

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 10 | 2021
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang



Adipositas permagna

Fotos: © Dmitry Lobanov – stock.adobe.com

Carl-Oelemann-Schule
Überbetriebliche Ausbildung
(ÜA) mit einem umfassenden
E-Learning-Lehrgang
modernisiert

Projekt „Envision“
Interview über den Einsatz
künstlicher Intelligenz
für die Behandlung von
Covid-19-Patienten

Der Landespflegerat Hessen
Interessen, Organisation und
Struktur der Pflege – ein Ge-
spräch über die Notwendigkeit
einer Pflegekammer

Narrative und Angst statt Erfahrung und Evidenz

Coronapolitik auf dem Rücken der Kinder und Jugendlichen

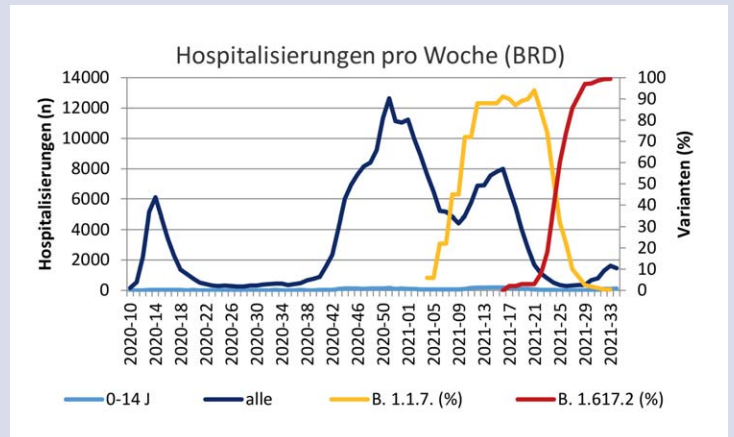
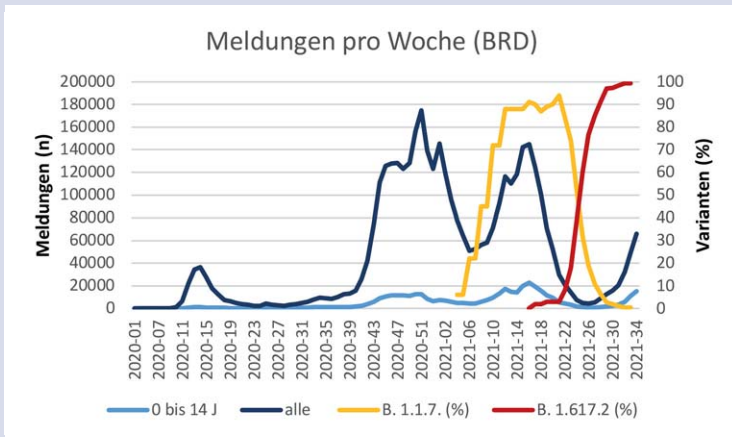


Abb. 1: SARS-CoV-2: Meldungen und Hospitalisierungen pro Woche in der Gesamtbevölkerung und bei Kindern bis 14 Jahren – im Vergleich mit dem Anteil besorgniserregender Varianten (Alpha B.1.1.7. und Delta B.1.617.2) pro Meldewoche. Daten: RKI

Schulen als Corona-Hotspots, Kinder als Pandemietreiber, die SARS-CoV-2 aus der Schule in die Familien tragen und ältere Familienmitglieder infizieren, die daran sterben können, und jetzt die hochgefährliche Delta-Variante des SARS-CoV-2. Das sind die Narrative, die Angst schüren (sollen?). Was aber ist die Evidenz?

Narrative versus Evidenz

Hochgefährliche Delta-Variante?

Abb. 1 zeigt, basierend auf den Daten des Robert Koch-Instituts (RKI), die Meldungen und Hospitalisierungen der 0–14-Jährigen und der Gesamtbevölkerung in Deutschland pro Woche – im Vergleich mit der Zu- und Abnahme der variants of concern (VOC). Die Zunahme der Delta-Variante ist bisher mit einer Steigerung der Meldungen, aber nicht der Hospitalisierungen assoziiert [1]¹ – ebenso wie in England [2]. Dies ist sehr wahrscheinlich auf die zunehmende Zahl geimpfter Personen zurückzuführen. Bei den Kindern verläuft – wie bei den vorherigen Wellen auch – die Hospitalisierungsraten eng assoziiert mit der Melderate, eine höhere Pathogenität der Delta-Variante (Indikator Hospitalisierung) ist bislang nicht erkennbar (Abb. 2).

Kinder sind Treiber der Pandemie?

In Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, folgte der Anstieg der gemeldeten SARS-CoV-2-Infektionen bei Kindern dem der (jüngeren) Erwachsenen, er ging ihr nicht voraus [3–7]. Kinder nehmen am Infektionsgeschehen teil, treiben es aber nicht.

Kinder können Familienmitglieder mit SARS-CoV-2 leicht infizieren?

Haushaltsstudien zeigen, dass in den Familien die Kinder in den meisten Fällen von Erwachsenen infiziert werden, nicht umgekehrt [8–11].

Kinder sind ein Risiko für ältere, vulnerable Familienmitglieder?

Über 70-jährige Schweden, die mit Berufstätigen (< 65 J) zusammenwohnten, hatten ein signifikant erhöhtes Mortalitätsrisiko, während das Zusammenleben mit < 16-Jährigen nicht mit einer höheren Mortalität der Älteren verbunden war – obwohl die Kinder/Jugendlichen die normal offenen Schulen besuchten [12].

Schulen sind SARS-CoV-2-Hotspots?

Transmissionen in Schulen sind selten und praktisch ohne schwer Erkrankte [3, 7, 13–18]. Bei standardisierten, longitudinalen Testungen war die Prävalenz in Schulen stets geringer als in der Region [19, 20].

Evidenzbasierte Forderungen

Schulen sind keine Risikobereiche.

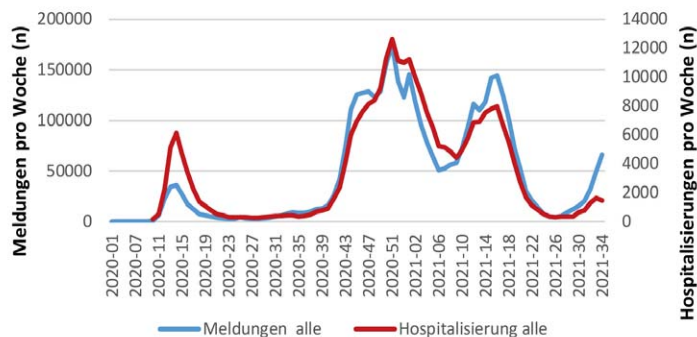
Wir erneuern unsere Forderungen für einen normalen Schulbetrieb, zur Abkehr von dem Test-, Überwachungs- und Regelungswahn, zum Verzicht auf Isolierungs- und Quarantänisierungsmaßnahmen aufgrund teilweise fragwürdiger Tests [21, 22].

Eine anlasslose Testpflicht für Schüler ist nicht sinnvoll.

Im Rahmen der Antigen-Testpflicht für Schüler in Deutschland wurden bei Millionen von Tests in Hessen zwischen 0,003 und 0,06 % der Schüler und 0,04 % Lehrer und 0,00–0,06 % der Kinder respektive Erzieher in Kitas positiv auf SARS-CoV-2 getestet [23–27]. Je niedriger die 7-Tage-Inzidenz, desto höher ist der Anteil der „falsch positiven“ Antigen-Tests (Abb. 3). Bei Abschätzung der Analyse-Kosten nach Corona-Testverordnung [28] ergeben sich in den Studien bis ca. 350.000 € pro einem positiv getesteten Fall (Tab. 1) – obwohl es sich in der Regel um asymptomatisch Infizierte bzw. nur leicht Erkrankte handelt, die wiederum nur selten weitere Personen infizieren.

¹ Limitationen: Daten sind beeinflusst durch das Testregime (z. B. Pflichttestungen bei Schülern, Testungen von Reiserückkehrern, Urlaubszeit etc.) und die Impfquote. Hospitalisierungen auf Basis der Meldedaten sind möglicherweise untererfasst.

Meldungen und Hospitalisierungen in der Gesamtbevölkerung (BRD)



Meldungen und Hospitalisierungen bei Kindern bis 14 Jahre (BRD)

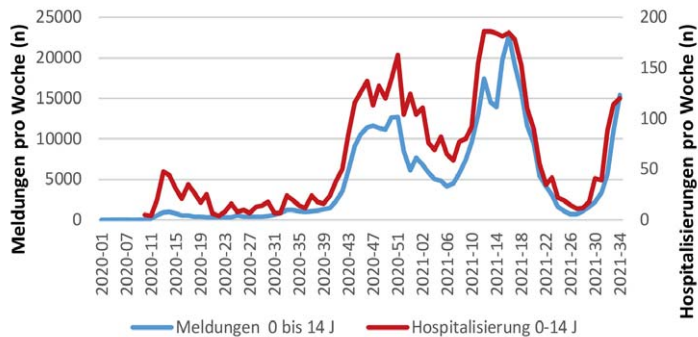


Abb. 2: Meldungen und Hospitalisierungen in der Gesamtbevölkerung und bei Kindern bis 14 Jahren in Deutschland, nach [1].

Routine-Quarantänisierungen von Kontaktpersonen in Schulen sind zumeist überflüssig.

Statt der vom RKI erneut geforderten Quarantänisierung enger Kontaktpersonen (KP) und ggf. ganzer Klassen/Gruppen [29] gibt es evidenzbasierte Möglichkeiten:

- Frankfurter Weg: keine Quarantäne, sondern Maskenpflicht für enge KP und PCR-Testung nach 5–7 Tagen; nur 2 % der KP wurden positiv getestet, es kam nicht zu Ausbrüchen [7, 26].
- Englischer Weg: keine Quarantäne, sondern Präsenzunterricht bei tägl. Antigentestung der KP über 7 Tage; Transmissionsrate 2 %; keine sign. Unterschiede zur Quarantänisierung [30].

Auch ein völliger Verzicht auf Quarantänisierungsmaßnahmen erscheint angesichts der o. g. Datenlage angemessen, auch weil die sog. vulnerablen Gruppen sowie alle Schul- und Kita-Mitarbeiter die Möglichkeit zur Impfung haben und dadurch weniger SARS-CoV-2-Einträge und -Transmissionen in Schulen zu erwarten sind. Angesichts der o. g. Evidenz und der negativen Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeit, Gesundheit und Lebensqualität der Kinder [31–36] darf es trotz sich anbahnender vierter Welle keinesfalls weiter zu Einschränkungen des Schul- und Kita-Betriebs kommen.

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

Anteil nicht durch PCR-Test bestätigter positiver Antigen-Tests in Abhängigkeit von der 7-Tages-Inzidenz

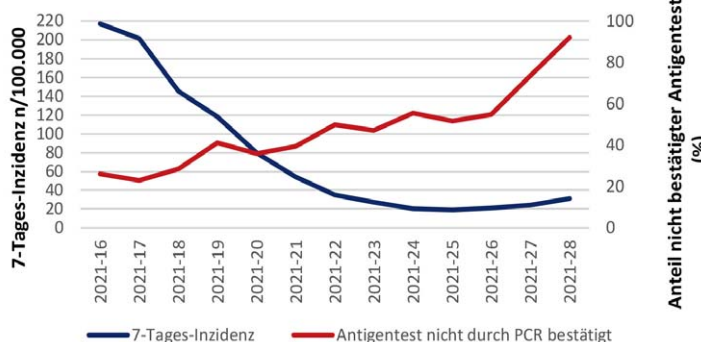


Abb. 3: Anteil nicht durch PCR-Tests bestätigter positiver Antigentests bei den Pflicht-Testungen in Schulen in Frankfurt am Main – in Abhängigkeit von der lokalen 7-Tages-„Inzidenz“.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

ehem. Stellv. Leiterin des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk

ehem. Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Tab. 1: Antigen- und PCR-Testungen in Kindergärten und Schulen in Hessen 2020–2021

	Hessen, KiGa-Kinder und Betreuer [23–24]			Hessen, Lehrer [25]	Frankfurt, Schüler [26]	Hessen, Schüler [27]	Hessen, Schüler [37]	Hessen, Lehrer [37]
Untersuchungszeit	KW 25–37/2020	KW 3 –6/2021	KW 20–23/2021	Herbst 2020	KW 18–28/2021	KW 27/2021	KW 35/2021	KW 35/2021
Regionale Inzidenz zur Untersuchungszeit	3–19/100.000	115–58/100.000	77–21/100.000	12–267/100.000	186–8/100.000	10/100.000	123/100.000	123/100.000
Testverfahren	PCR	PCR	PCR	Antigen	Antigen	Antigen	Antigen	Antigen
Anzahl Tests (n)	7.366 *	5.019	2.964	11.385	ca. 850.000	ca. 1.100.000	ca. 1.450.000	ca. 64.000
pos. Antigen-Tests (n)	entf.	entf.	entf.	21	796	146	1.300	53
pos. PCR-Tests (n)	2 Erw.	3 Kinder	0	5	488	34	725	14
Positive Fälle pro Test (%)	0,027	0,059	0,000	0,044	0,057	0,003	0,05	0,02
Analyse-Kosten pro positiv Getesten (€)	ca. 15.000	ca. 7.000	n. b.	ca. 25.000	ca. 20.000	ca. 350.000	ca. 20.000	ca. 50.000

* PCR-Pool-Testungen

Literatur zum Artikel:

Narrative und Angst statt Erfahrung und Evidenz

Coronapolitik in Deutschland auf dem Rücken der Kinder und Jugendlichen

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

- [1] Robert Koch-Institut. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) 02.09.2021 – Aktualisierter Stand für Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-09-02.pdf?__blob=publicationFile oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/4m9vzyju>
- [2] Weigert M, Syligi D, Klima A et al., Assoziation zwischen Hospitalisierung und Meldeinzidenzen: Analysen zu Daten aus Großbritannien und Deutschland. CODAG-Bericht 19. https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_19.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yvr8p5h8>
- [3] Buchholz U, Lehfeld AS, Otte im Kampfe E et al. Epidemiologie von Covid-19 im Schulsetting. *Epid Bull* 2021;13:3 –16, DOI 10.25646/8030
- [4] Gandini S, Rainisio M, Iannuzzo ML et al. A cross-sectional and prospective cohort study of the role of schools in the SARS-CoV-2 second wave in Italy, *The Lancet Regional Health – Europe*, Volume 8, September 2021, Pages 100190, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100092>
- [5] Gras-Le Guen C, Cohen R, Rozenberg J et al. Reopening schools in the context of increasing Covid-19 community transmission: The French experience *Archives de Pédiatrie* 2021; 28:178–185, <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.02.001>
- [6] Mensah AA, Sinnathamby M, Zaidi A et al. SARS-CoV-2 infections in children following the full re-opening of schools and the impact of national lockdown: Prospective, national observational cohort surveillance, July–December 2020, England. *J Infect.* 2021 Apr;82(4): 67–74. doi: 10.1016/j.jinf.2021.02.022. Epub 2021 Feb 25.
- [7] Heudorf U, Steul K, Walczok A, Gottschalk R. Kinder und Covid-19: Kontaktpersonen-Surveillance in Frankfurter Kitas und Schulen (August bis Dezember 2020). *Monatsschr Kinderheilkd* 2021; 169: 322–334. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01134-8>
- [8] Lessler J, Grabowski MK, Grantz KH et al. Household Covid-19 risk and in-person schooling, *Science*. 2021 Jun 4;372(6546):1092–1097. doi: 10.1126/science.abh2939. Epub 2021 Apr 29.
- [9] Galow L, Haag L, Kahre E et al. Lower household transmission rates of SARS-CoV-2 from children compared to adults *J Infect* 2021; 83: e34–36.
- [10] Irfan O, Li J, Tang K et al. Risk of infection and transmission of SARS-CoV-2 among children and adolescents in households, communities and educational settings: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2021; 11:05013.
- [11] 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> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/p5rvnrkc>
- [12] Brandén M, Aradhya S, Kolk M et al. Residential context and Covid-19 mortality among adults aged 70 years and older in Stockholm: a population-based, observational study using individual-level data. *The Lancet. Healthy longevity* 2020; vol. 1,2: e80–e88. doi: 10.1016/S2666-7568(20)30016-7
- [13] Schoeps A, Hoffmann D, Tamm C. et al. Covid-19 transmission in educational institutions August to December 2020, Rhineland-Palatinate, Germany: a study of index cases and close contact cohort. 2021 *medRxiv preprint* doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.04.21250670>
- [14] Dawson P, Worrell MC, Malone S et al. Pilot Investigation of SARS-CoV-2 Secondary Transmission in Kindergarten Through Grade 12 Schools Implementing Mitigation Strategies – St. Louis County and City of Springfield, Missouri, December 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021 Mar 26;70(12): 449–455. doi: 10.15585/mmwr.mm7012e4. PMID: 33764961
- [15] Hershov RB, Wu K, Lewis NM et al. Low SARS-CoV-2 Transmission in Elementary Schools – Salt Lake County, Utah, December 3, 2020–January 31, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021 Mar 26;70(12):442–448. doi: 10.15585/mmwr.mm7012e3. PMID: 33764967
- [16] Ismail SA, Saliba V, Lopez Bernal J. et al. SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: a prospective, cross-sectional analysis of infection clusters and outbreaks in England. *Lancet Infect Dis.* 2021 Mar;21(3): 344–353. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30882-3. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33306981; PMCID: PMC7833602.
- [17] Viner R, Waddington C, Mytton O et al. Transmission of SARS-CoV-2 in children and young people in households and schools: a meta-analysis of population-based and contact-tracing studies. <https://papers.ssrn.com/sol3/papers>.

- cfm?abstract_id=3883209 oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/nhufmd6a>
- [18] Otte im Kampe E, Lehfeld AS, Buda S et al. Surveillance of Covid-19 school outbreaks, Germany, March to August 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(38):pii=2001645. https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.38.2001645#html_fulltext oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yac4ckmk>
- [19] Office for National Statistics ONS. Covid-19 Schools Infection Survey <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/covid19schoolsinfectionsurvey-round1england/november2020#pupils-and-staff-testing-positive-for-current-covid-19-infection> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2k6uba3r>
- [20] Varma JK, Thamkittikasem J, Whittermore K et al. Covid-19 infections among students and staff in New York City public schools. *Pediatrics* 2021; 147, no 5, May 2021 e2021050605
- [21] Heudorf U, Gottschalk R. SARS-CoV-2 und die Schulen. Was sagen die Daten? *Hessisches Ärzteblatt* 2021; 82: 395 ff
- [22] Heudorf U, Gottschalk R. Zweiter Corona-Sommer – und dann? *Hessisches Ärzteblatt* 2021; 82: 432ff
- [23] Hessische Staatskanzlei: SAFE KiDS Studien I–III: Kita Ergebnisse spiegeln Inzidenz der Gesamtbevölkerung wider. Pressemitteilung 01.07.202. <https://soziales.hessen.de/presse/pressemitteilung/safe-kids-studien-i-iii-kita-ergebnisse-spiegeln-inzidenz-der-gesamtbevoelkerung-wider> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ytfhmawr>
- [24] Hoehl S, Kreutzer E, Schenk B et al. Longitudinal testing for respiratory and gastrointestinal shedding of SARS-CoV-2 in day care centres in Hesse, Germany. Results of the SAFE KiDS Study medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.11.02.20223859>; this version posted November 4, 2020.
- [25] Hoehl S, Schenk B, Rudych O et al. High-frequency self-testing of schoolteachers for SARS-CoV-2 with a rapid antigen test: findings of the Safe School Hesse study. *Dtsch Arztebl Int* 2021. 118: 252–3. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0187 (online first)
- [26] Heudorf U, Gottschalk R, Walczok A et al. Kinder in der Covid-19 Pandemie – und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Daten und Überlegungen aus Frankfurt am Main. *Bundesgesundheitsblatt*, im Druck
- [27] Hessische Staatskanzlei: Twitter vom 14.07.2021 <https://twitter.com/RegHessen/status/1415243254795223042>
- [28] Bundesministerium für Gesundheit. Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) Vom 8. März 2021. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/Corona-TestV_BAnz_AT_09.03.2021_V1.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yp5bvpt8>
- [29] Robert Koch-Institut: Hilfestellung für Gesundheitsämter zur Einschätzung und Bewertung des SARS-CoV-2 Infektionsrisikos in Innenräumen im Schulsetting vom 11.8.2021 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hilfestellung_GA_Schulen.pdf?__blob=publicationFile oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/eyc2j2bz>
- [30] Young BC, Eyre DW, Kendrick S et al. A cluster randomised trial of the impact of a policy of daily testing for contacts of Covid-19 cases on attendance and Covid-19 transmission in English secondary schools and colleges. *medRxiv* 2021.07.23. 21260992; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.23.21260992> (preprint) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2765vtj8>
- [31] Blankenburg J, Wekenborg MK, Reichert J et al. Mental health of Adolescents in the Pandemic: Long-Covid19 or Long-Pandemic Syndrome? doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.11.21257037> (Preprint)
- [32] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M et al. Impact of the Covid-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry* <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/5pndtts>
- [33] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) 2021. Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie, DOI: <https://doi.org/10.12765/bro-2021-02>
- [34] Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. JIM Studie 2020 Jugend Information Medien. https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2020/JIM-Studie-2020_Web_final.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/jmx6t8yc>
- [35] Deutsches Ärzteblatt Bericht: Mehr häusliche Gewalt und Kindesmisshandlungen im Zuge der Pandemie vom 30.07.2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114355/Mehr-haeusliche-Gewalt-und-Kindesmisshandlungen-im-Zuge-der-Pandemie> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ya7tmevb>
- [36] Schmidt SCE, Burchartz A, Kolb S. Karlsruher Institut für Technologie Bericht 165: Zur Situation der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19 Pandemie in Deutschland. 2021. https://www.sport.kit.edu/rd_download/01.%20Startseite/Schmidt%20et%20al%20MoMo%20Corona%202%20SR%202021.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/bhsczsz>
- [37] Kaum positive Corona-Tests an Schulen. *FAZ* 11.9.2021, S. 37

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

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

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

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

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

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

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

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

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der
Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für

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

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

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

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

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

Herstellung:

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

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, gültig ab 01.01.2021

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

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

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

82. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln