 1600d Abs. 4 BGB in der Gesetzesbegründung abwiegelnd darauf hingewiesen, dass regelmäßig der intendierte Vater die elterliche Verantwortung übernehmen wolle [8]. Und dieses Argument greift bei einer alleinstehenden Frau naturgemäß nicht (sehr wohl aber, wenn es um ein Frauenpaar geht und die Partnerin der Mutter bereit ist, das Kind zu adoptieren). Aber der Gesetzgeber hat die medizinisch assistierte Befruchtung gerade nicht auf Paare beschränkt. Seine für den Regelfall geltenden Motive können deshalb nicht in das geltende Recht als zwingende Voraussetzung hineininterpretiert werden.

- c) Gelegentlich wird darauf hingewiesen, dass die künstliche Befruchtung „medizinisch indiziert“ sein müsse, was sich u. a. aus § 6 TPG-GewebeVO ergebe [9]. Eine medizinische Indikation im Sinne einer fehlenden biologischen Funktion bzw. einer Fertilitätsstörung sei jedoch bei der Behandlung von alleinstehenden Frauen oder Frauenpaaren nicht gegeben. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass der Ehestatus bzw. der Status als „Partner“ keinen Einfluss auf die medizinische Bewertung hat und dass eine „wunscherfüllende Medizin“ nicht verboten ist.

Nicht tragfähig ist auch das Argument, dass der Gesetzgeber dem Mediziner implizit eine besondere Verantwortung bei der Auswahl der zu behandelnden Personengruppen zugewiesen habe [10]. Denn es steht dem ärztlichen Berufsstand nicht an, ein Werturteil über die „richtige“ Familienform zu treffen und fortpflanzungswilligen Frauen eine medizinisch mögliche Maßnahme vorzuenthalten. Immerhin umfasst der gesellschaftliche und rechtliche Familienbegriff heute sowohl verheiratete als auch unverheiratete, verschiedengeschlechtliche und gleichgeschlechtliche Paare mit gemeinsamen oder nicht gemeinsamen Kindern [11].

- d) **Fazit:** Ein rechtliches Verbot, bewusst ein Kind in eine Situation hinein zu erzeugen, in der es bei einem gleichgeschlechtlichen Paar – jedenfalls zunächst – nur einen rechtlichen Elternteil haben wird, gibt es nicht. Allerdings sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der medizinisch assistierten Befruchtung stets um eine Gewissensentscheidung des Arztes handelt: Nach § 10 Embryonenschutzgesetz (ESchG) ist niemand verpflichtet, eine künstliche Befruchtung vorzunehmen oder an ihr mitzuwirken. Einen entsprechenden Anspruch des Paares gegen den Arzt gibt es also nicht.

- f) Abschließend ist allerdings noch zu prüfen, ob die medizinisch assistierte Befruchtung bei einem Frauenpaar oder bei einer alleinstehenden Frau finanzielle Risiken für den Fortpflanzungsmediziner beinhaltet. Immerhin wird in der Literatur vereinzelt befürchtet, dass dann, wenn die Zuordnung eines zweiten Elternteils scheitert, das Kind versucht sein könne, „eine Mitschuld für diesen Umstand später bei (...) dem jeweils behandelnden Arzt (...) zu suchen“ [12]. Erfolgreich wäre das Kind jedoch bei seinem Versuch nicht – vorausgesetzt, es liegt nicht nach allgemeinen Grundsätzen ein Aufklärungs- oder Behandlungsfehler vor. Die Mitwirkung bei der Zeugung von Kindern alleinstehender Frauen oder von Frauenpaaren löst als solche keine Unterhaltsansprüche des Arztes aus. Sie ist auch keine zum Schadensersatz verpflichtende Handlung. Das ist anders in der sogenannten Fallkonstellation „Kind als Schaden“: Hier kommt es zu einem Unterhaltsanspruch, wenn durch schuldhaftes Pflichtverletzung eines Arztes ein Kind geboren wird, das nicht geboren worden wäre, wenn der Arzt *lege artis* gehandelt hätte, z. B. eine genetische Schädigung rechtzeitig erkannt und die Frau darüber aufgeklärt hätte, so dass die Frau das Kind hätte abtreiben lassen. In der Verwendung einer Samenspende bei alleinstehenden Frauen und Frauenpaaren liegt demgegenüber aber keine Pflichtverletzung des Fortpflanzungsmediziners. Die Verwendung einer Samenspende bei alleinstehenden Frauen und Frauenpaaren begründet daher kein besonderes finanzielles Risiko für ihn.

B. Samenspende bei Männerpaaren

Männerpaare benötigen zur Fortpflanzung eine Frau [13]. Eine Leihmutter ist jedoch nach § 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG verboten. Damit ist schwulen Paaren in Deutschland die Gründung einer Familie mit einem Kind, das mit einem der Partner genetisch

verbunden ist, verwehrt, sofern die das Kind austragende Frau bereit ist, ihr Kind nach der Geburt auf Dauer Dritten zu überlassen. Der Fortpflanzungsmediziner, der gleichwohl eine künstliche Befruchtung bei der Frau durchführt, macht sich strafbar [14].

C. Zusammenfassung

- I. Die Verwendung von Samen bei Frauenpaaren und bei allein-stehenden Frauen ist in Deutschland zulässig.
- II. Es gibt auch keine überzeugenden Gründe, einer Frau die medizinisch assistierte Befruchtung zu verweigern, wenn sie in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung oder ohne Partner/ Partnerin lebt.
- III. Nach § 10 ESchG ist allerdings niemand verpflichtet, eine künstliche Befruchtung vorzunehmen oder an ihr mitzuwirken.
- IV. Ein Fortpflanzungsmediziner, der eine künstliche Befruchtung bei einer Leihmutter durchführt, macht sich strafbar. Deshalb

ist schwulen Paaren in Deutschland die Gründung einer Familie mit Hilfe einer Leihmutter nicht möglich.

Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz

Zum Autor: Lehrstuhlinhaber für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Mannheim; Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim; Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer. Kontakt via E-Mail: haebl@laekh.de



Foto: privat

Literatur: Online-Ausgabe 09/2021, www.laekh.de

Kommentar

Die assistierte Reproduktion ist ein Spezialbereich der Medizin, welcher seit der Geburt von Louise Brown 1978 für äußerst kontroverse Diskussionen gesorgt hat. Anders als in vielen anderen Bereichen der Medizin finden hier weltanschauliche, religiöse und ganz persönliche, auf der eigenen Erfahrung beruhende Sichtweisen Eingang in die Diskussion. Nur so ist zu verstehen, dass nicht nur weltweit, sondern in unmittelbar benachbarten Ländern Europas und sogar innerhalb der Bundesrepublik unterschiedliche Regelungen für die Durchführung der Reproduktionsmedizin gelten.

Der Umstand, dass das Recht auf eigenbestimmte Fortpflanzung und Familiengründung mittlerweile Frauenpaaren gestattet, Nachkommen durch eine assistierte Fortpflanzung zu bekommen, zeigt, wie veränderte gesellschaftliche Normen auch Eingang in Regelungen für die Reproduktionsmedizin nehmen können. Bedauerlicherweise sind viele der Neuerungen erst durch Klagen von Betroffenen zustande gekommen.

So ist in einem Urteil des OLG Celle (24. März 2021; Az. 21 UF 146/20) mittlerweile das Verbot der Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einer alleinstehenden Frau (Solo-Mutterschaft) als verfassungswidrig angesehen worden und die Klage ans Bundesverfassungsgericht zur weiteren Entscheidung weitergegeben worden. Das allen Regelungen zugrunde liegende Embryonenschutzgesetz (als Strafgesetz) aus dem Jahre 1991, zuletzt geändert 2011, ist nach allgemeiner Einschätzung nicht mehr zeitgemäß. So ist die Kryokonservierung von Embryonen nur in Ausnahmefällen gestattet und die Eizellspende sowie die Leihmutter-schaft sind verboten. Es wäre dringend zu wünschen, dass in naher Zukunft eine Novellierung des Embryonenschutzgesetzes erfolgt. Zu befürchten ist, dass aufgrund der vielfältigen unterschiedlichen Sichtweisen, basierend auf zum Teil gegensätzlichen religiösen, weltanschaulichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, eine Neufassung des Embryonenschutzgesetzes für Politiker unattraktiv ist. Das bedeutet, dass wir uns weiterhin mit Teilerfolgen, wie den in diesem Beitrag beschriebenen, zufrieden geben müssen.

Es stellt sich deshalb abschließend noch die Frage, welche statusrechtlichen Voraussetzungen für Personen nachgefragter assistierter Reproduktion vorliegen müssen. Die berufsrechtliche Lage im Bereich der Landesärztekammer Hessen stellt sich aktuell wie folgt dar: Durch die kürzlich erfolgte Satzungsänderung der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 28.11.2020, in Kraft seit dem 01.12.2020 (HÄBL 1/2021, S. 31) wird für den hier beschriebenen Bereich § 13 Absatz 1 Satz 2 der Berufsordnung in der Fassung vom 19.03.2019 (HÄBL 6/2019, S. 396) gestrichen und die bislang geltende „Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ aufgehoben. Damit entfällt gänzlich die unmittelbar und ausschließlich im Berufsrecht gründende Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen in statusrechtlicher Hinsicht nach assistierter Reproduktion, unbeschadet der gesetzlichen Regelungen im nationalen Recht oder gegebenenfalls im anzuwendenden europäischen Recht.

Dies bedeutet konkret den Wegfall der den Personenkreis für nachgefragte assistierende Reproduktion einengenden Bestimmung des Punktes 3.1.1. der hessischen Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion i. d. F. der Änderung vom 01.10.2014 (HÄBL 11/2014, S. 662). Auch in der geltenden „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ (DÄBL vom 11.05.2018) wird eine Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen in statusrechtlicher Hinsicht nicht mehr erwähnt.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.

Hans-Rudolf Tinneberg

(Vorsitzender),

Holger Tanzki

(Stellvertretender Vorsitzender)

beide: Ständige Kommission Reproduktionsmedizin der Landesärztekammer Hessen

Literatur zum Artikel:

Donogene Insemination

Verwendung von Spender-Samen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei homosexuellen (Ehe-)Paaren und alleinstehenden Frauen

von Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz

- [1] Deutsches Ärzteblatt (DÄBl) 2006, A-1392.
- [2] DÄBl 2018, A-1096.
- [3] Abrufbar unter https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL-Ass-Reproduktion_Richtlinie.pdf.
- [4] Leopoldina, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S. 62
- [5] Leopoldina, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S. 62.
- [6] Leopoldina, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S. 59 f.
- [7] Anders ist es bei der privaten Spende („Becherspende“), die nicht medizinisch assistiert durchgeführt wird.
- [8] BT-Drucksache 18/11291, S. 35.
- [9] Wehrstedt, MittBayNot 2019, 122, 126.
- [10] So aber Wehrstedt, MittBayNot 2019, 122, 127.
- [11] Leopoldina, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S. 62.
- [12] Siehe Wehrstedt, MittBayNot 2019, 122, 127.
- [13] Eine Ektogenese, also eine Aufzucht menschlicher Embryonen in einer künstlichen Gebärmutter, ist gemäß § 2 Abs. 2 ESchG verboten.
- [14] § 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG. Nicht bestraft wird allerdings die Leihmutter und die Person, die das Kind auf Dauer bei sich aufnehmen will (§ 1 Abs. 3 Nr. 2 ESchG).

Ergänzungen zum CME-Artikel Chronische koronare Herzerkrankung

Leserbrief zum oben genannten Artikel von Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer et al., HÄBL 05/2021, S. 302-309

Angesichts der Bedeutung der chronischen koronaren Herzerkrankung (KHK) ist es zu begrüßen, dass die Kollegen einen Fortbildungsartikel diesem Thema gewidmet haben.

Allerdings ist die Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC), welche die Autoren referieren, in wichtigen Aspekten durch neue Studienergebnisse nicht mehr aktuell. Zudem ist der Artikel aus der Sicht des Krankenhauses geschrieben und nimmt zu wenig auf wissenschaftliche Erkenntnisse aus der ambulanten Versorgung Bezug.

Die von Voigtländer und Kollegen erwähnte Systematik von Diamond-Forrester kann bestenfalls für den stationären Bereich eine gewisse Gültigkeit beanspruchen [1]. Für die ambulante Versorgung steht eine gründlich evaluierte Alternative zur Verfügung: Der Marburger Herz-Score bietet mit fünf Kriterien eine praktische Orientierung, ob beim Symptom Brustschmerz eine KHK vorliegt oder nicht [2], siehe auch <https://www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-khk/5-auflage/kapitel-4/>.

Bei der Diagnostik fehlt im Artikel die Feststellung der ESC, dass die Diagnose einer stenosierenden KHK im Regelfall nicht-invasiv zu stellen ist (3.1.5.6). Die Koronarangiografie soll wenigen Grenzfällen vorbehalten bleiben und dient im Wesentlichen der Therapieplanung.

Zur Revaskularisation wäre die inzwischen abgeschlossene und publizierte ISCHEMIA-Studie zu erwähnen [3]. Bei dieser weltweit durchgeführten rando-

misier-kontrollierten Studie wurden Patienten mit KHK untersucht, bei denen mit einer Cardio-CT eine Linke-Hauptstamm-Stenose ausgeschlossen worden war. Diese wurden im Interventionsarm primär invasiv behandelt (Koronarangiografie, je nach Befund Revaskularisation [perkutane koronare Intervention – PCI, Bypass-OP]), im Kontrollarm wurde konservativ behandelt und nur bei Bedarf (v. a. Beschwerden) eine Revaskularisation angestrebt. Hier ergab sich keine Überlegenheit des primär invasiven Vorgehens. Als Konsequenz sollte die Indikation zur einer Revaskularisation aus rein prognostischer Indikation zurückhaltend gestellt werden. Nur die Bypass-OP kann für sich beanspruchen, einen Vorteil in Bezug auf das Überleben zu bewirken. Es gibt eine erdrückende Evidenzlage, dass die PCI keine prognostische Wirkung hat. Dies wissen wir aus zahlreichen randomisiert-kontrollierten Studien [4, 5]; die von der ESC-Leitlinie angeführten Beobachtungsstudien haben ein hohes Risiko für Verfälschungen und stellen keine belastbare Evidenzbasis dar.

Hier wäre der Bezug auf die Nationale Versorgungsleitlinie zur chronisch-stabilen KHK (NVL-KHK: <https://www.leitlinien.de/nvl/khk>) wichtig gewesen; diese liefert zur Frage der Revaskularisation einen Behandlungsalgorithmus, der gerade auch die Einbeziehung der betroffenen Patientinnen in die Entscheidung im Auge hat (derzeit in Überarbeitung).

Die NVL wird von Vertretern der verschiedenen Sektoren abgestimmt; dadurch können die Interessenskonflikte einer einzelnen Fachgruppe eher neutralisiert werden. Dies gelingt bei ESC, die ihre Leitlinienentwicklungen unter anderem von Pharma- und Medizinprodukte-Herstellern finanzieren und verbreiten lässt, nur in sehr eingeschränktem Maße. Es genügt nicht, dass die Autoren ihre Geldgeber aus der Industrie aufzählen. Problematisch ist vielmehr, wenn eine Fachgruppe bzw. ihre Vertreter Empfehlungen zu Technologien abgeben, aus denen sie Einkünfte erzielen (individuell und als Institution). Dies wird im Verfahren der NVL-KHK dadurch kontrolliert, dass auch andere Versorgungssektoren, wie z. B. die hausärztlichen Vertreter und die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die Empfehlungen mittragen müssen.

Prof. Dr. med.

Norbert Donner-Banzhoff, MHSc

Prof. Dr. med. Erika Baum

Dr. Jörg Haasenritter, MSc

Abteilung für Allgemeinmedizin,
präventive und rehabilitative Medizin
der Universität Marburg
Karl-von-Frisch Str. 4, 35043 Marburg

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

Stellungnahme der Autoren zum Leserbrief

Wir freuen uns über das Interesse an unserem Artikel zum Chronischen Koronarsyndrom. Die Ergänzungen möchten wir gerne aufnehmen und im Einzelnen diskutieren.

1) Die Neuformulierung der Vortestwahrscheinlichkeit war den Autoren der neuen Guideline ein besonderes Anliegen. Im Gegensatz zur alten Systematik wurde nun die Dyspnoe als

Symptom mit eingeführt. Auch die aktuellen (geringeren) Prävalenzen wurden berücksichtigt. Insbesondere war es den Autoren wichtig, die vaskulären Risikofaktoren im engen Kontext mit der Vortestwahrscheinlichkeit zu sehen. Ähnliche Aspekte werden in der Nationalen Versorgungsleitlinie adressiert und sind gleichermaßen hilfreich. Beide Ansätze ergän-

zen sich sinnvoll. Die weiteren ersten Diagnostikschritte erfolgen mit dem Ziel, ein Chronisches Koronarsyndrom ein- oder auszuschließen.

2) Diese Diagnostik im Sinne des Rule-in/ Rule-out ist bis auf wenige Ausnahmefälle nichtinvasiv. Ein wesentlicher Baustein ist u. a. das Koronar-CT, diese Methodik der nichtinvasiven Koronardiagnostik wurde nochmals auf-

gewertet. Nicht berücksichtigt wurde allerdings, dass die Verfügbarkeit von modernen, strahlenarmen Kardio-CT-Systemen limitiert ist. Dies führt dazu, dass im Einzelfall die invasive Koronar-diagnostik eingesetzt wird.

- 3) Die Therapie des Chronischen Koronarsyndroms ist in der Guideline sehr differenziert dargestellt. Die Kollegen Donner-Banzhoff et al. weisen mit Recht darauf hin, dass der Ischemia trial [1] zwischenzeitlich veröffentlicht ist und berücksichtigt werden sollte. Allerdings sollten die Ergebnisse differenziert betrachtet werden. In einem mittleren Follow-up von 3,2 Jahren zeigte sich bei 5179 randomisierten Patienten kein Unterschied des kombinierten primären Endpunktes („The primary outcome was a composite of death from cardiovascular causes, myocardial infarction, or hospitalization for unstable angina, heart failure, or resuscitated cardiac arrest.“) Der primäre Endpunkt trat bei 318 der invasiv behandelten Patienten und bei 352 der konservativ behandelten Patienten auf. Die prognostisch wichtigen Gruppen der Patienten mit einer Hauptstammstenose und mit einer eingeschränkten EF (< 35 %) wurden primär ausgeschlossen. Eine zusätzli-

che Einschränkung der Aussagekraft der Studie besteht darin, dass in 20 % der zum invasiven Vorgehen randomisierten Patienten keine Intervention oder OP erfolgte und bei 21 % der für eine konservative Therapie randomisierten Patienten eine Intervention oder OP erfolgte. Hinsichtlich der Symptomatik war die invasive Therapie signifikant erfolgreicher. Die Studie ist ein wichtiger Baustein für die Entscheidungsfindung konservativ versus invasiv. Aufgrund der vorgenannten Limitationen kann eine generelle Empfehlung zur konservativen Therapie bei symptomatischen Patienten mit auch bedeutsamer Ischämie nicht abgeleitet werden.

- 4) Erfreulicherweise stehen mit der PCI und der aortokoronaren Bypassoperation (CABG) zwei über Jahrzehnte bewährte Verfahren der invasiven Therapie zur Verfügung. Bei Betrachtung der Langzeitprognose ist eine rein medikamentöse Therapie der invasiven Therapie (PCI/CABG) unterlegen [2]. Die Wahl der Art der invasiven Therapie ist u. a. abhängig von den Komorbiditäten des Patienten, der linksventrikulären Funktion und insbesondere vom Koronarstatus. Die PCI-Techniken bei der Behandlung von Haupt-

stammstenosen, von chronischen Koronarverschlüssen und von verkalkten Läsionen sind in den letzten Jahren bedeutsam weiterentwickelt worden, so dass die PCI immer häufiger eine Option ist. Dennoch behält insbesondere bei der 3-Gefäßerkrankung und bei der komplexen Hauptstammstenose die Bypassoperation ihren Stellenwert [3]. Die Empfehlungen der Leitlinien bei der Wahl des invasiven Therapieverfahrens werden der Komplexität der Entscheidungsfindung gerecht und sind umfangreich mit Literatur hinterlegt. Wenn auch die Sterblichkeit in den vergangenen Jahren deutlich rückläufig ist, bleibt die chronische ischämische Herzkrankheit in Deutschland weiterhin Todesursache Nummer 1. Der plötzliche Herztod hat in 80 % eine Koronarproblematik als Ursache. Wir stimmen den Kollegen vollkommen zu, dass eine optimale Behandlung dieser Patienten durch die Zusammenarbeit aller Ärztinnen und Ärzte in den unterschiedlichen Versorgungsebenen erfolgen muss.

Für die Autoren:

Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer

Literatur: online unter HÄBL 09/2021.

Leserbrief zum Titel „Gemeinsam einfach besser – Die Chirurginnen e. V. gegründet“, Hessisches Ärzteblatt 06/2021, S. 354

Hier findet eine Aus- und Abgrenzung statt

Gemeinsam einfach besser... so lautet das Motto der groß aufgemachten Vereinsgründung der „Chirurginnen e. V.“ im Hessischen Ärzteblatt. Toll!

Stellen Sie sich vor, an gleicher Stelle wäre ein Chirurgen-Verein ins Leben gerufen worden, der sich ausschließlich an männliche Kollegen richtet und sich um deren Belange kümmert. Ich bin sicher, dies hätte sämtliche Gleichstellungsbeauftragte auf den Plan gerufen. Eine Empörungswelle sondergleichen wäre durch die hessischen Lande geschwappt. Gemeinsam, wie oben zitiert, meint eben nicht gemeinsam, sondern Ausgrenzung. Während – 50 Jahre nach Alice Schwarzer – überall der Ruf nach Teilhabe, nach Mitgestaltung und Mitbe-

stimmung laut wird, findet hier eine Aus- und Abgrenzung statt, die meines Erachtens nicht mehr zeitgemäß ist.

Dass man der Berichterstattung über die Vereinsgründung im Hessischen Ärzteblatt einen so großen Raum lässt, zeigt wie viele andere Dinge auch (vgl. Leserbriefe zur „genderneutralen Sprache“, Klimaschutzdebatten usw.), dass es mehr und mehr um eine bestimmte ideologische Richtung geht. Eine kleine Gruppe von „Aktivisten“ versucht, der schweigenden Mehrheit eine bestimmte Sprachregelung, eine Beschäftigung mit bestimmten Themen – kurzum ein bestimmtes Denken aufzuoktrozieren. Eine solche versuchte Bevormundung der Leserschaft halte ich in akademischen Krei-

sen für nicht akzeptabel und dies führt – zumindest bei mir – zu einer zunehmenden Entfremdung zum Hessischen Ärzteblatt.

Dr. med. Lothar Matzanke

Seligenstadt

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden zieht um!

Am 15. September 2021 verlässt die Bezirksärztekammer Wiesbaden die Räumlichkeiten in der Wilhelmstraße 60. Ab dem 20. September 2021 ist sie in ihren neuen Räumlichkeiten in der Bierstadter Straße 17, 65189 Wiesbaden anzutreffen.

Literatur zu den Leserbriefen:

Ergänzungen zum CME-Artikel Chronische koronare Herzerkrankung

Leserbrief zum oben genannten Artikel von Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer et al., HÄBL 05/2021, S. 302

- [1] Gibbons RJ, Miller TD. Declining Accuracy of the Traditional Diamond-Forrester Estimates of Pretest Probability of Coronary Artery Disease: Time for New Methods. *JAMA Intern Med* 2021; 181(5):579–80.
- [2] Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010; 182(12):1295–300.
- [3] Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, Bangalore S, O'Brien SM, Boden WE et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med* 2020; 382(15):1395–407.
- [4] Head SJ, Milojevic M, Daemen J, Ahn J-M, Boersma E, Christiansen EH et al. Mortality after coronary artery bypass grafting versus percutaneous coronary intervention with stenting for coronary artery disease: A pooled analysis of individual patient data. *Lancet* 2018; 391(10124):939–48.
- [5] Stergiopoulos K, Boden WE, Hartigan P, Möbius-Winkler S, Hambrecht R, Hueb W et al. Percutaneous coronary intervention outcomes in patients with stable obstructive coronary artery disease and myocardial ischemia: a collaborative meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. *JAMA Intern Med* 2014; 174(2):232–40.

Literatur: Stellungnahme der Autoren zum Leserbrief

- [1] Maron D et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *Engl J Med* 2020; 382:1395–1407
- [2] Navarese EP et al. Cardiac mortality in patients randomised to elective coronary revascularisation plus medical therapy or medical therapy alone: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal* (2021) 00, 1–14
- [3] Thuijs DJFM et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting in patients with three-vessel or left main coronary artery disease: 10-year follow-up of the multicentre randomised controlled SYNTAX trial. *Lancet*. 2019 Oct 12;394(10206):1325–1334.



Gewalt-Meldebogen der Landesärztekammer Hessen:

Gewalt erfassen – gegen Ärztinnen, Ärzte und deren Teams

Drohungen und körperliche Übergriffe gehören in Arztpraxen und Krankenhäusern inzwischen leider zum beruflichen Alltag. Studien belegen, dass aggressives Verhalten gegenüber der Ärzteschaft häufiger vorkommt als im Allgemeinen angenommen. Gewalt in jeder Form ist ein schamhaft verschwiegenes Problem. Viele Betroffene sprechen ungern über Konflikte mit gewalttätigen Patientinnen und Patienten, da sie unter anderem fürchten, den Ruf ihrer Praxis zu schädigen.

Um eine Vorstellung über Zahlen und Formen von ausgeübter Gewalt zu erhalten, hat die Landesärztekammer Hessen im Frühjahr 2019 als erste Ärztekammer in Deutschland den Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“ entwickelt und auf ihrer Website eingestellt. Die Evaluationsergebnisse sollten unter anderem dabei helfen, Forderungen gegenüber dem Gesetzgeber zu unterstützen, Ärztinnen und Ärzte im Paragrafenteil vom 30. Mai 2017 des Strafgesetzbuches (StGB) „§ 115 Widerstand gegen oder tätlicher Angriff auf Personen, die Vollstreckungsbeamten gleichstehen“ mit einzuschließen.



Am 3. April 2021 wurde die Strafrechtsverschärfung umgesetzt: Hilfeleistende eines ärztli-

chen Notdienstes oder einer Notaufnahme wurden im Paragrafenteil integriert. Somit wurde der geforderte Schutz des Strafgesetzbuches auf das medizinische Personal von ärztlichen Notdiensten und auf Notfallambulanzen in den Krankenhäusern ausgeweitet. Das ist natürlich noch nicht ausreichend. Unabhängig von Tätigkeitsort und Einsatzgebiet müssen alle Ärztinnen und Ärzte stets dem Schutz des Gesetzes unterliegen.

Obwohl auf dem Meldebogen der Landesärztekammer nicht die Art der ärztlichen Tätigkeit genannt werden muss, ergibt die Auswertung der bisherigen Freitext-Angaben, dass der überwiegende Teil in niedergelassener Praxis tätig ist. Des Weiteren zeigt sich anhand von Rückmeldungen, dass das aggressive Verhalten vorwiegend gegenüber dem Praxisteam, insbesondere gegenüber den Medizinischen Fachangestellten, ausgeübt wird.

„Es erscheint wichtig, bei der Ärzteschaft sowie den medizinischen Berufsgruppen weiterhin das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass Gewalt nicht hingenommen werden darf. Nicht nur in den Notfallambulanzen der Kliniken, sondern auch in den Praxen wird aggressives Verhalten erlebt. Deshalb ist es uns ein Anliegen, kontinuierlich fundierte Fakten zu eruieren, um auf deren Grundlage praxis-

taugliche Lösungsstrategien zu entwickeln“, erklärt Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie und Stellvertretende Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH. Anhand des Meldebogens haben Ärztinnen und Ärzte weiterhin die Möglichkeit, Vorfälle der Landesärztekammer Hessen zu melden. Auch aggressives Verhalten, das gegen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet war, kann von der Ärzteschaft gemeldet werden. Die Auswertung erfolgt anonym und die Daten werden statistisch ausgewertet.

Bei Bedarf wird aber auch der Kontakt zur Rechtsabteilung der Kammer vermittelt, die gezielt Angriffen nachgehen kann.

Weitere Informationen sowie den Gewalt-Meldebogen finden Sie auf unserer Website unter der Rubrik „Gewalt gegen Ärzte“: <https://tinyurl.com/2c8b2knu/>, nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.

Dr. Dipl.-Soz.

Iris Natanzon

Wissenschaftliche
Referentin
Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

Neuer Vorstand beim Hausärzterverband Hessen

Am 17. Juli 2021 wurde turnusgemäß nach sechs Jahren ein neuer Vorstand des hessischen Hausärzterverbandes gewählt. Armin Beck wurde als erster Vorsitzender, Michael Thomas Knoll und Monika Buchalik als zweiter bzw. als dritte Vorsitzende in ihren Ämtern bestätigt.

Im Weiteren sind auch Christian Sommerbrodt als Schatzmeister und Jutta Willert-Jacob als Schriftführerin in ihren Ämtern wiedergewählt worden. Die beiden Beisitzer Michael Andor und Uwe Popert traten nicht mehr zur Wahl an. Dr. med. Christoph Claus aus Kassel und Dr. med. Jürgen Burdinski aus Frankfurt komplettieren statt derer den Vorstand.

(red)



Dr. med. Jürgen Burdinski, Christian Sommerbrodt, Michael Thomas Knoll, Monika Buchalik, Armin Beck, Jutta Willert-Jacob, Dr. med. Christoph Claus (von links nach rechts).

Foto: Hausärzterverband Hessen e. V.

Großes Engagement für seine Patienten und nachhaltige Verdienste für die Ärzteschaft

Erinnerungen an Dr. med. Harald Wirth, Darmstadt * 27.4.1937 † 15.6.2021

Er war ein Arzt, der seinen Beruf jahrzehntelang engagiert und gewissenhaft ausgeübt hat. Dementsprechend war er bei Patienten und Patientinnen beliebt und geachtet. Gleichmaßen wertgeschätzt wurde er zu Recht von seinen Arztkolleginnen und -kollegen, da er sich mit außergewöhnlichem Engagement in vielen Gremien ehrenamtlich einbrachte – nicht zuletzt auch, um das kollegiale Miteinander zu pflegen und zu organisieren.

Ich erinnere an unseren Kollegen Dr. med. Harald Wirth, Facharzt für Innere Medizin, geboren am 27. April 1937 in Darmstadt, verstorben am 15. Juni 2021 im Alter von 84 Jahren.* Nach dem Abitur im Jahre 1957 an der Georg-Büchner Schule Darmstadt studierte er Medizin in Frankfurt und Gießen mit der Erlangung des Staatsexamens 1963 und Promotion 1965. Die Assistenzarztzeit wurde in Gießen, Stockholm, Jugenheim und in den Städtischen Kliniken Darmstadt abgeleistet.

Nach Erhalt der Facharztanerkennung 1971 erfolgte die Niederlassung in einer internistischen Gemeinschaftspraxis in Darmstadt, von 1973 bis 1994 übernahm er noch die Leitung der „Ärztlichen Laborgemeinschaft am Herrngarten“ in Darmstadt. Im Verlauf der beruflichen Fortbildung erhielt er im März 2003 die Fachkunde „Arbeitsmedizin“ und im Mai 2005 die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“.



Foto: Alla Soumm

Dr. med. Harald Wirth bei der Verleihung der Ehrenplakette in Silber der LÄKH.

Für die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) war Wirth in vielen Bereichen tätig: 1976–1988 als ehrenamtlicher Richter am Berufsgericht für Heilberufe des Verwaltungsgerichts Darmstadt, 1986–2000 als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisvereins der Bezirksärztekammer Darmstadt, von 01/2007 bis 03/2020 als Ausbildungsberater für den Bereich Darmstadt-Stadt. Daneben vertrat er die Landesärztekammer in der Gesundheitskonferenz Darmstadt.

In der KV Hessen übernahm er ebenfalls etliche Funktionen: 1977–1981 als Vorsitzender der Kreisstelle in Darmstadt, 1985–2004 Mitglied der Abgeordnetenversammlung sowie Mitglied des Geschäfts-

ausschusses der KVH-Bezirksstelle Darmstadt mit kurzfristiger Übernahme des dortigen 1. Vorsitzes 2003 bis zum Legislaturende. Zudem wirkte er in verschiedenen Ausschüssen der KVH mit.

Daneben engagierte er sich auch außerhalb von Berufsgremien. So stellte er sich zum Beispiel dem Städtischen Theater Darmstadt als Theaterarzt zur Verfügung und organisierte mit Kolleginnen und Kollegen den weit über Darmstadt hinaus bekannten Ärzteball des Ärztlichen Kreisvereins, der als Benefizveranstaltung konzipiert war. Während seines Ruhestands ab 2005 setzte er sich noch tatkräftig bis 2021 für Belange von an Krebs erkrankten Menschen im Vorstand der Hessischen Krebsgesellschaft e. V. ein.

Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt Wirth mehrere Auszeichnungen. Im Jahre 1997 war dies die Dr. Richard Hammer-Medaille der LÄKH, 2019 die Ehrenplakette in Silber der LÄKH und im Jahr 2001 die Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer.

Ich habe über 13 Jahre mit Harald Wirth eng und vertrauensvoll zusammen gearbeitet. Für mich ist es nachvollziehbar, warum er von allen, die mit ihm zu tun hatten, so wertgeschätzt wurde.

Erich Lickroth

Vorsitzender der
Bezirksärztekammer Darmstadt

* Leider waren die Lebensdaten von Dr. med. Harald Wirth, die zur Nachricht in der Ausgabe 07/08 2021, S. 453 abgedruckt waren, fehlerhaft. Hier wurde dies korrigiert.

Verband Freier Berufe wählt neues Präsidium

Ende Juni hat der Verband Freier Berufe in Hessen turnusgemäß das Präsidium neu gewählt. Die Präsidentin Dr. Karin Hahne wurde für eine dritte Amtsperiode in ihrem Amt einstimmig bestätigt. Als erster Vizepräsident wurde Harald Gallus (Präsident der Wirtschaftsprüferkammer Hessen) gewählt; er hatte bisher das Amt des 2. Vizepräsidenten inne. Er folgt damit Dr. med. Alfred Möhrle (Landesärztekammer Hessen) nach, der nicht mehr zur Wahl angetreten ist. Neuer zweiter Vizepräsident wurde Dr. Michael Griem (Präsident der Rechtsanwaltskammer Frankfurt am Main). Als weitere Präsidiumsmitglieder wurden Dr. Elke Vietor (Landeszahnärztekammer Hessen) und Dr. Martin Kraushaar (Geschäftsführer der Architekten- und Stadtplanerkammer Hessen) bestätigt. Neu hinzugekommen ist Manuel Maier (juristischer Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen).

Die Mitgliederversammlung und das Präsidium dankten vor allem Dr. Alfred Möhrle für seinen jahrelangen beispiellosen Einsatz – zuletzt als Vizepräsident – für den Verband Freier Berufe in Hessen und aller in Hessen tätigen Freiberufler. (red)



Foto: Richard Stephan

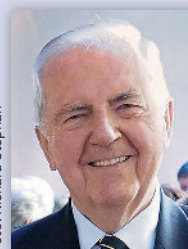


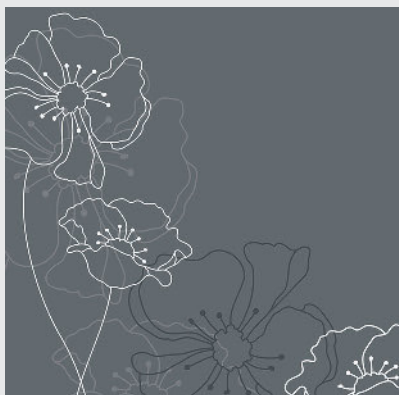
Foto: Manuel Maier



Foto: privat

Dr. jur. Karin Hahne, Dr. med. Alfred Möhrle, Manuel Maier (von links).

Foto: © Jan Engel – stock.adobe.com



Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Nachtrag zu FAQ WBO 2020 Stand Mai 2021

(HÄBL 06/2021, S. 369)

Kombinierte Befugnisse für Innere Medizin nach WBO 2020

Für den nicht spezialisierten FA Innere Medizin (5 Jahre) nach der WBO 2005 konnten neben FÄ für Innere Medizin auch „FÄ für Innere Medizin und Schwerpunkt“ (von Angiologie bis Rheumatologie, 6 Jahre) zeitanteilig an gleicher Weiterbildungsstätte befugt werden. Das gründet darauf, dass in die seitherige „Basisweiterbildung Innere Medizin“ in allen internistischen Facharztgebieten die Inhalte der breiten, allgemeinen Inneren Medizin enthalten sind. Die Anerkennungsregelung dient nicht nur der flexiblen Weiterbildung für Internisten. Auch angehende Allgemeinmediziner profitieren von diesen Möglichkeiten bei der Auswahl ihrer internistischen Weiterbildungsabschnitte.

In der WBO 2020 sind die allgemeinen internistischen Weiterbildungsinhalte unter der Rubrik „Gemeinsame Inhalte im Gebiet Innere Medizin“ inhaltlich vergleichbar mit neu formulierten Kompetenzanforderungen hinterlegt. „**Allgemeininternisten**“ können nach WBO 2020 die allgemeine Innere Medizin über maximal 48 Monate weiterbilden. Für „**Schwerpunktinternisten**“ sind anteilige Befugnisse für die Weiterbildung auch zum allgemeinen Internisten weiterhin möglich und gewünscht. Voraussetzung ist eine entsprechende Dokumentation der dafür vorzuhaltenden Kompetenzen. Die spezialisierten Internisten können im eigenen internistischen Spezialgebiet weiterbilden und

sich beim geforderten **zweimaligen Wechsel innerhalb aller internistischer Facharztkompetenzen** auch mit den vorgehaltenen allgemeininternistischen Inhalten beteiligen.

Zusatzbefugnisse für die internistische Pflichtweiterbildung von 6 Monaten Intensivmedizin und 6 Monaten Notfallaufnahme werden allen klinisch-internistischen Weiterbildungsbefugten entsprechend den jeweiligen Abteilungsstrukturen des Krankenhauses ggf. ergänzend ausgesprochen.

Sowohl **Allgemeininternisten** als auch **Schwerpunktinternisten** können auch weiterhin für die obligaten 12 Monate stationäre Innere Medizin in der allgemeinärztlichen Weiterbildung befugt werden.

Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Wolf Andreas Fach

In Kooperation mit:
Jens Sudmann
Daniel Libertus
Petra Hench-Rueda
Heike Bünger

Eine Tabelle zu diesem Nachtrag und die weiteren FAQ finden sich auf der Website www.laekh.de, Rubrik „Weiterbildung“. Der QR-Code führt dorthin.



Karin Jablotschkin arbeitet seit 25 Jahren an der Carl-Oelemann-Schule

Am 1. Juni 1996 begann Karin Jablotschkin (Foto) ihre Tätigkeit an der Carl-Oelemann-Schule (COS). Nachdem sie anfangs als Sachbearbeiterin an dem Fortbildungsprogramm mitgewirkt und Tagesveranstaltungen betreut hatte, übernahm sie bald mehr Verantwortung in der Kurs- und Teilnehmerbetreuung von Qualifizierungslehrgängen. 2009 trug sie wesentlich zur Entwicklung des heutigen Qualitätsmanagementsystems der COS bei und war 2014 daran beteiligt, den 271-stündigen Qualifizierungslehrgang „Nichtärztliche Praxisassistentin“ im Bildungsangebot der COS zu etablieren. Noch heute fällt der Lehrgang, neben der Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung, in ihren Zuständigkeitsbereich. Im März 2018 wurde sie Verwaltungsleiterin im Bildungswesen der COS. Die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen und die Vorsitzenden der Gre-



Foto: privat

mien der Carl-Oelemann-Schule gratulieren Karin Jablotschkin zum 25-jährigen Dienstjubiläum.

Silvia Happel
Leiterin Carl-Oelemann-Schule

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060073298 ausgestellt am 09.02.2021 für Iris Aykara, Gießen

eHBA-Nr. 80276001081200023346 ausgestellt am 25.05.2021 für Dr. med. Christoph Claus, Grebenstein

Arztausweis-Nr. 060046343 ausgestellt am 02.01.2017 für Dr. med. Christoph Claus, Grebenstein

Arztausweis-Nr. 060065975 ausgestellt am 22.06.2020 für Dott.ssa Mag. Silvia Conti, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060061303 ausgestellt am 26.09.2019 für dr. med. Rachel Davidoff, Hannover

Arztausweis-Nr. 060048422 ausgestellt am 09.05.2017 für Dr. med. Alexander Engler, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060056999 ausgestellt am 19.12.2018 für Dr. med. Michaela Heinlein-Lohoff, Cölbe

Arztausweis-Nr. 060064123 ausgestellt am 03.03.2020 für Yara Hovehne, Marburg

Arztausweis-Nr. 060072066 ausgestellt am 14.01.2021 für Daniel Jonas, Mainz

Arztausweis-Nr. 060073296 ausgestellt am 09.02.2021 für Dr. med. Andreas Kemler, Frankfurt

Richtigstellung der Autoren zum CME-Artikel „Asthmatherapie 2021“, Heft 7/8 2021

Statt des von uns irreführenden Begriffes Nikotinkonsum im Zusammenhang mit Risikofaktoren, sollte „Tabakkonsum“ verwendet werden. Der Nikotinersatz selber ist anerkanntes Verfahren bei der Raucherentwöhnung und sollte daher nicht mehr als Begriff im Kontext von Risikofaktoren zur Anwendung kommen.

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

Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Eignungstest für den Beruf Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter

Um hessische Ärztinnen und Ärzte bei der Bewerberauswahl für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r zu unterstützen, stellt die Landesärztekammer einen Eignungstest zur Verfügung.

Der Eignungstest gliedert sich in:

- Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs.
- Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden.
- Testaufgaben/Lösungen.

Der Test ist **kostenfrei** und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter 069 97672-158/-154 oder per E-Mail an: med.fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir Ihnen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

Arztausweis-Nr. 060076576 ausgestellt am 19.04.2021 für Dr. med.

Mona Klinger, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060070688 ausgestellt am 04.01.2021 für Eray Krützfeldt, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060045202 ausgestellt am 17.10.2016 für Dr. med.

Frank Laukhuf, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060064531 ausgestellt am 19.03.2020 für Dr. med.

Felix Preißer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060069594 ausgestellt am 16.11.2020 für Dr. med.

Andreas Reis, Gelnhausen

Arztausweis-Nr. 060064239 ausgestellt am 09.03.2020 für Dr. med.

Tobias Rethage, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060081585 ausgestellt am 08.07.2021 für Dr. med.

Josina Waldmann, Fuldabrück

eHBA-Nr. 80276001081200020796 ausgestellt am 26.06.2021 für Dr. med.

Beatrix Wehr, Linden

Arztausweis-Nr. 060053580 ausgestellt am 05.04.2018 für Dr. med.

Beatrix Wehr, Linden

Arztausweis-Nr. 060060056 ausgestellt am 09.07.2019 für Dr. med.

Gerhard Weigand, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060061894 ausgestellt am 28.10.2019 für Dr. med.

Helena Wenz, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060075488 ausgestellt am 25.03.2021 für

Nicolay Zimmermann, Bell

Aus den Bezirksärztekammern

Schulungstermine AbBA

Alternative bedarfsorientierte Betreuung für Arztpraxen

FOBI (Fortbildung/ Aufbauschulung nach spätestens fünf Jahren)	08.09.2021 10.11.2021 15.12.2021
MIMA (Motivations- und Informationsmaßnahme -Erstschulung)	06.10.2021

Ort: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

Kontakt: Sigrid Knodt
Bezirksärztekammer Wiesbaden
Wilhelmstraße 60, 65183 Wiesbaden
Fon: 0611 97748-25, Fax: 0611 97748-41
Mail: abba@laekh.de

Prüfungstermine für MFA 2022/2023

Zwischenprüfung 2022:

Mi., 30. März 2022

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2022:

Schriftliche Prüfung: Mi., 4. Mai 2022

Praktische Prüfung und Ergänzende
mündliche Prüfung:

4. Juli bis 13. August 2022

(Prüfungsblock in Bad Nauheim vom

4. Juli bis 10. August 2022)

Winterprüfung 2022/2023:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch,

30. November 2022

Praktische Prüfung und Ergänzende
mündliche Prüfung:

16. bis 31. Januar 2023

(Prüfungsblock in Bad Nauheim

voraussichtlich vom 16. bis 27. Januar 2023)

Informationen im Internet unter:

www.laekh.de/fuer-mfa/

[berufsausbildung/](http://www.laekh.de/berufsausbildung/)

[pruefungen-und-pruefungstermine](http://www.laekh.de/pruefungen-und-pruefungstermine)

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

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.

Nachtrag zu FAQ WBO 2020 Stand Mai 2021 (HÄBL 06/2021, S. 369)

Kombinierte Befugnisse für Innere Medizin nach WBO 2020

Für den nicht spezialisierten FA Innere Medizin (5 Jahre) nach der WBO 2005 konnten neben FÄ für Innere Medizin auch „FÄ für Innere Medizin und Schwerpunkt“ (von Angiologie bis Rheumatologie, 6 Jahre) zeitanteilig an gleicher Weiterbildungsstätte befugt werden. Das gründet darauf, dass in die seitherige „Basisweiterbildung Innere Medizin“ in allen internistischen Facharztgebieten die Inhalte der breiten, allgemeinen Inneren Medizin enthalten sind. Die Anerkennungsregelung dient nicht nur der flexiblen Weiterbildung für Internisten. Auch angehende Allgemeinmediziner profitieren von diesen Möglichkeiten bei der Auswahl ihrer internistischen Weiterbildungsabschnitte. In der WBO 2020 sind die allgemeinen internistischen Weiterbildungsinhalte unter der Rubrik „Gemeinsame Inhalte im Gebiet

Innere Medizin“ inhaltlich vergleichbar mit neu formulierten Kompetenzanforderungen hinterlegt. „**Allgemeininternisten**“ können nach WBO 2020 die allgemeine Innere Medizin über maximal 48 Monate weiterbilden. Für „**Schwerpunktinternisten**“ sind anteilige Befugnisse für die Weiterbildung auch zum allgemeinen Internisten weiterhin möglich und gewünscht. Voraussetzung ist eine entsprechende Dokumentation der dafür vorzuhaltenden Kompetenzen. Die spezialisierten Internisten können im eigenen internistischen Spezialgebiet weiterbilden und sich beim geforderten **zweimaligen Wechsel innerhalb aller internistischer Facharztkompetenzen** auch mit den vorgehaltenen allgemeininternistischen Inhalten beteiligen. Zusatzbefugnisse für die internistische Pflichtweiterbildung von 6 Monaten In-

tensivmedizin und 6 Monaten Notfallaufnahme werden allen klinisch-internistischen Weiterbildungsbefugten entsprechend den jeweiligen Abteilungsstrukturen des Krankenhauses ggf. ergänzend ausgesprochen.

Sowohl **Allgemeininternisten** als auch **Schwerpunktinternisten** können auch weiterhin für die obligaten 12 Monate stationäre Innere Medizin in der allgemeinärztlichen Weiterbildung befugt werden.

Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Wolf Andreas Fach

In Kooperation mit:
Jens Sudmann
Daniel Libertus
Petra Hench-Rueda
Heike Bünger

Tabelle

Zeit in Monaten	Innere Medizin		Innere Medizin und Schwerpunkt	Allgemeinmedizin
Dauer gesamt	60	Dauer gesamt, davon	72	60
Intensivmedizin	6	Intensivmedizin	6	entfällt
Notfallaufnahme	6	Notfallaufnahme	6	entfällt
Innere Medizin allgemein	bis 48	Innere Schwerpunkt 1 (Haupt-Schwerpunkt)	36	mindestens 12
alternativ Innere Schwerpunkt 1	24	Innere Schwerpunkt 2 (kann auch allgemeine Innere Medizin sein)	12	alternativ bis 18
alternativ Innere Schwerpunkt 2	24	Pflicht Innere Schwerpunkt 3	12	entfällt
				Allgemeinmedizin 24
				anderes Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung 6
insgesamt stationär mindestens	36	insgesamt stationär mindestens	48	12
insgesamt ambulant bis	24	insgesamt ambulant bis	24	48

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der
Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch
Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):
Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

Heftkoordinatorin: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Mitglieder der Redaktionskonferenz:
Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. jur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: 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, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,
Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung:

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEEDDD

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 2. Quartal 2021:
Druckauflage: 38.350 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.107 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung
der Verbreitung von Werbeträgern e. V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen e. V.

82. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor,
dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den
Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die
Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner
gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme
des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen
Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass
diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken
und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 1 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 28. August 2020 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. Januar 2021.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-RL, der Anlage 9.2 BMV-Ärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 01.01.2004 in dem Abschnitt B III der KFE-RL ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ärzte festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzte oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 1 wird zum 01.01.2022 ein/e Nachfolger/in für eine/n Programmverantwortliche/n Arzt/ Ärztin gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 1 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

- 1) Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 30.09.2021** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **31.10.2021, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
- 2) Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i. V. m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. **§ 5 Abs. 2 a)** der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation.

tion der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 und 6a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxisnachfolger gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für **Screening-Einheit 1** (Stadt Darmstadt, Kreis Darmstadt-Dieburg, Kreis Bergstraße, Kreis Odenwald, Rhein-Neckar-Kreis und Kreis Groß-Gerau).

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und –steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

- 1) Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)
- 2) Überprüfung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
- 3) Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
- 4) Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
- 5) Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
- 6) Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
- 7) Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
- 8) Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
- 9) Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin zur Untersuchung in einer bestimmten Mammographie-Einheit und ggf. einen Termin zu einem Aufklärungsgespräch im Vorfeld. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Ab-

stimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob der Frau die Entscheidungshilfe zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IVb der KFE-RL) vorgelegen hat, ob bei Verzicht auf ein mündliches Aufklärungsgespräch die unterschriebene Erklärung dazu vorliegt und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-RL) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluation des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i. V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFE-RL (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Dazu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten.

5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/ EKV erfüllen.

6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2.

BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der / die Bewerber/in ist / wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortliche/r Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 1 als Nachfolger/in bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 74 Strahlenschutzgesetz
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschall Diagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugesandt.

9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden

in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

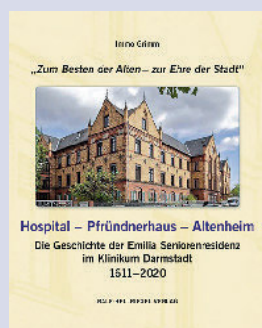
11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **30.09.2021** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **31.10.2021, 12:00 Uhr**, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge
Mammographie-Screening
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.



Immo Grimm: Die Geschichte der Emilia Seniorenresidenz im Klinikum Darmstadt 1611–2020

Ralf-Hellriegel-Verlag Darmstadt
2020, 128 S. Hardcover mit Abb.,
ISBN 9783000657955, 14,90 €

Hospital – Pfründnerhaus – Altenheim

Darmstadt war zu Beginn des 17. Jahrhunderts Residenz der Landgrafen. Es kamen akademisch gebildete Ärzte an den Hof, die sich u. a. um die Versorgung der Kranken zu kümmern begannen. Krankenhäuser gab es bis dato nicht, die armen Kranken wurden je nach Erkrankung ins Gefängnis, in die Syphilis- oder Armenhäuser gebracht. Aus Spenden wurde das erste Hospital errichtet, unterstützt von weiteren Stiftungen des Landgrafen

Bücher

und aus eigener Bewirtschaftung der Felder. Das Hospital nahm Darmstädter Bürger auf, die sich mit ihrem Besitz „einkaufen“ konnten für den Rest ihres Lebens. Im Laufe der Zeit war die Stadt auf 20.000 Bürger angewachsen.

1806 wurde ein Armenhaus gebaut zur Entlastung des Hospitals. Bald danach erfolgte der Neubau einer Krankenanstalt für akute Fälle – damit die vielen Arbeiter und Beamte schnellstmöglich wieder arbeitsfähig werden konnten. Ende des 19. Jahrhunderts wurde in der Emilstraße, wo sich heute die Emilia Residenz befindet, das erste offizielle Pfründnerhaus der Stadt erworben.

Immo Grimm, ehemaliger Oberarzt der Dermatologie am Klinikum Darmstadt und Autor historischer Bücher, beschreibt die Geschichte auf 130 Seiten sehr lebhaft, mit viel Bildmaterial sowie Berichten aus dem täglichen Leben. Nicht ausgespart bleibt die Zeit der Weltkriege und des Nationalsozialismus. Als Darmstädterin und Ärztin am Klinikum Darmstadt ist dieses Buch für mich sehr informativ und spannend. **Dr. med. Christine Hidas**