

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 5 | 2022
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 83. Jahrgang



Chirurgie nach Schuss- und Explosionsverletzungen

Foto: © Kzenon – stock.adobe.com

Delegiertenversammlung
Hessisches Ärzteparlament prangert Überlastung im Gesundheitswesen an

Cannabislegalisierung
Was spricht für und was gegen eine Legalisierung von Cannabis?

Serie Patientensicherheit
Teil 16: Die HKG – Patientensicherheit für die hessischen Krankenhäuser

Die obige Überschrift meines Editorials habe ich mit einem weinenden und einem lächelnden Auge gewählt. Warum? Weil die Beiträge des Hessischen Ärzteblatts, das Sie gerade in den Händen halten, brandaktuelle Themen aufgreifen und leider haben nicht alle einen positiven Anlass.

Die Delegiertenversammlung der LÄKH, Ihre demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertreter, hat den russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine am 26. März einstimmig verurteilt und unterstützt die Aufnahme schwerstkranker Patientinnen und Patienten aus der Ukraine, denn es ist damit zu rechnen, dass die Ukraine Kriegsverletzte und kriegsunabhängig schwer erkrankte Menschen nicht mehr adäquat versorgen kann.

Der Fortbildungsartikel über die Rekonstruktionen nach Schuss- und Explosionsverletzungen greift diesen leider so erschreckend aktuellen Bezug auf. In ihrer bisherigen beruflichen Praxis haben Unfallchirurginnen und -chirurgen selten bis nie Schuss- und Explosionsverletzungen gesehen und versorgt. „Zum Glück“, möchte man da ausrufen. Vor dem Hintergrund des russischen Angriffskriegs gegen die Ukraine könnte sich das nun leider ändern, denn Deutschland nimmt nicht nur Geflüchtete aus der Ukraine auf, sondern beteiligt sich auch an der Versorgung verwundeter Soldatinnen und Soldaten. Daher gilt mein Dank dem Autorenteam des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz für den zuvor genannten Fortbildungsartikel, dem Erfahrungen aus Auslandseinsätzen sowie humanitären Hilfszusagen zu Grunde liegen.

Bekanntermaßen kann nicht nur der Körper, sondern auch die Seele Schaden nehmen. Auf Bitten des Europarats wurden inzwischen unter anderem mit Beteiligung von Psychotraumaexpertinnen und -experten der Berliner Charité Empfehlungen erarbeitet, wie Helferinnen und Helfer besser mit Menschen umgehen und kommunizieren können, die eine Krise oder ein schwieriges Lebensereignis erlebt haben. Diese Empfehlungen richten sich an alle, die Menschen helfen, die traumatische Situationen erlebt haben, insbesondere an Mitarbeiter der Regierung und der Zivilgesellschaft sowie an Freiwillige, die ukrainischen Menschen aktiv helfen. Die „Empfehlungen für den Umgang mit Menschen in Krisen und nach schweren Lebensereignissen“ können in sechs Sprachen unter diesem Stichwort auf der Website der Charité (www.charite.de) abgerufen werden oder unter dem Kurzlink: <https://tinyurl.com/bdzb5dwr>

Auch das Thema des Klimawandels hat angesichts des Ukraine-Kriegs und der ins öffentliche Bewusstsein gerückten Abhängigkeit von russischen Gas- und Öllieferungen die Notwendigkeit verdeutlicht, selbst nicht nur im privaten, sondern auch im beruflichen Alltag einen eigenen Beitrag zu leisten. Die Anregungen und Tipps in dem Beitrag „Klimaschutz – Praktische Umsetzung in der Hausarztpraxis“ können natürlich auch auf fachärztliche Praxen, MVZ ebenso wie auf Kliniken übertragen werden. Bitte denken Sie jetzt nicht: Das ist doch nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Nein, richtig ist, dass der stete Tropfen den Stein höhlt. Von vielen Tropfen ganz zu schweigen.

Ungeachtet der Verantwortung des Einzelnen wird in der jetzigen Krise der Energieversorgung deutlich, dass der Staat die Verantwortung für die Daseinsvorsorge wieder übernehmen muss. Inzwischen wird vielfach bezweifelt, ob die in den vergangenen Jahren in weiten Teilen erfolgte Privatisierung der Daseinsvorsorge – weg – von den zuvor meist kommunalwirtschaftlichen Betrieben – wirklich der richtige Weg war. Der Staat muss zumindest klare Rahmenvorgaben setzen und deren Einhaltung überwachen, denn in modernen, arbeitsteiligen Gesellschaften können sich die Menschen nicht selbst versorgen. Sie sind auf die Bereitstellung einer funktionierenden und zu einem akzeptablen Preis angebotenen Versorgung angewiesen. Das betrifft nicht nur die Energie und Gesundheitsversorgung (ambulant, stationär, Pflege, Medikamente), sondern z. B. auch Abwasserentsorgung/Wasserversorgung, Bildung, Brand- und Katastrophenschutz inklusive Rettungswesen, Müllabfuhr, aber auch Öffentliche Sicherheit, Post, Telekommunikation/Internet, Verkehrs- und Beförderungswesen und Wohnungswirtschaft.

Das gelungene Zusammenspiel dieser Bereiche bietet die Voraussetzungen, um ein möglichst gesundes Leben führen zu können. Das entbindet den Einzelnen wohlgerne nicht von seiner Verpflichtung, im Rahmen seiner Möglichkeiten Sorge für sich selbst und Sorge für die anderen zu tragen.

Den Beschäftigten im Gesundheitswesen, ob als Ärztin in der Klinik, als Pfleger auf einer Intensivstation, als medizinische Fachangestellte in der Praxis oder als medizinisch-technische Fachkraft im Labor, bleibt leider seit zwei Jahren kaum die Gelegenheit, Luft zu holen und sich eine Pause zu gönnen. Nicht nur die Pandemie, sondern auch der Fachkräftemangel sind dafür verantwortlich. Wir brauchen mehr Studien- und Ausbildungsplätze und nicht zuletzt attraktive Arbeitsbedingungen, denn wir stehen hier im Wettbewerb mit den anderen Branchen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

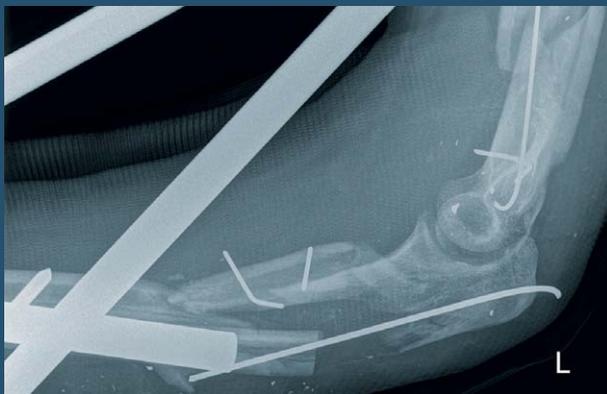


Foto: Ossärer Ausgangsbefund linker Ellenbogen. Rechte bei den Autoren/Dr. S. Waldeck

CME: Schuss- und Explosionsverletzungen

Zertifizierter Fortbildungsartikel über die Grundsätze der Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen. Mit speziellem Augenmerk auf die plastisch-rekonstruktive Chirurgie der Extremitäten werden anhand von zwei Fallbeispielen Versorgungsstrategien und ihre Besonderheiten näher erläutert.

290



Foto: Isolde Asbeck

12. ordentliche Delegiertenversammlung

Putins Angriffskrieg und die Folgen der Corona-Pandemie gehörten zu den zentralen Themen der Sitzung des hessischen Ärzteparlaments. Auf der Tagesordnung stand aber auch die Wahl von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach zum Ehrenpräsidenten und Dr. med. Ursula Stüwe zur Ehrenpräsidentin der LÄKH.

279

Editorial: Am Puls der Zeit	275
Aus dem Präsidium: Unbürokratische medizinische Hilfe	278
Ärzttekammer	
Ärzteparlament prangert Überlastung im Gesundheitswesen an – 12. ordentliche Delegiertenversammlung	279
Qualifikation „Leitender Notarzt“: Befristung entfällt	284
Neuer Vorstand des Versorgungswerkes der LÄKH	285
Bericht des Versorgungswerkes	285
Save the date: Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium	286
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz: Fortbildungskurse AbBA können wieder gebucht werden	303
Serie Teil 16: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung – Die HKG	306
Fortbildung: CME: Schuss- und Explosionsverletzungen – Rekonstruktion der Extremitätenfunktion... ..	290
Der interessante Fall: Eine seltene Komplikation bei einem häufig verordneten Medikament	310

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	313
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	319
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	321

Mensch und Gesundheit

Cannabislegalisierung – Pro und Contra	287
Klimaschutz – Praktische Umsetzung in der Hausarztpraxis	297
Sabine Grimm, Ärztin in Weiterbildung aus Darmstadt, kämpft gegen Post-Covid	300



Foto: © Iarygin Andrii – stock.adobe.com

Cannabislegalisierung – Pro und Contra

Die gesellschaftliche Diskussion rund um die Legalisierung von Cannabis ist kontrovers und bis heute nicht abgeschlossen. Ist es tatsächlich fortschrittlich, Cannabis zuzulassen? Was spricht dafür und was dagegen? Der Beitrag fasst die unterschiedlichen Positionen zusammen und gibt einen Ausblick.

287



Foto: © Nizwa Design – shutterstock.com

Serie Patientensicherheit: Die HKG

In Teil 16 der Serie berichten der geschäftsführende Direktor und die Leiterin des Bereichs Medizin und Qualität der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), Prof. Steffen Grammiger und Christina Grün, was die HKG mit Patientensicherheit zu tun hat und wie diese in hessischen Kliniken umgesetzt wird.

306

Bad Nauheimer Gespräche: Covid-19 aktuell: Impfpflicht oder Impfpflicht	304
Recht: Die Leichenschau ist unverzüglich vorzunehmen	309
Aus den Bezirksärztekammern: Spende für Ukrainehilfe – Impfkation in Wiesbaden erzielt 22.700 Euro	299
Carl-Oelemann-Schule: Die Freude am eigenen Beruf weitergeben – Erwerb der Ausbildungsbefähigung für MFA	301
Ansichten und Einsichten: Kinder in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland	302
Nachruf auf Prof. Dr. med. Hans Hacker	308
Nachrichten: Pflegerin erhält höchste hessische Auszeichnung	299
Personalia	312
Impressum	327

Bücher



Stilles Herz

Josephine Links

S. 289

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)

Unbürokratische medizinische Hilfe

Der Beginn des Angriffskrieges in der Ukraine am 24. Februar 2022 stellt eine Zäsur dar. Sehr lange ist kein bewaffneter Konflikt auf europäischem Boden so sehr in das kollektive Bewusstsein geraten wie dieser Krieg. Viele von uns haben selbst die unkonkrete, aber schwelende Gefahr durch den drohenden Einsatz von Atomwaffen noch nicht erlebt. Eine Situation, wie sie nun entstanden ist, war noch vor Kurzem nahezu undenkbar.

Die resultierende humanitäre Katastrophe macht fassungslos. Dass dieser Krieg vor allem die Zivilbevölkerung trifft, ist schon kurz nach Beginn offensichtlich. Bereits nach wenigen Wochen gibt es Städte und Regionen, die von der Versorgung mit Lebensmitteln und auch Medikamenten abgeschnitten sind. Die Zahl der angegriffenen Fluchtrouten, Krankenhäuser sowie getöteter Menschen steigt täglich.

Es entwickelt sich eine große Welle an Solidarität. Auch die deutsche Ärzteschaft beteiligt sich von Beginn an. So werden Geld- und medizinische Sachspenden gesammelt, Transporte in die Ukraine organisiert und ärztliche Hilfe vor Ort geleistet. Dieser Einsatz, den vor allem einzelne Ärztinnen und Ärzte, aber auch ärztliche Organisationen und Institutionen erbringen, ist beeindruckend. Absehbar werden jedoch alle deutschen Kolleginnen und Kollegen gefragt sein, wenn es nämlich um die Versorgung von Geflüchteten geht. Unter jenen befindet sich eine hohe Zahl an Menschen, deren zeitnahe ärztliche Behandlung unabdingbar ist, wie Schwangere, Kinder, chronisch Kranke und schwer Traumatisierte.

Die medizinische Versorgung dieser Menschen wird nur möglich sein, wenn es gelingt, sie in bestehende Strukturen zu integrieren. Eine Schlüsselposition kommt dabei der Gesundheitskarte zu: Obwohl bereits vor Jahren die Möglichkeit geschaffen wurde, dass Bundesländer Asylsuchende durch Krankenkassenverträge mit einer Gesundheitskarte ausstatten, wurde in Hessen bisher darauf verzichtet. Stattdessen wird weiterhin mit sogenannten Behandlungsscheinen gearbeitet, die vor einem Arztbesuch durch die zuständigen Ämter der Kommunen ausgestellt werden müssen. Dieser in hohem Maße bürokratische Prozess führt zu Verunsicherung der Geflüchteten, Verzögerung des Behand-



Foto: Katarina Ivanisevic

„Die Einführung einer Gesundheitskarte für Geflüchtete ist schnell und unbürokratisch nötig“

lungsbegins, deutlich erhöhtem Verwaltungsaufwand in den Praxen und Kliniken mit den damit verbundenen Kosten sowie Fehlsteuerung auch leicht erkrankter Patienten in die Notaufnahmen.

Die Landesärztekammer sowie KV Hessen und zahlreiche Verbände haben die Landespolitik bereits auf die Dringlichkeit der Einführung einer Gesundheitskarte für Geflüchtete hingewiesen. Bleibt zu hoffen, dass diese bis zum Erscheinen dieses Artikels reagiert hat.

Selbstverständlich ist der Zugang zum Gesundheitssystem nicht die einzige Frage im Rahmen der medizinischen Versorgung ukrainischer Geflüchteter, die einer schnellen und unbürokratischen Lösung bedarf. So ist absehbar, dass gerade in den ersten Monaten ein hoher Bedarf an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten herrschen wird. Frühere Zuzugswellen haben gezeigt, dass eine hohe Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand und in der Elternzeit bestand, Engpässe durch einen zeitlich begrenz-

ten Einsatz zu überbrücken. Dies erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und persönlichem Engagement. Leider wurden viele von ihnen im Nachhinein durch hohe Abgaben belastet, wie beispielsweise Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung, aus der sie aber in der Regel anschließend keine Rentenzahlungen erwarten dürfen. Einigen Kolleginnen und Kollegen gereichte ihr Engagement finanziell zum Nachteil. Das ist unzumutbar, ärztliche Nothilfe darf nicht zum Auffüllen leerer Staatskassen genutzt werden. Die politisch Verantwortlichen müssen sich diesmal im Vorfeld klar positionieren, wie sie dies zu verhindern gedenken.

Ich wünsche Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass Sie die nun auf Sie zukommende Arbeit mit der gleichen Professionalität und Freude am ärztlichen Beruf bewältigen, wie Sie sie in den zurückliegenden Ausnahmesituationen bewiesen haben.

Svenja Krück

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Best Practice-Beispiele

„Klimafreundliches Arbeiten in Klinik und Praxis“ gesucht!

Umwelt und Klima spielen in allen Lebensbereichen eine immer wichtigere Rolle. Dieses Thema möchten wir auch im Hessischen Ärzteblatt mehr in den

Fokus stellen. Wir suchen Best-Practice-Beispiele: Wie setzen Sie sich mit Klima und Nachhaltigkeit in Ihrem ärztlichen Berufsalltag auseinander? Erzählen Sie

uns von Ihren Ideen und Konzepten und motivieren Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis zum Nachahmen! Zuschriften an: haebel@laekh.de



Foto: Isolde Asbeck

Gemeinsames Innehalten der Delegierten im Gedenken an die Kriegsoffer in der Ukraine.

Ärzteparlament prangert Überlastung im Gesundheitswesen an

12. ordentliche Delegiertenversammlung, 16. Wahlperiode 2018–2023

Die Farben Blau und Gelb dominierten auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) am 26. März. Als Zeichen der Solidarität mit der Ukraine waren in der Stadthalle Friedberg – pandemiebedingt zum wiederholten Mal Tagungsort des Ärzteparlaments – die Flaggen des osteuropäischen Staates und der LÄKH gehisst. Auf den Plätzen standen blau-gelbe Aufsteller; viele Delegierte trugen Schutzmasken in den Farben der Ukraine. Putins Angriffskrieg und die Folgen der Corona-Pandemie gehörten zu den zentralen Themen der Sitzung.

Ukraine-Resolution

Einstimmig verurteilte die Delegiertenversammlung den Krieg gegen die Ukraine in

einer Resolution. Darin nehmen die hessischen Ärztinnen und Ärzte mit Erschütterung zur Kenntnis, dass laut Weltgesundheitsorganisation zahlreiche Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser im Einsatz Ziele von Angriffen der russischen Armee wurden. „Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen stehen laut Genfer Konvention unter besonderem Schutz. Die Delegiertenversammlung verurteilt jeden Verstoß gegen die Genfer Konvention auf das Schärfste und fordert die Kriegsführenden dringend zu deren Einhaltung auf“, heißt es in der Resolution. Die hessische Ärzteschaft unterstützt die Aufnahme schwerstkranker Patientinnen und Patienten aus der Ukraine und begrüßt die Ankündigung des Bundesgesundheitsministers, dass Geflüchtete aus der Ukraine einen Anspruch auf alle von

der Gesetzlichen Krankenversicherung angebotenen Leistungen erhalten sollen.

Gesundheitskarte für Flüchtlinge aus der Ukraine

Das Land Hessen wurde aufgefordert, die Gesundheitskarte für Flüchtlinge aus der Ukraine auch in Hessen umgehend einzuführen. Flüchtlinge aus der Ukraine benötigten einen schnellen, unbürokratischen und bundesweit einheitlichen Zugang zur medizinischen Versorgung, hieß es in der Begründung.

Ehrenpräsidenten: Von Knoblauch zu Hatzbach und Stüwe

Die Worte Anerkennung und Wertschätzung durchzogen die Sitzung, auf deren Tagesordnung die Wahl von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach zum Ehrenpräsidenten und der ehemaligen Kammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe zur Ehrenpräsidentin der LÄKH stand. „Beide haben sich über Jahrzehnte für die Belange der hessischen Ärzteschaft und das Wohl der Patientinnen und Patienten eingesetzt“, erklärte Dr. med. Edgar Pinkowski. Einstimmig sprachen sich die Delegierten für die Ernennung des früheren Kammerpräsidenten und der früheren Kammerpräsidentin aus. Mit Dr. med. Alfred Möhrle, der die Kammer von 1992 bis 2004 als Präsident lenkte – er war bereits 2011 zum Ehrenpräsidenten ernannt worden – hat die LÄKH nun drei Ehrenpräsidenten.



Foto: Manuel Maier

Glückwünsche und Blumen für den neuen Ehrenpräsidenten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (2.v.r.) und die neue Ehrenpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe (2.v.l.) der Landesärztekammer Hessen, überreicht vom amtierenden Präsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski (l.) und der Vizepräsidentin Monika Buchalik.

Mit der Silbernen Ehrennadel der Landesärztekammer Hessen wurde Gerhard Leißling (Foto), ärztlicher Referent der LÄKH, geehrt, der seit rund 25 Jahren sowohl für das Protokoll der Delegiertenversammlung als auch die Gutachterbenennungen der LÄKH Verantwortung trug und sich nun unter großem Applaus in den Ruhestand verabschiedete. Künftig wird Petra Faath, Rechtsreferentin der LÄKH, das Protokoll führen.



Foto: Manuel Maier

benswichtigen, intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten im Krankenhaus. Ausdrücklich begrüßte Pinkowski den Stopp der zum 1. Januar 2022 vorgesehenen verpflichtenden Einführung des E-Rezeptes. Laut Bundesgesundheitsministerium soll die flächendeckende Einführung erst dann schrittweise erfolgen, wenn die gemeinsam mit der Selbstverwaltung vereinbarten Qualitätskriterien erreicht werden. Auch dass die für den 1. Juli geplante zweite Stufe der eAU-Umsetzung zugunsten einer vorgeschalteten Testphase gestoppt wurde, stieß auf Zustimmung des Kammerpräsidenten.

Bericht zur Lage: Hessen

Mit Blick auf Hessen teilte Pinkowski mit, dass das Land zum 1. Januar 2023 die Gründung eines Landesgesundheitsamtes Hessen als dezentrale Behörde plane. Die Corona-Pandemie habe gezeigt, dass die Struktur der Gesundheitsämter in Hessen verbesserungsfähig ist.

Außerdem berichtete Pinkowski über den Startschuss für das Pilotprojekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ am 23. März. Ziel des SaN-Projekts, an dem sich neben dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und anderen Partnern des Gesundheitswesens in Hessen auch die Landesärztekammer beteiligt, ist die Verringerung unnötiger Rettungsdienstesätze und Entlastung der Notaufnahmen.

Am 1. Januar 2022 ist die Novellierung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes Hessen und des Maßregelvollzugsgesetzes in Kraft getreten. Leider sei die Kritik der LÄKH an der Berechtigung für Psychologische Psychotherapeuten, eine umfangreiche Stellungnahme inklusive Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen der untergebrachten Personen abzugeben, nicht angenommen worden, bedauerte Pinkowski. Auch bei der Änderung des am 12. Februar 2022 in Kraft getretenen hessischen Heilberufsgesetzes habe man den Einwand der LÄKH gegen die Umbenennung der früheren Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Psychotherapeutenkammer Hessen nicht berücksichtigt, obwohl die Psychotherapie

ein elementarer Bestandteil ärztlichen Handelns ist.

Abschließend kündigte der Ärztekammerpräsident zwei Online-Befragungen der LÄKH an: Die im April startende Mitgliederbefragung sowie die Usability-Umfrage eLogbuch.

Überlastung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen

In einer leidenschaftlichen Aussprache prangerte die Delegiertenversammlung die Überlastung und Überforderung von Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Berufen im Gesundheitswesen an. Es fehle an Wertschätzung, sowohl für Medizinische Fachangestellte, für die keine Corona-Prämie bewilligt worden sei, als auch an Wertschätzung für Ärztinnen und Ärzte in Praxis, Krankenhaus und Öffentlichem Gesundheitsdienst.



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Sabine Olischläger

„Wir arbeiten seit zwei Jahren wie die Brunnenputzer. Die Situation in Praxen und Krankenhäusern ist katastrophal“, klagte Dr. med. Sabine Olischläger (Liste Die Hausärzte). „Was uns nervt, ist, dass unsere außergewöhnliche Belastung seit zwei Jahren nirgendwo dargestellt wird.“ Die Hausarztpraxis sei ein Hotspot. „Wir sind inzwischen über jeden froh, der nicht kommt.“ Doch weder Politik noch Öffentlichkeit nähmen die außergewöhnlichen Anforderungen an alle Beteiligten im Gesundheitswesen hinreichend wahr. „Was ich jetzt erlebe, ist eine absolute Ausnahme“, erklärte auch Svenja Krück (Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen). Wie viele junge Kolleginnen und Kollegen wisse sie nicht, ob sie den Beruf angesichts der aktuellen Überforderung weiter



ausüben könne, machte die 32-Jährige deutlich. In ambulanter und stationärer Versorgung sowie im öffentlichen Gesundheitswesen tätige Ärztinnen und Ärzte berichteten, infolge der täglichen Belastungen und ständig wachsenden Zahl von Patientinnen und Patienten in Praxis und Krankenhaus kurz vor dem Burnout zu stehen.

„Wir müssen an dem Thema dran bleiben, sonst kommt es zu einem GAU“, bekräftigte Michael Knoll (Liste Die Hausärzte). Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund Hessen) dankte Olischläger für ihre offenen Worte. Scharf kritisierte sie ärztliche Spitzenfunktionäre wie den KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. med. Andreas Gassen, der immer wieder erzählt habe, es gäbe keine Überlastung. „Wir müssen unsere zutiefst ärztliche Profession in den Vordergrund stellen“, forderte Johna. „Wir haben ganz klar eine Überlastung im stationären Bereich“, sagte Dr. med. Christine Hidas (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen). Aus dem nervenärztlichen Bereich ergänzte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Liste Fachärztinnen und Fachärzte), dass es noch nie eine so hohe Zahl an Depressionen und suizidalen Störungen gegeben habe wie heute. Man brauche mehr Personal und mehr Geld im System.

Corona-Bonus für MFA gefordert

Dr. med. Martin Hübner (Liste Fachärztinnen und Fachärzte) zeigte sich empört darüber, dass die Arbeit von Medizinischen Fachangestellten (MFA) von Politik und Gesellschaft kaum gewürdigt werde und machte sich für einen Corona-Bonus für MFA stark. Über 80 % der Patientinnen und Patienten seien vom niedergelassenen Bereich aufgefangen und behandelt worden. „Wir sind aufgefordert, dies in der Öffentlichkeit deutlicher zu machen.“ Dr. med. Susan Trittmacher (Liste Fachärztinnen und Fachärzte) schlug vor, die Berufsgruppen im Gesundheitswesen auf einer gemeinsamen Plattform miteinander zu verbinden. Da für die Corona-Prämie ein fester Betrag von 500 Mio. € zur Verfügung stehe, der sich für den einzelnen reduziere, je mehr Empfänger festgelegt würden, sprach sich Dr. med. Susanne Johna für eine vorübergehende, eventuell

nach oben gedeckelte Steuerbefreiung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen aus.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte) regte eine Imagekampagne für den Arztberuf und andere medizinische Fachberufe an, um die Wertschätzung zu steigern. Ein Vorschlag, den Dr. med. Brigitte Ende (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte, LDÄÄ) nicht für erfolgversprechend hielt. Sie appellierte an die Ärzteschaft, den Personen an ihrer Spitze zu sagen, wie die Wirklichkeit aussehe und dass die Überforderung Realität sei.

ÖGD: „Wir pfeifen aus dem letzten Loch“

Die Lage im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) beschrieb Dr. med. Henrik Reygers (Liste ÖGD) mit drastischen Worten: „Wir pfeifen aus dem letzten Loch.“ Es sei zwar richtig, dass einige Gesundheitsämter in der Corona-Pandemie nicht so funktioniert hätten, wie es wünschenswert gewesen wäre, aber es fehlten die Kapazitäten. Weit über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD seien älter als 55 Jahre. „Nicht die Gesundheitsämter sind das Übel, sondern das System.“ Wichtig sei, dass das künftige Landesgesundheitsamt von einem Arzt geführt werde. Mit seinen Ausführungen zum Psych. Krankengesetz habe Pinkowski ihm aus der Seele gesprochen, ergänzte Reygers: „Es ist noch schlimmer, als Sie es geschildert haben.“

Künftige Ärztegenerationen

Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund Hessen) nahm insbesondere die Situation künftiger Ärztegenerationen in den Fokus. Junge Ärztinnen und Ärzte hätten in den vergangenen beiden Jahren unter erschwerten Bedingungen ihre Weiterbildung absolvieren müssen und zu wenig lernen können. Die Lage in der Weiterbildung sei katastrophal. Hier müsse sich dringend etwas ändern. Das Ärzteparlament forderte die Politik auf, mehr Geld für das Gesundheitssystem zur Verfügung zu stellen und eine funktionierende Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung sicherzustellen.

Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Zum wiederholten Mal forderten die Delegierten eine bessere medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Dafür sollen ein landesweit gültiger anonymer Behandlungsschein und eine gesetzlich strukturierte Clearingstelle zur ggf. möglichen Reintegration in bestehende Versicherungssysteme geschaffen werden. Um geeignete Maßnahmen zur Strukturierung und Finanzierung der Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zu entwickeln, wird sich die Landesärztkammer erneut mit der hessischen Landesregierung in Verbindung setzen. Die Mitglieder der LÄKH werden aufgefordert, die Petition von Medinetz Marburg & Gießen zu unterstützen unter folgendem Link: <https://chng.it/7KvpXCBxwV>

Impfnachweispflicht

Die Delegiertenversammlung appellierte außerdem an die Landespolitik, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, eine zeitlich befristete, allgemeine Impfnachweispflicht gegen SARS-CoV-2-Viren einzuführen. Die Ärztevertreterinnen und -vertreter wiesen darauf hin, dass derzeit nur 58 % der Bevölkerung vollständig gegen das Coronavirus geimpft sind. Auch wenn eine Impfung keine sterile Immunität erzeuge, erkrankten dreifach Geimpfte seltener schwer, müssten seltener im Krankenhaus behandelt werden und erkrankten auch seltener an Long-Covid. Damit es im Herbst nicht erneut zu einer starken Belastung oder gar Überlastung des Gesundheitswesens komme und erneut einschränkende Maßnahmen im Alltag eingeführt werden müssten, sei eine hohe Impfquote, insbesondere der älteren Bevölkerung, erforderlich.

Das Hessische Ärzteblatt wird digital

Wie eine Anfang des Jahres durchgeführte, repräsentative Online-Umfrage zum Bezug des Hessischen Ärzteblatts (HÄBL) ergeben hat, lesen zwar 78 % der Befragten das HÄBL in Druckform, immerhin 50 % können sich allerdings vorstellen,



das amtliche Mitteilungsblatt der LÄKH künftig auch ausschließlich online zu lesen: Diese Befragungsergebnisse stellte Manuel Maier, Justitiar der LÄKH, dem Vorschlag voraus, „die digitale Welt zu betreten, ohne die lieb gewonnene Papierwelt zu verlassen“.

So sehe die mögliche Planung vor, die digitale Version des HÄBL aus Kosten- und Klimaschutzgründen künftig zum federführenden Medium zu erklären. Vorstellbar sei schon jetzt, die Druckauflage um ca. 30 % zu reduzieren. Ab 1. Januar 2023 werde es einen Portalzugang für alle Kammermitglieder geben, um diese ab 15. Juli 2023 über das Erscheinen der Digitalausgabe informieren zu können. Die Möglichkeit, das HÄBL weiter in Papierform zu erhalten, bleibe jedoch bestehen.

In einer lebhaften Diskussion bat Dr. med. Peter Zürner, Liste Fachärztinnen und Fachärzte sowie Verantwortlicher Redakteur des HÄBL, um Unterstützung für den Weg zur digitalen Ausgabe: „Papier ist sehr teuer geworden. Wir müssen versuchen, soweit wie möglich Papier und damit Kosten zu reduzieren.“ Die Benachrichtigung über das Portal sei notwendig für die Gewähr, dass jedes Mitglied das HÄBL erhalte. Mehrheitlich stimmten die Delegierten für die Änderung von § 4 Abs. 1, Hauptsatzung, wonach das digitale HÄBL ab 15. Juli 2023 federführendes Medium sein wird.



Dr. med. Peter Zürner

Bericht der Klimaschutzbeauftragten Svenja Krück

Auf der vergangenen DV Ende November 2021 zur Klimaschutzbeauftragten der Kammer gewählt, berichtete Svenja Krück (Liste Junge Ärztinnen und Ärzte) zum ersten Mal. Hauptziel sei, die Kammer bis



Foto: Manuel Maier

Svenja Krück

2030 klimaneutral zu machen. Außerdem sollen niedergelassene Kolleginnen und Kollegen dabei unterstützt werden, ihre Praxis nachhaltig zu betreiben. Krück betonte ferner die Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin sowie mit anderen Verbänden oder Institutionen, um auch externe Expertise zu den Klimaschutzzielen einzuholen.

Die Website mit Ansprechpartnern sei eingerichtet, so Krück. Eine Wallbox zum Laden von E-Autos sei am Standort Frankfurt in Planung und eine detaillierte Umfrage zum Klimaschutz unter den hauptamtlich Mitarbeitenden bereits ausgewertet. Ein Ergebnis sei, dass das papierlose Arbeiten geschätzt werde; der Prozess, „mit Augenmaß“ begleitet von Ralf Münzing und seinem Team der EDV, aber noch nicht abgeschlossen sei. Das Jobticket werde angeboten. Künftig sollen spezifische Empfehlungen zu den Klimaschutzzielen für die Mitglieder erarbeitet und Fortbildungen dazu geschaffen werden.

Krück appellierte an die Delegierten, an der bei der vergangenen DV abgesenkten Kilometerpauschale auf nun 50 Cent nicht mehr zu rütteln, um den Umstieg auf den ÖPNV für den Weg zur Kammer attraktiver zu machen. In der Diskussion wurde u. a. von Dr. med. Bernhard Winter (LDÄÄ) darauf hingewiesen, dass nicht nur die Niedergelassenen, sondern auch der ÖGD und die Krankenhäuser sowie weitere Beteiligte aus dem Gesundheitswesen im Fokus der AG Klimaschutz stehen sollten. Dieser gehören neben Krück ferner Dr. Lars Bodammer (Stellv. Vorsitzender), Dr. Peter Zürner, Dr. med. Detlev Steining (Liste Die Hausärzte) und Pierre E. Frevert (LDÄÄ) an.

Krück betonte, dass „wir gerne beraten und Best Practice-Beispiele aufzeigen“, jedoch bestehe Nachfrage derzeit vor allem von Niedergelassenen. Ihrer Erfahrung nach würden gerade die privatisierten Träger der Krankenhäuser nur dann in Bewegung Richtung Klimaschutz kommen, wenn es um die Finanzierung gehe. Dr. Susanne Johna schlug vor, an das HMSI zu appellieren, Zahlungen davon abhängig zu machen, ob eine Klinik einen Klimamanager hat – zumindest für Häuser ab 200 Betten.

Der Antrag der LDÄÄ, dass die LÄKH die Einrichtung einer Klimasprechstunde fördern soll als fachübergreifende Präventionsmaßnahme hinsichtlich Klimafolgeschäden beim Gesundheitsschutz von Patienten, wurde positiv beschieden. Hierzu soll ein Curriculum zum Erwerb der Qualifikation erarbeitet werden. Siehe dazu auch den Artikel auf S. 297.

Paritätische Besetzung von Gremien

In zwei Anträgen forderte Dr. Brigitte Ende (LDÄÄ) zusammen mit weiteren Delegierten die paritätische Besetzung bei Wahlvorschlägen für Ausschüsse und Gremien sowie Ehrenämter. Dazu gab es äußerst kontroverse Diskussionen. Letztlich zielte aber alles auf eine Änderung des Heilberufegesetzes, was nur über den Gesetzgeber bzw. das Hessische Ministerium für Soziales und Integration realisiert werden könne, erläuterte Justitiar Maier. Auf Antrag der Liste Fachärztinnen und Fachärzte (u. a. Dr. Christine Hidas, Dr. Susan Trittmacher, Dr. Peter Zürner) und Svenja Krück von der Liste Junge Ärztinnen und Ärzte wurde mehrheitlich beschlossen, das Präsidium damit zu beauftragen, auf eine Änderung der Rechtsgrundlage hinzuwirken.

Änderung von Rechtsquellen

Dazu informieren auch die Satzungsänderungen in der Rubrik „Bekanntmachungen“ in dieser und der folgenden Ausgabe.

Weiterbildungsordnung 2020: Neue Facharztbezeichnung

Umgesetzt wurden die Beschlüsse des 124. Deutschen Ärztetages mit Einfüh-

rung der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Infektiologie“, einhergehend mit einer Änderung und teilweise Erweiterung der Zusatzweiterbildung „Infektiologie“. In der Notfallmedizin wird der Nachweis von „Notfallaufnahmen“ etwas verschärft durch die Ergänzung „interdisziplinäre Notfallaufnahmen“. In der Zusatzweiterbildung Tropenmedizin entfällt die Parasitologie. In der Kinder- und Jugendmedizin wird die Zahl der nötigen Ultraschalluntersuchungen an der Schilddrüse von 150 auf 50 reduziert – „wir sind uns einig, dass das ausreichend ist“, erläuterte Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte) die Änderungen, die einstimmig angenommen wurden.

Fach informierte das Plenum, dass eine neue Leiterin bzw. ein neuer Leiter der Weiterbildungsabteilung gesucht werden müsse: Nach dem Weggang von Jens Sudmann wird diese Leitungsaufgabe derzeit gemeinsam von Nina Walter (Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin und Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung) und Ralf Münzing (Leiter der EDV-Abteilung der LÄKH) übernommen mit Unterstützung des Ehrenamtes von Fach und Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund) als Vorsitzender bzw. Stellvertreter des WB-Ausschusses.

Änderung der Kostensatzung

Die große Novelle der Kostensatzung ist in der Delegiertenversammlung am 27.11.2021 beschlossen worden (siehe HÄBL 01/2022, S. 55ff). Kleinere Unschärfen oder Fehler wurden nun glatt gezogen. Im Kapitel „Ethik-Kommission“ ging es nochmals um die damals beschlossene Einführung von Härtefallklauseln. Bislang konnte auf Antrag nur die Haupt-

gebühr reduziert werden, nicht jedoch die Nebengebühren. Dies wird jetzt korrigiert. Dr. med. Christian Schwark vom Marburger Bund forderte dazu, dass auf die Möglichkeit, einen Härtefallantrag zu stellen, in den Unterlagen „prominent“ hingewiesen werden soll. „Es geht um Kolleginnen und Kollegen, die sich in unserem System unter Umständen einfach nicht gut auskennen.“

„Rund 1.000 Euro zahlen Kolleginnen und Kollegen aus Drittstaaten für ein Verfahren bei uns, bei einem Widerspruch wird der 1,5-fache Satz mit 1.500 Euro fällig“, rechnete Listenkollegin Dr. Susanne Johna ergänzend vor. Hier sei es wichtig, im Widerspruchsbescheid deutlich darauf hinzuweisen, dass ein Antrag auf eine Härtefallentscheidung beim Präsidium gestellt werden könne. Die gleiche Härtefallklausel, wie sie unter Ziffer 4640 im Kapitel „Ethik-Kommission“ steht, soll deshalb auch im Kapitel „Weiterbildung“ unter einer neuen Ziffer 2960 übernommen werden. Dieser Vorschlag von Justitiar Maier wurde einstimmig angenommen.

Änderungen der Wahlsatzung

Vor dem Hintergrund, dass im nächsten Jahr wieder Kammerwahlen stattfinden, ist die bisherige Wahlsatzung in einem Präsidiumsausschuss auf den Prüfstand gestellt worden. Dr. H. Christian Piper berichtete über geplante Novellierungen:

- Nummerierung der Wahlvorschläge – Beendigung des „Windhundrennens“: Künftig sollen sich Listennummern nicht mehr nach Einreichungsdatum richten, sondern analog von Bundes- und Landtagswahlen nach Ergebnis der Liste bei der vergangenen Wahl. Neue Listen erhalten weitere Listennummern nach Losverfahren.
- Verkürzung der Einreichungsfrist der Wahlvorschläge: Statt viereinhalb Monate auf künftig zwei Monate. Alt ca.: 1. November bis 15. März – künftig ca.: 10. Januar bis 15. März.
- Für die Wählerinnen und Wähler soll eine längere Wahlfrist für die Stimmabgabe gelten (vielleicht ist jemand mal länger im Urlaub): statt bislang zehn Tage künftig 21 Tage.

Die Vorschläge aus dem Präsidium wurden angenommen.

Qualifikation Leitender Notarzt (LNA)

Siehe dazu die beiden Artikel auf S. 284 und S. 325.

Nachwahlen & Nominierungen

Weitere Vorsitzende und Stv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen

Folgende Vorsitzende der Prüfungsausschüsse wurden zur Sicherstellung der Prüfungsabläufe für die laufende Wahlperiode nachgewählt (in Ergänzung zu den am 01.06.2019 berufenen Vorsitzenden): Dr. med. Claudius Kleinert, Facharzt für Innere Medizin; Prof. Dr. med. Hans-Georg Olbrich, Facharzt für Innere Medizin; Dr. med. Burkhard Pfeiffer, Facharzt für Innere Medizin; Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider, Facharzt für Innere Medizin; Dr. med. Rolf Teßmann, Facharzt für Anästhesiologie. Sie vertreten sich gegenseitig.

Ausbildungswesen MFA: Besetzung des Berufsbildungsausschusses der LÄKH für die Amtsperiode 1. Juli 2022 bis 30. Juni 2026:

1. Dr. med. Lars Bodammer (Stellvertreter: Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci).
2. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Stellv.: Dr. med. Britta Schulte-Hahn)
3. Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke (Stellv.: Christiane Hoppe)
4. Dr. med. Hans-Martin Hübner (Stellv.: Dr. med. Michael Weidenfeld)
5. Barbara Mühlfeld (Stellv.: Dr. med. Sabine Olischläger)
6. Martin Andreas Leimbeck (Stellv.: Dr. med. Detlef Steininger)

Die Liste der Abgeordneten zum 126. Deutschen Ärztetag siehe S. 321.

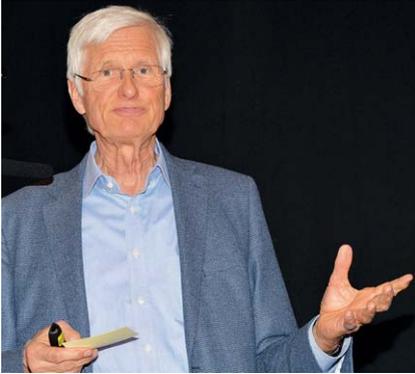
Zukunft der Akademie

„Brauchen wir überhaupt eine Akademie?“, fragte Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg, Vorsitzender des Vorstands der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH, und verband die eigene Antwort mit einer Erklärung: Fortbildung von Ärzten sollte Anliegen der Ärzteschaft sein. Um für Kursleiter und Referenten attraktiv zu sein, benötige die Aka-

Foto: Manuel Maier



Dr. med. Christian Schwark



Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Hans-Rudolf Tinneberg

demie das entsprechende Renommee. Die Verdopplung medizinischen Wissens nehme rasant zu, stellte Tinneberg fest. „Wir hinken in der Akademie noch etwas hinterher. Das wollen wir ändern. Es führt kein Weg an der Digitalisierung vorbei.“ Um die Akademie zukunftsfähig zu machen, habe das Präsidium der LÄKH die Einrichtung der AG Zukunft unter der Leitung der Stv. Ärztlichen Geschäftsführerin Nina Walter und der Unternehmensberatung Schickler beschlossen, berichtet

Tinneberg weiter. Eine Analyse habe gezeigt, dass 1% der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen in Hessen in der Akademie stattfinde. Doch die Akademie verbege bei Weitem die höchste Anzahl von Fortbildungspunkten. Kurz dahinter rangiere die KV.

In wenigen Punkten fasste Tinneberg seine Wünsche für die Akademie zusammen: „1. Wir brauchen eine klare Definition von Aufgaben.

2. Wir brauchen eine funktionelle Heimat.
3. Wir brauchen die Anstrengung aller, um Kooperationen mit anderen Bildungseinrichtungen einzugehen.“

Dafür sei ein Umdenken notwendig. Aber es müsse versucht werden, die vermeintlichen Grenzen zu überwinden. Dazu gehörten auch Live-Online-Angebote sowie Präsenzveranstaltungen nicht nur in Bad Nauheim, sondern auch in Frankfurt, Kassel oder Darmstadt.

In der anschließenden Diskussion dankte Dr. med. Martin Hübner dem Vorstandsvorsitzenden Tinneberg für seinen Appell, den er unterstütze: „Wir sollten auf die Akademie stolz sein. Dass sie Geld

braucht, ist klar.“ An dem Schwund der Mitglieder müsse sich etwas ändern. Dieses Ziel solle auch bei der Zusammenarbeit mit der Unternehmensberatung an erster Stelle stehen. Das Pfund, mit dem die Akademie wuchern könne, sei die nicht gesponserte Fortbildung.

Hübners Vorschlag, alle LÄKH-Mitglieder automatisch auch zu Akademie-Mitgliedern zu machen, stieß nicht bei allen Delegierten auf Zustimmung: „Es kann keine Mitgliedschaft in der Mitgliedschaft geben“, sagte Dr. H. Christian Piper: „Was wir brauchen, sind wirtschaftliche Anreizsysteme.“

Abschließend fasste Dr. Peter Zürner die Position des Präsidiums zusammen: Bei der Akademie sei ein Update notwendig, das mit einem raschen Veränderungsprozess einhergehe. Er dankte dem Hauptamt und betonte, dass das Präsidium den Prozess begleiten werde: „Wir unterstützen die Mitarbeiter und versuchen, die Herausforderungen gemeinsam zu lösen.“

**Katja Möhrle
Isolde Asbeck**

Qualifikation „Leitender Notarzt“: Befristung entfällt

In der Frühjahrsdelegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen beschlossen die Delegierten einstimmig die neue Satzung zum Erwerb der Bescheinigung für die Qualifikation „Leitender Notarzt“ (LNA), die nach Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt zum 1. Mai 2022 in Kraft tritt. Die Reform war erforderlich, da die Rechtsgrundlage bisher nur auf Beschlüssen der Delegiertenversammlung beruhte. Eine Satzung dagegen ist eine geeignete Rechtsgrundlage für eine berufsreglementierende Vorschrift.

Gleichzeitig wurde die Befristung der LNA-Urkunde aufgehoben, die bei Einführung der Qualifikation im Jahre 1999 zwei Jahre betrug, später auf drei Jahre und im Rahmen der Pandemie 2020 schließlich auf fünf Jahre verlängert wurde. Inhaber von befristeten Urkunden können sich im Rahmen der Übergangsbestimmungen eine unbefristete Urkunde ausstellen lassen. Dazu bedarf es eines Antrages, bei dem nachgewiesen werden muss, dass die Qualifikation 2017 oder in den nachfol-

genden Jahren erworben oder in diesem Zeitraum ein anerkanntes Wiederholungsseminar besucht wurde.

Dieser Antrag auf Erteilung einer unbefristeten Bescheinigung über die Qualifikation Leitender Notarzt kann im Rahmen der Übergangsbestimmungen nur bis zum 1. Mai 2025 gestellt werden.

Zu beachten ist, dass analog zu der Strahlenschutzverordnung weiterhin eine Fortbildungspflicht der Leitenden Notärzte besteht, die in der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes geregelt und noch zu präzisieren ist. Somit ändert sich qualitativ und inhaltlich nichts. Formal kommt es zu einer Verschlinkung des Verfahrens. Wurde bisher die Urkunde des anerkannten Wiederholungsseminars in die Weiterbildungsabteilung gegeben und durch eine neue Urkunde (Rezertifikat) bestätigt, die dann dem Träger des Rettungsdienstes vorzulegen

war, kann jetzt die Kursbescheinigung direkt an den Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt übergeben werden.

Die Fortbildungspflicht zur Erhaltung der Qualifikation „Leitender Notarzt“ umfasst nach derzeitigem Stand der Beratungen einen Umfang von 16 Stunden in einem Zeitraum von fünf Jahren. Die Fortbildung muss durch die Teilnahme an von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erfolgen.

**Dr. med. Dipl.-Chem.
Paul Otto Nowak**

Facharzt für
Innere Medizin,
Notfallmedizin
Facharzt für
Arbeitsmedizin,
Flugmedizin;
Vorsitzender des
Ausschusses



Foto: Isolde Asbeck

Notfallversorgung und
Katastrophenmedizin der LÄKH

Neuer Vorstand des Versorgungswerkes der LÄKH

Auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 in Friedberg ist der neue Vorstand des Versorgungswerkes gewählt worden. Die bisherigen Vorstandsmitglieder Dr. med. Alfred Möhrle und Dr. med. Matthias Moreth hatten nicht mehr kandidiert. Möhrle war seit 1986 mit einer längeren Unterbrechung (von 1992 bis 2004 war er Präsident der Landesärztekammer Hessen) im Vorstand bzw. dessen Vorgängerorganisationen ehrenamtlich tätig; Moreth gehörte seit 1988 dem Vorstand bzw. dessen Vorgängerorganisationen an. Das Plenum dankte beiden für ihren jahrzehntelangen Einsatz für das Versorgungswerk mit Standing Ovationen. Wiedergewählt wurden Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg (Marburger Bund Hessen), Dr. med. Susan Trittmacher (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen), Dr. med. Brigitte Ende (LDÄÄ), Dr. med. Tobias Gehrke (Die Hausärzte) und Dr. med. Detlev Steininger (Die Hausärzte). Neu in den Vorstand gewählt wurden Dr. med. Silke Engelbrecht (Marburger Bund Hessen) und



Foto: Isolde Asbeck

Der neue Vorstand des Versorgungswerkes (v. l. n. r.): hintere Reihe: Dr. med. Susan Trittmacher, Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Dr. med. Detlev Steininger, Dr. med. Tobias Gehrke; vordere Reihe: Dr. med. Silke Engelbrecht, Dr. med. Brigitte Ende, Dr. med. Heike Raestrup.

Dr. med. Heike Raestrup (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen).

In der anschließenden konstituierenden Sitzung des Vorstandes wurden Dr. med.

Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg als Vorsitzender und Dr. med. Susan Trittmacher als Stellvertretende Vorsitzende bestätigt. (moeh)

Bericht des Versorgungswerkes

Vor der Wahl des Vorstandes des Versorgungswerkes für die Amtsperiode 2022 bis 2027 (siehe weiterer Bericht) berichtete der Vorsitzende des Vorstandes Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg über die Tätigkeit des Vorstandes in der endenden Periode von 2017 bis 2022. Dem Vorstand gehörten in dieser Zeit die folgenden weiteren Mitglieder an: Dr. med. Susan Trittmacher (Stellv. Vorsitzende), Angelika Bayer (bis Juni 2020), Dr. med. Brigitte Ende, Dr. med. Tobias Gehrke (ab September 2020), Dr. med. Alfred Möhrle, Dr. med. Matthias Moreth und Dr. med. Detlev Steininger.

Mehr Alternative Investments und Immobilien

Der Umbau der Kapitalanlagen ist in den vergangenen fünf Jahren weiter vorangeschritten. Auslaufende festverzinsliche Pa-

priere der Direktanlage, die noch mit einem attraktiven Kupon ausgestattet waren, wurden nur noch teilweise durch neue Papiere ersetzt, weil die Verzinsung für diese Anlagen inzwischen nicht mehr attraktiv ist. Gleichwohl ist es wegen einer ausgeglichenen Risikomischung weiterhin notwendig, Anleihen zu erwerben – auch wenn Sie nur eine Verzinsung von rund 1 % bieten. Deutlich mehr Geld wurde von Jahr zu Jahr in sogenannte Alternative Investments investiert. Dahinter verbergen sich vor allem Private Equity (Beteiligungskapital) und Infrastrukturinvestitionen. Im Jahr 2017 hat der Vorstand zunächst beschlossen, die Zielquote für diese Investments von 5 % auf 7 % zu erhöhen. Im vergangenen Jahr wurde die Quote weiter auf 12,5 % erhöht. Derzeit sind rund 11,5 % aller Anlagen in dieser Klasse investiert. Damit ist die Zielquote schon fast erreicht.

Ein weiterer Schwerpunkt in jüngerer Zeit war die Erhöhung des Immobilienanteils. Während im März 2017 nur 7,4 % aller Anlagen auf Immobilien entfielen, waren es im März dieses Jahres schon 16,9 %. Dazu beigetragen hat vor allem, dass nicht mehr nur ausschließlich Wohnimmobilien in deutschen Großstädten direkt erworben werden. Vielmehr beteiligt sich das Versorgungswerk nun auch an Immobilienfonds. Zunächst wurde in europäische Fonds mit Gewerbeimmobilien investiert. Im Jahr 2018 hat der Vorstand entschieden, auch nordamerikanische Immobilienfonds in das Portfolio aufzunehmen und ein Jahr später folgte der Schritt nach Asien. Auch die Zwischenfinanzierung des Baus von Gebäuden in Deutschland ist inzwischen zu einem wichtigen Standbein des Versorgungswerkes geworden. Das höhere Risiko im Vergleich mit einer Anleihe geht einher mit einem höheren Kupon.



Deshalb ist die Prüfung der Investments im Vorfeld umso wichtiger. Um das Management dieser Anlagen noch effizienter zu gestalten, wurden diese Anlagen vor zwei Jahren ausgelagert und nun durch einen externen Berater mitbetreut.

Höhere Verlustrücklage

Die gestiegenen Risiken in der Kapitalanlage müssen natürlich abgesichert werden. Deshalb hat der bisherige Vorstand gleich zu Beginn seiner Amtszeit der Delegiertenversammlung vorgeschlagen, die Zielvorgabe der Satzung für die Verlustrücklage, also das Eigenkapital des Versorgungswerkes, von 5 % auf 7 % der Deckungsrückstellung anzuheben. Die Delegiertenversammlung hatte diese Änderung beschlossen und dadurch konnte die Verlustrücklage Jahr für Jahr aufgestockt werden. Zum Ende des Geschäftsjahres 2020 enthielt sie rund 617 Mio. €; dies entspricht 6,50 % der Deckungsrückstellung.

Neue Software für die Mitgliederverwaltung

Mitte des Jahres 2020 erfolgte ein Wechsel der Software für die Verwaltung der Mitgliederdaten sowie die Einführung der digitalen Mitgliederakte. Diese von langer Hand geplante sehr aufwendige Umstel-

lung betraf alle Informationen der über 12.000 Rentnerinnen und Rentner sowie der über 35.000 aktiven Mitglieder. Kurz zuvor mussten wegen des Beginns der Pandemie innerhalb kürzester Zeit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage versetzt werden, von zu Hause aus arbeiten zu können. Zwar gelang dieser Kraftakt, gleichwohl kam es aber zu Verzögerungen bei der Bearbeitung der Anfragen der Mitglieder. Durch die Softwareumstellung war der Mitgliederservice erneut eingeschränkt, weil die Mitarbeiter z. B. auf das neue System geschult werden mussten und somit nur teilweise für das Tagesgeschäft zur Verfügung standen. Einige Auswirkungen dieser beiden Ereignisse sind noch immer zu spüren, aber eine Trendumkehr ist erreicht. Für eine spürbare Verbesserung der Servicequalität hat eine Umstrukturierung im Geschäftsbereich Versicherungsbetrieb gesorgt, die Ende 2021 umgesetzt wurde. Noch deutlichere Veränderungen dürften mit dem Mitgliederportal verbunden sein, dass der Vorstand kürzlich auf den Weg gebracht hat.

Rente mit 67 und Absenkung des Leistungszinses auf 2,5 %

Einem Kraftakt kamen auch die umfangreichen Satzungsänderungen gleich, die zum 01.01.2021 in Kraft traten. In meh-

renen Klausurtagungen, Vorstandssitzungen und Sonderterminen hat sich der Vorstand mit der Frage beschäftigt, wie auf das völlig neue Kapitalmarktumfeld reagiert werden kann, um die Leistungen gegenüber den Mitgliedern dauerhaft auf eine sichere Grundlage zu stellen. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass die Satzungsänderungen nicht nur die jüngere Generation belasten, sondern diese vielmehr möglichst gleich auf alle Schultern verteilt werden. Herausgekommen ist die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahren (mit einer Übergangsregelung) sowie die Absenkung des Leistungszinses von 3,0 % auf 2,5 % (für alle ab Beginn des Jahres 2021 geleisteten Beiträge). Mit den dadurch in der versicherungsmathematischen Bilanz frei werdenden Beträgen konnte der bilanzielle Rechnungszins deutlich abgesenkt und die Verlustrücklage signifikant erhöht werden. Die Satzungsänderungen brachten jedoch auch Verbesserungen mit sich: Neuerdings können die Mitglieder auch einmalig Beiträge im Rahmen der Höherversicherung leisten. Außerdem erhalten Mitglieder im Falle einer Berufsunfähigkeit zukünftig höhere Renten.

Johannes Prien

Referent des Vorstandes

Save the date Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kampf gegen das Virus: Wie Hessen und die italienische Region Kampanien die Corona-Pandemie bewältigen

Termin: Freitag, 10. Juni 2022, Landesärztekammer Hessen, Frankfurt

Veranstalter: Landesärztekammer Hessen, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, in Zusammenarbeit mit dem Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno

Das zweisprachige Symposium richtet sich sowohl an Mitglieder der Landesärztekammer Hessen als auch an Ärztinnen und

Ärzte der partnerschaftlich verbundenen Ärztekammer der Provinz von Salerno. Details werden im Mai auf der Website der LÄKH (www.laekh.de) und in der Juni-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht. Die Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Hessen zertifiziert.

Sie sind interessiert?
Für weitere Infos wenden Sie sich bitte per E-Mail an: pressestelle@laekh.de



**ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno**

Cannabislegalisierung – Pro und Contra

Dr. med. Sigmund Drexler



Grundfragen in der Diskussion

Die gesellschaftliche Diskussion rund um die Legalisierung von Cannabis ist kontrovers und bis heute nicht abgeschlossen. In den Diskussionsbeiträgen und aus der Ärzteschaft sind vielfältige Argumente zu vernehmen, die sehr unterschiedlich in den Medien wiedergegeben werden. In jüngerer Zeit hat es den Anschein, als sei die Legalisierung des Zugangs zu Cannabis und die Straffreiheit des Besitzes oder der Weitergabe bestimmter Mengen von Cannabisprodukten ein Akt des Fortschritts. Ist es tatsächlich fortschrittlich, Cannabis zuzulassen? Was spricht dafür und was dagegen?

Oft steht im Vordergrund der Diskussion die reale Überforderung der Polizei und der Justiz mit der sich aus dem Betäubungsmittelgesetz und dem Strafgesetzbuch ergebenden Illegalität. Mehr als 200.000 Verfahren werden pro Jahr zur Anzeige gebracht oder eingeleitet. Versuche, den Schwarzmarkt zu regulieren, sind bisher gescheitert. Breitere Angebote des Staates für die Beratung und Betreuung sowie die Prävention, insbesondere bei Jugendlichen, sind rar.

Grundsätzlich: Darf der Staat in individuelle Lebensführungsentscheidungen eingreifen? Darf der Staat Lebensformen vorschreiben?

Erfahrungen aus der Zeit der Prohibition in den USA scheinen zu beweisen, dass der Versuch einer Verbotspolitik weder zum Erfolg noch zu einer Reduktion des Konsums führt. Auch nicht zur Eindämmung wirtschaftlicher Absichten.

Im Falle von Alkohol und Tabak hat der Staat längst, trotz der Versuche, Werbung und Verbreitung einzudämmen, eine Art Gleichgewicht bei den zweifellos suchterzeugenden sowie häufiges Kranksein und Tod herbeiführenden Substanzen gefunden. Kein ernsthafter Wissenschaftler würde leugnen, dass Alkohol und Tabak heute eine Zulassung als Lebensmittel oder als Medikament nicht mehr bekommen könnten. Darf Cannabis anders behandelt werden?

Zweifelsfrei verursacht Alkohol mehr Todesfälle, mehr Krankheiten als die anderen illegalen Drogen oder der Missbrauch von Medikamenten. Ist dies ein Argument, in ähnlicher Weise mit Cannabis umzugehen?

Milliardenschwerer Markt

Längst haben wirtschaftliche Interessen die Chancen der Zulassung von Cannabis erkannt. Die Investoren für die Zeit nach der Cannabislegalisierung scharren mit den Hufen. Sie versprechen sich einen milliardenschweren Markt und eine traumhafte Rendite für ihre Investitionen. Ist ein Teil der Diskussion über die Legalisierung wirtschaftlichen Interessen geschuldet? Mit den medizinisch zugelassenen Cannabisprodukten wurden 2021 bundesweit über 180 Mio. Euro umgesetzt.

Erfahrungen aus den Ländern, die Cannabisprodukte zugelassen haben, sind widersprüchlich. Der Deutsche Ärztetag hat darauf hingewiesen, dass die Legalisierung, trotz aller Begleitprogramme die angeboten werden, auch einen konsumverharmlosenden Effekt hat. Der Anteil, insbesondere junger Konsumentinnen und Konsumenten mit täglichem Gebrauch steigt. Dieser führt zu wahrscheinlich bleibenden gesundheitlichen Schäden.

Die Legalisierung von Cannabisprodukten 2012 in Colorado, USA, hat die Rate der cannabisbedingten Vergiftungsfälle und cannabisbezogenen Krankenhausaufnahmen mehr als verdoppelt. Die Zahl tödlicher Verkehrsunfälle unter Cannabis hat zugenommen, ebenfalls die Zahl der Suizide mit Cannabisbeteiligung.

Die erhoffte Stilllegung der Schwarzmärkte (z. B. in Kanada) hat nicht funktioniert. In keinem der Länder mit legalisiertem Cannabiskonsum ist der Schwarzmarkt verschwunden. Etwa 8 % aller Kanadier ab dem 15. Lebensjahr konsumieren Cannabis. Bis zur Legalisierung waren es etwa 5 %. Es wird geschätzt, dass etwa 35 % der Konsumenten, insbesondere der Jüngeren, sich Cannabis über illegale Quellen beschaffen.

Ist „Drugchecking“ eine Lösung?

Die vergangenen Jahrzehnte haben zu einer nachgewiesenen stetigen Zunahme des Gehalts an THC (Tetrahydrocannabinol) in Cannabis geführt. Es tauchen auch immer wieder Verunreinigungen von Cannabisprodukten auf. Die Koalitionsvereinbarung der jetzigen Regierung hat Drugchecking in ihr Programm aufgenommen und will damit auch illegal erworbenes Cannabis prüfen lassen – und Konsumenten ohne Gefahr der Strafverfolgung eine Art Qualitätssicherung anbieten.

Neben dem Drugchecking formulierten die Ampelparteien: „Wir führen die kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsenen zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften ein. Dadurch wird die Qualität kontrolliert, die Weitergabe von verunreinigten Substanzen verhindert und der Jugendschutz gewährleistet.“

Bei legalisiertem Konsum, der vermutlich frühestens Ende 2022, eher im Jahre 2023, in Gesetzeswerke überführt werden soll, wird davon ausgegangen, dass lizenzierte Geschäfte Cannabis vertreiben. Nicht geregelt sind die Fragen: Wer baut das an? Wer kontrolliert die Gehalte an THC und anderen Cannabisderivaten? Wo werden die Namen der Konsumenten er-

fasst? Gibt es eine Beratungsmöglichkeit? Bei welchen Mengen des Konsums im Monat oder im Jahr soll eingeschritten werden?

Die Befürworter der „Legalisierung“ behaupten, dass die Strafverfolgung nicht nur keine Rechtssicherheit schaffe, sondern auch die Konsumenten als „kriminelle Kiffer“ diskriminiert würden und junge Menschen in Phasen der Findung ihrer beruflichen und privaten Orientierung mit Strafverfolgungsbehörden konfrontiert und in ihrer Lebenschance behindert würden.

Konsum und Gehirnreifung

Große Studien und Bewertungen von Publikationen zweifeln nicht daran, dass bei jungem Eintrittsalter in den Cannabiskonsum und bei häufigem, oft täglichem Gebrauch, das reifende Gehirn in seiner Entwicklung bleibend geschädigt wird. Depressionen nehmen zu, Verwirrtheit, Konzentrationsstörungen und Erkrankungen aus dem Bereich der Psychosen. Die körperliche Abhängigkeit lasse sich zwar gut behandeln, die psychische Abhängigkeit jedoch sei ein großes Problem. Autofahren werde unter THC gefährlicher und die Kontrollorgane der Polizei finden mit zunehmender Häufung Cannabis als beeinflussende Substanz bei Verkehrskontrollen.

In der publizierten „Addiction“-Studie einer kanadischen Forschergruppe wird beschrieben, dass Cannabiskonsum offenbar eine bleibende Behinderung neurokognitiver Funktionen habe, die über die Zeit der Cannabisintoxikation hinaus anhalte.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften und -verbände in Deutschland warnen vor dem Konsum von Cannabis im jungen Alter. Sie weisen darauf hin, dass sich alle Vorsätze, die Legalisierung mit einem bestmöglichen Jugendschutz zu verbinden, in vielen Legalisierungsländern als Illusion erwiesen hätten. Studien aus den USA belegen, dass die Legalisierung von Cannabis auch dann, wenn sie nur für Erwachsene vorgesehen ist, auch bei Jugendlichen mit starkem Zuwachs beim Cannabismissbrauch sowie der Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit einhergeht. In manchen US-Bundesstaaten mit einer Legalisierung lägen die Konsumquoten der Bevölkerung um

20–40 % höher, als im US Bundesdurchschnitt. Die Zahlen von Krankenhauseinweisungen mit Cannabisvergiftungen haben sich teilweise mehr als verdoppelt. Intensivcannabiskonsumierende Kinder und Jugendliche brechen häufiger die Schule ab und weisen ungünstige Bildungsabschlüsse auf, als ihre nicht konsumierenden Altersgenossen.

In Portugal, das ebenfalls eine Legalisierung des Besitzes kleiner Mengen und des Konsums von Cannabis beschlossen hat, ist der Anteil von stark konsumierenden (täglich) jungen Menschen deutlich angestiegen.

Beschluss des 125. Deutschen Ärztetages

Auf dem 125. Deutschen Ärztetag (11/2021) wurde beschlossen: „Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 warnt vor den möglichen Risiken einer Cannabislegalisierung für die Gesundheit der Konsumierenden und den möglichen Folgen für die medizinische Versorgung. Es gibt aus mehreren Ländern Hinweise, dass es im Zuge einer Legalisierung zu einem Anstieg des Konsums sowie zu einer Zunahme von cannabisbedingten Notaufnahmen kam. Auch zeigte sich ein erhöhter psychiatrischer Behandlungsbedarf. Zu Bedenken ist zudem ein erwartender Anstieg cannabisbedingter tödlicher Verkehrsunfälle und Suizide.“ Und weiter: „Die Legalisierung verharmlost auch die gesundheitlichen Gefahren, negativen Folgen und Langzeiteffekte des Cannabiskonsums bei

Kindern und Jugendlichen (auf ihre psychische und physische Entwicklung).“

Und in einem anderen Antrag des gleichen Ärztetages wird darauf hingewiesen: „In Anbetracht der derzeitigen politischen Überlegung zu einem angemessenen gesellschaftlichen Umgang mit Cannabiskonsum warnt der 125. Deutsche Ärztetag 2021 vor dessen gesundheitlichen Gefahren. Betroffene junge Menschen, Erstkonsumierende und Gelegenheitskonsumierende dürfen jedoch nicht in die Illegalität gedrängt und ihnen dadurch ggfs. berufliche und gesellschaftliche Chancen verbaut werden. Deshalb sollte der Besitz geringer, noch zu definierender Mengen, an Cannabis sowie anderer Drogen zukünftig nicht mehr durch das Betäubungsmittelgesetz (BTMG) strafbewährt sein, sondern als Ordnungswidrigkeit mit einer Beratungsaufgabe geahndet werden.“

Gibt es ein „Recht auf Rausch“?

Die Diskussion ist momentan als offen anzusehen. Aus ärztlicher Sicht kann einer scheinbar fortschrittlichen „Legalisierungsforderung“ nur mit warnender Stimme hinsichtlich der Konsequenzen begegnet werden. Ob die Interessen des Staates an vermehrten Steuereinnahmen oder Investitionsmöglichkeiten stark genug sind, um das Cannabisproblem zu lösen, sollte mit großer Zurückhaltung und Vorsicht bewertet werden.

Die Problematik der Deutschen Cannabispolitik, auch innerhalb der Ärzteschaft, hat sich mit Blick auf Konsumquoten und



Foto: Iarigin Andrii – stock.adobe.com

Hilfestellung für Suchtkranke in der Vergangenheit orientiert an den Säulen: Prävention, Hilfen, Schadensminimierung und Angebotsreduzierung. Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen müssen mit ausreichend ausgestatteten Evaluations- und Forschungsprogrammen begleitet werden. Nach einer Legalisierung wird ein einfacher Weg zurück nicht möglich sein.

Es gibt keine Gesellschaft, auch in der Geschichte der Menschheit nicht, ohne Aspekte von Rausch und Sucht. Ob die Rolle der heutigen Medizin vergleichbar ist mit der damaligen Rolle der Schamanen und Medizinmänner, die den Zutritt zu damals möglichen Substanzen regulierten, soll offen bleiben. Fakt ist, dass rauschhafte Erfahrungen und suchttypisches Verhalten in unserer Gesellschaft sehr breit präsent sind, z. B. im Sport, im Spiel, in der Sexualität, beim Einkaufen und beim Umgang mit Geld oder im Berufsleben.

In der Gesellschaft bildet sich immer stärker ein Individualisierungsdruck aus, mit Streben nach persönlichem Glück, nach nicht zu begrenzendem Konsum. Es ist verständlicherweise schwer, sich dem „Recht auf Rausch“ in den Weg zu stellen.

Die Lebensweise mit einer Überflutung durch Kontakte (Smartphones, Dating-Apps etc.) bei gleichzeitiger Vereinsamung des Einzelnen kann zu süchtigem Verhalten führen und trägt zur Entwicklung psychischer Krankheiten wie Depressivität bei.

Ärztlicher Auftrag

Wir als Ärzte sehen die Schattenseiten dieser Entwicklungen. Wir müssen einerseits den Vorwurf ertragen, zu wenig vor den gesundheitlichen Folgen von Extremsportarten sowie den gefährlichen Umgang unserer Gesellschaft mit Alkohol gewarnt und unzureichend Einfluss auf die gesellschaftliche Regulierung des Umgangs mit konsumierten Stoffen genommen zu haben.

Oder hat die Politik zu wenig auf die Ärztinnen und Ärzte gehört?

Die Diskussion ist und bleibt spannend und kontrovers zugleich. Die Ärzteschaft sollte ihre Einflussmöglichkeit auf die Politik nutzen und über die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer den Kontakt zur Politik, insbesondere zum Bundesdrogenbeauftragten Burkhard

Blienert suchen, um die entstehenden Regelungen möglichst im Sinne der Patienten und der Gesellschaft beeinflussen zu können.

Dr. med. Siegmund Drexler

Vorsitzender des Suchtausschusses der Landesärztekammer Hessen; Mitglied im Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer
Kontakt per E-Mail via: haebl@laekh.de



Foto: Katja Kölsch

Der Autor dankt Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum, Direktor der Abteilung für Suchtmedizin an der psychiatrischen Klinik der Universität Duisburg-Essen, sowie Prof. Dr. med. Norbert Wodarz, Direktor der Abteilung Suchtmedizin am Universitätsklinikum Regensburg, für die Unterstützung.

Das Literaturverzeichnis findet sich in der Online-Ausgabe 05/2022 unter www.laekh.de.

Büchertipps von Lesern für Leser



Josephine Links:
Stilles Herz
Über den Verlust meines Kindes und die Kraft, neu zu leben.
Beltz 2021, 160 S., € 17
ISBN 9783407866752

Das Herz, um das es geht, schlägt nicht mehr. Es ist kurz vor der Geburt stiller und stiller geworden, umschlungen von einer Nabelschnur, unbemerkt von der Geburtshilfe, zu lange schon still, um noch ins Leben gebracht zu werden. „Mein erstes Kind starb während ich es zur Welt brachte. Als wir unsere Tochter endlich in den Armen hielten, atmete sie nicht. Die Begrüßung war Abschied, Liebe und tiefster Schmerz in einem. Von einem Moment auf

den anderen drehte sich unsere Welt. Elternwerden hieß für uns trauern lernen.“

Nach diesem mächtigen Anfang hat man nur zwei Möglichkeiten. Das Buch ganz schnell weglegen – oder weiterlesen, zwischendurch Tränen wegwischen, wieder mitfühlen und doch wieder am Ende zunehmend Luft bekommen, wenn man mit Josephine Links die lange Strecke an Trauern, Abschiednehmen, Loslassen und sich neu in der Welt wiederfinden in den folgenden Tagen, Monaten, Jahren mitgehen kann.

Atmen, weitergehen, wieder atmen. Heilung, Trauer und Angst kommen in Wellen – meistens „von hinten, sie sind nicht kaum zu planen und kaum zu kontrollieren. Unsicher sein, haltlos, unklar. All das wollte ich früher nie sein und war es auch

nur selten. Jetzt kann ich nicht anders, Unsicherheit und Zweifel haben mich fest im Griff. Wie krank sein, ohne krank zu sein.“

Das Buch hätte auch bitter und eine Anklage werden können, stattdessen gibt es Einblicke in die vielen Gesichter des Lebens und der Hoffnung, trotz allem. Obwohl in einer Ratgeber-Reihe erschienen, ist eine persönliche Erzählung geworden, auch wenn Josephine Links versucht, erzählerisch ein bisschen Abstand zu halten, indem sie von einer dritten Person berichtet. Aber es kann helfen, einen eigenen Weg ins Leben zu finden, und sich dabei nicht alleine fühlen zu müssen.

Dr. med. Helmut Schaaf, Arolsen

Literatur zum Artikel:

Cannabislegalisierung – Pro und Contra

von Dr. med. Siegmund Drexler

- [1] Gesundheitliche Risiken einer Cannabislegalisierung für Kinder und Jugendlichen. Appell der kinder- und jugendpsychiatrischen- und kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften und -verbände in Deutschland 2012/2021
- [2] Evidence on the acute and residual neurocognitive effects of cannabis use in adolescence and adults: a systematic meta-review of meta-analyses, Autoren: Laura Dellazico, Stephan Potvin, Sabrina Giguere, Alexandre Dumais, Addiction 2021;1–14
- [3] Association of cannabis use during adolescence with neurodevelopment. *JAMA Psychiatry*, September 2021.
- [4] Häufiger Konsum von nicht medizinischem Cannabis. Autor: Udo Bonnet, Michael Specka, Norbert Scherbaum, *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2016, 144:126–131
- [5] Increasing potency and price of cannabis in Europe 2006–2016, Autoren: Tom P. Freeman et al. *Addiction* 2018 114/1.015 – 1.023.
- [6] Public Health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of new users, cannabis potency, treatment rates, Author: Jacob Mantey et al., *The Lancet Europe* 10 (2021) 100227
- [7] Beschluss 125. Deutscher Ärztetag Berlin vom 01.–02.11.2021, TOP I: Gesundheit, Sozial und ärztliche Berufspolitik: Antrag I-07 „Gesundheitliche Risiken einer Legalisierung von Cannabis“ und Antrag I-35 „Cannabis helfen und heilen anstatt bestrafen“

Schuss- und Explosionsverletzungen

Rekonstruktion der Extremitätenfunktion aus plastisch-chirurgischer Perspektive

VNR: 2760602022153130003

Dr. med. Katrin Ettmüller, Dr. med. Thomas Schilling

Siehe auch das Abkürzungsverzeichnis auf dieser Seite.

Einleitung

Die Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen gehört im mitteleuropäischen Raum zu den seltenen Herausforderungen für die Unfallheilkunde.

Mit den Auslandseinsätzen der Bundeswehr sowie durch humanitäre Hilfszusagen stand und steht der Sanitätsdienst der Bundeswehr vermehrt vor der Herausforderung, diese Verletzungsmuster und deren Folgen unter Umsetzung moderner traumatologischer Therapiekonzepte auch im Inland zu behandeln. Es hat sich

dabei gezeigt, dass diese Verletzungsentität hinsichtlich Genese, Gewebeschaden und Komplikationsträchtigkeit relevante Unterschiede gegenüber den bekannten Mustern „ziviler“ Hochrasanztraumata mit höhergradigen offenen Verletzungen aufweist.

Handelt es sich um Verletzte aus Krisengebieten, insbesondere aus Vorderasien und Nordafrika, stellen das Management des multipel keimbesiedelten Verletzten und die chirurgische Therapie der kontaminierten oder infizierten Wunde besondere Herausforderungen dar. Ausgedehnte Knochen- und Weichgewebsdefekte bei durchgehender, grober Kontamination und konsekutiver Besiedelung mit

meist multi- bis panresistenten Keimen generieren für die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie besonders anspruchsvolle Verletzungsfolgen und generieren einen erheblichen, additiven Ressourcenverbrauch. Komplizierte wie langwierige Behandlungsverläufe sind bei Gliedmaßen erhaltender Behandlung die Regel.

Prinzipiell betreffen die im vorliegenden Artikel diskutierten Verletzungen Patienten aus Krisengebieten und bewaffneten Konflikten. Sie stellen somit einen Teil des fachlichen Spektrums von Militärchirurgen oder chirurgischen Kollegen dar, die in Krisengebieten und angrenzenden Flüchtlingsgebieten eingesetzt sind.

Der Einsatz von Schusswaffen und (selbstkonstruierten) Sprengmitteln (IED) bei politisch oder religiös motivierten Terroranschlägen in den Industrienationen macht eine Grundkenntnis dieses Patientengutes auch für Kollegen fernab von militärischen oder Krisenszenarien sinnvoll [1].

Beispielhaft soll hier die Einführung des Kursformates TDSC durch die AUC genannt werden, bei der zivile Ärztinnen und Ärzte seit Jahren mit den Erstversorgungsprinzipien bei einem Massenansturm von Verletzten mittels Simulation vertraut gemacht werden können.

Mit dem vorliegenden Artikel sollen die Grundsätze der Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen kurz vorgestellt werden. Mit speziellem Augenmerk auf die plastisch-rekonstruktive Chirurgie der Extremitäten werden anhand von zwei Fallbeispielen Versorgungsstrategien und ihre Besonderheiten näher erläutert.

Versorgungskonzept

Vom Grundsatz erfolgt die Versorgung dieser besonderen Verletzungsentitäten analog zur Versorgung eines Polytraumas. An erster Stelle steht zunächst der Lebenserhalt und eine Erstversorgung nach ATLS/

Abkürzungsverzeichnis (alphabetisch)

ATLS	Advanced Trauma Life Support
AUC	Akademie der Unfallchirurgie
c-ABCDE-Schema	Beim cABCDE-Schema oder xABCDE-Schema handelt es sich um eine Variante des ABCDE-Schemas, bei der zu Beginn der Untersuchung eine kritische Blutung („critical bleeding“) sowie eine mögliche Verletzung der Halswirbelsäule („C-spine injury“) ausgeschlossen wird. Das cABCDE-Schema wird unter anderem bei der Untersuchung von Traumapatienten eingesetzt.
Damage Control Prinzip	Anatomische Wiederherstellung aufgeschoben zugunsten der Lebensrettung, der Stabilisierung und Normalisierung der Physiologie
DSTC	Definitive Surgical Trauma Care
IED	improvised explosive device: Eine unkonventionelle Spreng- oder Brandvorrichtung (USBV, auch Sprengfalle) ist eine nicht industriell, häufig von Experten hergestellte Brand- oder Sprengladung (bzw. Brand- oder Sprengfalle).*
TDSC	Terror and Disaster Surgical Care. Weitere Hinweise zu Kursen auf der Website der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)

* Quelle: Wikipedia

DSTC-Prinzipien, gefolgt von der schrittweisen Ausversorgung. Dabei ist hier die Kontrolle einer lebensbedrohlichen Blutung durch offene oder penetrierende Verletzungen („catastrophic hemorrhage“) vor das Abarbeiten des gewohnten A-B-C-Algorithmus gerückt: c-ABCDE-Schema. Nach chirurgischer Erstversorgung gemäß Damage Control Prinzipien und Mitigierung der Wundkontamination mittels Wunddebridement und -spülung, respektive Sanierung von Infekten, können Eingriffe zur Verbesserung des funktionellen Outcomes in Angriff genommen werden. Diese dienen der Korrektur sekundärer Verletzungsfolgen wie Kontrakturen oder Gewebsverlust, aber auch der Optimierung des kosmetischen Ergebnisses. Abhängig von der Schwere und dem Ausmaß der Verletzungen sowie dem Erfolg einer Infektsanierung dauert dieser Behandlungsablauf mehrere Wochen bis Monate und Jahre. Er lässt sich vereinfachend in drei Phasen einteilen. Diese Stufenversorgung sollte in Kliniken mit entsprechender Expertise erfolgen. Es muss daher frühzeitig an eine Verlegung gedacht werden, wenn das eigene Haus nicht über die Möglichkeiten der Ausversorgung verfügt.

Phase 1:

Erstversorgung und Infektkontrolle

Dies erfolgt in der Regel in direkter zeitlicher und örtlicher Nähe, zumeist noch im entsprechenden Heimatland des Patienten resp. im Einsatzszenario [2]. Grundsätzlich sollte die Erstversorgung entsprechend den Damage Control Kriterien vorgenommen werden [3]. Dies beinhaltet u. a. die initiale, lebensrettende Blutungskontrolle, eine temporäre Frakturversorgung mittels Fixateur externe sowie eine Minimierung des Infektrisikos bei regelhaft ausgedehnten oder großflächigen Weichteilverletzungen mit Erstdébridement, Wundspülung und temporärer Weichteildeckung mit Feuchtverbänden oder ähnlichem.

Eine frühe Unterdruck-Wundtherapie (negative pressure wound therapy, NPWT) hat sich auch im Einsatzszenario bewährt. Geäußerte Befürchtungen zur potenziellen Gefährdung durch Anaerobier unter NPWT konnten im eigenen Vorgehen in mehr als 15 Jahren der Anwendung nicht bestätigt werden. Voraussetzung ist das

konsequente Debridieren und Lavagieren, um Keimen den Nährboden zu entziehen [4, 5]. Alternativ bieten sich zunächst Feuchtverbände mit antiseptischen Lösungen an, die regelmäßig unter sterilen Bedingungen gewechselt werden müssen.

Grundsätzlich bestimmt der Verletzungsmechanismus die Versorgungsstrategie. Schusswunden und Verletzungen durch eine Explosion (Blast Injury)

unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wirkung auf das Gewebe und der systemischen Reaktion zum Teil deutlich von der Behandlung eines klassischen Polytraumas mit stumpfen oder penetrierenden Verletzungen. Einerseits betrifft dies den makroskopisch bei der Erstbeurteilung noch nicht abschließend sichtbaren bzw. einschätzbaren, ausgedehnten Gewebeschaden durch die Druckwelle bzw. primäre und sekundäre Wundhöhle. Es handelt sich grundsätzlich um Verletzungen mit einer nicht verlässlich vorhersehbaren Dynamik in ihrer Weiterentwicklung („developing wounds“).

Andererseits generieren Schuss- und Explosionsverletzungen eine tief ins Gewebe reichende Kontamination, deren klinische Auswirkungen erst im Verlauf zu sehen sind. Eine einzeitige respektive rasch in Richtung Definitivverschluss zielende Ausbehandlung ist nicht vertretbar. Die verschiedenen Wirkungen einer Explosion (Druckwelle, thermisches Trauma, Fragmente, Kontamination etc.) führen nicht nur zu aufsteigenden Schäden entlang von Gefäß- und Nervenstraßen als Weg des geringsten Widerstandes, sondern auch zu einer massiven Belastung des Gesamtorganismus (Mediatorenfreisetzung, pulmonale Schädigung usw.).

Bei der Erstversorgung sollten für Folgeeingriffe und das funktionelle Outcome

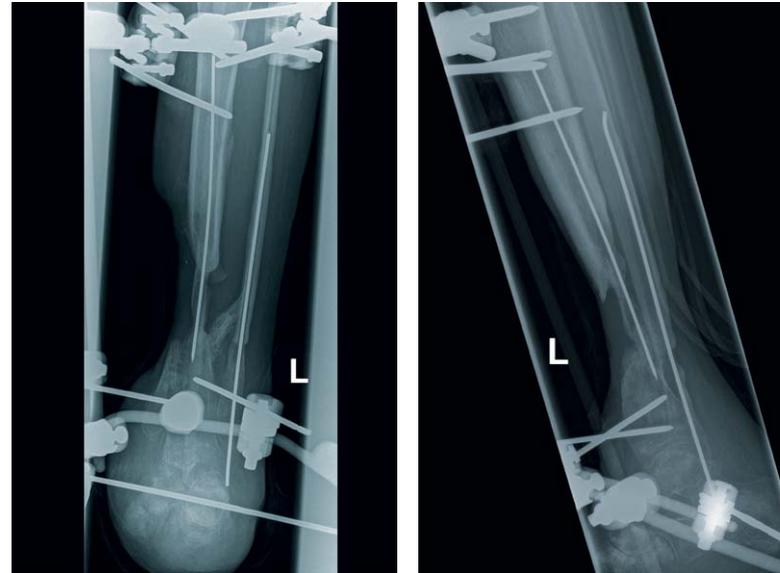


Abb. 1 a & b: Linker Unterschenkel in zwei Ebenen bei Aufnahme acht Monate nach Trauma. Liegender Fixateur externe sowie intramedulläre Kirschner-Drähte. Synostose zwischen den beiden Unterschenkelknochen. Nicht belastungsfähige Gesamtsituation.

relevante Strukturen (Nerven, Sehnen) so markiert werden, dass ihre spätere Identifikation i. R. rekonstruktiver Massnahmen in den von zum Teil massiven physiologischen Umbauvorgängen geprägten Wunden mit Granulationsgewebe und Narbenbildung erleichtert wird.

Die genannten Verletzungsentitäten machen eine mehrschrittige Versorgung mit oft multiplen operativen Interventionen erforderlich. Jede OP-Entscheidung sollte sorgfältig vorausgeplant und mit allen beteiligten Disziplinen abgestimmt werden („Trauma-Schach“). Folgeoperationen und deren spezifische Erfordernisse sollten früh bedacht werden, insbesondere was das zur Verfügung stehende Gefäßsystem oder potenzielle Hebungsstellen für Lappenplastiken betrifft.

Komplikationen und Rückfalloptionen im Sinne eines „Plan B“ und gegebenenfalls „Plan C“ müssen antizipiert werden. Erschwerend kommen in dieser Versorgungsphase die regelhaft vorhandene multi- bis panresistente Besiedelung oder Infekte im Wundgebiet zum Tragen [6, 7]. Repetitive Wundabstriche und Gewebeproben helfen, die oft zu beobachtenden Variationen der nachgewiesenen Erreger über den Behandlungsverlauf hinweg und vor allem neu auftretende Resistenzen unter dem Druck einer laufenden Antibiotikumtherapie zu erkennen.



Abb. 2: Präoperative Planung der lappenplastische Deckung mit Anzeichnung der geplanten Anschlussgefäße (hier A. tibialis posterior samt Begleitvenen) sowie der Vena saphena magna und des geplanten Stielverlaufs der freien Lappenplastik. Großflächiges Spalthautareal mit instabiler Narbe direkt über der Tibia.

Phase 2: Anschlussversorgung

Nach gesicherter Infektsanierung bzw. -beherrschung schließt sich nun die definitive Versorgung mit Defektdeckung und Frakturversorgung an. Das Konzept der rekonstruktiven Leiter sieht als einfache Maßnahmen einen Sekundärverschluss und (Spalt-) Hauttransplantationen vor. Komplexe Wunden mit allschichtigen Defekten, aber vor allem über exponiertem, bradytrophem Gewebe wie Knochen und Sehnen wie auch neurovaskulären Bahnen, benötigen komplexere Deckungsverfahren. Lokale Lappenplastiken sind grundsätzlich sicher und operativ verhältnismäßig wenig aufwendig. Ihre begrenzte Größe bzw. Verfügbarkeit grenzen ihren Einsatz eng ein. Gestielte (Fern-)Lappenplastiken wie z. B. die Leistenlappenplastik bieten hier mehr Einsatzmöglich-

keiten, vor allem an der oberen Extremität. Große Defekte und solche der unteren Extremität bedürfen in der Regel einer freien Lappenplastik, die von einem verletzungsfernen Körperteil entnommen („gehoben“) wird [8].

Eine Entnahme in unmittelbarer Nähe zur Verletzung ist

aufgrund der weitreichenden Gewebeschädigung und oftmals kompromittierten Gefäßversorgung komplikationsträchtig und nicht sinnvoll. Für die zielgerichtete, zeitsparende Versorgung von traumatischen Gewebdefekten kann der „rekonstruktive Fahrstuhl“ genutzt werden [9]: Hiermit ist nicht die schrittweise Nutzung immer komplexerer Deckungsversuche bis hin zum Behandlungserfolg gemeint, wie es der traditionell als „rekonstruktive Leiter“ bezeichnete Algorithmus beschreibt, sondern ein hiervon unabhängiges, situationsgerechtes Verfahren zur Minimierung der erforderlichen Eingriffe. Dies bedeutet gegebenenfalls auch die primäre Wahl eines sehr komplexen Verfahrens, um eine rasche und sichere Defektdeckung zu erreichen. Diese Strategie einer frühen suffizienten Deckung im Intervall begünstigt das funktionelle Ergebnis

und den Extremitätenerhalt [10]. Beispielhaft für diese Philosophie wird nachfolgend Fallbericht 1 vorgestellt. Begleitend sollte eine Frührehabilitation stattfinden, soweit dies sinnvoll und möglich ist. Hierbei sind der Erhalt bzw. die Optimierung von Restfunktion, Prophylaxe von ruhigstellungsbedingten Kontrakturen, Adhäsionen und Funk-

tionsdefiziten einige wesentliche Faktoren.

Phase 3: Funktionelle Optimierung

Die weitere Therapie und eine realistische Einschätzung hinsichtlich der Erwartungshaltung sollten in enger Absprache mit dem Patienten und ggfs. mit Einbindung der Familie erfolgen. Auch die Compliance des Patienten ist entscheidend, wie aufwendig eine Rekonstruktion sein darf:

Nicht jeder Patient ist für jede OP geeignet. Der individuelle Anspruch sowie die operative Machbarkeit und Grenzen müssen ausführlich thematisiert werden.

Nach Konsolidierung der Weichteile und knöcherner Konsolidierung kann schließlich die Planung der langfristigen Rekonstruktion und der Funktionserhalt bzw. -verbesserung geplant werden.

Hierbei sind motorische Ersatzoperationen oder zweizeitige Rekonstruktionen z. B. mit Nerveninterponaten als Kabeltransplantat (analog zu einem mehradrigen Kabel zusammengelegte kleine Spendernerven zur Rekonstruktion eines größeren Nerven) oder andere neurorekonstruktive Verfahren bei Nervenschäden oder schwerwiegenden Muskeldefekten zu erwähnen. Letztgenanntes Verfahren setzt jedoch einen mechanisch intakten und ansteuerbaren Muskel voraus. Der Funktionsverlust durch Destruktion oder fettige Degeneration eines Zielmuskels lässt sich nur noch durch eine Ersatzplastik kompensieren.

Zu knöcherner Rekonstruktion bei regelmäßig ausgedehnten Substanzdefekten haben sich der Segmenttransport im Sinn der Kallusdistraktion (Kallotaxis) und die Masquelet-Technik bewährt [11, 12]. Letztere ist allerdings auf eine Spongiosaentnahmestelle für die Transplantation angewiesen, um die in der Regel erheblichen Substanzdefekte aufzufüllen.

Ein ossärer Segmenttransport eignet sich neben dem Aufbau diaphysärer Defekte auch z. B. zur Stumpfverlängerung, sollte die bestehende Stumpflänge oder -form nicht für eine exoprothetische Versorgung ausreichend geeignet sein.

Ein interdisziplinäres Versorgungskonzept ist von Anfang an erstrebenswert. Hierbei ist insbesondere die Zusammenarbeit von plastisch-rekonstruktiven Chirurgen so-



Abb. 3 a & b: Vier Wochen postoperativ nach Defektdeckung mit eingeeilter freier Lappenplastik sowie suffizient eingeeilter Spalthaut auf der Muskellappenplastik.

wie Unfallchirurgen und Orthopäden essenziell. Grundsätzlich bestimmt das Verletzungsmuster den Umfang der hinzuzuziehenden Fachdisziplinen. Traditionell verfügen nur einige wenige Kliniken über die gesamte Expertise (z. B. gefäßchirurgische Kompetenz) innerhalb einer Abteilung. Es hat sich bewährt, hausintern die führende, primär verantwortliche und koordinierende Fachdisziplin in jedem Fall klar zu benennen. Patienten mit entsprechenden Komplexverletzungen sollten daher frühzeitig in septisch-plastisch-rekonstruktive Fallkonferenzen (Traumaboard o. ä.) eingesteuert werden. Dies kann auch unter Nutzung telemedizinischer Ressourcen erfolgen.

Unabhängig davon ist in jeder Stufe, jedoch vor allem in Stufe 2 und 3, eine enge Rücksprache der Behandler untereinander von Bedeutung. Nicht nur Unfallchirurgen und Plastische Chirurgen müssen ihre Operationen untereinander abstimmen. Auch Prothesenbauer, Psychotherapeuten, Reha-Mediziner, Berufshelfer, Arbeitgeber/Dienstherr sind hier mit einzubeziehen: Eine optimale operative Versorgung ist nur so gut wie ihre Nachbehandlung.

Ebenso zählt sich die frühzeitige Beteiligung des Patienten und seines engen sozialen Umfeldes aus, um die Rekonstruktion bzw. Rehabilitation an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten, als auch um die Compliance auf der Zeitachse langfristig sicherzustellen. Familienkonferenzen und eine psychologische Begleitung sind sehr hilfreich, weiterhin müssen sprachliche und kulturelle Barrieren bedacht und beseitigt werden.

Nachfolgend werden zwei exemplarische Fälle mit Fokus auf die plastisch-rekonstruktive Chirurgie vorgestellt. Sowohl der freie mikrochirurgische Gewebettransfer als auch die vorgestellte motorische Ersatzplastik waren in beiden Fällen maßgeblich für die Wiederherstellung der Lebensqualität der Betroffenen. Anhand der Fallbeispiele werden nicht nur rekonstruktive Besonderheiten der Versorgung vorgestellt, sondern auch gleichzeitig einzelne Details von Diagnostik, Therapieentscheidungen und operativen Techniken näher erläutert.

Fall 1: Freier Gewebettransfer zur Defektdeckung und Tibiarekonstruktion

Ein 25-jähriger syrischer Patient erlitt im Bürgerkrieg seines Heimatlandes durch eine Granatenexplosion schwere Verletzungen beider unterer Extremitäten. Nach Erstversorgung in Syrien erfolgte die Weiterversorgung in Tunesien. Ca. acht Monate nach Trauma wurde der Patient zur Ausbehandlung nach Deutschland vermittelt. Bei Aufnahme zeigte sich folgende Situation (siehe Abb. 1):

- Mittels Fixateur externe versorgte Brüche des distalen Femurs beidseits und Wundinfekt durch MRE links.
- Nicht prothesenfähiger Stumpf nach distaler Unterschenkelamputation rechts.
- Mittels Kirschnerdrähten und Fixateur externe versorgter Bruch des linken Unterschenkels mit nach Spalthautdeckung instabiler Narbe über einem ausgedehnten Knochen- und Weichteildefekt.
- Nicht belastungsfähiger Fußwurzelstumpf links.

Primär wurde eine mehrzeitige Infektsanierung am linken Oberschenkel realisiert, gefolgt von Korrekturosteotomien im Bereich beider Femora und Verfahrenswechseln auf interne Fixationsverfahren. Zudem wurde mittels Stumpfkorrektur eine prothesenfähige Situation am rechten Unterschenkel geschaffen. Um dem Patienten eine belastungsfähige untere linke Extremität zu ermöglichen, war hier ebenfalls eine Korrekturosteotomie mit temporärer Ketteneinlage in Vorbereitung der angestrebten definitiven osteosynthetischen Versorgung notwendig. Die prätibiale Narbe mit einer unmittelbar dem Knochen aufliegenden Spalthaut sollte hierzu durch eine adäquate Weichteildeckung ersetzt werden, siehe Abb. 2.

Aufgrund der Defektgröße war dies nur mit Hilfe einer freien, mikrochirurgischen Lappenplastik möglich. Im Vorfeld erfolgte eine umfangreiche radiologische Diagnostik zur Abklärung der Gefäßversorgung und knöchernen Situation.

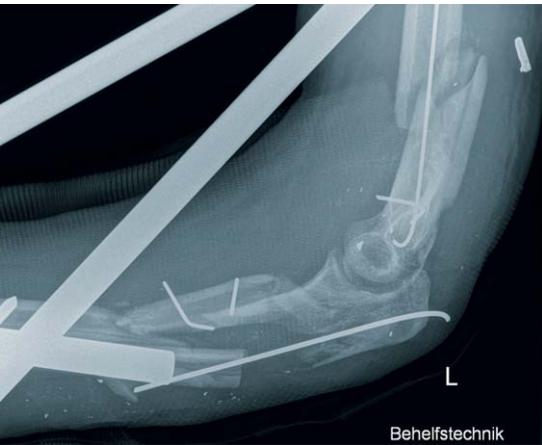
Grundsätzlich ist neben einer Röntgen- und CT (Computertomografie)-Diagnostik der betroffenen Extremität eine dopp-



Abb. 4: Osteosynthetische Ausversorgung linker Unterschenkel, ca. 15 Monate nach Trauma. Verfahrenswechsel auf intramedullären Marknagel mit additiver Spongiosaplastik (im Bild noch nicht abschließend mineralisiert). Der Unterschenkel ist belastungsstabil.

ler- und farbduplexsonografische Untersuchung des Spendeareals sowie der Anschlussgefäße als auch eine Angiografie des operativen Zielgebietes erforderlich. Insbesondere bei Patienten, die eine Explosionsverletzung erlitten haben, können okkulte Gefäßläsionen durch das Einwirken der Druckwelle und thermomechanischen Schädigung sonst nicht sicher ausgeschlossen werden.

Verschiedene Formen von freien Lappenplastiken stehen zur Defektdeckung zur Verfügung. Neben muskulären, muskulo-kutanen, fasziokutanen und kutanen Lappenplastiken können reine Faszienlappen entnommen werden. Die Wahl des Transplantats richtet sich nach der Defektgröße und -lokalisierung und den zur Verfügung stehenden Hebearealen. Viele Lappenplastiken können zusätzlich mit knöchernen Anteilen (sogenannte chimäre Lappenplastiken) kombiniert werden, um hier gegebenenfalls simultan einen knöchernen Defekt im OP-Gebiet mit zu versorgen. Von Vorteil ist hier, dass der knöcherne Anteil der Lappenplastik vaskularisiert ist, während die oben beschriebenen Verfahren zur Knochenrekonstruktion (Spongiosa oder corticospongiose Späne) auf eine bereits im Vorfeld adäquat eingeeilte Weichteildeckung angewiesen sind und vom umgebenden Gewebe aus neovaskularisiert und integriert werden müssen.



schenkels sowie Schuhzurichtung links in der Lage, ohne zusätzliche Hilfsmittel frei zu gehen, siehe Abb. 3 & 4.

Fall 2: Motorische Ersatzplastik bei traumatischem Radialischaden

Ein 42-jähriger Patient erlitt im Ukraine-Konflikt eine Blast injury infolge eines Granateinschlages in eine Haubitze, die er bediente. In Kiew erfolgte zunächst die Primärversorgung, bevor der Patient etwa einen Monat nach Verletzung zur weiteren Therapie nach Deutschland verlegt wurde. Bei Aufnahme zeigte sich folgendes Verletzungsmuster, siehe Abb. 5:

- Mehrfragmentäre Humerusfraktur links.
- Mehrfragmentäre proximale Ulna- und Radiusfraktur links mit persistierender Ellenbogenluxation.
- Partielle Radialisparese links.
- Mehrfragmentäre supracondyläre Femurfraktur links.
- Traumatische Fingeramputation D5 links.
- Multiple Weichteilverletzungen.
- Multiple Fremdkörper einsprengungen im Bereich des Gesichtes und partiell des Auges.

Sämtliche Wunden waren mit multiresistenten Keimen kontaminiert und wiesen zum Teil putride Fisteln mit Osteomyelitis der darunter liegenden Skelettanteile auf.

Die 1. Phase der Behandlung erwies sich als sehr zeitaufwendig und zog sich über Monate hin. Die Infektsanierung mit wiederholten operativen Débridements und Vakuumtherapie war durch Infektrezidive und eine wechselnde Keimflora geprägt. Im Rahmen einer fächerübergreifenden Zusammenarbeit wurden die Verletzungen des Gesichtes mit behandelt. Für den

Behandlungserfolg entscheidend war weiterhin eine durchgehende Präsenz von Sprachmittlern, der psychotraumatologischen Betreuung sowie die Einbindung in ein soziales Netzwerk vor Ort, um die Folgen der hygienisch-räumlichen, sprachlichen und kulturellen Isolation zu mildern.

In Phase 3 der Behandlung machte ein persistierender Ausfall des N. radialis am linken Oberarm bzw. Ellenbogen mit der klassischen Symptomatik einer aufgehobenen Finger- und Daumenstreckung die Rekonstruktion der ausgefallenen Funktionen mittels einer individuell der Defektsituation angepassten, motorischen Ersatzplastik notwendig.

Motorische Ersatzplastiken bieten sich an, wenn ein nervenschadenbedingter Funktionsverlust nicht konservativ oder durch Nervennaht bzw. Nerveninterponate („Kabeltransplantate“) behoben werden kann. Sie finden seit dem Ende des vorletzten Jahrhunderts Verwendung und haben zum Prinzip, dass ein funktionierender Muskel mit Sehne auf eine Sehne ohne Funktion umgesetzt wird [15, 16]. Die erforderlichen Lernvorgänge zur kortikalen Reprogrammierung des Bewegungsmusters sind auch noch im hohen Alter möglich. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Ersatzplastik sind eine erhaltene freie passive Beweglichkeit der betroffenen Gelenke, das Vorhandensein geeigneter Ersatzmuskeln, deren Funktion von anderen Muskelgruppen übernommen

Fotos: Rechte bei den Autoren (Röntgenbilder freundlicherweise zur Verfügung gestellt durch Dr. med. Stephan Waldeck, Direktor der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, BWZK Koblenz)

Abb. 5: Ossärer Ausgangsbefund linker Ellenbogen bei Aufnahme vier Wochen nach Trauma mit liegendem Fixateur externe sowie Kirschnerdrähten. Explosionsbedingte Fraktur mit persistierender Fehlstellung der Unterarmknochen und Luxation im Ellenbogengelenk bei destruiertem Radiuskopf.

Grundsätzlich sollte der venöse und arterielle Anschluss der Lappenplastiken im Gesunden erfolgen, um das Risiko von thrombotischen Verschlüssen der Stielgefäße infolge traumabedingter Intimaschäden mit nachfolgendem Verlust des Gewebetransfers zu minimieren. Dies ist gegebenenfalls durch ein- oder zweizeitig gelegte Veneninterponate (arterio-venöser Loop) sicherzustellen.

Mit Einzug der perforatorbasierten Lappenchirurgie und Dank der technischen Fortschritte in der Mikrochirurgie hat sich inzwischen eine Vielzahl von unterschiedlichen freien Lappenplastiken etabliert [13]. Die aufgrund ihrer Größe, ihres Gefäßdurchmessers und ihrer -stiellänge gebräuchlichsten freien Lappenplastiken sind die Musculus-latissimus-dorsi-Lappenplastik und die ALT (anterior lateral thigh)-Lappenplastik [14].

Im hier beschriebenen Fall kam aufgrund der Größe des Defektes die klassische Latissimus dorsi-Lappenplastik zur Anwendung. Der Defekt konnte unter Einbeziehung einer Hautinsel suffizient gedeckt werden. Nach sicherem Einheilen der Lappenplastik konnte ca. ein Monat später die Versorgung der darunter liegenden Tibia-defektzone mit Einbringen von Beckenkamm-spongiosa und Marknagelung erfolgen. Zwischenzeitlich ist der Patient ausversorgt und nach abgeschlossener Prothesenversorgung des rechten Unter-

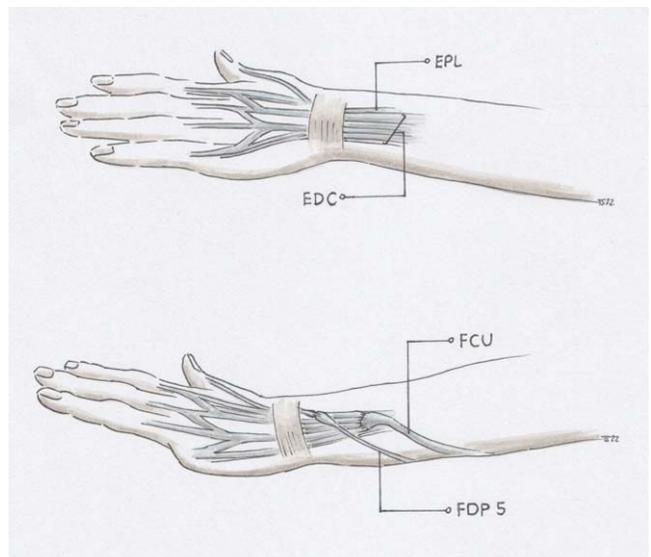


Abb. 6: Schematische Zeichnung der ausgefallenen Strecksehnen: Normalbefund und nach erfolgter motorischer Ersatzplastik mit Vorspannung in Extension.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Schuss- und Explosionsverletzungen: Rekonstruktion der Extremitätenfunktion aus plastisch-chirurgischer Perspektive“ von Dr. med. Katrin Etmüller und Dr. med. Thomas Schilling 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. April 2022 bis 24. Oktober 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.

werden kann und eine hohe Compliance für die Rehabilitation.

Verschiedene Techniken des Sehnentransfers zur Kompensation des N.-radialis-Ausfalls sind bekannt, von denen sich keine als überlegen durchgesetzt hat. Allen Techniken gemeinsam ist, die drei motorischen Funktionen des N. radialis wiederherzustellen:

- 1) Handgelenkextension (M. extensor carpi radialis brevis und longus).
- 2) Daumenextension (M. extensor pollicis longus).
- 3) Fingerextension in den Metakarpophalangealgelenken (M. extensor digitorum communis).

Um die postoperativen Umlernprozesse zu erleichtern, kann ergänzend zu den klassischen physio- und ergotherapeutischen Verfahren die propriozeptive neuromuskuläre Fazilitationstechnik (PNF) und Spiegeltherapie angewendet werden [17].

Im hier beschriebenen Fall wurde der M. flexor carpi ulnaris mit den Sehnen der Fingerstrecker gekoppelt. In leichter Abwandlung der bekannten N.-radialis-Ersatzverfahren wurde im vorliegenden Fall

der M. flexor profundus des Kleinfingers mit der Sehne des M. extensor pollicis longus verbunden, da dieser nach traumabedingtem Verlust des 5. Strahls zur Verfügung stand, ohne einen zusätzlichen Spenderfinger in Mitleidenschaft zu ziehen (siehe Abb. 6, nur online). Eine Rekonstruktion der Handgelenkstrecker war nicht erforderlich, da hier klinisch und neurophysiologisch eine ausreichende Restfunktion bestand.

Nach Rückkehr in sein Heimatland erfolgte im weiteren Verlauf eine erneute stationäre Aufnahme zur prothesengestützten Rekonstruktion des destruierten Ellenbogens. Ein chirurgisch nicht beherrschbarer Implantatinfekt machte leider einen Prothesenausbau erforderlich. Letztendlich kam der versteifte Ellenbogen über eine Knochenzementplombe und gestielte Split-Latissimus-dorsi-Lappenplastik zur Ausheilung.

Als Ergebnis einer sich über mehr als zwei Jahre hinziehenden Versorgung ist der Patient nun mit einem deutlich bewegungsumfangsgeminderten Kniegelenk links über kurze Strecken im Alltag mobil und nutzt den linken Arm für leichte Alltags-

verrichtungen. Die Ersatzplastik am linken Handgelenk ermöglichte eine selbstständige Körperhygiene und Selbstversorgung im häuslichen Umfeld.

Zusammenfassung

Die vorgestellten Fallberichte geben einen kurzen Einblick in die Möglichkeiten der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie bei Schuss- und Explosionstraumata. Diese Verletzungsentitäten sind regelhaft komplex und bedürfen vieler Folgeeingriffe. Die begleitenden thermischen Schäden bei Explosionsverletzungen und die regelhafte Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern stellen eine besondere fachliche, personelle, logistische und infrastrukturelle Herausforderung für die behandelnde Einrichtung dar. Die Versorgung bedarf eines interdisziplinären Ansatzes mit Fokus auf septische, orthopädisch-unfallchirurgische und plastisch-rekonstruktive Chirurgie. Das Behandlungskonzept ist mehrstufig und kann sich über Monate bis Jahre hinziehen. Je nach Schwere des ursächlichen Traumas verbleiben erhebliche Bewegungs- und Funktionseinschränkungen der betroffenen Gliedmaßen.

Dr. med. Katrin Etmüller
Dr. med. Thomas Schilling

Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
Abteilung für Unfallchirurgie
und Orthopädie, Wiederherstellungs-
chirurgie, Handchirurgie
und Verbrennungsmedizin
E-Mail: BwZKrhKoblenzPresseoffz@bundeswehr.org

Die Literatur und Abb. 6 finden sich auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple-Choice-Fragen: Schuss- und Explosionsverletzungen...

VNR: 2760602022153130003

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Die Versorgung von Schuss- und Explosionsverletzungen erfolgt analog zu den Versorgungsgrundsätzen eines Polytraumas.
- 2) Die Knochen- und Weichteildefekte weisen meist eine Kontamination mit multiresistenten Keimen auf.
- 3) Primär erfolgt zunächst die Optimierung des kosmetischen Ergebnisses.
- 4) Der Behandlungsverlauf dauert mitunter Jahre.
- 5) Das Behandlungskonzept lässt sich in drei Stufen einteilen.

2. Welches ist die korrekte Aussage?

- 1) In der Stufe der Erstversorgung und Infektkontrolle spielt der Lebenserhalt „life before limb“ nur eine untergeordnete Rolle.
- 2) Kontaminierte Wunden können immer mit Vakuumtherapie behandelt werden.
- 3) Bei einer Blast Injury lässt sich bei Primärversorgung die definitive Schadensausdehnung erkennen.
- 4) Jede Operation muss sorgfältig im Team vorausgeplant und Folgeeingriffe bedacht werden.
- 5) Es ist nicht erforderlich, alternative Versorgungsstrategien zu bedenken.

3. Welche Aussage trifft nicht zu?

- 1) Eine Frührehabilitation sollte soweit möglich und sinnvoll zeitnah stattfinden.
- 2) Die Compliance des Patienten spielt bei der Wahl des Rekonstruktionsverfahrens eine untergeordnete Rolle.
- 3) Bei einer Frührehabilitation sind der Erhalt bzw. die Optimierung von Restfunktion, Prophylaxe von ruhestellungsbedingten Kontrakturen, Adhäsionen und Funktionsdefiziten einige der wesentlichen Behandlungsziele.
- 4) Motorische Ersatzoperationen eignen sich für Funktionsausfälle durch irreversible Nervenschäden oder schwerwiegende Muskeldefekte.

- 5) Ein interdisziplinäres Versorgungskonzept ist von Beginn an erstrebenswert.

4. Identifizieren Sie die richtige Aussage.

- 1) Chimäre Lappenplastiken mit Knochenanteilen können nicht erfolgversprechend als freier Gewebettransfer verwendet werden.
- 2) Die Musculus latissimus dorsi Lappenplastik kann nicht lokal angewendet werden.
- 3) Beim Anschluss eines freien Gewebettransfers reicht das Anschließen der Stielarterie, da der venöse Abfluss durch ein Kapillarnetzwerk erfolgt.
- 4) Die präoperative Darstellung der Gefäßversorgung spielt beim Gewebettransfer nur eine untergeordnete Rolle.
- 5) Infektfreiheit ist bei allen plastischen Rekonstruktionen eine wichtige Voraussetzung.

5. Was ist bei motorischen Ersatzplastiken nicht zutreffend?

- 1) Es ist unwesentlich, ob der gewählte Ersatzmuskel eine relevante Funktion hinsichtlich Amplitude, Kraft und Innervation aufweist.
- 2) Motorische Ersatzplastiken können sowohl an der oberen als auch unteren Extremität zur Anwendung kommen.
- 3) Passiv frei bewegliche Gelenke sind eine der Grundvoraussetzungen.
- 4) Physio- und Ergotherapie spielen für die Umlernprozesse eine wichtige Rolle.
- 5) Zerebrale Lernvorgänge zur Reprogrammierung des Bewegungsmusters sind auch noch im hohen Alter möglich.

6. Was ist korrekt?

- 1) Es gibt nur eine funktionierende Variante der Ersatzplastik bei Ausfall des N. radialis.
- 2) Die Motivation des Patienten ist nur von untergeordneter Bedeutung für den Therapieerfolg.

- 3) Ein kompletter Ausfall des N. radialis hat drei motorische Funktionsausfälle zur Folge.
- 4) Die Daumenstreckung erfolgt auch über die Sehnen des M. extensor carpi radialis brevis et longus.
- 5) PFN (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) und Spiegeltherapie sind für die Nachbehandlung ungeeignet.

7. Welche Aussage zu Kommunikationsstrategien des vorgestellten Behandlungskonzept trifft zu?

- 1) Kollegen nichtoperativer Fachgebiete sollten nur in Ausnahmefällen im Rahmen von Konsilen oder Fallkonferenzen involviert werden.
- 2) Der Patient oder dessen soziales Umfeld sollte wegen der Komplexität des Traumas besser nicht, oder nur auf ausdrücklichen Wunsch eingebunden und am Informationsfluss beteiligt werden.
- 3) Frühzeitige interdisziplinärer Fallkonferenzen helfen, alle beteiligten Disziplinen auf den gleichen Informationsstand zu bringen und eine optimale Behandlungsstrategie festzulegen.
- 4) Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen sollten idealerweise durch die Anästhesisten der Intensivstation erfolgen, da diese über größere zeitliche Ressourcen und kommunikatives Geschick verfügen.
- 5) Eine psychologische Betreuung der Patienten ist wichtig, muss prinzipiell aber erst nach Entlassung aus der Akutversorgung erfolgen.

8. Welche Aussage zur Blast Injury ist falsch?

- 1) Neben Schussverletzungen ist sie eine der für bewaffnete Konflikte und Krisengebiete typische Verletzungsentität.
- 2) Strategien zum Management eines Terroranschlags muss den Anfall von Explosionsverletzten mitberücksichtigen.

- 3) Sie weist verschiedene schädigende Komponenten bzw. Schädigungsmechanismen auf.
- 4) Splitterschutzwesten können nur teilweise vor der Druckwelle und anderen Folgen einer Explosion schützen.
- 5) Verletzungen dieser Art sind in Deutschland oder Europa noch nicht vorgekommen und auch nicht zu erwarten.

9. Welche Aussage zu mikrobiologischen Aspekten einer Kriegswunde trifft zu?

- 1) Resistenzen sind wegen der eingeschränkten Verfügbarkeit von Antibiotika in Nicht-Industrielländern nicht oder nur selten zu erwarten.
- 2) Bei der Defektdeckung spielt die Kenntnis der Keimbesiedelung oder vorhandener Infekte keine Rolle, da geeignete Breitband- und Reserveantibiotika Komplikationen vermeiden helfen.

- 3) Die postoperative Versorgung von Patienten mit Kriegswunden ist nicht ressourcenintensiver als die anderer Traumapatienten, da eine Isolation in der Regel nur auf Intensivstation erforderlich ist.
- 4) Das Keimspektrum der besiedelten bzw. infizierten Wunden variiert über den Behandlungsverlauf nur wenig.
- 5) Die Rekonstruktion einer verletzten Extremität kann zeitlich wesentlich verzögert oder sogar unmöglich gemacht werden, sollten Erreger in einer Wunde nachgewiesen werden.

10. Welche Aussage trifft nicht zu?

- 1) Für die Rekonstruktion eines Gewebedefektes stehen verschiedene Lappenplastiken und Verfahren zur Verfügung.
- 2) Gestielte Lappenplastiken sind operativ unkomplizierter, jedoch nicht immer geeignet.

- 3) Um OP-Zeit zu sparen, sollten grundsätzlich erst einfache Verfahren wie Hauttransplantationen und lokale Lappenplastiken genutzt werden, auch wenn sie mitunter wenig erfolgversprechend sind.
- 4) Die Hebung einer Lappenplastik sollte immer sicher außerhalb der Verletzung erfolgen.
- 5) Komplexe Wunden der unteren Extremität mit großflächig freiliegendem Knochen bedürfen nicht selten einer freien Lappenplastik zur sicheren Defektdeckung und Fortsetzung der osteosynthetischen Rekonstruktion.

Literatur zum Artikel:

Schuss- und Explosionsverletzungen...

von Dr. med. Katrin Etmüller und Dr. med. Thomas Schilling

- [1] Bieler D, Franke A, Kollig E, GÜsgen C, Mauser M, Friemert B, Achatz G. Terrorist attacks: Common injuries and initial surgical management. *J Trauma Emerg Surg.* 2020 Aug; 46(4): 683–694.
- [2] Franke A, Bieler D, Friemert B, Schwab R, Kollig E, GÜsgen C. The first aid and hospital treatment of gunshot and blast injuries. *Dtsch Ärztebl Int.* 2017 Apr; 114(14): 237–43
- [3] Rotondo, MF, Schwab, CW, McGonigal MD, Phillips GR, Fruchterman TM, Kauder DR, Latenser BA, An-good, PA. Damage Control – an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care.* 1993 Sep; 35(3): 375–383.
- [4] Hinck D, Franke A, Gatzka F. Use of vacuum-assisted closure negative pressure wound therapy in combat related injuries – literature review. *MilMed.* 2010 Mar; 175(3): 173–81.
- [5] Liu DSH, Sofiadellis F, Ashton M, MacGill K, Webb A (2012) Early soft tissue coverage and negative pressure wound therapy optimises patient outcomes in lower limb trauma. *Injury* 43(6): 772–778
- [6] Murray CK, Roop SA, Hospenthal DR, Dooley DP, Wenner K, Hammock J, Taufen N, Gourdiene E (2006) Bacteriology of war wounds at the time of injury. *Mil Med* 171(9): 826–9.
- [7] Burns TC, Stinner DJ, Mack AW, Potter BK, Beer R, Eckel TT, Possley DR, Beltran MJ, Hayda RA, Andersen RC, Keeling JJ, Frisch HM, Murray CK, Wenke JC, Ficke JR, Hsu JR, Skeletal Trauma Research Consortium. Microbiology and injury characteristics in severe open tibia fractures from combat. *J Trauma Acute Surg.* 2012; 72: 1062–1067
- [8] Levin LS. Principles of definitive soft tissue coverage with flaps. *Orthop Trauma.* 2008 Nov-Dec; 22(10 Suppl): 161–6.
- [9] Knobloch K, Vogt PM. Die rekonstruktive Sequenz des 21. Jahrhunderts. Ein rekonstruktives Uhrwerk. *Chirurg.* 201; 81: 441–446
- [10] Karansas YL, Nigriny J, Chang J. The timing of microsurgical reconstruction in lower extremity trauma. *Microsurgery.* 2008; 28(8): 632–4
- [11] Ilizarov GA. The Tension-Stress Effect on the Genesis and Growth of Tissues. *Clinical Orthopaedics and Related Research.* 1989; 238: 249–281.
- [12] Masquelet AC. Induced Membrane Technique: Pearls and Pitfalls. *J Orthop Trauma* 2017; 31: 36–38.
- [13] Saint-Cyr M, Wong C, Schaverien M, et al. The perforasome theory: vascular anatomy and clinical implications. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 124: 1529–1544.
- [14] Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. *Br J Plast Surg.* 1984; 37: 149–59.
- [15] Franke F. Über die operative Behandlung der Radialislähmung nebst Bemerkungen über die Sehnenüberpflanzungen bei spastischen Paresen. *Arch Klin Chir.* 1898; 57: 763.
- [16] Vulpus O. Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen. 1902, Veit & Company, Leipzig
- [17] Fader L, Nyland J, Li H, Pyle B, Yoshida K. Radial nerve palsy following humeral shaft fracture: A theoretical PNF rehabilitation approach for tendon and nerve transfers. *Physiother Theory Pract.* 2021 Jun: 1–11.

Klimaschutz: Praktische Umsetzung in der Hausarztpraxis

Nachdruck aus: Der Allgemeinarzt 2022; 44(4): 51–53; online: <https://allgemeinarzt.digital/praxisalltag/praxisfuehrung/klimaschutz-praktische-umsetzung-hausarztpraxis-124099/> oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/va3v/>

Die Klimakrise macht sich bereits heute in Deutschland bemerkbar, und sie ist nicht ohne Folgen für die tägliche hausärztliche Arbeit. Laut Beschluss des Ärztetags 2021 soll der Gesundheitssektor bis 2035 klimaneutral gestaltet sein. Doch was können Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte schon heute tun, um in ihrer Praxis einen Beitrag zu leisten? Im Folgenden einige konkrete Anregungen.

Seit 1950 ist die Anzahl der Hitzetage mit einer Temperatur von mehr als 30°C im Mittel um 11,4 Tage gestiegen, in den kommenden Jahren ist mit einem weiteren Anstieg zu rechnen [1]. Damit verbunden ist die Zunahme von Extremwetterereignissen wie Hitzewellen, aber auch von Starkniederschlägen und Flutkatastrophen [2].

Dies ist nicht ohne Folgen für die alltägliche (haus-)ärztliche Arbeit: Die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und die Überweisung in Krankenhäuser und Notaufnahmen steigen während Hitzeperioden sprunghaft an, Hitze führt gleichzeitig zu einer Zunahme der Sterblichkeit [3, 4]. Besonders ältere und chronisch kranke Menschen sowie Kleinkinder und Schwangere leiden unter den heißen Tagen und tropischen Nächten [5, 6].

Doch nicht nur Hitze belastet unsere Gesundheit. Zu den zahlreichen weiteren Auswirkungen der Klimakrise zählen beispielsweise auch die Einwanderung von zoologischen Vektoren wie der Tigermücke, welche in der Lage ist, Erreger wie das Zika-, Chikungunya-, West-Nil- und Dengue-Virus zu übertragen, oder die Verlängerung der Pollensaison, die mit einer Zunahme und Verschlimmerung von Allergien einhergeht [7]. Abb. 1 zeigt zusammengefasst die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels [8].

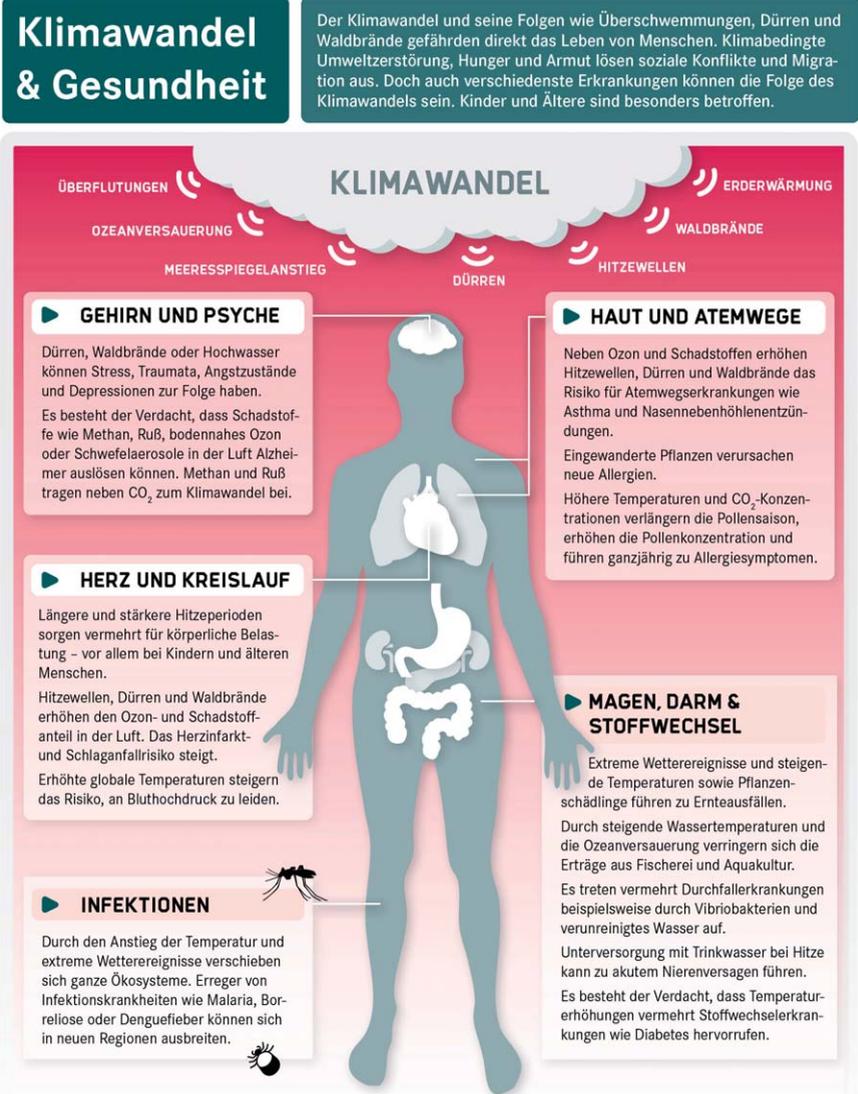


Abb. 1: Gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels [8].

Was können Hausärztinnen und Hausärzte tun?

Aufgrund zahlreicher direkter und indirekter Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheit ist es heute unerlässlich, über adäquate Versorgung klimaassoziierter Erkrankungen Bescheid zu wissen. Daneben gibt es zwei weitere wichtige Aspekte in der Debatte um die Rolle von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf den Klimaschutz: Adaptation (d. h. die Anpassung des Ge-

sundheitssystems an die unvermeidlichen Auswirkungen der Erderhitzung, z. B. durch Hitzepläne für Praxen) und Mitigation (d. h. die Abschwächung der Erderhitzung, z. B. durch eine Reduktion von Treibhausgasemissionen).

Mitigation kann einerseits direkt erfolgen, denn der Gesundheitssektor bietet mit 5–7 % Anteil am weltweiten CO₂-Abdruck [9] ein enormes Einsparpotenzial. Andererseits können Menschen in Gesundheitsberufen durch ihre große Glaubwür-

digkeit besonders effektiv den politischen Diskurs beeinflussen und durch die hohe Reichweite in breite Gesellschaftsschichten, z. B. im Rahmen der Gespräche mit ihren Patientinnen und Patienten, viele Menschen erreichen. Konkrete Maßnahmen zum Klimaschutz haben hier einen doppelten Nutzen, denn die Art und Weise, wie wir leben (insbesondere uns ernähren und bewegen), erhöht in vielen Fällen die Krankheitslast durch sogenannte nicht übertragbare Krankheiten (u. a. Adipositas, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und ist gleichzeitig klimaschädlich.

Die wichtigsten Schritte auf dem Weg zur klimafreundlichen Praxis

Wie der Ärztetag 2021 beschlossen hat, soll der Gesundheitssektor bis zum Jahr 2035 klimaneutral werden [10]. Um Treibhausgasemissionen zu verringern, lassen sich auch in der eigenen Praxis effektive Maßnahmen setzen. Abb. 2 verdeutlicht, wo die größten Einsparpotenziale einer durchschnittlichen Hausarztpraxis liegen [11].

Hier wird deutlich, dass verschriebene Medikamente und eingekaufte Güter mit rund 80 % für den Großteil der Emissionen verantwortlich sind. Die Mobilität der Patientinnen und Patienten sowie des Praxisteam schlägt mit ca. 10 % zu Buche, Strom und Heizung machen nur etwa 7 % des CO₂-Abdrucks einer Praxis aus.

Als besonders leicht zu erreichende und effektive Einsparmaßnahme erweist sich die Vermeidung von Dosieraerosolen bzw. der Einsatz von medizinisch gleichwertigen Pulverinhalatoren. So entspricht die Klimaschädlichkeit eines einzigen Dosieraerosols aufgrund des enthaltenen Treibgases einer Autofahrt von 190–280 km, bei einem Pulverinhalator sind es lediglich 6–9 km [12, 13].

Im Bereich der Mobilität geht der Umstieg zu Nachhaltigkeit nicht nur mit der Reduktion von Emissionen, sondern auch mit zahlreichen positiven Effekten für die Gesundheit einher. Beispielsweise wirken Radfahren und Laufen sich nicht nur positiv auf den Bewegungsapparat aus, sondern beugen auch kardiovaskulären Erkrankungen vor und mindern depressive Symptome [14]. Weitere klimafreundliche

Optionen sind z. B. ein Jobticket für Mitarbeitende oder das Angebot von Telefon- und Videosprechstunden. Einfach und schnell umzusetzen ist auch der Wechsel zu Ökostrom. Energiesparmaßnahmen, wie ein Thermostat mit Ruhezeiten nachts und am Wochenende oder die Isolation von Fenstern, schonen nicht nur den

Geldbeutel, sondern auch das Klima. Beim Drucken rechnet sich der Umstieg von Einzel- auf Großdrucker inklusive Voreinstellung „Duplexdruck“ und einer tonersparenden Schrift – so reduziert z. B. „Century gothic“ gegenüber „Arial“ 30 % des Tintenverbrauchs.

Es gibt zahlreiche sinnvolle Maßnahmen, manche sind, je nach Rahmenbedingungen, einfacher umzusetzen als andere. Daher hilft es, mit Dingen anzufangen, die einem leichtfallen, und Schritte umzusetzen, die besonders effektiv sind. Lohnend ist, von Beginn an das gesamte Praxisteam ins Boot zu holen und für das Erreichen gemeinsamer Ziele einen Zeitplan festzulegen.

Klimasprechstunde

Um seine Patientinnen und Patienten über den Zusammenhang von Klimaschutz und eigener Gesundheit aufzuklären, bietet der Gummersbacher Hausarzt Dr. med. Ralph Krolewski seit einigen Jahren eine „Klima-Sprechstunde“

Fortbildungsangebote zu Planetary Health

Die Planetary Health Academy bietet vielfältige Bildungsformate zum Wissenserwerb und der Befähigung zum transformativen Handeln im Kontext von Planetary Health an. Unter dem Dach der Planetary Health Academy finden sowohl Vorlesungsreihen als auch Workshops und Intensivkurse statt. Sie

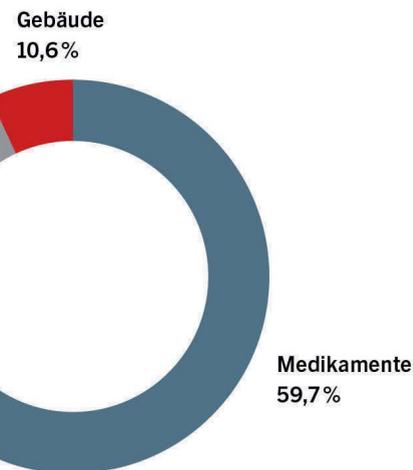


Abb. 2: Treibhausgasemissionen einer durchschnittlichen Hausarztpraxis nach betrieblichen Teilbereichen.

Und noch viel wichtiger...

Die individuelle Einsparung von Treibhausgasemissionen bleibt ein Tropfen auf dem heißen Stein, wenn sie nicht von weitreichenden gesellschaftspolitischen Maßnahmen für eine nachhaltige, sozio-ökonomische Transformation flankiert wird. Hier liegt großes Potenzial darin, aus dem Gesundheitssektor heraus Druck für einen gesellschaftlichen Wandel aufzubauen, der uns ein gutes und gesundes Leben auf einem gesunden Planeten ermöglicht. Neben Engagement, z. B. in Arbeitsgruppen von Fachgesellschaften, liegt eine Möglichkeit in der „klimasensiblen Gesundheitsberatung“, also dem Einbezug

an – ein Konzept gegen die Klimakrise bei guter Patientenakzeptanz. Krolewski stellt im Deutschen Ärzteblatt das Praxiskonzept vor [17]. Im Internet abrufbar unter <https://kurzelinks.de/i1z1/>

bietet darüber hinaus Vernetzungsmöglichkeiten. Das Angebot richtet sich insbesondere an Auszubildende, Studierende und Beschäftigte aller Gesundheitsberufe und steht weiteren Interessierten offen. Die nächste Vorlesungsreihe startet am 4. Mai. Infos und Anmeldung: <https://planetary-health-academy.de/>

klimasensibler Themen in die reguläre Konsultation mit Patientinnen und Patienten. Dabei können neben klimaassoziierten Krankheiten auch CO-Benefits angesprochen werden, wie eine sowohl klimafreundliche als auch gesunde Lebensweise (z. B. Vorteile einer überwiegend pflanzenbasierten Ernährung).

Fazit

Die Klima- und Umweltkrise ist die größte globale Gesundheitsbedrohung des 21. Jahrhunderts [15, 16]. Hausärztinnen, Hausärzte und Medizinische Fachangestellte genießen sehr großes Ver-

trauen bei ihren Patientinnen und Patienten. Auch in Krisen stehen sie an vorderster Front, sind vor Ort und übernehmen Verantwortung. Wenn sie sich vorbereiten, sprech- und handlungsfähig werden, können sie einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung, aber auch Bewältigung der Klima- und Umweltkrisen leisten und Schaden von ihren Patientinnen und Patienten abwenden. Neben konkreten CO₂-Einsparmaßnahmen sind die „klimasensible Gesundheitsberatung“ und gesellschaftspolitisches Engagement wirksame Hebel, um sich für ein gutes und gesundes Leben auf einem gesunden Planeten einzusetzen.

Dr. phil. Marischa Fast¹
Max Bürck-Gemassmer^{1,2}
Dr. med. Anne Hübner¹
Friederike von Gierke¹

¹ Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLUG)

² Niedergelassener Allgemeinarzt in Berlin

Weitere Informationen:

<https://www.klimawandel-gesundheit.de>

<https://planetary-health-academy.de>

Die Literaturangaben finden sich in der Online-Ausgabe unter www.laekh.de.

„Für Mitmenschen aufopfern“ – Pflegerin erhält höchste hessische Auszeichnung

Zeynep Kallmayer, pflegerische Leiterin der Intensivstation C1 des Universitätsklinikums Frankfurt, wurde im März stellvertretend für alle Pflegenden mit der Wilhelm-Leuschner-Medaille ausgezeichnet.

Seit mittlerweile zehn Jahren ist Zeynep Kallmayer Pflegedienst-Gruppenleitung für die Station C1 Intensiv am Universitätsklinikum Frankfurt. Die 51-Jährige ist es gewohnt, unter hohem Zeit- und Entscheidungsdruck zu arbeiten; oft geht es um Leben und Tod. Doch die vergangenen beiden Jahre der Corona-Pandemie waren für Kallmayer und ihre Kolleginnen und Kollegen besonders arbeitsintensiv. In Anerkennung der herausragenden psychischen und physischen Leistung verlieh ihr der hessische Ministerpräsident Volker Bouffier nun die höchste hessische Auszeichnung. (red)



Preisträgerin Zeynep Kallmayer

Foto: Universitätsklinikum Frankfurt

Aus den Bezirksärztekammern

Spende für Ukrainehilfe

Impfaktion in Wiesbaden erzielt 22.700 Euro



Foto: Isolde Asbeck

22.700 Euro hat die Spendenaktion einiger Wiesbadener Ärztinnen und Ärzte für die Ukrainehilfe erzielt: Darüber freuen sich der Bezirksärztekammervorsitzende Dr. med. Michael Weidenfeld (links) zusammen mit (alle von links): Dr. med. Adelheid Rauch, Dr. med. H. Christian Piper, Dr. med. Heike Raestrup sowie der neuen Ehrenpräsidentin der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Ursula Stüwe, Dr. med. Susanne Johna, Dirk Paulukat und Dr. med. Christof Stork. Nicht auf dem Foto sind: Dr. med. Klaus Doubek, Dr. med. Siegfried Möller, Dr. med. Alexandra Dorn-Beineke, Dr. med. Egbert Reichwein.

Bei einer Corona-Impfaktion, die der Vorstand der Bezirksärztekammer Wiesbaden mit Unterstützung ärztlicher Kolleginnen und Kollegen in Wiesbaden durchgeführt hat, wurde eine Summe von 22.700 € eingenommen. Dieses Geld wurde von den Mitgliedern der Bezirksärztekammer für die Ukrainehilfe gespendet. Empfänger sind „Aktion Deutschland hilft“ und „Ärzte ohne Grenzen“. „Wir haben als Ärztinnen und Ärzte unentgeltlich gear-

beitet, zusammen mit drei befreundeten Praxen. Die Impfungen wurden mit der KV Hessen abgerechnet und alle Einnahmen daraus gespendet“, sagte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Dr. med. Michael Weidenfeld, auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Ende März 2022 in Friedberg. Er hoffe, dass damit die Not der Menschen in der Ukraine etwas gelindert werden könne. (moeh)

Literatur zum Artikel:

Klimaschutz: Praktische Umsetzung in der Hausarztpraxis

von Dr. phil. Marischa Fast, Max Bürck-Gemassmer, Dr. med. Anne Hübner, Friederike von Gierke

- [1] Umweltbundesamt. Indikator: Heiße Tage. 10.01.2022. <https://www.umweltbundesamt.de/daten/umweltindikatoren/indikator-heisse-tage#wie-ist-die-entwicklung-zu-bewerten/> Accessed 7 Feb 2022. Kurzlink: <https://kurzelinks.de/pyd2/>
- [2] Bundesumweltministerium. Extremwetterereignisse. 11.01.2022. <https://www.bmu.de/themen/gesundheits-chemikalien/gesundheits/gesundheits-im-klimawandel/extremwetterereignisse/> Accessed 11 Jan 2022. Kurzlink: <https://kurzelinks.de/hcqz>
- [3] Steul K et al.: Morbidität durch Hitze – eine Analyse der Krankenhauseinweisungen per Rettungseinsatz während einer Hitzewelle 2015 in Frankfurt/Main. Gesundheitswesen. 2018; 80: 353–9. doi:10.1055/a-0586–8255
- [4] an der Heiden M et al.: Schätzung hitzebedingter Todesfälle in Deutschland zwischen 2001 und 2015. [Estimation of heat-related deaths in Germany between 2001 and 2015]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019; 62: 571–9. doi:10.1007/s00103–019–02932-y
- [5] Becker C et al.: Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. [New approaches in preventing health risks and excess mortality of older persons during extreme heat]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019; 62:565–70. doi:10.1007/s00103–019–02927–9.
- [6] KLUG. Hitze und ihre Folgen. 11.01.2022. <https://www.klimawandel-gesundheit.de/hitze-und-ihre-folgen/> Accessed 7 Feb 2022. Kurzlink: <https://kurzelinks.de/im8a>
- [7] Traidl-Hoffmann C et al. (Hg.): Planetary Health: Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän. 1st ed.: MWV 2021
- [8] Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren e. V. Klimawandel und Gesundheit. 17.01.2022. <https://www.helmholtz.de/ueberuns/wer-wir-sind/presse-medien/mediathek/infografiken/> Accessed 7 Feb 2022 Kurzlink: <https://kurzelinks.de/qqur>
- [9] Health care without harm. Health care climate footprint report. https://noharm-uscanada.org/ClimateFootprintReport?mc_cid=40323825b5&mc_eid=936a419a4e/ Accessed 7 Feb 2022. Kurzlink: <https://kurzelinks.de/6nq3>
- [10] Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/125-daet-2021-in-berlin/beschlussprotokoll-des-125-deutschen-aerztetages-berlin-01-bis-02112021/>. Accessed 7 Feb 2022. Kurzlink: <https://kurzelinks.de/vrev>
- [11] Tennison I et al. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England (2021). <https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542–5196%2820%2930271–0/fulltext/> Accessed 7 Feb 2022.
- [12] Wilkinson A: Green Inhaler: The problem with inhalers (2020). <https://a-turl.de/fnpj/> Accessed 7 Feb 2022
- [13] Arzneitelegramm. Den mächtigen CO₂-Fußabdruck von Dosieraerosolen verkleinern (2021) 52:81–3. https://www.arznei-telegramm.de/html/2021_11/2111081_01.html/ Kurzlink: <https://kurzelinks.de/ud4u>
- [14] Jarrett et al.: Effect of increasing active travel in urban England and Wales on costs to the National Health Service (2012). Lancet 2012;379(9832):2198–205
- [15] Lancet Commission on Climate Change and Health 2009. https://www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20211020_Lancet-Countdown-Policy-Germany-2021_Document_v2.pdf/ Kurzlink: <https://kurzelinks.de/5mea>
- [16] World Health Organization (WHO). Countries commit to develop climate-smart health care at COP26 UN climate conference 2021, Available from: <https://www.who.int/news/item/09–11–2021-countries-commit-to-develop-climate-smart-health-care-at-cop26-un-climate-conference/> Kurzlink: <https://kurzelinks.de/cm8i>

- [17] Krolewski, Ralph: Klimaschutz und Gesundheit: Die Patienten informieren. Dtsch Arztebl 2022; 119(10): A-454 / B-370
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/223883/Klimaschutz-und-Gesundheit-Die-Patienten-informieren/> Zugriff am 15.03.2022,
Kurzlink: <https://kurzelinks.de/i1z1>

„Durch die Reha habe ich einen riesigen Schritt nach vorne gemacht“

Sabine Grimm, Ärztin in Weiterbildung aus Darmstadt, kämpft gegen Post-Covid

Den Tag, an dem sie sich mit Covid-19 infiziert hatte, kann Sabine Grimm genau benennen: Es war der 18. Januar 2021; die heute 28 Jahre alte Ärztin in Weiterbildung war auf einer Station für geriatrische Patienten im Darmstädter Elisabethenkrankenhaus tätig. Hier arbeitete sie mit vielen Patienten, die sich in Folge von Demenz oder anderen Erkrankungen nicht an die Hygiene-Regeln halten können. Bei einem Patienten habe sie sich angesteckt. „Bei mir fing Corona zunächst harmlos mit Gliederschmerzen und Erkältungssymptomen an“, erzählt Grimm. Nach und nach seien weitere Beschwerden hinzugekommen, wie Schnupfen, Kopf- und Gliederschmerzen, Übelkeit und Magen-Darm-Probleme. Insgesamt schien Covid-19 bei ihr einen eher moderaten Verlauf zu nehmen. Doch die Beeinträchtigungen waren auch nach einigen Wochen nicht überwunden. Als sie nach dem Abklingen der Akutsymptome zum ersten Mal wieder einen Spaziergang machte, merkte Grimm, dass sie sich nicht so fit fühlte wie gewohnt. „Mir blieb die Luft weg und ich fühlte mich erschöpft.“ Kein ganz unbekanntes Gefühl für die junge Frau, die sich sechs Jahre zuvor mit dem Epstein-Barr-Virus infiziert hatte. Auch damals hatte sie sich müde und abgeschlagen gefühlt, sich nach der Erkrankung allerdings wieder vollständig erholt. „Nun ging es mir nach der Covid-Infektion ähnlich.“



Foto: privat

Die Ärztin Sabine Grimm leidet jetzt schon seit über einem Jahr an Post-Covid-Symptomen.

Kaum mehr belastbar

Grimm nahm ihre Tätigkeit im Krankenhaus wieder auf, doch die Symptome wurden immer schlimmer. „Ich war kaum mehr belastbar und litt zunehmend unter Erschöpfung. Zu Hause musste mein Mann alles erledigen. Für mich bestanden die Tage nur aus Arbeit und Erholungsphasen.“ Mit der Zeit entwickelten sich Herz-Kreislaufprobleme; Grimm hatte Herzrasen und Schweißausbrüche. Hinzu kamen kognitive Schwierigkeiten; ihr fiel es immer schwerer, sich Dinge zu merken. Nach zweieinhalb Monaten war die junge

Ärztin nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Erster Kontakt für die Krankschreibung war der Hausarzt, der Post-Covid diagnostizierte. Therapeutisch sei allerdings außer sanften Yoga-Übungen, Meditation und Atemübungen anfangs wenig Wegweisendes dabei gewesen, erinnert sich Grimm. Bewegung, sonst eher förderlich für die Erholung nach längerer Krankheit, habe sich als kontraproduktiv erwiesen und zu einer Verschlimmerung der Erschöpfungssymptome geführt. Selbst leichte Alltagsbelastungen wie Einkaufen im Supermarkt lösten bei ihr Reizüberflutung und Ermattung aus.

Pacing-Konzept

Etwas aufwärts ging es erst, als Grimm das Konzept „Pacing“ im Zusammenhang mit individuell angemessenem Energiemanagement kennenlernte. „Dabei geht es darum, die eigene Belastungsgrenze zu erkennen und im Laufe des Tages immer innerhalb dieser zu bleiben“, erklärt sie. Werde diese Grenze überschritten, verschlechtere sich die Symptomatik schon nach geringfügiger körperlicher und/oder geistiger Anstrengung. Immer wieder habe sie die Erfahrung gemacht, dass es ihr tagelang schlecht ging, wenn sie sich für ihre Verhältnisse zu viel zugemutet hatte. Und sei es nur eine Einladung in der Familie gewesen. „Auch positive Erlebnisse strengten mich an. Je weniger ich machte, desto besser ging es mir.“ Im Juni 2021 dachte sie, mit einer Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag beginnen zu können. „Doch das ging leider nicht gut.“ Grimm begann mit Atemphysiotherapie. „Es fiel mir allerdings schwer, dem Therapeuten das Pacing-Konzept näher zu bringen.“ Im Sommer stellte die Ärztin einen Reha-Antrag, parallel lief das Verfahren auf Anerkennung einer Berufskrankheit. Der Antrag wurde bewilligt, doch es dauerte sieben Monate, bis Grimm einen Reha-Platz in einer BG-Klinik bekam – zunächst für drei, dann für fünf Wochen. Eine „ausgesprochen gute Zeit“, in der sich ihr Zustand langsam verbesserte.

S1-Leitlinie zu Post-Covid

Grundlage für die Behandlung von Post-Covid/Long-Covid ist die im Juli 2021 von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) in Kooperation mit weiteren Fachgesellschaften zu Post-Covid/Long-Covid herausgegebene S1-Leitlinie: Ein klinisch-praktischer Leitfaden, der bei Post-/Long-Covid-spezifischen Symptomen „diagnostisch-therapeutische Orientierung auf dem Boden einer sehr häufig noch begrenzten Datenlage“ liefern soll. Eine der Kernaussagen der S1-Leitlinie ist, dass die Diagno-

se und Behandlung von Post-/Long-Covid eine generalistisch-interdisziplinäre Herangehensweise mit Blick auf den ganzen Menschen sowie eine Kontinuität der Versorgung erfordert. Grundsätzlich könne die Diagnose eines Post-/Long-Covid-Syndroms weder durch eine einzelne Laboruntersuchung noch durch ein Panel an Laborwerten diagnostiziert bzw. objektiviert werden. Ebenso schlossen normale Laborwerte ein Post-/Long-Covid-Syndrom nicht aus. (Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125656>)

Wichtig: Verständnis für die Erkrankung

Neben der Orientierung an dem Pacing-Konzept und therapeutischen Angeboten wie Physiotherapie und psychotherapeutischer Begleitung seien das Verständnis für die Erkrankung und deren vielfältige Symptome in der Reha hilfreich gewesen, betont Grimm. „Für viele Kolleginnen und Kollegen in der Klinik waren meine Beeinträchtigungen auf Grund fehlender sichtbarer und objektiver Befunde schwer nachvollziehbar gewesen“, erinnert sie sich. Etwas, das sie stark belastet habe. „Glücklicher-

weise habe ich einen verständnisvollen Chef“, ergänzt sie.

In der fünfwöchigen Reha konnte sich Grimm mit anderen Betroffenen austauschen, die ähnliche Symptome hatten. Viele der meist jungen Patienten stammten wie sie aus dem medizinischen oder sozialen Bereich, ein großer Teil von ihnen Frauen. „Durch die Reha habe ich einen riesigen Schritt nach vorne gemacht“, sagt Grimm. „Ich habe gelernt, dass ich meine Ressourcen einteilen muss und noch einen langen Weg vor mir habe, bis ich wieder arbeiten kann.“ Auch Sport sei nach wie vor kontraproduktiv. Das spreche zwar gegen jede Intuition und passe nicht in

den Modus der Zeit, doch die Reha habe sie dahingehend innerlich gestärkt.

Frühzeitig Reha beantragen

„Ich kann jetzt langsam mit dem Aufbau beginnen und dieses Jahr möglicherweise mit einer Wiedereingliederung starten. Das wäre mein großer Wunsch.“ Kolleginnen und Kollegen, die an Long-/Post-Covid erkrankt sind, rät sie dringend, sich eigenständig mit Pacing/Energiemanagement auseinander zu setzen und sich frühzeitig um einen Reha-Platz zu kümmern.

Katja Möhrle

Carl-Oelemann-Schule

Die Freude am eigenen Beruf weitergeben

Erwerb der Ausbildungsbefähigung für Medizinische Fachangestellte

Foto: © Robert Kneschke – stock.adobe.com



Medizinische Fachangestellte helfen und unterstützen bei der Ausbildung des Nachwuchses.

Eine fundierte, gut begleitete Berufsausbildung ist der Grundstein für die berufliche Handlungskompetenz der zukünftigen Medizinischen Fachangestellten (MFA) und sichert den Fachkräftenachwuchs in der Praxis.

Allerdings funktioniert Ausbildung nicht einfach „nebenher“. Verantwortlich für die Berufsausbildung der MFA sind Ärztinnen und Ärzte. Ihr Engagement für die dreijährige Ausbildung kostet Zeit, die im Praxisalltag meist nicht ausreichend vorhanden ist. Indem qualifizierte, bereits ausgebildete MFA in die verantwortungsvolle Aufgabe „Berufsausbildung“ einbezogen wer-

den, können Ärztinnen und Ärzte zeitlich entlastet werden.

Anteilig können die MFA Aufgaben wie organisatorische Maßnahmen und die strukturierte Vermittlung von ausgewählten Lerninhalten übernehmen. Um Ausbildungsinhalte erfolgreich zu vermitteln, sollte die medizinische Fachkraft über ein Grundlagenwissen

u. a. im Bereich Lehren und Lernen verfügen. Die Carl-Oelemann-Schule (COS) bietet dafür die Fortbildung „Durchführung der Ausbildung“ an. Mit Teilnahme an dieser Fortbildung wird die „Ausbildungsbefähigung“ erworben. Damit bietet die Landesärztekammer Hessen eine im Zeitumfang niedrigschwellige und auf den Aufgabenbereich angepasste Fortbildung für MFA, die in der Berufsausbildung aktiv mitwirken möchten.

Die 40-stündige Fortbildung „Durchführung der Ausbildung“ gliedert sich in vier Schwerpunkte, die in Theorie und mit

vielen praktischen Übungen vermittelt werden:

- Allgemeine Grundlagen
 - Struktur, System und rechtliche Rahmenbedingungen der Berufsbildung
- Die/der Jugendliche in der Ausbildung
 - Entwicklungspsychologische Grundlagen
- Organisation und Durchführung der Ausbildung
 - Ausbildung systematisieren und strukturieren
 - Ausbildung am Arbeitsplatz
 - Lernerfolge kontrollieren und Leistungen beurteilen
- Lernprozesse
 - Lernprozesse fördern und zum lebenslangen Lernen motivieren
 - Lerntechniken vermitteln
 - Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten erkennen

Die Fortbildung wird regelmäßig in der COS durchgeführt. Aktuelle Termine werden auf der Website der COS veröffentlicht.

Nächster Termin für die Fortbildung:

Mo., 25.07.–Fr., 29.07.2022

Anmeldeschluss: 04.07.2022

Informationen zum Lehrgang erhalten Sie bei der Carl-Oelemann-Schule:

Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-174, E-Mail: karin.jablotschkin@laekh.de

Gabriele Brüderle-Müller
Carl-Oelemann-Schule

Kinder in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland

Die Stellungnahme des Instituts für Virologie der Charité im Anhörungsverfahren des Bundesverfassungsgerichts zur „Bundesnotbremse“ – und offene Fragen

Kinder und Jugendliche in Deutschland waren in der Corona-Pandemie durch Schulschließungen, eingeschränkten Schulbetrieb, Maskentragepflichten und Pflicht-Testungen so lange und intensiv in ihren Rechten und Entwicklungsmöglichkeiten eingeschränkt wie in kaum einem anderen Land in Europa. Dies hat unter anderem die Menschenrechtskommissarin des Europarates Dunja Mijatović dazu veranlasst, die Zurücksetzung der Kinder in Deutschland deutlich zu kritisieren [1]. Im Hessischen Ärzteblatt wurde in mehreren Beiträgen auf die bereits in den ersten Wochen der Pandemie publizierten, aber von der Politik praktisch nicht berücksichtigten Stellungnahmen pädiatrischer Fachgesellschaften und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene hingewiesen und die in Schulen und Kindergemeinschaftseinrichtungen ergriffenen Maßnahmen kritisiert [2–4].

Dennoch trat vor nunmehr einem Jahr, am 23. April 2021, das Vierte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, die sogenannte Bundesnotbremse, in Kraft, in der unter anderem bundesweit Präsenzunterricht in Gemeinden mit einer 7-Tagesinzidenz über 165/100.000 untersagt wurde [5]. Dagegen wurden verschiedene Beschwerden beim Bundesverfassungsgericht eingereicht. In zwei als Musterverfahren ausgewählten Beschwerden hiergegen kam das Bundesverfassungsgericht zu dem Ergebnis, dass diese Regelung zulässig sei [6].

Signifikante Mängel

Das Bundesverfassungsgericht hatte zur Vorbereitung seiner Entscheidung ein Anhörungsverfahren eingeleitet und u. a. 31 „sachkundige Dritte“ um fachliche Stellungnahme zu einem mehrseitigen Fragenkatalog gebeten [7], darunter auch das Institut für Virologie der Charité, Universitätsmedizin Berlin (im Folgenden: „Charité-Stellungnahme“) [9]. Diese Charité-Stellungnahme diente dem Bundes-

verfassungsgericht unter anderem zur Begründung, dass kein Mittel zur Verfügung gestanden hätte, das weniger einschneidend, aber gleich wirksam wie Schulschließungen gewesen wäre. Dabei verwarf das Gericht – ohne mündliche Anhörung – die von vielen Fachgesellschaften [8] sowie vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) [10] als praktikabel und sicher bewertete Maßnahmen wie Testungen und Hygienemaßnahmen (einschließlich Masken) als „mildere Mittel“.

Es lohnt sich, die Charité-Stellungnahme näher anzusehen – insbesondere im Vergleich zu den Stellungnahmen der anderen medizinischen, insbesondere pädiatrischen Fachgesellschaften. Tatsächlich weist die Charité-Stellungnahme zahlreiche, zum Teil signifikante Mängel, auf. Sie

- berücksichtigt den vorhandenen wissenschaftlichen Forschungsstand nicht ausreichend,
- gibt Ergebnisse der wenigen, ausgewählten Untersuchungen, die Beachtung finden, fehlerhaft wieder,
- begeht erhebliche methodische Fehler und
- zieht daraus epidemiologisch und statistisch nicht nachvollziehbare Schlussfolgerungen.

Zu weiteren Details sei auf die ausführliche Version in der Online-Ausgabe 05/2022 verwiesen.

Die fachlichen Probleme der Stellungnahme wurden dem Bundesverfassungsgericht von den Verfahrensbeteiligten bereits sehr deutlich vor Augen geführt. Unter anderem führt die Stellungnahme von Prof. Dr. med. Stefan N. Willich et al. [11] aus: „Die epidemiologischen und statistischen Schlussfolgerungen [...] beruhen teilweise auf einer Interpretation, die die Maßnahmen und das Infektionsgeschehen in unrealistischer Weise monokausal verbindet.“ Es wird festgestellt: „Insgesamt liegt zu diesem Aspekt deutlich mehr wissenschaftliche Evidenz vor, die in der Stellungnahme zu kurz kommt, und die z. B. in der Stellungnahme der Deut-

schen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) dargestellt wird. Auch zeitliche Zusammenhänge zwischen Maßnahmen und dem Infektionsgeschehen werden in der Stellungnahme nicht immer berücksichtigt.“

Während die Charité-Stellungnahme den Schulschließungen wesentliche schützende, allerdings schwer quantifizierbare Auswirkung zuschreibt, merken Willich et al. an, dass die in der Stellungnahme der Charité gänzlich unberücksichtigten Kontaktverfolgungsstudien zeigen, dass Kinder nur selten Kontaktpersonen anstecken, dass Ausbrüche in Schulen häufiger auf Erwachsene zurückgehen und in der Regel klein bleiben. Die Aussage einer „schützenden“ Auswirkung von Schulschließungen können Willich et al. nicht bestätigen, denn „gleichzeitig gab es einen Lockdown mit Schließungen von Restaurants, Kulturveranstaltungen und Sportvereinen; die schützende Auswirkung kann also nicht einfach den Schulschließungen zugeschrieben werden“.

Versäumnisse zu Lasten der Schwächsten der Gesellschaft

Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Bundesnotbremse sind aus verfassungsrechtlicher Sicht zum Teil heftig kritisiert worden. Aber auch aus medizinischer Sicht ist Kritik angebracht. Es ist nicht nachvollziehbar, wie eine fachlich so fehlerhafte Stellungnahme in einem wesentlichen Punkt zur Grundlage einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts werden konnte, obwohl andere Stellungnahmen deutlich bessere Evidenz angeführt hatten und das Gericht auf die Mängel der Stellungnahme hingewiesen wurde. Auf der Grundlage der von Fachverbänden präsentierten Evidenz hätte das Bundesverfassungsgericht vielmehr dem bis heute vorherrschenden Narrativ der gefährlichen Schulen und der Kinder als „Virenschleuder“ ein Ende setzen müssen. Folge dieses Versäumnisses zu Lasten der Schwächsten der Gesell-

schaft ist, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland auch heute noch stärker eingeschränkt werden als Erwachsene – wie nach unserer Kenntnis in kaum einem anderen europäischen Land.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
Ehemalige stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main



Foto: Salome Roesler

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Der ungekürzte Beitrag findet sich in der Online-Ausgabe 05/2022 zusammen mit Angaben der Referenzen.



Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Alternative betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Arztpraxen (AbBA) erfolgreich wieder angelaufen

Nach einer coronabedingten Pause sind die Fortbildungskurse in der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Bad Nauheim, die es Arztpraxen ermöglichen, die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz in ihrer Praxis selbst zu organisieren, erfolgreich wieder angelaufen. Die Kurse im ersten Halbjahr sind bereits ausgebucht. Die Möglichkeit der Teilnahme besteht wieder ab September 2022 (Termine siehe Kasten).

Nach den Vorgaben des Arbeitssicherheits- und Arbeitsschutzgesetzes sind auch Arztpraxen verpflichtet, den Ar-

beits- und Gesundheitsschutz in ihrer Praxis zu organisieren. Hierdurch sollen Unfälle wie beispielsweise Nadelstichverletzungen vermieden und die Gesundheit der Beschäftigten geschützt und erhalten werden. Als Grundlage aller Maßnahmen ist eine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen, die auch besondere Beschäftigtengruppen wie Schwangere und Jugendliche umfasst. Die arbeitsmedizinische Vorsorge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist zu organisieren, Betriebsanweisungen und ein Hautschutzplan müssen vorgehalten werden, die elektrischen Geräte sind

zu prüfen, Unterweisungen zu allen wichtigen Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind regelmäßig durchzuführen. Hierzu müssen Arztpraxen eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung sicherstellen.

Bereits seit 2010 bietet die Fachkundige Stelle der Landesärztkammer Hessen in Kooperation mit der zuständigen Berufsgenossenschaft (BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) im Rahmen des ärztlichen Fortbildungsprogramms in Bad Nauheim sogenannte Motivations- und Informationsmaßnahmen MIMA („Grundschulung“) sowie Fortbildungsmaßnahmen FOBI (Auffrischungsschulung alle fünf Jahre) an. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfahren im Rahmen dieser Kurse in kleinen Gruppen alles Notwendige rund um das Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Arztpraxen und erhalten außerdem die Möglichkeit, sich interaktiv zu diesem Thema auszutauschen.

Für alle Fragen rund um das Thema steht Ihnen die fachkundige Stelle der Landesärztkammer zur Verfügung. Informationen siehe Kasten und im Internet unter www.laekh.de → Ärztinnen und Ärzte → Betriebsärztliche Betreuung von Arztpraxen. Der QR-Code im Kasten führt direkt dorthin.

Dr. med. Vera Stich-Kreitner
Dr. med. Adelheid Rauch
AbBA-Beauftragte LÄK Hessen

AbBA: Termine und Ansprechpartner	
Termine 2022	MIMA = Basisschulung FOBI = Auffrischungsschulung
FOBI 22.6.22 (ausgebucht)	
FOBI 13.7.22 (ausgebucht)	
FOBI 14.09.22 (wenige freie Plätze)	
MIMA 19.10.22 (ausgebucht)	
FOBI 09.11.22	
FOBI 14.12.22	
MIMA 18.01.23	
Kontakt/Anmeldung	
Der QR-Code für Smartphones führt direkt zu Infos auf der Website www.laekh.de	

Literatur zum Artikel:

Kinder in der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland

Die Stellungnahme des Instituts für Virologie der Charité im Anhörungsverfahren des Bundesverfassungsgerichts zur „Bundesnotbremse“ – und offene Fragen

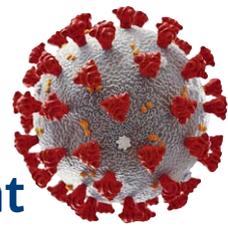
von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

- [1] Schreiben der Menschenrechtskommissarin Dunja Mijatović vom 13. Juli 2021, abrufbar unter <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/germany-should-pursue-efforts-to-fully-ensure-children-s-rights> (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [2] Heudorf U, Gottschalk R. SARS-CoV-2 und die Schulen – Was sagen die Daten? Hessisches Ärzteblatt 2021, 82: 356 ff Juni https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2021/Aktuelles_2021_05_06_Heudorf_Gottschalk.pdf,
- [3] Heudorf U, Gottschalk R. Zweiter Corona-Sommer – und dann? Hessisches Ärzteblatt 2021; 82: 432 ff https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2021/07_08_2021/Corona-Sommer.pdf
- [4] Heudorf U, Gottschalk R. Narrative und Angst statt Erfahrung und Evidenz. Hessisches Ärzteblatt 2021; 82: 555 ff <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/2021/oktober-2021>
- [5] N.N. Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Vom 22. April 2021 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 18, S. 802–807.
- [6] Bundesverfassungsgericht, Beschl. v. 19. November 2021 – 1 BvR 971/21 und 1 BvR 1069/21 (Bundesnotbremse II – Schulschließungen), abrufbar unter https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/11/rs20211119_1bvr097121.html (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [7] Fragenkatalog des Bundesverfassungsgerichts abrufbar unter <https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/09/03-Fragenkatalog-BVerfG-an-sachkundige-Dritte-02.06.2021.pdf> (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [8] Sämtliche Stellungnahmen abrufbar auf der Seite des Schloss Tempelhof e.V. „Schule bleibt offen“. <https://schule-bleibt-offen.de/schriftsaetze/> (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [9] Stellungnahme abrufbar unter https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/11/Stellungnahme-Drosten-Charite-Prof.-Dr.-Christian-Drosten-Charite---Universitaetsmedizin-Berlin-06.08.2021-G_geschwaerzt.pdf (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [10] European Centre for Disease Prevention and Control ECDC. Technical report. COVID-19 in children and the role of school settings in transmission – second update 8 July 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>
- [11] Siehe Gutachten Prof. Dr. Stefan N. Willich et al., abrufbar unter <https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/09/07-Anlage-VB19-Bewertung-Stellungnahmen-Willich-16.08.2021.pdf> (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [12] Siehe Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V., abrufbar unter <https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/11/DGPI-21-07-16.pdf> (letzter Zugriff 3. April 2022)
- [13] Robert Koch-Institut. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) 29.07.2021, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-07-29.html (zuletzt abgerufen am 3. April 2022).
- [14] Berger U, Fritz C, Kauermann G. Schulschließungen oder Schulöffnung mit Testpflicht? Epidemiologisch-statistische Aspekte sprechen für Schulöffnungen mit verpflichtenden Tests. CODAG Bericht Nr. 14 vom 30.04.2021. <https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/newsletter/index.html>
- [15] Isphording IE, Lipfert M, Pestel N. School Re-Openings after Summer Breaks in Germany Did Not Increase SARS-CoV-2 Cases. IZA Discussion paper series <http://ftp.iza.org/dp13790> IZA
- [16] Bismarck-Osten C, Borusyak K, Schönberg U. The Role of Schools in Transmission of the Sars-CoV-2-Virus: Quasi-Experimental Evidence of Germany“, RWI, 11/2020, 43, <http://dx.doi.org/10.4419/96973021>.

- [17] Stellungnahme der CODAG-Arbeitsgruppe, abrufbar unter https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/11/Stellungnahme-Ludwig-Maximilians-Universitaet-Muenchen-COVID-19-Data-Analysis-Group-CODAG-Dr.-Ursula-Berger-Prof.-Dr.-Ralph-Brinks-Prof.Dr._.-Annika-Hoyer-Prof.-Dr.-Goeran-KauermannP_geschwaerzt.pdf (zuletzt abgerufen am 3. April 2022).
- [18] Berger U, Gauß J, Kauermann G. Die aktuelle Infektionslage unter Schulkindern. CODAG Bericht Nr. 26 vom 04.02.2022 <https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/newsletter/index.html>
- [19] Office for National Statistics (ONS). Coronavirus (COVID-19) Infection Survey, UK: 8. January 2021 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurvey-pilot/8january2021>
- [20] Office for National Statistics (ONS). Coronavirus (COVID-19) Infection Survey, UK: 30 July 2021 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurvey-pilot/30july2021>
- [21] Office for National Statistics (ONS). Coronavirus (COVID-19) Infection Survey, UK: 06 August 2021 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurvey-pilot/6august2021>
- [22] GOV.UK. The Education Hub: What the new national restrictions mean for educational settings <https://educationhub.blog.gov.uk/2020/11/05/national-restrictions-guidance-for-education-settings/>
- [23] Office for National Statistics (ONS). Coronavirus (COVID-19) Infection Survey, UK: 18. December 2020. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurvey-pilot/18december2020#incidence-rate-in-england>
- [24] Office for National Statistics (ONS). COVID-19 Schools Infection Survey Round 1, England: November 2020 <https://www.ons.gov.uk/releases/covid19schools-infections-survey-round-1-england-november-2020>
- [25] Office for National Statistics ONS: COVID-19 Schools Infection Survey, England: Round 6, June 2021 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/covid19schools-infections-survey-england-round-6-june-2021>
- [26] Tönshoff B, Müller B, Elling R et al., Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Children and Their Parents in Southwest Germany. *JAMA Pediatr.* 2021 Jun; 175(6): 1–8. Published online 2021 Jan 22. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0001
- [27] Jurkutat A, Meigen C, Vogel M, Kiess W. Studie zur Bewertung des Infektionsgeschehens mit SARS-CoV-2 bei Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern in Sachsen. https://home.uni-leipzig.de/lifechild/wp-content/uploads/2020/12/Kurzbericht_nach-November-tests_final.pdf
- [28] Jurkutat A, Meigen C, Maier M, Grafe N. Screening for SARS-CoV-2 in non-symptomatic students and staff shows safe school openings under varying incidence with sufficient mandatory measures. *Acta Paediatr.* 2022 Apr;111(4):842–844. doi: 10.1111/apa.16245. Epub 2022 Jan 20.
- [29] Universitätsmedizin Mainz: AHA-Regeln und Testen als Pandemiebremsen. Ministerpräsidentin Malu Dreyer stellt mit Forscherteam neue Ergebnisse der großen Gutenberg Covid-19 Studie vor. <https://www.unimedizinmainz.de/presse/pressemitteilungen/aktuellemitteilungen/newsdetail/article/aharegeln>
- [30] Theuring S, Thielecke M, van Loon W, et al. SARS-CoV-2 infection and transmission in school settings during the second wave in Berlin, Germany: a cross-sectional study. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250517>; version posted January 29, 2021.
- [31] Theuring S, Thielecke M, van Loon W, et al. and BECOSS Study Group. SARS-CoV-2 infection and transmission in school settings during the second COVID-19 wave: a cross-sectional study, Berlin, Germany, November 2020. *EuroSurveill.* 2021;26(34):pii=2100184. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.34.2100184>
- [32] Thielecke M, Theuring S, van Loon W, et al. and BECOSS study group. SARS-CoV-2 infections in kindergartens and associated households at the start of the second wave in Berlin, Germany—a cross-sectional study. *Eur J Public Health.* 2021 Oct 26;31(5):1105–1107. doi: 10.1093/eurpub/ckab079. PMID: 33956945 Free PMC article.
- [33] Stellungnahme der DGKH abrufbar unter <https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/11/Deutsche-Gesellschaft-fuer-Krankenhaushygiene-e.V..pdf>
- [34] Stellungnahme des Max Planck Instituts für Dynamik und Selbstorganisation abrufbar unter https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/11/tellungnahme-Max-Planck-Institut-Dr.-Mohsen-Bagheri-Prof.-Eberhard-Bodenschatz-Max-Planck-Institut-fuer-Dynamik-und-Selbstorganisation-15.7.2021-G_geschwaerzt_geschwaerzt.pdf

- [35] Jones TC, Biele G, Mühlemann B, et al. Estimating infectiousness throughout SARS-CoV-2 infection course. *Science*. 2021 Jul 9;373(6551):eabi5273. doi: 10.1126/science.abi5273. Epub 2021 May 25. PMID: 34035154.
- [36] Jones TC, Mühlemann B, Veith et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. https://zoonosen.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc05/virologie-ccm/dateien_upload/Weitere_Dateien/analysis-of-SARS-CoV-2-viral-load-by-patient-age.pdf (letzter Zugriff 15.03.2022)
- [37] Liebl D. Open Review of the manuscript: An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. By Terry C Jones, Barbara M Mühlemann, Talitha Veith, Marta Zuchowski, Jörg Hoffmann, Angela Stein, Anke Edelmann, Victor Max Cormann, and Christian Drosten <https://www.dliebl.com/> (letzter Zugriff 15.03.2022)
- [38] Stoye J. A Critical Assessment of Some Recent Work on COVID-19. Vom 27.05.2020 <https://arxiv.org/pdf/2005.10237.pdf> (letzter Zugriff 15.03.2022)
- [39] Jones T, Mühlemann B, Veith T, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125484v1.full.pdf> (letzter Zugriff 15.03.2022)
- [40] Stellungnahme des Robert Koch-Instituts abrufbar unter https://schule-bleibt-offen.de/wp-content/uploads/2021/11/Stellungnahme-Robert-Koch-Institut-Prof.-Dr.-Lothar.-H.-Wieler-15.7.2021-G_geschwaerzt.pdf
- [41] Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) PIMS-Survey Update. <https://dgpi.de/pims-survey-update>
- [42] Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) Post-Covid-19 Survey. <https://dgpi.de/post-covid-19-survey/>
- [43] Lepsius O. Nach BVerfG zur Bundesnotbremse: Zerstörerisches Potential für den Verfassungsstaat, in: *Legal Tribune Online*, 03.12.2021, https://www.lto.de/persistent/a_id/46831/
- [44] Boehme-Neßler V. Der Rückzug der Verfassungshüter, in: *Zeit online*, <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2021-11/bundesverfassungsgericht-corona-bundesnotbremse-vertrauen;>
- [45] Prantl H. Richter ohne Mumm, <https://www.sueddeutsche.de/meinung/bundesverfassungsgericht-corona-massnahmen-1.5478437;>
- [46] Keilani F. Die Ja-Sager aus Karlsruhe winken die strittigen Massnahmen einfach durch, [https://www.nzz.ch/meinung/der-andere-blick/verfassungsgericht-winkt-corona-notbremse-einfach-durch-ld.1657918.](https://www.nzz.ch/meinung/der-andere-blick/verfassungsgericht-winkt-corona-notbremse-einfach-durch-ld.1657918)

Covid-19 aktuell: Impfeempfehlung oder Impfpflicht



Die Impfpflicht ist vom Tisch – sämtliche Anträge sind im Bundestag gescheitert. Doch die Frage bleibt: Reichen die Impfeempfehlungen und die bislang erreichten Impfquoten auch für die absehbaren weiteren Wellen und neuen Varianten aus? Oder braucht es doch eine Impfpflicht? Darüber diskutierten Anfang März drei Experten aus medizinischer, historischer sowie ethischer und rechtlicher Sicht unter der Moderation von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e. V., auf einer Live-Online-Veranstaltung.

Vom Impfstoff zum Impfprogramm

„Das Impfen ist das erfolgreichste medizinische Interventionskonzept, das in der gesamten Zeit der Medizin erfunden wurde“, betonte Prof. Dr. med. Fred Zepp, Facharzt für Pädiatrie und seit 25 Jahren Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO). Allerdings sei nicht jeder Impfstoff auch für jeden nützlich. Der sinnvolle Einsatz und Umgang mit verfügbaren Impfstoffen wird von der 1972 gegründeten STIKO gesteuert. „Die STIKO entwickelt Empfehlungen zur Durchführung von Impfungen, zur Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen und hat die Aufgabe, Impfkonzeppte dahingehend zu bewerten, mögliche Risiken mit dem Vorteil abzuwägen, die eine Impfung hat“, erläuterte Zepp. Ziel seien Empfehlungen im öffentlichen Interesse, die für das Zusammenleben, für das Individuum, aber auch für die Gesellschaft von Bedeutung seien. Zepp betonte, dass die Empfehlungen der STIKO stets nach dem Stand der Wissenschaft entwickelt und angepasst würden. Entscheidend für die Entwicklung einer Impfeempfehlung sei die Frage, welche Impfziele damit erreicht werden könnten. Solche Impfziele seien die Verhütung von Krankheit, die Vermeidung von Infektionen sowie das Verhindern von Komplikationen. Ideal sei eine Impfung dann, wenn diese den Erreger eliminiere, wie z. B. bei der Pocken-Impfung. Voraussetzung dafür sei jedoch, dass das Virus ausschließ-

lich im Menschen pathogen sei. „Wir können nicht jedes Lebewesen auf diesem Planeten impfen. Insofern können wir eine Eradikation bei Kinderlähmung oder Masern erreichen, aber nie bei Covid-19.“ Üblicherweise sei auch die Reduktion von Krankheitskosten bei solchen Entscheidungen von Bedeutung – nicht aber in der aktuellen Pandemie. Außerdem würden Impfungen aus Solidaritätsgründen empfohlen, z. B. um besonders gefährdete Individuen zu schützen.

STIKO und EMA

Was unterscheidet die STIKO-Empfehlung von der Zulassung durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA)? Zepp erklärte, dass die EMA auf Antrag eines pharmazeutischen Unternehmens Studiendaten hinsichtlich Wirksamkeit, Reaktogenität und Sicherheit in Relation zur Krankheitslast prüfe. Diese Daten leite die EMA dann an die STIKO weiter. Die bewerte hingegen die Krankheitslast, was mit dem Impfstoff in welcher Personengruppe erzielt werden könne und betrachte mögliche gesundheitliche Vorteile sowie Risiken durch eine Impfung. Dieser Zulassungsprozess dauere normalerweise zwischen zwei bis fünf Jahren. In der Pandemie habe man das deutlich beschleunigt mit einem sogenannten rollierenden Verfahren. Deshalb seien die Impfstoffe auch nur bedingt zugelassen. D. h. die Hersteller müssten weitere Daten liefern, ansonsten verfälle die Zulassung nach einem oder zwei Jahren. Parallel dazu erarbeite die STIKO ihre Empfehlungen. „Die STIKO empfiehlt nur“, betonte Zepp. „Die Hoheit für die Implementierung dieser Empfehlungen liegt bei den Gesundheitsbehörden der Länder.“ Die heutigen Impfstoffe wurden für die Ursprungsvariante des Virus von Anfang 2020 entwickelt. „Wir haben großes Glück, dass in der Folge mit der Alpha- und Beta-Variante des Virus die Impfstoffe immer noch gut gepasst haben“, so Zepp. Bei der Delta-Variante passte der Impfstoff schon nicht mehr optimal. „Wenn wir über eine Impfpflicht sprechen, ist es wichtig zu berücksichtigen, haben wir denn überhaupt einen passenden Impfstoff?“ Die ak-

tuell verfügbaren Impfstoffe schützen gegen Omikron, haben jedoch nur eine kurze Wirksamkeitsdauer. Die Frage sei daher: Welches Impfziel könnte mit einer allgemeinen Impfpflicht ab dem 18. Lebensjahr aktuell überhaupt erreicht werden?

Die Geschichte des Impfens

„Seit mehr als 200 Jahren haben die Deutschen Erfahrungen mit der Impfpflicht“, leitete Prof. Dr. Malte Thießen, Historiker an der Universität Münster, seinen Vortrag ein. Was können wir daraus für die aktuelle Situation lernen? 1874 wurde erstmals eine allgemeine Impfpflicht gegen Pocken für ganz Deutschland eingeführt. Ende der 1970er-Jahre galten die Pocken schließlich als ausgerottet.

Die Erfahrung zeige: Die Impfpflicht erhöhte (zumindest) kurzfristig die Impfquote, weil sich die „Bequemen“ oder noch Zögernden mit Druck leichter bewegen ließen. Impfung war nicht nur eine gesundheitliche, sondern auch eine gesellschaftliche Aufgabe. Ein weiterer Vorteil sei demnach die Immunität als soziales Projekt. „Die Impfpflicht verbindet das Individuum mit dem Allgemeinwohl. Sie machte deutlich, dass es bei der Impfung nie nur um uns oder unsere Kinder, sondern um uns alle geht“, so Thießen. Außerdem sei eine Impfpflicht doppeldeutig, in dem Sinne, dass sie nicht nur die Staatsbürger, sondern auch den Staat betreffe. Er müsste dafür Sorge tragen, dass überall sicherer Impfstoff zur Verfügung stünde.

Mit Beginn der allgemeinen Impfpflicht gegen Pocken wurde auch über die Nachteile intensiv diskutiert. So kam es damals zu einer regelrechten Mobilisierung der Impfkritik, indem entsprechende Vereine von Impfgegnern und Kritikern wie Pilze aus dem Boden schossen, erläuterte Thießen: „Impfgegner machten lautstark auf sich aufmerksam, demonstrierten auf den Straßen, verteilten Flugblätter, Plakate, Zeitungen und Broschüren.“ Problematisch sei, dass durch die Pflicht viele Menschen im Sinne der Kritiker mobilisiert wurden, die mitunter noch für das Impfen zu gewinnen gewesen wären.





Auch hätte sich die Impfpflicht gegen Pocken als gewaltige Ressourcenverschwendung bei der Umsetzung, Kontrolle und Sanktionierung erwiesen. Die Impfpflicht sei dabei ein stumpfes Schwert gewesen. „Zwangsimpfungen sorgten für schlechte Presse. Selbst Befürworter der Impfpflicht hielten körperliche Gewalt für übergriffig.“ Man beließ es stattdessen bei Geld- oder Gefängnisstrafen, deren Wirkung jedoch enttäuschten.

Ein weiteres Problem der Impfpflicht: Sie befördere Fälschungen und versteckte Infektionsherde. Und letztlich unterstelle die Impfpflicht allen Menschen das Unvermögen, rational und solidarisch zu handeln.

Freiwillige Impfprogramme

Die Pockenimpfpflicht blieb – zumindest in Westdeutschland – die einzige allgemeine Impfpflicht. Alle späteren Programme setzten auf Freiwilligkeit. „Diese Schutzimpfungen wurden massiv beworben, auch weil seit den 1920er-Jahren zum ersten Mal Pharmaunternehmen Impfungen zu ihrer Sache machten“, erklärte Thießen. Hinzu kam außerdem ein neuer Ansatz: Die Impfung sollte zum Menschen kommen und nicht umgekehrt. Man setzte auf niedrigschwellige Angebote, auf Einladungen per Post, nicht zuletzt auf Aufklärung. Der Erfolg war beeindruckend: Bei der freiwilligen Aktion gegen Diphtherie lag die Impfquote zwischen 92–98 %, bei der Pockenimpfung hingegen, die zu dieser Zeit nach wie vor eine Pflichtmaßnahme war, war lag sie „nur“ zwischen 70- und 80 %.

Das Impfen wurde individueller: Seit den 1970er-Jahren wanderte es als Kassenleistung in die Arztpraxen. „In historischer Perspektive scheint Freiwilligkeit also ein Erfolgsmodell zu sein. Die Quote aller Standardimpfungen lag seit den 1980er-Jahren fast immer über 90 %“, so Thießen.

Politischer Handlungsdruck

Woher kommt die aktuelle Sehnsucht nach einer Impfpflicht? Thießen erklärt dies mit dem hohen Handlungsdruck der Akteure der Gesundheitspolitik: Impfungen seien nach wie vor das Beste, was wir haben. Sie böten in diesem Fall aber nur

einen relativen Schutz. Für die Akzeptanz des Impfprogramms sei das ein Problem. Impfungen werfen immer auch soziale Fragen auf. Impfprogramme seien ein Test auf die solidarischen Bindekräfte einer Gesellschaft. Die individuelle Risikoabwägung zuungunsten des Allgemeinwohls sei auch die Folge eines Gesundheitskonzepts, das seit den 1970er-Jahren Erfolge feiere: das präventive Selbst. Die Vorstellung von der Selbstoptimierung des Körpers und dass Vorsorge Selbstsorge sei, habe die soziale Dimension des Impfens immer weiter aus dem Blick gedrängt. Die Impfpflicht sei daher ein Versuch, die soziale Frage wieder in den Fokus zu rücken.

Formale und inhaltliche Defizite des Gesetzentwurfs

Die ethischen und verfassungsrechtlichen Probleme einer allgemeinen Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 nahm der dritte Referent des Abends, Prof. Dr. Steffen Augsburg, Jurist an der Universität Gießen und Mitglied des Deutschen Ethikrates, in den Blick. So sei das Gesetzgebungsverfahren in vielerlei Hinsicht defizitär. Problematisch sei, dass die Fraktionsdisziplin im Bundestag nicht eingehalten werden müsse. „Das ist eine implizite Abwertung des parlamentarischen Verfahrens“, urteilte Augsburg.

Unklar sei, was mit dem Gesetz erreicht werden solle und wie man z. B. rechtfertigen könne, alle Volljährigen in die Impfpflicht einzubeziehen. Im Frühjahr 2020

sei man davon ausgegangen, dass die Infektiosität infolge der Impfungen rasant und signifikant sinke. Auch sei man davon ausgegangen, dass Geimpfte sich und andere nicht anstecken. Angesichts der Weiterentwicklung des Virus mussten wir lernen, dass diese Aussage nicht mehr zutrifft. Auch dürfe die Diskussion über Nebenwirkungen nicht vernachlässigt werden. „Das Vertrauen in die Impfstoffe gewinnen wir nicht, in dem wir Kritiker abwatschen, sondern uns mit auch abwegigen Argumenten auseinandersetzen und entsprechend versuchen, auf rationale Weise damit umzugehen.“ Die Impfung biete einen guten Schutz vor schwerer Erkrankung und vor Hospitalisierung, weshalb nach Ansicht Augsburgs für Personen mit erhöhtem Risiko diese Impfung wichtig ist. Von einer Gesamtpflicht für die erwachsene Bevölkerung nimmt er jedoch Abstand.

Die Impfpflicht sei ein Versuch, die eine richtige Lösung zu finden, resümiert Augsburg. Eine Maßnahme, die endlich das Ende der Pandemie bedeute. „Wir werden es nicht schaffen, das Virus soweit zu eliminieren, das wir keinerlei Krankheitsfälle mehr haben und auch keine Todesfälle. Aber wir müssen lernen, mit diesem Virus zu leben und die Risiken einzugehen, die damit einhergehen, handhabbar zu machen.“ Ein wesentliches Mittel dafür seien die Impfungen. Doch sei es zu kurz gegriffen, mit einer Impfpflicht alles andere vergessen machen zu können.

Maren Siepmann

LÄKH fordert Impfnachweisspflicht

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat an die Landespolitik appelliert, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, eine zeitlich befristete, allgemeine Impfnachweisspflicht gegen SARS-CoV-2-Viren einzuführen. Die Ärztvertreterinnen und -vertreter wiesen am 26. März in Friedberg darauf hin, dass derzeit nur 58 % der Bevölkerung vollständig gegen das Coronavirus geimpft sind (zwei Impfungen plus Auffrischimpfung). Auch wenn eine Impfung keine sterile Immunität erzeuge, erkrankten vollständig Geimpfte seltener

schwer, müssten deutlich seltener im Krankenhaus behandelt werden und erkrankten auch seltener an Long-Covid. „Aufgrund der andauernden pandemischen Lage ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich weitere Virusvarianten entwickeln, hoch. Damit es im Herbst nicht erneut zu einer starken Belastung oder gar Überlastung des Gesundheitswesens kommt und erneut einschränkende Maßnahmen im Alltag eingeführt werden müssen, ist eine hohe Impfquote, insbesondere der älteren Bevölkerung erforderlich“, erklärten die Delegierten.





Die HKG – Patientensicherheit für die hessischen Krankenhäuser

Als Interessenvertretung der rund 135 hessischen Kliniken übernimmt die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) umfassende Aufgaben in der Gesundheitspolitik und -versorgung. Dabei spielt die Patientensicherheit stets eine sehr wichtige Rolle. Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Steffen Gramminger, dem geschäftsführenden Direktor der HKG und Christina Grün, der Leiterin des Geschäftsbereichs Medizin und Qualität.

Was hat die HKG mit Patientensicherheit zu tun?

Prof. Dr. med. Steffen Gramminger: Die HKG ist stark in die Mitgestaltung und Weiterentwicklung der hessischen Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung involviert, bei der die Patientensicherheit ein wesentlicher Leitgedanke ist.

Daneben unterstützt die HKG die Kliniken ganz konkret bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, wie z. B. dem Patientenrechtegesetz, mit dem die Patientensicherheit weiter gestärkt wurde. Aber auch

beispielsweise durch das Arzneimittel- und Medizinprodukte- oder das Infektionsschutzgesetz wurden umfassende Regelungen für die Patientensicherheit getroffen, die es gilt, in der täglichen Behandlungsroutine umzusetzen. Weiterhin berät die HKG die Kliniken im direkten Dialog, bietet Seminare an und vertritt ihre Mitgliedskrankenhäuser in Gremien und Institutionen wie dem Landesbeirat für Patientensicherheit und mehr.

Welche Ziele hat die HKG in Bezug auf Patientensicherheit?

Christina Grün: Die Patientensicherheit hat vielfältige Aspekte und Ziele. Eines herauszugreifen würde der Wichtigkeit der verschiedenen Themen nicht gerecht. Zusammenfassend geht es um die Bündelung vielfältiger Aktivitäten, Initiativen und Projekte zur stetigen Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Dabei muss eine Kommunikationskultur geschaffen werden, die es ermöglicht, über Fehler- oder

Schadensereignisse zu sprechen, um ohne Angst vor Sanktionen daraus lernen zu können.

Seit wann ist Patientensicherheit für die HKG ein Thema?

Gramminger: Patientensicherheit ist in den hessischen Krankenhäusern und der HKG schon immer ein maßgebliches Thema. Bereits mit dem Aufbau der Geschäftsstelle Qualitätssicherung (GQH) im Jahr 1995, damals als Teil der HKG, wurde ein Meilenstein gesetzt. Weitere markante Jahreszahlen sind sicherlich 2013, in dem mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ein Schwerpunkt auf die Patientensicherheit gelegt wurde. Und auch 2014 mit der Gründung der Initiative Patientensicherheit und Qualität in Hessen gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) sowie 2019 mit dem Erlass der Patientensicherheitsverordnung [1] in Hessen.

Was war das erste „Patientensicherheitsprojekt“ der HKG?

Gramminger: Patientensicherheit ist ein wesentlicher Teilbereich in der Medizin. Ziel einer jeden Behandlung ist es, den Gesundheitszustand eines Menschen zu verbessern, ohne Fehler oder Schäden zu verursachen. Dieses Bemühen zeigt sich in vielfältigen Initiativen unter Beteiligung der HKG wie z. B. in eindeutigen Patientennidentifikationen, in Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit oder Verfahren wie der Tupferkontrolle. Nicht zu vergessen sind aber auch Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK), die seit vielen Jahren in den Kliniken etabliert sind. Entscheidend mitgewirkt hat die HKG insbesondere bei der Entwicklung und Umsetzung des MRE-Projektes (multiresistente Erreger) der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) [2].



Foto: privat

Prof. Dr. med. Steffen Gramminger ist seit Februar 2020 geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft, wo er ab September 2018 als Geschäftsführer mit Schwerpunkt, Medizin, Qualität und Finanzierung tätig war. Nach seiner Assistenzarztzeit in der

Chirurgie arbeitete er ab 2000 am Ev. Krankenhaus in Bad Dürkheim als Medizincontroller, wurde 2011 zum Verwaltungsdirektor berufen und übernahm 2012 als Bereichsleiter Krankenhaus die Gesamtverantwortung für beide Krankenhäuser des Landesvereins für Innere Mission. 2014 übernahm er als Ärztlicher Geschäftsführer zusammen mit dem Kaufmännischen Geschäftsführer die Leitung des Klinikum Darmstadt. 2007 schloss er den Masterstudiengang Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen an der Technischen Universität Kaiserslautern ab, ist Gründungsmitglied und ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. und hat seit 2012 die Professur für Medizincontrolling an der MSH Medical School Hamburg inne.



Wie hat sich der Blickwinkel auf Patientensicherheit aus Sicht der HKG im Laufe der vergangenen Jahrzehnte verändert?

Gramminger: Patientensicherheit bedeutet für uns nicht nur das Aufdecken von Fehlern und Schäden, sondern das Fördern einer Kommunikationskultur, um künftige Schadensereignisse zu vermeiden. Das heißt aus Fehlern zu lernen und best-practice-Ansätze zu teilen. Dabei bietet die Digitalisierung eine gute Chance, hier noch ein großes Stück voranzukommen. Auch die Pandemie hat den Blick auf die Patientensicherheit nochmals geschärft und ihre Wichtigkeit herausgestellt: Kurzfristig mussten in den Kliniken alle notwendigen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen getroffen werden, um Patienten vor einer Covid-19-Ansteckung zu schützen.

Welche aktuellen Veränderungen gibt es in der HKG in Bezug auf Patientensicherheit und Qualität?

Grün: Mit Herrn Dr. med. Udo Wolffs Eintritt in den Ruhestand, der im HKG-Referat Medizin und Qualität über viele Jahre allein tätig war, hat es in der HKG eine Umstrukturierung und personelle Aufstockung gegeben. Wir erhoffen uns damit, die hessischen Kliniken bei den Themen Medizin, Medizincontrolling, Pflege und Qualität, die alle einen Bezug zur Patientensicherheit haben, noch besser unterstützen zu können. Dies geschieht auch im Hinblick auf die zunehmenden gesetzlichen Vorgaben im Bereich Qualität und die damit verbundenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Welche konkreten Patientensicherheitsbemühungen gibt es in der HKG?

Grün: Es gibt zahlreiche Initiativen, so zum Beispiel die Initiative Patientensicherheit und Qualität Hessen gemeinsam mit dem HMSI [3] oder die Teilnahme an Initiativen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V., wie z. B. die Aktion Saubere Hände [4]. Eine weitere wichtige Initiative ist die Fachtagung Patientensicherheit und Qualität, die sich seit 2014 zu einem festen Bestandteil im Jahresablauf der HKG entwickelt hat [5]. Neben allgemeingültigen Vorgaben und Regelungen stellen hier hessische Kliniken eigene Aktionen und Projekte vor und ermöglichen

so anderen Krankenhäusern Einblicke und ein Lernen voneinander. Dabei ist der Austausch ein wesentliches Element und Kern der Tagung. Die Unterstützung der Fachtagung durch das HMSI unterstreicht die Bedeutung dieser Veranstaltung.

Mit welchen Institutionen kooperiert die HKG zur Verbesserung der Patientensicherheit in Hessen?

Grün: Die HKG arbeitet mit allen Akteuren des Gesundheitswesens im Bereich der Patientensicherheit kooperativ und partnerschaftlich zusammen.

Das schließt in Hessen das HMSI, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Sozialleistungsträger aber auch den ambulanten Sektor mit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KVH, KZVH) sowie die Landesärztekammer ein.

Wie wird Patientensicherheit in den hessischen Krankenhäusern umgesetzt?

Gramminger: Jede Klinik muss ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement vorhalten. Außerdem wird die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen forciert. Es sind außerdem jährlich Qualitätsberichte zu erstellen. Nach der hessischen Patientensicherheitsverordnung [1] ist pro Klinik mindestens ein Patientensicherheitsbeauftragter einzusetzen. Im Rahmen dieser Verordnung

wird 2022 von jedem Krankenhaus erstmals ein spezieller Bericht zur Patientensicherheit erstellt. Die Ergebnisse werden im Landesbeirat Patientensicherheit vorgestellt und diskutiert.

Dies sind nur einige Instrumente, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben in Kliniken etabliert sind. Sie werden ergänzt durch viele freiwillige Projekte und Aktionen. Darüber hinaus haben sich alle Maßnahmen bewährt, die in die Routine übergegangen sind und die dazu beitragen, Fehler und Schadensereignisse zu vermeiden. So sind Patientenbändchen, präoperatives Team-Timeout oder postoperative Zählkontrolle aus dem klinischen Alltag nicht mehr wegzudenken.

Was ist dabei die Aufgabe der HKG?

Grün: Die HKG arbeitet einerseits übergreifend und moderierend. Sie nimmt aber auch einen aktiven Part ein, z. B. bei der Weiterentwicklung der Patientensicherheit auf Landesebene, ganz konkret bei der Entwicklung von Fachkonzepten im Rahmen der Krankenhausplanung.

Welche aktuellen Entwicklungen gibt es?

Gramminger: Zuletzt wurden das Hessische Geriatriekonzept [6] überarbeitet und aktualisiert und die LAGQH völlig neu strukturiert und als selbstständige Institution aufgebaut. Im Landesbeirat Patientensicherheit



Foto: privat

Christina Grün ist seit Februar 2022 Geschäftsbereichsleiterin Medizin und Qualität bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft. Sie studierte Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Wirtschaftliches Ge-

sundheitswesen und EDV/Betriebsorganisation an der Fachhochschule Gießen-Friedberg. Nach einer fünfjährigen Tätigkeit im Controlling des Klinikums der Philipps-Universität Marburg wechselte sie als Teamleiterin in den Fachbereich Krankenhausmanagement bei der Betriebskrankenkasse (BKK) Mittelhessen und übernahm die Abteilungsleitung im Bereich Stationäre Versorgung. 2009 wechselte sie zur AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen in den Bereich Krankenhaus – Rehabilitation – Fahrkosten. Neben der Entwicklung und Etablierung neuer Versorgungsmodelle übernahm sie die Tätigkeit als Fachreferentin auf Landes- und Bundesebene. Sie ist Mitglied in den Gremien der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH).



tensicherheit wurde aktuell ein Berichtsformat für den jährlichen Patientensicherheitsbericht beraten und beschlossen – um nur einig zu nennen.

In welchen landesweiten Patientensicherheits-Projekten ist die HKG beteiligt?

Grün: In Hessen gibt es spezielle Landesprojekte im Rahmen der Qualitätssicherung, die mit Unterstützung der HKG etabliert werden konnten. Zu nennen sind

hier das Landesverfahren Schlaganfall und das MRE-Projekt (multiresistente Erreger) [7]. Das Besondere an diesen Projekten ist, dass sie nicht nur auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, sondern den Kliniken z. B. durch Peer-Review-Verfahren auf Augenhöhe konkrete Hilfestellung geben. So können diese Defizite durch ein vierteljährliches Monitoring auch zeitnah behoben werden. D. h. konkrete Probleme können schnell durch Gespräche und Ziel-

vereinbarungen gelöst werden – zum Wohle der Patienten.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Patientensicherheit in Hessen und in Bezug auf die HKG?

Grün: Patientensicherheit und Qualität haben in jüngerer Zeit zunehmend eine Aufwertung erfahren. Wir wünschen uns, dass sich dieser Trend fortsetzt, die Patientensicherheit zunehmend an strategischem Wert gewinnt und dies durch die Digitalisierung und vernetzte Strukturen gestärkt wird.

Gramminger: Ganz oben auf unserem Wunschzettel steht allerdings, dass es bei Patientensicherheit und Qualität tatsächlich um unsere Patientinnen und Patienten geht und nicht um einen kalten Strukturwandel und dass das Thema nicht zum Erreichen von ökonomischen Zielen missbraucht wird.

Instrumente von Qualitäts- und Risikomanagement in hessischen Krankenhäusern

Patientensicherheitsverordnung (PaSV)

[1]: Bundesweit einmalige Verordnung. Sie regelt die Bestellung von Patientensicherheitsbeauftragten in Kliniken und die Bildung eines Landesbeirates für Patientensicherheit, der sich mit allen Fragen rund um Patientensicherheit beschäftigt.

Patientensicherheitsbericht

Jährlicher Bericht der Kliniken an das hessische Ministerium für Soziales und Integration auf Basis der PaSV.

CIRS – Critical Incident Reporting System [8]

Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen.

MMK – Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßige strukturierte Besprechung zur Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe und Todesfälle.

Arzneimittelsicherheit

Fortwährende und systematische Überwachung der Sicherheit von Arzneimitteln.

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

Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe 05/2022, zu finden auf der Website www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Quelle des Rubrikenlogos: © Nizwa Design – shutterstock.com

Nachruf auf Prof. Dr. med. Hans Hacker

* 02.11.1930 † 13.03.2022

Der ehemalige langjährige Direktor und Gründer des Instituts für Neuroradiologie am Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt ist am 13.03.2022 verstorben. Geboren am 02.11.1930, begann Prof. Dr. med. Hans Hacker (Foto) seine Ausbildung in München unter Prof. Kurt Decker und wechselte 1964 nach Frankfurt.

Hacker gründete 1969 das eigenständige Institut für Neuroradiologie und war 1970 der erste Präsident der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR), deren erste Jahrestagung er in Frankfurt 1971 ausrichtete. Bedingt durch seinen exzellenten wissenschaftlichen Ruf und Zusammenarbeit mit einem Medizingerätehersteller wurde in Frankfurt einer der ersten Computertomographen in Europa in Betrieb genommen.

Prof. Hacker hat wegweisende CT-Techniken mit entwickelt und wegweisende Arbeiten wie zum Beispiel über den „Fogging-Effekt“ beim Schlaganfall publiziert. Er hat das erste für damalige Zeiten hochmoderne 1,5 T MRT-Gerät des Universitätsklinikums im Institut für Neuroradiologie installiert.

Er war außerdem Begründer der MR-Forscherguppe, die sich frühzeitig mit der MR-Spektroskopie und der funktionellen MRT beschäftigt hat. Hacker war in besonderem Maße mit deutschen und internationalen Fachkollegen vernetzt. Dies kam auch durch die Veranstaltung von Jahrestagungen der DGNR und ESNR in Frankfurt und die Ehrenmitgliedschaft in diesen Fachgesellschaften zum Ausdruck. Hans Hacker hat es stets verstanden, die

Balance zwischen Radiologie und klinischen Neurofächern zu halten. Als Visionär und Impulsgeber war er bis in sein hohes Alter aktiv. Seine Mitarbeiter und Schüler werden ihn nicht nur als wissenschaftlichen Lehrer und Vorbild in Erinnerung behalten. Mit großem Respekt bedauern wir den Tod von Professor Hacker und werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.



Foto: privat

**Prof. Dr. med. Stefan Weidauer
Prof. Dr. med. Joachim Berkefeld
Prof. Dr. med. Elke Hattingen**



Literatur zum Artikel:

Serie Teil 16: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Die HKG – Patientensicherheit für die hessischen Krankenhäuser

- [1] Patientensicherheitsverordnung (PaSV)* vom 30. Oktober 2019. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen Nr. 23 vom 12.11.2019, Seite 324. <http://starweb.hessen.de/cache/GVBL/2019/00023.pdf> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/634y>
- [2] Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH), MRE-Projekt. <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/mre-projekt-hessen> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/pcah>
- [3] Initiative Patientensicherheit und Qualität Hessen. <https://soziales.hessen.de/Gesundheit/Patientensicherheit> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/srne>
- [4] Aktion Saubere Hände. <https://www.aps-ev.de/Projekte/aktion-saubere-haende/> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/d1uz>
- [5] HKG. Fachtagung Patientensicherheit und Qualität. <https://www.hkg-online.de/> (Zugriff 22.03.2022)
- [6] Hessisches Geriatriekonzept. <https://soziales.hessen.de/Presse/Neues-Geriatriekonzept-fuer-Hessen> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/051u>
- [7] Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen. Landesverfahren. <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/landesverfahren> (Zugriff 22.03.2022) oder via Kurzlink <https://kurzelinks.de/72o6>
- [8] <https://www.cirsmedical.de/> (Zugriff 22.03.2022)

Die Leichenschau ist unverzüglich vorzunehmen

(§ 10 Abs. 2 Hessisches Friedhofs- und Bestattungsgesetz – FBG)

In einem rechtskräftigen Urteil vom 26.01.2022¹ hat das Berufungsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht in Gießen klare Worte gefunden, um zu verdeutlichen, welche Pflichten ein Arzt bzw. eine Ärztin, der/die zur „Ersten Leichenschau“ gerufen wird, zu erfüllen hat.

Sachverhalt

Die beiden angeschuldigten Vorfälle betrafen denselben Arzt, der einmal überhaupt nicht und einmal verspätet (nach ca. neun Stunden) an den Orten der Sterbefälle eingetroffen war. Nachdem die Seniorenresidenz, bzw. im zweiten Fall das Altenzentrum, sich beschwerdeführend an die Landesärztekammer Hessen gewandt hatten, ließ er sich mit unterschiedlichen Argumenten zu seiner Verteidigung ein, wie z. B., er habe keinen Zugang zu den Papieren (Personalausweis u. ä.) der Verstorbenen gehabt und einen Kollegen gebeten, die Aufträge zu übernehmen. Im Ermittlungsverfahren konnte die Richtigkeit seiner Behauptungen nicht festgestellt werden.

Rechtliche Würdigung

In seinem Urteil stellte das Gericht mit großer Deutlichkeit fest, dass es auf die vorgebrachten Rechtfertigungsgründe nicht entscheidend ankomme. Ärztinnen und Ärzte seien nach § 22 Heilberufsgesetz verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Zur gewissenhaften Berufsausübung in diesem Sinne gehöre auch, dass die in diesem Zusammenhang einschlägigen geltenden Rechtsvorschriften eingehalten würden. Der Beschuldigte habe die Durchführung der Leichenschauen übernommen, damit habe er die angeforderten Leichenschauen „unverzüglich vorzunehmen“ gehabt.

Nach den Darlegungen des Gerichts kommt es nicht auf die vorgebrachten Argumente, die angeblich der Erfüllung dieser Aufgabe entgegengestanden hätten, an. Der eine Leichenschau vornehmende Arzt habe keine Dokumente zu überprüfen. Zweck der Leichenschau sei nach § 10 Abs. 1 FBG lediglich, den Tod und seinen Zeitpunkt sowie die wahrscheinliche Todesart (natürlich, nicht natürlich oder ungeklärt) festzustellen. Dementsprechend sei sein Aufgabenbereich in § 10 Abs. 8 FBG genau festgelegt. „Die Überprüfung von Dokumenten zählt nicht dazu“, so das Gericht.



Ob der Beschuldigte einen anderen Kollegen von der Anforderung unterrichtet habe oder nicht, sei unerheblich: „Eine Wartezeit von mehr als neun Stunden entspricht nicht der gesetzlichen Vorgabe ‚unverzüglich‘.“

Im Übrigen verweist das Berufungsgericht auf die S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin zur Durchführung der amtlichen Leichenschau bzgl. der Frage, wann die Leichenschau durchgeführt werden müsse. Der unbestimmte Rechtsbegriff „unverzüglich“ bedeutet demnach, dass nur noch dringende, nicht aufschiebbare Maßnahmen durchgeführt werden dürfen. Die erste und wichtigste Aufgabe eines Arztes bei der Leichenschau ist demzufolge die sichere Feststellung des eingetretenen Todes. Denn, so die Erläuterung in der Leitlinie, bis zur sicheren Feststellung des Todes muss der Arzt helfen, will er sich nicht der Gefahr des Vorwurfs unterlassener Hilfeleistung aussetzen. Daher muss nach der Leitlinie ein Arzt nach Erhalt der Anzeige über einen vermutlichen Todesfall sich auf schnellstem Wege zur Leichenschau begeben, denn nur er kann die Differenzialdiagnose „lebend“ oder „tot“ stellen und über eine gegebenenfalls erforderliche Reanimation entscheiden. Kann er dies aus zwingenden Gründen (Pflichtenkollision!) nicht, so muss er gemäß der Leitlinie einen in der Nähe befindlichen Arzt oder den Notarzt „alarmieren“. Er muss sich auch vergewissern, dass dieser die Aufgabe übernimmt.

Fazit

Mit dieser Entscheidung dürften nun die Pflichten einer oder eines zur „Ersten Leichenschau“ herbeigerufenen Ärztin/Arztes gerichtlicherseits abschließend geklärt sein. Zur gewissenhaften Berufsausübung im Sinne von § 22 Heilberufsgesetz zählt, wie eingangs dargelegt, die Beachtung des einschlägigen Rechts. Gemäß § 10 Abs. 5 FBG sind „auf Verlangen jede niedergelassene Ärztin und jeder niedergelassene Arzt sowie Ärztinnen und Ärzte eines Krankenhauses oder sonstigen Anstalt für Sterbefälle in diesem Krankenhaus oder in dieser Anstalt“ zur Leichenschau verpflichtet.

Christiane Loizides

Ermittlungsführerin
der Berufsgerichtsabteilung der LÄKH,
Vizepräsidentin des
Verwaltungsgerichts a. D.



Foto: privat

¹ Aktenzeichen.: 21 K 1155/19.Gl.B und 21 K 2505/20.Gl.B

Eine seltene Komplikation bei einem häufig verordneten Medikament

Junge Patientin mit einem Basaliom unter Infliximab-Therapie

Clara Amini, Dr. med. Joachim Kallinowski, Prof. Dr. med. Henrik Menke

Einleitung

Die Colitis ulcerosa ist die häufigste gastroenterologische Erkrankung weltweit [1]. Bei einer hohen Inzidenz im westeuropäischen Raum sind derzeit ca. zwei Millionen Menschen mit einer Colitis ulcerosa diagnostiziert [2]. Die epidemiologische Verteilung der Krankheit zeigt den größten Peak im Alter von 15–30 Jahren [3]. Junge Patienten leiden durch Alltagseinschränkungen besonders unter den typischen Symptomen der Colitis ulcerosa. Studien zeigten unter den Einschränkungen im Alltag der Betroffenen eine subjektiv deutlich verringerte Lebensqualität [4] durch verminderte Energie zur Alltagsbewältigung, soziale Isolation und deutliche Überforderung im Umgang mit der Erkrankung nach Erstdiagnose [5, 6].

Nach aktueller AWMF-Leitlinie zur Therapie zählt der Einsatz von Infliximab als TNF α -Blocker zur ersten Wahl bei schwerer oder fulminanter Colitis ulcerosa und Kontraindikationen für Steroidtherapien [7]. Dies gilt als optimales Medikament für ein Patientenkollektiv, welches durch das junge Alter und die alltagseinschränkende Erkrankung eine besonders wirksame, nebenwirkungsarme und schnelle Therapie benötigt [8].

Der monoklonale Antikörper bindet sowohl an den löslichen als auch an den transmembranär gelegenen Tumornekrose-Faktor α an. Dieser spielt eine wichtige Rolle als proinflammatorisches Zytokin zur Dysregulation einer mukosalen Immunreaktion und wird derart neutralisiert [9]. Dieses Medikament scheint aufgrund seiner hochspezifischen Wirkweise für Patienten mit schweren Verläufen ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis zu haben. In der Regel handelt es sich um eine langfristige Anwendung.

Der präsentierte Fall mit einer weniger bekannten Nebenwirkung nach langfristiger

Anwendung über 15 Jahre ist Anlass, diese Problematik vorzustellen.

Fallbeschreibung

Eine 30-jährige Patientin mit einem Hauttyp Typ 2 nach Fitzpatrick (helle Hautfarbe, blonde Haare, oft Sommersprossen) [10] und kaukasischer Herkunft stellte sich aufgrund einer neu aufgetretenen Hautveränderung mit einer rötlichen, großprogreredienten Hauteffloreszenz im Bereich der linken Wange in unserer Plastischen Sprechstunde vor. Nachdem über vier Monate zuvor keine Besserung bei Größenprogredienz eintrat, überwies der Hausarzt nach bioptischer Sicherung eines Basalioms mit einer R1-Situation die Patientin zur weiteren Behandlung in unsere Klinik.

Die klinische, jedoch für eine junge Patientin eher ungewöhnliche, Diagnose eines Basalioms gab Anlass für eine ausführliche Anamneseerhebung. Bakos et al. beschrieben die Inzidenz des Basalzellkarzinoms bei Patienten unter 40 Jahren mit Hautveränderungen unter 1,4% [11]. Aufgrund dieser niedrigen Inzidenz für das Auftreten sollte in dem vorliegenden Fall ein theoretischer Zusammenhang zwischen der Langzeiteinnahme des TNF- α -Blockers und der Entstehung des Basalioms hergestellt werden. Als Nebenerkrankungen gab die Patientin lediglich eine Colitis ulcerosa an, welche in dieser Altersgruppe nicht selten ist. Sie hatte keine regelmäßige oder intensive UV-Lichtexposition, jedoch sei bei der Großmutter der Patientin ein Basaliom im hohen Alter bioptisch gesichert und chirurgisch exzidiert worden. Als Dauermedikation und Therapie der entzündlichen Darmerkrankung, nehme die Patientin nur Infliximab seit 15 Jahren regelmäßig ein.

Es erfolgte eine operative Therapie aufgrund der sichtbaren Lokalisation im Gesicht der jungen Patientin nach den Prin-



Fotos: Dr. med. Joachim Kallinowski

Abb. 1, 2, 3: Darstellung der Patientin am ersten postoperativen Tag.

Fotos: Clara Amini



Abb. 4, 5, 6: Darstellung der Patientin drei Monate postoperativ.

zipien der Mohs-Chirurgie [12] zweizeitig mit primärer Exzision und temporärer alloplastischer Deckung des Defektes mit einer Ausdehnung von ca. 2 x 2 cm. Mikroskopisch zeigte sich eine infiltrativ wachsende Läsion bestehend aus basaloïd differenzierten Zellkomplexen mit peritumoralem Retraktionsphänomen und peripherer Palisadenstellung der Zellkerne. Die pathologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines nodulären Basalioms mit R0-Situation und den für ein low grade ausreichenden Sicherheitsabstand von 3 mm allseits bei einer max. Infiltrationstiefe von 1 mm. Zur Deckung des in einer ästhetisch anspruchsvollen Region gelegenen Defektes mit möglichst unauffälligem Narbenverlauf ohne Asymmetrie mit Wahrung der ästhetischen Einheiten bei einer jungen Frau entschieden wir uns für einen Transpositionsflappen nach Limberg mit hauptsächlicher Lage der Narben in den „relaxed skin tension lines“ (Abb. 1–3). Letztere sind für eine möglichst günstige Narbenentwicklung wesentlich. Der Heilungsverlauf gestaltete sich unauffällig. Abb. 4–6 zeigen das Ergebnis drei Monate postoperativ.

Diskussion

Das Medikament Infliximab wird seit einigen Jahren zur Therapie der Colitis ulcerosa, gerade bei jüngeren Patienten eingesetzt, und stellt aus gastroenterologischer Sicht eine unglaubliche Bereicherung für die Therapie von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dar [13].

Die Datenlage zur Hautkrebsentstehung bei Patienten unter Infliximab ist rar. Genauere Aussagen zur Entstehung von Basaliomen unter diesem Medikament liegen bislang nicht evidenzbasiert vor. Mehrere TNF- α -Blocker sind für eine hypersensitive Reaktion im Sinne von Flush, Blutdruckveränderungen, Fieber oder Dyspnoe auf die intravenöse Gabe des Antikörpers bekannt. Die meisten Reaktionen gelten hierbei als mild oder moderat [14]. Weiterhin gilt für sämtliche TNF- α -Blocker ein erhöhtes Risiko für pulmonale Infektionen [15]. Selbst seltene Nebenwirkungen wie die Bildung von Antinukleären Antikörpern (ANA) und somit

die Entwicklung von Lupus ähnlicher Symptomatik [16] sind in der gegenwertigen Literatur gelistet. Neben weiteren möglichen Nebenwirkungen ist auch ein erhöhtes Risiko für maligne Entartungen vieler Zellarten zu berücksichtigen. Eine fallbezogene Übersicht möglicher Komplikationen ist in Tab. 1 zu sehen. Studien berichten über ein erhöhtes Risiko bei Psoriasis-Patienten für die Entwicklung von jeglichen Krebsarten inklusive Hautkrebs [17]. Einige Studien beschreiben ein erhöhtes Risiko für maligne Entartungen schon im Rahmen einer Kurzzeitgabe (unter zwölf Monaten) von TNF α -Inhibitoren [15], während andere Studien ein erhöh-

Häufig	Neuaufreten oder Verschlechterung einer Psoriasis einschließlich pustulöser Formen einer Psoriasis (primär palmar/plantar), Urtikaria, Hautausschlag, Pruritus, Hyperhidrose, Hauttrockenheit, Pilzdermatitis, Ekzem, Alopezie.
Gelegentlich	Blasenbildung, Seborrhö, Rosacea, Hautpapillome, Hyperkeratose, Pigmentanomalie.
Selten	Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, Leukämie, Melanom, Zervixkarzinom. Toxisch epidermale Nekrolyse, Stevens-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Furunkulose, lineare blasenbildende IgA-Dermatose (LAD), akute generalisierte exanthematische Pustulose (AGEP), lichenoid Reaktionen.
Nicht bekannt	Hepatosplenale T-Zell-Lymphome (hauptsächlich bei Adoleszenten und jungen erwachsenen Männern mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa), Merkelzell-Karzinom Verschlimmerung der Symptome einer Dermatomyositis

Tab. 1: Auswahl über mögliche, fallrelevante Nebenwirkungen unter Infliximab-Therapie gemäß der Fachinformation betreffend: Gutartige, bösartige und unspezifische Neubildungen (einschließlich Zysten und Polypen) und Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes.

Der interessante Fall

tes Risiko erst in der Langzeitgabe (mehr als zwölf Monate) sehen [18]. Psoriasis-Patienten leiden allgemein unter einem erhöhten Risiko, an einem Hautkrebs zu erkranken [19]. Sicherlich haben Patienten, welche zusätzlich eine systemische Therapie mit monoklonalen Antikörpern oder Fototherapie erhalten, ein noch weiter erhöhtes Risiko [20]. Diese Studienlage basiert jedoch ausschließlich auf Patienten mit Psoriasis. Besonders bei dieser Patientenkohorte von Psoriasis-Patienten wird von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Hautkrebs unter der Therapie mit Infliximab ausgegangen. Daher sehen Leitlinien eine ausführliche Anamneseerhebung als essenziell. Bei erhöhtem familiären Risiko oder einer malignen Vorerkrankung sollte eine Therapie mit einem TNF α -Antagonisten nur mit besonderem Bedacht begonnen werden [21].

Anhand der derzeitigen Studienlage kann daher nicht mit Sicherheit ein Rück-

schluss auf ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von malignen Hauttumoren von Psoriasis-Patienten auf Patienten mit Colitis ulcerosa gezogen werden. In unserem vorgestellten Fall der jungen Patienten zeigt sich eine positive Familienanamnese für Hautkrebs. Einen entsprechenden Hinweis zur Risikoabwägung bei Patienten mit positiver Familienanamnese hinsichtlich maligner Hauterkrankungen und Colitis ulcerosa zur Infliximab-Therapie gibt es derzeit nicht. Die Studienlage zu spezifischen Risiken für die Entwicklung eines Hautkrebses unter Infliximab, besonders bei Colitis ulcerosa Patienten, ist derzeit gering.

Die Anforderungen an die Aufklärungspflicht über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie sind hoch. Das Risiko einer erhöhten Hautkrebsinzidenz bei längerfristiger Medikation und sinnvolle Präventivmaßnahmen wie verstärkter UV Schutz sollten hierbei berücksichtigt werden.

Zusammenfassung

Anhand der Kasuistik einer 30-jährigen Patientin mit einer Colitis ulcerosa wird das Auftreten eines Basalioms unter langjähriger Infliximab-Therapie beschrieben. Die Aufklärung hinsichtlich eines erhöhten Risikos für die Entwicklung eines Hautkrebses und präventive Maßnahmen sollten wie im vorliegenden Fall insbesondere bei Patienten mit positiver Familienanamnese vor Therapieeinleitung mit Infliximab erfolgen.

Clara Amini

E-Mail: clara.amini@hochtaunus-kliniken.de

Dr. med. Joachim Kallinowski
Prof. Dr. med. Henrik Menke

Klinik für Plastische, Ästhetische
und Handchirurgie
– Zentrum für Schwerbrandverletzte
Sana Klinikum Offenbach

Personalia

Foto: JLU, Rolf K. Wegst



Prof. Dr. med. Susanne Herold, Professorin an der Justus-Liebig-Universität Gießen für Infektionserkrankungen der Lunge und Abteilungsleiterin des Schwerpunkts Infektiologie des Universitätsklinikums Gießen, wird mit einer LOEWE-Spitzenprofessur ausgezeichnet und erhält vom Land Hessen in den nächsten fünf Jahren eine Förderung über drei Millionen Euro. Herold leitet die DFG-geförderte klinische Forschungsgruppe KFO309 zu Virus-verursachten Lungenschädigungen.

Foto: privat



Prof. Dr. med. Kyriakos Oikonomou ist neuer Chefarzt der Gefäß- und Endovascularchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt. Er tritt die Nachfolge von **Prof.**

Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen an, der im vergangenen Jahr nach 22-jähriger erfolgreicher Tätigkeit am Universitätskli-

nikum in den Ruhestand verabschiedet worden war. Oikonomou wechselt vom Universitätsklinikum Regensburg nach Frankfurt, wo er als stellvertretender Leiter der Abteilung für Gefäßchirurgie tätig war. Er ist unter anderem spezialisiert auf die Diagnose und Behandlung von Krankheitsbildern der Aorta, insbesondere den Einsatz von individuell angepassten Gefäßprothesen.

Prof. Dr. med. Salah-Eddin Al-Batran, Ärztlicher Direktor des Instituts für Klinisch-Onkologische Forschung am Krankenhaus Nordwest, ist von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebsstiftung für seine Beiträge zur Verbesserung der Behandlung von Magen- und Speiseröhrenkrebs mit dem Deutschen Krebspreis 2022 ausgezeichnet worden.

Die Chefärztin und Direktorin des Instituts für diagnostische & interventionelle Radio-

logie und Neuroradiologie **Prof. Dr. med. Dr. Stephanie Tritt** wird neue Stellv. Ärztliche Direktorin der Helios HSK Wiesbaden.



Foto: Helios HSK

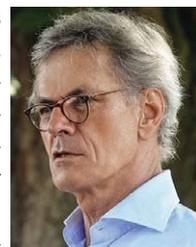
Weitere Aufgabe für Dr. Ernst Girth

Im Februar hat das Präsidium **Dr. med. Ernst Girth**, den langjährigen Menschenrechts- und Rassistmusbeauftragten der Landesärztekammer Hessen, mit der weiteren Aufgabe als Ansprechperson für Diskriminierung von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten beauftragt. Dieses Angebot fokussiert im engen Sinn auf Ärztinnen und Ärzten, im weiteren Sinn aber auf alle Betroffenen von rassistischen, gewalttätigen und diskriminierenden Vorfällen in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Foto: Krankenhaus Nordwest



Foto: privat



Literatur zum Artikel:

Eine seltene Komplikation bei einem häufig verordneten Medikament

Junge Patientin mit einem Basaliom unter Infliximab-Therapie

von Clara Amini, Dr. med. Joachim Kallinowski und Prof. Dr. med. Henrik Menke

- [1] Bressler, B., et al., Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. *Gastroenterology*, 2015. 148(5): p. 1035–1058 e3.
- [2] Biancone, L., et al., European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Special situations. *J Crohns Colitis*, 2008. 2(1): p. 63–92.
- [3] Loftus, E.V., Jr. and W.J. Sandborn, Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*, 2002. 31(1): p. 1–20.
- [4] Petrak, F., et al., Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases: psychosocial impact and coping styles in a national German sample. *Scand J Gastroenterol*, 2001. 36(4): p. 375–82.
- [5] Casati, J., et al., Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. *Dig Dis Sci*, 2000. 45(1): p. 26–31.
- [6] Stjernman, H., et al., Worries and concerns in a large unselected cohort of patients with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol*, 2010. 45(6): p. 696–706.
- [7] Authors and Collaborators, [Updated S3-Guideline Colitis ulcerosa. German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) – AWMF Registry 021/009]. *Z Gastroenterol*, 2018. 56(9): p. 1087–1169.
- [8] Peyrin-Biroulet, L., et al., Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target. *Am J Gastroenterol*, 2015. 110(9): p. 1324–38.
- [9] Hemperly, A. and N. Vande Casteele, Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Infliximab in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease. *Clin Pharmacokinet*, 2018. 57(8): p. 929–942.
- [10] Gupta, V. and V.K. Sharma, Skin typing: Fitzpatrick grading and others. *Clin Dermatol*, 2019. 37(5): p. 430–436.
- [11] Bakos, R.M., et al., Risk factors for early-onset basal cell carcinoma in a German institution. *Eur J Dermatol*, 2011. 21(5): p. 705–9.
- [12] Mansouri, B., et al., Mohs Micrographic Surgery for the Management of Cutaneous Malignancies. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2017. 25(3): p. 291–301.
- [13] Ilias, A., et al., Biosimilars in ulcerative colitis: When and for who? *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2018. 32–33: p. 35–42.
- [14] Cheifetz, A., et al., The incidence and management of infusion reactions to infliximab: a large center experience. *Am J Gastroenterol*, 2003. 98(6): p. 1315–24.
- [15] Dommasch, E.D., et al., The risk of infection and malignancy with tumor necrosis factor antagonists in adults with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol*, 2011. 64(6): p. 1035–50.
- [16] Dogra, S. and G. Khullar, Tumor necrosis factor-alpha antagonists: Side effects and their management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2013. 79 Suppl 7: p. S35–46.
- [17] Patel, R.V., et al., Treatments for psoriasis and the risk of malignancy. *J Am Acad Dermatol*, 2009. 60(6): p. 1001–17.
- [18] Fiorentino, D., et al., Risk of malignancy with systemic psoriasis treatment in the Psoriasis Longitudinal Assessment Registry. *J Am Acad Dermatol*, 2017. 77(5): p. 845–854 e5.
- [19] Chiesa Fuxench, Z.C., et al., The Risk of Cancer in Patients With Psoriasis: A Population-Based Cohort Study in the Health Improvement Network. *JAMA Dermatol*, 2016. 152(3): p. 282–90.
- [20] Pouplard, C., et al., Risk of cancer in psoriasis: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013. 27 Suppl 3: p. 36–46.
- [21] Smith, C.H., et al., British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2017. *Br J Dermatol*, 2017. 177(3): p. 628–636.

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

EKG-Refresher **Mi., 28. September 2022** **10 P**

Leitung: Prof. Dr. med. B. Kaess, Wiesbaden

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Teile 5 + 6: **Mi., 28. September 2022** **5 P**

Gesamtleitung: Dr. med. Michael Eckhard, Gießen

Gebühr: 80 € (Akademiestudenten 72 €)

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: **Mi., 04. Mai 2022** **6 P**

FOBI: **Mi., 22. Juni 2022** **6 P**

FOBI: **Mi., 13. Juli 2022** **6 P**

Leitung: Dr. med. A. Rauch

Gebühr: je 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Weitere Termine unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen>

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

Psychotherapie

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Mi., 11. Mai 2022 **6 P**

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

Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)

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

Hessischer Medizinrechtstag

In Kooperation mit der Justus-Liebig Universität Gießen.

Sa, 07. Mai 2022

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. jur. A. Dettmeyer,
Gießen

PD Dr. med. M. Gruß, Hanau

Prof. Dr. jur. B. Kretschmer, Gießen

Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)

Ort: **Gießen**, Justus-Liebig-Universität

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

46. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022 **50 P**

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

Gebühr: 770 € (Akademiestudenten 693 €)

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 03.–Sa. 05. November 2022

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

Gebühr: 540 € (Akademiestudenten 486 €)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt Kassel

Sa., 05. November 2022

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

Gebühr: 320 € (Akademiestudenten 288 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher **Sa., 17. September 2022**

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Niedergelassene Praxen
Sa., 15. Oktober 2022 8 P

Telelernphase: 07.–30.09.2022

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

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Impfkurs **Sa. 15. Oktober 2022** 9 P

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

Gebühr: 240 € (Akademiestudenten 216 €)

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

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen
Mi., 28. September 2022

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

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ –
Hämatologie und Gastroenterologie**
Mi., 22. Juni 2022

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt

Gebühr: 80 € (Akademiestudenten kostenfrei)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: **Sa., 08. Oktober 2022**

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I–III **Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022**

Gebühr: 330 € (Akademiestudenten 297 €)

Modul IV **Fr., 15.–Sa., 16. Juli 2022**

Gebühr: 330 € (Akademiestudenten 297 €)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt

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

Ethik

Curriculum „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ (AEM)
Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

Refresher: **Mi., 13. Juni 2022**

Gebühr: 250 € (Akademiestudenten 225 €)

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

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Grundkurs Schwangerschaftskonfliktberatung
Fr., 08.–Sa., 09. Juli 2022

Leitung: Dr. med. A. Valet, Herborn

Gebühr: 400 € (Akademiestudenten 360 €)

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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt
Kriseninterventionsseminar: Mi, 04. Mai oder Mi, 06. Juli 2022
Gebühr: je 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Qualitätsmanagement

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen und der Ärztekammer des Saarlandes.

Ärztliches Peer-Review in der Intensivmedizin
Do., 02.–Fr., 03. Juni 2022

Telelernphase: 05.05.–01.06.2022

Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda

Gebühr: 390 € (Akademiestudenten 351 €)

Ort: **Frankfurt**, Hanauer Landstraße 152

max. Teilnehmerzahl: 16

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

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot
Refresher

Di., 14. Juni 2022 (Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 160 € (Akademiestmitgl. 144 €)
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

Mi., 22. September 2022, Mi., 29. September 2022,
Mi., 06. Oktober 2022, Mi., 13. Oktober 2022

(nur gemeinsam buchbar)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: 200 € (Akademiestmitglieder 180 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS): Modul 1 – ABS-Beauftragter
Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022 **40 P**

Leitung: Prof. Dr. med. Volkhard Kempf,
Dr. med. Johanna Kessel,
Prof. Dr. med. Christoph Stephan,
Prof. Dr. med. Thomas A. Wichelhaus,
PD Dr. med. Michael Hogardt,
Frankfurt

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.

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

Ultraschall

Gefäße

Doppler-Duplex-Sonographie

der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Aufbaukurs: Do., 23.–Sa., 25. Juni 2022
Gebühr: 600 € (Akademiestmitglieder 540 €)
Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Theoretischer Teil: Sa. 08. Oktober 2022
Gebühr: 500 € (Akademiestmitglieder 450 €)
Praktischer Teil: in Planung
Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Ultraschall Modul Schilddrüse I

Sa., 11. Juni 2022
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Gebühr: 310 € (Akademiestmitglieder 279 €)

Ultraschall-Trainingstag

Sa., 14. Mai 2022
Leitung: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
Gebühr: 310 € (Akademiestmitglieder 279 €)
Weitere Kurse in Planung; bitte beachten Sie die Hinweise
unter www.akademie-laekh.de.
Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

Sa., 21. Mai 2022 (Live-Online-Veranstaltung)
Gebühr: 220 € (Akademiestmitglied 198 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Grundkurs

Theorie: Fr., 24.–Sa., 25. Juni 2022
Praktikum: Auswahltermine auf Anfrage
Gebühr: 440 € (Akademiestmitgl. 396 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 09.–Sa., 10. September 2022
Praktikum: Termin auf Anfrage
Gebühr: 420 € (Akademiestmitgl. 378 €)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. N. Naguib, Halberstadt

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Teil 1: Fr., 17.–Sa., 18. Februar 2023 und
Teil 2: Fr., 10.–Sa., 11. März 2023
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.
Gebühr: 720 € (Akademiestmitglieder 648 €)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

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

Grundkurs:

Modul I: Do., 05.–Sa., 07. Mai 2022

Telelernphase: 05.04.–07.05.2022

Modul II: Do., 12.–Sa., 14. Mai 2022

Telelernphase: 12.04.–14.05.2022

Modul III: Do., 30. Juni–Sa., 02. Juli 2022

Telelernphase: 31.05.–02.07.2022

Modul IV: Do., 14.–Sa., 16. Juli 2022

Telelernphase: 14.06.–16.07.2022

Gebühren: je 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

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

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

Repetitorium Neurologie

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

Modul IV Fr., 27.–Sa., 28. Mai 2022

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

Gebühr: je 210 € (Akademiestudenten 189 €)

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

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul II Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022 40 P

Leitung: M.-S. Jost, Eschwege

Kurs-Weiterbildung Di., 19.–Sa., 23. Juli 2022 40 P

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden

Gebühren: je 870 € (Akademiestudenten 783 €)

Fallseminar Modul III Mo., 21.–Fr., 25. November 2022 40 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 980 € (Akademiestudenten 882 €)

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A: Di., 17.–Mi., 18. Mai 2022

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

Gebühr: 380 € (Akademiestudenten 342 €)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Di., 07.–Sa., 11. Juni 2022

Gebühren: 610 € (Akademiestudenten 549 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14.–Sa., 19. November 2022

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell

Gebühr ges.: 770 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 693 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 180 €)

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 09.–Sa., 12. November 2022

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.

H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

28. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

Block III:	Fr., 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: je Block 310 €
(Akademiestudenten 279 €)

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

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G7-G8	Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022
G9-G10	Fr., 23.–Sa., 24. September 2022
G11-G12	Fr., 14.–Sa., 15. Oktober 2022
G13-G14	Fr., 18.–Sa., 19. November 2022
G15	Sa., 17. Dezember 2022

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP	Fr., 23.–Sa., 24. September 2022
GP	Fr., 14.–Sa., 15. Oktober 2022
GP	Fr., 18.–Sa., 19. November 2022
GP	Fr., 02.–Sa., 03. Dezember 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

Arbeitsmedizin

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

Modul 5 **Sa., 09. September 2022**
Mo., 12.–Fr. 16. September 2022
Beginn der Telearnphase: 11.08.2022

Modul 4 **Sa., 22. Oktober 2022**
Mo., 31. Oktober–
Fr. 04. November 2022
Beginn der Telearnphase: 22.09.2022

Gebühr: je 930 € (Akademiestudenten 837 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul I: **Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022**

Modul II: **Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022**

Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren: je Modul 550 €
(Akademiestudenten 495 €)

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block IIb: **Mi., 22.–Sa., 25. Juni 2022** **32 P**

Die Blöcke IIa und IIb können nur gemeinsam gebucht werden.

Block IIIa: **Di., 13.–Fr., 16. September 2022**

Gebühren: je 770 € (Akademiestudenten 693 €)
Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

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

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

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

Repetitorium Radiologie

Mo., 12.–Sa., 17. September 2022

Gesamtleitung: Dr. med. S. Trittmacher
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul III **Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022** **20 P**

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
 Dr. med. S. Moreau, Frankfurt

Modul IV **Fr., 16.–Sa., 17. September 2022** **20 P**

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühren: je Modul: 390 € (Akamitgl. 351 €)

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

Sportmedizin

Modul 9: **Mo., 19.–Di., 20. September 2022**

Modul 1: **Mi., 21.–Do., 22. September 2022**

Modul 8: **Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**

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

Gebühren: je 330 € (Akademiemitgl. 297 €)

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

Ernährungsmedizin

Teil 1 – Modul 1: **Fr., 06.–Sa., 07. Mai 2022**

Teil 2 – Modul 2 + 4: **Do., 09.–Sa., 11. Juni 2022**

Teil 3 – Modul 3: **Fr., 08.–Sa., 09. Juli 2022**

Zwischenprüfung: **Mi., 07. September 2022**

Teil 4 – Modul 5a: **Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**

Teil 5 – Modul 5b: **Do., 06.–Sa., 08. Oktober 2022**

Teil 6 – Modul 5c: **Fr., 04.–Sa., 05. November 2022**

Abschlussprüfung: **Mi., 16. November 2022**

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

Gebühren: Teil 1: 270 € (Akamitgl. 243 €)
 Teil 2: 490 € (Akamitgl. 441 €)
 Teil 3: 350 € (Akamitgl. 315 €)
 Teil 4+5+6: 1.100 € (Akamitgl. 990 €)

Auskunft/Anmeldung: D. Fricke, Fon: 06032 782-225,
 E-Mail: dietmar.fricke@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:
 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

Weitere Informationen zu den nachfolgend aufgeführten Prüfungsvorbereitungskursen für die Sommerprüfung 2022 finden Sie auf unserer Website.

- **Abrechnung: EBM (PVK 1)**
- **Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)**
- **Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)**
- **Medizinische Fachkunde (PVK 4)**
- **Wundversorgung (PVK 5)**
- **Punktionen und Labor (PVK 6)**
- **Diagnostik und Notfallmaßnahmen (PVK 7)**
- **Betriebsorganisation und Verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde (PVK 8)**

Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, 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. Der theoretische und praktische Unterricht beinhaltet:

- Neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung
- Neurologische und Psychiatrische Symptomlehre, Notfallmanagement
- Neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung
- Psychiatrische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung sowie ein
- Praktikum (24 Stunden)

Termin NP: ab Freitag, 10.06.2022

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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 zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmenden selbstständig erarbeitet werden. Die Teilnahme an der achtstündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine IMP: 22.07.–23.07.2022 und 05.08.–06.08.2022

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Kardiologie (KAR) 120 Stunden*

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

Termin KAR: Interessentenliste

Gebühr: 1.300€ zzgl. Lernerfolgskontrolle

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

* Zusätzlich zu belegende Fortbildungen

Bei den mit * gekennzeichneten Fortbildungen sind zusätzlich die Themen:

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

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

Gebühr: 105 € je Fortbildung

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_2: Fr., 24.06.2022, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 105 €

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

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

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

Termin: PAT 2_2: Sa., 25.06.2022, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 105 €

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



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

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 49 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termine: STR A 1_2: Mi., 15.06.2022, 08:30–17:00 Uhr oder
STR A 1_3: Sa., 10.09.2022, 08:30–17:00 Uhr

Zeit: jeweils von 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: 125 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Durchführung der Ausbildung (FAW 3_2z)

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit den Arzt/die Ärztin unterstützen und entlasten.

Termin 22_FAW 3_2z: Mo., 25.07.–Fr., 29.07.2022

Gebühr: 530 €

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

Qualitätsmanagement (FAW 3_3z)

Die 40-stündige Fortbildung führt zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten, die zur Übernahme der Aufgaben eines/einer Qualitätsmanagementbeauftragten befähigen.

Termin 22_FAW 3_3z: Fr., 09.09.–Sa., 10.09.2022 und
Do., 29.09.–Fr. 30.09.2022

Gebühr: 530 €

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

Telefongespräche mit herausfordernden Patienten (PAT 4)

Inhalte: Professionelle Telefonkommunikation, Kommunikationstechniken, Tipps zum Thema Stimme und Sprache, Positive Gesprächsführung in herausfordernden Situationen, Souveränes Handhaben von Konflikt- und Beschwerdetelefonaten, Innere Haltung als Ressource erkennen/nutzen.

Termin PAT 4: Mi., 13.07.2022, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Injektionen/Infusionen (MED 3)

Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

Termin MED 3: Sa. 16.07.2022, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

EBM – Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11)

Inhalte: Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger/-innen und Wiedereinsteiger/-innen in den Beruf sowie an Mitarbeiter/-innen in der ärztlichen Praxis, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist.

Termin PAT 11: Sa., 25.06.2022, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens „Ärztliches Abrechnungswesen“ (PAT 12)

Inhalte: Idealerweise haben Sie an dem Einführungskurs „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen“ teilgenommen und wollen nun „tiefer“ in die vertragsärztliche Abrechnung mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einsteigen bzw. Sie verfügen bereits über Grundkenntnisse, kennen den Aufbau des EBM und haben die Systematik des EBM verstanden.

Termin PAT 12: Sa., 23.07.2022, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung

Modulprüfung 1a	Anmeldeschluss
Do., 28.07.2022	07.07.2022
Modulprüfung 1b	Anmeldeschluss
Do., 07.07.2022	16.06.2022
Do., 17.11.2022	27.10.2022
Do., 02.02.2023	12.01.2023

Praktisch-mündliche Prüfung

Fr., 08.07.–Sa., 09.07.2022

Fr., 18.11.–Sa., 19.11.2022

Abgeordnete zum 126. Deutschen Ärztetag

vom 24.–27. Mai 2022 in Bremen

Die Delegiertenversammlung hat am 26. März 2022 beschlossen, folgende Abgeordnete zum 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen und zu ggf. vor dem 126. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetage zu entsenden:

	Abgeordnete	Ersatzabgeordnete
Liste 1	ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/innen, Hausärzte/innen, angestellte Ärzte/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Ärzte/innen im Ruhestand) 1) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt	2) Christiane Hoppe, Frankfurt
Liste 2	Fachärztinnen und Fachärzte Hessen 1) Dr. med. Adelheid Rauch, Limburg 2) Dr. med. Wolf Andreas Fach, Bruchköbel 3) Dr. med. Klaus Doubek, Wiesbaden 4) Dr. med. Heike Rastrup, Oberursel 5) Dirk Paulukat, Bad Camberg	6) Dr. med. Christine Hidas, Darmstadt 7) Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf 8) Dr. med. Cornelius Weiß, Groß-Gerau 9) Dr. med. Susan Trittmacher, Frankfurt 10) Dr. med. Michael Repschläger, Herborn
Liste 3	Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte 1) Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci, Frankfurt 2) Anne Kandler, Kassel 3) Jan Henniger, Frankfurt 4) Dr. med. Lars Bodammer, Frankfurt 5) Yvonne Jäger, Niederdorfelden 6) Dr. med. Susanne Johna, Kiedrich	7) Dr. med. H. Christian Piper, Wiesbaden 8) Dr. med. Christian Schwark, Frankfurt 9) Dr. med. Jörg Focke, Bad Nauheim 10) PD Dr. med. Andreas Scholz, Gießen 11) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg 12) Dr. med. Matthias Moreth, Eschborn
Liste 4	Liste Ältere Ärzte 1) Dr. med. Hansjoachim Stürmer, Freigericht	2) Dr. med. Gabriel Nick, Braunfels
Liste 6	LDÄÄ (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte) 1) Dr. med. Bernhard Winter, Frankfurt 2) Pierre Frevert, Frankfurt	3) Dr. med. Barbara Jäger, Frankfurt 4) Dr. med. Christof Stork, Wiesbaden
Liste 9	Die Hausärzte 1) Michael Andor, Groß-Gerau 2) Jutta Willert-Jacob, Wetter	3) Dr. med. Egbert Reichwein, Villmar 4) Dr. med. Christoph Claus, Grebenstein

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, behält sich Kürzungen jedoch vor. E-Mails bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an: HÄBL, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.



Einladung

153. Bad Nauheimer Gespräch

Mittwoch, 22. Juni 2022, 19–21 Uhr
Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, Frankfurt/M.

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Klimawandel: Was sagen die Daten? Was ist zu tun?

Unser Klima verändert sich. Was sagen die Daten zu natürlichen und menschengemachten Einflussfaktoren? Wo gibt es Kenntnislücken? Wie sicher sind die Prognosen? Wie dringlich sind Politik und Gesellschaft zum Handeln aufgerufen, um eine absehbar katastrophale Entwicklung zu stoppen, zumindest zu mindern? Und wie ist diese Herausforderung am besten zu bewältigen – auf allen Ebenen? Hierüber diskutieren mit Ihnen:



Foto: privat/Günter Schwering

Prof. Dr. rer. nat. Fritz Vahrenholt
Chemiker, Hochschullehrer, Autor



Foto: Katharina Dubno

Stadträtin Rosemarie Heilig
Dezernentin für Klima, Umwelt und Frauen,
Stadt Frankfurt am Main

Prof. Fritz Vahrenholt wird die Datenlage zur bisherigen Entwicklung des Klimas und seine Einflussfaktoren darlegen, Kenntnislücken benennen und Perspektiven für die Zukunft aufzeigen. Frau Stadträtin Rosemarie Heilig wird die Herausforderungen einer nachhaltigen Klima- und Umweltpolitik am Beispiel der Stadt Frankfurt am Main vorstellen.

Anmeldung und Information unter:
info@Bad-Nauheimer-Gespraech.de

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potenzielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten werden offengelegt. Die Veranstaltung ist mit drei Punkten zertifiziert.

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt a. M. (Ostend)
info@bad-nauheimer-gespraech.de

Telefon: (069) 766350
Telefax: (069) 766350
www.bad-nauheimer-gespraech.de



Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60067245 ausgestellt am 11.08.2020 für Dr. med.

Dagmar Baumüller, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60060192 ausgestellt am 18.07.2019 für Dr. med.

Bernhard Knupp, Kassel

Arztausweis-Nr. 60059567 ausgestellt am 04.06.2019 für Dr. med.

Sieglinde Meyer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60051301 ausgestellt am 06.12.2017 für Ihsan Obut,

Dietzenbach

Arztausweis-Nr. 60135405 ausgestellt am 18.10.2021 für

Stephan Schließmann, Seligenstadt

Arztausweis-Nr. 60064923 ausgestellt am 02.04.2020 für Oliver Vogelbusch,

Gießen

Arztausweis-Nr. 60048762 ausgestellt am 06.06.2017 für Günther von Ameln,

Geisenheim

Arztausweis-Nr. 60150688 ausgestellt am 06.12.2021 für Christian Weber,

Buseck

Bezirksärztekammer Darmstadt

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Checkliste

Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten: Die komplette Checkliste kann im Internet unter:

<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/berufsausbildungsvertrag-und-vorschriften/> abgerufen werden.

Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



Bezirksärztekammer Kassel

41. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit vom 3. bis 10. Juli 2022 an der Algarve

Die nächsten Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, international bekannt als Medigames, finden vom 3. bis 10. Juli 2022 im Süden Portugals statt. Parallel dazu bietet der internationale Kongress für Sportmedizin einen Erfahrungsaustausch unter Kolleginnen und Kollegen aus aller Welt.

Ursprünglich waren die 41. Medigames für 2020 und dann 2021 am gleichen Ort geplant, mussten aber wegen der Coronakrise zweimal verschoben werden. Portugal weist eine Covid-19-Impfquote von über 93 % auf und gilt damit als sicherer Austragungsort.

Seit über 40 Jahren reisen jedes Jahr rund 2.000 sportliche Ärztinnen und Ärzte sowie Kolleginnen und Kollegen aus dem gesamten Gesundheitswesen – Praxis und Verwaltung – mit Freunden und Familien für eine Woche zum jeweils wechselnden Austragungsort. Sie kommen aus über 40 Ländern.

Teilnehmen können Medizinerinnen und Mediziner sowie Kollegen aus Praxis und Verwaltung. Studierende und Auszubildende erhalten Sonderkonditionen. Ein Gesundheitsattest und Berufsnachweis sind Voraussetzungen.

Alle Vorträge des Kongresses für Sportmedizin werden auf Englisch und Französisch angeboten. Ein „Posting-Raum“ wird ebenfalls zur Verfügung stehen, in dem Teilnehmer ihre Forschungsergebnisse vorstellen können. Abgabedatum für Konferenzbeiträge ist der 15. Mai 2022. Offizieller Anmeldeschluss zur Sportweltspiele-Teilnahme ist der 15. Juni 2022

Die bisher jährlich tourenierende Sportveranstaltung wird seit 1995 von der Corporate Sport Organisation (Frankreich) organisiert. Die Teilnahmeinformationen finden sich im Internet unter www.sportweltspiele.de.

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © bittedankeschön – stock.adobe.com

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufs-jubiläum:

Fachärzte für Obdachlosenhilfe gesucht

Ein Team von haupt- und ehrenamtlichen Ärztinnen und Ärzten leistet in der Elisabeth-Straßenambulanz (ESA) für kranke Menschen ohne festen Wohnsitz eine medizinische Basisversorgung. Über 66 % der Patientinnen und Patienten verfügen zum Behandlungszeitpunkt über keinen nachweislichen Versicherungsschutz. Gelegentlich bedarf es fachärztlicher Kompetenz, die im Team nicht vorhanden ist. Die ESA ist daher Facharztkolleginnen und -kollegen aus dem Vertragsarztbereich sehr dankbar, die zur Übernahme einer ehrenamtlichen Behandlung bereit sind. Dafür werden niedergelassene Kolleginnen und Kollegen aller Fach-

richtungen, insbesondere Chirurgie, Urologie, Radiologie, Gynäkologie und Dermatologie, gesucht, die im Einzelfall auf Zuweisung einen wohnsitzlosen Menschen behandeln. Eine Zuwendungsbestätigung kann auf Wunsch gerne ausgestellt werden. Gerne stellt das Team um die Leiterin der Einrichtung Dr. med. Maria Goetzens seine Arbeit und das Verfahren der „Aufwandsspende“ in einem persönlichen Gespräch vor.

Elisabeth-Straßenambulanz
im Caritasverband Frankfurt
Klingerstraße 8, 60313 Frankfurt
Fon: 069 29822990, E-Mail: elisabethstrassenambulanz@caritas-frankfurt.de

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat am 26. März 2022 folgende Satzung beschlossen:

Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“¹

Präambel

Gemäß § 7 Abs. 1 Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I 2010, 646), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. September 2018 (GVBl. S. 580) i.V.m. § 17 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 a) Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG-VO) vom 3. Januar 2011 (GVBl. I 2011, 13) zuletzt geändert durch Verordnung vom 10. Dezember 2019 (GVBl. S. 395) ist für die Bestellung eines Leitenden Notarztes eine entsprechende Bescheinigung der Landesärztekammer Hessen erforderlich.

Der Leitende Notarzt übernimmt Leitungsaufgaben im medizinischen Bereich beim Massenansturm Verletzter und Erkrankter sowie bei außergewöhnlichen Notfällen und Gefahrenlagen. Er hat alle medizinischen Maßnahmen am Schadensort zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen.

Mit der Satzung zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ soll eine qualifizierte Ausbildung von Leitenden Notärzten sichergestellt werden.

§ 1 Fachliche Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Erteilung der Qualifikation Leitender Notarzt sind:

- 1) der Nachweis der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin,
- 2) der Nachweis einer mindestens dreijährigen ärztlichen Tätigkeit im Rettungsdienst als Notarzt.
- 3) Die Facharztanerkennung für ein Gebiet mit Tätigkeit in der Intensivmedizin. Diese kann ersetzt werden durch

eine gleichwertige klinische Weiterbildung, d. h. mindestens vier Jahre anrechnungsfähige Weiterbildungszeiten, davon mindestens sechs Monate intensivmedizinische Weiterbildung.

- 4) Der Nachweis der Dienstpläne über die Notarztwagen-Einsätze der letzten sechs Monate in dem in Aussicht gestellten Einsatzbereich als Leitender Notarzt.
- 5) Die Absolvierung eines von der Landesärztekammer Hessen durchgeführten Seminars Leitender Notarzt bzw. vollständige Teilnahme an einem durch die Landesärztekammer Hessen anerkannten gleichwertigen Seminar bzw. Kurs Leitender Notarzt.

§ 2 Seminar Leitender Notarzt

- 1) Zur Teilnahme am Seminar Leitender Notarzt darf nur zugelassen werden, wer die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1–4 erfüllt.
- 2) Die Bildungsinhalte des Seminars Leitender Notarzt der Landesärztekammer Hessen sind in den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Leitender Notarzt in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.
- 3) Am Ende des Seminars stellt die Landesärztekammer Hessen dem Seminarteilnehmer eine Urkunde über die Qualifikation Leitender Notarzt aus.

§ 3 Anerkennung der Qualifikation

Leitender Notarzt anderer Ärztekammern

Die im übrigen Geltungsbereich der Bundesärztekammer erteilte Anerkennung der Qualifikation „Leitender Notarzt“ gilt auch in Hessen unter der Voraussetzung, dass sie den fachlichen Anforderungen gemäß § 1 entspricht

§ 4 Zertifizierung von Seminaren Leitender Notarzt

Der Antrag auf Zertifizierung von Seminaren zum Leitenden Notarzt muss vor seiner Durchführung in der Abteilung Ärztliche Weiterbildung gestellt werden. Eine nachträgliche Zertifizierung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

§ 5 Allgemeine Übergangsbestimmungen

Die nach dem bisher gültigen Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen „Anforderungen zum Erwerb der Qualifikation Leitender Notarzt“ vom 24. April 1999 zuletzt geändert durch Beschluss der Delegiertenversammlung vom 16. September 2020, erworbene Qualifikation Leitender Notarzt kann auf Antrag durch eine zeitlich unbefristete Qualifikation ersetzt werden.

Eine unbefristete Bescheinigung über die Qualifikation Leitender Notarzt erhält jedoch nur derjenige, dessen Urkunde das Ausstellungsjahr 2017 oder jünger trägt, bzw. wer seine Qualifikation durch Besuch eines Wiederholungsseminars Leitender Notarzt aktuell verlängert hat.

Der Antrag auf Erteilung einer unbefristeten Bescheinigung über die Qualifikation Leitender Notarzt kann nur bis zum 1. Mai 2025 gestellt werden.

§ 6 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Mai 2022 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen „Anforderungen zum Erwerb der Qualifikation Leitender Notarzt“ vom 24. April 1999, zuletzt geändert durch Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 16. September 2020, außer Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 12. April 2022



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

¹ Genderneutrale Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form verwendet. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

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 Siepmann, 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;
Jürgen Juncker, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhojay

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: Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,
E-Mail: schwarz@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. 8, gültig ab 01.01.2022

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2021:
Druckauflage: 38.717 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.452 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.

83. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln