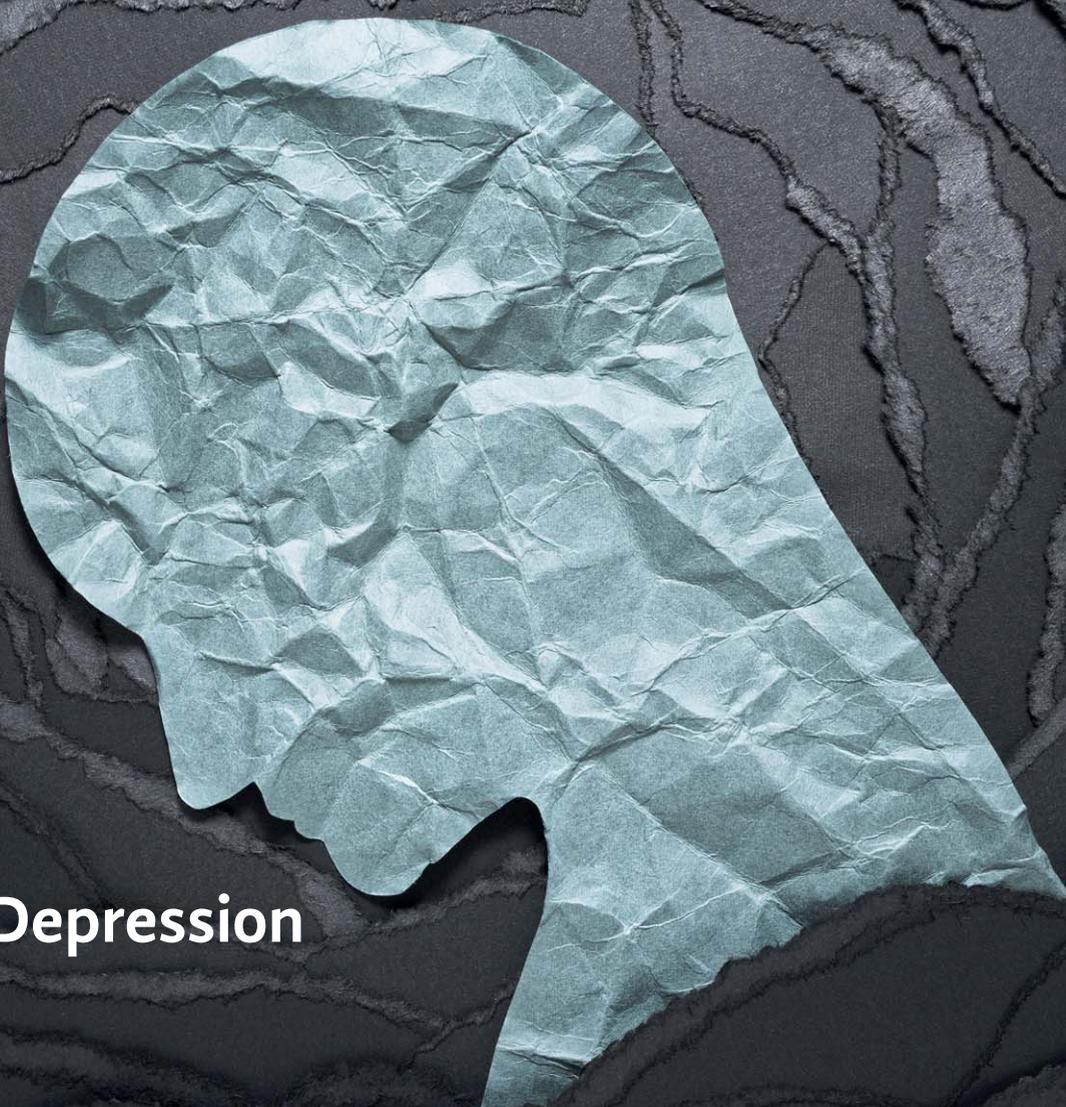


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 5 | 2025
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 86. Jahrgang



Unipolare Depression

Foto: © tadamichi - stock.adobe.com

Delegiertenversammlung

Bei der Frühjahrs-DV standen Berichte, Diskussionen und Forderungen an die Politik im Fokus

Schlafmedizin

Wenn schlechter Schlaf den Alltag beeinträchtigt: neurologische Erkrankungen bei Schlafstörungen

Jüdisches Museum

In der Rubrik Parlando wird ein spannender Rundgang durch das Jüdische Museum in Frankfurt vorgestellt



Effektive Impfstrategien bei Lungenerkrankungen, Diabetes und im Alter

Livestream am Mittwoch, 04.06.2025, 16.30 – 18.00 Uhr

Pulmologische Erkrankungen, Diabetes und hohes Alter erhöhen das Risiko für schwere Verläufe und Komplikationen von Infektionskrankheiten erheblich. Wie kann ein wirksamer Impfschutz sichergestellt werden? Welche Hürden bestehen in der Praxis?

Diese Fragen stehen im Fokus des Impfsymposiums 2025. Diskutieren Sie mit führenden Fachleuten über:

- » Impfstrategien bei pulmonalen und diabetologischen Erkrankungen
- » Besonderheiten bei Impfungen in der Geriatrie
- » Praktische Herausforderungen und Lösungsansätze

Bringen Sie Ihre Fragen ein!

Nutzen Sie die Gelegenheit, bereits vorab Ihre Fragen per E-Mail an events@aerzteverlag.de oder während des Symposiums live im Chat an die Experten zu richten.



**JETZT KOSTENFREI
ZUM LIVESTREAM ANMELDEN**
aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2025

Unsere Experten*:

- » **Dr. med. Markus Frühwein**
Facharzt für Allgemeinmedizin, im Vorstand der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen und des Forums Impfen e.V.
- » **Prof. Dr. med. Hans Jürgen Heppner**
Direktor der Klinik für Geriatrie am Klinikum Bayreuth, Pastpräsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
- » **Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland**
Universitätsklinikum Aachen, Pastpräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft
- » **Prof. Dr. med. Mathias Pletz**
Direktor des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena

Moderation:

- » **Dr. med. Susanna Kramarz**
Deutsches Ärzteblatt

On-Demand verfügbar nach der Veranstaltung

*Änderungen vorbehalten

Mit freundlicher Unterstützung



In Kooperation mit

**Deutsches
Ärzteblatt**

Veranstaltet von

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Licht und Schatten

Bei Redaktionsschluss waren die Koalitionsverhandlungen für die neue Bundesregierung noch in vollem Gang und deren Ausgang noch nicht absehbar. Offen war sogar noch der Termin für die Wahl des Bundeskanzlers. Doch so sehr unser Land rasch wieder eine funktions- und vor allem handlungsfähige Regierung benötigt, so wichtig sind gründliche Absprachen für den Koalitionsvertrag, denn dieser muss eine solide, verlässliche und tragfähige Grundlage für das Regierungshandeln der neuen Legislaturperiode gewährleisten. Nicht umsonst heißt es im Volksmund „Eile mit Weile“.

Während das Thema Gesundheit im Wahlkampf so gut wie keine Rolle spielte, hat sich die Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege der künftigen Koalitionäre mit den größten Herausforderungen befasst. Das Ergebnis weist einige Licht-, aber auch einige Schattenseiten auf. Herausfordernd ist das Aufgabenpaket für die zukünftige Leitung des Bundesgesundheitsministeriums in jedem Fall, zumal es auch einige Bereiche anderer Ministerien betrifft. So berührt zum Beispiel der vorgesehene Pakt für Kindergesundheit, den ich ausdrücklich als ersten Schritt begrüße, die Bereiche Bildung, Familie und so auch die Kultusministerien der Länder. Je Schule sind 30.000 Euro vorgesehen. Wofür das Geld ausgegeben werden darf – hoffentlich für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz –, wird mit Sicherheit noch viele Fragen aufwerfen.

Vielleicht kann das versprochene Bürokratieentlastungsgesetz für das Gesundheitssystem, das schon innerhalb der ersten sechs Monate durch Verringerung von Dokumentationspflichten und Kontrollindizes für Entlastung sorgen soll, als positives Beispiel dienen. Hier sollte die künftige Regierung auf die zahlreichen Vorschläge der Expertinnen und Experten, nämlich der im Gesundheitssystem tätigen Fachleute, zurückgreifen. Nur so kann dieses Vorhaben gelingen.

Das gilt auch für die Umsetzung der Krankenhausreform, die nicht unerwartet einige Änderungen oder genauer gesagt Korrekturen erfahren soll. So soll nun beispielsweise das Vollzeitäquivalent für Ärztinnen und Ärzte bei 38,5 Stunden liegen und nicht mehr bei 40 Stunden. Damit ist die in vielen Leistungsgruppen geltende Anforderung von drei Fachärztinnen, -ärzten leichter umsetzbar, denn 38,5 Stunden spiegeln die Realität vieler Tarifverträge wider. Realitätssinn oder Anerkennung der verfassungsgemäßen Finanzierung von Krankenhausinvestitionskosten zeigt sich auch in der Ankündigung, den Krankenhaustransformationssfonds nicht mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern über den Bund mithilfe des Sondervermögens zu finanzieren. Positiv ist auch die Ankündigung, für bedarfsnotwendige Krankenhäuser die Lücke der Betriebskostenfinanzierung aus den Jahren 2022 und 2023 zu schließen. Davor wird jedoch noch die Beantwortung der Frage stehen, welche Häuser als bedarfsnotwendig einzuordnen sind. Durchhaltevermögen ist daher angesagt.

Kritisch sehe ich aber einige Pläne für die ambulante Versorgung. So soll eine fachärztliche Versorgung in Krankenhäusern ambulant möglich werden, wenn es den Kassenärztlichen Vereinigungen zuvor nicht gelungen ist, den Zeitkorridor für einen fachärztlichen Termin einzuhalten. Dieser soll vom Primärarzt oder über die 116 117 festgelegt werden. Statt unbegrenzte Leistungsversprechen zu beenden, soll hier ein weiterer Eingriff in die Gestaltungsfreiheit eines freien Berufes erfolgen, den ich verfassungsrechtlich für mehr als bedenklich halte. Außerdem soll es Honorarabschläge in fachärztlichen überversorgten Gebieten geben. Schon jetzt werden ca. 20 % der erbrachten Leistungen nicht vergütet. Dafür gibt es eigentlich nur den Begriff der Zechprellerei. Wer noch mehr Termine und Leistungen fordert, muss diese auch zu 100 % bezahlen. Zudem frage ich mich, welche stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen über Valenzen für ambulante Termine verfügen. Nicht zuletzt ist ein unbestrittenes Ziel der Krankenhausreform, die Zahl der Krankenhäuser zu verringern.

Hier zeigt sich einmal mehr, wie komplex das Zusammenspiel im Gesundheitssystem ist. Wenn ich an einem Schraubchen drehe, muss ich die Auswirkungen im Gesamtsystem bedenken. Das beginnt bei der Ausgestaltung des Primärarztsystems und reicht bis zu der vorgesehenen Kompetenzerweiterung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Leider findet sich in dem Text der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege kein einziger Satz über die dringend benötigte Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung.

Einmal mehr fordere ich den Einbezug unseres ärztlichen Sachverständigen, denn wir arbeiten täglich in diesem System. Unsere Expertise ist unverzichtbar.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Medvedeva – stock.adobe.com

CME: Unipolare Depression

Die unipolare Depression ist eine häufige psychische Erkrankung, die in großem Ausmaß sowohl persönliches Leid als auch gesellschaftliche Kosten verursacht. Der zertifizierte Fortbildungsartikel beschreibt Diagnostik und Therapie eng orientiert an der Leitlinie.

274



Foto: Katja Kölsch

8. ordentliche Delegiertenversammlung

Auswirkungen der Bundespolitik auf die gesundheitliche Versorgung in Hessen: Auf der Frühjahrs-Delegiertenversammlung in Bad Nauheim diskutierte das hessische Ärzteparlament dringende Probleme, vor allem die Unklarheiten bei der Krankenhausreform.

267

Editorial: Licht und Schatten	263
Aus dem Präsidium: Weiterbildung: schneller und modularer	266

Ärzttekammer

Forderungen an die Politik – 8. ordentliche Delegiertenversammlung der Wahlperiode 2023–2028	267
Meldestelle „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“	273
„MFA – Beruf mit Zukunft“: Landesärztekammer Hessen geht mit Infoportal online/Online-Befragung	285
Medizinische Versorgung in Not: Bündnis Heilen & Helfen diskutiert mit Politikern	287

Fort- und Weiterbildung

CME: Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression gemäß der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL)	274
Demenzversorgung: Was können wir tun?	283
Schlafstörungen bei neurologischen Erkrankungen	300
Repetitorium Allgemeinmedizin als Hybrid- und Online-Format	304

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	288
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	294
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	304/307



Foto: © Lala – stock.adobe.com, mit KI

Schlafmedizin: Neurologische Erkrankungen
Schlechter Schlaf kann verschiedene Ursachen haben. Betroffene fühlen sich morgens nicht erholt und tagsüber beeinträchtigt. In diesem Beitrag werden übersichtlich die bei neurologischen Erkrankungen auftretenden Schlafstörungen dargestellt.

300



Foto: Norbert Miguletz © Jüdisches Museum Frankfurt

Das Jüdische Museum in Frankfurt
Im historischen Wohnhaus der Familie Rothschild gibt es eine neue Dauerausstellung, die zeigt, wie Jüdinnen und Juden die kulturelle, wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Stadt prägten. Sie thematisiert zugleich die Erfahrung von Diskriminierung und Gewalt.

282

Serie Patientensicherheit Teil 24: Patientensicherheit als globaler Aktionsplan 296

Pharmakotherapie: Arzneiverordnung in der Praxis, Kurzfassungen zu zwei Pädiatriethemen und zur Migräne 286

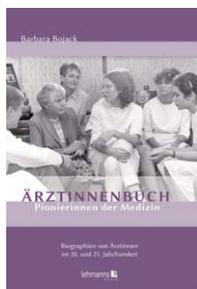
Medizinische Fachangestellte:
Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich für die Berufsausbildung 284
Freisprechungsfeiern der sechs Bezirksärztekammern 306

Parlando: Das Jüdische Museum Frankfurt – Ein Fenster in Geschichte und Gegenwart 282

Personalia 305
Personalia aus der Bezirksärztekammer Gießen 273

Impressum 311

Bücher



**Ärztinnenbuch:
Pionierinnen der
Medizin**

Dr. med.
Barbara Bojack

S. 309

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)

Weiterbildung: schneller und modularer

Weiterbildung ist ein mühsames Unterfangen und dauert lange. Warum ist das so? Medizinisches Wissen explodiert förmlich und medizinisches Handeln wird immer spezieller. Beide Faktoren führen zu einer komplexeren Weiterbildung. Weiterbildung durch „Abgucken“ im Rahmen der klinischen Tätigkeit wird immer schwieriger oder unmöglich.

Auch das berufspolitische und gesellschaftliche Umfeld verändert sich. Krankenhäuser werden geschlossen, Leistungsgruppen fallen weg. Die Inhalte der Weiterbildung verlagern sich teilweise in den ambulanten Bereich. Wo gibt es noch stationäre Koloskopien oder Herzkatheter oder Chemotherapien?

Ärztliche Weiterbildung hat aktuell mit fünf großen und neuen Themen zu tun.

- Was ist die optimale Dauer einer Weiterbildung?
- Welche Kompetenzen müssen in der Weiterbildung vermittelt werden?
- Welche „klinischen“ Erfahrungen müssen wirklich in Krankenhäusern erworben werden?
- Welchen Inhalte kann die ambulante Weiterbildung übernehmen und wie werden sie finanziert?
- Welche neuen didaktischen Methoden können wir für eine straffere und inhaltsreiche Weiterbildung einsetzen?

Kompetenzgewinn pro Zeiteinheit

Aktuell liegt die Dauer der Weiterbildung meist bei fünf Jahren, in Europa für die Allgemeinmedizin bei drei Jahren und der Kardiologie bei lediglich vier Jahren. Für die Innere Medizin mögen die auch für Europa geltenden fünf Jahre realistisch sein, wenn man Intensivmedizin, Akut- und Notfallmedizin sowie ambulante und stationäre Zeiten addiert. Es ist ja auch ein komplexes Fach. Für umschriebene Gebiete wie HNO und Dermatologie und andere könnten vielleicht auch vier Jahre reichen. Voraussetzung ist immer die Erlangung aller wichtigen Kompetenzen. Der Kompetenzgewinn pro Zeiteinheit ist die kritische Determinante, daran hapert es oft.

Berufsverbände und Fachgesellschaften müssen die Big Points für ihre Weiterbildung definieren und fortentwickeln. Die wesentlichen Inhalte des Fachgebietes müssen enthalten sein und sie müssen auch vermittelbar sein. In der Inneren Medizin wären das zum Beispiel die sichere Beherrschung der Sonographie des Abdomens, der Gefäße und die Echokardiographie.

Eine gute klinische Weiterbildung ist in den meisten Gebieten unerlässlich. Schwer kranke Patientinnen und Patienten, Austausch



Foto: Alex Kraus

„Kompakter
Kompetenz-
erwerb
statt
Warten
auf
bessere
Zeiten“

über Diagnostik und Therapie, klinische Verläufe und Zeiten in der Intensivmedizin geben eine Sicherheit des ärztlichen Handelns, diese kann meist nach zwei bis drei Jahren erreicht werden.

Angemessene Vergütung

Viele Standardprozeduren werden zwischenzeitlich in der ambulanten fachärztlichen Medizin abgebildet. Sonographien, Endoskopien, Herzkatheter und andere Prozeduren erfolgen meist ambulant und können dort auch gut und in hoher Frequenz vermittelt werden. Eine nennenswerte Finanzierung der ambulanten Weiterbildung: Fehlanzeige. Die angemessene Vergütung der in der Weiterbildung erbrachten ärztlichen Leistung ist eine dringende Aufgabe für die Organe der Ärzteschaft gegenüber Politik und Krankenkassen.

Curriculäre Elemente

Die Straffung der ärztlichen Weiterbildung erfordert curriculäre Elemente in der Weiterbildung. Im Studium erworbene Kenntnisse könnten durch gezielte Kurse fachspezifisch vertieft werden. Beispielsweise ein einwöchiger Intensivkurs als Einstieg in die Sonographie mit Blended Learning und Zertifikat, damit wird neben der klinischen Kompetenz auch die Anerkennung der Leistung durch die Ärztekammer erlangt. Ähnliches könnte man sich für Blutbilder, endoskopische Befunde und Rhythmusstörungen und andere kompakt und zielgerichtete Kompetenzerwerbe vorstellen. Insgesamt sollte der modulare, gezielte Kompetenzerwerb im Vordergrund stehen statt ein Warten auf das Ende der Weiterbildungszeit.

Erneuerung der Weiterbildungsordnung steht auf der Agenda

Warten wir nicht auf bessere Zeiten. Die Neuordnung der Weiterbildungsordnung steht in den nächsten ein bis zwei Jahren auf der berufspolitischen Agenda. Legen wir jetzt essenzielle Inhalte der Weiterbildung und deren zügige Vermittlung, auch mit neuen Lernmethoden, fest. Unsere Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung und unsere Patienten werden davon profitieren.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



Forderungen an die Politik

8. ordentliche Delegiertenversammlung der Wahlperiode 2023–2028

In seinem Grußwort zum Auftakt der Delegiertenversammlung am 22. März 2025 überbrachte Stefan Sydow, Leiter der Abteilung IV Gesundheit und Mitglied Landeskrisenstab Hessen des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG), die Grüße von Staatsministerin Diana Stolz, die aufgrund der Koalitionsverhandlungen zwischen Wiesbaden und Berlin hin und her pendele. Noch könne er nicht mitteilen, wer neuer Gesundheitsminister werde, bedauerte Sydow. Aber zumindest liege jetzt der Transformationsfonds vor. Trotz der damit verbundenen „gewaltigen Herausforderungen“ werde man in Hessen versuchen, das Beste für alle hinzubekommen und zum Wohl der flächendeckenden Versorgung von dem Ermessensspielraum des Landes Gebrauch machen. Sydow lobte die gute Kooperation von HMFG, Landesärztekammer Hessen (LÄKH), Kassenärztlicher Vereinigung Hessen und Hessischer Krankenhausgesellschaft; auch künftig wolle man gemeinsam gestalten statt verwalten. Der Ärztekammer habe die Zusammenarbeit ebenfalls immer viel Freude gemacht, bekräftigte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski. Mit Blick auf die Bundespolitik äußerte er in seinem Bericht zur Lage jedoch Zweifel daran, dass mit dem am 12. Dezember 2024 in Kraft getretenen, sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, kurz KHVVG, im Gesundheitswesen alles besser werde.



Foto: Katja Kölsch

Stefan Sydow, Ministerialdirigent

Bürokratieaufbau durch Krankenhausreform

Unzweifelhaft sei, dass Veränderungen in der Krankenhauslandschaft Auswirkungen auf die Patientenversorgung hätten. Diese Veränderungen betrafen auch den vertragsärztlichen Bereich und die ärztliche Weiterbildung. „Wenn Häuser oder Abteilungen geschlossen werden, ist nicht davon auszugehen, dass diese Bereiche 1:1 in anderen Häusern aufgebaut oder übernommen werden“, sagte Pinkowski. „Deshalb befürchte ich, dass wir zukünftig weniger Weiterbildungsstellen sehen werden, mit allen Konsequenzen, die das nach sich ziehen wird.“ Zudem berücksichtige das KHVVG die gegenwärtige geopolitische Lage und deren Auswirkungen auf den stationären Versorgungsbedarf in keiner Weise. Der notwendige Spagat zwischen Effizienz einerseits und Resilienz andererseits finde keinerlei Berücksichtigung. Sicher sei bislang nur, dass das KHVVG Bürokratie in großem Maß auf- und nicht abbaue.

Transformationsfonds verfassungsgemäß?

Die vom Bundesrat mit Maßgaben zugestimmte Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich stelle den nächsten Schritt der Krankenhausreform dar. Der Fonds soll Kliniken bei Umstrukturierungen und Koope-

rationen finanziell unterstützen. Die darin enthaltenen Fördermittel belaufen sich über einen Zeitraum von zehn Jahren auf bis zu 50 Milliarden Euro und werden zur Hälfte von den Ländern, zur Hälfte aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), d. h. nicht vom Bund aufgebracht. Mit den Leistungsgruppen des Transformationsfonds sei erst im Sommer zu rechnen, so Pinkowski. Das Land Hessen strebe die Beantragung von Leistungsgruppen ab Mitte Juli 2025 an.

Ausweislich der vom GKV-Spitzenverband und der Privaten Krankenversicherung beauftragten Gutachten sowie einer Stellungnahme des Bundesrechnungshofs sei die Konstruktion des Transformationsfonds allerdings verfassungsrechtlich nicht haltbar, berichtete Pinkowski. Der Sozialverband VdK habe den Gang nach Karlsruhe bereits angekündigt. Bereits Ende Februar habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Europäischen Union in Brüssel Beschwerde gegen die Krankenhausreform eingelegt.

Mogelpackung Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

Auch hinsichtlich des am 1. März 2025 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes äußerte Pinkowski Bedenken. So werde sich noch zeigen müssen, ob die vorgesehene Entbudgetierung aufgrund neuer bürokratischer Regelungen „womöglich ein Rohrkrepi-



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident



Foto: Katja Kölsch

Dr. med. Christian Schwark, Vizepräsident



Foto: Manuel Maier



Dr. med. Susanne Johna

rer“ werde. Aus seiner Sicht sei das Gesetz für Hausärztinnen und -ärzte eine Mogelpackung.

Organspende: Widerspruchslösung bessere Alternative

Ende Januar habe der Gesundheitsausschuss des Bundestages intensiv über die Möglichkeiten diskutiert, die stagnierende Zahl an Organspenden in Deutschland zu erhöhen, informierte Pinkowski. „An dieser Stelle wiederhole ich bewusst meine persönliche Auffassung, dass die Widerspruchslösung die bessere Alternative ist. Zudem sollte das Organspenderegister in ein Widerspruchsregister überführt werden.“

Gesundheitssicherheit im Krisen- und Bündnisfall

Mit besonderem Nachdruck machte Pinkowski auf die siebte Stellungnahme „Resilienz und Gesundheitssicherheit im Krisen- und Bündnisfall“ des „ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz“ vom 10. Dezember 2024 aufmerksam, die sich auf die Auswirkung von militärischen Konflikten, hybriden Bedrohungen und terroristischen Aktivitäten auf die Gesundheitssicherheit bezieht. Der Rat habe darin ein Gesundheitssicherstellungsgesetz gefordert; zu den Aufgaben, die umgehend angegangen werden müssten, zählten eine verbesserte zivil-militärische Zusammenarbeit und Sicherstellung der Versorgung von Verwundeten und der zivilen Bevölkerung. Die gesamte Krankenhauslandschaft und der vertragsärztliche Bereich müssten auch finanziell gestärkt werden. „Aus mei-

ner Sicht kommen wir um die allgemeine Dienstpflicht nicht herum“, erklärte der Ärztekammerpräsident.

GOÄ neu

Zur GOÄ teilte Pinkowski mit, dass sich die Bundesärztekammer aktuell noch mit den ärztlichen Verbänden zu deren Änderungswünschen am Entwurf der neuen GOÄ austausche. Parallel dazu erfolgten die notwendigen Abstimmungen mit dem PKV-Verband. Ende April sollen Verbände, Fachgesellschaften, Landesärztekammern und die Abgeordneten des Deutschen Ärztetags den finalen Entwurf erhalten, über den dann auf dem Deutschen Ärztetag in Leipzig entschieden werde. Ohne eine Einigung von Ärzteschaft, PKV-Verband und Beihilfeträgern werde der Gesetzgeber die GOÄ wohl nicht novellieren, sagte Pinkowski voraus. Er sei persönlich weiterhin der Ansicht, dass eine Ablehnung der neuen GOÄ der Einführung einer Bürger- bzw. Einheitsversicherung Vorschub leisten würde.

Forderungen der Ärzteschaft an die neue Bundesregierung

Am Ende seines Berichts skizzierte Pinkowski die wesentlichen Forderungen der Ärzteschaft an die neue Bundesregierung:

- Präventionsmaßnahmen
- Entbürokratisierung
- Versorgungssteuerung
- Gesundheitsunterricht an Schulen
- Umsetzung der Notfallreform
- Förderung der Weiterbildung
- Mehr Studienplätze



Monika Buchalik



Dr. med. Wolf Andreas Fach

- Umsetzung der Reform des Medizinstudiums
- Adäquate Förderung der ärztlichen Weiterbildung, auch der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung
- Erleichterung der Verbundweiterbildung durch Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

All diese Forderungen bedingten eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung des Gesundheitswesens. Gerade in den aktuellen unruhigen Zeiten brauche Deutschland einen stabilen und verlässlichen sozialen Frieden. Die Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsvorsorge sei eine wesentliche Basis dafür.

Spezialisierte Ethik-Kommission

Pinkowski drückte seine Freude darüber aus, dass Prof. Dr. med. Sebastian Harder, langjähriger Vorsitzender der Ethikkommission der LÄKH, vom Bundesministerium für Gesundheit als Mitglied der Spezialisierten Ethikkommission berufen worden sei. Die Kommission nehme ihre Arbeit zum 1. Juli 2025 auf

Aussprache

In der von Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark moderierten Aussprache zu dem Bericht des Präsidenten widersprach Dr. med. Detlef Oldenburg, Liste Fachärztinnen und Fachärzte, der Auffassung, dass eine Ablehnung der GOÄ auf dem DÄT ihrer Novellierung entgegenstehe, denn die SPD habe ohnehin die Bürgerversicherung zum Ziel. Dr. med. Brigitte Ende, LDÄÄ, erklärte, dass viel mehr getan

Foto: Katja Kölsch

Foto: Katja Kölsch

werden könne, um MFA im Beruf zu halten, beispielsweise mit Müttern in der Familienzeit in Kontakt zu bleiben. Darüber hinaus bat Ende die Delegierten um Unterstützung einer Resolution gegen die zentrale Erfassung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Sie habe sich besonders über Pinkowskis Äußerungen über die guten Beziehungen zum HFMG gefreut, sagte Anne Kandler, Marburger Bund. Die Aufforderung „Macht mit, gestalten wir die Zukunft“ richtete Kandler an ihre Kolleginnen und Kollegen. Auch Dr. med. Wolf Andreas Fach, Liste Fachärztinnen und Fachärzte, äußerte seine Freude darüber, dass Sydow als Gast an der DV teilnehme und betonte, wie wichtig die Zusammenarbeit von Politik und Landesärztekammer sei. Fach wies außerdem daraufhin, dass die Finanzierung auch der ambulanten ärztlichen Weiterbildung geregelt werden müsse.

Dr. med. Lars Bodammer, Marburger Bund, forderte die Politik auf, die Aufmerksamkeit auf die Belange der jungen Ärzte zu richten. Es sei nicht Aufgabe der LÄKH, der Politik hinterherzulaufen.

Dr. med. Susanne Johna, Marburger Bund, kritisierte, dass Gesundheit in den Koalitionspapieren nicht ganz am Anfang, sondern erst in den Bereichen 5 und 6 genannt werde. Dabei sei der drohende Fachkräftemangel bekannt. Man müsse sich mit der Frage beschäftigen, wie die Krankenversorgung und Pflege auch in zehn Jahren noch gewährleistet werden könne. Die Versorgung habe nicht nur mit Krankenhäusern, sondern ganz massiv auch mit Niedergelassenen zu tun, sagte Jan Henniger (Marburger Bund). Notwen-



Stefanie Minkley

dig sei die Verbindung von Kliniken und Niedergelassenen.

„Wir brauchen Patientensteuerung“, stellte Johna fest. Auch für die Versorgungsfähigkeit in Verteidigungsfällen müsse ein Plan gemacht werden. Notwendig sei ein Gesundheitssicherungsvorsorgegesetz.

Dirk Paulukat (Fachärztinnen und Fachärzte) forderte außerdem eine Fokussierung auf die Versorgung mit Medikamenten. Dazu gehörten Bevorratung und inländische Produktion.

Wie es komme, dass die e-Patientenakte in anderen Ländern, etwa Dänemark, funktioniere, aber in Deutschland nicht, wunderte sich Prof. Dr. med. Jutta Peters (LDÄÄ). Overengineering sei ein typisch deutsches Phänomen. Dr. med. Klaus Doubek (Fachärztinnen und Fachärzte) positionierte sich zur GOÄ-Novellierung. Bevor sich die Schwarz-Weiß-Darstellung – die neue GOÄ kommt oder kommt nicht, wird abgelehnt oder nicht – festsetze, müsse es einen dritten Weg geben: „Wir sollten darauf achten, dass wir keine Eile haben und nicht alles zum Deutschen Ärztetag fertig haben müssen.“

Geänderte Rechtsquellen

Im anschließenden Bericht stellte der juristische Geschäftsführer der LÄKH, Manuel Maier, die Änderungen von Rechtsquellen vor. Die Anträge des Präsidiums wurden von den Delegierten diskutiert und abgestimmt.

In der Hauptsatzung wurden unter § 17 „Ordnungsgeld“ sprachliche Vereinfachungen umgesetzt, um diese für die Mitglieder leichter verständlich zu machen,

wie Claudia Schön, stellv. Justitiarin erläuterte.

Aufgrund der neuen Musterfortbildungsordnung, die beim 128. Deutschen Ärztetag in Mainz beschlossen wurde, sei auch eine Anpassung mit Hessenspezifika notwendig, so Maier. Der Gutachterausschuss der Anerkennungsstelle der LÄKH hatte sich unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ulrich Finke in mehreren Sitzungen mit der Adaption beschäftigt und dem Präsidium und der Delegiertenversammlung die Verabschiedung der vorliegenden Fassung empfohlen. Dirk Paulukat, Liste Fachärztinnen und Fachärzte, kritisierte, dass viele Fortbildungen nicht vollständig produktneutral gestaltet werden könnten, da beispielsweise medizinische Geräte von Herstellern bereitgestellt werden. Er sehe die Gefahr, dass die Bepunktung eingeschränkt werde, wenn die Musterfortbildungsordnung streng ausgelegt werde. Finke entgegnete, dass es schlicht um die Transparenz gehe und natürlich jedem klar sein müsse, dass beispielsweise Kongresse nicht ohne die technische Unterstützung der Industrie darstellbar seien. Dies werde auch bei der Arbeit der Ausschüsse berücksichtigt. Die Fortbildungsordnung wurde anschließend bei vier Enthaltungen einstimmig beschlossen.

Die Änderung zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ stellten der Vorsitzende des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Marburger Bund, sowie die stellv. Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, Dr. med. Eve Craigie, vor. Um die bundesweite Anerkennung der Qualifikation zu erreichen, sei es unter anderem



Prof. Dr. med. Ulrich Finke



Dr. med. Lars Bodammer



Foto: Manuel Maier



Dr. med. Klaus Doubek

notwendig, dass die Ärztin oder der Arzt mindestens 500 Notarzteinsätze absolviert habe, mindestens zwei Jahre als Notarzt tätig gewesen sei sowie eine regelmäßige Notarztstätigkeit und die Teilnahme an einem von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Seminar „Leitender Notarzt“ vorweisen könne. Der Antrag wurde nach kurzer Diskussion bei zwei Enthaltungen einstimmig angenommen. Außerdem wurde die Umsetzung der (Muster-)Feststellungsordnung der BÄK für den Beruf MFA nach dem Berufsbildungsvalidierungs- und -digitalisierungsgesetz (BVaDiG) angenommen. Ab dem 1. Januar 2025 können Menschen auch ohne Berufsabschluss in Deutschland ihre beruflichen Kompetenzen offiziell validieren lassen. Langjährig Berufstätige sollen ihre Fähigkeiten anhand der Ausbildungsordnung eines Referenzberufs bewerten lassen können. Dazu wurden auch Änderungen in der Kostensatzung beschlossen, damit die Validierung der Berufserfahrung für die LÄKH zumindest kostendeckend ist.

Des Weiteren wurden auch die Gebühren der Ethik-Kommission und im Bereich Qualitätssicherung der Reproduktionsmedizin angepasst.

Inkrafttreten

Die geänderten Rechtsquellen treten am 1. Juni (Feststellungsordnung und ein Teil der Kostensatzung), 1. Juli 2025 (Hauptsatzung, LNA-Satzung und Satzung der Ethikkommission) sowie am 1. Januar 2026 (Fortbildungsordnung) in Kraft. Diese werden unter „Bekanntmachung der Landesärztekammer Hessen“ im Hessischen Ärzteblatt 06/2025 sowie 7|8/2025 abgedruckt.

Carl-Oelemann-Schule

Anschließend stand der Bericht der Carl-Oelemann-Schule auf der Tagesordnung. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Liste Fachärztinnen und Fachärzte), Vorsitzende des Ausschusses der Carl-Oelemann-Schule, sowie Silvia Happel, Leiterin der Carl-Oelemann-Schule (COS), stellten diesen vor. Henneberg betonte zu Beginn, dass die folgenden positiven Zahlen trotz erheblicher Krankheitsbelastung im Team zustande gekommen seien, und lobte die herausragende Arbeit der Mitarbeiter.

8.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Im vergangenen Jahr hatte die COS 27.255 Teilnehmertage sowie erst das zweite Mal seit Bestehen der Schule über 8.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu verzeichnen. Gründe dafür seien, dass trotz der leicht rückläufigen Ausbildungszahlen gegen Ende der dreijährigen Ausbildung immer noch einmal mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinzugekommen und somit verzögert die Kursteilnahmen angestiegen seien, berichtete Happel. Auch sei unter anderem eine spontane Anfrage über das Hessische Krebsregister für die Tumordokumentation von MFA dazugekommen, die gut bewältigt worden sei. Alle vier geschaffenen Kurse seien innerhalb kurzer Zeit restlos ausgebucht gewesen.

Außerdem seien die LÄKH und die COS die ersten in Deutschland gewesen, die die neue Prüfungsordnung der Bundesärztekammer für die Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung umgesetzt hätten. Des Weiteren habe man den vollständigen Umstieg auf die neue Ilias-Lernplattform vollzogen.



Silvia Happel, Leiterin der COS



Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

Durch Evaluierung wisse man, dass die Auszubildenden das Angebot der COS insgesamt sehr positiv bewerteten.

Freistellung durch Arbeitgeber macht Probleme

Etwas erschüttert sei man allerdings, dass 53 % der 1.005 befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer angegeben hätten, nicht für die Lehrgänge an der COS freigestellt worden zu sein, so Happel, obwohl dies eigentlich eine Verpflichtung der Praxen und Krankenhäuser sei. Manche hätten zwar die Freistellung auch freiwillig abgelehnt, 111 Befragte gaben allerdings an, dass eine beantragte Freistellung abgelehnt wurde. Man habe für 2024 nahezu alle gesteckten Ziele erreicht und werde die aufgrund der Personalsituation noch offenen Punkte schnellstmöglich umsetzen. Für 2025 plane man Verschlan- kungen durch Digitalisierungen und Bündelung von Aufgaben.

Freistellung auch Thema in der Aussprache

In der anschließenden Aussprache sagte Dr. med. Wolf Andreas Fach, dass man es nicht auf sich sitzen lassen dürfe, dass so viele Auszubildende nicht freigestellt werden. „Repression alleine ist es nicht, wir müssen natürlich auch motivieren“, sagte Fach. Pinkowski dankte Happel für die hervorragende Arbeit und empfand die nicht erfolgten Freistellungen als beschämend, „denn wir machen diese Lehrgänge ja nicht zum Selbstzweck.“ Die Auszubildenden seien keine billigen Arbeitskräfte, sondern erforderten auch Zeit und Geld, um gut qualifiziertes Personal zu erhalten. Dr. Klaus Doubek stimmte dem zu und sagte, man könne nicht einerseits den Fachkräftemangel als Ärzteschaft beklag-

Foto: Katja Kölsch

Foto: Katja Kölsch

gen und andererseits nicht für ausreichende Qualität in der Ausbildung sorgen.

Immobilien Bad Nauheim

Der Kaufmännische Geschäftsführer der LÄKH, Christoph Berger, berichtete im nächsten Abschnitt über die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der Immobilien in Bad Nauheim. Ausgangssituation: Das 53 Jahre alte Gebäude der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, das 23 Jahre alte Seminargebäude inklusive COS und das 17 Jahre alte Gebäude des Gästehauses sollten auf ihre Zukunftsfähigkeit und Nutzungsmöglichkeiten, beispielsweise in Bezug auf Energie, hin überprüft werden. Das Akademiegebäude solle um zwei Stockwerke zurückgebaut werden und unter anderem eine Photovoltaikanlage erhalten. Die Delegierten könnten nun über die ersten Phasen bis zur Genehmigungsplanung abstimmen und diese somit in Auftrag geben, so Berger. Bis Ende Juni könnten die Planer voraussichtlich alle weiteren Daten nach der Planungsphase liefern. Man habe bei verschiedenen Architekten und Ingenieurbüros Angebote eingeholt und von SBS-Architekten das passendste Angebot erhalten. Man plane mit Baukosten für die Akademie von 5,8 bis 6,2 Millionen Euro, vorbehaltlich zukünftiger Baukostensteigerungen. Bei der COS und dem Seminargebäude könne man die Sanierungen und energetischen Erneuerungen über mehrere Jahre verteilen; ursprünglich seien dafür Kosten von 2,8 Millionen Euro veranschlagt worden. Dafür hatte die DV in der Sitzung im November 2024 bereits den Jahresüberschuss 2023 von TEUR 4.493 in eine zweckgebundene



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Barbara Jaeger

Rücklage überführt (siehe HÄBL 01/2025). Nach einer umfangreichen Diskussion wurde das vorgeschlagene Vorgehen von den Delegierten bei zwei Enthaltungen einstimmig bestätigt.

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

PD Dr. med. Nina Weiler, Vorsitzende des Ausschusses der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, und Susanne Florin, Leiterin der Akademie, informierten über die aktuelle Situation der Einrichtung. Florin eröffnete den Bericht mit eindrucksvollen Zahlen: Im Jahr 2024 könne man auf 3.751 Unterrichtseinheiten zurückblicken. Insgesamt 5.238 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hätten an den Veranstaltungen teilgenommen, davon 53 % in Präsenz und 22 % an externen Standorten – viele am Hauptsitz der Landesärztkammer in Frankfurt, aber u. a. auch in der Uniklinik Frankfurt, der Klinik Kassel Land oder der DKD Helios Klinik in Wiesbaden. An Live-Webinaren nahmen 16 % der Teilnehmenden teil, 18 % besuchten die Lernplattformen.

Hybridformate werden ausgebaut

Florin berichtete, dass die Akademie seit 2024 hybride Formate anbiete und diese weiter ausbaue. 2024 sei unter anderem das neue Hybridformat Allgemeinmedizin und das Curriculum Telenotarzt in das Portfolio der Akademie aufgenommen worden. Für 2025 zählte Florin exemplarisch die neuen Module Krankenhaushygiene und Sportmedizin, den Präsenz-Workshop „Medizinische Versorgung nach weiblicher Genitalbeschneidung“ am

29.03. sowie die auf Beschluss des Deutschen Ärztetages 2024 angebotenen Abruption- und die Train-the-Trainer-Workshops auf. In ihrem Ausblick auf 2026 nannte Florin beispielhaft die Themen maritime Medizin, Repetitorium Chirurgie, Aggression gegen Praxisteam und neue Veranstaltungsangebote in Kassel.

Zukunftsorientiertes Marketing

Zu den Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Akademie gehöre auch eine zukunftsorientierte Marketingstrategie, wie Florin hervorhob. Die Printmaterialien, darunter die Akademieseiten im Hessischen Ärzteblatt, seien in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Kommunikation in neuem Design gestaltet worden, ebenso der neue Newsletter „Akademie Aktuell“. Außerdem würden die Veranstaltungen verstärkt auf den Social Media-Kanälen der LÄKH beworben. Wichtige Plattform für das Veranstaltungsangebot der Akademie sei die Website, die aktuell ebenfalls überarbeitet werde.

Steigerung der Rentabilität

Darüber hinaus stellte Florin die von ihr entwickelte Entscheidungsmatrix zur Steigerung der Rentabilität und Reduzierung der Zuschüsse für die Akademie vor. Mit Hilfe dieses neuen Instruments würden zum Wohl der hessischen Ärzteschaft verschiedene Parameter gegeneinander abgewogen. Dazu zähle u. a. die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, für die eine Veranstaltung interessant sein könnte. Wichtig seien eine kostenbasierte Kalkulation und Transparenz. Der Zweijahresplan habe sehr dabei geholfen, die Planbarkeit für die Ärzteschaft zu verbessern. Zeitgemäße digitale Veranstaltungsformate, ein Portfolio nach Notwendigkeit



Foto: Katja Kölsch

Susanne Florin, Leiterin der Akademie

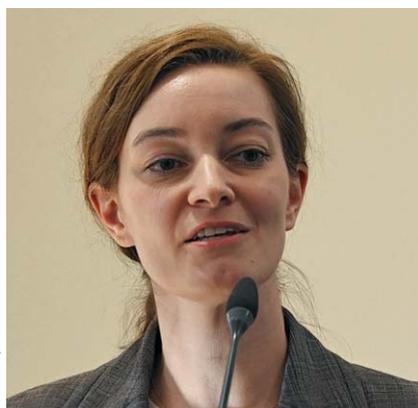


Foto: Katja Kölsch

PD Dr. med. Nina Weiler



und Nachfrage, Wirtschaftlichkeit zur Zukunftssicherung und Ausbau des Netzwerks: Weiler bot einen weiteren Ausblick in die Zukunft und wünschte sich von den Delegierten Unterstützung für ein besseres Netzwerk der Akademie: „Empfehlen Sie uns und unsere Angebote!“

Weiterbildung – Statistiken

Über die Statistiken im Bereich Weiterbildung berichteten Nina Walter, Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, und Daniel Libertus, Leiter der Abteilung für ärztliche Weiterbildung. Dort seien im Jahr 2024 insgesamt 3.500 Verwaltungsvorgänge erfasst worden, 1.484 Prüfungen mussten vorbereitet und durchgeführt werden. Bei der Facharztanerkennung betrage die Frist vom vollständig vorliegenden Antrag bis zur Prüfungszulassung laut Heilberufsgesetz drei Monate. Gefühlt erscheine die Zeit vielen Antragsteller länger, sagte Walter und wies erklärend darauf hin, dass die Unterlagen beim ersten Einreichen oft nicht vollständig seien, was den Prozess verlängere.

Beschlüsse zu gesundheitspolitischen Themen

Resolution gegen Zentralregister: Die Delegiertenversammlung verabschiedete eine Resolution, in der sie den Vorschlag aus der Politik zur Einführung eines Zentralregisters für die Erfassung von Menschen mit psychischen Erkrankungen strikt ablehnt. In dem Antrag von Dr. med. Barbara Jaeger (LDÄÄ), Yvonne Jäger (Marburger Bund) et al. wird betont, dass aus dem Vorliegen einer psychischen Er-



Dr. med. Eva See

krankung allein kein Gefährdungspotenzial abgeleitet werden könne. Psychische Erkrankungen seien gut behandelbar und ein solches Register würde die ärztliche Schweigepflicht, das Fundament einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, erheblich gefährden. Viele Betroffene könnten aus Angst vor Registrierung und Stigmatisierung davon abgehalten werden, ärztliche Hilfe und Therapie in Anspruch zu nehmen.

Anerkennung von Abschlüssen: Die Delegierten forderten in einem Antrag von Stefanie Minkley (LDÄÄ) die Bundesärztekammer um Entwicklung von Konzepten für bundeseinheitliche Verfahren zur Anerkennung von ausländischen Facharztbezeichnungen („Drittstaatler“) auf. Die (Gleichwertigkeits-)Prüfungen der Unterlagen seien aufwendig und blockierten viele Kapazitäten in den Landesärztekammern. Auch seien die Zeiten für die Anerkennung bisweilen so lang, dass einige Kolleginnen und Kollegen abwanderten.

Beispielhaft nannte das hessische Ärzteparlament u. a. folgende geeignete Maßnahmen: Einführung eines Pflichtjahres in Deutschland zur Einschätzung des Weiterbildungsstandes und/oder Arbeiten unter der Supervision von entsprechenden Weiterbildungsbefugten und ggf. Absolvieren von Teilen der Weiterbildungsordnung (WBO), etwa im Bereich Intensivstation und Notaufnahme.

Die Delegiertenversammlung forderte die Landesregierung dazu auf, bei der Umsetzung der **Krankenhausreform** die Belange der ärztlichen Weiterbildung zu berücksichtigen. Auch forderten die Ärztevertreterinnen und -vertreter den Gesetzgeber, die Kassenärztlichen Vereinigungen und

die Kostenträger auf, die Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung sicherzustellen (Antrag: Dr. Wolf Andreas Fach, Liste Fachärztinnen und Fachärzte). Außerdem appellierte das hessische Ärzteparlament an die Koalitionspartner, die **Notfallreform** unter Berücksichtigung des Rettungsdienstes innerhalb der ersten 100 Tage nach Regierungsbildung umzusetzen (Antrag Dr. Susanne Johna, Liste Marburger Bund).

Deutliche Kritik übte die Delegiertenversammlung an der aktuellen **Versorgungslage von Frauen mit verhaltener Fehlgeburt**, auch „missed abortion“ genannt (Antrag: Stefanie Minkley, LDÄÄ). Obwohl die aktuelle Leitlinie „Früher Schwangerschaftsverlust im 1. Trimenon“ ausdrücklich drei gleichwertige Therapieoptionen empfiehlt (Abwarten, medikamentöse Behandlung und chirurgischen Eingriff), werde nach wie vor überwiegend die operative Methode durchgeführt. Die Delegierten sahen dringenden politischen und gesundheitssystemischen Handlungsbedarf, um die Entscheidungsfreiheit und Versorgungsqualität für Frauen mit Fehlgeburt nachhaltig zu stärken. Auf Antrag von Dr. med. Christine Hidas (Liste Fachärztinnen und Fachärzte) sprachen sich die Delegierten für einen Runden Tisch zum **Thema Gewalt gegen Ärzte** aus.

**Katja Möhrle
Lukas Reus**

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de



Foto: Katja Kölsch

Dr. med. Brigitte Ende



Foto: Katja Kölsch

Prof. Dr. med. Jutta Peters



Meldestelle „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“

Anonyme Meldung verbaler und körperlicher Gewalt

Studien belegen, dass aggressives Verhalten gegenüber der Ärzteschaft häufiger vorkommt als im Allgemeinen angenommen. Die steigende Gewalt gegen medizinisches Personal im beruflichen Kontext stellt eine akute Bedrohung für die Sicherheit der Mitarbeitenden dar und wirkt sich negativ auf die Patientensicherheit aus.

Um eine Vorstellung über Zahlen und Formen von ausgeübter Gewalt zu erhalten, hat die Landesärztekammer Hessen 2019 den Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“ entwickelt und auf ihrer Website positioniert. Im Hessischen Ärzteblatt wird regelmäßig über diese Meldestelle berichtet.

Wer kann eine Meldung abgeben?

Anhand des Online-Meldebogens haben Ärztinnen und Ärzte aus allen Fachgebieten, Tätigkeitsbereichen und Bundesländern weiterhin die Möglichkeit, Vorfälle anonym und innerhalb von wenigen Minuten der Landesärztekammer Hessen zu melden. Auch aggressives Verhalten, das gegen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet wurde, kann von der Ärzteschaft gemeldet werden.

Auch bei Gewalt-Erfahrungen aus dem stationären Sektor sind Meldungen wichtig

Weiterhin verdeutlichen die aktuellen Meldedaten, dass insbesondere aus dem ambulanten Bereich Meldungen erfolgen und sich das aggressive Verhalten der Patientinnen und Patienten vermehrt gegen Medizinische Fachangestellte richtet. Vor diesem Hintergrund bittet die Landesärztekammer Hessen erneut Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären Sektor, bei Gewalterfahrungen im beruflichen Kontext, eine Meldung abzugeben.

Die Daten werden statistisch ausgewertet und veröffentlicht. Beim Abschließen des Meldebogens wird für hessische Kammermitglieder der Kontakt zur Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen oder zur Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen angeboten.

Der Landesärztekammer Hessen ist es ein großes Anliegen, fundierte Daten zu eruiieren, um auf deren Grundlage Ansprüche gegenüber dem Gesetzgeber zu bekräftigen, das gesamte medizinische Personal im Paragrafenteil des Strafgesetzbuches

bei Gewalterfahrungen mit einzubeziehen sowie praxistaugliche Lösungsstrategien, wie gezielte Schulungsmaßnahmen, zu entwickeln.

Sie möchten einen Vorfall anonym melden? Hier geht es direkt zum Online-Meldebogen:



<https://kurzlinks.de/Gewalt-Meldebogen>

Dr. Iris Natanzon
Stabstelle Qualitätssicherung
Landesärztekammer Hessen

Weitere Informationen, Ansprechpartner sowie Leitfäden finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte“ → Gewalt gegen Ärzte oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4v5r5ye>

Personalia aus der Bezirksärztekammer Gießen

Prof. Dr. med. Hilmar Stracke, der seit 2013 als Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer Gießen für die Organisation der Fortbildungsveranstaltungen mitverantwortlich war, wurde jetzt verabschiedet. Als besondere Auszeichnung verlieh ihm der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Edgar Pinkowski, die silberne Ehrennadel für besondere Verdienste für die hessische Ärzteschaft. Als neue Fortbildungsbeauftragte der Bezirksärztekammer Gießen wurde **Dr. med. Anika Stein** berufen, Fachärztin für Viszeralchirurgie und Oberärztin am Agaplesion Evangelischen Krankenhaus Mittelhessen.



Foto: Nadine Günther

Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski, Dr. med. Anika Stein, Prof. Dr. med. Hilmar Stracke, Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen (alle von links).

Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression

gemäß der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL)

Serie Depression Teil 4 VNR: 2760602025180830008



Foto: stock.adobe.com

Dr. med. Camilla Diefenbach, Maximilian Bayas, Chiara Möser, Prof. Dr. med. Andreas Reif

Abstract

Die unipolare Depression ist eine häufige psychische Erkrankung, welche in großem Ausmaß sowohl persönliches Leid als auch gesellschaftliche Kosten verursacht. Obwohl in Deutschland etwa 9,5 Millionen Menschen betroffenen sind, erhalten nur 30 % eine adäquate Behandlung. Die S3-Leitlinie bietet klare Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Prävention. Des Weiteren bietet die Leitlinie Handlungsempfehlungen bei Therapieresistenz. Dies beinhaltet psychotherapeutische, medikamentöse, aber auch neuromodulatorische Ansätze wie Elektrokonvulsionstherapie oder Magnetstimulation. Grundsätzliches Ziel der Depressionsbehandlung ist die vollständige Remission und langfristige Stabilisierung, unterstützt durch individuelle Therapiepläne und Aufklärung. Herausforderungen bleiben der Zugang zu Therapien und die Überwindung von Stigmatisierung.

Einleitung

Die unipolare Depression ist eine weit verbreitete psychische Erkrankung, die sich erheblich auf das Leben der Betroffenen auswirkt: Sie beeinträchtigt die Lebensqualität, führt häufig zu sozialem Rückzug und erhöht das Suizidrisiko [1]. Wirtschaftlich verursacht sie in Deutschland jährliche Kosten von bis zu 22 Milliarden Euro, bedingt durch Produktivitätsverluste, häufige Krankheitsausfälle und Behandlungskosten [2]. Jährlich begehen in Deutschland etwa 10.000 Menschen Suizid, viele davon mit der Grunderkrankung einer depressiven Störung [3].

In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Situation in Deutschland verschärft:

Schätzungen zufolge leidet jede fünfte Person im Laufe ihres Lebens an einer Depression; dies betrifft rund 9,5 Millionen Menschen [4]. Jährlich werden etwa 1,5 Millionen neue Fälle diagnostiziert, wobei nur rund 30 % der Betroffenen eine angemessene Behandlung erhalten [5]. Frauen erkranken dabei doppelt so häufig wie Männer, mit der höchsten Prävalenz in der Altersgruppe von 30 bis 50 Jahren [6]. Stigmatisierung führt oft weiterhin dazu, dass Betroffene keine Hilfe suchen [7], weshalb Prävention und Aufklärung entscheidend sind, um das Bewusstsein zu schärfen und den Umgang mit Betroffenen zu verbessern. In den vergangenen Jahren hat sich jedoch gesellschaftlich ein zunehmendes Bewusstsein für die Auswirkungen depressiver Störungen entwickelt, wodurch sich der Zugang zu Behandlungen verbessert und die Akzeptanz der Erkrankung zunimmt [8].

Für eine effektive Therapie sollten sich die Behandler an der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) orientieren, die eine strukturierte Herangehensweise an Diagnostik und Therapie bietet [9]. Ziel ist es,

Symptome zu lindern, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und Rückfällen vorzubeugen. Die Behandlung der Depression richtet sich nach Schwere und Dauer, nach den bisherigen Behandlungen, aber auch nach Compliance und Wunsch der Patienten.

Die folgenden Abschnitte beleuchten zentrale Aspekte von Diagnostik, Therapieplanung sowie Therapie, vor allem bei schweren depressiven Episoden und akuter Suizidalität gemäß der NVL. Die verwendeten Empfehlungsgrade sind in Tab. 1 dargestellt. Hinweise auf die Empfehlungsgrade **soll/sollte** sind im Text fett und kursiv formatiert, siehe * in Tab. 1; EN = Empfehlungsnummer in der NVL.

Diagnostik

Allgemein

Die Diagnose einer depressiven Episode basiert hauptsächlich auf der klinischen Einschätzung. Eine zentrale Rolle spielt die Anamnese, die in einer ruhigen und wertschätzenden Atmosphäre erfolgen sollte. Es empfiehlt sich ein strukturiertes

Tab. 1: Empfehlungsgrade gemäß der NVL-Formulierungen*

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
A	Starke Positiv-Empfehlung	Soll
B	Abgeschwächte Positiv-Empfehlung	Sollte
0	Offene Empfehlung	Kann
B	Abgeschwächte Negativ-Empfehlung	Sollte nicht
A	Starke Negativ-Empfehlung	Soll nicht

* Im Text sind die NVL-Formulierungen „**soll/sollte**“ fett und kursiv formatiert, wenn sie auf den Empfehlungsgrad hinweisen. Bei anderer Formulierung ist der Empfehlungsgrad im Text angegeben.

1. Verdacht auf Depression

Mögliche Beschwerden:

- Abgeschlagenheit
- Schlafstörung
- Appetitstörung
- diffuser Kopfschmerz
- Muskelverspannungen
- diffuse Nervenschmerzen
- Sistieren der Menstruation
- sexuelle Funktionsstörung
- Gedächtnisstörung

► Evaluieren von Risikofaktoren

z. B. affektive Episoden und Suizidversuche in der Eigen- und Familienanamnese

2. Diagnostik

gemäß ICD 10 mittels psychopathologischer Befunderhebung und Schweregradbestimmung:

Hauptsymptome

(mind. zwei müssen erfüllt sein):

- 1) gedrückte Stimmung
- 2) Interessenverlust, Freudlosigkeit
- 3) Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome:

- Konzentration ↓
- Selbstwertgefühl & Selbstvertrauen ↓
- Schuldgefühle

- psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Hoffnungslosigkeit
- Schlafstörungen
- Appetitstörungen
- Suizidgedanken/Suizidhandlungen

Dauer: ≥ zwei Wochen

Schweregrad:

je nach Summe der Symptome:

4–5: leicht

6–7: mittelgradig,

≥ 8: schwer

Vorgehen mit offenen Fragen. Die apparative Diagnostik dient dem Ausschluss anderer Erkrankungen und der Überwachung von Medikamentenwirkungen.

Das diagnostische Vorgehen bei Depressionen ist vereinfacht in den Kästen 1 bis 4 auf dieser Seite dargestellt. Die Schlüsselempfehlungen sind in gelb hinterlegten Abschnitten wiedergegeben.

Anamnese

In der Anamnese **sollen** die Beschwerden der Patientinnen und Patienten detailliert erfasst und der bisherige Verlauf der psychischen Symptome rekonstruiert werden (Empfehlungsnummer EN 2-4).

Die Fremdanamnese ergänzt wichtige Informationen des Erkrankungsbildes. Besonders relevant sind Informationen zu Vordiagnosen, Vorbehandlungen und Suizidversuchen. Auch die Familienanamnese für psychische Erkrankungen und Suizidalität sowie die Suchtanamnese sind zentral. Die soziobiographische Anamnese umfasst belastende Lebensereignisse, frühe Traumata, schulische, berufliche und familiäre Entwicklung sowie die aktuelle psychosoziale Situation.

Ergänzend können psychometrische Tests eingesetzt werden, um die Schwere der Symptome zu quantifizieren und die Diagnose zu stützen.

3. Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnostische Hinweise	Mögliche Differenzialdiagnose
• Maniforme Symptome wie Irritabilität oder Phasen gesteigerten Antriebs	Bipolar affektive Störung
• Neue neurologische Fokalsymptomatik • Ersterkrankung an einer Depression im höheren Lebensalter	Organische affektive Störungen → cMRT
• Maladaptive Reaktion auf einen klar identifizierbaren, psychosozialen Stressor und übertriebene Beschäftigung mit diesem • Grundsätzliche Ansprechbarkeit für positive Ereignisse	Anpassungsstörung
• Ausgeprägte Ängste unabhängig von der aktuellen Episode	Angststörung
• Medikamentenanamnese (mit Fokus auf u. a. Kortison, Interferone, Betablocker, Antibiotika, Opiode, Zytostatika und orale Kontrazeptiva)	Medikamentös induzierte Depressionen
• Suchtanamnese, Hinweise auf Substanzintoxikation oder -entzug	Substanz induzierte Stimmungserkrankungen

4. Indikation für stationäre Therapie

(ggf. notfallmäßig) bei:

- Akuter Suizidalität → Absprachefähigkeit eruieren
- Psychotischen Symptomen
- Schwerwiegenden psychosozialen Faktoren

Kästen 1 bis 4: Diagnostisches Vorgehen bei Depressionen (vereinfacht)

Körperliche Untersuchung und Diagnostik

Bei der Diagnostik depressiver Störungen ist eine umfassende somatische Abklärung unerlässlich, um organische Ursachen auszuschließen und eine sichere Differenzialdiagnose zu gewährleisten (Empfehlungsgrad A, EN 2-7).

Die körperliche Untersuchung kann Hinweise auf Anzeichen metabolischer, endokriner, rheumatologischer und neurologischer Erkrankungen geben.

Regelmäßige Messungen von Vitalzeichen (Puls, Blutdruck) und BMI **sollen** während einer Pharmakotherapie ebenso erfolgen wie eine Basislabordiagnostik, die neben klinisch-chemischen Parametern (Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte, Entzündungsmarker) auch Gerinnungsparameter und das Blutbild umfasst. Bei Verdacht auf metabolische Störungen unter Psychopharmaka sind Lipidprofile und Blutzuckerbestimmungen indiziert. Die Schilddrüsenfunktion sollte zum Ausschluss einer Schilddrüsenunterfunktion routinemäßig überprüft werden, während ein Drogenscreening bei entsprechendem klinischem Verdacht sinnvoll ist (EN 4-13).

Die cranielle Magnetresonanztomographie (cMRT) ist die bildgebende Methode der Wahl zum Ausschluss organischer Ursachen, insbesondere bei atypischen Verläufen, neurologischen Symptomen oder Late-Onset-Depression, also dem erstmaligen Auftreten einer Depression ab dem 65. Lebensjahr [10].

Ein EKG **soll** vor Therapiebeginn mit Antidepressiva und zur Überwachung möglicher kardialer Nebenwirkungen erfolgen (EN 4-13).

Differenzialdiagnostik

Besteht der Verdacht auf eine Depression, **sollen** mehrere Differenzialdiagnosen erwo-gen werden:

In über 50 % der Fälle beginnt eine bipolare Störung mit einer depressiven Episode (sog. *hidden bipolars*): Hier können maniforme Symptome wie Irritabilität oder ge-

steigerter Antrieb als Prodrom auftreten. Daher sollte in der Anamnese nach manischen Symptomen und bipolaren Störungen in der Familie gefragt werden.

Treten depressive Symptome in plausiblen zeitlichem Zusammenhang mit einer somatischen Erkrankung auf und bessern sich nach erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankung, sind die Kriterien für eine sekundäre (organische) Depression erfüllt. Eine Dysthymie zeichnet sich durch eine über zwei Jahre andauernde depressive Verstimmung aus. Die Symptome ähneln denen einer depressiven Episode, erreichen jedoch nie deren Schweregrad, und das Funktionsniveau bleibt meist erhalten. Die Kombination von Dysthymie und depressiven Episoden wird als „*Double Depression*“ bezeichnet.

Anpassungsstörungen sind maladaptive Reaktionen auf klar identifizierbare Stressoren wie z.B. Scheidung oder Krankheit. Die Symptome treten innerhalb eines Monats nach dem Stressor auf, führen zu Funktionseinschränkungen und remittieren innerhalb von sechs Monaten spontan. Damit verwandt ist die anhaltende Trauerreaktion, die nach dem Verlust einer nahestehenden Person auftritt und zu schweren emotionalen Beschwerden und Funktionseinschränkungen führt.

Sowohl verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Kortikoide, Betablocker) als auch illegale Drogen können depressive Symptome verursachen.

Eine gründliche Medikamenten- und Suchtanamnese **soll** daher erfolgen, um substanzinduzierte Stimmungserkrankungen auszuschließen (EN 2-6).

Depressive Symptome können dabei sowohl in der Intoxikation als auch im Entzug auftreten.

Die häufig beobachtete Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen erschwert aufgrund sich überschneidender Symptome die Diagnostik. Während Persönlichkeitsstörungen durch ein stabiles, überdauerndes Muster von Denken, Fühlen und Verhalten gekennzeichnet sind, manifestiert sich eine Depression durch phasenhaft auftretende Symptome, die von Patienten als fremd erlebt werden. Wichtige diagnostische Hinweise liefern hierbei die Tiefe und Intensität der Symptomatik sowie

die subjektive Bewertung durch die Patienten.

Relevante Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten bei einer depressiven Störung sind insbesondere bei älteren Menschen (> 65 Jahre) neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz, die vaskuläre Demenz und das Parkinson-Syndrom. Der Erkrankungsbeginn ist oft schleichend und die Symptomatik wird häufig bagatellisiert. Hinweise auf demenzielle Erkrankungen sind Orientierungsstörungen und kortikale Symptome. Empfohlen sind eine gründliche neurologische Untersuchung sowie cMRT, Liquor-Biomarker und neuropsychologische Tests (z. B. CERAD plus, FAB, Apathie-Skalen). Auch Schizophrenien und schizoaffektive Störungen manifestieren sich häufig in Form einer depressiven Episode. Gleichzeitig werden Negativsymptome schizophrener Psychosen wie beispielsweise sozialer Rückzug, Aktivitätsminderung, Sprechverarmung, Apathie u. a. leicht mit depressiven Symptomen verwechselt [11]. Es ist daher wichtig, frühere Symptome wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denkstörungen und Ich-Störungen zu erfragen [11]. Ebenso essenziell ist es, zwischen Antriebsarmut bei neutralem oder zufriedenem Affekt und Antriebs-hemmung bei depressivem Affekt zu differenzieren.

Insomnien und Schmerzstörungen stellen weitere differenzialdiagnostische Herausforderungen dar. Beide Erkrankungen können sowohl Symptome einer Depression auslösen als auch komorbid mit dieser vergesellschaftet sein. Diagnostisch entscheidend ist hier der zeitliche Verlauf der Beschwerden.

Therapieplanung

Die Behandlungsphasen bestehen aus pharmakologischer und psychotherapeutischer Akuttherapie, gefolgt von pharmakologischer Erhaltungstherapie bzw. fortgesetzter Psychotherapie und abschließender Rezidivprophylaxe.

Grundsätzliches Ziel ist, die Remission einer depressiven Episode und das Funktionsniveau vor Erkrankungsbeginn („funktionelle Remission“) zu erreichen. In der Akutphase zielt die pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression“ von Dr. med. Camilla Diefenbach, Maximilian Bayas, Chiara Möser und Prof. Dr. med. Andreas Reif finden Sie hier abgedruckt und im Mitgliederportal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.04.2025 bis 24.10.2025

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

darauf ab, das Mortalitätsrisiko zu senken und den Leidensdruck der Patientinnen und Patienten zu reduzieren.

Maßgeblich für Therapieansprechen und -adhärenz ist es, Patienten umfassend und verständlich über Störungsbild und Behandlungsoptionen aufzuklären (Empfehlungsgrad A, EN 3-4). Daneben gilt es, mögliche Risiken oder Nebenwirkungen darzulegen sowie Befürchtungen oder Vorurteile gegenüber Medikation und Psychotherapie anzusprechen (Empfehlungsgrad B, EN 3-5). Diese Aufklärungs- und Informationsarbeit **soll**, sofern Patienten dies wünschen, auch Angehörige mit einbeziehen (EN 3-8).

Ziel ist es, so ein Krankheitsverständnis zu schaffen, ein unterstützendes soziales Netz zu fördern und auch Angehörige auf Unterstützung (z. B. Selbsthilfegruppen) aufmerksam zu machen.

Therapieziele **sollen** im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) individuell erarbeitet und während des Behandlungszeitraums gemeinsam geprüft, neu bewertet und angepasst werden (EN 3-6): Kontext und Lebensumstände verändern sich, und eine PEF vor und während der Behandlung fördert die Compliance und hält die Therapiemotivation aufrecht.

Für all dies ist eine empathische und wertschätzende Gesprächsführung entscheidend. Insbesondere eine positive, hoff-

nungsvolle und wertschätzende Sprache wirkt der oft negativen Selbstwahrnehmung der Patienten entgegen.

Therapieoptionen und Therapieprinzipien

Psychoedukation und Aufklärung sind die Basis für eine leitliniengerechte und nachhaltige Behandlung der Erkrankung. Sie sind daher in diese integriert und nicht als gesonderte Maßnahme zu betrachten.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, <https://diga.bfarm.de/de>) können als Medizinprodukte verschrieben werden, **sollen** jedoch therapeutisch begleitet werden, um wirksam und nicht schädlich zu sein (EN 4-2).

Bei leichter Depression **sollen** zunächst mobilbasierte¹ und niedrigschwellige Interventionen angeboten werden (EN 5-1) und im Verlauf re-evaluieren werden.

Die drei Säulen der mittleren und schweren Depressionsbehandlung bestehen aus der Psychotherapie, der medikamentösen Therapie und neurostimulatorischen Verfahren, unterstützt durch psychosoziale Interventionen (siehe unten).

Medikamentöse Behandlung

Die meisten Antidepressiva erhöhen im synaptischen Spalt die Konzentration von Monoaminen (Serotonin, Noradrenalin, z. T. Dopamin) und wurden auf Basis der Monoamin-Hypothese entwickelt (bzw., ihre Wirkung gab Anlass zur Formulierung

dieser Hypothese). Aktuell wird außerdem davon ausgegangen, dass Antidepressiva in der Folge dieser unmittelbaren neurochemischen Prozesse die neuronale Plastizität und die Ausschüttung neurotropher Substanzen beeinflussen.

Antidepressiva-Substanzklassen

Tab. 2 (online in der Literatur) fasst die wichtigsten Wirkstoffe mit Dosierungsempfehlungen gemäß NVL zusammen. Gemäß Leitlinie ist die Evidenzqualität für alle Substanzgruppen gut, ein signifikanter Unterschied in der Effektivität der unterschiedlichen Substanzen besteht ebenso wenig wie Prädiktoren für differenzielle Effektivität.

Daher **sollen** bei Auswahl der Substanzen eher folgende Kriterien berücksichtigt werden: Für die Compliance spielen individuelle Präferenzen der Patienten und unerwünschte Arzneimittelwirkungen eine Rolle; Verfügbarkeit und Gebrauchstauglichkeit **sollen** ebenso berücksichtigt werden wie die Frage, ob die Einnahme im Hinblick auf Geschlecht und Alter, Komorbiditäten sowie Komedikation und vereinzelte Interaktionsprofile sicher ist (EN 4-4).

Antidepressiva aufgrund individueller Pharmakogenetik auszuwählen, ist in Deutschland momentan nur als Selbstzahlerleistung verfügbar und bisher nicht empfohlen. Jedoch werden Metabolisierungsprofile für zukünftige Therapieentscheidungen wahrscheinlich eine maßgebliche Rolle spielen. Bis dahin können Serumspiegelkontrollen (Therapeutisches Drug Monitoring, TDM) die Therapie steuern: So lassen sich nicht nur Wirksamkeit, sondern auch Compliance und Symptomverschlechterung einordnen.

Vor Therapiebeginn empfiehlt es sich, einen zeitlichen Endpunkt von drei bis vier Wochen festzuhalten, um die Wirksamkeit zu evaluieren (Empfehlungsgrad A, EN 4-5).

Dies verhindert, dass unwirksame Substanzen zu lange gegeben werden, und frühzeitig umgestellt wird. Bei älteren Patienten sollte allerdings aufgrund der lang-

sameren Eindosierung bis zu sechs Wochen abgewartet werden. Sowohl ein Rückgang der depressiven Symptomatik als auch gesellschaftliche Teilhabe und der Erhalt von Lebensqualität tragen zur Wirksamkeit bei.

Nachdem Komorbiditäten und Kontraindikationen ausgeschlossen wurden, **sollte** die empfohlene Standarddosis so schnell wie möglich schrittweise aufdosiert werden (EN 4-7).

Durch den Beginn mit einer niedrigeren Anfangsdosis und deren allmählicher Steigerung lässt sich das Risiko von starken unerwünschten Arzneimittelwirkungen reduzieren, welche wiederum die Compliance gefährden können. Sehr wichtig ist eine realistische Aufklärung über Wirksamkeit und mögliche Nebenwirkungen bei gleichzeitiger Maximierung einer positiven Erwartungshaltung.

Die NVL verfügt über ausführliche Patientenmaterialien mit Erläuterungen zu Unwirksamkeit, Absetzen, Vor- und Nachteilen medikamentöser Therapie und vieles andere mehr.

Psychotherapie

Falls bei leichter Depression unter niedrigschwelliger und mobilbasierter Intervention¹ keine Besserung erfolgt, **soll** eine Psychotherapie angeboten werden (EN 5-3). Bei mittelschwerer Depression ist eine alleinige Psychotherapie ebenso wirksam wie eine Pharmakotherapie (Empfehlungsgrad A, EN 5-8). Bei schwerer Depression **soll** eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie erfolgen (EN 5-13).

Die NVL enthält in ihren Empfehlungen keine spezifischen Therapieempfehlungen für bestimmte Psychotherapieverfahren, da keine Einigung innerhalb der Konsensgruppe erzielt wurde.

Psychotherapeutinnen und -therapeuten **sollen** nach der PEF das Verfahren auswählen (EN 4-27), nachdem sie die Patienten kennengelernt haben; fachfremde Personen sind für diese Auswahl nicht geeignet.

Die von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Richtlinienverfahren sind: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Tiefenpsychologische (psychodynamische) und Systemische Therapie. Nicht erstattungsfähig hingegen sind die interpersonelle und die Gesprächspsychotherapie. Die KVT konzentriert sich darauf, individuelle dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zu analysieren und das Problemverhalten durch ein alternatives Verhalten zu korrigieren. Weiterentwicklungen sind die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), die Vermeidung reduzieren soll, die *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) mit Fokus auf Achtsamkeit und das *Cognitive Behavioural Analysis System* (CBASP), das spezifisch auf chronische Depressionen ausgelegt ist.

Psychodynamische Ansätze erklären depressive Symptome als Folge verdrängter Kränkungen oder Verluste, oft bedingt durch unsichere Bindungen im Kindesalter. In der Analyse reflektieren Patienten ihre Gefühle im „freien Sprechen“, während in der Tiefenpsychologie innere Konflikte anhand konkreter Lebenssituationen bearbeitet werden. Eine ausreichende Wirkung wird nur dann erzielt, wenn Therapiemotivation besteht und der Leidensdruck zu Veränderung motiviert. Dabei sollten Religion und Kultur sowie Krankheitsverständnis und biografische (traumatische) Erfahrungen berücksichtigt werden. Hat sich die Symptomatik nach 8

bis 12 Wochen nicht verbessert, sollten das Verfahren reevaluiert und Ursachen ergründet werden.

Neurostimulatorische Verfahren

Dritte Säule der antidepressiven Behandlung sind neurostimulatorische Verfahren, die therapieeskalierend bzw. ergänzend zur psychotherapeutischen und medikamentösen Therapie eingesetzt werden können.

Bei Therapieresistenz, psychotischen Symptomen oder akuter Suizidalität **soll** die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) über acht bis zwölf Einheiten angeboten werden (EN 7-27).

Bei der EKT stimuliert man unter Narkose in der Regel die rechte Hemisphäre (unilateral – teils auch beide Hemisphären, also bilateral), wodurch vermutlich die neuronale Plastizität begünstigt und neurotrophe Substanzen ausgeschüttet werden. Die wichtigste Nebenwirkung sind temporäre Gedächtnisstörungen. Die Leitlinie empfiehlt, die EKT bei therapieresistenten Depressionen oder bei psychotischen Symptomen einzusetzen. Zeigt die EKT eine gute Wirkung, kann bei der Notwendigkeit von EKT-Sitzungen in größeren zeitlichen Abständen zur Rückfallprophylaxe (sog. Erhaltungs-EKT) die Implantation eines Vagus-Nerv-Stimulators (VNS) erwogen werden. Dies ist ein einmalig in-

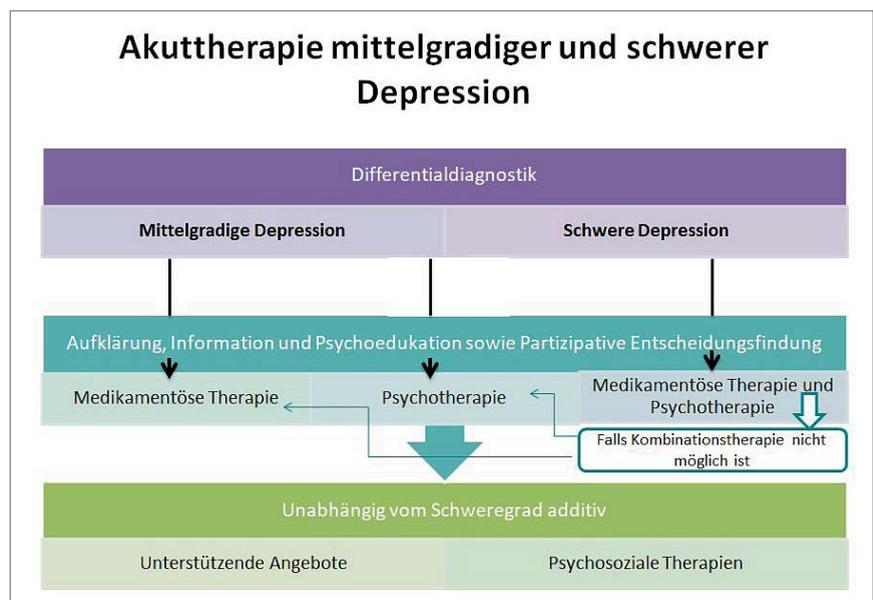


Abb. 1: Akuttherapie mittelgradiger und schwerer Depression



Grafiken: Rechte bei den Autoren

Abb. 2: Suizidalität, Stufenschema

vasives Verfahren, wodurch der linke N. vagus kontinuierlich über einen implantierten Impulsgenerator im Halsbereich elektrisch stimuliert wird.

Alternativ zur EKT **sollte** nichtinvasiv die repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) augmentativ bei Therapieresistenz eingesetzt werden (EN 7-29).

Eine Spule an der Kopfhaut erzeugt bei der rTMS elektromagnetische Impulse und stimuliert dadurch den linken dorsolateralen präfrontalen Cortex hoch- und den rechten niederfrequent. Mögliche Nebenwirkungen sind unter anderem Kopfschmerzen.

Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen

Psychosoziale Therapien und unterstützende Maßnahmen bilden die vierte Säule der Depressionsbehandlung und beinhalten unter anderem Beratungsstellen, den sozialpsychiatrischen Dienst sowie Online-Informationsplattformen. Ergo- und Soziotherapie sowie Selbsthilfegruppen und Peer-Support sind unterstützende Maßnahmen.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Schlafentzugstherapie oder Lichttherapie

können in individuellen Fällen erwogen werden.

Behandlung bei schwerer depressiver Episode und Management akuter Suizidalität

Bei einer schweren depressiven Episode ist die Therapie der Wahl eine Kombination aus Medikation und Psychotherapie (Empfehlungsgrad A, EN 5-13). Lehnen Patienten dies ab, **sollen** beide Maßnahmen als Monotherapie gleichwertig angeboten werden (EN 5-14). Liegt eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen vor, **soll** antidepressiv und **sollte** zusätzlich antipsychotisch behandelt werden (EN 5-17).

Abb. 1 zeigt schematisch die Akuttherapie bei mittelgradiger und schwerer Depression.

Behandelnde **sollen** akute Suizidalität bei leicht-, mittel- und schwergradiger Depression immer erfragen und psychotherapeutisch prioritär behandeln (EN 2-11).

Ein einfühlsamer Kontakt und das Anerkennen der Gefühle der Patienten sind

wichtig, um Suizidalität richtig zu beurteilen, im Stufenplan (Abb. 2) einzuordnen und einen Notfallplan zu erstellen.

Solange umsetzbar, **sollen** Therapiemaßnahmen weiterhin im Sinne der PEF getroffen werden (EN 12-2). Bei nicht ausreichenden ambulanten Therapiemaßnahmen, akuter Suizidalität oder Zustand nach Suizidversuch **soll** eine stationäre Aufnahme erfolgen (EN 12-5).

Besteht akute Suizidgefahr und Verweigerung einer stationären Aufnahme, **sollen** Patienten als ultima ratio gegen ihren Willen aufgrund akuter Eigengefährdung nach § 17 des hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) stationär untergebracht werden (EN 12-6).

Bei akuter Suizidalität im Rahmen einer Depression **kann** Esketamin als Nasenspray eingesetzt werden (EN 12-6).

Intranasales Esketamin ist in Kombination mit einem SSRI oder SNRI zugelassen, wenn eine Notfallindikation oder Therapieresistenz vorliegt.

In den ersten zwei bis vier Wochen **können** Benzodiazepine oder Z-Substanzen bei schweren Schlafstörungen, ausgeprägter Unruhe oder drängenden Suizidgedanken überbrückend verschrieben werden, wenn keine Suchterkrankungen vorliegen und die Risiken abgewogen wurden (EN 5-15). Eine rein antidepressive Behandlung ist für die Therapie akuter Suizidalität ungeeignet (Empfehlungsgrad A, EN 12-13).

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Für eine langfristige Stabilität **soll** das Antidepressivum in der Erhaltungphase für die darauffolgenden sechs bis zwölf Monate ohne Dosisveränderung eingenommen werden (EN 6-1).

Im Anschluss muss erwogen werden, ob eine weitere Einnahme (Rezidivprophylaxe) indiziert oder ob die Substanz graduell über acht bis zwölf Wochen abgesetzt werden kann. Ein zu schnelles Absetzen kann zum „Absetzsyndrom“ mit Sympto-

men wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Gleichgewichtsstörungen, Missemphindungen, Angst und Agitation sowie ggf. serotonergen oder cholinergen Syndromen einhergehen. Dies ist **nicht** Folge einer Abhängigkeit.

Patienten, die zum zweiten oder dritten Mal erkranken, **sollten** im Sinne einer Langzeitprophylaxe ein Antidepressivum ohne Dosisänderung für mindestens zwei aufeinanderfolgende Jahre einnehmen (EN 6-3).

Für die Dauer der Medikation ist jedoch immer der individuelle Verlauf zu berücksichtigen.

Um Patienten nachhaltig zu stabilisieren, **soll** im Anschluss an die psychotherapeutische Akutbehandlung das Angebot einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung gemacht werden (EN 6-4). Damit diese nicht abrupt endet, empfiehlt sich zudem ein ausschleichendes Procedere mit immer größer werdenden Abständen zwischen den Therapieeinheiten (EN 6-6). Medikamentöse Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe **sollten** in Kombination mit einer Psychotherapie angeboten werden (EN 6-7).

Maßnahmen bei Nichtansprechen und Therapieresistenz

Sprechen Patienten auf eine alleinige Antidepressiva-Therapie nicht an, ist die Adhärenz mittels TDM zu prüfen und die Diagnose zu hinterfragen (Empfehlungsgrad A, EN 7-2). Relevante Komorbiditäten **sollen** ebenso berücksichtigt werden wie eine mögliche depressiogene Komedikation. Die folgenden Alternativen sind gleichwertig und **sollten** bei Nichtansprechen eingesetzt werden:

1) Quetiapin (zugelassen für eine Augmentation), off-label **können**

auch niedrigdosiert Aripiprazol, Olanzapin oder Risperidon augmentativ eingesetzt werden (EN 7-6).

- 2) Insbesondere bei Suizidalität, aber auch sonst bei Nichtansprechen auf ein Antidepressivum **sollte** nach Nutzen-Risiko-Abwägung augmentativ Lithium eingesetzt werden (EN 7-7). Die Einnahme **sollte** bei Ansprechen für mindestens sechs Monate erfolgen, bei Nichtansprechen unter Berücksichtigung des Serumspiegels nach spätestens vier Wochen wieder abgesetzt werden (EN 7-8 bis 7-9).
- 3) Bei Nichtansprechen auf eine Monotherapie **sollte** eine Kombination von Antidepressiva eingesetzt werden (EN 7-11): Hierfür eignen sich SSRI, SNRI und TZA entweder mit Mirtazapin, Trazodon oder Mianserin.
- 4) Alternativ zur Augmentation bzw. Kombination **kann** einmalig die Substanzklasse gewechselt werden (EN 7-12).
- 5) Dopaminagonisten, stimmungsstabilisierende Antiepileptika oder Psychostimulanzien sind zur Augmentation nicht geeignet.
- 6) Wird zunächst rein psychotherapeutisch behandelt, **soll** zusätzlich medikamentös behandelt werden, sobald die Ursachen geprüft und die Therapie angepasst sind (EN 7-22).

Diskussion

Die Behandlung der unipolaren Depression erfordert einen differenzierten, patientenzentrierten Ansatz. Die NVL bietet dafür eine wichtige Orientierung. Dennoch bleibt die Frage, wie gut diese Richtlinien im Praxisalltag umgesetzt werden. Die Diskrepanz zwischen Leitlinienempfehlungen und tatsächlicher Behandlung spiegelt sich in der Tatsache wider, dass nur 30 % der Betroffenen in Deutschland eine adäquate Therapie er-

halten. Ein möglicher Grund dafür ist, dass Psychoedukation und individuelle Therapiepläne nicht gut integriert sind und es an ambulanten Therapieplätzen mangelt.

Zudem stellt sich die Frage, wie Therapieresistenzen besser überwunden werden können. Die NVL betont, dass Pharmakotherapie und Psychotherapie kombiniert werden sollen. Doch auch ergänzende neurostimulatorische Verfahren wie die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) können unterstützend von Nutzen sein. Diese Methoden sind jedoch oft nur schwer zugänglich. Mehr Investitionen in Zugang zu solchen Verfahren können somit eine wichtige Rolle spielen. Prävention und Entstigmatisierung sind ebenfalls Schlüsselemente, um der hohen Prävalenz von Depressionen entgegenzuwirken. Würden Betroffene frühzeitig aufgeklärt und sensibilisiert, könnten sie schneller Zugang zu therapeutischen Angeboten finden. Auch das gesellschaftliche Bewusstsein für die Erkrankung würde so gestärkt werden. Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen und sozialen Unterstützung könnten langfristig dazu beitragen, das Risiko für Depressionen zu reduzieren.

Insgesamt ist die Behandlung der unipolaren Depression eine komplexe Herausforderung. Sie erfordert es, die Therapiepläne fortlaufend anzupassen, und die verfügbaren Behandlungsoptionen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Dr. med. Camilla Diefenbach
Maximilian Bayas
Chiara Möser

Prof. Dr. med. Andreas Reif

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Die Literaturangaben und Tab. 2 finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

¹ In der NVL beziehen sich „mobilbasierte Interventionen“ auf Anwendungen für Mobilgeräte, die online zur Unterstützung von Behandlungen eingesetzt werden können. Diese umfassen evidenzbasierte Angebote mit psychoedukativen Inhalten, therapeutischen Modulen und gegebenenfalls Monitoring-Elementen.

Multiple-Choice-Fragen: Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression

VNR: 2760602025180830008

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Altersgruppe hat die höchste Prävalenz für Depressionen?

- 1) 10–20 Jahre
- 2) 20–30 Jahre
- 3) 30–50 Jahre
- 4) 50–70 Jahre
- 5) 70+ Jahre

2. Was ist das Hauptziel der Behandlung unipolarer Depressionen gemäß der NVL?

- 1) Symptomatische Behandlung
- 2) Remission erreichen und Funktionsniveau wiederherstellen
- 3) Ausschluss organischer Ursache
- 4) Reduzierung der Therapiekosten
- 5) Vermeidung psychotherapeutischer Ansätze

3. Welche Therapieform ist bei leichten Depressionen häufig Mittel erster Wahl?

- 1) Elektrokonvulsionstherapie
- 2) Medikation mit Antidepressiva
- 3) Mobile und niedrigschwellige Interventionen
- 4) Hospitalisierung
- 5) Eine Kombination aus Psychotherapie und Medikation

4. Warum ist die Einbeziehung der Patienten in die Therapieentscheidung wichtig?

- 1) Dies reduziert die Behandlungszeit.
- 2) Dies ersetzt die Notwendigkeit für Psychotherapie.
- 3) Dies minimiert die Kosten für die Behandlung.
- 4) Dies ermöglicht eine schnellere Medikation.
- 5) Dies erhöht die Compliance und das Verständnis für die Erkrankung.

5. Welche der folgenden Störungen muss als Differenzialdiagnose bei unipolarer Depression berücksichtigt werden?

- 1) Schizophrenie
- 2) Bipolare Störung
- 3) Zwangsstörung
- 4) Posttraumatische Belastungsstörung
- 5) Alle 4

6. Was ist eine sekundäre Depression?

- 1) Eine Depression, die durch psychische Faktoren wie Stress oder Trauma verursacht wird.

2) Eine Depression, die als Folge einer anderen Erkrankung oder eines medizinischen Problems auftritt.

3) Eine Form der Depression, die nur bei älteren Patienten auftritt.

4) Eine Depression, die keine Behandlung benötigt.

5) Eine Depression, die ausschließlich durch genetische Faktoren verursacht wird.

7. Welche Aussage zur Pharmakotherapie trifft zu?

1) Ein zu schnelles Absetzen kann zu Symptomen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Gleichgewichtsstörungen, Missempfindungen, Angst und Agitation sowie ggf. serotonergen oder cholinergen Syndromen einhergehen. Dies ist Folge einer Abhängigkeit.

2) Aktuell ist davon auszugehen, dass Antidepressiva u. a. die neuronale Plastizität und die Ausschüttung neurotropher Substanzen beeinflussen.

3) Die Substanzgruppen unterscheiden sich im Vergleich in ihrer Substanzqualität, daher sollte therapeutisch prinzipiell mit Selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRIs) begonnen werden.

4) Eine reine antidepressive Behandlung ist für die Therapie akuter Suizidalität Mittel der Wahl.

5) Antidepressiva aufgrund individueller Pharmakogenetik auszuwählen, wird in Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt von den Krankenversicherungen als Leistung übernommen.

8. Welche Aussage zu weiteren Behandlungsverfahren trifft zu?

1) Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) kann als Erstlinientherapie eingesetzt werden.

2) Esketamin-Nasenspray kann als medikamentöse Notfallbehandlung bei akuter Suizidalität monotherapeutisch eingesetzt werden.

3) Benzodiazepine oder Z-Substanzen sind bei Ablehnung von Antidepressiva Mittel der 2. Wahl

4) Die repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) kann augmentativ

bei Therapieresistenz über 20 Sitzungen eingesetzt werden.

5) Alternativ zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) kann ein Vagus-Nerv-Stimulator implantiert werden.

9. Welche Aussage zu Differenzialdiagnosen trifft nicht zu?

1) In 50 % der Fälle beginnt eine bipolare Störung mit einer depressiven Episode.

2) Die Kombination von Dysthymie und depressiven Episoden wird als „Double Depression“ bezeichnet.

3) Sowohl verschreibungspflichtige Medikamente (z. B. Kortikoide, Betablocker) als auch illegale Drogen können depressive Symptome verursachen.

4) Schizophrenien und schizoaffektive Störungen manifestieren sich sehr selten in Form einer depressiven Symptomatik.

5) Neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz und Parkinson-Erkrankung sind besonders bei älteren Menschen (> 65 Jahre) wichtige Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten bei Depressionen.

10. Welche Aussage zur Psychotherapie bei Depression trifft nicht zu?

1) Die von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Richtlinienverfahren sind: kognitive Verhaltenstherapie (KVT), tiefenpsychologische Verfahren und systemische Therapie.

2) Die KVT konzentriert sich darauf, individuelle dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zu analysieren und daraus therapeutische Interventionen abzuleiten, die das Problemverhalten durch ein alternatives Verhalten korrigieren.

3) Die interpersonelle und die Gesprächspsychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

4) Das Cognitive Behavioural Analysis System (CBASP) ist eine Weiterentwicklung der systemischen Therapie und eignet sich vor allem für die Therapie erstmaliger schwerer Episoden.

5) Religion und Kultur sowie Krankheitsverständnis und biografische (traumatische) Erfahrungen sollten für eine erfolgreiche Psychotherapie berücksichtigt werden.

Das Jüdische Museum Frankfurt

Ein Fenster in Geschichte und Gegenwart

Drei Etagen jüdischer Geschichte und Kultur

Zu den herausragenden Werken gehören Gemälde von Moritz Daniel Oppenheim, Henri Matisse und Ludwig Meidner sowie zeremonielle Objekte aus der Werkstatt von Felix Horowitz. Die Ausstellung erstreckt sich über drei Etagen und beleuchtet zentrale Aspekte jüdischen Lebens in Frankfurt. Der Rundgang beginnt im lichtdurchfluteten Neubau, wo durch das Fenster das Kunstwerk „untitled“ von Ariel Schlesinger sofort ins Auge fällt: Zwei Bäume, von denen einer auf dem anderen ruht – ein Symbol für Verwurzelung und die Brücke zwischen Vergangenheit und Zukunft.

Nachkriegsgeschichte und jüdisches Leben heute

Ein grün glasierter Aschenbecher mit der hebräischen Inschrift „Trotz allem – Israel lebt“, der den Neuanfang der jüdischen Gemeinschaft nach dem Holocaust symbolisiert. Das dritte Obergeschoss widmet sich der Nachkriegsgeschichte und dem jüdischen Leben in Frankfurt heute. Fotografien von Peter Loewy zeigen die Viel-

falt jüdischer Identitäten in der Gegenwart.

Darüber hinaus thematisiert die Ausstellung die unvollständige Aufarbeitung der NS-Verbrechen sowie die Restitution geraubter Kunstwerke. Ein eindrucksvolles Beispiel ist das Werk „Paysage – Le mur rose“ von Henri Matisse, das erst nach 60 Jahren an eine Wohltätigkeitsorganisation zurückgegeben wurde – die Erbin des ursprünglichen Besitzers, des Frankfurter Unternehmers Harry Fuld.

Antisemitismus im historischen Wandel

Die Ausstellung macht deutlich, dass Antisemitismus eine lange Geschichte hat. Über Jahrhunderte wandelten sich die Vorurteile und Mythen über Juden, doch die Feindseligkeit blieb bestehen. Im späten 19. Jahrhundert entstand eine neue Form der Judenfeindlichkeit, die das Judentum als „fremde Rasse“ diffamierte. Antisemitische Ideologien fanden zunehmend Eingang in Politik und Gesellschaft. Ein bemerkenswertes Exponat ist die Publikation „Anti-Anti“, die erstmals 1924 erschien. Die in der Ausstellung gezeigte 7. Auflage von 1932 enthielt Karten mit



Vorplatz des neuen Jüdischen Museums Frankfurt: Ariel Schlesingers Skulptur „Untitled“, 2019, Aluminium, gegossen, ein Geschenk von Familie Rothschild und Prof. Dr. Klaus Mangold.

Mit der Dauerausstellung „Wir sind jetzt. Jüdisches Frankfurt von der Aufklärung bis zur Gegenwart“ bietet das Jüdische Museum Frankfurt einen tiefgehenden Einblick in die facettenreiche Geschichte der jüdischen Gemeinschaft der Stadt. Auf rund 1.500 Quadratmetern im historischen Rothschild-Palais veranschaulichen interaktive Stationen, Multimedia-Installationen und wertvolle Exponate eindrucksvoll, wie jüdische Bürgerinnen und Bürger Frankfurt kulturell und wirtschaftlich geprägt haben.

Henri Matisse: Paysage, le mur rose. Korsika 1898. Das Gemälde zählt zu den wertvollsten Werken aus der frühen Schaffensphase Matisse'. Es stammt aus der Sammlung des jüdischen Unternehmers und feinsinnigen Kunstliebhabers Harry Fuld (1879–1932). Die Sammlung musste der Sohn Fulds bei der Flucht aus Deutschland 1937 zurücklassen. Sie wurde von den Nationalsozialisten beschlagnahmt. Erst 2008 wurde das Bild an die Erben Fulds restituiert. 2010 wurde es vom Jüdischen Museum Frankfurt mit Hilfe von Stiftern erworben. Die gesamte Geschichte lässt sich auf der Website des Museums unter dem Stichwort „Kunstsammlung“ nachlesen, Kurzl ink: <https://tinyurl.com/4jp4djy>



Foto: Jüdisches Museum Frankfurt, © Succession H. Matisse/VG Bild-Kunst, Bonn 2018

Zahlen, Fakten und Quellenangaben als Argumentationshilfe gegen antisemitische Verleumdungen. Herausgegeben wurde sie vom Centralverein deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens, der als größte jüdische Vereinigung Deutschlands durch Gerichtsprozesse und Aufklärungsarbeit gegen den Judenhass kämpfte.

Familie und Alltag: Jüdisches Leben in Frankfurt

Jüdische Kultur wird seit jeher innerhalb der Familie weitergegeben. Im ersten Stock stehen drei bedeutende Frankfurter Familien im Fokus: die Bankiersfamilie Rothschild, die Kaufmannsfamilie Frank und die Familie des Autors Valentin Senger. Ihre Geschichten werden anhand persönlicher Erinnerungsstücke und Alltagsobjekte lebendig.

Ein eigener Raum ist der Familie Rothschild gewidmet, deren wirtschaftlicher Einfluss weit über Frankfurt hinausreichte. Ein unscheinbarer Brief markiert die Geburtsstunde des Bankhauses „M. A. Rothschild & Söhne“.

Ebenso eindrucksvoll ist die Präsentation zur Familie Frank: In einer Vitrine liegen Anne Franks Tagebuch, eine Schreibmaschine ihres Vaters Otto Frank und Dokumente, die zeigen, wie ihr Vermächtnis

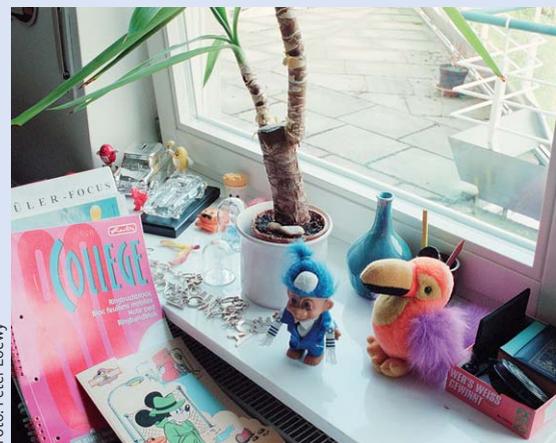
weltweit fortlebt. Das ursprünglich auf Niederländisch verfasste Tagebuch wurde mittlerweile in mehr als 70 Sprachen übersetzt.

Die Familie Senger floh als Kommunisten aus Russland und engagierte sich in Frankfurt für soziale Gerechtigkeit. Angesichts des wachsenden Antisemitismus hielten sie ihre jüdische Herkunft geheim. Als 1933 die Verfolgung begann, blieben sie unentdeckt – sie lebten unauffällig in einer kleinen Hinterhauswohnung in der Kaiserhofstraße 12 und überlebten. Später schilderte Valentin Senger diese außergewöhnliche Geschichte in seinem Roman „Kaiserhofstraße 12“.

Ein Ort der Erinnerung und des Dialogs

Die Dauerausstellung des Jüdischen Museums Frankfurt erzählt von 200 Jahren jüdischen Lebens, von Schicksalen und Erfolgen, von Verlust und Neubeginn. Sie macht das reiche kulturelle Erbe sowie die Wunden der Verfolgung sichtbar – aber auch die Lebendigkeit der heutigen jüdischen Gemeinschaft.

Die Kombination aus historischen Exponaten, moderner Kunst und interaktiven Elementen macht das Jüdische Museum Frankfurt zu einem bedeutenden Ort der



Peter Loewy | Jüdisches (1996): Jüdisch sein ist kein abendfüllendes Programm. Wir haben viele Identitäten. Wie mischen sie sich? Wie nah muss ich an entsprechende Gegenstände, Symbole? Wieviel Abstand brauche ich für weiteres Persönliche? Der Fotograf Peter Loewy ist 1951 in Israel geboren, aufgewachsen in Tel Aviv-Jaffa und lebt seit 1956 in Frankfurt am Main.

Erinnerung und des interkulturellen Austauschs.

Aktuelle Informationen zu Ausstellungen, Veranstaltungen und Führungen finden Sie auf der Website:

<https://www.juedischesmuseum.de/>

Maren Siepmann

Demenzversorgung: Was können wir tun?



Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel bei seinem Impulsvortrag.

Am 26. Februar 2025 fand eine Fortbildungsveranstaltung der Fördervereine für ärztliche Fortbildung in Hessen und

Rheinland-Pfalz statt. Experten aus Medizin und Berufspolitik diskutierten über die Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich Demenzversorgung. In seinem Impulsvortrag stellte Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel die zentrale Frage: „Demenzversorgung: Was können wir tun?“

Einigkeit bestand darüber, dass eine bessere Vernetzung entscheidend ist. Es wurde gefordert, regionale Strukturen zu stärken, zentrale Koordinierungsstellen einzurichten und die Zusammenarbeit mit politischen Entscheidungsträgern zu intensivieren. Auch sei eine frühzeitige Vorsorge essenziell. Dass bestehende Angebote oft nicht bekannt, oder schwer zugänglich sind, sei ein weiteres Problem. In

der Demenzversorgung brauche es so schnell wie möglich gemeinsame Versorgungspfade, so der Vorsitzende des Hausärzterverband Hessen Christian Sommerbrodt. Es müsse sektorübergreifend kommuniziert werden, wenn sektorübergreifend agiert werden soll.

Die Veranstaltung und anschließende Diskussion verdeutlichte: Um die Versorgung von Demenzpatienten zu verbessern, braucht es Zusammenarbeit, Aufklärung und strukturierte Netzwerke.

Marissa Leister

Der Vortrag von Christian Sommerbrodt findet sich unter dem Kurzlink <https://tinyurl.com/44nkjph9>

Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich für die Berufsausbildung

Die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist ein anspruchsvoller Ausbildungsgang im dualen System, das heißt: Ausbildung in der Praxis und in der Berufsschule. Die vorgeschriebene Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre. Die Ausbildungsinhalte sind im Ausbildungsrahmenplan als Anhang zur Ausbildungsordnung vom 26. April 2006 niedergelegt. Informationen über die Ausbildung finden Sie im Internet unter: <https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/berufsausbildungsvertrag-und-vorschriften>

Im Berufsausbildungsvertrag verpflichtet sich die ausbildende Praxis daher, der/dem Auszubildenden die erforderliche berufliche Handlungsfähigkeit zu vermitteln und die Berufsausbildung planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann (vgl. § 14 BBiG).

Sprachliche Eignung

Seit dem 1. Januar 2024 werden die Berufsausbildungsverträge im Portal der Landesärztekammer Hessen erstellt. Im Abschnitt „Sprachliche Eignung“ (für die qualifizierte dreijährige MFA-Berufsausbildung im dualen System) muss eine Entscheidung getroffen werden:

- Wenn für „Muttersprache Deutsch“ die Angabe „ja“ angekreuzt wird, müssen als



Foto: © Robert Kneschke – adobe.stock.com

Ausbildung, gerade auch im medizinischen Bereich, findet über Kommunikation statt.

Nachweis für die Voraussetzung „die deutsche Sprache wurde als Kind gelernt und im primären Sprachgebrauch verwendet“ ein deutsches Grundschulzeugnis und ein Abschlusszeugnis einer allgemeinbildenden Schule (das letzte Halbjahreszeugnis reicht aus) mit dem Vertrag hochgeladen werden.

- Wenn „Muttersprache Deutsch“ verneint wird, muss ein B2-Prüfzertifikat, hilfsweise ein deutsches Zeugnis mindestens über den Mittleren Schulabschluss hochgeladen werden.

Aus Gründen des Patientenschutzes wurde als Eingangsvoraussetzung das Niveau B2 festgelegt.

Überprüfen der Sprachkompetenz

Wir empfehlen Ihnen, die Sprachkompetenz beim Bewerbungsgespräch selbst zu überprüfen und sich das B2-Sprachzertifikat gegebenenfalls vorlegen zu lassen.

Sollten keine ausreichenden Deutschkenntnisse vorliegen, helfen folgende Stellen weiter:

- die regional zuständige Arbeitsagentur,
- die für die Berufsschule zuständigen QuABB*-Ausbildungsbegleiter/-innen,
- die von der Landesärztekammer bestellten Ausbildungsberater/-innen.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten des Spracherwerbs sowie der Berufsorientierung und Berufsvorbereitung, zum Beispiel das vom Hessischen Wirtschaftsministerium aufgelegte Programm „Wirtschaft integriert“.

Gute Nachricht: Eine Einstellung von MFA-Auszubildenden ist bis **einschließlich 31. Oktober** eines Jahres möglich.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen**

Weiterführende Links im Internet:

Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen:
www.europaesicher-referenzrahmen.de

Wirtschaft integriert:
www.wirtschaft-integriert.de

Qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule:
www.quabb-hessen.de

Ausbildungsberater/-innen der LÄKH:
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/ausbildungsbegleitung-quabb>

* QuABB bedeutet: Qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule, Landesprogramm.

Beruf mit Zukunft MFA



Neue Infoseiten online

Junge Menschen für den
MFA-Beruf begeistern –
zielgruppengerecht und
zugänglich



„MFA – Beruf mit Zukunft“: Landesärztekammer Hessen geht mit neuer Infoseite online

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) hat eine neue Website ins Leben gerufen, um gezielt junge Menschen für den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu begeistern. Die Plattform mit dem Titel „MFA – Beruf mit Zukunft“ informiert umfassend über Ausbildungsmöglichkeiten, Karriereperspektiven und das vielseitige Berufsbild der MFA – zugänglich und zielgruppengerecht.

„Mit unserer neuen Website möchten wir gezielt junge Menschen ansprechen, die sich für einen zukunftssicheren und gesellschaftlich relevanten Beruf interessieren. Medizinische Fachangestellte spielen

eine entscheidende Rolle in der Patientenversorgung. Sie sind unverzichtbar“, betont Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH.

Angesichts des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen setzt sich die LÄKH aktiv dafür ein, junge Menschen für die MFA-Ausbildung zu gewinnen. „Wir müssen frühzeitig Nachwuchs fördern, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auch künftig sicherstellen zu können“, so Pinkowski.

Neben breiten Informationen bietet die Seite wertvolle Einblicke in den Berufsall-

tag von MFA. Stimmen von derzeit praktizierenden MFA ermöglichen einen authentischen Blick hinter die Kulissen und machen den Beruf für Interessierte greifbar. Diese Rubrik soll künftig noch ergänzt werden.

Für alle, die auf der Suche nach einem Ausbildungsplatz sind, bietet die Website eine Übersicht über freie Ausbildungsplätze sowie nützliche Bewerbungstipps, die den Einstieg in die Ausbildung erleichtern. Zudem wird aufgezeigt, wie sich MFA im Rahmen von vielfältigen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten kontinuierlich weiterentwickeln und Karriereziele verwirklichen können. Dies dürfte gerade für junge Menschen bei der Wahl des Ausbildungsberufs entscheidend sein.

Angesprochen werden Schülerinnen und Schüler, darüber hinaus auch Quereinsteiger und -einsteigerinnen, die eine sinnstiftende Tätigkeit im Gesundheitswesen anstreben. Informationen finden Interessierte unter folgendem Link: www.laekh.de/fuer-mfa/mfa-beruf-mit-zukunft oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/5n9yjftn>. Der QR-Code (oben) führt direkt dorthin.

Marissa Leister

Online-Befragung zum Beruf MFA

Sie arbeiten als Medizinische Fachangestellte/r (MFA) oder bilden als Ärztin oder Arzt MFA aus? Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) untersucht mittels einer Online-Befragung die Ausbildung der MFA, um aktuelle und zukünftige berufliche Anforderungen zu ermitteln. Machen Sie hier mit: <https://umfragen.bibb.de/index.php/MFA-Umfrage> oder via Kurzlink:

<https://tinyurl.com/ywh7jzwz>

Die Umfrage u. a. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit richtet sich an MFA, Ärztinnen/Ärzte und andere Personen, die mit der Ausbildung von MFA zu tun haben. (red)



Lösungen des Kreuzworträtsels aus 04/2025

Waagrecht: 1 Arthrose | 9 Dura Mater | 11 Grauer Star | 12 His-Bündel | 13 Usur | 14 Ruhetremor | 16 Ipsilateral | 18 nihil | 20 ROI | 22 Arm | 23 Lorazepam | 24 LT | 25 Roeteln | 26 retroperitoneal | 27 Totraum | 28 Nomogramm

Senkrecht: 1 Adrenalin | 2 Ruhr | 3 Trisomie 21 | 4 Hashimoto Thyreoiditis | 5 Ossifikation | 6 Stupor | 7 Ear | 8 Breischluck | 10 Anti-Mueller Hormon | 15 Uhrglasnägel | 17 Sialom | 19 iatrogen | 20 Rotor-Syndrom | 21 Kent-Bündel | 25 Rem-Phase | 27 TA

Lösungswort: Enteritis

Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

Behandlung der Herzinsuffizienz bei Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Rascher
Dr. P.H. Stanislava Dicheva-Radev

Zusammenfassung

Welche Grundkrankheit hat die Herzinsuffizienz verursacht? Angeborene Herzfehler, unzureichender Erfolg einer operativen Korrektur, dilatative oder restriktive Kardiomyopathie, Herzmuskelbeteiligung bei genetischen Muskelerkrankungen und Stoffwechseldefekten, Myokarditis? Die Behandlung der Herzinsuffizienz bei Kindern und Jugendlichen erfolgt derzeit bei mangelnder Evidenzlage und fehlender Zulassung. Es lassen sich noch keine homogenen Patientengruppen für klinische Studien finden. Deswegen ist die medikamentöse Behandlung als Extrapolation von Ergebnissen der Studien an Erwachsenen bei Kindern und Jugendlichen off label leider als Standard anzusehen. Eine den Leitlinien der Erwachsenenmedizin ähnelnde Reihenfolge der Arzneistoffklassen in der Therapie bei Kindern wäre:

- 1) **ACE-Hemmstoffe als First-Line-Therapie:** langsame Steigerung bis Zieldosis; bei Nebenwirkungen AT1-Rezeptorantagonisten erwägen; Dosierungen von Captopril & Enalapril werden in Tab. 1 vorgestellt.
- 2) **Betarezeptorblocker:** langsame Auftitrierung; Metoprolol & Bisoprolol werden in Tab. 2 vorgestellt.
- 3) **Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten:** bei Persistenz klinischer Symptome und reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion; Spironolacton & Eplerenon werden in Tab. 3 vorgestellt.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2023, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/4hv2fzxy>

Behandlung der atopischen Dermatitis bei Vorschulkindern: Status quo der Empfehlungen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Rascher

Zusammenfassung

Die atopische Dermatitis (AD, Neurodermitis) manifestiert sich i. d. R. bereits im Kindesalter. Mindestens 30 % aller Kinder mit AD entwickeln (zeitweilig) auch im Erwachsenenalter Ekzeme. Eine frühe Intervention bei pädiatrischer AD kann eine Chronifizierung der Krankheit und möglicherweise (atopische) Komorbiditäten verhindern.

Basistherapie: Ständig begleitend muss Creme gegen das Austrocknen der Haut angewandt werden. Zur Entzündungshemmung muss zuerst die lokale Anwendung mit topischen Kortikosteroiden oder Calcineurininhibitoren versucht werden; im Alter ab sechs Monate bis fünf Jahren meist erfolgversprechend. Pimecrolimus-Creme wurde 2022 für das Alter drei Monate bis zwei Jahren zugelassen. Außer einer kurzzeitigen Schubbehandlung mit Prednisolon gibt es bisher keine zugelassene systemische Therapie bei schwerer AD im Alter von sechs Monaten bis fünf Jahren. Aber orales Ciclosporin kann bei schweren Fällen als Therapie dienen (Off-Label-Use). Diese Möglichkeiten werden ausführlich dargestellt. Vor einer systemischen Therapie muss geprüft werden, ob eine lokale Therapie konsequent und langfristig angewandt wurde. Bei chronischem Verlauf sollten Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittel und gegenüber Inhalationsallergenen überprüft werden. Bei therapieresistenter AD sollten Immundefizienzsyndrome als Differenzialdiagnose beachtet werden.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 4/2022, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/2zb9uuf9>

Akuttherapie der Migräne mit oder ohne Aura bei Erwachsenen

PD Dr. med. Michael von Brevorn

Zusammenfassung

Für Kopfschmerzen besteht eine Lebenszeitprävalenz von etwa 66 %, für Migräne von 12 bis 16 %. Frauen sind zwei bis dreimal so häufig von Migräne betroffen wie Männer. Dargestellt wird der evidenzbasierte Behandlungsstandard der Akuttherapie. Leichte bis mäßige Migräneattacken können mit Acetylsalicylsäure (1.000 mg als Brausetablette), Paracetamol (1.000 mg als Tablette oder Suppositorium) oder einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (NSAR, z. B. Ibuprofen 400 bis 600 mg als Tablette oder Suppositorium) behandelt werden. Bei Übelkeit und Erbrechen ist die Zugabe von Metoclopramid zu einem Analgetikum bzw. NSAR sinnvoll. Bei Erbrechen sollten Analgetika vorzugsweise als Suppositorien eingenommen werden. Bei schweren Migräneattacken, die nicht auf Analgetika oder NSAR ansprechen, ist eine Behandlung mit einem Triptan sinnvoll. Neben der oralen Applikation wird die subkutane Gabe von Sumatriptan besprochen. Prinzipiell sollten Wirkstoffe zur Akuttherapie der Migräne nicht häufiger als an zehn Tagen pro Monat eingenommen werden, um eine Chronifizierung von Kopfschmerzen zu vermeiden. Zum Schluss wird der neu zugelassene Wirkstoff Lasmiditan vorgestellt. Über ein Drittel der Migränepatienten, die sich in einer deutschen Spezialambulanz vorstellten, hatten, so der Autor, zuvor keine Attackenbehandlung gemäß Leitlinien erhalten.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 3/2023, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/4wsry8ys>



Medizinische Versorgung in Not

Bündnis Heilen & Helfen diskutiert mit Politikern

Das Bündnis Heilen & Helfen und die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Fraktionen im hessischen Landtag trafen sich Mitte März zur jährlich stattfindenden Gesprächsrunde, um zentrale Anliegen der Heilberufe zu thematisieren. Die anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der Landtagsfraktionen und Vertreter der Landtagsfraktionen zeigten sich offen für die Anliegen der Heilberufskörperschaften.

Zum Auftakt hielt Staatssekretärin Karin Müller (CDU), Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten, Internationales und Entbürokratisierung einen Impulsvortrag zum Thema „Entbürokratisierung“. Ihr Ministerium habe das Ziel, die Zahl bestehender Regelungen deutlich zu vermindern. Damit solle Unternehmen, aber auch Bürgerinnen und Bürgern Selbstverantwortung zurückgegeben werden. „Wir wollen nicht – wie bisher – nur über Entbürokratisierung reden, sondern wirklich etwas ändern und das Verhältnis zwischen Bürger und Staat wieder verbessern“, betonte Müller.

Im Mittelpunkt der anschließenden Diskussion unter Moderation des Journalisten und Publizisten Dr. Winfried Kösters standen Themen der medizinischen Versorgung, der wirtschaftlichen Situation im Gesundheitsbereich sowie der Aus- und Weiterbildung.

Krankenhausreform: Möglichen Bündnisfall berücksichtigen

LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski nutzte die Gelegenheit, Alarm zu schlagen: „Sind wir für einen möglichen Bündnisfall gerüstet?“ Die geopolitische Lage habe sich in den vergangenen drei Jahren massiv verändert. Wenn der Bündnisfall einträte, stünde Deutschland vor gewaltigen Aufgaben. Nach Expertenschätzung müssten dann täglich rund 1.000 verletzte Menschen stationär versorgt werden. Bisher sei dies bei Umsetzung der im Dezember 2024 in Kraft getretenen Krankenhausreform noch nicht thematisiert worden. Von den Parteien im hessischen Landtag wollte Pinkowski deshalb wissen,

welche Maßnahmen sie ergreifen werden, um hier gewappnet zu sein. Übereinstimmend hielten die gesundheitspolitischen Sprecher es für notwendig, das Thema in ihre Überlegungen einzubeziehen. „Wir brauchen einen neuen Sicherheitsbegriff“, stellte Yanki Pürsün, FDP, fest.



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen

Ambulante Weiterbildung sichern

Darüber hinaus machte Pinkowski deutlich, dass die ärztliche Versorgungslage in Hessen mittelfristig ein Problem sei. Um die Weiterbildung in Verbänden zu erleichtern, seien Änderungen bundesgesetzlicher Regelungen, insbesondere im Rahmen der Arbeitgeberüberlassung, notwendig, für die sich das Land Hessen bei der neuen Bundesregierung einsetzen müsse. Auch die Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung sei nicht gesichert, kritisierte Pinkowski. Die bisherigen, bundesweit maximal 2.000 Stellen umfassenden Förderprogramme seien bei weitem nicht ausreichend. Nach möglichen Initiativen zur Absicherung der fachärztlichen ambulanten Weiterbildung befragt, sagten die Politiker ihre Unterstützung zu, machten aber keine Finanzierungszusagen, wie Dr. Daniela Sommer, SPD, betonte.

Das Bündnis „Heilen & Helfen“ wurde im Jahr 2007 von den hessischen Körperschaften der Heilberufe ins Leben gerufen, um den Anliegen der Heilberufe mehr Aufmerksamkeit im gesellschaftlichen Diskurs zu verschaffen. Mit dabei sind:



Fotos: Manuel Maier

Staatssekretärin Karin Müller

Themen der Bündnis-körperschaften

Weitere Themen waren:

- die zahnärztliche Versorgungssituation im ländlichen Raum und nötige Fördermaßnahmen des Landes Hessen,
- die Möglichkeit, den Berufsschulunterricht der Zahnmedizinischen Fachangestellten zu digitalisieren,
- die notwendige Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, auch um hohe Fehlzeiten zu reduzieren,
- die fehlende Finanzierung der Weiterbildung für Psychotherapeuten,
- die wirtschaftlichen Probleme der öffentlichen Apotheken aufgrund des Wachstums von Online-Apotheken,
- die Risiken für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch fragwürdige Internetangebote zum Bezug von hochpotenten Arzneimitteln,
- die problematische Ausbildungssituation für Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA): fehlende Ausbildungsvergütung und nur noch drei PTA-Schulen landesweit,
- die Situation der Anerkennung ausländischer Abschlüsse bei den Tierärzten,
- eine Entbürokratisierung bei der Registrierung von Nutztieren, ggf. durch eine zentrale Tierhalterdatenbank für Hessen.

Marissa Leister

Kurzlink zur Pressemitteilung des Bündnisses: <https://tinyurl.com/yc7c7ssb>

Landesärztekammer Hessen, Landes-zahnärztekammer Hessen, Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen, Landesapothekerkammer Hessen, Psychotherapeutenkammer Hessen & Tierärztekammer Hessen. www.heilberufehessen.de

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © Elnur – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leiter/in Blutdepot

Rein digital, inklusive E-Learning und Live-Webinar: Die Veranstaltung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die die Qualifikation als Transfusionsverantwortliche/r bzw. -beauftragte/r und für die Leitung eines Blutdepots erwerben möchten.

Thematisiert werden die rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Anwendung von Blutprodukten, die Bedeutung von Blutgruppen und Antikörpern für die Bluttransfusion sowie die Risiken und Nebenwirkungen von Blutprodukten.

Termin: ab 22.10.2025
Punkte: auf Anfrage
Gebühr: 462,00 €
 415,80 €*
Kontakt: heike.cichon@laekh.de

Schmerztherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 23.05.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	Modul III: Muskuloskeletale Schmerzen Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	20	459,00 € 412,10 €* 412,10 €* 412,10 €*
ab 29.08.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	Modul IV: Diverse Schmerzsyndrome Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	20	459,00 € 412,10 €*

Ultraschall

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 14.05.2025 Live-Webinar und Praxisübungen	Ultraschallkurs Schilddrüse: Modul I	Grundlagen, Erkrankungen der Schilddrüse, Differentialdiagnostik und Methodenvergleich Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	auf Anfrage	412,00 € 370,80 €* 370,80 €* 370,80 €*
06.09.2025 Präsenz	Trainingstag mit praktischen Übungen (Abdominal- und Extremitätengefäße)	Schallkopfführung, Beschreibung von Bildern und Befundtexten, Bildausschnitt und Bildpa- rameter Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	auf Anfrage	412,00 € 370,80 €*

Palliativmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
27.09.2025 Präsenz	Refresher Palliativmedizin	Aktualisierung und Erfahrungsaustausch für palliativmedizinisch tätige Ärztinnen u. Ärzte Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	9	242,00 € 217,80 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 23.10.2025 Präsenz	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte und Praxisübungen Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	26	683,00 € 614,70 €*
ab 27.10.2025 Präsenz	53. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar	Veranstaltung zur praktischen Vorbereitung auf den Alltag in der Intensivmedizin Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	48	970,00 € 873,00 €*
ab 29.10.2025 Blended Learning	Qualifikation Telenotärztin/ Telenotarzt (nach Curriculum der LÄKH)	Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte im klinischen oder rettungsdienstlichen Einsatz Kontakt: heike.cichon@laekh.de	28	1.497,00 € 1.347,30 €*
19.11.2025 Präsenz	Notfallmedizin machbar machen	Umgang mit lebensbedrohlichen medizinischen Notfallsituationen Kontakt: katja.baumann@laekh.de	auf Anfrage	235,00 € 211,50 €*

Psychosomatische Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 13.06.2025 Präsenz	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung	Block 4: Themenschwerpunkt Kinder und Jugendliche Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	16	365,00 € 328,50 €*

Begutachtung

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
20.09.2025 Präsenz	Medizinische Begutachtung: Modul II	Fachübergreifende Aspekte der medizinischen Begutachtung Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	8	231,00 € 207,90 €*
ab 31.10.2025 Präsenz	Verkehrsmedizinische Begutachtung: Modul IV	Fachspezifische Aspekte für die verkehrsmedizinische Begutachtung gemäß §14 der FeV Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	auf Anfrage	381,00 € 342,90 €*



Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

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

Arbeitsmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
11.06.2025 Live-Webinar	AbBA (Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen)	Arbeitsschutz leicht gemacht: Aufbauschulung in Kooperation mit der BGW Kontakt: laura.wahl@laekh.de	6	185,00 € 166,50 €*
24.09.2025 Präsenz	AbBA (Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen)	Arbeitsschutz leicht gemacht: Aufbauschulung in Kooperation mit der BGW Kontakt: laura.wahl@laekh.de	6	185,00 € 166,50 €*
08.10.2025 Präsenz	AbBA (Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen)	Arbeitsschutz leicht gemacht: Ersts Schulung in Kooperation mit der BGW Kontakt: laura.wahl@laekh.de	6	185,00 € 166,50 €*
ab 06.08.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin	Modul 5: Arbeitsmedizinische Profession und interdisziplinäre Zusammenarbeit Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de	auf Anfrage	1.074,00 € 966,60 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
11.06.2025 Hybrid	Pädiatrie „State of the Art“	Pädiatrische Notfallversorgung – state of the art in real life Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	6	92,00 € kostenfrei*

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
07.06.2025 Präsenz	Workshop Schwangerschaftsabbruch	Workshop mit praxisbezogenen Berichten Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	6	132,00 € 120,00 €*

Manuelle Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 21.07.2025 Blended Learning	Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin (Grundkurs)	Modul III: Erkennen und Behandeln reversibler Funktionsstörungen der Extremitäten mittels manueller Techniken Kontakt: claudia.loeffler@laekh.de	30	777,00 € 699,30 €*

Sportmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 16.05.2025 Präsenz und Live-Webinar	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 1: Energiebereitstellung und Leistungsdiagnostik Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	388,00 € 349,20 €*
ab 15.09.2025 Präsenz und Live-Webinar	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 13: Ausgewählte (sport-) pädiatrische Aspekte Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	388,00 € 349,20 €*
ab 17.09.2025 Präsenz und Live-Webinar	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 12: Geschlecht und Lebensalter Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	388,00 € 349,20 €*
ab 19.09.2025 Präsenz und Live-Webinar	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 11: Onkologische und neurologisch/ psychiatrische Schwerpunkte Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	388,00 € 349,20 €*

Strahlenschutz

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 27.06.2025 Präsenz	Fachkunde im Strahlenschutz	Spezialkurs Röntgendiagnostik: Theoretische Unterweisung und praktischer Halbttag (gemäß Strahlenschutzverordnung StrlSchV) Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	21	517,00 € 465,30 €*

EKG – Refresher

Innerhalb eines (langen) Nachmittags nehmen wir Sie mit auf einen Parforceritt durch nahezu das gesamte Feld des EKGs.

Die Veranstaltung richtet sich an all diejenigen, die bereits Erfahrungen mit den Grundlagen der Befundung haben. Die interaktiv gestaltete Fortbildung enthält in großem Umfang praktische Übungen und ist als umfassende Wiederholung gedacht, kann jedoch auch für die Erlangung neuer Fachkenntnis in Teilbereichen der EKG-Befundung genutzt werden.

Termin: 02.07.2025
Punkte: 9
Gebühr: 235,00 €
 211,50 €*
Kontakt: susanne.holler@laekh.de



Foto: © peterschreiber.media – stock.adobe.com



Mehr erfahren



[Mehr erfahren](#)

Repetitorium Allgemeinmedizin

Auch dieses Jahr als Hybrid-Veranstaltung: Das Repetitorium „Allgemeinmedizin“ bereitet in interaktiver Runde mit neuen Impulsen, bewährten Grundlagen und Fachvorträgen auf die Facharztprüfung vor oder frischt vorhandene Kenntnisse auf.

Zu den Themenschwerpunkten der Veranstaltung zählen spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, häufige Beratungsanlässe und Erkrankungen, Notfälle, Wundmanagement sowie der Umgang mit Leitlinien.

Termin:	ab 02.06.2025
Punkte:	auf Anfrage
Gebühr:	740,00 € 666,00 € *
Kontakt:	joanna.jerusalem@laekh.de

Innere Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 22.08.2025 Präsenz	Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin (Teil 1)	Modul I: Therapie und Prävention ernährungsmedizinisch relevanter Krankheitsbilder Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	12	318,00 € 286,20 €*
24.09.2025 Live-Webinar	Aktuelle Diabetologie (Diabetes mellitus Typ I und Typ II)	Aktueller Stand der Prävention, Diagnostik und Therapie: Teil 5 (Herz, Blutdruck, Gefäße) & Teil 6 (Augen, Nieren, Fuß) Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	5	104,00 € 93,60 €*

Qualitätsmanagement

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 02.09.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement (ÄQM)	Modul IV: Vorgehen im Qualitätsmanagement (Teil a & b & kursbegleitendes Praxisprojekt) Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	85	1.674,00 € 1.506,60 €*
ab 10.10.2025 Blended Learning	Moderation von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK)	Trainingskonzepte und relevante Werkzeuge für eine professionelle Moderation Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	20	713,00 € 641,70 €*

Hygiene, Infektiologie und Öffentliches Gesundheitswesen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
ab 12.05.2025 Präsenz	ABS-Beauftragte/r Ärztin/ Arzt	Rationale Antiinfektivastrategien in Krankenhäusern: Grundkurs „Antibiotic Stewardship“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK) Kontakt: heike.cichon@laekh.de	40	1.143,00 € 1.028,70 €*
ab 08.09.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Krankenhaushygiene	Modul 1: Hygienebeauftragte/r Ärztin/ Arzt – im neuen Lernformat und mit vielen Fallbeispielen und Umsetzungsmöglichkeiten aus der Praxis Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage	1.153,00 € 1.037,70 €)
25.10.2025 Präsenz	Impfkurs	Fortbildung für alle interessierten Ärztinnen und Ärzte, die neue Kenntnisse und Fertigkeiten im Impfen erwerben oder ihr aktuelles Wissen auffrischen möchten Kontakt: heike.cichon@laekh.de	9	277,00 € 249,00 €*

Willkommen in der Akademie

Bildung schafft Zukunft: Jede Ärztin, jeder Arzt, jede Studentin und jeder Student der Medizin ist eingeladen, Förderin bzw. Förderer zu werden. Sie fördern damit die freiwillige, produktneutrale und industrieunabhängige ärztliche Fortbildung in Hessen.

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

Mehr als 4.000 Förderinnen und Förderer schenken der Akademie bereits ihr Vertrauen. Genießen auch Sie die Vorteile einer Förderung – als Studierender bzw. Studierende der Medizin sogar beitragsfrei!

Nähere Infos finden Sie auf der Website unter www.akademie-laekh.de

Kontakt:

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-200
Fax: 06032 782-220
E-Mail: akademie@laekh.de
www.akademie-laekh.de

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Besuchen Sie uns auch auf Social Media



@landesärztekammer_hessen



@LAEKHessen



YouTube @landesaerztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp

Finden Sie die Veranstaltung, die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: © contrastwerkstatt – stock.adobe.com



Fachwirtin/Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung

(Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in)

Die höherqualifizierende Berufsbildung baut auf dem Wissen der MFA auf und qualifiziert in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie nähere Informationen über den zeitlichen und inhaltlichen Aufbau des Pflichtteils und der möglichen Wahlteile. 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

Termine FAW: Beginn 12.06.2025
Gebühr: 2.500 € (Pflichtteil)
zzgl. Prüfungsgebühren
Kontakt: karin.jablotschkin@laekh.de



[Mehr erfahren](#)

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 18.09.2025	Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden	Die Kommunikation mit Schwerkranken stellt neben der medizinischen Betreuung eine besondere Herausforderung dar. Die Einbindung der MFA in die Versorgung der Patienten soll die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen. Der Qualifizierungslehrgang basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 17.10.2025	Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin (BET) 140 Stunden	Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Der Qualifizierungslehrgang im Blended-Learning-Konzept vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Kontakt: katja.wuschke@laekh.de	1.875 €



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 16.08.2025	Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	530 €

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
05.09.2025	Einführung in die Tumordokumentation: Gynäkologische Tumoren (ONK A 4_4) 7 Stunden	Die beiden eintägigen Fortbildungen finden in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Krebsregister statt. MFA und Personen mit einer vergleichbaren medizinischen Ausbildung erhalten eine praktische Einweisung in das Meldportal unter der besonderen Berücksichtigung des jeweiligen Schwerpunktthemas.	je
19.11.2025	Einführung in die Tumordokumentation: Urologische Tumoren (ONK A 4_5) 7 Stunden		125 €

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
Prüfung Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung	Modulprüfung 1a Do., 03.07.2025, Anmeldeschluss 12.06.2025 Praktisch-mündliche Prüfung Fr., 27.06.2025 und Sa., 28.06.2025	siehe Website

Kontakt:

Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100
Fax: 06032 782-180

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

Mehr erfahren unter
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa>



@landesärztekammer_hessen



@LAEKHessen



**Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!**

[Mehr erfahren](#)



Patientensicherheit als globaler Aktionsplan

Sonja Barth, Dr. Ulrich Zorn

Patientensicherheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe – national und international. Aber was heißt Patientensicherheit konkret und wie lässt sie sich als weltweite Aufgabe bearbeiten? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) liefert mit ihrem „Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2023 – Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung“ mögliche Antworten [1–3].

Die WHO engagiert sich seit mehr als zwei Jahrzehnten für Patientensicherheit [4]. In den Anfangsjahren lag der Fokus darauf, den Bedarf und die Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. So hat die „World Alliance for Patient Safety“ (2004–2014) Empfehlungen zum Beispiel zur Etablierung von Fehlerberichtssystemen und zur Aus-, Weiter- und Fortbildung [5] formuliert und weltweite Kampagnen etwa zur Reduktion von behandlungsassoziierten Infektionen („Clean Care is Safer Care“) und zur Sicherheit im OP initiiert. Im Rahmen der „Save Surgery – Save Lives“ – Kampagne etwa wurde die WHO-OP-Checkliste erarbeitet, die sich international erfolgreich etabliert hat. In einer zweiten Phase (2015–2020) hat sich die WHO vor allem für die globale Vernetzung eingesetzt. Die Online-Plattform „WHO Global Patient Safety Network“ ermöglicht einen direkten Austausch zu den Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit weltweit, der lebhaft geführt wird. Ebenso dient der im Jahr 2019 erstmalig ausgerufene WHO-Welttag Patientensicherheit

am 17. September dazu, das Wissen zum Thema und zu den jeweils Aktiven öffentlichkeitswirksam zu fördern.

Patientensicherheit als Systemansatz

Seit rund 20 Jahren wird gefordert, dass Patientensicherheit als „Systemansatz“ verstanden werden muss. Gemeint ist damit, dass Fehlerprävention in der Medizin nicht nur auf einzelne Handelnde oder ausgewählte Maßnahmen wie die Einrichtung von Fehlerberichtssystemen, Schulungen oder den Einsatz von Checklisten angewiesen ist. Vielmehr kommt es darauf an, dass die konkreten Rahmenbedingungen der Versorgung, die personelle und finanzielle Ausstattung, Schwachstellen in den Abläufen und die Führungs- und Sicherheitskultur insgesamt in den Blick genommen werden [6].

Mit dem im Jahr 2021 aufgelegten Zehnjahres-Aktionsplan [2] wird dieser Anspruch verfolgt und ein Handlungsprogramm für die Länder weltweit entworfen. Die WHO löst sich dabei von der international bislang gebräuchlichen und pragmatischen Kurzfassung von Patientensicherheit als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ und definiert die Aufgabe umfassender:

„Patientensicherheit ist: ein Rahmen organisierter Aktivitäten, die Kulturen, Prozesse, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebungen in der Gesundheitsversorgung schaffen, welche beständig und

nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von eintretenden Schäden verringern.“

Was komplex klingt, ist auch so gemeint: Anhand des Globalen Aktionsplans soll Patientensicherheit multi-dimensional bearbeitet werden. Hierzu schlägt die WHO sieben Ziele vor, die jeweils mit fünf sogenannten „spezifischen Strategien“ hinterlegt werden. So ergibt sich eine „7 x 5-Matrix“, also ein aus 35 Einzelstrategien bzw. Handlungsfeldern zusammengesetzter „Aktionsrahmen“, der in den knapp 200 WHO-Mitgliedsländern zur Anwendung kommen soll.

Wer?

Die WHO wendet sich dabei nicht nur an die Regierungen der Länder, sondern adressiert die zuständigen Akteure. Aktiv werden sollen

- die jeweils politisch Verantwortlichen,
- die Beteiligten in den Einrichtungen der Patientenversorgung,
- Verbände und Vereinigungen, Forschungsinstitute, Gesundheitswirtschaft und Medien sowie
- die WHO selbst.

Alle sollen ihre Beiträge zum gemeinsamen Ziel der Prävention von vermeidbaren Schäden für Patientinnen und Patienten leisten. Damit dies auch gelingt, werden für die Handlungsfelder zusätzlich auf die Akteure bezogene Maßnahmen vorgeschlagen.

Wie?

Der Aktionsrahmen wird durch sieben „Leitprinzipien“ flankiert, die für die Umsetzung der 35 „spezifischen Strategien“ prägend sind. Dazu gehören die Etablierung einer Sicherheitskultur, die Einbindung von Patientinnen und Patienten und ihren Erfahrungen, die Erhebung und Ana-



Sonja Barth ist Referentin im Dezernat 3 – Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der Bundesärztekammer. Ihre Schwerpunktthemen sind Patientensicherheit, Peer Review in der Medizin und ärztliche Führungskompetenz. Sonja Barth befasst sich seit vielen Jahren mit diesen Themenkomplexen, die enge Bezüge zueinander aufweisen. Sie ist Diplom-Soziologin sowie als Integraler Business Coach und Coach für Transformationsprozesse in Organisationen ausgebildet.



lyse von Daten zum Zweck des Lernens und schließlich der Transfer von Wissen und Erkenntnissen in die Versorgungspraxis, aber auch länder- und akteursübergreifend.

Zugleich erkennt die WHO an, dass zu ergreifende Maßnahmen stets an nationale und kontextspezifische Gegebenheiten angepasst werden müssen. Denn „one-size-fits-all“ ist weder in der täglichen Patientenbehandlung noch bezogen auf Maßnahmen der Patientensicherheit zielführend. Wie wichtig die Anpassung an die spezifischen Bedarfe vor Ort ist, hat beispielsweise der Erfolg der WHO-OP-Checkliste, die national, regional und lokal adaptiert zum Einsatz kommt („local tailoring“, vgl. [7]), anschaulich gezeigt.

Was?

Für ihren weltweiten Aktionsplan schlägt die WHO folgende Ziele vor, vgl. [2]:

- 1) Fehlerprävention als Grundsatz und Geisteshaltung
- 2) Aufbau von hochzuverlässigen Gesundheitssystemen und -organisationen
- 3) Gewährleistung von Sicherheit aller klinischen Prozesse
- 4) Einbindung von Patientinnen und Patienten
- 5) Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit der Professionen/des Gesundheitspersonals
- 6) Forschung, Wissenstransfer und Information
- 7) Kooperation, Synergie und Solidarität

Diese Ziele werden anhand „spezifischer Strategien“ konkretisiert.

→ So wird etwa für Ziel 1, das sich auf die **Beseitigung von vermeidbaren Schäden als Geisteshaltung und Grundsatzpolitik** konzentriert, unter anderem vorgeschlagen, dass angemessene Mittel und eine optimale Personalausstattung sichergestellt werden sollen.

→ Für Ziel 2, das den **Aufbau von „Hochzuverlässigen Systemen“**, also eine proaktive Fehlerpräventionsstrategie fordert, wird die regelmäßige Befassung mit der Sicherheitskultur und ihrer Bewertung als sinnvoll erachtet.

→ Ziel 3 richtet sich auf die **Gewährleistung der Sicherheit aller klinischen Prozesse**. Neben anderem wird hier

beispielsweise die Benennung von Patientensicherheitsbeauftragten als auch die „Einführung einheitlicher Übergabeverfahren in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens“ benannt.

→ Mit Ziel 6 soll für mehr **Wissen und Knowhow für die Fehlerprävention** gesorgt werden. Hierzu sollen unter anderem die Etablierung von Berichtssystemen und Patientensicherheitsindikatoren sowie die Systeme zur Überwachung der Patientensicherheit vorangetrieben werden.

Die wenigen hier ausgewählten Beispiele lassen erahnen, dass es der WHO nicht nur um die weltweite Aktivierung und Förderung von Maßnahmen zur Fehlerprävention geht, sondern auch darum, dass diese nachgewiesen werden können.

So wird einerseits der Prozess der globalen Umsetzung des Aktionsplans als ein Ineinandergreifen von unterschiedlichen Maßnahmen und Akteuren in einem sogenannten „Ökosystem“ veranschaulicht. Andererseits erläutert die WHO, wie sie sich die „Überwachung und Berichterstattung“ zum nationalen und internationalen Fortschritt im Bereich Patientensicherheit vorstellt.

Anhand von zehn „Basisindikatoren“ (vgl. Tab. 1) inklusive weiterer Indikatoren soll Auskunft dazu erteilt werden, wie viele Länder beispielsweise einen nationalen Aktionsplan Patientensicherheit etabliert

haben, in wie vielen Ländern Never Events – also schwerwiegende, vermeidbare unerwünschte Ereignisse – erfasst werden, welcher Prozentsatz an Ländern sich Ziele in Bezug auf die Verringerung von behandlungsassoziierten Infektionen setzt und diese auch erreicht etc.

Evaluation der WHO zu den weltweiten Aktivitäten

Geplant ist, dass die WHO ihre Mitgliedsländer im Rhythmus von zwei Jahren zur Umsetzung des Aktionsplans befragt. Ein erster Evaluationsbericht wurde jüngst vorgelegt. 108 der 194 WHO-Mitgliedsländer haben sich an dieser Evaluation beteiligt.

Der rund 350 Seiten umfassende Bericht gruppiert die Rückmeldungen entsprechend der WHO-Regionen Afrika, Gesamtamerika, Südostasien, Europa, Östlicher Mittelmeerraum und Westpazifik. Zudem wird nach Bruttonationaleinkommen (lower-, lower-middle, upper-middle- und high-income Countries) geclustert. Aus der europäischen Region haben bspw. 33 Länder an der Befragung teilgenommen, darunter auch Deutschland (Abb. 1).

Die WHO nimmt kein direktes „Länder-Ranking“ vor. Vielmehr werden einzelne nationale Aktivitäten exemplarisch genannt. So werden beispielsweise für Deutschland das Patientenrechtegesetz

Tab. 1: WHO-Basisindikatoren zur Umsetzung des Globalen Aktionsplans Anzahl der Länder, die aktiv befasst sind mit:
o → nationalen Aktionsplänen
o → Never-Event-Erfassungssystemen
o → der Verringerung von behandlungsassoziierten Infektionen
o → der Verringerung von medikationsbedingten Schädigungen
o → der Etablierung von Patientensicherheitsbeauftragten
o → Patientensicherheit in den Curricula der Medizin/Gesundheitsberufen
o → der Umsetzung der WHO Charta Health Worker Safety
o → der Beteiligung von mindestens 60 % der nationalen Gesundheitseinrichtungen an Fehlerberichtssystemen
o → einem jährlichen Patientensicherheitsbericht
o → einem nationalen Patientensicherheitsnetzwerk
Vgl. Übersicht Basisindikatoren, [8] WHO Report 2024, S. 317

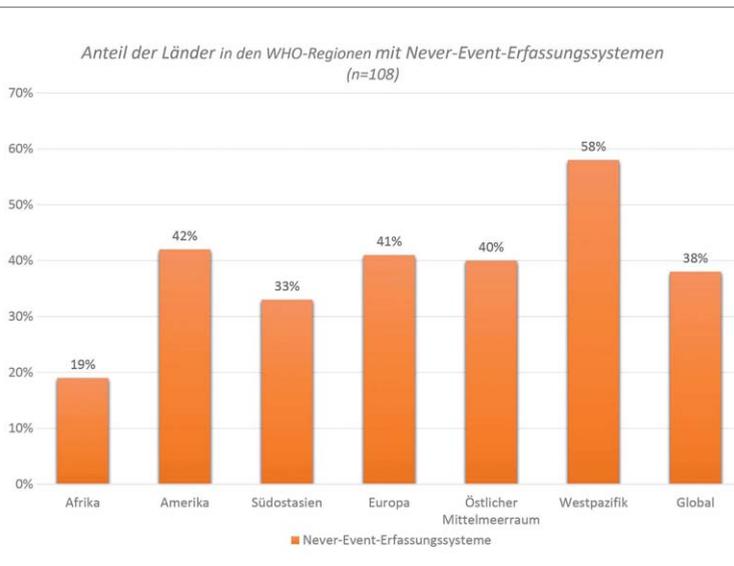


Abb. 1: Anteil der Länder in den WHO-Regionen mit Never-Event-Erfassungssystemen (n = 108)

(2013) als auch die Berücksichtigung des Themas Patientensicherheit im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) erwähnt.

Der Bericht gibt damit sicherlich einen guten ersten Einblick zu den Aktivitäten weltweit. Dass das vielfältige Engagement der deutschen Ärzteschaft [9] in einer solchen Evaluation (noch) nicht angemessen abgebildet wird, ist allerdings bedauerlich. Es stellt sich insgesamt die Frage, wie aussagekräftig die Informationen de facto sein können.

Exemplarisch sei etwa auf die Thematik „Never Events“ hingewiesen. So berichtet die WHO, dass 38 % aller an der Befragung teilnehmenden Länder Never Events erfassen. Führend sei die Region Westpa-

zifik. Hier existiert in 58 % der Länder der Region ein System zur Erfassung von Never Events. Demgegenüber erfassen in der Region Europa lediglich 41 % der Länder Never Events (vgl. Abb. 1). Die Aussagekraft dieses „Rankings“ und Angabe von Prozentzahlen bezogen auf die Länder in den WHO-Regionen relativiert sich jedoch, wenn man zur Kenntnis nimmt, dass sich insgesamt 12 (von 28) Länder aus der Region Westpazifik, aber 33 (von 54) Länder aus der Region Europa an der Befragung beteiligt haben. Die – für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte gleichermaßen – eigentlich relevante Frage, ob oder inwiefern die (reine) Erfassung von Never Events zur Prävention jeweils tatsächlich beiträgt, wird damit allerdings noch gar nicht tangiert.

Fazit

Die WHO verfolgt mit ihrem globalen Aktionsplan das Ziel, das Engagement für Patientensicherheit weltweit zu fördern. Das Vorhaben ist nicht nur deshalb anspruchsvoll, weil Patientensicherheit folgerichtig

als Systemansatz verstanden und multi-strategische Maßnahmen vorgeschlagen werden, sondern vor allem auch, weil die ganze Vielfalt an Ländern weltweit mit ihren unterschiedlichen Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung adressiert wird.

Patientensicherheit ist eine (weltweite) Gemeinschaftsaufgabe, deren Operationalisierung stets in den nationalen Gesundheitssystemen zu verankern ist. Die Entscheidung, welche Prioritäten wann, warum und wie zielführend gesetzt werden und was konkret zu tun ist, kann sich deshalb nur aus dem jeweiligen nationalen Kontext heraus begründen und muss den Ländern und ihren Akteuren überlassen bleiben.

Der WHO-Katalog mit seinen Zielen, Strategien und Maßnahmenvorschlägen kann und soll hierzu entscheidende Impulse, nicht jedoch konkrete Vorgaben liefern. Initiativen, die nun technokratisch die Umsetzung der 35 „spezifischen Strategien“ der WHO auf nationaler Ebene fordern, sind insofern als wenig hilfreich einzuschätzen. Sie verkennen die Bedeutung des „local“ bzw. „national tailoring“ für die erfolgreiche Implementierung von Programmen und Maßnahmen. Auch die Frage, inwiefern ein Messen und Vergleichen auf internationaler Ebene sinnvoll, d. h. tatsächlich informativ sein kann, wäre noch zu klären.

Sonja Barth

Referentin Dezernat 3

E-Mail: sonja.barth@baek.de

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH

Leiter Dezernat 3

E-Mail: ulrich.zorn@baek.de

beide: Dezernat 3 –

Qualitätsmanagement,

Qualitätssicherung

und Patientensicherheit

der Bundesärztekammer

Never Events

Der Begriff „Never Events“ wird für Ereignisse verwendet, die als verhinderbar und schwerwiegend im Kontext der Patientenversorgung gelten. Eine klare Definition gibt es bisher nicht. Verschiedene nationale und internationale Institutionen befassen sich jeweils mit Auflistungen solcher Ereignisse, die aber ebenfalls noch keinen einheitlichen Kri-

terien folgen. Die Akzeptanz solcher Listen ist deshalb unter den Akteuren im Gesundheitswesen heterogen. Hinzu kommt, dass die juristische Definition und Bedeutung dieses Begriffs noch ungeklärt ist [10, 11]. Siehe dazu auch eine Pressemitteilung der Landesärztekammer Hessen [12], Kurzlink: <https://tinyurl.com/mwvhkz7w> (red)

Die Literatur zum Artikel findet sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.



Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021–2030: Umsetzungsbeispiele aus Hessen

In Hessen setzen sich viele Institutionen seit einigen Jahren gemeinsam dafür ein, die Sicherheit für Patientinnen und Patienten weiter zu erhöhen:

- Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
- Landesärztekammer Hessen (LÄKH)
- Hessische Krankenhausgesellschaft
- Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)
- Akteure der direkten Patientenversorgung – wie z. B. das Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Im Sinne der strategischen Ziele des globalen Aktionsplans werden einerseits fest-etablierte Aktivitäten weiterentwickelt, aber auch neue Projekte umgesetzt.

Insbesondere die **Hessische Patientensicherheitsverordnung**¹ ist bundesweit bislang einmalig. Sie gewährleistet unter anderem den Einsatz von Patientensicherheitsbeauftragten in den hessischen Krankenhäusern und ein regelmäßiges Berichtswesen zur Erfassung und Evaluation der Aktivitäten für Patientensicherheit. Darauf aufbauend hat das Universitätsklinikum Frankfurt ein **Netzwerk Patientensicherheit** gegründet, in dem sich die Patientensicherheitsbeauftragten austauschen und voneinander lernen.² Ziele des WHO-Aktionsplans finden sich hier wieder, wie u. a.:

- 1) Maßnahmen zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung
- 2) Ausbildung, Qualifikation und Sicherheit des Gesundheitspersonals

sowie

- 3) Synergien finden, Partnerschaft und Solidarität.

Auch konkrete Projekte, wie beispielsweise das Berichts- und Lernsystem „CIRS im Rettungsdienst Hessen“³ sowie „Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger (MRE) in hessischen Krankenhäusern sowie Maßnahmen zur Reduktion vermeidbarer Infektionen durch MRE“⁴ folgen und unterstützen die Zielsetzungen des globalen Aktionsplans.

Um auch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige in den Behandlungs- und Versorgungsprozess besser einbeziehen zu können – ebenfalls ein konkretes Ziel des Aktionsplans –, wurden Infomaterialien veröffentlicht, wie der Ratgeberflyer „Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung“⁵, gemeinsam entwickelt von KVH, LÄKH und dem Netzwerk Patientensicherheit.

Silke Nahlinger

Stabsstelle Qualitätssicherung LÄKH

¹ <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-PatSiVHERahmen>

² <https://patientensicherheit-hessen.de/>

³ https://intern.cirs.bayern/external_intrafox.app?P=eF8HZTBDQC

⁴ <https://www.lagqh.de/qsverfahren/landesverfahren/mre-projekt-hessen>

⁵ <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit#c28055>

Patientensicherheit: Fortbildung an der Akademie

Patientensicherheit und Qualitätssicherung sind im medizinischen Arbeitsalltag allgegenwärtig, und ihre Bedeutung wird noch weiter zunehmen. Die Live-Webinar-Fortbildungsreihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ greift Aktuelles und Wichtiges auf und macht fit für den medizinischen Arbeitsalltag – berufsgruppen- und sektorenübergreifend. (red)

Patientensicherheit und Qualitätssicherung (Live-Webinar)

Termin:	24.09.2025
Information und Anmeldung:	Christina Ittner Fon: 06032 782-223 E-Mail: christina.ittner@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/u2ft83ds



www.akademie-laekh.de

Junge Ärzte vor dem Deutschen Ärztetag: „KI konkret im ärztlichen Alltag“

Dialogveranstaltung mit jungen Ärztinnen und Ärzten „KI konkret im ärztlichen Alltag“ im Vorfeld des 129. Deutschen Ärztetags in Leipzig.

Wie kann KI dazu beitragen, gerade junge Ärztinnen und Ärzte in ihrem Arbeitsalltag zu entlasten? Mit Fragen zu zielgerichteten KI-Lösungen befasst sich die diesjährige Dialogveranstaltung mit jungen Ärztinnen und Ärzten vor dem 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig. KI-Lösungen aus verschiedenen Bereichen der Medizin werden zum Kennenlernen vorgestellt, Referieren-

de und Teilnehmende kommen ins Gespräch. Positionsbestimmungen der Bundesärztekammer zu KI werden zum Deutschen Ärztetag in einer gemeinsamen Veröffentlichung zusammengestellt.

Termin: Mo., 26. Mai 2025, von 13 bis 16 Uhr im Congress Center Leipzig, Saal 2, Seehäuser Allee 1, 04356 Leipzig

Anmeldung: www.baek.de/anmeldung-dialog-2025

Programm/Livestream sind online abrufbar, Kurzlink:

<https://tinyurl.com/ykbap34w>

(red)

Schlafstörungen bei neurologischen Erkrankungen

Prof. Dr. med. Frank Thömke



rüber hinaus nehmen Menschen mit Ein- und Durchschlafstörungen vermehrt Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch, haben höhere Arbeitsfehlzeiten und eine verminderte Arbeitsleistung.

Chronische insomnische Störungen können ohne erkennbare erklärende Ursache („primäre“ Insomnien) oder „sekundär“ sein und sind dann oft auf neurologische Erkrankungen zurückzuführen. Hierzu zählen:

Parkinson-Syndrom: Ein- und Durchschlafstörungen wurden bei 30 bis 80 Prozent der Patienten berichtet. Hier sind Durchschlafstörungen führend, deren Auftreten durch eine Reihe von Symptomen einer Parkinson-Erkrankung begünstigt wird (zum Beispiel Schmerzen infolge des Rigors, REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, häufige nächtliche Toilettengänge, vermindertes Umdrehen im Schlaf wegen der Hypokinese). Darüber hinaus können auch schlafbezogene Atmungsstörungen, die bei 25 bis 50 Prozent der Patienten auftreten, sowie häufig assoziierte depressive Verstimmungen zu insomnischen Störungen führen oder begünstigen.

Demenzen: Im Verlauf neurodegenerativer dementieller Erkrankungen treten bei rund einem Viertel der Betroffenen insomnische Störungen auf, vor allem bei einer Lewy-Body-Demenz. Daneben erhöhen Insomnien auch das Risiko eines dementiellen Syndroms, was zu komplexen, bislang nur zum Teil verstandenen wechselseitigen Beziehungen führt: So haben



Foto: © Lala – stock.adobe.com, mit KI

Der Artikel ist ein Nachdruck aus dem Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, 03/2025, S. 22.

Bei der Klassifikation von Schlafstörungen werden sechs Hauptkategorien unterschieden: (i) Insomnische Störungen, (ii) Hypersomnische Störungen, (iii) Schlafbezogene Atmungsstörungen, (iv) Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, (v) Schlafbezogene Bewegungsstörungen und (vi) Parasomnische Störungen. Betroffene geben bei der Schilderung ihrer Beschwerden vor allem drei Leitsymptome an: (a) Ein- und/oder Durchschlafstörungen (Schlaflosigkeit), (b) eine erhöhte Tagesschläfrigkeit sowie (c) Verhaltensstörungen beziehungsweise motorische Phänomene im Schlaf. Nachfolgend sollen kurz die bei neurologischen Erkrankungen auftretenden Schlafstörungen dargestellt werden.

Leitsymptom Ein- und Durchschlafstörungen

Ein- und/oder Durchschlafstörungen sowie Früherwachen kennzeichnen Insomnien, wobei sich die Betroffenen morgens nicht erholt und tagsüber beeinträchtigt fühlen. Dies kann zum Beispiel allgemeines Unwohlsein sein, Schläfrigkeit, Fati-

gue, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und depressive Stimmung. Die tagsüber auftretenden Beeinträchtigungen sind im ICD-11 für die Diagnose einer insomnischen Störung obligat: „Bei Personen, die über Symptome in Bezug auf das Schlafen berichten, aber tagsüber nicht beeinträchtigt sind, wird nicht von einer insomnischen Störung gesprochen.“

Die Einteilung in organische und nicht-organische Insomnien der ICD-10 wurde in der ICD-11 verlassen, die – wie die ICSD*-3 – zwischen kurzzeitigen und chronischen Insomnien unterscheidet, weil die klinische Symptomatik und die Behandlungsoptionen insomnischer Störungen ursachenunabhängig gleich sind. Eine chronische Störung liegt vor, wenn über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten mehrmals pro Woche Ein- oder Durchschlafstörungen auftreten. Hiervon sind Frauen und ältere Menschen häufiger betroffen. Chronische Insomnien erhöhen um einen Faktor in der Größenordnung von 1,5–2,0 auch das relative Risiko einer Reihe weiterer Störungen (zum Beispiel Demenz, depressive Störungen, Herz-Kreislauf- sowie Angst-Erkrankungen). Hier bestehen zum Teil komplexe und bislang nur unvollständig verstandene Wechselbeziehungen (siehe „Demenzen“). Da-

* ICSD = International Classification of Sleep Disorders



Patienten mit einer chronischen Insomnie ein erhöhtes Risiko, an einer dementiellen Störung zu erkranken, die zu einer Zunahme der chronischen Insomnie führen kann, was wiederum das Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen verstärken könnte.

Multiple Sklerose (MS): Ein- und/oder Durchschlafstörungen wurden bei einem Viertel bis der Hälfte der Patienten mitgeteilt. Hier können eine ganze Reihe von Symptomen, die bei einer MS häufig auftreten, ursächlich oder begünstigend sein. Dazu gehören zum Beispiel Spastik, Nykturie, Inkontinenz, Restless-Legs-Syndrom, Paresen, komorbide depressive Verstimmungen sowie schlafbezogene Atmungsstörungen, die ebenfalls bei 25 bis 50 Prozent der Betroffenen auftreten sollen.

Schlaganfall: Durchschlafstörungen mit und ohne zusätzliche schlafbezogene Atmungsstörungen sollen nach einem Schlaganfall bei über der Hälfte der Betroffenen auftreten. Hier können auch Schlaganfallrisikofaktoren zur Ausbildung von Schlafstörungen beitragen, zum Beispiel Durchschlafstörungen bei einer adipositasbedingten obstruktiven Schlafapnoe oder Ein- und Durchschlafstörungen durch Missempfindungen oder einem Restless-Legs-Syndrom bei diabetischer Polyneuropathie.

Polyneuropathien: Abendlich auftretende Kribbelmissempfindungen und/oder neuropathische Schmerzen können mit oder ohne Symptome eines Restless-Legs-Syndrom Ursache insomnischer Störungen sein.

Schlafbezogene Atmungsstörungen sind eine weitere mögliche Ursache insomnischer Störungen, wobei Überlappungen zwischen verschiedenen Störungen sowie

auch tagsüber bestehende Atmungsstörungen möglich sind. Neben einer obstruktiven Schlafapnoe, die bei sechs bis zwölf Prozent der Bevölkerung vorliegen soll, treten hier auch verschiedene Formen einer zentralen Schlafapnoe und unterschiedliche Arten einer während des Schlafs auftretenden Hypoventilation auf.

Neuromuskuläre Erkrankungen führen oft zu einer nächtlichen Hypoventilation, was auf die physiologische Abnahme des Muskeltonus im Schlaf zurückgeführt wird, wodurch die bestehenden Schwächen der Atemmuskulatur, die im Wachen durchaus noch kompensiert sein können, verstärkt und symptomatisch werden. Dabei nehmen die Betroffenen die Hypoventilation und die resultierende Hyperkapnie anfangs oft nicht wahr und klagen vielmehr über morgendliches Kopfweh und eine tagsüber bestehende allgemeine Abgeschlagenheit, vermehrte Schläfrigkeit sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen bilden eine eigenständige Gruppe von Schlafstörungen und sind eine weitere mögliche Ursache insomnischer Beschwerden. Sie werden ganz allgemein auf Störungen der „inneren Uhr“ zurückgeführt, deren Ursache neben Lebens- und Arbeitsumständen wie Schicht- und Nachtarbeit oder ein Zeitzonewechsel (Jetlag) auch Läsionen des rostralen Hirnstamms/Hypothalamus sein können, die unter anderem bei Schlaganfällen, einer MS oder neurodegenerativen Prozessen auftreten können. So kann bei dementiellen Syndromen der innere Körperrhythmus gegenüber der äußeren Tageszeit so

verschoben sein, dass die „innere Uhr“ nachts „Tag“ anzeigt und der Betroffene dann in der Nacht wach ist.

Chronische insomnische Störungen sollten behandelt werden. Bei erklärenden Störungen wie zum Beispiel einem Restless-Legs-Syndrom sollte möglichst die Ursache behandelt werden (siehe Restless-Legs-Syndrom). Ansonsten wird in den Leitlinien als Maßnahme der ersten Wahl eine spezifische Verhaltenstherapie für Insomnien empfohlen, die auch hilfreich ist, wenn die ursachenorientierte Behandlung nur unzureichend wirkt. Schlafmittel, vor allem Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten, werden hingegen nicht als primäre Behandlungsoption angesehen und sollten nur kurzfristig (maximal vier Wochen) unterstützend gegeben werden. Akute insomnische Störungen sind häufig und oft Folge besonderer Umstände (zum Beispiel psychosozialer Stress). Sie bedürfen meist keiner Behandlung.

Leitsymptom vermehrte (exzessive) Tagesschläfrigkeit

Eine exzessive Tagesschläfrigkeit kennzeichnet hypersomnische Störungen, bei denen vor allem in reizarmen Situationen auch unwillkürliches Einschlafen auftreten kann. Daneben können die Betroffenen noch eine Reihe weiterer Beschwerden berichten wie zum Beispiel Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, vermehrte Ablenkbarkeit, verminderter Antrieb, geringe Motivation, Fatigue, Unruhe. Daneben kann auch die Kraftfahrigung beeinträchtigt sein: „Wer unter messbarer auffälliger Tagesschläfrigkeit

Schwerpunkt Schlafmedizin

Das Ärzteblatt Rheinland-Pfalz hat unter dem Titel „Gute Nacht! Einblicke in die Schlafmedizin“ ein Themenschwerpunktheft herausgebracht (Ausgabe 03/2025) mit folgenden weiteren Artikeln:

- Bericht einer Schlafmedizinerin
- Paradigmenwechsel in der Behandlung der Insomnie

- Besuch in einem Schlaflabor
- Selbsthilfegruppe zur Schlafapnoe
- Schichtarbeit und Gesundheit

Die Ausgabe ist unter www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de frei abrufbar, der Kurzlink <https://tinyurl.com/4c9mb6er> und der QR-Code führen direkt zur pdf-Ausgabe.



leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen beider Gruppen gerecht zu werden. Eine unbehandelte oder therapierefraktäre schwere Tagesschläfrigkeit schließt die Fahreignung generell aus.“

Eine vermehrte Tagesschläfrigkeit ist oft Folge eines unzureichenden bzw. gestörten Nachtschlafs, sodass bei allen neurologischen Erkrankungen, die mit Insomnien einhergehen, oft auch hypersomnische Störungen angegeben. Dies gilt auch für Patienten mit schlafbezogenen Atmungs- oder Verhaltensstörungen. Bei MS-Patienten kann es schwierig sein, eine vermehrte Tagesschläfrigkeit von einer Fatigue abzugrenzen, die bei mehr als der Hälfte der Patienten auftritt und als Gefühl einer andauernden Erschöpfbarkeit, Müdigkeit und verminderten Leistungsfähigkeit geschildert wird.

Eigenständige Erkrankungen mit exzessiver Tagesschläfrigkeit werden als **zentralnervöse Hypersomnien** klassifiziert, die alle selten sind. Hierzu zählen (nach ICD-3 und ICD-10/11) unter anderem die Narkolepsie, die idiopathische Hypersomnie sowie das Kleine-Levin-Syndrom.

Narkolepsie: Die geschätzte Prävalenz liegt um 20 pro 100.000 Einwohnern, könnte aber durchaus höher sein, da die Erkrankung wohl unterdiagnostiziert ist. Es kann zwischen primären (idiopathischen) und sekundären Formen unterschieden werden, wobei letztere auf eine nachweisbare strukturelle Läsion des Hypothalamus oder Hirnstamms zurückgeführt werden (zum Beispiel Infarkt, Demyelinisierung, Tumor, Trauma).

Bei der primären Narkolepsie werden zwei Typen unterschieden. Typ 1 mit Kataplexie, der 80 bis 90 Prozent der Erkrankungen ausmacht, und Typ 2 ohne Kataplexie. Beide Formen kennzeichnet eine exzessive Tagesmüdigkeit und unwillkürliches Einschlafen (Einschlafattacken), vor allem in langweiligen beziehungsweise reizarmen Situationen. Zusätzlich können in der Einschlafphase hypnagogische Halluzinationen auftreten, die von einfachen visuellen, auditiven oder taktilen Halluzinationen bis hin zu szenischen Wachträumen reichen können, bei denen sich die Betroffenen unter Umständen nicht bewegen können (Schlafähmung). Beim Typ 1 besteht darüber hinaus eine Kataplexie: bei starken,

positiven oder negativen emotionalen Reizen kommt es zu einem partiellen oder vollständigen Verlust des Muskeltonus, sodass die Betroffenen bei vollem Bewusstsein zu Boden stürzen („Lachschlag“).

Bei der Diagnose werden bei beiden Typen neben einer auf unter acht Minuten verkürzten Einschlaflatenz mindestens zwei vorzeitige REM-Schlaf-Episoden innerhalb von 15 Minuten nach dem Einschlafen gefordert (zum Beispiel in der Polysomnographie oder im Multiplen Schlaflatenztest).

Darüber hinaus besteht beim Typ 1 eine hohe Assoziation mit dem HLA Haplotyp DQB1*0602 und im Liquor ist das Hypocretin, beziehungsweise Orexin auf unter 110 pg/ml erniedrigt, was als diagnostisch richtungsweisend angesehen wird. (Orexin ist ein im Hypothalamus gebildetes Neuropeptid, das an der Regulation von Vigilanz und Appetit beteiligt ist).

Zur Behandlung werden in den europäischen Leitlinien als Substanzen der ersten Wahl Modafinil, Methylphenidat, Natriumoxybat und Amphetaminderivate genannt.

Idiopathische Hypersomnie: Die klinischen Symptome dieser ebenfalls sehr seltenen Störung gleichen denen einer Narkolepsie ohne Kataplexie, wobei die Betroffenen aber keine vorzeitigen REM-Schlaf-Episoden haben. Es wird eine Form mit langem, mehr als zehnstündigem Nachtschlaf (geschätzte Häufigkeit: 1:10.000 bis 25.000) und ohne langen Nachtschlaf unterschieden (geschätzte Häufigkeit: 1:11.000 bis 100.000).

Das **Kleine-Levin-Syndrom** ist eine seltene Erkrankung (geschätzte Häufigkeit 1–9/1.000.000), die zu rund 80 Prozent Jugendliche im Alter von etwa 15 Jahren betrifft, wobei zwei Drittel bis drei Viertel der Betroffenen männlich sind. Es treten wiederholt mehrtägige Episoden eines erhöhten Schlafbedürfnisses auf, während der die Betroffenen täglich 15 bis 21 Stunden schlafen. In den kurzen Wachphasen sind sie kognitiv beeinträchtigt, verlangsamt, lethargisch, apathisch, desorientiert und können sich wie in einem Traum fühlen. Daneben können eine Hyperphagie (etwa zwei Drittel der Betroffenen), eine Hypersexua-



lität (etwa die Hälfte der Betroffenen, meist bei Männern) sowie Angst-, Zwangs- oder Stimmungsstörungen auftreten (etwa die Hälfte der Betroffenen, häufiger bei Frauen). Zwischen den einzelnen Episoden sind Schlaf, Vigilanz, Stimmung und Essgewohnheiten unauffällig.

Die Störung dauert im Durchschnitt acht Jahre an, während der die Betroffenen zwischen sieben und 19 Episoden erleben. Die einzelnen Episoden dauern im Mittel zehn bis dreizehn Tage, bei einem Drittel der Betroffenen auch mehr als einen Monat.

Leitsymptom Verhaltensstörungen im Schlaf

Im Schlaf auftretende Verhaltensstörungen werden nach der Komplexität der auftretenden Bewegungen eingeteilt. Schlafbezogene Bewegungsstörungen sind durch relativ einfache, meist stereotype Bewegungen charakterisiert (zum Beispiel Restless-Legs-Syndrom), und Parasomnien durch komplexere Verhaltensweisen (zum Beispiel Schlafwandeln, Pavor nocturnus („Schlafterror“), Alpträume, REM-Schlaf-Verhaltensstörungen).

Restless-Legs-Syndrom (RLS): Das RLS wird zu den schlafbezogenen Bewegungsstörungen gezählt, auch wenn das Leitsymptom im Wachen erlebte sensomotorische Störungen sind. In Europa und den USA sollen fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung betroffen und mindestens zehn bis fünfzehn Prozent der Betroffenen medikamentös behandlungsbedürftig sein. Ein RLS wird klinisch diagnostiziert, wobei alle fünf essenziellen Diagnosekriterien erfüllt sein müssen, die von der International Restless Legs Syndrome Study Group 2014 erarbeitet worden sind. Leitsymptom ist ein in Ruhe oder Inaktivität auftretender oder zunehmender Drang, die Beine zu bewegen, der meist durch unangenehme Missempfindungen oder ein Unru-

hegefühlt begleitet wird und sich durch Bewegungen (zum Beispiel Gehen oder Strecken) teilweise oder sogar vollständig bessert, zumindest solange die Bewegung anhält. Diese Beschwerden treten nur oder besonders ausgeprägt am Abend oder in der Nacht auf, was zu Ein- und Durchschlafstörungen mit häufigem nächtlichen Erwachen und oft auch einer vermehrten Tagesschläfrigkeit führt. Rund 80 Prozent der Betroffenen haben auch periodische Beinbewegungen im Schlaf, was das nächtliche Erwachen zusätzlich begünstigt.

Die genaue Pathophysiologie ist bislang nur unvollständig verstanden und wohl multifaktoriell. Neben genetischen Faktoren – bei frühem Beginn besteht bei 42 bis 90 Prozent eine positive Familienanamnese – sind Störungen des Dopamin- und Eisenmetabolismus von besonderer Bedeutung, und es gibt auch Hinweise auf eine periphere Hypoxie. Die frühere Unterteilung in ein primäres oder sekundäres RLS – zum Beispiel im Rahmen einer Polyneuropathie, Urämie, Lebererkrankungen, depressiven Störungen – wurde mittlerweile verlassen. Stattdessen wird von Interaktionen zwischen genetischen, sozioökonomischen und Umweltfaktoren sowie Komorbiditäten ausgegangen. Entsprechend wurde die Bezeichnung „sekundäres RLS“ durch „komorbides RLS“ ersetzt, das neurologischerseits vor allem bei Patienten mit einer Polyneuropathie unabhängig von deren Ursache und Parkinson-Erkrankungen gesehen wird.

Für die Behandlung gelten Dopaminergika (zum Beispiel Pramipexol, Ropinirol, Rotigotin), Eisenpräparate sowie Gabapentin/Pregabalin als Substanzen der ersten Wahl (weitere siehe Leitlinie).

Bei den **REM-Schlaf-Verhaltensstörungen** ist die im REM-Schlaf übliche Herabsetzung des Muskeltonus unvollständig oder fehlt, sodass sich die Betroffenen im Traum bewegen, um sich schlagen oder treten. Unterschiedlich schwer ausgeprägte Zeichen einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung werden von rund der Hälfte der Parkinson-Patienten beklagt. Sie können auch vor der klinischen Manifestation neurodegenerativer alpha-Synukleinopathien wie einer Parkinson-Erkrankung, Multi-System-Atrophie oder einer Lewy-Körper-Demenz auftreten. So sollen 80 Prozent der von einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung Betroffenen innerhalb der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre an einer alpha-Synukleinopathie erkranken. Zur symptomatischen Behandlung können Clonazepam oder Melatonin versucht werden.

Kontakt zu Selbsthilfegruppen in Hessen (Auswahl)

Selbsthilfegruppe (SHG) Schlafapnoe – Atemstörungen Rhein-Main

- Fon 06109 712 88 55
- E-Mail: post@schlafapnoe-frankfurt.de
- www.schlafapnoe-frankfurt.de

SHG Schlafapnoe – chronische Schlafstörung Kassel-Baunatal

- Fon: 0561 76 69 72 84
- Mail: info@shg-schlafapnoe-kassel.de
- www.shg-schlafapnoe-kassel.de

Die Gruppen bieten Hilfe und Unterstützung bei allen Fragen im Umgang mit einer Therapie bzw. in Schlaflaboren an. Gruppentreffen fördern den Austausch zwischen Patienten und medizinischen Versorgern. Betroffene finden Informationen über das gesamte Krankheitsbild der Schlafapnoe und für den Besuch eines Schlaflabors, auch telefonisch.

- Weitere SHG Schlafapnoe gibt es bspw. in Darmstadt, Bensheim, Viernheim, Marburg und Limburg.

Prof. Dr. med. Frank Thömke

Facharzt
für Neurologie

Literatur
beim Autor,
Kontakt per E-Mail
via:
haebl@laekh.de



Foto: privat

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Fortbildung zur Schlafmedizin an der Akademie

Das Bewusstsein für schlafmedizinische Fragestellungen hat stark zugenommen. Dieser Bedeutungszuwachs ist durch die hohe Prävalenz von schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS) und deren Assoziation zu kardiovaskulärer Mortalität und Morbidität, aber auch durch erhebliche Erfolge moderner Therapiekonzepte begründet. Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung greift diese und andere wichtige Themen in ihrer Veranstaltung „Einführung in die Schlafmedizin“ auf und bietet die Voraussetzung für die Abrech-

Einführung in die Schlafmedizin (Blended-Learning)

Termin:	05.05.–07.06.2025 mit Telelernphase
Information und Anmeldung:	Christina Ittner Fon: 06032 782-223 E-Mail: christina.ittner@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/3m93x8md



www.akademie-laekh.de

nung der ambulanten Polygraphie bei Schlafapnoe gemäß EBM. (red)

Repetitorium Allgemeinmedizin als Hybrid- und Online-Format

Aufgrund der sehr guten Rückmeldungen zu unseren Pilotprojekten im Juni und Dezember 2024 wird das Repetitorium Allgemeinmedizin an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen auch in diesem Jahr wieder im Juni als Hybrid-Veranstaltung

und im Dezember als reines Online-Format stattfinden.

Die Themenkomplexe aus den Pilotveranstaltungen wie beispielsweise die Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit, der arteriellen Hypertonie, der COPD, des Asthmas, des Diabetes mellitus

und der Rückenschmerzen werden ebenso angeboten wie häufige Erkrankungen der Schilddrüse und Multimedikation in der hausärztlichen Praxis.

Bei allen Seminarthemen werden die neuesten Leitlinien und neuere wissenschaftliche Studien zur evidenzbasierten Medizin berücksichtigt und produktneutral abgebildet.

Das Repetitorium Allgemeinmedizin richtet sich sowohl an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kurz vor der Facharztprüfung Allgemeinmedizin als auch an Quereinsteiger und erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die das Repetitorium als Refresher besuchen möchten.

Prof. Dr. med. Armin Wunder

Repetitorium Allgemeinmedizin (Hybrid-Veranstaltung)	
Termin:	02.06.–06.06.2025 08.12.–12.12.2025
Information und Anmeldung:	Joanna Jerusalem Fon: 06032 782-203 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/yrj73byj


www.akademie-laekh.de

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060337959 ausgestellt am 21.08.2024 für Dr. med. Linda Baron, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060177992 ausgestellt am 21.02.2022 für Dr. med. Rahel Böttche, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060069451 ausgestellt am 09.11.2020 für Dr. med. Thomas Diebold, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060103763 ausgestellt am 09.08.2021 für Prof. Dr. med. Tobias Engl, Mainz-Kastel

Arztausweis-Nr. 060066008 ausgestellt am 24.06.2020 für Monica-Any Gersch-Briebach, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060174909 ausgestellt am 07.02.2022 für PD Dr. med. Tamer Ghazy, Marburg

Arztausweis-Nr. 060230157 ausgestellt am 18.10.2022 für Luisa-Theres Hartmetz, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081612035074 ausgestellt am 03.05.2024 für Sabine Kleinschmidt, MBA, Kronberg im Taunus

Arztausweis-Nr. 060274343 ausgestellt am 12.07.2023 für Sabine Kleinschmidt, MBA, Kronberg im Taunus

Arztausweis-Nr. 060247856 ausgestellt am 22.12.2022 für Dr. med. Heidrun Küppers, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 060374146 ausgestellt am 21.03.2025 für Lutz Peter Loewenstein, Bad Vilbel

Arztausweis-Nr. 060313527 ausgestellt am 25.03.2024 für Aashvin Rai, Kassel

Arztausweis-Nr. 060072476 ausgestellt am 25.01.2021 für PD Dr. med. habil. Anke Reitter, Affeltrangen

Arztausweis-Nr. 060258668 ausgestellt am 07.03.2023 für Bettina Schinhammer-Schmuck, Hadamar

Arztausweis-Nr. 060236647 ausgestellt am 08.11.2022 für Dr. med. Georg Springmann, Gießen

Arztausweis-Nr. 060070106 ausgestellt am 01.12.2020 für Dr. med. Dr. med. dent. Anna Maria Tanneberger, Neu-Isenburg

Arztausweis-Nr. 060371284 ausgestellt am 05.03.2025 für Laura Van Lint, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060067274 ausgestellt am 12.08.2020 für Dr. med. Jürgen Warzecha, Frankfurt

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de



Prof. Dr. med. Khodr Tello (Foto links) und **Prof. Dr. med. Roland Klingenberg** (rechts) leiten gemeinsam ein neues Herz-Lungen-Zentrum am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main. Tello ist Spezialist für Lungenerkrankungen, Klingenberg interventioneller Kardiologe, er kommt neu von der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim. Fotos: KKH Nordwest



Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Foto unten) wurde zum 1. November 2024 als Deutschlands erste Professorin für Suizidologie und Suizidprävention an die Goethe-Universität Frankfurt berufen. Die neue Professur ist an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie unter der Direktion von **Prof. Dr. med. Andreas Reif** am Universitätsklinikum Frankfurt angesiedelt. Lewitzka studierte Humanmedizin in Berlin und Dresden und absolvierte am Universitätsklinikum Dresden ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Foto: Maria Schlotte

Prof. Sébastien Bonnet Ph.D., FAHA (Foto oben) wurde auf die W3 Teilzeitprofessur für Lung Vascular Pathobiology and Cardio-Pulmonary Interplay am Institute for Lung Health (ILH) des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen berufen. Er ist gleichzeitig weiterhin an der Medizinischen Fakultät der Universität Laval (Quebec, Kanada) an der Klinik für Kardiologie und Pneumologie als Direktor der Pulmonary Hypertension Research Group tätig. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt fokussiert auf der Untersuchung des dysfunktionalen vaskulären Remodelings und der Epigenetik von pulmonalvaskulären und rechtskardialen Erkrankungen. Foto: privat



Chefarztposition im „Jobsharing“-Modell: **Dr. med. Friederike Vogel** (unten links) und **Dr. med. Sebastian Krug** (unten rechts) übernehmen gemeinsam die Chefarzt-Position und Leitung der Abteilung „Psychotherapie und Psychosomatik“ der DGD Klinik Hohe Mark, die zum Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband (DGD) gehört. **Dr. med. Martin Grabe** (Foto unten Mitte), langjähriger Chefarzt und Ärztlicher Direktor der



DGD Klinik Hohe Mark, geht in den Ruhestand. Neuer Ärztlicher Direktor der Klinik ist bereits seit Beginn des Jahres **Prof. Dr. med. Markus Steffens**. Foto: Klinik Hohe Mark

Auszeichnung: Dr. med. Barun Sarkar (Foto unten), HNO-Arzt aus Frankfurt am Main, ist mit dem Hessischen Verdienstorden ausgezeichnet worden. Durch seinen medizinischen Einsatz in Krisengebieten konnten rund 900 Kinder operiert werden, unzählige hilfsbedürftige Kinder und Erwachsene aus Schwellenländern habe Sarkar medizinisch versorgt, hieß es in der Laudatio. Sarkar hat nach dem Tropensturm Nargis 2008 Hilfsprojekte in Myanmar initiiert. Ein Jahr später gründete er den Verein „Medical Intervention Team“, dessen Vorsitzender er ist. Für die Ukraine sammelte der Verein medizinisch-technische Güter im Wert von über 8,5 Mio. Euro, dadurch konnten bislang 120 Transporte in die Ukraine organisiert werden. Foto: Martin Joppen/Hessische Staatskanzlei



PD Dr. med. habil. Hasan Bushnaq (Foto unten) ist seit Anfang des Jahres neuer Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie im Herz-Kreislauf-Zentrum Rotenburg und tritt damit die Nachfolge von **PD Dr. med. Mahmoud Diab** an. Bushnaq ist Mitbegründer der ersten mobilen ECMO-Einheit (extrakorporale Membranoxygenierung) in Mitteldeutschland. Er forscht zur digitalen Patientenbetreuung und der Integration von eHealth-Lösungen. Foto: privat



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

Medizinische Fachangestellte

Foto: Constanze Coch



An der Freisprechungsfeier des **Kammerbezirks Frankfurt** anlässlich der Winterprüfung nahmen auf Einladung des Bezirksärztekammervorsitzenden Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci, 48 Absolventinnen und drei Absolventen teil. Die Reden kamen von StDin Doreen Beyer (Julius-Leber-Schule) und Jutta Hartmann (Verband medizinischer Fachberufe). Musikalisch umrahmt wurde die Feier von Felicitas Schulz.



Bei der Winterprüfung haben 37 Auszubildende aus dem **Kammerbezirk Darmstadt** mit Erfolg bestanden, darunter auch ein Herr. Der Bezirksärztekammervorsitzende Erich Lickroth eröffnete die Feier mit einer Gratulation an die Absolventen, weitere Grußworte folgten von OSTD Horst Schad vom Beruflichen Schulzentrum Odenwald und von Nicole Morales (Verband Medizinischer Fachberufe). 24 MFA nahmen ihre Zeugnisse persönlich entgegen, drei erzielten die Note 1 im praktischen Prüfungsteil. Für den musikalischen Rahmen sorgte die Band Felissima.

Foto: Leander Schulz



Foto: Nina Reifschneider

Zur Freisprechungsfeier der Medizinischen Fachangestellten aus dem **Kammerbezirk Wiesbaden-Limburg** 2024/2025 hatte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Wiesbaden Dr. med. Michael Weidenfeld eingeladen. Nach seiner feierlichen Ansprache, in der er die Bedeutung des Berufs der MFA hervorhob, sprachen die Absolventen das feierliche Gelöbnis zusammen mit Nicole Morales vom Verband medizinischer Fachberufe. Die Gesangsgruppe „Frauenzimmer“ des Diltheygymnasiums Wiesbaden unter der Leitung von Tilman Jerrentrup umrahmte die Feier musikalisch.

Der Kammerbezirk Kassel verabschiedete 57 erfolgreiche Prüflinge, sechs haben mit der Note 1 im praktischen Teil bestanden. Die Zeugnisse wurden im festlich geschmückten Saal der Stadthalle Baunatal von Stephan Bork, dem Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Kassel überreicht. Grußworte hielten StDin Charlotte Daum, Abteilungsleiterin der Willy-Brandt-Schule Kassel, und Stephanie Schreiber, Vorsitzende des Verbandes Medizinischer Fachberufe.



Foto: Bettina Bach



Foto: Nicole Heist

Sechs Prüflinge zur MFA aus dem **Kammerbezirk Marburg** haben die Winterprüfung bestanden. Im Rahmen einer Feier überreichte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak die Prüfungszeugnisse. Auf dem Foto wollten nur drei Absolventinnen abgelichtet werden, untere Reihe v. l.: Charline Kirchner, Mayla Schlidt und Ksenia Kauz. Obere Reihe v. l.: OstDin Kerstin Büchenschütz, StDin Dr. Brigitte Seefeldt-Schmidt, Dr. Nowak, Dr. med. Elke Neuwohner.



Foto: Sandina Gall

Der **Kammerbezirk Gießen** verabschiedete 30 Absolventinnen aus ihren Ausbildungsverhältnissen. Der Bezirksärztekammervorsitzende Dr. med. Hans-Martin Hübner hob fünf Absolventinnen hervor, sie haben im praktischen Teil die Note „sehr gut“ erzielt: Emmelie Menges und Marta Assenova Stoyneva (beide Willy-Brandt-Schule Gießen), Lina Marie Kunz und Monika Skiric (beide Käthe-Kollwitz-Schule Wetzlar) sowie Nicole Kaiser (BSG Bad Nauheim). „Gerade Medizinische Fachangestellte werden wesentlich die zukünftigen Veränderungen im Gesundheitssektor an der Seite der Ärztinnen und Ärzte mitgestalten“, so Hübner. StRin Dr. Rebecca Traurig (Willy-Brandt-Schule) stellte am Ende ihrer Rede einen KI-Musikgenerator vor. Livemusik kam vom Querflötentrio der Musikschule Bad Nauheim.

Nachtrag: Abgeordnete zum 129. Deutschen Ärztetag vom 27.–30. Mai 2025 in Leipzig

Die Delegiertenversammlung hat am 22. März 2025 eine Nachwahl durchgeführt, mit der folgende Abgeordnete der Liste Fachärztinnen und Fachärzte zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig und zu ggf. vor dem 129. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetage ihren Listenplatz tauschen:

	Abgeordnete	Ersatzabgeordnete
Liste 2	Fachärztinnen und Fachärzte Hessen 3) Dr. Eva See, Rosbach v. d. H.	7) Dr. Cornelius Weiß, M.Sc., Groß-Gerau

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

Checkliste

Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten. Die komplette A4-Seite der Checkliste kann im Internet unter:

<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/berufsausbildungsvertrag-und-vorschriften> → Merkblätter heruntergeladen werden. Kurzlink: <https://tinyurl.com/y987pbtk>

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.06.: Dr. med. Hans Hermann Croy, Frankfurt, 90 Jahre
- 02.06.: Dr. med. Bernhard Kohlhas, Hanau, 65 Jahre
- 05.06.: Christiane Renz-Gaebelein, Frankfurt, 70 Jahre
- 05.06.: Dr. med. Alfred Niemeyer, Wiesbaden, 75 Jahre
- 05.06.: Dr. med. Peter Wenkebach, Mainhausen, 80 Jahre
- 08.06.: Dr. med. Hanno Bender, Hofheim, 75 Jahre
- 09.06.: Dr. med. Jutta Kottenhahn, Hanau, 65 Jahre
- 10.06.: Dr. med. Angelika Pomper, Bad Soden, 75 Jahre
- 12.06.: Dr. med. Erich Hedtke, Elbtal, 70 Jahre
- 12.06.: Dr. med. Georg Grosser, Langen, 75 Jahre
- 13.06.: Dr.-med./Imp Bukarest Mariana Cernea, Offenbach, 75 Jahre
- 15.06.: Dr. med. Edgar Schmutte, Frankfurt, 85 Jahre
- 15.06.: Prof. Dr. med. Wolfgang Hach, Frankfurt, 95 Jahre
- 18.06.: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Frankfurt, 75 Jahre
- 18.06.: Dr. med. Norbert Boller, Eschborn, 85 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Anna Oberstein, Maintal, 65 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Mark Truschnowitsch, Schmitten, 65 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Agnes Schuster, Frankfurt, 70 Jahre
- 20.06.: Dr. med. Renate Koeberich, Glashütten, 90 Jahre
- 22.06.: Jochen Dennert, Offenbach, 85 Jahre
- 23.06.: Prof. Dr. med. /Univ.Pecs Johannes Koltai, Bad Soden, 80 Jahre
- 25.06.: Dr. med./Univ. Agram Astrid Hof-Zane, Frankfurt, 75 Jahre
- 26.06.: Angelika Busch, Flörsheim, 70 Jahre
- 26.06.: Doris Depner, Offenbach, 70 Jahre
- 26.06.: Prof. Dr. med. Christian Milewski, Kelkheim, 75 Jahre
- 26.06.: Dr. med. Rainer Lentz, Frankfurt, 80 Jahre
- 28.06.: Dr. med. Werner Ewald, Frankfurt, 80 Jahre

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.06.: Dr. med. Edith Trabold,
Dieburg, 75 Jahre
04.06.: Uwe Kilian, Diekirch, 65 Jahre
13.06.: Dr. med. Ulrich Fiedler,
Bensheim, 70 Jahre
13.06.: Hannelore Mai,
Fränkisch-Crumbach, 80 Jahre
15.06.: Marie-Luise Kühnel,
Mühlthal, 75 Jahre
18.06.: Dr. med. Hans-Ullrich Henkel,
Griesheim, 75 Jahre
20.06.: dr. med.
Johann Gehl,
Nauheim, 65 Jahre
20.06.: Eberhard Gekeler, Mühlthal,
70 Jahre
28.06.: Dr. med. Friedrich Hellersberg,
Heppenheim, 85 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 01.06.: Dr. med. Heidrun Popović,
Pohlheim, 75 Jahre
04.06.: Andreas Wilcken, Hüttenberg-
Rechtenbach, 75 Jahre
05.06.: Günter Stephan,
Laubach, 70 Jahre
05.06.: Dr. med. Klaus Gläser,
Greifenstein, 75 Jahre
12.06.: Dr. med. Jürgen Bauer,
Wetzlar, 75 Jahre
18.06.: Dr. med. Renate Römmelt,
Bad Vilbel, 75 Jahre
19.06.: Dr. med. Wolfgang Uhl,
Gießen, 75 Jahre
22.06.: Christoph Stamm, Lich, 65 Jahre
22.06.: Dr. med. Hermann Scheible,
Wetzlar, 85 Jahre
24.06.: Armin Haimerl,
Waldsolms, 65 Jahre
26.06.: Dr. med. Ralf Schäfer,
Reichelsheim, 65 Jahre
26.06.: Ralf Thiede, Lauterbach, 70 Jahre
30.06.: Tomasz Opieczzonek,
Bad Salzschlirf, 65 Jahre
30.06.: Melda Soyaslan-Schäfer,
Friedberg, 65 Jahre

Dr. Christian Ude neuer Präsident der Landesapothekerkammer Hessen

Die 28 Delegierten der Landesapothekerkammer Hessen haben auf ihrer konstituierenden Versammlung Mitte Januar Dr. Christian Ude zum neuen Präsidenten gewählt. Dr. Schamim Eckert aus Neu-Anspach wurde zur neuen Vizepräsidentin der Kammer gewählt.

Ude tritt die Nachfolge von Ursula Funke an. Funke stand zehn Jahre mit großem Engagement an der Spitze der Kammer und hatte nicht erneut kandidiert.

Der Landesapothekerkammer Hessen gehören rund 6.900 Apothekerinnen und Apotheker an.



Dr. Christian Ude, Präsident der Landesapothekerkammer Hessen



Dr. Schamim Eckert, Vizepräsidentin der Landesapothekerkammer Hessen

Foto: LAK Hessen

Hartmannbund Hessen: Einladung Landesdelegiertenversammlung 2025

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Landesverband Hessen, Dr. med. Lothar Born, lädt zur Landesdelegiertenversammlung 2025:

Termin: Samstag, 17. Mai 2025,
10 Uhr, danach Imbiss

Ort: APO-Bank Frankfurt
Mainzer Landstr. 275,
60326 Frankfurt/Main

Thema: Neue Entwicklungen im
Gesundheitswesen in Hessen

Referent: Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt
MdL. Er ist seit 2008 Abgeordneter des



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hessischen Landtags für die CDU und gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion. Mit seiner langjährigen Erfahrung als Hautarzt und ehemaliger Vorsitzender des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses engagiert er sich besonders für gesundheitspolitische Themen.

Anmeldung: Anmeldung bis zum 25. April erbeten, per E-Mail an: stephanie.tahden@hartmannbund.de

Goldenes Doktorjubiläum

- | | |
|---|--|
| 03.06.: Dr. med. Rüdiger von Geldern,
Witzenhausen | 18.06.: Dr. med. Maria Riegger,
Hohenstein |
| 03.06.: Dr. med. Andreas Weise,
Bad Hersfeld | 20.06.: Dr. med. Norbert Henze,
Meißen |
| 04.06.: Dr. med. Renate Paul, Kassel | 23.06.: Dr. med. Wilhelm Sbresny,
Herborn |
| 05.06.: Dr. med. Werner Reimann,
Ober-Ramstadt | 23.06.: Dr. med. Renate Henze,
Meißen |
| 18.06.: Dr. med. Wilhelm Schmidt,
Schlüchtern | 25.06.: Dr. med. Hildegard Werner,
Frankfurt |
| 18.06.: Dr. med. Hans-Thomas
Collard, Hanau | 26.06.: Prof. Dr. med. Albrecht Vogt,
Niestetal |
| 18.06.: Dr. med. Peter Ihm,
Niedernhausen | |

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

- 01.06: Christoph Schaeffer, Kassel, 80 Jahre
- 01.06.: Dr. med. Manfred Müller-Stüler, Kassel, 85 Jahre
- 04.06: Dr. med. Kurt Jung, Wehretal, 75 Jahre
- 10.06.: Dr. med. Andreas Klug, Bad Wildungen, 70 Jahre
- 12.06.: Dr. med. Regina Winkelmann-Lind, Vellmar, 65 Jahre
- 13.06.: Dr. med. Dr. phil. nat. Annette Hoppe, Frankfurt, 70 Jahre
- 14.06.: Dr. med. Hans-Günter Teichmann, Kassel, 75 Jahre
- 15.06.: Martin Krahn, Calden, 65 Jahre
- 18.06.: Dr. med. Jürgen Höpfner, Quakenbrück, 65 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Marion Werner, Kaufungen, 65 Jahre
- 23.06.: Dr. med. Gerd Stern, Fulda, 75 Jahre
- 24.06.: Dr. med. Kai Fischer, Hauneck, 65 Jahre
- 24.06.: Dr. med. Uwe Haupt, Kaufungen, 65 Jahre
- 24.06.: Dr. med. Stefan Herrmann, Korbach 65 Jahre
- 24.06.: Dr. med. Marion Seidel, Bad Arolsen, 70 Jahre
- 24.06.: Prof. Dr. med. Gerd Goeckenjan, Kassel, 85 Jahre
- 25.06.: Dr. med. Hans-Peter Ziehen, Bad Hersfeld, 90 Jahre
- 27.06.: Tatjana Derksen, Kassel, 70 Jahre
- 28.06.: Dr. med. Frank Döring, Körle, 65 Jahre



Foto: Dr. med. Peter Zürner

Erinnerung an die Menschen, die gegen Covid-19 kämpften

Zum Gedenken an den Kampf gegen die Covid-19-Pandemie: Diese Skulptur steht in Rincón de la Victoria, eine Stadt in Andalusien in der Nähe von Málaga. Der Bildhauer Nicolás Torres Priego hat diese gestiftet, um an den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte und Mediziner wäh-

rend der Pandemie zu erinnern. „In Anerkennung ihres Einsatzes, ihrer Solidarität und ihres Opfers, Rincón de la Victoria, 29. November 2022.“ Ist das nicht eine schöne Art, die Gesundheitsfachkräfte und ihren Einsatz zu würdigen?

Dr. med. Peter Zürner

Bücher



Dr. med. Barbara Bojack: Ärztinnenbuch: Pionierinnen der Medizin

Lehmanns Media 2024, 16.95€

In dem „Ärztinnenbuch: Pionierinnen der Medizin“ zeigt Barbara Bojack anhand biografischer Interviews mit Ärztinnen heute, dass es immer noch große Unterschiede bei der Besetzung von Führungspositionen zwischen Frauen und Männern gibt. Prestige-trächtige, einflussreiche Stellen werden meist von Männern

besetzt, bis auf wenige Ausnahmen. Wie Frauen häufig auf Umwegen, mit Zugeständnissen und Verzicht an ihr Ziel, die Ausübung des ärztlichen Berufs, gekommen sind, kann anhand der Interviews sehr gut nachvollzogen werden. Das Rollenbild in diesem Beruf ist immer noch das Althergebrachte: Männer können sich zielgenau auf den Beruf konzentrieren, Frauen sind eher für die Beziehung Familie/soziales Leben und dann erst Arbeit zuständig. Unterschiede in Lebensläufen, in Aufgaben und Rollenverständnis von Frauen und Männern und hierarchischen Strukturen werden deutlich.

Dr. med. Heidrun Popović

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

- 02.06.: Dr. med. Hans Merte,
Lahntal, 65 Jahre
- 04.06.: Dr. med. Guy Klein,
Marburg, 75 Jahre
- 05.06.: Birgit Lückerath, Wetter, 70 Jahre
- 12.06.: Prof. Dr. med. Rolf Maier,
Marburg, 70 Jahre
- 13.06.: Dr. med. Barbara Bluttner,
Frankenberg, 85 Jahre
- 23.06.: Dr. med. Steffen Heilmann,
Kirchhain, 80 Jahre
- 26.06.: Dr. med. Ulrike Torunsky-Canaviri
Grandon, Homberg, 75 Jahre
- 29.06.: Dr. med. Rosemarie Link,
Marburg, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 26.05.: Christof Kreuzberger,
Kiedrich, 65 Jahre
- 01.06.: Dr. med. Rainer Terhedebrügge,
Oestrich-Winkel, 75 Jahre
- 01.06.: Ortrud Pontani,
Wiesbaden, 85 Jahre
- 03.06.: Dr. med. Wolfgang Birk,
Wiesbaden, 80 Jahre
- 06.06.: Dr. med. Judith Engel,
Ingelheim, 65 Jahre
- 06.06.: Dr. med. Rainer Seltmann,
Wiesbaden, 80 Jahre
- 07.06.: Prof. Dr. med. Heinz Harbach,
Limburg, 65 Jahre
- 09.06.: Prof. Dr. med. Wolfgang Kuhl,
Wiesbaden, 95 Jahre
- 11.06.: Dr. med. David Rassi-Neto,
Bad Camberg, 80 Jahre
- 11.06.: Dr. med. Helge-Harald Boeger,
Wiesbaden, 85 Jahre
- 22.06.: Dr. med. Marion Poensgen,
Köln, 70 Jahre
- 23.06.: Dr. med. Gudrun Schnellbacher-
Daum, Hünfelden, 70 Jahre
- 27.06.: Dr. med. Gerhard Mayer,
Mainz, 75 Jahre

Ehrungen MFA

Wir gratulieren zum **50-jährigen Berufsjubiläum**: **Marita Herbert-Seipel**, seit 50 Jahren tätig in der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. Peter Geyer & Dr. med. Marco Krenzer, vormals Dr. med. Hans Schwind & Dr. med. Peter Geyer, Dr. med. Adelheid Pieper, Fulda

Wir gedenken der Verstorbenen

Hanna-Lotte Babacan-Porcher, Hofheim
* 18.01.1952 † 24.01.2025

Dr. med. Hans Christian Benöhr, Fulda
* 08.10.1936 † 25.02.2025

Dr. med. Michael Werner Odilo Bentler,
Kassel
* 04.02.1958 † 02.03.2025

Dr. med. Homi Irani, Hofheim
* 05.09.1935 † 19.02.2025

Dr. med. Hellmut Kalbe, Frankfurt
* 04.05.1950 † 11.02.2025

Dr. med. Helmuth Kirsten,
Bad Wildungen
* 02.09.1940 † 07.01.2025

Dr. med. Ute-Dagmar König, Bad Soden
* 01.02.1941 † 08.03.2025

Christoph Korfhage, Biebertal
* 03.11.1955 † 19.02.2025

Dr. med. Michael Wilhelm Kuna,
Bad Homburg
* 07.04.1955 † 22.09.2024

Peter Leib, Frankfurt
* 29.02.1956 † 30.01.2025



Foto: Isolde Asbeck

Dr. med. Karl Peter Mand, Hannover
* 14.06.1962 † 08.11.2024

Dr. med. Christel Morweiser, Biblis
* 21.06.1963 † 15.10.2024

Mark Ossowski, Petersberg
* 23.03.1969 † 19.11.2024

Dr. med. Nils Axel von Pander, Kronberg
* 03.08.1942 † 19.12.2024

Dr. med. Reinhold Saul, Linden
* 30.10.1939 † 11.03.2025

Dr. med. Wolfgang Philipp Schirner,
Kirchhain
* 05.05.1985 † 21.02.2025

Kassel: Hessenweites Kompetenzzentrum für Long Covid bei Kindern und Jugendlichen

Die Kinderklinik des Klinikum Kassel erhält Bundesmittel des Projekts „PEDNET-LC für Ausbau der Versorgung von Long Covid, Long Covid-ähnlichen Erkrankungen und ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom). In diesem Projekt werden bundesweit klinische und wissenschaftliche Strukturen etabliert, um die Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher mit Long Covid-artigen Erkrankungen aller Schweregrade zu verbessern.

Der Kasseler Standort erhält über die Projektzeit von 30 Monaten über 1,3 Mio. Euro Fördermittel. Kassel ist nach Mitteilung der Gesundheit Nordhessen Holding AG der einzige klinische Standort des PEDNET-LC in Hessen und damit föderales Zentrum für Hessen. Die Universität Marburg unterstützt das Gesamtprojekt bei der Digitalisierung. Insgesamt sind bundesweit an PEDNET-LC rund 30 klinische und wissenschaftliche Partner beteiligt. (red)

Einsendungen für „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Texte für diese HÄBL-Rubrik gerne per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Hessisches Ärzteblatt

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

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

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):

Dr. med. Peter Zürner

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

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin;
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Nina Walter M.A. (Ärztliche Geschäftsführerin)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Susanne Florin M.A., MBA (Leiterin Akademie)
Dipl. Med.-Päd. Silvia Happel (Leiterin Carl-Oelemann-Schule)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;
Karl Klamp, 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 7011-470
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: Celia Schlink, Tel. +49 2234 7011-303,
E-Mail: schlink@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Petra Schwarz,
Tel.: +49 2234 7011-262, Mobil +49 152 57125893,
E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Non-Health: Mathias Vaupel,

Tel.: +49 2234 7011-308

E-Mail: vaupel@aerzteverlag.de

Herstellung: Martina Heppner, Tel.: +49 2234 7011-278,
E-Mail: heppner@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. 11, gültig ab 01.01.2025

Druckauflage: 11.017 Ex.; Verbreitete Auflage: 10.814 Ex.

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

86. 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 6
vom 25.05.2025
ist am Mittwoch, dem 07.05.2025**

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



KLINIK DR. FRÜHAUF

Dr. Frühauf Klinik
Scheffelstraße 83
63071 Offenbach
Tel.: 069-850010
info@klinik-dr-fruehauf.de
www.klinik-dr-fruehauf.de

Die Klinik Dr. Frühauf ist ein privat geführtes internistisch kardiologisches Krankenhaus mit 36 Betten. Wir bieten unseren Patienten modernste Diagnostik- und Therapieverfahren sowie individuelle und persönliche ärztliche und pflegerische Betreuung in familiärer Umgebung. Zur Verstärkung unseres Klinik-Teams in Offenbach suchen wir ab sofort

Oberärztin/Oberarzt bzw. Fachärztin/Facharzt (d/m/w) für Psychiatrie und/oder Psychosomatik für unsere suchttherapeutische Station
in Vollzeit, Teilzeit sowie

Fachärztin/Facharzt (m/w/d) für Psychiatrie und/oder Psychosomatik mit konsiliarärztlicher Tätigkeit sowie

Fachärztin/Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin
in Voll und Teilzeit

Wir bieten einen attraktiven Arbeitsplatz in einem qualitäts-, zukunfts- und serviceorientierten Haus mit einer leistungs-gerechten Vergütung. Wir unterstützen regelmäßige Fort- und Weiterbildungen.

Bitte senden Sie ihre aussagekräftige Bewerbung an:
Dr. Frühauf Klinik, Scheffelstr. 83, 63071 Offenbach
oder: info@klinik-dr-fruehauf.de

Mitarbeit auf Augenhöhe: Familienpraxis Frauenfeld

Du bist Internist oder Allgemeinmediziner (m/w/d) und liebst deine Arbeit, aber bist genervt von der Abwärtsspirale des deutschen Gesundheitssystems? Du würdest auch ins Ausland gehen, weißt aber nicht wie oder hast Angst vor den organisatorischen Hürden? Dann haben wir eine Lösung für dich. Die Zusammenarbeit (ggf. Praxisleitung) in einer gut etablierten Praxis der Grundversorgung in Frauenfeld. Natur ist nicht weit, beste Lage. Wenig admin. Aufwand, lukratives Gehalt bei guter Work-Life-Balance. Anstellung und/oder Mitinhaberschaft. Unterstützung bei Bewilligung und gute Einarbeitung.

<https://www.familienpraxisfrauenfeld.ch> dm@sgv.vc

Näheres auf Anfrage per Telefon/WhatsApp 0041 79 832 9298

FA/FÄ für Innere Medizin o. Allgemeinmedizin (m/w/d) in Vollzeit zum nächstmöglichen Zeitpunkt gesucht - varisano MVZ

Für unseren hausärztlichen Standort am Gesundheitscampus Flörsheim suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt wir eine(n) FÄ/FA für Innere Medizin o. Allgemeinmedizin. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Kontakt: Fr. Michelle Schliephacke (Prokuristin & Praxismanagerin)
michelle.schliephacke@varisano.de

FA für Innere Medizin (m/w/d) gesucht

Wir suchen für unsere Praxis im zentralen Rhein-Main-Gebiet eine(n) Facharzt/-ärztin für Innere Medizin in Anstellung. Wir bieten das Spektrum einer großen internistischen/fachinternistischen Praxis mit insgesamt 12 Ärzten. Flexible Arbeitszeiten, 10 – 15 Std. pro Woche, übertarifliche Bezahlung, flache Hierarchie, gerne auch Berufswiedereinsteiger. Ihre Bewerbung behandeln wir natürlich vertraulich und freuen uns über eine Kontaktaufnahme per E-Mail: internistrheinmain@gmx.de

Frauenarztpraxis in Frankfurt sucht angestellte Fachärztin (m/w/d)

Moderne Frauenarztpraxis im Nordwestzentrum sucht ab dem 1.10.2025 eine angestellte Fachärztin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit. Arbeitszeit flexibel, Verdienstmöglichkeiten überdurchschnittlich, freundliches Team. Bei Interesse gerne melden:
praxis@frauenarzt-welter.de oder 0177/3088898.

FÄ/FA Frauenheilkunde oder WB-Assistenz in den letzten zwei Jahren (m/w/d) zur Weiterbildung zum Facharzt / eigenständigen Mitarbeiter in einem MVZ für Gynäkologie mit Reproduktionsmedizin-Endokrinologie-Labormedizin mit der Option der

Schwerpunktweiterbildung Reproduktionsmedizin gesucht.

WB-Ermächtigungen liegen vor.

Flexible Arbeitszeiten. Teilzeit-/Vollzeittätigkeit.

Bewerbungen erbeten an info@offenbach-kinderwunsch.de

Wir suchen ab 01.05.25 eine Kollegin/Kollegen in der Hausarztpraxis am Alice Hospital in Darmstadt. Voraussetzung

Fachärztin/Facharzt für Allgemein und/oder Innere Medizin

Hausarztpraxis am Alice Hospital Darmstadt

Dr Hannemann und Schuster • Dieburgerstraße 22

64287 Darmstadt • schuster@hausarztpraxis-am-alice.de

Bewerbung gerne elektronisch über die o.g. E-Mail Adresse

Im hessischen Justizvollzug



wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein/e

Ärztin oder Arzt (m/w/d) für die medizinische Versorgung der Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt Wiesbaden gesucht.

Bei der Justizvollzugsanstalt Wiesbaden handelt es sich um eine Einrichtung des Jugendvollzugs mit 220 Haftplätzen.

Ihre Aufgabe ist die medizinische Behandlung, Betreuung und Versorgung der Gefangenen. Ihr Einsatz erfolgt in komplett eingerichteten Praxisräumen in der JVA Wiesbaden. Unterstützung erhalten Sie durch andere Medizinerinnen und Mediziner und ein interdisziplinäres Team, welches sich aus erfahrenen und motivierten Kolleginnen und Kollegen der Justizvollzugsanstalt zusammensetzt. Gesucht werden sowohl Fachärztinnen und -ärzte vorzugsweise für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin sowie Ärztinnen oder Ärzte mit deutscher Approbation. Kenntnisse und Erfahrungen in der Therapie von HIV, Hepatitis, Tuberkulose und psychiatrischen Erkrankungen sowie die Fachkunde in der Suchtmedizin können Sie sich bei uns aneignen. Es erwartet Sie ein spannendes Arbeitsfeld, in dem Sie zwar gefordert werden, aber dennoch planbare Arbeitsbedingungen- und Zeiten vorfinden.

Wir bieten Ihnen

- eine leistungsgerechte und faire Vergütung bis max. **Entgeltgruppe 16 TV-H**,
- die Zahlung der sog. **Gitterzulage** in Höhe von **160 Euro/Monat**,
- die Zahlung weiterer Zulagen, die individuell für Sie berechnet werden,
- ein **unbefristetes Beschäftigungsverhältnis** im öffentlichen Dienst mit einem interessanten, breit gefächerten Aufgabengebiet, einem teamorientierten und IT-gestützten Arbeitsplatz,
- eine **geregelte und flexibel gestaltbare Wochenarbeitszeit** ohne Schicht-, Nacht- und Wochenenddienst,
- vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision und Teamcoaching,
- die Möglichkeit einer **Verbeamtung** im höheren Dienst bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen,
- eine **kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)**, beruflich wie auch privat, mit dem Landes Ticket Hessen,
- die Übernahme der **Beiträge zur Berufshaftpflicht und die Pflichtbeiträge der Ärztekammer**.

Vor Vertragsabschluss erhalten Sie die Möglichkeit, Ihren neuen Arbeitsplatz im Wege der Hospitation kennenzulernen.

Neben Belastbarkeit, Teamfähigkeit und Entscheidungskompetenz wird von den Bewerbenden die Bereitschaft erwartet, sich engagiert und verantwortungsvoll den besonderen Anforderungen einer Tätigkeit im Jugendvollzug zu stellen. Erforderlich sind Flexibilität, Durchsetzungsvermögen, kompetentes Auftreten, eigenverantwortliches, projekt- und zielorientiertes Arbeiten vor Ort. Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln sowie ein hohes Organisationsgeschick sind wünschenswert.

Die hessische Justiz fördert aktiv die Gleichstellung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Erwünscht sind deshalb im Rahmen der rechtlichen Vorgaben für ausgeschriebene Stellen Bewerbungen von allen Menschen, unabhängig von rassistischen Zuschreibungen, ethnischer Herkunft, Geschlecht und geschlechtlicher Identität, Religion und Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexueller Identität. Bei gleicher Eignung werden schwerbehinderte Menschen bevorzugt berücksichtigt. Der ausgeschriebene Arbeitsplatz kann in Teilzeit besetzt werden.

Bitte senden Sie die aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen bis **26. April 2025** an das Hessische Ministerium der Justiz und für den Rechtsstaat, Referat I/A1, Luisenstraße 13, 65185 Wiesbaden ([Bewerbung.Justizvollzug@HMdJ.hessen.de](https://bewerbung.justizvollzug@HMdJ.hessen.de)), bzw. über die Bewerberplattform <https://karriere.hessen.de/stellensuche/stellenangebote> zu. Telefonische Auskünfte erteilt das Personalreferat der Abteilung Justizvollzug, Herr Witzel (Tel. 0611/32-142631).

Neue Wege, neue Chancen

Wir suchen
eine Fachärztin / einen Facharzt (m/w/d)
für Kinder- und Jugendmedizin
in Bad Camberg.

- ab dem **01.02.2025**
- **Voll-/Teilzeit (mind. 20 Stunden)**
- **überdurchschnittliche Vergütung**
- **Leistungszulage**
- Digitalisierung und modernste Geräte
- Disziplinäre Zusammenarbeit im Arztteam
- keine Regressforderungen
- keine Verwaltungstätigkeiten in modernsten Räumlichkeiten
- 30 Tage Urlaub, Erstattung von Fortbildungskosten
- Firmenfahrzeug (optional)



Kontakt

Tel.: 06472-8 33 95 94 (8:00-16:30 Uhr)

E-Mail: verwaltung@medicum-mittelhessen.de

MVZ medicum.mittelhessen
EHM GmbH

FÄ/FA Innere Medizin mit den SB Internistische Endokrinologie oder Rheumatologie (m/w/d) zur eigenständigen Mitarbeit in einem interdisziplinären medizinischen Zentrum in Hessen gesucht. Flexible Arbeitszeiten/Teilzeit-/Vollzeittätigkeit bei guter Honorierung. Diskretion und Vertraulichkeit selbstverständlich. Bewerbungen erbeten an kv.sitz@gmx.net

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

Finden Sie qualifiziertes Fachpersonal in Ihrer Umgebung mit einer Stellenanzeige im Hessischen Ärzteblatt!

Wir beraten Sie gerne:

Verkauf Stellenmarkt

Telefon 02234 7011-250

stellenmarkt@aerzteverlag.de



Vertretungsangebote

Pädiater/in gesucht

Für unsere Kinder- und Jugendarztpraxis mit breitem Leistungsspektrum suchen wir eine(n) Fachärztin/arzt als Vertretung (freiberuflich oder als Sicherstellungsassistent). Jobsharing auch verhandelbar. Bevorzugte Arbeitstage Donnerstag und Freitag.

Kinderarztpraxis Dr. Dittmar, Bad Soden

e-mail: egdittmar@hotmail.com, mobil 01772921766

Assmus & Lauer Ges. f. Praxisvermittlung kg

vermittelt Ihre Praxis zuverlässig und diskret.

Unsere Geschäftsführerin, **Frau Martina Ulrich**, ist seit Jahren eine erfahrene und engagierte Ärztspartnerin. Wir beraten und arbeiten in Kooperation mit **Herrn Rechtsanwalt Peter Kröll**.

Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung KG

Nahestr. 46, 55593 Rüdesheim/Nahe Tel. 0671 92035840

ulrich@assmus-lauer-kg.de

www.assmus-lauer-kg.de

Rufen Sie uns an!

Stellengesuche

Erfahrene HNO-Fachärztin

sucht neue Tätigkeit in etablierter Praxis, Raum Frankfurt oder vorderer Taunus. Gern mit Option auf Teilhaberschaft od. langfristige Perspektive

praxismitarbeit@yahoo.com

Phlebologie, Angiologie

Facharzt für Chirurgie sucht Teilzeitstelle Gefäßsprechstunde in Praxis/Klinik. Langjährige Erfahrung Duplex Art. u. Ven., Varizenchirurgie konv. u. endoven., Sklerotherapie. Raum Rhein/Main u. Mittelhessen
Kontakt: ccl.schulte@t-online.de

Erfahrene Allgemeinchirurgin

(53 Jahre) z. Zt. in ungekündigter Stellung sucht Anstellung als Oberärztin in Allgemeinchirurgie/Visceralchirurgie oder Praxistätigkeit im Großraum Frankfurt/ Taunus, gerne Teilzeit, für Rückfragen stehe ich gerne jederzeit zur Verfügung. kt-chirurgie@gmx.de

Ambulante/Stationäre Kooperation



Die Lahn-Dill-Kliniken GmbH (Klinikum Wetzlar-Braunfels und Dill-Kliniken) ist ein modernes, zukunftsorientiertes Klinikum in Mittelhessen und versorgt jedes Jahr über 40.000 stationäre Patienten an den Standorten Wetzlar, Braunfels und Dillenburg.

Für die Abteilung Urologie an unserem Standort Dill-Kliniken Dillenburg, die im kooperativen Belegarztsystem geführt wird, schreibt die Lahn-Dill-Kliniken GmbH zum nächstmöglichen Zeitpunkt das

Angebot zum Abschluss eines Belegarztvertrages

mit einer Ärztin/einem Arzt der Fachrichtung Urologie für die urologische Belegabteilung der DILL-KLINIKEN Dillenburg

aus.

Sofern wir Ihr Interesse geweckt haben, richten Sie ihre Bewerbung bitte an die **Lahn-Dill-Kliniken GmbH, Geschäftsführung, Forsthausstraße 3, 35578 Wetzlar**.

Bewerbungsschlussstermin: vier Wochen nach Erscheinen dieser Ausschreibung.

Praxisabgabe

Umsatzstarke, moderne **HNO-Praxis** abzugeben. Amb. OP, hoher Privatanteil. **Großraum FFM/Taunus**. Im Kundenauftrag. **HÄ 058967**

Privatärztliche Kardiologisch-Innere Medizinische Praxis in einem hessischen Kurbad zum 01.09.2025 oder 01.01.2026 abzugeben

Inhaber ist Privat-Dozent und geht in den Ruhestand, Konditionen verhandelbar.

HÄ 058948

Psychotherapeutische Praxis abzugeben

Kassenarztsitz psysom. Medizin 0,5 od. 1,0 Versorgungsauftrag, PLZ 64 auch an Psycholog/inn/en baldmöglichst abzugeben. € 20/40 Tsd. **HÄ 058877**

Psychother. Gemeinschaftspraxis in Wiesbaden Verkauf zum Jahresende.

Ärzteehepaar verkauft zum Jahresende ihre Psychother. Praxis, er FA für Psychother. Medizin, sie Ärztin-Psychotherapie, jeweils ein halber Arztsitz, an Ärzte oder Psychologen. **Tel. 0611-846962 od. 01629531015.**

Allgemeinmedizin Privatpraxis nahe Frankfurt/M

Langjährig etabliert, sehr gute Lage, bestausgestattet, ertragsstark, n. Absprache abzugeben. praxis.vordertaunus@outlook.de

Praxisräume

Praxisfläche in einem etablierten Ärztehaus in zentraler Lage Offenbachs zu vermieten. 550 qm, mehrere Zimmer, flexible Aufteilung und Umbau nach Mieterwunsch möglich mit Beteiligung an den Umbaukosten, Repräsentativer Eingangsbereich, Aufzug, ausgestattete Teeküchen Datenverkabelung für EDV. Auf Wunsch Klimaanlage, Dauermietparkplätze, Besucherparkplätze im öffentlichen Parkhaus in unmittelbarer Umgebung. **Tel. 0172-7536709**

Kurse/Seminare/Veranstaltungen

Alfred Adler Institut Mainz

Weiterbildung in Psychotherapie für Fachärzte/innen in TP / PA (Tiefenpsychologisch fundierte Therapie / Psychoanalyse)
Interessenten können sich ab sofort über folgende Mailadresse melden (bitte mit Telefonnummer) Sie erhalten zeitnah einen Rückruf. Die Anerkennung durch die Ärztekammer liegt vor.

mainz@adler-institut.de

www.adler-institut-mainz.de

**3 CME
Punkte**

DERMATOSKOPIE GRUNDKURS

Neu! Verschaffen Sie sich Sicherheit im Behandlungsalltag:
Von den Basics zum erfolgreichen therapeutischen Management
mit einem der führenden Experten in dem Fachgebiet,
Prof. Dr. Andreas Blum aus Konstanz.

INHALT:

- Hautuntersuchung – Anamnese und Klinik
- Warum Dermatoskopie?
- Kurz, knapp und hilfreich: Physik der Dermatoskopie
- Hautläsionen: erfolgreiches, dermatoskopisches therapeutisches Management
- Erste Schritte zur richtigen Diagnose

KURSIONFORMATIONEN:

Ausgerichtet an: Ärztinnen und Ärzte

Dauer: ca. 135 Minuten

Format: Online – Teil einer Kursreihe

Kosten: 99 € zzgl. MwSt.

Zertifizierung: 3 CME-Punkte (von der Ärztekammer Nordrhein)

mehr erfahren:



ZERTIFIZIERT DURCH DIE ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

GOÄ

Optimieren Sie Ihre Privatabrechnung mit dem Online-Kommentar zur GOÄ!

Das Autoren-Team unter Leitung von Dr. Regina Klakow-Franck garantiert Ihnen als ausgewiesene GOÄ-Expertinnen und -Experten besondere Praxisnähe. Gerichtsurteile, Stellungnahmen der Ärztekammern und Beschlüsse der Gebührenordnungsausschüsse der Bundesärztekammer liefern Ihnen ein hohes Maß an Rechtssicherheit.

Das sind Ihre Vorteile:

- Einnahmen sichern
- Schnell ans Ziel
- Vorsprung durch Spezialwissen
- Volle Transparenz
- Kontinuierliche Aktualisierungen

Die Onlineversion des GOÄ-Kommentars ist Bestandteil unseres Portals abrechnung-medizin.de mit vielen weiteren Inhalten zu Abrechnung und Kodierung.

Privatliquidation stets aktuell und rechtssicher!



Begründet von Dietrich Brück, fortgeführt von Regina Klakow-Franck (Hrsg.)

**Einzelplatz-Lizenz mit 12-monatigem Zugang:
€ 109,00 inkl. MwSt.**



Mehrplatzlizenzen zu attraktiven Staffelpreisen – sprechen Sie uns gerne an:

- telefonisch unter **Tel. 02234-7011-335**
- per E-Mail an kundenservice@aerzteverlag.de



Mehr Infos, die Bestellmöglichkeit und den Weg zum kostenlosen Test-Zugang finden Sie unter:

<https://www.praxisbedarf-aerzteverlag.de/wissen/buecher-ebooks/abrechnung/>

**Jetzt 30 Tage
gratis testen!**