Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 6 | 2025
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 86. Jahrgang

Reizdarmsyndrom

Foto: © hk_design – stock.adobe.com

Post-Covid
Interview mit Carola Jantzen, Leiterin der Long-Covid-Selbsthilfegruppe in Kassel und selbst Betroffene

Carl-Oelemann-Schule
Blick hinter die Kulissen: Von der Ausbildung bis zur Aufstiegsfortbildung für medizinische Fachberufe

Eisschwimmerin
Alexa Ortwein ist Ärztin in Weiterbildung am Krankenhaus Nordwest und hat eine coole Leidenschaft

ANZEIGE

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 Infektionserkrankungen 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.

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

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

On-Demand verfügbar nach der Veranstaltung

*Änderungen vorbehalten

Mit freundlicher Unterstützung

GSK MSD Pfizer sanofi

In Kooperation mit Deutsches Ärzteblatt

Veranstaltet von Deutscher Ärzteverlag

Dem Gemeinwohl verpflichtet

Das Warten auf die Lösung des Rätsels, wer die politische Leitung des Bundesgesundheitsministeriums übernimmt, hat ein Ende und niemand soll nun sagen, dass ein eigentlich im Rentenalter befindlicher Bundeskanzler nicht zu überraschenden Lösungen fähig ist, denn – ganz ehrlich – niemand hatte die CDU-Politikerin Nina Warken für dieses Amt auf dem Schirm. Vor ihr liegen große und enorm herausfordernde Aufgaben, die bewältigt werden wollen und vor allem müssen. Ich gratuliere Ministerin Warken zu dem neuen Amt.

Anders als ihre Amtsvorgänger wird sie keine weiteren Wohltaten verkündigen können, sondern wohl oder übel unangenehme Wahrheiten aussprechen und daraus die entsprechenden Konsequenzen ziehen müssen. Das gehört für mich in die Königsklasse der Politik, denn die Bundesregierung ist nicht einzelnen Gruppen oder gar einzelnen Personen verpflichtet, sondern unter Beachtung des Grundgesetzes dem Wohl des gesamten Volkes. Nicht wenige politische Beobachter sagen, dass die Aufgabe als Bundesgesundheitsministerin oder -minister am Ende einer politischen Laufbahn stehen sollte, wenn also das persönliche Risiko deutlich begrenzt ist. Daher zolle ich Ministerin Warken (46 Jahre) Respekt für den Mut, dieses Amt zu übernehmen.

Die Gemeinwohlverpflichtung gilt übrigens auch für die Ärztekammern, die prädestiniert sind, die Politik aufgrund ihrer praktischen Erfahrung zu beraten. Bei dieser Gelegenheit möchte ich allen Kolleginnen und Kollegen danken, die sich ehrenamtlich in der Landesärztekammer Hessen engagieren, denn genau dieses Zusammenwirken aus hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ehrenamtlich wirkenden Ärztinnen und Ärzten sorgt für fundierte Beratungen und Empfehlungen. Das zeigt sich auch im Zusammenschluss der Landesärztekammern, sprich der Bundesärztekammer, die vor wenigen Tagen das Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung“ veröffentlichte, in dem sowohl ein Primärarztsystem als auch der Zugang zur Notfallversorgung beschrieben werden. Auf diesem Papier kann die neue Bundesgesundheitsministerin aufsetzen. Das gilt auch für die neue GOÄ. Der Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig wird hoffentlich entscheiden, der neuen Bundesregierung einen von Ärzteschaft und PKV-Verband gemeinsam getragenen Entwurf für eine neue GOÄ vorzulegen. Damit könnte das seit vielen, vielen Jahren überfällige Novellierungsverfahren angestoßen werden. Es liegt im Wesen eines Kompromisses, dass die Beteiligten nicht alle ihrer ursprünglichen Forderungen durchsetzen können, was manches Mal sogar schmerzhaft sein kann. Ohne Zugeständnisse von beiden Seiten ist zu befürchten, dass die Ärzteschaft bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag auf eine neue GOÄ warten müsste. Auch in manchen CDU-Kreisen wird übrigens eine Einheits- bzw. Bürgerversicherung durchaus wohlwollend diskutiert.

Das Warten auf die bundesweite Einführung, neudeutsch Rollout, der elektronischen Patientenakte ePA hat hingegen ein Ende. Doch kaum hatte Ex-Gesundheitsminister Lauterbach deren bundesweiten Start verkündigt, zeigte der Chaos Computer Club die nächste Sicherheitslücke auf. Auch wenn diese schnell geschlossen wurde, sind die Aussagen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik „Eine endgültige technische Lösung für die bislang skizzierten Angriffsszenarien ist bereits entwickelt und wird voraussichtlich Anfang 2026 durch die Betreiber der ePA implementiert werden können“, für Versicherte wenig vertrauenserweckend. Das absolut wünschenswerte Projekt ePA wird so fast schon torpediert. Und wer muss die Fragen besorgter oder auch nur interessierter Patientinnen und Patienten beantworten? Sie ahnen bzw. wissen es schon aus leidvoller Erfahrung. Es ist nicht das Bundesgesundheitsministerium, es sind nur selten die Krankenkassen, nein, es sind natürlich vor allem die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Dies zeigt nebenbei übrigens, wem Patientinnen und Patienten zu Recht vertrauen.

Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Inhalt

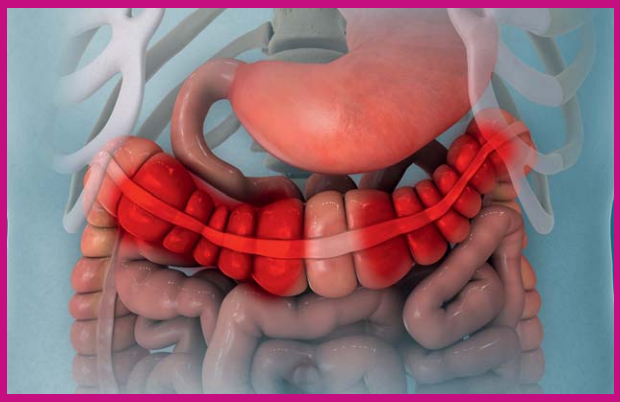


Foto: © Nathan Devery com – stock.adobe.com

CME: Reizdarmsyndrom
Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist die häufigste und wichtigste Darmerkrankung mit einer Prävalenz (je nach Diagnosekriterien) zwischen 4 % und 17 % in Deutschland. Der zertifizierte Fortbildungsartikel behandelt Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie.

325

Foto: Christina Kallweit-Stärz

Schule für medizinische Fachberufe
Blick hinter die Kulissen: Im Rahmen einer Serie stellen sich die Abteilungen der Landesärztekammer Hessen vor. In diesem Teil: die Carl-Oelemann-Schule (COS). Hier lernen medizinische Fachberufe umfassend, von der Ausbildung bis zur Aufstiegsfortbildung.

334

Editorial: Dem Gemeinwohl verpflichtet ... **319**
Aus dem Präsidium: Gesundheitsreform – quo vadis ... **322**

Ärztekammer
Lernen an der Carl-Oelemann-Schule: von der Ausbildung bis zur Aufstiegsfortbildung ... **334**
Save the date: Symposium Oranienstein 3.0 am Freitag, 19. September ... **341**
Zu Gast beim Sanitätsregiment 2 in Rennerod ... **356**

Personalia ... **357**

Recht: Dekubitus: Ärztliche Pflichten zur Vermeidung und Behandlung ... **340**

Der interessante Fall: Spondylotische zervikale Myelopathie ... **354**

Ansichten und Einsichten: Die neue GOÄ – eine Chance ... **357**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ... **344**
- **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ... **350**
- **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** ... **360**

Fort- und Weiterbildung
Das Reizdarmsyndrom ist eine organische Erkrankung ... **325**
Medizinische Versorgung von Frauen und Mädchen nach weiblicher Genitalbeschneidung ... **352**

Medizinische Fachangestellte: Onlinetraining für soziale und emotionale Kompetenzen ... **336**

Foto: privat

Nach dem Dienst in den kalten See

Alexa Ortwein ist Ärztin in Weiterbildung am Krankenhaus Nordwest und hat eine coole Leidenschaft: Eisschwimmen. Das Hessische Ärzteblatt fragte die 27-Jährige aus Offenbach am Main nach den Hintergründen für ihre Begeisterung fürs eisig kalte Nass.

338

Foto: privat

Corona und kein Ende

Im Gespräch mit Carola Jantzen, die mehr als 20 Jahre die Kontakt- und Informationsstelle der Selbsthilfegruppen in Kassel (KISS) leitete und heute als Betroffene die Post-Covid-Selbsthilfegruppe leitet, wird deutlich: Es besteht ein dringender Bedarf an mehr Aufklärung.

323

Forum

Interview mit Carola Jantzen, Leiterin der Post-Covid-Selbsthilfegruppe in Kassel und selbst Betroffene ... 323
Eisschwimmen ist okay – kalt Duschen aber nicht ... 338
166. Bad Nauheimer Gespräch über Antibiotikaresistente Erreger: Phagen gegen die stille Pandemie ... 342
Das Forschungspraxennetz Allgemeinmedizin Frankfurt am Main (ForN) ... 358
Im Klinikum Darmstadt gibt es „Kollegiale Krisenbegleiter*innen“ ... 359

Bücher

Schweitzers Lambarene – Ein globales Spital im kolonialen Afrika ... 337
Freikorps, Korporationen und Kolonialismus – Soziale Herkunft von Nazi-Ärzten ... 339
Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien ... 369
Modelle von Gesundheit und Krankheit: Lehrbuch Gesundheitswissenschaften ... 369

Impressum ... 372

Bücher

Fettleber vorbeugen und behandeln

Prof. Dr. med. Elke Roeb

S. 353

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)

Gesundheitsreform – quo vadis

Wir haben in den vergangenen Jahren einen bis in die Haarspitzen motivierten Bundesgesundheitsminister erlebt, der die von allen Teilnehmern im Gesundheitswesen geforderten Reformen endlich strukturell angehen wollte. Dazu gab es eine prominent besetzte Regierungskommission, die in insgesamt zwölf Stellungnahmen den Ist-Zustand analysiert und Reformvorschläge gemacht hat, unter anderem mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Aber auch mit einem bunten Strauß weiterer Gesetze hat sich in einem wesentlichen Punkt bislang nichts geändert: Der Patient steht nicht im Mittelpunkt des Handelns.

Foto: Peter Jülich

„Den Menschen in seiner Ganzheit wahrnehmen“

Debatten am Patienten vorbei

Vielmehr beschäftigen wir uns mit Sektorengrenzen, mit Fallpauschalen, den Details der Abrechnung, Feinheiten der GOÄ. Das sind alles wichtige Themen, die nicht zuletzt relevant sind für das wirtschaftliche Überleben von Praxen und Krankenhäusern. Wenn wir aber einen Schritt von den objektiven eigenen Problemen zurücktreten, dann erkennen wir, dass wir uns in unseren Debatten immer weiter vom Patienten entfernen. Nehmen wir die sogenannten Leistungsgruppen, derer es aktuell 61 geben soll. Jede Leistungsgruppe konzentriert sich auf eine dieser sogenannten Leistungen, mal weiter, mal enger gefasst. So gibt es vier Leistungsgruppen für den Ersatz von Hüft- oder Kniegelenken.

Parallel führen wir in die Versorgung viele weitere Mindestmengen ein. Wenn man nicht mindestens so viel von x im Zeitraum y macht, dann darf man es nach dem Zeitraum y gar nicht mehr machen, bzw. bekommt es nicht mehr bezahlt. Noch extremer ist die Planung bei bestimmten onkologischen Erkrankungen, wo dann immer die 15 % der Anbieter mit den niedrigsten Zahlen automatisch nicht mehr an den Markt dürfen. Diese Maßnahmen führen zu einer Konzentration von Angeboten, was heißt, dass eine eher kleinere Zahl von Anbietern die Leistung abrechnen darf. Diese werden dann aber auch von der Erbringung dieser Leistungen existenziell abhängig. In anderen Worten, wenn ich mindestens 50 Operationen von x machen muss, um weiter abrechnen zu dürfen, dann muss ich die eben auch machen. Das führt, ohne dabei irgendwem zu nahe treten zu wollen, regelhaft dazu, dass Indikationen entsprechend gestellt werden.

Zersplitterung der Versorgung

Wir haben zudem mit den aktuell zu erwerbenden 46 Facharztweiterbildungen, zehn Schwerpunkten und 57 Zusatzweiterbildungen eine Zersplitterung der Versorgung in immer kleinere Teile. Damit entfernen wir uns zwangsläufig immer weiter vom Patienten als Gesamtorganismus, der, wenn es auch abgegriffen klingen mag, mehr ist als ein Herz plus zwei Nieren plus eine Lunge plus etwas über 200 Knochen und so fort. Wenn ich Flankenschmerzen rechts habe, dann kann ich je nach Fachrichtung des Kollegen eine Nierenkolik, eine Gallenkolik, eine gebrochene Rippe, eine Angina pectoris oder eine Peritonitis haben. Das alles kann man in 27 Jahren Konsiltätigkeit erfahren. Und das liegt nicht daran, dass diese Kollegen grundsätzlich schlechte Ärzte wären, im Gegenteil, sie sind oft hervorragende Spezialisten auf ihrem jeweiligen Gebiet. Unsere immer kleinteiligere spezialisierte Ausbildung, das ökonomische System, in dem wir alle arbeiten, führen uns aber immer weiter davon weg, den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen.

Prävention als höchste Priorität

Wenn man die Medizin als buisiness case neu erfinden wollte und die customer experience in den Mittelpunkt stellen würde, dann würden wir den Patienten ins Zentrum unserer Überlegungen stellen. Wie kommt dieser Mensch schnell an eine Untersuchung? Welche Untersuchungen sind wirklich erforderlich und wie erhält er diese in kürzest möglicher Zeit? Wie führen wir die Ergebnisse der Untersuchungen so zusammen, dass sie für den Patienten und jeden Behandler jederzeit zur Verfügung stehen? Wie vermeiden wir lange Wege und lange Wartezeiten? Wie vermeiden wir, dass aus den Menschen überhaupt Patienten werden? Die Prävention hätte in einem wirklich patientenorientierten System die höchste Priorität aller Maßnahmen.

Dr. med. Christian Schwark
Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen

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

Corona und kein Ende

Interview mit Carola Jantzen, Leiterin der Long-Covid-Selbsthilfegruppe in Kassel und selbst Betroffene

Selbsthilfe ist eine essenzielle Stütze im Gesundheitswesen und spielt eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Erkrankungen. Sie bietet Betroffenen eine Plattform für Austausch, gegenseitige Unterstützung und Stärkung. Besonders bei komplexen oder wenig erforschten Krankheitsbildern wie Long/Post Covid* ist diese Form der Hilfe unverzichtbar. Im Gespräch mit Carola Jantzen, die mehr als 20 Jahre die Kontakt- und Informationsstelle der Selbsthilfegruppen in Kassel (KISS) leitete und heute als selbst Betroffene die Long-Covid-Selbsthilfegruppe leitet, wird deutlich: Es besteht ein dringender Bedarf an mehr Aufklärung.

Foto: privat

Carola Jantzen

Post-Covid-Patienten erleben oft soziale Isolation. Welche Bedeutung hat hier die Selbsthilfe?

Carola Jantzen: Eine enorme. Gerade Menschen mit starker chronischer Erschöpfung bzw. ME/CFS vereinsamen stark, da sie nicht mehr in ihren gewohnten Alltag zurückkehren können. Unsere Gruppe bietet – je nach Verfassung der Mitglieder – online oder in Präsenz eine Möglichkeit zur Vernetzung. Sie hilft, sich verstanden zu fühlen und gemeinsam Strategien für den Umgang mit der Krankheit zu entwickeln. Viele von uns waren vor ihrer Erkrankung sehr leistungsorientiert: Erzieherinnen, Sozialarbeiter, Lehrerinnen, Ärztinnen oder sogar Leistungssportler. Plötzlich ist das alte Leben vorbei, und die einfachsten Aufgaben werden zu unüberwindbaren Hürden. Diese Erfahrung verbindet uns. Der Austausch mit anderen Betroffenen hilft ungemein, denn oft fehlt es Außenstehenden an Verständnis für die Tragweite dieser Krankheit. Viele wissen selbst nicht, was mit ihnen geschieht, fühlen sich alleingelassen und werden häufig vorschnell in die psychosomatische Ecke geschoben. Genau solche Themen besprechen wir in unserer Selbsthilfegruppe.

Sie sind selbst betroffen. Wie wirkt sich Post Covid auf Ihren Alltag aus?

Jantzen: Ich habe mich im November 2023 zum dritten Mal mit Corona infiziert, obwohl ich dreimal geimpft war. Schon die Impfungen hatten mich stark mitgenommen, doch ich bin trotz Krankheit schnell wieder arbeiten gegangen. Nach der letzten Infektion war jedoch alles anders: Anhaltender Husten, dauerhafte Erschöpfung, massive Konzentrationsstörungen. Lesen, Fernsehen oder Musik hören wurden unmöglich, da meine Sinne völlig überreizt waren. Mein Hausarzt meinte zunächst nur, derzeit seien viele erkältet. Über Monate hinweg erhielt ich keine gezielte Behandlung. Wohin entwickelt sich diese Krankheit? Wird es bleiben? Wird es schlimmer? Auf diese Fragen hatte ich keine Antworten – genau wie viele andere Betroffene. Diese Ungewissheit führt ganz nachvollziehbar zu Ängsten mit Panikattacken und Herzrasen, wird jedoch von Ärzten häufig nicht ernst genommen. Besonders verstörend ist der sogenannte Brain Fog. Plötzlich fehlen einem die Worte für einfachste Dinge. Ich wusste nicht mehr, wie meine Chefin hieß – erst eine halbe Stunde später fiel es mir wieder ein. Das erschreckendste Erlebnis war, als ich im Auto an einer roten Ampel stand und plötzlich nicht mehr wusste, wo ich war. Ein Mitglied unserer Gruppe, die zweisprachig ist, hat für mehrere Tage die deutsche Sprache vergessen. Erst eine Woche später konnte sie wieder eine Nachricht auf Deutsch verfassen. Offensichtlich gehen Verbindungen im Gehirn verloren, zum Glück oft nur vorübergehend, und neuropsychologisches Training bringt gute Erfolge.

Wie waren Ihre Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten?

Jantzen: Da mein Puls dauerhaft zu hoch war, suchte ich einen Kardiologen auf. Ich konnte keine Treppen mehr steigen, doch dort musste ich ein Belastungs-EKG machen. Für Post-Covid-Patienten ist das fatal – am nächsten Tag lag ich flach. Beim Pulmonologen wurde eine Ergospirometrie durchgeführt – ebenfalls Fahrradfahren unter Belastung, mit zusätzlicher Atemmaske. Auch wenn ich es geschafft habe, hatte ich danach einen massiven Zusammenbruch. Mittlerweile wird diskutiert, ob solche Testverfahren für Post Covid-Patienten ethisch vertretbar sind. Im Übrigen bin ich mit der Diagnose „kerngesund" aus diesen Testverfahren hervorgegangen.

Info

Selbsthilfegruppen in Hessen sind zu finden über die Seite der Landeskoordinierungsstelle Selbsthilfe Hessen: https://selbsthilfe-hessen.net

* Der eigentliche Name der Gruppe lautet „Long-Covid-Selbsthilfegruppe Kassel", aber im medizinischen Kontext ist der Begriff „Post Covid" zutreffender.

Welche Themen besprechen Sie in Ihrer Gruppe?
Jantzen: Die Gruppe hilft, nicht zu verzweifeln. Wir tauschen Wissen, Erfahrungsberichte und praktische Tipps aus. Ein großes Thema ist Pacing – das richtige Einteilen der Energiereserven. Viele überschätzen sich an guten Tagen, was zu starken Rückschlägen führt. Häufig merkt man erst zu spät, dass man sich überlastet hat, da die Erschöpfung mit ein bis zwei Tagen Zeitverzögerung einsetzen kann, die sogenannte PEM, Postexertionelle Mailaise. Dann wird man vom Körper gezwungen, Pause zu machen.
Ein wichtiges Thema ist, kompetente Anlaufstellen im ärztlichen System zu finden und lange Wartezeiten zu vermeiden. Dafür wird die Selbsthilfegruppe zum Systemwegweiser. Neben der Diskussion der neuesten Forschungsergebnisse sprechen wir aber auch viel über Nahrungsergänzungsmittel und Naturheilmittel. Da tut sich ein großer Markt auf. Und es ist tatsächlich so, dass wir das einfach ausprobieren. Was bleibt uns denn übrig? Wenn jemand berichtet, dass es ihm besser geht, weil er ein bestimmtes Mittel genommen hat, testen es andere oft auch. Zum Glück hat es bisher niemandem groß geschadet. Es ist ein Versuch und eine Möglichkeit, die Hoffnung aufrechtzuerhalten. Dabei geht es nicht nur um Linderung, sondern auch um Selbstwirksamkeit. Es tut gut, wenn man merkt, dass man durch eigenes Handeln seinen Zustand ein Stück weit beeinflussen kann.

Was sind die größten Herausforderungen im Umgang mit dem Gesundheitssystem?
Jantzen: Viele Hausärzte sind mit Post Covid nicht vertraut und neigen dazu, die Symptome als psychosomatisch abzutun. Ich hatte das Glück, mich durch meine Arbeit bei der Selbsthilfekontaktstelle mit der Thematik auszukennen. Doch viele Betroffene stehen hilflos da und bekommen zu hören: „Sie haben nichts." Ein weiteres großes Problem ist, dass Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Reha-Kliniken oft nicht auf Post Covid eingestellt sind. Die Betroffenen werden häufig in psychosomatische Reha-Maßnahmen geschickt, die sie körperlich aktivieren und damit in die chronische Erschöpfung treiben. Es gibt sogar Kliniken, die mit Post-Covid-Programmen werben, aber weder über Pacing (Energiemanagement) informieren, noch dieses akzeptieren. Wer bestimmte Übungen nicht durchführen kann, wird als „nicht kooperativ" abgestempelt. In unserer Gruppe sprechen wir darüber, welche Kliniken wirklich weiterhelfen – und welche nicht.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?
Jantzen: Wir brauchen mehr Aufklärung und spezialisierte Anlaufstellen. In Nordhessen gibt es zum Beispiel keine Fachambulanz – wir müssen nach Göttingen fahren, mit Wartezeiten bis zu einem dreiviertel Jahr. Diese Anlaufstellen sind jedoch notwendig, um eine gesicherte Diagnose zu erhalten und Sozialleistungen zu beantragen. Zudem sollten Reha-Konzepte überarbeitet und Krankenkassen besser informiert werden. Die über die finanzielle Situation der Patienten entscheidenden Gutachter sollten dringend ihr Wissen aktualisieren. Eine falsche Einschätzung an dieser Stelle belastet die Erkrankten häufig lebenslang genauso schwer wie die Erkrankung selbst. Mein Wunsch ist, dass das Bewusstsein für Post Covid in der ärztlichen Gemeinschaft wächst und Betroffene endlich ernst genommen werden.

Interview: Dr. med. Peter Zürner, Maren Siepmann

Videofortbildung für Haus- und Fachärzte zum Thema ME/CFS

Eine Videofortbildung für Haus- und Fachärzte zum Thema ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) und Post Covid unter Leitung von Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen, Charité Berlin, ist mit 2 CME der Ärztekammer Hamburg zertifiziert. Diese dauert zwei Stunden und ist kostenfrei über die Internetseite der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS e. V. zugänglich:
https://www.mecfs.de/informationen-fuer-aerztinnen-und-aerzte/aerzteportal/on-demand-fortbildung/

Schlüsselrolle Ernährung

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen bietet – methodisch-didaktisch abwechslungsreich vermittelt – eine Kurs-Weiterbildung zum Thema Ernährung an: die Erkennung, Behandlung und Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen sowie von Erkrankungen, die durch angeborene oder erworbene Stoffwechselstörungen hervorgerufen werden.
Die Kurs-Weiterbildung (100 UE) ist ein Element zur Erlangung der Zusatz-Weiterbildung „Ernährungsmedizin" und führt eigenständig zum Erwerb der Strukturierten Curricularen Fortbildung „Ernährungsmedizinische Grundversorgung".

Ernährungsmedizin – Kurs-Weiterbildung (100 UE)	
Termin:	Beginn 22.08.2025
Information und Anmeldung:	Susanne Schubert-Wallmeyer Fon: 06032 782-202 E-Mail: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/pvb7dvsh

www.akademie-laekh.de

Das Reizdarmsyndrom ist eine organische Erkrankung

VNR: 2760602025207380003

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Prof. Dr. med. Thomas Frieling

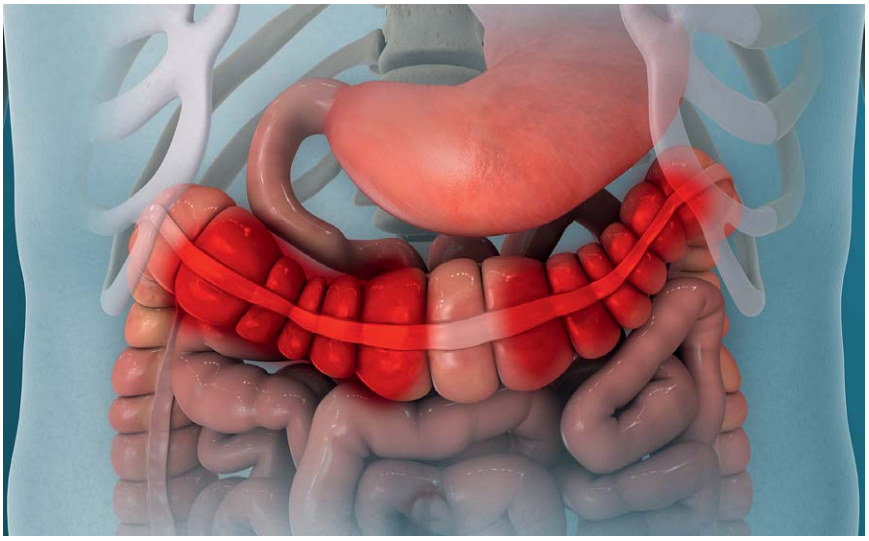


Foto: © Nathan Devery com – stock.adobe.com

Einleitung

Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist die häufigste und wichtigste funktionelle Darmerkrankung mit einer Prävalenz (je nach Diagnosekriterien) zwischen 4 % und 17 % in Deutschland. Frauen sind allgemein doppelt so häufig betroffen. Betroffene leiden unter variablen gastrointestinalen Beschwerden, die länger als drei Monate anhalten und auf den Darm bezogen werden. Es ist charakterisiert durch chronische Bauchbeschwerden, für die sich in der Routinediagnostik kein ursächliches „organisches" Korrelat finden lässt – insbesondere Bauchschmerzen, Blähungen/aufgetriebener Leib und Stuhlgangveränderungen (Diarrhoe/Obstipation).

Charakteristisch ist dabei eine stark beeinträchtigte Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, deren hoher Leidensdruck häufige ärztliche Konsultationen nach sich zieht. Organische Ursachen lassen sich dabei nicht feststellen. Die Folge sind (unnötig) wiederholte diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Damit kommt dem RDS auch eine nicht zu unterschätzende sozioökonomische Bedeutung zu.

War das Reizdarmsyndrom in der Vergangenheit nicht selten mit dem Stigma einer harmlosen psychosomatischen Befindlichkeitsstörung behaftet, wird es heute mit wachsendem Verständnis der Pathophysiologie als „organische Erkrankung" angesehen. Auch werden zunehmend moderne, gezieltere Therapien für das RDS entwickelt.

Häufigkeit und sozialmedizinische Relevanz des Beschwerdekomplexes, Leidensdruck und Einschränkungen der Lebensqualität vieler Betroffener sowie Unsicherheit und Frustration von Betroffenen und Ärzten bezüglich Diagnostik und Therapie machen eine leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie sinnvoll. In Anlehnung an die aktualisierte Leitlinien fasst dieser Beitrag das aktuelle Wissen zu Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie dieser häufigsten Darmerkrankung zusammen.

Definition

Seit mehr als vier Jahrzehnten wird versucht, eine praktisch brauchbare und dabei wissenschaftlich präzise Definition für das RDS zu finden. An erster Stelle ist die Klassifikation im Rom-Prozess (aktuell: Rom-IV-Version [1]) zu nennen, in der die Charakterisierung des Syndroms dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst wurde. In der klinischen Praxis hat sich die Definition der deutschen aktuell gültigen S3-Leitlinie bewährt [2]:

- Es bestehen chronische, mindestens seit drei Monaten anhaltende Beschwerden, die auf den Darm bezogen werden und in der Regel (allerdings nicht obligat) mit Stuhlgangveränderungen einhergehen.
- Das Ausmaß der Beschwerden begründet, dass der Betroffene deswegen Hilfe sucht und hierdurch auch in seiner Lebensqualität nachvollziehbar beeinträchtigt ist.
- Es dürfen im Rahmen der Routinediagnostik keine anderen pathologischen Befunde erhoben werden, welche diese Symptome wahrscheinlich verursachen.

Klinik

Die klinische Manifestation des RDS (Symptomatik, Anamnese, körperlicher Untersuchungsbefund) kann suggestiv sein. Sie erlaubt jedoch in der Regel keine sichere Abgrenzung zu einer differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden „organischen" Erkrankung. In aller Regel besteht ein Symptomkomplex mit den Komponenten

- Bauchschmerzen und/oder Darmkrämpfe,
- Stuhlgangveränderungen (Obstipation, Diarrhoe oder beides im Wechsel) sowie
- meist auch Blähungen/abdominelle Distension und/oder Flatulenz.

Die Symptome können in unterschiedlichen Kombinationen auftreten, wechseln sich in ihrer relativen Schwere oft ab und können sich zwischenzeitlich (weitgehend) zurückbilden. Insgesamt bleibt das Syndrom aber in sich in etwa stabil; eine sich immer weiter steigernde Progredienz ist nicht typisch.

In Abhängigkeit von den dominierenden Einzelsymptomen kann das RDS in Subtypen unterteilt werden. Üblich ist hierbei die Einteilung in [2, 3]:

- einen Obstipationstyp (RDS-O): Stuhlgang hart/klumpig in ≥ 25 % der Stuhl-

gänge und breiig/wässrig in < 25 % der Stuhlgänge
- einen Diarrhoetyp (RDS-D): Stuhlgang breiig/wässrig in ≥ 25 % der Stuhlgänge und hart/klumpig in < 25 % der Stuhlgänge
- einen Schmerz- (und/oder Bläh-) Typ (meist: RDS-U): ohne ausreichende Stuhlgangsveränderungen für einen anderen Subtyp
- einen Mischtyp (RDS-M): wechselndes Stuhlverhalten innerhalb von Stunden/Tagen mit Stuhlgang breiig/wässrig in ≥ 25 % der Stuhlgänge und hart/klumpig in ≥ 25 % der Stuhlgänge
- einen alternierenden Typ (RDS-A): wechselndes Stuhlverhalten innerhalb von Stunden/Tagen

Merke: Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu einem der Subtypen ist für das diagnostische und therapeutische Management essenziell.

Ätiologie und Pathogenese

Das Reizdarmsyndrom hat eine komplexe und noch nicht vollständig geklärte Ursache, bei der biologische, psychische und soziale Faktoren gemäß dem biopsychosozialen Modell eine Rolle spielen. Genetische Veranlagungen, Infektionen, psychische Belastungen wie Angst und Stress sowie soziale Einflüsse von Angehörigen und Ärzten wirken zusammen, um die Prädisposition, den Ausbruch und den Verlauf der Krankheit zu beeinflussen [4, 5].

Auch Störungen in der zentralen Verarbeitung viszeraler Reize und psychosoziale Faktoren spielen eine entscheidende Rolle für das Krankheitserleben und den Verlauf des RDS. Verschiedene molekulare und zelluläre Mechanismen, einschließlich einer gestörten Barrierefunktion des Darms und der Aktivierung entzündlicher, immunologischer und neuronaler Prozesse, führen zu einer Überempfindlichkeit und Funktionsstörung des Darms. Etwa 30 % der RDS-Patienten scheinen Motilitätsstörungen im Kolon zu haben, da 25 % der RDS-O- einen verlangsamten und bis zu 45 % der RDS-D-Patienten einen beschleunigten Kolontransit zeigen (Übersicht bei [6]).

Virale Gastroenteritiden erhöhen das Risiko für ein Reizdarmsyndrom nach Metaanalysen etwa um den Faktor 2, bakterielle Enteritiden um den Faktor 4. Nach parasitären Infektionen wurde sogar eine Prävalenz des Reizdarmsyndroms von über 40 % gefunden [7, 8]. Im Rahmen solcher Infektionen scheint es zu einer persistierenden mukosalen Barrierestörung und einer veränderten Immunfunktion zu kommen, die mit subklinischen entzündlichen Veränderungen einhergehen. Die dabei freigesetzten Entzündungsmediatoren können Motilität, Sekretion und Sensibilität beeinflussen und zu den typischen Symptomen führen (Tab. 1, nur online).

Diagnostik

Das RDS ist durch das Fehlen wegweisender organischer Befunde geradezu definiert. Nach wie vor fehlt ein klinisch brauchbarer Biomarker zur verlässlichen positiven Diagnose des Syndroms, weshalb der Anamnese eine zentrale Bedeutung zukommt. Bei passendem Beschwerdemuster und typischen anamnestischen Merkmalen kann eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Da die Symptome jedoch unspezifisch sind, sind gezielte diagnostische Verfahren notwendig, um relevante Differenzialdiagnosen auszuschließen (Abb.1, nur online). Dabei ist es essenziell, etwaige Symptome aktiv zu erfragen, weil diese auf eine organische, möglicherweise auch schwerwiegende Erkrankung hinweisen können. Hierzu zählen vor allem (nach [2, 5]):
- Blut im Stuhl, Teerstuhl, Fettstühle
- Fieber
- erst kurz zurückliegender Beschwerdebeginn
- kontinuierliches, progredientes Beschwerdebild
- Gewichtsabnahme bei unveränderter Kalorienzufuhr
- wiederholtes Erbrechen, Bluterbrechen
- Störung des Nachtschlafs durch gastrointestinale Beschwerden
- Erstmanifestation nach dem 50. Lebensjahr
- familiäre Belastung, insbesondere Malignome

Die Diagnose eines Reizdarmsyndroms gilt als gesichert, wenn alle relevanten und plausiblen Differenzialdiagnosen im Einzelfall verlässlich ausgeschlossen wurden (siehe Tab. 2). Das diagnostische Vorgehen sollte sich primär am Leitsymptom orientieren. Gegebenenfalls kann dies auch bedeuten, auf weitergehende, aber im Einzelfall weniger relevante Differenzialdiagnosen zu verzichten. Eine gründliche Anfangsdiagnostik, die von vielen Patientinnen und Patienten gewünscht wird, hat den Vorteil, dass sie therapeutisch wirkt, da die Angst vor einer ernsten Erkrankung bei Patienten und Ärzten genommen wird („Reassurance"). Danach kann vollständig auf weitere Diagnostik verzichtet und der Fokus auf die Symptombehandlung gelegt werden, sofern sich das Beschwerdebild nicht grundlegend ändert. Wiederholungsuntersuchungen sind daher grundsätzlich nicht angezeigt.

Ergibt sich der konkrete Anhalt auf spezifische Unverträglichkeiten von z. B. Milchprodukten, fruchtzuckerhaltigen, getreidehaltigen oder histaminhaltigen Lebensmitteln, sollten als Differenzialdiagnosen zugrunde liegende Kohlenhydrat-Malabsorptionen, Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität (NZNW-WS) oder auch eine Intoleranz gegenüber Histamin und/oder anderen biogenen Aminen bedacht und abgeklärt werden; auch Hinweise auf eine IgE- oder nicht-IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergie (z. B. bei begleitenden Allergiesymptomen wie Hautausschlägen, Schleimhautschwellungen im Mundbereich o. Ä.) sollten abgeklärt werden [2].

Grundsätzlich sollten die seltenen, immunologisch vermittelten Nahrungsmittelallergien (IgE- und nicht-IgE-basiert) klar von häufigeren Nahrungsmittelintoleranzen (z. B. Laktose-, Fruktose-, FODMAP-Intoleranz) abgegrenzt werden. Streng postprandial auftretende Beschwerden mit extraintestinalen Symptomen (wie Hautreaktionen, Atembeschwerden, Kreislaufreaktionen) oder isolierte gastrointestinale Beschwerden können auf Nahrungsmittelallergien hindeuten. Bei Verdacht ist eine interdisziplinäre Abklärung mit allergologischer Unterstützung erforderlich, um durch Methoden wie Ernährungssymptomtagebuch, verblindete orale Provokation, Prick-Hauttests und spezifische IgE-Bestimmung Hinweise auf Nahrungsmittelsensibilisierungen zu erhalten. Methylhistaminbestimmung im Urin kann zudem eine erhöhte Histamin-

Tab.2 Auswahl wichtiger Differenzialdiagnosen bei Reizdarmbeschwerden [40]

RDS-Typ	Typische Klinik	Mögliche Differenzialdiagnosen
RDS-D: Diarrhoetyp	• persistierend oder intermittierend • aufeinanderfolgende breiige/wässrige Stühle • imperativer Stuhldrang • früh postprandialer Stuhldrang	• infektiöse Kolitis • CED • Zöliakie • bakterielle Fehlbesiedlung • Kohlenhydratmalabsorption • mikroskopische Kolitis • chronische Pankreatitis • autonome Neuropathie • Hyperthyreose • hormonaktive neuroendokrineTumoren • kolorektales Karzinom • Inkontinenz
RDS-O: Obstipationstyp	• Stuhlfrequenz oft nicht erniedrigt • zunächst harte Stuhlkonsistenz, gefolgt von weichem Stuhl • Schleimbeimengungen • mühsame Defäkation • Gefühl der inkompletten Stuhlentleerung • Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhö	• Medikamentennebenwirkung • Hypothyreose • kolorektales Karzinom • chronische Divertikelkrankheit • Stuhlentleerungsstörungen
Blähtyp	• Schmerzen im Abdomen mit zeitlicher Beziehung zur Defäkation (Erleichterung nach Stuhlgang) • Induktion/Verschlimmerung durch Essen • schlecht lokalisierte Beschwerden • krampfartig • Maximum linker/zentraler Unterbauch, auch andere Lokalisation möglich	• bakterielle Fehlbesiedlung • Kohlenhydratmalabsorption • postoperative Funktionsstörung
Schmerztyp		• CED • Ulkuskrankheit • mesenteriale Ischämie • Porphyrie • Endometriose • Dünndarmstenose • postoperative Funktionsstörung • C1-Esterase-Inhibitor-Mangel

CED: chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, RDS: Reizdarmsyndrom

produktion nachweisen. Zur Bestätigung dienen abschließend eine orale Provokation oder ein ärztlich überwachter Eliminations- und Expositionstest.

Cave: Eine Diagnostik auf nahrungsspezifisches IgG sollte nicht erfolgen [2].

Eine subjektive Histaminunverträglichkeit wird von Patientinnen und Patienten häufig berichtet. Die Existenz einer Unverträglichkeit gegenüber Histamin und anderen biogenen Aminen ist allerdings selten. Eine geeignete Labordiagnostik fehlt bislang; Enzymbestimmungen wie die der Diaminooxidase (DAO) sind zur Diagnose oder zum Ausschluss von Histaminintoleranz nicht geeignet [42]. Bei klinischem Verdacht wird neben einer allergologischen Abklärung eine orale Provokationstestung mit beispielsweise 75 mg Histamin unter ärztlicher Überwachung und Dokumentation eines Beschwerdescores empfohlen.

Bei Beschwerden, die durch Getreideprodukte ausgelöst oder verstärkt werden, sollte differenzialdiagnostisch an eine Nicht-Zöliakie-nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität (NZNW-WS) gedacht werden. Obwohl es keine einheitliche internationale Definition für dieses Krankheitsbild gibt, sind auch die Begriffe Glutensensitivität oder Weizensensitivität (engl. NCGS/NCWS) gebräuchlich. Die Studienlage zur Abgrenzung der NZNW-WS vom Reizdarmsyndrom ist begrenzt und oft von der Annahme geprägt, dass Gluten der primäre Auslöser sei. Neuere Erkenntnisse weisen jedoch darauf hin, dass neben Gluten auch FODMAPs, Ballaststoffe,

Fruktane und Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATI) als wahrscheinlichere Auslöser eine Rolle spielen [9].

Therapeutisches Management

Das Reizdarmsyndrom kann derzeit nicht ursächlich behandelt werden, sodass die Linderung der Symptome das primäre Therapieziel darstellt. Dazu gehören eine gesicherte Diagnose, die umfassende Aufklärung der Patient*innen über ihre Erkrankung sowie die Förderung von Selbstmanagementstrategien in Bezug auf individuelle Trigger- und Linderungsfaktoren wie Ernährung, Lifestyle und physische Aktivität. Ergänzend kann, falls erforderlich, die Behandlung psychischer Komorbiditäten erfolgen, die häufig bei einer Untergruppe der Betroffenen auftreten.

Eine aktive Einbindung der Patienten in das Management sowie die Erklärung der pathophysiologischen Grundlagen können die Wirksamkeit der Therapie verbessern und die Lebensqualität steigern. Aufgrund der variablen Symptomatik und der unterschiedlichen Wirksamkeit der Therapieansätze hat jede Behandlung zunächst einen probatorischen Charakter. Das breite Spektrum an medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten erlaubt keine garantierte Vorhersagbarkeit der individuellen Wirksamkeit.

Das vorrangige Ziel aller Therapieansätze – ob ernährungsmedizinisch (z. B. „low FODMAP"), psychoedukativ, phytotherapeutisch oder pharmakologisch – ist die Kontrolle der Symptome und die Verbesserung der Lebensqualität. Die medikamentöse Therapie wird an den vorherrschenden Symptomkomplex angepasst, wobei das Ansprechen auf alle Therapieoptionen individuell unterschiedlich ausfällt. Häufig müssen daher mehrere Ansätze ausprobiert werden, um eine spürbare Linderung der Beschwerden zu erreichen.

Ernährungsmedizinische Maßnahmen

Ernährungsfaktoren können beim Reizdarmsyndrom Symptome triggern und/oder modulieren, d. h. sowohl exazerbieren als auch lindern. Daher sind ernährungsmedizinische/ernährungstherapeutische Maßnahmen essenzieller Bestandteil eines Therapiekonzepts für Patienten mit einem RDS. Die Vielzahl von Ernährungsoptionen, die entweder einer nachvollziehbaren pathophysiologischen Vorstellung oder einer individuellen Unverträglichkeit folgen, setzt eine ärztliche Indikationsstellung und Aufklärung zu den entsprechenden Diäten zwingend voraus. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Placeboeffekt und Suggestion eine relevante Rolle in der Behandlung des RDS spielen können. Dies sollte auch in der Ernährungsberatung von Bedeutung sein und bei der Bewertung der Studienergebnisse bedacht werden [10].

Es können keine einheitlichen Ernährungsempfehlungen für alle Patientinnen und Patienten mit einem Reizdarmsyndrom gegeben werden. Es gibt aber zahlreiche individuelle Ernährungsempfehlungen, die sich an den jeweiligen Symptomen/Subtypen orientieren. Längerfristige Eliminationsdiäten sollten nur bei gesichertem Nachweis individueller Nahrungsmittelunverträglichkeiten und unter ernährungsmedizinischer/ernährungstherapeutischer Beratung und Kontrolle versucht werden [2].

Bei Erwachsenen mit Reizdarmsyndrom und vorwiegend obstipativen Beschwerden sollten Ballaststoffe zur Behandlung eingesetzt werden. Dabei sind lösliche Ballaststoffe vom Typ Psyllium (syn. Flohsamen, Ispaghula) bevorzugen. **Cave:** Sie können vor allem initial auch Nebenwirkungen wie verstärkte Blähungen hervorrufen. Es ist wichtig, mit niedrigen Dosen zu beginnen und diese je nach Verträglichkeit langsam und vorsichtig zu steigern. Nicht lösliche Ballaststoffe zeigten keine Wirkung.

Um die positiven Effekte von Ballaststoffen beim Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp zu verstärken, sollte auf eine ausreichende tägliche Trinkmenge hingewiesen werden. Aufgrund möglicher synergistischer Effekte kann eine Kombination von Ballaststoffen und ausgewählten Probiotika zur Behandlung des Reizdarmsyndroms versucht werden, siehe unten.

Eine Karenz histaminreicher Lebensmittel und solcher, die als Histaminliberatoren gelten, sollte nur bei gesicherter Diagnose (siehe oben) erfolgen. Liegt kein eindeutiger Nachweis vor, kann jedoch bei starkem klinischen Verdacht ein zeitlich begrenzter Eliminationsversuch (vier bis sechs Wochen) mit einer von Fachgesellschaften validierten Lebensmittelliste durchgeführt werden [43]. Eine langfristige Karenz ist nur dann empfohlen, wenn eine deutliche symptomatische Besserung erzielt wird.

Eine glutenfreie Diät wird zur generellen Therapie des Reizdarmsyndroms nicht empfohlen. Bei Verdacht auf Unverträglichkeit gegenüber Getreideprodukten sollten zunächst Zöliakie und Weizenallergie ausgeschlossen werden. Wenn diese Diagnosen nicht vorliegen und Patient*innen dennoch positiv auf eine glutenfreie/-arme Ernährung reagieren, spricht dies für eine Nicht-Zöliakie-nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität (ausführlicher Darstellung bei [9]).

Bei Schmerzen, Blähungen und Diarrhoe als dominantes Symptom sollte eine Low-FODMAP-Diät (in drei Phasen: Elimination, Toleranzfindung, Langzeiternährung) empfohlen werden. Bei Obstipation als prädominantes Symptom kann sie angeboten werden [2]. Aufgrund der überzeugenden Datenlage [11–13] ist sie als ernährungsmedizisches Behandlungskonzept für das Reizdarmsyndrom Bestandteil sowohl internationaler als auch in den deutschen Leitlinien [2, 13, 14].

FODMAPs (fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide und Polyole) sind kurzkettige Kohlenhydrate, die im Dünndarm schlecht aufgenommen werden und spätestens im Dickdarm osmotisch aktiv werden. Dort fermentieren sie rasch, was zu Bauchschmerzen, Blähungen und weichem, voluminösem Stuhl führen kann. Eine FODMAP-arme Ernährung schließt daher viele Lebensmittel aus, die in einer Diät zur Reduktion gasbildender Nahrungsmittel oft noch enthalten sind. Die Low-FODMAP-Diät sollte Patienten von einem medizinischen Ernährungsberater/in präsentiert werden, um unnötige, zu starke Einschränkungen und eine Mangelernährung zu vermeiden und um orthorektische oder anorektische Patientinnen zu identifizieren.

Merke:

Die besten Daten bezüglich einer interventionellen Ernährungstherapie existieren für die Low-FODMAP-Diät im Behandlungskonzept für das Reizdarmsyndrom.

Präbiotika, Probiotika, fäkaler Mikrobiomtransfer

Präbiotika sind unverdauliche Nahrungsbestandteile, die den Wirtsorganismus günstig beeinflussen, indem sie gezielt das Wachstum oder die Aktivität bereits im Kolon vorhandener nützlicher Bakterien stimulieren. Zwar haben (fermentierbare) Ballaststoffe (Quellstoffe) ebenfalls präbiotische Eigenschaften, aber nicht nur, sondern es treten zusätzlich physikalische Effekte auf (u. a. Erhöhung des Stuhlvolumens), so dass das Wirkprinzip unklar ist (siehe oben).

Aufgrund der geringen Evidenzlage gibt die S3-Leitlinie zu präbiotischen Substanzen keine spezifische Empfehlung. Genauso wenig empfiehlt die S3-Leitlinie einen fäkalen Mikrobiomtransfer als Teil des Behandlungskonzepts bei Reizdarmsyndrom.

Die aktuelle Literatur zeigt, dass Probiotika in der Therapie des RDS nicht generell als wirksam oder unwirksam eingestuft werden können. Für eine Reihe von probiotischen Bakterienstämmen liegen randomisierte kontrollierte Studien bei RDS vor. In den meisten Studien und Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass die Hauptsymptome des RDS und die Lebensqualität verbessert wurden. Daher werden ausgewählte probiotische Bakterienstämme mit positiver Studienevidenz zum Einsatz beim RDS empfohlen. Die Auswahl des Bakterienstammes sollte symptomorientiert erfolgen, auch wenn die Studienlage hierzu heterogen ist [15, 16].

Unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage sowie der praktischen Verfügbarkeit in Deutschland können für die tägliche Praxis folgende Probiotika zusätzlich zu der üblichen symptomatischen Therapie empfohlen werden (Tab. 3).

Komplementäre naturheilkundliche Strategien

Es gibt keine einheitliche Definition für komplementäre und alternative Therapieverfahren. International wird der Begriff „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) häufig verwendet. Komplementärmedizin ergänzt konventionelle Standardtherapien, während alternative Verfahren diese ausschließen. In Deutschland werden komplementärmedizinische und naturheilkundliche Ansätze meist nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zur konventionellen Medizin betrachtet.

Die kombinierte Anwendung von konventionellen und komplementären Methoden wird als integrative Medizin bezeichnet. Diese verfolgt einen multimodalen Ansatz, der konventionelle Therapien mit naturheilkundlichen Methoden, Selbsthilfestrategien und Lebensstilmodifikationen kombiniert, um ein individuell angepasstes Therapiekonzept zu schaffen.

Pfefferminzöl hat sich als wirksam bei der Behandlung von Schmerzen und Blähungen, den Hauptsymptomen des Reizdarmsyndroms, erwiesen und wird vor allem für die kurzfristige Anwendung empfohlen. Studien und Metaanalysen zeigen signifikante Verbesserungen der Symptome im Vergleich zu Placebo, insbesondere durch die Einnahme magensaftresistenter Kapseln, die gut verträglich sind und sowohl Bauchschmerzen als auch allgemeine Beschwerden lindern [17]. Daten zur Langzeitanwendung fehlen jedoch.

Berberin-basierte Präparate haben sich als wirksames Mittel bei der Behandlung von Patienten mit Diarrhoe dominantem Reizdarmsyndrom (IBS-D) erwiesen. Es zeigen sich positive Effekte bei Symptomen wie Schmerzen, Blähungen und Diarrhoe. Die Wirkung von Berberin basiert auf der Aktivierung von mu- und delta-Opioid-Rezeptoren, was zu einer Reduktion viszeraler Schmerzen und einer Regulierung der Darmmotilität führt. Studien belegen signifikante antidiarrhöische Effekte sowie eine Verminderung der Stuhlfrequenz und eine Verbesserung der Stuhlkonsistenz bei funktionellen Darmerkrankungen [20, 21].

STW-5 und **STW-5-II**, Mischungen aus pflanzlichen Extrakten wie Iberis Amara, Kamillenblüten und Pfefferminzblättern, zeigten signifikante Verbesserungen bei allgemeinen RDS-Symptomen (IBS-SS) sowie spezifisch bei abdominellen Schmerzen [22].

Padma Lax, ein tibetisches Phytopharmakon aus 15 Pflanzenextrakten und Mineralien, erwies sich nach dreimonatiger Behandlung bei obstipationsdominantem RDS (IBS-C) als wirksam gegen Schmerzen, Obstipation, Blähungen, Spannungsgefühl und unvollständige Entleerung [23].

Zu Homöopathie sowie für Präparate wie **Aloe Vera** und **Gwakhyangjeonggisan** (GJS) finden sich entweder keine oder kontroverse Daten zur Wirksamkeit.

Neben der Phytotherapie können auch komplementäre Ansätze wie **Yoga**, **Akupunktur** und **Moxibustion** eingesetzt werden, um die Lebensqualität von RDS-Patienten zu steigern.

Die individuelle Anpassung der Behandlung ermöglicht eine optimale Integration dieser Therapien in das Gesamtkonzept zur Linderung der Beschwerden und Verbesserung der Lebensqualität.

Heilfasten

Qualitativ hochwertige Studien zum Heilfasten fehlen bisher, jedoch deuten die vorliegenden Daten auf mögliche Verbesserungen bei RDS-spezifischen Symptomen, Depression, Ängstlichkeit und Lebensqualität hin. Dabei könnte das Heilfasten über Mechanismen wie die Beeinflussung der Darmflora und die Reduktion von Entzündungsprozessen wirken. So zeigte beispielsweise eine Studie, dass Fasten ähnliche anti-entzündliche Effekte wie bestimmte diätetische Interventionen aufweisen kann und möglicherweise die Regeneration der Darmschleimhaut unterstützt [24]. Allerdings bleiben die Auswirkungen auf die Darmflora und die langfristige Nachhaltigkeit eines positiven Effekts weitgehend ungeklärt.

Um mögliche Komplikationen wie Mangelerscheinungen, die Entwicklung von Essstörungen (z. B. Orthorexie) oder Ängste vor erneuter Nahrungsaufnahme zu verhindern, ist die strikte Einhaltung von Ausschlusskriterien essenziell. Heilfasten sollte beispielsweise nicht bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Die Unterstützung durch ärztliche Aufsicht ist notwendig, um gesundheitliche Risiken zu minimieren. Heilfasten sollte daher nur in ausgewählten Fällen und unter streng kontrollierten Bedingungen erwogen werden. Studien zur Rolle des Fastens bei chronischen Darmerkrankungen und dessen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit könnten weitere Einblicke liefern [2].

Viszerale **Osteopathie** und **Darmmassage** können als unterstützende Maßnahmen bei RDS angeboten werden, da Studien

Tab. 3: Probiotika, die den aktuellen S3-Leitlinien nach bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms sinnvoll sind [25]

diarrhödominater Subtyp	obstipationsdo minater Subtyp	gemischter Subtyp
Bifidobacterium longum NCC3001	Bifidobacterium animalis DN173010	Lactobacillus plantarum 299v
Lactobacillus plantarum 299v	Lactobacillus gasseri CP2305	Bifidobacterium longum NCC3001
Lactobacillus brevis KB 290	Lactobacillus reuteri (DSM 17938)	Bifidobacterium infantis 35624
Lactobacillus gasseri CP2305	Bifidobacterium bifidum MIMBb75	Bifidobacterium bifidum MIMBb75
Bacillus coagulans MTCC 5856	Lactobacillus acidophilus NCFM	Lactobacillus acidophilus NCFM
Bifidobacterium infantis 35624	Lactobacillus plantarum 299v	
Bifidobacterium bifidum MIMBb75		
Lactobacillus acidophilus NCFM		

Merke: Die Auswahl unterschiedlicher Probiotika sollte nach der vorherrschenden klinischen Symptomatik erfolgen.

kurzfristige signifikante Verbesserungen in Symptomen wie Bauchschmerzen und Darmfunktion im Vergleich zu Sham- oder Standardbehandlungen zeigen. Eine Empfehlung für Darmlavage (Irrigation) besteht nicht, da wesentliche Evidenz fehlt, obwohl kleine Studien und Fallberichte vereinzelte positive Effekte bei funktionellen Enddarmstörungen andeuten [2].

Psychoedukative Behandlungsansätze/Psychotherapie

In Abhängigkeit von Verfügbarkeit, Patientenwünschen und ärztlicher Expertise sollten psychotherapeutische Verfahren als Teil des Behandlungskonzepts in folgenden Situationen erwogen werden bzw. angeboten werden (nach Hauser):

- mittelschwere bis schwerwiegende gastrointestinale Beschwerden mit deutlicher Beeinträchtigung der Lebensqualität (Einschränkung der Lebensführung und Alltagsaktivitäten)
- fortgesetzte gastrointestinale Beschwerden unter adäquater medizinischer Behandlung (nach drei bis sechs Monaten) mit signifikanter Einschränkung der Lebensqualität;
- psychische Komorbiditäten: depressive Stimmung, Antriebsverminderung, erhöhte Ermüdbarkeit, Interessenverlust, Freudlosigkeit;
- sozialer Rückzug, ausgeprägte Ängste und/oder Vermeidungsverhalten;
- auffällige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems;

Als geeignete psychotherapeutische Verfahren bei RDS erweisen sich kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive-behavioral therapy, CBT), psychodynamische Psychotherapie, bauchgerichtete Hypnose (gut-directed hypnosis) sowie Verfahrensmischformen (multi-component psychotherapy) [4, 5].

Sowohl zur CBT als auch psychodynamischer Psychotherapie ist anzumerken, dass die berichteten Outcome-Variablen meist allgemeiner Natur und nur manche spezifisch gastroenterologisch sind

Als einziges organspezifisches Verfahren gilt die bauchgerichtete Hypnose (gut-directed hypnosis, GDH), die in Deutschland allerdings meist nur an spezialisierten Zentren verfügbar ist. Bei ihr zeigen sich in mehreren Metaanalysen mittlere Effektstärken für Symptombesserung und RDS global am Ende der Therapie.

Als wirksam haben sich auch multimodale Therapieprogramme und Verfahrensmischformen erwiesen („multi-component psychological therapy"). Die untersuchten Programme enthielten hauptsächlich Elemente der Entspannungstherapie, Biofeedback, Patientenedukation und CBT.

Medikamentös-symptomorientierte Ansätze

Beim Reizdarmsyndrom gibt es keine gesicherte kausal wirksame medikamentöse Behandlung und keine standardisierte symptomatische Therapie. Die ärztliche Begleitung und umfassende Aufklärung der Patientinnen über Beschwerden, Ursachen und die Prognose sind daher essenziell. Aufgrund der unterschiedlichen Symptome und individuellen Therapieansprechen wird jede Behandlung zunächst probeweise durchgeführt. Die Unterteilung in Subtypen (Obstipations-, Diarrhoe-, Misch- und Schmerz-/Blähtyp) erleichtert die Diagnostik und Therapieplanung. Da die Ursache und Symptome von RDS stark variieren, existiert ein breites Spektrum an medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieoptionen, deren Wirksamkeit jedoch individuell unterschiedlich und nicht vorhersagbar ist. Häufig sind Kombinationen und Off-Label-Anwendungen erforderlich, über deren Besonderheiten Patientinnen stets informiert werden müssen (Tab. 3).

RDS mit prädominanten Schmerzen/Krämpfen

Bei Schmerzen ist eine gute Wirksamkeit für den Einsatz von Spasmolytika wie Butylscopolamin, Mebeverin oder Pfefferminzöl nachgewiesen [25]. In schweren Fällen mit deutlicher Beeinträchtigung der der Lebensqualität und insbesondere bei begleitenden psychischen Komorbiditäten kann eine Medikation mit niedrig dosierten Antidepressiva erfolgversprechend sein. Hier wird Amitriptylin empfohlen [26], sofern keine Obstipation vorliegt, da diese durch die anticholinerge Wirkkomponente dieses Medikaments verstärkt würde.

Grundsätzlich sollten die substanzspezifischen Wirkungen auf die Defäkation berücksichtigt werden: Bei Patienten mit begleitender Obstipation werden daher eher Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI empfohlen, auch wenn hier die Wirkung schlechter ist, bei Diarrhoe sollten trizyklische Antidepressiva (TCA) bevorzugt werden.

Schmerzen beim RDS können zumindest auch durch die Behandlung der anderen Symptome günstig beeinflusst werden: So

kann in Einzelfällen bei Patient*innen mit Diarrhoe und Schmerzen der 5-Hydroxytryptamin(HT)-3-Antagonist Ondansetron eingesetzt werden [27, 28]. Bei begleitender Obstipation ist ein Therapieversuch mit dem Guanylatzyklasehemmer Linaclotid besonders sinnvoll, da dieses Medikament auch eine eigene schmerzlindernde Wirkung hat [29, 30].

Periphere Schmerzmittel sollten zur Behandlung der Schmerzen beim Reizdarmsyndrom nicht eingesetzt werden. Vor dem Einsatz von Opiaten wird ausdrücklich gewarnt, da bei gleichzeitig hohem Nebenwirkungs- vor allem ein Abhängigkeitsrisiko besteht. Auch Pregabalin wird in der Leitlinie nicht empfohlen, obwohl es nach neueren Daten eine therapeutische Option darstellen kann [31].

Obstipation

Bei unzureichender Wirksamkeit der o. g. allgemeinen Maßnahmen einschließlich der Optimierung der Ballaststoffzufuhr von Flohsamenschalen sollen Patient*innen mit obstipationsdominantem Reizdarmsyndrom mit **Laxanzien** behandelt werden, vorzugsweise mit polyethylenglykolhaltigen Trinklösungen [2, 32].

Bei unzureichendem Ansprechen steht mit Prucaloprid ein prokinetisch wirksamer 5 Hydroxytryptamin-Typ 4-Rezeptor-Agonist (5-HT4-Agonist) zur Verfügung, der zur Behandlung der laxanzienrefraktären Obstipation zugelassen ist [33, 34]. Eine dezidierte Trennung zum obstipationsdominanten Reizdarmsyndrom ist aber vielfach nicht möglich.

Linaclotid, Guanylatcyclase-C-Aktivator, wirkt nicht nur stark prosekretorisch, sondern hat darüber hinaus auch positive Wirkungen auf Schmerzen und Blähungen. Linaclotid ist in Deutschland zugelassen und verschreibungspflichtig. Die Kosten werden jedoch aktuell nicht automatisch von der GKV übernommen, sondern müssen bei den Kassen beantragt oder (meistens) von den Patientinnen und Patienten getragen werden [30, 35].

Diarrhoe

Cave: Bei Patienten mit Diarrhoe ist die intensive Differenzialdiagnostik von besonderer Bedeutung, weil bei dieser Subgruppe in deutlich mehr als der Hälfte der Fälle verursachende und teils kausal behandelbare Erkrankungen detektiert werden können.

Bei Diarrhoe kann bedarfsadaptiert Loperamid zum Einsatz kommen, wobei es dazu nur wenig unterstützende Daten für das RDS gibt. Für das antisekretorisch wir-

Tab. 4: Therapieoptionen beim RDS, modifiziert nach [41]

Allgemeine Verfahren im Rahmen einer multimodalen Therapie

- ärztliche Führung und Aufklärung
- Ernährung (ggf. individuelle Empfehlungen, Elimination bei Unverträglichkeiten, vor allem bei Schmerzen, Blähungen und Diarrhö Low FODMAP-Diät)
- Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, bauchgerichtete Hypnose, Mischformen)
- Probiotika (Wahl kann abhängig von den Symptomen erfolgen)
- Komplementärverfahren (Yoga, Akupunktur, Phytotherapie)

Symptomorientierte Verfahren

Obstipation	Diarrhoe	Blähungen	Schmerzen
• lösliche Ballaststoffe (z. B. Flohsamenschalen 1 Beutel bis 6-mal tgl. mit ausreichend Flüssigkeit)	• lösliche Ballaststoffe	• Probiotika	• Spasmolytika (z. B. Butylscopalamin 1–2 Dragees 3–5-mal tgl.; Mebeverin retard 200 mg 2-mal tgl.)
• Makrogole (1–4-mal tgl. 1 Beutel)	• Loperamid 2 mg bei Bedarf	• Rifaximin (Off-Label, 550 mg 3-mal tgl. für 10 bis 14 Tage) bei zusätzlicher Obstipation Prucaloprid und Linaclotid (Prucaloprid (1 oder 2 mg tgl. je nach Alter und Vorerkrankungen, nur bei chronischer Obstipation) oder Linaclotid 1-mal tgl. 290 µg, bei Durchfall reduzieren)	• Pfefferminzöl (ebenfalls spasmolytisch wirksam, individuelle Herstellerempfehlung)
• Prucaloprid (1 oder 2 mg tgl. je nach Alter und Vorerkrankungen, nur bei chronischer Obstipation)	• Colestyramin (1–3 mal 4 g)		• Amitriptylin (Dosis einschleichen, initial 12,5–25 mg abends, max. 75 mg tgl.)
• Linaclotid (nur in Großpackung erhältlich, 1-mal tgl. 290 µg, bei Durchfall reduzieren)	• Rifaximin (Off-Label, 550 mg 3-mal tgl. für 10 bis 14 Tage)		• SSRI bei psychischen Komorbiditäten bei zusätzlicher Obstipation Linaclotid (1-mal tgl. 290 µg, bei Durchfall reduzieren)
	• 5-HT3-Antagonisten (z. B. Ondansetron, initial 4 mg tgl., bei Bedarf steigern bis max. 3-mal 8 mg, Off-Label-Use, cave: ischämische Kolitis), für RDS zugelassen sind die Präparate Alosetron (in den USA) und Ramosetron (in Japan)		

kende Racecadotril gibt es noch weniger Evidenz, aber hier kann bei gutem Nebenwirkungsprofil gelegentlich ein Therapieversuch gerechtfertigt sein [2]. Insbesondere bei wässrigen Diarrhöen ist der Einsatz von Colestyramin oder Colesevelam empfehlenswert [2, 36].

Zur modernen kombinierten Behandlung der Symptomvielfalt des RDS-D gibt es sehr überzeugende Belege für eine gute Wirksamkeit von 5-HT3-Antagonisten, wie Alosetron, Ramosetron, Cilansetron oder Ondansetron [3, 37]. Von diesen Substanzen ist einzig Ondansetron in Deutschland zugelassen, allerdings nicht für die Indikation RDS.

Cave: Vor dem Hintergrund der zwar sehr seltenen, aber potenziell schwerwiegenden Nebenwirkung einer ischämischen Kolitis ist dies nur eine Therapieoption in schweren, anderweitig therapierefraktären Fällen.

Als neue Therapieoption gilt der kombinierte μ-, δ-, κ-Opioid-Rezeptor-Modulator Eluxadolin. Eluxadolin wirkt an μ- und κ-Opioidrezeptoren als Agonist, an δ-Opioidrezeptoren als Antagonist. Als häufigste Nebenwirkung traten Verstopfung, Übelkeit und Bauchschmerzen auf. Schwerwiegendere Nebenwirkungen wie Pankreatitis und Krämpfe des Sphincter Oddi, des Schließmuskels des Gallengangs und des Pankreasgangs zum Zwölffingerdarm, waren deutlich seltener [3, 37].

Blähungen und abdominellen Distensionen

Abdominelle Blähungen und Distensionen sind in der klinischen Realität zum Teil schwer therapeutisch zu adressieren und belasten die Patient*innen oftmals sehr. Sie können als prädominantes Hauptsymptom auftreten oder begleitend bei vielen Patienten mit einem Reizdarmsyndrom anderen Subtyps.

Körperliche Bewegung, Ernährungstherapie und Phytotherapie haben bei starken Blähungen eine besondere Bedeutung (siehe oben). Mikrobiommodulierende Therapien sind ebenfalls bei einem Teil der Patienten erfolgreich, dies gilt nicht nur für Probiotika (siehe oben), sondern auch für das topische Antibiotikum Rifaximin. Für Rifaximin existiert eine gute Studienlage beim RDS, jedoch besteht keine Zulassung in dieser Indikation [38, 39]. Der Einsatz erfolgt ggf. „off label".

Bei begleitender Obstipation kann die Einnahme von Linaclotid erwogen werden, da es sich es sich auch auf Blähungen günstig auswirkt (siehe oben).

Bei Blähungen können oberflächenaktive Substanzen (z. B. Dimethylpolysiloxan) versucht werden, die allerdings meist nur in höherer Dosierung effektiv sind. In therapierefraktären Fällen kann das topisch wirkende Antibiotikum Rifaximin eingesetzt werden.

Fazit

- Das RDS ist klinisch charakterisiert durch chronische, subjektiv relevante Darmbeschwerden (wie Schmerzen, Blähungen, Stuhlunregelmäßigkeiten), für die in der Routinediagnostik keine Ursache gefunden werden kann.
- Das RDS ist eine organische Erkrankung: In der Pathogenese spielen wahrscheinlich Störungen der Darmwandfunktion, der Darm-Hirn-Achse und der zerebralen Reizverarbeitung zusammen. Typischerweise liegen Veränderungen des intraluminalen Mikrobioms vor, oft auch zugrunde. Pathophysiologisch liegen zahlreiche Subtypen vor.
- Die Diagnosestellung beruht auf der charakteristischen Anamnese, dem Fehlen von Alarmzeichen und dem gezielten Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen. Diagnostischer „Overkill" und insbesondere nicht indizierte Doppeldiagnostik sind zu vermeiden.
- Ziel des Behandlungskonzepts ist die Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität. Eine Behebung der Ursache und Heilung der Erkrankung ist bislang nicht möglich.
- Vorrangiges Ziel aller Therapieoptionen ist die Symptomkontrolle und Verbesserung der Lebensqualität, wobei ernährungsmedizinische, psychoedukative, phytotherapeutische und pharmakologische Ansätze gleichermaßen wichtig sind.
- Die medikamentöse Therapie orientiert sich am vorherrschenden Symptomkomplex, wobei das individuelle Ansprechen variiert und oft mehrere Ansätze ausprobiert werden müssen, um Beschwerden zu lindern

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Reizdarmsyndrom – eine Krankheit" von Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein und Prof. Dr. med. Thomas Frieling 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 25.05.2025 bis 24.11.2025 möglich. Die Fortbildung ist mit 3 CME 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)

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein
Klinik Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Ernährungsmedizin,
Krankenhaus Sachsenhausen,
Schulstraße 31, 60594 Frankfurt
E-Mail: j.stein@em.uni-frankfurt.de

Foto: Martin Joppen

Prof. Dr. med. Thomas Frieling
Medizinische Klinik II, Innere Medizin mit Gastroenterologie, Hepatologie, Neurogastroenterologie, Infektiologie, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin,
Helios Klinikum Krefeld,
Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
E-Mail: thomas.frieling@helios-gesundheit.de

Foto: privat

Die Literatur, Tab. 1 & Abb. 1 finden sich online www.laekh.de unter der der aktuellen Ausgabe.

Multiple-Choice-Fragen: Reizdarmsyndrom – eine Krankheit

VNR: 2760602025207380003

(eine Antwort ist richtig)

1. Welcher Grundsatz gilt für die Diagnostik des Reizdarmsyndroms?
1) Die Untersuchungen dienen im Allgemeinen nicht der Sicherung erkrankungstypischer Veränderungen, sondern dem Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen.
2) Bei Patient*innen mit Verdacht auf Reizdarmsyndrom vom Bläh-dominanten Typ sollte eine IgG-basierte Nahrungsmitteldiagnostik durchgeführt werden.
3) Bei Patient*innen mit Reizdarmsyndrom sollte zur Diagnosesicherung eine Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien im Verlauf wiederholt werden.
4) Wegen der hohen Bedeutung von Mikrobiomalterationen für die Pathogenese sollte eine quantitative Bestimmung der Stuhlflora durchgeführt werden.
5) Zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung sollten apparative Untersuchungen in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

2. Welche Therapie kann am ehesten beim diarrhoe-prädominanten Reizdarmsyndrom bedarfsadaptiert auch langfristig verabreicht werden?
1) Loperamid
2) Butylscopolaminiumbromid
3) Rifaximin
4) Lactulose
5) Metoclopramid

3) Welche der folgenden Aussagen zum Reizdarmsyndrom (RDS) trifft nicht zu?
1) Chronische abdominale Beschwerden, die bei Patienten < 50 Jahren langjährig in gleicher Form bestehen und nicht mit Alarmsymptomen verbunden sind, weisen auf ein RDS hin.
2) Weiterführende Untersuchungen sind nur bei Patienten indiziert, die > 50 Jahre alt sind. Chronische Diarrhöen gelten als Alarmsymptom und schließen das Vorliegen eines RDS aus.
3) Das RDS wird nach der aktuellen deutschen Leitlinie als Krankheit definiert, bei der die Beschwerden den Patienten zum Arzt führen und/oder seine Lebensqualität relevant beeinträchtigen.
4) Es bestehen chronische, mindestens seit drei Monaten anhaltende Beschwerden, die auf den Darm bezogen werden und in der Regel (allerdings nicht obligat) mit Stuhlgangveränderungen einhergehen.

4. Welches Medikament würden Sie zur Therapie eines RDS-Patienten, der vorwiegend unter Obstipation verbunden mit abdominalen Schmerzen leidet, nicht einsetzen?
1) Makrogol
2) Bisacodyl
3) Amitriptylin
4) Linaclotid
5) Prucaloprid

5. Eine 30-jährige Patientin stellt sich mit einem Reizdarmsyndrom vom Schmerztyp bei Ihnen vor. Welche der genannten Antwortmöglichkeiten stellt eine sinnvolle Therapieoption dar?
1) Ibuprofen
2) Paracetamol
3) Pfefferminzöl
4) Oxycodon
5) Glutenfreie Diät

6. Welche der folgenden Antwortmöglichkeiten ist keine geeignete Allgemeinmaßnahme zur Behandlung des Reizdarmsyndroms?
1) Lifestyle-Modifikation
2) Low-FODMAP-Diät
3) Vegane Diät
4) Sport
5) Bauchgerichtete Hypnose

7. Welcher Mechanismus wird in der Pathogenese des RDS nicht als Teil der Pathophysiologie von RDS diskutiert?
1) Gestörte Motilität
2) Intestinale Barrierestörung
3) Veränderte viszerale Sensitivität
4) Gestörtes intestinales Immungleichgewicht
5) Candida-Überbesiedlung

8. Welche Aussage trifft nicht auf eine Low-FODMAP Diät zu?
1) Eine strenge Low-FODMAP-Diät verläuft in drei Phasen: Elimination, Toleranzfindung, Langzeiternährung.
2) FODMAP werden nur langsam resorbiert und sind osmotisch aktiv.
3) Typischerweise wird der Konsum von Weizen, Roggen, Gerste und Hülsenfrüchten im Rahmen einer Low-FODMAP-Diät limitiert.
4) Es gibt Hinweise darauf, dass die Effektivität einer Low-FODMAP-Diät durch die zusätzliche Gabe von L-Glutamin gesteigert werden kann.
5) Bei Obstipation als prädominantes Symptom kann sie angeboten werden.

9. Was gilt nicht für die Ernährungstherapie bei RDS?
1) Ernährungstherapie sollte durch entsprechend geschultes Fachpersonal erfolgen.
2) Eine glutenfreie Diät sollte jeder RDS-Patientin bzw. jedem RDS-Patienten nach Abschluss der Basisdiagnostik empfohlen werden.
3) Die Entwicklung einer Mangelernährung sollte vermieden werden.
4) Der Einsatz löslicher Ballaststoffe sollte erwogen werden.
5) Auf Nahrungsergänzungsmittel sollte verzichtet werden.

10. Welchen Parameter umfasst das Basislabor bei RDS typischerweise nicht?
1) Abklärung einer Pankreasinsuffizienz mittels Stuhldiagnostik (Elastase/13C-Atemtest)
2) Gallensäuren im Stuhl
3) TSH
4) Calprotectin im Stuhl
5) Gesamt-IgE

Abteilungen der Landesärztekammer Hessen stellen sich vor

Lernen an der Carl-Oelemann-Schule: von der Ausbildung bis zur Aufstiegsfortbildung

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

Die Carl-Oelemann-Schule (COS) ist eine Abteilung der Landesärztekammer Hessen. Das COS-Team unter der Leitung von Silvia Happel umfasst 27 Mitarbeiterinnen. Zusätzlich unterstützt pro Jahr ein Pool aus ca. 90 Ärztinnen/Ärzte sowie Personen aus anderen Berufsgruppen die Bildungsarbeit durch Lehrtätigkeit oder durch die ehrenamtliche Tätigkeit, z. B. in einem Prüfungsausschuss. Gesteuert wird das Bildungsangebot durch den Ausschuss COS und den Ausschuss Überbetriebliche Ausbildung.

Überbetriebliche Ausbildung

Was hinter dieser Beschreibung steckt, lässt sich lebhaft beobachten: Wer an einem Montag im Carl-Oelemann-Weg in Bad Nauheim unterwegs ist, sieht zahlreiche junge Menschen mit Koffern, die zunächst das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule betreten, um dann wenig später mit einem farbenfrohen Ordner in der Hand über die große Treppe in das Seminargebäude gegenüber zu eilen. Die Lehrgangswoche der überbetrieblichen Ausbildung (ÜA) ist gestartet.

Alle Auszubildenden zur/zum Medizinischen Fachangestellten in Hessen besuchen die COS zweimal während ihrer Ausbildungszeit, in den sogenannten Lehrgängen A und C der ÜA.

Carina Hoffmann, Ina Marquardt und Natascha Meyer sind die Ansprechpartnerinnen für alle Belange „rund um die Lehrgangswochen". Die Organisation beginnt bereits mit der Planung von durchschnittlich 54 Schulklassen pro Ausbildungsjahrgang mit ca. 1.100 bis 1.200 Auszubildenden, die auf 24 Berufsschulen in Hessen verteilt sind. Von der Anreise bis zur Abreise, über die Unterbringung und Verpflegung im Gästehaus, alles muss gut organisiert und mit den Schnittstellenpartnern abgestimmt sein.

Die ÜA findet im Blended-Learning-Konzept statt. Zwischen den Präsenzzeiten absolvieren alle Auszubildenden den Lehrgang B im E-Learning auf der Plattform ILIAS. Das Team Bildungswesen sorgt mit für die tutorielle Begleitung. Bei Fragen steht die ILIAS-Hotline zur Verfügung, die von den Mitarbeiterinnen der COS besetzt wird.

Bildungswesen

Durch die Ausstattung der Fachräume kann eine Vielfalt an fachpraktischen Unterrichtsinhalten handlungsorientiert vermittelt werden, wovon auch die Teilnehmer/-innen im Fortbildungsbereich profitieren. Das Team Bildungswesen (intern „U-Team" genannt) in der Gruppenleitung von Gabriele Scholl ist insbesondere für die Durchführung der Unterweisungsstunden in der ÜA verantwortlich. Hierzu gehört, neben der Stundenplanung die Sicherstellung der Bevorratung der Lehrmaterialien, die Pflege und Wartung der Medizinprodukte und die Entwicklung-/Weiterentwicklung von Lernmaterialien. Jennifer Effenberger, Heike Petry, Sabine Selent, Stefanie Steinbeiß, Tanja Tuna, Nicole Territo, Elisabeth Schmidt und Anja Ziener sind die medizinischen Fachkräfte im Mitarbeiterteam der COS.

Unterstützt werden sie von Antje Harmert und Ashley Hogan im Raumsupport. Der Support umfasst nicht nur den Lehrgangsbetrieb ÜA, sondern auch die Vor- und Nachbereitung für die Fortbildungen der COS sowie die Bereitstellung der Raumausstattungen für die Durchführung des praktischen Teils der Abschlussprüfung MFA, die Bereitstellung von Medizinprodukten für Veranstaltungen der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung oder beispielsweise auch die Materialausstattung für die Ärztliche Kenntnisstandsprüfung am Standort Bad Nauheim.

Fortbildung

Vielfältig und abwechslungsreich ist auch dieser Bildungsbereich der COS. Das erfahrene Team der COS führt professionell eintägige Fortbildungen bis hin zu mehrwöchigen Qualifizierungslehrgängen durch. **Gemeinsam** ist das Motto im Fortbildungsteam mit Zakia Ahmad, Claudia Hell-Kneipp, Karin Jablotschkin, Ilona Preuss, Tanja Oberwallner, Danuta Scherber, Katja Wuschke und Julia Werner.

In den täglichen Anrufen geht es häufig um die Frage nach Möglichkeiten zur Vertiefung und Qualifizierung im beruflichen Kontext, ob direkt nach der Ausbildung zur MFA oder mitten im Berufsleben. Viele Anrufer/-innen haben bereits sehr konkrete Fragen wie z. B. zur berufsbegleitenden zeitlichen Planung, auch mit dem Fokus auf Aufstiegsmöglichkeiten.

Turbulent geht es im Bereich der Prüfungsvorbereitungskurse (PVK) zu. „Welchen PVK soll ich nehmen?" bis hin zu „Ich möchte einen anderen Termin, kann ich noch umbuchen?" sind hier die gängigen Beratungen. 750 Auszubildende hat Claudia Hell-Kneipp – ohne die diversen Umbuchungen – im letzten Jahr in den verschiedenen inhaltlichen Angeboten der PVKs organisiert und durchgeführt.

Geduld und Verständnis ist aber auch in allen anderen Fortbildungsbereichen der COS eine wichtige Kompetenz der Sachbearbeiterinnen. So ist z. B. ein mehrwöchiger Qualifizierungslehrgang mit allen Dozentinnen und Dozenten terminlich abgestimmt und steht kurz vor der Veröffentlichung, dann kommt die Mail: „Leider kann ich die geplanten Fortbildungstage doch nicht übernehmen." Tagesgeschäft im Bildungsbereich! Die Suche nach einer Vertretung startet bzw. die Sondierung der Möglichkeiten für den inhaltlichen Tausch, soweit dies didaktisch möglich ist. Bei Neukonzeptionen (z. B. Umstellung eines Lehrgangs auf ein Blended-Learning-Konzept) ist die jeweils zuständige

Foto: Christina Kallweit-Stärz

Mitarbeiterinnen der Carl-Oelemann-Schule mit Schulleiterin Silvia Happel (vorne, 3. v. li.).

Mitarbeiterin eng eingebunden. PD Dr. Claudia Schäfer unterstützt als „Referentin digitales Lernen" die Entwicklungsarbeiten.

Tanja Langsdorf und Renate Treyse unterstützen stundenweise tatkräftig beim Empfang der Fortbildungsteilnehmer/-innen und sind zur Stelle, wenn eine helfende Hand benötigt wird.

Wer bereits im Prüfungswesen auf der Basis gesetzlicher Regelungen oder Verordnungen gearbeitet hat, weiß um die Organisationsverantwortung. Die Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung" endet mit einer Prüfung vor der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Als Abteilung der LÄKH führt die COS nicht nur die Fortbildungsveranstaltung durch, sondern ist auch für das Prüfungswesen verantwortlich. Hier sind Karin Jablotschkin und Annegret Werling als wichtige Ansprechpartnerinnen für die Prüfungsausschüsse und die Prüfungsorganisation zu nennen.

Die oben beschriebenen Themenfelder sind die Schwerpunktbereiche der COS, daneben gibt es weitere Aufgabenbereiche wie z. B. Antrags-/Anerkennungsverfahren nach § 145 Abs. 2 Nr. 4 und 5 StrlSchV.

Um die vielen Bildungsveranstaltungen und Aufgaben mit ihren unterschiedlichen Anforderungen gut und effizient zu steuern, wird ein Qualitätsmanagementsystem aktiv gelebt. Qualitätsmanagementbeauftragte ist Juliane Walther.

Durch ihre Aufgabenbereiche ist die COS mit sehr vielen Abteilungen der LÄKH verbunden und arbeitet mit diesen in den Schnittstellenbereichen eng zusammen.

Informationen zu den Angeboten der Carl-Oelemann-Schule gibt es auf der Website www.carl-oelemann-schule.de (der QR-Code führt ebenfalls dort hin).

Tanja Oberwallner,
Öffentlichkeitsarbeit COS

Medienkompetenz für Auszubildende der Freien Berufe

Rund 30 Auszubildende der Freien Berufe in Hessen, darunter Medizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Fachangestellte, Steuerfachangestellte und Rechtsanwaltsfachangestellte nahmen Mitte Mai an einer Pilotveranstaltung „News Caching für Auszubildende" teil. Der Projekttag ist Teil einer gemeinsamen Initiative des Verbandes Freier Berufe in Hessen (VFBH) und der Medienanstalt Hessen zur Vermittlung von Medienkompetenz in Ausbildungsberufen. Bei der Veranstaltung wurden junge Menschen für die Vielschichtigkeit der digitalen Nachrichtenlandschaft sowie die Auswirkungen von Fake News und künstlicher Intelligenz sensibilisiert.

Foto: Isolde Asbeck

Vorne im Bild: Bildungsagentur medienblau (v.l.n.r.: Daniel Hildebrandt, Philipp Buchholtz); Medienanstalt Hessen (2. Reihe links: Carsten Petry, 1. Reihe Mitte: Sandra Bischoff); Dr. Martin Kraushaar (Präsidiumsmitglied VFBH und Hauptgeschäftsführer der Architekten- und Stadtplanerkammer Hessen, vorne 5. v. l.) sowie VFBH (1. Reihe Mitte: Dr. Karin Hahne, Dr. med. Michael Weidenfeld).

Onlinetraining für soziale und emotionale Kompetenzen

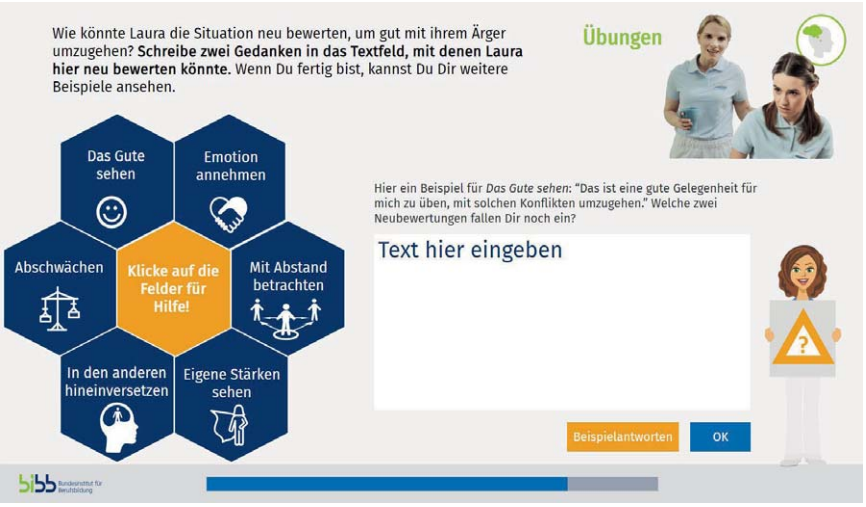


Abb. 1: Einblick in SECoTrain

Im Rahmen des Projekts ProSECoM[1] hat das Bundesinstitut für Berufsbildung das Onlinetraining SECoTrain[2] entwickelt, mit dem sozial-emotionale Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Ausbildung gefördert werden können. Im Herbst 2023 startete eine Interventionsstudie mit rund 520 angehenden MFA im zweiten Ausbildungsjahr. Das Fazit ist positiv. Als erste Pilotschule wird voraussichtlich die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen im Herbst 2025 die Trainings den Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahrs zur Verfügung stellen.
Link zur Projektseite:
https://www.bibb.de/de/185832.php

Bedeutung sozial-emotionaler Kompetenzen

Soziale und emotionale Kompetenzen sind entscheidend für den beruflichen Erfolg, aber auch für die Gesundheit der Mitarbeitenden und das Wohlbefinden im beruflichen Alltag. Dies gilt insbesondere in Berufen mit vielen Interaktionen, beispielsweise mit Kundinnen und Kunden oder Patientinnen und Patienten, aber auch im Team. Für MFA ist es wichtig, empathisch zu kommunizieren, effektiv im Team zu arbeiten und mit verschiedenen Anforderungen wie Zeitdruck, Interessenskonflikten und wechselnden Aufgaben umgehen zu können. Dafür benötigen sie soziale und emotionale Kompetenzen, die nicht nur zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten beitragen, sondern auch die Arbeitsleistung und die Atmosphäre im Team verbessern. Angesichts der oft anspruchsvollen Interaktionssituationen ist es wichtig, dass diese in der Ausbildung vermittelt werden. SECoTrain unterstützt Auszubildende darin, diese Kompetenzen zu verbessern. Damit soll die Belastung im Beruf reduziert werden, was in Zeiten von Fachkräftemangel auch aus Sicht der Betriebe ein wichtiges Anliegen ist.

Lernziele und Aufbau von SECoTrain

SECoTrain besteht aus drei Lerneinheiten: Emotionsregulation, Perspektivenkoordination und Kommunikationsstrategien. Aus Studien zum Umgang mit Emotionen ist bekannt, dass sowohl das Unterdrücken negativer Emotionen als auch ungefiltertes Ausleben sich negativ auf Beziehungen und auf die Gesundheit auswirken.

1) In der Lerneinheit „Emotionsregulation" geht es um die Entstehung und Funktion von Emotionen sowie darum, welche alternativen und langfristig gesunden Strategien es zum Umgang mit Emotionen gibt.
2) Die Lerneinheit „Perspektivenkoordination" vermittelt grundlegendes Wissen über soziale Wahrnehmung und Gründe menschlichen Verhaltens. Anschließend üben die Auszubildenden, ihre eigene Perspektive und ihre Bedürfnisse zu reflektieren und zugleich die Perspektiven und Bedürfnisse von anderen Beteiligten nachzuvollziehen und zu berücksichtigen.
3) Im Mittelpunkt der Lerneinheit „Kommunikationsstrategien" stehen die wertschätzende Formulierung der eigenen Belange bzw. der Belange der Praxis und das empathische Eingehen auf die Situation des Gegenübers. Angelehnt an Prinzipien der gewaltfreien Kommunikation lernen die Auszubildenden, wie sie heikle Inhalte angemessen formulieren und dabei ihren eigenen Standpunkt klar und freundlich vertreten können.

Die Lerneinheiten dauern jeweils etwa eine Stunde und sind so konzipiert, dass sie unabhängig von Lehrpersonen absolviert werden können. Jede Einheit besteht aus mehreren Blöcken: In der Einführung erfolgt anhand von Videos und Quizfragen eine Sensibilisierung für problematische Denk- und Verhaltensweisen. Ein Wissensblock vermittelt praxisnahe Inhalte und zeigt positive und negative Verhaltensbeispiele. Im Anschluss folgen Übungen, in denen die Teilnehmenden das Gelernte schrittweise anwenden. Reflexion und Artikulation sollen schließlich das bewusste Nachdenken über das Gelernte und dessen Anwendung im Arbeitsalltag fördern.
Die Lerneinheiten beinhalten sowohl Wissensvermittlung als auch zunehmend offener gestaltete interaktive Aufgaben, welche die Lernenden dazu anregen, das Gelernte in authentischen Kontexten auszuprobieren. Auf diese Weise sollen die Entwicklung flexibler Wissensstrukturen und die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden gestärkt werden.
Ein Avatar begleitet die Lernenden durch das Training, bietet Hilfestellungen, gibt Feedback zu den Aufgaben und erklärt die nächsten Schritte. Dies erleichtert die Ver-

Quelle: BIBB, Projekt ProSECoM

arbeitung des Lernstoffs. Weitere Details zur Trainingsgestaltung und Einblicke ins Training finden sich unter:
https://rdcu.be/deMck, siehe Abb. 1.

Vorteile des Onlinetrainings

- Das Onlinetraining ermöglicht es den Teilnehmenden, unabhängig von Lehrpersonen zeitlich und räumlich flexibel, selbstgesteuert und in ihrem eigenen Tempo zu lernen und Inhalte nach Bedarf zu wiederholen.
- Durch interaktive Aufgaben wird das Lernen aktiv gestaltet, um die Motivation und den Lernerfolg zu steigern. Die Aufgabentypen werden zunehmend offener und schwieriger, um die Lernenden nach und nach zur eigenständigen Anwendung zu führen.
- Videos spielen eine zentrale Rolle im Training, da sie realistische Verhaltensweisen in überschaubaren Sequenzen präsentieren. Diese Darstellung ermöglicht den Lernenden, das Verhalten zu reflektieren und zu analysieren. Zudem wird durch die Präsentation sowohl positiver als auch negativer Verhaltensmodelle der Transfer in den Arbeitskontext erleichtert.
- Die Trainingsinhalte basieren auf realistischen Szenarien, die in Zusammenarbeit mit Auszubildenden, Praktikerinnen und Praktikern sowie Expertinnen und Experten entwickelt wurden. Dies unterstützt, dass das Gelernte direkt auf die Herausforderungen im Berufsalltag angewendet werden kann.

Positive Bewertung des Trainings

Für die Evaluation des Trainings nahmen die Trainingsteilnehmenden sowie eine Kontrollgruppe in einem Prätest-Posttest-Follow-up-Design an Tests zu den Zielkompetenzen teil. Die Ergebnisse fallen positiv aus und werden in Kürze veröffentlicht. Die 170 Teilnehmenden der Trainingsgruppe beantworteten zusätzlich Fragen zur subjektiven Trainingsbewertung, vgl. Abb. 2 (nur online).
Die Ergebnisse zeigen, dass das Training von der Mehrheit der Teilnehmenden positiv bewertet wurde. Bei allen sechs Fragen gab deutlich mehr als die Hälfte eine Bewertung ab Stufe 4, die den neutralen Mittelwert der Antwortskala bildet, oder höher ab. Besonders fällt ins Auge, dass 59 % der Teilnehmenden motiviert sind, das Gelernte am Arbeitsplatz umzusetzen, wobei 32 % eine starke Motivation (Stufe 6 oder 7) angeben.

Ausblick

SECoTrain ist so konzipiert, dass die Auszubildenden sich die Inhalte eigenständig aneignen können. Allerdings ist aus der Transferforschung bekannt, dass Lerninhalte eher in der Praxis angewendet werden, wenn sie mit verschiedenen Methoden vermittelt wurden. Außerdem äußerten einige Trainingsteilnehmende den Wunsch, die Inhalte ergänzend im Unterricht oder Betrieb besprechen und üben zu wollen. Aus diesem Grund werden im Projekt derzeit Materialien entwickelt, mit denen die Inhalte im Unterricht und in der Ausbildungspraxis vertieft werden können. Im nächsten Schritt soll SECoTrain für den Einsatz in Berufsschulen und Ausbildungsbetrieben zur Verfügung gestellt werden.

Dr. Tanja Tschöpe (Foto rechts)
Dr. Annalisa Schnitzler (Foto links)

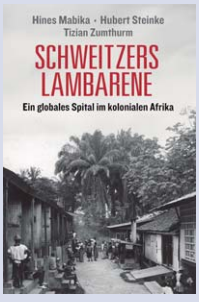
Foto: BIBB

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen
Arbeitsbereich „Kompetenzentwicklung“
Friedrich-Ebert-Allee 114–116,
53115 Bonn
E-Mail: prosecom@bibb.de

Die Abb. 2 findet sich online unter www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe in der pdf der Literaturverzeichnisse.

[1]: SECoTrain = Social and Emotional Competences Training
[2]: ProSECoM = Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten – Promotion of Social and Emotional Competences of Medical Assistants

Bücher



Hines Mabika, Hubert Steinke, Tizian Zumthurm:

Schweitzers Lambarene – Ein globales Spital im kolonialen Afrika

Wallstein Göttingen, 2024
ISBN 9783835381063, € 32

Der Dunst des Dschungels und der heiße Atem der Wüste legt sich förmlich über das heimische Sofa. Der Besuch in Albert Schweitzers Spital in Lambarene in Gabun, der mit diesem Buch ermöglicht wird, bietet einerseits eine wissenschaftliche Aufarbeitung der umfangreichen Quellenlage, u. a. in Form von über 80.000 Briefen, die im Archiv in Günsbach im Elsass erhalten sind. Gleichzeitig wird das soziale Leben im Spital lebendig dargestellt und mit vielen historischen Fotos begleitet. Albert Schweitzer (1875–1965) gilt bis heute als Symbol, wie es in der Einleitung heißt. Einerseits positiv, steht der Theologe und Arzt beispielhaft für christliche Nächstenliebe und medizinische Hilfe. Er wurde als „Genie der Menschlichkeit“ verehrt. Ab den späten 1950er-Jahren galt das Spital aber auch als ein Beispiel rückständiger Medizin im kolonialen Geist als „Skandal von Lambarene.“ Die Autoren betten die Historie, Aufarbeitung und heutige Rezeption ein in diesen geschichtlichen Kontext. Und wenn eine Fotografie zeigt, wie Schweitzer z. B. inmitten von seinen Unterlagen sitzt und über ihm wichtige Dokumente in Leinensäcken aufgehängt sind zum Schutz vor Termiten, möchten sich Leserinnen und Leser gleich selbst einen Tropenhut aufsetzen. **Isolde Asbeck**

Eisschwimmen ist okay – kalt Duschen aber nicht

Dr. med. Alexa Ortwein ist Ärztin in Weiterbildung am Krankenhaus Nordwest und hat eine coole Leidenschaft. Das Hessische Ärzteblatt fragte die 27-Jährige aus Offenbach nach den Hintergründen.

Eisschwimmen. Wie kommt man denn auf so ein Hobby, Frau Dr. Ortwein?
Dr. Alexa Ortwein: Seit ich klein bin, bin ich mit dem Schwimmsport vertraut. Meine Eltern sind geschwommen, meine Großeltern. Ich bin auch über 20 Jahre normal im Becken geschwommen. Dann hat ein Mannschaftskollege von mir mit dem Eisbaden angefangen und mich mitgenommen. Das gefiel mir so gut, dass ich das öfter gemacht habe. Und als sich herausgestellte, dass es da so etwas wie einen sportlichen Wettkampf gibt, war ich als Wettkampftyp sofort dabei.

Wo trainieren Sie?
Ortwein: Hier in Deutschland ist es ja nicht immer kalt. Deshalb trainiere ich zum einen normal weiter im Becken, wo das Wasser auch noch 26 Grad hat. Und sobald es dann an den Oktober geht und die Temperaturen sinken, trainiere ich in lokalen Seen, wie zum Beispiel dem Langener Waldsee oder Walldorfer Badesee.
Sie sind auch schon im Hafenbecken in Offenbach geschwommen, nicht wahr?
Ortwein: Früher ja, aber mittlerweile ist das leider verboten.

Medaillenregen bei der Weltmeisterschaft 2022 in Polen[1]: Dr. med. Alexa Ortwein.

Aber ist das nicht eklig, das schmuddelige Wasser?
Ortwein: Es ist tatsächlich so, dass man als Schwimmer, gerade auch wenn man Freiwasser geschwommen ist, sehr geringe Ansprüche hat. Wenn man mal irgendwo in Hamburg war und da geschwommen ist, da war es auch nicht unbedingt viel besser. Oder in Rostock, neben den toten Fischen, da ist der Main schon fast sauber.

Ja, aber Sie gehen da ja auch richtig mit dem Gesicht rein. Ist das denn gesund? Das frage ich auch Sie als Ärztin.
Ortwein: Also – der Main hat eine super Qualität, muss man sagen. Wenn man sich mal die Wasserwerte anguckt, ist das überhaupt kein Problem. Im Hafenbecken selbst ist das Problem eher die Verschmutzung durch die Personen, die außerhalb sind. Da sind dann viele Flaschen oder ähnliches drin.

Trainieren Sie mit jemanden zusammen oder sind Sie Einzelkämpferin?
Ortwein: Es gibt Trainingsgruppen, die sich meist einmal die Woche treffen. Aber die haben nicht die Wettkampfambitionen wie ich. Deswegen, um wirklich zu trainieren, gehe ich dann meistens alleine ins Wasser. Es ist ganz aber wichtig, dass immer eine Begleitperson mit dabei ist. Das Eisschwimmen ist ja nicht ganz ungefährlich, und da sollte immer jemand draußen sein für den Fall, dass Erste Hilfe geleistet werden muss oder damit jemand verständigt werden kann. Ich habe selbst noch nicht erlebt, dass irgendwas passiert ist, weder auf Wettkämpfen oder ähnlichem. Wichtig ist, gesundheitlich fit zu sein und sich nicht selbst zu überschätzen.

Wo finden die Wettbewerbe statt?
Ortwein: Der Weltcup besteht aus verschiedenen Stationen, die meistens in Europa stattfinden, wo es verschiedene Wettkämpfe gibt, und das mündet dann meistens in der Weltmeisterschaft. Im nächsten Jahr ist die in Rumänien.
Und da wollen Sie dabei sein?
Ortwein: Die Weltmeisterschaft ist meistens von Montag bis Sonntag, das heißt ich brauche Urlaub. Mein Hauptfokus liegt aktuell auf meiner Assistenzarzt-Weiterbildung. Ich habe meine aktive Karriere eigentlich schon des Öfteren niedergelegt und bin dann doch irgendwie immer wieder gestartet, weil es mich noch mal gepackt hat.
Ambitioniert Sporttreiben in Kombination mit dem Arztberuf – das ist bestimmt nicht einfach.
Ortwein: Jeder Leistungssport ist trainingsintensiv und gerade Schwimmsport sehr, sehr trainingsintensiv. Die besten Beckenschwimmer trainieren zweimal am Tag. Beim Eisschwimmen trainiert man auch jeden Tag, und da muss man natür-

Im Wettkampf: Alexa Ortweins erste WM 2020 in Bled.

lich schauen, dass man das irgendwie schafft. Man geht ja auch nicht mal kurz ins Wasser, schwimmt fünf Minuten, geht dann wieder raus. Da geht es wirklich darum, dass man sich einen Jahresplan aufstellt. Das Ganze wird mit einer Periodisierung gemacht. Es geht um Ernährung, die man anpassen muss und so weiter und so fort. Also, da steckt schon viel dahinter.

Gibt es Erfahrungen als Schwimmerin, von denen Sie in Ihrem Beruf profitieren? Oder auch umgekehrt?

Ortwein: Was ich in den Beruf mitnehme, ist so was wie Willensstärke und auch, dass man durchhält, selbst wenn etwas am Anfang nicht so gut klappt. Als ich das erste Mal zum Eisbaden gegangen bin, war ich vielleicht eine halbe Minute drinnen und habe es keine Sekunde länger ausgehalten. Mittlerweile schaffe ich es, über 20 Minuten im Wasser zu sein. In der Klinik muss man neue Dinge lernen, die auch meistens nicht beim ersten Mal klappen. Ich bin auch interventionell radiologisch tätig und jeder hat mal klein angefangen. Es ist einfach nur wichtig, dass man die Motivation hat und auch versucht, mit Rückschlägen umzugehen.

Fotos: privat

Siegerfoto vor einem See in Slowenien: WM 2023 mit dem Sieg über die 4*50m Mixed Staffel.

Bei dem sportlichen Hintergrund läge es nahe, auch als Ärztin in die Richtung zu gehen. Was haben Sie vor nach ihrer Facharztweiterbildung zur diagnostischen und interventionellen Radiologin?

Ortwein: Sportdiagnostik ist schon ein Aspekt, der mich auf jeden Fall interessiert. Aber ich habe immer gesagt, dass ich meinen Sport oder meine Freizeit und meinen beruflichen Werdegang trennen möchte.

Wie niedrig ist beim Eisschwimmen eigentlich die Wassertemperatur?

Ortwein: Das Wasser muss unter 5 Grad haben.

Und noch eine letzte Frage: Duschen Sie auch kalt?

Ortwein: Nein, tatsächlich nicht. Wenn die Tropfen einzeln von oben kommen, das finde ich sehr unangenehm. Wenn ich mich dagegen komplett wie in einer Badewanne befinde, dann ist kalte Wasser vollkommen in Ordnung.

Interview: Jutta Rippegather

[1] 50 Freistil 1. Platz Age Group 18–24, 50 Freistil 1. Platz Overall, 100 Freistil 3. Platz Age Group 18–24, 50 Brust 2. Platz Age Group 18–24, 50 Brust 3. Platz Overall, 50 Rücken 1. Platz Age Group 18–24 und Age Group World Record.

Bücher

Prof. Dr. med. Gine Elsner: Freikorps, Korporationen und Kolonialismus – Soziale Herkunft von Nazi-Ärzten

VSA Verlag 2024, ISBN 9783964881953, 26.80 €

Es überrascht, wie viele Aspekte zur Geschichte der NS-Diktatur, insbesondere der Zusammenhang mit Medizin, immer noch als weiße Flecken begriffen werden müssen. Gine Elsner beleuchtet nun in ihrem neuen Buch den Zusammenhang von Medizin, den Freikorps (paramilitärische Vereinigungen, die später in die SA eingegliedert wurden), den studentischen Korporationen und militärischer Orientierung. Die Sehnsucht nach Karrierechancen im NS-Staat sprach vor allem auch Mediziner sehr stark an. Widerstand gegen den NS-Staat war hier wie auch in anderen Berufsgruppen eher gering ausgeprägt.

Unterschieden sich die Ärzte, welche im nationalsozialistischen System funktionierten, ihm halfen, von denen, die Widerstand leisteten? Manche brachten sich in scheinbar „wissenschaftliche Forschung" ein, zur vermeintlichen Abwehr von Seuchen (zum Beispiel Fleckfieberversuche in den KZ, oder zur Erforschung der Grundlagen des „rassistischen" Denkens. Manche glitten vollends in die separatistische Ideologie und führten grausame Menschenversuche durch. Hierzu bedienten sie sich ohne Hemmungen des angebotenen „Menschenmaterials" in den Konzentrationslagern. Für das so genannte Euthanasieprogramm wurden eher ältere, berufserfahrene Ärzte in den Dienst gestellt. In den Konzentrationslagern waren die Ärzte weniger berufserfahren und deutlich jünger. Im Buch ist so gut wie kein Frauenname zu finden. Elsner arbeitet diesen, oft übersehenen Zusammenhang mit den studentischen Korporationen und dem Kolonialismus auf und vermittelt wichtige und bisher nicht gekannte Einblicke in diesem Zusammenhang.

Dr. med. Siegmund Drexler

Dekubitus: Ärztliche Pflichten zur Vermeidung und Behandlung

Deutliche Zunahme von Haftungsfällen

Die Entstehung von Dekubitus gilt als anerkannter Indikator zur Messung der Versorgungsqualität in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. [1] Eine deutliche Zunahme von Haftungsfällen in jüngerer Zeit zeigt, dass verfügbare dekubitusprophylaktische Maßnahmen in Deutschland nicht ausgeschöpft werden. Dekubitusprävention und -management sind spezialisierte Pflegebereiche, die tiefgreifende Kenntnisse über Hautpflege, Mobilität, Ernährungszustand und die Anwendung von Hilfsmitteln zur Druckentlastung erfordern. [2]

Prävention und Therapie von Dekubiti können nicht allein der Pflege überlassen werden. Die ärztliche Seite trägt die Verantwortung für entsprechende Maßnahmen und betrifft Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte gleichermaßen. Wichtig ist eine ausführliche Dokumentation. Fehlt sie gänzlich oder ist sie unzureichend, kann dies zu einer Beweislastumkehr führen.

Ärztliche Anordnung von Pflegemaßnahmen und deren Überwachung

Rechtlich sind die Fragen zum Dekubitus weitestgehend ausgeurteilt. Dies beginnt damit, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die Entscheidung über dasjenige, was zu tun ist bei Dekubitus-(Risiko)patienten [3], nicht allein dem Pflegepersonal überlassen werden darf [4]. Notwendig sind vielmehr ärztliche Anordnungen zu den zur Vermeidung von Druckgeschwüren durchzuführenden Pflegemaßnahmen und deren Überwachung. Dies ist nach der Rechtsprechung auch zwingend zu dokumentieren; sowohl die Gefahrenlage als auch die ärztlich angeordneten Vorbeugungsmaßnahmen. [5]

Nachlässigkeit bei der erforderlichen Dokumentation ist ein Indiz dafür, dass in Krankenhaus, Pflegeheim und Arztpraxis die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet wurde und das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat, wie es erforderlich war, was zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des behaupteten Pflegefehlers führt. [6]

Lückenlose Dokumentation erforderlich

Nach der Rechtsprechung ist das Auftreten von schwerwiegenden Dekubiti immer vermeidbar [7], sei es durch häufige Umlagerungen, sei es durch Eincremen oder/und durch Einsatz von Spezialbetten und Kissen. Dementsprechend wird allein schon die Entstehung von Durchliegegeschwüren auch bei Schwerstkranken ausnahmslos auf falsche oder unzureichende Vorbeugemaßnahmen zurückgeführt. [8] Erfahrungsgemäß beruht ein schwerer Dekubitus Grad IV auf groben Pflege- und Lagerungsmängeln bzw. unzureichenden ärztlichen Anordnungen und Überwachungen [9]. Das Auftreten von schwerwiegenden Dekubiti, auch bei Schwerstkranken, wird von der Rechtsprechung nur dann als unvermeidbar angesehen, wenn die Empfehlungen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege [10] eingehalten werden [11]. In derselben Entscheidung stellt der Kölner Senat allerdings auch klar, dass ein Dekubitus in der Regel kein vollbeherrschbares Risiko darstellt. Dekubiti können also in Ausnahmefällen nicht zu verhindern sein. Um nachzuweisen, dass ein Dekubitus auch bei fehlerfreier Behandlung eingetreten ist, muss eine nachvollziehbare, lückenlose Dokumentation vorliegen. Mit ihr lässt sich nachweisen, dass Lagerungen, Weichlagerungsmatratze sowie andere Maßnahmen kunstgerecht eingesetzt wurden.

Gravierende individuelle Faktoren können allerdings ein Grund sein, dass ein Dekubitus nicht verhindert werden kann. Ist der Patient beispielsweise nicht „lagerungsfähig", macht dies die korrekte Pflege unmöglich. Das heißt, er hält die Seitenlage im Rahmen der prophylaktischen Lagerungsmaßnahmen nicht ein und „entlagert" sich ständig, zum Beispiel aufgrund von Demenz oder Verwirrtheits- und Erregungszuständen. Eine genaue und ausführliche Dokumentation ist in diesen Fällen unabdingbar.

Primär sind Ärzte verantwortlich

Es wird nochmals ausdrücklich bemerkt, dass primär die Ärztin oder der Arzt dafür verantwortlich ist, dass die Patientin oder der Patient im Rahmen der Behandlung keinen Dekubitus entwickelt [12]. So haftet der Klinikträger aus dem Behandlungsvertrag i. V. m. §§ 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB. Leitende und nachgeordnete Ärzte haften aus eigenem Verschulden gemäß § 823 Abs. 1 BGB. Die behandelnden Ärzte tragen in ihrem Zuständigkeitsbereich und unter Berücksichtigung der Hierarchie die Verantwortung für unterlassene Maßnahmen und für die entsprechende Organisation. Maßnahmen eines spezifischen Pflegebedürfnisses, mithin die Durchführung und Einhaltung verbindlicher Pflegestandards, sind grundsätzlich Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung [13]. Dem Chefarzt obliegt die fachliche Aufsicht über die nachgeordneten ärztlichen und nichtärztlichen Dienste. Den Oberarzt trifft die Verantwortung, in seinem Aufgabenbereich die Tätigkeit der Assistenzärzte anzuleiten, zu kontrollieren und zu überwachen [14]. Den behandelnden Stationsarzt trifft die Verantwortung für eine fehlende Dokumentation der ärztlichen Diagnose, dass es sich bei dem Patienten um einen Risikopatienten handelt, für unterbliebene Anordnungen zur Pflege des Patienten und eine fehlende Kontrolle der Ausführung der Anordnungen [15]. Soweit die Planung vorbeugender Maßnah-

Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

men und deren Durchführung eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegefachkräfte ist, ist deren Verschulden dem Klinikträger nach § 278 BGB zuzurechnen.

Im Rahmen einer rechtlichen Auseinandersetzung ergeben sich nachfolgende zwingende Vorgaben zulasten der Behandlerseite:

- So hat diese nachzuweisen, dass sie über die vom Medizinischen Dienst vorgeschriebene Schulung zum Expertenstandard bei Dekubitus verfügt.
- Anlässlich der Patientenaufnahme ist ein Pflege-Assessment zu erstellen und die Dekubitusgefahr auszuweisen.
- Sämtliche Dienstpläne sind im Streitfall vorzulegen. Die Personaluntergrenze auf der Intensivstation beträgt laut Bundesministerium für Gesundheit (Stand seit 01.02.2021): Tagschicht zwei Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht drei Patienten pro Pflegekraft. Es besteht unter Strafandrohung die Verpflichtung zur täglichen Meldung! [16] Sofern nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht, ist eine Gefahrenmeldung zu erstatten. Die im Streitfall oft geäußerte Einlassung, man verfüge nicht über ausreichend Pflegepersonal, verfängt also nicht.
- Über den oder die Dekubiti ist täglich ein Protokoll inklusive täglicher Fotos über dessen Verlauf zu erstellen.

Aufgabenverteilung Ärzte/Pflege

Nach dem Expertenstandard ergibt sich zudem folgende Aufgabenverteilung

des Pflegepersonals:

- Systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos bei Aufnahme und bei Veränderungen,
- bei bestehendem Risiko – Planung von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe,
- umgehender Einsatz druckentlastender Hilfsmittel,
- individuelle Bewegungsförderungsplanung durch sofortige Druckentlastung erstellen,
- regelmäßige Wunddokumentation sowie
- ausführliche schriftliche Dokumentation der ergriffenen Maßnahmen.

des Arztes:

- Einschätzung des Risikos aufgrund der eigenen Erfahrung,
- bei Risiko: Anordnung von Maßnahmen zu Dekubitusprophylaxe,
- stadiengerechte Weichlagerungsmatratze verordnen,
- Bewegungsplan verordnen,
- Wunddokumentation erstellen sowie regelmäßige Wundvisiten durchführen sowie
- ausführliche schriftliche Dokumentation der ergriffenen Maßnahmen.

Dr. jur. Thomas K. Heinz
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: dr.heinz@freenet.de

Foto: Jens Haensel

Die Literaturhinweise finden sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Save the date: Symposium Oranienstein 3.0 am Freitag, 19. September

Krise/Spannungsfall/Krieg: ambulante medizinische Versorgung als 3. Säule auf dem Prüfstand

Breakdown des Sicherstellungsauftrags?

Die aktuelle weltpolitische Sicherheitslage zeigt deutlich, dass Europa, und damit auch Deutschland, nicht nur die eigene Verteidigungsfähigkeit, sondern in der Folge auch die medizinische Versorgungsfähigkeit in Krisensituationen stärken muss.

In den vorigen Jahren befasste sich dieses Symposium mit den Themen: „Leben retten unter besonderer Gefahr“ und „Im Ernstfall: was bedeutet Kriegsmedizin?“. Dabei standen die medizinische Versorgung im Einsatz sowie die stationäre Akutversorgung in Bundeswehrkrankenhäusern und berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken im Fokus.

2025 wird sich das Symposium der ebenso wichtigen ambulanten medizinischen Versorgung unter Verteidigungsbedingungen widmen.

Ausrichtende sind die Landesärztekammer Hessen, die Partnerkammern aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland sowie verschiedene Gliederungen der Bundeswehr. In der aktuellen Veranstaltung werden neben hochrangigen Vertreter der Bundeswehr erstmals auch Vertreter der hessischen Apothekerkammer erwartet.

Kontakt und Anmeldung:
andrea.floeren@laekh.de

(red)

Phagen gegen die stille Pandemie

166. Bad Nauheimer Gespräch über Antibiotikaresistente Erreger

Antibiotikaresistente Erreger gelten als eine der größten Bedrohungen für unser Gesundheitssystem und werden auch als stille Pandemie bezeichnet. Während sich die Antibiotikaresistenzen immer weiter ausbreiten, sind neue Medikamente als Reservemedikamente kaum in Sicht. Gibt es – neben Hygiene und Infektionsprävention sowie dem zurückhaltenden Einsatz von Antibiotika bei Mensch und Tier – Alternativen in der Prävention und Behandlung von Infektionen mit diesen Erregern? Dieser Frage sind zwei Expertinnen bei dem 166. Bad Nauheimer Gespräch in den Räumlichkeiten der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt nachgegangen. Prof. Dr. med. Ursel Heudorf moderierte die Veranstaltung, führte zu Beginn in das Thema ein und stellte die beiden Referentinnen vor. 2019 seien weltweit mehr als 4,95 Millionen Menschen im Zusammenhang mit und 1,27 Millionen Menschen an antibiotikaresistenten Erregern verstorben, so Heudorf. Bereits am 31. Oktober 2023 war das Thema stille Pandemie unter dem Aspekt „One Health“ schon einmal Inhalt beim 160. Bad Nauheimer Gespräch (siehe Hessisches Ärzteblatt 1/2024, S. 26f). Prognosen zeichnen ein noch düsteres Bild für die Zukunft. Nun ergänze man die vorangegangenen Veranstaltungen um das Thema Impfung und Phagen, sagte Heudorf. Obwohl Phagen zu einer ähnlichen Zeit entdeckt wurden wie Antibiotika, hätten sich nur Letztere im klinischen Alltag aufgrund ihrer leichten Handhabbarkeit und breiten Wirksamkeit durchgesetzt.

Problem der komplexeren Impfstoffentwicklung

Die Referentin Prof. Dr. med. Isabelle Bekeredjian-Ding ist Direktorin des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Gießen und Marburg. Bekeredjian-Ding berichtete über den Stand der Impfstoffentwicklungen gegen Bakterien. Die Forschung auf diesem Gebiet sei im Gegensatz zur Medikamentenentwicklung in der Diabetologie und Onkologie weniger lukrativ für Pharmafirmen. Bei entsprechenden Patienten komme außerdem auf diesem Gebiet noch die Schwierigkeit hinzu, dass diese oftmals immunkompromittiert oder immunsupprimiert seien. Auch weil präsentierte Proteine von entsprechenden Impfstofftypen von den Bakterien verändert würden und es konkurrierende Abwehrmechanismen gebe, sei die Impfstoffentwicklung komplexer als gegen Viren. Die Immunkorrelate seien bei nosokomialen Erregern häufig noch unbekannt und deshalb sei auch noch Grundlagenforschung nötig, so Bekeredjian-Ding. Impfstoffe, die eine Antikörperreaktion auslösen, seien zwar gut, aber auch T-Zellen seien für den Erfolg gegen Bakterien entscheidend. Deren Rolle erfordere ebenso noch Forschung. Bei den bakteriellen Impfstoffen sei gerade bei obligaten intrazellulären Pathogenen das Problem noch vollkommen ungelöst. Bei parasitären Impfstoffen wie gegen Malaria seien zwar Fortschritte erzielt worden, aber in diesem Bereich fehle noch die finanzielle Unterstützung, da Malaria häufig arme Länder betreffe. Bei antiviralen Impfstoffen seien die Fortschritte durchaus gut gewesen, wie etwa mit mRNA-Impfstoffen während der Coronapandemie. Aber diese Erkenntnisse seien nicht ohne weiteres übertragbar. Gegen bestimmte Toxine von Bakterien wie Tetanus oder Diphtherie gebe es auch schon lange gute Impfstoffe, aber bei anderen wie etwa Staphylococcus aureus sei die Impfstoffentwicklung klinisch gescheitert. Der Faktor Zeit erschwere außerdem die Forschung, da von der Kolonisation bis zur Infektion des Patienten sehr unterschiedliche Zeiträume vergehen.

Viele Versuche bereits gescheitert

Anschließend zeigte Bekeredjian-Ding anhand von konkreten Beispielen, woran die Impfstoffentwicklung scheitere. Bei Staphylococcus aureus habe man viele verschiedene Impfstoffe mit unterschiedlichen Ansätzen getestet, beispielsweise mit Antikörpern, gegen Adhärenzfaktoren oder T-Zell-Antworten. Meist seien die Stoffe in der Phase III aufgrund nicht genügender Wirksamkeit gescheitert. Auch bei Escherichia coli, insbesondere enterotoxische E. coli (ETEC), enteropathogene E. coli (EPEC) oder enterohämorrhagische E. coli (EHEC), seien viele Versuche nicht erfolgreich gewesen, aber auch viele Impfstoffe noch in der Entwicklung. Hier sei vor allem die Schwierigkeit durch die Heterogenität der Stämme gegeben. Deshalb konzentriere man sich aktuell nur auf einzelne und besonders gefährliche Stämme.

Foto: Lukas Reus

Prof. Dr. med. Isabelle Bekeredjian-Ding referierte über Impfstoffe gegen resistente Bakterien

Hygiene und Antibiotic Stewardship mit Erfolgen

In der anschließenden Diskussion brachte Moderatorin Heudorf noch das Beispiel von Clostridium difficile, dem Bakterium, dessen Toxine in der Kindheit oder nach einer längeren Antibiotikagabe Probleme bereitete. Bekeredjian-Ding sagte, das Bakterium sei ein gutes Beispiel, bei der die Impfstoffentwicklung einerseits auf die Neutralisation der Toxine durch Antikörper, andererseits auf die Prävention der initialen Erregerbesiedlung durch Impfstoffe gegen die bakteriellen Oberflächenstrukturen, abzielte. Erfolge seien aber ausgeblieben.

Bisher sei die Forschungsfrage noch offen, wie sich das Mikrobiom in diesem Komplex verhalte. Die Impfstoffe seien eventuell gescheitert, da das Mikrobiom Clostridium difficile schneller in den Griff bekommen habe als das Immunsystem nach Impfung und deshalb kein Effekt nachweisbar gewesen sei. Insgesamt sei noch viel Forschung nötig. Auf die Frage, wie

lange es noch dauere, bis es eine mRNA-Impfung gegen S. aureus gebe, sagte Bekeredjian-Ding, dass das so schnell nicht passiere, da viele Pharmafirmen sich nach den vielen teuren und gescheiterten Versuchen zuvor zurückgezogen hätten. Sie hob abschließend jedoch hervor, dass es insgesamt so gute Fortschritte in der Hygiene und Antibiotic Stewardship gebe, dass man weniger Infektionen sehe.

Phagen mit ungewissen Potenzial

Die zweite Referentin, PD Dr. med. Silvia Würstle, Laborleiterin im Schwerpunkt Infektiologie an der Goethe-Universität Frankfurt und Leiterin einer Arbeitsgruppe zur Bakteriophagentherapie, stellte den aktuellen Forschungsstand zum Nutzen von Bakteriophagen in der Medizin vor. Bakteriophagen sind Viren, die ganz spezifisch Bakterien abtöten. Sie kämen von allen Organismen am häufigsten vor und seien so heterogen, dass es kein Gen gebe, das in allen Bakteriophagen vorkomme. Deshalb habe sich die EU auch gegen eine übergreifende Zulassung als Gruppe ausgesprochen, so Würstle. Schon zur Zeit der Entdeckung der Antibiotika sei auch an Bakteriophagen zum Einsatz in der Medizin geforscht worden. Gerade in Georgien und der ehemaligen Sowjetunion gab und gebe es viel Forschung.
Die hohe Spezifität der Bakteriophagen sei dabei Fluch und Segen zugleich: Zum einen wirkten Bakteriophagen nur an einem Bakterienstamm und schonten so im Gegensatz zu geläufigen Antibiotika das restliche Mikrobiom. Diese Spezifität mache allerdings auf der anderen Seite die Herstellung weitaus aufwendiger, da zuallererst der passende Phage gefunden und vermehrt werden müsse. Dennoch könnten sich auch Phagenresistenzen bilden. Aktuelle Forschung gehe diesem Punkt gerade nach, wie diese evolutionären Änderungen der Rezeptoren am Bakterium genutzt werden könnten, damit die Erreger weniger pathogen für die Patienten würden, berichtete Würstle.

Komplizierte Studienzulassung

Auch seien die klinischen Studien mit Phagen aufwendig. Wolle man einen Phagen testen, würden durch die Zulassungsbehörden der EU die gleichen GMP-Standards (Good Manufacturing Practice) gefordert wie bei herkömmlichen Medikamenten. Dies sei allerdings bei Phagen schwieriger und äußerst kostspielig. So koste die Herstellung für einen spezifischen Phagen 120.000 Euro, und die Haltbarkeit von nur 12 Monaten erschwere die Durchführung klinischer Studien darüber hinaus zusätzlich. In den USA, Belgien und Portugal habe man sich mit Ausnahmeregelungen von den GMP-Standards beholfen, um die Forschung voranzubringen. Erste Daten aus Belgien zeigten eine Bakterieneradikation von 61 Prozent.

Kasuistiken über bemerkenswerte Erfolge

Würstle zeigte anschließend einige Fallbeispiele, bei denen Bakteriophagen unter anderem von ihrem Team schon zur Anwendung gekommen seien. Der beeindruckendste Fall sei eine Patientin in den USA, die einen Aortengraft hatte, der nicht mehr operabel gewesen sei. Die Patientin sei kurz vor Verlegung Intensiv- auf die Palliativstation gewesen, und man habe deshalb noch eine Phagentherapie versucht. Den Phagen sei es gelungen, den dicken Biofilm am Aortengraft zu durchbrechen, so dass Immunsystem und die Antibiotika überhaupt wieder hätten wirken können. So zumindest die Theorie ihres Teams zur Heilung. Ein halbes Jahr nach der Therapie hätte die Patientin wieder als Krankenschwester arbeiten können. Würstle sagte aber auch, dass sie bereits Therapien mit Phagen erlebt habe, die wirkungslos geblieben seien. Größere Nebenwirkungen seien bei korrekter Herstellung und Applikation bisher nicht beobachtet worden.

Foto: Lukas Reus

PD Dr. med. Silvia Würstle, Laborleiterin an der Goethe Universität Frankfurt

Diskussion

In der anschließenden Diskussionsrunde kam die Frage nach der klinischen Anwendung aus dem Publikum. Würstle sagte, dass die Applikation sehr unterschiedlich sein könne und sich an der Erkrankung orientiere. Phagen könnten sowohl aufgetragen, intraoperativ, intraartikulär, als Augentropfen als auch inhaliert werden. Prinzipiell sei die Phagentherapie eine selbstlimitierende Therapie, da sich die Phagen nicht mehr fortpflanzen könnten, sobald kein spezifisches Bakterium mehr vorhanden sei. Aktuell bekomme Würstle fünf bis zehn Anfragen von Ärztinnen und Ärzten pro Woche für eine Therapie am Patienten, müsse aber praktisch immer ablehnen oder beispielsweise zu den Kollegen nach Belgien verweisen.
Auf die Frage nach der Herkunft der Phagen sagte Würstle, dass man diese überall finde, am und im Patienten oder in der Umwelt. Dort, wo viele Bakterien seien, seien auch viele Phagen. Das Screening nach dem passenden Phagen sei prinzipiell einfach, nur die Aufbereitung sehr aufwendig. Aktuell versuche man auch, diese Phagen synthetisch herzustellen.

Lukas Reus

Kurzlink zur Aufzeichnung des 166. Bad Nauheimer Gesprächs:
https://t1p.de/f0dny

Antibiotic Stewardship (ABS)		
Termine:	Modul IV: Projektarbeit 23.05.–14.11.2025 Modul V: Kolloquium 09.12.–11.12.2025	
Information & Anmeldung:	Heike Cichon, Fon: 06032 782-209 E-Mail: heike.cichon@laekh.de	
Kurzlink:	https://tinyurl.com/3mjufxsb	www.akademie-laekh.de

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

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

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © Andrey Popov – stock.adobe.com

Mehr erfahren

Leichenschau (CME beantragt)

Viermal mittwochs im Institut für Rechtsmedizin in Frankfurt: Interessant aufbereitet vermittelt Ihnen die Präsenzveranstaltung anhand verschiedener Fälle und Beispiele die Theorie und Praxis der Leichenschau.

Die Theorie der Veranstaltung setzt sich zusammen aus zwei Einheiten Thanatologie sowie zwei Einheiten zu den gesetzlichen Grundlagen der Leichenschau (mit einem Schwerpunkt auf dem 2019 geänderten Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetz). Die Praxis umfasst die Technik der Leichenschau, die Analyse der Vorgeschichte sowie das Ausfüllen des Leichenschauscheins.

Termin: ab 20.08.2025
Gebühr: 235,00 € (211,50 €*)
Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de

Ultraschall

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 26.06.2025 Präsenz	Aufbaukurs Gefäße: Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen (CME beantragt)	Der Aufbaukurs ermöglicht Ihnen die Vertiefung Ihrer Kenntnisse in der Ultraschalldiagnostik und die Verbesserung Ihrer Untersuchungstechniken im Bereich der Gefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	777,00 € 699,30 €*
06.09.2025 Präsenz	Trainingstag mit praktischen Übungen (10 CME)	Es erwarten Sie: Schallkopfführung, Terminologie und Beschreibung von Ultraschall-Bildern und Befundtexten, Bildausschnitte und Bildparameter sowie Abdominalgefäße als anatomische Leitstrukturen und Extremitätengefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 12.09.2025 Präsenz	Aufbaukurs B-Mode-Sonographie – Abdomen und Retroperitoneum (CME beantragt)	Für alle wissbegierigen Schallerinnen und Schaller: Der Aufbaukurs eignet sich besonders zur Vorbereitung auf die KV-Zulassung sowie für Anwärter und Anwärterinnen auf DEGUM-Stufe I Innere Medizin. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	897,00 € 807,00 €*

Qualitätsmanagement

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 01.10.2025 Blended Learning	Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen (M&MK) (20 CME)	Professionelles QM als Standard moderner Kliniken: Die Veranstaltung gibt Ihnen relevante Werkzeuge an die Hand und vermittelt professionelle Trainingskonzepte. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	713,00 € 641,70 €*

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
07.06.2025 Präsenz	Workshop Schwangerschaftsabbruch (6 CME)	Im Fokus stehen praxisbezogene Berichte und Anregungen. Ferner werden auch juristische Hintergründe, Dokumentationsanforderung und die Abrechnung thematisiert. Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	132,00 € 120,00 €*
29.11.2025 Präsenz	Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 218 ff. StGB (8 CME)	Das Seminar richtet sich an staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatende sowie Ärztinnen und Ärzte, die ihre Berechtigung zur Beratung erneuern möchten. Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	235,00 € 211,50 €*

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 24.07.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Krankenhaushygiene – Modul III: Grundlagen der Mikrobiologie (CME beantragt)	Die Veranstaltung thematisiert Inhalte, wie z.B. die Diagnostik, Erfassung und Bewertung mikrobiologischer Befunde sowie verschiedene Erreger und ihre Übertragungswege, und geht auf Standardpräventionsmaßnahmen ein. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage
ab 08.09.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Krankenhaushygiene – Modul I: Hygienebeauftragte/r Ärztin/ Arzt (CME beantragt)	Der Kurs befähigt Sie dazu, die Aufgaben einer Hygienebeauftragten Ärztin/ eines Hygienebeauftragten Arztes wahrzunehmen und informiert Sie über die vielfältigen Hygieneaufgaben in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.153,00 € 1.037,70 €*
ab 21.10.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Krankenhaushygiene – Modul IV: Bauliche und technische Hygiene (CME beantragt)	Im Fokus der Veranstaltung stehen die Grundlagen zu Bauplanungen im Krankenhausbau sowie Kenntnisse für den Betrieb von hygienerelevanten Bereichen (Abfallprodukte, Abwasser, Raumluft- und Klimatechnik, Wäscherei etc.). Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage
25.10.2025 Präsenz	Impfkurs (CME beantragt)	Eine Fortbildung für alle, die neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Impfen erwerben oder ihr aktuelles Wissen auffrischen möchten. Auch rechtliche Grundlagen und aktuelle STIKO-Empfehlungen werden thematisiert. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	277,00 € 249,00 €*

Schmerztherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 29.08.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie – Modul IV (20 CME)	In Modul IV liegt der Schwerpunkt auf der Diagnostik und Therapie „Diverser Schmerzsyndrome“ bei Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	459,00 € 413,10 €*
ab 07.11.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie – Modul II (20 CME)	In Modul II werden schmerzhafte Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems sowie psychische Komorbiditäten thematisiert. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	459,00 € 413,10 €*

Arbeitsmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
11.06.2025 Live-Webinar	AbBA (Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen) – FOBI Aufbauschulung (6 CME)	In der Veranstaltung werden Ihre in der MIMA Erstschulung erlangten Kenntnisse für die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Ihrer Praxis und für die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung wieder aufgefrischt. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	185,00 € 166,50 €*
ab 30.09.2025 Blended Learning	Kurs-Weiterbildung Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin – Modul 4 (CME beantragt)	Die Kombination aus E-Learning, Live-Webinaren und Präsenztag gestalten diese Veranstaltung als äußerst abwechslungsreich. In Modul 4 werden arbeitsbedingte Erkrankungen und Berufskrankheiten thematisiert. Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de	1.074,00 € 966,60 €*
08.10.2025, 12.11.2025 Präsenz	AbBA (Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen) – MIMA Erstschulung (6 CME)	Arbeitsschutz leicht gemacht mit der „Alternativen Betreuung“: In der MIMA-Erstschulung erfahren Sie, wie Sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ihrer Arztpraxis selbst in die Hand nehmen können! Kontakt: laura.wahl@laekh.de	185,00 € 166,50 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
11.06.2025 Live-Webinar	Pädiatrie „State of the Art“ (6 CME)	Praxisnah und vielseitig aufbereitet erhalten Sie Einblicke in den aktuellen Stand der Pädiatrie – das nächste Mal mit dem Schwerpunktthema „Pädiatrische Notfallversorgung“. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	92,00 € 0 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 13.10.2025 Blended Learning	Qualifikation Telenotärztin/ Telenotarzt – nach dem Curriculum der LÄKH (28 CME)	Zukunftsorientiert und praxisnah: Die Fortbildung richtet sich an besonders erfahrene Notärztinnen und Notärzte (z. B. Oberärztinnen und Oberärzte und leitende Notärztinnen und Notärzte). Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.497,00 € 1.347,30 €*
ab 23.10.2025 Präsenz	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (26 CME)	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte und Praxisübungen: Das Seminar richtet sich an all diejenigen, die am ÄBD teilnehmen und dort mit notfallmedizinischen Herausforderungen konfrontiert werden. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	683,00 € 614,70 €*
ab 27.10.2025 Präsenz	53. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar (48 CME)	Intensivmedizin leicht gemacht: Interaktiv aufbereitet und mit Praxisbeispielen, bereitet Sie die Veranstaltung auf den Alltag in der Intensivmedizin vor. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	970,00 € 873,00 €*

Palliativmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
19.09.2025 Präsenz	Refresher Palliativmedizin (9 CME)	Die Veranstaltung ermöglicht allen palliativmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten einen kollegialen Erfahrungsaustausch über die aktuellen Themen der Palliativmedizin. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	242,00 € 217,80 €*

Spezialkurs Röntgendiagnostik (21 CME)

Der Spezialkurs Röntgendiagnostik richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die die Kenntnisse im Strahlenschutz besitzen und den Grundkurs bereits erfolgreich absolviert bzw. am Grundkurs gemäß Richtlinienmodul zur Strahlenschutzverordnung Nr. 45 (S. 1005) teilgenommen haben.

Wird der neue Grundkurs (gemäß Vorgaben des BMUV vom 05.12.2024) besucht, ist zusätzlich der Spezialkurs für den Erwerb der „Fachkunde im Strahlenschutz“ notwendig, der bis dato geforderte Kenntniskurs entfällt. Mit der praktischen Erfahrung (Sachkunde) kann im Anschluss an den Grundkurs begonnen werden.

Termin: ab 27.06.2025
Gebühr 517,00 € (465,30 €*)
Kontakt: andrea.floeren@laekh.de

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

Mehr erfahren

Foto: © Sebelas Studio – stock.adobe.com, mit KI

Repetitorium Frauenheilkunde (42 CME)

Ganz neu aufgestellt und als Live-Webinar: Die Kombination aus neuen Impulsen und bewährten Grundlagen beschreibt den Anspruch dieses Repetitoriums.

Punktuell und konzentriert auf das Wesentliche präsentiert das Repetitorium den neuesten Stand des Fachgebiets. Speziell für Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung bieten die zu jedem Thema ausgewählten Fallbeispiele eine gute Möglichkeit, die eigenen Kenntnisse in Vorbereitung auf die Facharztprüfung zu überprüfen und aufzufrischen.

Termin: ab 05.11.2025
Gebühr: 704,00 € (633,60 €*)
Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de

Mehr erfahren

Innere Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
02.07.2025 Präsenz	EKG-Refresher (9 CME)	Die interaktive Fortbildung enthält in großem Umfang praktische Übungen und ist als Wiederholung in der EKG-Befundung gedacht, kann jedoch auch für den Aufbau von neuem Wissen in Teilaspekten des EKGs genutzt werden. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	235,00 € 211,50 €*
24.09.2025 Live-Webinar	Aktuelle Diabetologie (Diabetes mellitus Typ I und Typ II) – Teil 5 und Teil 6 (5 CME)	Die Veranstaltung greift den aktuellen Stand der Prävention, Diagnostik und Therapie inkl. Folgeerkrankungen auf. Die Teile 5 und 6 fokussieren sich dabei speziell auf Herz, Blutdruck und Gefäße sowie Augen, Nieren und Fuß. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	104,00 € 93,60 €*
29.10.2025 Live-Webinar	Rheuma an einem Tag – Symptome in der täglichen Praxis (CME beantragt)	Die Fortbildung richtet sich an all diejenigen, die entzündliche rheumatische Erkrankungen im Praxisalltag sicher erkennen und gezielt behandeln möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	92,00 € 0 €*
ab 24.11.2025 Präsenz	Repetitorium Innere Medizin (52 CME)	Das Repetitorium präsentiert in zahlreichen Fachvorträgen und interaktiven Diskussionen den neusten Stand der Wissenschaft – eine optimale Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung Ihrer Fachkenntnisse. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	889,00 € 800,10 €*

Neurologie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 11.11.2025 Hybrid	Repetitorium Neurologie – Modul I (CME beantragt)	Ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung – in Modul I des Repetitoriums werden u. a. neurologische Notfälle, zerebrovaskuläre Erkrankungen und Epilepsie thematisiert. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	453,00 € 407,70 €*

Transfusionstherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
24.09.2025 Hybrid	Refresher Transfusionsbeauftragte (CME beantragt)	Update Hämotherapie: Im Fokus des Refreshers stehen aktuelle Richtlinien und Querschnittsleitlinien – aufbereitet und kombiniert mit Fallbeispielen aus der klinischen Arbeit. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	185,00 € 166,50 €*

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

Carl-Oelemann-Schule

Alle Veranstaltungen auf **www.carl-oelemann-schule.de**

Veranstaltungen

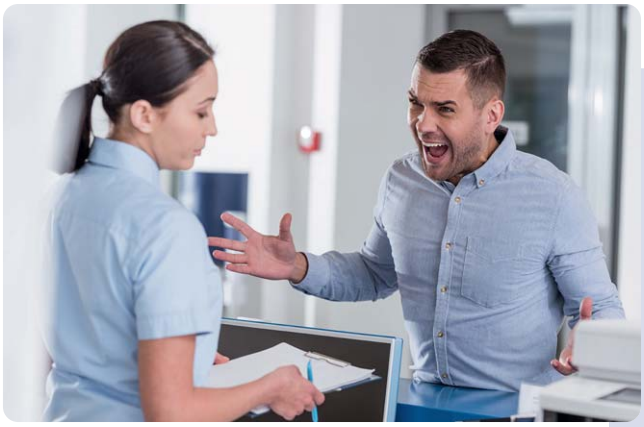


Foto: © LIGHTFIELD STUDIOS – stock.adobe.com

Aggression im Praxisalltag – Lösungsstrategien im Praxisalltag

Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen sind stressigen Alltagssituationen ausgesetzt. Die Fortbildung erweitert die Kommunikationskompetenz für herausfordernde Gesprächssituationen.

Inhalte u. a.:

- Risikosituationen / Frühwarnsignale erkennen
- Konstruktives Konfliktmanagement
- Wirkung von Sprache und Körpersprache im Konflikt
- Regeln der Deeskalation
- Praxisinternes Hilfesystem
- Souveränität und Sicherheit ausstrahlen
- Abgrenzung / Selbstfürsorge

Termin PAT 23: 23.08.2025
Gebühr: 125 €
Kontakt: zakia.ahmad@laekh.de

Mehr erfahren

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 €
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	1050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 23.10.2025	Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (SAC) 24 Stunden	Im Sachkenntniskurs werden die gemäß Medizinprodukte-betreiberverordnung (MPBetreibV) geforderten Kenntnisse für die Aufbereitung von Medizinprodukten fachpraktisch vermittelt. Kontakt: julia.werner@laekh.de	370 €
ab 30.10.2025	Ambulante Anästhesie (ANÄ) 80 Stunden	Der neue Lehrgang beinhaltet ein gemeinsames Modul mit dem Lehrgang „Ambulantes Operieren“. Über die Lehrgangsbausteine, die Anerkennungsmöglichkeiten und die zu erwerbenden Handlungskompetenzen informieren wir Sie auf unserer Website. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	785 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 30.10.2025	Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden	MFA können sich für die Assistenz bei ambulanten Operationen qualifizieren. Informationen zum Inhalt, Ablauf und den zu erwerbenden Handlungskompetenzen finden Sie auf unserer Website. Beachten Sie die Anerkennungsmöglichkeiten. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
29.10.2025	Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten (MED 12) 5 Stunden	Die Fortbildung richtet sich an Personen, die ihren Kenntnisstand zur „Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ aktualisieren möchten. Kontakt: julia.werner@laekh.de	85 €
22.11.2025	Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11) 7 Stunden	Für Berufsanfänger/-innen, Mitarbeiter/-innen und Wiedereinsteiger/-innen in der ärztlichen Praxis gibt dieser Kurs eine intensive Einführung in das Thema. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €

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

Medizinische Versorgung von Frauen und Mädchen nach weiblicher Genitalbeschneidung

Fortbildung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Weibliche Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation/Cutting, FGM/C) stellt eine tiefgreifende Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und der Menschenrechte dar. In Deutschland leben Schätzungen zufolge mehr als 104.000 betroffene Frauen und Mädchen. Ärztinnen und Ärzte begegnet dieser vulnerablen Patientengruppe immer häufiger, insbesondere in der hausärztlichen, gynäkologischen, geburtshilflichen sowie pädiatrischen Versorgung. Eine adäquate Betreuung erfordert spezielle Fachkenntnisse, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie hohe kulturelle Sensibilität.

FGM/C wird in vier Typen unterteilt (siehe Grafik):

Typ I: partielle/vollständige Entfernung der Glans clitoridis und/oder des Präputiums

Typ II: Entfernung der Labia minora und/oder Labia majora mit oder ohne Entfernung der Glans und/oder des Präputiums

Typ III (Infibulation): nach Entfernung der Labia minora und/oder der Labia majora vernähen der Wundflächen zur Bildung eines narbigen Verschlusses der Vulva mit minimaler Restöffnung, mit oder ohne Entfernung der Glans clitoridis und/oder des Präputiums.

Typ IV: alle anderen schädigenden Eingriffe an den weiblichen Genitalien zu nicht medizinischen Zwecken (z. B. Einritzen, Stechen, Verätzen)

FGM/C kann vielfältige Beschwerden hervorrufen, darunter Dysmenorrhö, Dyspareunie, chronische Schmerzen, Sensibilitätsverlust, Miktionsprobleme und geburtshilfliche Komplikationen. Auch psychische Folgen wie PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), Angststörungen und Depressionen sind häufig.

Gynäkologische Versorgung

Gynäkolog*innen tragen eine besondere Verantwortung: FGM/C und typische Symptome sollten früh erkannt, Patientinnen umfassend beraten und bei Bedarf spezialisierte Stellen (s. u.) einbezogen werden. Auch medizinische Atteste bezüglich des FGM/C Typs sowie die präventive Beratung von gefährdeten Mädchen gehören zur umfassenden Versorgung. Für eine adäquate Diagnostik ist eine strukturierte gynäkologische Untersuchung möglichst mit Bilddokumentation unverzichtbar. Eine kultursensible Anamnese, möglichst unter Einbezug qualifizierter Dolmetscherinnen, fördert Vertrauen und erfasst den tatsächlichen Behandlungsbedarf.

Gynäkologisch relevant ist insbesondere die bei Typ III starke Verengung der Genitalöffnung. Diese kann Menstruation, Miktion, Sexualverkehr und den Geburtsvorgang erheblich beeinträchtigen.

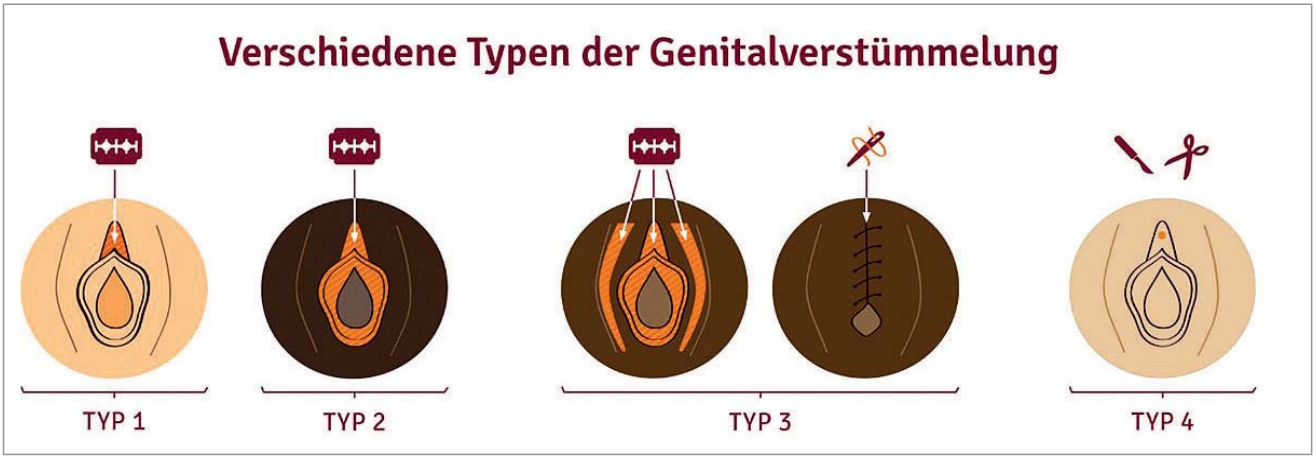
Aber auch Typ I, II und IV können massive gesundheitliche und psychische Probleme verursachen. Die Diagnostik von Typ I, II und IV gestaltet sich außerdem oftmals schwieriger, da äußerlich häufig nur subtile Veränderungen erkennbar sind.

Die geburtshilfliche Betreuung von Schwangeren mit FGM/C Typ III verlangt ebenfalls besondere Expertise. Die Eröffnung der Narbe (Defibulation) erfolgt idealerweise vor einer geplanten Schwangerschaft, ist aber auch im zweiten Trimenon oder intrapartal möglich.

Ein erneuter Wiederverschluss (Reinfibulation) nach Defibulation ist in Deutschland verboten. Die Defibulation ist ein evidenzbasierter Eingriff, der Miktion, Menstruation, Sexualität und Geburt erleichtert. Entsprechende Aufklärung über den Eingriff, die physiologischen Veränderungen nach Defibulation und die zeitliche Planung sind essenziell für deren Erfolg und Akzeptanz.

Rekonstruktive Möglichkeiten

Rekonstruktive Eingriffe sind bei physischen und/oder psychischen Symptomen oder auf Wunsch der Patientin indiziert.



Grafik: © SAIDA e. V.

Verschiedene Typen der weiblichen Genitalverstümmelung. Typ 1: Entfernung der Klitorisspitze. Typ 2: Exzision. Typ 3: Infibulation. Typ 4: alle anderen Formen der Verletzung des äußeren weiblichen Genitals, der den Typen I–III nicht zuzuordnen ist, z. B. einschneiden, durchstrechen, verätzen etc.

Ziel der anatomischen und funktionellen Wiederherstellung ist neben der Beseitigung der körperlichen Beschwerden die Verbesserung der psychischen Gesundheit und der sexuellen Funktion. Anders als die Defibulation zielt die Rekonstruktion auf die Wiederherstellung von Klitoris, Präputium, inneren und/oder äußeren Labien ab. Die Methode nach Foldès legt den Klitorisstumpf frei, kann Schmerzen lindern und die klitorale Sensibilität verbessern, berücksichtig jedoch nicht die klitoralen Nerven. Die anatomische Rekonstruktion nach O'Dey dagegen ermöglicht durch eine mikrochirurgische Reinseration der Nerven an der neu geformten Klitorisspitze eine Neurolyse und Neurotisation der Nerven und durch komplexe Lappentechniken eine anatomische Wiederherstellung der Klitoris und Vulva – mit entsprechender Funktion – setzt jedoch mikrochirurgische Fähigkeiten voraus, woraus längere Operationszeiten resultieren.

Auch wenn belastbare Langzeitstudien noch fehlen, zeigen aktuelle Daten deutliche Verbesserungen hinsichtlich Sensibilität, Sexualfunktion und Schmerzfreiheit nach rekonstruktiven Eingriffen. Eine gute präoperative Aufklärung sowie eine begleitende psychosoziale Betreuung sind entscheidend für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis. Eine ganzheitliche Versorgung ist derzeit nur in spezialisierten Zentren oder in enger Kooperation mit FGM/C-erfahrenen Beratungsstellen möglich.

Dr. med. Stefanie Adili
Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie Alamuti & Scholz, Wiesbaden
E-Mail: adili@alamuti-scholz.de

Tanja Wunderlich
FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht, Frankfurt

Dr. med. Leonie Wohlklang
FGM-Sprechstunde Uniklinikum Gießen

Dr. med. Maryam En-Nosse
Oberärztliche Leitung der der FGM- und Vulva-Sprechstunde am Uniklinikum Gießen

Vernetzung und spezialisierte Anlaufstellen in Hessen:

Beratungszentrum FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht (www.fim-frauenrecht.de):
- **Für Betroffene:** Psychosoziale Beratung (in Erstsprache oder mit Sprachmittlung); Unterstützung im Zusammenhang mit Rekonstruktions-OP
- **Für Fachkräfte:** Kollegiale Beratung; Fortbildungen
- **Kontakt:** fgm_c@fim-beratungszentrum.de

Dr. med. Stefanie Adili, Beratung, Rekonstruktion, Terminkoordination über FIM

FGM/C-Sprechstunde Uniklinik Gießen:
- Beratung, Atteste, medizinische und geburtshilfliche Versorgung, Rekonstruktion
- **Kontakt:** fgm-sprechstunde@uk-gm.de

FGM Boards der AG FIDE e. V. (www.ag-fide.org/fgm-board-female-genital-mutilation):
- Monatliche Fallkonferenzen (CME)
- **Kontakt:** fgmboard@gmail.com

Bücher

Prof. Dr. med. Elke Roeb: Fettleber vorbeugen und behandeln

Reihe: für dummies,
Wiley-VCH, Weinheim
1. Aufl. November 2024, 288 S., 18 €
Softcover, ISBN: 9783527721511

Die Fettlebererkrankung/MAFLD (metabolic dysfunction associated fatty liver disease) ist eines der wichtigsten gastroenterologischen Gesundheitsthemen unserer Zeit. Das Buch „Fettleber vorbeugen und behandeln" richtet sich in allgemein verständlicher Sprache an Patienten und Angehörige. Es kann aber auch dem Hausarzt als Gesprächsstütze hilfreich sein, insbesondere, um die wichtigen Themen der Prävention und nicht-medikamentösen Therapien patientenorientiert zu erklären.

Die Fettleberpandemie im Bugwasser der Adipositas betrifft rund ein Drittel der Bevölkerung. Längst sind Kapazitäten in Praxen und Ambulanzen zur diagnostischen und therapeutischen Betreuung erschöpft.

Im ersten Teil wird die Fettlebererkrankung erklärt hinsichtlich Pathogenese, struktureller Voraussetzungen, Möglichkeiten der Prävention durch Lebensstil und Ernährung sowie Folgen und Behandlungsoptionen.

Im Teil II werden der Prozess der fortschreitenden Leberverfettung und schließlich auch Fibrose/Entzündung aufgeschlüsselt.

Die Teile III und IV beschreiben den diagnostischen Prozess und die Behandlungsmöglichkeiten. In der Diagnostik werden differenzialdiagnostische Erwägungen, konkretes Vorgehen und wichtige Untersuchungen erklärt, von Anamnese und Untersuchung bis zur Biopsie.

Die Behandlungskapitel sind strukturiert nach konservativer Behandlung, Bewegung und Ernährung, Behandlung von Begleiterkrankungen, operativen Verfahren und aktuellen Entwicklungen inklusive GLP1-Agonisten.

Im abschließenden fünften Teil werden 10er-Listen für differenzialdiagnostische Überlegungen des betreuenden Arztes sowie Ernährungs- und Verhaltenshinweise für betroffene Patienten gegeben.

Für Detailerläuterungen werden ABC-Schemata und didaktische Kästen eingefügt. Ärztinnen und Ärzte finden hier in der Behandlung dieser häufigen Entität einen soliden Einstieg und ein gutes Fundament für die tägliche Praxis.

Prof. Dr. med. Jan de Laffolie

Fallbericht: Spondylotische zervikale Myelopathie

Die spondylotische zervikale Myelopathie ist ein mannigfaltiges Krankheitsbild des älteren Patienten, welches aufgrund des demografischen Wandels und der damit stetig steigenden Inzidenz im klinischen Alltag immer mehr an Bedeutung gewinnen wird. Die Diagnostik und Indikationsstellung ist hierbei auch aufgrund des schleichenden klinischen Verlaufs der Erkrankung nicht immer ganz einfach. Der vorliegende Fallbericht soll unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien einen kompakten Überblick über die Ursachen, die Diagnostik und die Behandlung der zervikalen spondylotischen Myelopathie geben [1, 2].

Als pathophysiologische Grundlage der Erkrankung gelten mechanische und ischämische Faktoren sowie eine verminderte Liquorzirkulation, welche konsekutiv primär und auch sekundär über eine Entzündungsreaktion zu einer schleichenden Schädigung des zervikalen Myelons führen. Durch Wechselwirkung von degenerativen Prozessen und den sich aus ihnen entwickelnden Instabilitäten kommt es zu einer sukzessiven Verengung des Spinalkanals durch reaktive Hypertrophie des Lig. flavum, Bandscheibenprotrusionen/-vorfällen und Spondylophyten [1, 2].

Im vorliegenden Fall handelte es sich um einen 64-jährigen männlichen Patienten, welcher sich aufgrund einer seit mehreren Monaten progredienten Gangunsicherheit sowie Parästhesien und Feinmotorikstörungen beider Hände in unserer Ambulanzsprechstunde vorstellte. In der klinischen Untersuchung fanden sich zudem gesteigerte Reflexe der unteren Extremitäten. Weitere typische Symptome können vegetative Dysfunktionen mit Blasen-, Mastdarm- und Potenzstörungen sein. Auch radikuläre Syndrome der oberen Extremitäten mit Schmerzen in der Halswirbelsäule dorsal und im Schulter-/Armbereich können Hinweise auf die Erkrankung geben. In ausgeprägten Fällen können auch Paraspastik mit zentraler Beinparese und Stand- und Gangataxie auftreten (Abb. 1).

Die Diagnosesicherung erfolgt neben der Anamnese und den klinischen-neurologischen Untersuchungsbefunden vor allem über die Bildgebung mittels MRT und ergänzenden elektrophysiologischen Untersuchungen (SEP und MEP).

Im hier beschriebenen Fall fiel in der MRT der Halswirbelsäule (HWS) eine hochgradige Spinalkanalstenose der Segmente HW4/5, HW5/6 und HW6/7 mit korrespondierender hyperintenser Läsion des Halsmarks in der T2-Sequenz auf, wie sie bereits im Frühstadium der Erkrankung typisch ist. Im weiteren Verlauf können auch simultane Veränderungen der T1-Sequenz im Sinne einer Hypointensität auftreten. Bildmorphologisch wird häufig auch das owl-eyes sign oder snake-eyes sign beschrieben, eine symmetrische Hyperintensität in der axialen T2-Sequenz im Bereich der Rückenmarksvorderhörner, wie sie auch bei dem Patienten zu finden ist (Abb 2.). In 7 % der Fälle kommt es auch zu einer Kontrastmittelanreicherung in der MRT. Im Falle einer operativen Therapie sollte die Bildgebung um eine Rö.- und CT-HWS ergänzt werden [1].

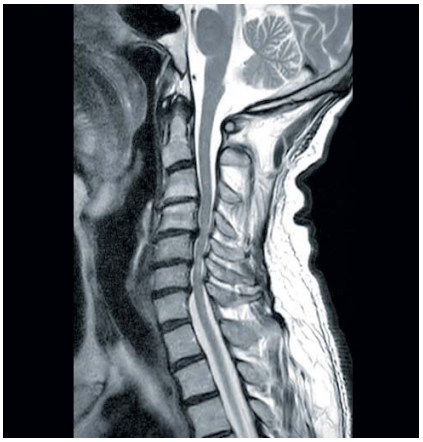


Abb. 1: Sagittales MRT der HWS (T2)

Abb. 2: Axiales MRT der HWS (T2)

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch sollten chronisch entzündliche ZNS-Erkrankungen wie z. B. Multiple Sklerose als auch ischämisch-/mikroangiopathische Erkrankungen ausgeschlossen werden. In selten Fällen muss auch an eine funikuläre Myelose im Rahmen einer Vitamin-B12-Mangelerkrankung oder an einen astrozytären Tumor gedacht werden. Eine Liquordiagnostik kann daher in einigen Fällen angezeigt sein [1].

Im hier beschriebenen Fall konnte die Diagnose jedoch bereits aufgrund der eindeutigen klinischen Untersuchungsbefunde in Verbindung mit Anamnese und den korrelierenden bildmorphologischen Ergebnissen der MRT, wie in den Abbildungen dargestellt, zweifelsfrei gesichert werden. Aufgrund der progredienten Beschwerden wurde die Indikation zur operativen Therapie gestellt.

Konservative und operative Therapie

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich im Wesentlichen an der Schwere und Progredienz der Symptomatik, eine konservative Therapie kann nach derzeitigem Kenntnisstand bei minimalen und nicht bis wenig progredienten neurologischen Defiziten und höherem Lebensalter versucht werden, sollte jedoch eine engmaschige klinische Verlaufskontrolle von anfänglich sechs Wochen und im Verlauf von sechs Monaten umfassen.

Patienten, die einer konservativen Therapie zugeführt werden, müssen über die erhöhte Gefahr eines Querschnittsyndroms im Falle eines HWS-Traumas aufgeklärt werden. Die konservative Therapie umfasst die Anpassung einer Halskrawatte,

Physiotherapie und physikalische sowie medikamentöse Therapie mittels Antiphlogistika, Analgetika und Muskelrelaxantien. In den meisten Fällen ist die Erkrankung jedoch progredient und daher eine Domäne der operativen Therapie, wobei eine vollständige Remission der Symptome in den wenigsten Fällen erreicht wird. Wichtig ist es, die Patienten darüber aufzuklären, dass die Verhinderung der weiteren Progredienz der Erkrankung das wesentliche Ziel der Operation darstellt [1].
Klare Indikationen für eine operative Therapie sind eine rasche, progrediente Verschlechterung der Symptomatik insbesondere mit vegetativen neurologischen Defiziten (Blasenfunktions-, Mastdarmfunktions- und Potenzstörungen). Entscheidend für die Prognose einer operativen Therapie ist die Zeit der bestehenden Symptomatik bis zum Eingriff. Im Wesentlichen werden dorsale und ventrale Verfahren je nach Konfiguration der Pathologie unterschieden, welche auch kombiniert eingesetzt werden [3].
Im vorliegenden Fall wurden beide Verfahren kombiniert und eine dorsoventrale Dekompression und Spondylodese der betroffenen HWS-Segmente durchgeführt. Von ventral wird hier die Bandscheibe des betroffenen Segments entfernt und durch einen Platzhalter (Cage) aus Titan oder Polyetheretherketon ersetzt. Von dorsal werden das Ligamentum flavum sowie die Wirbelbögen reseziert. Eine Stabilisation erfolgte mit einem Schrauben-Stab-System im Bereich der Massa lateralis.
Der Patient konnte nach operativer Versorgung und einem stationären Aufenthalt von sieben Tagen in die Häuslichkeit entlassen werden.

Abb. 3: Postoperatives Röntgen HWS seitlich

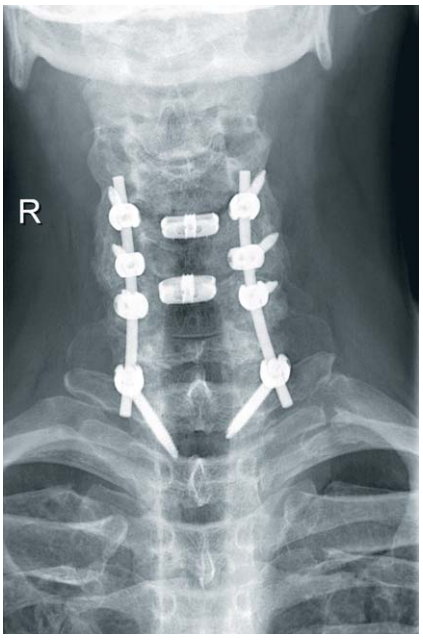


Abb. 4: postoperatives Röntgen HWS anterior posterior

Alle Bilder: Rechte bei den Autoren

Postoperativ wurde das Tragen einer Halskrawatte für sechs bis acht Wochen empfohlen. Zur Konsolidierung des operativen Erfolgs wurde die Durchführung einer neurologischen Anschlussheilbehandlung empfohlen.
In der anschließenden Wiedervorstellung zur klinischen- und bildmorphologischen Verlaufskontrolle präsentierte sich der Patient mit einer regredienten Symptomatik und einer regelrechten Materiallage in der Röntgen-HWS (Abb. 3 und Abb. 4).
Entscheidend für den Behandlungserfolg ist das rechtzeitige Erkennen der Symptome und die interdisziplinäre Koordination von Diagnostik und sich anschließender Behandlung.

Mohamed Salah Elshafeai

Fotos: Klinik Lorsch

Dr. med. Nassim El-Aarid
Schön-Klinik Lorsch
Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie
Wilhelm-Leuschner-Straße 10
64653 Lorsch

Literaturhinweise finden sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studientipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf:

Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Zu Gast beim Sanitätsregiment 2 in Rennerod

Der LÄKH-Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin tagte auswärts

Die Sonne strahlt auf den Sportplatz der Alsberg-Kaserne in Rennerod. Mehrere Hundert Rekruten stehen in Reih und Glied entlang der Seitenlinie auf dem Rasen zum Regimentsappell und Gelöbnis. Noch einmal ähnlich viele Angehörige und geladene Gäste stehen am Sportplatzrand oder sitzen auf Tribünen. Auf einer dieser Tribünen sitzen auch die Mitglieder des Ausschusses für Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der Landesärztekammer Hessen, die zum Austausch der zivilmilitärischen Versorgung in die Alsberg-Kaserne von Oberstarzt d. R. Dr. med. Ulrich Jürgens und Oberstarzt Dr. Sven Funke des Sanitätsregiments 2 der Bundeswehr eingeladen wurden. Neben der Vereidigung der Rekruten wurden dem Sanitätsregiment 2 auch Fahnenbänder für Auslandseinsätze verliehen und die Kommandos über den Führungsbereich und das Ausbildungs- und Simulationszentrum feierlich übergeben.

Zu Beginn des Tages referierte Oberstarzt Dr. Sven Funke und diskutierte mit den Ausschussmitgliedern sowie dem ehrenamtlichen Beauftragten zivil-militärischer Zusammenarbeit / Bundeswehr, Dr. med. Alexander Marković, u. a. über Medizin unter Krisenbedingungen. Funke berichtete von vergangenen Einsätzen des Regiments, etwa im Ahrtal 2021 oder bei dem Wasserschaden des Kinderkrankenhauses in Siegen 2015. Die Ausschussmitglieder und Bundeswehrvertreter diskutierten lebhaft, wie die zivil-militärische Zusammenarbeit besser verzahnt werden könne und welche Maßnahmen in einer Krise ergriffen werden müssten, auch um die knappen Ressourcen in diesem Fall gezielt einzusetzen. Auch stellte Funke verschiedene mobile Rettungssysteme der Bundeswehr vor, die von kleinen Sanitätsstationen bis hin zum voll ausgestatteten Krankenhaus reichen können. Diese einsatzbereiten Module aufzubauen, kann von wenigen Stunden bis zu einer Woche – je nach Ausführung und Anforderung – dauern. Nach der Theorie und einer kurzen Mittagspause in der Truppenküche der Kaserne folgte die Praxis. In einer eigenen Halle konnten die Ausschussmitglieder ein errichtetes Rettungssystem mit OP-Einheit von innen begutachten und wurden von den verantwortlichen Soldatinnen und Soldaten über die Fähigkeiten des Systems aufgeklärt. Von OP-Saal, Apotheke, Gefechtsstand bis hin zu Beatmungsgeräten auf einer kleinen Intensivstation hat dieses mobile Krankenhaus in Containern alles zu bieten, was nötig ist, um das Wichtigste im Krisen- oder Kriegsfall zu leisten: Leben retten. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak dankte im Auftrag des verhinderten LÄKH-Präsidenten Dr. med. Edgar Pinskowski den beiden Oberstärzten Jürgens und Funke für die Einladung und die besonderen Einblicke beim Sanitätsregiment.

Der Ausschuss unter dem Vorsitz von Nowak und der stellv. Vorsitzenden Dr. med. Susanne Betz berät das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Fragen zur notfallmedizinischen Versorgung, zum Rettungsdienst und zur Katastrophenmedizin sowie Fragestellungen aus dem Bereich zivilmilitärischer Zusammenarbeit. Weitere Themen ergeben sich aus der Notfalldienstordnung sowie Zusammenarbeit des Rettungsdienstes und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Lukas Reus

Fotos: Lukas Reus

Teilnehmende der Austauschs in der Alsberg-Kaserne um Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (5. von links vorne) und Oberstarzt d. R. Dr. med. Ulrich Jürgens (4. von links vorne) sowie Gäste der LÄKH: Dr. med. Norbert Kaul, Ärztekammer Rheinland-Pfalz und Dr. med. Detlef Nikolaus Hans, Ärztekammer Saarland (hinten, 1. und 2. von links)

Einblick in einen OP-Saal eines mobilen Rettungssystems der Bundeswehr.

Die neue GOÄ – eine Chance

Aktuell gibt es zu Recht viele Aufreger im Gesundheitswesen. Dauernde Budgetierungen, Zulassungsbeschränkungen, EPA von fraglichem Wert und Unsicherheit. Im klinischen Bereich schaut es nicht besser aus, die grundlegenden und bislang nicht abschätzbaren Veränderungen durch das KHVVG mit neuer Zuordnung von Leistungsgruppen und damit inhaltlichen und personellen Veränderungen in den Kliniken. Von den Unsicherheiten für die Weiterbildung ganz abgesehen.

Und jetzt noch die Diskussion um die neue GOÄ. Bleiben wir bei einem schlecht zusammengeflickten Museumsstück mit H-Kennzeichen oder versuchen wir einen Neuanfang? Unterlegt von News und Fake-News fällt eine Beurteilung nicht leicht. Überlagert wird die Diskussion, und auch das ist verständlich, von einem berechtigten Eigeninteresse. Wer will schon von einem dicken und leckeren Stück Kuchen etwas abgeben, selbst wenn es nur die Befürchtung eines Mindererlöses gibt. Natürlich die wenigsten.

Ein paar wichtige Daten gilt es aber vor dem Deutschen Ärztetag festzuhalten.

- Wenn die Berechnungen der Bundesärztekammer auch nur halbwegs stimmen, ergibt sich insgesamt ein Mehrerlös für Ärztinnen und Ärzte von 1,3 Milliarden Euro.
- Die Inhalte werden sauber und entsprechend der aktuellen medizinischen Wissenschaft definiert.
- Es gibt die Möglichkeit einer Nachjustierung von, überraschend, vollkommen fehleingeschätzten Vergütungen.
- Erschwernisse werden weiter abgebildet.
- Es kann durchaus sein, dass die Höhe einer dauerhaften Abrechnung eines 3,5-fachen Satzes der alten GOÄ nicht ganz erreicht wird.
- Labor und Röntgen werden Einbußen hinnehmen müssen. Hohen Investitionen stehen aber auch sehr hohe Erlöse und auch sehr hohe Einkommen gegenüber. Da wird man sich etwas ehrlich machen müssen.
- Die neue GOÄ wird sich im Konsens mit Privatversicherungen, Beihilfe und Verordnungsgeber inhaltlich und auch finanziell weiterentwickeln.

Kurz gesagt, wer in Deckung bleiben will und gar nichts macht, hat jetzt schon verloren. Damit gibt es jetzt und die nächsten zehn Jahre keine zusätzliche Vergütung und keine neuen Leistungen. Das Zeitfenster für mehr Geld und eine inhaltliche Weiterentwicklung der GOÄ ist politisch günstig, diese Chance sollten wir wahrnehmen. Für Fake-News ist keine Zeit mehr.

Dr. med.
Wolf Andreas Fach
Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen
und BDI-Landesvorsitzender Hessen

Personalia

PD Dr. med. Alexander Reshetnik (Foto links) ist seit April neuer Chefarzt der Klinik für Nieren-, Hochdruck- und Rheumatische Erkrankungen und Nephrologische Diabetologie am Klinikum Kassel. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Jörg Plum** (Foto rechts), der Ende März nach 22 Jahren als Chefarzt der Klinik in den Ruhestand ging. Reshetnik kommt von der Charité Berlin nach Kassel. Er war dort zuletzt als Oberarzt der nephrologischen Station am Campus Virchow Klinikum tätig. Reshetnik ist Facharzt für allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie sowie Hypertensiologe. Foto: privat, Foto: Klinikum Kassel

Dr. med. Kerstin Schröder (Foto links) übernimmt die Chefarztposition des Fachbereichs Fuß- und Sprunggelenkchirurgie am St. Elisabethen Krankenhaus in Frankfurt/Main. **Dr. med. Hans-Peter Abt** (Foto rechts), der die Abteilung bislang geführt hat, übergibt die Chefarztposition altersbedingt und konzentriert sich auf seine Tätigkeit als Senior Experte und Operateur. Foto: privat

Prof. Dr. Lyubomyr Lytvynchuk, PhD (Foto) wurde Anfang März auf die W2-Professur für Augenheilkunde mit dem Schwerpunkt translationale chirurgische Retinologie des Fachbereichs Medizin an der JLU Gießen berufen. Er ist Direktor der Augenklinik am Universitätsklinikum Gießen (UKGM) und forscht insbesondere zu Ursachen von angeborenen (erblichen) Netzhauterkrankungen und deren Genbehandlung sowie zu kindlichen Linsenerkrankungen. Darüber hinaus befasst er sich mit Gefäßerkrankungen der Netzhaut bei Kindern und Erwachsenen. Foto: UKGM/D. Benner

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

Forschung aus der Praxis für die Praxis

Das Forschungspraxennetz Allgemeinmedizin Frankfurt am Main (ForN)

Neue Medikamente, bessere Therapien, optimierte Behandlungen – medizinische Forschung treibt den Fortschritt an. Viele Studienerkenntnisse basieren auf Daten aus Kliniken, während die hausärztliche Versorgung mit ihren besonderen Herausforderungen oft unbeachtet bleibt. Dabei sind Hausärzt:innen die ersten Ansprechpersonen für Patient:innen und behandeln ein breites Krankheitsspektrum unter realen Versorgungsbedingungen.

Hier setzen Forschungspraxennetze an: Sie verbinden Wissenschaft mit dem hausärztlichen Alltag, indem Praxisteams (Hausärzt:innen und Medizinische Fachangestellte [MFA]) aktiv an Studien teilnehmen. So entstehen praxisnahe Erkenntnisse, die direkt in die Versorgung einfließen. Ein solches Netzwerk ist ForN, Teil des Verbundprojekts SaxoForN, einer Kooperation der Goethe-Universität Frankfurt am Main und der TU Dresden. Seit 2020 wird es vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert, um hausärztliche Forschung nachhaltig zu stärken und wissenschaftliche Erkenntnisse dort zu gewinnen, wo der Großteil der Versorgung stattfindet.

Rückblick: Erfolge und Herausforderungen

Nach fünf Jahren erfolgreicher Arbeit bietet sich nun die Gelegenheit, eine Zwischenbilanz zu ziehen: Das Forschungspraxennetz wurde kontinuierlich ausgebaut, die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und hausärztlicher Praxis gestärkt und mehr als 40 Forschungsprojekte abgeschlossen. Sie befassten sich mit zentralen Themen der hausärztlichen Versorgung, darunter die Betreuung chronisch Kranker, Medikamentensicherheit, Einsatz digitaler Anwendungen sowie die Optimierung von Versorgungsstrukturen im Praxisalltag.

Gleichzeitig zeigen die vergangenen Jahre, dass hausärztliche Forschung besondere Herausforderungen mit sich bringt – insbesondere knappe Zeitressourcen, hohe Arbeitsbelastung und begrenzte personelle Kapazitäten erschweren die aktive Teilnahme an wissenschaftlichen Studien.

Wer bleibt, wer kommt, wer geht?

Trotz dieser Herausforderungen gelang es, ein stabiles und lebendiges Forschungspraxennetz aus 126 regelmäßig engagierten und interessierten Hausärzt:innen aufzubauen. Während sich ein Großteil der Praxen kontinuierlich an Forschungsprojekten und Qualifizierungsmaßnahmen beteiligt, nehmen andere je nach Relevanz des Forschungsthemas an Studien teil.

Zukunft der hausärztlichen Forschung: Weiterentwicklung trotz Herausforderungen

Über 40 Forschungsprojekte in den vergangenen fünf Jahren zeigen, dass Forschung im hausärztlichen Setting funktioniert – sofern sie an die Realität der Praxen angepasst ist. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Forschungspraxennetz und den Forschungspraxenteams ermöglicht es, Studien so zu gestalten, dass sie praxisnah umsetzbar sind. Partizipative Formate helfen zudem, Forschung und Praxis optimal zu verzahnen.

Mitmachen und die Zukunft mitgestalten

Damit praxisnahe Forschung auch in Zukunft erfolgreich bleibt, sind motivierte Praxisteams gefragt. Hausarztpraxen, die sich für wissenschaftliche Projekte interessieren, sind herzlich eingeladen, Teil des Forschungspraxennetzes zu werden. Informationen unter: www.saxoforn.net

Janina Carbon, M. Sc. PH

Dr. phil. Corina Güthlin, Dipl. Psych.

Dr. rer. med. Karola Mergenthal, M. Sc. PH
Kontakt per E-Mail: mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Vorteile der Teilnahme für Hausarztpraxen

Die Mitwirkung im Forschungspraxennetz bietet Praxen nicht nur wissenschaftlichen Mehrwert, sondern auch direkte Vorteile für den Praxisalltag:

- **Zugang zu Informationen** aller Forschungsergebnisse aus dem Forschungspraxennetz.
- **Qualifizierung & Weiterbildung:** Teilnahme an zertifizierten Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte sowie MFA, unter anderem Schulungen für Prüfärzte nach dem Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz.
- **Praxisnahe Forschung:** Beteiligung an Studien, die sich direkt auf den hausärztlichen Alltag beziehen, mit Erkenntnissen, die unmittelbar in die Versorgung einfließen.
- **Fortbildungs- & Netzwerktreffen:** Austausch mit anderen Forschungspraxen und Wissenschaftlerinnen & Wissenschaftlern, um neueste medizinische Entwicklungen praxisnah umzusetzen.
- **Datenbasierte Erkenntnisse:** Regelmäßige strukturierte Übermittlung und Analyse von aggregierten Praxisdaten zur Patientenstruktur und Abrechnungsdaten, um wissenschaftliche Fragestellungen gezielt zu erforschen.
- **Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung:** Durch die aktive Mitarbeit an Studien leisten Praxen einen wertvollen Beitrag zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin (z. B. für Leitlinien).
- Möglichkeit, die eigene Praxis als **wissenschaftlich engagierte Anlaufstelle** zu positionieren.

„Wir müssen uns um einander kümmern“

Im Klinikum Darmstadt gibt es „Kollegiale Krisenbegleiter*innen“, die nach belastenden Erlebnissen psychosoziale Unterstützung anbieten

„Wir sind ein Maximalversorger der höchsten Versorgungsstufe, unsere Mitarbeitenden erleben immer wieder herausfordernde Situationen und traumatische Ereignisse, die verarbeitet werden müssen. Aus diesem Grund haben wir uns als Haus entschieden, dass wir ein niedrigschwelliges Hilfssystem auf kollegialer Basis etablieren möchten“, erklärt Arbeitspsychologin Lotte Schwärzel, die die „Kollegiale Krisenbegleitung“ am Klinikum Darmstadt etabliert hat. Zwölf Mitarbeitende aus dem Haus sind bisher geschult worden, weitere folgen. „Wir haben uns zuerst auf besonders belastete Bereiche, wie Notaufnahme und Intensivstation, fokussiert“, erklärt die Arbeitspsychologin, die auch den Bereich Organisations- und Führungskräfteentwicklung im Klinikum verantwortet. In einem zweiten Schritt sollen Mitarbeitende des OP, des Kreißsaals und weitere Kliniken folgen.

„Es geht um eine psychosoziale Erstversorgung“, erläutert Lotte Schwärzel. Die kollegialen Krisenbegleiter fungieren als Ansprechpartner für die Kollegen, die belastende Situationen erlebt haben. Das können eine erfolglose Reanimation, emotional-intensive Situationen mit Angehörigen, Gewaltübergriffe und einige mehr sein. Die kollegiale Krisenbegleitung zeichnet sich dadurch aus, dass sie niedrigschwellig, zeitnah und vertrauensvoll ist. Im besten Fall kennt man die Kollegin oder den Kollegen gut und es besteht bereits ein Vertrauensverhältnis.

Begleitend dazu gibt es im Klinikum Darmstadt Arbeitspsychologen, die dann übernehmen, wenn klar wird, dass eine professionelle und langfristige Unterstützung notwendig ist oder wenn das gesamte Team betroffen ist. Seit mehr als einem Jahr gibt es bereits einen psychologischen Dienst, der fest auf der Intensivstation eingesetzt ist und den Patienten, den Angehörigen und vor allem den Teams in emotional belastenden Behandlungssituationen zur Seite steht.

Foto: Klinikum Darmstadt

Krisenbegleiterin und leitende Oberärztin Dr. med. Christine Hidas (links) im Gespräch mit Kolleginnen.

„Ein traumatisches Erlebnis ist ein Arbeitsunfall, deshalb wurde das Projekt auch als Pilotprojekt von der Unfallkasse Hessen unterstützt“, so Lotte Schwärzel weiter. Insgesamt 64 Stunden Schulung haben die kollegialen Krisenbegleiterinnen und -begleiter absolviert, beispielsweise in Gesprächsführung auch im Gruppenkontext oder im Erkennen von Verhaltensweisen, die auf eine Belastungssituation bei Kollegen hinweisen.

„Mich hat es in der Schulung sehr überrascht zu sehen, welche Dynamiken durch eine Belastungssituation in einem Team entstehen können, und wie wichtig es deshalb ist, rechtzeitig zu reagieren“, sagt Dr. med. Christine Hidas. Die leitende Oberärztin der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen ist auch eine kollegiale Krisenbegleiterin und kennt belastende Situationen aus ihrem Arbeitsalltag nur zu gut. „Wir sind in der ZNA permanent mit Verlust, Trauer, Tod und schwierigen Situationen konfrontiert und dann gibt es natürlich noch die Super-Gau-Ereignisse, zum Beispiel, dass ein Kind stirbt oder es einer Kollegin oder einem Kollegen schlecht geht, da braucht es schon ein Angebot für diejenigen, die an der Situation beteiligt waren.“ Insbesondere in der ZNA sei es wichtig, dass ein solches Angebot niedrigschwellig und unkompliziert sei, da knapp besetzte Dienstpläne eine Aufarbeitung oft schwierig machten und häufig reiche ein kurzes Gespräch.

„Ich bin sowieso die ‚Mutti der ZNA’ und kümmere mich um alle, aber ich war daran interessiert, professionelleres Handwerkszeug zu bekommen. Und außerdem hatte ich Lust, mal wieder etwas zu lernen“, sagt Hidas und lacht. Gelernt habe sie vor allem, dass es wichtig ist, zuzuhören und den Emotionen Raum zu geben. „Wir sind so fokussiert darauf, immer ein Problem lösen zu müssen und ins Handeln zu kommen. Eine überraschende Erkenntnis war für mich, dass ich in diesem Moment kein Problem lösen muss, weil ich es oft ja auch gar nicht kann, sondern dass es um das Zuhören und Dasein geht.“ Sie habe auch schon die Erfahrung gemacht, dass allein das Aussprechen, dass es so ein Angebot gebe, den Mitarbeitenden helfe. „Sie wissen dann, es gibt einen Raum und Verständnis dafür und es ist okay, wenn sie mit einer Situation nicht gut klarkommen.“

Ariane Steinmetz
Kommunikation Klinikum Darmstadt

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

01.07.: Dr. med. Peter Kreckel, Hofheim, 70 Jahre
01.07.: Gabriele Niebuhr, Frankfurt, 80 Jahre
01.07.: Dr. med. Anita Eckstaedt, Kronberg, 90 Jahre
02.07.: Dr. med. Reinhold Pötsch, Dreieich, 75 Jahre
03.07.: Dr. med. Hans-Jürgen Nöller, Heusenstamm, 75 Jahre
03.07.: Dr. med. Stefan Bellwinkel, Birstein, 85 Jahre
04.07.: Dr. med. Helmut Jensen, Frankfurt, 70 Jahre
06.07.: Dr. med. Gabriele Metzler-Klebe, Frankfurt, 70 Jahre
06.07.: PD Dr. med. Horst Baas, Dreieich, 75 Jahre
06.07.: Dr. med. Siegfried Völker, Frankfurt, 75 Jahre
07.07.: Peter Cnota, Bad Homburg, 70 Jahre
09.07.: Dr. med. Ernst Girth, Frankfurt, 80 Jahre
10.07.: Ltd. Med.-Dir. Dr. med. Gabriele Vollbrecht, Friedrichsdorf, 75 Jahre
11.07.: Prof. Dr. med. Eberhard Frömter, Frankfurt, 90 Jahre
13.07.: Dr. med. Gerhard Jungblut, Frankfurt, 80 Jahre
15.07.: Dr. med. Peter Fischer, Eschborn, 75 Jahre
15.07.: Prof. Dr. med. Peter Hartwich, Frankfurt, 85 Jahre
16.07.: Dr. med. Albert Zeides, Bad Homburg, 75 Jahre
16.07.: Dr. med. Alfred Halbsguth, Hofheim, 80 Jahre
17.07.: Gudrun Wilhelmi, Hainburg, 85 Jahre
19.07.: Dr. med. Erich Schilff, Frankfurt, 65 Jahre
19.07.: Prof. Dr. med. Hans Tesch, Wiesbaden, 70 Jahre
20.07.: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stephan Volk, Kelkheim, 70 Jahre
22.07.: dr/Univ. Beograd Olga Nedok-Bigelow, Langen, 70 Jahre
23.07.: Dr. med. Dr. med. dent. Hartmut Kingeter, Bruchköbel, 65 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Infos über AMLA: Krankenversicherung für EU-Angestellte in Deutschland

Im Februar 2024 haben die Europäischen Institutionen beschlossen, die Europäische Geldwäschebehörde (AMLA) in Frankfurt am Main zu errichten. Derzeit ist das Onboarding des Personals im vollen Gange. Dieses Personal wird vornehmlich Ärzte und medizinische Einrichtungen hier im Rhein-Main-Gebiet aufsuchen.

Nachfolgend wird über das Krankenversicherungssystem informiert, das den EU-Bediensteten zur Verfügung steht.

Wie vielleicht schon von der Einrichtung der Europäischen Zentralbank (EZB) und der Europäischen Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersversorgung (EIOPA) bekannt, gibt es für die EU-Bediensteten ein spezielles Krankenversicherungssystem, das so genannte Joint Sickness Insurance Scheme, kurz: JSIS.

Das JSIS rechnet nicht direkt mit Ärzten und Krankenhäusern ab, sondern erstattet dem EU-Bediensteten die Kosten im Nachhinein. In der Regel deckt das JSIS 80 % der Kosten, der Rest wird von den EU-Bediensteten selbst getragen.

Partner (bis zu einer bestimmten Einkommensschwelle) und Kinder (bis zu einem bestimmten Alter) sind durch das JSIS des EU-Bediensteten ebenfalls abgedeckt. Ist der Partner berufstätig und auf nationaler Ebene (gesetzlich oder privat) versichert, kann er in den Genuss einer ergänzenden Deckung durch das JSIS kommen, sofern sein Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Im Falle einer Zusatzversicherung erstattet das JSIS die Differenz zwischen der Erstattung aus dem primären nationalen System und den Höchstbeträgen des JSIS. Kinder, bei denen ein Elternteil in der JSIS und der andere Elternteil in einem nationalen Krankenversicherungssystem versichert ist, müssen im nationalen System gemeldet sein, haben aber automatisch Anspruch auf eine Zusatzversicherung in der GKV. Wenn für die Deckung eines unterhaltsberechtigten Kindes im Rahmen eines nationalen Systems zusätzliche Beiträge gezahlt werden müssten, hat das Kind Anspruch auf eine primäre Deckung durch das JSIS.

Wenn JSIS bei Ärzten und Krankenhäusern in Frankfurt am Main und im Rhein-Main-Gebiet bekannter wird, hilft das vielleicht, damit sich Neubürgerinnen und -bürger im Rhein-Main-Gebiet und in Frankfurt am Main möglichst leicht einleben können. Informationen zu JSIS auch in deutscher Sprache finden sich unter: https://aiace-europa.eu/de/gkfs-rcam-jsis/ (red)

Gerd Killian-Projektförderung 2026 auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler

Bewerbungsschluss: 30. Juni 2025

Die Deutsche Herzstiftung vergibt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und angeborene Herzfehler e. V. im Jahr 2026 zum 17. Mal die „Gerd Killian-Projektförderung", dotiert mit 60.000 Euro. Eine Teilung der Förderung ist möglich. Bewerben können sich Ärztinnen und Ärzte bis zum Alter von 40 Jahren, die in Deutschland ein patientennahes Forschungsprojekt auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler durchführen.

Weitere Informationen sowie die Richtlinien sind zu erhalten bei Martin Vestweber (Fon 069 95 51 28 121) und Dr. Sinann Al Najem (Fon 069 95 51 28-144), E-Mail an: forschung@herzstiftung.de oder im Internet unter www.herzstiftung.de und www.dgpk.org abrufbar.

Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Einladung

168. Bad Nauheimer Gespräch

24.06.2025 , 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Die elektronische Patientenakte ePA

Ist ein Vertrauen in die Ärztliche Schweigepflicht noch möglich?

Viele fragen sich: Wie ist der Nutzen und das Risiko der elektronischen Patientenakte ePA zu bewerten? Diese soll bis Ende 2025 für 80 % aller Bürger eingerichtet sein und danach auch für Forschungszwecke genutzt werden. Wie sicher sind die ePA-Daten? Der Chaos Computer Club (CCC) konnte Ende 2024 leicht Sicherheitslücken und Missbrauchspotenzial feststellen. Ist die Datensicherheit jetzt gewährleistet? Kann Big Data belastbare Ergebnisse liefern und aufwendige randomisierte Studien ersetzen? Und vor allem: Ist ein Vertrauen in die ärztliche Schweigepflicht noch möglich, wenn die Datenspeicherung in der ePA erfolgt/erfolgen muss?

Foto: Mirko Milovanovic

Dr. Andreas Meißner
Niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut, München

Foto: privat

Dr. Nils Gaebel
Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gesundheit und Pflege, Wissenschaft und Forschung, Statistik, Wiesbaden

Dr. Andreas Meißner, der Autor des Buches „Die elektronische Patientenakte – Das Ende der Schweigepflicht" wird hierzu seine Erkenntnisse vorstellen. Dr. Nils Gaebel wird die datenschutzrechtliche Sicht der Hessischen Aufsichtsbehörde zur ePA referieren.

Um Voranmeldung wird gebeten: Über die Website www.bad-nauheimer-gespraeche.de/Veranstaltungen oder per E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraeche.de
Die Veranstaltung ist öffentlich und kostenlos. Sie ist von der LÄKH mit 3 Punkten zertifiziert, ist produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet und wird ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter und der Referenten bestehen nicht.

Zum Vormerken
23.09.2025: Der verletzliche Mensch. Für eine neue Ethik in der Medizin
04.11.2025: Warum sind wir so miteinander umgegangen? Kritischer Rückblick auf die Corona-Pandemie

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.
Hanauer Landstr. 152 Fon: 069 76 63 50
60314 Frankfurt a. M. (Ostend) Fax: 069 76 63 50
info@bad-nauheimer-gespraeche.de www.bad-nauheimer-gespraeche.de

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

23.07.: Ljubow Rehm, Biebergemünd, 65 Jahre
23.07.: Leonhard Adlerhorst, Cissac Médoc, 70 Jahre
24.07.: Dr. med. Ingolf Sieper, Hofheim, 70 Jahre
27.07.: Birgit Hickl-Lücke, Frankfurt, 65 Jahre
27.07.: Christa Wondra-Lauer, Frankfurt, 65 Jahre
27.07.: Dr. med. Sybille Clauß-Hoffmann, Frankfurt, 75 Jahre
27.07.: Dr. med. Jürgen Capell, Frankfurt, 85 Jahre
29.07.: Dr. med. Karl-Heinz Henn, Frankfurt, 65 Jahre
30.07.: Dr. med. Angela Hechler, Darmstadt, 65 Jahre
30.07.: Vladimir Piroski, Heusenstamm, 65 Jahre
30.07.: Prof. Dr. med. Rainer Schräder, Frankfurt, 70 Jahre
31.07.: Dr. med. Johannes-Heinrich Lehmkuhl, Offenbach, 65 Jahre
31.07.: Dr. med. Monika Allert, Oberursel, 75 Jahre
31.07.: Ivonne-Marina Nuneva-Georgi, Oberursel, 80 Jahre

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **25-jährigen Berufsjubiläum**: **Yvonne Krieger**, seit 25 Jahren tätig in der Hautarztpraxis Peter Schmidt, Eschborn

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
sicher gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.
Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!
E-Mail: haebl@laekh.de

Foto: © Thomas Bethge – stock.adobe.com

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

05.07.: Dr. med. Hans Henning Pries, Kassel, 80 Jahre
06.07.: Dr. med. John Michael Horry, Heringen, 65 Jahre
06.07.: Dr. med. Ulf Buck, Meinhard, 70 Jahre
08.07.: Dr. med. Hildegard Luetkenhues, Bad Wildungen, 85 Jahre
09.07: Dieter Weiland, Fulda, 80 Jahre
10.07.: Dr. med. Claudia Cornelia Schnur, Kaufungen, 70 Jahre
11.07.: Dr. med. Renate Henze, Meißner, 75 Jahre
11.07.: Dr. med. Emil Odeh, Bad Hersfeld, 85 Jahre
13.07.: Dr. med. Stefan Prier, Fulda, 65 Jahre
13.07.: Dr. med. Wolfgang Heesch, Vellmar, 80 Jahre
17.07.: Dr. med. Cornelia Mier-Andersen, Gudensberg, 65 Jahre
17.07.: Agnes Bindewald, Kalbach, 70 Jahre
20.07.: Dr. med. Hans-Joachim Hobeck, Fulda, 80 Jahre
21.07.: Med.-Oberrat i.R. Martin Lange, Kaufungen, 70 Jahre
21.07.: Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel, 75 Jahre
23.07.: Dr./IMF Bukarest Ana Dezsoe, Kassel, 90 Jahre.
25.07.: Dr. med. Helmut Engler, Kassel, 70 Jahre
28.07.: Dr.-medic/I.M.F.Cluj Nicolae Mihai, Kassel, 90 Jahre
30.07.: Dr. med. Gyri Wieditz, Kassel, 65 Jahre
31.07.: Dr. med. Marion Reif-Kaiser, Wolfhagen, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

08.07.: Dr. med. Dr. theol. Matthias Gernhardt, Marsberg, 65 Jahre
08.07.: Dipl.-Med. Steffi Seyffarth, Fritzlar, 75 Jahre
13.07.: Henning Habermann, Rauschenberg, 75 Jahre
16.07.: Dr. med. Ernst Ludwig Kauß, Marburg, 80 Jahre
31.07.: Dr. med. Klaus Fees, Ebsdorfergrund, 75 Jahre

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Karl Brandt, Diez
* 28.10.1939 † 29.03.2025

Dr. med. Herbert Ludwig Conrad, Allendorf
* 25.01.1951 † 29.03.2025

Wolfgang Gregorovius, Bad Wildungen
* 09.03.1936 † 24.03.2025

Dr. med. Renate Kaltenbach, Wiesbaden
* 21.07.1926 † 20.03.2025

Dr. med. Christa Leitner, Dreieich
* 14.03.1939 † 30.12.2024

Prof. Dr. med. Peter Linhart, Wiesbaden
* 19.04.1938 † 02.04.2025

Dr. med. Hossein Messroghli, Groß-Gerau
* 25.07.1932 † 13.12.2024

Dr. med. Albrecht Morgenroth, Hamburg
* 13.01.1934 † 07.04.2025

Dr. med. Gisela Mosbacher, Mainz
* 13.12.1935 † 08.04.2025

Dr. med. Karl Neef, Hessisch Lichtenau
* 26.09.1935 † 22.01.2023

Foto: stock.adobe.com

Dr. med. Günter Otto Prolingheuer, Alsbach-Hähnlein
* 11.11.1936 † 27.03.2025

Dr. med. Klaus-Wilhelm Schug, Seeheim-Jungenheim
* 29.01.1943 † 23.03.2025

Prof. Dr. med. Hansjoerg Schütz, Frankfurt
* 10.01.1945 † 12.02.2025

Dr. med. Ulf Settergren, Darmstadt
* 28.11.1942 † 23.02.2025

Samir Tadros, Sinn
* 17.07.1957 † 29.03.2025

Ulrike Elisabeth Thorn, Diez
* 21.05.1940 † 22.04.2024

Dr. med. Christian Weiße, Darmstadt
* 25.11.1938 † 03.03.2025

Prof. Dr. med. Ludwig Zichner, Frankfurt
* 13.02.1942 † 07.01.2025

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

eHBA-Nr. 80276001081200058060 ausgestellt am 14.10.2022 für Dr. med. Gerd Appel, Kassel
Arztausweis-Nr. 060269046 ausgestellt am 30.05.2023 für Dr. med. Gabriele Böhmer, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 060334563 ausgestellt am 31.07.2024 für Jad Garges Harb, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 060337113 ausgestellt am 16.08.2024 für Lea Icöz, Groß-Zimmern
Arztausweis-Nr. 060076562 ausgestellt am 19.04.2021 für Dr. med. Franziska Große Brinkhaus, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 060349066 ausgestellt am 28.10.2024 für Dr. med. Gabriele Lorch, Griesheim
eHBA-Nr. 80276001081900022779 ausgestellt am 30.09.2021 für Dr. med. Jörg Schiller, Oberursel
Arztausweis-Nr. 060069519 ausgestellt am 11.11.2020 für Dr. med. Jeanette Weber, Frankfurt

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

Externenprüfung
für den Erwerb des Abschlusses im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt als „Mindestvoraussetzung" für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ein Ausbildungsabschluss/Berufsabschluss verbessert die Chancen auf dem Arbeitsmarkt.
Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine Ausbildung im dualen System durchlaufen haben, aber im Aufgabengebiet einer Medizinischen Fachangestellten beschäftigt waren.
Informationen zur „Externenprüfung" können im Internet unter https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/pruefungen abgerufen werden.
Kurzlink: https://tinyurl.com/yntb2mts

Wichtige Ausbildungsbestimmungen
Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung MFA der Landesärztekammer Hessen auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:
- Berufsausbildungsvertrag
- Probezeit
- Freistellung (z. B. Prüfungen, Berufsschule)
- Ausbildungsmittel/Lehrmittel
- Überbetriebliche Ausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel zum Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) und zu Jugendarbeitsschutzuntersuchungen
- Tarifverträge (z. B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung)
- Berufskleidung
- Verbundausbildung

Diese „Kurzinformationen" kann im Internet unter Kurzlink https://tinyurl.com/5yxkp4t4 abgerufen werden.

Goldenes Doktorjubiläum

01.07.: Dr. med. Peter Franke, Geisenheim
01.07.: Dr. med. Nikolaus Vogt, Cölbe
01.07.: Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Bünger, Weimar
01.07. : Dr. med. Sigrid Sendler, Kassel
01.07.: Prof. Dr. med. habil. Erhard Hölzle, Edewecht
02.07.: Dr. med. Thomas Stuhlert, Frankfurt
03.07.: Dr. med. Dr. med. dent. Helmut Emmer, Frankfurt
07.07.: Dr. med. Dieter Kühne, Obertshausen
07.07.: Dr. med. Alfred Leiling, Lampertheim
14.07.: Dr. med. Günter Weidenauer, Lampertheim
15.07.: Dr. med. Gunnar Klimaschewski, Frankfurt
15.07.: Dr. med. Sigrid Klimaschewski, Frankfurt
16.07.: Dr. med. Albrecht Kaernbach, Bad Soden
17.07.: Dr. med. Hans Schumacher, Witzenhausen
17.07.: Dr. med. Jürgen Streblow, Bad Homburg
17.07.: Dr. med. Helmut Travniczek, Frankfurt
21.07.: Dr. med. Andreas Haack, Schauenburg
21.07.: Dr. med. Walter Geßner, Kassel
22.07.: Dr. med. Wolf Hutzel, Bad Homburg
22.07.: Dr. med. Gerhard Stadler, Bad Soden
22.07.: Dr. med. Barbara Bluttner, Frankenberg
24.07.: Dr. med. Ursula Meyen, Kassel

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

05.07.: Dr. med. Willibald Kohl, Heppenheim, 75 Jahre
06.07.: Manfred Fuchs, Michelstadt, 65 Jahre
08.07.: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Hambrecht, Darmstadt, 70 Jahre
11.07.: Dr. med. Michael Weisrock, Reinheim, 75 Jahre
15.07.: PD Dr. med. Uwe Seitz, Heppenheim, 65 Jahre
16.07.: Dr. med. Leonhard von Beck, Bensheim, 65 Jahre
16.07.: Dr. med. Bettina Knieß, Zwingenberg, 65 Jahre
18.07.: Dr. med. Hans-Peter Mößeler, Rüsselsheim, 80 Jahre
20.07.: Dr. med. Werner Bundschuh, Darmstadt, 75 Jahre
25.07.: Dr. med. Henning Strehl, Darmstadt, 80 Jahre
26.07.: Dr. med. Hans Joachim Braun, Mörfelden-Walldorf, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

01.07.: Eugen Schulz, Butzbach, 65 Jahre
07.07.: Dr. med. Ute Pruski, Waldsolms, 75 Jahre
09.07.: Dr. med. Norbert Köneke, Wetzlar, 65 Jahre
11.07.: Rosemarie Hecht, Gießen, 75 Jahre
16.07.: Ltd. Med. Dir. Dr. med. Ingo Werner, Dautphetal, 75 Jahre
19.07.: Dr. med. Jürgen Horn, Butzbach, 75 Jahre
20.07.: Dr. med. Ali El Ansari, Herborn, 85 Jahre
23.07.: Dr. med. Marlies Igel-Thorn, Wetzlar, 75 Jahre
26.07.: Prof. Dr. med. Volker Klingmüller, Gießen, 80 Jahre
31.07.: Dr. med. Uta Zierz, Bad Vilbel, 80 Jahre
31.07.: Dr. med. Helmut Reifschneider, Bad Vilbel, 85 Jahre

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

01.07.: Dr. med. Thorsten Gorbauch, Wiesbaden, 65 Jahre
02.07.: Prof. Dr. med. Peter Jochimsen, Mainz, 70 Jahre
03.07.: Heinke Bosch, Wehrheim, 85 Jahre
07.07.: Werner Kupfer, Wiesbaden, 70 Jahre
10.07.: Dr. med. Andreas Fischer, Hofheim, 65 Jahre
11.07.: Anna-Maria Platzer, Wiesbaden, 65 Jahre
11.07.: Dr. med. Theresia Schmitz, Taunusstein, 65 Jahre
11.07.: Prof. Dr. med. Peter Schramm, Wiesbaden, 80 Jahre
13.07.: Dr. med. Gerda Torkamani-Rezay, Limburg, 75 Jahre
15.07.: Dr. med. Klaus Rößler, Rüdesheim, 85 Jahre
17.07.: Cornelia Das Gupta, Wiesbaden, 65 Jahre
17.07.: Rosemarie Wagner, Bad Camberg, 70 Jahre
17.07.: Dr. med. Gyoergyike Vegh, Weilburg, 90 Jahre
18.07.: Dr./Univ.Verona Paola Sina, Wiesbaden, 65 Jahre
23.07.: Dr. med. Helmut Kemmer, Eltville, 65 Jahre
24.07.: Dr. med. Karim Tabatabai, Weilmünster, 65 Jahre
29.07.: Prof. Dr. med. Thomas Weber, Wiesbaden, 75 Jahre
30.07.: Dr. med. Ilona Seltmann, Wiesbaden, 80 Jahre
31.07.: Dr. med. Franz Müller, Taunusstein, 70 Jahre

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben." (red)

Bekanntmachung

Aus der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Die Landesärztekammer Hessen gibt hiermit folgende Ergebnisse der Nachwahlen zu den Ämtern der Vorsitzenden und stv. Vorsitzenden der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen der Wahlperiode 2023–2028 bekannt:

I. Nachwahlen in der Delegiertenversammlung am 23.03.2024:
Prof. Dr. med. Markus Horn
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann
Prof. Dott./Univ. Rom Vittorio Paolucci

II. Nachwahlen in der Delegiertenversammlung am 23.11.2024:
Sabine Böttger
PD Dr. med. habil. Volker Hessemer
Prof. Dr. med. Uwe Horas
Dr. rer. nat. Dr. med. Rupert Klosson
Prof. Dr. med. Klaus Westphal

III. Nachwahlen in der Delegiertenversammlung am 22.03.2025:
Prof. Dr. med. Martin Volker Adolf Welte

Frankfurt, 29. April 2025

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident der Landesärztekammer Hessen –

Zehn Jahre SE-ATLAS: Wegweiser für Menschen mit Seltenen Erkrankungen

Der SE-ATLAS, das Informationsportal für die Versorgungslandschaft Seltener Erkrankungen in Deutschland, feierte Ende Februar sein zehnjähriges Jubiläum. Seit dem „Tag der Seltenen Erkrankungen" 2015 ist der SE-ATLAS zur kostenlosen Verwendung online und bietet eine wertvolle Orientierungshilfe für Betroffene, ihre Angehörigen sowie medizinische Fachkräfte.
Im Durchschnitt dauert es fünf Jahre, bis Betroffene die Diagnose einer Seltenen Erkrankung erhalten. Diese lange und belastende Zeit ist oft geprägt von Fehldiagnosen, unpassenden Therapien und großen psychischen Belastungen für Betroffene und ihre Familien. Schätzungsweise leben vier Millionen Menschen mit einer der rund 8.000 Seltenen Erkrankungen in Deutschland. Ihnen einen Überblick über die Versorgungsmöglichkeiten zu bieten und den Weg zu einer spezialisierten Einrichtung zu verkürzen, ist das zentrale Ziel des SE-ATLAS.
Auch in den kommenden Jahren sind zahlreiche Erweiterungen und neue Funktionen geplant. In Zusammenarbeit mit Betroffenen sowie Expertinnen und Experten soll die Recherche rund um die Versorgung von Menschen mit Seltenen Erkrankungen weiter verbessert werden.
Informationen unter:
www.se-atlas.de (red)

Schreiben Sie uns!

Foto: Werner Hilpert – stock.adobe.com

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Kürzungen vorbehalten. E-Mails bitte an: haebl@laekh.de

Aufgrund von § 50 c Abs. 4 i. V. m. § 79 Abs. 4 Satz 1 und § 71 Abs. 6 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 04. Mai 2020 (BGBl. I S. 920), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 246), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 gemäß Empfehlung des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen vom 5. März 2025 folgende Satzung beschlossen:

Verfahrensverordnung Feststellung
(Regelungen für das Verfahren zur Feststellung und Bescheinigung der individuell erworbenen beruflichen Handlungsfähigkeit (Validierungsverfahren) nach § 50 b bis § 50 d Berufsbildungsgesetz (BBiG) am Maßstab des Referenzberufs Medizinische Fachangestellte bzw. Medizinischer Fachangestellter (MFA) nach der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum MFA (MedFAusbV, BGBl. I S. 1097) vom 26. April 2006)

I. Abschnitt: Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Verfahrensvorschriften gelten für Feststellungs- und Ergänzungsverfahren, einschließlich Wiederholungsverfahren, nach § 50 b bis 50 d BBiG am Maßstab des Referenzberufes Medizinische Fachangestellte.

(2) Verfahren im Sinne dieser Verfahrensordnung umfassen die Feststellung der beruflichen Handlungsfähigkeit von Personen, die keine formale Ausbildung zum/zur MFA abgeschlossen haben.

(3) Für das Verfahren werden Gebühren gemäß der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen erhoben.

II. Abschnitt: Feststellungstandems

§ 2 Bestimmung und Zusammensetzung von Feststellungstandems

(1) Für die Durchführung von Verfahren zur Feststellung der individuellen beruflichen Handlungsfähigkeit im Referenzberuf Medizinische Fachangestellte bzw. Medizinischer Fachangestellter werden von der Landesärztekammer Hessen Feststellungstandems bestimmt. Bei Bedarf können für einen Referenzberuf mehrere Feststellungstandems bestimmt werden.

(2) Die Mitglieder eines Feststellungstandems sowie ihre Stellvertreter oder Stellvertreterinnen werden aus dem Kreis der Personen, die die Landesärztekammer Hessen für die Durchführung von Prüfungen im Referenzberuf nach § 40 Absatz 3 und 4 BBiG berufen hat, für mindestens ein Jahr und höchstens die Dauer der Berufungsperiode bestimmt.

(3) Ein Feststellungstandem besteht aus je einem oder einer Beauftragten der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite. Von der Besetzung mit jeweils einem oder einer Beauftragten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer darf nur abgewichen werden, wenn andernfalls nicht die erforderliche Zahl an Personen bestimmt werden kann.

(4) Die Mitgliedschaft in einem Feststellungstandem ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe durch Beschluss der Delegiertenversammlung mit Genehmigung der obersten Landesbehörde festgesetzt wird.

§ 3 Ausschluss von der Mitwirkung

(1) Bei der Zulassung zu und der Durchführung von Feststellungsverfahren dürfen Angehörige der Antragsteller oder Antragstellerin nicht mitwirken. Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind:
1. Verlobte,
2. Ehegatten,
3. eingetragene Lebenspartner,
4. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie,
5. Geschwister,
6. Kinder der Geschwister,
7. Ehegatten sowie Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten sowie der Lebenspartner,
8. Geschwister der Eltern,
9. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Angehörige sind die im Satz 2 aufgeführten Personen auch dann, wenn
1. in den Fällen der Nummern 2, 3, 4 und 7 die die Beziehung begründende Ehe oder die Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
2. in den Fällen der Nummern 4 bis 8 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
3. im Fall der Nummer 9 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

(2) Hält sich ein Mitglied eines Feststellungstandems nach Absatz 1 für ausgeschlossen oder bestehen Zweifel, ob die Voraussetzungen des Absatzes 1 gegeben sind, ist dies der Landesärztekammer Hessen vor Beginn des Feststellungsverfahrens mitzuteilen, während des Feststellungsverfahrens der von der Landesärztekammer Hessen anwesenden Person. Die Entscheidung über den Ausschluss von der Mitwirkung trifft die zuständige Stelle.

(3) Ausgeschlossene Personen dürfen das betreffende Verfahren nicht durchführen, an ihm nicht beteiligt sein und auch nicht beim Verfahren lediglich zugegen sein.

(4) Liegt ein Grund vor, der geeignet ist, Misstrauen gegen eine unparteiische Durchführung des Feststellungsverfahren zu rechtfertigen, oder wird von einem Antragsteller oder einer Antragstellerin das Vorliegen eines solchen Grundes behauptet, so hat die betroffene Person dies der Landesärztekammer Hessen mitzuteilen. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Personen, die gegenüber dem Antragsteller oder der Antragstellerin Arbeitgeberfunktionen innehaben, sollen, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern, nicht mitwirken.

(6) Wenn in den Fällen der Absätze 1 bis 3 eine ordnungsgemäße Durchführung des Feststellungsverfahrens nicht möglich ist, kann ein anderes Feststellungstandem gebildet werden oder eine andere zuständige Stelle ersucht werden, das Verfahren durchzuführen. Das Gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung des Feststellungsverfahrens aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

§ 4 Geschäftsführung

(1) Die Landesärztekammer Hessen führt die Geschäfte der Feststellungstandems und regelt die Organisation des Feststellungsverfahrens.

(2) Über die Beschlussfassungen des Feststellungstandems wird ein Protokoll geführt.

§ 5 Verschwiegenheit

Die Mitglieder der Feststellungstandems und sonstige mit dem Feststellungsverfahren befassten Personen, insbesondere Verfahrensbegleitungen nach § 50d Absatz 3 BBiG, haben über alle Vorgänge in Zusammenhang mit dem Feststellungsverfahren Verschwiegenheit gegenüber Dritten zu wahren. Diese Verpflichtung bleibt auch nach dem Ausscheiden aus dem Feststellungstandem bestehen.

III. Abschnitt: Vorbereitung der Feststellungsverfahren

§ 6 Feststellungstermine und -orte

Die Landesärztekammer Hessen bestimmt (im Benehmen mit dem Feststellungstandem) den Termin oder die Termine sowie den Ort bzw. die Orte für die Durchführung von Feststellungsverfahren.

§ 7 Antrag auf Zulassung zum Feststellungs- oder Ergänzungsverfahren

(1) Der Antrag auf Zulassung zum Feststellungs- oder Ergänzungsverfahren gem. § 50b BBiG ist schriftlich oder elektronisch nach den von der Landesärztekammer Hessen bestimmten Formularen zu stellen.

(2) Dem Antrag sind beizufügen:
1. Nachweis des Wohnsitzes und des Geburtsdatums,
2. Nachweise über die Inhalte und die Dauer der beruflichen Tätigkeit im Referenzberuf und
3. eine glaubhafte Darlegung über den Erwerb der beruflichen Handlungsfähigkeit, z. B. durch eine Selbsteinschätzung.

(3) Im Falle eines Antrags auf Feststellung der überwiegenden Vergleichbarkeit nach § 50 b Absatz 4 BBiG oder auf Feststellung der teilweisen Vergleichbarkeit nach § 50 d BBiG sind Nachweise über die berufliche Tätigkeit im Tätigkeitsbereich des Referenzberufs, welche die im Antrag bezeichneten erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten umfassen, beizufügen sowie die Darlegung nach Absatz 2 Nr. 3 auf diese zu beziehen.

(4) Wird ein Ergänzungsverfahren nach § 50 b Absatz 5 BBiG beantragt, genügt die Darlegung zur Glaubhaftmachung des Erwerbs der beruflichen Handlungsfähigkeit in dem Teil der beruflichen Handlungsfähigkeit, auf welchen sich das Ergänzungsverfahren bezieht.

(5) Wird ein Feststellungsverfahren für Menschen mit Behinderungen nach § 50 d BBiG beantragt, ist zudem ein Nachweis der Behinderung nach § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX beizufügen. Sofern eine Verfahrensbegleitung nach § 50 d Absatz 3 BBiG benannt wird, ist nachzuweisen, dass diese mit den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der beruflichen Qualifizierung vertraut ist.

§ 8 Zulassung, Fristen für Mitteilungen über Zulassung und Ladung zum Feststellungstermin

(1) Über die Zulassung zum Feststellungsverfahren entscheidet die Landesärztekammer Hessen.

(2) Örtlich zuständig ist die Ärztekammer in deren Bezirk der Antragsteller oder die Antragstellerin
1. in einem Arbeitsverhältnis steht oder
2. seinen/ihren Wohnsitz hat.

Eine Aufgabenübertragung zwischen zuständigen Stellen nach §§ 71 Absatz 9, 75 b BBiG ist möglich. Sofern der Antragsteller im Ausland wohnhaft ist, ist die zuständige Stelle zuständig, in deren Bezirk der Antragsteller zuletzt beruflich tätig war.

(3) Die Entscheidung über die Zulassung ist dem Antragsteller oder der Antragstellerin rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Die Entscheidung über die Nichtzulassung ist dem Antragsteller oder der Antragstellerin schriftlich mit Begründung bekannt zu geben.

(4) Die zum Feststellungsverfahren zugelassene Person ist im Benehmen mit dem Feststellungstandem zum jeweiligen Termin mit einer Frist von mindestens drei Wochen zu laden. Die Ladung kann schriftlich oder elektronisch erfolgen. Der Bescheid enthält die Angabe von Zeit, Ort sowie der

ausgewählten Feststellungsinstrumente einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel.

(5) Die Zulassung kann von der zuständigen Stelle bis zur Bekanntgabe des Feststellungsergebnisses widerrufen werden, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen wurde.

IV. Abschnitt: Durchführung der Feststellungsverfahren

§ 9 Durchführung

(1) Die Feststellung der individuellen beruflichen Handlungsfähigkeit erfolgt nach Maßgabe der Berufsbildungsfeststellungsverfahrensverordnung (BBFVerfV).

(2) Das Feststellungsverfahren wird im Wechsel von dem oder der jeweils zuständigen Feststeller oder Feststellerin aus dem Feststellungstandem durchgeführt. Die Landesärztekammer Hessen bestimmt durch Los, wer je Feststellungstandem die erste Feststellung durchführt. Die zweite Person des Feststellungstandems (Beisitzer oder Beisitzerin) sitzt der Durchführung bei, unterstützt und dokumentiert diese. Die Feststellung des Umfangs der individuellen beruflichen Handlungsfähigkeit obliegt dem oder der jeweiligen Feststeller oder Feststellerin.

(3) Bei der Dokumentation kann zusätzlich ein hauptamtlicher Mitarbeiter oder eine hauptamtliche Mitarbeiterin im Feststellungsverfahren mitwirken.

(4) Feststellungsverfahren werden in deutscher Sprache durchgeführt.

§ 10 Besondere Verhältnisse von Menschen mit Behinderungen, Verfahrensbegleitung

(1) Bei der Durchführung von Feststellungsverfahren nach § 50 b BBiG sollen die besonderen Verhältnisse von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden. Dies gilt je nach den Einzelfallumständen insbesondere für die Dauer des Feststellungsverfahrens, die Zulassung von Hilfsmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen Dritter (wie z. B. Gebärdensprachdolmetscher für Menschen mit Hörbehinderung). Die Art der Behinderung ist mit dem Antrag auf Zulassung zur Feststellung (§ 7) nachzuweisen. Vorschläge für die Art der Hilfeleistung oder Hilfsmittel sollen mit dem Antrag verbunden werden.

(2) Verfahrensbegleitende nach § 50 d Absatz 3 BBiG dürfen bei der Teilnahme an einem Feststellungsverfahren keinen eigenen Beitrag zu Leistungen der Teilnehmenden erbringen. Im Falle eines Eingriffs in die Eigenständigkeit der Leistungserbringung sind sie von der Verfahrensteilnahme auszuschließen.

§ 11 Auswahl der Feststellungsinstrumente

(1) Die Feststellerin oder der Feststeller wählt die geeigneten Feststellungsinstrumente aus.

(2) Sofern durch die zuständigen Stellen eine gemeinsame Festlegung von Feststellungsinstrumenten erfolgt ist, ist diese von der Feststellerin oder dem Feststeller zu beachten.

§ 12 Nichtöffentlichkeit

(1) Die Feststellungsverfahren sind nicht öffentlich. Vertreterinnen oder Vertreter der obersten Bundes- oder Landesbehörden, der zuständigen Stelle sowie die Mitglieder des Berufsbildungsausschusses der zuständigen Stelle können anwesend sein. Das Feststellungstandem kann im Einvernehmen mit der zuständigen Stelle andere Personen als Gäste zulassen. An der Würdigung der Leistungen dürfen keine Gäste beteiligt sein.

(2) Die in § 10 Absatz 1 und 2 bezeichneten weiteren Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Verfahrensablauf zu enthalten. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt nicht in Bezug auf die Wahrnehmung dienstlicher Aufgaben der zuständigen obersten Landesbehörde, der Landesärztekammer Hessen oder in Bezug auf die Wahrnehmung von Aufgaben des Berufsbildungsausschusses als solches.

§ 13 Ausweispflicht und Belehrung

Die Teilnehmenden sowie die nach § 50 d Absatz 3 BBiG benannten Verfahrensbegleitenden haben sich auf Verlangen über ihre Person auszuweisen. Sie sind vor Beginn des Feststellungsverfahrens über den Ablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen, Rücktritt und Nichtteilnahme zu belehren.

§ 14 Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

(1) Unternimmt es ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin, das Ergebnis des Feststellungsverfahrens durch Täuschung oder Benutzung nicht zugelassener Hilfsmittel zu beeinflussen oder leistet er oder sie Beihilfe zu einer Täuschung oder einem Täuschungsversuch eines anderen Teilnehmers oder einer anderen Teilnehmerin, liegt eine Täuschungshandlung vor.

(2) Wird während des Feststellungstermins festgestellt, dass ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin eine Täuschungshandlung begeht oder einen entsprechenden Verdacht hervorruft, ist der Sachverhalt festzustellen und vom Beisitz zu protokollieren. Der Teilnehmer oder die Teilnehmerin setzt das Feststellungsverfahren vorbehaltlich der Entscheidung des Feststellungstandems über die Täuschungshandlung fort.

(3) Liegt eine Täuschungshandlung vor, wird für die von der Täuschungshandlung betroffene Leistung festgestellt, dass die berufliche Handlungsfähig-

keit nicht vorliegt. In schweren Fällen, insbesondere bei vorbereiteten Täuschungshandlungen, kann der Feststeller bzw. die Feststellerin das Nichtvorliegen der beruflichen Handlungsfähigkeit für das gesamte Feststellungsverfahren feststellen und den Antrag auf Feststellung der individuellen beruflichen Handlungsfähigkeit ablehnen.

(4) Behindert ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin durch sein oder ihr Verhalten das Feststellungsverfahren so, dass das Verfahren nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden kann, ist er oder sie von der Teilnahme an dem Feststellungsverfahren auszuschließen. Die Entscheidung hierüber wird unverzüglich vom Feststeller bzw. von der Feststellerin getroffen und vom Beisitz protokolliert. Gleiches gilt bei Nichtbeachtung der Sicherheitsvorschriften.

(5) Vor der Entscheidung des Feststellers bzw. der Feststellerin nach den Absätzen 3 und 4 ist der Teilnehmer oder die Teilnehmerin anzuhören.

§ 15 Rücktritt, Nichtteilnahme

(1) Der Antragsteller oder die Antragstellerin kann vor Beginn des Feststellungsverfahrens durch schriftliche oder elektronische Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt das Feststellungsverfahren als nicht durchgeführt.

(2) Versäumt der Teilnehmer oder die Teilnehmerin einen Termin des Feststellungsverfahrens, so werden bereits erbrachte Leistungen gewürdigt, wenn ein wichtiger Grund für die Nichtteilnahme vorliegt.

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn des Feststellungsverfahrens oder nimmt der Antragsteller oder die Antragstellerin an dem Feststellungsverfahren nicht teil, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, so wird der Antrag abgelehnt.

(4) Der wichtige Grund ist unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen. Im Krankheitsfall ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes erforderlich. Die Entscheidung über das Vorliegen eines wichtigen Grundes obliegt der zuständigen Stelle.

V. Abschnitt: Dokumentation der Feststellung und Beurkundung des Ergebnisses

§ 16 Niederschrift über das Feststellungsverfahren

(1) Das Feststellungsverfahren ist von dem Beisitzer oder der Besitzerin bzw. dem hauptamtlichen Mitarbeiter oder der hauptamtlichen Mitarbeiterin der Landesärztekammer Hessen nach Maßgabe des § 6 BBFVerfV in einer Niederschrift auf den Formularen der zuständigen Stelle zu dokumentieren.

(2) Die Beratung über die einzelnen Leistungen, die Festsetzung einzelner Feststellungsergebnisse sowie die Feststellung des Gesamtergebnisses durch den Feststeller oder die Feststellerin erfolgen unter Ausschluss der antragstellenden Person.

(3) Das Ergebnis der Feststellung wird in die Niederschrift aufgenommen. Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Feststellungstandems zu unterzeichnen und der zuständigen Stelle ohne schuldhaftes Zögern (unverzüglich) zuzuleiten.

§ 17 Inhalte der Niederschrift

Die Niederschrift muss im Sinne einer Verfahrensdokumentation enthalten:

1. den Ort und Tag der Sitzung bzw. Feststellung,
2. die Namen der Mitglieder des Feststellungstandems,
3. die vom Feststellungsantrag umfassten berufsprofilbildgebenden Berufsbildpositionen des Referenzberufes MFA
4. die von der Feststellerin oder dem Feststeller für die Berufsbildposition jeweils ausgewählten Feststellungsinstrumente,
5. Angaben zu den jeweils berücksichtigten integrativen Berufsbildpositionen,
6. Angaben zu den konkreten Aufgabenstellungen,
7. Angaben zu den jeweiligen Leistungen der Antragstellerin oder des Antragstellers,
8. ein begründetes Feststellungsergebnis für jede berufsprofilbildgebende Berufsbildposition und
9. ein begründetes Gesamtergebnis im Rahmen einer Gesamtwürdigung auf der Grundlage der Leistungen der antragstellenden Person in allen ausgewählten Feststellungsinstrumenten.

§ 18 Fristen für die Bescheidung und für die Zeugniserteilung

(1) Das Feststellungstandem soll der antragstellenden Person zum Abschluss des Feststellungsverfahrens mitteilen, ob eine vollständige, überwiegende – im Fall des § 50d BBiG teilweise – oder keine Vergleichbarkeit festgestellt wurde.

(2) Die Landesärztekammer Hessen erteilt dem Teilnehmer oder der Teilnehmerin spätestens sechs Wochen nach Abschluss des Feststellungstermins das Zeugnis oder den Bescheid über die nachgewiesene individuelle berufliche Handlungsfähigkeit.

VI. Abschnitt: Schlussbestimmungen

§ 19 Rechtsbehelfsbelehrung

Den Antragsteller bzw. die Antragstellerin belastende Maßnahmen und Entscheidungen der zuständigen Stelle sind bei ihrer elektronischen oder schriftlichen Bekanntgabe an den Antragsteller oder die Antragstellerin mit einer Rechtsbehelfsbelehrung nach § 58 der Verwaltungsgerichtsordnung zu versehen.

§ 20 Verfahrensunterlagen

Auf Antrag ist dem Teilnehmer oder der Teilnehmerin binnen der gesetzlich vorge-

gebenen Frist zur Einlegung eines Rechtsbehelfs Einsicht in seine oder ihre Feststellungsverfahrensunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen oder elektronisch vorliegenden Verfahrensunterlagen sowie die Niederschriften nach § 17 sind ein Jahr aufzubewahren. Bescheide und Zeugnisse sind zehn Jahre nach Bekanntgabe aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Zugang des Feststellungszeugnisses oder -bescheids nach § 18. Der Ablauf der vorgenannten Fristen wird durch das Einlegen eines Rechtsmittels gehemmt. Die Aufbewahrung in elektronischer Form ist zulässig.

§ 21 Inkrafttreten

Diese Verfahrensordnung tritt am 1. Juni 2025 in Kraft

_ _ _ _ _ _ _

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Verfahrensverordnung Feststellung BVaDIG wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 15. April 2025

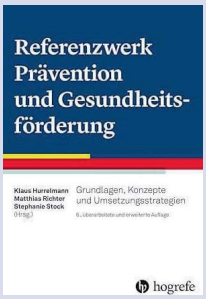
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

_ _ _ _ _ _ _

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
V2 18b2120-000112008/009

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Feststellungsprüfungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 50c Abs. 4 BBiG genehmigt.
Wiesbaden, 7. Mai 2025
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Bücher



Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien

Hurrelmann, Klaus, u. a. (Hrsg.):

6. Auflage, 2024, 539 S.,
ISBN: 9783456863504, € 60

In der sechsten Auflage des Referenzwerkes werden durch Fachexperten die Bandbreite von Prävention und Gesundheitsförderung in 38 Buchkapiteln umfassend erörtert. Leitendes Prinzip ist es, Ansätze aus wissenschaftlichen Disziplinen des biomedizinisch-personenorientierten und des sozial- und bevölkerungsorientierten Paradigmas zusammenzuführen. Krankheitsprävention (oft verkürzt auch nur „Prävention“ genannt) bezeichnet alle Interventionen, die dem Vermeiden des Eintretens und des Ausbreitens einer Krankheit dienen. Im Laufe der Zeit haben sich auch aufgrund des demografischen Wandels die Ansätze der Prävention und deren Ziele von der Vermeidung übertragbarer Krankheiten stärker in Richtung Vermeidung von nicht übertragbaren Krankheiten verschoben, bei denen verhaltensbeeinflussende Faktoren eine besondere Rolle spielen. Das Werk ist gleichermaßen als Informationsquelle und Nachschlagwerk nutzbar und besticht durch konkrete Beispiele sowie durch anschauliche Abbildungen und Zusammenfassungen.

Dr. med. Paul Kokott

Modelle von Gesundheit und Krankheit: Lehrbuch Gesundheitswissenschaften

Alexa Franke

Nachdruck 2020 der 3. Auflage, 285 S.,
ISBN: 9783456851204, € 30

Die Autorin widmet sich den Modellen zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit und versteht ihr Buch als einen Beitrag zu dem gesellschaftlichen Diskurs über eine Gesundheitsgesellschaft europäischer Prägung. Der erste Themenblock beschäftigt sich dabei mit Definitionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung – und den Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen diesen Konstrukten. Im zweiten Themenblock werden zunächst die Krankheitsmodelle vorgestellt, bspw. biomedizinische, psychosomatische und soziokulturelle. Der dritte Themenbereich befasst sich mit Gesundheitstheorien, vor allem mit dem Modell der Salutogenese und den Konsequenzen eines Paradigmenwechsels der beiden. Der vierte Themenblock beschäftigt sich mit geschlechtsspezifischen und sozialepidemiologischen Modellen sowie mit subjektiven Theorien. Ein faktenreiches Buch, das dem Nutzer die Facetten und Perspektiven von Gesundheit und Krankheit in ihren Begründungskontexten und den sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen aufzeigt.

Dr. med. Paul Kokott

Aufgrund §§ 5, 6a, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. September 2024 (GVBl. Nr. 52, S. 3–4), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 26. März 2024 (HÄBL 7–8/2024, S. 434), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31); zuletzt geändert am 23. November 2024 (HÄBL 1/2025, S. 71), wird wie folgt geändert:

1.) Im Kapitel „3000 Berufsbildung: Medizinische Fachangestellte" des Kostenverzeichnisses wird nach der Gebührenziffer 3140 folgende neue Gebührenziffer 3145 eingefügt:

3145	**Berufsvalidierung**	
3146	Vorbereitendes Verfahren ohne Feststellung	300
3147	Feststellungsverfahren inklusive vorbereitendes Verfahren - vollständige Vergleichbarkeit - überwiegende Vergleichbarkeit - Ablehnung - Ergänzungsverfahren	1.250 1.700 1.000 1.000
3148	Rücknahme - Vorbereitendes Verfahren - vor Feststellungsdurchführung	 125 250

2.) Im Kapitel „4000 Tätigkeit der Ethik-Kommission" des Kostenverzeichnisses wird folgendes geändert:
a. Die Gebührenziffer 4150 wird wie folgt neu gefasst:

4150	Beratung im harmonisierten Verfahren - nicht gefördert (Finanzierung aus Eigenmitteln) - gefördert (öffentlich/gemeinnützig) - gefördert (kommerziell)	 590,00 1.420,00 von 2.150,00 bis 3.250,00

b. Nach der Gebührenziffer 4150 werden die folgenden Gebührenziffern 4160, 4170 und 4180 neu eingefügt:

4160	nachträgliche Änderungen – Neubewertung - Neubewertung - sonstige inhaltliche Änderung	 100% der Erstberatung 50% der Erstberatung
4170	Entgegennahme Anzeige im harmonisierten Verfahren	100,00
4180	Anfrage mit Stellungnahme	150,00

c. Werden die Gebührenziffern 4200, 4210 und 4220 gestrichen,

d. Wird nach der Gebührenziffer 4662 die Gebührenziffer 4663 neu eingefügt:

4663	Für die Bearbeitung von Erstanträgen und Neubewertungen nach dem Strahlenschutzgesetz, die vor dem 01.07.2025 eingereicht worden sind, gelten die Ziffern 4200, 4210 und 4220 des Kostenverzeichnisses in der bis zum 30.06.2025 geltenden Fassung fort.	

e. Wird die Gebührenziffer 4671 wie folgt neu gefasst:

4671	Für die Bewertung von Klinischen Prüfungen und Leistungsbewertungsprüfungen nach dem Medizinproduktegesetz (MPG a.F.), (sonstigen) Klinischen Prüfungen der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte [Medical Device Regulation – MDR] sowie für Leistungsstudien nach der Verordnung (EU) 2017/746 über In-Vitro-Diagnostika [In-Vitro-Diagnostics Regulation – IVDR] richten sich die Gebühren nach der Verwaltungskostenordnung für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Soziales und Integration (VwKostO-HMSI).	

f. Wird nach der Gebührenziffer 4672 folgende neue Gebührenziffer 4673 eingefügt:

4673	Für die Bearbeitung von Erstanträgen und Neubewertungen nach § 36 Strahlenschutzgesetz, die nach dem 30.06.2025 eingereicht worden sind, richten sich die Gebühren nach § 183 des Strahlenschutzgesetzes und der Kostenverordnung zum Atomgesetz und zum Strahlenschutzgesetz (AtSKostV).	

3.) Im Kapitel „5000 Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung" des Kostenverzeichnisses wird nach der Gebührenziffer 5200 folgende neue Gebührenziffer 5250 eingefügt:

5250	Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin, die nicht unter die Ziffer 5200 fallen.	50,00 1.500,00

_ _ _ _ _ _ _

II. Inkrafttreten

Artikel I Nr. 1 der Satzung tritt am 1. Juni 2025 in Kraft. Im Übrigen tritt die Satzung am 1. Juli 2025 in Kraft.

_ _ _ _ _ _ _

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 15. April 2025

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

_ _ _ _ _ _ _

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
V2 18b2120-000112008/009

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 7. Mai 2025
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Impressum

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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: DAAEDEDD

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 7/8 vom 25.06.2025 ist am Mittwoch, dem 04.06.2025

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

Hausärztlich-internistische Praxis in Ffm.-Süd sucht
Fachärztin / Facharzt
zur Mitarbeit für 20 Std./W.

HÄ 059071

Fachärztin o. Ärztin in Weiterbildung zur Anstellung gesucht!
Gynäkologisches Zentrum in Offenbach Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams eine Fachärztin und Ärztin in Weiterbildung zur Anstellung. Wir haben eine Weiterbildungsermächtinung von 2 Jahren. Bevorzugt 2 letzten Weiterbildungsjarhen. Arbeitszeiten nach Absprache: Voll oder Teilzeit möglich.
Ihr Profil: Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Wir bieten: flexible Arbeitszeiten, übertariflicher Gehalt, flexible Urlaubsgestaltung, ambulantes oder stationäres Operieren je nach Wunsch möglich. **Interessiert:** Bitte schicken Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen: **praxis.tzelepis@gmx.de**

Suche Hausarzt/in
Hausärztliches/Kinderärztliches MVZ in Kreis Groß-Gerau/Langen/Wiesbaden mit mehreren Standorten sucht ab sofort oder später
FÄ oder WB Assistent/Assistentin Innere/Allgemein
Vollzeit/Teilzeit,
übertarifliches Gehalt, flexible Arbeitzeiten
mob.: 01707723006, verwaltung@praxishayat.de, verwaltung@pan-medical.de

FA (w/m/d) für Allgemein- oder Innere Medizin
Sie haben Interesse, sich am Standort Mörfelden-Walldorf bei Frankfurt/Main im hausärztlichen Spektrum in Voll- oder Teilzeit ab Juni 2025 einzubringen? Themen wie Diabetologie, Psychosomatik, Schlafapnoe oder Suchtmedizin machen Ihnen Freude oder Sie möchten sich weiterqualifizieren? Teamarbeit mit ärztlichem und mediznischem Fachpersonal sagt Ihnen zu?
Dann sind Sie bei uns im inhabergeführten MVZ richtig!
Ihr Engagement ist uns viel wert - lassen Sie uns darüber reden.
Kontaktadresse: bewerbung@mvz-rhein-main.de

FÄ/FA Frauenheilkunde oder WB-Assistenz in den letzten zwei Jahren (m/w/d) zur Weiterbildung zum Facharzt / eigenständigen Mitarbeit 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**

FÄ/FA Pädiatrie mit SB Kinderendokrinologie-Diabetologie (m/w/d)
zur Anstellung in einem endokrinologischen MVZ im Rhein Main Gebiet gesucht. Flexible Arbeitszeiten/Teilzeit-/Vollzeittätigkeit bei guter Honorierung. Diskretion und Vertraulichkeit selbstverständlich.
Bewerbungen erbeten an **kv.sitz@gmx.net**

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

Deutscher Ärzteverlag

Stellengesuche

FA Chirurgie-Unfallchirurgie-Handchirurgie

Ab 1.7.25 nach 11 Jahren Klinik, 22 Jahren Selbstständig mit Tagesklinik und 3 Jahren MVZ im Ruhestand hat noch Lust an Arbeit bis ca.20 h / Monat, gern auch Beratung etc. Raum KS

Chiffre: HÄ 059036

Praxisabgabe

Partner*in / Nachfolge gesucht -

Hausärztlich-internistischer Praxissitz mit Diabetologie perspektivisch abzugeben

1/2 Anteil an großer internistischer Gem.-Praxis, Schwerpunkt Gastro- und Diabetologie in Bestlage Umland FFM abzugeben. Einarbeitung Zug um Zug über die nächsten Jahre möglich. FA Diabetologie beim finalen Übergabezeitpunkt Voraussetzung. **HÄ 059076**

Kardiologische Privatpraxis nahe Frankfurt/M.

sehr gut etabliert, gute Lage und Räumlichkeiten, auskömmlicher Ertrag bei sehr guter work-life-balance. Nach Absprache abzugeben.
Chiffre: **HÄ 059048**

Stadt Kassel

Gut etablierte **gynäkologische Einzelpraxis** (1 KV-Sitz) ab dem Quartal 1/2026 aus Altersgründen abzugeben.
Kontakt bitte unter Chiffre **HÄ 058985**

Allgemeinarztpraxis mit hohem Privatanteil (40 %) in Wiesbaden zum 30.9.25 abzugeben. Modern ausgestattet, auf technisch neuestem Stand. TI Anbindung, Ultraschall, EKG, Lufu, ABI, POC Labor.
Kontakt 0176 324 61 259

Moderne **HÄ-Intern. Praxis** in **Wiesbaden** abzugeben. Etablierte Lage, umsatzstark. Im Kundenauftrag. **HÄ 059083**

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**

Anzeige

medixum.de
Lernen. Qualifizieren. Weiterentwickeln.
Die Akademie des Deutschen Ärzteverlages.

Praxisnah weiterbilden – CME-Punkte im Alltag sammeln!

Kompakte Online-Kurse für Herausforderungen aus der Sprechstunde.

Interaktive E-Learnings – von Experten entwickelt. Mit **Inhalten aus dem Deutschen Ärzteblatt.**

Behandlungskonzepte bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

© Studio Romantic – stock.adobe.com

Dieser Kurs liefert einen praxisnahen Überblick zu modernen Therapiekonzepten, hilft bei der differenzialtherapeutischen Einordnung und bietet Ihnen Werkzeuge, um die bestmögliche Versorgung sicherzustellen.

Ideal für Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin für die Langzeitversorgung von CED.

Dauer: ca. 2 h 15 min
Preis: 14,99 €*

Dokumentation von Verletzungen nach Verkehrsunfällen

© Southworks – stock.adobe.com

In diesem Kurs lernen Sie, wie Sie typische Verletzungsmuster bei Verkehrsunfallopfern richtig einordnen und gerichtsfest dokumentieren.

Ideal für Ärztinnen und Ärzte in der Erstversorgung, für Notfälle in der Praxis und Klinik und bei Gutachtenanfragen.

Dauer: ca. 2 h 15 min
Preis: 14,99 €*

Sie haben Fragen? kundenservice@medixum.de

Jetzt Kurs starten und Punkte sichern!

*Alle Preise verstehen sich inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.

www.medixum.de | Die Fortbildungsakademie des Deutschen Ärzteverlages | Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Anzeige

Deutscher Ärzteverlag

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!

Bestellen Sie direkt beim Deutschen Ärzteverlag oder in Ihrer Buchhandlung.
Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.

Praxisbedarf
Der Shop des Deutschen Ärzteverlages