

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 11 | 2021
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang



Therapie des kolorektalen Karzinoms Aktuelle Entwicklungen

Foto: © Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, www.art-of-surgery.de

Omentum majus/Großes Netz in der Bauchhöhle

Klimaschutz

Klimawandel aus ärztlicher Perspektive & Maßnahmen der Landesärztekammer

Feierliche Ehrungen

Verleihung der Paracelsus-Medaille und Ehrenplakette in Silber im festlichen Rahmen

Psychisch kranke Eltern

Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: eine oft vergessene Risikogruppe

Wie geht es weiter?

Egal, welche Koalition unser Land zukünftig regieren wird, sie wird große Aufgaben zu bewältigen haben. Damit meine ich nicht nur das Megathema Klimawandel, sondern auch die Gesundheitsversorgung. Auch wenn das Thema Gesundheit im Wahlkampf kaum eine Rolle gespielt hat, sind hier Kreativität und Lösungswille in erheblichem Maß gefordert.

Das Finanzpolster der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht mehr vorhanden, im Gegenteil. Sollen die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern nicht steigen, um eine weitere Belastung der Wirtschaft zu vermeiden, muss der Bund seine Zuschüsse steigern. Forderungen nach mehr Geld vom Bund kommen aber natürlich auch aus anderen Ecken. Erwähnt seien nur die Rentenversicherung, die Pflegeversicherung, der Verkehr, Bildung und natürlich der Klimaschutz.

Damit dürfen wir uns auch im Gesundheitswesen einmal mehr auf schwierige Zeiten einstellen. Den „Wohltaten“ aus den Zeiten der Gesundheitsminister Gröhe und Spahn dürften kaum weitere folgen, zumal Erstere weiterhin dauerhaft finanziert werden müssen. Das verspricht ein hartes Ringen um die Budgets im vertragsärztlichen Bereich genau wie im stationären Bereich. Ein hartes Ringen wird es auch um die zwingend notwendige Verabschiedung der neuen GOÄ geben. Es bedarf keiner wahrsagerischen Fähigkeiten, um vorherzusagen, dass hier große Überzeugungskraft notwendig sein wird, um die voraussichtlich zukünftig regierende Ampelkoalition zu diesem Schritt zu bewegen. Übrigens konnten Prof. Günter Neubauer und Dr. Christof Minartz vom Münchener Institut für Gesundheitsökonomik in einer Untersuchung des ambulanten Sektors in Frankreich, Österreich und der Schweiz einmal mehr zeigen, dass eine moderne, amtliche Gebührenordnung ein guter Verbraucherschutz für die Patientinnen und Patienten ist, da sie für privatärztliche Rechnungen einen klaren Rahmen vorgibt, den diese Länder so nicht kennen.

Weiterhin ungelöst ist die Reform der Notfallversorgung genau wie die Zukunft der stationären Versorgung und auch das Thema eHealth ist noch längst nicht so weit, wie wir uns das wünschen. Ein echter Mehrwert für die ärztliche Versorgung ist noch nicht in Sicht. Nicht zuletzt sind alle diese Reformen nicht umsonst zu haben. Wer langfristig sparen will, muss in aller Regel zuvor investieren. Das gilt selbstredend auch für den Klimaschutz, mit dem sich der Deutsche Ärztetag am 1./2. November schwerpunktmäßig befassen wird. Die Beschlüsse, die die Abgeordneten dort fassen werden, können ggf. auch finanzielle Konsequenzen für die Landesärztekammern haben.

Relativ kostenarm dürfte hingegen die Verringerung der leider immer noch überbordenden Bürokratie sein. Gerade bei dem sich weiter verschärfenden Fachkräftemangel, sei es in der Medizin oder in der Pflege, dürfen überflüssige Dokumentationen und Formulare keine Zeiten binden, die dann in der Versorgung der Patientinnen und Patienten fehlen. Hier muss es endlich einen Ruck geben.

All dies zeigt, dass die ärztliche Fachexpertise endlich Gehör finden muss, und dies nicht nur durch die 15 Ärztinnen und Ärzte, die dem neuen Deutschen Bundestag als Abgeordnete angehören, sondern vor allem über die Landesärztekammern, die alle Ärztinnen und Ärzte vertreten. Auch die Kammern sind dem Gemeinwohl verpflichtet und betreiben keineswegs eine reine Klientelpolitik.

Das haben sie nicht zuletzt in der noch immer nicht beendeten Coronapandemie bewiesen und beispielsweise Impfärztinnen und -ärzte gewonnen. Doch gerade das Thema Corona, das kaum einen unberührt lässt, zeigt, dass wir auch innerhalb der Ärzteschaft an unserer Diskussionskultur arbeiten müssen. In den vergangenen Monaten habe ich Post von beiden Extrempositionen erhalten. Während die einen den Untergang des Abendlandes herannahen sehen, leugnen die anderen jedwede Gefährdung durch SARS-CoV-2. Weder das eine noch das andere trifft zu, doch es zeigt, wie schwer es auch für Kolleginnen und Kollegen ist, seriöse und belastbare Quellen zu finden, um sich aktuell zu informieren. In erster Linie kommen da nach wie vor die Fachgesellschaften und die ärztliche Presse in Betracht. Quellen wie Youtube, Facebook, Instagram, Telegram oder Ähnliche sollten – wenn überhaupt – nur nach sorgfältigster Prüfung auf Zuverlässigkeit und Seriosität herangezogen werden. Auch die Veröffentlichung von Studien auf den sogenannten Preprintservern hat zwar den Vorteil, dass Informationen sehr schnell zur Verfügung gestellt werden können, birgt aber eben auch den Nachteil, dass Ergebnisse voreilig publik werden, die einem Peer Review nicht Stand halten. Auch wenn danach keine weitere Veröffentlichung erfolgt, sind diese Ergebnisse dann im Umlauf und können Fehlinterpretationen befeuern. Wie heißt es so schön? Das Netz vergisst nichts. Auch in der Wissenschaft müssen Lehren aus der Pandemie gezogen werden.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Kolonadenom, Foto: www.art-of-surgery.de



Foto: © Valmedia – stock.adobe.com

Therapie des kolorektalen Karzinoms

Der zertifizierte Fortbildungsartikel informiert über Behandlungskonzepte und aktuelle Entwicklungen. Das kolorektale Karzinom (KRK) ist mit jährlich über 50.000 Neudiagnosen eine der häufigsten Tumorentitäten in Deutschland und nach dem Brustkrebs der zweithäufigste maligne Tumor, gefolgt vom Prostatakarzinom.

606

Klimaschutz

„Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ – unter diesem Titel wird auf dem kommenden 125. Deutschen Ärztetag das Thema der Stunde diskutiert. Gleich vier Beiträge befassen sich mit dem Klimawandel aus ärztlicher Perspektive und den Umgang mit Nachhaltigkeit in Landesärztekammer und Versorgungswerk.

618–622

Editorial: Wie geht es weiter?	595
Aus dem Präsidium: Ein dickes Dankeschön	598
Ärzttekammer	
Festliche Verleihung der Paracelsus-Medaille und Ehrenplaketten in Silber	600
Dr. med. Alfred Möhrle – 50 Jahre Ehrenamt	616
Serie Teil VI: Die Listen der DV 2018–2023 stellen sich vor – Liste Hessenmed e. V., die Netzärzte	617
Gabriele Herrlein geht nach 45 Jahren bei der LÄKH in den Ruhestand	622
Fortbildung	
„Long Covid“ – was ist bisher bekannt?	599
Therapie des kolorektalen Karzinoms – Behandlungskonzepte und aktuelle Entwicklungen	606
Kinder psychisch kranker Eltern – Ausbau der Versorgung einer oft vergessenen Risikogruppe	624
Im Gespräch: Interview mit der diesjährigen Preisträgerin der Paracelsus-Medaille Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle	604

Themenschwerpunkt Klima

■ Ärzttekammer: Klimaschutz bei der Landesärztekammer Hessen	618
■ Ärzttekammer: Nachhaltigkeit in der Kapitalanlage des Versorgungswerks der LÄKH	618
■ Fortbildung: Klimawandel: Ärztliche Perspektive – warum es uns etwas angeht	620
■ Mensch und Gesundheit: Dem Klimawandel begegnen – eine ureigene ärztliche Aufgabe	621



Foto: Peter Jälich

Feierliche Ehrungen

In kleinem, aber feinen Rahmen wurden die herausragenden Leistungen dreier hessischer Persönlichkeiten gewürdigt. Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle wurde die Paracelsus-Medaille überreicht. Mit der Ehrenplakette in Silber wurden Prof. Dr. med. Thomas Weber und Dr. med. Wolfgang Kauder geehrt.

600



Foto: VadimGuzhva – stockadobe.com

Kinder psychisch kranker Eltern

In Deutschland wachsen ungefähr drei bis vier Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil auf. Die Gefahr, selbst psychisch zu erkranken, ist bei ihnen um ein Vielfaches höher. Ein Ausbau der Versorgung dieser oft vergessenen Risikogruppe ist daher nötig.

624

Parlando: Der größte Künstler seiner Zeit – „Nennt mich Rembrandt!“, bis 30. Januar im Frankfurter Stadel 623

Bundesärztekammer: eAU – Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist da 628

Aus den Bezirksärztekammern

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden ist umgezogen 615

Bezirksärztekammer Kassel: Serverschrank wird zu einer schmacken Bibliothek 622

Personalien 638

Impressum 644

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 630

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 636

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 639



© Andrii – stockadobe.com

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)

Ein dickes Dankeschön

Was wäre ich in den vergangenen anderthalb Jahren ohne meine Medizinischen Fachangestellten gewesen? Das mag ich mir gar nicht ausmalen, denn meine Mitarbeiterinnen sind schon in normalen Zeiten unverzichtbar. In der Coronapandemie, die leider noch immer nicht vorbei ist, haben sie sich selbst übertroffen und das Management meiner hausärztlichen Praxis auf die neuen Gegebenheiten umgestellt: getrennte Wege für Patienten mit Verdacht auf eine Infektion, Entnahme der Testproben, Organisation der Impfungen mit unzähligen Telefonaten und nebenbei die Aufrechterhaltung des ganz normalen Praxisbetriebs. Diese Erfahrung teile ich mit vielen anderen Praxisinhabern.

Nun hat ja auch die Politik erkannt, dass die niedergelassenen Praxen und damit natürlich auch deren Personal für die Versorgung der Covid-19-Patienten unverzichtbar waren und sind. Leider hat diese Anerkennung und Wertschätzung – anders als in der stationären Pflege – keinen Ausdruck in Form einer Coronaprämie gefunden. Die Ärzteschaft hatte sich dafür immer wieder, aber leider vergeblich bemüht.

Auch die jüngsten Verhandlungsergebnisse für den Orientierungswert 2022 für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab sind diesbezüglich als problematisch anzusehen, denn gemäß den geltenden gesetzlichen Vorgaben zu dessen Anpassung wird nur die Investitions- und Betriebskostenentwicklung der Praxen von 2020 im Vergleich zu 2019 betrachtet. Damit wird der seit 1. Januar 2021 geltende neue Tarifvertrag für die Medizinischen Fachangestellten nicht berücksichtigt. Es handelt sich wohlgehemt, und für die Medizinischen Fachangestellten sehr erfreulich, nicht um einen Pappentitel. Zum 1. Januar stiegen die Gehälter nämlich um 6 %, zum 1. Januar 2022 folgen weitere 3 % und zum 1. Januar 2023 schließlich 2,6 %.

Mit dem neuen Vertrag soll nicht nur die Vergütung unserer wichtigen Fachkräfte verbessert werden, sondern auch deren Abwanderung in die Kliniken gestoppt werden. Denn auch die Kliniken haben längst die Qualitäten der von uns gut ausgebildeten Medizinischen Fachangestellten erkannt und übertragen ihnen vielfältige Aufgaben.



Foto: Peter Jülich

„Falls Sie noch nicht selbst ausbilden, scheuen Sie sich nicht davor. Die Ärztekammer berät Ärztinnen und Ärzte sowie Auszubildende.“

Eine dieser Aufgaben besteht leider auch nicht selten in der Rolle des Prellbocks. Immer wieder laden Patientinnen und Patienten ihre Wut und ihre Aggression am Empfangstresen einer Arztpraxis ab. In den vergangenen Monaten erfolgte das – nicht unerwartet – noch häufiger als in den Vorjahren. Ich war daher immer wieder dankbar und beeindruckt, wenn ich sah und hörte, wie höflich, aber auch manchmal notwendigerweise energisch Patienten erläutert wurde, dass sie nicht zu einer Priorisierungsgruppe für die Coronaimpfung gehören. Das ist jetzt zum Glück passé. Inzwischen werden meine Patientinnen und Patienten immer wieder auf die Möglichkeit, sich impfen zu lassen, aufmerksam gemacht.

Ich freue mich sehr, dass das Interesse junger Menschen an einer Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten weiterhin sehr groß ist. Nach einem vorübergehenden „Corona-Einbruch“ im Jahr 2020 (1.029 abgeschlossene Berufsausbildungsverträge zum 31.12.2020 gegenüber 1.150 zum 31.12.2019), der allerdings ohnehin nur geringfügig unter dem langjährigen Durchschnitt lag, liegt die Zahl der Ausbildungsverträge für dieses Jahr sogar schon höher als 2019. Das ist eine sehr gute Nachricht, denn qualifizierter Nachwuchs wird dringend benötigt. Medizinische Fachangestellte unterstützen Ärztinnen und Ärzte bei komplexen und sich verändernden Versorgungsaufgaben und entlasten diese, indem sie delegierte Aufgaben in Praxen und bei Hausbesuchen übernehmen. Falls Sie noch nicht selbst ausbilden, scheuen Sie sich nicht davor. Die Landesärztekammer Hessen ist nach dem Berufsbildungsgesetz die zuständige Stelle für den staatlich anerkannten Ausbildungsberuf und steht Ärztinnen, Ärzten und künftigen Medizinischen Fachangestellten zur Seite. Die Ärztekammer berät Ärztinnen und Ärzte sowie Auszubildende in Ausbildungsfragen, überwacht die Durchführung der Ausbildung und führt Prüfungen durch.

Monika Buchalik
Vizepräsidentin
der Landesärztekammer Hessen

Landesärztekammer auf Instagram

Informationen rund um die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten und Wissenswertes für junge Ärztinnen und Ärzte – mit unserem neuen Instagram-Auftritt wollen wir z. B. über Berufseinstieg und Weiterbildung, aber auch über Anmeldung und Mitgliedschaft informieren. Die ersten Inhalte und Stories sind bereits gepostet. Weitere folgen bald.

Der QR-Code führt direkt zu unserem Kanal:

https://www.instagram.com/landesaerztekammer_hessen.



„Long Covid“ – was ist bisher bekannt?

Die Begriffe „Long Covid“, „Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection“, „Long-term symptoms often associated with Covid-19“ und „Post-Covid-Syndrom“ werden häufig synonym verwendet und beschreiben persistierende Beschwerden nach einer SARS-CoV-2-Infektion. Häufig wird eine Dauer über mehr als vier oder zwölf Wochen verlangt. Das Phänomen persistierender Symptome nach einer infektiösen Erkrankung ist nicht neu. So wurden etwa veränderte Kognition und persistierende Beschwerden schon in Zusammenhang mit Influenzapandemien [1] und anderen respiratorischen Erregern beschrieben.

Zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurde der Begriff Long Covid von den Betroffenen selbst geprägt, über soziale Medien Interessengemeinschaften gebildet und so Aufmerksamkeit verlangt [2]. Diese Patienten klagen entweder über eine ausbleibende Genesung nach einer nachgewiesenen oder vermuteten SARS-CoV-2-Infektion oder auch über das Auftreten neuer Symptome in zeitlichem Zusammenhang mit der Infektion. Wissenschaftlich beschrieben wurden inzwischen über 300 Symptome unter Beteiligung aller Organsysteme.

Einige dieser Symptome kommen ohnehin sehr häufig in der Bevölkerung vor. Es fehlen bis heute klare Diagnose-Kriterien, eine einheitliche Erhebung der Beschwerden sowie eine Abgrenzung zu anderen, auch unabhängig von Covid-19 auftretenden Erkrankungen. Dadurch sind selbst große Studien, die die Häufigkeit und Krankheitslast durch Long Covid unter die Lupe nahmen, schlecht miteinander vergleichbar. Wenig verwunderlich ist daher, dass die Erkrankungsprävalenz in einer Breite zwischen 4,7 % und 80 % [3] sehr stark unterschiedlich angegeben wird. Häufig wurde zudem keine Kontrollgruppe eingeschlossen. Studien, die auf direkten Beschwerdeangaben von Patienten, etwa über eine App, beruhen, können zudem durch Phänomene wie das Reporting Bias stark verzerrt sein. Ethnische Minderheiten sowie ältere Personen waren bei den Erhebungen häufig entweder nicht

erfasst oder stark unterrepräsentiert [4], sodass die Krankheitslast in diesen Gruppen möglicherweise unterschätzt wird [5, 6].

Folgende Punkte konnten dennoch wiederholt dokumentiert werden:

- Einige Patienten klagen nach einer Covid-Erkrankung über anhaltende Beeinträchtigung der Gesundheit, deren Dauer zwölf Wochen nach einer Infektion überschreiten kann [3, 4, 7–9].
- Häufige Symptome sind Kurzatmigkeit, Brust- und Muskelschmerzen, Schwäche und Fatigue, Kopfschmerzen, Neuropathie, persistierende Anosmie, Schlaf-, Denk-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Beklemmung.
- Nicht selten werden mehr als drei unterschiedliche Symptome angegeben [4, 10].
- Diese Beschwerden kommen häufiger nach einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion vor als in einer negativ getesteten Kontrollgruppe [10–12].
- Die Prävalenz steigt mit dem Alter an [3–5, 7, 14], auch bei Kindern und Jugendlichen [11, 13].
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer [3–5, 7, 11, 12, 14, 15].
- Mit zunehmender Schwere der Covid-Erkrankung steigt die Wahrscheinlichkeit an Long Covid zu leiden [3, 4, 7].
- Jedoch können auch nur mild oder asymptomatisch an Covid-19 Erkrankte von Long Covid betroffen sein [9, 16].
- Beeinträchtigte physische oder psychische Gesundheit vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 erhöht die Wahrscheinlichkeit an Long Covid zu leiden [13, 14].
- Eine vollständige Impfung gegen Covid-19 vor einer Infektion reduziert die Häufigkeit von Long Covid [17].

Vermutlich handelt es sich pathophysiologisch um unterschiedliche Entitäten, die sich hinter dem Begriff Long Covid verbergen. Verschiedene klinische Syndrome werden diskutiert, darunter

1. das Long-term Covid Syndrom,

2. die direkte Organschädigung durch eine SARS-CoV-2 Infektion,
3. das Post-Intensive-Care Syndrome (PICS) und
4. das Chronic Fatigue Syndrome (CFS) [18].

Die Heterogenität verdeutlicht, dass für Long Covid ein holistischer Diagnose- und Behandlungsansatz erforderlich ist. In enger Abstimmung mit den Betroffenen sollten geeignete Leitlinien erstellt werden. Eine erste Risikoevaluation sollte eine schnelle Abklärung auf Hypoxämie oder Entsättigung bei Belastung, Angina pectoris und sonstige Zeichen einer Lungen- oder Herzschiädigung und multisystemische Inflammationszeichen beinhalten. Es sollte individuell auf die jeweils vorliegenden Beschwerden eingegangen und die Auswirkung der Beschwerden auf das tägliche Leben evaluiert werden. Ein interdisziplinärer und multiprofessioneller Behandlungsansatz sollte bedarfsweise u. a. auch psychologische, psychosomatische und physiotherapeutische Angebote umfassen. Spezielle Long Covid-Ambulanzen können bei der Diagnosestellung helfen und Behandlungsempfehlungen geben. Wichtig ist, dass in der Primärversorgung anhaltende Symptome nach Covid-19 erkannt werden. Eine verbesserte Versorgung von Patienten mit Long Covid könnte dabei auch der Versorgung von Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern wie CFS, PICS und Fibromyalgie (FM) zugutekommen.

Eine effektive Prävention ist über die Impfung möglich.

Dr. med. Sebastian Hoehl

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Institut für Medizinische Virologie
Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. med. Alexandra Berger

Fachärztin für Allgemeinmedizin

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

„Long Covid“ – was ist bisher bekannt?

Literatur zum Artikel:

„Long Covid“ – was ist bisher bekannt?

von Dr. med. Sebastian Hoehl und Dr. med. Alexandra Berger

- [1] Stefano, G. B. Historical Insight into Infections and Disorders Associated with Neurological and Psychiatric Sequelae Similar to Long Covid. *Med Sci Monitor* 27, e931447 (2021).
- [2] Callard, F. & Perego, E. How and why patients made Long Covid. *Soc Sci Med* 268, 113426 (2020).
- [3] Martimbianco, A. L. C., Pacheco, R. L., Bagattini, Â. M. & Riera, R. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long Covid-19: A systematic review. *Int J Clin Pract* 75, e14357 (2021).
- [4] Sudre, C. H. et al. Attributes and predictors of long Covid. *Nat Med* 27, 626–631 (2021).
- [5] Yomogida, K. et al. Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection Among Adults Aged ≥18 Years — Long Beach, California, April 1–December 10, 2020. *Mmwr Morbidity Mortal Wkly Rep* 70, 1274–1277 (2021).
- [6] Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (Covid-19) infection in the UK 2 September 2021.pdf. file:///C:/Users/Sebastian/Downloads/Prevalence%20of%20ongoing%20symptoms%20following%20coronavirus%20(Covid-19)%20infection%20in%20the%20UK%202%20September%202021.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ndfrkc8p>.
- [7] Zhang, X. et al. Symptoms and Health Outcomes Among Survivors of Covid-19 Infection 1 Year After Discharge From Hospitals in Wuhan, China. *Jama Netw Open* 4, e2127403 (2021).
- [8] Davis, H. E. et al. Characterizing long Covid in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *Eclinicalmedicine* 38, 101019 (2021).
- [9] Logue, J. K. et al. Sequelae in Adults at 6 Months After Covid-19 Infection. *Jama Netw Open* 4, e210830 (2021).
- [10] Wanga, V. et al. Long-Term Symptoms Among Adults Tested for SARS-CoV-2 — United States, January 2020–April 2021. *Mmwr Morbidity Mortal Wkly Rep* 70, 1235–1241 (2021).
- [11] Molteni, E. et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *Lancet Child Adolesc Heal* (2021) doi:10.1016/S2352-4642(21)00198-x.
- [12] Stephenson, T. et al. Long Covid and the mental and physical health of children and young people: national matched cohort study protocol (the CLoCk study). *Bmj Open* 11, e052838 (2021).
- [13] Stephenson, T. et al. Long Covid – the physical and mental health of children and non-hospitalised young people 3 months after SARS-CoV-2 infection; a national matched cohort study (The CLoCk Study). (2021) doi:10.21203/rs.3.rs-798316/v1.
- [14] Thompson, E. J. et al. Risk factors for long Covid: analyses of 10 longitudinal studies and electronic health records in the UK. *Medrxiv* 2021.06.24.21259277 (2021) doi:10.1101/2021.06.24.21259277.
- [15] Huang, C. et al. 6-month consequences of Covid-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 397, 220–232 (2021).
- [16] Dennis, A. et al. Multi-organ impairment in low-risk individuals with long Covid. *Medrxiv* 2020.10.14.20212555 (2020) doi:10.1101/2020.10.14.20212555.
- [17] Antonelli, M. et al. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the Covid Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. *Lancet Infect Dis* (2021) doi:10.1016/S1473-3099(21)00460-6.
- [18] Michelen, M. et al. Characterising long Covid: a living systematic review. *Bmj Global Heal* 6, e005427 (2021).



In kleinem, aber feinem Rahmen: Festliche Verleihung der Paracelsus-Medaille und Ehrenplaketten in Silber



Die Preisträger umrahmt von den Laudatorinnen (v.l.): Dr. med. Ellen Lundershausen, Dr. med. Wolfgang Kauder, Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. Thomas Weber, Monika Buchalik.

Nach langen Monaten der Pandemie, bei der vieles auf dem Corona-Eis lag, konnte am 15. September 2021 endlich wieder ein Stück „Normalität“ ins Haus der Landesärztekammer Hessen einziehen: Die Kammer lud zur feierlichen Veranstaltung, um die herausragenden Leistungen gleich dreier Persönlichkeiten zu würdigen.

„Dank der Corona-Impfungen – ein Ergebnis hervorragender medizinischer und naturwissenschaftlicher Arbeit – und einem entsprechenden Hygienekonzept wollen wir heute nicht nur die Verleihung der Paracelsus-Medaille an die hoch geschätzte Kollegin Prof. Viola Hach-Wunderle, sondern auch die Verleihung der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen an unsere verdienten Mitglieder Prof. Thomas Weber und Dr. Wolfgang Kauder feiern.“ Trotz der kurzfristigen Erkrankung von Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski ließ dieser es sich nicht nehmen, die namhaften Gäste zumindest per Videoschaltung aus dem Krankenhaus zu begrüßen.

Neben den zu Ehren selbst waren u. a. Staatsminister Kai Klose, Dr. med. Ellen Lundershausen (Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen) und Dr. med. Günter Mattheis (Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz) zu

Gast sowie seitens der LÄKH Dr. med. Alfred Möhrle (Ehrenpräsident), Dr. med. Ursula Stüwe (Altpräsidentin), Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Altpräsident), Mitglieder des Präsidiums und des Vorstands der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie hessische Trägerinnen und Träger der Paracelsus-Medaille.

Pinkowski nutzte die Gelegenheit auch, um den anwesenden Staatsminister Kai Klose abermals an ein Versprechen zu erinnern: die exklusive Durchführung der Fachsprachprüfungen durch die Landesärztekammer. „Nur die Landesärztekammer ist



Kai Klose richtete sich mit einem Grußwort an die Gäste und Preisträgerin.

neutral, kompetent und kann diese Prüfung sachverständig durchführen“, erklärte er mit Verweis auf die Patientensicherheit. „Es ist wichtig, vernünftig und verständlich miteinander kommunizieren zu können, wir müssen gegenseitig unsere Sprache verstehen. Wenn das nicht möglich ist, gefährdet das die Patientensicherheit.“ Nach seinen einleitenden Worten übergab der Präsident an Monika Buchalik, Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen, die in bewährter charmanter Weise die Moderation übernahm und durch das Programm der Feierlichkeiten führte.

„Als hessischer Gesundheitsminister freut es mich, wie auch die gesamte Landesregierung, besonders, dass eine Ärztin aus Hessen für solch herausragende Leistungen mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, geehrt wird“, unterstrich Kai Klose und beglückwünschte Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle in seinem Grußwort. Zugleich bedankte er sich bei der Landesärztekammer und den hessischen Ärztinnen und Ärzten für das herausragende Engagement während dieser Pandemie. „Die Landesärztekammer und besonders in Gestalt ihres Präsidenten war von Beginn an ein außerordentlich konstruktiver Gesprächspartner für uns. Das, was jetzt gewonnen wurde, das sollten wir uns auch behalten.“



Viola Hach-Wunderle bei ihrer Dankesrede.

Verleihung der Paracelsus-Medaille an Prof. Viola Hach-Wunderle



Dr. med. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der BÄK und Präsidentin der Ärztekammer Thüringen, hielt die Laudatio auf Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

„Es ist außergewöhnlich und Dr. Pinkowski zu verdanken, dass wir die Verleihung der Paracelsus-Medaille heute in diesem feierlichen Rahmen in Hessen machen können, die ansonsten auf dem Deutschen Ärztetag stattfindet“, betonte Dr. med. Ellen Lundershausen, die die Medaille an Prof. Viola Hach-Wunderle überreichte und die Laudatio hielt, in der sie die herausragenden Verdienste hervorhob und die berufliche Karriere der Preisträgerin skizzierte. Prof. Hach-Wunderle – am 5. November 1953 geboren und, nach Stationen in Frankfurt und Bad Nauheim (dort als Chefärztin der Abteilung Innere Medizin und Rehabilitation der William-Harvey-Klinik), seit 2003 als Sektionsleiterin der Angiologie am Gefäßzentrum Krankenhaus Nordwest in Frankfurt tätig – ist für ihr hohes Engagement für das gesundheitliche Gemeinwohl geehrt worden. Seit 1984 ist die Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie und Zusatzbezeichnungen Phlebologie und Hämostaseologie ehrenamtlich als Referentin in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH in Bad Nauheim tätig. Auch im Vorstand der Akademie setzt sie sich sowohl für die ärztliche Fort- und Weiterbildung als auch für die Aus- und Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten ein. Nicht zuletzt geht der Aufbau von Ultraschallkursen in der Akademie auf ihr Wirken zurück. Darüber hinaus ist die in Heidelberg promovierte und in Frankfurt habilitierte Expertin für Gefäß- und Venenerkrankungen, die 1998 zur apl.-Professorin der Johann Wolfgang Goethe-

Universität Frankfurt ernannt worden ist, Leiterin der Sektion Angiologie und Gutachterin der Kommission Angiologie und Phlebologie der hessischen Ärztekammer. Seit 1996 ist Hach-Wunderle Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) und seit 1998 zudem Beisitzerin im Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Für ihre hervorragenden Verdienste wurde Hach-Wunderle im Jahre 1996 mit dem Günther-Simon-Fortbildungs-Preis des Bundes Deutscher Internisten und im Jahre 2008 mit der Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer ausgezeichnet (ein Interview mit Prof. Hach-Wunderle finden Sie auf S. 604).

„Der 21.01.2021 ist für mich unvergesslich“, begann Viola Hach-Wunderle ihre Dankesrede. An diesem Datum zog ihr Mann einen Umschlag aus einem Poststa-



Monika Buchalik (rechts), Vizepräsidentin der LÄKH, hilft beim Anlegen der Paracelsus-Medaille an die Preisträgerin, die ihr von Dr. med. Ellen Ludnershausen (links) überreicht wurde.

pel, der aussah wie Werbung und beinahe direkt entsorgt wurde. Gerade noch rechtzeitig haben sie erkannt, dass der Absender die Bundesärztekammer war, und den Brief geöffnet. „Ich mache meine Arbeit ausgesprochen gerne, liebe es, mein Wissen praxisnah an meine Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben, schreibe gerne Leitlinien, Artikel usw. Was kann es Schöneres geben, für diese Arbeit, die einem so viel Freude macht, dann eine so hohe Medaille zu bekommen?“ Sie bedankte sich bei den Kolleginnen und Kollegen der LÄKH für diese Ehrung und für die Zusammenarbeit. Gleichzeitig bedankte sie sich bei ihrem Vater, der zeitlebens ein wichtiges Vorbild für sie gewesen war hin-

sichtlich der Wertschätzung von Patienten und der Weitergabe von Wissen an nachfolgende Generationen. Und letztlich dankte sie ihrem Mann, Alois Wunderle, für seine liebevolle Unterstützung in allen Lebenslagen.

„Frau Prof. Hach-Wunderle ist erfreulicherweise nicht die erste Preisträgerin aus der Landesärztekammer Hessen“, leitete Monika Buchalik über und richtete den Blick in die Vergangenheit der hessischen Ärzteschaft. Die Paracelsus-Medaille ist die höchste Ehrung der deutschen Ärzteschaft und wird seit 1952 jährlich an drei bis vier verdiente ärztliche Persönlichkeiten verliehen. 1956 wurde erstmals ein Preisträger aus Hessen geehrt. „Sie kennen alle seinen Namen, genau wie ihn jede in Hessen ausgebildete Medizinische Fachangestellte kennt – die Rede ist von Dr. Carl Oelemann, Namensgeber unserer Schule für Überbetriebliche Ausbildung am Standort Bad Nauheim.“ Im Laufe der nächsten Jahrzehnte kamen weitere 27 Preisträgerinnen und Preisträger aus Hessen hinzu, fuhr Buchalik fort und bedauerte, dass darunter bislang nur drei Frauen seien. Sie zeigte sich jedoch zuversichtlich, dass auf Prof. Hach-Wunderle noch viele Preisträgerinnen folgen werden.

Da die Verleihung der Paracelsus-Medaille pandemiebedingt nicht wie üblich auf der großen Bühne des Deutschen Ärztetages erfolgen konnte, war es der LÄKH ein Anliegen, wenigstens in einem kleinen, dafür aber persönlichen Rahmen die feierliche Verleihung analog im Hier und Jetzt zu ermöglichen, betonte Buchalik. Dieser Rahmen machte es außerdem möglich, die bisherigen hessischen Trägerinnen und Träger der Paracelsus-Medaille einzuladen. „Ihnen gilt mein besonderer Gruß und tief empfundener Respekt“, so die Vizepräsidentin und bat um Verständnis,



Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein erhielt die Paracelsus-Medaille im Jahr 2011.



Alle hessischen Paracelsus-Preisträgerinnen und -Preisträger sowie die mit der LÄKH-Ehrenplakette in Silber Geehrten.

dass ihre folgenden Ausführungen über die anwesenden Paracelsus-Preisträger nur Schlaglichter auf deren Verdienste werfen können.

Dr. med. Margita Bert: Ihr Name steht für einen umfassenden Reform- und Modernisierungsprozess der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Außerdem war sie viele Jahre Delegierte der LÄKH und als Mitglied des Präsidiums aktiv.

Prof. Dr. med. Albrecht Enke: Ordinarius für Chirurgie an der Universität Frankfurt und engagierter Kämpfer für die evidenzbasierte Medizin. In seiner Zeit als Präsident der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften setzte er sich für die Akzeptanz von Leitlinien ein.

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein: Gründungsmitglied der deutschen Sektion der Internationalen Ärztinnen und Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, die 1985 den Friedensnobelpreis erhielten. Er hielt in Oslo die Dankesrede.

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich: Bis 2019 das prägende Gesicht der Bad Nauheimer Gespräche. Sie engagierte sich außerordentlich für die ärztliche Selbstverwaltung in Verbänden und Körperschaften sowohl regional als auch international, u. a. im Hartmannbund und viele Jahre als Delegierte der LÄKH und Mitglied des Präsidiums.

Dr. med. Georg Holfelder: Über 40 Jahre Delegierter der LÄKH, 16 Jahre im Präsi-

um und viele Jahre als Abgeordneter der KVH aktiv sowie Präsident der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände.

Dr. med. Alfred Möhrle: Ehrenpräsident der LÄKH und Präsident von 1992–2004, setzte sich über Jahrzehnte im Versorgungswerk für die Alterssicherung der hessischen Ärztinnen und Ärzte ein. Zugleich engagierte er sich in der BÄK im Ausschuss Gebührenordnung und war Mitglied der Abgeordnetenversammlung, heute Vertreterversammlung der KV Hessen.

Dr. med. Ursula Stüwe: Sie war die erste Präsidentin der LÄKH, langjährige Delegierte und 16 Jahre lang Mitglied des Präsidiums. Stüwe warnte immer wieder deutlich vor den Folgen einer wachsenden Bürokratisierung und Ökonomisierung im Gesundheitssystem. Große Beachtung auch über die Fachöffentlichkeit hinaus fanden ihre Einsätze als Leiterin einer Forschungsstation des Alfred-Wegner-Instituts in der Antarktis sowie als Schiffsärztin auf drei Polarexpeditionen in den Jahren 2000, 2010 und 2011.

Verleihung der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer

Zwei weitere hessische Ehrungen komplettierten diesen feierlichen Nachmittag. Prof. Dr. med. Thomas Weber und Dr. med. Wolfgang Kauder wurde jeweils für ihre herausragenden Leistungen und

besonderen Verdienste um die hessische Ärzteschaft von Monika Buchalik die Ehrenplakette in Silber der LÄKH überreicht. Wie bei solchen Ehrungen üblich, würdigte die Laudatorin die Geehrten mit einer Darstellung ihres besonderen Engagements und des beruflichen Werdegangs.

Prof. Dr. Thomas Weber, 1950 geboren, schloss das Medizinstudium 1979 ab und promovierte im Folgejahr. Die Fachkunde Rettungsdienst, später Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, erhielt er 1985; die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin erfolgte 1988, die Zusatzbezeichnungen Betriebsmedizin und Umweltmedizin folgten 1989 und 1996. Ab 1997 war Weber als Lehrbeauftragter, ab 2007 als Honorarprofessor für die Gesundheitsförderung der Frankfurt University of Applied Sciences tätig. Zugleich war er bis 2015 Direktor des 2003 gegründeten Instituts für Arbeitsmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung der Dr. Horst Schmidt-Kliniken (HSK) GmbH. 2013 gründete Weber eine Privatpraxis für Innere Medizin und Arbeitsmedizin in der zu den HSK gehörenden Wilhelm Fresenius Klinik, die er – trotz des im Jahr 2015 angetretenen Ruhestands – weiterhin fortführt. Weber engagierte sich in zahlreichen Gesellschaften und Ausschüssen u. a. für Gesundheitsförderung über Infektionsgefährdung bis hin zu Qualitätsmanagement und Arbeitsmedizin in Gesundheitseinrichtungen. So wurde er 1994 Mitglied der Hessisch-Thüringischen Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (später Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin der LÄKH), an der er jahrelang im Beirat und bis 2018 als Dozent tätig war. 2007 wurde Weber Mitglied des Ethikausschusses der LÄKH. Seit 2010 ist er zudem Mitglied im Prüfungs-



Monika Buchalik überreichte die Ehrenplakette in Silber der LÄKH an Prof. Dr. med. Thomas Weber.



ausschuss der LÄKH und Prüfer für das Fachgebiet Arbeitsmedizin. Ein ganzes Jahrzehnt lang – von 2010 und 2020 – wirkte Weber außerdem als Beauftragter des Präsidiums der LÄKH sowie als Kursleiter und Dozent für das Modellprojekt AbBA (Alternative betriebsärztliche Betreuung von Arztpraxen – arzt-spezifisch erweitertes „Unternehmermodell“) zwischen der LÄKH und der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-pflege zur Qualifikation niedergelassener Ärzte. Zudem war er Veranstaltungsleiter und Referent der AbBa von Arztpraxen von 2010 bis 2019 und engagierte sich von 2011 bis 2017 als Referent in der Akademie für die Kursweiterbildung Arbeitsmedizin. Seit 2011 ist Weber Gründungsmitglied und Beiratsvorsitzender des Netzwerks „Wiesbaden lernt Erste Hilfe“ zur Steigerung der Notfallkompetenz der Wiesbadener Bevölkerung.

„Ich freue mich, dass ich hier in Hessen das, was mir wichtig war, auch entwickeln konnte: eine möglichst umfassende Qualifikation, Ausübung des Berufs in Qualität und ein möglichst breiter ganzheitlicher Ansatz“, hob Weber in seiner Dankesrede hervor.

Dr. med. Wolfgang Kauder, geboren 1941, wurde im Jahre 1970 approbiert und im gleichen Jahr auch promoviert. 1975 erhielt er die Facharztanerkennung im Ge-



Dr. med. Wolfgang Kauder bei seiner Dankesrede.

biet der Inneren Medizin; die Fachkunde Arbeitsmedizin folgte 1977. Zwischen 1977 und 2004 war Kauder in einer internistischen Facharztpraxis niedergelassen. Darüber hinaus war der hessische Internist als Belegarzt und Leitender Arzt am Marienhospital in Darmstadt tätig. Neben der beruflichen Tätigkeit engagierte sich Kauder jahrelang als Mitglied im Berufsverband Deutscher Internisten. Nach sei-



Die Geehrten des Tages (v.l.): Dr. med. Wolfgang Kauder Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. Thomas Weber.

ner Pensionierung im Jahre 2005 baute er mit Hilfe des Malteser Hilfsdienstes in Darmstadt eine Einrichtung zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten auf. In den Räumen des Marienhospitals, das auch die Infrastruktur für die Anlaufstelle zur Verfügung stellt, werden illegale Einwanderer, Obdachlose oder auch Deutsche ohne Krankenversicherung medizinisch versorgt. Bis heute ist Kauder bei jeder Sprechstunde präsent und unterstützt die Mitarbeitenden der Einrichtung persönlich dabei, Hilfe für Menschen vom Rande der Gesellschaft zu leisten – durch direkte medizinische Behandlung wie auch durch Aufklärung und den Zugang zu wichtigen Informationen, die dazu befähigen, die eigene Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Für diese hervorragenden Verdienste rund um die Gesundheits-erhaltung von Menschen, die ansonsten keine Chance auf eine Versorgung hätten, wurde Kauder bereits im Jahre 2018 von Stefan Grüttner, dem damaligen Hessischen Minister für Soziales und Integration, die Bernhard-Christoph-Faust-Medaille überreicht.

„Als ich 1970 in Darmstadt angefangen habe, als Arzt zu arbeiten, habe ich mir nicht träumen lassen, dass ich nach über 50 Jahren immer noch ärztlich tätig bin und zum Ende dieser Arbeitszeit diese großartige Auszeichnung überreicht bekomme“, bedankte sich Kauder. Er nutzte die Gelegenheit für ein paar weitere Worte über das Malteser Migranten-Projekt, für das er sich seit 15 Jahren engagiert. So

haben nach offiziellen Schätzungen ein Prozent der Menschen in Deutschland keine Krankenversicherung und leben in ärmlichen Verhältnissen. Allein im Land- und Stadtkreis Darmstadt betreffe das ungefähr 10.000 Menschen. Wenn diese Menschen in die Praxis kämen, seien die gesundheitlichen Zustände wesentlich schlechter als in der Allgemeinpraxis. „Wir sehen in jeder Sprechstunde ungefähr zehn bis 15 Menschen zum Teil mit alltäglichen Erkrankungen, zum Teil mit aller-schwersten Erkrankungen. Das stellt uns selbst vor große Schwierigkeiten, weil die Finanzierung nicht geregelt ist“, so Kauder. Jeder Mensch habe zwar nach der deutschen Verfassung Anspruch auf Leben und Gesundheit, aber die Schwierigkeit bestehe darin, diesen durchzusetzen. Kauder richtete sich abschließend mit einer Bitte an die Gäste: „Behalten Sie unser Projekt im Gedächtnis und bringen diesem ein gewisses Wohlwollen entgegen – und da, wo sich die Möglichkeit ergibt, machen Sie bitte darauf aufmerksam.“ Zum Abschluss richtete Monika Buchalik noch ihren Dank an das Violinduo des Capitol Symphonie Orchesters, Piotr Niewiadomski und Julia Orlova, die die Feierlichkeiten mit Stücken von Angel Villoldo, Wolfgang Amadeus Mozart, Jean-Delphin Alard und Astor Piazzolla musikalisch begleiteten. „Ohne Musik wäre eine solche Feier doch nur eine trockene akademische Angelegenheit.“

Maren Grikscheit

alle Fotos: Peter Jülich. Abstand: Alle Gäste waren vollständig geimpft.

„Wenn man Freude an einer Disziplin hat, teilt man diese gerne mit anderen“

Interview mit der diesjährigen Preisträgerin der Paracelsus-Medaille Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle aus Frankfurt

„Der höchste Grund ist die Liebe“ – so wird Paracelsus auf der nach ihm benannten Medaille zitiert. Gemeint ist damit die besondere Motivation, die dem ärztlichen Handeln zugrunde liegt. Ein Satz, der auf die diesjährige Trägerin, Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, nicht besser hätte passen können. Mit Herzblut, Leidenschaft und Begeisterung spricht sie über ihre Arbeit. Und dennoch so, als sei es das Normalste auf der Welt.

Nachdem der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr pandemiebedingt nur virtuell stattfinden konnte, wurde die feierliche Verleihung der Paracelsus-Medaille an Viola Hach-Wunderle am 15. September im Hauptsitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt „nachgeholt“ (den Artikel zur feierlichen Veranstaltung finden Sie auf S. 600).

Frau Prof. Hach-Wunderle, Sie sind Expertin für Gefäßerkrankungen.

Wie sind Sie zur Angiologie gekommen?

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle: Nach dem Studium wollte ich unbedingt an meinem letzten Studienort Heidelberg bleiben. Voraussetzung für eine angebotene Assistentenstelle in der Nephrologie war jedoch die Beherrschung des Gebiets „Hämostaselogie“. Um das zu erlernen, habe ich eine Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Angiologie und Hämostaselogie der Universitätsklinik Frankfurt gefunden. Dort bin ich auf meine Mentorin, Frau Prof. Inge Scharrer, getroffen, die meinen Werdegang entscheidend geprägt hat. Gleich zu Beginn sagte sie mir, ich solle bei ihr habilitieren. Das kam total überraschend. Kaum angekommen und schon plante sie meine Zukunft bis hin zur Professur. Ich war Frau Scharrers erste Assistentin und fühlte mich von Beginn an sehr wohl in der Abteilung für Angiologie und Hämostaselogie. Ich dachte mir, das ist schon mal gut im Medizinerleben. Da lernst du das schwierige

Gebiet der Blutgerinnung von der Pike auf, das kann dir keiner mehr nehmen. Die Nephrologie habe ich schließlich gegen die Angiologie eingetauscht und bin an der Frankfurter Uni geblieben.

Ihr Vater ist selbst Arzt und eng mit der Landesärztekammer verbunden. Wie hat er Sie geprägt?

Hach-Wunderle: Mein Vater hat den Stil meiner Arbeit geprägt, vor allem den respektvollen Umgang mit Patienten/-innen. Er war ebenfalls in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der LÄK Hessen tätig. Von ihm habe ich 1992 die Sektion Innere Medizin/Angiologie unserer Landesärztekammer übernommen. Es war ihm wichtig, dass man gut reden kann. Darin hat er mich regelrecht gedriht. Mein Vater hat in mir auch die Liebe zur Vene geweckt.

Wenn heute ein Patient mit einer Venenkrankheit zu mir in die Praxis kommt, entspanne ich mich erst einmal, denn ich weiß, da kann ich helfen, was immer dahinterstecken mag.

Was bereitet Ihnen außerdem besondere Freude an Ihrer Arbeit?

Hach-Wunderle: Ich liebe die Sonografie. Die Ultraschalldiagnostik ist eine geniale Untersuchungsmethode und sie ist in fast allen Körperregionen einsetzbar. Vor allem die Darstellung der Blutströmung mit Farbkodierung fasziniert mich immer wieder aufs Neue. Das Rauschen des Blutes wird hörbar und aus Befunden entstehen für mich ästhetische Bilder. Ultraschall erinnert mich an meine Hobbys. Ich habe schon immer gerne fotografiert und gemalt. Ultraschall hat ein bisschen was von beidem.

Die Ultraschallkurse gehören zu den ganz großen Kursblöcken in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, die Sie bereits seit 25 Jahren leiten. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?



Foto: Wachendorfer

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Hach-Wunderle: In unseren Kursen lehren wir die Ultraschalldiagnostik bei Gefäßerkrankungen. Es macht viel Freude, mit Kollegen/-innen zu interagieren, sie für die Methode zu begeistern und mein Wissen weiterzugeben. Was kann es für mich als Kursleiterin Schöneres geben, als wenn die Teilnehmenden am Kursende sagen, das hat sich gelohnt, ich habe für mich und meine ärztliche Tätigkeit einiges dazugelernt. Und, unsere Kurse werden ja jedes Mal evaluiert. Solange die Bewertungen gut ausfallen, machen wir als Team weiter.

Es ist befriedigend, Patienten zu betreuen. Doch genauso erfüllend ist es, den Kollegen/-innen etwas mitgeben zu können. Hätte ich nicht Medizin studiert, wäre ich jetzt wahrscheinlich Lehrerin.

Gibt es weitere Menschen, die Sie in Ihrer beruflichen Karriere maßgeblich begleitet haben?

Hach-Wunderle: Ja, das ist zum einen mein Kollege Dr. Florian Präve, mit dem ich seit mehr als 20 Jahren in der Praxis zusammen arbeite. Er ist auch regelmäßig bei den Ultraschallkursen dabei. Ohne seine Unterstützung könnte ich meine Arbeit

in Praxis und Klinik sowie die Lehr- und Vortragstätigkeit nicht unter einen Hut bekommen. Dafür bin ich ihm sehr dankbar. Und natürlich danke ich auch meinem Mann. Er unterstützt mich in allen Aktivitäten. Er ist derjenige, der sagt, wir machen so lange weiter, Viola, wie uns die Arbeit in der Praxis gut von der Hand geht. Wir sind ein gutes und effektives Team.

Ihre Tätigkeit als Ärztin in Klinik und Praxis und das Engagement für die Landesärztekammer und die Universität umfassen ja lange noch nicht alles in Ihrem beruflichen Wirken.

Hach-Wunderle: Ich bin in verschiedenen Fachgesellschaften aktiv. In der Deutschen Gesellschaft für Angiologie war ich von 1996 bis 2016 als Vorstandsmitglied für die Erstellung von Leitlinien und für die Zertifizierungen von Gefäßzentren verantwortlich. Im Jahr 2000 wurde ich zur Kongresspräsidentin der 29. angiologischen Jahrestagung gewählt und die fand im Palmengarten statt. Seit vielen Jahren organisiere ich den Angiologischen Arbeitskreis Rhein-Main, die ärztliche Fortbildungsreihe „Al dente“ im Krankenhaus Nordwest und Bürgerkongresse. Das jährliche Frankfurter Gerinnungssymposium gestalten Prof. Edelgard Lindhoff-Last, Prof. Rupert Bauersachs und ich gemeinsam.

Wie kam es dazu, dass Sie sowohl als niedergelassene Ärztin als auch am Krankenhaus tätig sind?

Hach-Wunderle: Seit 1999 bin ich in der Praxis und seit 2003 zusätzlich am Krankenhaus Nordwest tätig. Die Anstellung im Krankenhaus verdanke ich eigentlich einem Zufall – nämlich Prof. Zegelman. Ihn kenne ich noch von der Uni Frankfurt her. Er sprach mich seinerzeit darauf an, dass er für die Gefäßmedizin an der Klinik eine Angiologin suche. Ich habe zugesagt und empfinde das immer noch als eine sehr gute Entscheidung. Die Zusammenarbeit mit den klinischen Disziplinen ist inspirierend und fördert meinen medizinischen Weitblick.

Mit der Landesärztekammer sind Sie durch Ihr vielfältiges Engagement seit vielen Jahren verbunden. Gab es – neben fachlichen Belangen – besondere Ereignisse,

Bedeutende Wegbegleiter

Prof. Dr. med. Inge Scharrer, geboren 1938, schloss 1964 in Frankfurt ihr Medizinstudium ab und war über viele Jahre am dortigen Universitätsklinikum als Professorin für Innere Medizin und Hämostaseologie tätig. 2005 übernahm sie die Leitung der Hämostaseologie in der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universitätsklinik Mainz. 2014 trat sie nach 50-jähriger medizinischer Tätigkeit in den Ruhestand.

Prof. Dr. med. Wolfgang Hach, geboren 1930, Internist und Gefäßchirurg, war von 1975 bis 1995 Leiter der William-Harvey-Klinik in Bad Nauheim und lehrte an der Universität Gießen. Er hat sich um die Erforschung der Krankheiten des Venensystems verdient gemacht. 1972 gründete er die Sektion Angiologie an der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer in Bad Nauheim. Er war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Phlebo-

logie e. V. 1989 wurde er in Anerkennung seiner Verdienste um die ärztliche Fortbildung mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer ausgezeichnet; 1999 erhielt er das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Dr. med. Florian Präve, geboren 1963, wurde nach seiner Ausbildung im Kreis Krankenhaus Bad Soden 1997 Facharzt für Innere Medizin. Seitdem arbeitet er in der Praxis Hach/Hach-Wunderle. Er ist Phlebologe und Ausbildungsleiter in der Ultraschall Diagnostik und seit vielen Jahren Referent bei den Ultraschallkursen und beim Repetitorium Innere Medizin der Akademie der LÄKH.

Dipl.-Math. Alois Wunderle, geboren 1952, hat als Mathematiker mehrere Jahre in der EDV bei Siemens-Nixdorf gearbeitet. Seit 1999 ist er Praxismanager der Frankfurter Praxis.

nisse, die Ihnen im Gedächtnis geblieben sind?

Hach-Wunderle: Da gab es einiges. Besonders gut erinnere ich mich an eine Situation, die mit dem ehemaligen Präsidenten, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, in Verbindung steht. Er wohnt auf dem Land. Früher zog er dort zusammen mit seiner Frau Gänse auf. Gänse, die ein gutes Leben hatten – das war ihm sehr wichtig und mir ebenfalls. Das Gänseessen zu Weihnachten spielte in meiner Familie seit „immer“ eine große Rolle. Auch ich wollte einmal dazu einen eigenen Beitrag liefern und habe eine „glückliche“ Gans bei unserem Präsidenten bestellt. Am Morgen der Zubereitung stand ich in aller Herrgottsfrühe auf, wissend, dass die Gans viele Stunden im Ofen brutzeln muss. Als ich sie auspackte, stellte ich fest, dass der Hals noch dran war. Es gelang mir nicht, diesen mit dem Küchenmesser abzutrennen. Also weckte ich meinen Mann, der kurzer Hand ein Beil holte und mit einem Schlag die Aufgabe durchführte. Da er ohnehin kein großer Freund von Gänsebraten ist, verging ihm bei der Aktion vollends der Ap-

petit. Ich hatte wertvolle Zeit verloren, doch das Weihnachtessen war gerettet. Meine Familie fand, dass die Gans nicht so „durch“ sei wie üblich. Aber, wir sind gewohnt, alles zu essen, was auf den Tisch kommt. Meine Familie verabschiedete sich dann mit den Worten: Danke Viola, aber bleibe doch lieber bei deinen Vorträgen und überlasse uns das Braten der Gans.

**Interview:
Dr. med. Peter Zürner,
Maren Grikscheit**

Vita

Das Curriculum Vitae zu Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle findet sich in der Online-Ausgabe 11/2021, abrufbar unter www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Vita: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

- Seit 2003 Sektionsleiterin „Angiologie“ des Gefäßzentrums am Krankenhaus Nordwest
 - Seit 1999 Leitung einer Praxis für Innere Medizin und Gefäßkrankheiten in Frankfurt
 - 1991–1999 Chefärztin der Abteilung „Innere Medizin & Rehabilitation“ der William-Harvey-Klinik Bad Nauheim
 - 1998 Ernennung zur apl.-Professorin der Goethe Universität Frankfurt
 - 1991 Habilitation im Fach Innere Medizin in Frankfurt bei Prof. Scharrer und Breddin zum Thema „Hämostaseologisches Risikoprofil bei venöser Thrombose“
 - 1980–1991 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Innere Medizin der Goethe-Universität Frankfurt
 - 1980 Promotion zum Doktor der Medizin in Heidelberg bei Prof. Doerr zum Thema „Die Lithium-Kardiomyopathie“
 - 1973–1979 Studium der Humanmedizin an den Universitäten Köln, Heidelberg und Freiburg
- Auszeichnungen**
- 2021 Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft
 - 2017 Auszeichnung als „besonders engagierte Referentin“ der Landesärztekammer Hessen
 - 2009 Ernst-von-Bergmann-Medaille der Bundesärztekammer
 - 1996 Dr. Günther-Simon-Fortbildungspreis des Bundes Deutscher Internisten
- Lehrtätigkeiten**
- Seit 2009 Ausbildung von Medizinstudierenden im Wahlpflichtfach „Umgang mit Patienten in der internistischen Praxis“
 - Seit 2005 Dozentin beim OSCE (Objective Structured Clinical Evaluation) als Prüfungsverfahren bei Medizinstudierenden
 - Seit 2003 Unterrichtung von Medizinstudierenden im Praktischen Jahr
- Ehrenamtliche Tätigkeiten und Mitgliedschaften**
- Seit 2021 Wissenschaftliches Beiratsmitglied der Zeitschrift „VASA“
 - Seit 2016 Mitglied in der Programmkommission der DG Innere Medizin als Vertreterin der DGA für die jährlichen Internistenkongresse in Wiesbaden
 - Seit 2012 Ehrenmitglied der Dt. Gesellschaft für Phlebologie
 - Seit 2011 Leitung des Frankfurter Gerinnungssymposiums auf dem Universitätscampus (gemeinsam mit Prof. Lindhoff-Last und Prof. Bauersachs)
 - Seit 2011 Leitung der ärztlichen Fortbildungsreihe „Al dente“ am Krankenhaus Nordwest sowie Ausrichtung von Patientenforen
 - 2005–2014 Koordinierung der dt. Gefäßzentrumszertifizierung der Dt. Gesellschaft für Angiologie, gemeinsam mit der Dt. Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Dt. Röntgengesellschaft
 - Seit 2002 Expertenmitglied/Organisatorin bei der Erstellung von Leitlinien der AWMF (u.a. Venenthrombose, Thromboseprophylaxe)
 - Seit 2000 Vorstandsmitglied der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer
 - 1998–2019 Ausrichtung des Bürgerkongresses im Auftrag der Dt. Gefäßliga (2x jährlich)
 - 1996–2016 Vorstandsmitglied der Dt. Gesellschaft für Angiologie (seit 2017 Ehrenmitglied)
 - Seit 1996 Leitung des Angiologischen Arbeitskreises (AAK) Rhein-Main
 - Seit 1995 Seminarleiterin (DEGUM Stufe III) der Ultraschallkurse für periphere sowie für hirnversorgende Gefäße im Auftrag der LÄK Hessen und der DEGUM
 - Seit 1992 Leiterin der Sektion Angiologie und Gutachterin der Kommissionen „Angiologie“ und „Phlebologie“ der Landesärztekammer Hessen

Therapie des kolorektalen Karzinoms

Behandlungskonzepte und aktuelle Entwicklungen

VNR: 2760602021259980006

Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, Dr. med. Stefan Berkhoff, Dr. med. Kerstin Grimm,
Dr. med. Peter Heinz, Dr. med. Moustafa Elshafei, Dr. med. Thomas Huckle, PD. Dr. med.
Uta Kraus-Tiefenbacher, Prof. Dr. med. Elke Jäger, Dr. med. Bettina Heise



Kolonkarzinom mit polypösem Wachstum.

Inzidenz

Das kolorektale Karzinom (KRK) ist mit jährlich über 50.000 Neudiagnosen eine der häufigsten Tumorentitäten in Deutschland. Die Erkrankungsrate ist in Altersgruppen ab 55 Jahre geschlechtsunabhängig rückläufig. Für den Rückgang ist vermutlich die regional konsequentere Umsetzung von Vorsorgekoloskopien verantwortlich. Nach dem Brustkrebs ist das KRK gegenwärtig der zweithäufigste maligne Tumor in Deutschland, gefolgt vom Prostatakarzinom. Jährlich versterben etwa 25.000 Patienten an dieser Erkrankung [1–3].

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für die Entwicklung des KRK gelten vor allem ein hohes Alter und der Nachweis von Adenomen bzw. anderen Dysplasien der Kolonschleimhaut. Als weitere Ursachen werden Rauchen, Adipositas, ballaststoffarme Nahrung, Vitamin D-Mangel und hohe Nitratbelastung diskutiert. Metaanalysen deuten auf eine inverse Assoziation zwischen körperlicher Aktivität und dem Auftreten von Darmkrebs hin. Chronisch entzündliche Darmkrankungen sind häufiger mit KRK assoziiert, die Inzidenz ist jedoch eher rückläufig [1–3].

Anatomische Abgrenzung/ Tumorklassifikationen

Die Abgrenzung zwischen Rektum- und Kolonkarzinomen ist primär anatomisch, sekundär embryologisch begründet. Regional onkologisch gruppiert unterscheiden wir am Dickdarm das rechte und linke Kolon sowie das Rektum im engen knöchernen Becken. Die splenische Kolonfle-

xur wird als Grenzzone zwischen linkem und rechtem Kolon definiert. Das rechtsseitige Kolon ist ein embryologisches Derivat des Mitteldarms. Das linke Hemikolon ist Derivat des Enddarms.

Das Rektum weist anatomische Besonderheiten auf, die chirurgisch sehr relevant sind. Es liegt sub- bzw. extraperitoneal. Eine enge Beziehung besteht ventral zum Urogenitaltrakt. Das Rektum hat keinen Serosaüberzug, ist aber von einem Fett- und Lymphgefäß-Mantel umhüllt, dem sog. Mesorektum. Das Mesorektum ist durch die zirkumferenzielle mesorektale Faszie zum knöchernen Becken abgegrenzt. Die längsverlaufende Muskulatur des Rektums setzt sich über die Linea dentata nach distal als M. sphincter ani internus bis zur palpatorisch erfassbaren Anokutanlinie am unteren Ende des Analkanals fort (Intersphincteric Groove). Hier beginnt die behaarte perianale Haut.

Prognosekriterien

Das Kolonkarzinom ist keine einheitliche Erkrankung, sondern umfasst heterogene Tumor-Subgruppen mit unterschiedlicher Lokalisation, Pathogenese, Morphologie und Prognose. Die exakte Lokalisation der Tumore erweist sich beim KRK zunehmend als ein relevanter, die individuelle Therapiewirksamkeit und Prognose beeinflussender Faktor. Anatomische und embryologische Unterschiede führen je nach Lokalisation zu einer diversen Expression von Genen oder Gengruppen in den Tumoren mit klinisch erkennbarer onkologischer Relevanz.

Klinisch fiel schon lange auf, dass Patienten mit Rektum- und Sigmakarzinom überwiegend männlich und vergleichsweise jünger sind. Patienten mit rechtsseitigen Kolontumoren sind demgegenüber

häufiger weiblich und durchschnittlich älter. Etabliertes Prognosekriterium beim KRK ist das UICC-Stadium, definiert durch Tumorgöße und Tiefeninfiltration (T-Stadium), dem Nachweis regionaler Lymphknoten-Metastasierung (N-Stadium) sowie von Fernmetastasen (M-Stadium) [4].

Risikogruppierung und Tumor-Grading

Mittels histologischer Kriterien wird ein Tumor-Grading (G I-III) definiert. Kategorisierend wird bei frühen T1-Tumoren eine High-Risk-Gruppe (T1/L0/G1/2/Budding-Grad > 1) und eine Low-Risk-Gruppe (T1/L1 und/oder G3/Budding-Grad 1) unterschieden. Die Gruppierung hat für differenzierte Therapieentscheidungen bei frühen T1-Tumoren eine Bedeutung. Für das Stadium III wird eine moderate Risikogruppe (T1–3, N1) von einer Hochrisikogruppe (T4 oder N2) abgegrenzt. Diese Feingradierungen können helfen, das Aggressionsniveau der onkologischen Therapie im Einzelfall zu definieren. Posttherapeutisch sind die Qualität der chirurgischen Resektion (R-Status) und histologisch der Nachweis von Lymph-, Blutgefäß- und Nerveninfiltrationen von prognostischer Bedeutung [3–4].

Molekularbiologische Tumorcharakterisierung

Es ist Vision, die Wirksamkeit systemischer Therapie oder die Prognose mittels molekularer Charakterisierung von Tumorbiopsien vorhersagen zu können. Es gibt hierzu Studien und einige interessante Pfade, aber noch keine eindeutig prädiktiven Marker. Die Molekularbiologie hat bei der Therapieplanung bei fortgeschrittenen und metastasierten Tumoren

schon heute eine große, bei Frühkarzinomen allerdings noch keine relevante Bedeutung. Die Tumorlokalisation im rechten Kolon ist prognostisch eher ungünstig zu bewerten (Right-Sidedness) [3–6], siehe Tab. 1.

Stellenwert einer lokalen Tumorexzision

Frühe KRK der Kategorie T1 ohne onkologische Risikofaktoren können durch lokale Therapie (Polypektomie oder Submukosaresektion) organerhaltend behandelt werden. Ergibt die Histologie eines entfernten Tumors/Polypen ein T1-Karzinom, kann auf eine chirurgische Nachresektion verzichtet werden, wenn es sich um eine Low-Risk-Situation bei histologisch tumorfreier Polypenbasis handelt. In der High-Risk-Situation sollte auch bei T1 eine chirurgische Nachresektion erfolgen, selbst wenn die Läsion komplett entfernt wurde (Inzidenz regionaler LK-Metastasen ca. 20 %). Bei inkompletter Tumorentfernung soll auch in der Low-Risk-Situation nachreseziert werden [3–7].

Chirurgisch-onkologische Grundprinzipien: Zentrale Lymphknotendissektion/Longitudinaler Sicherheitsabstand

Die Qualität der chirurgischen Therapie bei lokal fortgeschrittenem KRK ist ein

Tab. 1: Ausgewählte onkologische Charakterisierungsoptionen beim KRK
Mikrosatelliteninstabilität (MSI-H)
Immunscore basierend auf Dichte tumorinfiltrierender Lymphozyten (CD3/CD8)
Genomische Analyse der Consensus Molecular Subtypes (CMS)
CDX2-Protein
Phosphoinositid-3-Kinase
Zirkulierende Tumor-DNA
HER-2-Amplifikation
POLE-Gen-Mutationen
Onkogene RAS und BRAF mit Mutationen des EGFR-Signalweges

entscheidender, die Langzeitergebnisse wesentlich mitbestimmender Faktor. Dies gilt herausgehoben für die Primärtherapie des regional begrenzten KRK unter kurativer Zielsetzung. Die chirurgische Therapie ist definiert und standardisiert. Sie zielt in allen Lokalisationen auf vollständige Entfernung des Primärtumors und der regionalen Lymphknoten. Umgesetzt wird dieses Ziel durch Segmentresektion des betroffenen Darmabschnittes mit einem hinreichenden longitudinalen Sicherheitsabstand zum Tumor. Die erfolgreiche Umsetzung ist am pathologischen Präparat später pathologisch transparent überprüfbar (R0 = Im Gesunden entfernt). Die mesenteriale Ausdehnung der onkologischen Resektion erfolgt „radikulär“ an der Gefäßwurzel (Gekröse). Reseziert wird „zentral-radikal“ am aortalen Abgang der mesenterialen Blut- und parallel verlaufenden Lymphgefäße. Ziel ist die vollständige Entfernung der regionalen Lymphknoten (Turnbull-Prinzip). Die Lymphknotenkollektion eröffnet bei regional begrenzter lymphogener Metastasierung Heilungschancen (Konzept der sequenziellen Metastasierung) und erlaubt eine valide Definition des N-Status als Indikationsbasis für adjuvante Konzepte. Das Ausmaß des segmentalen Darmverlustes ist am Kolon funktionell in der Regel für die Patienten gut tolerabel. Bei tiefen Rektumresektionen ist die Situation jedoch kritischer einzuschätzen. Hier sind alle chirurgischen Anstrengungen zu unternehmen, die Ampulla recti und die vegetativen Nervenfasern des Plexus hypogastricus inferior und superior zu erhalten, wenn dies onkologisch zu vertreten ist. Es drohen gravierende funktionelle Störungen des Kontinenzorgans, die unten beschrieben werden (LARS) [3–4, 8–9].

Totale Mesorektum Exzision (TME)/ Mesokolische Exzision (CME)

Onkologisch-chirurgisch wird eine schichtgerechte Präparation entlang der embryonalen Grenzonen gefordert. Unvollständige Resektionen der regionalen Mesenterien oder Verletzungen der Grenzschichten (Mesorektum/Faszia gerota zum Retroperitoneum) begünstigen die intraoperative Tumorzell dissemination

und reduzieren die regionale Lymphknotenausbeute. Dies ist prognostisch relevant.

Die onkologische Bedeutung der schichtgerechten Präparation wurde zuerst für das Rektumkarzinom nachgewiesen. Durch konsequente Einführung der TME (Ausräumung des perirektalen Mesofettkörpers entlang der Hülf-faszie) konnte die Lokalrezidivrate von zuvor 25 % auf unter 10 % gesenkt. Gleichzeitig wurde das Langzeitüberleben verbessert.

In Analogie zur TME beim Rektum hat sich für Kolonkarzinome die komplette mesokolische Exzision (CME) als onkologisches Konzept etabliert. Technisch wird auf die exakte chirurgische Präparation zwischen der mesokolischen und parietalen Faszie und auf die wirklich zentrale Durchtrennung der Tumorversorgende Arterien fokussiert. Hervorgehoben analysiert wurde dies für die sehr variable Gefäßanatomie am Kolon aszendens [3–4, 8–9].

Laparoskopische oder konventionelle Tumorsektion

Die Umsetzung der Darmresektionsstrategien ist unabhängig vom Zugangsweg in die Bauch- oder Beckenhöhle. Der operative Zugangsweg kann über abdominelle Schnittführungen (Konventionell) oder durch Trokar-Einstich-Hülsen (MIC – Minimal invasive Chirurgie), bzw. als Hybridvariationen realisiert werden. Die Inhalte der Eingriffe ändern sich strategisch nicht durch Änderung der Zugangswege. Realisierungsgrad, Sicherheit oder die Umsetzungs-eleganz werden jedoch beeinflusst. MIC-Techniken zeichnen sich postoperativ durch schnellere Erholung der Patienten, schmerzärmere Verläufe und raschere Mobilisierungsgrade aus. Langfristig stehen eine bessere Ästhetik, geringere intraabdominelle Verwachsungen sowie eine geringere Narbenhernienquote in der positiven Bilanz.

Die Machbarkeit onkologisch konsequenter laparoskopischer Resektionen beim KRK aller Lokalisationen (Kolon und Rektum) wurde vielfach gezeigt, wenn auch kontrovers diskutiert. In prospektiv randomisierten Studien und Metaanalysen konnte hinreichend bewiesen werden, dass etablierte Sicherheitskriterien konventioneller Tumor-chirurgie eingehalten

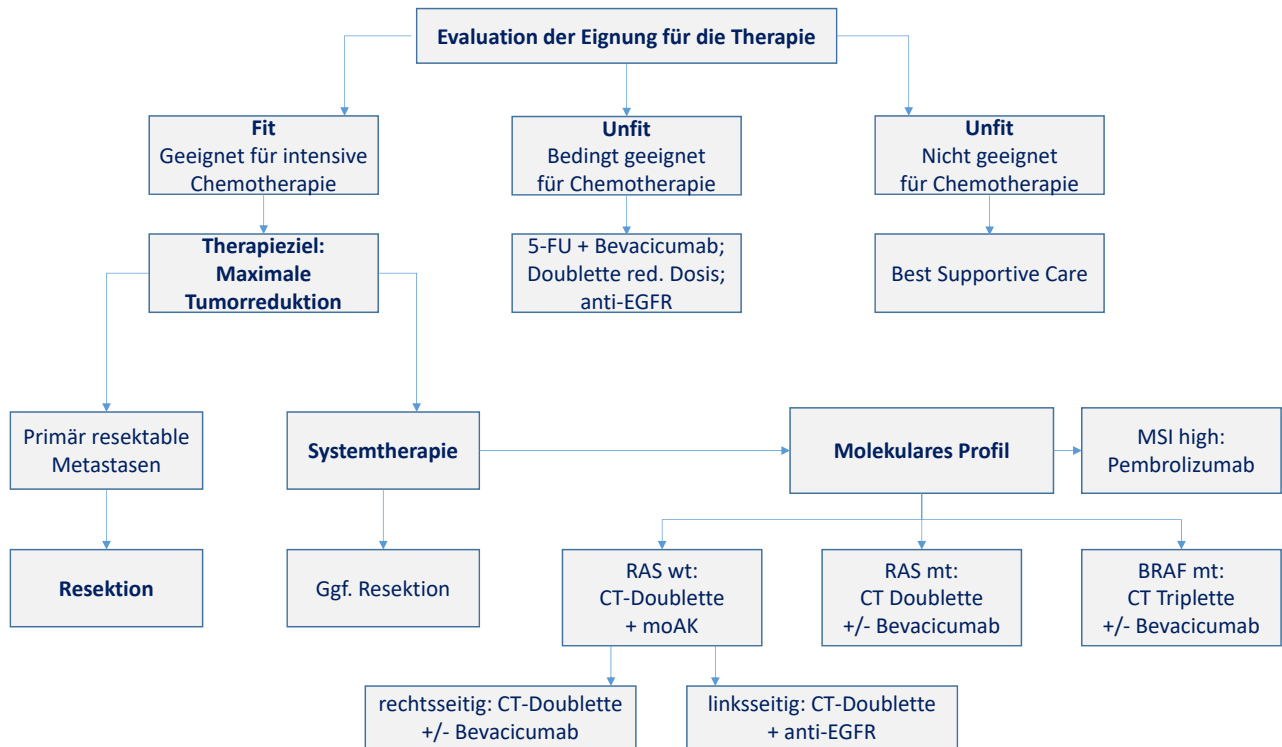


Abb. 1: Erstlinientherapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms.

werden können. MIC ist heute, unter der Grundannahme einer Durchführung durch auf diesem Feld erfahrene Operateure, als sicher und onkologisch gleichwertig anzusehen. Die Hypothese und auch Hoffnung, dass durch MIC eine weitere Verbesserung onkologischer Ergebnisse gegenüber der konventionellen Chirurgie erreicht werden kann, ist jedoch noch nicht bewiesen. Obwohl einzelne Studien eine niedrigere stadienabhängige tumorassoziierte Mortalität nach MIC feststellten, wurde in Metaanalysen bisher (noch) kein wirklich signifikanter onkologischer Vorteil belegt.

In Deutschland wird im europäischen Vergleich beim KRK noch immer weniger häufig laparoskopisch reseziert. Valide Zahlen sind nur begrenzt verfügbar. Gegenwärtig werden etwa 30–40 % der Eingriffe beim KRK durch MIC umgesetzt, bevorzugt bei Tumoren des Sigmas, Rektums und des rechten Hemikolons. Es ist davon auszugehen, dass sich der MIC-Anteil zukünftig weiter erhöhen wird. Im eigenen Zentrum am Krankenhaus Nordwest liegt die MIC-Quote der Primär-Resektionen aktuell bei ca. 60 %,

selektiv für das Rektum-Karzinom schon bei 70 % [8, 9].

Transanale totale mesorektale Exzision (TaTME)

Die TME ist bei tiefer Tumorlokalisation im engen männlichen Becken, bei Adipositas und fettreichem Mesorektum konventionell-chirurgisch oft mühsam und onkologisch traumatisch. Auch laparoskopisch ist die saubere Umsetzung nicht selten schwierig. Gerade das tiefe Becken ist durch die sich nach distal krümmende Zugangs- und Blickachse und die Sichtbehinderung durch den obstruktiven Tumor eine chirurgische Herausforderung. Um diese Situation zu erleichtern, wurde ein MIC-Verfahren entwickelt, bei dem sämtliche TME-Schritte (Rektummobilisation und Exzision des Mesorektums) simultan von abdominal als auch über einen transanal Zugang umgesetzt werden. Beide OP-Teams treffen sich präparatorisch in der Mitte des Präparationsweges im kleinen Becken (wie beim Bergbau). Der Vorteil des bilateral simultanen Vorgehens liegt in der Verkürzung der OP-Zeit und in einer potenziell besseren

Übersicht im tiefen Becken. Der Aufwand ist allerdings erheblich (2 OP-Teams, 2 MIC-Türme, spezielle Saug- und Belüftungssysteme etc.). Der gegenüber klassischer MIC durch TaTME potenziell besseren Übersicht und der realisierten Problemvermeidung im schwierigen Becken (Mehrfachstaplereinsatz, Mesoverletzungen, Coning etc.) stehen nun neue Probleme entgegen (Sphinkterdehnung, Urethraverletzung, CO₂-Embolie). Die TaTME-Methode scheint bei sehr distal lokalisierten Rektumkarzinomen unter Studienbedingungen als Alternative zur transperitonealen MIC sinnvoll zu sein, wenn die Tumorage ohnehin eine perianale supra- oder interspinktäre Anastomose erforderlich macht. Eine abschließende Bewertung der TaTME -Methode ist noch nicht möglich [10].

Roboterassistierte kolorektale Chirurgie

Roboterassistierte Chirurgie ist konzeptionell attraktiv und findet auch in der kolorektalen Chirurgie einen zunehmenden, hauptsächlich durch die finanziellen Aufwände gebremsten Einsatz. Zur Bewer-

tung des klinischen Nutzens existieren Fallserien und retrospektive Untersuchungen. Roboterassistierte Chirurgie könnte besonders beim schwierig zu operierenden tiefen Rektumkarzinom im Vergleich zur konventionellen MIC Vorteile haben. Wahrscheinlich bestehen geringere Konversions- und Komplikationsraten.

Die Robotikchirurgie ist jedoch kein automatisierter oder gar autonomer Ablauf, wie die Terminologie erwarten lässt. Robotikchirurgie ist aktuell immer eine Telemanipulatorchirurgie. Die Robotik und die angebundene Plattform dienen dem Chirurgen bei der gezielten Bewegung der die Instrumente führenden Arme und damit der Umsetzung einer besonders feinen Präparation bzw. filigraner Nahtbewegungen. Bewegungen der Instrumente über eine Art von „Joystick“ sind extrem präzise. Die Präparation ist für den sitzenden Chirurgen zudem physisch komfortabel. Der Chirurg sieht zudem detaillierter. Das Bild ist exakt und ruhig, da ebenfalls robotisch assistiert.

Vielfache Unterstützungssysteme, zum Teil mit künstlicher Intelligenz, stehen in Erprobung. Diese Systeme (z. B. Indocyaningrün-Farbstoffinjektion zur Durchblutungsquantifizierung, Projektion von Röntgenbildern, Virtual-Reality/Anatomieerkennung, Fehlerwarnungen, Videoaufzeichnungen, Bildwiederholung, optischer Zoom, 3D-Bild, Telekommunikation) werden für zukünftige Ergebnisverbesserungen maßgeblich sein. Das jedenfalls ist Vision. OP-Konzepte und Strategien werden durch die Robotiktechnologie bislang nicht fundamental verändert. Marketing-Aspekte spielen bei der Anschaffung von OP-Robotiksystemen heute eine relevante Rolle. Die Kosten der Technologie sind hoch und noch nicht im DRG-System inkludiert [8–10].

Perioperative Therapie

In allen Tumorstadien ist die chirurgische Entfernung des Tumors bei einer auf Heilung abzielenden Behandlung unverzichtbar und Leitlinien-Goldstandard. Die Indikation zu einer additiv begleitenden perioperativen System- und/oder Radiotherapie (RT) zielt auf zusätzliche Ergebnisverbesserung. Die perioperative Behandlung wird in präoperativ „neoadjuvante“ und

postoperativ „adjuvante“ Ansätze untergliedert.

Neoadjuvante Therapie

Kolonkarzinome aller Lokalisationen werden unter kurativer Intention in der Regel primär, das heißt ohne Vorbehandlung chirurgisch reseziert. Eine neoadjuvante Vorbehandlung ist aktuell unabhängig von T- und N-Stadium nicht indiziert. Dies gilt auch für alle Rektumkarzinome im oberen Drittel. Für lokal fortgeschrittene Kolonkarzinome wird in Studien der potenzielle Nutzen einer neoadjuvanten Chemotherapie offensiv analysiert. Jüngste Daten zeigen für Subgruppen (MSH-I – mikrosatelliteninstabile Tumore) einen kleinen Behandlungsvorteil nach neoadjuvanter Therapie. Die Vorhersage der Wirksamkeit einer neoadjuvanten Therapie ist noch eine Vision. Noch gibt es für die Vorhersage des Ansprechens keine validen Marker.

Für das lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom des unteren und mittleren Drittels im Stadium T3/4 und alle N1-Stadien ist eine neoadjuvante Therapie unstrittig indiziert. Tumore des mittleren und unteren Rektums sollen im Stadium UICC-II und UICC-III (jeder LK-Befall N1/2 und T-Stadien T3/T4 unabhängig von LK-Befall) neoadjuvant mittels Radiochemotherapie (RCT) behandelt werden. Ziel der Neoadjuvanz ist am Rektum die Tumerverkleinerung (Downsizing).

Gleichzeitig soll die chirurgische Resektion entlang der mesorektalen Faszie onkologisch noch sicherer gemacht werden (Downstaging). Die Induktion einer Tumerverkleinerung bei sehr distaler Lokalisation ist ein gesondertes Indikationskriterium zur Chancenverbesserung des Sphinktererhalts (unabhängig vom UICC-Stadium). Die Kombination aus chirurgischer TME und RCT bewirkt stadienabhängig eine signifikante Reduktion der Lokalrezidivrate [1–4, 11–14].

Adjuvante Therapie

Bei Kolonkarzinomen jeglicher Lokalisation ist eine adjuvante Therapie im UICC-Stadium II bei lokal fortgeschrittenen und nodal-negativen Tumoren nach der S3-Leitlinie nur bei Vorliegen besonderer onkologischer Risikofaktoren zu erwägen (T4-Tumor, geringe entfernte LK-Zahl

< 12, stattgehabte Tumorperforation, Notfall-OP). Die Datenlage zum onkologischen Zusatznutzen ist ohne Begründung einer speziellen Risikosituation eher schwach. Bei Kolonkarzinomen im UICC Stadium III (Regionale Lymphknotenmetastasierung) wird eine adjuvante Chemotherapie dagegen klar empfohlen. Standardtherapie ist hier seit Jahren die Kombination aus Oxaliplatin und 5-FU (MOSAIC-Studie). Problematisch ist die Neurotoxizität (ca.15 % nach vier Jahren). Bei Patienten über 70 Jahre sollte Oxaliplatin adjuvant eher nicht eingesetzt werden.

Das Stadium III ist prognostisch sehr heterogen. Die onkologische Heterogenität ist vor allem assoziiert mit dem Anteil der tumorbefallenen Lymphknoten in Bezug auf alle entfernten Lymphknoten (Lymph-Node-Ratio – LNR). Die LNR beeinflusst daher die Empfehlung zur Dauer der adjuvanten Therapie. Eine molekulare Charakterisierung ist für die Planung des adjuvanten therapeutischen Vorgehens noch nicht etabliert [1–4, 11–14].

Fernmetastasen und palliative Systemtherapie

Das UICC-Stadium IV ist durch Fernmetastasierung charakterisiert. Fernmetastasen werden beim KRK primär in Leber und Lunge, später oft auch in der Peritonealhöhle beobachtet. Bei 30 % betreffen die Metastasen zunächst nur ein Organ. Form und Ausmaß der Metastasierung bestimmen entscheidend die krankheitsspezifische Mortalität. Bei der Mehrzahl der Patienten liegt eine palliative Situation vor. Hier steht die Überlebenszeitverlängerung bei Erhalt der Lebensqualität im Vordergrund.

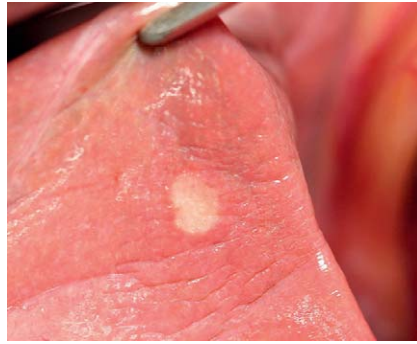
Die Therapie ist zunehmend individualisiert und präzise, das heißt molekular zielgerichtet (Targeted Therapy). Im Stadium IV erfolgt eine molekularbiologische Charakterisierung der Tumore zur Planung und Effizienzabschätzung der palliativen Therapie. Analysiert wird der RAS/RAF-Status, besonders für Tumore des linken Hemikolons und Rektums. Eine Mutation im KRAS-Gen (Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog) oder NRAS-Gen (Neuroblastoma ras viral oncogene homolog) ist häufig mit einem fehlenden Ansprechen auf eine den EGF-Rezeptor

(Epidermal growth factor) gezielt blockierende Antikörpertherapie assoziiert. Gut etabliert ist auch die Analyse der HER2-Überexpression (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2), sowie die MSI-H-Testung. In naher Zukunft wird eine deutlich erweiterte molekulare Untersuchung der Tumore möglich werden und hoffentlich noch bessere Behandlungschancen eröffnen.

Die aktuelle S3-Leitlinie gibt klare Empfehlungen für die Erstlinientherapie, weitere Therapiesequenzen sind weniger exakt definiert. Die Basis für die Erstlinientherapie stellen die Regime FOLFOX (5-Fluoruracil, Folinsäure, Oxaliplatin) und FOLFIRI (5-Fluoruracil, Folinsäure, Irinotecan) dar. Dabei sollte die optimale Therapie für den Patienten immer in der ersten Therapielinie erfolgen. Bei der Wahl der Therapie müssen die Lage des Primärtumors, der Allgemeinzustand, der RAS-, BRAF- und MSI-Status berücksichtigt werden.

Bei ca. 50 % aller kolorektalen Karzinome findet sich eine Mutation in einem der RAS-Gene (KRAS, NRAS). Die gegen den EGFR-Rezeptor (epidermal growth factor receptor) gerichtete Therapie mit Cetuximab oder Panitumumab ist dann nicht mehr wirksam und soll daher in dieser Situation nicht mehr angewendet werden. Eine Mutation im BRAF-Gen kann bei ca. 8–10 % aller Karzinome nachgewiesen werden. Patienten mit BRAF-Mutation haben eine schlechte Prognose mit einem medianen Überleben von unter einem Jahr. Eine Mikrosatelliteninstabilität kann in ca. 5 % aller Fälle nachgewiesen werden. Bei MSI-high-Tumoren kann eine Therapie mit dem Checkpointinhibitor Pembrolizumab durchgeführt werden.

Bei RAS-Wildtyp und Lokalisation des Primärtumors im linken Hemikolon führt eine Chemotherapie mit einem EGFR-Antikörper zu einem deutlichen Überlebensvorteil, bei Lage im rechtsseitigen Kolon dagegen wird durch den Einsatz eines EGFR-Antikörpers bei RAS-Wildtyp das progressionsfreie und Gesamtüberleben nicht verbessert. Hier sollte der Antikörper gegen VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) Bevacicumab eingesetzt werden. Bei Nachweis einer RAS-Mutation sollte unabhängig von der Primärloka-



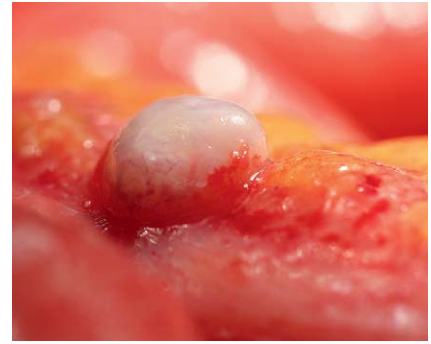
Singuläre Lebermetastase eines kolorektalen Karzinoms.

lisation Bevacicumab eingesetzt werden. [1, 15–19].

Bei Progress der Grunderkrankung wird die Erstlinientherapie in der Regel umgestellt (Second-Line-Therapie). Die Therapie wird von FOLFOX auf FOLFIRI oder von FOLFIRI auf FOLFOX gewechselt. Die Therapie mit Bevacicumab kann auch „Beyond Progression“ mit der neuen Kombination fortgesetzt werden. In der Second-Line-Therapie sind neben Bevacicumab weitere anti-VEGF Substanzen (Ramucirumab, Aflibercept) zugelassen, allerdings nur in Kombination mit FOLFIRI und nach Therapie mit FOLFOX. Eine Reinduktionstherapie der initial erfolgreichen Chemotherapie zum Beispiel nach Therapiepause ist ebenfalls möglich. Bei Nachweis einer BRAF-V600E-Mutation steht ebenfalls eine neue Therapie zur Verfügung. Hier kann die Kombinationstherapie mit dem BRAF-Inhibitor Encorafenib und dem EGFR-Antikörper Cetuximab zur Anwendung kommen.

Für eine „Third-Line-Therapie“ und spätere Therapielinien stehen verschiedene Wege zur Verfügung. TAS-102 ist ein Kombinationspräparat aus Trifluridin und Tipiracil sowie dem Tyrosin-Kinase-Inhibitor (TKI) Regorafenib, welcher in Deutschland nur über internationale Apotheken bezogen werden kann. Auch HER2 ist ein therapeutisches Ziel in der metastasierten Situation. Die Kombination aus Trastuzumab und Lapatinib ist bei therapierefraktären Patienten mit HER2-positivem metastasiertem kolorektalem Karzinom wirksam und gut verträglich, allerdings ist diese Therapie bisher noch nicht zugelassen [1, 15–19].

Patienten mit reduziertem Allgemeinzustand oder erheblichen Komorbiditäten



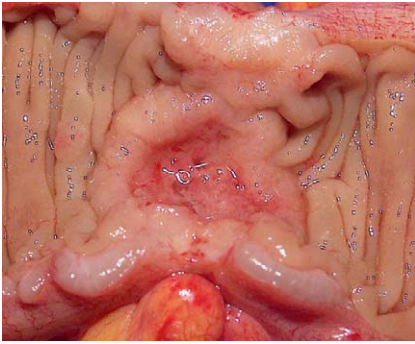
Peritoneale Metastase.

können eine 5-Fluoruracil-Monotherapie oder eine Doublette in reduzierter Dosis erhalten, ggf. in Kombination mit einem Antikörper. Bei Nachweis von RAS-Wildtyp und linksseitiger Lage des Primarius kann außerdem eine Monotherapie mit einem EGFR-Antikörper erfolgen. Eignen sich die Patienten z. B. aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustands nicht für eine Chemotherapie, wird „Best Supportive Care“ durchgeführt. Vgl. Abb. 1.

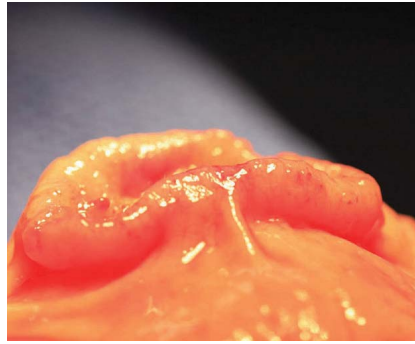
„Potenziell kurative Situation“ – Oligometastasierung

Das Konzept der „Oligometastasierung“ definiert ein intermediäres Tumorstadium zwischen einer nur regionalen, das heißt auf den Primärtumor begrenzten Erkrankung und einer ausgedehnteren, onkologisch als Systemerkrankung aufgefassten Fernmetastasierung. Der Begriff beschreibt im Konzept einer sequenziellen Metastasierung letztlich nur die valide detektierte Limitation der Metastasierung auf wenige Organe (1–3) und die Limitation auf eine begrenzte Anzahl (1–5 Filiae). Lebermetastasen stehen beim KRK im primären Fokus dieses Konzeptes. In der Gruppe „Oligometastasierung“ werden Patienten konzeptionell zusammengefasst, die noch mit potenziell kurativer Zielsetzung und Restchance auf Heilung interdisziplinär therapiert werden können. Dies hat erhebliche Bedeutung auf die Therapieintensität und das Ausmaß der lokaltherapeutischen „Aggression“. Bei Oligometastasierung wird die Entfernbarkeit aller Tumoranteile als technisch möglich und onkologisch lohnend angesehen.

Wann ein metastasiertes KRK letztlich als palliativ, das heißt inkurabel einzuschät-



Kolonkarzinome mit schlüsselförmig, ulzerösem Wachstum.



Kolonadenom, gutartig mit beginnender Dysplasie (links) und Multiple Kolonadenome, Polyposis coli (dysplastische Vorstufen, rechts).



zen ist, hat sich in den vergangenen Jahren gewandelt. Die Einschätzung ist offensiver geworden. Primäre und sekundäre Resektabilität von Metastasen sind nicht grundsätzlich definierbar. Die Bewertung ist abhängig von der chirurgischen/radiologischen und damit auch der zentrumsabhängigen Expertise und Risikobereitschaft. Diverse Scores haben Eingang in die Resektabilitäts- und Prognoseeinschätzung gefunden. Hoffnung wird auf eine zukünftig bessere molekularbiologische Charakterisierung der Tumore gelegt. Auch die Verbesserung der radiologischen Feindiagnostik hat Auswirkungen auf die Qualität der therapeutischen Einordnung. Unter Berücksichtigung dieser Indikationslinien liegen die fünf- und zehnjährigen Überlebensraten nach Resektion von Metastasen beim KRK bei 40 % bzw. 20 % [1, 20–24].

Lebermetastasen: Resektion oder Ablation

Die Entfernung von Metastasen kann durch eine umschriebene atypische Leberresektion oder eine anatomische Resektion bei Befall größerer Lebervolumina

erfolgen, alternativ auch (an einer oder mehreren umschriebenen Regionen) radiologisch-interventionell, meist als Radiofrequenz-Ablation (RFA) oder Mikrowellen-Ablation (MWA) umgesetzt werden. Ablationsverfahren sind besonders interessant, wenn durch die Resektion ein unverhältnismäßig großer Verlust an gesundem Gewebe resultieren würde. Während in früheren Studien eher eine Unterlegenheit der Interventionen gegenüber den Resektionen in Bezug auf Langzeitüberleben und Lokalrezidivraten publiziert wurde, liegen inzwischen Daten vor, die zumindest bei Läsionen kleiner 3 cm eine vergleichbare Metastasendestruktion durch RFA/MWA nachweisen konnten. Ob die RFA/MWA im Hinblick auf das Gesamt- und krankheitsfreie Überleben der Resektion gleichwertig ist, wird weiterhin kontrovers diskutiert [1, 20–24, 25].

Neoadjuvante Systemtherapie bei Oligometastasierung

Die lokalen Verfahren können mit systemischer Chemo-, respektive Immuntherapie vor der Lokaltherapie (Pseudo-Adjuvant) und/oder später nach Ablation/Re-

sektion (Adjuvant) begleitet werden. Neoadjuvante Therapie soll potenziell vorhandene Mikrometastasen abtöten und in kritischer anatomischer Lokalisation ein Downsizing nicht primär resektabler Läsionen bedingen (Konversions-Chemotherapie). Sie kann als Selektionskriterium bei Vorliegen von primär technisch resektablen Metastasen, jedoch biologisch ungünstig bewerteten individuellen Prognosekriterien eingesetzt werden (Responsebewertung).

Eine gute Response (Tumorregression) oder eine progressionsfreie Konstanz der Metastasen (Steady State – hinsichtlich Zahl und Größe) während einer von Chemotherapie begleiteten Beobachtungszeit unterstützen die Indikation für eine chirurgische Therapie (Test of Time-Konzept). Während die neoadjuvante Konversionschemotherapie im Konzept der Oligometastasierung unstrittig ist, wird der Stellenwert der Neoadjuvanz bei primär als resektabel eingeschätzten Filiae und günstigen Prognosekriterien kontrovers diskutiert.

Stand der Umsetzung potenziell kurativer Konzepte

In der aktuellen klinischen Versorgung in Deutschland gehen bekanntermaßen viele Patienten durch Unkenntnis oder nicht hinreichende Berücksichtigung dieser erweiterten interdisziplinären Behandlungsoptionen verloren, das heißt sie werden nur mit palliativer Perspektive behandelt. [2, 7]. Patienten mit Oligometastasierung bei KRK sollten deshalb in fokussierten Zentren mit hepatobiliärer chirurgisch/radiologischer Behandlungsexpertise vorgestellt werden. Alle drei Monate ist unter Systemtherapie eine Neubewertung vorzunehmen. Es liegen überzeugende Daten vor, wonach eine signifikante Prognoseverbesserung gegenüber alleiniger Systemtherapie erreicht werden kann, wenn lokaltherapeutische Maßnahmen in das Behandlungskonzept integriert werden. Etwa 30 % der Patienten können bei Oligometastasierung noch kuriert werden. Die therapeutischen Anstrengungen lohnen sich [1, 20–24].

Chirurgie in der palliativen Situation

Solange ein Primärtumor bei nicht resektabler Fernmetastasierung asymptomatisch ist (kein Ileus, keine Blutung), kann die Resektion des Primarius als Individualentscheidung auch unterbleiben. Dass die Entfernung des Primarius („Muttertumor“) von weitergehender onkologischer Relevanz ist (onkologische Nische), stellt einen traditionellen Glauben dar. Die chirurgische Resektionsneigung ist im Sinne einer Komplikationsverhütung sicher gut gemeint, der effektive Nutzen aber nicht bewiesen. Prospektive Studien zur Thematik existieren, rekrutieren aber schlecht.

Peritoneal-Karzinose – Chirurgische Optionen

Die peritoneale Zytoreduktion (CRS) mittels chirurgisch-peritonealem Debulking (Peritonektomie, Omentektomie und situativ angepasste Resektionen) und eine anschließende hypertherme intraperitoneale Perfusionschemotherapie (HIPEC) können bei geeigneten Patienten mit limitierten peritoneal begrenzten Metastasen das Gesamtüberleben beim KRK im Vergleich zur alleinigen systemischen Chemotherapie verlängern. Das Konzept wurde in die aktuelle S3-Leitlinie integriert. Zumeist kommen für die peritoneale Chemotherapie beim KRK Mitomycin C und Oxaliplatin zur Anwendung. Entscheidend für ein gutes Ergebnis ist die möglichst komplette peritoneale Zytoreduktion und eine frühe Initiierung der Peritonektomie. Es besteht eine lineare Regression zwischen der peritonealen Tumorlast und dem Gesamtüberleben [26].

Low anterior resection Syndrome – LARS

Segmentale Kolonresektionen werden funktionell unproblematisch vertragen. Der Erhalt des Schließmuskels ist verständlicherweise Wunsch aller Patienten bei distal lokalisiertem Rektumkarzinom. Die Rektumamputation (Exstirpation) wird, wo immer onkologisch vertretbar, vermieden und eine tiefe anteriore Rektumresektion mit Wiederherstellung der

Darmkontinuität knapp suprasphinkitär, ggf. sogar durch koloanale Anastomose durchgeführt.

Nach tiefen Rektumresektionen werden oft relevante Funktionseinschränkungen beobachtet. Gestört sind oft die differenzierten Kontinenzleistungen (Stuhlfrequenz, Vorwarnperiode, Vollständigkeit der Entleerung, Diskriminierungsvermögen). Die Problematik wird als „Low Anterior Resection Syndrome“ (LARS) zusammengefasst. Die Lebensqualität kann erheblich eingeschränkt sein. LARS ist meist multifaktoriell bedingt. Auch nach alleiniger Radiochemotherapie kann LARS in bis zu 30 % der Fälle auftreten. Wegen der Häufigkeit von LARS (in unterschiedlichen Ausprägungen) ist der Erhalt des Rektumkontinenzorgans, wo immer vertretbar, therapeutisch anzustreben. Es wird aktuell vermehrt nach onkologisch vertretbaren Alternativen zur Rektumresektion für geeignete Patienten gesucht („Watch-and-Wait“/Intensivierte Radiotherapie) [27].

Selektive „Watch and Wait-Konzepte“ beim tiefen Rektumkarzinom

Nach neoadjuvanter Standard-RCT (45 Gy) und einem Intervall von sechs bis acht Wochen wird bei 10–20 % der Patienten mit lokal fortgeschrittenem Rektum-CA (Stadium T3/4 /R-/+) eine pathohistologische Komplettremission festgestellt. Diese Beobachtung führte zur Hypothese, dass bei selektionierten Patienten auf eine radikale Rektumresektion/Exstirpation zunächst verzichtet und damit ein LARS

vermieden oder zumindest verzögert werden kann. Eine engmaschige Nachbeobachtung ist in diesem Szenario zwingend. Im Falle eines Lokalrezidivs ist eine rasche Rettungs-OP (Salvage-Rektumresektion) umzusetzen.

Die Datenlage zu solchen Watch-and-Wait-Strategien (W&W) nach Erreichen einer kompletten Response ist ermutigend. Nach Standard-RCT wird ein Lokalrezidiv in 20–30 % der Fälle innerhalb von zwei Jahren beschrieben. In 90 % dieser Fälle ist das während engmaschiger Verlaufskontrolle nachgewiesene Rezidiv noch durch ein ausschließlich intraluminales Wachstum charakterisiert, also auf die Darmwand begrenzt. Eine Salvage-OP war in Beobachtungskollektiven meist noch mit kurativer Zielsetzung möglich. Die beobachtete Häufigkeit von Fernmetastasen war bei therapieresponsiven Tumoren mit 5–8 % eher gering.

Chirurgische Ressentiments in Bezug auf W&W-Strategien sind nicht unbegründet. Sie basieren auf der Erfahrung, wonach klassische Lokalrezidive nach Rektumresektion und RCT typischerweise



Absetzen des Darms mit einer Tabaksbeutel-Klemme.

Alle Abb.: © Prof. Dr. Thomas W. Kraus, www.art-of-surgery.de

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Therapie des kolorektalen Karzinoms – Behandlungskonzepte und aktuelle Entwicklungen“ von Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus et al. 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. Ok-

tober 2021 bis 24. April 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, es bestehen keine Interessenkonflikte.

extramural lokalisiert sind und eher spät diagnostiziert werden. Sie werden prognostisch meist ungünstig bewertet. Lokalrezidive wurden stadienabhängig bislang bei bis zu 10 % der Patienten nach Rektumresektion/Exstirpation beobachtet. Diese Rezidive gehen erfahrungsgemäß meist mit erheblicher Morbidität und Mortalität einher. Prospektive Studien sind notwendig, um das Nutzen-Risiko-Verhältnis von W&W-Strategien zu beschreiben [11, 28–31].

Totale oder intensivierte neoadjuvante Therapie – TNT

Mit optimierter neoadjuvanter RCT wurden in jüngster Zeit beim lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom im Stadium T3–4 noch höhere Raten an Komplettremissionen erzielt. Diese Konzepte werden als „Intensivierte“ oder „Total Neoadjuvante Therapie“ (TNT) bezeichnet. Hierbei wird die Standard-RCT um eine zusätzliche präoperative (Induktions-Regime) oder postoperative (Konsolidierungs-Regime) Chemotherapie erweitert. Das Rektum soll so lange wie onkologisch vertretbar funktionell erhalten werden. In der auf dem ASCO-Kongress 2020 vorgestellten PRODIGE-23 Studie erfolgte eine präoperative Chemotherapie (drei Monate/sechs Zyklen FOLFIRINOX) vor Standard-RCT. Gegenüber konventioneller RCT wurde hierdurch eine fast verdoppelte Rate an Komplettremissionen beschrieben (ca. 27 % vs. 12 %). Nach dreijähriger Beobachtung waren sowohl krankheitsfreies Überleben (75 % vs. 68 %) als auch metastasenfrees Überleben (78 % vs. 71 %) signifikant verbessert. In der RAPIDO-Studie erhielten Hochrisikopatienten mit Rektum-CA entweder eine präoperative Standard-RCT oder eine Kurzzeit-RT (5 x 5 Gy), gefolgt von einer präoperati-

ven Chemotherapie über fünf Monate. In der intensivierten Therapiegruppe erreichten 28 %, in der Kontrollgruppe 14 % eine Vollremission. Die TNT führte nach drei Jahren zu einem verbesserten tumorfreien Überleben (23 % vs. 30 %) [11, 28–31].

Die OPRA-Studie verglich randomisiert als Phase II-Studie zwei TNT-Sequenzen miteinander (Chemotherapie vor 5FU basierter Strahlenchemotherapie vs. Strahlenchemotherapie gefolgt von Konsolidierungschemotherapie) und verglich zudem diese Gruppen mit einer historischen Kontrolle (Konventionelle neoadjuvante RCT plus OP plus adjuvante Chemotherapie). Beide Sequenzen waren im Hinblick auf den drei-Jahres-Rektumerhalt gegenüber der historischen Kontrolle überlegen (59 % vs. 43 %). Die Konsolidierungstherapie erzielte einen Vorteil hinsichtlich des drei-Jahres-Rektum-Erhalts (Sekundärer Endpunkt „TME-freies drei-Jahres-Überleben“; 59 % vs. 43 %).

Der beste Zeitpunkt zur Beurteilung des klinischen Ansprechens nach TNT (W&W vs. OP bei Resttumornachweis) ist unklar. Nach ersten Studien erscheint ein Zeitkorridor von sechs Monaten bis zur Bewertung des Therapieansprechens hinreichend. Es könnte sein, dass eine optimale Tumorregression individuell jedoch erst deutlich später erreicht wird. Aktuelle Studien sollen klären, ob bei sehr guter, jedoch unvollständiger Response (Near-Response) ein weiteres Zuwarten zu vertretbar ist [11, 28–31].

Heute erreichte Therapie-Ergebnisse und Ausblick

Das Outcome der Patienten mit KRK hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Dies ist auf viele simultan oder komplementär wirksame Faktoren zurückzuführen. Hierzu zählen die opti-

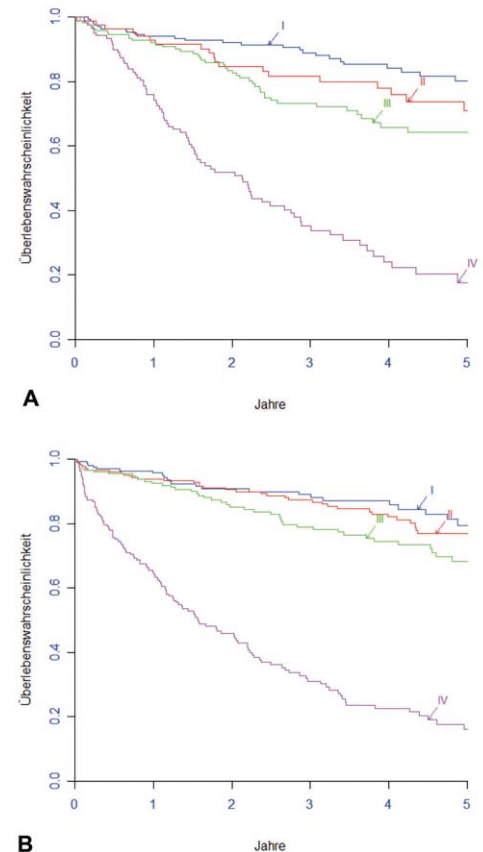


Abb. 2A (Kolonkarzinom) und 2B (Rektumkarzinom): TNM-stadienabhängiges fünf-Jahres-Langzeit-Überleben (nach Kaplan-Meier) von 1.380 operativ mit kurativer Intention behandelten Primär-Patienten mit KRK am Darmzentrum Krankenhaus Nordwest (2007–2020; n=1.380).

mierte Diagnostik, verbesserte OP-Techniken, ein erhöhter Anteil an Metastasenresektionen bzw. Ablationen bei Oligometastasierung, verbesserte Immun- und Chemotherapie beim metastasierten KRK („Präzisionsonkologie“) sowie innovative und intensiviertere Formen der Radiotherapie.

An der zentralen Bedeutung der resezierenden Chirurgie bei der auf Kuration zielenden Primärtherapie hat sich bislang nur

Das Darmzentrum am Krankenhaus Nordwest

Das interdisziplinäre Darmzentrum am Krankenhaus Frankfurt-Nordwest (KHNW) unter Leitung von Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus wurde im Jahr 2009 erstmals zertifiziert (Onko-zert). Seit der Erstzertifizierung wurden über 1.300 Patienten mit KRK primär mit kurativer Intention behandelt. Dem klinischen Programm ist ein interdisziplinäres klinisches Studien-

zentrum zur Seite gestellt (IKF – Leitung Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran). Das Darmzentrum ist Teil des interdisziplinären onkologischen Zentrums am KHNW (Leitung Prof. Dr. med. Eckhart Weidmann) und Teil des universitären Tumorzentrums der Universität Frankfurt (UCT).

wenig geändert. Der Chirurg ist für die Primärtherapie des KRK ein sehr bedeutender Qualitäts- bzw. Prognosefaktor. Die chirurgische Arbeit kann onkologisch erkennbar „gut“ oder auch „weniger gut“ gemacht werden. Aktuelle Zertifizierungssysteme erfassen in diesem Sinne die personalisierte Erfahrung der verantwortlichen Chirurgen, z. B. durch Ermittlung der individuell geleisteten Mindest-OP-Mengen und einer Komplikationsdokumentation. Die operativen Fächer stehen ganz hervorgehoben im Fokus der aktuellen Qualitätssicherung. Der oft gleichzeitige Methodeneinsatz erschwert die Bewertung der durch die einzelnen, simultan oder sequenziell angesetzten Therapiemodalitäten erzielten Ergebnisverbesserungen. Besonders bei der Therapie des Rektumkarzinoms kommt es durch den risikoadaptierten Einsatz der verfügbaren Modalitäten zudem zu einer immer stärkeren Individualisierung. In der Summe ist heute ein höchst komplexes Management beim

KRK zu konstatieren. Patienten mit KRK profitieren deshalb von der Behandlung in spezialisierten Zentren, also in einem interdisziplinär eng und kommunikativ zusammenwirkenden Expertenumfeld. Immerhin können über 60 % der Erkrankten heute geheilt werden. Vgl. dazu Abb. 2A und 2B.

Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie am Krankenhaus Nordwest,
Leiter des Darmzentrums
E-Mail: kraus.thomas@khnw.de

Dr. med. Stefan Berkhoff
Dr. med. Kerstin Grimm
Dr. med. Peter Heinz
Dr. med. Moustafa Elshafei
alle Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie

PD Dr. med. Uta Kraus-Tiefenbacher
Klinik für Radioonkologie

Dr. med. Thomas Huckle
Prof. Dr. med. Elke Jäger
beide: Klinik für Onkologie und Hämatologie

Dr. med. Bettina Heise
Ärztliche Koordinatorin des Darmzentrums

Interdisziplinäres Darmzentrum
Krankenhaus Nordwest GmbH/Stiftung
Hospital zum Heiligen Geist
Standort: Frankfurt/M.

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
Krankenhaus Nordwest
Steinbacher Hohl 2–21, Frankfurt/M.

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

Multiple Choice-Fragen: Therapie des kolorektalen Karzinoms

VNR: 2760602021259980006

(eine Antwort ist richtig)

1. Wie hoch ist die 5-Jahres-Überlebensrate nach R0-Resektion von kolorektalen Lebermetastasen bei Einschätzung einer „Oligo-Metastasierung“?

- 1) 15 %
- 2) 25 %
- 3) 40 %
- 4) 70 %

2. In der Nachsorge eines 50 Jahre alten Mannes zeigt sich 1 Jahr nach als kurativer anteriorer Rektumresektion bei Rektumkarzinom eine metachrone singuläre Lebermetastase im peripheren rechten Leberlappen. Was empfehlen Sie?

- 1) Weitere Beobachtung
- 2) Resektion oder Ablation/Vorstellung beim Chirurgen
- 3) Neoadjuvante Konversionschemotherapie
- 4) Bestrahlung des Herdes

3. Pro Jahr versterben am kolorektalen Karzinom in Deutschland

- 1) 5.000 Personen
- 2) 10.000 Personen
- 3) 26.000 Personen
- 4) 60.000 Personen

4. Die Lokalrezidivrate nach tiefer anteriorer Resektion beim Rektumkarzinom liegt statistisch heute nach Einführung der TME bei:

- 1) < 5 %
- 2) < 10 %
- 3) < 20 %
- 4) < 30 %

5. Patienten mit kolorektalem Karzinom im Stadium II sollen eine adjuvante Therapie erhalten:

- 1) Immer
- 2) Bei Vorliegen spezieller onkologischer Risikofaktoren
- 3) Im hohen Alter über 70 Jahre
- 4) Nur beim Rektumkarzinom

6. Was macht zumindest den Chirurgen größte Sorgen bei Durchführung einer intensivierten neoadjuvanten Radiochemotherapie:

- 1) Reduktion der anterioren Rektumresektionsrate.
- 2) Unmöglichkeit einer onkologisch effizienten Salvage-OP bei Rektumkarzinomrezidiv.
- 3) Enorme Aufwandszunahme der Nachsorgediagnostik.
- 4) Nebenwirkungen der intensivierten RTX.

7. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Die transanale TME ist ein ausgereiftes und etabliertes Verfahren.
- 2) Colon ascendens Tumoren sind tendenziell gefährlicher.
- 3) Robotische Chirurgie beinhaltet selbstständig automatisierte Maschinenbewegungen.
- 4) Molekulare Tumorcharakterisierung ist im Frühstadium hilfreich.

8. Welche Aussage zum Konzept der Oligo-Metastasierung ist nicht korrekt?

- 1) Ca. 30–40 % der Patienten können noch kuriert werden.
- 2) Es muss immer rasch operiert werden.
- 3) Chemotherapie vor Metastasenexstirpation kann die Indikation erleichtern.

- 4) Kombination lokaltherapeutischer Maßnahmen mit Systemtherapie führt zu einer Verbesserung der onkologischen Ergebnisse.

9. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Das Stadium III ist prognostisch sehr heterogen.
- 2) Die Entfernung des Primärtumors sollte grundsätzlich erfolgen.
- 3) Kolonkarzinome aller Lokalisationen werden unter kurativer Intention in der Regel nach neoadjuvanter Vorbehandlung reseziert.
- 4) Die intensivierte RTX zielt primär auf eine Verbesserung der Ergebnisse nach Rektumresektion oder Exstirpation hin.

10. Welche Aussage bezüglich zur metastasierten Situation ist falsch?

- 1) Bei RAS-Mutation kann Bevacizumab unabhängig von der Primärlokalisierung gegeben werden.
- 2) Cetuximab und Panitumumab sind vor allem bei rechtsseitigen Karzinomen effektiv.
- 3) Eine Mikrosatelliteninstabilität findet man nur bei ca. 5 % aller kolorektalen Karzinome.
- 4) Bei hoher Mikrosatelliteninstabilität (high MSI) wird Pembrolizumab eingesetzt.

Aus den Bezirksärztekammern

Glücklich und zufrieden in neuen Räumen

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden ist umgezogen



Neue Büros im Erdgeschoss einer Gründerzeitvilla, Baujahr um 1900.



Der Arbeitsplatz des Vorsitzenden.



Blick in den Empfangsbereich des Sekretariats und auf die Arbeitsplätze.



Fotos: Sylvia Conrad

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden hat jetzt eine neue Adresse

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden ist in der Bierstadter Straße 17 umgezogen, 65189 Wiesbaden. Die Telefon- bzw. Faxnummern bleiben gleich: Fon: 0611 97748-0, Fax: 97748-41; E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de

Neben dem Meldewesen für Ärztinnen und Ärzte und dem MFA-Ausbildungswesen für Berufsschulen im Bezirk Wiesbaden ist die Bezirksärztekammer Wiesbaden als Fachkundige Stelle zuständig für die Alternative bedarfsorientierte Betreuung von Arztpraxen (AbBA).

Nach jetzt zehn Jahren in der Wilhelmstraße 60 war es Zeit für Veränderungen. Am 20. September 2021 hat das Team der Bezirksärztekammer Wiesbaden seine neuen Räumlichkeiten in der Bierstadter Straße 17 in Wiesbaden bezogen. Unser neues Domizil befindet sich im Erdgeschoss einer Gründerzeitvilla, nur weni-

ge Meter vom Warmen Damm und dem Zentrum entfernt. Der Umzug wurde auch zum Anlass genommen, neue, moderne und mitarbeiterfreundlichere Arbeitsplätze zu schaffen. Ein kleiner Gartenbereich sowie ein Balkon tragen dazu bei, dass sich die Mitarbeitenden hier sehr wohl fühlen: „Hier

lässt es sich prima arbeiten!“ Das Team der Bezirksärztekammer Wiesbaden freut sich und ist glücklich über dieses neue, schöne Domizil.

Dr. med. Michael Weidenfeld
Vorsitzender der Bezirksärztekammer
Wiesbaden

Literatur zum Artikel:

Therapie des kolorektalen Karzinoms

Behandlungskonzepte und aktuelle Entwicklungen

von Prof. Dr. med. Thomas W. Kraus, Dr. med. Stefan Berkhoff, Dr. med. Kerstin Grimm, Dr. med. Peter Heinz, Dr. med. Moustafa Elshafei, Dr. med. Thomas Huckle, PD. Dr. med. Uta Kraus-Tiefenbacher, Prof. Dr. med. Elke Jäger und Dr. med. Bettina Heise

- [1] Chirurgische Innovationen in der Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms. Hackl C, Brunner SM, Schmidt KM: *Chirurg* 2018; 89: 191–196.
- [2] Stellenwert von zertifizierten Darmkrebszentren in der Behandlung des kolorektalen Karzinoms. Benz S, Wesselmann S, Seufferlein T: *Gastroenterologie* 2020; 15: 310–316.
- [3] Update der S3-Leitlinie zum kolorektalen Karzinom, Best practice onkology. Pox C: <https://doi.org/10.1007/s11654-018-0093-7/>.
- [4] https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf/.
- [5] Therapeutische Relevanz molekularer Marker beim kolorektalen Karzinom. Nöpel-Dünnebacke S, Conradi LC, Reincher-Schick A, Ghadimi M: *Onkologie* 2020; 26: 685–697.
- [6] Therapierrelevante histomorphologische und molekularbiologische Befunde beim Kolokarzinom. Bläker H: *Onkologie* 2020; Published online 11/2020: <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00866-8/>.
- [7] CRC – Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2020. Stintzing S: *Onkologie* 2020; 26: 1112–1118.
- [8] Chirurgische Resektion: Offen, laparoskopisch, robotisch – State of the Art in der chirurgischen Therapie des Kolonkarzinoms. Von Heesen M, Ghadimi M: *Onkologie* 2020; Published online 24.11.2020: <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00866-9>.
- [9] Transanale totale mesorektale Exzision – Indikation, Technik, Ergebnisse. Aiger F, Dittrich L, Pratschke J, Biehl M: *Chirurg* 2020; 91: 860–869.
- [10] Transanale totale mesorektale Exzision – Indikation, Technik, Ergebnisse. Aigner F, Dittrich L, Schmuck B, Pratschke J, Biehl M: *Chirurg* 2020; 91: 860–7869.
- [11] Selektionskriterien zur neoadjuvanten Radiochemotherapie beim Rektumkarzinom Neoadjuvante Therapie auch beim lokal fortgeschrittenen Kolonkarzinom. Kastner C, Petritsch B, Kim M et al.: *Chirurg* 2020; 91: 405–412.
- [12] Therapie kolorektaler und nicht-kolorektaler Lebermetastasen Sinnhaftigkeit neoadjuvanter Therapiekonzepte. Güll-Klein S, Schmuck R, Modest DP, Pratschke J: *Chirurg* 2020; 91: 396–404.
- [13] Actual 10 year survival after resection of colorectal liver metastases defines cure. Tomlinson JS, Jarnagin WR, Dematteo RP et al.: *J Clin Oncol* 2007; 25: 4575–4580.
- [14] Organerhalt beim Rektumkarzinom durch Radiochemotherapie. Rödel C, Diefenhardt M, Fokas E, Gani C: *Coloproctology* 2020; 42: 309–316.
- [15] ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. Van Cutsem E, Cervantes A, Adam R et al.: *Ann Oncol* 2016; 27(8): 1386–422.
- [16] Pembrolizumab in Microsatellite – Instability-High Advanced Colorectal Cancer. Andre T, Shiu KK, Kim TW et al.: *N Engl J Med*. 2020 Dec 3; 383 (23): 2207–2218.
- [17] Encorafenib, Binimetinib, and Cetuximab in BRAF V600E – Mutated Colorectal Cancer. Kopetz S, Grothey A, Yaeger R et al.: *N Engl J Med* 2019; 381: 1632–1643.
- [18] Randomized trial of TAS-102 for refractory metastatic colorectal cancer. Mayer RJ, Van Cutsem E, Falcone A et al.: *N Engl J Med* 2015, 372 (20): 1909–19.
- [19] Dual-targeted therapy with trastuzumab and lapatinib in treatment-refractory, KRAS codon 12/13 wild-type, HER2-positive metastatic colorectal cancer (HERACLES): a proof-of-concept, multicentre, open-label, phase 2 trial. Sartore-Bianchi A, Trusolino L, Martino C et al.: *Lancet Oncol* 2016 Jun;17(6): 738–746.
- [20] Oligometastasierung beim kolorektalen Karzinom – Moderne Therapiekonzepte. Binnebösel M., Lambert A, Dejong K, Neumann UP: *Coloproctology* 2019; 41: 194–201.
- [21] Chirurgische Innovationen in der Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms. Hackl C, Brunner SM, Schmidt KM, Schlitt HJ: *Chirurg* 2018; 89:191–196.
- [22] Therapie kolorektaler und nicht-kolorektaler Lebermetastasen: Sinnhaftigkeit neoadjuvanter Therapiekonzepte. Güll-Klein S, Schmuck R, Modest DP, Pratschke J: *Chirurg* 2020; 91:396–404.
- [23] Grundlagen der Oligo-Metastasierung und Stellenwert der Lokalthera-

- apie. Ricke J, Guckenberger M, Grützmann R: *Onkologie* 2020; 26: 776–781.
- [24] Oligometastasierung beim kolorektalen Karzinom: Moderne Therapiekonzepte. Binnebösel M, Lambert A, Dejong K, Neumann UP: *Coloproctology* 2019; 41: 194–201.
- [25] Lungenmetastasen Chirurgie beim pulmonal metastasierten kolorektalen Karzinom. Macherey S, Bruns C, Alakus H et al.: *Zentralbl Chir* 2018; 143: 193–204.
- [26] Chirurgische Therapie der Peritonealkarzinose kolorektaler Karzinome. Schüle E, Mothes H, Zanow J: *Chirurg* 2018; 89: 663–668.
- [27] Nachsorge und Behandlung funktioneller Störungen nach operativer Therapie des Rektumkarzinoms. Holmer C: *Onkologie* 2020; 26: 1154–1161.
- [28] Total neoadjuvant therapy with mFOLFIRINOX versus preoperative chemoradiation in patients with locally advanced rectal cancer. Final results of PRODIGE 23 phase III trial. Conroy T, Lamfichekh N, Etienne PL et al.: *ASCO 2020 Abstract* 4007.
- [29] Compliance of short course radiotherapy followed by preoperative chemotherapy and surgery for high-risk rectal cancer – Results of the international randomized RAOIDO-trial. Van der Valk J, Marijnen CM, van Etten B et al.: *Radiother Oncol* 2020; 147: 75–83.
- [30] Preliminary results of the organ preservation of rectal adenocarcinoma (OPRA) trial. Garcia-Aguillar J, Patil S, Kim JK et al.: *ASCO 2020 Abstract* 4008.
- [31] Neoadjuvante Radio(chemo)therapie beim Rektumkarzinomrezidiv. Tselis N, Arnold C, Martin D, Rödel C: *Coloproctology* <http://doi.org/10.1007/s00053-020-00494-1/>.



Dr. med. Alfred Möhrle – 50 Jahre Ehrenamt

Es ist kaum zu glauben und umso bewundernswerter. Dr. med. Alfred Möhrle, Ehrenpräsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), kann auf fast 50 Jahre als Delegierter unserer Körperschaft zurückblicken, unterbrochen nur von 1984 bis 1988. Auf eine so lange Zeit kann kein anderes Mitglied der Delegiertenversammlung zurückblicken. Noch heute wäre Möhrle Delegierter, hätten ihn nicht gesundheitliche Gründe Anfang des Jahres dazu veranlasst, sein Mandat niederzulegen. Andere Gründe hätte er nicht akzeptiert, denn – obwohl ein echter Hesse – zeichnet ihn preußisches Pflichtgefühl aus. Aber schließlich wurde seine Geburtsstadt, die Freie Stadt Frankfurt am 3. Oktober 1866 von Preußen annektiert und Teil der neu geschaffenen Provinz Hessen-Nassau. Wenige Monate vor Beginn des Zweiten Weltkriegs kam er dort am 23. Mai 1939 zur Welt und blieb seiner Heimatstadt treu. Hier absolvierte er Schule und Medizinstudium, gefolgt von der Zeit als Assistenzarzt, die 1966 in der orthopädischen Abteilung im Frankfurter St. Marienkrankenhaus begann. Zwei Jahre später wurde er promoviert und wechselte in die orthopädische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Frankfurt/Höchst. 1971 erhielt er die Bezeichnung Facharzt für Orthopädie und 1996 den Facharzt für „Physikalische und Rehabilitative Medizin“. Da war er bereits seit 22 Jahren niedergelassen, zunächst 1974 in eigener orthopädischer Praxis und später in einer von ihm gegründeten Praxisgemeinschaft in Bad Soden im Taunus.

Engagiert für die Berufspolitik

Schon als junger Mann war er nicht nur ein leidenschaftlicher Arzt, sondern auch ein überaus engagierter Berufspolitiker. Mehr als vier Jahrzehnte war er sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene ehrenamtlich engagiert, u. a. als 1. Vorsitzender des Marburger Bundes Hessen und Delegierter des Hartmannbundes, Landesverband Hessen.

1972 wurde er erstmals in die Delegiertenversammlung der LÄKH gewählt, der er bis auf die Jahre 1984–1988 für die Lis-



Foto: Manuel Maier

Fast 50 Jahre als Delegierter der Landesärztekammer Hessen: Dr. med. Alfred Möhrle.

ten „Hippokratische Ärzte“, „Fachärzte 60+“ und zuletzt „Die Fachärzte“ ohne Unterbrechung angehörte. Dreimal wurde zum Präsidenten der LÄKH gewählt und lenkte deren Geschicke von 1992 bis 2004. Gleichzeitig war er Vorstandsvorsitzender der „Bad Nauheimer Gespräche“. Wann immer Möhrle sich in der Delegiertenversammlung erhob, um das Wort zu ergreifen, kehrte von alleine Stille ein. Seine natürliche Autorität, gepaart mit äußerst profunden Sach- und Detailkenntnissen, garantierte seinen mit sonorer Stimme vorgetragenen Redebeiträgen die gebotene Aufmerksamkeit der manchmal lebhaften ärztlichen Parlamentarier. Oftmals gelang es ihm, aufgeregte Debatten mit wenigen sachlichen Worten einem guten Ende zuzuführen.

Alterssicherung für Ärztinnen und Ärzte im Fokus

Möhrle beherrscht nicht nur die Kunst des Wortes, sondern auch die der Zahlen. So war es nur folgerichtig, dass er sich selbstredend auch hier mit vollem Einsatz der Alterssicherung der hessischen Ärztinnen und Ärzte widmete. Von 1995 bis 2021 engagierte er sich im Versorgungswerk der Landesärztekammer als stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsratsausschusses, als Vorsitzender des Aufsichtsausschusses bzw. -rates und seit 2007 als Mitglied im Vorstand.

Sein Zahlen- und Finanzverständnis brachte er auch auf der Ebene der Bundesärztekammer ein. Er war u. a. Mitglied der Finanzkommission, der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und

Fürsorge“, des Vorstandes der Bundesärztekammer (von 1992 bis 2004) und Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung, um nur einige zu nennen.

Von 2005 bis 2011 gehörte er dem Vorstand der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) an und war von 2011 bis 2017 stellvertretendes Mitglied im Vorstand.

Früh erkannte Möhrle, dass der Freie Beruf keine Selbstverständlichkeit ist, sondern stets aufs Neue belebt und verteidigt werden muss. So vertrat er die LÄKH von 2001 bis 2021 im Verband Freier Berufe Hessen und war Beisitzer im Präsidium sowie 1. Vizepräsident.

Auch in seinem Fall galt: Ein Amt kommt selten allein. So war er 2005 bis 2020 Mitglied des hessischen Rundfunkrates, dessen Vorsitz er 2005 bis 2009 innehatte.

Niemand sollte jedoch der Fehlannahme unterliegen, dass die ärztliche Profession bei diesem bemerkenswerten Engagement zu kurz kam. Vielmehr bekleidete Möhrle von 1990 bis 2000 das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM), die er auch in der Fédération Internationale de Médecine Manuelle (FIMM) vertrat. Auch dort bekleidete er unter anderem von 1995 bis 1998 das Amt des Präsidenten.

Sein großes Engagement blieb nicht unbemerkt: 1999 wurde Möhrle mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet, 2006 mit der Ehrenplakette der LÄKH in Gold und 2010 mit der Paracelsus-Medaille der Bundesärztekammer. 2018 würdigte ihn der Verband der Freien Berufe mit der Ehrenschele der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. Anlässlich des 118. Deutschen Ärztetages im Jahre 2015 in Frankfurt wurde Möhrle zum Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer ernannt.

Wo immer Möhrle sich engagierte, hinterließ er große Fußstapfen. In tiefer Dankbarkeit begleiten ihn meine guten Wünsche im Namen der Landesärztekammer Hessen.

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident Landesärztekammer Hessen



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

Liste Hessenmed e. V. – die Netzärzte

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 im Rahmen dieser Serie einzeln vorstellen.

Als Vertreter der hessischen Ärztenetze wurde Dr. med. Lothar Born in die Delegiertenversammlung gewählt. Er vertritt rund 1.700 niedergelassene Haus- und Fachärzte in Hessen, die in von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen bereits zum Teil zertifizierten, regional organisierten Ärztenetzen zusammengeschlossen sind. Dazu kommen Facharztnetze wie die Kardiologische Plattform der Kardiologen (KPH), die Urologen und die Diabetologen.

Regional organisiert sind Ärzte derzeit in Nordhessen: GNN e. V., Praxisnetz Kassel Nord; Mittelhessen: ÄNGIE e. V. und GPS (Gießen), PriMa eG (Marburg), Praxisnetz Hochtaunus e. V. (Bad Homburg), GNEF eG (Frankfurt); Osthessen: GNO eG (Fulda); Südhessen: Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried e. V., GALA e. V. (Lampertheim) sowie im westlichen Teil Hessens PIANO eG (Limburg). Der Verein hessenmed wurde vor zwölf Jahren gegründet und vertritt diese Ärztenetze.

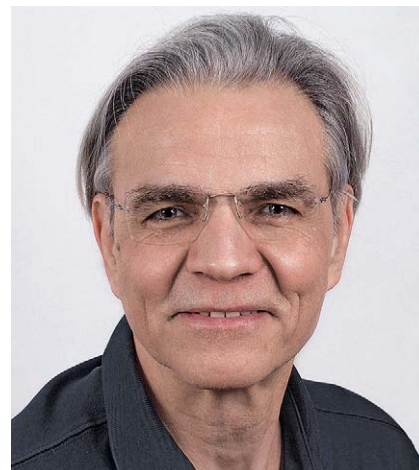
Ziel unseres Zusammenschlusses ist es, die kollegiale Zusammenarbeit zu verbessern sowie Hausärzte und Fachärzte in

den Regionen zusammenzuführen. Durch gute Kommunikation und Zusammenarbeit wollen wir die Berufszufriedenheit und damit die Patientenversorgung verbessern. So bilden die Netzfachärzte die Netzhausärzte lokal fort, entwickeln gemeinsam Behandlungspfade, besprechen schwierige Fälle in Fallkonferenzen, checken gemeinsam Medikamentenpläne und vieles mehr. Die Netze organisieren Weiterbildungstage und Veranstaltungen des kollegialen Miteinanders.

Ein besonderes Anliegen der Ärztenetze ist für uns alle die Versorgung in der Fläche. Um die Versorgung auf dem Lande langfristig strategisch zu verbessern, wurde beispielsweise in Marburg im Netz PriMa eine GmbH gegründet, die verwaisende Hausarztsitze mit angestellten Ärzten weiterbetreiben könnte.

Eine gute, politische Wirkung konnten wir auch beim Deutschen Ärztetag erzielen, wo unsere Position zum Thema ärztlich assistierter Suizid klar dargestellt wurde: „Die Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Dafür und für eine noch weiter verbesserte und wirklich flächendeckende Palliativversorgung setzen wir uns nachhaltig ein.

Als Delegierter der Liste Hessenmed e. V. – die Netzärzte berichtet Dr. Born: „Da ich gleichzeitig Landesvorsitzender des Hartmannbundes bin, unterstütze ich mit anderen Hartmannbundlisten (Liste Junge Ärztinnen und Ärzte, Liste der kleinen Fachgebiete) die Koalition



Fotos: privat/Hessenmed e. V.

Dr. med. Lothar Born

unseres Präsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen). Dabei nehme ich an den Koalitionssitzungen vor den Delegiertenversammlungen teil, bin über Svenja Krück von der Liste Junge Ärztinnen und Ärzte über die Präsidiumsarbeit informiert und setze für den Rest der Legislaturperiode meinen Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit bei der Fortbildung zwischen der Akademie der Landesärztekammer und den Netzen. Ein besonderes Anliegen ist für uns auch weiterhin die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen der Netze ohne unsinnig-bürokratische Hürden.“

**Für Hessenmed e. V. – die Netzärzte:
Dr. med. Lothar Born**



Die bunte Gruppe der Netzvorsitzenden und Geschäftsführer traf sich im Juli in Marburg (von links): Dr. med. Thomas Sitte (GNO), Dr. med. Manfred Maywurm (HUEG), Dr. med. Ortwin Schuchardt (PriMa); Gabriele Bleul (GNO), Dr. med. Armin Schütz (Rhein-Main), Dr. med. Carola Koch (GNEF), Rosemarie Wagner (PIANO), Dr. med. Hartmut Hesse (PriMa), Dr. med. Lothar Born (PriMa), Dr. med. Peter Fister (KPH) und Elisabeth Link (PIANO).



Foto: © Valmedia - stock.adobe.com

Klimaschutz bei der Landesärztekammer Hessen

„Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ – unter diesem Titel wird auf dem kommenden 125. Deutschen Ärztetag das Thema der Stunde diskutiert. Wir als Landesärztekammer Hessen (LÄKH) möchten darüber hinaus unseren eigenen Beitrag zum Umweltschutz leisten. Denn Klimaschutzmaßnahmen müssen konsequent in den Alltag integriert werden – nicht nur im Privaten zu Hause, sondern auch auf der Arbeit. Deshalb haben wir die „AG Klimaschutz“ ins Leben gerufen mit Svenja Krück, Präsidiumsmitglied der LÄKH, als deren Sprecherin. Im Folgenden möchten wir Ihnen vorstellen, mit welchen Maßnahmen wir als LÄKH bereits zum Klimaschutz beitragen und welche Ziele wir uns gesetzt haben.

Reduzierung des CO₂-Ausstoßes

Das neue Gebäude unseres Hauptsitzes in der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt wird mit Fernwärme geheizt und wir beziehen Ökostrom. Fernwärme entsteht in Heizwerken oder in Heizkraftwerken mithilfe von Kraft-Wärme-Kopplung. Dabei werden Wärme und Strom parallel erzeugt. Diese Anlagen können einen Brennstoffnutzungsgrad von über 80 % erreichen und tragen so zur Reduzierung des CO₂-Ausstoßes und damit zum Schutz von Klima und Umwelt bei.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben wir die Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel attraktiver gestaltet. Auch die Pandemie-Situation brachte im Bereich des Klimaschutzes etwas Gutes: Seit Anfang 2020 gibt es mehr Videokonferenzen.

Unnötige Fahrten mit dem Auto werden damit vermieden. Künftig sollen die Möglichkeiten der Videokonferenzen weiter genutzt werden. Durch eine stetige Umstellung der Verwaltungsabläufe in den Abteilungen in digitale Prozesse können wir den Papierverbrauch erheblich reduzieren.

Nicht nur in Frankfurt, sondern auch am Standort Bad Nauheim werden bereits seit einigen Jahren viele Maßnahmen zum Klimaschutz umgesetzt. Insbesondere im Bereich der Gästebewirtung haben wir einiges verändert. So wurde das Speisen-Angebot des Casinos um einen sogenannten Klima-Teller erweitert. Auf den Klima-Teller kommen nur Gerichte, die keine emissionsstarken Lebensmittel beinhalten wie „rotes Fleisch“ (Rind- und Schweinefleisch, aber auch Lammfleisch) und Milchprodukte mit einem absoluten Fettgehalt über 15 %. Durch den Verzicht auf „rotes Fleisch“ und besonders fetthaltige Milchprodukte können viele Treibhausgasemissionen eingespart werden (Artikel zum Klima-Teller vgl. HÄBL 08/2014, S. 459).

Die sorgfältig ausgewählten Lebensmittel und Gerichte sind vielfach in Bioqualität, haben einen Bezug zur Region und berücksichtigen saisonale Angebote. Die Nachhaltigkeit des Angebots der Lebensmittel wird auch durch eine DGE-Zertifizierung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) garantiert. Zusätzlich steigen auch die Nachfrage und das Angebot von vegetarischen Portionen. 2011 lagen diese noch schätzungsweise unter 10 %, 2021 bereits bei über 30 %. Im Lebensmittel-

bereich des Abfallmanagements am Standort Bad Nauheim konnte in den vergangenen zehn Jahren fast 50 % des Lebensmittelabfalls durch entsprechende Maßnahmen reduziert werden.

Ausblick

Die AG Klimaschutz hat sich darüber hinausgehend auch mit zukünftigen Möglichkeiten beschäftigt, die die Landesärztekammer Hessen umsetzen könnte. Im Gespräch ist die Nutzung von Solarenergie sowohl in Frankfurt als auch in Bad Nauheim. In Bad Nauheim könnte zusätzlich die Anlagentechnik nach und nach modernisiert werden, um eine effizientere Steuerung der Anlagen zu erreichen und in der Folge zu einem reduzierten Bedarf an Strom, Wasser etc. Auch ein Ausbau der LED-Beleuchtung wurde als Möglichkeit zur CO₂-Reduktion genannt. Die Einführung eines zentralen Energiekonzepts und -managements kann auch zu einer CO₂-Reduktion führen.

Klar ist: Das Thema Klimaschutz wird für die Landesärztekammer ein dauerhafter Begleiter bleiben, der bei allen Maßnahmen und Entscheidungen eine feste und wichtige Rolle spielen muss. Die Nachhaltigkeit sollte stets einen Schwerpunkt des Handelns bilden und in Prozesse eingebunden werden. Nur so kann dauerhaft ein nachhaltiges Denken und Handeln von allen Beteiligten ermöglicht werden.

Svenja Krück, Präsidiumsmitglied
Petra Faath, Rechtsabteilung

Nachhaltigkeit in der Kapitalanlage des Versorgungswerks der LÄKH

„Jemand sitzt heute im Schatten, weil dort jemand vor langer Zeit einen Baum gepflanzt hatte.“

Warren Buffet

Schon lange beschäftigen sich der Vorstand und die Geschäftsführerin der Kapitalanlage des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen (VW) mit Aspek-

ten der Nachhaltigkeit in der Kapitalanlage. Zunächst waren es nur kleine Schritte, mit denen das Umdenken im VW begann, beispielsweise die Überprüfung und Anpassung der hauseigenen Abfall- und Papierwirtschaft oder Gespräche mit Meinungsführern und Initiatoren zu diesem komplexen Thema. Konkrete, speziell auf die Kapi-

talanlage fokussierte Maßnahmen begannen in 2011 mit einer Portfolioanalyse der Unternehmensberatung oekom-research (heute ISS-oekom; siehe unten). Im Ergebnis [1] konnte festgestellt werden, dass 31 % der Aktien und Anleihen sowie 8 % der Staatsanleihen des Masterfonds einen sogenannten Prime-Status haben, also als nachhaltiges Investment gewertet wurden. Im Leitfaden für die ethisch-nachhaltige Geldanlage in der evangelischen Kirche [2] lesen wir im Vorwort: „Angelegtes und



investiertes Geld bleibt Eigentum des Anlegers – er hat daher auch die Verantwortung dafür, was mit diesem Geld geschieht.“ Sowohl der Vorstand als auch der Geschäftsbereich der Kapitalanlage stellen sich dieser Verantwortung.

Gemäß § 5a Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes können die Kammern nach Maßgabe einer besonderen Satzung Versorgungseinrichtungen zur Absicherung der Kammermitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit sowie zur Sicherung der Hinterbliebenen schaffen. Verbunden mit dem gesetzlichen Auftrag ist die Verpflichtung der berufsständischen Versorgungswerke, mindestens vergleichbare Leistungen wie die Deutsche Rentenversicherung zu gewähren. Anders als die Kapitalanlage der evangelischen Kirche, die bewusst auf Gewinne verzichten kann, muss in der Kapitalanlage des VWs eine Mindestrendite erwirtschaftet werden, um den oben genannten Auftrag zu erfüllen. Daher sind in der Kapitalanlage des VWs die Ziele Sicherheit, Rendite und Liquidität prioritär.

Bei der Wahl einer geeigneten Anlagestrategie werden also die Ziele Sicherheit, Rendite und Liquidität so gewichtet, dass in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Gesamtsumme sowie der gesetzlichen Rahmenbedingungen das oberste Ziel „Alterssicherung der Ärztinnen und Ärzte“ in möglichst hohem Umfang erreicht wird.

Mit Inkrafttreten des Europäischen Klimapakts in 2019 [3] und der daraus abgeleiteten Taxonomieverordnung wird dem oben genannten „magischen Dreieck“ der Kapitalanlage mit den Eckpunkten Sicherheit, Rendite und Liquidität ein vierter Parameter, nämlich die Nachhaltigkeit hinzugefügt. Bei der sogenannten Taxonomieverordnung handelt es sich um ein einheitliches Klassifizierungssystem, das beschreibt, welche finanzwirtschaftlichen Tätigkeiten als nachhaltig angesehen werden können. Die Taxonomieverordnung baut auf Transparenz, Offenlegung und Berichterstattung. So soll es Anlegern, auch institutionellen Anlegern wie dem VW, erleichtert werden, Kapital gezielt in nachhaltige Unternehmen zu investieren. Dabei sind die sechs erklärten Ziele der Taxonomieverordnung der Klimaschutz, die Klimawandelanpassung, die nachhaltige Nutzung von Wasserressourcen, der Wandel zur Kreislaufwirtschaft, die Ver-

meidung von Verschmutzung und der Schutz von Ökosystemen und Biodiversität. Als Anleger ist es praktisch unmöglich festzustellen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang ein Emittent nachhaltig im Sinne der Taxonomieverordnung handelt; hierzu ist ein umfangreicher Researchprozess notwendig. Der Vorstand und die Geschäftsführerin der Kapitalanlage nehmen diesbezüglich die externe Unterstützung der Nachhaltigkeitsagentur ISS-oekom (Institutional Shareholder Service) in Anspruch. Das von ISS-oekom durchgeführte ESG-Corporate Rating, eine detaillierte Bewertung der Umwelt-, Sozial- und Governance-Leistung eines Unternehmens, zeigt, dass die Direktanlage des VWs mit knapp 65 % in Unternehmen investiert ist, die nachhaltig handeln und einen Prime-Status haben.

Nachhaltigkeitsfaktoren bei Investments in Immobilien

Eine weitere wichtige Säule der Kapitalanlage des VWs sind direkte und indirekte Investments in Immobilien. Bei der Beurteilung von Immobilien werden mittlerweile ebenfalls Nachhaltigkeitsfaktoren berücksichtigt, beispielsweise die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Des Weiteren werden die Vorgaben der zur Zeit geltenden Energiesparverordnung vielfach übererfüllt und die jüngst erworbenen Immobilien verfügen zum Teil über Nachhaltigkeitszertifikate, Solarthermieanlagen und Aufladestationen für E-Autos. Für die Bewertung der Nachhaltigkeit des Immobilienbestands des VW wird der von der Initiative ECORE in der Entwicklung befindliche Scoring-Standard verwendet.

Erwähnenswert ist auch die Umsetzung der Nachhaltigkeitsstrategie im Masterfonds durch einen der externen Manager FERI. Bei einer möglichen Implementierung der Nachhaltigkeitsstrategie zeigten sich keine Nachteile bei der Rendite-Risiko-Betrachtung zur bestehenden Kapitalanlage. Im besten Fall steigt sogar die Rendite und die Volatilität sinkt.

Bei den Alternativen Investments wurden seit 2017 bereits über 300 Millionen Euro in Infrastrukturfonds im Segment Erneuerbare Energien investiert. Inzwischen ist bei neuen Investmentvorschlägen eine Information zur ESG-Strategie auf Unternehmens- und

Portfolioebene für die Beschlussfassung des Vorstands zwingend erforderlich.

Eine Nachhaltigkeitsstrategie birgt auch Fallstricke

Auch wenn eine Nachhaltigkeitsstrategie positiv klingt, birgt sie dennoch Fallstricke: Wenn ausschließlich in nachhaltig wirtschaftende Unternehmen investiert werden soll, wird das Anlageuniversum deutlich kleiner. Wenn alle Anleger so agieren, steigen die Preise und die Renditen sinken. Nicht jeder Emittent kann sich Nachhaltigkeit auch leisten – reine Null- und Eins-Entscheidungen bei der Auswahl der Investments bergen daher die Gefahr der Exklusion der noch nicht entwickelten Märkte, der Emerging Markets. Der Wille und die Entwicklung zum nachhaltigen Handeln muss belohnt werden. Nur so schaffen Unternehmen wenig nachhaltiger Branchen, wie z. B. der erdölverarbeitenden Industrie, auch den Sprung hin zur Transformation in den Clean Energy Bereich.

Fazit

Nicht nur wir Ärztinnen und Ärzte merken, dass die ökologischen, sozialen und ökonomischen Herausforderungen keinen Aufschub dulden. Dennoch müssen wir im VW, unabhängig von unserer individuellen und persönlichen Anlagestrategie, besonders umsichtig handeln, denn das angelegte Vermögen repräsentiert das Sozialkapital der hessischen Ärztinnen und Ärzte. Unterm Strich muss jedes Investment, auch das nachhaltige Investment, im Einklang mit den aufsichtsrechtlichen Anlagegrundsätzen der Sicherheit, der Rentabilität und der Liquidität stehen.

Dr. med. Susan Trittmacher

Stellv. Vorsitzende des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen

Claudia Blauth

Diplom-Volkswirtin, Geschäftsführerin der Kapitalanlage des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen

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



Foto: © Valmedia - stock.adobe.com

Klimawandel: Ärztliche Perspektive – warum es uns etwas angeht

Nicht nur im Wahlkampf oder freitags auf den Straßen während der Schulzeit ist der Klimawandel von größter Bedeutung. Auch der kommende Deutsche Ärztetag gibt dem Thema einen zentralen Raum zur ärztlichen Meinungsbildung. Warum es wichtig ist, hier nicht nur Zeichen zu setzen, versuchte jüngst die Fortbildung der hessischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung „Klimawandel und Gesundheit aus ärztlicher Perspektive“ deutlich zu machen: Das Thema geht uns Ärztinnen und Ärzte zutiefst an.

Hier wurde von verschiedenen Referentinnen und Referenten* gezeigt, dass – unabhängig von den ganz großen Zusammenhängen, nämlich dass weltweit der Gesundheitssektor alleine 5 % des Ausstoßes klimaschädlicher Gase verursacht und Deutschlands Krankenhäuser zu den sechs größten Energieverbrauchern des Landes zählen – es ganz konkrete Folgen des Klimawandels gibt, die unser ärztliches Handeln in Zukunft prägen werden. Im Folgenden soll in aller Kürze ein Einblick in die Themen der Fortbildung gegeben werden, in dem Wissen, sie natürlich nicht ansatzweise wie die geschätzten Kolleginnen und Kollegen vorbringen zu können.

Wer „Klima“ sagt, muss auch „Folgen“ sagen

Welche Folgen des Klimawandels damit gemeint sind, ergibt sich wie selbstverständlich, wenn man die konkreten Veränderungen betrachtet. Hierbei ergeben sich fünf große Handlungsfelder:

- Hitzewellen und einhergehende erhöhte UV-Strahlenbelastung,
- vermehrte Luftschadstoffe (u. a. Stickoxide, Ozon, Feinstaub),
- Verbreitung von Allergiepflanzen und Verlängerung der Pollenflugsaison,
- Veränderung der Bedingungen für Lebensmittel- und vor allem Trinkwasserhygiene sowie negative Auswirkungen auf die Gewässer allgemein,
- Verbreitung krankheitsübertragender Tiere wie Zecken und Stechmücken.

Diese Veränderungen wirken zunächst wie ein Katalysator für gesundheitliche Probleme der ohnehin vulnerablen Gruppen: chronisch und schwer kranke, ältere Menschen, Allergiker, Kinder und Schwangere. Um das zu illustrieren, folgen nun konkrete Beispiele, die verdeutlichen sollen, dass es sich nicht um theoretische Schreckensszenarien politisch motivierter NGO handelt, sondern um alltagsnahe Veränderungen des Krankheitsspektrums in Qualität und Quantität.

„Dann schneit es in der Welt, denn ich bin die Frau Polle“

Nicht wie im Originalzitat der Gebrüder Grimm soll es hier um Schnee gehen, sondern um Pollen. Diese verändern klimabedingt ihre Eigenschaften nämlich sehr uncharmant: Es gibt mehr, es gibt sie länger und zu allem Überfluss verändert sich die proportionale Zusammensetzung der Gesamtpollenlast in Richtung hochallergener Varianten. Beispielsweise verlängert sich seit mehr als einem Jahrzehnt die Pollensaison in Europa um 0,9 Tage pro Jahr [1]. Die hochallergene Ambrosia Artemisiifolia verbreitet sich in Europa derart schnell, dass von einer Verdopplung der allergischen Reaktionen ausgegangen wird [2].

Feinkost und Feinstaub

Urbanisierung, industrielle Tierhaltung, Waldbrände, Schiffs- und Flugverkehr führen zu erhöhter Luftschadstoffbelastung. Studien zeigen [3] die eindeutige Korrelation von Luftschadstoffbelastung und dem Risiko, an Herz-Kreislaufkrankungen zu sterben. Gase wie Kohlenmonoxid, Stickstoff und Nanopartikel führen über direkte und indirekte Modulation der Gefäße zu erhöhter Vasokonstriktion, fibrotischer Proliferation und Inflammation des Endothels [3]. In Zahlen führt dies in Europa zu etwa 800.000 zusätzlichen Toden pro Jahr [4]. Die durchschnittliche Minderung der Gesamtlebenserwartung beträgt durch Luftverschmutzung 2,9 Jahre [5].

Dengue kommt nach Europa

Die Krone für die sich am schnellsten ausbreitende, virale, von Stechmücken übertragene Krankheit erhält das Dengue-Fieber. Durch Migration, Handel und begünstigt durch klimatische Veränderungen haben sich die Fallzahlen des Dengue-Fiebers seit den 1960ern verdreißigfacht. Seit 2010 kommt es vermehrt zu autochthonen (!) Denguefällen in Südfrankreich. Klimaforscher gehen von optimalen „Siedlungsbedingungen“ für weite Teile Europas schon ab dem Jahr 2030 aus [6].

Es gibt nichts Gutes, außer: Wir tun es

Was können – oder besser – was sollten wir als Ärzte tun, um auf diese Situation zu reagieren? Auch diese Frage war Teil der Fortbildung und wurde angeregt mit Referierenden und Teilnehmenden diskutiert. Deutlich kam heraus, dass wir alle mit dafür verantwortlich sind, bei unseren Kolleginnen und Kollegen ein Bewusstsein zu schaffen, dass der Klimawandel uns etwas angeht. Nicht um sich moralisch zu erheben oder als Vorwand für den neuesten Tesla, sondern weil es die Zukunft unserer Wartezimmer und Notaufnahmen prägen wird. Ein wichtiger Impuls ging in der Diskussion der Veranstaltung in Richtung ärztliche Kompetenz. Diese sollten wir ins Zentrum rücken, um unaufgeregt auf die Veränderungen reagieren zu können. Als Beispiel könnte hier die Wiederbelebung der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin stehen.

Dr. med.

Cornelius Weiß, MPH

Delegierter der LÄKH Hessen,
wissenschaftlicher Leiter
der Fortbildung

* Die Referenten der Fortbildung sowie die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Foto: © Valmedia – stock.adobe.com

Literatur zu den Artikeln:

Nachhaltigkeit in der Kapitalanlage des Versorgungswerks der LÄKH

von Dr. med. Susan Trittmacher und Claudia Blauth

- [1] Portfolioanalyse der Direktanlage durch oekom-research; 2011
- [2] Leitfaden für ethisch-nachhaltige Geldanlage in der evangelischen Kirche, 3. Auflage; 2016
- [3] Verordnung (EU) 2020/852 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 18. Juni 2020 über die Einrichtung eines Rahmens zur Erleichterung nachhaltiger Investitionen und zur Änderung der Verordnung (EU) 2019/2088

Klimawandel: Ärztliche Perspektive – warum es uns etwas angeht

von Dr. med. Cornelius Weiß

- [1] Ziska et al (2019), Temperature-related changes in airborne allergenic pollen abundance and seasonality across the northern hemisphere: a retrospective data analysis, *The Lancet Planetary Health*, Vol 3, Issue 3, E124–131
- [2] Buters et al. (2015), *Ambrosia artemisiifolia* (Traubenkraut) in Deutschland – aktuelles Vorkommen, allergologische Bedeutung und Maßnahmen zur Eingrenzung, *Allergo Journal* 04/2015
- [3] Miller et al. (2007), Long-Term Exposure to Air Pollution and Incidence of Cardiovascular Events in Women, *The New England Journal of Medicine* 02/2007; 356:447–458
- [4] Lelieveld et al (2019), Cardiovascular disease burden from ambient air pollution in Europe reassessed using novel hazard ratio functions, *European Heart Journal*, Vol. 40, Issue 20, 21 05/2019, 1590–1596
- [5] Lelieveld et al.(2020), Loss of life expectancy from air pollution compared to other risk factors: a worldwide perspective, *Cardiovascular Research*, Vol. 116, Issue 11, 09/2020, 1910–1917,
- [6] Caminade et al. (2012), Suitability of European climate for the Asian tiger mosquito *Aedes albopictus*: recent trends and future scenarios, *J R Soc Interface*, 2012 Oct 7;9(75):2708–17

* Mitwirkende sowie Referentinnen und Referenten der Fortbildung waren: Die Begrüßung kam per Videobotschaft von Prof. Dr. Harald Lesch (Professor für Physik an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Wissenschaftsjournalist); Vorträge hielten: Univ.-Prof. Dr. med. Claudia Traidl-Hoffmann (Direktorin des Instituts für Umweltmedizin, Universität Augsburg), Dr. med. Katrin Steul (Gesundheitsamt Frankfurt), Dr. med. Ulrike Berg, Dr. med. Martin Herrmann (Initiator und Sprecher der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLUG) sowie Prof. Dr. med. Dr. h. c. David Groneberg (Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main); Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Cornelius Weiß.

Dem Klimawandel begegnen – eine ureigene ärztliche Aufgabe

Welchen Beitrag können Ärztinnen und Ärzte zum Klimaschutz leisten, um den Gesundheitsschutz zu wahren und zu fördern?

Die Hitzewellen, die Überflutungen, die Übersterblichkeit durch Luftverschmutzung: Der Klimawandel und seine Folgen sind nicht nur längst in ganz Deutschland angekommen, auch auf den diesjährigen Ärztlichen Kongressen und Veranstaltungen sowie auf dem Deutschen Ärztetag sieht sich die gesamte Ärzteschaft aufgefordert, sich ihm zu stellen und kurativ, aber vor allem präventiv zu handeln. Auf dem Hauptstadtkongress im Juni 2021 stellte der Präsident der Berliner Ärztekammer, Peter Bobbert, fest, dass „der Klimawandel eine ureigene ärztliche Aufgabe“ sei und fragte: „Was können wir als Ärzteschaft tun?“ [1, 2].

Der Klimawandel gefährdet die Gesundheit

Zuerst die Diagnose, dann die Therapie und die Prognose. Das gilt auch für die Klimafolgen. Gerade Ärztinnen und Ärzte seien „Spezialistinnen und Spezialisten für die Bewältigung komplexer Situationen“ [3], sie hätten eine „Führungsrolle bei der Bewältigung der ökologischen Krise“ [3]. Die Diagnose Klimakrise ist ernst und längstens bekannt: Der IPCC-Bericht 2021 (Intergovernmental Panel on Climate Change, [4]), eine Organisation der UNO, die die weltweite meteorologische, naturwissenschaftliche, technische und sozio-ökonomische Forschung des Klimawandels zusammenfasst, bekräftigt 2021 erneut die Dringlichkeit, einschneidende Maßnahmen zur Reduzierung der CO₂-Emission durchzuführen. Bereits 2014 hatte der IPCC davor gewarnt, dass das existenzbedrohende Risiko für die Biosphärenintegrität der Erde pro 0,1 °C Erwärmung deutlich zunehme und ab etwa 1,5 °C nicht mehr beherrschbar werde [5].

Was ist gemeint, wenn davon die Rede ist, dass der Klimawandel nicht mehr beherrschbar sei? Kritisch werde es, wenn ei-

ner oder mehr der neun Kippunkte des Klimawandels, ab welchen ein kaskadenartiger, unumkehrbarer Prozess in Gang komme, wie beispielsweise das Abschmelzen des arktischen Eises, die Umkehrung der atlantischen Meeresströmung oder die weitere Reduktion des Amazonasregenswaldes (und anderes mehr) erreicht werde [6].

Zur Diagnose gehört aber auch die Benennung der gestiegenen Morbidität und Mortalität durch den Klimawandel. Es wird geschätzt, dass 2003 die Hitzewelle in Europa 70.000 Tote verursachte und die Luftverschmutzung 2012 403.000 Tote [7]. Zu den wetter- und klimabedingten Gesundheitsrisiken zählen neben Hitze auch die verstärkte UV-Strahlungen und der vermehrte Pollenflug sowie hier bislang nicht heimische Mückenarten, die neuartige Krankheitserreger übertragen [8]. Besonders ältere Menschen sind durch Hitze gefährdet. Bei Hitzeperioden mit über 30 °C nehmen die Klinikeinweisungen von über 65-Jährigen um bis zu 3% zu [3]. Anlässlich der nie dagewesenen Hitzewelle von bis zu 50° in der Provinz British Columbia starben diesen Sommer 486 Menschen eines „plötzlichen Todes“ [9]. Frankreich hat als Konsequenz seiner vielen Hitzetode 2003 einen nationalen Hitzeplan mit Ampelsystem und aufsuchender Hilfe für alleinstehende Alte aufgestellt [10]. Ein solcher Hitzeplan existiert in Deutschland nicht. Meteorologen gehen aufgrund der Erderwärmung von einer Zunahme von Starkregenereignissen zulasten der Tage mit geringen Niederschlägen aus. Die Folgen sind Flutkatastrophen wie in diesem Jahr, wobei die über 180 Tote der Sommerflut die Opferzahlen „aller vorangegangenen Binnenüberflutungen in Deutschland seit 1900 zusammengenommen“ übersteigen [11].

Bei der Therapie sind die Wissenschaftler für klare, aber vor allem rasche, einschneidende Maßnahmen, wie eine deut-

lich höhere, aber sozial ausgewogene CO₂-Bepreisung und der vorgezogene Ausstieg aus fossilen Energieträgern [12]. Die politischen Entscheidungsträger sind dagegen eher zögerlich bis hinhaltend und müssen vom Bundesverfassungsgericht (2021, [13]) aufgefordert werden, ihre Versäumnisse in Sachen Klimaschutz zulasten der jungen Generation nachzubessern. Dabei gibt es längst einen wachsenden Fundus an wissenschaftlichen Empfehlungen und das „Bürgergutachten“ des Bürgerrat Klima (2021), das Produkt von 160 zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern aus ganz Deutschland, die unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten a. D. Horst Köhler dafür über 50 Stunden in Arbeitsgruppen diskutiert und sich abgestimmt haben. Es weist der Politik Wege, das Klimaziel 1,5° rechtzeitig zu erreichen [14].

Und was können wir Ärztinnen und Ärzte tun?

Da der Gesundheitssektor 5,2 % der klimaschädlichen Emissionen verursacht, ist das Ziel der Initiative „Klimaneutraler Gesundheitssektor 2035“ von KLUG (Klima und Gesundheit), dessen ökologischen Fußabdruck zu reduzieren. Allein ein „Krankenhaus verursacht eine Umweltbelastung wie eine komplette Kleinstadt“ sagt Andrea Raida vom Fraunhoferinstitut [15]. Auch „KLIKgreen ist eine Nachhaltigkeitsinitiative für 250 Kliniken und Reha-Einrichtungen deutschlandweit. Hierbei hat jede Einrichtung ihre/n eigene/n Klimamanagerin bzw. -manager [15]. Metzger et al. [16] identifizieren folgende Sektoren, bei welchem die Arztpraxen ihre CO₂-Bilanz verbessern können:

- 1) Energie: Thermostate, bauliche Maßnahmen...
- 2) Mobilität: E-/Fahrräder, Job-Ticket, Telemedizin...



Foto: © Valmedia - stock.adobe.com

- 3) Finanzen (Divestment, also Ausstieg der Finanzierung fossiler Energien durch private Krankenkassen und Versorgungswerke...
 - 4) Material: Abfallreduzierung, gemeinsamer Einkauf und Sterilisation mehrerer Praxen...
 - 5) Diagnostik und Therapie: Vermeidung von Überversorgung, Medikamentenüberprüfung
 - 6) Patientenberatung: Folgen von Feinstaub, Hitze, Ernährung... [16]
- Darüber hinaus gibt es unzählige kleinere Initiativen, die sich mit einzelnen Aspekten der Emissionsreduzierung im Praxisall-

tag auseinandersetzen, wie die Initiative „Praxis ohne Plastik“ aus Kiel oder die Initiative „Nachhaltige Praxis“ aus Dresden. Der Hausarzt Dr. med. Ralph Krolewski aus Gummersbach verbindet mit seiner „Klima-Sprechstunde“, die es auch als Podcast gibt, Nachhaltigkeit mit Gesundheitsaufklärung seiner Patientinnen und Patienten [17]. Inzwischen gibt es in zahlreichen Städten Initiativen von Menschen aus dem Gesundheitswesen, die sich für Klima und Gesundheit engagieren, wie den Health for Future, KLUG oder aber bei den Scientists for Future und viele andere mehr. Auf Initiative des Autors ist ein Antrag der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen angenommen worden, wonach sich das Versor-

gungswerk mit dem Thema noch intensiver auseinandersetzen und in Seminaren die Delegierten über die Nachhaltigkeitsziele informieren wird.

Pierre E. Frevert

niedergelassener Arzt für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychoanalyse in Frankfurt/Main, Delegierter der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte und Mitbegründer der Health for Future Frankfurt
E-Mail via: haebel@laekh.de

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

Gabriele Herrlein geht nach 45 Jahren bei der LÄKH in den Ruhestand



Foto: privat

Gabriele Herrlein

Im Juli 1976 startete Gabriele Herrlein, noch unter ihrem Geburtsnamen Müller, ihre Laufbahn bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) als Stenografiesekretärin in der damals noch so genannten Arzthelferinnenabteilung. Ihr Aufgabengebiet und ihr Tätigkeitsfeld erweiterten sich: Im Juli 1981 wurde sie zur Sekretärin ernannt und von da an im Sekretariat des Präsidenten eingesetzt. Das Vorzimmer von Dr. med. Wolfgang Bechtoldt leitete sie bis zum Sommer 1983. Ab Juli 1983 wurde Gabriele Herrlein zur Ersten Sekretärin des Hauptgeschäftsführers der Lan-

desärztekammer Hessen, Prof. Dr. med. Hans-Joachim Rheindorf, ernannt. Diese Aufgabe übt sie bis zum gegenwärtigen Ärztlichen Geschäftsführer, Dr. med. Alexander Marković, heute noch aus. Gabriele Herrlein ist eine sehr geschätzte Kollegin, eine hilfsbereite Ansprechpartnerin, und sie war und ist eine äußerst erfahrene Assistentin für die vier bisherigen Haupt- bzw. Ärztlichen Geschäftsführer. Mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung ist sie eine wichtige Säule im Bereich der Ärztlichen Geschäftsführung. Sie hat einer Vielzahl neuer Kolleginnen und Kollegen die Arbeit in der Kammer vermitteln können. In unserer kurzlebigen Zeit ist eine 45-jährige Dienstzugehörigkeit etwas ganz Besonderes. Gabriele Herrlein ist eine wertvolle Stütze für die Landesärztekammer Hessen, und wir sind froh, eine solch verdiente Mitarbeiterin und Kollegin bei uns zu haben. Nun geht sie in den mehr als verdienten Ruhestand. Unsere besten Wünsche begleiten sie!

Olaf Bender
für das Team
der Ärztlichen Geschäftsführung
der Landesärztekammer Hessen



Foto: Eggert Peters

Aus der Bezirksärztekammer Kassel wurde ein ausgemusterter Serverschrank einer neuen Bestimmung zugeführt: Als öffentlicher Bücherschrank steht er nun auf dem Schniederplatz in Uschlag, Ortsteil der Gemeinde Staufenberg im südniedersächsischen Landkreis Göttingen. Dorthin kam das gute Stück auf Anregung von Heike Mählich, Mitarbeiterin der BezÄK Kassel und aktiv im Vorstand des dortigen Kultur- und Heimatvereines. Das Foto zeigt sie zusammen mit Helfern aus dem Ort. (red)

Literatur zum Artikel:

Dem Klimawandel begegnen – eine ureigene ärztliche Aufgabe

von Pierre E. Frevert

ker, B Praetorius, M Tvrtković (2021) CO2-Bepreisung und soziale Ungleichheit in Deutschland. Zugriff am 07.09.2021, <https://info-de.scientists4future.org/co2-bepreisung-und-soziale-ungleichheit-in-deutschland/> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/atszmkd7>

- [1] Barkewitz 2021, Hauptstadtkongress 2021. Klimawandel ist zentrale ärztliche Aufgabe geworden. Ärztezeitung. Veröffentlicht: 17.06.2021, 15:44 Uhr in: (Abruf: 25.09.2021) <https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Klimawandel-ist-zentrale-aerztliche-Aufgabe-geworden-420616.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/4me23z5c>
- [2] Deutsches Ärzteblatt. Politik (2021). Bobbert: Klimawandel ist eine ureigene ärztliche Aufgabe. Freitag, 18. Juni 2021, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/124797/Bobbert-Klimawandel-ist-eineureigene-aerztliche-Aufgabe> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/nwvvv8d2h>
- [3] F Schulte, S Balzer (2021): Die Lehren aus der Flut In: MMW Fortschr Med. 2021; 163(14): 12–17. Published online 2021 Aug 12. German. doi: 10.1007/s15006-021-0096-0; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8351230/> Kurzlink: <https://tinyurl.com/yh2d23st>
- [4] IPCC (2021) The Intergovernmental Panel on Climate Change <https://www.ipcc.ch/> aufgerufen am 26.09.2021
- [5] Planetary Health – Geowissenschaftliche, biologische und pathophysiologische Grundlagen: Letzte Aktualisierung 29.08.2021. https://www.amboss.com/de/wissen/Planetary_Health_-_Geowissenschaftliche,_biologische_und_pathophysiologische_Grundlagen oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/hhrst4kx>
- [6] C Schulz, B Simon (2021). Anthropozän – Die Überschreitung planetarer Grenzen. In: C Traidl-Hoffmann, C Schulz, M Hermann, B Simon (Hrsg) (2021): Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- [7] A Dickhoff, C Grah, C Schulz, E Weimann (Hrsg.) (2021): Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0h, München/Berlin Juni 2021
- [8] Arzberger 2021
- [9] Tagesschau 01.07.2021. 15:22 Uhr. Hohe Temperaturen im Nordwesten Hunderte Hitzetote in Kanada
- [10] B Holzer (15.06.2021) Wie Frankreich Obdachlose und alte Menschen vor dem Hitzetod retten will. Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND) <https://www.rnd.de/panorama/wie-frankreich-obdachlose-und-alte-menschen-vor-dem-hitzetod-retten-will-HALTX7P5KFER DG W6C62EHXJHFY.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/4wwrptj3>
- [11] C Schleussner, S Rahmstorf, Ö Terli, V Wulfmeyer (2021) Die Flutkatastrophe im Juli 2021 in Deutschland und die Klimakrise – eine Stellungnahme von Wissenschaftler:innen der Scientists for Future. 22. Juli 2021, <https://info-de.scientists4future.org/die-flutkatastrophe-im-juli-2021-in-deutschland-und-die-klimakrise> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2vz94j92>
- [12] W Gründinger, L Bendlin, F Creutzig, G Hagedorn, C Kemfert, B Neumärker, B Praetorius, M Tvrtković (2021) CO2-Bepreisung und soziale Ungleichheit in Deutschland. Zugriff am 07.09.2021, <https://info-de.scientists4future.org/co2-bepreisung-und-soziale-ungleichheit-in-deutschland/> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/atszmkd7>
- [13] Bundesverfassungsgericht (2021). Verfassungsbeschwerden gegen das Klimaschutzgesetz teilweise erfolgreich. Pressemitteilung Nr. 31/2021 vom 29. April 2021, <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-031.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/j5vd63ns>
- [14] Bürgerrat Klima (2021), www.buergerrat-klima.de, Bürgergutachten des Bürgerrates Klima, abrufbar unter https://buergerrat-klima.de/content/pdfs/BK_210922_Gutachten_Digital_SMALL.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/32y5x4a3>
- [15] C Diel (2021). Grüne Kliniken. In , Richard' Magazin der Apotheker- und Ärztebank 2/2021, S. 33
- [16] N Mezger, M Thöne, B Müller, E Kantelhardt (2021) Themen der Zeit. Krankheitsprävention: Klimaschutz wird praktisch. In: Deutsches Ärzteblatt, PP 20, Ausgabe Juli 2021, S.312 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/220350/Krankheitspraevention-Klimaschutz-wird-praktisch> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/53uwz8dt>
- [17] L Jamasyk (2021). „ÄrzteTag“-Podcast. Klimawandel und Gesundheit: „Hausärzt*innen sind Frontliner!“ In: ÄrzteZeitung, Veröffentlicht: 07.04.2021, 14:29 Uhr. <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Klimawandel-und-Gesundheit-Haus-aerztinnen-sind-Frontliner-418539.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/8k33a8b3>

Der größte Künstler seiner Zeit

„Nennt mich Rembrandt!“
– bis 30. Januar im Frankfurter Städel

Ein flächiges Gesicht, dominiert von einer markanten Nase und forschenden, wachen Augen: Schon früh wird Rembrandts Antlitz zu seinem künstlerischen Wiedererkennungszeichen. Über einen Zeitraum von etwa 40 Jahren entstanden etwa 80 Selbstportraits in verschiedenen Techniken – so viele, wie kein Künstler je zuvor von sich gemalt hatte. Hinter dieser Inszenierung des eigenen Konterfeis mochte Eitelkeit stecken, vor allem aber diente sie der Werbung für die „Marke“ Rembrandt. Von selbstsicher bis herausfordernd, von idealisierend bis naturalistisch, von lachend bis in sich gekehrt spiegelt sich in den Gesichtszügen Rembrandts (1606–1669) sein Leben vom gefeierten Künstler und Unternehmer bis hin zu der Zeit, als der Wandel des Kunstgeschmacks Mitte des 17. Jahrhunderts seinen wirtschaftlichen Abstieg einleitete.

Über 40 Werke aus der Sammlung des Städel und 94 Leihgaben

Wer war dieser Rembrandt Harmenszoon van Rijn, der als Müllerssohn im niederländischen Leiden zur Welt kam, als 25-Jähriger den Amsterdamer Kunstmarkt betrat und seine Bilder fortan nur noch mit dem Vornamen signierte, um sich gegen die Konkurrenz in Amsterdam durchzusetzen? Mit der sehenswerten Ausstellung „Nennt mich Rembrandt!“ nimmt das Frankfurter Städel Museum den größten Künstler des niederländischen

17. Jahrhunderts – und zugleich weltberühmte Künstlerpersönlichkeit – in den Blick. Mit über 40 Werken aus der Sammlung des Städel und 94 Leihgaben aus aller Welt zeichnen die Ausstellungsmacher die entscheidenden Jahre von Rembrandts Karriere, seinen Aufstieg und Durchbruch nach. In einem thematisch strukturierten Rundgang treten dabei 60 Kunstwerke Rembrandts in Dialog mit Bildern anderer Künstler seiner Zeit.

„Größte und natürlichste Beweglichkeit“

So etwa Nicolaes Eliasz Pickenoy's lebensgroßes Bildnis eines stehenden Mannes (1628) und Rembrandts über zehn Jahre später (1639) entstandenes „Bildnis des Andries de Graeff“. Während Pickenoy's Komposition gestellt anmutet – u. a. hält der in einem kostbar ausgestatteten Innenraum Portraitierte in seiner, auf einem Tisch ruhenden Hand einen Handschuh als Symbol des Mannes von Welt – wirkt Rembrandts Bild natürlicher. Draußen vor der Tür seines Hauses entspannt an einen Sockel gelehnt, verkörpert de Graeff die selbstbewusste Lässigkeit seines Standes. Der Handschuh ist ihm wie zufällig auf den Boden gegelitten; in seinem Gesicht sind Willenskraft und Eigenständigkeit zu lesen.

Ziel seiner Kunst sei die „größte und natürlichste Beweglichkeit“, sagte Rembrandt, dessen Werke das kunstbegeisterte Amsterdamer Bürgertum beeindruckten und ihn zunächst zum gefragten Portraitmaler machten. Ob im Gemälde, der Zeichnung oder der Druckgrafik erlaubte ihm das Studium des eigenen Gesichts, den Ausdruck unterschiedlichster Gefühle und Zwischentöne zu erkunden. Selbstbildnisse und Kopfstudien wurden zu einem Wiedererkennungszeichen seiner Kunst, denn er verwendete die eigenen Gesichtszüge auch in Rollenporträts, den sogenannten Tronies, so etwa der bekannten Tronie eines Mannes mit Federbaret (um 1635–1640).



Foto: Mauritshuis, Den Haag/Das Foto wurde für den Druck leicht aufgeteilt.

Rembrandt Harmensz. van Rijn (1606–1669): Tronie eines Mannes mit Federbaret, um 1635–1640; Öl auf Holz; Mauritshuis, Den Haag

Drastische Szenarien

Doch Rembrandts künstlerisches Spektrum war breiter gefächert. Der niederländische Künstler beherrschte alle Gattungen der Malerei – neben ausdrucksstarken Portraits entstanden Landschaften, Stillleben, Historienbilder und Genreszenen. Meisterhaft setzte er Licht- und Farbefekte in seinen Werken ein, um etwa, wie in der Landschaft mit Steinbrücke (um 1638), Natur anschaulich zu machen oder er kristallisierte entscheidende Szenen biblischer Erzählungen in einem Bild. Ein ebenso drastisches wie eindrucksvolles Beispiel ist das Bild von der Blendung Simsons (1636). Schmerzverzerrt bleckt der vom Dolch ins rechte Auge Getroffene die Zähne; das Licht fällt auf seine vor Schmerz verkrampften Zehen. „An diesem Bild, vor dem ich oft stand, habe ich erlernt, was Hass ist“, schrieb einst Elias Canetti.

Katja Möhrle

Städel Museum, Schaumainkai 63,
60596 Frankfurt am Main
Internet: www.staedelmuseum.de
Die Ausstellung läuft bis 30.1.2022.



Foto: Städel Museum – Norbert Miguletz

Ausstellungsansicht „Nennt mich Rembrandt! Durchbruch in Amsterdam“

Kinder psychisch kranker Eltern

Ausbau der Versorgung einer oft vergessenen Risikogruppe

Emilia Geiger¹, Doreen Blume², Prof. Dr. rer. nat. Stephanie Mehl^{2,3,4}, Larissa Lorey⁵, Prof. Dr. med. Andreas Reif⁵,
Dr. phil. Joana Taczkowski⁶, Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe⁶, Prof. Dr. med. Katja Becker^{1,2}

Einleitung

Etwa 15 % der Bevölkerung sind von einer psychischen Erkrankung betroffen [1], die Lebenszeitprävalenz für eine psychische Störung liegt mit fast 50 % noch deutlich darüber [2]. Viele Erwachsene mit psychischen Erkrankungen sind auch Eltern und tragen damit neben der Belastung durch ihre Krankheit für sich selbst, ihre Partnerschaft und ihre Berufstätigkeit auch noch Verantwortung für eine Familie mit all den dazugehörigen Herausforderungen.

In Deutschland wachsen ungefähr drei bis vier Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil auf [3]; zwischen 10–30 % der betroffenen Mütter haben minderjährige Kinder [1]. Der Sozialpsychiater Asmus Finzen bezeichnete sie als „vergessene Risikogruppe“, da die Gefahr, selbst psychisch zu erkranken, bei ihnen um ein Vielfaches höher ist als bei Kindern psychisch gesunder Eltern. Eine Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf lässt auf drei- bis siebenfach erhöhte Auffälligkeiten gegenüber der Normalbevölkerung schließen [4]. Andere Studien zeigen eine zwei- bis fünffach höhere Prävalenz psychischer Probleme in dieser Risikogruppe [5].

Dabei laufen die Kinder psychisch kranker Eltern aktuell noch Gefahr, in der üblichen Gesundheitsversorgung übersehen zu werden. In vielen Fällen werden Eltern in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht zu ihren Kindern und deren Befindlichkeit befragt; mögliche Unterstützungsmöglichkeiten werden nicht selbstverständlich angesprochen.

Tab. 1: Psychosoziale Risikofaktoren in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, nach [7, 8]

Sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte wie Armut, unzureichende Wohnverhältnisse, soziale Randständigkeit oder kulturelle Diskriminierung der Familie
Niedriger Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus der Eltern
Arbeitslosigkeit
Häufigere Trennung oder Scheidung der Eltern
Der Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils
Häufiger Dysharmonie und Konflikte in der elterlichen Beziehung
Zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch

Gezielt in die Behandlung eingeschlossen werden die Kinder so gut wie nie. Oftmals wird das Versorgungssystem erst dann involviert, wenn sich bei ihnen bereits eigene psychische Störungen manifestiert haben oder Vernachlässigung bzw. Missbrauch auffällig geworden sind [1]. Im individuumszentrierten deutschen Gesundheitssystem mangelt es noch an familienorientierter Versorgung [6].

Dabei finden sich in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil häufiger psychosoziale Belastungsfaktoren, die auch die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Kinder deutlich erhöhen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über jene Risikofaktoren, denen betroffene Kinder vermehrt ausgesetzt sind. Erfolgt in diesen Fällen keine Unterstützung durch das weitere soziale Umfeld oder externe professionelle Hilfsangebote, ist das Risiko für eine maladaptive kindliche Entwicklung ausgesprochen hoch. Rund 50–60 % jener Kinder weisen psychische Auffälligkeiten auf [9, 10], 30–50 % eine eigene psychiatri-

sche Diagnose [2]. Schamgefühle seitens der Eltern, Bagatellisierungstendenzen, Angst vor Stigmatisierung oder die große Sorge vor negativen Konsequenzen wie beispielsweise dem Sorgerechtsentzug verhindern jedoch häufig, dass sich betroffene Eltern Außenstehenden anvertrauen und vorhandene Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

Dabei steht noch mehr als die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder auf dem Spiel: Elterliche Psychopathologie ist auch ein Risikofaktor für eine mangelhafte kognitive und soziale Entwicklung der Kinder und kann sich negativ auf deren Erwerb kommunikativer, sprachlicher und schriftsprachlicher Kompetenzen auswirken [11] sowie auch ihre körperliche Gesundheit gefährden [12].

Genetische Anlage und Umweltfaktoren

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann auf verschiedene Art und Weise

⁵ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg und Philipps-Universität, Marburg

² Center of Mind, Brain and Behavior, Philipps-Universität Marburg

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg und Philipps-Universität Marburg

⁴ Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt University of Applied Sciences

⁵ Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt

⁶ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen. Bei den meisten psychischen Störungen ist inzwischen davon auszugehen, dass erhöhte genetische Vulnerabilität eine Rolle hinsichtlich des Auftretens und der transgenerationalen Weitergabe spielt. Bei Angst- und depressiven Störungen etwa wird eine Varianzaufklärung durch genetische Faktoren von 30–40 % angenommen [2], bei bipolaren Störungen und der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beträgt die Heritabilität 60–80 %, bei Schizophrenie sogar 73–90 % [13]. Auch für substanzbezogene Störungen wie Alkoholabhängigkeit und Drogenmissbrauch ist eine ausgeprägte genetische Komponente belegt [7]. Dabei muss beachtet werden, dass bei den Kindern erkrankter Eltern nicht nur das spezifische Risiko für die gleiche Erkrankung deutlich erhöht ist, sondern auch das allgemeine Risiko für psychische Erkrankungen insgesamt.

Auch Umweltfaktoren spielen in der Störungsentwicklung eine wichtige Rolle. Als zusätzliche Belastung können der elterliche Umgang mit den Kindern sowie das Erziehungsverhalten krankheitsbedingt beeinträchtigt sein. Bereits pränatale Einflussfaktoren wie Rauchen oder Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft sowie auch maternale emotionale Belastungen und Stress können zu erhöhter Erregbarkeit und Regulationsstörungen im Säuglingsalter führen und langfristig zur Entstehung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder beitragen [13, 14]. Auch im weiteren Verlauf spielt das elterliche Verhalten eine entscheidende Rolle hinsichtlich einer möglichen pathologischen Entwicklung des Kindes. Seine Umwelt ist maßgeblich bestimmt durch die Familie, in der es aufwächst; in diesem Rahmen sollen Grundbedürfnisse befriedigt und Unterstützung bei der Bewältigung verschiedener Entwicklungs Herausforderungen gegeben werden. Kinder psychisch kranker Eltern sind jedoch mitunter Lebensbedingungen ausgesetzt, die eine gesunde Entwicklung deutlich erschweren oder gar unmöglich machen (Tabelle 2).

Die Genese einer psychischen Störung hängt somit sowohl von genetischen als auch von psychosozialen Faktoren ab. Dass in Familien mit psychisch kranken El-

tern in beiden Bereichen häufig Belastungen bestehen, bietet einen Erklärungsansatz für die familiäre Transmission psychischer Störungen, oft auch über mehrere Generationen hinweg. Gleichzeitig zeigt das Zusammenspiel von erblichen und Umweltfaktoren aber auch die Chance auf, die sich hier für präventive und therapeutische Ansätze bietet: Vulnerabilität-Stress-Modelle verdeutlichen, dass insbesondere für Menschen mit hoher erblich bedingter Verletzlichkeit Umwelteinflüsse besonders wichtig sind, im Positiven wie auch im Negativen. Andersherum kann eine günstige genetische Ausstattung dafür sorgen, dass sich belastende Lebensereignisse nicht pathogen auswirken.

Prävention und professionelle Hilfe darf keine Ausnahmeerscheinung sein

Eine gezielte Unterstützung und Einflussnahme zugunsten der Kinder ist also durchaus möglich, doch wie lässt sich nun am wirkungsvollsten helfen? Die Resilienzforschung, die sich mit der Identifikation von Schutzfaktoren befasst, beschreibt u. a. interaktionelle Aspekte, die

eine besonders protektive Wirkung entfalten können, wie beispielsweise Ressourcen des sozialen Netzwerkes (Gleichaltrige, Schule und andere Institutionen), viel Aufmerksamkeit seitens der Umwelt und eine dem Alter des Kindes angemessene Aufklärung über die elterliche Erkrankung [15, 16]. Ein wachsame Umfeld, die Informationsvermittlung und Unterstützung von professioneller Seite sind demnach von großer Bedeutung, doch muss der richtige Kontakt erst einmal geknüpft werden. Häufig sind Kinder- oder Hausärzte die ersten, wenn nicht sogar die einzigen Fachpersonen, die von den Eltern auch aufgrund psychischer oder Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder konsultiert werden oder diese selbst feststellen. Aus den zuvor beschriebenen Gründen fallen Kinder psychisch kranker Eltern aber noch viel zu häufig durch das Versorgungsnetz. Insbesondere schwer beeinträchtigte Erwachsene nehmen Hilfsangebote oft nicht wahr, obgleich sie sich durchaus Unterstützung für ihre Kinder wünschen [17]. Ängste vor der institutionalisierten Jugendhilfe, antizipierte negative Reaktionen des sozialen Umfelds und nicht zuletzt die „Komm-Struktur“ der öffentli-

Tab. 2: Häufige Problemstellungen Kinder psychisch kranker Eltern, modifiziert nach [3, 15]

Desorientierung und Verängstigung der Kinder, da sie die Probleme des erkrankten Elternteils nicht einordnen können.

Gefühl, an den psychischen Problemen der Eltern Schuld zu sein.

Tabuisierung und Gefühl, über die Probleme des kranken Elternteils nicht außerhalb der Familie reden zu dürfen.

Isolation des Kindes, da es niemanden hat, mit dem es über die Probleme zu Hause sprechen kann.

Betreuungsdefizit, da der erkrankte Elternteil zu sehr mit sich selbst beschäftigt ist bzw. der nicht erkrankte Elternteil viel Zeit in die Versorgung des erkrankten Elternteils investieren muss.

Zusätzliche zeitliche Belastungen entstehen, z. B. durch stärkere Einbindung in die Haushaltsführung, wenn ein Elternteil in der Klinik ist; eigene Bedürfnisse müssen in den Hintergrund gestellt werden (weniger freie Zeit/Spielzeit).

Parentifizierung (z. B. Kind übernimmt psychische Stabilisierung der Eltern, Übernahme der Elternrolle gegenüber Geschwistern) und Verantwortungsübernahme für die Eltern und die gesamte Familie.

Erlebnisse von Abwertungen der Eltern und der eigenen Person durch außenstehende Personen und daraus resultierende Scham.

Loyalitätskonflikte innerhalb und außerhalb der Familie.



Grafik: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: Übersicht der an CHIMPS-NET teilnehmenden Zentren

chen Hilfsangebote können zu einer unüberwindbaren Schwelle für psychisch erkrankte Eltern werden [18]. Um die gefährdeten Familien tatsächlich zu erreichen und rechtzeitig Hilfsmaßnahmen etablieren zu können, bedarf es eines aktiveren Zugehens auf die Betroffenen und einer engen Vernetzung innerhalb der professionellen Hilfsstrukturen.

Wie kann geholfen werden?

Die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“, die vom Bundestag damit beauftragt wurde, Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus betroffenen Familien zu erarbeiten, forderte deswegen schon

2019 in ihrem Abschlussbericht eine bessere Vernetzung und Abstimmung unter den Leistungserbringern der Kassenversorgung und den Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe. Insbesondere Vertragsärzte und -psychotherapeuten seien „unverzichtbare Partner für die frühzeitige Erkennung von betroffenen Kindern“, welche bei der Behandlung der Kinder selbst oder auch eines Familienmitglieds geschehen könne [19].

Sie können Familien über externe Hilfsangebote informieren, wobei zunächst v. a. an die Strukturen des Jugendamtes zu denken ist. Zu den sogenannten Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII zählen ambulante Angebote wie Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer und sozialpädagogische Familienhilfe, aber auch (teil-)stationäre Angebote.

Störungsspezifische Hilfs- und Beratungsangebote können z. B. über die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (www.hls-online.org) oder das Bündnis gegen Depression (www.deutsche-depressionshilfe.de) im Internet eingesehen werden. Der Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (www.angehoerige-hessen.de) bietet übergreifend

telefonische und schriftliche Beratung an und hilft bei der Vermittlung lokaler Anlaufstellen. Hierzu zählt z. B. der bsj Marburg (www.bsj-marburg.de), der mit seinen beiden Projekten „Pegasus“ und „Auszeit“ Wochenendfreizeiten und regelmäßige Gruppenarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern aus dem Landkreis anbietet. Beim bundesweiten Mentoringprogramm „Balu und Du“ (www.balu-und-du.de) können Grundschulkinder einen eigenen Paten vermittelt bekommen, der dem Kind dann wöchentlich für Unterstützung und Freizeitaktivitäten zur Seite steht. Hilfsangebote gibt es also durchaus – sie müssen nur auch an Familien mit dem entsprechenden Bedarf herangetragen werden. Die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“ betont daher die Notwendigkeit gut zugänglicher und vernetzter Hilfen, vor allem auch eine engere Kooperation der stationären und ambulanten Versorgung sowie zwischen Behandlern von Erwachsenen und Kindern [19].

Um genau diese besser zu etablieren und die Auswirkungen davon auf die Entwicklung und psychische Gesundheit von Kindern zu evaluieren, werden verschiedene deutschlandweite multizentrische Studien durchgeführt, im Rahmen derer betroffene Familien Hilfe erhalten können. An der COMPARE-Studie (Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation) beispielsweise, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, nehmen deutschlandweit sieben verschiedene Zentren teil. Hier erhalten psychisch erkrankte Eltern entweder eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung oder zusätzlich noch ein gezieltes Elterntaining; der Effekt der unterschiedlichen elterlichen Behandlungen auf Eltern und Kinder wird kurz- und langfristig erfasst [20, 21]. Im CHIMPS-NET-Verbund (s. u.) wird eine passgenaue

Interessenkonflikt

Autorinnen und Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ (LÄKH)

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. 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.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Versorgung mit Prävention, Gruppenarbeit für Familien oder individueller familienorientierter Therapie angeboten. Der Verbund rekrutiert aktuell noch teilnehmende Familien, u. a. auch in Hessen.

CHIMPS-NET – Verbund für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern

Der CHIMPS-NET-Verbund (Children of mentally ill parents – network), gefördert vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), vernetzt unter der Konsortialführung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Koordinatorin Prof. Dr. Silke Wiegand-Greife) deutschlandweit an 21 Standorten Kliniken für (Erwachsenen-)Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, in Hessen sowohl in Marburg als auch in Frankfurt (Abb. 1). In dieser Studie werden vier sogenannte neue Versorgungsformen für Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert. Bei nachgewiesenem Erfolg könnten durch eine Einführung in der Regelversorgung künftig Lücken im bisherigen Angebot für betroffene Kinder und Jugendliche und deren Familien geschlossen werden.

Nach einer diagnostischen Eingangsuntersuchung aller Familienmitglieder wird der aktuelle Unterstützungsbedarf bestimmt und die Familie randomisiert einer Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeordnet. In der Interventionsbedingung erhalten die Familien je nach Belastungsgrad präventiv beratende Familiengespräche, ausführlichere familientherapeutische Sitzungen im Gruppensetting oder eine intensivere familienorientierte

Kurzzeittherapie mit Einzel- und Familiensitzungen. Als alternatives Angebot besteht mit dem Zusatzprojekt iCHIMPS (geleitet von der Universität Ulm) eine niedrigschwellige Online-Versorgung für Jugendliche zwischen 12–18 Jahren, die rund um die Uhr zur Verfügung steht und einen pseudonymisierten Zugang ermöglicht. Ein „eCoach“ begleitet die Jugendlichen durch das Programm und bietet Aufklärung und Unterstützung zur besonderen Lebenssituation mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Dies kann für Familien attraktiv sein, die wohnortbedingt keinen guten Zugang zu einer der anderen Versorgungsformen haben oder in denen die Eltern nicht selbst an einer Intervention teilnehmen wollen oder können. Für genauere Informationen und Details zum Forschungsdesign wird auf das Studienprotokoll verwiesen [22]. Ansprechpartner für interessierte Familien an den beiden Standorten in Hessen lassen sich dem Infokasten auf S. 626 entnehmen.

Als weiteres Angebot findet am Frankfurter Standort das von der Anna von Gierke-Stiftung geförderte Projekt CHIMPS-Gruppen statt. Hierbei handelt es sich um ein Gruppenangebot für Kinder von 8 bis 13 Jahren und Jugendliche von 14 bis 18 Jahren zur präventiven Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil. Die Gruppen dienen dem sozialen Austausch zwischen betroffenen Kindern und Jugendlichen und sollen eine Unterstützung in der Kommunikation über die Erkrankung der Eltern darstellen und somit der Verbesserung der Familienbeziehungen dienen. Die Eltern werden in einem Familiensetting zu Beginn und zum Ende der Gruppentherapie involviert.

Fazit

In Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, benötigen nicht nur die Eltern Hilfe. Um einer eigenen Erkrankung der Kinder vorzubeugen, Chronifizierungen zu verhindern und transgenerationale Transmissionsketten psychischer Störungen zu unterbrechen, müssen betroffene Eltern standardmäßig auch zu ihren Kindern befragt werden und diesen rechtzeitig Informationen, Unterstützung und ggf. eine eigene Behandlung zur Verfügung gestellt werden. Dabei gilt es nicht abzuwarten, bis hilfebedürftige Familien selbst Rat suchen. Es ist im Gegenteil erforderlich, aktiv auf diese Familien zuzugehen und sie auf ihrem Weg zu verschiedenen Hilfsangeboten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems zu begleiten.



Foto: privat

Ansprechpartnerin für die Autoren:

Emilia Geiger – Psychologin (M. Sc.), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der CHIMPS-NET-Studie an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin. E-Mail: chimps@med.uni-marburg.de

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

Ansprechpartner für die Studie CHIMPS-NET

Standort Marburg:

Universitätsklinikum Marburg (UKGM)
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Principal Investigator:
Prof. Dr. Katja Becker
Ansprechpartnerin: Doreen Blume
Fon: 06421 58 61277
E-Mail: chimps@med.uni-marburg.de

Standort Frankfurt:

Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Principal Investigator:
Prof. Dr. Andreas Reif
Ansprechpartnerin: Larissa Lorey
(CHIMPS-NET und CHIMPS-Gruppen)
Fon: 069 6301 83783
E-Mail: Larissa.Lorey@kgu.de

CHIMPS-NET im Internet:

<https://www.chimpsnet.org/>

iCHIMPS im Internet:

<https://esano.klips-ulm.de/de/trainings/fur-jugendliche/ichimps/>

CHIMPS-Gruppen im Internet:

https://avg-stiftung.org/die_stiftung/

Literatur zum Artikel:

Kinder psychisch kranker Eltern

Ausbau der Versorgung einer oft vergessenen Risikogruppe

von Emilia Geiger, Doreen Blume, Prof. Dr. rer. nat. Stephanie Mehl, Larissa Lorey, Prof. Dr. med. Andreas Reif,

Dr. phil. Joana Taczkowski, Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Greife, Prof. Dr. med. Katja Becker

- [1] Grube, M. & Dorn, A. (2007). Parenthood and mental illness. *Psychiatrische Praxis*, 34 (2), 66–71.
- [2] Schneider, S. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter (S. 843–853). Springer.
- [3] Wiegand-Greife, S. & Petermann, F. (2016). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (2), 63–67.
- [4] Wiegand-Greife, S., Geers, P., Plass, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, 18 (2), 111–121.
- [5] Wiegand-Greife, S., Sell, M., Filter, B. & Plass-Christl, A. (2019). Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (7), 1278.
- [6] Wiegand-Greife, S. & Taczkowski, J. (2021). Familie mitdenken – Plädoyer für eine Reform zur Familienmedizin und -psychologie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 22 (01), 19–24.
- [7] Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), 413–418.
- [8] Ihle, W., Esser, G., Martin, M. H., Blanz, B., Reis, O. & Meyer-Probst, B. (2001). Prevalence, Course, and Risk Factors for Mental Disorders in Young Adults and Their Parents in East and West Germany. *American Behavioral Scientist*, 44 (11), 1918–1936.
- [9] Wiegand-Greife, S., Geers, P., Rosenthal, S. & Plass, A. (2009). Kinder psychisch kranker Eltern – Risiko, Resilienz und Prävention. *Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde*, 31 (4), 161–168.
- [10] Sell, M., Barkmann, C., Adema, B., Daubmann, A., Kilian, R., Stiawa, M., Busmann, M., Winter, S., Lambert, M., Wegscheider, K. & Wiegand-Greife, S. (2021). Associations of Family Functioning and Social Support With Psychopathology in Children of Mentally Ill Parents: Multilevel Analyses From Different Rating Perspectives. *Frontiers in Psychology*, 12, 705400.
- [11] Mensah, F. K. & Kiernan, K. E. (2010). Parents' mental health and children's cognitive and social development. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 45, 1023–1035.
- [12] Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1001–1008.
- [13] Wiegand-Greife, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). Kinder und ihre psychisch kranken Eltern: Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Hogrefe.
- [14] Becker, K. & Laucht, M. (2013). Risikofaktoren in der kindlichen Entwicklung – Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 10, 391–394.
- [15] Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hrsg.). (2008). *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker*. Balance Buch & Medien.
- [16] Becker, K. & Laucht, M. (2013). Schutzfaktoren und Resilienz in der kindlichen Entwicklung. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 11, 432–434.
- [17] Loch, U. (2014). *Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern – Ethnografie im Jugendamt*. Beltz Juventa.
- [18] Kölch, M. (2009). *Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern (Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung)*. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. Abgerufen am 16.09.2021 von https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Expertisenband_Kap_4_2_Koelch_LK_AK_P.pdf
- [19] AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2020). *Abschlussbericht Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern*. Ab-

gerufen am 16.09.2021 von <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf>

- [20] Christiansen, H., Reck, C., Zietlow, A., Otto, K., Steinmayr, R., Wirthwein, L., Weigelt, S., Stark, R., Ebert, D., Buntrock, C., Krisam, J., Klose, C., Kieser, M. & Schwenck, C. (2019). Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation (COMPARE): Design and Methods of a Randomized Controlled Multicenter Study-Part I. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 128.
- [21] Stracke, M., Gilbert, K., Kieser, M., Klose, C., Krisam, J., Ebert, D., Buntrock, C. & Christiansen, H. (2019). COMPARE Family (Children of Mentally Ill Parents at Risk Evaluation): A Study Protocol for a Preventive Intervention for Children of Mentally Ill Parents (Triple P, Evidence-Based Program That Enhances Parentings Skills, in Addition to Gold-Standard CBT With the Mentally Ill Parent) in a Multicenter RCT-Part II. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 54.
- [22] Wiegand-Grefe, S., Taczkowski, J., Leidger, A., Branzke, A., Adema, B., Meyer, A., Hot, A., Daubmann, A., Zapf, A., Kilian, R., Becker, T., Gallinat, J., Karow, A., Zeidler, J., von der Schulenburg, M., Dirmaier, J., Pawils, S., Taubner, S., Willms, G., Goerres, B., Decarli, J., Sekler, J., Bender, S., Jessen, F., Siniatchkin, M., Driefßen, M., Kölch, M., Winter, S., Bempohl, F., Heinz, A., Flechtner, H., Frodl, T., Englert, E., Schlößer, R., Becker, K., Kircher, T., Reif, A., Leibing, E., Reich, G., Kis, B., Fleischhaker, C., Domschke, K., Noterdaeme, M., Schmauß, M., Jäger, M., Schulte-Körne, G., Weber, B., Renner, T., Fallgatter, A., Möhler, E., In-Albon, T., Brünger, M., Claus, S., Heinze, M., Burkhard, R., Klein, F., Kronmüller, K., Holtmann, M., Rummel-Kluge, C., Haase, C., Brooks, A., Born, S. & Baumeister, H. (in Vorbereitung). Evaluation of four tailored, need-adapted interventions for children and adolescents of mentally ill parents – research network (CHIMPS-NET): Study protocol for a randomized controlled multicenter trial. (in Vorbereitung).



Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) startete zum Quartalswechsel am 1. Oktober 2021. Für Arztpraxen, in denen die notwendigen technischen Voraussetzungen noch nicht zur Verfügung stehen, gilt allerdings eine Übergangsregelung.

eAU: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist da

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) startete am 1. Oktober 2021. Auf diesen Termin hatten sich die Selbstverwaltungspartner und das Bundesministerium für Gesundheit geeinigt. Für Arztpraxen, in denen die notwendigen technischen Voraussetzungen (siehe unten) noch nicht zur Verfügung stehen, gilt allerdings eine Übergangsregelung. Nach dieser kann bis zum 31. Dezember 2021 weiterhin das bisherige papierbasierte Verfahren („gelber Schein“, Muster 1) genutzt werden.

„Nutzung des Faxes bedenklich – eHBA eröffnet Alternative

Nach Ansicht des Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationssicherheit ist das Fax als unsicheres Kommunikationsmittel einzustufen. Da das Fax in den hessischen Arztpraxen noch vielfach verwendet wird, ist es ratsam, sich zeitnah über alternative Kommunikationsmittel zu informieren. Ein solche Alternativ ist KIM – Kommunikation im Medizinwesen, für deren Nutzung ein eHBA erforderlich ist. Weitere Informationen zu diesem Thema demnächst im Hessischen Ärzteblatt. (red)

Spätestens ab dem 1. Januar 2022 sind somit alle Arztpraxen und Krankenhäuser – letztere im Rahmen des Entlassmanagements – verpflichtet, jede ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch über das sichere Übermittlungsverfahren KIM (Kommunikation im Medizinwesen) der Telematikinfrastruktur (TI) an die jeweilige Krankenkasse der Versicherten zu übermitteln. Die Versicherten senden hingegen weiterhin einen Ausdruck der eAU an ihren Arbeitgeber. Ihnen ist daher verpflichtend ein Papierausdruck auszuhändigen. Bei diesem handelt es sich allerdings nicht mehr um das bisher genutzte Muster-1-Formular.

Trotz der bestehenden Übergangsregelung sollten die Ärztinnen und Ärzte die benötigten technischen Komponenten zeitnah bestellen, um die eAU frühzeitig in ihre Praxisabläufe zu integrieren, da am 1. Januar 2022 ebenfalls das E-Rezept verpflichtend startet.

Technische Voraussetzungen und das Verfahren

Unabhängigbar für die Übermittlung einer eAU an die Krankenkassen ist der Anschluss der Praxis an einen **KIM-Dienst**. Zudem ist ein Modul für das Praxisverwaltungs- bzw. Krankenhausinformationssystem erforderlich, über das die eAU ausge-

füllt, signiert, versendet und ausgedruckt werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifiziert diese Module der Praxisverwaltungssysteme und stellt eine Liste der bereits zertifizierten Systeme zur Verfügung.

Zur verpflichtenden rechtssicheren, qualifizierten elektronischen Signatur wird zudem benötigt:

- ein Konnektor mindestens der Produkttypversion 3 (eHealth-Konnektor) und
- ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) der Generation 2. Liegt ein eHBA aus technischen oder anderweitigen, von Ärztinnen und Ärzten unverschuldeten Gründen nicht vor, kann auch mit der SMC-B (Praxisausweis) signiert werden.

Der eHealth-Konnektor unterstützt die sogenannte **Stapelsignatur**. Mit dieser lassen sich mehrere Dokumente in einem Vorgang signieren, ohne für jedes einzelne Dokument erneut eine PIN eingeben zu müssen. Sämtliche an einem Tag ausgestellten eAUs können also gesammelt, als Stapel signiert und anschließend versendet werden.

Nutzen Praxen die Stapelsignatur und stellen eine technische Störung fest, die auch bis zum folgenden Werktag anhält, müssen sie die Papierbescheinigung selbst an die Krankenkasse übermitteln, da zu diesem Zeitpunkt der Patient die Praxis bereits wieder verlassen hat.

Um die **Komfortsignatur** nutzen zu können, ist ein PTV4+-Konnektor erforderlich, den inzwischen alle drei Konnektoranbieter bereitstellen.

Mit der Komfortsignatur können für einen Zeitraum von 24 Stunden bis zu 250 Signaturen ohne weitere PIN-Eingabe durch eine einfache Bestätigung (bspw. Mausklick im Primärsystem) ausgelöst werden. Damit können eAUs unmittelbar nach ihrer Ausstellung signiert und versendet werden. Dies vereinfacht die Prozesse – vor allem, wenn bei dem Versand der eAU technische Störungen auftreten. Im Vergleich zur Stapelsignatur lassen sich bei der Komfortsignatur eventuelle Störungen unmittelbar erkennen. Dann greift ein Ersatzverfahren, bei dem Ärztinnen und Ärzte den Versicherten – wie bisher – einen Ausdruck der Krankenschreibung für die Krankenkasse mitgeben.

Auf absehbare Zeit gibt es keine mobile Zugangsmöglichkeit für Ärztinnen und Ärzte in die TI. Die PVS-Module ermögli-

chen deshalb, „leere“ eAU-Ausdrucke vor einem Hausbesuch zu erzeugen. Ärztinnen und Ärzte unterschreiben diese handschriftlich und versenden die eAU im Nachgang – elektronisch signiert – über ihr Praxisverwaltungssystem. Gemäß den geltenden Regelungen ist dies bis zum nachfolgenden Werktag möglich. Alternativ kann die eAU auch gänzlich nachgelagert in der Praxis erstellt werden. Anschließend ist dann allerdings ein postalischer Versand zweier unterschriebener Ausdrucke an die Patienten notwendig.

Vergütungsregelungen

Für den zur Übermittlung der eAU notwendigen KIM-Dienst erhalten Praxen eine einmalige Einrichtungspauschale von 100 Euro sowie eine Betriebskostenpauschale von 23,40 Euro (pro Quartal je Praxis) von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH). Für den eHBA gilt die Pauschale für die TI-Grundausrüstung von

11,63 Euro pro Quartal und Ärztin/Arzt. Im Rahmen der verpflichtenden Grundausstattung mit den Komponenten für die elektronische Patientenakte wird das Konnektor-Update zudem einmalig mit 400 Euro pauschal vergütet.

Weiterentwicklung

Das beschriebene Verfahren wird bis zum 1. Juli 2022 weiterentwickelt. Ab diesem Zeitpunkt übermittelt die Arztpraxis zwei Ausführungen der eAU an die Krankenkasse: eine für die Krankenkasse und eine für den Arbeitgeber. Der Arbeitgeber ruft diese bei den Krankenkassen seiner Mitarbeiter ab, sobald sich diese krankgemeldet haben. Eine Weiterleitung durch die Versicherten an Arbeitgeber und Krankenkasse erfolgt dann nicht mehr. Auf Wunsch erhalten Versicherte einen Ausdruck der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Bundesärztekammer

Qualitätskonferenz zur onkologischen Versorgung von ZNS-Tumoren in Hessen – Jetzt anmelden

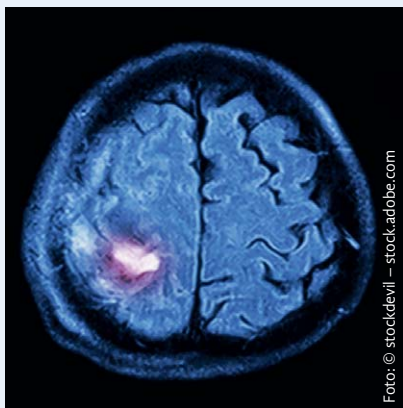


Foto: © stockdevil – stock.adobe.com



Hessisches Krebsregister

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gliomen“ (PD Dr. med. Marie-Thérèse Forster, Uniklinik Frankfurt)

- Ort:** Online-Veranstaltung
- Veranstalter:** Hessisches Krebsregister (HKR)
- Wiss. Leitung:** Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner, HKR
- Anmeldung:** www.hessisches-krebsregister.de → Über uns → Veranstaltungen

Kostenfrei. Die Zertifizierung als ärztliche Fortbildung ist beantragt. Der QR-Code führt zu weiteren Informationen und direkt zur Website des Hessischen Krebsregisters.



- Termin:** Mi, 15.12.2021, 16–17.30 Uhr
- Themen:**
 - Onkologische Versorgung von ZNS-Tumoren in Hessen (Hessisches Krebsregister)
 - Medizinischer Fachvortrag: „Status quo der

Ärztekammer Bremen hat neuen Präsidenten



Fotos: Ärztekammer Bremen

Dr. med. Johannes Grundmann (Foto links), hausärztlich tätiger Internist, wurde zum neuen Präsidenten der Ärztekammer Bremen gewählt. Er hatte lange das Amt des Vizepräsidenten inne. Die Neuwahl war durch den Tod der Präsidentin Dr. med. Heidrun Gitter im März notwendig geworden (Nachruf siehe HÄBL 05/2021, S. 311). Grundmann (Neue Hausarztliste) trat ohne Gegenkandidaten an und wurde im 1. Wahlgang mit allen Stimmen der anwesenden zwanzig Delegierten gewählt. Damit musste auch das Amt des Vizepräsidenten neu besetzt werden. Einzige Bewerberin war die Internistin und Rheumatologin Christina Hillebrecht, Marburger Bund, Foto rechts. (red)



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

Interdisziplinäres Forum Frankfurt: Lungen- und Bronchialheilkunde **Sa., 27. November 2021**
Leitung: Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt
Gebühr: 50 € (Akademiestatistiker kostenfrei) mit DMP-Nachweis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG)
Termin: **Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2021** 12 P
Gebühr: auf Anfrage
Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@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 3 & 4: **Mi., 30. März 2022**
Gesamtleitung: Dr. med. Michael Eckhard, Gießen
Gebühr: auf Anfrage

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

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe (ehem. BUB-Kurs). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e. V. (GSMH).

Teil 1: **Fr., 18.–Sa., 19. März 2022**
Teil 2: **Fr., 25.–Sa., 26. März 2022**
Teil 3 – Praktikum: **Fr., 01. April 2022**
Gebühr: auf Anfrage
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schulz, Dipl.-Psych. M. Specht, Prof. Dr. med. B. Stuck

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

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

Verkehrsmedizinische Begutachtung

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS) – Modul 3 – Aufbaukurs ABS

Mo., 14.–Fr., 18. März 2022
Leitung: Prof. Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Mi., 16. März 2022
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher **Mi., 30. März 2022**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mittwoch, 01. Dezember 2021

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)
zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

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

Leitung: D. Albert, D. Ziedorn, Gießen

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

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 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Fr., 05. November 2021

Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)
Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Aktualisierungskurs

Sa., 20. November 2021

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Ort: auf Anfrage

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

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

Notfall- und Intensivmedizin

46. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar

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

Mo., 25.–Fr., 29. April 2022

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

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 04.–Sa., 06. November 2021 30 P

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

Gebühr: 450 € (Akademiestatistiker 405 €)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo., 07.–Fr., 11. Februar 2022

Leitung: J. Blau, Hofheim

Gebühr: 800 € (Akademiestatistiker 720 €)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 13. November 2021

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter

Ort: Kassel, Landesfeuerwehrschule

Gebühr: 290 € (Akademiestatistiker 261 €)

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 24. November 2021 8 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Seminar Leitender Notarzt

Blended Learning-Veranstaltung

Präsenzphase: **Do., 31. März–Sa., 02. April 2022**

Telelernphase: 01.–30. März 2022

Gebühr: 800 € (Akademiestatistiker 720 €)

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter

Ort: Kassel, Feuerwache I

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

Rechtsmedizin

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

Fallbesprechung: **Mi., 10. November 2021**

Gebühr: 80 € (Akademiestatistiker 72 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt

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

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

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren

Arterien und Venen Fr., 19.–Sa. 20. November 2021

Gebühr: 430 € (Akademiestatistiker 387 €)

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,

für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Grundkurs: Fr., 21.–Sa., 22. Januar 2022

Gebühr: auf Anfrage

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,

für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse II Sa., 27. November 2021

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

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 280 € (Akademiestatistiker 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

Geriatrische Grundversorgung

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

Block Ib: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021 32 P

Gebühr: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)

Block II: Mi., 02.–Sa., 05. Februar 2022

Gebühr: auf Anfrage

Ort: Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt

PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

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

Ernährungsmedizin

Teil 4 - Block 5A: Fr., 28.– Sa., 29. Januar 2022

Teil 5 - Block 5B: Fr., 18.– Sa., 19. Februar 2022

Teil 6 - Block 5c + 6: Fr., 18.–Sa., 19. März 2022

Abschlussprüfung: Mi., 30. März 2022

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

Dr. med. K. Winckler

Gebühren: Teil 4: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Teil 5+6: 950 € (Akademiestatistiker 855 €)

inkl. Zwischen- und Abschlussprüfung

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@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., 10. November 2021 6 P

Mi., 15. Dezember 2021 6 P

Leitung: Dr. med. A. Rauch

Gebühr: je 130 € (Akademiestatistiker 117 €)

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot
Do., 18.–Fr., 19. November 2021 16 P

(Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Di., 22.–Mi., 23. Februar 2022

Gebühr: auf Anfrage

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).

Theoretischer Teil: Mo., 07.– Mi., 09. März 2022 32 P

Beginn Telelernphase: 07. Februar 2022

Gebühr: auf Anfrage

Kriseninterventionsseminar: Mi., 19. Mai od. Mi., 14. Juli 2022

Gebühr: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt

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

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

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Suchtmedizin

Ärztliche begleitete Tabakentwöhnung

Module 1–6: Fr., 03. Dezember 2021

Gebühr: 360 (Akademiestatistiker 324 €)

Modul 7: Sa., 04. Dezember 2021

Gebühr: 180 (Akademiestatistiker 162 €)

Leitung: Prof. Dr. S. Andreas, Kassel

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin/Chirotherapie

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

Grundkurs:

Modul I: Do., 27.–Sa., 29. Januar 2022

Telearnphase: 27.12.2021–29.01.2022

Modul II: Do., 03.–Sa., 05. Februar 2022

Telearnphase: 03.01.–05.02.2022

Modul III: Do., 05.–Sa., 07. Mai 2022

Telearnphase: 05.04.–07.05.2022

Modul IV: Do., 12.–Sa., 14. Mai 2022

Telearnphase: 12.04.–14.05.2022

Gebühren: auf Anfrage

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Weitere Kurse in Planung; bitte beachten Sie die Hinweise unter www.akademie-laekh.de.

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C: Sa., 05. Februar 2022

Leitung: Prof. Dr. med. Bösner, Marburg

Gebühr: auf Anfrage

Kurs A: Di., 17.–Mi., 18. Mai 2022

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

Gebühr: auf Anfrage

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 17.–Sa., 18. Dezember 2021

Gebühren: 260 € (Akademiemitgl. 234 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

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

Repetitorium Neurologie

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

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

Bewegungsstörungen, Erkrankungen von Rückenmarks- und Nervenwurzel, Störungen des Bewusstseins, Neuroinfektiologie, Neuroradiologie: Grundlagen und Indikation

Gebühr: 180 € (Akademiemitgl. 162 €)

Modul III Di., 21.–Mi., 22. Februar 2022

Schwindel und Synkopen, Demenzielle Syndrome, Immunerkrankungen des ZNS, Somatisierungsstörungen
Liquordiagnostik

Gebühr: auf Anfrage

Modul IV Fr., 27.–Sa., 28. Mai 2022

Peripheres Nervensystem, Muskelerkrankungen und ALS, Kopf- u. Gesichtsschmerz, Neuroonkologie, Elektrophysiologie, Neurologische Probleme während der Schwangerschaft

Gebühr: auf Anfrage

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

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G9-G10 Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

G1-G2 Fr., 07.–Sa., 08. Januar 2022

G11-G12 Fr., 21.–Sa., 22. Januar 2022

G13-G14 Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022

G3-G4 Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022

G5-G6 Fr., 11.–Sa., 12. März 2022

G15 Sa., 12. März 2022

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP Fr., 03.–Sa., 04. Dezember 2021

GP Fr., 21.–Sa., 22. Januar 2022

Leitung: H. Luxenburger, München

Gebühren: auf Anfrage

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 25.–Sa., 30. April 2022

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
Gebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
 Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 Mo., 15.–Fr., 19. November 2021 40 P
Gebühr: 840 € (Akademiestudenten 756 €)
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Kurs-Weiterbildung Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021 40 P
Gebühr: 740 € (Akademiestudenten 666 €)
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Fallseminar Modul 1 Di., 08.–Sa., 12. März 2022
Leitung: C. Riffel, Darmstadt
Fallseminar Modul 2 Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022
Leitung: M.-S. Jost, Kassel
Gebühren: auf Anfrage

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

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul VII: Mo., 07.–Fr., 11. Februar 2022
Modul VIII: Mo., 14.–Fr., 18. Februar 2022
Modul I: Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022
Modul II: Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022
Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@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 € (Akademiestudenten 495 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
 E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Block 1 Fr., 14.–Sa., 15. Januar 2022
Block 2 Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022
Block 3 Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022
Block 4 Fr., 25.–Sa., 26. März 2022
Gebühren: auf Anfrage
Gesamtleitung: D. Paul, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
 E-Mail: caroline.winkler@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 40 P
 Beginn der Telelernphase: 11.10.2021
Block IIa: Mi., 23.–Fr., 25. Februar 2022 24 P
Block IIb: Mi., 22.–Sa., 25. Juni 2022 32 P
 Die Blöcke IIa und IIb können nur gemeinsam gebucht werden.

Gebühren: Block I: 990 € (Akademiestudent 891 €)
 Block IIa+IIb: 770 €
 (Akademiestudent 693 €)
Leitung: N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt

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 II Fr., 05.–Sa., 06. November 2021 20 P
 Schmerzhaftes 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 € (Akademiestudent 270 €)

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

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

Arbeitsmedizin

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

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

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

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

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

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

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 VI: **Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021** **16 P**
(Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

Block I: **Fr., 14.–Sa., 15. Januar 2022** **16 P**

Block II: **Fr., 01.–Sa., 02. April 2022** **16 P**

Block III: **Fr., 01.–Sa., 02. Juli 2022** **16 P**

Block IV: **Fr., 07.–Sa., 08. Oktober 2022** **16 P**

Block V: **Fr., 11.–Sa., 12. November 2022** **16 P**

Block VI: **Fr., 16.–Sa., 17. Dezember 2022** **16 P**

Gebühren: auf Anfrage

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

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

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

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Zur Vorbereitung auf die Winterprüfung!

Abrechnung EBM (PVK 1) – Inhalte:

- Formularwesen: Ausstellen von Überweisungen, Rezepten und AUs sowie Erläuterungen zu weiteren ausgewählten Formularen in der GKV
- Abrechnung EBM: „Allgemeine Bestimmungen“ und Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM

Termin (PVK 1_6): Sa., 20.11.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: € 90

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3) – Inhalte:

- Vorbereitung auf die Prüfungssituation
- Exemplarische Simulation der Prüfungssituation – Übungen im Rollenspiel.
- Zusätzlich: Möglichkeit, unter fachlicher Beratung verschiedene praktische Übungen durchzuführen.

Termin (PVK 3_16): Mi., 22.12.2021, 09:30–17:45 Uhr oder

Gebühr: € 100

NEU: Wundversorgung (PVK 8) – Inhalte:

- Verbandmaterialien- und -techniken
– Vor- und Nachbereitung chirurgischer Eingriffe
– Maßnahmen der Patientenvorbereitung
- Aufbereitung der Medizinprodukte
- Abfallbeseitigung | • Kommunikationstraining

Termin (PVK 8): Sa., 18.12.2021, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: € 100

NEU: Punktionen und Labor (PVK 9) – Inhalte:

- Kapillarblutentnahme und patientennahe Sofortdiagnostik
- Venenpunktion und Versand von medizinischem Untersuchungsmaterial
- Injektion • Infusionen | • Urinuntersuchungen (keine mikroskopischen Untersuchungen)

Termin (PVK 9): Sa., 08.01.2022, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: € 100

NEU: Diagnostik und Notfallmaßnahmen (PVK 10)

Inhalte:

- BMI: Beobachtung des Ernährungszustandes, Errechnen des BMI sowie Wiegen und Messen
- Puls- und Blutdruck-Messungen
- EKG und Lungenfunktion: Untersuchungsmethoden (nicht invasiv)
- Notfallsausrüstung | • Stabile Seitenlage/Reanimationsübung
- Praktische Übungen

Termin (PVK 10): Sa., 11.12.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: € 100

Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden*

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei Aufgaben der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen übernehmen.

Termin (ERM): Interessentenliste

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

Zusätzlich sind die Fortbildungen PAT 1 und PAT 2 (siehe *) zu belegen.

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

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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden*

Inhalte:

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

Termin (NP): Interessentenliste

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

Zusätzlich sind die Fortbildungen PAT 1 und PAT 2 (siehe *) zu belegen.

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

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

Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Inhalte:

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements.

Die Teilnehmer/-innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von 10 Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmer/-innen selbstständig erarbeitet wird. Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine (IMP): Interessentenliste

Gebühr: 420,00 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180



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

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 (FAW): 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

* Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte:

- Techniken der Kommunikation
- Gesprächsführung, insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen
- Telefonkommunikation | • Konfliktlösungsstrategien
- Auseinandersetzung mit der Berufsrolle

Termin (PAT 1): Interessentenliste

Gebühr: 100 €

* Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte:

- Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Motivierung von Patienten und betreuenden Personen zur Mitwirkung
- Besonderheiten spezifischer Patientengruppen
- Einschätzung des sozialen Umfeldes

Termin (PAT 2): Interessentenliste

Gebühr: 100 €

Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, 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/. Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.

Bleiben Sie auf dem Laufenden und abonnieren Sie den Newsletter der Landesärztekammer!
www.laekh.de/newsletteranmeldung



ALLGEMEINE HINWEISE

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

Carl-Oelemann-Schule | Carl-Oelemann-Weg 5 | 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

Neuer Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde am Klinikum Frankfurt Höchst ist **Prof. Dr. med. Urs Voßmerbäumer** (Foto), bisher Geschäftsführender



Foto: Klinikum Höchst

Oberarzt der Universitätsaugenklinik Mainz. Er tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Claus Eckardt** an, der kürzlich in den Ruhestand eingetreten ist. Voßmerbäumers Schwerpunkte sind die komplexe Linsen- und Glaskörperchirurgie sowie die rekonstruktive Chirurgie intraokular.

Nach 18 Jahren als Direktor der Klinik für Gefäßmedizin im Fachbereich Angiologie am Klinikum Darmstadt ist **Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs** (Foto oben) in den Ruhestand gegangen. Künftig will er sich verstärkt der wissenschaftlichen Arbeit widmen. Am Klinikum Darmstadt hat außerdem **Dr. med.**



Foto: Klinikum Darmstadt

Corrado Parodi (Foto unten) die Leitung der Sektion Plastisch-Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie in der Chirurgischen Klinik II für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie übernommen. Zuletzt war er als Oberarzt am Sana



Foto: Klinikum Darmstadt

Klinikum Offenbach in der Abteilung für Plastische Chirurgie und im Zentrum für Schwerbrandverletzte tätig.

PD Dr. med. Carsten Dalchow (Foto), Chefarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, bleibt Ärztlicher Direktor des Klinikums Frankfurt Höchst. Er wurde jüngst von den Chefarzten des Klinikums als Leiter der Ärzte wiedergewählt. Als Stellvertreter wurden **Prof. Dr. med. Hendrik Manner**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, sowie **PD Dr. med. Martin Barth**, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie, bestimmt.



Foto: Klinikum Höchst

Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer (Foto) wurde vom Vorstand der Deutschen Herzstiftung e. V. zum neuen Vorstandsvorsitzenden der Stiftung gewählt. Der Kardiologe und Ärztlicher Direktor des Agaplesion Bethanien-Krankenhauses in Frankfurt am Main löst damit **Prof. Dr. med. Dietrich Andresen** (Berlin) ab. Die Deutsche Herzstiftung ist mit über 100.000 Mitgliedern die größte Patientenorganisation auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen im deutschsprachigen Raum.



Foto: Deutsche Herzstiftung

Das Dekanat des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen teilt mit, dass **Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner** vom Fachbereichsrat Medizin für eine weitere Amtsperiode als hauptamtlicher Dekan wiedergewählt worden ist, die am 1. Oktober beginnt. Weidner hat das Amt seit 1. Oktober 2018 inne. Vom 1. Oktober 2006 bis 30. September 2009 war er ebenfalls als Dekan im Nebenamt tätig.



Foto: FB Medizin JLU Gießen

Prof. Dr. med. Jan-Henning Klusmann (rechts) hat die Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Uniklinikum Frankfurt übernommen. Zuletzt war er am Uniklinikum Halle (Saale) als Direktor der Kinderklinik tätig. Sein Schwerpunkt liegt auf der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie, den er nun weiter ausbauen will. Klusmann ist Spezialist für Leukämien. Seine klinischen Schwerpunkte sind deren Diagnostik und Behandlung, inkl. Knochenmarktransplantation. Der bisherige Direktor **Prof. Dr. med. Thomas Klingebiel** ist in den Ruhestand getreten.



Foto: Uniklinikum Frankfurt

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

Goldenes Doktorjubiläum

Einladung zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie ein für
Samstag, 27. November 2021, Beginn: 9 Uhr s. t.
Stadhalle Friedberg, Am Seebach 2, 61169 Friedberg

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 10. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 27. März 2021**
4. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
5. **Jahresabschluss 2020**
 - a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
 - b) Bericht des Vorsitzenden des Ausschusses „Hilfsfonds“
 - c) Bericht der Wirtschaftsprüfer
 - d) Ergebnisverwendung und Feststellung des Jahresabschlusses
 - e) Entlastung des Präsidiums
 - f) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlüsse 2021 und 2022
6. **Haushaltsplan 2022 und Änderung haushaltsrelevanter Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
 - a) Haushaltsplan 2022
 - b) Beitragsordnung
 - c) Kostensatzung
 - d) Entschädigungsreglung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes
7. **Versorgungswerk**
 - a) Bericht des Vorsitzenden/der Stv. Vorsitzenden des Vorstandes
 - b) Jahresabschluss 2020
 - c) Erhöhung der Renten zum 01.01.2022, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
 - d) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2021
8. **Änderungen weiterer Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
 - a) Hauptsatzung und Satzung zur Auflösung des Hilfsfonds
 - b) Geschäftsordnung
 - c) Berufsordnung
 - d) Satzung der Ethik-Kommission
9. **Wahl der Abgeordneten zum 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen**
10. **Sachstandsbericht der AG Klimaschutz**
11. **Nachwahl**

Vorsitzende und Stv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
12. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
13. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Das Präsidium behält sich aufgrund der weiterhin bestehenden pandemischen Lage auch kurzfristig vor, den Veranstaltungsort und ggf. den Beginn der Delegiertenversammlung zu ändern bzw. die Delegiertenversammlung rein digital (§ 18a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Hessisches Heilberufsgesetz) durchzuführen. Aktuelle Informationen hierzu finden Sie unter: <https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung/>.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Frankfurt am Main, 06.10.2021

Bezirksärztekammer Darmstadt

Abgeordnete zum 125. Deutschen Ärztetag

vom 1.–2. November 2021 (Hybrid-Veranstaltung) in Berlin

Die Delegiertenversammlung hat im Rahmen des § 18a Abs. 1 Nr. 2 Alt. 2 Heilberufsgesetz folgende Abgeordnete zum 125. Deutschen Ärztetag 2021 in Berlin vom 01.–02.11.2021 (Hybrid-Veranstaltung) zur Entsendung gewählt:

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

Bezirksärztekammer Marburg

Dr. Regine Held in Vorstand der BÄK gewählt

Im Nachgang des virtuell durchgeführten 124. Deutschen Ärztetages wurde Dr. med. Regine Held (Foto) neu als „weiteres Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK)“ gewählt. Die niedergelassene HNO-Ärztin will sich für familienfreundliche Arbeitsbedingungen, strukturierte Weiterbildung auch in Teilzeit sowie eine konstruktiv wie gleichwohl kritisch begleitete Digitalisierung einsetzen. Held war von

2017 bis zu ihrem Rücktritt im Jahr 2020 Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin, deren Vorstand sie seit dem Jahr 1999 angehörte. Dort war sie neben ihrem Engagement als Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe und des Berufsbildungsausschusses zuständig für die Ausbildung Medizinischer Fachangestellter.



Foto: BÄK

(red)

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: ©Gina Peters – stock.adobe.com

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel



Foto: Berufliches Schulzentrum Odenwaldkreis

Wegen Corona gab es keine zentrale MFA-Absolventenfeier der Bezirksärztekammer (BezÄK) Darmstadt. So verabschiedete das Leitungsteam des Beruflichen Schulzentrums Odenwaldkreis in Michelstadt die angehenden Medizinischen Fachangestellten (MFA) im Rahmen einer eigenen Feierstunde am 25. August 2021. Insgesamt haben in der BezÄK Darmstadt 105 Prüflinge die MFA-Sommerprüfung bestanden.

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 30. März 2022

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 30. März 2022 teilnehmen wollen, sind zwischen dem **1. Dezember und 8. Dezember 2021** bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden – unter Vorlage des erforderlichen, vollständig

ausgefüllten Anmeldeformulars. Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes, spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubilden-

den zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung: MFA-Ausbildungswesen**

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zehnjährigen
Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 25-jährigen
Berufsjubiläum:

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060051575 ausgestellt am 03.01.2018 für Doctor-medic Alina Alupoaei Kassel

Arztausweis-Nr. 060047712 ausgestellt am 20.03.2017 für Dr. med. Katharina Baier Trebur

Arztausweis-Nr. 060052123 ausgestellt am 26.01.2018 für Dr. med. Dr. phil. Tobias Bösel Marburg

Arztausweis-Nr. 060047632 ausgestellt am 13.03.2017 für Matthias Böttcher Eltville

Arztausweis-Nr. 060069596 ausgestellt am 16.11.2020 für Aurelia Brandscheid Oberursel

Arztausweis-Nr. 060070714 ausgestellt am 04.01.2021 für Ishita Chakravarty Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081200016427 ausgestellt am 26.03.2021 für Ishita Chakravarty Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060050909 ausgestellt am 08.11.2017 für Dr. med. Yasmin Djir-sarai-Eichhorn Mainz

eHBA-Nr. 80276001081900016110 ausgestellt am 19.07.2021 für Dr. med. Sonja Ehlen Kaufungen

Arztausweis-Nr. 060053839 ausgestellt am 23.04.2018 für Dr. med. Sonja Ehlen Kaufungen

eHBA-Nr. 80276001081611046189 ausgestellt am 07.05.2021 für Dr. med. Mark Englisch Bad Hersfeld

Arztausweis-Nr. 060053286 ausgestellt am 12.03.2018 für Dr. med. Andreas Fürsch Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060056670 ausgestellt am 26.11.2018 für Dr. med. Solveigh Hilliard Tann

eHBA-Nr. 80276001081000074133 ausgestellt am 09.06.2021 für Dr. med. Solveigh Hilliard Tann

Arztausweis-Nr. 060056153 ausgestellt am 19.10.2018 für Dr. med. Almut Kemmerer Hanau

eHBA-Nr. 80276001081000096365 ausgestellt am 20.08.2021 für Dr./Univ. Libre de Bruxelles Heinrich Kniffler Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060055340 ausgestellt am 20.08.2018 für Dr./Univ. Libre de Bruxelles Heinrich Kniffler Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060059078 ausgestellt am 02.05.2019 für Dr. med. Evelyn Martin Marburg

Arztausweis-Nr. 060037707 ausgestellt am 10.03.2015 für Dr.(R) Dr. med. Traian Neckell Offenbach

eHBA-Nr. 80276001081000100000 ausgestellt am 13.09.2021 für Dr. med. Bettina Polow Nieder-Wiesen

Arztausweis-Nr. 060069217 ausgestellt am 02.11.2020 für Dr. med. Bettina Polow Nieder-Wiesen

eHBA-Nr. 80276001081000000000 ausgestellt am 11.05.2021 für Dr. med. Bettina Polow Nieder-Wiesen

Arztausweis-Nr. 060052442 ausgestellt am 05.02.2018 für Firas Radaydeh Fulda

eHBA-Nr. 80276001081200011551 ausgestellt am 09.01.2021 für Dr. med. Mehmet Rüzgar Heppenheim

eHBA-Nr. 80276001081200016188 ausgestellt am 28.03.2021 für Dr. med. Mehmet Rüzgar Heppenheim

Arztausweis-Nr. 060069209 ausgestellt am 02.11.2020 für Dr. med. Mehmet Rüzgar Heppenheim

Arztausweis-Nr. 060106407 ausgestellt am 17.08.2021 für Miriam Senger Marburg

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

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 Depfert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der
Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für

den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

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

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

Herstellung:

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

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, gültig ab 01.01.2021

Auflage Lt. IVW 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