



Cannabis: Kiffen bis der Arzt kommt?

Präventionsprojekt der
Landesärztekammer Hessen
startet



Fotos: © esvetleishaya – stock.adobe.com / Layout: Lukas Reus, Marissa Leister

Schwerpunkt Geriatrie
Polymedikation
& Deprescribing;
Infektionskrankheiten
und Alzheimer-Therapien

Weiterbildung
Die Abteilung für
Ärztliche Weiterbildung
gibt Tipps für Ärzte in
Weiterbildung und Befugte

128. Deutscher Ärztetag
Starkes Bekenntnis
zur Demokratie,
zwei Kommentare
und viele Eindrücke



Schloss Oranienstein, Standort des Kommandos Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung.

Zivil-Militärisches Symposium Oranienstein 2.0

Im Ernstfall: Was bedeutet Kriegsmedizin?

am Freitag, 20. September 2024

in Schloss Oranienstein, 65582 Diez an der Lahn

Der völkerrechtswidrige Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine hält seit bald zweieinhalb Jahren an. Ernüchterung macht sich darüber breit, dass Putin durch Verhandlung und Einsicht allein nicht von der Verwirklichung seiner finalen Ziele abzubringen ist. Er will die einstige Größe Russlands wiedererstehen lassen – wenn die freie Welt sich nicht klar dagegen positioniert. Das Szenario ist der inzwischen längst nicht mehr undenkbare Eintritt der Landes- und Bündnisverteidigung gemäß Artikel 5 des NATO-Vertrags.

Der inhaltliche Schwerpunkt des diesjährigen zivil-militärischen Symposiums – unter der Schirmherrschaft des Generalinspektors der Bundeswehr a. D. Wolfgang Schneiderhan – hat deshalb das wichtige ärztliche Thema der **medizinischen Versorgung großer Zahlen an Verletzten und Verwundeten** im Fokus. Hochrangige ärztliche Vertreter des Sanitätsdienstes der Bundeswehr sowie der berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland tragen aus ihren Erfahrungen vor, unterlegt mit zwei praktischen Übungen zur richtigen Anlage von Tourniquets und zur Dekontamination von toxischen Substanzen.

Prof. Dr. Carlo Masala, Politikwissenschaftler an der Universität der Bundeswehr München, wird abschließend seine Einschätzung der aktuellen Lage geben, einschließlich der Auswirkung auf kritische Infrastrukturen und die Zerstörung medizinischer Einrichtungen als Teil der hybriden Strategie Russlands.

Das Symposium ist eine Veranstaltung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Kooperation mit den Landesärztekammern von Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Primäre Partnerstrukturen der zivil-militärischen Zusammenarbeit mit der Bundeswehr sind das Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung sowie das Landeskommmando Hessen. Zu Gast auf Schloss Oranienstein bei Diez an der Lahn, der „schönsten Kaserne der Bundesrepublik“, wird das Symposium organisatorisch tatkräftig unterstützt durch weitere Bereiche der Bundeswehr. Informationen zu allen Referenten und ihren Beiträgen, zur komfortablen Online-Anmel-

dung, zu Teilnahmegebühren und zur CME-Zertifizierung erhalten Sie über die Webseiten der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) und ihrer Akademie (www.akademie-laekh.de) sowie über den QR-Code im Infokasten.

Dr. med. Alexander Marković

Beauftragter der Landesärztekammer Hessen für Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ)/Bundeswehr und Ukrainehilfe



Foto: © Bundeswehr/Melissa Kempen

Zivil-Militärische Übung: Zusammenarbeit mit einem gemeinsamen Ziel.

Symposium: Im Ernstfall: Was bedeutet Kriegsmedizin?

Termin	20. September 2024	Der QR-Code führt direkt zur Website des Symposiums.
Ort	Diez an der Lahn	
Leitung	Oberstarzt d. R. Dr. med. Ulrich Jürgens	
Gebühr	110 € Akademiemitglieder 99 € ZSanBw-Kräfte 45 €	



www.akademie-laekh.de

Information/Anmeldung: Andrea Flören
 Fon: 06032 782-238 | E-Mail: andrea.floren@laekh.de

Kooperationspartner aus der Bundeswehr und der ärztlichen Selbstverwaltung:



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Widerspruch, ja bitte!

Auch in diesem Jahr hat die Natur in Deutschland, einer gemäßigten Klimazone, einmal mehr gezeigt, dass sie gewaltige Kräfte entfesseln kann. Vor unserer Haustür gab es im Süden Deutschlands einen hochwasserbedingten Katastrophenalarm, der die Katastrophenhelfer – freiwillige und hauptberufliche Kräfte – in Atem hielt. Erneut wurde deutlich, wie wichtig der Katastrophenschutz ist. Deshalb muss der Katastrophen- bzw. Bevölkerungsschutz umgehend einen deutlich höheren Stellenwert erhalten.

Naturkatastrophen, ein Massenansturm von Verletzten – sei es durch ein Zugunglück oder einen terroristischen Anschlag – oder womöglich gar kriegerische Auseinandersetzungen liegen leider nicht außerhalb jeder Wahrscheinlichkeit. Kindliches Verhalten, sprich die eigenen Augen schließen und dann glauben, dass es nicht gibt, was nicht zu sehen ist, darf nicht länger hingenommen werden. Staat und Gesellschaft müssen sich vorbereiten – und ja, das wird wohl auch nicht ohne zusätzliche Ausgaben möglich sein. Wir brauchen eindeutige Strukturen und Zuständigkeiten, damit klar ist, wer wann im Ernstfall wo was zu tun hat. Wir brauchen regelmäßige Übungen. Wir brauchen entsprechende Vorräte an Material. Wir brauchen eine belastbare Infrastruktur. Wir brauchen genügend Krankenhäuser mit entsprechender Ausrüstung. Dass diese Überlegung auch bei den nicht enden wollenden Auseinandersetzungen zwischen Bundesgesundheitsminister Lauterbach und den Ländervertretern über die Krankenhausreform berücksichtigt wird, wage ich zu bezweifeln.

Und natürlich brauchen wir auch die Bundeswehr, die gerade in jüngerer Zeit vielfach Hilfe leistete, sei es beim Verstärken von durchbruchgefährdeten Dämmen, bei Coronatests in Pflegeeinrichtungen oder der Versorgung von Verletzten aus Kriegsgebieten. Eine gut abgestimmte zivilmilitärische Zusammenarbeit ist ein hohes Gut. Nicht nur deshalb hoffe ich sehr, dass Bundesverteidigungsminister Pistorius im Zuge der Bundeswehrreform und der damit verbundenen Auflösung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr als eigenständige Einheit und dessen Eingliederung in das Kommando Unterstützung Augenmaß walten lässt und dem Sanitätsdienst die gebotene inhaltliche und ärztliche Unabhängigkeit lässt. Auch der Deutsche Ärztetag 2024 hat mit der Annahme eines entsprechenden Antrags hierzu nochmals ein deutliches Zeichen gesetzt.

Erlauben Sie mir vor dem Eindruck der laufenden Fußball-Europameisterschaft ein Zitat des englischen Nationaltrainers Alf Ramsey aus dem Jahr 1966, bevor seine Nationalelf dann Weltmeister wurde: „Never change a winning team.“

Bei dem Thema Organspende gehört Deutschland allerdings klar zu den Verliererteams. Auch wenn das nun an den Start gegangene Organspenderegister ein gut gemeinter Ansatz ist, dürfte es kaum den gewünschten und so dringend benötigten Schub für Organspenden geben. Daher hoffe ich inständig, dass der Gesetzentwurf für die Einführung der Widerspruchslösung, den einige Bundesländer Mitte Juni in den Bundesrat einbringen wollen,

von Erfolg gekrönt sein wird. Dem Vernehmen nach könnte eine Abstimmung noch in der laufenden Legislaturperiode erfolgen.

Gleiches wird wohl mit der unausweichlich nötigen Reform der Pflegeversicherung nicht mehr möglich sein. Obgleich die Probleme nicht erst seit wenigen Tagen bekannt sind – und übrigens auch der Anstieg der Pflegefälle im vergangenen Jahr für Fachleute keineswegs überraschend war –, ist nicht erkennbar, welche Lösung angestrebt wird. Ob Minister Lauterbach es nicht besser wusste oder gar eine Nebelkerze werfen wollte? Sicher erscheinen nur steigende Beitragssätze in den kommenden Jahren. Auch wenn nicht jedem Pflegefall vorgebeugt werden kann, so zeigt sich doch immer wieder, dass es weiten Teilen der Bevölkerung an der nötigen Gesundheitskompetenz mangelt. Gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und soziale Kontakte könnten einige der sogenannten Volkskrankheiten verhindern oder zumindest abschwächen. Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz beginnt natürlich idealerweise in der Familie, gefolgt von Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz und Gemeinde und dient der Primärprävention. Doch auch Maßnahmen der Sekundärprävention wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden bei weitem nicht von allen Anspruchsberechtigten genutzt.

Vielleicht macht die anstehende Sommerpause den Kopf frei und lässt bei den Verantwortlichen Raum, um neue Ideen und Vorschläge zu entwickeln, wohlgemerkt zur Umsetzung, haben wir doch bekanntermaßen kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Fotos © esvetleishaya – stock.adobe.com/
Layout: Lukas Reus, Marissa Leister

„Kiffen bis der Arzt kommt?“

Das Cannabis-Präventionsprojekt der Landesärztekammer ist am 4. Juni erfolgreich gestartet. Altersgerecht und ohne erhobenen Zeigefinger wird in Schulen über die Risiken von Cannabis aufgeklärt. Nach dem Auftakt an der Wöhlerschule in Frankfurt am Main sollen bald weitere Aktionen in ganz Hessen folgen.

375



Foto: Lukas Reus

128. Deutscher Ärztetag in Mainz

Nie wieder ist jetzt! Mit einem starken Bekenntnis zu Demokratie und Freiheit startete der Deutsche Ärztetag. Ergänzend zum Tagungsbericht finden Sie in diesem Heft ein Resümee von Dr. Peter Zürner, einen Kommentar zum Dialogforum Junge Ärztinnen und Ärzte sowie das Fazit der hessischen Abgeordneten.

376–389

Editorial: Widerspruch, ja bitte! 371

Aus dem Präsidium: Müssen wir (gesellschafts-)politischer werden? 374

Ärzttekammer

Ankündigung: Zivil-Militärisches Symposium Oranienstein 2.0 – Im Ernstfall: Was bedeutet Kriegsmedizin? 370

„Kiffen bis der Arzt kommt?“ Erfolgreicher Auftakt des Cannabis-Präventionsprojektes der Landesärztekammer 375

Resümee des 128. Deutschen Ärztetages in Mainz 376

Starkes Bekenntnis zu Demokratie und Freiheit – 128. Deutscher Ärztetag in Mainz 377

Weiterbildung im Fokus – Kommentar zum Dialogforum Junge Ärzte auf dem 128. DÄT 383

Der 128. Deutsche Ärztetag in Fragen und Antworten – Hessische Abgeordnete ziehen ihr Fazit 384

Willkommen in Ihrer Kammer! Begrüßungsabend am 10. Oktober 389

Hitzeaktionstag: Landesärztekammer Hessen spendet Sonnenhüte und informiert über Hitzeschutz 391

Abteilungen der Landesärztekammer Hessen stellen sich vor: Zentrales Mitgliederdatenmanagement (ZMD) 392

Jede Ukrainehilfe zählt, dranbleiben! 394

Abteilung für Ärztliche Weiterbildung: Tipps für Ärztinnen & Ärzte in Weiterbildung und Weiterbildungsbefugte 396

Partnerschaft für den Heimatschutz 401

Bekanntmachungen

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 402

Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 408

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 430–437

Aus den Bezirksärztekammern

„Perspektive moderner Lebenswege in der Medizin“ – Jahrestreffen des Ärztlichen Clubs Wiesbaden 425

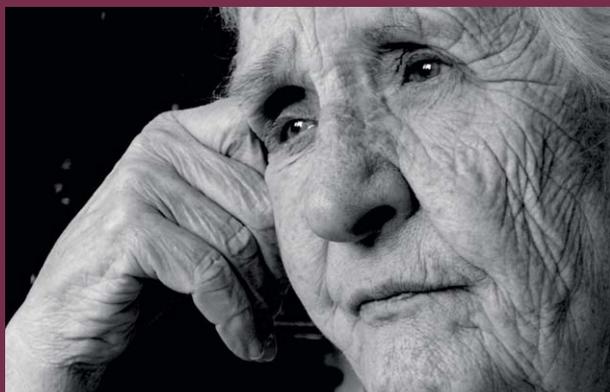


Foto: © fotograf-halle.com - stock.adobe.com

Schwerpunkt Geriatrie

Zwei CME-Artikel thematisieren die Versorgung von Patienten im höheren Lebensalter: „Polymedikation und Deprescribing bei älteren Menschen“ und „Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter“ – hier lassen sich jeweils drei Fortbildungspunkte erzielen. Zudem geht es um neue Therapien bei Alzheimer.

411–429



Foto: AG Visuell

Aus der Abteilung Ärztliche Weiterbildung

Auf was kommt es bei der Antragstellung an, wo liegen mögliche Stolpersteine? Die Abteilung für Ärztliche Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen hat Tipps zur Antragstellung für Ärztinnen und Ärztinnen in Weiterbildung sowie für Weiterbildungsbefugte zusammengestellt.

396

Fortbildung: Schwerpunkt Geriatrie mit zwei CME-Artikeln

Vorwort: Schwerpunkt Geriatrie – Auftakt einer neuen Serie	411
CME: Polymedikation und Deprescribing bei älteren Menschen	412
CME: Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter	416
Neue krankheitsmodifizierende Therapien für Alzheimer: Kurz vor der europäischen Zulassung?	426

Fortbildung: Webseminare des Hessischen Krebsregisters	429
---	-----

Carl-Oelemann-Schule

Neuer Qualifizierungslehrgang für MFA „Gynäkologie und Geburtshilfe“/ Gespräch mit Dr. Klaus Jürgen Doubek	390
--	-----

Forum

Pflegende Angehörige wollen mitreden – Neuer Selbsthilfeverein/Landesregierung will Beratung ausbauen	395
Die Beihilfe zur Selbsttötung: Bald doch eine ärztliche Tätigkeit?	398

Personalia:	410
Impressum	438

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)

Abonnieren Sie unseren Newsletter!



Anmeldung auf www.laekh.de

Müssen wir (gesellschafts-)politischer werden?

Zum 128. Deutschen Ärztetag in Mainz haben wir Ärzt:innen noch vor Eröffnung der Tagesordnung die Selbstverpflichtung zum Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes und unsere soziale Verantwortung als Ärzteschaft in der aktuellen (welt-)politischen Lage bekräftigt: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patient:innen oder meinen Patienten treten.“

Gefühlte Ohnmacht

Appelle und Gelöbnisse sind wichtige Zeichen, denn die deutsche Ärzteschaft hat sich in der Geschichte nicht immer korrekt positioniert. Aber was folgt nun? Wie wollen wir als Ärzt:innen darauf hinwirken, dass Rassismus, Diskriminierung, Hass, Hetze und gewalttätige Auseinandersetzungen zurückgedrängt werden? Sind wir denn frei von solchen „Erwägungen“?

In meiner Praxis erlebe ich aktuell viele Menschen, die von sich sagen, dass sie aufgrund der Kriege, der Situation der Flüchtlinge, der steigenden sozialen Kälte, Spaltungs- oder gar Gewalttendenzen in der Gesellschaft und auch der in Deutschland spürbarer werdenden Klimakatastrophen zunehmend LEBENSMÜDE – MÜDE vom Leben sind.

Der Angst vor dem „Fremden“ begegnen

Als Psychoanalytikerin interessiere ich mich für die Wurzeln dieser Gefühle und bin dabei auf zwei Bücher gestoßen: „Das Fremde in der Psychoanalyse“ (2000, DGPT-Tagungsband, Hg. Ulrich Streeck) und „Kultur des Friedens“ (2001, Hg. Horst-Eberhard Richter). In der Psychoanalyse arbeiten wir immer mit dem Fremden, dem Unbewussten in uns. Dieses gleichzeitig beunruhigende und faszinierende Fremde in uns und die damit verbundenen Bestrebungen der Abwehr dienen zur Beruhigung der (gesellschaftlichen) Werte und Normen und sind repräsentiert im Über-Ich, dem Hüter des Selbstgefühls. Kollege Streeck fordert im Vorwort dazu auf, mit unseren Möglichkeiten zur „Aufklärung dieser



Foto: Peter Jülich

„Wir haben die Chance, den anderen und uns selbst besser verstehen zu lernen und in einen gemeinsamen Reifungsprozess einzutreten“

sich ausbreitenden kollektiven Abwehrformen von Fremden“ beizutragen. Damals bezogen auf die Ausländerfeindlichkeit und den wiedererstarkenden Rechtsradikalismus in den 1990er-Jahren. In verschiedenen Beiträgen wurde immer wieder von der gefühlten Ohnmacht, der Unklarheit der Identität (im doppelten Sinne als personales Ich-Bewusstsein und als kollektives Wir-Bewusstsein vom Typ Nation, Ethnien, etc.) und der Angst vom Fremden überrannt zu werden, geschrieben. Vielleicht haben wir Deutsche es schwerer aufgrund unserer Geschichte, aber haben wir nicht schon viele integriert – Heimatvertriebene und Aussiedler, Gastarbeiter, Asylbewerber und Flüchtlinge. Durch die vielen Fragen der Immigration und des kulturellen Pluralismus entstehen Dissonanzen. Wie wollen wir zukünftig damit umgehen? Wollen wir in einer multikulturellen Gesellschaft leben, in der freie Weltansichten und Entscheidungen der Individuen, anders zu leben, begrüßt werden? Oder bleiben wir lieber bei den alten Werten und Normen, der „German Angst“ und dem „Ethnozentrismus“, der das eigene Volk in den Mittelpunkt stellt?

Mehr miteinander reden

Laut Horst-Eberhard Richter entsteht Ethnozentrismus „als Überkompensation von Selbstunsicherheit und Minderwertigkeitsgefühlen durch Selbstidealisierung einerseits und Dämonisierung der Fremden andererseits.“ Wir sind aktuell in der Verantwortung, „auf vielfältige Weise die Umwandlung von Destruktivität in Leben, von Verbindung in Kooperation, von Ausbeutung der Natur in ihre nachhaltige Pflege zu betreiben“, wie Richter vorgeschlagen hat. Dazu erscheint es mir wichtig, wieder mehr miteinander zu reden, einander zuzuhören, andere anders sein zu lassen, ohne sich selbst angegriffen oder infrage gestellt zu fühlen. Wir haben die Chance, den anderen und uns selbst besser verstehen zu lernen und in einen gemeinsamen Reifungsprozess einzutreten. Nutzen wir sie.

Dr. med. Barbara Jaeger
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen



Mit dieser umfangreichen Sommer-Doppelausgabe Juli und August 2024 wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern einen schönen Sommer. Die nächste Ausgabe 09/2024 erscheint Ende August.

Foto: Monika Buchalik



„Kiffen bis der Arzt kommt?“

Erfolgreicher Auftakt des Cannabis-Präventionsprojektes der Landesärztekammer

Das Cannabis-Präventionsprojekt „Kiffen bis der Arzt kommt?“ der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ist am Dienstag, 4. Juni, an der Wöhlerschule in Frankfurt gestartet. Bei einer von der Stabsstellenleiterin Katja Möhrle und dem Referenten Lukas Reus moderierten Pressekonferenz vor der ersten Unterrichtseinheit sprachen unter anderem der Präsident der LÄKH, Dr. med. Edgar Pinkowski, und der hessische Minister für Kultus, Bildung und Chancen, Armin Schwarz, über die Risiken des Cannabiskonsums insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene.

„Dass die Bundesregierung in diesem Jahr die Teillegalisierung von Cannabis auf den Weg gebracht hat, ist aus meiner Sicht ebenso unverantwortlich wie unbegreiflich“, sagte Pinkowski. „Trotz der ausdrücklichen Warnungen aus der Ärzteschaft wurde damit ein Suchtmittel ab 18 Jahren freigegeben – und damit im Alltag auch für Jüngere viel leichter verfügbar gemacht, von dem wir wissen, dass es bei jungen Menschen zu ernst psychischen Erkrankungen, schwerwiegenden Psychosen und sogar zu dauerhaften Hirnschäden führen kann.“

Der hessische Kultusminister drückte in einem Grußwort ebenfalls sein Unverständnis aus: „Die teilweise Legalisierung von Cannabis setzt das völlig falsche Signal. Statt die Droge schleichend gesellschaftsfähig zu machen, sollte unseren Jugendlichen noch mehr ins Bewusstsein gebracht werden, dass die gesundheitlichen Risiken gerade für sie besonders hoch sind. Um der Zunahme des Konsums unter Schülerinnen und Schülern und damit dem steigenden Risiko von psychischen Erkrankungen sowie Einbußen in



Fotos: Beate Völker

Auftakt mit Pressekonferenz (von links): Dr. med. Jeanette Weber (Kinder- und Jugendpsychiaterin), Dr. med. Mathias Luderer (Drogen- und Suchtbeauftragter LÄKH), Dieter Clemens (Schuldezernent Frankfurt), Christa Eller (Leiterin Wöhlerschule), Dr. med. Edgar Pinkowski (LÄKH-Präsident), Armin Schwarz (Hessischer Kultusminister), Katja Möhrle (Leiterin Stabsstelle Medien), Lukas Reus (Referent Stabsstelle Medien).

Lern-, Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen entgegenzuwirken, bieten wir an unseren Schulen eine allgemeine Suchtprävention in allen Jahrgangsstufen und dazu spezifische Maßnahmen zum Thema Cannabis. Wir sind der Landesärztekammer Hessen für die starke Unterstützung dankbar.“

Die Leiterin der Wöhlerschule, Christa Eller, betonte den Wert der Präventionsarbeit im schulischen Alltag. „Schon seit vielen Jahren haben wir an unserer Schule Suchtprävention etabliert, nun wollen wir auch verstärkt den Bereich der Cannabisprävention aufnehmen“, kündigte Eller an. Entwickelt von der Stabsstelle Medien und fachlich beraten vom Suchtausschuss der LÄKH, setzt das Präventionsprojekt auf altersgerechte und abwechslungsreiche Aufklärung ohne erhobenen Zeigefinger. Der Suchtbeauftragte der LÄKH sowie Leiter der Suchtmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Dr. med. Mathias Luderer, erklärte bei der Pressekonferenz die Gefahren einer Legalisierung: „In Kanada ist nach der Legalisierung die Rate von Personen mit Cannabis-

abhängigkeit in der Gruppe junger Menschen in psychiatrischer Behandlung von 17 % auf 26 % angestiegen. Da das Risiko für Depression und Suizid bei Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis signifikant erhöht ist, ist das ein Teufelskreis: Psychische Probleme begünstigen den Konsum, Konsum lindert kurzfristig die Beschwerden und führt mittelfristig zu weiteren psychischen Problemen, was zu mehr Konsum führt.“

In der anschließenden von Dr. med. Jeanette Weber, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, geleiteten Unterrichtsstunde, die auch von vielen Journalisten aus Fernsehen und von Tageszeitungen begleitet wurde, klärte Weber die Klasse 9c über die Risiken von Cannabis auf. Inhalte waren unter anderem die unterschiedlichen Cannabisprodukte, die akuten und langfristigen Folgen des Konsums insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene und die Frage, wie sich die Jugendlichen bei Problemen Hilfe holen können. Eingerahmt wurde die Doppelstunde von einem Cannabis-Quiz und der persönlichen Einschätzung der Schülerinnen und Schüler.

Nach dem Auftakt an der Wöhlerschule in Frankfurt sollen bald weitere Aktionen in ganz Hessen folgen. Schulen, die an einer Präventionseinheit interessiert sind, können sich an die Stabsstelle Medien der LÄKH wenden, E-Mail: presse@laekh.de.



Erste Präventionseinheit mit der Klasse 9c der Wöhlerschule unter Leitung von Dr. med. Jeanette Weber.

Lukas Reus



Resümee des 128. Deutschen Ärztetages in Mainz

Fotos: Lukas Reus (2)

In einer Zeit aufgeheizter Diskussionen und immer aggressiver auftretenden Vertretern von Partikularinteressen lohnt es sich, auf die Atmosphäre des Deutschen Ärztetages zu achten.

Während in der großen Politik verschiedene Ansichten kaum mehr ertragen werden und bis in die Universitäten hinein nicht erwünschte Ansichten niedergebrüllt oder gecancelled werden und neuerdings vermehrt sogar zu körperlichen Angriffen führen, zeigen die Delegierten der Landesärztekammern, dass es auch anders geht.

In der Eröffnungsveranstaltung hielt der gastgebende Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. med. Günther Matheis ein flammendes Plädoyer für eine offene und diverse demokratische Gesellschaft und unterstrich das ärztliche Ethos, alle ohne Ansehen der Person, Herkunft und sozialer Stellung bestmöglich zu behandeln.

Der Präsident der Bundesärztekammer Dr. med. Klaus Reinhardt gab in seiner Eröffnungsrede ein gutes Beispiel, wie Ärzte Meinungsunterschiede mit der Politik deutlich formulieren, ohne in eine persönliche Konfrontation zu gehen. Im Gespräch bleiben, pragmatische Lösungen und einen Konsens suchen war das Motto dieser Eröffnungsrede.

In der weiteren Moderation des Ärztetages blieb Reinhardt bei dieser Haltung. So gelang es den Delegierten, offen und ruhig Sachfragen zu diskutieren, unterschiedliche Meinungen zu formulieren und Mehrheitsentscheidungen zu respektieren.

Besonders deutlich wurde diese Haltung bei der Diskussion der Frage, ob der Paragraph 218 abgeschafft werden solle. Hier handelt es sich um ein Thema, bei dem verschiedene Überzeugungen und emotional aufgeladene Meinungen in der Gesellschaft wie in der Ärzteschaft bestehen.

Souverän moderierte Reinhardt dieses schwierige Thema, ermöglichte eine breite Diskussion und regte erfolgreich an, dieses Thema 2025 auf dem Ärztetag zu einem Schwerpunktthema zu machen und bis dahin auf die Abstimmung einzelner Resolutionen zu verzichten.

Ich bin sehr froh, dass es der Ärzteschaft auf diesem Ärztetag gelang, recht geschlossen und ohne Kämpfe der Partikularinteressen aufzutreten und zu zeigen, wie eine konstruktive parlamentarische Auseinandersetzung auch gehen kann.

Dr. med. Peter Zürner

Präsidiumsmitglied
und Leitender
Redakteur
Hessisches
Ärzteblatt

E-Mail: haebl@laekh.de

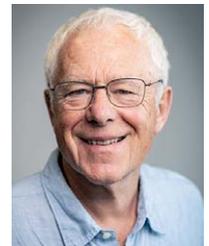


Foto: Peter Jülich





Starkes Bekenntnis zu Demokratie und Freiheit

128. Deutscher Ärztetag in Mainz

Fotos: Lukas Reus (8)



Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt eröffnet den Ärztetag.

Nachdenkliche Worte bestimmten den Auftakt des Deutschen Ärztetages in Mainz. Die Welt befinde sich in einer schlechten Verfassung, stellte Dr. med. Günther Matheis, Präsident der gastgebenden Landesärztekammer Rheinland-Pfalz in seiner Begrüßung in der Rheingoldhalle fest. Die gewohnte Stabilität gehe verloren, neue Machtblöcke formierten sich. Mit Sorge beobachte die Ärzteschaft, dass die Grundwerte der Demokratie teilweise in Frage gestellt würden. „Für uns Ärztinnen und Ärzte sind diese Grundprinzipien nicht verhandelbar“, machte Matheis unter dem Applaus der Delegierten mit Standing Ovations deutlich.

Auch von der Rede des Bundesärztekammerpräsidenten Dr. med. Klaus Reinhardt und einer Resolution des Deutschen Ärztetages gingen starke Signale für die Demokratie aus: Mit Blick auf das 75-jährige Jubiläum des Grundgesetzes am 23. Mai 2024 warnte Reinhardt vor einer zunehmenden Polarisierung in der politischen Auseinandersetzung. Hass und Hetze, Diskriminierung und Ausgrenzung seien eine Gefahr für eine humane, tolerante und pluralistische Gesellschaft.

Resolution für Demokratie

Das Grundgesetz sei grundlegend für die ärztliche Berufsausübung: „Die Freiheitsrechte, die Berufsausübungsfreiheit, der

Gleichheitsgrundsatz, das Sozialstaatsprinzip, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – all diese Rechte bilden den Rahmen ärztlicher Arbeit“, erklärte Reinhardt in seiner Rede, für die er stürmischen Applaus und Standing Ovations erhielt. Mit der einstimmig verabschiedeten Resolution „Nie wieder ist jetzt!“ bezog der Deutsche Ärztetag eindeutig Stellung zu der zentralen Bedeutung von Demokratie, Pluralismus und Menschenrechten für die Ärzteschaft.

Gesundheitsgipfel gefordert

Im Fokus von Reinhardts Ausführungen stand die Gesundheitspolitik. Kämpferisch, wenn auch weniger scharf in Ton und Wortwahl als in der Vergangenheit, warf er der Politik vor, seit Jahren die Antwort auf die Frage schuldig zu bleiben, wie angesichts des demografischen Wandels eine gute Gesundheitsversorgung dauerhaft gesichert werden könne. Unverständlich sei, dass es einen Chemie- und Autogipfel im Kanzleramt gebe, aber keinen Gesundheitsgipfel. Die gesundheitlichen Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens seien zu komplex, als dass diese von nur einem Ministerium, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), bewältigt werden könnten, sagte Reinhardt in Mainz und forderte einen Gesundheitsgipfel im Bundeskanzleramt.

Zeit für Zuwendung

Nicht nur die Bevölkerung insgesamt werde älter, sondern auch die Menschen, die das Gesundheitssystem trügen. Diese offene Frage sei einer der Gründe für die große Unzufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten aus Klinik und Praxis. „Sie wollen Zeit für Zuwendung statt Medizin im Minutentakt. Sie wollen in einem Gesundheitssystem arbeiten, das geprägt ist von menschlicher Wertschätzung und nicht von materieller Wertschöpfung“, betonte Reinhardt. Es gehe nicht darum, möglichst viel neues Geld in das Gesundheitssystem

zu pumpen, sondern darum, den notwendigen Behandlungsbedarf auskömmlich zu finanzieren. Zugleich müsse es Ziel der Gesundheitsversorgung sein, die vorhandenen Ressourcen so effektiv, aufeinander abgestimmt und effizient einzusetzen, dass sie dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten gerecht werden“, unterstrich der Bundesärztekammerpräsident bezogen auf das Schwerpunktthema des 128. Deutschen Ärztetages.

Einbindung der Ärzteschaft

Nachdrücklich forderte Reinhardt Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD) dazu auf, bei seinen Reformvorhaben die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe stärker und früher einzubinden. Die aktuelle Krankenhausreform biete dazu eine Gelegenheit. Man könne zwar richtige Ansätze der Reform erkennen und ihre großen Ziele teilen, so Reinhardt weiter. Allerdings bleibe bisher unklar, ob die selbst gesteckten Ziele von Qualitätsverbesserung, Entbürokratisierung und Sicherung der flächendeckenden Versorgung erreicht werden könnten. Auch die ärztliche Weiterbildung und Fragen der ärztlichen Personalausstattung würden nicht ausreichend berücksichtigt. Den kürzlich vorgelegten Empfehlungen der Regierungskommission für die Krankenhausreform, das leistungsfähige und breit aufgestellte Netz von Facharztpraxen in Deutschland abzuschaffen, erteilte Reinhardt eine unmissverständliche Absage. Auch fordere die Ärzteschaft wirksame Maßnahmen gegen unnötige Bürokratie im Gesundheitswesen.

Nichts Neues zur GOÄ

Erneut appellierte Reinhardt an Lauterbach, endlich die Novelle der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) anzugehen. Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) hätten die Vorarbeit geleistet



und gemeinsam ein modernes Leistungsverzeichnis vorgelegt. Reinhardts Aufforderung „Geben Sie das GOÄ-Startsignal jetzt“ kam Lauterbach zwar nicht nach, versprach jedoch immerhin eine wohlwollende Prüfung.

Lauterbach wirbt für Zusammenarbeit

Lauterbach sprach anschließend in seiner Rede von vielen alten und neuen Problemen im Gesundheitssektor, die in den vergangenen Jahren nicht konkret angegangen worden seien. Dabei gab er zu, nicht nur Probleme im Amt geerbt zu haben, sondern in deren Entstehung vor Jahren mitgewirkt zu haben. Diese Probleme seien nur lösbar, wenn man gemeinsam ins Gespräch komme, so Lauterbachs Angebot an die Ärzteschaft. „Wir können es uns gar nicht leisten, nicht miteinander zu reden“, so der Minister, der dafür mit viel Beifall bedacht wurde. Vor der Rheingoldhalle in Mainz hatten sich zum Auftakt Ärztinnen und Ärzte zu einer Demonstration versammelt, die die aktuelle Gesundheitspolitik scharf kritisierten. Laut Lauterbach schlugen allerdings die Veranstalter der Demo ein Gesprächsangebot aus. Er wolle in seiner Rede nur sechs seiner insgesamt 15 Gesetzesvorhaben skizzieren. Die Krankenhausreform begründete er damit, dass vor allem kleinere Krankenhäuser unter finanziellen Zwängen litten und allgemein zu viel stationär in Deutschland behandelt werde. Deshalb müsse eine bessere Finanzierung her und auch die Ärztinnen und Ärzte müssten im Krankenhaus ein Personalbemessungstool haben. Mit einem „Gesundes-Herz-Gesetz“ wolle man die „niedrig hängenden Früchte“ durch Prävention ernten. Deutschland bleibe durch mangelhafte Prävention in vielen Bereichen hinter der Lebenserwartung in anderen vergleichbaren Ländern zurück, argumentierte Lauterbach. Das Gesundheitsversorgungsverstärkungsgesetz sei ein erster Schritt in Richtung Entbudgetierung und weg von der Quartalslogik für Hausärzte. Ob dies auch auf andere Ärzteguppen ausgeweitet werden könne, müsse man prüfen.

Beim Thema der Digitalisierung skizzierte der Minister eine elektronische Patienten-



Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach hat wenig Neues im Gepäck.

akte, die automatisch von den Praxisverwaltungssystemen befüllt wird. Angeknüpft daran kündigte der Gesundheitsminister eigene Gesetze zur Entbürokratisierung im Gesundheitswesen an. Bei den investorengetragenen MVZ argumentierte Lauterbach für strengere Regeln.

Paracelsus-Medaillen verliehen

Für sein besonderes Engagement als Arzt und für das gesundheitliche Gemeinwohl wurde Prof. Dr. med. Dr. med. habil. René Gottschalk mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, geehrt. Reinhardt würdigte Gottschalks Verdienste und bezeichnete ihn als ehemaligen „visionären Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes“ (HÄBL 06/2024). Neben Gottschalk wurden Dr. med. Astrid Bühren, ehemalige Präsidentin des Ärztinnenbundes, und Prof. Dr. sc. med. Dr. hc. Hans Lippert, ehemaliger Vorsitzender der Überwachungskommission Organspende der BÄK, mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet.

Nachwuchsförderung

Die Unzufriedenheit der demonstrierenden Ärztinnen, Ärzte und Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor der Halle spiegelte sich auch in den Debatten auf dem Deutschen Ärztetag wider. In einem einstimmig gefassten Beschluss forderten die Delegierten die Politik dazu auf, wichtige Reformen für ein gleichermaßen menschliches wie leistungsfähiges Gesundheitswesen umzusetzen. Schlüssel dafür seien mo-

tivierte Beschäftigte, denn das Gesundheitswesen werde von hoch motivierten Ärztinnen und Ärzten, MFA, Pflegefachkräften und vielen weiteren Gesundheitsfachberufen getragen. Auch müssten sich das Vertrauen und die Wertschätzung der Menschen in einer wertschätzenden Gesundheitspolitik ausdrücken.

Modernes Medizinstudium und attraktive Arbeitsbedingungen

Attraktive Arbeitsbedingungen, Zeit für Zuwendung statt Medizin im Minutenrhythmus, Patientenorientierung statt Kommerzialisierung und echte Entlastung von unnötiger Bürokratie: Um auch künftig in ausreichender Zahl Fachkräfte für die Patientenversorgung im Gesundheitswesen gewinnen zu können, seien sowohl eine aktive ärztliche Nachwuchsförderung als auch die Schaffung guter beruflicher Rahmenbedingungen dringend erforderlich, erklärten die Delegierten und forderten Bund und Länder auf, die seit Jahren angekündigte, dringend benötigte Reform des Medizinstudiums endlich umzusetzen.

Die Babyboomer kommen ins Rentenalter, gleichzeitig geht es darum, auch in der Übergangsphase eines Generationenwechsels die Patientenversorgung zu gewährleisten: Angesichts der bevorstehenden Ruhestandswelle im ärztlichen Bereich appellierte der Deutsche Ärztetag daher an die Politik, gesetzliche, vor allem steuergesetzliche Regelungen zu schaffen, die es interessierten Ärztinnen und Ärzten im Ruhestandsalter ermöglichen, zumindest in Teilzeit weiterhin in der Patientenversorgung tätig zu sein.

Krankenhausreform notwendig, aber in anderer Form

Der Deutsche Ärztetag zeigte sich von der Notwendigkeit einer Krankenhausreform überzeugt, nicht jedoch in der Form des vom Bundesgesundheitsministerium erarbeiteten Gesetzesentwurfs. Dieser verfehle das selbst gesteckte Ziel der Entbürokratisierung und werde dem Anspruch einer grundlegenden Reform des DRG-Systems mit all seinen ökonomischen Fehlanreizen nicht gerecht. Ziele der von Bund und Ländern angestrebten Krankenhausreform müssten daher sowohl die Si-



Zum ersten Mal als Abgeordnete für Hessen dabei: Stefanie Minkley.

cherung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Patientenversorgung als auch bessere Arbeitsbedingungen für alle in den Kliniken beschäftigten Berufsgruppen sein. Stattdessen greife der Gesetzentwurf mit kleinteiligen Vorgaben in die Verantwortung der Bundesländer für eine an den regionalen Erfordernissen ausgerichtete Krankenhausversorgung ein, „Bürokratieabbau statt -aufbau“ forderten die Delegierten in einem Beschluss.

Die angestrebte Leistungsgruppensystematik müsse sich eng an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren. Wenn weitere Versorgungsleistungen ambulant erbracht werden sollten, müssten flächendeckende und sektorenverbindende Weiterbildungsverbände gefördert werden. Nachdrücklich unterstrich der Deutsche Ärztetag, dass ärztliche Weiterbildung sektorenverbindend in der Verantwortung der Landesärztekammern und der BÄK gestärkt und angemessen refinanziert werden müsse. Die Ärzteschaft wolle dazu beitragen, die Ressourcen besser zu nutzen, erklärte Bundesärztekammerpräsident Reinhardt.

Die Bundesregierung wurde aufgefordert, den vorliegenden Gesetzentwurf gemeinsam mit den Bundesländern und den Akteuren aus dem Gesundheitswesen grundlegend zu überarbeiten.

Personalbemessungssystem ÄPS-BÄK ist einsatzbereit

Der Bundesgesundheitsminister sei bei der Auftaktveranstaltung für den Mut gelobt worden, eine Krankenhausstrukturen-

form anzugehen, erklärte Dr. med. Susanne Johna, Vizepräsidentin der BÄK und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Der Entwurf sei allerdings eine Hülle. Er basiere auf keiner Bedarfsanalyse, keinem Personalschlüssel. „Wir können das jedoch ausrechnen“, sagte Johna und verwies auf das von der BÄK entwickelte Personalbemessungstool ÄPS-BÄK: Ein verbindliches Personalbemessungssystem für den ärztlichen Bereich sei Voraussetzung, um eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung im Rahmen der geplanten Vorhaltevergütung zu refinanzieren und qualifizierte Auswahlentscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung zu treffen. Sie wolle nochmals verstärken, was Johna gesagt habe, ergänzte Anne Kandler, Delegierte der LÄKH. „Es ist nicht unsere Sache als Ärztinnen und Ärzte, Personaluntergrenzen genannt zu bekommen. Ich hoffe, dass ÄPS-BÄK in das Gesetz aufgenommen wird.“

Lauterbach habe gesagt, dass das Bundesgesundheitsministerium das Tool übernehmen werde, wenn es funktioniere. „Wir zeigen heute, dass es funktioniert“, betonte Johna bei der Vorstellung des gemeinsam mit Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, entwickelten Tools fest. Nach ausführlichen Diskussionen forderten die Delegierten des Deutschen Ärztetages mit großer Mehrheit, das ÄPS-BÄK im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) gesetzlich zu verankern. Auch die Bundesländer wurden aufgefordert, den Einsatz von ÄPS-BÄK in ihren jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen vorzugeben und die Verwendung von ÄPS-BÄK als Maßstab in ihren Landeskrankenhausplänen vorzusehen.

Ambulante Versorgung stärken

Der von dem Bundesgesundheitsministerium vorgesehene Anschluss der ambulanten Versorgung an die Krankenhäuser sei quantitativ und inhaltlich nicht zu schaffen, betonte Dr. med. Wolf Andreas Fach, Abgeordneter und Präsidiumsmitglied der LÄKH. Hier müsse die Ärzteschaft deutlicher Einspruch erheben. Es gehe um die Patientenversorgung, die dadurch gefährdet sei.

Eine Meinung, die von den anderen Abgeordneten mehrheitlich geteilt wurde. In einem zukunftsfähigen und resilienten Gesundheitssystem seien stabile Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung und deren nachhaltige Finanzierung grundlegend, erklärte der Deutsche Ärztetag. Daher müssten bei den geplanten Reformen im stationären Sektor immer auch die Erfordernisse des ambulanten Sektors berücksichtigt werden.

Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die vorgesehene Förderung der Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen. Mehrheitlich stimmten sie gegen „jegliche Vorschläge“, stationäre Versorgungseinrichtungen für die hausärztliche Versorgung zu öffnen. Mit knapper Mehrheit sprachen sich die Vertreterinnen und Vertreter der deutschen Ärzteschaft außerdem gegen die Finanzierung eines Transformationsfonds aus den Mitteln des Gesundheitsfonds aus und forderten in



LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.

weiteren Beschlüssen, dass die Weiterbildung bei der Krankenhausreform und Ambulantisierung bedacht werden müsse.

Zwar erkannte der Deutsche Ärztetag die Bemühungen der Bundesregierung an, die hausärztliche Versorgung zu stärken und die Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt für die nachwachsende Ärztegeneration attraktiver zu gestalten. Es sei allerdings nicht sinnvoll, die durch jahrzehntelange Versäumnisse entstandenen Versorgungslücken nun durch Übertragung der hausärztlichen Versorgung auf sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen schließen zu wollen. Dies berge die Gefahr, bestehende ambulante



Strukturen noch weiter zu schwächen, betonten die Abgeordneten.

Facharztpraxennetz muss bleiben

Die Forderung der Regierungskommission „für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, das leistungsfähige und breit aufgestellte Netz von Facharztpraxen in Deutschland abzuschaffen, lehnte der Deutsche Ärztetag entschieden ab. Fachärztinnen und Fachärzte in den Kliniken und in den Praxen nähmen in unterschiedlicher Weise Aufgaben für ihre Patientinnen und Patienten wahr. Somit stellten die jeweiligen fachärztlichen Versorgungsebenen keine Doppelstrukturen dar, „sondern seien Ausweis und Garant einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung“.

Entbudgetierung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung

Als sachgerecht bezeichneten die Delegierten dagegen die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen. Allerdings seien die vorgesehenen Neuregelungen keineswegs ausreichend. Daher forderte der Deutsche Ärztetag, dass der Entbudgetierung für den hausärztlichen Bereich entsprechende Schritte auch für die fachärztliche Versorgung folgen müssten. Das hierfür erforderliche Honorar sei zusätzlich zur Verfügung zu stellen. Außerdem müssten sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich die Rahmenbedingungen für MFA entscheidend verbessert werden.



LÄKH-Abgeordneter Michael Andor.

Hausärzte als Gatekeeper

Zu den großen Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens zählen der steigende Versorgungsbedarf und die unstrukturierte Inanspruchnahme: Daher setzte sich der 128. Deutsche Ärztetag unter der Überschrift „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“ – mit den Möglichkeiten einer Steuerung des Zugangs auseinander. Ohne diese könne das aktuelle Niveau der Patientenversorgung nicht gehalten werden, befand Dr. med. Wolfgang Müller aus dem BÄK-Vorstand.

Stefanie Minkley, Abgeordnete der LÄKH, bezeichnete die Thematik als eine „der größten Fragen, die uns im Gesundheitssystem in den nächsten Jahren beschäftigen“. Allerdings kritisierte sie Überlegungen, Hürden für den niedrigschwelligen Zugang aufzustellen. Wer bleibe dann zu Hause, fragte sie und gab die Antwort zu bedenken: Vor allem alte Menschen. Minkley machte zudem auf die Unterversorgung von Personengruppen wie Migranten, aber auch ungewollt Schwangeren aufmerksam. Der größte Teil dieser Frauen, die zu ihr kämen, benötige keine Beratung. Abbrüche dürften nicht unter Strafe stehen. Sie appellierte an die Abgeordneten: „Lassen Sie uns eine sachliche Diskussion über die Bedarfe unserer Patienten führen. Und lassen Sie uns die Frauen stärken!“

Mit großer Mehrheit wurde der Antrag des BÄK-Vorstands beschlossen, wonach Patienten künftig eine Arztpraxis für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung wählen könnten. Diese Praxis soll dann für alle gesundheitlichen Anliegen der Patienten die primärärztliche Versorgung und die Koordination der Weiterbehandlung bei Fachärzten sowie in weiteren Versorgungsbereichen übernehmen. Die primärärztliche Versorgung solle durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt als Gatekeeper erfolgen.

Bessere Koordination der Sektoren

Auf dem kommenden Deutschen Ärztetag in Leipzig wollen die Abgeordneten über ein Konzept für eine „sozial ausgewogene Versorgungssteuerung“ diskutieren.



Dr. med. Susanne Johna stellt das Personalbemessungstool vor.

ren, das der Vorstand der BÄK erarbeiten soll. Obwohl die „verschiedenen Möglichkeiten der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten“ dabei „zwingend“ zu berücksichtigen seien, lehnten die Delegierten eine ausschließlich finanzielle Beteiligung von Patienten ab. Sie sprachen sich vielmehr für eine verbesserte Koordination von ambulantem und stationärem Sektor, mehr Zeit für die eigentliche Arzttätigkeit und den Abbau von Bürokratie aus.

Überarbeitete (Muster-) Fortbildungsordnung

„Ärztetammern haben Recht und Pflicht, Fortbildung zu gestalten und zu regeln“, machte Dr. med. Gerald Qitterer, Vorstand der BÄK, in seinem Vortrag deutlich. Da sich in den vergangenen Jahren gezeigt habe, dass es einen dringenden Überarbeitungsbedarf der Fortbildungsordnung gibt, lege die BÄK eine Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) vor. Die Fortbildung müsse an die Aus- und Weiterbildung anknüpfen. Unter anderem müsse die Höhe eines Sponsorings offengelegt werden; auch dürfe sich dieses nur auf eine spezielle Fortbildungsmaßnahme beziehen. Auch Dr. Günther Matheis, Vorstand der BÄK, hob in seinem Vortrag hervor, dass die bisher bestehenden Regeln dringend hätten angepasst werden müssen, insbesondere, was das Sponsoring betreffe. „Vieles, was wir seit Jahren dazu als Empfehlungen kommunizieren, hält gerichtlich nicht stand“, erläuterte er. Eines der Kernstücke der überarbeiteten MFBO sei daher ihre Gerichtsfer-

tigkeit. Sponsoring müsse klar geregelt sein und verhindern, dass Sponsoren selbst zu Anbietern werden. „Auch müssen Fortbildungen die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungsfreiheit wahren“, fügte Matheis hinzu. Nach ausführlichen Debatten stimmte der Deutsche Ärztetag einer grundlegend überarbeiteten MFBO für Ärztinnen und Ärzte zu. Damit sollen künftig strengere Regelungen für das Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen gelten und die Gebote von Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit als Anerkennungskriterien für ärztliche Fortbildungsveranstaltungen bei den Angeboten stärker berücksichtigt werden.

Dabei geht es aus Sicht der Abgeordneten nicht nur darum, dass die einzelnen Inhalte einer Fortbildungsveranstaltung frei von wirtschaftlichem Interesse seien. Vielmehr müsse aus Gründen des Patientenschutzes auch ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen auf andere Weise dahingehend beeinflusst würden, dass sie die Behandlung von Patientinnen und Patienten nicht mehr allein an medizinischen Kriterien ausrichteten. Auch müsse in solchen Fortbildungen die vorhandene Evidenz, insbesondere die Nutzenbewertung durch Institute (z. B. das IQWiG) sowie durch Leitlinien (z. B. der AWMF) dargestellt werden. Nach ihrer Umsetzung durch die (Landes-)Ärztkammern sind die neuen Regeln verbindliches Recht.

Ärztliche Weiterbildung

Zur Weiterbildung referierten Prof. Dr. med. Henrik Herrmann und Dr. med. Johannes Albert Gehle, beide Mitglied des Vorstandes der BÄK. Der Vortrag und Vorstandsantrag teilten sich auf vier Themen auf: Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung – Änderung der Zusatzweiterbildung (ZWB) Transplantationsmedizin, Sachstandsbericht eLogbuch, Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung sowie Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“. Inhalt des Vorstandsantrages ZWB Transplantationsmedizin war die Aufnahme des Gebietes Anästhesiologie als weiteres zugangsberechtigtes Fach für den Erwerb



Dr. med. Wolf Andreas Fach spricht zu Neuerungen der Ärztlichen Weiterbildung.

der ZWB Transplantationsmedizin. Außerdem die bundesweite Vereinheitlichung, da bereits mehrere Ärztekammern die Anästhesiologie als weiteres zugangsberechtigtes Fach für die ZWB Transplantationsmedizin aufgenommen haben sowie die Umsetzung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018.

Beim eLogbuch hätten sich die Nutzerzahlen von gut 23.000 im Juni 2022 auf über 71.000 im April 2024 erhöht, so Gehle. Dazu habe man das eLogbuch auch weiterentwickelt, sodass unter anderem nun auch Weiterbildungsgespräche abgebildet werden könnten. In Zukunft wolle man bspw. Drittanbieter einbinden, berichtete Hermann. Hierzu sei man bereits in Gesprächen mit mehreren Anbietern.

Da beim vergangenen Ärztetag der Beschluss gefasst wurde, die Weiterbildung zu evaluieren, stellte Gehle erste Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Weiterbildung vor. Insgesamt evaluieren aktuell 15 Ärztekammern die Weiterbildung. Über 60 % der Weiterzubildenden sind derzeit weiblich. Rund ein Viertel absolviert die Weiterbildung in Teilzeit. Im Jahr 2022 waren es nur 15 %. Rückläufig sei laut den Befragten die regelmäßige Bestätigung der geleisteten Weiterbildungsinhalte im Logbuch. Positiv beschieden die Befragten dagegen die Möglichkeit der Rotation in den Weiterbildungsstätten. Bei der Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung sei der Ausgangspunkt der Überlegungen die Verschlinkung der MWBO gewesen, Ausrichtung und Anpassung der Weiterbildungsqualifikationen an zukünftige An- und Herausforderungen sowie eine Vereinfachung der Verwal-

tungsprozesse in den Ärztekammern zugunsten der Kammermitglieder, so Hermann.

Hintergrund sei auch die sachgerechtere Abbildung und klarere Strukturierung der heterogenen ZWB. Der Abschnitt C solle in drei verschiedene Unterkategorien mit den Arbeitstiteln C1, C2 und C3 und Zuordnung der ZWB umstrukturiert werden. „Wir haben erstmal nur sortiert“, sagte Gehle zum Abschluss über die Neustrukturierung von Abschnitt C, „dadurch entsteht aber für jeden in Verwaltung und Weiterzubildenden mehr Klarheit“. Auch solle geprüft werden, ob Weiterbildungszeiten gekürzt werden könnten, um diese an europäische Standards anzugleichen. Allerdings sei der vorliegende Vorstandsantrag zunächst nur ein Handlungsauftrag und noch kein Beschluss.

In der anschließenden Diskussion sagte Dr. med. Wolf Andreas Fach, Abgeordneter der LÄKH: „Die letzte Weiterbildungsordnung haben wir 2018 verabschiedet, jetzt bewegt sich nicht mehr viel. Wir müssen straffen und weiterentwickeln.“ Ein Antrag von Fach und Dr. med. H. Christian Piper (ebenfalls Abgeordneter der LÄKH), der den Vorstand und die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ beauftragte, kurzfristig in Abstimmung mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden Eckpunkte für die Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung zu entwickeln, wurde mit großer Mehrheit angenommen. Eine Diskussion um die Kürzung der Weiterbildungszeit endete damit, dass ein Antrag, der die Kürzung aus dem Vorstandsantrag streichen wollte, abgelehnt wurde.



LÄKH-Abgeordnete Anne Kandler.



Positiv beschieden wurde dagegen die Anerkennung von Weiterbildung in Teilzeit. Ein Antrag, der sich mit der verpflichtenden Einführung von Train-the-Trainer-Seminaren für alle Weiterbildungsbeauftragte spätestens ab 2025 befasste, wurde nach kontroverser Diskussion abgelehnt.

Schwangerschaftsabbrüche

Ein besonders kontrovers diskutiertes Thema folgte am letzten Tag des Ärztetages. Streitthema: Schwangerschaftsabbrüche. Ein Teil der Diskussion drehte sich auch um die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln wie die Pille für die Frau. Befürworter dieses Antrages argumentierten, dass dadurch die Zahl der ungewollten Schwangerschaften reduziert werde und forderten die Politik auf, dass diese Mittel von den Krankenkassen übernommen werden. Kritiker stellten die Annahme der Reduzierung der Schwangerschaftsabbrüche in Frage. Der Antrag wurde schlussendlich angenommen.

Nach nur wenigen Wortmeldungen zu dem Themenkomplex verschob sich die Diskussion dahin, dass das Thema unter einem eigenen Tagesordnungspunkt ausführlicher auf dem kommenden Deutschen Ärztetag in Leipzig besprochen und beschlossen werden solle. Dr. med. Christiane Hidas, Abgeordnete der LÄKH, sagte: „Ich denke nicht, dass wir das Thema vertagen müssen, das Thema ist sehr aktuell und in der letzten Zeit hochgekocht und ich finde, wir sind verpflichtet dazu, uns damit zu befassen.“

Bei der Abstimmung erhielt ein Geschäftsordnungsantrag dann die Mehrheit, den Punkt auf den kommenden Ärztetag zu vertagen. Dann allerdings wurde die Diskussion wieder aufgenommen, nachdem ein Antrag auf zweite Lesung wiederum erfolgreich war. BÄK-Präsident Reinhardt brachte daraufhin den Konsensvorschlag ein, eine Diskussion zuzulassen und Anträge mit ausführlicherer Diskussion auf den nächsten Ärztetag zu verschieben.

In den folgenden Redebeiträgen sagte Stefanie Minkley aus Hessen zum Paragraphen 218: „Es gibt sicherlich einen mehrheitlichen Konsens darüber, dass es Frauen möglich sein muss, in der Frühschwangerschaft, unter bestimmten Voraussetzungen, einen Schwangerschaftsabbruch



Foto: Manuel Maier

Bei einer Abendveranstaltung der Ärztekammern Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland sorgten der hessische Abgeordnete Dr. med. Hansjoachim Stürmer und seine Band „Jazz Docs“ für Stimmung.

erhalten zu dürfen, dann muss es aber auch genug Kolleginnen und Kollegen geben, die diesen Eingriff durchführen und nicht noch gefährdet werden. Wenn eine Frau sich dafür entscheidet, dürfen weder die Patientinnen noch die Ärztinnen und Ärzte kriminalisiert werden!“

Dr. med. Lydia Berendes von der Ärztekammer Nordrhein entgegnete: Wir brauchen auch eine ethische und moralische Diskussion und ich möchte auch für das ungeborene Leben sprechen. Ich finde es wichtig, alle Facetten des Themas zu beleuchten; ich bin Mutter einer behinderten Tochter und wurde schon gefragt, wie ich es zulassen konnte, eine solche Tochter zu bekommen. Ich möchte nicht, dass solche Fragen vermehrt kommen, aber diese Fragen erscheinen vermehrt.“

Dr. Susanne Johna sagte, dass es natürlich eine ethische Diskussion sei, aber für die betroffenen Frauen auch eine soziale Komponente habe. Sie habe es tief betroffen gemacht, dass viele Frauen beispielsweise nicht genug Wohnraum finden, um ein weiteres Kind zu bekommen. „Ja, interessieren wir uns für das ungeborene Leben, aber bitte auch für das geborene Leben.“

Diverse Beschlüsse

Am letzten Sitzungstag fasste das Parlament der Deutschen Ärzteschaft außerdem zahlreiche Beschlüsse, von denen im Folgenden nur einige erwähnt werden können. So forderten die Delegierten u. a. entschiedener Maßnahmen zur Sicherheit der Arzneimittelversorgung in

Deutschland. Instrumente zur Preisregulierung auf nationaler Ebene wie beispielsweise Rabattverträge und Importquoten müssten sinnvoll angepasst werden. Zudem appellierten die Abgeordneten an die Politik, die Wirkstoffherstellung in Europa und insbesondere in Deutschland nachhaltig zu etablieren.

Bundesregierung und Deutscher Bundestag wurden dazu aufgefordert, die gesetzliche Regulierung von investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) umzusetzen, um die Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen aus kommerziellen Gründen zu erschweren. Nachdrücklich forderten die Delegierten die Bundesregierung auf, endlich die im Koalitionsvertrag angekündigte Verschärfung der Regelungen für Marketing und Sponsoring von Alkohol, Tabak- und Nikotinprodukten umzusetzen.

Außerdem wurden die politisch Verantwortlichen aufgefordert, eine vollständige und hinreichende Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen. Öffentliche Träger und Arbeitgeber sollten ausländische Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zur Approbation mit geeigneten – insbesondere sprachlichen – Kursangeboten und auch nach bestandener Fachsprachprüfung unterstützen, um das erreichte Sprachniveau sicherzustellen.

Nach Überzeugung des Deutschen Ärztetags gehört die gesetzliche Qualitätssicherung (QS) auf den Prüfstand. Die Abgeordneten mahnten an, dass die Qualitätssicherung evidenzbasiert erfolgen und sich am Nutzen für die Versorgung orientieren müsse.

Entschieden lehnten die Delegierten die im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehene Ausweitung der Einflussnahme von Landesbehörden auf die Zulassungsausschüsse von Ärzteschaft und Krankenkassen ab und forderten den Gesetzgeber auf, die Regelung im Sinne des Erhalts einer funktionalen Selbstverwaltung aus dem Gesetzesentwurf zu streichen. In einem weiteren Beschluss forderte das Ärzteparlament die Einbindung der Berufsverbände an den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Katja Möhrle, Lukas Reus



Weiterbildung im Fokus

Kommentar zum Dialogforum Junge Ärztinnen und Ärzte auf dem 128. DÄT

Zahlreiche Wortmeldungen zeigten, dass vielerorts Zeit und Personal fehlen, um eine adäquate Weiterbildung und eine umfangreiche, lückenlose Versorgung zu gewährleisten. Auf den Punkt gebracht wurden die Schwierigkeiten im Alltag in der Wortmeldung einer Weiterzubildenden: eine hohe Arbeitsverdichtung, unter anderem forciert durch Fachkräftemangel und ungenügende Digitalisierung von Arbeitsprozessen, lassen wenig Zeit für die Patientenversorgung. Es sei mindestens schwierig, bisweilen unmöglich, mit medizinischen Erkenntnissen Schritt zu halten sowie das eigene Verantwortungsgefühl den Patientinnen und Patienten gegenüber mit diesen Arbeitsbedingungen in Einklang zu bringen.

Gewünscht wurde eine größere Verantwortung der Weiterzubildenden mit Förderung aller Weiterzubildenden unabhängig von persönlichen Sympathien oder gruppen-spezifischen Merkmalen wie dem Geschlecht. Es wurde die provokante Frage gestellt, ob alle Weiterbildungsbefugten die menschlichen Qualifikationen, die ihr Amt bedarf, innehalten.

Gewünscht wurden Positivbeispiele als „Leuchttürme“ und ein „Siegel gute Weiterbildung“. Viele junge Ärztinnen thematisierten die Schwierigkeiten rund um die vermeintliche (Un-)Vereinbarkeit von bezahlter Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit in der Familie. Dies sowie die Sorge, dem Beruf unter den beschriebenen problematischen Arbeitsbedingungen nicht gerecht zu werden, führt bei manchen bisweilen dazu, dass sie in der Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen zunächst die Abteilung und dann die Fachrichtung oder das Land wechseln. Sie fühlen sich im Alltag nicht ausreichend weitergebildet, im Dienst oft alleine gelassen und zweifeln am Dilemma zwischen ihren Idealen einer guten Patientenversorgung, Patientensicherheit und den strukturellen Bedingungen, die sie im deutschen Gesundheitswesen vorfinden.

Dr. med. Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, verwies auf den fächerübergreifenden „Workshop Mutterschutz“ der ÄK Nordrhein, der ein



Foto: Lukas Reus

Auf dem Podium diskutierten zusammen mit wechselnden Gastrednern (v. l.): Moderator Dr. med. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg; Constanze Weber, Sprecherin des Bündnisses Junge Ärztinnen und Ärzte; Sarah Woldu, Weiterzubildende Ärztin an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Köln; Prof. Dr. med. Ass. jur. Alexander Radbruch, Direktor der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsklinikums Bonn; San.-Rat Dr. med. Bernhard Lenhard, Vizepräsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Positionspapier zum Arbeiten in Schwangerschaft und Stillzeit erarbeitet hat, das zurzeit den Prozess für eine AWMF-Leitlinie durchläuft. Prof. Dr. med. Ass. jur. Alexander Radbruch, Direktor der Klinik für Neuroradiologie am Uniklinikum Bonn, zeigte sich offen für flexible moderne Arbeitskonzepte und betonte, die Qualität der Weiterbildungsbefugten werde sich herumsprechen und in Bewerbungszahlen niederschlagen. Er riet den Weiterzubildenden, mit den Füßen abzustimmen.

Die junge Ärzteschaft fordert zu Recht zeitgemäße Vorgaben für moderne Arbeits- und Weiterbildungskonzepte sowie Unterstützung durch die ärztliche Selbstverwaltung (SV). Gleichzeitig obliegt es uns selbst, für die Umsetzung berufspolitischer Errungenschaften im Arbeitsalltag einzustehen. Berufen Sie sich zum Beispiel auf die Beschlüsse des 128. Deutschen Ärztetages (<https://128daet.baek.de/Applications>). So tragen Sie dazu bei, dass aus erkannten Problemen nicht nur beschlossene Anträge werden, sondern diese Beschlüsse auch umgesetzt werden. Dafür können u. a. die Delegierten der Landesärztekammern, die Abgeordneten beim Deutschen Ärztetag, der Vorstand der Bundesärztekammer und alle anderen Involvierten in Politik und bei den Kostenträgern angesprochen werden. Die ärztliche SV lebt vom Interesse derjenigen, die sie vertritt und somit von Anregungen aus der gesamten Ärzteschaft. Die SV bietet

uns auch die Möglichkeit, aktiv am Gerüst unseres Berufsstandes mitzuarbeiten und auf die Ausgestaltung ärztlichen Arbeitens Einfluss zu nehmen. Die ärztliche SV und die Freiheit in der ärztlichen Berufsausübung sind ein Privileg. Nutzen Sie Ihre Chancen, zur Verbesserung der strukturellen Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen beizutragen.

Für uns Jüngere ist es wichtig, am Wissen der erfahrenen Kolleginnen und Kollegen teilhaben und von ihnen lernen zu dürfen. Nur im gemeinsamen Austausch wird es gelingen, den Generationenwechsel ambulant wie stationär zu gestalten und die Weichen für eine erfolgreiche Zukunft für unsere Generation und der uns Nachfolgenden zu stellen.

Ob in Niederlassung oder Klinik, ob erfahren oder am Anfang des Berufslebens, ob weiterbildend oder weiterzubildend und unabhängig von Ethnie, Religions- oder Geschlechtszugehörigkeit und unabhängig des Familienstandes gilt: Gemeinsam sind wir stark!

**Dr. med.
Dr. med. univ.
(UBFM/Belgrad)
Eva See**

Delegierte der
Landesärztekammer
Hessen, Ärztin in
Weiterbildung
Radiologie





Der 128. Deutsche Ärztetag in Fragen und Antworten

Hessische Abgeordnete ziehen ihr Fazit zur Hauptversammlung der BÄK in Mainz

Strittige Themen, die Rede von Minister Lauterbach und viele Anträge, über die diskutiert und abgestimmt wurde: Die hessischen Abgeordneten berichten von ihren Eindrücken des 128. Deutschen Ärztetages und ziehen ein Fazit der Tagung. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle, stellenweise gekürzte Auswahl.

1. Wie bewerten Sie die Rede von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach? Wurden darin die wichtigen Themen der aktuellen Gesundheitspolitik angesprochen?

Dr. med. Susan Trittmacher, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Der Bundesgesundheitsminister verkündete viele gute Absichten und weitere Gesetzesvorhaben, nur über die Art und Weise der Umsetzung spricht er nicht. Insbesondere zur Krankenhausreform bleiben viele Fragen offen. Auch wenn die Reform meines Erachtens notwendig und den Menschen auch zumutbar ist, so konnte ich keine politische Vision erkennen, wie in der Fläche eine adäquate Gesundheitsversorgung aufrechterhalten werden soll.

Dr. med. Wolf Andreas Fach, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Fromme Reden und sonst nichts Neues. Lauterbach hat in bestem Politikerdeutsch jede Antwort auf wichtige Fragen des Gesundheitswesens vermieden. Nebensächlichkeiten, leere Versprechungen und der Weg in die Staatsmedizin standen im Vordergrund. Insgesamt eine schnoddrige Rede, die den Bedürfnissen für die Fortentwicklung des Gesundheitswesens nicht im Ansatz gerecht wurde.

Petra Hummel-Kunhenn, Die Hausärzte: Lauterbach hat zwar von Gesprächsbereitschaft seinerseits geredet. Andererseits hat er klar gemacht, dass er seine Agenda unbeirrt weiterverfolgen und noch möglichst viele Gesetze durchbringen will. Die Probleme werden offensichtlich gesehen,

die Expertise der Ärztinnen und Ärzte aus der Praxis wird aber nicht herangezogen. Das beratende Expertengremium des Bundesgesundheitsministeriums setzt sich aus Universitätsprofessorinnen und -professoren zusammen, welche weder für die stationäre noch und schon gar nicht für die ambulante Versorgungsebene das Wissen und die Erfahrung zu Abläufen und Notwendigkeiten mitbringen. Diese Bereiche sind jedoch die Basis unseres Gesundheitssystems.

Yvonne Jäger, Marburger Bund: Lauterbach hat wie immer einen großen Bogen geschlagen, sich jedoch in der Zusage von „Prüfaufträgen“ verfangen. Wie lange soll noch geprüft werden? Leider habe ich praktikable Lösungen oft vermisst: So bemängelte er z. B., dass viele unnötige Behandlungen im Krankenhaus stattfänden, blieb aber die Antwort schuldig, wie die ambulante Versorgung so gestärkt werden kann, dass dies nicht mehr notwendig ist.

Dr. med. Lars Bodammer, Marburger Bund: Wie 2023 auch, kündigt der Minister wieder mal an, die Belange der Ärzteschaft zu prüfen. Dies führt bei der Ärzteschaft schon lange nicht mehr zu Zuversicht und Vertrauen, dass unsere Interessen im Sinne einer besseren Versorgung und unsere Sorgen über zunehmende Ungerechtigkeit in der Versorgung, ernst genommen werden. Das Regieren über neue Gesetze führte bisher nicht zu dem notwendigen Tempo, welches erforderlich ist, um den insbesondere in den Flächenregionen drohenden Untergang der Versorgung zeitgerecht zu stoppen. Dies wird sich am Thema neue Studienplätze messen lassen können.

Michael Andor, Die Hausärzte: Es sind immer wieder die selben Textbausteine, das Gezerre um die verschiedenen Gesetzgebungsverfahren geht munter weiter.

Dr. med. Jörg Focke, Marburger Bund: Im Hinblick auf die anstehenden Reformen hätte ich mehr inhaltliche Punkte erwar-

tet. Es wurde im Grunde nichts gesagt, was nicht auch schon bekannt ist. Ein Punkt ist mir dann doch positiv aufgefallen. Herr Prof. Lauterbach erwähnte in Zusammenhang mit den Reformvorschlägen das Personalbemessungstool der BÄK.

Dr. med. H. Christian Piper, Marburger Bund: Etwa 15 Gesetzesvorhaben sind in der Pipeline, sagt der Bundesminister. Alle sollen in wenigen Monaten beschlossen werden!? Wenn man die Unwuchten und grundlegend fehlende Folgenabschätzung bei den Entwürfen von KHVVG (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) und GVSG (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz) extrapoliert, dann steht revolutionäres Chaos statt echter Fortschritt vor der Tür. Schnell „Alles neu“ vor Qualität ist keine erfolversprechende Handlungsmaxime. Die Notfallversorgung, der Rettungsdienst, eine Ambulantisierung und zugleich Krankenhausreform, das kann bestenfalls nach einem Jahrzehnt stabilisiert werden. Aber vermutlich nicht in einer schon nahezu auslaufenden Wahlperiode.

Dr. med. Michael Weidenfeld, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: So wie Politiker halt reden. Er sprach vieles an, wurde aber wenig konkret. Es muss sich etwas ändern und er gab auch Beispiele dafür, aber wie ich mich jetzt konkret darauf einstellen kann, ist nicht klar. Besonders meine Zukunft als niedergelassener Facharzt bleibt im Dunklen. Bleibt die inhabergeführte freie Praxis oder werden wir Gebietsfachärzte in die Kliniken oder von wem auch immer geführte MVZ gezwungen?

Dr. med. Christoph Polkowski, Marburger Bund: Lauterbach hat selektiv die Punkte seiner politischen Agenda vorgestellt, bei denen es wenig Dissens mit der Ärzteschaft gibt. Positiv fand ich seine Aussage „Nicht miteinander reden, können wir uns nicht leisten“. Und seine Zusage, das Personalbemessungstool der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) in der Krankenhausreform einzuführen, wenn es funktioniere.

Fotos: J. Schwager, M. Maier, L. Reus



Dr. med. Susan Trittmacher, Petra Hummel-Kunhenn, Dr. med. Wolf Andreas Fach – von links

2. Wie beurteilen Sie die Rede von Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt?

Dr. Wolf Andreas Fach: Deutliche Worte zur Bedeutung von Ärztinnen und Ärzten für die Stabilität einer demokratischen Gesellschaft und den Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen. Betonung der Attraktivität der Weiterbildung und sehr deutliche Worte zur Einbindung der Ärzteschaft in aktuelle Entscheidungsprozesse. Hinweis auf ein Staatsversagen bei verschleppter GOÄ. Standing Ovation des Plenums.

Dr. Susan Trittmacher: Dr. Reinhardt hat alle Themen angesprochen. Aber er merkt selbst, wie gering die politische Gestaltungsmöglichkeit der Ärzte und Ärztinnen in den Gremien des Bundes ist.

Dr. Detlev Steininger: Eine klare Analyse der Problemfelder und punktgenaue Forderungen an die Politik.

Petra Hummel-Kunhenn: In der Rede des Präsidenten wurden alle brennenden Themen für die Ärzteschaft und der Bevölkerung auch im Kontext der zukünftigen Herausforderungen national und international wie Nachwuchsmangel, Überlastung aller im medizinischen Bereich Tätigen und (internationale) Krisen adressiert und hervorragend dargestellt.

Jutta Willert-Jacob: Souverän forderte unser Bundesärztekammerpräsident eine gegenseitig wertschätzende Gesundheitspolitik ein, einen gemeinsamen Gesundheitsgipfel mit ärztlicher Beteiligung im Kanzleramt, er plädierte für einen massiven Bürokratieabbau und übte Kritik an der Teil-Legalisierung von Cannabis unter Hinweis auf die Gefahren. Wertschätzend

lobte er den Mut des Bundesgesundheitsministers, die Krankenhausreform und deren Umbau umsetzen zu wollen. Viel Applaus erntete Reinhardt für seinen Slogan „Nie wieder ist jetzt!“, wo er in seiner Rede für Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte eintrat.

Yvonne Jäger: Die Forderung nach einem Gesundheitsgipfel im Kanzleramt zur umfassenden Lösung der anstehenden Herausforderungen ist längst überfällig (sollte aber meines Erachtens intrinsisch von der Politik ohne Aufforderung durch uns kommen).

Dr. Lars Bodammer: Kollege Reinhardt brachte viele Punkte und Forderungen in seiner gut strukturierten Rede, insbesondere Richtung Gesundheitsminister, zur Sprache. Mit fehlte jedoch die Vermittlung der Dringlichkeit in seiner Rede – angesichts der enormen Schwierigkeiten, vor denen Kliniken und Praxen mit existenzbedrohenden Auswirkungen stehen.

Dr. Jörg Focke: Herr Dr. Reinhardt stellt in seiner Rede klar, dass die freie ärztliche Berufsausübung auf unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung fußt. Er zeigt auf, wie Hass, Hetze und Diskriminierung diese Rechte bedrohen. All diese Aussagen waren sehr wichtig und ein gutes Signal.

Dr. Michael Weidenfeld: Im Ganzen sehr gut. Die freiheitlich demokratische Grundordnung, zu der wir Ärzte und Ärztinnen uns eindeutig bekennen, gilt es zu verteidigen. Die älter werdende und damit auch kränker werdende Bevölkerung trifft auf weniger Ärzte und begrenzte finanzielle Ressourcen. Hier wird es zu Problemen kommen. Weiterbildung: Diese ist Aufgabe der Kammern in einem freien Beruf.

Einmischung und Lenkung durch Dritte werden abgewiesen. Für mich war Reinhardts Aussage wichtig zur vertragsärztlichen Versorgung: Stabile und verlässliche Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung und deren nachhaltige Finanzierung sind grundlegend für ein zukunftsfähiges und resilientes Gesundheitssystem. Der Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich müssen entsprechende Maßnahmen auch für die Fachärztinnen und Fachärzte folgen!

Dr. H. Christian Piper: Einige wesentliche Kritikpunkte an der Gesundheitspolitik wurden genannt. Aber zu wenig konfrontativ. Konkrete Forderungen aus praktischer ärztlicher Kenntnis werden so weiterhin marginalisiert bleiben. Zu Lasten besserer Versorgungsqualitäten und von mehr Zeit für die Zuwendung für die Patienten.

Dr. Christoph Polkowski: Die Forderung nach einem Gesundheitsgipfel im Kanzleramt und die Verstärkung des Dialogs mit der Regierung waren gute konstruktive Vorschläge, um Ärztinnen und Ärzte in die Reform der sehr komplexen Gesundheitslandschaft in Deutschland mit einzubeziehen.

3. Welche Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie von besonderer Relevanz? Welche Folgen können aus Ihrer Sicht die Beschlüsse für Hessen haben?

Dr. Detlev Steininger: Der Leitantrag des Präsidiums der BÄK, in dem den Hausärztinnen und Hausärzten eine Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen zugesprochen wird, zum Beispiel durch die HZV-Verträge (Hausarztzentrierte Versorgung).

Petra Hummel-Kunhenn: Das Bekenntnis zur primärärztlichen Versorgung und Steuerung ist für mich als Hausärztin und für das gesamte Gesundheitssystem und die Versorgung der Bevölkerung aus meiner Sicht der relevanteste Beschluss.

Yvonne Jäger: Ich war besonders bewegt (und erschrocken, dass dies notwendig



geworden ist) vom klaren Bekenntnis zu Toleranz, Demokratie und Menschenrechten und von klarer Distanzierung zu allen extremen Strömungen. Nie wieder ist jetzt! Die Resolution wurde in dem Bewusstsein verfasst, dass Demokratie und Menschenrechte derzeit weltweit und in Deutschland so gefährdet sind wie seit Jahrzehnten nicht mehr.

Dr. Lars Bodammer: Die Resolution zum Bekenntnis für Demokratie und Pluralismus ist ein sehr wichtiges Statement der Ärzteschaft in dieser Zeit. Die Beschlüsse zum Thema Personalbemessungstool und zur Finanzierung der Weiterbildung halte ich ebenfalls für extrem wichtig.

Michael Andor: Die Ehrung von Prof. Dr. Gottschalk mit der Paracelsus-Medaille

Dr. Jörg Focke: Die Verabschiedung der Resolution für Demokratie und Pluralismus war einer der wichtigsten Beschlüsse. Nach der Unterzeichnung von über 200 Verbänden ist dies ein starkes Zeichen vom 128. Deutschen Ärztetag. Weiterhin gab es wichtige Beschlüsse zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, wie z. B. der Beschluss zum ÄPS der BÄK als Qualitätsmaßstab und Grundlage für die Refinanzierung ärztlicher Personalkosten, welche laut dem Beschluss gesetzlich verankert werden sollten.

Dr. Wolf Andreas Fach: Forderung nach Einbindung der Ärzteschaft in G-BA-Entscheidungen und nach Patientensteuerung bei begrenzten medizinischen Ressourcen. Ablehnung einer staatlichen Einflussnahme auf die Zulassungsgremien sowie einer Staatsmedizin mit Abschaffung ambulant tätiger Fachärztinnen und Fachärzte entsprechend der Empfehlung der

Regierungskommission. Hinweise auf den fehlenden Nutzen der ePA, auf die Notwendigkeit einer Regulierung von Investoren-MVZ und bessere Rahmenbedingungen für die Ausübung des ärztlichen Berufs.

Dr. H. Christian Piper: Viel Dringendes wurde adressiert: Augenmaß und klar evidenzbasierte Modernisierung des Gesundheitswesens. Ambulant-stationäre Vernetzung mit sachgerechtem Abbau von Sektorengrenzen. Rückführung budgetär getriebener Sektorenkämpfe. Sicherung der Zukunft für mehr ärztlichen Nachwuchs und Verschlinkung der kompetenzorientierten ärztlichen Weiterbildung. Optimierte Verbundweiterbildung zwischen den verschiedenen Weiterbildungsstätten, ambulant wie stationär. Dafür klar geregelte Vertragsverhältnisse und bessere Chancen für mehr Vereinbarung von Familie und Beruf.

Dr. Michael Weidenfeld: Unter anderem sind die Rahmenbedingungen für die Ambulantisierung fair zu gestalten und die notwendigen Strukturpassungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie für Krankenhäuser angemessen zu refinanzieren. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, die Beteiligung der Interessenvertretungen betroffener ärztlicher Fachgruppen bei Beratungen des G-BA obligatorisch vorzusehen. Dazu ist es notwendig, ein Mitberatungsrecht für die von den Beschlüssen betroffenen Fachgruppen analog zu § 140 f SGB V (Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten) einzuführen.

Dr. med. Nils Lenz, Marburger Bund: Zum einen die ausdrückliche Ablehnung einer

regional differenzierten Quotierung von Facharztweiterbildungsplätzen. Zum anderen die Förderung und der Schutz der ärztlichen Tätigkeit als freien Beruf. Beide Beschlüsse sichern uns Ärztinnen und Ärzten weiterhin die selbstbestimmte Berufsausübung zu.

Dr. Christoph Polkowski: Die Resolution für Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte war ein wichtiges Signal der Ärzteschaft. Die Landesärztkammer Hessen wird sich weiter um das Thema Verbundweiterbildung kümmern müssen. Hierzu gab es mehrere Beschlüsse.

Jutta Willert-Jacob: Neben der Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung, die Ablehnung von Primärversorgungszentren durch Öffnung der Level II Krankenhäuser für die hausärztliche Versorgung, begrüße ich den Trend zur Patientensteuerung durch ein verbindliches Primärarztsystem, das auch die Facharztschiene entlasten würde. Das erhält uns hoffentlich die hausärztliche Versorgung in Hessen und macht diese attraktiver für den medizinischen Nachwuchs. Die Forderung des Ärztetages nach Einrichtung gemeinsamer und vernetzter Leitstellen im ÄBD (Fon 116117) und des Rettungsdienstes (Fon 112) ist wünschenswert und wird in Hessen bereits ausgearbeitet.

4. Wurde das Schwerpunktthema ärztliche Fort- und Weiterbildung auf dem 128. DÄT zu Ihrer Zufriedenheit behandelt?

Dr. Susan Trittmacher: Zumindest wurde die ärztliche Weiterbildung als Schwerpunktthema behandelt – endlich! Die notwendigen Anpassungen (zunehmende Ambulantisierung der Behandlung vieler Erkrankungen; Weiterbildungsstellen vor dem Hintergrund der Krankenhausreform einerseits und dem Fachkräftemangel andererseits; u. a. m.) wurden diskutiert und durch erste Beschlüsse auf den Weg gebracht. Fortsetzung dringend empfohlen!

Dr. H. Christian Piper: Ja, sowohl mit der Novelle der Fortbildungsordnung wie mit dem konkreten Auftrag, die Muster-WBO zu verschlinken. Forderungen nach Büro-

Fotos: Vitos Hochtaunus, Lukas Reus (2)



Yvonne Jäger, Dr. med. Lars Bodammer, Michael Andor – von links

kratieabbau, Qualitätsverbesserung im Miteinander von Weiterzubildenden und Weiterbildern und Erleichterungen beim eLogbuch wurden heiß diskutiert und angenommen. Und: Neue Ansätze zur Finanzierung der Weiterbildung für alle Facharztgebiete werden als „sine qua non“-Thema verfolgt.

Dr. Detlev Steininger: Teils, teils. Das Thema wurde breit aufgerollt, eine ausreichende Aussprache über Konfliktbereiche konnte aus Zeitmangel nicht stattfinden.

Petra Hummel-Kunhenn: Die ärztliche Fort- und Weiterbildung wurde in vielen Themen diskutiert, manche aus meiner Sicht zu knapp, andere sehr intensiv. Den Beschluss zu einer Anpassung der Weiterbildungszeit an EU-Mindeststandards sehe ich als Allgemeinmedizinerin kritisch, aber er ist auch für viele weitere Fachgebiete relevant.

Yvonne Jäger: Endlich war die Diskussion auch einmal offen für die uns in der Realität begegnenden Probleme. Die Erkenntnis, dass die Weiterbildung überladen ist, setzt sich langsam durch, das scheint aufgrund diverser Verordnungen jedoch nur mühsam zu ändern zu sein.

Dr. Lars Bodammer: Das Thema eLogbuch wurde intensiv besprochen. Ich halte es für wichtig, dass für eine gute Weiterbildung und vor allem für eine zuverlässige Evaluation und stetige Verbesserung das eLogbuch weiter verbessert wird.

Michael Andor: Nein. In diesem Bereich sollte statt Kontroversen und berufspolitischen Mehrheiten besser Sachverstand walten.

Dr. Jörg Focke: Hierzu erfolgte ein Bericht über die Evaluation der Weiterbildung und über die Fort- und Weiterentwicklung des eLogbuchs. Aktuell wird dazu eine App entwickelt, wo auch noch Testanwender gesucht werden. Die Weiterentwicklung des eLogbuchs ist dringend geboten. Das ist eine gute Rückmeldung.

Dr. Michael Weidenfeld: Ja, ausreichend. Wichtig für uns ist die neue Fortbildungsordnung. Sehr wichtig ist es auch, die ge-



Fotos: Peter Jülich, Lukas Reus (2)

Dr. med. Jörg Focke, Dr. med. H. Christian Piper, Dr. med. Michael Weidenfeld – von links

setzlichen Hürden für eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung zu beseitigen und eine suffiziente finanzielle Förderung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu etablieren. Für die Zeit der ärztlichen Weiterbildung müssen daher insbesondere die Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung überprüft und entsprechend angepasst werden.

Dr. Wolf Andreas Fach: Die Weiterbildungsordnung 2018 wurde aktualisiert, gleichzeitig die Fortentwicklung der WBO eingeleitet. Weiterbildung muss qualitativ verbessert, intensiviert und evaluiert werden. Gleichzeitig sind Weiterbildungszeiten zu flexibilisieren, um Erziehungszeiten und Sorge-Zeiten zu ermöglichen. Weiterbildung muss sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich adäquat finanziert werden, das gilt besonders für den ambulanten fachärztlichen Bereich. Eine nicht-ärztliche Einflussnahme muss dabei ausgeschlossen werden. Die Weiterentwicklung der ärztlichen Fortbildung wurde leider thematisch nicht vertieft.

Dr. Nils Lenz: Keineswegs. Von insgesamt 39 Anträgen zum Thema ärztliche Fort- und Weiterbildung wurden lediglich 14 angenommen. 14 weitere Anträge wurden an den Vorstand überwiesen, sieben wurden abgelehnt und mit vier Anträgen wurde sich nicht befasst. Besonders bemerkenswert und bitter finde ich, dass sich mit allen Anträgen zum Thema Weiterentwicklung der ärztlichen Fortbildung nicht befasst wurde.

Jutta Willert-Jacob: Leider wurde die Nachwuchsförderung und die Erhöhung von Medizinstudienplätze nicht mit der

notwendigen Intensität behandelt, wie es nötig gewesen wäre. Insbesondere die Problematik bei der Ambulantisierung der Krankenhäuser hat verschiedene Auswirkungen auf die Ausbildungsinhalte: durch neue Ausbildungsstrukturen (enge Kooperationen von Krankenhäuser mit ambulanten Strukturen, um Ausbildungsplätze und Rotationen zu ermöglichen), durch veränderte Lernumgebungen (denn die Vielfalt der Patienten und der Krankheitsbilder im ambulanten Setting macht auch die Ausbildung vielseitiger), durch neue organisatorische Aspekte, und auch ethische und rechtliche Aspekte, die gar nicht angesprochen worden sind.

Dr. Christoph Polkowski: Positiv fand ich, dass in der Dialogveranstaltung für junge Ärztinnen und Ärzte die breite Palette an Aspekten, die mit der Weiterbildung in Zusammenhang stehen, diskutiert wurde. Leider gab es zu wenig konkrete Lösungen für die Probleme der Weiterbildung – vielleicht dann nächstes Jahr in Leipzig!?

5. Wie empfanden Sie den Sachstandsbericht und die Diskussionen zum Thema Personalbemessungstool?

Petra Hummel-Kunhenn: Da ich dieses Thema aufgrund meiner langjährigen Tätigkeit in einer Einzelpraxis bisher nur von außen betrachten kann, bin ich über die Informationen, welche ich erhalten habe dankbar, und fühle mich jetzt zur ÄPS-BÄK informiert.

Yvonne Jäger: Endlich ist das Thema auch in der Politik angekommen. Gute Qualität und suffiziente Versorgung geht nur mit ausreichendem und vollständig refinan-



Fotos: privat (1), Lukas Reus (2), Peter Jülich (1)



Dr. med.
Christoph
Polkowski,
Dr. med. Detlev
Steininger,
Dr. med.
Nils Lenz,
Jutta Willert-
Jacob –
von links

ziertem Personal – auch im ärztlichen Bereich. Die Zeiten von „irgendwie geht’s schon weiter“ sind vorbei.

Dr. Wolf Andreas Fach: Konstruktiv und notwendig.

Jutta Willert-Jacob: Das von der Bundesärztekammer entwickelte System (ÄPS-BÄK) soll im Rahmen der Krankenhausreform eine ausreichende Ausstattung der Krankenhäuser mit Ärztinnen und Ärzten gewährleisten. Für ausführlichere Erklärungen fehlte leider die Zeit.

Dr. Lars Bodammer: Es wurde übersichtlich und konkret über den aktuellen Stand und die zeitliche Umsetzung berichtet. Für mich hat es verdeutlicht, dass wir mit dem Personalbemessungstool nicht nur in den Kliniken für weniger Willkür der Geschäftsführung sorgen können, sondern auch der Politik Mittel an die Hand geben können, gesetzliche Vorgaben für eine Versorgungssicherung zu etablieren.

Michael Andor: Teuer und zweischneidig. Dies geht über den Gesetzesauftrag der Kammer hinaus.

Dr. Jörg Focke: Die Präsentation der Sachstandsberichte war insgesamt ausführlich und informativ. Die Diskussion empfand ich als respektvoll und konstruktiv.

Dr. Detlev Steininger: Interessant, aber nur für den stationären Bereich.

Dr. H. Christian Piper: Das neue Planungsinstrument ist offensichtlich nicht nur sehr gut überlegt, sondern schon mit strukturierten Erprobungen schnell weitergekommen. Sogar das Bundesministerium ist in die Bewertung eingestiegen; im Blick auf seine angedachten Reformen

und unter dem Druck des zunehmenden Fachkräfte- und Facharztmangels. Chapeau den Autoren!

Dr. Michael Weidenfeld: Sehr informativ und spannend. Ich bin mal gespannt, was daraus wird. Aber der 128. Deutsche Ärztetag hat gefordert, dass das Ärztliche Personalbedarfsbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) im Rahmen des KHVVG gesetzlich verankert werden soll.

Dr. Christoph Polkowski: Das Personalbemessungstool der Bundesärztekammer gewinnt durch die geplante Krankenhausreform noch mal deutlich an Bedeutung. Es könnte der Weg sein, um von willkürlicher Stellenzuteilung und -kürzung wegzukommen und eine objektive Grundlage für das Thema „Personalmangel“ schaffen. Zusätzlich hilft es bei der Frage, welche Tätigkeiten in Zukunft ärztliche Aufgabe sein sollen und was ggf. delegiert werden kann.

6. Wie lautet Ihr Fazit des 128. Deutschen Ärztetages?

Petra Hummel-Kunhenn: Ich war das erste Mal als Beobachterin auf einem Deutschen Ärztetag. Ich konnte einen guten Eindruck über die Arbeit auf dem Ärztetag und Einblicke in viele Themen gewinnen und fühle mich auf eine Tätigkeit als Ersatzdelegierte/Delegierte vorbereitet, da ich die Aufgaben der Delegierten und die Abläufe kennenlernen konnte.

Dr. Lars Bodammer: Im Vergleich zu anderen Ärztetagen haben wir relativ unaufgeregt die aktuellen Themen der Ärzteschaft abarbeiten können. Angesichts der prekären wirtschaftlichen Lage in Kliniken und absehbar auch im ambulanten Bereich

wünschte ich mir aber mehr Aufmerksamkeit in der Politik und der allgemeinen Presse für unsere Belange.

Yvonne Jäger: Der Deutsche Ärztetag war geprägt von lebendigen, meist zielführenden, aber immer von gegenseitigem Respekt getragenen Diskussionen. Hier wurden Demokratie und Pluralität gelebt.

Michael Andor: Der Primärarzt kommt.

Dr. H. Christian Piper: Es wurde parlamentarisch hart gearbeitet und oft konstruktiv und weiterführend aus dem Plenum gesprochen. Leider immer noch mit vielen Redundanzen in Wortbeiträgen von einigen „Immer-dabei-Diskutanten“. Organisatorisch ist deutliches Verschanken zu wünschen, was jetzt beim Änderungsversuch der Geschäftsordnung auf Grund liegt. So werden wir öffentlich eher weniger statt mehr Wucht für die Argumente der Ärzteschaft erleben. Dazu braucht es neue Performance-Ideen.

Dr. Detlev Steininger: Ein breiter Austausch der für diesen Ärztetag gewählten Vertreter der deutschen Ärzteschaft mit einem breiten Meinungsspektrum.

Dr. Michael Weidenfeld: Für mich wichtige Schlagworte, mit denen ich mich weiter auseinandersetzen werde, sind: Primärarztversorgung oder hausärztliche Primärversorgungszentren; Maßnahmen zur Patientensteuerung sind notwendig; nach der Endbudgetierung der Hausärzte ist jetzt auch die Endbudgetierung der Fachärzte notwendig. Eine Auflösung der durch Eigentümer ambulant geführten Facharztpraxen halte ich für falsch.

Dr. Nils Lenz: Zu viele Formalien. Der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den



einzelnen Anträgen wurde zu wenig Zeit eingeräumt. Ein umfassendes Bild über alle Anträge zu erhalten, war schier unmöglich.

Dr. Wolf Andreas Fach: Zwiespältig. Einstimmige Resolution für Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte. Entwicklung vieler Gemeinsamkeiten innerhalb des ärztlichen Handelns wie z. B. dem

Thema Weiterbildung. Ohnmächtig gegenüber einer planmäßigen Staatsmedizin à la Schmidt, Lauterbach und Adepten.

Jutta Willert-Jacob: Der Ärztetag bietet immer die Möglichkeit zu Austausch und Vernetzung – über alle Landesgrenzen hinweg. Dabei kommt es auch zu Diskussionen, die für viele sehr inspirierend sind.

Dr. Christoph Polkowski: Es war eine tolle Erfahrung, das erste Mal als Abgeordneter dabei zu sein. Aufgrund der Fülle an Themen kommt die Diskussion leider teilweise zu kurz. Entscheidend ist, wie immer, was am Ende dann auch umgesetzt wird.

**Katja Möhrle, Lukas Reus,
Isolde Asbeck**

Willkommen in Ihrer Kammer!

Die Landesärztekammer Hessen und ihre sechs Bezirksärztekammern stellen sich bei einem Begrüßungsabend am 10. Oktober vor

Was muss ich bei der Weiterbildung beachten? Welche Stelle hilft mir bei der Anerkennung von Abschlüssen? Und wie bekomme ich Hilfe vor Ort?

Viele Fragen können Ärztinnen und Ärzte frisch aus dem Studium, Studenten, aber auch erfahrene Kollegen, die neu in der Landesärztekammer Hessen sind, umtreiben. Dafür bietet die Ärztekammer zusammen mit ihren Bezirksärztekammern einen Begrüßungsabend unter dem Motto „Willkommen in Ihrer Kammer!“ am Do., 10. Oktober 2024 an. Die Veranstaltung findet gleichzeitig in Gießen, Marburg, Fulda, Frankfurt, Wiesbaden und Darmstadt sowie online statt. Der Abend wird zweiteilig: Im ersten Teil stellen sich zen-

trale Abteilungen der Landesärztekammer Hessen wie etwa die Abteilung für Ärztliche Weiterbildung, Recht oder auch das Versorgungswerk vor. Anschließend werden ausgewählte Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beantwortet. Im zweiten Teil, der ausschließlich bei den jeweiligen Bezirksärztekammern lokal stattfindet, werden diese sich und ihre Aufgaben ihren neuen Mitgliedern vorstellen.

Bei der Anmeldung unter dem nachstehenden Link und QR-Code können Sie sich für den Abend anmelden. Dort geben Sie bitte Ihre jeweilige Bezirksärztekammer an, bei der Sie in Präsenz zu Gast sind (der erste Teil wird in Ihre Bezirksärztekam-

mern gestreamt). Wollen Sie nur online dabei sein, können Sie leider nicht am zweiten Teil in der jeweiligen Bezirksärztekammer teilnehmen. Auch würden wir uns über Ihre Fragen freuen, die Sie bitte im Formular ebenfalls stellen können. Landesärztekammer und die Bezirksärztekammern freuen sich über Ihre rege Teilnahme!

Anmeldung via:
<https://events.laekh.de/willkommeninderkammer>



Dr. med. Eve Craigie
Stellvertretende Ärztliche
Geschäftsführerin der
Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

SAVE THE DATE

Willkommen in Ihrer Ärzttekammer

10. Oktober 2024
18–20 Uhr

Online und vor Ort in Ihrer
Bezirksärztekammer

Neuer Qualifizierungslehrgang für MFA „Gynäkologie und Geburtshilfe“

Im Gespräch mit Dr. Klaus Jürgen Doubek, Berufsverband der Frauenärzte

Das neue Bildungsangebot der Carl-Oelemann-Schule (COS) basiert auf einem der jüngsten Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer. Zur aktuellen Entwicklung hat die COS mit Dr. med. Klaus Jürgen Doubek, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. (BVF) und Delegierter der Landesärztekammer Hessen, gesprochen.

Herr Dr. Doubek, der Fachkräftemangel ist in aller Munde und die Berufsgruppe MFA gehört dazu. Wie bewerten Sie die Situation in den gynäkologischen Praxen?

Dr. med. Klaus Jürgen Doubek: Insgesamt ist der Fachkräftemangel auch in gynäkologischen Praxen eine ernsthafte Herausforderung – insbesondere in Regionen, in denen der Arbeitsmarkt begrenzt ist oder in denen der Wettbewerb um Fachkräfte hoch ist. Fachkräftemangel beeinträchtigt den Praxisbetrieb, erhöht für das Praxisteam die Arbeitsbelastung und hat verlängerte Wartezeiten für Patientinnen zur Folge. Insbesondere im Fachgebiet der Gynäkologie ist die Patientenbindung besonders wichtig, da viele Patientinnen eine langfristige und vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Gynäkologen oder ihrer Gynäkologin aufbauen. Ein Mangel an qualifiziertem Personal oder eine Überlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

kann dazu führen, dass die persönliche Betreuung und die Zuwendung in Praxen leiden, was sich negativ auf alle Beteiligten und insbesondere auch auf die Patientenzufriedenheit auswirken kann.

Die Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist eine Investition, nicht nur finanziell, sondern auch zeitlich. Wenn Fachkräfte in den Arztpraxen fehlen, ist es schwierig, zusätzliche Abwesenheitszeiten für Bildungsmaßnahmen zu ermöglichen. Worin sehen Sie den Mehrwert für Ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, wenn sie gemeinsam mit ihren Mitarbeitenden in diese neue Fortbildung investieren?

Doubek: Die Bewältigung des Fachkräftemangels erfordert oft eine Kombination aus Maßnahmen wie verbesserten Arbeitsbedingungen sowie attraktiveren Gehältern und Leistungen. Parallel spielt heute eine gute Weiterbildung von MFA eine wichtige Rolle, um das kompetente Praxisteam zu unterstützen, ihren Interessen nachzukommen und ihre Fähigkeiten zu erweitern. Die medizinische Versorgung entwickelt sich ständig weiter, gleichzeitig hat die Verwaltungsarbeit in Arztpraxen enorm zugenommen, insbesondere aufgrund von komplexeren Abrechnungs- und Dokumentationsvor-



Foto: © BVF

Dr. med. Klaus Jürgen Doubek

schriften sowie der Einführung digitaler Techniken. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, ist es wichtig, in die Weiterbildung der Praxismitarbeiterinnen gezielt zu investieren, effiziente Arbeitsabläufe zu implementieren und dabei gute Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit zu bewahren.

Es gibt sehr viele Bildungsanbieter mit guten Angeboten. Warum unterstützen Sie das Konzept der Bundesärztekammer, Mustercurricula für MFA zu entwickeln?

Doubek: Wir sehen das Potenzial, dass Mustercurricula dazu beitragen können, die Ausbildung und Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten im Fachgebiet zu verbessern. Sind Ausbildungsanforderungen klarer definiert und transparenter, dürften alle Beteiligten davon profitieren. Für MFA könnten sich die berufliche Mobilität erleichtern und mehr Möglichkeiten eröffnen, die dazu beitragen, Engpässe in bestimmten Regionen oder Fachbereichen – wie der Gynäkologie und Geburtshilfe – zu mildern. So eine Entwicklung würde letztendlich sowohl den Fachkräften selbst als auch den Facharztpraxen und Patientinnen zugutekommen.

Interview: Tanja Oberwallner
Öffentlichkeitsarbeit der COS

Folgende Inhalte umfasst der 80-stündige Lehrgang:

- Häufige gynäkologische Krankheitsbilder
- Gynäkologische Onkologie
- Empfängnisverhütung
- Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin
- Schwangerschaft und Wochenbett
- Klimakterium
- Apparative Diagnostik
- Urogynäkologie
- Kommunikation und Gesprächsführung
- Wahrnehmung und Motivation

Beginn des Qualifizierungslehrgangs für MFA ist am 28.08.2024.

Informationen finden sich auf der Webseite unter <https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa/qualifizierungslehrgaenge/detail/gynaekologie-und-geburtshilfe-80-stunden>

Kurzlink: <https://tinyurl.com/yteypbw3>

Ansprechpartnerin: Julia Werner

E-Mail: julia.werner@laekh.de

Fon: 06032 782-185





Hitzeaktionstag: Landesärztekammer Hessen spendet Sonnenhüte und informiert über Hitzeschutz

Auch in diesem Jahr beteiligte sich die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) am bundesweiten Hitzeaktionstag, der 2023 erstmalig von der Bundesärztekammer und der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) e. V. initiiert wurde. Dieses Jahr rückten für die Kammer Obdachlose und mittellose Menschen in den Fokus, die von Hitze und deren Folgen in besonderem Maße betroffen sind. Mit Sonnenhüten und Infolyern im Gepäck besuchten Vertreterinnen und Vertreter der LÄKH den Kapuzinertreff und die Malteser Migranten Medizin in Frankfurt. Der Franziskustreff in Frankfurt bietet obdachlosen und armen Menschen in der Innenstadt ein reichhaltiges Frühstück an. Diese Einrichtung gehört zur Franziskustreff-Stiftung und wurde von der Deutschen Kapuzinerprovinz als Frühstücks-



Sonnenhut, Tragetasche und Infolyer

raum für obdachlose und arme Gäste im Kapuzinerkloster an der Liebfrauenkirche in Frankfurt am Main gegründet. Bis zu 180 Menschen in Not nehmen das rein spendenfinanzierte Hilfsangebot täglich an. Dort überreichte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski zwei vollgepackte Kisten an den Leiter des Kapuzinertreffs Bruder Michael Wies. „Sowohl von der Hitze als auch von der direkten Sonneneinstrahlung gehen Gefahren für die Gesundheit aus, von denen besonders Obdachlose und mittellose Menschen be-



Landesärztekammerpräsident Edgar Pinkowski (rechts) und Bruder Michael bei der Übergabe.

troffen sind“, machte Pinkowski bei seinem Besuch deutlich. Die Sonnenhüte sind zur Weitergabe an die Besucherinnen und Besucher des Frühstückstreffs vorgesehen. Eine weitere Übergabe von Sonnenhüten und Infolyern fand am 10. Juni in Zusammenarbeit mit der Malteser Migranten-Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung statt. „Wir müssen das Bewusstsein für die Gefahren von Hitze und die Maßnahmen zum Schutz fördern“, betonte Dr. med. Christian Schwark, Vizepräsident der LÄKH, bei seinem Treffen u. a. mit dem medizinischen Leiter James Jacobsen. Die rein ehrenamtlich arbeitende Anlaufstelle behandelt und berät seit über zehn Jahren mittellose, nicht krankenversicherte Menschen kostenlos. Die Sprechstunde findet jeden Montag

von 15–19 Uhr im Medicentrum am Markus Krankenhaus statt. Wer die grundlegenden Empfehlungen zum Umgang mit sommerlichen Temperaturen beherzigt, kann auch bei großer Hitze gesund bleiben – darüber waren sich alle Beteiligten einig.

**Maren Siepmann
Marissa Leister**



Sonnenschutz für die Malteser Migranten Medizin am Markus Krankenhaus Frankfurt: die Ärzte James Jacobsen, Michael Schmidt, Dr. med. Gabriele Becker-Hessemer, dann Annette Lehmann, Stadtbeauftragte Malteser Hilfsdienst Frankfurt, und Dr. med. Christian Schwark, Vizepräsident der LÄKH.

Fotos: Maren Siepmann (2)

Foto: Katja Kölsch



Abteilungen der Landesärztekammer Hessen stellen sich vor

Zentrales Mitgliederdatenmanagement (ZMD)

Annette Seelig, Sandra Richter

Blick hinter die Kulissen: Im Rahmen einer Serie stellen sich Abteilungen der Landesärztekammer vor.

Von Scanarbeiten bis zu Massenmailings

Die Aufgaben im Zentralen Mitgliederdatenmanagement sind vielfältig, die Bandbreite der Tätigkeiten groß. Viele Aufgaben sind projektbezogen und kommen nur einmal im Jahr vor, andere Aufgaben sind wiederkehrend.

Die sieben Mitarbeiterinnen der Abteilung sind in drei Teams aufgeteilt, die sich jeweils ein Aufgabengebiet teilen. Unser Ziel ist es jedoch, auch über den Tellerrand zu blicken und Aufgaben aus anderen Teams erledigen zu können. Dies ist neben der Möglichkeit, Ausfälle zu kompensieren, auch immer lehrreich und dient dazu, Zusammenhänge besser verstehen zu können.

Mitgliederdaten

Das Herzstück der Arbeit in diesem Team ist die Mitgliederdatenbank.

Verwaltung und Controlling der Mitgliederdatenbank

Alle Themen und Aufgaben drehen sich um die in der Datenbank abgespeicherten Mitgliederdaten. Mit Aufnahme einer Ärztin bzw. eines Arztes in die Landesärztekammer Hessen wird ein Mitgliederdatensatz angelegt sowie eine elektronische Mitgliedsakte. Die Pflege der Daten obliegt den Bezirksärztekammern, die Verwaltung und Qualitätskontrolle dem ZMD. Zur Sicherung der Qualität der Daten finden regelmäßige Plausibilitätskontrollen statt.

Nur was drin ist, kann auch ausgewertet werden

Grundsätzlich gilt: Nur eingepflegte Daten können auch wieder abgefragt werden. Deshalb ist es immens wichtig, dass die Abteilung detaillierte inhaltliche und technische Vorgaben macht, welche Daten und in welcher Form die Daten in der Datenbank abgelegt sein sollen.

Es gibt eine Vielzahl an Anfragen zu den Daten, die in der Datenbank vorgehalten werden. Ein regelmäßiger Datenaustausch auf gesetzlicher Grundlage findet mit der Kassenärztlichen Vereinigung, den Gesundheitsämtern und dem Versorgungswerk statt. Zudem gibt es Anfragen von extern an die Landesärztekammer, wie statistische Auswertungen von Qualifikationen oder Tätigkeiten bestimmter Arztgruppen. Alle Auswertungen müssen immer mit den Gesetzen des Datenschutzes konform gehen und werden bei Anforderungen Dritter von Zeit zu Zeit aus diesem Grund auch abgelehnt. Turnusmäßig werden Monats- und Jahresstatistiken erstellt und veröffentlicht sowie interne Exporte für die tägliche Arbeit gemacht.

Massenmailings

Sofern wir die Einwilligung des Mitglieds vorliegen haben, dass die E-Mail-Adresse für derlei Informationen verwendet werden darf, werden per E-Mail die Veranstaltungshinweise der Bezirksärztekammern oder der Akademie versendet. Immer öfter werden aber auch Informationen zu den ureigensten Aufgaben der Kammer aus Zeit- und Kostengründen per E-Mail an alle Mitglieder verteilt. Diese sogenannten Massenmailings sind ebenfalls eine Kernaufgabe der Abteilung geworden. Für diese Form der Informationsweitergabe ist es enorm wichtig, dass der Kammer aktuelle Kontaktdaten vorliegen, was auch in der Meldeordnung verankert wurde.

Konzepte für Entwicklungen/Anwendungen

Gesetzliche Änderungen erfordern regelmäßige Anpassungen einzelner Datenbankfelder und auch der Wertelisten, die der Vereinfachung der Pflege der Mitgliederdaten dienen. Ab und an werden Programmanpassungen oder Neuentwicklungen nötig. Die Mitarbeiterinnen des ZMD fungieren dabei als Schnittstelle zwischen der Fachabteilung und der EDV. Es werden Konzepte erstellt und Anforderungen an die EDV weitergegeben. Erst wenn nach der Entwicklung alle Testungen erfolgreich waren, werden diese Neuerungen ins Tagesgeschäft übernommen (produktiv geschaltet). Auch bei der Erstellung und Befüllung der Testkataloge unterstützen die Mitarbeiterinnen des ZMD.

Da auch für andere Fachabteilungen das Herzstück Mitgliederdatenbank unerlässlich ist, greifen Anwendungen der Fachabteilungen auf die Daten der Mitgliederdatenbank zu. So werden beispielsweise die Stammdaten der Mitglieder für die Anerkennungsstelle und den Beitrag benötigt, die Ausbilder für die Medizinischen Fachangestellten oder die Dienststellen der Mitglieder für die Abteilung Weiterbildung.



Leitungsteam und Mitgliederdaten: Annette Seelig (links, Leitung) und Sandra Richter (stellv. Leiterin)



Fotos: Isolde Asbeck (5)

Team Punktekonto: Maria Kokka-Koutsidou (links) und Tanja Schäfer

Punktekonto

Fortbildungspflichtige Vertrags- und Krankenhausärztinnen und -ärzte sind gesetzlich verpflichtet, sich fortzubilden und innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraums 250 Fortbildungspunkte zu sammeln. Diese Fortbildungen sind gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. dem Klinikdirektor nachzuweisen. Für die Verwaltung dieser Fortbildungspunkte führt die Landesärztkammer individuelle Fortbildungskonten. Auf ganz unterschiedlichen Wegen können die Punkte absolvierter Veranstaltungen auf diesen Konten eingehen. Durch modernen EDV-Einsatz werden die Methoden der elektronischen Punktemeldung stetig verbessert. Grundlagen für die Punktebuchung sind die sogenannte Veranstaltungsnummer (VNR) und die Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) des Mitglieds. Die VNR wird während des Zertifizierungsvorgangs in unserer Anerkennungsstelle generiert und enthält alle Informationen zu der Veranstaltung einschließlich der zu erhaltenden Punkte. Mit Hilfe der EFN werden diese dann dem Konto des Mitglieds zugeordnet.

Leider kämpfen die Mitarbeiterinnen des Punktekontos bei der Bearbeitung der eingehenden Dokumente immer wieder damit, dass sie unvollständig sind oder EFN in unleserlicher Handschrift eingetragen werden, wenn die Aufkleber nicht zur Hand sind. Trotz ca. 500 eingehender Dokumente pro Tag verlässt die Mitarbeiterinnen jedoch selten die gute Laune und so werden auch am Telefon noch zahlreiche Fragen der Mitglieder zu Punktekontoständen oder der elektronischen Punkteerfassung beantwortet.

Erfassungsstelle

In der Erfassungsstelle dreht sich alles um die elektronisch abgelegte Mitgliedsakte in unserem derzeitigen Archivsystem DocuWare. Für jeden Kammerangehörigen wird eine solche Akte angelegt. Welche Dokumente für eine Meldung erforderlich und darin abzulegen sind, regelt die Meldeordnung.

Umzug und Vervollständigung der Mitgliedsakten

Mitglieder kommen und gehen. In den letzten Jahren sind neben kontinuierlich steigenden Mitgliederzahlen auch zunehmende Wechsel der Dienststellen unserer Mitglieder zu verzeichnen. Da-

mit steigen auch die zu bearbeitenden Papierberge in der Erfassungsstelle stetig an. So landen in diesem Team bei einer Erstmeldung zunächst alle für die Anmeldung erforderlichen Dokumente, wo sie geprüft und gescannt werden. Die weitere Bearbeitung erfolgt durch die zuständige Bezirksärztkammer im Portal. Kommt es nach Prüfung aller Voraussetzungen zu einer Aufnahme in der LÄK Hessen, so werden automatisch alle gesichteten Unterlagen in das Archivsystem verschoben. Die in Papierform vorliegenden Dokumente werden mit Ausnahme von Originalen entsorgt. Durch ein Vieraugenprinzip (das sogenannte ersetzende Scannen) wird bei diesem Prozess sichergestellt, dass alle Dokumente, die zuvor in Papierform vorlagen, vollständig und lesbar in der digitalen Akte abgelegt sind.

Jeder Wechsel in eine andere Kammer bzw. jeder Wiedereintritt in die Landesärztkammer schlägt erneut in der Erfassungsstelle auf. So muss bei einem Wegzug die gesamte Mitgliedsakte mit dem Mitglied in den neuen Kammerbereich umziehen. Das bedeutet, dass die Akte aus dem Archivsystem ausgedruckt und per Post an die aufnehmende Kammer gesendet wird. Im Gegenzug dazu wird bei Zugang des Mitglieds aus einer anderen Kammer die per Post eingegangene Akte gescannt, sortiert und der Bezirksärztkammer zur weiteren Bearbeitung und Kommunikation mit dem Mitglied im Portal digital zur Verfügung gestellt.

Mit demselben Verfahren werden auch eingehende andere Dokumente, wie erworbene Urkunden oder Änderungsmeldungen behandelt, die nach der Bearbeitung durch die Bezirksärztkammern ebenfalls der digitalen Mitgliedsakte zugefügt und anschließend vernichtet werden. Die Scanner stehen also nie still und haben schon etliche Rollenwechsel erlebt.

Die Digitalisierung hält Einzug

Die fortschreitende Digitalisierung ist aber zum Glück auch endlich in der Erfassungsstelle angekommen. Seit diesem Jahr können bei Kammerwechsel Mitgliedsakten auf elektronischem Weg entgegengenommen werden und in das Archivsystem geschoben werden. Über die gleiche Schnittstelle kann die digitale Akte auch weitergeben werden. Für die einheitliche Sortierung und Übermittlung dieser digitalen Akten bedarf es allerdings noch einiger Feinabstimmungen zwischen den Kammern. Außerdem



Foto: Selfie

Team Erfassungsstelle: Monika Kuhn (links), Jessica Kleinheider (rechts) und Silvija Amend (ohne Foto).



nimmt noch nicht jede Kammer an diesem Austausch teil, aber wir hoffen sehr, dass hier bald alle mit aufspringen.

Teamübergreifende Projekte

Projektbezogene Aufgaben werden ebenfalls in unserer Abteilung angesiedelt.

Weiterbildungsregister und andere

Unser ständiger Begleiter ist das alljährliche Weiterbildungsregister geworden, zu dem die Abteilung nach Aufforderung der Weiterbildungsbefugten alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in einer eigenen Anwendung erfasst. Andere Projekte wie Meldedatenaktualisierungen werden bedarfsweise ins Leben gerufen.

Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) – Bestellung

Seit etwa fünf Jahren gibt es in der Telematikinfrastruktur verpflichtende Anwendungen, für deren Bedienung ein eHBA erforderlich

ist. Im Rahmen der Beantragung eines eHBA wird für den eigentlichen Antrag bei einem Kartenhersteller eine von der Ärztekammer vergebene Vorgangsnummer benötigt. Nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die Mitglied einer Kammer sind, können einen solchen Ausweis beantragen. Die Mitarbeiterinnen des ZMD haben im Laufe der vergangenen Jahre bereits knapp 30.000 solcher Bestellungen entgegengenommen und die Arzteilgenschaft überprüft. Natürlich gibt es hierzu zahlreiche Rückfragen der Mitglieder und das Telefon steht an manchen Tagen niemals still. Alle Fragen rund um das Thema eHBA werden von den Mitarbeiterinnen des ZMD bestmöglich beantwortet.

Annette Seelig, Leiterin
Sandra Richter, stellv. Leiterin
Zentrales Mitgliederdatenmanagement
Landesärztekammer Hessen
E-Mail: zmd@laekh.de

Jede Ukrainehilfe zählt, dranbleiben!

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und das Universitätsklinikum Frankfurt (UKF) sind bewährte Partner in der Hilfe für die Ukraine. Vor gut einem Jahr, Anfang März 2023, konnten Arzneimittel aus Hessen im Wert von rund 113.000 Euro zu drei ukrainischen Krankenhäusern geschickt werden.

Aktuell konnten LÄKH und UKF, wieder in Zusammenarbeit mit weiteren Partnern, eine „kleine“ Ukrainehilfe auf den Weg bringen: die Abgabe von neun stand-alone-fähigen Blutgasanalysatoren und fünf Mikroskopen, jeweils mit Zubehör, gebraucht und voll funktionstüchtig, außerdem noch ein Dutzend Unterarmgehstützen, Orthesen und Gehstöcken, sowohl für Kinder als auch Erwachsene. Anfang Mai wurde diese Gesamtladung aus unseren beiden Einrichtungen am UKF zur Abholung durch eine beauftragte Spedition zusammengestellt (siehe Foto). Der Transport wird finanziert aus dem Ukraine Medical Help Fund des Weltärztebundes sowie Dritter. Die Ladung fuhr am 6. Mai 2024 zunächst von Frankfurt nach Dresden in ein Zwischenlager. Von dort erfolgt der Weitertransport mit Hilfe der bewährten NGO „Hope for Ukraine e. V.“ über Polen in die Ukraine nach Odessa in die dortige Zentralklinik sowie an Feld-



Foto: Isolde Asbeck

Dr. med. Alexander Marković mit Lisa Scholz, POCT-Koordinatorin, und Frank Zierfuß, lfd. Medizintechniker und POCT-Koordinator, beide aus dem Zentrallabor des Universitätsklinikums Frankfurt am Main. (POCT = Point-of-Care-Testing)

krankenhäuser im Hinterland der Front (Region Charkiw).

Leider gehört zur hybriden wie militärischen Kriegsführung der russischen Aggressoren, auch medizinische Einrichtungen der Ukraine gezielt anzugreifen. Die Bevölkerung braucht deshalb jede Unterstützung – einfach und schnell.

Dr. med. Alexander Marković, MBA
Landesärztekammer Hessen,
ehrenamtlicher Beauftragter Ukrainehilfe
sowie Zivil-Militärische Zusammenarbeit
(ZMZ)/Bundeswehr,
Ärztlicher Geschäftsführer a. D.

Pflegende Angehörige wollen mitreden

Neuer Selbsthilfeverein/Landesregierung will Beratung in der Fläche ausbauen

Sie wollen pflegende Angehörige vernetzen, die Selbsthilfestrukturen stärken, den Menschen in der häuslichen Pflege auf kommunaler wie Landesebene zu einer starken Stimme und mehr Entlastung verhelfen: 25 Engagierte aus mehreren hessischen Regionen haben Ende April in Frankfurt einen Landesverein „Wir pflegen Hessen“ gegründet. Er ist der sechste Landesverein unter dem Dach des bundesweiten Verbands „Wir pflegen e. V.“.

Eines der Gründungsmitglieder ist Susanne Zellmer aus Gelnhausen. Sie pflegt seit 14 Jahren ihren von Geburt an körperbehinderten Sohn Daniel und kennt viele Probleme aus eigener Erfahrung. „Bei uns stehen die Menschen im Mittelpunkt, die über 84 % aller Pflege in Hessen leisten“, betont Zellmer, die sich im Vorstand des neuen Landesvereins engagiert.

Pflegende Angehörige benötigen dringend bessere Unterstützung. „Mehr Hilfe vor Ort, bessere finanzielle Absicherung, weniger Bürokratie und mehr Entlastung.“ Wer zu Hause einen Angehörigen pflegt, habe in der Regel kaum Zeit, um sich für die eigenen Interessen einzusetzen. Der Landesverein will diese Lücke füllen. „Unser Ziel ist es, in alle regionalen und kommunalen Pflegegremien sowie in Gremien auf Landesebene eingebunden zu werden, um dort unsere Anliegen einzubringen.“

Ein großes Problem sei der Mangel an Entlastungsangeboten, ergänzt Vorstands-

mitglied Horst Michaelis. Kurzzeitpflege- und Tagespflegeplätze seien in Hessen rar gesät. Angebote zur Nachtpflege so gut wie nicht existent. „Es müssen auch weitere Angebote für pflegebedürftige Kinder und junge Menschen geschaffen werden.“ Zudem brauche es eine flächendeckende, zugehende Beratung. „Viele pflegende Angehörige wissen gar nicht, welche Leistungen ihnen zustehen.“

Handlungsbedarf sieht auch Diana Stolz, seit Januar hessische Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Die CDU-Politikerin hat angekündigt, den von ihrem Vorgänger begonnenen Ausbau der Pflegestützpunkte voranzutreiben, die inzwischen in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt ihre Dienste anbieten. Mit ihrem Wissen um die örtlichen Gegebenheiten könnten die Stützpunkte Pflegebedürftige und ihre Angehörige wohnortnah und passgenau beraten. Die will Hessen weiterentwickeln zu so genannten Pflegekompetenzzentren. Drei davon gibt es bereits als Modellprojekte in den Landkreisen Rheingau-Taunus, Main-Kinzig und Schwalm-Eder. Die werden zur festen Einrichtung, so die Ministerin. Zwei weitere Landkreise oder kreisfreie Städte sollen hinzukommen – der Förderzeitraum beträgt drei Jahre. Was aber unterscheidet die Kompetenzzentren von Pflegestützpunkten, die bei Fragen um die Anerkennung eines Pflege-



Susanne Zellmer mit Daniel, er ist mittlerweile ein Teenager.

grades, finanzieller Unterstützung oder bei der Suche nach passenden Angeboten weiterhelfen? Einen Teil der Weiterentwicklung soll das sogenannte Case- and Care-Management darstellen: Eine individuelle und bedarfsorientierte Betreuung von Einzelfällen und die Kooperation mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren vor Ort.

Wie Stolz ergänzte, will das Land auch innovative Modellprojekte in Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen fördern. Pflegende Angehörige müssten besonders entlastet werden, sie gehen über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit hinaus. Weitere Verbesserungen verspricht sich die Ministerin von einem Landespflegekonzept, es soll auf Basis des Hessischen Pflegeberichts erarbeitet werden. „Das tun wir gemeinsam mit den relevanten Akteuren im Bereich Pflege, denn die komplexen Herausforderungen können wir nur gemeinsam bewältigen.“

Die Gründung des Landesverbands „Wir pflegen Hessen“ kommt demnach zur rechten Zeit.

Im Internet:

<https://wir-pflegen.net>

Foto: privat



Foto: Sarah Brendecke

Pflegende Angehörige haben jetzt eine Stimme in Hessen: 25 Engagierte aus mehreren hessischen Regionen haben im April den Landesverein „wir pflegen Hessen“ gegründet. Der Verein wird unter dem Dach des bundesweiten Verbandes „wir pflegen e. V.“ aktiv sein.

Jutta Rippegather



Im Kontakt mit der Abteilung für Ärztliche Weiterbildung

Tipps zur Antragstellung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie für Weiterbildungsbefugte

Die Abteilung Ärztliche Weiterbildung ist für alle Themen rund um die Weiterbildungsordnung zuständig. Anerkennungen auf 52 Facharztbezeichnungen, zehn Schwerpunktbezeichnungen und 57 Zusatzbezeichnungen machen dabei den größten Teil der Arbeit aus. Dazu gehören Prüfungsorganisation, die Prüfung selbst wie auch die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen. Jährlich werden über 3.100 Anträge auf Anerkennung sowie rund 1.200 Befugnisanträge bearbeitet, über 1.900 Prüfungen organisiert und abgehalten. Aber auch Anträge auf Facharzt-Umschreibungen gemäß EU-Richtlinien, Auslandsanerkennungen, Anerkennung von Weiterbildungskursen, Ausstellen von Konformitätsbescheinigungen und Bescheinigungen zur Tarifeinstufung für angestellte Ärztinnen und Ärzte gehören zu den Aufgaben der Abteilung Weiterbildung.

Ein guter Kontakt zu unseren Mitgliedern ist uns dabei sehr wichtig. Das Team der Abteilung Ärztliche Weiterbildung – bestehend aus 22 Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern, zwei Koordinatorinnen, zwei Sekretärinnen, Leitungsassistenten

sowie vier Ärztlichen Referentinnen, einer stellvertretenden Abteilungsleiterin/Ärztlichen Referentin und dem Abteilungsleiter – unterstützt Sie gerne bei spezifischen Fragestellungen und Problemen und bietet auch individuelle Mitgliederberatungen an.

Herausforderung neue WBO 2020

Mit Einführung der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) 2020 mussten alle Befugnisse neu überprüft und erteilt werden, das betraf alle Weiterbildungsbefugten. Dies bedeutete auch für die Abteilung einen hohen Arbeitsaufwand. Zusätzlich ist der Beratungsbedarf für weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die neue Weiterbildungsordnung gestiegen. Diesen Aufgaben hat sich die Abteilung mit hohem Engagement gestellt. Ein großer Teil der Neubeurteilung der Befugnisse ist zwischenzeitlich geschafft oder wird absehbar abgeschlossen sein. Dass es bei einem so hohen Arbeitsanfall zu Verzögerungen bei der Bearbeitung der Anträge gekommen ist, ließ sich nicht vermeiden und hat auch die Geduld der

Antragsteller gefordert. Viele Probleme konnten jedoch in der gemeinsamen Kommunikation ausgeräumt werden. Dennoch zeigte sich dabei auch, dass in jüngerer Zeit die Antragsbearbeitung sowohl bei den Befugnis-Anträgen als auch bei den Anträgen auf Anerkennung zunehmend erschwert ist, da die Qualität der eingereichten Unterlagen in vielen Fällen nachgelassen hat. Gerade bei den Anträgen auf Anerkennung musste die Abteilung feststellen, dass einerseits oft der Wunsch nach einem frühestmöglichen Prüfungstermin besteht, die Bearbeitung durch unzureichend eingereichte Unterlagen aber verzögert wird. Dies führt auf beiden Seiten zu Unzufriedenheit. Sicherlich übersteigt die Zahl der qualitativen schlechten Anträge derzeit noch nicht die Zahl der gut zu akzeptierenden Anträge. Jedoch kosten gerade solche Anträge unverhältnismäßig viel Zeit und Kapazität, worunter eben auch jene in Mitleidenschaft gezogen werden, die weitgehend alles korrekt einreichen. Ein möglichst reibungsloser Ablauf erspart Frust, Zeit und Mehraufwand auf beiden Seiten. Nachfolgend haben wir daher eini-



ge Punkte zusammengestellt, bei denen es in der Vergangenheit immer wieder zu Problemen und damit zu Verzögerungen bei der Antragstellung gekommen ist und die Sie als Antragstellerin und Antragsteller im Vorfeld beachten sollten.

Tipps für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Während der Weiterbildung:

Wenn ein Weiterbildungsbefugter die Klinik verlässt, auch bei einer bestehenden gemeinsamen Befugnis, lassen Sie sich für den bereits absolvierten Weiterbildungszeitraum ein Zeugnis von allen bis dahin Weiterbildungsbefugten ausstellen. Sprechen Sie Ihren Weiterbilder/Ihre Weiterbilderin an, ob weiterhin eine Befugnis besteht oder Maßnahmen zur Fortführung oder Neubeartragung erfolgt sind. Auch auf der Website der Landesärztekammer Hessen finden Sie Informationen, ob weiterhin eine Befugnis besteht (siehe <https://portal.laekh.de/wbermaechtigte>). Führen und dokumentieren Sie die jährlichen Weiterbildungsgespräche (ab WBO 2020 im eLogbuch). Lassen Sie sich nach den erfolgten Weiterbildungsgesprächen die erworbenen Kompetenzen und die Gespräche im eLogbuch bestätigen. Auch beim Ausscheiden eines Weiterbildungsbefugten sollten Sie sich unter dessen Leitung erlangte Kompetenzen bestätigen lassen.

Am Ende der Weiterbildung:

Prüfen Sie die bei der Landesärztekammer einzureichenden Unterlagen für die Anerkennung einer Bezeichnung vorab selbst auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Vor allem Ihre Zeugnisse sollten Sie sorgfältig prüfen. Auf folgende Punkte sollten Sie dabei besonderes Augenmerk richten:

- Handelt es sich inhaltlich um ein Weiterbildungszeugnis des oder der insgesamt für die nachgewiesene Zeit beteiligten Weiterbildungsbefugten?
- Ist die angestrebte Bezeichnung korrekt angegeben?
- Stimmen Ihre persönlichen Daten? Sind die Zeiträume, vor allem auch bei Rotationen in andere Abteilungen oder besondere Bereiche wie z. B. die Intensivstation, korrekt angegeben?

- Gleichen Sie auch ggf. vorliegende Zwischenzeugnisse dahingehend ab.
- Wurden eine ggf. bestehende Teilzeit-tätigkeit oder auch Unterbrechungen angegeben?
- Wurde bei Abschluss Ihrer Weiterbildung im letzten Zeugnis zur Eignung zur zukünftigen Tätigkeit als Fachärztin oder Facharzt eindeutig Stellung bezogen?

Nutzen Sie dafür gerne auch die erstellte Checkliste zum Weiterbildungszeugnis, die Sie auf unserer Website finden. Ein typisches Arbeitszeugnis, das z. B. auch von der Geschäftsführung einer Klinik oder Institution (mit)unterzeichnet wird, ist wegen anderer formaler und inhaltlicher Ansprüche für Weiterbildungszwecke bei der Kammer nicht geeignet.

Weitere Informationen zur Antragstellung, Formulare und Checklisten finden Sie auf unserer Website: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/weiterbildung/informationen-zur-antragstellung-und-formulare> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/37sdk9d9/>.

Tipps für Weiterbildungsbefugte

- Prüfen Sie Ihre eigenen Meldedaten. Diese werden bei der elektronischen Antragstellung abgeglichen. Wenn sie nicht aktuell sind, kann unter Umständen kein Befugnisantrag gestellt werden. Ihre Daten können Sie im Mitgliederportal (<https://portal.laekh.de>) selbst ändern. Sollte dies nicht möglich sei, melden Sie sich bitte beim Zentralen Mitgliederdatenmanagement (E-Mail: zmd@laekh.de). Veranlassen Sie, dass auch die von Ihnen angegebenen Mitantragsteller und Vertreter ihre Daten prüfen.
- Laden Sie die Ihnen in der Vorabauskunft als erforderlich mitgeteilten Unterlagen vollständig in den Befugnisantrag.
- Achten Sie auf die mitgeteilte Form der Unterlagen wie beispielsweise Ordnung von Diagnosestatistiken (keine „Hitliste“, etc.).
- Die apparative Ausstattung sollte vollständig, aber spezifisch sein. Das heißt, alle für die beantragte Bezeichnung relevanten Geräte sollten angegeben sein, nicht jedoch die Gesamtausstattung der Klinik (wie z. B. bis zur Personenwaage oder den Perfusoren).

- Überprüfen Sie Ihre Angaben in der jeweiligen Anlage zum Antrag insbesondere im Hinblick auf die angegebenen Zahlen zu den weiterbildungsrelevanten Inhalten oder Prozeduren, die den in der WBO geforderten und bei Ihnen vermittelbaren Kompetenzanforderungen unterliegen müssen. Diese sind relevant für die Festlegung des Befugnisumfangs und sollten daher korrekt und präzise sein. Diagnoselisten aus dem Abrechnungscontrolling genügen den Ansprüchen der WBO häufig nicht, da sie an anderen Prioritäten orientiert sind.

Bei der Vielzahl der Vorgänge, die in der Abteilung bearbeitet werden, kann es sicherlich dennoch zu Unzufriedenheiten an der einen oder anderen Stelle kommen. Hier wird kollegial und konstruktiv nach Lösungen gesucht. Für besondere Probleme steht Ihnen zusätzlich ein Online-Beschwerdeformular zur Verfügung, das uns im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung und des Fehlermanagements bei der Erhöhung unserer Servicequalität helfen soll. Das Beschwerdeformular erreichen Sie über diesen Link: <https://beschwerdeantragsgeschehen-weiterbildung.laekh.de> Die Abteilung für Ärztliche Weiterbildung setzt das um, was die Ärzteschaft selbst im Rahmen der ihr übertragenen Selbstverwaltung und Verantwortung entschieden hat. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen Ihnen im Rahmen der Anforderungen der staatlich überwachten Weiterbildungsordnung mit Rat und Tat zur Seite. Eine Liste zu den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern nach Bezeichnungen finden Sie auf unserer Website: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/weiterbildung/kontakt-abteilung-aerztliche-weiterbildung> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/4kpphudf>

Dr. med. Katrin Fuchs

Ärztliche Referentin, Stellvertretende Leiterin, Abt. Ärztliche Weiterbildung

Daniel Libertus, M.A.

Leiter der Abteilung für Ärztliche Weiterbildung, Syndikusrechtsanwalt

Maren Siepmann

E-Mail: weiterbildung@laekh.de

Die Beihilfe zur Selbsttötung: Bald doch eine ärztliche Tätigkeit?

Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz, Dr. med. Thomas Sitte

Aus der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen, Stand vom

01.01.2022

§ 16 Beistand für Sterbende

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen und Leiden zu lindern.
- (2) Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten.
- (3) Aufgehoben

1. Die aktuelle Rechtslage: Kein Graubereich, sondern Sicherheit

Wenn Juristen etwas zu (palliativ)medizinischen Sachverhalten verfassen, so ist es ähnlich, wie wenn (Palliativ)Mediziner etwas zu juristischen Sachverhalten schreiben. Doch braucht es beide Sichten, will man der Komplexität der Thematik annähernd gerecht werden. Deshalb kommentiert dieser Beitrag relevante Fragen sowohl aus juristischer wie praktisch-ärztlicher Sicht jahrzehntelanger Begleitung von sterbewilligen Personen.

Die medizinischen, wie auch die juristischen Hintergründe der Beihilfe zur Selbsttötung sind diffizil und werden in der öffentlichen Darstellung oftmals grobfahrlässig oder auch durch sehr emotionale und bewusst holzschnittartig vereinfachte Fallvignetten verfälscht dargestellt. Aber ohne eine gute Wissensgrundlage sind gute Entscheidungen ebensowenig möglich wie eine notwendig differenzierte Bewertung.

Eine Grundregel menschlichen Miteinanders ist, dass wir zwar alle dieselbe Atemluft teilen, aber nicht dieselben Wertvorstellungen. Dies ist kein Problem, solange wir einander tolerieren.

Eine Grundregel ärztlicher Tätigkeit ist, dass wir die Patientinnen und Patienten (im Rahmen von ärztlicher Indikation und Evidenz) so behandeln, wie sie es erlau-

ben, und damit versuchen, ein vom Patienten vorgegebenes Behandlungsziel zu erreichen. Auch dies ist kein Problem, solange Behandlungsweg und -ziel Moral und Ethik der Gesellschaft und auch des behandelnden Arztes nicht entgegenstehen.

Seit Menschengedenken ändern sich von Generation zu Generation in verschiedener Ausprägung solche, den Zusammenhalt der Gesellschaft prägenden informellen oder auch verbindlichen Konventionen und Werte. Und immer wieder halten die „Alten“ die Jugend für verdorben, wobei es sich retrospektiv zeigt, dass dies nicht so war. So möchten wir hier die Diskussion um die Suizidassistenten nicht anheizen, sondern möglichst wertfrei eine Ist-Darstellung erläutern.

Es gab in den vergangenen Jahren mehrere für die Diskussion hochrelevante Gesetzesänderungen und Gerichtsurteile, die man kennen sollte.

2010 sprach der Bundesgerichtshof (BGH) einen Anwalt vom strafrechtlichen Vorwurf des versuchten Totschlags frei, der einer Mandantin geraten hatte, eine PEG-Sonde bei der dementen Mutter zu durchtrennen, um ihr das gewünschte Sterben in einem Pflegeheim zu ermöglichen. [1]

2014 urteilte der BGH in einem zivilrechtlichen Beschluss, dass es unabhängig von einem Erkrankungsstadium keiner betreuungsrechtlichen Genehmigung bedarf, wenn lebenserhaltende Maßnahmen entsprechend dem Willen des Betroffenen eingestellt werden sollen. [2]

2015 wurde mit einem neuen § 217 StGB die geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe gestellt. Durch die begleitende emotionalisierte Diskussion wurden viele Menschen, auch Ärztinnen und Ärzte, verunsichert, ob sie ihren sterbenden Patientinnen und Patienten noch kunstgerecht beistehen, Leiden ohne übergroße Angst vor dem Kadi noch lindern dürfen.

2017 urteilte das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), dass unter bestimmten –

in der Realität so kaum vorkommenden – Bedingungen ein Mensch das Recht haben könne, eine tödliche Dosis Natriumpentobarbital (NaP) zu erhalten. [3]

Der Senat hatte eine ziemlich klare Position formuliert und den BtM-Erwerb zwecks Suizids für grundsätzlich nicht erlaubnisfähig erklärt. Zur Sicherstellung der Verhältnismäßigkeit – ein fundamentales Prinzip zur Begrenzung staatlicher Grundrechtseingriffe – wurde als (theoretische) Ausnahme nur eine extreme Notlage infolge einer schweren und unheilbaren Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen formuliert, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und mit palliativmedizinischen Maßnahmen nicht ausreichend gelindert werden können, wenn gleichzeitig andere zumutbare Möglichkeiten zur Selbsttötung nicht zur Verfügung stünden. [4]

2020 beurteilte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) § 217 StGB als verfassungswidrig [5] und erklärte es zum Schutzgut des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG, ohne jede Bedingung oder staatliche Kontrolle des Motivs eine Selbsttötung vorzunehmen und dazu die Hilfe irgendeines Dritten in Anspruch zu nehmen. Ebenso sei es grundrechtlich geschützt, einem anderen beim Suizid zu helfen.

2023 sprach der BGH eine Ehefrau in einem Strafprozess von dem Vorwurf der Tötung auf Verlangen frei, die ihren Ehemann zusätzlich zu seinem eigenen Suizidversuch und entsprechend seinem Willen tötete. „Nebenbei“, also nicht entscheidungstragend, formulierte der entscheidende 6. Strafsenat des BGH, dass vor dem Hintergrund der Begründung der Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB durch das BVerfG die Strafbarkeit auch der aktiven Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) eingeschränkt werden müsse (andere Strafsenate haben sich dazu bisher nicht positioniert).

Grafiken: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben

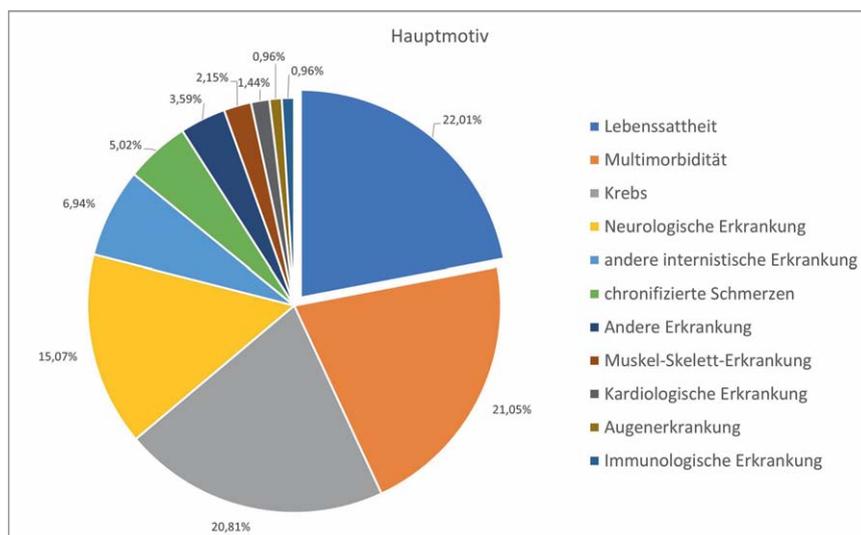


Abb. 1: Gründe für Suizidassistentz.

2023 urteilte das BVerwG, dass es kein Recht auf den Erhalt von NaP gebe, weil andere Methoden der Selbsttötung, insbesondere durch Verwendung sonstiger Arzneimittel, zumutbar seien. [6]

Die Entscheidung des BVerwG zur Abgabe von NaP war mit Spannung erwartet worden – sowohl hinsichtlich des Ergebnisses wie zur Begründung. Das Urteil vom 07.11.2023 versagte dem an Enzephalitis Disseminata erkrankten Kläger Harald Mayer den Zugang zum gewünschten NaP. Die Begründung hierzu wurde am 04.03.2024 veröffentlicht. Der Kläger Harald Mayer starb sechs Tage nach der Veröffentlichung am 10. März 2024.

Hier hätte noch deutlicher herausgestellt werden sollen, dass auch NaP ein normales Arzneimittel ist, nur bei gezielter Überdosierung mit tödlicher Wirkung. Dosis sola venenum facit, wusste vor rund 500 Jahren schon Paracelsus. So geht das Gericht dankenswerterweise darauf ein, dass die Verwendung anderer „verschreibungspflichtiger Arzneimittel“ keine unzumutbare Belastung für Sterbewillige darstelle und sogar die intravenöse Anwendung bei Schluckbeschwerden möglich sei. Wichtig wäre es, wenn das Wissen um die Möglichkeiten, sich das Leben zu nehmen, deutlich verbreiteter wäre. Denn die alltägliche Wirklichkeit der Beratung suizidwilliger Palliativpatientinnen und -patienten zeigt hier ein erschreckendes Wissensdefizit, das eben zum Begehren nach Förderung der Selbsttötung auch durch hochpreisige Vereine führt. Zugleich ist es alltägliche Wirklichkeit, dass die Kenntnis der Optionen zur Selbsttötung zugleich stabilisierend wirkt, damit der Patient Willen und Kraft aufbringt, um weiterleben zu wollen.

Hinzu sollte als conditio sine qua non noch die Zusage des beratenden Arztes kommen, in schwierigen Phasen erreichbar zu sein und lindernd zur Seite zu stehen.

Leider wurde auch nicht erwähnt, dass die mit rund 25-jähriger Erfahrung verfassten, niederländischen Leitlinien zur Tötung ausdrücklich von der oralen Medikamenteneinnahme auch von NaP als zu unsicher abraten.

Ausgesprochen spannend dürfte für künftige Begehren nach Suizidassistentz der Hinweis des Gerichtes sein, dass „im Übrigen ein gesetzlicher Hilfsmittelanspruch gegebenenfalls vor den Sozialgerichten zu verfolgen“ sei. Pro Fall rund 7.000 Euro Kosten der Beihilfe zur Selbsttötung mit Erstattungsanspruch bei den Krankenkassen? Neue Abgründe tun sich auf ...

Etwas vereinfacht kann man sagen, dass Deutschland aktuell weltweit der Staat mit den höchsten Freiheitsgraden in Fragen der Selbsttötung ist. Freiverantwortliche und entscheidungsfähige Bürger und Bürgerinnen haben in Deutschland das Recht, sich gleich aus welchen Gründen das Leben zu nehmen und dabei jede Form von verfügbarer Unterstützung durch jedermann und jede Frau in Anspruch zu nehmen, unabhängig von deren Qualifikation oder der Dokumentation des Vorgehens. Die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB – mit den ersten bereits zitierten Ansätzen zur Einschränkung der Strafbarkeit durch den BGH) und die Tötung ohne Verlangen, also Totschlag oder Mord, sind noch verboten.

Dies schützt Ärztinnen und Ärzte aber nicht vor Ermittlungsverfahren, falls eine Anzeige durch Dritte erfolgt. Eine Crux kann hierbei die Überprüfung und Doku-

mentation der Freiverantwortlichkeit sein, die naturgemäß uneindeutig definiert ist, schwierig zu dokumentieren und damit interpretationsfähig sein kann.

2. Die ärztliche Rolle: Lebens- oder Tötungshelferinnen und -helfer?

Die Linderung des Leidens und die Unterstützung des Patienten und der Patientin standen auch früher schon im Zentrum der ärztlichen Aufgaben, wie ein französisches Sprichwort aus dem 16. Jahrhundert zusammenfasst: Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours („Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer“). Wir haben schon viele Krankheiten ausgerottet, Vieles heilen können – aber nicht alles. Doch auch ohne Heilen-Können waren bislang Ärztinnen und Ärzte stets Garantinnen und Garanten des Beistehens und Leben-Erhaltens, soweit es von der Patientin, vom Patienten gewünscht wird. Dies ändert sich, wenn Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten nicht nur palliativ beistehen, wie es ihre Berufsordnung vorschreibt, sondern auch auf den Wunsch der Patientinnen und Patienten hin aktiv dazu beitragen, deren Leben zu beenden. Nur vordergründig geht es bei diesem Leben-Beenden um Palliativpatientinnen und -patienten, denn das BVerfG hat im Urteil von 2020 glasklar konstatiert, dass das Recht auf „Beihilfe zur Selbsttötung“ eben nicht auf Palliativsituationen und nicht behandelbares Leiden begrenzt ist, sondern auch völlig unabhängig von körperlichen Krankheiten besteht.

Das Gericht hat im Urteil vom 26.2.2020 aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht [7] das (unbedingte) Recht auf selbstbestimmtes Sterben herausdestilliert, dessen Wesenskerne u. a. darin bestehen, dass es nicht unter dem Vorbehalt einer staatlich oder von sonstigen Dritten gebilligten Motivlage steht. Konkret: „Das (...) Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt.“

So ist konsequenterweise die Diagnose „Lebensattheit“ im Jahre 2023 bei 22,01 % der 419 Suizidenten der Deu-

schen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) der Grund für die Beihilfe zur Selbsttötung gewesen. [8]

Dies ist damit die größte Gruppe der Suizidentinnen und Suizidenten und übersteigt sogar geringfügig noch den Anteil der ähnlichen Diagnose „Multimorbidität“ (21,05 %) und „Krebs“ (20,82 %). Dies sind für sich genommen nachvollziehbare Gründe, nicht mehr leben zu wollen. Andererseits würden die meisten Menschen in vergleichbarer Situation (noch) sagen, dass sie dennoch keine Lebensverkürzung wünschen.

Wie erwartet nehmen die Zahlen der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland deutlich zu: Waren es 2021 noch 120 Fälle, so gab es 2022 schon 229 und im Jahre 2023 beinahe eine erneute Verdoppelung auf 419 Suizidförderungen allein bei der DGHS [9].

Für das ärztliche Selbstverständnis, für Ärztinnen und Ärzte kann dies einen Paradigmenwechsel bedeuten: vom grundsätzlichen bene volens und noli nocere hin zu einer mehr an einer Wunscherfüllung orientierten Rolle. Dies hat in der aktuellen Diskussion bislang eine eher nebensächliche Bedeutung, es sollte aber angemessen erforscht und diskutiert werden.

3. Der Wunsch zu sterben: Konkrete Bitte oder Hilferuf?

Heute mit der modernen Medizin, den modernen Methoden, mit exzellenter Ausbildung, mit einem engagierten Team ist es möglich, Leiden zu lindern, von denen es ohne diese exzellente, leitliniengerechte Palliativversorgung schnell heißt, da könne man nichts mehr tun.

Allerdings werden Palliativexpertinnen und -experten oft viel zu spät gerufen und um Hilfe gebeten, so dass es dann regelmäßig heißt, „wenn ich das vorher gewusst hätte, wäre mir so viel erspart geblieben.“ Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden bei nicht mehr beherrschbarer Symptomatik im Durchschnitt erst rund dreieinhalb Wochen vor dem Tod hinzu gerufen. Wobei seit rund 20 Jahren klar ist, dass Palliativversorgung Leiden so lindern kann, dass dadurch den Tagen mehr Leben und dem Leben mehr Tage gegeben werden. [10]

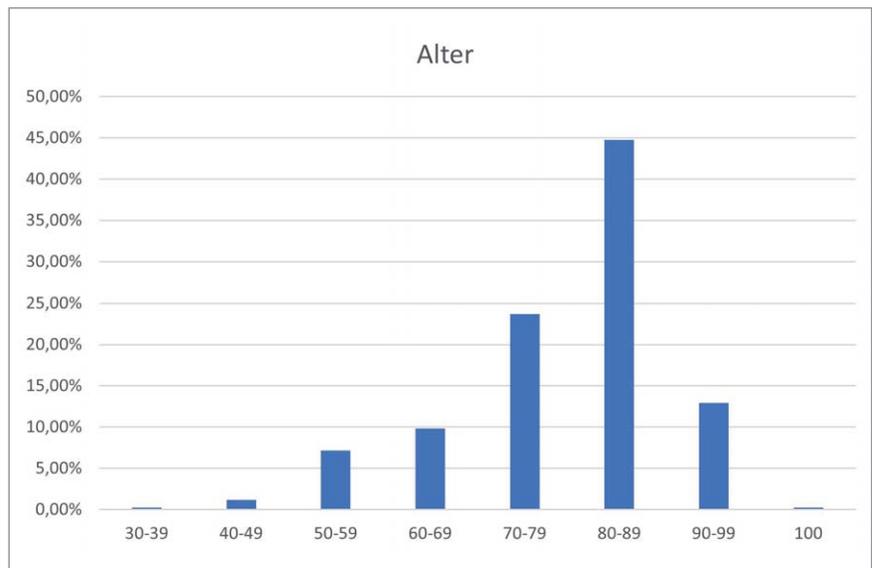


Abb. 2: Statistik nach Alter: Jeweilige Anzahl vollzogener assistierter Suizide im Jahr 2023. (Daten der DGHS).

Dass wir auch in Hessen Leiden bei Palliativpatientinnen und -patienten gut lindern können, bedeutet leider nicht, dass es überall und jederzeit möglich ist. Natürlich gibt es Lücken im Netz. Einer der Autoren hat selbst die ersten SAPV-Teams aufgebaut. Es wird immer Lücken geben aus den verschiedensten Gründen. Und: Nicht überall, wo „palliativ“ draufsteht, ist auch „palliativ“ drin.

Es verwundert zudem nicht, dass zu Beginn einer SAPV-Versorgung oftmals der Wunsch nach Lebensverkürzung geäußert wird, im Verlauf der Versorgung aber regelhaft verschwindet.

In einer repräsentativen Studie aus 2015 wurde von 17.772 Palliativpatientinnen und -patienten der Wunsch nach Lebensverkürzung bei Beginn der SAPV von 8,1 % geäußert. Unter der Versorgung verstarben aber nur 0,09 % der Patientinnen und Patienten durch Suizid, und zwar immer ohne Assistenz [11]. Es wäre spannend, im gleichen Studiendesign die Zahlen nochmals zu erheben, um zu sehen, ob jetzt unter einem anderen gesellschaftlichen Klima die Quote ansteigt!

4. Der Wert der Beihilfe zum Suizid: Best medical care oder hilflose Antwort?

Was bedeutet es, auf den Wunsch nach Lebensverkürzung mit tödlichen Medikamenten zu antworten? Dieter Graefe, Oberstaatsanwalt a. D., sagte wörtlich: „Wir haben in Deutschland so schlechte Pflegeheime, wir brauchen Sterbehilfe.“ [12]

Diese Aussage kann man als konsequent empfinden. Wir verstehen es aber in erster Linie als eine Kapitulation der Gesellschaft vor den Herausforderungen, unsere schwächsten Glieder in ihrer Not angemessen zu versorgen und stattdessen andere Prioritäten für unser Handeln und unsere Ressourcen zu setzen.

5. Palliation und Suizidassistenz: Widerspruch oder Ergänzung?

So sind Palliation und Suizidassistenz weder Widerspruch noch Ergänzung. Es sind zwei grundlegend verschiedene Tätigkeitsfelder. Es kann Überschneidungen geben. Aber – anders als in der Öffentlichkeit wahrgenommen – wird ja der Wunsch nach Lebensverkürzung eben gerade in der Palliativversorgung deutlich seltener geäußert als in anderen Bereichen oder ohne diese. Als Ärztin oder Arzt sollte man sich gut überlegen, ob man in der Palliativversorgung dann Suizidassistenz als Teil ärztlichen Handelns zulässt und akzeptiert oder eher klar ablehnt. Dies wird stets je nach eigener Moralvorstellung eine höchstindividuelle Entscheidung sein.

Eindeutig und klar sollte sein: Wenn in einer Behandlungssituation die Frage nach Suizidassistenz (und auch häufiger nach Tötung auf Verlangen) an uns herangetragen wird, sollten wir uns dieser nicht verwehren, sondern den Fragenden angemessen Auskunft geben. Dies muss verbunden sein mit dem Sicherheitsversprechen, in ihrer Not dann auch alles zu tun, um ihnen lindernd beiseitezustehen!

6. Verfügbarkeit von Suizidassistenten: Anspruch und Wirklichkeit

Die Rechtslage zur Suizidassistenten haben wir im ersten Abschnitt besprochen. In der deutschen Öffentlichkeit, sowohl unter Laien wie auch beruflich Versorgenden, besteht eine große Unsicherheit über die konkreten Möglichkeiten, sich das Leben zu nehmen. Es besteht weiterhin der Eindruck, es sei erforderlich, neue Möglichkeiten zur Selbsttötung zur Verfügung zu stellen.

Jahrelang wurde es medial so dargestellt, als ob ein „menschenwürdiger“ Suizid ohne die Verfügbarkeit von NaP nicht möglich wäre. Interessanterweise schreiben die beiden Right-to-Die-Aktivistinnen Michael de Ridder und Wolfgang Pütz im aktuellen Heft der DGHS zu Natriumpentobarbital „Aus ärztlicher Sicht ist es entbehrlich.“ und „... für alle oral einzunehmenden Medikamente gilt, dass immer die Gefahr des Erbrechens besteht, vor allem, weil regel-

haft größere Mengen von ihnen einzunehmen sind, einschließlich Antiemetika und Sedativa.“[8]

Die Datenlage zur „best medical practice“ einer Selbsttötung ist dünn. Jedoch gibt es Suizide vermutlich so lange, wie es Menschen gibt. Aus der Tauch- und Höhenmedizin weiß man, dass ein Tod durch Hypoxie ein symptomfreies Versterben ist. Dies gilt auch, wenn dieser durch einen Atemstillstand in Narkose herbeigeführt wird oder im Rahmen einer Asystolie. Aber: Wie oben erwähnt wird in niederländischen Leitlinien von einer Suizidassistenten klar abgeraten.

Als Ärztin oder Arzt sollte man über die Möglichkeiten, sich das Leben zu nehmen, zumindest grundlegend Bescheid wissen, wenn Patientinnen und Patienten Hilfe suchen. Denn mit Suizidwilligen ins Gespräch zu kommen und im Gespräch zu bleiben, ist für diese stabilisierend.

Verwehren wir den Gesprächsfaden, verlieren wir die Chance, unseren möglichen

und notwendigen Beitrag zu leisten, dass ein Suizidgedanke eben nicht in die Realität umgesetzt wird.

Prof. Dr. iur. utr. Carsten Schütz

(Foto links)

Dr. med. Thomas Sitte

(Foto rechts)

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



Foto: Jörg Schmitt



Partnerschaft für den Heimatschutz

Zum Zeichen der Partnerschaft für den Heimatschutz zwischen der Landesärztekammer Hessen und dem Landeskommando Hessen der Bundeswehr überreichte Brigadegeneral Bernd Stöckmann am 7. Mai eine Urkunde an den Kammerpräsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski. Mit dieser Partnerschaft erklären sich beide Parteien bereit, bei der Ermöglichung des Reservedienstes in Hessen zusammenzuarbeiten. Konkret bedeutet dies, dass die Landesärztekammer Hessen als Arbeitgeber ihre Mitarbeitenden über die Möglichkeit informiert und unterstützt, sich bei gegebener Eignung für die persönliche Beteiligung bei Bildung des Heimatschutzregiments 5 (Hessen) zu bewerben. Dabei wird der Arbeitgeber die die angenommenen Bewerber im Rahmen seiner Möglichkeiten für die Grundqualifizierung und fortlaufende Übungen für diesen Reservedienst bis zu 14 Tage im Jahr freistellen.



Foto: Isolde Asbeck

Partnerschaft für den Heimatschutz: Brigadegeneral Bernd Stöckmann überreichte im Mai eine Urkunde an den Kammerpräsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski.

Zunächst als Pilotprojekt erprobt, bewährte sich das Konzept der durch Reservistinnen und Reservisten besetzten Heimatschutzregimenter bereits in mehreren Bundesländern. In den Folgejahren sollen weitere Heimatschutzregimenter in ganz

Deutschland aufgestellt werden. In der Regimentsstruktur kommen die Heimatschutzkräfte unter eine einheitliche Führung und werden durch eine gemeinsame Ausbildung reaktionsschneller.

Im Rahmen des Heimatschutzes stehen sie den aktiven Truppen bei Naturkatastrophen und besonders schweren Unglücksfällen zur Seite. Käme es zu Spannungs- oder gar Verteidigungsfällen, unterstützt die Reserve insbesondere beim Schutz kritischer Infrastrukturen, wie z. B. Krankenhäusern.

Letztlich müssen wir vor Augen haben, dass die Aufgabe der Unterstützung bei Katastrophen und bei der Verteidigung unserer Freiheit eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist.

Dr. med. Alexander Marković

Ehrenamtlicher Beauftragter der LÄKH
Ukrainehilfe sowie ZMZ/Bundeswehr,
Ärztlicher Geschäftsführer a. D.



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

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 1 & 2: **Mi., 18. September 2024** 5 P
Live-Online-Veranstaltung

Gesamtleitung: Dr. med. M. Eckhard
Gebühr: 99 € (Akademiestatistiker 89,10 €)

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

EKG-Kurs

Fr., 05.–Sa., 06. Juli 2024 18 P
Gebühr: 484 € (Akademiestatistiker 435,60 €)

EKG-Refresher

Mi., 28. August 2024 9 P
Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich
Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim
Mi., 30. Oktober 2024 5 P

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange
Gebühr: 88 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

In Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

FOBI Aufbauschulung **Mittwoch, 18. September 2024**

FOBI Aufbauschulung **Mittwoch, 20. November 2024**

FOBI Aufbauschulung **Mittwoch, 11. Dezember 2024**

Gebühr: je 176 € (Akademiestatistiker 158,40 €)

Leitung: Dr. med. A. Rauch

Auskunft/Anmeldung: L. Wahl, Fon: 06032 782-222
E-Mail: laura.wahl@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: Sa., 12. Oktober 2024 8 P

Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul IV: Fr., 01.–Sa., 02. November 2024 12 P

Modul V: Sa., 02. November 2024 4 P

Gebühren:
Modul I–III, IV je 363 € (Akademiestatistiker 326,70 €)
Modul V 121 € (Akademiestatistiker 108,90 €)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ –

Mi., 25. September 2024 (Hybrid-Veranstaltung)

Leitung: Prof. Dr. med. S. Weber
Gebühr: 88 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

Kurs besteht aus vier Teilen, die nur gemeinsam gebucht werden können.

Mi., 18. September 2024,

Mi., 25. September 2024,

Mi., 02. Oktober 2024 und

Mi., 09. Oktober 2024

Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff

Ort: **Frankfurt**, Institut für Rechtsmedizin

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul II – Aufbaukurs „Infektiologie“

Mo., 07.–Fr., 11. Oktober 2024

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl
Dr. med. J. Kessel

Gebühr: 1.210 € (Akademiemitgl. 1.089 €)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt

Mo., 02.–Fr., 06. September 2024 **40 P**

Mo. & Fr. Live-Online, Di.–Do. Lahn-Dill-Klinik, Wetzlar

Leitung: D. Ziedorn

Gebühr: 1.078 € (Akademiemitgl. 970,20 €)

Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt: Refresher

Mi., 13. November 2024 (Live-Online)

Leitung: D. Ziedorn

Gebühr: 220 € (Akademiemitglied 198 €)

Neues aus dem ÖGD, nicht nur für den ÖGD

Mi., 30. Oktober 2024

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

Gebühr: 88 € (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Qualitätsmanagement

Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen

Do., 24.–Fr. 25. Oktober 2024 **18 P**

Telelernphase: 25.09–23.10.2024

Leitung: Dr. med. K. Schneider

Gebühr: 528 € (Akademiemitglieder 475,20 €)

Ort: Frankfurt, Landesärztekammer

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer

Fon: 06032 782-227
E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 21. September 2024

Leitung: Dr. med. L. Fendel

Gebühr: 220 € (Akademiemitgl. 198 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Ethikberatung im Gesundheitswesen

Gemäß dem Curriculum AEM

Refresher **Mi., 30. Oktober 2024**

Leitung: Prof. Dr. med. C. Seifart

Gebühr: 275 € (Akademiemitgl. 247,50 €)

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

Impfkurs

Sa., 16. November 2024

8 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Wicker

Gebühr: 264 € (Akademiemitgl. 237,60 €)

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

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie der LÄK Hessen

Mi., 18. September 2024 (Live-Online)

Leitung: K. Israel-Laubinger

Gebühr: 143 €

Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortliche/r Transfusionsbeauftragte/r Leiter/in Blutdepot (16 UE) **16 P**

Mo., 18. November 2024 (Live-Online)

Beginn Telelernphase: 04.11.2024

Leitung: Dr. med. A. Opitz

Gebühr: 440 € (Akademiemitglieder 396 €)

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

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

Ultraschall

Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Abschlusskurs Fr., 29.–Sa., 30. November 2024
Gebühr: 616 € (Akademiestudenten 554,40 €)
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle

Abdomen und Retroperitoneum

Modul Interventioneller Ultraschall I

Mi., 30. Oktober 2024

Leitung: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust
Gebühr: 385 € (Akademiestudenten 346,50 €)
Ort: Frankfurt, Universitätsklinik

Modul Schilddrüse II

Sa., 09. November 2024

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga
Gebühr: 385 € (Akademiestudenten 346,50 €)
Ort: Frankfurt, Universitätsklinik

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211
 E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 11.–Sa., 12. Oktober 2024
Praktikum: Di., 29. Oktober 2024
Gebühr: 483 € (Akademiestudenten 434,70 €)
Ort Praktikum: Frankfurt, KKH Nordwest

Kenntniskurs – Theoretischer Teil: Sa., 02. November 2024

Gebühr: 126,50 € (Akademiestudenten 113,85 €)

Aktualisierungskurs: Sa., 30. November 2024 (Live-Online)

Gebühr: 242 € (Akademiestudenten 217,80 €)

Leitung: Prof. Dr. med. N. Naguib
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Basisseminar

**Fr., 31. Januar–Sa., 01. Februar 2025 und
 Fr., 04.–Sa., 05. April 2025**

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Dr. med. C. Nagler
Gebühr: 792 € (Akademiestudenten 712,80 €)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Qualifikation Telenotarzt/Telenotärztin

Mi., 10. Juli 2024 (Live-Online) und

Fr., 12.–Sa. 13. Juli 2024

Beginn Telelernphase: 25.06.2024

Leitung: J. Blau
Gebühr: 1.399 € (Akademiestudenten 1.259,10 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer
 Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Symposium Oranienstein 2.0 –

„Im Ernstfall: Was bedeutet Kriegsmedizin?“

Fr., 20. September 2024

Leitung: Oberstarzt d. R. Dr. med. U. Jürgens
Gebühr: 110 € (Akademiestudenten: 99 €, Angehörige Bundeswehr/ zentraler Sanitätsdienst im Geschäftsbereich d. Bundesministeriums Verteidigung: 45 €)
Ort: Diez, Schloss Oranienstein
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aufbauseminar Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt

Sa., 02. November 2024

11 P

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Gebühr: 352 €, (Akademiestudenten 316,80 €)
Ort: Kassel, Landesfeuerwehrschule
Auskunft/Anmeldung: P. Glitsch, Fon: 06032 782-219
 E-Mail: patrizia.glitsch@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 07.–Sa., 09. November 2024

26 P

Leitung: Prof. Dr. med. R. Merbs, M. Leimbeck
Gebühr: 638 € (Akademiestudenten 574,20 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer
 Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 13. November 2024

8 P

Leitung: Prof. Dr. med. R. Merbs
Gebühr: 220 € (Akademiestudenten 198 €)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
 E-Mail: katja.baumann@laekh.de

51. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 07.–Fr., 11. Oktober 2024

Leitung: Prof. Dr. med. F. Finkelmeier,
 Dr. med. A. Grünewald,
 Dr. med. S. Heyl
Gebühr: 880 € (Akademiestudenten 792 €)
Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

II. WEITERBILDUNG

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 UE)

G7-G8	Fr., 05.–Sa., 06. Juli 2024
G9-G10	Fr., 06.–Sa., 07. September 2024
G11-G12	Fr., 04.–Sa., 05. Oktober 2024
G13-G14	Fr., 29.–Sa., 30. November 2024
G15	Sa., 14. Dezember 2024

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 UE)

GP	Fr., 05.–Sa., 06. Juli 2024
GP	Fr., 06.–Sa., 07. September 2024
GP	Fr., 04.–Sa., 05. Oktober 2024

Leitung: Dr. med. J. Bachmann,
Dr. med. J. Viereg

Gebühren: Einzelkurs: 240 €
(Akademienmitglieder oder Mitglieder DÄGfA: 190€)

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

Allgemeinmedizin

Repetitorium Allgemeinmedizin (Live-Online)

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

Mo., 02.–Fr., 06. Dezember 2024 **40 P**

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühr: 671 € (Akademienmitglieder 603,90€)

Psychosomatische Grundversorgung

für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B-Modul II **Di., 05.–Mi., 06. November 2024** **20 P**

Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühr: 418 € (Akademienmitglieder 376,20 €)

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

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

Palliativmedizin

Kurs-Weiterbildung **Mo., 28. Oktober–
Fr., 01. November 2024** **40 P**

Leitung: G. Rietze, C. Riffel, Dr. med. S. Schiel
Gebühr: 1092,50 € (Akademienmitgl. 983,25 €)

Fallseminar Modul III **Mo., 18.–Fr., 22. November 2024** **40 P**

Leitung: Dr. med. L. Fendel
Gebühr: 1207,50 € (Akademienmitgl. 1086,75 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Repetitorium Neurologie

Modul I: **Di., 05.–Do., 07. November 2024** **22 P**

Modul II **Di., 03.–Do., 05. Dezember 2024** **22 P**
je 1.+2. Tag Präsenz, 3. Tag Live-Online

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. M. Kaps
Gebühren: je 423,50 € (Akademienmitgl. 381,15 €)

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

Sexualmedizin

Basiskurs – Modul 1 (Teil A-C)

**Fr., 31. Januar–Sa., 01. Februar 2025, Fr., 21. Februar 2025
Fr., 16.–Sa., 17. Mai 2025**

Gebühr: auf Anfrage
(Kurs nur als Ganzes buchbar)

Leitung: Dr. med. U. Engelbach
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
E-Mail: andrea.floren@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul I **Mo., 02.–Fr., 06. September 2024**

Modul II **Mo., 09.–Fr. 13. September 2024**

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren: je Modul 605 € (Akamitglied 544,50 €)

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

30. 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 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 4: Fr., 05.–Sa., 06. Juli 2024 16 P

Block 5: Fr., 27.–Sa., 28. September 2024 16 P

Block 6: Fr., 15.–Sa., 16. November 2024 16 P

Gebühren: je Block 341 €
(Akademiemitgl. 306,90 €)

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

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

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung

Mo., 25.–Fr., 29. November 2024

Gesamtleitung: Dr. med. M. Werfeling,
Prof. Dr. med. K. U. Chow,
Prof. Dr. med. H. Manner

Gebühr ges.: 847 € (Akamitgl., BDI, DGIM 762,30 €)

Gebühr/Tag: 220 € (Akamitgl., BDI, DGIM 198 €)

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

Manuelle Medizin

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

Modul VII: Fr., 20.–Sa., 21. September 2024
Fr., 27.–Sa., 28. September 2024
Beginn Telelernphase: 20.08.2024

Modul VIII: Fr., 01.–Sa., 02. November 2024
Fr., 08.–Sa., 09. November 2024
Beginn Telelernphase: 01.10.2024

Gebühr: je Modul 1.199 €
(Akademiemitgl. 1.079,10 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Modul IV: Fr., 30.–Sa., 31. August 2024 20 P
Leitung: C. Drefahl, Dr. med. W. Merkle

Modul II: Fr., 01.–Sa., 02. November 2024 20 P
Ort: Kassel, Klinikum
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling
Prof. Dr. med. M. Tryba

Gebühr: je 429 € (Akademiemitgl. 386,10 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ernährungsmedizin

Kurs-Weiterbildung

Modul V (5a) Fr., 05.–Sa., 06. Juli 2024

Modul V (5b) Fr., 06.–Sa., 07. September 2024

Modul V (5c) Fr., 01.–Sa., 02. November 2024

Gebühr: 1.210 € (Akademiemitgl. 1.089 €)

Fallseminare

Erst nach Abschluss der Kurs-Weiterbildung können die Fallseminare absolviert werden.

Module I – V: Termine im Zeitraum Januar – Juli 2025
in Planung

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. U. Stein,
Dr. med. K. Winckler, Frankfurt
Ort: Mi./Fr. Live-Online,
Sa. Frankfurt LÄKH

Auskunft/Anmeldung: S. Schubert-Wallmeyer
Fon: 06032 782-202, E-Mail:
susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Hybrid-Veranstaltung)

Mi., 06.–Sa., 09. November 2024

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein

Gebühr: 704 € (Akademiemitgl. 634 €)
Einzelbuchung pro Tag: 220 € (Akademiemitglieder 198 €)

Auskunft/Anmeldung: M. Ghaus, Fon: 06032 782-213
E-Mail: mariam.ghaus@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken

- Modul 5:** Sa. 24. August 2024 und Mo., 02.–Fr., 06. September 2024
Beginn der Telearnphase: 30.07.2024
- Modul 4:** Sa., 02. November 2024 und Mo., 11.–Fr., 15. November 2024
Beginn der Telearnphase: 08.10.2024
- Modul 6:** Sa., 23. November 2024 und Mo., 02.–Fr., 06. Dezember 2024
Beginn der Telearnphase: 29.10.2024
- Gebühr:** je 1.023 € (Akademiemitgl. 920,70 €)
- Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
- Ort:** Bad Nauheim und Live-Online
- Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Sportmedizin

- Modul 13:** Mo., 16.–Di., 17. September 2024
- Modul 12:** Mi., 18.–Do., 19. September 2024
- Modul 11:** Fr., 20.–Sa., 21. September 2024
- Modul 3:** Mo., 18.–Di., 19. November 2024
- Modul 10:** Mi., 20.–Do., 21. November 2024
- Modul 15:** Fr., 22.–Sa., 23. November 2024
- Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
- Ort:** Frankfurt, Landessportbund eV.
- Gebühren:** je 363 € (Akademiemitgl. 326,70 €)
- Auskunft/Anmeldung:** C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Suchtmedizin

Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung
(Live-Online- Veranstaltung)

Qualifikationsmaßnahme: Module I–VI: Fr., 05. Juli 2024
Beginn der Telearnphase: 19.06.2024
Gebühr: 396 € (Akademiemitglieder 356,40 €)

Aufbaumodul: Modul VII: Sa., 06. Juli 2024
Gebühr: 198 € (Akademiemitglieder 178,20 €)

Leitung: Prof. Dr. med. S. Andreas

Ort: Frankfurt, LÄKH

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208
E-Mail: caroline.winkler@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: Fon: 06032 782-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

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: Akademiemitglieder 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

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung (FAW) – Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für ambulante medizinische Versorgung

Die höherqualifizierende Berufsbildung richtet sich an ausgebildete Medizinische Fachangestellte, die eine neue Herausforderung suchen und sich beruflich weiter qualifizieren möchten, insbesondere in den Bereichen Administration und Praxismanagement. Die Module des Pflichtteils sind:

- Lern- und Arbeitsmethodik
- Durchführung der Ausbildung
- Qualitätsmanagement
- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Kommunikation und Teamführung
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Informations- und Kommunikationstechnologien
- Risikopatientinnen und Patienten sowie Notfallmanagement

Die Fortbildung besteht aus den Modulen des Pflichtteils und einem medizinischen Wahlteil. Nähere Informationen und Anerkennungsmöglichkeiten siehe Website.

Termin FAW_3: ab 30.09.2024

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

NEU: Gynäkologie und Geburtshilfe (GYN) 80 Stunden

Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten von MFA im Bereich der fachspezifischen Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Erkrankungen sowie während Schwangerschaft und Stillzeit werden mit diesem Lehrgang vertieft und erweitert.

Termin (GYN): ab 28.08.2024

Gebühr: 785 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (BET) 140 Stunden

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

Termin BET: ab 06.09.2024

Gebühr: 1.875 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden

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 fachtheoretische und fachpraktische Unterricht beinhaltet u. a. die Themen neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung, neurologische und psychiatrische Symptomlehre, Notfallmanagement, neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung sowie psychiatrische Krankheitsbilder.

Termin NP: ab 30.08.2024

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

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

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden

In einem ernährungstherapeutischen Team sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei Maßnahmen der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapie-maßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

Termin (ERM): ab 17.09.2024

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Onkologie (ONK) 120 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung der Ärztin/des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus mehreren Modulen:

Termin ONK PAL: ab 24.10.2024

Gebühr: 275 €

Termin ONK: ab 07.11.2024

Gebühr: 665 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

Kontakt: Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax: -180



Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang hat die Schwerpunkte:

- Rechtliche und medizinische Grundlagen von Schutzimpfungen
- Organisation des Impfmanagements
- Hausarbeit zum Impfmanagement in der Praxis
- Erfahrungsaustausch zum Impfmanagement

Termin IMP: ab 30.08.2024

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden

Im Block „Ambulantes Operieren“ werden die fachtheoretischen Inhalte in Verbindung mit praktischen Anwendungsübungen vermittelt. Eine Anerkennung der Fortbildung „Aufbereitung von Medizinprodukten“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer ist möglich.

Termin AOP: ab 30.10.2024

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin SAC: ab 10.10.2024

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC) 24 Stunden

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

Termin SAC_3: ab 10.10.2024

Termin SAC_4: ab 28.11.2024

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Julia Werner, Fon: : 06032 782-185, Fax: -180

Refresher Aufbereitung von Medizinprodukten

Inhalte:

- Aktuelle rechtliche Grundlagen und RKI-Empfehlungen
- Validierung des Aufbereitungsverfahrens
- Anforderungen an den Aufbereitungsraum/die Aufbereitungszeile
- Dampfsterilisationsverfahren mit fraktioniertem Vakuum
- Aufbau und Inhalt einer Standardarbeitsanweisung (SOP)

Termin MED 12: Mi., 18.09.2024, 13:30–18:00 Uhr

Gebühr: 85 €

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang wird gemäß dem Fortbildungcurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. Schwerpunkte der Fortbildung sind u. a. umfangreiche Übungen zum Wundmanagement:

- Wundbehandlungsprozess
- Krankheitsbilder: Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, Dekubitus
- Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsprävention
- Wunddokumentation
- Kompressionstherapie

Termin WUN: Interessentenliste

Gebühr: 530 €

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

Injektionen/Infusionen (MED 3) 7 Stunden

Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie u. a. die Forderungen der TRBA 250 vermittelt.

Termin MED 3: Sa., 21.09.2024, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Neu: Aggression im Praxisalltag – Lösungsstrategien im Praxisalltag (PAT 23) 8 Stunden

Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen sind stressigen Alltagssituationen ausgesetzt. Die Stressbelastung wird verstärkt durch die Zunahme von u. a. aggressiven Verhaltensweisen und Unhöflichkeiten. Die Fortbildung erweitert die Kommunikationskompetenz für diese herausfordernden Gesprächssituationen.

Termin PAT 23: Sa., 31.08.2024, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 125 €

Kontakt: Zakia Ahmad, Fon: 06032 782-172, Fax: -180

Tagesaktuelle Informationen

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





Dr. med. Simon Classen (Foto oben links) hat die Ärztliche Geschäftsführung der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim übernommen und bleibt zugleich Direktor des dortigen Gefäßzentrums. **Prof. Dr. med. Hossein-Ardeschir Ghofrani** (Foto oben rechts), der die Klinik in den vergangenen elf Jahren mit Erfolg leitete, bleibt Direktor der Allgemeinen Pneumologie und wurde zum Forschungsdirektor der Kerckhoff-Klinik ernannt. Ghofrani übernimmt zudem die Position des Ärztlichen Geschäftsführers am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen.

Fotos: Kerckhoff-Klinik



Prof. Dr. med. Roland Kaufmann (Foto oben) tritt nach rund 30 Jahren Tätigkeit am Universitätsklinikum Frankfurt am Main in den Ruhestand. Der Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie hat nicht nur die Dermatologie maßgeblich geprägt, sondern auch die gesamte Universitätsmedizin in Frankfurt. So war er über zehn Jahre Ärztlicher Direktor bis 2010 für das gesamte Universitätsklinikum. Er war der letzte Ärztliche Direktor am Standort Frankfurt, der dieses Amt parallel zu seiner klinischen Tätigkeit ausgeübt hat.

Foto: Universitätsklinikum Frankfurt



Prof. Dr. med. Bastian Schilling (Foto unten) ist neuer Klinikdirektor der Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main (UKF) und besetzt den Lehrstuhl für Dermatologie und Venerologie des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität. Sein Gebiet ist die dermatologische Onkologie, hier widmet sich Schilling der Erforschung und Behandlung von Hautkrebskrankungen, insbesondere dem Melanom. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Roland Kaufmann**, der die Klinik für Dermatologie am UKF fast 30 Jahre lang geleitet hat und sich nun in den Ruhestand verabschiedet.

Foto: Uniklinikum Frankfurt



Prof. Dr. med. Claus Rödel (Foto oben), Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Onkologie am Universitätsklinikum Frankfurt sowie Professor an der Goethe-Universität und Direktoriumsmitglied des Universitären Centrums für Tumorerkrankungen (UCT) Frankfurt, hat den Deutschen Krebspreis in der Kategorie „Klinische Forschung“ erhalten. Er ist langjähriger Sprecher der German Rectal Cancer Study Group (GRCSG), die in den vergangenen 25 Jahren eine Vielzahl prospektiver, randomisierter Studien zur Therapieoptimierung des Rektumkarzinoms durchgeführt hat.

Foto: Uniklinikum Frankfurt am Main



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

Dr. med. Anna Kubiak (Foto oben) ist ab Juni neue Chefärztin der Gynäkologie im DGD Krankenhaus Sachsenhausen. Die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe ist eine ausgewiesene Spezialistin für minimal-invasive Chirurgie. Nach Angaben der Klinik ist sie eine von lediglich 16 Frauen bundesweit, die über die MIC III-Zertifizierung verfügen – die höchste Auszeichnung, die die Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie vergibt. Kubiak folgt auf **Prof. Dr. med. Amadeus Hornemann**, der ihr und dem Krankenhaus weiterhin unterstützend zur Verfügung steht.

Foto: DGD Krankenhaus Sachsenhausen



Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Christoph Klenk (Foto links) ist seit dem 1. April W2-Professor für molekulare Pharmakologie und Toxikologie am Rudolf Buchheim-Institut für Pharmakologie am Fachbereich Medizin der JLU Gießen. Zuvor war er am Biochemischen Institut der Universität Zürich tätig. Seine Forschung fokussiert auf die molekulare Funktion von Arzneimittelrezeptoren aus der Klasse der G Protein gekoppelten Rezeptoren und auf neue pharmakologische Ansätze zur Behandlung von Störungen des Kalzium- und Knochenstoffwechsels und von Tumorerkrankungen. Foto: Dirk Letsch



Schwerpunkt Geriatrie: Auftakt einer neuen Serie

Polymedikation & Deprescribing, Infektionskrankheiten und Alzheimer-Therapien

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
„Ist es nun hilfreich, täglich viele Medikamente täglich zu nehmen?“

Auf diese Frage lautet die Antwort – wie so oft auf Fragen dieser Art: „Es kommt auf den Einzelfall an“. Diese Frage steht oft im Zentrum altersmedizinischen Handelns. Mit der demografischen Entwicklung erlangt sie aber nicht nur für Geriater, sondern für jeden Arzt, der ältere Patienten betreut, eine wachsende Bedeutung.

Aber auch andere Fragestellungen der Geriatrie reichen weit in andere Fachgebiete hinein. Hier sind insbesondere die beiden Bereiche anzuführen, die für ein selbstbestimmtes Leben im Alter unerlässlich sind: Mobilität und Kognition.

Die aktuelle Ausgabe des hessischen Ärzteblattes ist als Auftakt gedacht für eine Reihe von Beiträgen zu altersmedizinischen Themen, die in loser Folge erscheinen sollen. Diese greifen wichtige Fragestellungen der Altersmedizin auf, die von allgemeinem ärztlichen Interesse sind.

Dies gilt, wie bereits erläutert, für den Umgang mit Multimedikation. Der Fortschritt der Medizin hat dazu beigetragen,

dass für immer mehr Krankheitsbilder immer mehr Medikamente zur Verfügung stehen. Multimedikation kann somit Ausdruck des medizinischen Fortschritts sein. Doch in vielen Fällen bestehen berechtigte Bedenken, ob Multimedikation älteren Menschen tatsächlich nützt, insbesondere wenn diese Menschen gebrechlich oder kognitiv beeinträchtigt sind.

Der CME-Beitrag von Trabert/Püllen gibt praxisrelevante Handlungsanleitungen, wie im Alltag mit Multimedikation konkret umzugehen ist. Er geht der Frage nach, bei welchen Medikamenten, bei welchen Grundkrankheiten und in welchen klinischen Situationen besondere Vorsicht walten muss. Dabei spielt Deprescribing eine zentrale Rolle.

Der weitere CME-Beitrag von Schütze/Habich geht auf Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter ein. Sie präsentieren sich bei älteren Menschen häufig mit einem anderen klinischen Bild, haben oft einen schwereren Verlauf und können erheblich zu einer Funktionsverschlechterung im Alltag beitragen. Deshalb haben Prävention, frühzeitige Diagnostik und adäquate Behandlung unter Berücksichti-

gung von Begleitkrankheiten große Bedeutung.

Der Beitrag von Pantel schließlich stellt einen neuartigen krankheitsmodifizierenden Therapieansatz für Patienten in der Frühphase einer Alzheimer-Krankheit vor, der in den USA, Japan, China und Südkorea bereits verfügbar ist. Obwohl das letzte Wort der europäischen Zulassungsbehörde hierzu noch nicht gesprochen ist, haben wir den Eindruck, dass das diesbezügliche Informationsbedürfnis bei Kolleginnen und Kollegen, aber auch bei Patienten und ihren Angehörigen so groß ist, dass es lohnt, das Thema bereits jetzt näher zu beleuchten.

So hoffen wir, Ihnen Altersmedizin und Geriatrie als zukunftsweisendes, ganzheitlich vorgehendes, aber auch therapeutisch optimistisches ärztliches Tätigkeitsfeld näher bringen zu können, in dem es für die Fort- und Weiterbildung einiges zu lernen gibt und wünschen Ihnen viel Gewinn bei der Lektüre.

Prof. Dr. med. Johannes Pantel
PD Dr. med. Rupert Püllen
PD Dr. med. Mathias Pfisterer



Polymedikation und Deprescribing bei älteren Menschen

Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikamente

VNR 276060202421300002

Dr. med. Johannes Trabert, PD Dr. med. Rupert Püllen

Polypharmazie bezeichnet die Verordnung von fünf oder mehr Medikamenten und kommt gerade bei älteren Menschen häufig vor. Bei Patienten, die 70 Jahre oder älter sind, trifft dies auf etwa ein Viertel zu [1], insbesondere bei Menschen mit Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit im Alltag. Polypharmazie ist assoziiert mit funktioneller Verschlechterung, kognitivem Abbau, Stürzen, Urininkontinenz, Mangelernährung und nicht zuletzt auch Incompliance [2]. Daher ist das Bewusstsein für das Vorliegen von Polypharmazie unabdingbar.

Gleichzeitig ist es wichtig zu betonen, dass Polypharmazie auch Zeichen des Fortschritts in der Medizin ist und damit auch sinnvoll. Einige Diagnosen haben eine Polypharmazie zur Folge, beispielsweise die Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wodurch Lebenszeit aber auch Lebensqualität positiv beeinflusst werden können.

Bei der Beurteilung von Polypharmazie sollte stets auf die Art der Medikamente geachtet werden. Hier soll insbesondere die Bedeutung von potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) hervorgehoben werden. PIM bezeichnen Medikamente, die bei älteren Menschen aufgrund von Interaktionspotenzial oder Nebenwirkungsprofil tendenziell ungeeignet sind. Sie sollten daher vermieden werden bzw. wenn nicht anders möglich, nur mit entsprechender Überwachung der Nebenwirkungen. Einen Überblick über PIM geben Listen wie z. B. FORTA [3] oder PRIS-

CUS [4]. Diese Listen bieten auch besser verträgliche Alternativen.

Als Beispiel dienen Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wie Ibuprofen oder Diclofenac, die gerade bei älteren Menschen häufiger zu gastrointestinalen Blutungen, Nierenfunktionseinschränkungen oder Blutdrucksteigerungen führen können. Mit zunehmendem Alter steigt die Verordnung von PIM, so bekommt z. B. ab dem 80. Lebensjahr in Deutschland etwa jeder Dritte ein oder mehrere PIM verordnet [5].

Bei älteren Menschen ist die Verordnung speziell von PIM mit einer Vielzahl von Komplikationen verbunden. Menschen mit PIM werden häufiger notfälliger in einer Notaufnahme vorgestellt und werden häufiger stationär aufgenommen [6]. Zudem kommt es bei ihnen häufiger zu einer funktionellen Verschlechterung, sie haben ein erhöhtes Risiko, eine Demenz zu entwickeln, und sogar eine erhöhte Sterblichkeit [7]. Somit ist neben Polypharmazie auch die Kenntnis zu PIM unabdingbar.

Eine Herausforderung stellt die zusätzliche Einnahme von frei verkäuflichen Medikamenten dar. Bis zu einem Viertel der Gesamtmedikation stellen bei älteren Menschen frei verkäufliche Medikamente dar, am häufigsten waren hier Aspirin, Magnesium und Calcium [8].

Wichtig sind aber auch Medikamente wie z. B. Johanniskraut, welches als potenter Induktor von CYP3A4 relevant in die Stoffwechslung von anderen Medikamenten eingreift. Ein bewährtes Mittel ist das

sogenannte Brown Bag Prinzip, bei dem der Patient gebeten wird, alle Medikamente, die eingenommen werden, inklusive der frei verkäuflichen, mitzubringen [8].

Eine Möglichkeit, Polypharmazie zu beeinflussen, stellt die Applikationsform dar. So können orale Medikamente so verordnet werden, dass sie nur einmal täglich anstatt mehrfach täglich eingenommen werden müssen. Dies kann zum einen erreicht werden durch Retardpräparate, zum anderen durch die Auswahl des Präparates selbst, so müssen bei den direkten oralen Antikoagulanzen z. B. Edoxaban und Rivaroxaban nur einmal täglich eingenommen werden. Bei manchen Medikamenten bietet sich auch eine transdermale Applikationsform an, z. B. bei Opiaten, Cholinesterasehemmern oder Dopamin-Agonisten. Bei der Osteoporose Therapie mit Bisphosphonaten sollte die einmal jährliche Therapie mit Zoledronsäure intravenös der einmal wöchentlichen oralen Einnahme von Alendronsäure bevorzugt werden.

Polypharmazie bei besonders vulnerablen Menschen

Es wurde bereits erwähnt, dass insbesondere Menschen mit reduzierter Selbstständigkeit im Alltag von Polypharmazie betroffen sind. Diese Gruppe von Menschen entspricht dem Frailty Konzept im Sinne der klinischen Frailty Skala oder clinical frailty scale (CFS). Frailty oder im Deutschen Gebrechlichkeit bzw. erhöhte

Vulnerabilität ist nicht einheitlich definiert, entspricht aber grundsätzlich einer reduzierten Selbstständigkeit mit Kraftverlust und eingeschränkter Mobilität. Die CFS skaliert von 1 (fit) über 5 (frail) bis 9 (terminal erkrankt) die verschiedenen Stufen der Alltagsfähigkeit und ist mittlerweile vielfach untersucht und aussagekräftig u. a. hinsichtlich Gesamtprognose, Sturz- oder Delir- bzw. Demenzrisiko [9]. Uns ist es wichtig, in diesem Artikel auch auf das Frailty-Konzept hinzuweisen, da das Vorliegen von Frailty essenziell verbunden ist mit dem Risiko von Polypharmazie und speziell PIM [10].

Bei Vorliegen von Polypharmazie oder PIM sollte somit immer auch die Funktionalität, also die Selbstständigkeit im Alltag des Patienten betrachtet werden. Ein Patient, der körperlich und geistig fit ist, verträgt Polymedikation deutlich besser als ein Patient mit geistiger und körperlicher Beeinträchtigung [11].

Gerade Menschen mit Frailty haben häufiger Begleiterkrankungen oder Syndrome, welche die Einnahme von Medikamenten beeinträchtigen können. Dies umfasst beispielsweise Demenzerkrankungen, Dysphagie, reduzierte Feinmotorik, reduziertes Sehvermögen. Entsprechend muss darauf geachtet werden, dass entsprechende Unterstützung im Alltag vorhanden ist. Auch kann dieser Patientengruppe die Applikationsart wie oben beschrieben angepasst werden.

Deprescribing

Wo Polypharmazie ist, sollte also auch Absetzen von Medikamenten, das sogenannte Deprescribing, stets bedacht werden. Deprescribing beschreibt die systematische Überprüfung von Medikamenten hinsichtlich Indikation bzw. Wirkung und Kontraindikationen bzw. Nebenwirkungen. Es stellt also eine Nutzen-Risiko Abwägung dar unter Berücksichtigung der Lebenssituation und Lebenserwartung des Patienten sowie dessen individuellen Wünsche.

Es gibt bestimmte Ereignisse oder Beschwerden, die Anlass geben sollten zu Deprescribing. Dies können grundlegend lebensverändernde neue Diagnosen sein, wie z. B. ein lebenszeitverkürzendes Malignom oder die neue Diagnose einer De-

menzerkrankung, aber genauso die Umsiedelung in eine Pflegeeinrichtung. Die genannten Diagnosen bzw. der genannte Umzug stellen tiefgreifende Veränderungen dar und gehen somit mit einer veränderten Gesamtprognose und gegebenenfalls auch mit veränderten Zielen vonseiten des Patienten einher [12].

Gleichzeitig gibt es bestimmte Beschwerden, die an Deprescribing denken lassen sollten:

So sollte zum Beispiel nach einem Sturz immer die Medikation überprüft werden. Die Fall Risk increasing Drugs (FRIDs) sind eine Medikamentengruppe, die nachweislich das Sturzrisiko erhöhen und somit nach einem Sturz kritisch in der Indikation überprüft werden sollten. An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass das isolierte Absetzen von sturzauslösenden Medikamenten das Sturzrisiko nicht senkt. So sollten auch andere Aspekte wie z. B. Kraft- und Gleichgewichtstraining berück-

sichtigt werden [13]. Auch ein neu aufgetretenes Delir kann durch ein Medikament verursacht werden, weshalb ein kritischer Blick auf die Medikationsliste sinnvoll ist. Hier sollte man insbesondere an Medikamente mit anticholinergischer Wirkung, aber auch an Opiate denken [14].

Gerade bei älteren Menschen ist auch Schwindel ein häufiges Symptom, welches eine medikamentöse Ursache haben kann. Die Medikamente die einen Schwindel verursachen können, sind im Wesentlichen die gleichen Medikamente, die das Sturzrisiko erhöhen, die erwähnten FRIDs [13]. Da Schwindel die Lebensqualität und Selbstständigkeit verschlechtert und auch das Sturzrisiko erhöht, lohnt sich auch hier der kritische Blick auf die Medikation [15].

Die genannten Ereignisse bzw. Beschwerden decken selbstverständlich nicht alle möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten bei Polypharmazie ab. Daher

Fallbeispiel

Eine 89-jährige Pflegeheimbewohnerin klagt über Schwindel, durch welchen sie nicht mehr in der Lage sei, aus dem Bett zu kommen. Aufgrund des Schwindels sei sie vor kurzem auch schon stationär in einer HNO-Klinik behandelt worden, wo keine Ursache gefunden wurde. Vom Pflegepersonal wird sie als freundlich, kooperativ, aber oft schläfrig beschrieben. In der Untersuchung ist ein reduzierter Antrieb, ein Puls von 58 Schlägen pro Minute sowie ein Blutdruck von 100 mmHg systolisch in liegender Position auffällig. Die Mobilisierung wird von der Dame abgelehnt, da sie dann immer Schwindel habe. In der aktuellen Medikamentenliste finden sich Amlodipin, Ramipril, Bisoprolol jeweils morgens und abends, Quetiapin mittags und abends, Pipamperon morgens und abends, L-Thyroxin morgens und Mirtazapin abends. Die Vorerkrankungen umfassend eine leichtgradige Alzheimer Demenz, eine Depression, eine Hüft-TEP, einen AV-Block ersten Grades sowie eine arterielle Hypertonie.

Interpretation: Ursache für den Schwindel ist a. e. eine iatrogene Hypotonie,

möglicherweise verstärkt durch eine orthostatische Dysregulation. Letztere wird durch die Verordnung von den zwei Neuroleptika verstärkt. Außer der arteriellen Hypertonie in der Vorgeschichte gibt es keine Indikation, welche eine strenge Blutdruckeinstellung rechtfertigt (z. B. Zustand nach Myokardinfarkt, schwere Herzinsuffizienz). Neuroleptika sollten grundsätzlich in der Indikation immer wieder überprüft werden. Aktuell wird die Dame als freundlich und kooperativ beschrieben.

Maßnahmen: Die Neuroleptika werden auf eine Substanz und nur noch abendliche Einnahme reduziert, die abendliche Dosis wird in einer Woche auf Notwendigkeit geprüft. Die Antihypertensiva werden reduziert, angefangen bei Bisoprolol aufgrund der Bradykardie. Die weitere Reduktion erfolgt in Absprache mit den Blutdruckwerten und des Zustandes der Dame.

Ergebnis: Schon zwei Tage nach den ersten Änderungen bessert sich der Zustand der Dame, sie kann sich nun an die Bettkante setzen. Nach weiteren Tagen ist sie wieder am Rollator mobil. Es wird die Diagnose iatrogen verursachte orthostatische Hypotonie gestellt.

sollte bei Menschen mit Polypharmazie, die sich mit neuartigen Beschwerden ärztlich vorstellen, grundsätzlich immer daran gedacht werden, dass diese Beschwerden möglicherweise eine Nebenwirkung eines oder mehrerer Medikamente sein könnten.

Die erste Überlegung sollte daher nicht sein, welches Medikament man gegen neue Beschwerden geben muss, sondern, welches Medikament man absetzen kann, um die Beschwerden zu lindern.

Für die tägliche Praxis

Bei der Anwendung von Deprescribing ist zunächst eine vollständige Übersicht der Diagnosen und der Medikamente wichtig. Sollte ein Medikament keine eindeutige Indikation haben, muss es abgesetzt werden. Tückisch sind oft Medikamente, die

nur eine vorübergehende Indikation haben, sich dann aber in der Dauermedikation wiederfinden. Als Beispiel seien Pantoprazol als Stressulkusprophylaxe in der Akutsituation oder Sedativa bzw. Neuroleptika im Rahmen von Schlafstörungen oder einem Delir im Krankenhaus genannt. Hier sollte auch bedacht werden, dass sich Indikationen im Verlauf ändern können, beispielsweise die Indikation für eine Primärprophylaxe mit Aspirin. Entsprechend müssen Indikationen stets überprüft werden.

Sollte ein Medikament mit entsprechenden relevanten Nebenwirkungen identifiziert werden, muss gemeinsam mit dem Patienten individuell abgewogen werden, ob das Medikament abgesetzt, in der Dosis reduziert oder fortgeführt werden sollte. Weiterhin ist es wichtig zu prüfen, ob Medikamente gegeben werden, um

Nebenwirkungen eines anderen Medikamentes zu behandeln. Dies nennt man Verschreibungskaskade. Als ein Beispiel dienen Ödeme unter Calciumkanalblockern, die wiederum mit Diuretika behandelt werden. Viele weitere Beispiele sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Manche Medikamente lassen sich problemlos absetzen, andere sollten vorsichtig ausgeschlichen werden, um Reboundeffekte bzw. Entzugserscheinungen zu vermeiden. Dies gilt z. B. für Antidepressiva, Neuroleptika oder Opiate.

Wenn mehrere Medikamente zum Absetzen identifiziert werden, sollten diese nach Möglichkeit nacheinander und nicht alle gleichzeitig beendet werden.

Ein wesentlicher Aspekt, der berücksichtigt werden muss, ist das Vorliegen einer relevanten funktionellen Beeinträchtigung im Sinne von Frailty. Dies entspricht auch bei zunehmender Frailty einer zunehmend reduzierten Lebenserwartung. Medikamente, die langfristig prognoseverbessernd indiziert sind, sollten nicht bei einer Lebenserwartung von einem Jahr oder kürzer angewendet werden. Beispielsweise sei hier eine intensive antidiabetische Therapie oder eine Statintherapie oder orale Antikoagulation genannt. Zur Prognoseeinschätzung bietet sich auch die „Surprise-Question“ an: Wäre ich überrascht, wenn mein Patient in den nächsten zwölf Monaten stirbt?

Fazit

Es ist uns abschließend wichtig, auf zwei Dinge hinzuweisen:

Bei sorgfältiger Anwendung ist Deprescribing zum einen sicher und zum anderen kann es die Zufriedenheit und den subjektiven Gesundheitszustand von Patienten steigern [16].

Bei der Überprüfung von Diagnosen und Medikamenten sollte nicht nur darauf geachtet werden, welche Medikamente man absetzen sollte, sondern auch darauf, welche Medikamente bei entsprechenden Diagnosen unbedingt angesetzt werden sollten. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die fehlende spezifische Osteoporosetherapie bei manifester Osteoporose, aber auch eine fehlende adäquate Rheumatherapie wie zum Beispiel Methotrexat oder Leflunomid.

Tabelle 1

Symptom	Potenziell auslösende Medikamente	Problematische Therapie
Knöchelödeme	Calcium Kanal Blocker	Diuretika
Delir	Anticholinergika, Opiate	Antidementiva
Bluthochdruck	NSARs	Antihypertensiva
Schwindel	Antihypertensiva, Sedativa, Anticholinergika	Antivertigosa
Urininkontinenz	Cholinergika	Anticholinergika
Hyperglykämie	Kortisontherapie	Antidiabetika
Hyponatriämie	Thiazide	Salztabletten

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Polymedikation und Deprescribing bei älteren Menschen“ von Dr. med. Johannes Trabert und PD Dr. med. Rupert Püllen 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 Mitgliederportal vom 25. Juni 2024 bis

24. Dezember 2024 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 Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Dr. med.
Johannes Trabert
Oberarzt
Medizinisch-
Geriatrische Klinik
E-Mail: johannes.
trabert@
agaplesion.de



Foto: Samira Schulz

PD Dr. med.
Rupert Püllen
Chefarzt
Medizinisch-
Geriatrische Klinik



Foto: Markus Krankenhaus

beide: Agaplesion Markus Krankenhaus,
Wilhelm-Epstein-Straße 4,
60431 Frankfurt am Main

Die Literaturhinweise finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Multiple-Choice-Fragen: Polymedikation und Deprescribing bei Älteren

VNR: 2760602024213000002

(eine Antwort ist richtig)

1. Wie ist Polypharmazie definiert?

- 1) Mindestens 2 Medikamente
- 2) Mindestens 3 Medikamente
- 3) Mindestens 4 Medikamente
- 4) Mindestens 5 Medikamente
- 5) Mindestens 6 Medikamente

2. Bei wie vielen Menschen in Deutschland, die 70 Jahre oder älter sind, liegt eine Polypharmazie vor?

- 1) 10 %
- 2) 15 %
- 3) 25 %
- 4) 40 %
- 5) 50 %

3. Welche Antwort zu potenziell inadäquaten Medikamenten (PIMs) trifft zu?

- 1) Sie sind bei älteren Menschen eher selten.
- 2) Sie spielen bei Polypharmazie eher eine geringe Rolle.
- 3) PIMs sind nur für Ärzte relevant, die stationär tätig sind.
- 4) Es gibt meistens keine Möglichkeit, ein PIM abzusetzen, da diese immer alternativlos sind.
- 5) PIMs sind mit vielen schwerwiegenden Komplikationen assoziiert.

4. Wie häufig werden PIMs in Deutschland verordnet bei Menschen, die 80 Jahre oder älter sind?

- 1) Bei etwa 5 %
- 2) Bei etwa 10 %
- 3) Bei etwa 20 %

- 4) Bei etwa 30 %
- 5) Bei etwa 70 %

5. Welche Antwort zu Frailty ist richtig?

- 1) Frailty ist klar und einheitlich definiert.
- 2) Eine Möglichkeit Frailty zu beschreiben stellt die klinische Frailty Skala dar.
- 3) Frailty geht mit besonderer Robustheit gegenüber Polymedikation einher.
- 4) Frailty und Polymedikation haben nichts miteinander zu tun.
- 5) Menschen mit Frailty müssen nicht besonders berücksichtigt werden.

6. Was bedeutet Deprescribing?

- 1) Eine systematische Nutzen-Risiko-Analyse von Medikamenten.
- 2) Unkritisches Absetzen von Medikamenten.
- 3) Ein Konzept, welches nur für die Geriatrie gilt.
- 4) Das Absetzen von mindestens fünf Medikamenten.
- 5) Das Absetzen aller Medikamente.

7. Wann muss nicht an Deprescribing gedacht werden?

- 1) Bei Stürzen.
- 2) Bei neuer Urininkontinenz.
- 3) Bei neu aufgetretener kognitiver Beeinträchtigung.
- 4) Bei Schwindel.
- 5) Vor einer Gastroskopie.

8. Was ist nicht wichtig bei Deprescribing?

- 1) Eine vollständige Diagnosenliste.

- 2) Eine vollständige Medikamentenliste.
- 3) Die Krankenversicherung des Patienten.
- 4) Der funktionelle Zustand des Patienten.
- 5) Die Lebenserwartung des Patienten.

9. Was sollte bei Deprescribing bedacht werden?

- 1) Bestimmte Medikamente, z. B. Antidepressiva, sollten ausgeschlichen werden.
- b. Das Absetzen ist unkritisch, somit müssen Absetzreaktionen nicht bedacht werden.
- c. Idealerweise sollten alle Medikamente gleichzeitig beendet werden.
- d. Das Nebenwirkungsprofil von Medikamenten spielt keine Rolle.
- e. Der Zustand von Patienten muss nicht mitbedacht werden.

10. Welche Aussage zu Deprescribing trifft zu?

- 1) Deprescribing ist gefährlich.
- 2) Bei Deprescribing sollte immer auch geprüft werden, ob wichtige Medikamente fehlen.
- 3) Deprescribing führt oft zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands.
- 4) Deprescribing kann grundsätzlich nur im Krankenhaus erfolgen.
- 5) Deprescribing sollte nur bei palliativen Patienten bedacht werden.

Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter

VNR: 2760602024213010001

PD Dr. med. Sandra Schütze, Dr. med. Oliver Habich

Infektionen und Infektionskrankheiten stellen eine häufige Herausforderung bei der Behandlung älterer Menschen und geriatrischer Patienten dar. Unterschiedliche Erreger, u. a. Bakterien, Viren und Pilze, können Infektionskrankheiten verursachen. In diesem Beitrag liegt der Fokus auf den Besonderheiten der klinischen Symptomatik, Diagnostik und Therapie bakterieller Infektionskrankheiten bei älteren Menschen. Behandelt werden hierbei allgemeine Aspekte dieses breiten Spektrums an Erkrankungen. Für die spezifische Therapie einzelner Infektionskrankheiten sollten die jeweils aktuellen Leitlinien herangezogen werden. Der Artikel enthält Textabschnitte, eine Abbildung und eine Tabelle aus dem in der Buchreihe „Altersmedizin in der Praxis“ im Kohlhammer Verlag erschienenen Band „Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter“, auf den zur umfassenderen Beschäftigung mit dem Thema verwiesen wird.

Höhere Inzidenz und schwererer Verlauf

Inzidenz und Prävalenz fast aller bakterieller Infektionen im Erwachsenenalter nehmen mit ansteigendem Lebensalter zu. Pneumonien und Harnwegsinfektionen sind die häufigsten Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter, gefolgt von Haut- und Weichteilinfektionen und gastrointestinalen Infektionen. Reaktivierungen von latenten Infektionen treten im höheren Lebensalter häufiger auf. Auch andere Infektionskrankheiten, die sonst nur bei Immunsupprimierten eine Rolle spielen, sind bei älteren Personen relevant. Ältere Menschen haben ein besonders hohes Risiko für nosokomiale Infektionen und sind von nosokomialen Ausbruchsgeschehen in besonderem Maße betroffen.

Infektionskrankheiten sind mit fast 30 % der häufigste Grund für Krankenhauseinweisungen von ≥ 65 -jährigen Pflegeheimbewohnern und nach kardiovaskulären Erkrankungen der zweithäufigste Grund für

eine Krankenhauseinweisung zu Hause lebender Personen ≥ 65 Jahre (16,2 %) [1]. Deutlich zeigt sich dies am Beispiel der Pneumonie: Eine stationär behandlungsbedürftige ambulant erworbene Pneumonie ist bei Personen ≥ 75 Jahre etwa 50 Mal häufiger als in der Altersgruppe der 15–20-Jährigen bzw. bei ≥ 65 -Jährigen 4–11 Mal häufiger als bei < 65 -Jährigen [2, 3]. Pneumonien führen bei älteren Menschen viel häufiger zur stationären Aufnahme als Myokardinfarkte, Schlaganfälle oder osteoporotische Frakturen, der zur Pneumonieprävention betriebene Aufwand ist allerdings im Vergleich gering [4]. Bakterielle Infektionen verlaufen bei älteren Menschen oft schwerer und komplikationsreicher als bei jüngeren Menschen, Bakteriämie und septische Verläufe sind häufiger. Die Sterblichkeit infolge von Infektionskrankheiten ist bei älteren Personen im Vergleich zu jüngeren Personen erhöht, bei Pneumonien, Harnwegsinfekten, Septitiden und bakteriellen Meningitiden mindestens um den Faktor 3 [5, 6]. 17 % der ≥ 90 -Jährigen, die wegen einer akuten Infektionskrankheit stationär aufgenommen werden, versterben im Krankenhaus [7]. Eine Infektionskrankheit ist die primäre Todesursache bei 1/3 aller Personen ≥ 65 Jahre und bei 45 % der Patienten in einer internistischen Klinik. Bei vielen anderen Patienten tragen Infektionen zum Tode bei [8]. Infektionskrankheiten gehören damit zu den häufigsten Todesursachen im höheren Lebensalter.

Infektionsrelevante Besonderheiten bei älteren Menschen

Das Immunsystem und alle Organsysteme des alternden Menschen unterliegen biologischen und pathophysiologischen Veränderungen sowie extrinsischen Faktoren, die einen Einfluss auf das Risiko, die Manifestation und den Verlauf von Infektionskrankheiten haben [9, 10]. Wichtige Faktoren sind hierbei die Immunoseneszenz,

organspezifische Alterungsprozesse, Veränderungen des Mikrobioms, Erkrankungen und Multimorbidität, Medikamente und Polypharmazie, geriatrische Syndrome sowie Wohnumfeld und Kontakte zu medizinischen und pflegerischen Einrichtungen (Abb. 1).

Die Immunoseneszenz ist ein Alterungsprozess und kann zu den geriatrischen Syndromen gezählt werden. Sie bezeichnet die altersassoziierten Veränderungen des Immunsystems [11] und beeinflusst die Infektionsanfälligkeit und den Verlauf von Infektionskrankheiten beim älteren Menschen sowie die Effizienz von Impfungen [12]. Sowohl für Zellen des innate Immunsystems als auch des adaptiven Immunsystems sind zahlreiche altersassoziierte Veränderungen beschrieben [13]. Altersassoziiert kommt es zudem zur Entwicklung eines chronischen proinflammatorischen Status, dem sog. Inflamm-Aging [14]. Die Basalkonzentrationen proinflammatorischer Zytokine sind im Serum älterer Menschen höher als im Serum jüngerer Menschen, der Anstieg von Zytokin-konzentrationen als Reaktion auf eine Infektion ist im höheren Lebensalter jedoch vermindert als Zeichen einer reduzierten systemischen Entzündungsreaktion.

Unabhängig von bestehenden Erkrankungen treten mit zunehmendem Lebensalter strukturelle, anatomische und funktionelle Veränderungen in fast allen Organsystemen auf. Ursächlich hierfür sind u. a. die Akkumulation von molekularen und zellulären Schädigungen und hormonelle Einflüsse. Hinsichtlich der Infektionsanfälligkeit sind Störungen der Barrierefunktionen, die auch als Teil des innate Immunsystems betrachtet werden können, von besonderer Bedeutung. Zu den mechanischen und biochemischen Barrieren des menschlichen Körpers gehören die Haut und die Schleimhäute der Atemwege, des Gastrointestinaltrakts und des Urogenitaltrakts mit ihrer mikrobiellen Flora und ihren Sekreten (z. B. Schweiß, Schleim, Speichel), die eine Binde- und Ab-

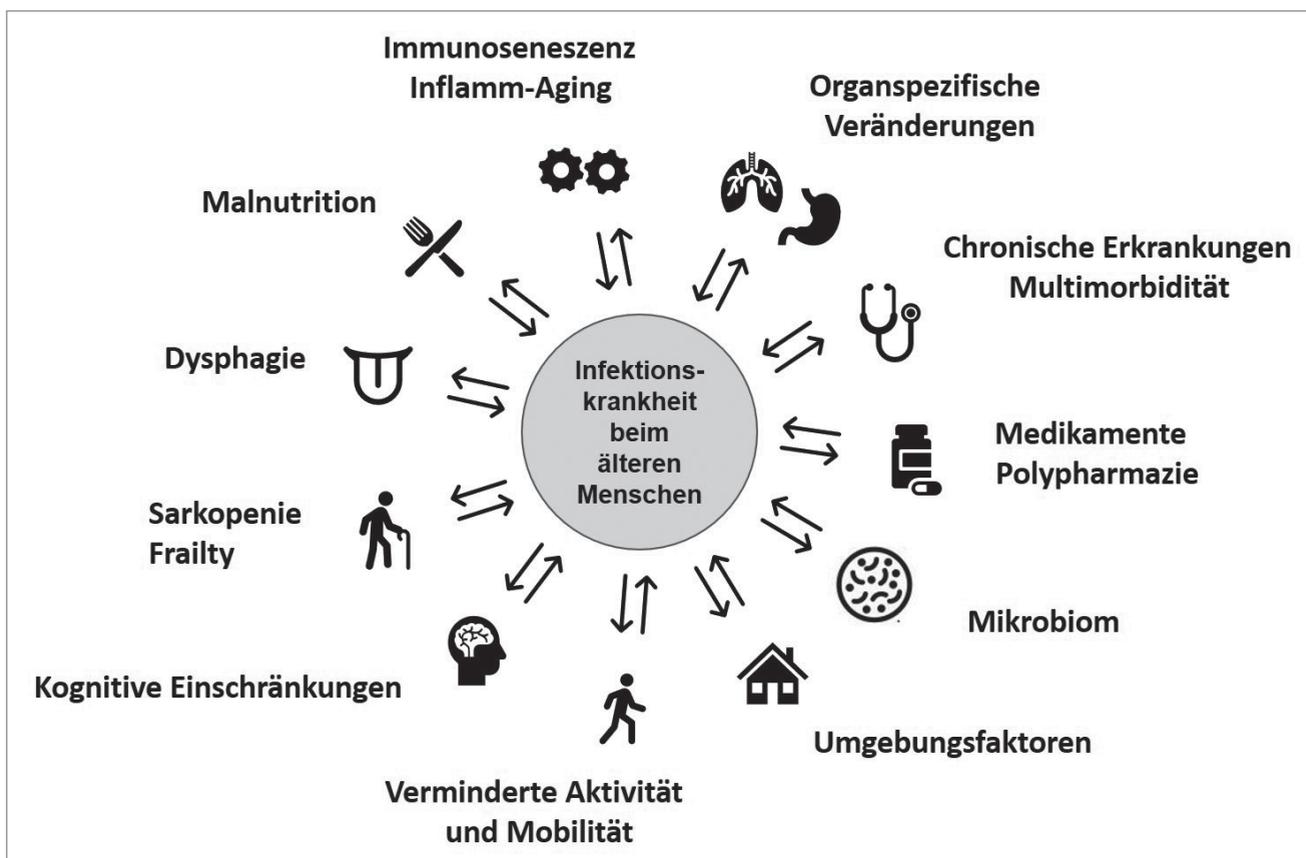


Abb.: Schütze © Kohlhammer Verlag 2021, siehe Buchtipps S. 421

Abb. 1: Wichtige Faktoren, die die Inzidenz und den Verlauf von Infektionskrankheiten bei älteren Menschen beeinflussen und umgekehrt auch von Infektionskrankheiten beeinflusst werden.

transportfunktion haben und zum Teil antimikrobielle Enzyme beinhalten [9].

Die Prävalenz chronischer und degenerativer, aber auch akuter Erkrankungen steigt mit zunehmendem Alter. Multimorbidität ist ein Kennzeichen des geriatrischen Patienten. Jede einzelne Erkrankung für sich kann Auswirkungen auf die Infektionsanfälligkeit und den Verlauf von Infektionskrankheiten haben. Beispielsweise haben Patienten mit einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oder einer pulmonalen Stauung im Rahmen einer kardialen Dekompensation ein erhöhtes Risiko, an einer Pneumonie zu erkranken. Haut- und Weichteilinfektionen treten bei Patienten mit Diabetes mellitus oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) gehäuft auf. Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, Arthrose oder einliegenden Gelenkprothesen ist das Risiko für Gelenkinfektionen erhöht. Autoimmunerkrankungen, hämatookologische Erkrankungen und dialysepflichtige Niereninsuffizienz sind mit einem generell erhöhten Risiko für Infektionen assoziiert.

Einhergehend mit der Multimorbidität ist auch die Polypharmazie ein Kennzeichen des geriatrischen Patienten (siehe dazu

den weiteren CME-Artikel in dieser Ausgabe). Der verbreitete Gebrauch von Medikamenten, die Abwehrmechanismen des Organismus und andere Funktionen des Immunsystems beeinflussen können, macht ältere Menschen anfälliger für Infektionen [15]. Neuroleptika können beispielsweise durch die unerwünschte Nebenwirkung Dysphagie und durch sedierende Effekte zum vermehrten Auftreten von Pneumonien führen. Der Gebrauch von Anticholinergika ist mit einem erhöhten Risiko für Harnwegsinfektionen und Pneumonien assoziiert, der Gebrauch von Protonenpumpenhemmern mit dem vermehrten Auftreten von gastrointestinalen Infektionen und insbesondere *C. difficile*-Enteritiden. Glukokortikoide und andere Immunsuppressiva gehen mit einem generell erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten verschiedener Organsysteme und für Septitiden einher.

Geriatrische Syndrome beeinflussen die Infektionsanfälligkeit und den Verlauf von Infektionskrankheiten, hierbei sind insbesondere die Mangelernährung (Malnutrition) und die Sarkopenie hervorzuheben. Malnutrition trägt zur Dysregulation des Immunsystems bei, u. a. zur Reduktion von zirkulierendem IgA und zirkulierender

T-Zellen [16] sowie zur Verminderung von Zytokinproduktion und Phagozytose [17]. Sie führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen [9] und ist mit einem erhöhten Risiko für schwere bzw. tödliche Verläufe von Infektionskrankheiten assoziiert [18]. Die Sarkopenie, d. h. der Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft, geht mit einer Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen, körperlicher Aktivität, Mobilität und Lebensqualität einher. Metabolische Veränderungen bei der Sarkopenie begünstigen einen proinflammatorischen Zustand, durch den die Entstehung verschiedener Erkrankungen gefördert wird und der Auswirkungen auf die Infektionsresistenz und -bewältigung hat. Sarkopenie der Zwerchfell- und Atemmuskulatur führt zu Einschränkungen bei der Atmung [19]. Ist die Muskulatur der Zunge, des Pharynx und Ösophagus betroffen, kommt es zur „sarkopenen Dysphagie“. Eine Dysphagie im höheren Lebensalter geht mit einem erhöhten Risiko für Aspirationspneumonien, Malnutrition, Exsikkose, schwerwiegende Komplikationen und Mortalität einher [20, 21]. Bei selbstständig lebenden Personen ≥ 70 Jahre verdoppelt sich das Risiko für eine Pneumonie bei Vorhandensein einer Dysphagie [22].

Schwerwiegende Auswirkungen

Infektionen erhöhen das Risiko für verschiedene Akuterkrankungen, insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen. Das Risiko für akute kardiovaskuläre Ereignisse, z. B. Myokardinfarkt, akutes Koronarsyndrom, akute Herzinsuffizienz, Arrhythmien oder Schlaganfall, ist beispielsweise während und nach einer ambulant erworbenen Pneumonie erhöht [23]. Hierbei spielen u. a. eine infektionsassoziierte Plaquestabilisation, erhöhte Serumkonzentrationen proinflammatorischer Zytokine und infektionsassoziierte Veränderungen im Gerinnungssystem eine Rolle. Infektionen gehören zu den typischen Auslösern eines Delirs (s. u.). Die Vermeidung und adäquate Behandlung von Infektionskrankheiten gehört zu den essenziellen Maßnahmen der Delirprävention.

Auch in der Pathogenese verschiedener chronischer Erkrankungen spielen Infektionen eine Rolle. Hier sind insbesondere die Atherosklerose und die damit verbundenen vaskulären Erkrankungen, die Alzheimer-Demenz und der Diabetes mellitus zu nennen. Hierauf basiert u. a. die Inflammationshypothese neurodegenerativer Erkrankungen [24].

Infektionskrankheiten beeinflussen zudem die Symptomatik bzw. den Verlauf von chronischen Erkrankungen. So führen sowohl bakterielle als auch virale respiratorische Infektionen häufig zu Exazerbationen einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), die mit einer beschleunigten Abnahme der Lungenfunktion und einem Anstieg der Mortalität assoziiert sind [25]. Der neuropsychologische und neurologische Status von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen verschlechtert sich häufig bei bakteriellen Infektionen. Systemische Infektionen führen zu einer kognitiven Verschlechterung bei Patienten mit Alzheimer-Demenz, die oft auch über die Infektion hinaus bestehen bleibt [26]. Bei Patienten mit Parkinson-Syndromen sind Infektionskrankheiten eine häufige Ursache für akute Verschlechterungen der extrapyramidal-motorischen und psychischen Symptome und für eine stationäre Krankenhausaufnahme [27]. Vermutlich kommt es im Rahmen von Infektionen bei Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen zu einer Ak-

zeleration der Neurodegeneration, wobei hier Mikrogliazellen, die innatens Immunzellen im ZNS, eine wesentliche Rolle spielen [28]. Durch endogene Substanzen (Proteinaggregate wie Amyloid-Beta oder Alpha-Synuclein und Bestandteile untergegangener Nervenzellen) bereits voraktivierte Mikrogliazellen werden bei bakteriellen Infektionen durch Bakterienbestandteile und Zytokine zusätzlich aktiviert und führen zu einer vermehrten neuronalen Schädigung [29].

Nicht selten sind schwere Infektionskrankheiten mit dem Beginn der Gebrechlichkeit und mit dem Verlust der Selbständigkeit assoziiert [30, 31]. Hieraus ergeben sich oft auch Folgen für das Lebensumfeld, die Wohnsituation und den Unterstützungsbedarf des älteren Menschen, bspw. könne eine vermehrte Unterstützung durch Angehörige oder Pflegedienste oder eine Aufnahme in ein Pflegeheim notwendig werden. Besondere Relevanz hinsichtlich Funktionalität und Selbständigkeit von Senioren haben die akuten oder auch chronischen Auswirkungen von Infektionskrankheiten auf die Kognition und auf die Muskelfunktion. Infektionen können die Kognition akut beeinflussen im Rahmen eines Delirs bzw. einer septischen Enzephalopathie [32], können sich aber auch chronisch auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken, wahrscheinlich durch Akzeleration der Neurodegeneration, insbesondere bei vorbestehenden neurodegenerativen Erkrankungen (s. o.). Akute Verschlechterungen der Muskelfunktionen im Rahmen von Infektionen zeigen sich klinisch u. a. durch eine reduzierte Mobilität oder Stürze. Die Critical illness-Polyneuropathie und -Myopathie ist eine schwere Begleiterkrankung bei septischen Infektionsverläufen mit oft langfristigen und irreversiblen Folgeschäden. Eine vorbestehende Sarkopenie verschlechtert sich häufig im Rahmen von Infektionskrankheiten, dabei spielen u. a. Effekte der proinflammatorischen Zytokine TNF-alpha und Interleukin-6 auf die Muskulatur eine Rolle [33].

Merke

Infektionskrankheiten bei älteren Menschen

- haben eine höhere Inzidenz als bei jüngeren Menschen,

- verlaufen oft schwerer als bei jüngeren Menschen,
- haben eine höhere Letalität als bei jüngeren Menschen,
- haben oft schwerwiegende Auswirkungen auf Kognition, Mobilität, Funktionalität und Selbstständigkeit,
- führen oft zu einer Verschlechterung chronischer Erkrankungen, z. B. neurodegenerativer Erkrankungen.

→ Prävention, schnelles Erkennen sowie frühe und adäquate Therapie von Infektionskrankheiten sind bei älteren Menschen von besonderer Relevanz.

Atypische klinische Präsentation

Allgemein sind bei Patienten im höheren Lebensalter typische Symptome von Infektionskrankheiten geringer ausgeprägt, unspezifische Symptome sind allerdings häufiger vorhanden (Tab. 1). Die atypische Präsentation von Infektionskrankheiten betrifft insbesondere hochaltrige Menschen, Personen mit Demenz, multimorbide und gebrechliche ältere Menschen [15, 34].

Neben dem Fehlen typischer Organhinweise, relativ geringer Symptomatik und einem oft schleichenden Verlauf ist die verminderte oder fehlende Fieberreaktion bei älteren Menschen im Rahmen von Infektionskrankheiten hervorzuheben. Die basale Körpertemperatur nimmt mit zunehmendem Alter ab. Die Messungen der basalen Körpertemperatur bei Pflegeheimbewohnern zeigten bei ≥ 85 -Jährigen mit durchschnittlich $36,3^\circ\text{C}$ niedrigere Werte als in der Altersgruppe von 65–74 Jahren mit durchschnittlich $36,7^\circ\text{C}$ [35]. Bei bis zu einem Drittel der Pflegeheimbewohner mit Infektionen ist die Fieberreaktion vermindert oder fehlt, wobei dies insbesondere sehr alte und gebrechliche Personen betrifft [36]. Nur 65 % der ≥ 65 -Jährigen mit einer Infektion und positiver Blutkultur haben eine Körpertemperatur $> 38^\circ\text{C}$ [37]. Eine verminderte Fieberreaktion geht mit seltenerem Beginn einer intravenösen (i. v.) Antibiotikatherapie und mit einem schlechteren Outcome einher [38]. Fieber beim geriatrischen Patienten ist daher ein Warnsymptom: 90 % der ≥ 65 -Jährigen mit Fieber sind so schwer erkrankt, dass eine stationäre Aufnahme erforderlich ist [36]. Es erscheint

sinnvoll, bei älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen bereits Körpertemperaturen < 38°C als Fieber zu werten. Als Ursachen für die verminderte oder fehlende Fieberreaktion im Alter werden eine verminderte Zytokinproduktion nach Toll like-Rezeptor (TLR)-Stimulation [39, 40], eine verminderte Hypothalamusantwort auf endogene und exogene Pyrogene (u. a. verminderte Empfindlichkeit hypothalamischer Rezeptoren für Zytokine) sowie eine Funktionsminderung peripherer Thermoregulationsmechanismen (weniger Muskelmasse, weniger braunes Fettgewebe, veränderte Regulation der Vasokonstriktion) vermutet [41]. Zudem können regelmäßig eingenommene Medikamente, die eine antipyretische Wirkung zeigen (z. B. Metamizol oder Paracetamol), Ursache für einen fehlenden Anstieg der Körpertemperatur sein. Auch andere typische Infektionssymptome wie beispielsweise Schmerzen am Infektionsort oder Dysurie bei Harnwegsinfekten sind bei älteren Menschen oft geringer ausgeprägt oder können fehlen. Bei der Pneumonie treten die „klassischen“ Symptome wie Dyspnoe, Husten, thorakale Schmerzen und Myalgien seltener auf bzw. können ganz fehlen [42].

Ältere Menschen reagieren bei Infektionskrankheiten und auch bei anderen Erkrankungen häufig nicht mit Symptomen des betroffenen Organs, sondern mit Symptomen des vulnerabelsten Organs mit den geringsten Reserven. Besonders vulnerable Organe sind das Gehirn und die Muskulatur. Unspezifische Zeichen einer Infektion sind daher häufig eine Verschlechterung der Kognition und/oder der Mobilität. So können Verwirrtheit, Verhaltensänderungen, Wahrnehmungsstörungen, psychomotorische Unruhe, Lethargie oder Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit beim älteren Menschen erste Zeichen einer Infektion sein. Diese Symptome sind Charakteristika des Delirs. Im Rahmen von Infektionen kommt es beim älteren Menschen häufig zu motorischen Funktionsstörungen, wie z. B. zur Verschlechterung der Gehfähigkeit und Mobilität oder zu vermehrten Stürzen. Auch neu aufgetretene Funktionsstörungen wie Urin- oder Stuhlinkontinenz oder verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme können erste und unter Umständen einzige Zeichen einer Infektion beim älteren Menschen sein. Prinzipiell können sich Infektionskrankheiten beim älteren Menschen unspezifisch durch das neue Auftre-

ten oder die Verschlechterung von geriatrischen Syndromen präsentieren.

Herausforderungen bei der Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung sind bei älteren und insbesondere multimorbiden Menschen häufig schwieriger als bei jungen Menschen, sie erfordern Sorgfalt und Erfahrung. Die beschriebene atypische klinische Präsentation bringt besondere Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der klinischen Diagnostik von Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter mit sich. Sie kann dazu führen, dass die Symptome fälschlicherweise dem normalen Alterungsprozess zugeschrieben werden und nicht einer Infektion. Dies führt häufig zu einer verzögerten Diagnosestellung oder Fehldiagnose, was wiederum zu einem verzögerten Therapiebeginn, einem schlechteren Outcome und einer erhöhten Sterblichkeit führen kann. Die Diagnosestellung einer Pneumonie erfolgt bei älteren Personen aufgrund der atypischen klinischen Präsentation oft verspätet: Bei etwa einem Drittel der Patienten ist zum Zeitpunkt der Notaufnahme im Krankenhaus bereits eine schwere Sepsis vorhanden [43]. Ältere Patienten mit Sepsis (≥ 70 Jahre) haben bei Diagnosestellung und Therapiebeginn bereits schwerere Organdysfunktionen und sind schwerer erkrankt als jüngere Patienten (< 70 Jahre) [44].

Andererseits können unspezifische Symptome fälschlicherweise als Zeichen einer Infektion gewertet werden, was einen inadäquaten Einsatz von Antibiotika zur Folge haben kann, der mit unerwünschten Nebenwirkungen, einem erhöhten Risiko von C. difficile-Infektionen und einer Selektion von Antibiotikaresistenzen einhergeht [15, 34].

Die Kenntnis, Beachtung und adäquate Einordnung unspezifischer Symptome sind wesentliche Aspekte der klinischen Diagnosestellung. Jede akute Änderung des funktionellen Status im höheren Lebensalter sollte an eine Infektion denken lassen. Neben der Einschätzung des aktuellen Status der Kognition, Mobilität und Funktionalität ist daher eine genaue Anamnese und möglichst Fremdanamnese

Tab. 1: Unspezifische Symptome von Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter

Geringere Ausprägung typischer Symptome	• Fehlen typischer Organhinweise
	• Relativ geringe Symptomatik, schleichender Verlauf
	• Verminderte oder fehlende Fieberreaktion
Häufigeres Auftreten unspezifischer Symptome	Auftreten von Verwirrtheit
	Auftreten von Verhaltensänderungen, Wahrnehmungsstörungen
	Psychomotorische Unruhe oder Lethargie
	Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit
	Verschlechterung des funktionellen Status
	Auftreten von Funktionsstörungen, z. B.:
	- Stürze - Verschlechterung der Mobilität - Inkontinenz - Verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Tab. 1: Atypische klinische Präsentation von Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter (angelehnt an [15, 34], aus Schütze, © 2021 W. Kohlhammer Verlag, siehe Buchtipp S. 421).

se bezüglich des vorbestehenden Status wesentlich.

Respiratorische Infektionen, Harnwegsinfektionen, Haut- und Weichteilinfektionen und Gastroenteritiden spielen zahlenmäßig die größte Rolle unter den Infektionskrankheiten und müssen beim älteren Menschen immer als Infektionsfokus in Betracht gezogen werden [15, 45]. Zudem sollte an Knochen- und Gelenkinfektionen, Blutstrominfektionen und ZNS-Infektionen gedacht werden. Die klinische Untersuchung sollte die Beurteilung von Oropharynx, Konjunktiven, Haut (auch sakral, perineal, perirektal), Thorax, Abdomen, Gelenken, Wirbelsäule sowie des Hydratationsstatus beinhalten. Auf möglicherweise einliegende Katheter und Fremdmaterialien sollte gezielt geachtet werden. Die routinemäßige Erhebung der klinischen Parameter Atemfrequenz, Herzfrequenz, Blutdruck und Sauerstoffsättigung (SpO₂) ist zu empfehlen [34].

Laborchemische Untersuchungen und Biomarker sind wesentlich bei der Diagnosestellung und -sicherung einer Infektionskrankheit [46]. Die gängigen laborchemischen Parameter wie Blutbild und Differentialblutbild, C-reaktives Protein (CRP) und Procalcitonin (PCT) haben auch bei älteren Menschen diagnostische Relevanz und sind wichtig für die Verlaufskontrolle von Infektionskrankheiten. Für deren adäquate Interpretation ist es allerdings wichtig zu wissen, dass diese Parameter beim älteren Menschen oft geringere Veränderungen zeigen als bei jüngeren Menschen [3, 31]. Leukozytose und Neutrophilie mit Linksverschiebung haben im höheren Lebensalter eine geringere Sensitivität [47]. Eine normale Serumkonzentration des CRP (< 5 mg/l) schließt einen ernsthaften bakteriellen Infekt nahezu aus (außer in den ersten 12–24 Stunden), allerdings kann das CRP als unspezifischer Inflammationsmarker auch durch andere Ursachen (rheumatische Erkrankung, Tumorerkrankung, Trauma, Operation etc.) erhöht sein [47]. Ältere Menschen haben höhere CRP-Basalwerte als jüngere Menschen, der CRP-Anstieg als Reaktion auf Infektionen ist im höheren Lebensalter allerdings vermindert, möglicherweise aufgrund eines verminderten Anstiegs von IL-6, welches die CRP-Produktion in der Leber stimuliert [48]. Bei

Leberfunktionsstörungen kann die CRP-Produktion eingeschränkt sein. PCT ist im Vergleich zum CRP spezifischer für bakterielle Infektionen, steigt etwas schneller an (bei gesunden jungen Probanden innerhalb von vier Stunden) und hat mit 20–24 Stunden eine geringere Halbwertszeit (Halbwertszeit von CRP 24–48 Stunden) [49]. Die PCT-Serumkonzentrationen steigen auch bei älteren Patienten mit Sepsis und Pneumonie an, der Anstieg scheint jedoch etwas langsamer zu verlaufen und geringer ausgeprägt zu sein als bei jüngeren Patienten mit vergleichbar schweren Infektionen. PCT-Serumkonzentrationen < 0,1 ng/ml sprechen auch bei älteren Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen das Vorliegen einer schweren bakteriellen Infektion (bei jüngeren Menschen < 0,25 ng/ml), schließen diese jedoch nicht aus [50]. Eine initiale Bestimmung der PCT – ergänzend zur CRP-Serumkonzentration – ist auch bei älteren Menschen sinnvoll. Bei erhöhten PCT-Serumkonzentrationen können Verlaufskontrollen zum Monitoring des Infektionsverlaufs genutzt werden (PCT-gesteuerte Antibiotikatherapie).

Die Isolierung des Erregers und seine Resistenztestung haben bei Infektionskrankheiten in jedem Lebensalter eine hohe Relevanz, insbesondere auch im Hinblick auf eine rationale Antibiotikatherapie, bei der nach Beginn einer empirischen Therapie möglichst zeitnah die Umstellung auf eine gezielte Therapie nach Antibiotogramm erfolgen sollte. Die Sensitivität und Spezifität von Bakterienkulturen sind im höheren Lebensalter nicht verändert [12, 31]. Material für die kulturelle Erregeranzucht sollte möglichst vor Beginn einer Antibiotikatherapie gewonnen werden, bei bereits bestehender Antibiotikatherapie möglichst kurz vor der nächsten Antibiotikagabe. Die Abnahme von mindestens zwei Paaren Blutkulturen sollte dabei unabhängig von der Körpertemperatur erfolgen, also auch bei einer Körpertemperatur < 38°C. Bei schwerwiegenden akuten Infektionen, z. B. bei Verdacht auf Sepsis oder Meningitis, darf hierdurch eine Antibiotikatherapie aber auf keinen Fall verzögert werden.

Die Kulturanlage aus Urin, Stuhl, Trachealsekret, Blut, Liquor oder auch aus Punktionsmaterial, intraoperativ gewonnenen

Proben oder ZVK-Spitzen sollte bei typischen oder unspezifischen klinischen bzw. laborchemischen Zeichen für eine Infektion insbesondere bei älteren Menschen niedrigschwellig erfolgen. Eine routinemäßige mikrobiologische Untersuchung dieser Materialien im Sinne von Screeninguntersuchungen sollte ohne Vorliegen klinischer Symptome allerdings nicht erfolgen. Neben Kulturen haben auch Antigennachweise und PCR (Polymerasekettenreaktion)-basierte Methoden zum Erregernachweis einen Stellenwert bei einigen Infektionskrankheiten, z. B. bei der Urindiagnostik hinsichtlich Streptokokken- oder Legionellen-Antigen, bei der Stuhlidiagnostik auf *C. difficile*-Antigen/Toxin oder bei der PCR-Diagnostik hinsichtlich Influenza, CMV, VZV, RSV oder SARS-CoV-2.

Generell sollten bei älteren Personen bei unklaren Symptomen niedrigschwellig ergänzende apparative Untersuchungen durchgeführt werden. Ein Beispiel hierfür ist die Röntgenuntersuchung des Thorax bei Verdacht auf Pneumonie. Diese ist allerdings bei älteren Patienten häufig schwieriger zu interpretieren und hat für Pneumonien einen schlechteren positiven prädiktiven Wert als bei Jüngeren [31].

Alternativ stellt die Thoraxsonografie zum Nachweis pneumonischer Infiltrate in den Händen routinierter Untersucher ein schnell verfügbares und gut untersuchtes Verfahren dar. Einschränkend muss erwähnt werden, dass technisch bedingt zentrale pneumonische Infiltrate hierbei nicht erfasst werden. Mit der Thoraxsonografie ist die unkomplizierte Verlaufsbeurteilung peripherer Infiltrate möglich. Hier von profitieren vor allem delirgefährdete Patienten, da für diese Untersuchung keine Transporte und Wechsel der Räumlichkeiten erforderlich sind.

Auch intensivere Diagnostik zur Fokussuche inklusive CT und MRT, FDG-PET oder sogar invasive Maßnahmen wie Biopsien mit Kulturanlage können erforderlich sein [3]. Die MRT-Untersuchung der Wirbelsäule bspw. ist der Goldstandard bei Verdacht auf Vorliegen einer Spondylodiszitis.

Merke

- Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter präsentieren sich oft atypisch:
 - weniger spezifische Symptome

- häufiger unspezifische Symptome (z. B. Delir, Stürze, Mobilitätseinschränkung).
- Tritt bei einem älteren Menschen ein ungeklärter Funktionsverlust auf (z. B. motorisch oder kognitiv), muss an eine Infektion gedacht werden.
- Fieber ist ein Warnsymptom bei älteren Menschen und erfordert dringende Diagnostik hinsichtlich einer Infektionskrankheit.
- Die klinische Diagnosestellung einer Infektionskrankheit im höheren Lebensalter wird durch die atypische Präsentation erschwert und häufig verzögert.
- Gründliche körperliche Untersuchung und Anamnese sowie frühe und niedrigschwellige laborchemische, mikrobiologische und gerätebasierte Diagnostik sind wesentlich.

Antibiotikatherapie im höheren Lebensalter

Grundsätzlich gelten für den Einsatz von Antibiotika bei älteren Patienten die gleichen Prinzipien wie bei jüngeren Patienten und viele bakterielle Infektionskrankheiten haben unter adäquater Antibiotikatherapie auch bei älteren Menschen einen günstigen Verlauf [51]. Der frühe Beginn einer Antibiotikatherapie kann bei älteren Menschen entscheidend für den Erhalt der Funktionalität und in manchen Fällen lebensentscheidend sein. Andererseits gehen Antibiotikatherapien bei älteren Menschen häufiger als bei jüngeren Menschen mit unerwünschten Wirkungen (UAW), Schädigungen des Mikrobioms und *C. difficile*-Infektionen einher. Auch von Resistenzentwicklungen und Zunahme von MRE sind ältere Menschen besonders betroffen. Vor Beginn jeder Antibiotikatherapie sollten diese Aspekte bedacht und abgewogen werden [31].

Menschen in höherem Lebensalter profitieren daher in besonderem Maße von einem rationalen und verantwortungsvollen Antibiotika-Einsatz im Sinne des Antibiotic Stewardship (ABS) [52]. Untersuchungen in Pflegeheimen zeigen, dass hier 25–75 % der Antibiotikatherapien inadäquat erfolgen [9, 53]. Die Prävalenz von MRE in geriatrischen Kliniken und Pflegeheimen ist hoch [54]. Durch Implementierung von ABS-Programmen in Pflegeheimen und auf geriatrischen Stationen kann

die Therapie älterer Patienten mit Infektionskrankheiten verbessert, die Inzidenz von *C. difficile*-Enteritiden vermindert und die Prävalenz von MRE reduziert werden [55]. Hierbei spielen u. a. die Prävention der *C. difficile*-Selektion durch Restriktion von Cephalosporinen der 3. Generation, Chinolonen und Clindamycin sowie die Prävention der MRE-Selektion durch Restriktion von Vancomycin und Carbapenemen eine Rolle.

Bei begründetem Verdacht auf eine bakterielle Infektion sollte früh eine empirische Antibiotikatherapie begonnen werden. Wesentlich ist die Evaluation jeder Antibiotikatherapie nach 48–72 Stunden unter Einbezug klinischer und ergänzender diagnostischer Parameter. Bestätigt sich der Verdacht auf eine bakterielle Infektion und somit die Indikation für eine Antibiotikatherapie nicht, sollte das Antibiotikum abgesetzt werden.

Bei erhöhten Entzündungsparametern wie CRP oder PCT sollte gezielt nach einer Infektion gesucht werden. Sie zeigen einen inflammatorischen Prozess an, sind aber nicht spezifisch für bakterielle Infektionen und stellen ohne klinische Infektionszeichen keine Indikation für eine Antibiotikatherapie dar [56].

Antibiotikatherapien bei älteren Patienten werden häufig bei vermuteten bakteriellen Infektionen verschrieben, insbesondere wenn kognitive Einschränkungen vorliegen. Durch sorgfältige und wohlüberlegte Indikationsstellung können unnötige Antibiotikatherapien vermieden werden [57]. Mikrobiologische Befunde müssen sorgfältig interpretiert werden, um die antibiotische Therapie klinisch irrelevanter Befunde zu vermeiden (z. B. bei Verunreinigungen, Normalflora, Mischflora etc.). Typische Situationen, in denen eine Antibiotikatherapie nicht sinnvoll ist, sind z. B. respiratorische Virusinfektionen ohne Zeichen einer bakteriellen Superinfektion, asymptomatische Bakteriurien, Keimbeseidelungen von Wunden und Ulcera ohne Infektionszeichen, pathologische Stuhldiagnostik ohne Vorliegen von Diarrhoen, MRE-Beseidelungen ohne Infektionszeichen (VRE, MRSA). Perioperative Antibiotikaphylaxen sind wirksam zur Reduktion postoperativer Wundinfektionen. Sie sollten allerdings nach der Operation abgesetzt werden, da eine verlängerte Gabe

(> 24 Stunden postoperativ) keinen Nutzen für den Patienten hat, aber das Risiko von UAW und Kollateralschäden erhöht [56]. Andere prophylaktische Antibiotikagaben sollten nicht durchgeführt werden. Bei der Auswahl der Substanz für eine kalkulierte/empirische Antibiotikatherapie müssen die Immunkompetenz des Patienten sowie Begleiterkrankungen und mögliche Interaktionen mit der bestehenden Medikation berücksichtigt werden. Antibiotika sind die Medikamentengruppe, die am häufigsten mit dem Auftreten von UAW in Verbindung gebracht werden. 20 % aller UAW, die eine Behandlung in einer Notaufnahme erfordern, sind durch Antibiotika verursacht [58]. UAW von Antibiotika betreffen häufig den Gastrointestinaltrakt (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe), die Haut (z. B. Exantheme, Urtikaria, Phototoxizität) oder das ZNS (z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, epileptische Anfälle). Neuropsychiatrische Nebenwirkungen und Delire treten dabei am häufigsten unter Behandlung mit Fluorchinolonen und Cotrimoxazol auf. Hepatotoxizität und Nephrotoxizität müssen beachtet werden [59]. Die Festlegung der Dosis, des Dosisintervalls, der Applikationsart und der Dauer der Antibiotikatherapie sollte individuell entsprechend dem Status des Patienten festgelegt werden. Ein Monitoring hinsichtlich Effektivität und Toxizität zur frühen Erkennung erwarteter und unerwarteter Nebenwirkungen sollte erfolgen.

Buchtipp

PD Dr. med.
Sandra Schütze:

Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter: Klinische Besonderheiten – Diagnostik – Therapie – Prävention

Kohlhammer
Reihe: Altersmedizin in der Praxis
© 2021 W. Kohlhammer Verlag
ISBN 9783170316638, auch als E-Buch

Die Autoren danken dem Kohlhammer Verlag für die Genehmigung, Auszüge aus dem o. g. Buchband für den vorliegenden Artikel zu nutzen.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter“ von PD Dr. med. Sandra Schütze und Dr. med. Oliver Habich finden Sie nachfolgend 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 ausschließlich online über das Mitgliederportal vom 25. Juni

2024 bis 24. Dezember 2024 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. 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.

Prinzipiell wird durch jede Antibiotikatherapie das Risiko für eine *C. difficile*-Enteritis erhöht, die Selektion von *C. difficile* erfolgt jedoch insbesondere durch Antibiotika mit anaerober Wirkung und biliärer Elimination. Die sogenannten „4C“-Antibiotika sind beispielsweise mit einem hohen Risiko für eine CDI assoziiert, diese sind: Chinolone, Cephalosporine (insbesondere der 3. Generation), Clindamycin, Amoxicillin-Clavulansäure [59]. Bei Personen mit einem hohen *C. difficile*-Risiko von > 5 %, die eine Antibiotikatherapie erhielten, reduzierte der Einsatz von Probiotika das Auftreten einer *C. difficile*-Enteritis [60]. Bei älteren Menschen kann daher begleitend zu einer Antibiotikatherapie die Gabe von *Lactobacillus* bzw. *Bifidobacterium species* zur Prävention einer *C. difficile*-Enteritis empfohlen werden.

Merke

Wichtige Aspekte der Antibiotikatherapie bei geriatrischen Patienten

- Unnötige Antibiotikatherapien sollten vermieden werden (sorgfältige Indikationsstellung!).
- Bei begründetem Verdacht auf eine Infektionskrankheit sollte möglichst früh eine empirische Antibiotikatherapie begonnen werden.
- Eine Erregersicherung sollte vor Beginn einer Antibiotikatherapie angestrebt werden.
- Bei der Auswahl des Antibiotikums sollten Immunkompetenz, Co-Morbiditäten,

Interaktionen mit der bestehenden Medikation sowie das Potenzial für Kollateralschäden beachtet werden.

- Bei Niereninsuffizienz muss die Dosis einiger Antibiotika ab dem zweiten Therapietag reduziert werden, in den ersten 24 Stunden sollte zum Erreichen ausreichender Wirkspiegel die volle Dosis verabreicht werden.
- Bei der Entscheidung über die Therapiedauer sollten klinische Symptome und Laborparameter berücksichtigt werden.

Prävention von Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter

Die Prävention, Erkennung und Behandlung von geriatrischen Syndromen spielt für die Prävention von Infektionskrankheiten eine wichtige Rolle. Ein geriatrisches Assessment inklusive eines Malnutritions-Screenings sollte daher bei älteren Menschen regelmäßig erfolgen. Für die Prävention von Aspirationspneumonien sind insbesondere Dysphagie-Screening und -Therapie von hoher Relevanz.

Ernährungsinterventionen und regelmäßige körperliche Aktivität können die Infektionsresistenz älterer Menschen positiv beeinflussen. Eine ausgewogene proteinreiche Ernährung mit ausreichend Kalorien und Vitaminen stellt eine wirksame Prävention und Therapie der Malnutrition und der assoziierten geriatrischen Syndrome dar und ist damit auch eine Infektionsprävention bzw. unterstützende Infektionsbehandlung. Allgemeine Maßnahmen

wie Essen in Gemeinschaft, ansprechende Zubereitung und angepasste Konsistenz der Mahlzeiten, Vermeidung von Diätvorschriften, Unterstützung bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme sowie Zwischenmahlzeiten gehören zur Prävention und Behandlung der Malnutrition. Für geriatrische Patienten wird die Zufuhr von 1,2–1,5 g Protein/kg Körpergewicht/d empfohlen [61]. Bei Pflegeheimbewohnern führen Ernährungsinterventionen, wie z. B. eine protein- und kalorienreiche Nahrungsergänzung durch hochkalorische Trinknahrung und/oder Proteinpulver, zur Verbesserung der Immunfunktionen [9]. Im Krankenhaus kann durch gezielte Behandlung der Malnutrition die Rate der nosokomialen Infektionen gesenkt werden [62].

Regelmäßige körperliche Aktivität vermindert Inflamm-Aging [63] und wirkt sich positiv auf die Infektionsresistenz des Menschen aus [64]. Bereits geringe körperliche Aktivität reduziert das Risiko für bakterielle Infektionskrankheiten [65, 66]. Alltagsaktivitäten, wie regelmäßige Spaziergänge, Treppen steigen und Einkäufe tragen, bieten hierfür eine gute Basis. Soziale Aktivitäten und körperliche Bewegung beeinflussen sich wechselseitig positiv. Zusätzliches Krafttraining wirkt sich positiv auf die Muskulatur des älteren Menschen aus und ist auch bei hochaltrigen Menschen möglich und effektiv [67]. Bei älteren Menschen mit Sarkopenie wird daher ein therapeutisches Krafttraining empfohlen.

Impfungen sind wirksame medizinische Interventionen zur Prävention von Infektionskrankheiten. Impfungen im höheren Lebensalter sind trotz der oft verminderten Impfantwort effektiv. Eine Impfung kann nicht nur eine bestimmte Infektionskrankheit verhindern, sondern vermindert auch assoziierte Folgeerkrankungen und damit die Krankheitslast [10, 68, 69]. Obwohl impfpräventable Infektionserkrankungen bei älteren Menschen oft schwerwiegende Folgen haben und Impfungen für die vulnerable Gruppe älterer Menschen von besonderer Wichtigkeit sind, werden die Notwendigkeit lebenslanger Impfprogramme und die Relevanz von Impfungen für ältere Menschen häufig unterschätzt. Dies spiegelt sich in niedrigen Impfraten bei älteren

Menschen wider. Ein wesentlicher Aspekt für den optimalen Schutz älterer Menschen vor Infektionserkrankungen und deren Folgen ist die Durchführung empfohlener Impfungen und deren gute Dokumentation [68, 70]. Lebenslanges Impfen ist sinnvoll! Eine regelmäßige Überprüfung des Impfstatus sollte erfolgen.

Die jährlich aktualisierten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) können auf den Internetseiten des RKI abgerufen werden (www.rki.de). Die STIKO empfiehlt allen Erwachsenen ab 60 Jahren neben der Impfung gegen Herpes zoster und den jährlichen Impfungen gegen Influenza und Covid-19 die Impfung gegen Pneumokokken. Neu ist die Empfehlung, anstatt des bisher empfohlenen 23-valenten Polysaccharid-Impfstoffes (PPSV23), einen Konjugat-Impfstoff zu verwenden, der gegen 20 verschiedenen Pneumokokken-Typen schützt (PCV20). Sollte bereits eine Impfung mit dem bisherigen PPSV23 Impfstoffe erfolgt sein, wird eine Impfung mit PCV20 in einem Mindestabstand von sechs Jahren empfohlen [71].

Fazit

Infektionskrankheiten haben bei älteren Menschen eine höhere Inzidenz und häufig einen schwereren Verlauf als bei jüngeren Menschen. Anders als bei jüngeren Erwachsenen sind sie beim älteren Menschen oft mit zum Teil schwerwiegenden Einschränkungen der Mobilität, Kognition und Funktionalität verbunden, die auch langfristig bestehen bleiben können.

Prävention, schnelles Erkennen sowie frühe und adäquate Therapie von Infektionskrankheiten sind bei älteren Menschen von besonderer Relevanz.

Die Diagnose einer Infektionskrankheit erfordert neben klinischer Expertise und einer gründlichen körperlichen Untersuchung den niederschweligen Einsatz ergänzender Labordiagnostik, mikrobiologischer Diagnostik und ggf. apparativer Diagnostik und deren sorgfältige Bewertung unter Kenntnis der Besonderheiten im höheren Lebensalter.

Ältere Menschen profitieren in besonderem Maße von Maßnahmen der Infektionsprävention. Auf die Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen sollte geachtet werden.

PD Dr. med.
Sandra Schütze

E-Mail:
schuetze@
em.uni-frankfurt.de



Foto: Agaplesion

Dr. med.
Oliver Habich



Foto: Nicole Habich

beide: Medizinisch-Geriatrie Klinik
Agaplesion Markus Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Str. 4
60431 Frankfurt am Main

Die Literaturhinweise finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Multiple-Choice-Fragen: Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter

VNR: 2760602024213010001

(eine Antwort ist richtig)

Fallbeispiel

Herr H., ein 84-jähriger bisher rüstiger älterer Herr, stellt sich in Begleitung seiner Ehefrau fußläufig in der Notaufnahme vor. Der Ehefrau waren in den vergangenen drei bis vier Tagen Veränderungen an ihrem Ehemann aufgefallen. Neben einer plötzlich aufgetretenen Verwirrtheit sei es am Vortag zu einem Sturzereignis gekommen. Des Weiteren esse und trinke ihr Mann seit zwei Tagen weniger. Zudem sei eine Urininkontinenz neu aufgetreten. Sie wundere sich auch über plötzlich erhöhte Blutzuckerwerte, dabei sei der Diabetes mellitus Typ 2 ihres Mannes seit Jahren stabil mit Metformin 500 mg 1–0–1 eingestellt. Änderungen an der restlichen Medikation habe es in den vergangenen Monaten ebenfalls nicht gegeben. Außer L-Thyroxin 75 µg/d nehme er Metamizol 500 mg 4x/d wegen Gonarthrose, Ramipril 5 mg 2x/d und Bisoprolol 5 mg/d wegen hohen Blutdrucks sowie ASS 100 mg/d und Atorvastatin 40 mg/d ein. An einen Infekt denke sie nicht, sie habe schließlich mehrfach die Temperatur gemessen und ihr Mann hätte maximal eine im Ohr gemessene Körpertemperatur von 37,3°C gehabt, das sei ja „kein Fieber“. Herr H. präsentiert sich in der Notaufnahme freundlich zugewandt und kooperativ, ist jedoch zeitlich und situativ nicht orientiert. Er gibt auch auf gezielte Nachfrage keinerlei Beschwerden oder Schmerzen an. Ergänzend zu einer gründlichen körperlichen Untersuchung werden bei Herrn H. folgende klinische Parameter erhoben: Blutdruck: 110/65 mmHg, Herzfrequenz: 105/min, Temperatur aurikulär: 37,4°C, periphere Sauerstoffsättigung: 88 %, Atemfrequenz: 32/min.

Einige CME-Fragen zum Artikel „Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter“ beziehen sich auf ein Fallbeispiel, das auf der vorherigen Seite abgedruckt ist.

1. Welche Aussage trifft nicht zu?

- 1) Die von der Ehefrau beschriebene neu aufgetretene Verwirrtheit bei Herrn H. kann ein unspezifisches Symptom einer Infektionskrankheit sein.
- 2) Der Sturz von Herrn H. kann ein unspezifisches Symptom einer Infektionskrankheit sein.
- 3) Die verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme von Herrn H. kann ein unspezifisches Symptom einer Infektionskrankheit sein.
- 4) Das Fehlen organspezifischer Beschwerden bzw. Symptome macht das Vorliegen einer Infektionskrankheit bei Herrn H. unwahrscheinlich.
- 5) Die Dysregulation des Blutzuckerspiegels bei Herrn H. kann Symptom einer Infektionskrankheit sein.

2. Welche Aussage zur Körpertemperatur trifft zu?

- 1) Die wiederholt gemessene Körpertemperatur $< 37,5^{\circ}\text{C}$ macht das Vorliegen einer bakteriellen Infektion bei Herrn H. sehr unwahrscheinlich.
- 2) Durch die Einnahme von Metamizol in einer Dosis bis 2 g/d wird die Körpertemperatur nicht beeinflusst.
- 3) Auch bei schweren Infektionskrankheiten kann die Fieberreaktion bei hochaltrigen Menschen fehlen.
- 4) Hochaltrige Menschen haben eine höhere basale Körpertemperatur als jüngere Menschen.

3. Die Labordiagnostik bei Herrn H. ergibt u. a. folgende Befunde: Leukozytenzahl im Normbereich, CRP 63 mg/l, PCT 0,4 ng/ml. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Die Bestimmung der gängigen laborchemischen Biomarker für Infektionskrankheiten wie Blutbild und Differentialblutbild, C-reaktives Protein (CRP) und Procalcitonin (PCT) ist bei > 80 -Jährigen wie Herrn H. nicht hilfreich.
- 2) Der Anstieg der CRP-Serumkonzentrationen im Rahmen von Infektionskrankheiten ist bei hochaltrigen Menschen

geringer ausgeprägt als bei jungen Menschen.

- 3) Eine CRP-Serumkonzentration > 50 mg/l zeigt bei > 80 -Jährigen wie Herrn H. spezifisch eine bakterielle Infektion an.
- 4) Der erwartete Anstieg der PCT-Serumkonzentrationen bei bakteriellen Infektionen ist bei > 80 -Jährigen wie Herrn H. stärker als bei jüngeren Personen.

4. Welche Aussage zu ergänzenden diagnostischen Maßnahmen bei Herrn H. trifft zu?

- 1) Es sollten sofort diagnostische Maßnahmen zur Abklärung hinsichtlich einer ambulant erworbenen Pneumonie eingeleitet werden.
- 2) Da Herr H. keine Dysurie und keine Auffälligkeiten beim Wasserlassen angibt, ist die Durchführung einer Urindiagnostik unnötig.
- 3) Ergänzende diagnostische Maßnahmen, insbesondere apparative Diagnostik, sollte bei > 80 -Jährigen wie Herrn H. nur zurückhaltend und symptombezogen eingesetzt werden.
- 4) Der Urintest auf Legionellen- und Pneumokokken-Ag ist bei älteren Menschen schwieriger zu interpretieren und hat meist keine Aussagekraft.

5. Welche Aussage zu Blutkulturen trifft zu?

- 1) Die Sensitivität von Blutkulturen ist bei hochaltrigen Menschen geringer als bei jungen Menschen.
- 2) Bei Herrn H. sollten mit dem Ziel der Erregersicherung vor Beginn einer Antibiotikatherapie mindestens zwei Paare (idealerweise drei Paare) Blutkulturen abgenommen werden.
- 3) Die Abnahme von Blutkulturen ist bei Herrn H. nicht sinnvoll, da seine Körpertemperatur $< 38^{\circ}\text{C}$ ist.
- 4) Auch bei schwerwiegenden akuten Infektionen, z. B. bei Verdacht auf Sepsis oder Meningitis, kann eine Verzögerung der Antibiotikatherapie um bis zu zwölf Stunden in Kauf genommen werden, wenn die Abnahme von Blutkulturen nicht sofort möglich ist.

6. Welche Aussage zur weiteren Therapie bei Herrn H. trifft zu?

- 1) Da Herr H. keine typischen Symptome einer Infektionskrankheit zeigt, sollte auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden.
- 2) Bei bestehendem Verdacht auf eine Infektionskrankheit sollte rasch eine kalkulierte Antibiotikatherapie begonnen werden.
- 3) Herr H. sollte mit einer oralen Antibiotikatherapie, z. B. Ciprofloxacin 500 mg 1–0–1, ins häusliche Umfeld entlassen werden.
- 4) Eine klinische und laborchemische Kontrolle der Entzündungsparameter ist erst nach sieben Tagen sinnvoll.
- 5) Bei hochaltrigen Menschen sind unerwünschte Nebenwirkungen einer Antibiotikatherapie unwahrscheinlich.

7. Welche Aussage zur Verwirrtheit und Desorientiertheit von Herrn H. trifft zu?

- 1) Leichte Verwirrtheit und Desorientiertheit sind bei > 80 -Jährigen wie Herrn H. als Normalbefunde anzusehen.
- 2) Aufgrund der von der Ehefrau beschriebenen neu aufgetretenen Verwirrtheit ist bei Herrn H. in erster Linie an eine bakterielle Meningitis zu denken.
- 3) Aufgrund der neu aufgetretenen Verwirrtheit sowie der zeitlichen und situativen Desorientiertheit von Herrn H. sollten Sie die Diagnose „Delir“ stellen.
- 4) Verwirrheitszustände und kognitive Defizite, die im Rahmen von systemischen bakteriellen Infektionen entstehen, bilden sich nach antibiotischer Behandlung und Normalisierung der Infektionsparameter vollständig zurück.

8. Im multidimensionalen geriatrischen Assessment zeigen sich neben kognitiven Defiziten auch Einschränkungen der Mobilität und Selbstständigkeit bei Herrn H. Der zuvor weitgehend selbstständig mit der Ehefrau in einem Reihenhäuserleben lebende Herr H. ist nicht in der Lage, sich ohne Hilfsmittel auf Stationsebene fortzubewegen und seine Körperpflege selbstständig zu bewältigen. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Ein Zusammenhang zwischen einer bakteriellen Infektion und Einschränkungen in Mobilität und Selbstständigkeit ist unwahrscheinlich.

- 2) Herr H. wird wahrscheinlich nach drei bis fünf Tagen sein funktionelles Vorniveau wieder erlangen.
- 3) Herr H. sollte zunächst für einige Tage Bettruhe einhalten.
- 4) Regelmäßige Mobilisierung ist sinnvoll, um das Risiko einer dauerhaften Einschränkung der Mobilität bei Herrn H. zu reduzieren.

9. Welche Maßnahmen sind bei Herrn H. zur Prävention von Infektionskrankheiten nicht sinnvoll?

- 1) Proteinreiche Ernährung
- 2) Vermeidung jeglicher sozialer Kontakte und körperliche Schonung

- 3) Regelmäßige körperliche Bewegung
- 4) Evaluation des Impfstatus und Durchführung fehlender empfohlener Impfungen
- 5) Malnutritions- und Dysphagie-Screening

10. Welche Aussage zu Impfungen trifft für Herrn H. nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO nicht zu?

- 1) Herr H. sollte eine Pneumokokkenimpfung mit dem 20-valenten Konjugatimpfstoff PCV20 erhalten, falls er in der Vergangenheit noch keine Pneumokokkenimpfung erhalten hat oder

die Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff PPSV23 schon länger als sechs Jahre zurückliegt.

- 2) Herr H. sollte jährlich gegen Influenza geimpft werden.
- 3) Herr H. sollte jährlich gegen Covid-19 geimpft werden.
- 4) Herr H. sollte gegen Herpes zoster geimpft sein bzw. werden.
- 5) Herr H. sollte gegen Meningokokken geimpft werden, falls die letzte Meningokokken-Impfung schon länger als zwei Jahre zurückliegt.

Aus den Bezirksärztekammern

„Perspektive moderner Lebenswege in der Medizin“

Jahrestreffen des Ärztlichen Clubs Wiesbaden/Gründung des Netzwerkes SEWEWI

Zum siebten Mal lud der Ärztliche Club Wiesbaden e. V. im März in das Museum Wiesbaden ein, mit über 100 Gästen. Unter dem Motto „Wir machen die Medizin“ wurden Themen diskutiert, welche die Zukunft der medizinischen Versorgung prägen: „Perspektive moderner Lebenswege in der Medizin – Wiesbaden stellt sich vor“.

Zu Beginn sprach die Wiesbadener Gesundheitsdezernentin Milena Löbcke ein Grußwort, darin beleuchtete sie die Herausforderungen durch den Fachkräftemangel und den demografischen Wandel. Christian Sommerbrodt, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Hessen e. V., erklärte die strukturierte Weiterbildung und den Flaschenhals der Finanzierung im ambulanten fachärztlichen Bereich. Die geplante Neustrukturierung der Kliniklandschaft werde die Weiterbildungsmöglichkeiten dort derartig begrenzen, dass der ambulante Sektor einspringen müsse, damit eine fachärztliche Weiterbildung künftig überhaupt komplett zu Ende gebracht werden könne, befürchtet er.

Dr. med. Nina Wenda, geschäftsführende Oberärztin und Koordinatorin des Kopf-Hals-Tumorzentrums der Helios Klinik Wiesbaden, berichtete über teamorientierte Arbeitsweisen in der Klinik und stellte neue Ergebnisse auf dem Gebiet der Laserendomoskopie vor.

PD Dr. med. Sarah Geisbüsch aus Bad Kreuznach, angestellte Fachärztin im ambulanten Sektor für Gefäßchirurgie, Phlebologin, präsentierte erfolgreiche Konzepte in der Niederlassung und wies eindringlich darauf hin, dass eine vorausschauende Planung der Karriere erforderlich und möglich sei.

Die Diskussion wurde von Prof. Dr. med. Jan Gosepath, Vorstandsmitglied des Ärztlichen Clubs Wiesbaden, und Dr. med. Susanne Springborn, Vorsitzende des einladenden Clubs, moderiert.

Ein weiterer Höhepunkt des Treffens war die Gründung des offenen Netzwerkes SEWEWI, das sich der sektorenübergreifenden Weiterbildung in Wiesbaden widmet – initiiert von Wiesbadener Ärztinnen und Ärzten und unterstützt von der

Bezirksärztekammer Wiesbaden und dem Ärztlichen Kompetenzzentrum Hessen der Kassenärztlichen Vereinigung. Dr. med. Michael Weidenfeld, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden, stellte das Projekt vor. Außerdem berichtete Dr. med. Christopher Wolf, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Asklepios Paulinenklinik Wiesbaden, über die wertschätzende Etablierung der Weiterbildung in seinem Bereich gemeinsam mit ambulanten Praxen.

Spannende Publikumsbeiträge

Kontrovers und spannend waren die Publikumsbeiträge: Die jetzige Ärzteschaft müsse zunehmend mehr Kraft aufwenden, um Freiräume zu schaffen, die für eine exzellente Versorgung erforderlich seien. Die junge Generation zeigte sich motiviert und forderte neue Ansätze, wie beispielsweise Topsharing, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Dr. med. Susanne Springborn



Amyloidose: Amyloide Plaques bei der Alzheimer-Krankheit verursachen Gedächtnisverlust.

Neue krankheitsmodifizierende Therapien für Alzheimer: Kurz vor der europäischen Zulassung?

Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Für Herbst dieses Jahres wird die Zulassung eines gegen das Protein Amyloid-Beta gerichteten Arzneimittels durch die Europäische Arzneimittelbehörde EMA erwartet. Nach entsprechenden Zulassungen in den USA, Japan und China würde damit erstmals auch in Deutschland ein krankheitsmodifizierender Therapieansatz der Alzheimer-Krankheit zur Verfügung stehen. Da in diesem Indikationsbereich seit über 20 Jahren keine wesentlichen Innovationen mehr zu verzeichnen waren, könnte dies tatsächlich den Beginn einer neuen Ära in der pharmakologischen Demenzbehandlung markieren.

Disease modifying therapies (DMT) der Alzheimer-Demenz: Grundlagen und Vorgeschichte

Ergebnisse aus der Grundlagenforschung sowie der klinisch-pharmazeutischen Forschung ließen die Entwicklung innovativer krankheitsmodifizierender Medikamente (sogenannte disease modifying therapies/DMT) zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit bereits seit einigen Jahren möglich erscheinen. Der Wirkmechanismus der meisten aktuell in Entwicklung befindlichen DMTs basiert auf der in der Grundlagenforschung führenden Amyloid-Kaskaden-Hypothese der Alzheimer-Demenz

[1]. Demnach können der fortschreitende Nervenzellverlust und damit die Demenz ursächlich auf die Bildung und Ablagerung einer neurotoxischen Form des Amyloid-Beta-Proteins im Gehirn erklärt werden. Daten aus präklinischen und klinischen Studien zeigten, dass spezifisch gegen Amyloid-Beta gerichtete monoklonale Antikörper die Ablagerung dieses „toxischen“ Proteins im Gehirn hemmen bzw. verhindern können und sogar in der Lage sind, bereits vorhandenes Amyloid-Beta aus dem Gehirn wieder zu entfernen. So nahm es nicht wunder, dass die im Juni 2021 verbreitete Nachricht, die US-amerikanische Zulassungsbehörde Food and Drug Administration (FDA) habe den monoklonalen Antikörper Aducanumab [2] als weltweit erste DMT für die Behandlung der Alzheimer-Krankheit zugelassen, Patienten, Angehörige und die Fachwelt mit neuen Hoffnungen erfüllte. Ein nüchterner Blick auf die Ergebnisse der Zulassungsstudien offenbarte allerdings, dass Aducanumab weit davon entfernt war, Alzheimer zu heilen. Denn die Behandlung führte im Gruppenmittel zwar zu einer nachweislichen Abnahme der Amyloid-Beta-Belastung im Gehirn, nicht jedoch zu einer Rückbildung der Demenz-Symptome. Vielmehr bewirkte eine 18-monatige Therapie mit dem Wirkstoff lediglich ein

Abbremsen der klinischen Verschlechterung im Vergleich zur Placebogruppe. Zudem war die Zulassung von Aducanumab von Anfang an umstritten, da die klinischen Endpunkte in den Zulassungsstudien nur teilweise erreicht worden waren, so dass sich das positive Votum der FDA im Wesentlichen auf die Beeinflussung von Surrogatparametern (insbesondere auf die reduzierte zerebrale Amyloid-Belastung im Amyloid-PET) sowie auf post hoc-Analysen der klinischen Daten stützte. Die nicht überzeugenden Wirksamkeitsbelege und das sich hieraus ergebende ungünstige Nutzen-Risiko-Verhältnis (s. u.) erklärten auch, warum die EMA den Antrag auf Zulassung des Wirkstoffes für die EU Ende des Jahres 2021 ablehnte [3]. Auch die US-amerikanische Zulassung war lediglich befristet erfolgt und mit der Auflage versehen, in den nächsten Jahren zusätzliche klinische Daten zu generieren, die eine weitere Anwendung rechtfertigen. Nachdem die US-Amerikanische Krankenversicherung für Senioren MEDICARE die Kostenübernahme für die Behandlung mit Aducanumab drastisch einschränkte und die erwarteten Umsätze bei weitem nicht erreicht wurden, gab die Hersteller-Firma Biogen im Mai 2022 bekannt, dass sie die Vermarktung des Medikamentes einstellen werde.

Die monoklonalen Antikörper Lecanemab und Donanemab

Demgegenüber verlief die gut ein Jahr später erfolgte Zulassung des Nachfolgepräparats Lecanemab deutlich reibungsloser, nachdem in der Zulassungsstudie Clarity AD die klinischen Endpunkte durchweg erreicht worden waren [4]. Demnach führte die 18-monatige intravenöse Verabreichung des monoklonalen Antikörpers Lecanemab bei Patientinnen und Patienten mit durch eine Alzheimer-Krankheit verursachten leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI) bzw. mit leichtgradiger Alzheimer-Demenz zu einer signifikanten Verlangsamung der Krankheitsprogression sowohl in Bezug auf die Schwere der Erkrankung als auch hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Alltagsfunktionsfähigkeit. Wie bereits Aducanumab, war auch dieses Medikament in der Lage, überschüssiges Amyloid-Beta aus den Gehirnen der Studienteilnehmer herauszuwaschen. Auf Basis dieser Daten ist Lecanemab in den USA seit Juli 2023 für die Behandlung der Alzheimer-Krankheit zugelassen, gefolgt von entsprechenden Zulassungen in Japan und China. Parallel dazu wurde das europäische Zulassungsverfahren initiiert.

Etwa gleichzeitig gab die Firma Eli Lilly, ein Mitbewerber der Firma Biogen im Bereich der DMT-Entwicklung, bekannt, dass ihr Wirkstoff Donanemab in der Phase III Studie TRAILBLAZER-ALZ 2 ebenfalls die klinischen Endpunkte erreicht hatte [5]. Auch bei Donanemab handelt es sich um einen monoklonalen Antikörper, der bezüglich des Wirkmechanismus, der Indikation, der klinischen Wirksamkeit und des Nebenwirkungsprofils (s. u.) mit Lecanemab durchaus vergleichbar ist. Allerdings hat sich die Hoffnung von Eli Lilly auf ein beschleunigtes Zulassungsverfahren in den USA zwischenzeitlich zerschlagen und zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels stand eine diesbezügliche Entscheidung der amerikanischen Behörde weiterhin aus. Dies gilt auch für die Entscheidungen der EMA, bei der die Verfahren für Lecanemab und Donanemab weiterhin offen sind. Wann diese abgeschlossen sein werden, ist unklar, es wird jedoch vermutet, dass zumindest für Lecanemab noch in diesem Jahr eine Entscheidung für

Europa und damit auch für Deutschland bekannt gegeben werden könnte.

Nebenwirkungen von Lecanemab und Donanemab

Mikroblutungen des Gehirns (Microbleeds) und passagere regionale Hirnödeme stellen die häufigsten und bedeutendsten Nebenwirkungen unter einer Behandlung mit Lecanemab und Donanemab dar [4–6]. Diese Nebenwirkungen waren bereits unter einer Behandlung mit Aducanumab (s. o.) dosisabhängig beschrieben worden. Allerdings verlaufen Microbleeds und Ödembildung bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten asymptomatisch (Lecanemab: 78 %, Donanemab 75 %) und sind dann lediglich in der MRT in Form sogenannter amyloid related imaging abnormalities (ARIA) nachweisbar. In der Clarity AD Studie traten Ödembildungen (sogenannte ARIA-E) bei etwa einem Achtel (12,6 %) der mit Lecanemab behandelten Patienten auf (Placebo: 1,7 %). Unter Donanemab wurden sie in der TRAILBLAZER-ALZ-2 Studie mit 24 % sogar doppelt so häufig beobachtet (Placebo: 2,1 %).

Blutaustritte ins Hirngewebe (sogenannte ARIA-H, überwiegend in Form von Microbleeds) wurden unter Lecanemab bei 17,3 % der Patienten (Placebo: 9 %) und unter Donanemab bei 31,4 % (Placebo: 13,6 %) der Patienten beobachtet. Werden ARIAs symptomatisch, treten sie typischerweise in Form von mild bis mäßig ausgeprägten Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Sehstörungen und Antriebsminderung in Erscheinung, es werden jedoch auch schwerwiegende Symptome wie Verwirrheitszustände, Gangstörungen und Krampfanfälle beobachtet. Unter Lecanemab traten über zwei Drittel der ARIAs in den ersten drei Monaten der Behandlung auf und wurden im weiteren Verlauf immer seltener beobachtet. Ein ähnliches Muster zeigte sich auch unter der Behandlung mit Donanemab. Sowohl die symptomatischen als auch die asymptomatischen ARIAs sind in der Regel innerhalb von 2–3 Monaten rückläufig, wobei dies ggf. ein Absetzen bzw. eine Dosisreduktion erforderlich macht.

Letale Verläufe infolge größerer Hirnblutungen waren unter einer Behandlung mit

Lecanemab unter Studienbedingungen bislang bei zwei von ca. 900 Patienten zu beklagen (Placebo: 1 von 897; Ergebnis der Clarity open label extension study) [6]. Beide Patienten standen unter einer laufenden antikoagulativen Behandlung. Auch unter einer Behandlung mit Donanemab verstarben 3 von 860 Studienprobanden infolge größerer intrazerebraler Blutungsereignisse (Placebo: 2 von 874) [5]. Bedeutsam sind darüber hinaus immunologisch bedingte infusionsbezogene Reaktionen (infusion-related reactions) in Form von Temperaturerhöhungen und anderen grippeartigen Symptomen (Lecanemab: 24,7 %; Donanemab: 8,7 %). Diese Symptome waren überwiegend mild bis mäßig ausgeprägt, spontan rückläufig und trugen überwiegend während einer der ersten Infusionsgaben auf. Schwerere (anaphylaktische) Immunreaktionen waren unter Behandlung mit beiden Wirkstoffen vergleichsweise selten (Lecanemab: 1,2 %; Donanemab: 0,4 %).

Eine zerebrovaskuläre Vorerkrankung (und hier insbesondere das Vorliegen einer zerebralen Amyloid-Angiopathie (CAA), die Behandlung mit gerinnungshemmenden Substanzen und das Vorhandensein eines Apolipoprotein-Epsilon-4-Allels (APOE4) stellen die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten von ARIAs während der Behandlung mit den monoklonalen Antikörpern dar. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, diese Risikofaktoren vor Beginn einer Behandlung sorgfältig zu überprüfen, da sie ggf. sogar eine Kontraindikation darstellen.

Für welche Patienten kommt eine Therapie in Frage und was ist bei der Behandlung zu beachten?

Aus der für die Behandlung mit Lecanemab in den USA verbindlichen Verordnungsrichtlinie (prescribing information) und der diese spezifizierenden Anwendungsempfehlungen (appropriate use recommendations) [7] ergeben sich Hinweise auf Indikationsstellung und Sicherheitsvorschriften, unter denen im Falle einer Zulassung die Anwendung von Lecanemab und Donanemab auch in Deutschland voraussichtlich stehen wird. Die wichtigsten Einschlusskriterien für eine Behandlung sind demnach:

- Klinischer Nachweis einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI) bei Alzheimer-Krankheit oder einer (wahrscheinlichen) leichtgradigen Alzheimer-Demenz jeweils orientiert an den NIA-AA-Kriterien.
- Mini-Mental-Score (MMSE) > 22.
- Obligator Nachweis einer Amyloid-Beta-Pathologie im Amyloid-PET oder im Liquor.
- Vorhandensein einer zuverlässigen Betreuungsperson.
- Ausführliche Aufklärung des Patienten und der Betreuungsperson bzgl. des Behandlungsablaufs sowie bzgl. des möglichen Nutzens und der möglichen Nebenwirkungen der Behandlung.

Die wichtigsten Ausschlusskriterien für eine Behandlung sind:

- Kognitive Beeinträchtigungen, die nicht durch eine Alzheimer-Krankheit bedingt sind.
- Ausgeprägte zerebrovaskuläre Erkrankung (definiert durch klar operationalisierte MRT-Kriterien und/oder Schlaganfälle bzw. TIAs in den vergangenen 12 Monaten).
- Psychische Störungen, die die Einwilligungsfähigkeit oder das Kooperationsvermögen erheblich beeinträchtigen.
- Immunologische Erkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis, Lupus Erythematoses) oder eine laufende Behandlung mit Immunsuppressiva, Immunglobulinen oder monoklonalen Antikörpern.
- Laufende Behandlung mit gerinnungshemmenden Substanzen bzw. Antikoagulantien.
- Nicht adäquat kontrollierte Gerinnungsstörungen.

Die gleichzeitige Behandlung mit herkömmlichen Antidementiva (Acetylcholinesterase-Inhibitoren oder Memantine) stellt keine Kontraindikation dar.

Praktisch bedeutet dies unter anderem, dass vor Beginn einer Behandlung neben einer ausführlichen klinischen Demenzdiagnostik auch eine gründliche neuroradiologische Diagnostik mittels MRT stattfinden muss, bei der die Frage nach dem Vorliegen möglicher zerebrovaskulärer Ausschluss- bzw. Risikofaktoren (u. a. vorbestehende Microbleeds oder Hinweise auf eine CAA) im Mittelpunkt steht. Zusätzlich ist der Nachweis einer Amyloid-Patho-

logie, entweder mittels Amyloid-PET oder mithilfe einer Biomarker-Bestimmung im Rahmen einer Lumbalpunktion, unverzichtbar. Um potenzielle Nebenwirkungen in Form von zerebralen Mikroblutungen und Hirnödemen adäquat kontrollieren zu können, sind insbesondere im ersten halben Jahr der Behandlung regelmäßige MRT-Kontrollen durch einen mit der Erkennung und Quantifizierung von ARIAs vertrauten (Neuro-)Radiologen erforderlich. So wird für die Behandlung mit Lecanemab in den USA aktuell die Durchführung von mindestens fünf MRT-Untersuchungen in den ersten zwölf Monaten der Behandlung vorgegeben, von denen allein vier in den ersten sechs Behandlungsmonaten anzusetzen sind.

Kosten der Behandlung und Frage der Kostenübernahme

Die Jahrestherapiekosten für Lecanemab belaufen sich in den USA auf 26.500 \$. Rechnet man die begleitenden Kosten für das Sicherheitsmonitoring (MRTs etc.) hinzu, so ergeben sich geschätzte Gesamtkosten in Höhe von ca. 33.000 \$ pro Jahr (entsprechend ca. 30.000 Euro/Jahr). Im Gegensatz zu Aducanumab ist in den USA die Kostenübernahme der Behandlung mit Lecanemab aktuell durch die MEDICARE gesichert. Angesichts der üblichen Selbstbeteiligungsregelungen (d. h. 20 % der Kosten müssen durch die Patienten getragen werden) müssen jedoch selbst unter diesen Bedingungen erhebliche Kosten von den Betroffenen privat getragen werden.

Im Falle einer Zulassung in Deutschland wäre zunächst unklar, ob die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen die vermutlich vergleichbar hohen Kosten übernehmen würden und falls ja, in welcher Höhe. Hier haben bekanntlich das IQWiG und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch noch ein Wort mitzureden.

Logistische Herausforderungen: Ist das Gesundheitssystem auf die neuen Therapien ausreichend vorbereitet?

Schon die Eingangsdiagnostik (s. o.) und das erforderliche Sicherheitsmonitoring

unter der laufenden Therapie sind im Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung mit Antidementiva mit einem hohen organisatorischen und logistischen Aufwand verbunden, der darüber hinaus eine reibungslose Kommunikation und Zusammenarbeit der beteiligten Fachgebiete (u. a. Neuropsychiatrie, Geriatrie, Neuroradiologie, ggf. Nuklearmedizin und Humangenetik) voraussetzt.

Auch die Behandlung selbst, die alle 14 Tage (Lecanemab) bzw. alle vier Wochen (Donanemab) per infusionem erfolgt, ist an entsprechende logistische Voraussetzungen u. a. die adäquate Überwachung der Patienten gebunden. Allein deswegen wird die Indikationsstellung und Durchführung der Behandlung dem fachärztlichen Sektor bzw. spezialisierten Zentren vorbehalten sein.

Allerdings dürfte dem primärärztlichen Bereich eine wichtige Rolle bei der Information, Beratung und ggf. auch bei einer Vorauswahl der für eine Behandlung geeigneten Patienten zukommen. Denn es ist zu erwarten, dass sich nach einer Zulassung zahlreiche von Demenz betroffene Patienten mit ihren diesbezüglichen Fragen zunächst an ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt wenden werden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass die neue Behandlungsform aufgrund der strengen Einschlusskriterien für sehr viele Patienten mit einer Demenzdiagnose gar nicht in Frage kommt.

Fazit und Ausblick

Mit der europäischen Zulassung von Lecanemab und Donanemab stünde erstmals auch in Deutschland ein therapeutischer Ansatz der Alzheimer-Krankheit zur Verfügung, der an entscheidender Stelle in die Pathogenese der Erkrankung eingreift und damit ein klinisch relevantes Abbremsen des neurodegenerativen Prozesses bewirken kann. Obgleich keine Heilung, ist dies zumindest aus Sicht derjenigen Betroffenen, die sich noch in einem sehr frühen Stadium der Erkrankung befinden, als echter therapeutischer Fortschritt zu werten.

Angesichts des hohen klinischen und logistischen Aufwands, der schwerwiegenden potenziellen Nebenwirkungen und der beträchtlichen Kosten wird der Ein-

satz der neuen Wirkstoffe jedoch auch kritisch diskutiert. Kritiker führen darüber hinaus ins Feld, dass die klinische Wirkung nicht sehr ausgeprägt sei und zumindest im ersten Jahr der Behandlung keinen Vorteil gegenüber der Behandlung mit herkömmlichen Antidementiva erkennen lasse [8].

Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass der Vergleich mit den herkömmlichen Antidementiva zu kurz greift, da diese lediglich symptomatisch wirken und sich die Wirkung mit Dauer der Behandlung eher verliert. Dagegen stehen mit den DMPs erstmals kausal in die Pathogenese der Alzheimer-Krankheit eingreifende Pharmaka zur Verfügung, deren positive Wirkung nach bisheriger Studienlage mit Dauer der Behandlung kumuliert.

So konnte z. B. bei Patienten in der TRAILBLAZER ALZ 2-Studie unter Donanemab im Vergleich zur Placebo-Behandlung in-

nerhalb von 18 Monaten eine Progressionsverzögerung von bis zu 7,5 Monaten beobachtet werden [5], was aus Sicht der Betroffenen gerade auch in Hinsicht auf den drohenden Verlust der Selbstständigkeit mit konsekutiver Pflegebedürftigkeit durchaus bedeutsam ist. Ein vergleichbarer Wert wurde für eine Therapie mit Lecanemab ermittelt [4]. Inwieweit sich dieser Zeitgewinn jenseits der von den Zulassungsstudien erfassten Behandlungsdauer fortschreiben lässt bzw. noch vergrößert, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen. Offen ist darüber hinaus, inwieweit unser Gesundheitssystem die logistischen und ökonomischen Herausforderungen der neuen Therapieform wird stemmen können. Dies hängt gewiss auch von der Zahl der Patienten ab, die für die Behandlung in Frage kommen und diese unter Berücksichtigung der genannten Risiken auch wünschen.

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Arbeitsbereich
Altersmedizin
Institut für
Allgemeinmedizin
der Goethe-
Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7,



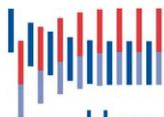
Foto: privat

60590 Frankfurt am Main,

E-Mail: pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Interessenkonflikte: Johannes Pantel erhielt einmalig ein Vortragshonorar der Fa. Esai im Rahmen des Auguste-Symposiums 2024.

Die Literaturhinweise finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.



**Hessisches
Krebsregister**

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

Ärztinnen und Ärzte, die eine Abteilung leiten bzw. eine Praxis in Hessen führen, sind verpflichtet, Informationen über die Krebsdiagnose und -behandlung an das Hessische Krebsregister (HKR) zu melden. In den HKR-Seminaren, die online als Webseminare angeboten werden, gibt es Hilfestellungen und Informationen rund um die Meldetätigkeit.

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 05.06.2024 13:30–15:00 Uhr, online (Webex), 2 Fortbildungspunkte
Dokumentation von gynäkologischen Tumoren	Es werden Hinweise zur Tumordokumentation von gynäkologischen Tumoren gegeben.	Mi., 17.07.2024 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Dokumentation von Urothelkarzinomen	Es werden Hinweise zur Tumordokumentation von Urothelkarzinomen gegeben.	Mi., 18.09.2024, 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Schulungsvideos auf YouTube	In dem YouTube-Kanal des Hessischen Krebsregisters stehen einige Schulungsvideos für die Tumordokumentation zur Verfügung.	YouTube-Kanal: @hessisches-krebsregister

Weitere Termine finden sich auf der HKR-Website, eine vorherige Anmeldung ist erforderlich:
www.hessisches-krebsregister.de → Über uns → Veranstaltungen
Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: Monika Buchalik

Dr. med. Hermann August Theodor
Achtlich, Oberursel
* 25.03.1930 † 17.10.2023

Dr. med. Arpad Ambrus, Frankfurt
* 01.05.1932 † 12.04.2024

Tip Dr./Univ.Istanbul Aydin Arin,
Frankfurt
* 26.12.1930 † 04.10.2020

Prof. Dr. med. Hans-Christian Blossey,
Kassel
* 08.08.1945 † 17.04.2024

Dr. med. Reiner Braun, Heuchelheim
* 09.05.1939 † 07.05.2024

Peter Ernst Brunner, Grünberg
* 24.03.1964 † 16.04.2024

Dr. med. Albrecht Dannehl, Roßdorf
* 31.03.1936 † 22.04.2024

Dr. med. Ingrid Deisinger, Maintal
* 08.09.1934 † 24.12.2022

Dr. med. Hans Oskar Drexler, Dreieich
* 27.10.1932 † 01.03.2024

Dr. med. Enayarollah Enayati, Frankfurt
* 15.09.1931 † 08.09.2019

Dr. med. Heinz Ferber, Lahnau
* 15.09.1922 † 29.09.2023

Antoni Filipowicz, Frankfurt
* 03.01.1931 † 18.11.2019

Dr. med. Renè Fischer, Liederbach
* 18.10.1932 † 24.01.2023

Dr. med. Martin Frei, Frankfurt
* 27.10.1925 † 29.02.2024

Helga Fritz, Frankfurt
* 10.03.1934 † 21.03.2024

Dr. med. Margarete Gehrig, Hattersheim
* 08.12.1922 † 04.03.2023

Dr. med. Diether Held, Wiesbaden
* 06.03.1941 † 12.04.2024

Dr. med. Gerhard Hepp, Frankfurt
* 04.02.1933 † 23.05.2017

Dr. med. Ursula Hildebrand, Frankfurt
* 04.08.1928 † 20.12.2021

Dr. med. Werner Hofmann, Schlangenbad
* 28.12.1939 † 04.02.2024

Prof. Dr. med. Karl Huth, Frankfurt
* 28.02.1933 † 29.04.2024

Carsten Hütter, Breitenbach a. H.
* 01.10.1963 † 28.04.2024

Dr. med. Reinhard Jess, Marburg
* 18.02.1926 † 21.03.2024

Prof. Dr. med. Eberhard Kaiser,
Wiesbaden
* 03.01.1933 † 11.04.2022

Dorothee Kaiser, Frankfurt
* 07.05.1962 † 13.05.2024

Dr. med. Irina Keinert, Frankfurt
* 05.05.1924 † 13.11.2023

Dr.-medic Natiu Kreisel, Frankfurt
* 05.05.1927 † 02.03.2024

Dr. med. Felix Kuborn, Fulda
* 09.12.1933 † 03.05.2024

Dr. med. Rolf Lindemann, Dreieich
* 26.12.1931 † 11.12.2023

Dr. med. Klaus Lührs, Bad Homburg
* 06.06.1926 † 30.07.2022

Prof. Dr. med. Horst Naujoks, Frankfurt
* 12.08.1928 † 08.04.2024

Dr./Institut für Medizin
Jasi Martin Ness, Frankfurt
* 25.02.1930 † 27.05.2018

Dr. med. Peter Neubronner, Bad Homburg
* 05.02.1933 † 05.01.2023

Dr. med. Norbert Nickel, Hanau
* 29.09.1933 † 18.12.2023

Dr. med. Hans-Peter Oepen,
Ebersburg/Weyhers
* 29.04.1946 † 14.06.2023

Liang Kiong Ong, Frankfurt
* 26.04.1921 † 20.06.2000

Dr. med. Jana Pilar-Legrum,
Oberursel (Taunus)
* 24.04.1960 † 21.03.2024

Barbara Platt, Gießen
* 04.03.1950 † 23.11.2023

Heinz-Martin Remus, Homberg
* 20.08.1944 † 29.03.2024

Dr. med. Michael Repschläger, Herborn
* 27.10.1945 † 03.02.2024

Dr. med. Dipl.-Ing. (FH)
Walter Theodor Risse, Lampertheim
* 07.12.1948 † 27.04.2024

Dr. med. Artur Rittmeister, Frankfurt
* 14.12.1930 † 04.08.2022

Dr. med. Mihailo Rundo, Frankfurt
* 07.09.1934 † 28.02.2023

Dr. med. Suat Savran, Eltville
* 10.05.1934 † 24.06.2022

Felicitas Schier, Bad Homburg
* 06.03.1931 † 28.09.2023

Dr. med. Karlheinz Schier, Bad Homburg
* 01.04.1930 † 23.10.2014

Dr. med. Wolfgang Seeger, Dreieich
* 11.08.1929 † 11.12.2023

Dr. med. Barbara Seel, Bad Schwalbach
* 20.06.1934 † 24.04.2024

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Taubert,
Dreieich
* 10.08.1931 † 24.07.2013

Dr. med. Enno Thiemens, Wiesbaden
* 29.07.1940 † 08.04.2024

Dr. med. Ruth Veit, Butzbach
* 03.02.1934 † 28.04.2024

Dr.-medic Margarete Weinlich,
Frankfurt
* 21.02.1933 † 10.08.2023

Einladung

161. Bad Nauheimer Gespräch

12.09.2024, 19–20:30 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

„Der heutige Tag. Ein Stundenbuch der Liebe“

Lesung

Voller Wärme und Lebensbejahung schildert die Autorin, wie sie ihren schwerkranken, palliativ betreuten und dementen Mann umsorgt. Sie zeigt, wie ihr gemeinsamer Radius immer eingeschränkter wird und die Kontakte nach außen, die Besuche, stetig abnehmen. Sie schreibt davon, „wie man in solchen Umständen selbst den Verstand und der andere die Würde behält, wie es ist, mit einem todkranken Menschen durch dessen Zwischenwelten zu wandeln. ...“ Eine Liebeserklärung an das Leben – gerade auch in seiner Endlichkeit.



Foto: Isolde Olbaum

Helga Schubert

Psychotherapeutin, Schriftstellerin und
 Trägerin des Bachmann-Preises 2020

Helga Schubert erzählt davon, wie man Frieden machen kann mit diesem Leben. Sie zeigt, wie man Lebensgeschichte in Literatur verwandeln kann (Insa Wilke). Es erwartet Sie ein besonderer Abend!

Die Lesung ist kostenfrei, um Voranmeldung wird gebeten:

Über die Homepage www.bad-nauheimer-gespraech.de/Veranstaltungen
 oder per E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Zum Vormerken (jeweils 19 Uhr):

26.09.2024: Das immunologische Gedächtnis – Wie Infektionen und Impfung unser Immunsystem prägen.

22.10.2024: Suizidprävention und assistierter Suizid – geht das zusammen?

12.11.2024: Das Grundgesetz als Leuchtturm – Warum ignorieren wir den Kurs?

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152 Fon: 069 76 63 50
 60314 Frankfurt a. M. (Ostend) Fax: 069 76 63 50
info@bad-nauheimer-gespraech.de www.bad-nauheimer-gespraech.de



Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.08.: Dr. med. Stefan Pump, Seggebruch, 65 Jahre
- 01.08.: Dr. med. Stefan Habisreutinger, Frankfurt, 70 Jahre
- 01.08.: Dr. med. Maria Amels, Bad Soden, 85 Jahre
- 02.08.: Prof. Dr. med. Klaus-Henning Usadel, Frankfurt, 85 Jahre
- 03.08.: Dr. med. Ruxandra Enzensberger, Frankfurt, 70 Jahre
- 04.08.: Dr. med. Susanne Schermuly, Gelnhausen, 65 Jahre
- 05.08.: Dr.-medic (R) Olivia Weinhardt, Frankfurt, 65 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Hans-Thomas Collard, Hanau, 75 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Wolfgang Hengstebeck, Frankfurt, 80 Jahre
- 07.08.: Dr. med. Hans-Peter Kremer, Langenselbold, 75 Jahre
- 07.08.: Dr. med. Erika Seifert, Hanau, 90 Jahre
- 08.08.: Dr. med. Philipp Jansen, Frankfurt, 65 Jahre
- 09.08.: Monika Schütze, Glashütten, 85 Jahre
- 10.08.: Dr. med. Manfred Kratz, Hofheim, 75 Jahre
- 11.08.: Annette Schulmerich, Hanau, 70 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Bernhard Schönenbach, Eschborn, 70 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Herbert Eduard Henke, Friedrichsdorf, 80 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Sigrun Fuchs, Friedrichsdorf, 85 Jahre
- 14.08.: Ltd. Med.-Dir. Dr. med. Siegfried Giernat, Freigericht, 70 Jahre
- 14.08.: Dr. med. Walter Hildebrand, Rodgau, 75 Jahre
- 16.08.: Dr. med. Uta Schwind, Hanau, 70 Jahre
- 17.08.: Dr. med. Gabriele Frey, Bad Soden, 65 Jahre
- 19.08.: Dr. phil. nat. Ingrid Kolbeck, Oberursel, 65 Jahre
- 22.08.: Dr. med. Claudia Mariacher, Bad Soden, 75 Jahre
- 23.08.: Dr. med. Khairallah El Cheikh, Offenbach, 80 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Horst Brandt, Dietzenbach, 85 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 26.08.: Clemens Noll, Frankfurt, 70 Jahre
27.08.: Dr. med. Jürgen Enenkel, Heusenstamm, 75 Jahre
28.08.: Ltd. Med.-Rätin i. R. Dr. med. Rotraut Lommel, Frankfurt, 80 Jahre
28.08.: Dr. med. Erwin Kriegelstein, Schwalbach, 90 Jahre
29.08.: Dr. med. Peter Kwasniok, Heusenstamm, 65 Jahre
29.08.: Dr. med. Albrecht Stöffler, Frankfurt, 70 Jahre
30.08.: Dr. med. Irene Kollmar, Frankfurt, 85 Jahre
- 01.09.: Dr. med. Dorothea Rühl, Frankfurt, 70 Jahre
01.09.: Wolfgang Bayer-Rosing, Niddatal, 75 Jahre
01.09.: Dr. med. Rudolf Heep, Frankfurt, 85 Jahre
02.09.: Dr. med. Jörg Schrödter, Alsfeld, 65 Jahre
05.09.: Dr. med. Gabriele Schmid-Rückbeil, Frankfurt, 70 Jahre
05.09.: Waltraud Soyka, Hanau, 85 Jahre
06.09.: Dr. med. Brigitte Laufer, Frankfurt, 70 Jahre
06.09.: Dr. med. Christine Dimroth-Lange, Frankfurt, 75 Jahre
06.09.: Dr. med. Franz Schulz, Bad Homburg, 85 Jahre
07.09.: Dr. med. Anna-Margarete Erzberger-Jung, Neu-Isenburg, 70 Jahre
07.09.: Dr.-medic./Inst. f. Med. Temeschburg Alexander Orban, Großkrotzenburg, 70 Jahre
08.09.: Dr. med. Ute Ehrlich, Oberursel, 80 Jahre
09.09.: PD Dr. med. Hartmut Kronenberger, Frankfurt, 80 Jahre
09.09.: Prof. Dr. med. Horst Peter Lange, Neu-Isenburg, 90 Jahre
12.09.: Dr. med. Sabine Lind, Frankfurt, 70 Jahre
15.09.: Dr. med. Elmar Ginzburg, Offenbach, 70 Jahre
15.09.: Dr. med. Bernhard Sebastian, Offenbach, 70 Jahre
15.09.: Prof. Dr. med. Markus Sold, Frankfurt, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Allgemeinmedizin & Pädiatrie: Neue Angebote für Weiterzubildende und Weiterbildungsbefugte

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung (KW), das an den allgemeinmedizinischen Einrichtungen der Goethe-Universität Frankfurt am Main, der Justus-Liebig-Universität Gießen und der Philipps-Universität Marburg angesiedelt ist, organisiert seit 2012 das hessenweite Weiterbildungskolleg, dessen Angebot sich an angehende Allgemeinmediziner/innen und Pädiater/innen richtet. Dieses beinhaltet ein Seminarprogramm, Mentoring, Fallkonferenzen und Beratung für Ärzte/innen in Weiterbildung (ÄiW) sowie ein Train the Trainer (TTT)-Programm für Weiterbilder/innen.

Termine für Weiterzubildende im 2. Halbjahr 2024 (Ganztags in Präsenz):
Gießen: 05.07. und 13.12.2024
Frankfurt: 30.08., 29.11. (beide als Hybridübertragung buchbar) 30.10.2024
Kassel: 06.09. und 15.11.2024

Seminartage (Ganztags in Präsenz)
Königstein: 08.11.2024 (Migräne- und Kopfschmerzambulanz)

Frankfurt: 22.11.2024 (FlneST – Simulationstraining für Kinder-Notfälle)

Bad Zwesten: 15.11.2024 (Neurologische Akutambulanz)

Afterwork Seminare (Online)

Im Abendformat:

04.07., 10.09. und 3.12.2024
Halbtagsseminare (Online)

Im Vor- und Nachmittagsformat:

20.09., 11.10.2024

Termine für Weiterbildungsbefugte:

Basisseminar (Präsenz):

Grünberg: 21.–22.06.24

Aufbauseminar (Präsenz):

Grünberg: 01.–02.11.24

Vertiefungsseminare zu wechselnden Themen:

Online: 1x im Quartal

Weitere Information und Anmeldung unter sowie aktuelle Termine finden unter www.kwhessen.de oder per Mail an kontakt@kwhessen.de

Beim 1. Tag der Hausarztmedizin am 8. Mai war Staatssekretärin Dr. Sonja Optendrenk zu Gast

Die aktuellen Herausforderungen und die Zukunftsaussichten für die ambulante hausärztliche Versorgung waren Thema bei einem Treffen zwischen dem Vorstand des Hausärzterverbandes Hessen e. V. (HÄVH) und der Staatssekretärin im Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG), Dr. Sonja Optendrenk. Anlass war der erste bundesweite „Tag der Hausarztmedizin“ am 8. Mai.

Die Lage ist ernst: In Hessen sind derzeit rund 300 Sitze für Hausärztinnen und Hausärzte frei. Und von den landesweit mehr als 4.100 Hausärzten werden mehr als 30 % in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen, so Christian Sommerbrodt, erster Vorsitzender des HÄVH und Hausarzt in Wiesbaden. In seiner Praxis fand das Treffen mit Optendrenk statt. Um langfristig eine flächendeckende



Foto: Paul Müller/HÄVH

V. l.: Christian Sommerbrodt (1. Vorsitzender HÄVH), Dr. Sonja Optendrenk (Staatssekretärin im HMFG), Stefan Sydow (Leiter der Abteilung V Gesundheit im HMFG) und Dr. med. Jürgen Burdinski (Beisitzer HÄVH).

ambulante ärztliche Versorgung zu sichern, fordert der Hausärzterverband Hessen unter anderem eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Mehr dazu siehe www.laekh.de → Aktuelles.

(red)

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 2022 (GVBl. I S. 752), i. V. m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2023 (HÄBL 1/2024, S. 50), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31); zuletzt geändert am 28. November 2023 (HÄBL 1/2024, S. 57), wird wie folgt geändert:

Im Kapitel 3000 „Berufsbildung: Medizinische Fachangestellte“ des Kostenverzeichnisses werden die Gebührensätze 3160 und 3172 wie folgt neu gefasst:

3160	Überbetriebliche Ausbildung – E-Learningphase	Euro
3161	Pauschalgebühr	650,00
3162	Pauschalgebühr, sofern der Berufsausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde	385,00
3170	Überbetriebliche Ausbildung – Präsenzphase	
3171	Pauschalgebühr	850,00
3172	Pauschalgebühr, sofern der Berufsausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde	510,00

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. August 2024 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2024



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
V8B 18b2120–000112008/009

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 beschlossene Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 7. Mai 2024

Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 16.09.: Christoph Schuke, Frankfurt, 75 Jahre
- 18.09.: Dr. med. Manfred Wolter, Frankfurt, 75 Jahre
- 19.09.: Erika Knittel, Frankfurt, 80 Jahre
- 21.09.: Julia Koerlin, Hochheim, 70 Jahre
- 22.09.: Dr. med. Dusruth Adjodah, Linsengericht, 85 Jahre
- 22.09.: Dr. med. Friedrich Hartling, Frankfurt, 85 Jahre
- 23.09.: dr. med./Univ. Zagreb Rudolf Pastovic, Bad Brückenau, 65 Jahre
- 23.09.: Dr. med. Lilli Raudszus, Linsengericht, 85 Jahre
- 23.09.: Dr.-medic Silvia-Valeria Scarlat, Offenbach, 95 Jahre
- 25.09.: Dr. med. Armin Reul, Eschborn, 65 Jahre
- 27.09.: Dr. med. Dirk Schön, Frankfurt, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 02.08.: Dr. med. Hans-Jürgen Prinzler, Wetzlar, 85 Jahre
- 07.08.: Dr. med. Ursula Dix, Oberursel, 65 Jahre
- 08.08.: Marion Karger, Gießen, 65 Jahre
- 10.08.: Dr. med. Rüdiger Holzapfel, Schlitz, 70 Jahre
- 12.08.: Susanne Trautner, Bad Vilbel, 65 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Erich Heinz, Alsfeld, 85 Jahre
- 16.08.: Dr. med. Paulus Leman, Bad Nauheim, 85 Jahre
- 18.08.: Dr. med. Beatrice Henze-Wirtz, Wettenberg, 75 Jahre
- 22.08.: Dr. med. Peter Baldauf, Gießen, 70 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Annemarie Hammann, Wetzlar, 65 Jahre
- 27.08.: Dr. med. Dieter Hans Rixen, Bad Vilbel, 80 Jahre

Die Geburtstage für September 2024 aus der Bezirksärztekammer Gießen werden in der nächsten Ausgabe 09/2024 abgedruckt.

Bezirksärztekammer Kassel

- 01.08.: Klaus-Peter Raschkewitz,
Burghaun, 65 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Gerhard Erkmann,
Wolfhagen, 80 Jahre
- 03.08.: Dr. med. Marianne Schneider,
Kassel, 70 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Kay Großer,
Kassel, 65 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Rüdiger Gegner,
Bad Wildungen, 70 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Lothar Mekiffer,
Kassel, 70 Jahre
- 15.08.: Prof. Dr. med. Reiner Dölp,
Fulda, 85 Jahre
- 16.08.: Magdalena Engels Kassel, 75 Jahre
- 17.08.: Ingrid Möslein-Teising,
Bad Hersfeld, 70 Jahre
- 19.08.: Claus Leimbach,
Immenhausen, 70 Jahre
- 20.08.: Dr. med. Sabine Richter-Mekiffer,
Kassel, 70 Jahre
- 21.08.: Michael Ziegler,
Ehrenberg, 70 Jahre
- 25.08.: Birgit Tuchtfeld, Ahnatal, 65 Jahre
- 25.08.: Mohamed Atrissi, Fulda, 75 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Winfried Welzbacher,
Bad Wildungen, 75 Jahre
- 26.08.: Brigitta Lesniak, Künzell, 75 Jahre
- 28.08.: Helmut Krieger, Fuldata, 70 Jahre
- 28.08.: Johannes Umlauf, Fulda, 70 Jahre
- 28.08.: Dr. med. Götz Stölzner,
Kassel, 80 Jahre
- 30.08.: Dr. med. Roland Leister,
Fuldata, 65 Jahre
- 30.08.: Dr. med. Renate Strupp,
Künzell, 75 Jahre
- 31.08.: Dr. med. Manfred Herbert,
Korbach, 75 Jahre
-
- 02.09.: Dr. med. Doris Vater,
Kassel, 70 Jahre
- 03.09.: Dr. med. Berthold Kramps,
Vellmar, 80 Jahre
- 09.09.: Hans Bott, Petersberg, 75 Jahre
- 09.09.: Dr. med. Helmuth Wehr,
Vellmar, 75 Jahre
- 10.09.: Dr. med. Edelgard Ceppa-Sitte,
Fulda, 65 Jahre
- 14.09.: Dr. med. Thomas Hoeft,
Fulda, 75 Jahre
- 16.09.: Dr. med. Jutta Johanna Hendus,
Fulda 70 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 2022 (GVBl. I S. 752), i. V. m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2023 (HÄBL 1/2024, S. 50), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2023 (HÄBL 1/2024, S. 50), wird wie folgt geändert:

§ 6 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Das Präsidium besteht aus der Präsidentin/dem Präsidenten, der Vizepräsidentin/dem Vizepräsidenten und mindestens drei, höchstens elf Beisitzerinnen/Beisitzern. Die Zahl der Beisitzerinnen/Beisitzer wird in der Konstituierenden Delegiertenversammlung von der Delegiertenversammlung festgelegt. Die/der erste Beisitzende trägt die Bezeichnung erste/r Beisitzende/r des Präsidiums.

Es sollen ihm niedergelassene und angestellte Mitglieder und mindestens ein Drittel Ärztinnen und ein Drittel Ärzte angehören. Das Drittelverhältnis soll auch bei der Wahl der Präsidentin/des Präsidenten, der Vizepräsidentin/des Vizepräsidenten und der ersten Beisitzenden/des ersten Beisitzenden beachtet werden.

Die Präsidentin/der Präsident, die Vizepräsidentin/der Vizepräsident und die/der erste Beisitzende dürfen nicht gleichzeitig 1. oder 2. Vorsitzende/Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung sein.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2024 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 beschlossene Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2024



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

V8B 18b2120-000112008/008

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 7. Mai 2024
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

MFA-Winterprüfung 2024/2025

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2024/2025 vom 27.11.2024 bis zum 04.02. 2025

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2024/2025 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

31. Juli und 7. August 2024

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden. Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: Beurteilung der Leistungen der Ausbildungsstätte sowie die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2024/2025 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 4. April 2025 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des MFA/Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter www.laekh.de → Aktuelles

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen**

Goldenes Doktorjubiläum

- | | |
|--|---|
| 02.08.: Dr. med. Michael Fucik, Obertshausen | 13.08.: Prof. Dr. med. Peter Hild, Pohlheim |
| 02.08.: Dr. med. Dr. med. dent. Kurt Coutandin, Dreieich | 16.08.: Dr. med. Christian Eltze, Marburg |
| 02.08.: Dr. med. Ernst Rohde, Frankfurt | 16.08.: Dr. med. Ingeborg Kölchen-Korang, Hadamar |
| 13.08.: Dr. med. Angelika Roeder-Callitsis, Bad Vilbel | 18.08.: Dr. med. Rainer Koch, Niestetal |
| | 28.08.: Dr. med. Elke Hahnel, Wehrheim |

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Fortsetzung

- 19.09.: Wolfgang Mathes, Bad Arolsen, 65 Jahre
19.09.: Dr. med. Hans Jurczyk, Hessisch Lichtenau, 75 Jahre
22.09.: Ulrike Freudenstein, Bad Arolsen, 65 Jahre
27.09.: Joachim Kuhlmann, Kassel, 70 Jahre
28.09.: Dr. med. Dr. rer. nat. Hans-Jürgen Schick, Eichenzell, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 02.08.: Dr. med. Inge Ebhardt, Roßdorf, 85 Jahre
02.08.: Dr. med. Wolfgang Lindheimer, Winterbach, 95 Jahre
13.08.: Burkhard Rothfuchs, Münster (Hessen), 75 Jahre
13.08.: Dr. med. Hartmut Wackermann, Heppenheim, 80 Jahre
23.08.: Uwe Wojts, Darmstadt, 65 Jahre
26.08.: Dr. med. Karl Stephan, Griesheim, 75 Jahre
27.08.: Dr. med. Bernd Lothar Peschke, Rödermark, 65 Jahre
28.08.: Dr. med. Wolfgang Weber, Riedstadt, 75 Jahre
08.09.: Birgitta Becker, Kronberg, 65 Jahre
13.09.: Dr. med. Jürgen Treiber, Ober-Ramstadt, 70 Jahre
18.09.: Klaus Neutard, Reinheim, 75 Jahre
19.09.: Dr. med. Frank Enger, Viernheim, 65 Jahre
22.09.: Dr. med. Irmtraud Kauschat, Darmstadt, 75 Jahre
22.09.: Uta Sperling, Aschaffenburg, 75 Jahre
23.09.: Fatemeh Mazari, Mainz, 65 Jahre
23.09.: Dr. med. et doktor medizine/ Univ. Beograd Momcilo Vranes, Darmstadt, 80 Jahre
25.09.: Dr. med. Rosemarie Bartels, Breuberg, 70 Jahre
25.09.: Dr. med. Gertrud von Kaehne, Mühlthal, 85 Jahre
29.09.: Johannes Kerber, Heidelberg, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 05.08.: Dr. med. Welf Thomas Perschel,
Hüttenberg, 65 Jahre
- 10.08.: Werner Sonntag, Lohra, 70 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Peter Kleist,
Wabern, 65 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Johann Christea,
Münchhausen, 75 Jahre
- 14.08.: Dr. med. Anni Schäfer,
Niederstein, 65 Jahre
- 20.08.: Heinz-Martin Remus,
Homburg, 80 Jahre
- 22.08.: Dr. med. Rudolf Trümper,
Fritzlar, 90 Jahre
- 27.08.: Med.-Dir. i. R. Dr. med.
Gerlind Wiegand,
Marburg, 85 Jahre
- 02.09.: Dr. med. Rita Hörl-Eberl,
Amöneburg, 70 Jahre
- 04.09.: Dr. med. Lothar Born,
Marburg, 65 Jahre
- 14.09.: Dipl.-Med. Heike Eisenhuth,
Homburg, 65 Jahre
- 14.09.: Dr. med. Ingrid Goecke-
Dommers, Marburg, 80 Jahre
- 16.09.: Hans-Georg Tacke,
Marburg, 75 Jahre
- 21.09.: Dr. med. Armin Ulrich,
Edermünde, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 19.06.: Dr. med. Achim Reuter,
Idstein, 75 Jahre
- 10.07.: Dr. med. Laszlo Incze,
Wiesbaden, 90 Jahre
- 01.08.: Dr. med. Eckart Listmann,
Tausenstein, 70 Jahre
- 07.08.: Dr. med. Gertrud Kraushaar-
Krebser, Wiesbaden, 70 Jahre
- 08.08.: Dr. med. Günter Illers,
Wiesbaden, 70 Jahre
- 08.08.: Dr. med. Barbara Knepper-
Schroeder, Tausenstein, 80 Jahre
- 09.08.: Dr. med. Massoud Dehdashti-
Zadeh, Wehrheim, 90 Jahre
- 10.08.: Dr. med. Udo Zimmermann,
Mainz, 70 Jahre
- 18.08.: Dr. med. Hans-Otto Vielhaber,
Villmar, 75 Jahre
- 19.08.: Dr. med. Gabriele Schütz,
Wiesbaden, 70 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 2022 (GVBl. I S. 752), i. V. m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „o“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 28. November 2023 (HÄBL 1/2024, S. 50), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen in der Fassung vom 22. September 2020 (HÄBL 11/2020, S. 633), wird wie folgt geändert:

In § 2 wird nach Abs. 2 folgender neuer Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Erstreckt sich ein Behandlungsfehlervorwurf auf mehrere Beteiligte, für die mehrere Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zuständig sind, so führt grundsätzlich diejenige Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle das Verfahren durch, bei der dieses zuerst beantragt wurde.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juni 2024 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2024 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2024



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Richtigstellung

Als Nachtrag zu den Personalien in Ausgabe 05/2024, S. 296, in denen es hieß, das Clementine Kinderhospital sei das „einzige Kinderkrankenhaus“ in Frankfurt am Main, ist richtig festzustellen, dass es noch die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin gibt sowie die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Frankfurt-Höchst. (red)

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060317040 ausgestellt am 15.04.2024 für Mohamad Almousa, Fulda

eHBA-Nr. 80276001081611044217 ausgestellt am 29.04.2021 für Dr. med. Daniela Axt-Manz, Hünfelden

Arztausweis-Nr. 060070505 ausgestellt am 17.12.2020 für Dr. med. Edelgard Ceppa-Sitte, Fulda

Arztausweis-Nr. 060065572 ausgestellt am 22.05.2020 für Dr. med. Constantin Cornelius, Oberursel

eHBA-Nr. 80276001081900002597 ausgestellt am 11.12.2020 für Dr. med. Constantin Cornelius, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060065508 ausgestellt am 15.05.2020 für Caner Curuk, Niestetal

eHBA-Nr. 80276001081200044213 ausgestellt am 11.01.2022 für Dr. med. Philipp Faul, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060306395 ausgestellt am 19.02.2024 für Martin Gerster, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060293848 ausgestellt am 13.12.2023 für Dr. med. Stephanie Goldammer, Gießen

Arztausweis-Nr. 060185663 ausgestellt am 31.03.2022 für Prof. Dr. med. Wolfgang Eduard Kaminski, Schriesheim

Arztausweis-Nr. 060079072 ausgestellt am 27.05.2021 für Lutz Kramer, Fulda

eHBA-Nr. 80276001081611058268 ausgestellt am 12.07.2021 für Sabine Langer, Weimar

Arztausweis-Nr. 60323251 ausgestellt am 24.05.2024 für Dipl.-Med. Anke Lapp, Weilrod

Arztausweis-Nr. 060319520 ausgestellt am 30.04.2024 für Dr. med. Sophie Michel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060206469 ausgestellt am 08.08.2022 für Hind Moussaoui, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060292995 ausgestellt am 07.12.2023 für Dr. med. Ingrid Munk, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060059262 ausgestellt am 14.05.2019 für Dr. med. Dr. med. dent. Annegret Neraal, Marburg

Arztausweis-Nr. 060318735 ausgestellt am 25.04.2024 für Gonzalo Joel Quillupangui Navarro, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060317050 ausgestellt am 15.04.2024 für Julia Rademacher, Gießen

Arztausweis-Nr. 060057426 ausgestellt am 18.01.2019 für Dr. med. Lotte Scheffels, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060080814 ausgestellt am 28.06.2021 für Dr. med. Sabine Schlichting, Wehrheim

Arztausweis-Nr. 060270967 ausgestellt am 15.06.2023 für Dr. med. Tobias Schoen, Kahl am Main

Arztausweis-Nr. 060315825 ausgestellt am 08.04.2024 für Dr. med. Heike Stark, Hünfeld

Arztausweis-Nr. 060078607 ausgestellt am 19.05.2021 für David Stay, Marburg

Arztausweis-Nr. 060061908 ausgestellt am 28.10.2019 für Dr. med. Jürgen Strack, Laubach

Arztausweis-Nr. 060273346 ausgestellt am 04.07.2023 für Benjamin Tücks, Gießen

Arztausweis-Nr. 060067479 ausgestellt am 20.08.2020 für Dr. med. Enver Tütün, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060317038 ausgestellt am 15.04.2024 für Dr. med. Miriam Wagner, Marburg

eHBA-Nr. 80276001081612001623 ausgestellt am 10.01.2022 für Heike Wendel, Gießen

Arztausweis-Nr. 060137593 ausgestellt am 25.10.2021 für Dr. med. Joachim Wilke, Bensheim

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Fortsetzung

20.08.: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dipl.-Biochem. Werner Blum, Usingen, 75 Jahre

28.08.: Dr. med. Valentin Palau, Usingen, 85 Jahre

30.08.: Dr. med. Uwe Haberstroh, Eppstein, 65 Jahre

06.09.: Christina Lorenz, Frankfurt, 70 Jahre

07.09.: Dr. med. Heike Beck, Wiesbaden, 65 Jahre

07.09.: Dr. med. Brigitte Haschä, Lorch, 75 Jahre

10.09.: Dr. med. Helge Nietzold, Wiesbaden, 90 Jahre

13.09.: Mario Strasser, Wiesbaden, 70 Jahre

17.09.: Dr. med. Günter Salzmann, Wiesbaden, 85 Jahre

18.09.: Dr. med. Uwe Grüßner, Wiesbaden, 65 Jahre

29.09.: Gerold Zeiler, Weilburg, 70 Jahre

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Janine Schmidt,

seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. M. Adam und Dr. med. T. von Gazali, Linsengericht.

Wir gratulieren zum 25-jährigen und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Christina Weber, seit 25 Jahren tätig im MVZ im Altstadt-Carre, Fulda;

Yeter Yildiz-Okuyucu, seit 30 Jahren tätig in verschiedenen Praxen, zuletzt bei M. Ruiz-Heitmann, Sulzbach.

Wir gratulieren zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Kornelia Yilmaz,

seit 50 Jahren tätig in der Gyn-Praxis in Mainz-Kostheim.

Wir gratulieren der Helferin zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Sylvana Lottmann,

seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. M. Adam und Dr. med. T. von Gazali, Linsengericht.

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 23. August 2024. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Ende August. Die Einschulungstermine

der für die Auszubildenden zuständigen Berufsschule finden sich im Internet: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/berufsschulen/.

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;
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Nina Walter (Ärztliche Geschäftsführerin)

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;
Friedhelm Damm, 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: Joachim Herbst

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.

Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd und Non-Health: Petra Schwarz,

Tel.: +49 2234 7011-262, Mobil +49 152 57125893,

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. 10, gültig ab 01.01.2024

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2024:

Druckauflage: 10.667 Ex.; Verbreitete Auflage: 10.430 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.

85. 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

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:
kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 9
vom 25.08.2024
ist am Montag, dem 05.08.2024**

Erreichbar sind wir unter:

Tel: 02234 7011 – 290

E-Mail: kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Ihre Chiffrezuschrift senden Sie bitte an:

Chiffre HÄ

Deutscher Ärzteverlag GmbH

Chiffre-Abteilung

Postfach 1265

59332 Lüdinghausen

(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

oder per E-Mail an: chiffre@aerzteverlag.de

Stellenangebote



Für unseren **Betriebsärztlichen Dienst** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Ärztliche Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter (EG 14 / EG 15 TV EntgO-DRV)

(EG 14 – 15 TV EntgO-DRV)

- Sie verfügen über arbeitsmedizinische Fachkunde?
- Sie wünschen sich ein unbefristetes und krisensicheres Arbeitsverhältnis?
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist Ihnen wichtig?

Dann bewerben Sie sich jetzt!

Die vollständige Stellenausschreibung finden Sie unter:

www.driv-hessen.de (Karriere / Jobbörse)



Fachärztin in Anstellung ab sofort gesucht!

Große gynäkologische Praxis in Gelnhausen sucht zur Verstärkung des Teams eine Fachärztin in Anstellung. Voll- oder Teilzeit möglich.

Wir sind ein chaotisch sympathisches, eingespieltes Team, bieten flexible Arbeitszeiten und natürlich einen Parkplatz in der Tiefgarage unter der Praxis. Ambulantes Operieren auf Wunsch möglich, Qualifikation zur Abklärungskolposkopie und zum Ersttrimesterscreening vorhanden und entsprechende Weiterbildung möglich. Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre vorhanden.

Neugierig? Wir freuen uns über Ihre Bewerbungsunterlagen an:

bewerbung@gyn-mvz-mkk.de. **Allgemeine Infos zu uns unter: www.gyn-mvz-mkk.de**

Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d)

Sie suchen:

Ausgewogene Work-Life-Balance zu einem Top-Gehalt?

Individuelle Arbeitszeiten mit langfristiger Perspektive?

Dann starten Sie durch in unserem etablierten MVZ in

Pfungstadt!

Weitere Infos: 05141 4023716 oder bewerben Sie sich direkt unter

bewerbung@voramedic.de

 Prof. Dr. med.
Thomas Weber

Ärztin/Arzt zur Erstellung von Gutachten auf Honorarbasis oder zur (Teilzeit-)Anstellung gesucht.

Erwünscht ist eine breite medizinische Kompetenz aus Fachgebieten wie Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Innere Medizin, Psychiatrie und/oder Sozialmedizin.

Prof. Dr. med. Thomas Weber

Facharzt für Arbeitsmedizin, Facharzt für Innere Medizin

Praxis in der Wilhelm Fresenius Klinik, Tel. 0611 98827283

Aukammallee 39, 65191 Wiesbaden

weber@professor-weber-wiesbaden.de

www.professor-weber-wiesbaden.de

Fachärztin zur Anstellung gesucht!

Gynäkologisches Zentrum in Offenbach Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams eine Fachärztin zur Anstellung.

Arbeitszeiten nach Absprache: Voll oder Teilzeit möglich.

Ihr Profil: Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Wir bieten: flexible Arbeitszeiten, übertariflicher Gehalt, flexible Urlaubsgestaltung, ambulantes oder stationäres Operieren je nach Wunsch möglich.

Interessiert: Bitte schicken Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen: praxis.tzelepis@gmx.de

AIW Allgemeinmed. m/w/d gesucht

für Praxis in Südhessen

simone@Bracht-Wittler.de

OPERATION KARRIERE

Eine Marke von
ÄRZTESTELLEN
DER STELLENMARKT DES DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES

Bei uns dreht
sich alles um
deine Karriere

Starte deine ärztliche Karriere

Das Job-Event für junge Mediziner:innen

Nicht verpassen! Auf unseren Job-Events dreht sich alles um Karriereoptionen und -strategien für junge Mediziner:innen und Studierende.

Operation Karriere liefert dir wertvolle Tipps und aktuelle Infos. So bist du bestens gewappnet für dein Medizinstudium und den Berufseinstieg als Ärztin oder Arzt.

- ✓ Kostenfreier Eintritt inklusive Verpflegung
- ✓ Vorträge und Workshops
- ✓ Networking mit Arbeitgebern
- ✓ Bewerbungsfotos gratis vor Ort
- ✓ Jobportal mit freien Stellen

Informieren
und anmelden:
[operation-karriere.de/
2024](https://operation-karriere.de/2024)

Besuch uns:  

Auch in deiner Nähe:

Hamburg, 05.07.2024

UKE Hamburg, Martinistr. 52

Scannen und anmelden:



Präsentiert von

**Deutsches
Ärzteblatt**

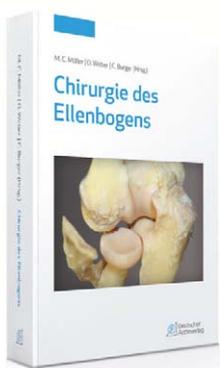
Mit freundlicher Unterstützung



Veranstalter

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Management von Verletzungen und Krankheiten des Ellenbogens



2016, 418 Seiten, 268 Abbildungen in über 600 Einzeldarstellungen, 15 Tabellen
ISBN 978-3-7691-0624-4
broschiert € 59,99 (inkl. 7% MwSt.)

Arthroskopische Operationstechniken im Überblick



2013, 245 Seiten, 343 Abbildungen in 435 Einzeldarstellungen, 10 Tabellen
ISBN 978-3-7691-0549-0
gebunden € 79,99 (inkl. 7% MwSt.)

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten

Direkt bestellen:
Telefon 02234 7011-314
Telefax 02234 7011-476
bestellung@aerzteverlag.de
www.aerzteverlag.de/buecher
Versandkostenfreie Lieferung
innerhalb Deutschlands bei
Online-Bestellung



Zeit für den Menschen – Zeit zum Leben.

AMD.BG BAU
Arbeitsmedizinischer Dienst



Wir bieten Ihnen:



Vereinbarkeit von Familie und Beruf
Flexible Arbeitszeit ohne Nacht-, Bereitschafts- und Wochenenddienst



Fester Kundenstamm
Mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise



Sicherer Arbeitsplatz
Sicherheit des öffentlichen Dienstes (Tochter der BG BAU)



Bonussystem
Gute Arbeit wird bei uns wertgeschätzt



Dienstwagen
auch zur privaten Nutzung



Legen Sie Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

Kommen Sie zu uns ins Team!

Wir sind der Arbeitsmedizinische Dienst der Baubranche.

Der AMD der BG BAU betreut bundesweit in seinen über 60 Zentren und im Außendienst die Versicherten des Bauhaupt- und Baunebengewerbes sowie große Reinigungs- und Serviceunternehmen.

Wir bieten unseren Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz mit Zukunftsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie flexible Arbeitszeiten durch unser Gleitzeitmodell und eine attraktive betriebliche Altersvorsorge (VBL).

Setzen Sie sich gemeinsam mit uns ein – für Sicherheit, Gesundheit und Prävention in einer spannenden Branche!

Für unsere Standorte **Kassel** und **Gera** suchen wir je einen

Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin oder Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin mit der Möglichkeit zur Übernahme der Zentrumsleitung

Sie ...

- sind präventiv tätig, betreuen und beraten unsere Mitgliedsbetriebe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- arbeiten in einem kollegialen Team in unserem arbeitsmedizinischen Zentrum und im Außendienst mit qualifiziertem Assistenzpersonal
- erkennen arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig und helfen diese zu verhindern
- sind Berater (m/w/d) beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen
- wirken bei der individuellen beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit

Ihr Profil

- Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin
- Erfahrung als Betriebsarzt (m/w/d) bei der Betreuung von Betrieben
- Sicheres und positives Auftreten
- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit und Engagement
- Pkw-Führerschein

Die Stellen sind ab sofort unbefristet in Vollzeit zu besetzen. Grundsätzlich sind die Stellen teilzeitgeeignet. Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

Das klingt nach einer interessanten Aufgabe für Sie? Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung über unsere Karriereseite www.amd.bgbau.de/karriere unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung und Ihres Wunschstandortes.

Unsere stellvertretende Regionalleitung, Frau Dr. David, steht Ihnen in fachlichen Fragen unter der Telefonnummer +49 151 68914862 gern zur Verfügung.

www.amd.bgbau.de

Einstieg in etablierte kinderärztliche Gemeinschaftspraxis (2 Ärzte) in Südhessen (Raum DA/DI) ab 3. Quartal 24 zu attraktiven Konditionen geboten. Gerne auch Teilzeit. Repräsentative Räumlichkeiten (160qm), supernettes Team (5), hervorragende Infrastruktur.

Dr.heil-dr.manus@gmx.de

Wir freuen uns auf Sie!

FÄ/FA für Allgemeinmedizin/ Innere in TZ UND WBÄ/WBA für Allgemeinmedizin in TZ zum nächstmöglichen Zeitpunkt für grosse **Gemeinschaftspraxis im Raum Wiesbaden** gesucht. Wir sind akademische Lehrpraxis der Uni Frankfurt mit breitem Leistungsspektrum und 36 Monaten Weiterbildungsermächtigung, bieten flexible Arbeitszeiten, sehr gutes Betriebsklima und ebenso gute Bezahlung. Kontakt und weitere Informationen unter **0177/7952940** und elke.molter@t-online.de

Allgemeinmedizin/Innere Medizin-hausärztlich

Hausarztpraxis in Heppenheim mit einer Ärztin sucht kurzfristig eine/n nette/n Kollegin/en zur dauerhaften Anstellung von 14-25h/Woche.

privat@praxis-morgil.de

Anästhesist (m/w/d), Praxis im Raum F/DA

FÄ/FA für große Praxis im Raum Frankfurt/Darmstadt gesucht. In TZ/VZ; keine Dienste, übertarifliche Bezahlung.

0152 52757840; info@bestsleep24.de; bestsleep24.de

HNO-Gemeinschaftspraxis in Nieder-Olm bei Mainz sucht ab sofort Kollegin/Kollegen zur Mitarbeit in Teilzeit.
E-Mail: info@hno-nieder-olm.de

Ärztliche Psychotherapie oder Psychiatrie

Stelle in Praxis in Frankfurt sofort o. später zu besetzen. Voll/Teilzeit.
office@praxis-unglaub.de ● **Tel. 069-27242384**

Kooperation

Laborarzt sucht Kooperationspartner mit Praxislabor für gemeinsames MVZ in Hessen. laborarzt@icloud.com

Praxisabgabe

Allgemeinmedizin - Privatpraxis im Hochtaunuskreis

Langjährig etablierte, bestausgestattete Privatpraxis für Allgemeinmedizin in sehr guter Lage per 1.1.25 (nach Absprache) abzugeben.

privatpraxis.hochtaunuskreis@outlook.de

Psychiatrische Praxis in Gießen mit 1 KV Sitz in zentraler Innenstadtlage aus Altersgründen Gründen abzugeben. Kontakt: praxisbaumgarten@gmx.de

Dermatologische Privatpraxis

in **Darmstadt**, gutgehend, aus Altersgründen abzugeben, gerne mit fließendem Übergang. info@hautarzt-schulz.de

Orthopädische Praxis Aschaffenburg

ertragsstark, hoher Privatanteil, flexibel abzugeben. **HÄ 057782**

Praxisgesuche

Erfahrener Facharzt für Innere Medizin

mit breit aufgestelltem interdisziplinärem Spektrum sucht Kooperation/ Übernahme in einer hausärztlich- oder fachärztlich- internistischen Praxis im Raum Marburg, Gießen, Wiesbaden, Mainz.
Kontakt: **0176-83296506**, Mail: arztpraxisuche@gmx.de

Praxiseinrichtung



Heinrich-Heine-Str. 6
35440 Linden/Hessen

www.keil-kistler.de
info@keil-kistler.de

Telefon: +49 (0) 64 03 / 97 23 50

Unsere Leistungen:

- Beratung, Planung, Einrichtung
- Teilweise und/oder komplette Einrichtung
- Umbau / Renovierung
- Baubegleitung
- Eigene Möbel- und Geräteausstellung

Dipl. - Ing. Keil + Kistler GmbH u. Co. KG Medizintechnik
Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung



Damit Sie in allen Datenschutzfragen auf der sicheren Seite sind!



- Wann muss ich einen Datenschutzbeauftragten benennen?
- Wie organisiere ich meine Praxis datenschutzkonform? Und wie meine Homepage?

2019, ca. 230 Seiten, broschiert
inkl. Online Zugang
ISBN 978-3-7691-3689-0
ISBN eBook 978-3-7691-3690-6
jeweils € 49,99 (inkl. MwSt.)

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten

Direkt bestellen:
Telefon 02234 7011-314 | Telefax 02234 7011-476
bestellung@aerzterverlag.de | www.aerzterverlag.de/buecher
Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands
bei Online-Bestellung.



GEMINI PLAZA

WIRTSCHAFTLICH • NACHHALTIG • REPRÄSENTATIV

Die besten Praxisflächen
in Limburg und Umgebung



Noch
Praxisflächen
verfügbar!



- KfW 40 ee - Heizen und Kühlen mit Deckensegeln über Wärmepumpe mit Photovoltaikanlage, Heizkosten nur rund 1,95 Euro pro Quadratmeter im Jahr*
- EU-Taxonomiekonform
- Nachhaltig, ökologisch, wirtschaftlich, repräsentativ, modern, direkte Fahrstuhlanbindung, barrierefrei
- 380 Parkplätze inklusive Tiefgarage, direkte Anbindung an die B8 (eigene Abbiegespur), 800 m zur A3 Limburg Nord
- ÖPNV-Anbindung direkt am Gebäude
- 130 Fahrradstellplätze, bis zu 38 E-Ladesäulen
- Einkaufsmöglichkeiten und Gastronomie im Gebäude
- Hauptmieter: Finanzamt Limburg-Weilburg und Aldi Süd

**Bei einem Strompreis von 0,28 ct/kWh und üblichem Nutzerverhalten*

individuell konfigurierbar, Auf- und Ausbau flexibel je nach Mieterwunsch

1. OG: 504 m² | 4. OG: 210 m², 239 m², 396 m², 508 m²



Gemini Plaza Ost
Siemensstraße 7
65549 Limburg

verfügbar ab
Q3/2025

Vermietungs-Hotline: ☎ 06431 211 0 211
kontakt@gemini-plaza.de · www.gemini-plaza.de

Praxisräume zu vermieten Frankfurt Innenstadt

Direkte Innenstadtlage, Praxis bestehend aus 3 Räumen ca. 10-15 qm und ein großer Raum ca. 30 qm. Gemeinsam oder einzeln zu vermieten. Empfang, Küche, WC vorhanden. 3 Etage mit Aufzug. Preis verhandelbar.

Bitte anrufen unter: 0172-6114506

Praxisräume in Neu-Isenburg !!!

Helle und verkehrsgünstig gelegene Praxisräume
Nahe des IZ-Einkaufszentrums, ca. 166 m², ebenerdig,
Teeküche, PKW-Stellplätze, ab sofort zu vermieten.

Nähere Informationen unter: 06074-861553

EDITION



Miró, O.T. (Libelle), 1977. WVZ 1114



Miró, O.T. (Le Chiffre), 1977. WVZ 1116

Joan Miró, O.T. (Libelle, Le Chiffre)

- Dokumentiert im Werkverzeichnis: 1114, 1116
- Original-Farblithographie auf Gouarropapier
- Von Miró auf den Druckstein gezeichnet
- Geschaffen für „Litógrafo III“, Éditeur: Polígrafa
- Säurefreies Passepartout
- Gerahmt in 2 cm Holzleiste mit Silberfolienauflage im Format ca. 47 x 41 cm
- WVZ-Auszug und Zertifikat

jeweils € 550,-

Deutscher Ärzteverlag
EDITION
Dieselstr. 2 · 50859 Köln

Telefon 02234 7011-324
Telefax 02234 7011-476
edition@aerzteverlag.de



Im Fokus: Impfungen für chronisch Erkrankte und Reisende – Aufzeichnung vom 05.06.2024

JETZT ONLINE VERFÜGBAR!

Chronische Erkrankungen und die entsprechenden Therapien können das Immunsystem erheblich schwächen und die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten erhöhen. Impfungen zum richtigen Zeitpunkt können schwerwiegende Krankheitsverläufe und Exazerbationen der Grunderkrankung verhindern.

Im Mittelpunkt des DÄV-Expertensymposiums 2024 stehen:

- » Impfungen bei kardiologischen, renalen, rheumatologischen Erkrankungen und
- » bei immunkompromittierten Patientinnen und Patienten
- » Reiseimpfungen von Vorerkrankten

Jetzt online anschauen lohnt sich!

Die Runde der Expert:innen:

- » **Prof. Dr. med. Stephan Baldus**, Direktor der Klinik III für Innere Medizin (Kardiologie), Universitätsklinikum Köln
- » **Prof. Dr. med. Oliver Cornely**, Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Vorsitzender der AG Infektionen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
- » **Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner**, Direktor der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim
- » **Prof. Dr. med. Jörg Schelling**, Facharzt für Allgemeinmedizin in Martinsried, Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin
- » **Prof. Dr. med. Julia Weinmann-Menke**, Leiterin des Schwerpunkts Nephrologie, Universitätsklinikum Mainz, Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie
- » **Moderation:** Dr. med. Susanna Kramarz, Deutsches Ärzteblatt



WEBCAST & INTERVIEWS VERFÜGBAR AUF:
aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2024

Mit freundlicher Unterstützung



In Kooperation mit

**Deutsches
 Ärzteblatt**

Veranstaltet von

**Deutscher
 Ärzteverlag**