

Die onkoplastische Sprechstunde

VNR: 2760602025117970000

Noelle Bürgle, Dr. med. Silvia Khodaverdi, Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Dr. med. Thomas Pierson,
Dr. med. Kathrin Rosenkranz, Dr. med. Jens Kosse, Dr. med. Camillo Theo Müller*, Prof. Dr. med. Henrik Menke*

1. Einleitung

Die moderne Therapie des Mammakarzinoms hat sich zu einem Paradebeispiel der interdisziplinären Zusammenarbeit unter Miteinbeziehung der Wünsche und Erwartungen der betroffenen Patientinnen und Patienten entwickelt. Die aktuelle Evidenz lässt erkennen, dass der Erhalt der weiblichen Brust und/oder deren Rekonstruktion zu jedem Zeitpunkt das Überleben indikationsbezogen eher verbessert als verschlechtert. Somit sind die Anforderungen in den zertifizierten Brustkrebszentren von Beginn an auf die onkologische Sicherheit und den maximalen Erhalt des Körperbildes fokussiert. Hierzu gehört heute ebenso die frühzeitige Kenntnis über mögliche genetische Dispositionen bei familiär disponiertem Mamma- und/oder Ovarialkarzinom oder besonderen Subtypen, wie beispielsweise dem triple-negativen MaCa (TNBC).

Dieses Konzept haben wir über Jahre mit den Fachgesellschaften der Senologie und der Deutschen Krebsgesellschaft erarbeitet und etabliert und es in der S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) etabliert. Somit haben die Patientinnen und Patienten bereits ab dem Diagnosezeitpunkt die optimale individualisierte Betreuung und Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte, die sie im weiteren Verlauf betreuen werden und kennen das gesamte Therapiespektrum. Gerade die Beratung zur operativen Therapie und den unterschiedlichen Möglichkeiten der Brustrekonstruktion mit Implantaten oder Eigengewebe erfordert Zeit und Einfühlungsvermögen und ebenso die Einbindung der Strahlentherapeuten, wenn das onkologische Konzept eine Indikation zur Strahlentherapie vorsieht. An eine rekonstruierte Brust sind klare Anforderungen zu stellen; sie muss sich aus Sicht der Betroffenen möglichst natürlich

anfühlen. Es ist jedoch zu beachten, dass sich keine rekonstruierte Brust wie die ursprüngliche anfühlt. Weiterhin muss das rekonstruierte Gewebe oder Implantat für die bildgebende Nachsorge zugänglich sein, um Rezidive sicher zu erkennen.

Der interdisziplinäre Gedanke der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Klinik für Plastische Chirurgie am Sana Klinikum in Offenbach und die individuelle Beratung und Betreuung der Patientinnen mit einem Mammakarzinom für eine mögliche Rekonstruktion sind ein Garant für eine korrekte Entscheidungsfindung in einer häufig affektbeladenen Situation und folgen dem Gedanken der partizipativen Entscheidungsfindung.

2. Case-Report

Eine 39-jährige, prämenopausale Patientin, bei der im Alter von 34 Jahren die Erstdiagnose eines multifokalen, mikropapillären Mammakarzinoms links gestellt wurde (Tumorstadium cT2 pN1 G3 cM0 ER IRS 2/10 %–50 % Her2neu-negativ Ki7 80 %).

Nach neoadjuvanter Chemotherapie bei funktionell triple negativer Immunhistologie mit 4 x EC 90/600mg/qm q2wks gefolgt von 12 x Paclitaxel weekly erfolgte eine tumoradaptierte Reduktionsplastik mit Axilladisektion links. Adjuvant erfolgten eine Radiatio links und die endokrine Therapie mit Tamoxifen 20mg/d geplant für zunächst fünf Jahre.

Unter der Therapie mit Tamoxifen kam es nach zwei Jahren zu einem ersten Inbrustrezidiv links – jetzt triple negativ (rpT1c(2) pNx G3 R0 L0 V0 cM0 ER IRS 0 / 0%, PR ER/PR. neg., Her2neu-negativ Score 0, Ki67 25 %), so dass nach Mastektomie eine Chemotherapie durchgeführt werden musste. Die Wahl fiel auf 6 x Carboplatin AUC 6 und Docetaxel 75 mg/qm. Nach weiteren zwei Jahren trat das zweite Rezidiv in Form von kutanen Metastasen

an der Thoraxwand auf. Zudem traten suspekte axilläre Lymphknoten kontralateral und um den Aortenbogen auf, hierbei zeigte sich die Histologie unverändert mit negativem Hormonrezeptorstatus.

Der klinische Aspekt zeigte sich auf der Thoraxwand als Rötung und derbe Induration des Gewebes.

Nach Entscheidung der Tumorboardkonferenz wurde eine Chemotherapie mit nab-Paclitaxel 100 mg/qm und Bevacizumab 15 mg/kg begonnen. Im ersten Re-Staging zeigte sich ein gutes Ansprechen bzw. eine Partialremission mit regredienter Rötung der Thoraxwand und Größenregress der suspekten Lymphknoten axillär rechts und um den Aortenbogen. Zur Ergänzung der Diagnostik erfolgte eine Keimbahntestung, welche einen BRCAwt nachwies.

Nach wenigen Monaten zeigte sich der Befund an der Thoraxwand jedoch progredient mit einer Arrosion des Sternums sowie der 4. und 5. Rippe auf der linken Seite. Das Gewebe war wieder zunehmend gerötet und derb induriert. In der durchgeführten Diagnostik mittels CT Thorax/Abdomen fanden sich keine neuen Tumormanifestationen; persistierend waren die suspekten Lymphknoten rechts axillär und am Aortenbogen.

Aufgrund des ausgedehnten Befundes mit Fistelbildung und der daraus resultierenden Notwendigkeit der Therapieumstellung erfolgte zur optimalen Therapieplanung eine Vorstellung in der Tumorboardkonferenz mit interdisziplinärem Diskurs u. a. zwischen Gynäkologen, Hämatonkologen sowie den Kollegen der plastischen und Thoraxchirurgie.

Es fiel die Entscheidung zur operativen Therapielösung, da eine Systemtherapie aktuell durch die Fistelbildung mit Sondierung bis zum knöchernen Thorax als nicht durchführbar gewertet wurde.

Zunächst erfolgte in einer ersten OP durch die Gynäkologen und Thoraxchirur-



Abb 1: Patientin aus der onkoplastischen Sprechstunde mit Zustand nach brusterhaltender Therapie mit Protheseneinlage, die einen Brustaufbau aus Eigen- gewebe möchte.

gen im Bereich der Fistel eine Thoraxwandresektion mit partieller Resektion der 4.–6. Rippe und des linken Hemisternums und Implantation eines Parietex Composite Netzes und Vacuseal Anlage.

Nach mehrmaligen Verbandswechseln der VAC und Nachresektionen konnte eine R0-Resektion erreicht werden. Dadurch konnte die Defektdeckung geplant und die Patientin zur weiteren Behandlung in die Klinik der plastischen Chirurgen übernommen werden.

Es erfolgten eine Deckung an der Thoraxwand sowie Brustaufbau links mittels einer gestielten, kontralateralen TRAM-Lappenplastik (Transverse rectus abdominis myocutaneus-Lappenplastik).

Nach Abschluss der Wundheilung konnte anschließend die 2nd-line Therapie mit Sacituzumab-Govitecan begonnen werden, unter welcher die Patientin aktuell rezidiv frei ist.

3. Definition und Psychologie

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologen und plastischen Chirurgen bei Brustkrebspatientinnen ist entscheidend für eine ganzheitliche medizinische Behandlung. Während der gesamten ärztlichen Betreuung gilt es, den Patientinnen einen Fahrplan mit allen möglichen Therapiekonzepten und anschließendem rekonstruktiv-operativem Abschluss vorzustellen. Somit kann eine optimale, individuelle Entscheidung im Austausch beider Abteilungen und der Patientin getroffen werden. In interdisziplinärer Abstimmung können beide Fachgebiete sicherstellen, dass durch eine enge Kooperation eine nahtlo-

se Integration aus Tumorchirurgie und systemischer Therapie sowie plastischer Rekonstruktion geplant wird. Durch dieses Konzept kann das Ziel einer optimalen onkologischen, als auch rekonstruktiv-ästhetischen Behandlung mit erhöhter Patientenzufriedenheit und Sicherheit gewährleistet werden.

Die Auswirkungen der Diagnose eines Malignoms und der resultierenden onkologisch erforderlichen Tumorbehandlung (inklusive Operation, Radiatio und Chemotherapie) auf die Psyche der Patientinnen – einhergehend mit der optischen Veränderung des Körpers – sind enorm. Der Verlust einer Brust kann tiefgreifende psychologische Auswirkungen haben, welche häufig mit Depressionen und gemindertem Selbstbewusstsein einhergehen. Um die komplette interdisziplinäre Therapie anzubieten, ist eine begleitende

psychoonkologische Betreuung jeder Patientin anzubieten und in Erwägung zu ziehen.

Erfahren Patientinnen schon vor der gesamten Behandlung die Möglichkeiten des symmetrischen Brustaufbaus, so gibt es von Beginn eine Aussicht auf eine Rückkehr in die „Normalität“. Studien belegen, dass die Lebensqualität nach einer chirurgischen Rekonstruktion erhöht ist. Daher ist die Erstellung eines multimodalen, interdisziplinären Fahrplans mit Einbeziehung mehrerer Fachgebiete entscheidend für das medizinische als auch psychische Outcome der Patientin.

4. Planung

Der Erstkontakt mit der Patientin erfolgt in der Regel über die Brustsprechstunde, in die sie vom niedergelassenen Gynäkolo-

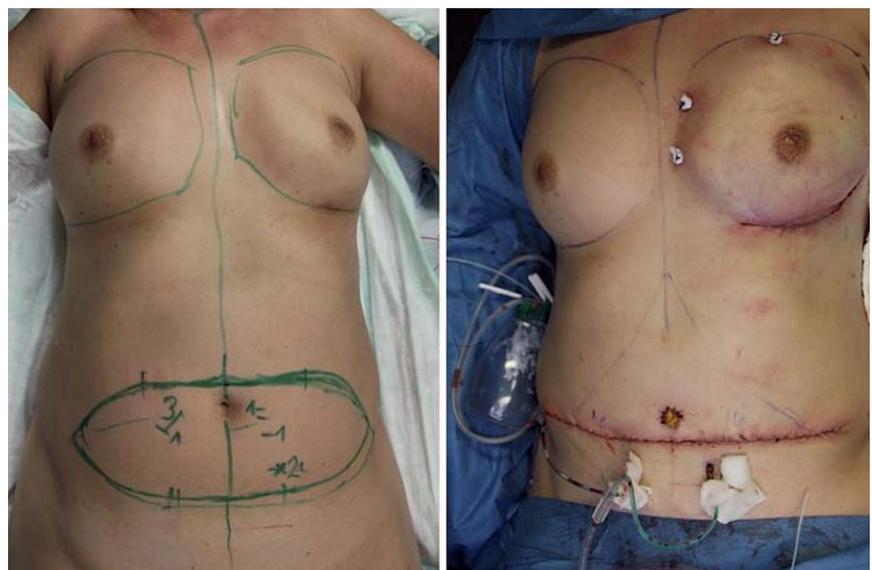


Abb 2: Während der OP: Brustaufbau mit Eigengewebe durch DIEP-Lappenplastik vom Abdomen.

gen/Gynäkologin überwiesen wurde. Zunächst wird die Anamnese der Patientin erhoben, wobei es darum geht, wie der Befund in der Brust aufgefallen ist, zum Beispiel als Tastbefund, Hauteinziehung, Größendifferenz oder Hautveränderung. Ebenso wird die Familienanamnese bezüglich bestehender Brustkrebs- und/oder Eierstockkrebserkrankungen erfragt. Danach erfolgt die klinische Untersuchung mittels Inspektion und Palpation sowie die Durchführung einer Mammasonographie einschließlich der Lymphabflusswege. Ergänzend erhält die Patientin eine Mammographie beidseits. Um die lokoregionäre Ausbreitungsdiagnostik zu optimieren und die therapeutische Entscheidungsfindung zu verbessern, kann in einzelnen Fällen eine ergänzende Mamma-MRT Untersuchung sinnvoll sein, auch wenn die Kosten nicht zwingend von der GKV übernommen werden.

Hierzu zählen zum Beispiel eine unklare lokoregionäre Ausbreitung nach der konventionellen Diagnostik, das Vorliegen eines lobulären Karzinoms, ein hohes genetisches bzw. familiäres Erkrankungsrisiko sowie junge, prämenopausale Patientinnen.

Je nach Darstellbarkeit des auffälligen Befundes in der Brust und ggfs. in der Axilla erhält die Patientin zur Diagnosesicherung entweder eine sonographisch gesteuerte Biopsie, eine stereotaktische Vakuumbiopsie (bei Vorliegen von Mikrokalk ohne begleitenden Herdbefund) oder in begründeten Ausnahmefällen eine offene Exzisionsbiopsie. Durch geeignete Maßnahmen (zum Beispiel durch eine Clipseinlage), soll der Untersucher/Untersucherin sicherstellen, dass die Lokalisation des Befundes wiederzufinden ist.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Die onkoplastische Sprechstunde“ von Dr. med. Camillo Theo Müller und Prof. Dr. med. Henrik Menke et al. finden Sie hier abgedruckt und im Mitgliederportal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.02.2025 bis 24.08.2025

möglich. Die Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Der Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autorin sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

Anhand der Tumorbiologie (Grading, Her2-Status, Hormonrezeptorstatus, Ki 67) sowie des Nodalstatus und der Befundgröße/Ausdehnung des Befundes in Relation zur Brustgröße wird nun entschieden, ob eine primär systemische Chemotherapie oder eine primär operative Therapie erfolgen wird.

Die Durchführung von Staginguntersuchungen (CT Thorax/Abdomen und Skelettszintigraphie) erfolgt bei Patientinnen mit erhöhtem Metastasierungsrisiko (Nodal-positiv, Tumorgroße > 2 cm) und/oder aggressiver Tumorbiologie (positiver Her2-Status, TNBC), symptomatischer Patientin oder bei geplanter systemischer Therapie.

Bei hormonrezeptorpositiven, Her2-negativen Tumoren können zudem sogenannte Genexpressionstests eingesetzt werden, um das Rückfallrisiko und somit die Prognose der Patientin individuell abzuschätzen, wodurch eine unnötige Chemotherapie vermieden werden kann.

Bei ausgedehnten Befunden mit schlechter Relation zur Brustgröße, kann eine

subkutane Mastektomie mit anschließendem Wiederaufbau der Brust notwendig werden. In diesen Fällen wird die Patientin vor der geplanten primär systemischen Therapie oder der primär operativen Therapie in der onkoplastischen Sprechstunde vorgestellt.

5. Die optimale Entscheidungsfindung – sechs Faktoren

In der onkoplastischen Sprechstunde, in der komplexe Entscheidungen zur Behandlung von Brustkrebspatientinnen getroffen werden, spielt die sog. Entscheidungsoptimierung eine zentrale Rolle. Diese Prinzipien dienen dazu, den Entscheidungsprozess zu optimieren, indem systematische Verzerrungen und zufällige Schwankungen, auch als „Lärm“ bezeichnet, minimiert werden. Die sechs Prinzipien der Entscheidungsoptimierung und ihre Anwendung in der Sprechstunde lassen sich wie folgt beschreiben:

- 1) **Prozessstandardisierung:** Einheitliche Protokolle und Checklisten sorgen da-



Alle Fotos: Rechte beim Sana Klinikum Offenbach

Abb 3: Vier Wochen nach dem Wiederaufbau der Brust mit Eigengewebe (DIEP).

für, dass alle relevanten Aspekte einer Behandlung strukturiert berücksichtigt werden. Dies reduziert die Variabilität zwischen verschiedenen Ärzten und Konsultationen und führt zu konsistenteren Entscheidungen.

- 2) **Trennung von Information und Bewertung:** Zuerst werden die medizinischen Daten, einschließlich Befunden und Bildgebungsergebnissen, sorgfältig gesammelt und dokumentiert, bevor eine Diskussion über mögliche Therapieansätze stattfindet. Dadurch werden voreilige Schlüsse oder persönliche Vorurteile bei der Entscheidungsfindung vermieden.
- 3) **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Die Einbindung von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen wie Chirurgie, Onkologie und Radiologie trägt dazu bei, den Entscheidungsprozess zu bereichern. Verschiedene Perspektiven garantieren eine umfassende, ausgewogene Entscheidung, die alle Aspekte der Behandlung berücksichtigt.
- 4) **Förderung unabhängiger Beurteilungen:** Um Gruppendruck und Verzerrungen zu vermeiden, werden die Meinungen der beteiligten Fachärzte zunächst unabhängig voneinander eingeholt. Erst danach erfolgt eine gemeinsame Besprechung. So wird si-

chergestellt, dass alle Perspektiven voreingenommen in die Entscheidung einfließen.

- 5) **Feedback und kontinuierliche Kalibrierung:** Regelmäßiges Feedback zu getroffenen Entscheidungen sowie deren Behandlungsergebnissen trägt dazu bei, die Entscheidungsqualität zu steigern. Fallbesprechungen und Nachverfolgungen der Therapieergebnisse helfen, die Genauigkeit und Zuverlässigkeit künftiger Entscheidungen zu verbessern.
- 6) **Sensibilisierung für Entscheidungsstörfaktoren:** Es ist wichtig, dass sich die Entscheidungsträger der potenziellen Einflussfaktoren bewusst sind, die zu inkonsistenten Urteilen führen können. Durch regelmäßige Schulungen und Sensibilisierungen können Ärzte lernen, den „Lärm“ in ihren Entscheidungen zu erkennen und dessen Einfluss zu reduzieren.

Fazit

Die konsequente Anwendung dieser sechs Prinzipien der Entscheidungsoptimierung in der onkoplastischen Sprechstunde ermöglicht fundiertere und verlässlichere Entscheidungen. Dies führt nicht nur zu einer verbesserten medizinischen Versorgung, sondern auch zu einem gesteigerten

Vertrauen und einer höheren Zufriedenheit bei den Patientinnen.

Noelle Bürgle¹

Dr. med. Silvia Khodaverdi^{2, 3}

Prof. Dr. med. Christian Jackisch⁵

Dr. med. Thomas Pierson^{1, 4}

Dr. med. Kathrin Rosenkranz^{2, 3}

Dr. med. Jens Kosse⁶

Dr. med. Camillo Theo Müller^{1, 2*}

Prof. Dr. med. Henrik Menke^{1, 2*}

¹ Plastische Chirurgie, Chirurgie III;

² Brustzentrum;

³ Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sana Klinikum Offenbach; Goethe-Universität Frankfurt

⁴ G & P Ästhetik, Röntgenstr. 9, 60388 Frankfurt am Main

⁵ Kliniken Essen Mitte, Essen

⁶ Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Hanau

* Geteilte Letztautorenschaft, gleicher Beitrag von beiden Autoren

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Camillo Müller

Goethe-Universität Frankfurt

Mail: camillo.mueller@hin.ch

Multiple-Choice-Fragen: Die onkoplastische Sprechstunde

VNR: 2760602025117970000

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage bzgl. der onkoplastischen Sprechstunde (OS) ist falsch?

- 1) Aus onkoplastischer Sicht ist die Fokussierung auf das Körperbild entbehrlich.
- 2) Die OS ist ein Paradebeispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- 3) Die Wünsche der Patientinnen sollten mit einbezogen werden.
- 4) Die frühzeitige Kenntnis über eine mögliche Disposition für ein Mamma-Ca ist erforderlich.

2. Welche Aussage bzgl. der onkoplastischen Sprechstunde (OS) ist richtig?

- 1) Die Erarbeitung und Etablierung einer solchen Sprechstunde konnte kurzfristig etabliert werden.
- 2) Leitlinien spielen bei der OS keine Rolle.
- 3) Die Betreuung und Beratung kommt erst am Ende der Therapieplanung zur Wirkung.
- 4) Das Konzept der OS wurde von der Gesellschaft für Senologie und Deutschen Krebsgesellschaft erarbeitet.

3. Welche Aussage zur onkoplastischen Sprechstunde (OS) trifft nicht zu?

- 1) Die rekonstruierte Brust soll sich aus Sicht der Betroffenen möglichst natürlich anfühlen.
- 2) Die rekonstruierte Brust sollte keine Beschwerden machen.
- 3) Rezidive des Mamma-Ca's entziehen sich der Diagnostik, wenn eine Brust rekonstruiert wurde.
- 4) Die rekonstruierte Brust durch Eigengewebe oder Implantat soll immer der bildgebenden Diagnostik zugänglich sein.

4. Welche Aussage bzgl. OS ist falsch?

- 1) Die betreuenden und beratenden Ärzte und Ärztinnen sollten das gesamte Therapiespektrum kennen.
- 2) Die Betreuung und Beratung muss individuell gestaltet werden.
- 3) Die Einbindung der Strahlentherapeuten sollte bei der Indikation zur Strahlentherapie mit erfolgen.
- 4) Zur Brustrekonstruktion ist heute nur noch Eigengewebe akzeptiert.

5. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Optische Veränderungen des Körpers („Körperbild“) haben nur selten Einfluss auf die Psyche.
- 2) Depressionen und gemindertem Selbstwertgefühl treten nur sehr selten auf.
- 3) Ästhetische Aspekte haben bei Krebspatienten keine Relevanz.
- 4) Eine begleitende psychoonkologische Betreuung sollte jeder Patientin angeboten werden.

6. Welche Aussage bzgl. eines Rezidivs des Mammakarzinoms trifft nicht zu?

- 1) Im Rahmen der Interdisziplinarität kann es erforderlich sein, die Thoraxchirurgie mit einzubeziehen.
- 2) Auch in der Rezidivsituation können operative Eingriffe erforderlich sein.

3) Die Tumorboardkonferenz ist ein wichtiger Bestandteil bei Planung des Mammakarzinoms.

4) Nach mehreren Rezidiven ist ein Brustaufbau durch die Plastische Chirurgie nicht mehr möglich.

7. Welche Aussage zur Planung der Therapie eines Mammakarzinoms trifft nicht zu?

- 1) Es erfolgt immer eine Anamnese.
- 2) Es erfolgt immer eine Familienanamnese.
- 3) Es erfolgt immer eine MRT-Untersuchung.
- 4) Zur klinischen Untersuchung gehört die Inspektion und Palpation der Mammae.

8. Welche Aussage zur Untersuchung mittels Mamma-MRT trifft unabhängig der Kostenübernahme durch die GKV nicht zu?

- 1) Sie ist sinnvoll bei unklarer lokoregionaler Ausbreitung.
- 2) Beim Vorliegen eines lobulären Karzinoms ist das Mamma-MRT indiziert.
- 3) Ist nicht indiziert bei hohem genetischem und familiärem Risiko.
- 4) Bei jungen prämenopausalen Patientinnen ist das MRT immer indiziert.

9. Welche Aussage bei der Therapieplanung des Mammakarzinoms ist falsch?

- 1) Tumorbiologie, Nodalstatus, Befundgröße/Ausdehnung des Befundes entscheiden über die primäre systemische Chemotherapie oder primäre operative Therapie.
- 2) Genexpressionstests können bei hormonrezeptorpositiven und Her2-negativen Tumoren eingesetzt werden.
- 3) Staginguntersuchungen (CT Thorax/Abdomen und Skelettszintigraphie) erfolgen nur bei hohem Metastasierungsrisiko.
- 4) Staginguntersuchungen (CT Thorax/Abdomen und Skelettszintigraphie) erfolgen bei allen Patientinnen mit Mammakarzinomen wegen des hohen Metastasierungsrisikos.

10. Welche Prinzipien gehören nicht zur Entscheidungsoptimierung der onkologischen Sprechstunde?

- 1) Standardisierende Prozesse.
- 2) Trennung von Information und Beurteilung.
- 3) Bestehende Urteile fördern.
- 4) Mehrere Perspektiven einbeziehen.

Ärzttekammer

Einfach, schnell und bequem online – Anträge für den Arztausweis

Alle hessischen Ärztinnen und Ärzte können ihren Arztausweis künftig ausschließlich online beantragen. Voraussetzung ist eine Registrierung im Portal der Landesärztekammer Hessen unter <https://portal.laekh.de>. Mitglieder, die noch nicht im Portal registriert sind, können dies unkompliziert nachholen und gleichzeitig von weiteren digitalen Services der Kammer profitieren.

Automatisierte Datenübernahme

Die im Portal hinterlegten Angaben werden automatisch für die Erstellung und die postalische Versendung des Arztausweises

verwendet. Ein Abgleich der hinterlegten persönlichen Daten vor der Antragstellung ist daher wichtig, um Verzögerungen zu vermeiden.

Verlustmeldungen und Gültigkeitsprüfung ebenfalls online

Verlustmeldungen können ebenfalls direkt über das Portal oder per E-Mail an arztausweis@laekh.de erfolgen. Verlorene Arztausweise werden umgehend als ungültig erklärt, um Missbrauch vorzubeugen. Ob ein in Hessen ausgestellter Ausweis gültig ist, kann jederzeit über die Website der LÄKH überprüft werden.

Link:

<https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/mitgliedschaft/arztausweis> oder über folgenden Kurzlink: <https://t1p.de/epvj1>
Der QR-Code führt ebenfalls dorthin.



Nina Walter

Ärztliche Geschäftsführerin
Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Eve Craigie

Stellv. Ärztliche Geschäftsführerin
Landesärztekammer Hessen