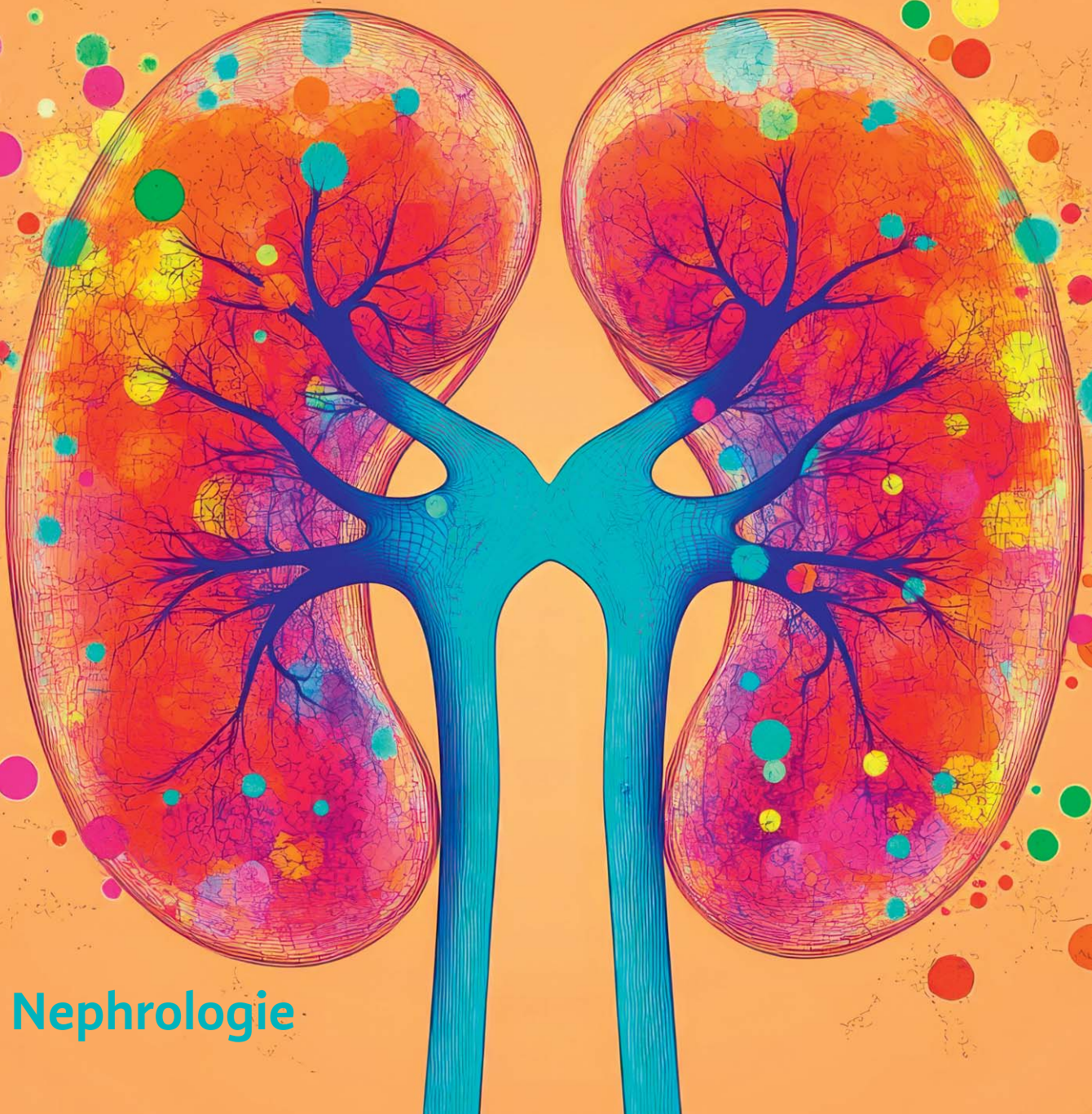


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2025
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 86. Jahrgang



Nephrologie

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

129. Deutscher Ärztetag
Bericht und Kommentare
zum Ärztetag in Leipzig
mit einem Auftakt in
besonderer Kulisse

50 Jahre COS
Fortbildungstag und Festakt
mit geladenen Gästen
zum Geburtstag der
Carl-Oelemann-Schule

Lachgas als Partydroge
Der Konsum wird oft als
harmlos wahrgenommen,
kann aber schwere Folge-
schäden nach sich ziehen



Schloss Oranienstein, Standort des Kommandos Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung.

Zivil-Militärisches Symposium Oranienstein 3.0

Krise/Spannungsfall/Krieg: Ambulante medizinische Versorgung

am Freitag, 19. September 2025 in Schloss Oranienstein, 65582 Diez an der Lahn

„Lange war in Deutschland der Glaube weit verbreitet, dass Krieg kein Szenario ist, auf das wir uns vorbereiten müssen“, sagte kürzlich Ralph Tiesler, der Präsident des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. „Das hat sich geändert. Uns treibt das Risiko eines großen Angriffskriegs in Europa um.“ Neben der Herstellung der eigenen Verteidigungsfähigkeit muss daher auch die medizinische Versorgungsfähigkeit in Krisensituationen gestärkt werden, zumal ein russischer Angriffskrieg auch auf deutschem Boden leider nicht auszuschließen ist. Dann würde die Bündnisverteidigung zur Landesverteidigung.

In den Vorjahren widmete sich das Symposium der medizinischen Versorgung im Einsatz sowie der stationären Versorgung in den Bundeswehrkrankenhäusern und den berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken. Das aktuelle Symposium nimmt die ambulante Versorgung unter Verteidigungsbedingungen in Augenschein. Wird der Sicherstellungsauftrag noch erfüllt werden können? Auf die Apotheken wird daraus gleichfalls eine massiv gewachsene Aufgabe zukommen. Eine Diskussionsrunde am Ende mit relevanten Vertretern der Themen wird die wichtigsten Problempunkte benennen.

Dieses Symposium wird wieder durch die Landesärztekammer Hessen mit den Partnerkammern aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland sowie verschiedenen Gliederungen der Bundeswehr ausgerichtet. Erstmals werden auch Vertreter der hessischen Apothekerkammer erwartet.

Informationen zu allen Referenten und ihren Beiträgen, zur komfortablen Online-Anmeldung, zur Tagungspauschale und zur

CME-Zertifizierung dieser Ganztagsveranstaltung erhalten Sie über die Webseiten der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung (www.akademie-laekh.de) sowie über den QR-Code im Infokasten.

Dr. med. Alexander Marković

Beauftragter der LÄK Hessen für Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ), Bundeswehr sowie Ukrainehilfe

Symposium: Krise/Spannungsfall/Krieg – Ambulante medizinische Versorgung

Termin	19. September 2025	Der QR-Code führt direkt zur Website des Symposiums.  www.akademie-laekh.de
Ort	Schloss Oranienstein Diez an der Lahn	
Leitung	Oberstarzt d. R. Dr. med. Ulrich Jürgens	
Tagungs- pauschale	120 € Akademiestatutmitglieder 108 € ZSanBw-Kräfte 50 €	

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

Kooperationspartner aus der Bundeswehr und der ärztlichen sowie pharmazeutischen Selbstverwaltung:



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

LAK Hessen
Landesapothekerkammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztekammer
des Saarlandes



Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Gemeinsam stark

Der diesjährige Ärztetag in Leipzig war aus meiner persönlichen Sicht ein herausragender Ärztetag, der noch dazu in einem außergewöhnlichen Ambiente stattfand, denn parallel zum Ärztetag war die Stadt Gastgeberin der größten Wettkampf- und Breitensportveranstaltung der Welt. 80.000 Aktive und Hunderttausende Gäste bevölkerten die Stadt und sorgten für eine wunderbare Stimmung. Das Engagement unzähliger Menschen – haupt- und ehrenamtlich – war überaus beeindruckend. Einmal mehr zeigte sich die Bedeutung ehrenamtlicher Aktivitäten.

Wie wichtig die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure aus Haupt- und Ehrenamt ist, zeigte sich auch in den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages. Hier möchte ich beispielhaft nur auf zwei herausragende Themen eingehen.

Nach einer gefühlt unendlichen Zeit der Vorbereitungen für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stimmten die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages mit überragender Mehrheit für die neue GOÄ, die die Bundesärztekammer (den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden gebührt ein großer Dank) gemeinsam mit den Fachverbänden, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe erarbeitet hatte. Dies war aller Mühe wert, auch wenn es, wie nicht anders zu erwarten, auch kritische Stimmen gab. Nun liegt der Ball bei der neuen Bundesgesundheitsministerin Warken, die im Rahmen der Eröffnung des Ärztetages die Notwendigkeit für eine neue Gebührenordnung eingeräumt hatte. Auch wenn sie viele alles andere als leicht zu bewältigende Aufgaben hat, hat die Ärzteschaft nach Jahrzehnten des Stillstandes ein Recht auf die zügige Erstellung der entsprechenden Rechtsverordnung.

Dringend notwendig ist vor dem Hintergrund der aktuellen welt-politischen Lage auch die Zusammenarbeit zwischen dem zivilen und dem militärischen Gesundheitswesen. Generaloberstabsarzt Dr. Ralf Hoffmann, der oberste Arzt des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, wandte sich persönlich an die Abgeordneten, um dafür zu werben. Es nutze nichts, so zu tun, als gebe es keine Gefahren. Es gehe nicht um Kriegstreiberei, sondern um Verantwortung für Patientinnen und Patienten. Das Gesundheitswesen müsse widerstandsfähig werden und dazu brauche der Sanitätsdienst der Bundeswehr zivile Hilfe, so der Generalarzt. Das sahen auch die Abgeordneten so und stimmten auch hier mit großer Mehrheit für die entsprechenden Anträge. Eine Vorbereitung auf den schlimmsten Fall, den wir hoffentlich nie erleben müssen, dient im Übrigen auch der Vorbereitung auf kleinere Problemlagen. Nur wer glaubt, dass es nicht brennen könnte, braucht keine Feuerwehr. Wehrhaftigkeit bedeutet Verteidigungsfähigkeit und ausdrücklich nicht Vorbereitung auf einen Angriff. Nicht zuletzt hat sich der Sanitätsdienst der Bundeswehr selbst das Leitbild „Der Menschlichkeit verpflichtet“ gegeben. Die Landesärztekammer Hessen setzt sich für die Stärkung und den Ausbau der

zivil-militärischen Zusammenarbeit ein, siehe auch Ankündigung des dritten Symposiums Oranienstein (siehe S. 378).

Dieser Aspekt muss auch bei den angekündigten Nachbesserungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes Berücksichtigung finden. Daher forderten die Abgeordneten zu Recht, bei der Schließung von Kliniken bzw. einzelner Stationen zu berücksichtigen, inwiefern diese für den Aufbau von Reserven benötigt werden. Dies ist ein notwendiger Spagat zwischen Effizienz und Resilienz.

Die Abgeordneten zeigten sich zudem offen für den Einsatz Künstlicher Intelligenz und zwar unter aktiver Beteiligung der Ärzteschaft, denn dies wird die gesundheitliche Versorgung zukünftig zweifelsohne erheblich verändern. Dafür werden auch zukünftig echte Menschen benötigt werden. Ob dies auch dem Vorstand der Rhön-Klinikum AG so bewusst ist, der laut einem dem Hessischen Rundfunk vorliegenden Schreiben an die Klinikdirektoren eine „deutlich gebremste Wiederbesetzung“ frei werdender Stellen „über alle Dienstarten hinweg“ bis hin zu einem Einstellungsstopp verlangt, darf bezweifelt werden. Auch die Belastbarkeit der Menschen in Gesundheitsberufen, die nicht selten über ihre Grenzen hinaus arbeiten, ist nicht unendlich – weder im Universitätsklinikum Gießen-Marburg noch in anderen Kliniken oder Praxen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © malisonpignata – stock.adobe.com

Nephrologie – drei CME-Artikel

Drei zertifizierte Fortbildungsartikel widmen sich dem Fachgebiet der Nephrologie. Die Autorinnen und Autoren besprechen die ANCA-assoziierte Vaskulitis, die grüne Dialyse und das kardiovaskuläre Risiko unter Langzeitimmunsuppression nach Nierentransplantation.

420, 424, 428



Foto: Lukas Reus

129. Deutscher Ärztetag

Der erste Auftritt der neuen Bundesgesundheitsministerin vor der deutschen Ärzteschaft, Diskussionen um eine neue GOÄ, Schwangerschaftsabbrüche und Grundsatzbeschlüsse zum Umgang mit Künstlicher Intelligenz: Bericht und Kommentare zum Ärztetag in Leipzig.

383–397

Editorial: Gemeinsam stark	379
Aus dem Präsidium: Wie können wir Kammerarbeit attraktiver und lebendiger machen?	382
Ärzttekammer: Kommentar zur Eröffnungsveranstaltung des 129. Deutschen Ärztetages	383
Bericht zum 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig	384
In Fragen und Antworten berichten die hessischen Abgeordneten aus Leipzig	390
Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte zum 129. Deutschen Ärztetag	396
Glossiert: Die Kraft, die stets das Gute will	397
Abschiedssymposium für Dr. med. Ernst Girth	402
Laudatio von PD Dr. med. Peter Bobbert, Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer	405
Carl-Oelemann-Schule: Jubiläumsfeier: 50 Jahre Carl-Oelemann-Schule	398
Parlando: Unzensuriert und unverkennbar: Die radikale Bildsprache der Annegret Soltau	410

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	412
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	418
■ Bekanntmachungen der LÄKH mit Satzungen und Hinweisen zur Satzungsänderung „Leitender Notarzt“	440,445
Ansichten und Einsichten: Ambulantisierungspotenzial auf tönernen Füßen	434
Personalia	458
Impressum	459



Foto: Lukas Reus

50 Jahre Carl-Oelemann-Schule

Vor einem halben Jahrhundert haben die hessischen Delegierten die Gründung der Carl-Oelemann-Schule beschlossen. Das Jubiläum wurde kürzlich mit dem Fortbildungstag „Wissen und Handeln“ sowie einem Festakt für geladene Gäste gefeiert.

398



Foto: © lenscap50 – stock.adobe.com

Lachgas als Partydroge

Lachgas ist heute nahezu überall verfügbar, wird oft fälschlicherweise als harmlos wahrgenommen und ist insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen beliebt. Die Folgeschäden des Konsums können allerdings schwerwiegend sein.

408

Fort- und Weiterbildung: Mehr als ein Totenschein: Die Bedeutung der Leichenschau für die ärztliche Praxis	401
Schlaganfallversorgung in Hessen: Neue konsentiierte Empfehlungen	406
Lachgas als Partydroge – Notwendigkeit eines bundeseinheitlichen Verbots, nicht nur für Jugendliche	408
ANCA-assoziierte Vaskulitis – Diagnostik und Therapie	420
Grüne Dialyse: Optionen und Ziele	424
Nach Nierentransplantation: Kardiovaskuläres Risiko unter Langzeitimmunsuppression	428
Webseminare des Hessischen Krebsregisters	435
Aus der Praxis für die Praxis: Die Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ an der Akademie	436
Flughafenmalaria: Eine seltene, aber ernstzunehmende Infektion	437
Repetitorium Innere Medizin an der Akademie	438
Forum: Neuwahlen beim Verband Freier Berufe in Hessen	438
Interview mit Dr. med. Michael Weidenfeld über seine neue Rolle im Verband der Freien Berufe in Hessen	439
Liegend-Demonstrationen für bessere Versorgung und Forschung bei ME/CFS	440
Medizinisches Kreuzworträtsel	458

Bücher

Goldschmidt/Deseme/ Winter (Hrsg.)
KI in der Medizin
Folgebroschüre für die Forschung und Praxis

KI in der Medizin

Hrsg: Andreas J. W. Goldschmidt et al.

S. 397

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)

Wie können wir Kammerarbeit attraktiver und lebendiger machen?

Frisch zurück vom 129. Deutschen Ärztetag (DÄT) in Leipzig, bin ich erfreut, dass sich das Miteinander und die Diskussionen deutlich zu verändern scheinen.

Wohlthuend aufgefallen ist mir die veränderte Kommunikationskultur: Es wird sich auf eine gute Art (inhaltlich, wertschätzend und offen) im Bewusstsein der ärztlichen Verantwortung mit den Themen auseinandergesetzt. So können von dem DÄT Signale und Impulse an die Politik und Gesellschaft ausgehen, die wirklich gehört werden.

Gleichzeitig habe ich mich gefragt, was sich verändert hat seit meinem ersten DÄT 2015 in Frankfurt? Mir sind dieses Mal viele jüngere Kolleg*innen aufgefallen, die neu auf dem Deutschen Ärztetag berufspolitisch aktiv sind. Was hat das ermöglicht? Anteil hat sicher die Einführung des Jungen Forums am Tag vor der Eröffnung, an dem sich junge Kolleg*innen inhaltlich zu den Hauptthemen des DÄT austauschen und die Inhalte später auch ins Plenum transferiert werden können. In den meisten Landesärztekammern gibt es mittlerweile Junge Foren oder ähnliche Strukturen und es werden Möglichkeiten zur Vernetzung finanziell von vielen Landesärztekammern unterstützt. Außerdem wird der Bundesvertretung der Medizinstudierenden e. V. (bvmd) seit einiger Zeit Rederecht auf dem DÄT eingerichtet. Ich war zu Beginn meines Engagements im Alter von 50 Jahren eine der Jüngeren in den Gremien und finde, wir brauchen den Input jüngerer Kolleg*innen, denn wir entscheiden über die Zukunft in Aus-, Fort- und Weiterbildung. Nur wenn wir diejenigen beteiligen, über deren Zukunft wir in der Kammer entscheiden, können wir Kammerarbeit in die Zukunft zu führen.

Demokratie und Selbstverwaltung brauchen Teilhabe der Betroffenen. Was sind eigentlich Themen, die unsere jüngeren Kolleg*innen beschäftigen?

Viele Kolleg*innen wissen gar nicht, was in der Kammer entschieden wird. Manche sehen nur die Beiträge, die sie zahlen müssen, ärgern sich vielleicht über die hohen Gebühren oder scheinbar lange Wartezeiten, wenn sie Anträge stellen oder sich für Prüfungen anmelden. Was bedeutet eigentlich ärztliche Selbstverwaltung? Haben wir politisch überhaupt etwas zu sagen?



Foto: Peter Jülich

„Demokratie und Selbstverwaltung brauchen Teilhabe“

Mir war das ehrlicherweise auch nicht klar, als ich berufspolitisch aktiv wurde. Ich war dankbar für das Engagement vieler Kolleg*innen beim Kampf um die Einführung der Bereichsbezeichnung Psychosomatik und wollte bei der Veränderung der neuen Weiterbildungsordnung mitarbeiten, damit das Fach auch zukünftig attraktiv für den Nachwuchs bleiben kann. In der Kammerarbeit habe ich aber erlebt, dass es so viele andere Themen gibt, die Unterstützung brauchen: Klima und Gesundheit, Frauengesundheit, soziale Gerechtigkeit versus Kommerzialisierung im Gesundheitswesen, Themen rund um Diskriminierung und Menschenrechte, um ein paar zu nennen.

Diese Themen werden leider oft nur am Rand des DÄT in der Aussprache zu Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik behandelt. Es ist aber aus meiner Sicht wichtig, bestimmte Bereiche in

der aktuellen politischen und gesellschaftlichen Lage aktiv mitzugestalten. Wahrscheinlich wären das Themen, die die jüngere Generation mehr ansprechen würden.

Wie können wir den Prozess, jüngere Kolleg*innen für die Kammerarbeit zu interessieren, ausbauen? Wir müssen sicher früher werben, die Wichtigkeit der Kammerarbeit bereits im Studium und zu Beginn der Weiterbildung übermitteln, Möglichkeiten zur Teilhabe erklären und ausbauen.

Der Einstieg sollte niedrigschwellig sein: Vielleicht wäre es für den Anfang möglich, projektbezogen als Expert*innen gehört zu werden? Es ist ein menschliches Bedürfnis, gehört zu werden mit unseren Anliegen, und das Gefühl, etwas mitgestalten zu können, erhöht unsere Selbstwirksamkeit. Mit kleinen Erfolgen steigt die Motivation und wir „alten Hasen“ wissen, wie lange es braucht (Geduld, Vernetzung, Leidensfähigkeit etc.), etwas Neues einzubringen, etwas zu verändern in dem, was immer schon so war.

Dr. med. Barbara Jaeger

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



Mit dieser umfangreichen Sommer-Doppelausgabe Juli und August 2025 wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern einen schönen Sommer. Die nächste Ausgabe 09/2025 erscheint Ende August.

Foto: Monika Buchalik



Der Thomanerchor sorgte für ein besonderes akustisches Erlebnis in der historischen Nikolaikirche in Leipzig.

Ein Neubeginn zwischen verfasster Ärzteschaft und Bundespolitik?

Kommentar zur Eröffnungsveranstaltung des 129. Deutschen Ärztetages

Die Nikolaikirche in Leipzig – Symbolort für Demokratie und gesellschaftlichen Zusammenhalt – war am 27. Mai 2025 Schauplatz der feierlichen Eröffnung des 129. Deutschen Ärztetages. Bereits zum dritten Mal tagt der Ärztetag in Leipzig, erstmals nach 100 Jahren wieder dort.

In ihren Redebeiträgen betonten die Eröffnungsredner – darunter Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt – ihre Freude über die Wahl dieses historischen und gesellschaftlich bedeutsamen Ortes. Gesellschaftliche Verantwortung bedeute, so Reinhardt, sich über die eigene Berufsgruppe hinaus für andere einzusetzen.

Der Präsident der Bundesärztekammer stellte die aktuellen Herausforderungen in der Medizin klar heraus: Der sogenannte doppelte demografische Faktor – das gleichzeitige Ausscheiden vieler Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren bei steigendem Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung – verlange nach tragfähigen, solidarischen Lösungen. Medizin und Politik müssten hierfür vertrauensvoll und gemeinschaftlich agieren – ein Begriff, den Reinhardt mehrfach betonte. Gerade in Zeiten notwendiger struktureller Veränderungen sei eine enge Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und politischen Entscheidungsträgern unerlässlich. Einsparungen dürften nicht ohne

fachlich fundierte Folgenabschätzungen vorgenommen werden. Reinhardt sprach ruhig, souverän und staatsmännisch – mit dem klaren Appell, die anstehenden Probleme nun pragmatisch und gemeinsam anzugehen.

Auch Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) wandte sich in ihrer Rede in einem werbenden, offenen Ton an die Ärzteschaft. Sie betonte ihren Wunsch nach konstruktiver Zusammenarbeit und berichtete von ersten guten Gesprächen mit der Bundesärztekammer. Der Bürokratieabbau – so oft versprochen – solle nun tatsächlich angegangen werden. Das Ministerium werde die Anregungen der Ärzteschaft aufnehmen, weiterführende Vorschläge seien ausdrücklich willkommen. Man wolle nicht nur eine neue Vertrauenskultur etablieren, sondern auch Eigenverantwortung und Eigenständigkeit im System stärken – Worte, die das Publikum mit anhaltendem Applaus aufnahm. Auch die Notwendigkeit einer neuen Gebührenordnung (GOÄ) wurde von der Ministerin angesprochen – mit erkennbarem Verständnis für die Position der Ärzteschaft.

So zugewandt wie in dieser Eröffnungsrede hat sich ein Bundespolitiker der Ärzteschaft seit Langem nicht mehr gezeigt. Diese neue Offenheit sollte als Chance be-

griffen werden – ohne jedoch zu unterschätzen, dass die kommenden Gespräche und Verhandlungen anspruchsvoll bleiben werden.

Was nicht angesprochen wurde – und das ist oftmals aufschlussreicher als das Gesagte – sind die zunehmenden strukturellen Defizite im Gesundheitssystem sowie die belastenden Einschnitte, die sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte künftig treffen dürften. Doch dafür ist offenbar das Finanzministerium zuständig.

Einen besonderen kulturellen Akzent setzte der Thomanerchor, dessen Darbietung in vollendeter Mehrstimmigkeit und harmonischer Präzision eindrucksvoll den Rahmen der Veranstaltung abrundete. Wie schön wäre es, wenn eine solche Harmonie auch das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Politik prägen könnte.

Dr. med. Peter Zürner
Präsidiumsmitglied

und Leitender
Redakteur
des Hessischen
Ärzteblatts,
E-Mail:
haebl@laekh.de





Gesundheitsversorgung der Zukunft

Bericht zum 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig

Foto: Lukas Reus

In einem historischen Bauwerk feierte der 129. Deutsche Ärztetag seinen Auftakt in Leipzig. Austragungsort der Eröffnungsfeier war die über 800 Jahre alte Nikolai-kirche, die im Herbst 1989 Ausgangspunkt der friedlichen Revolution in der DDR mit dem anschließenden Mauerfall war. Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. med. Klaus Reinhardt, adressierte in seiner Eröffnungsrede die aktuellen und zukünftigen Probleme des Gesundheitssystems in Deutschland, vor allem im Hinblick auf den demografischen Wandel. Gerichtet an die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) sagte er, dass die Probleme nur in Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Politik gelöst werden könnten. Die Themen seien nicht nur im Einzelnen hochkomplex, sondern würden auch in der Summe ein bedenkliches Ausmaß annehmen. „Solide in seiner Struktur, solidarisch in seinem Anspruch und getragen von einem belastbaren Vertrauensverhältnis zwischen Politik, Selbstverwaltung und den Menschen, für die wir Verantwortung übernehmen“, sagte Reinhardt. Die Politik solle das Gesundheitswesen nicht nur als bloßen Kostenfaktor sehen, den man auf Effizienz trimmen müsse. Gleichzeitig sollten die Interessenvertreter nicht nur nach mehr finanziellen Mitteln rufen, sondern das Gesundheitswesen so mitgestalten, dass es einerseits qualitativ hochwertig sei und andererseits für die jungen und kommenden Generationen bezahlbar bleibe.

Mehr Vertrauen

Leider habe es in der Vergangenheit an Vertrauen der Politik zum Personal im Gesundheitswesen gefehlt, so Reinhardt. Dies habe zu einem unnötigen Dokumentations- und Prüfaufwand geführt. Eine neue Vertrauenskultur könne somit einen entscheidenden Schritt dazu beitragen, das Gesundheitswesen zu entbürokratisieren. Lobend am neuen Koalitionsvertrag hob der Präsident der BÄK hervor, dass SPD und Union geplant hätten, im ersten halben Jahr der Regierung ein Entbürokratisierungsgesetz auf den Weg zu bringen. Bisher sei dies zwar häufig versprochen worden, geschehen sei allerdings wenig bis nichts. Stattdessen seien immer mehr Dokumentationspflichten hinzugekommen. „Lassen Sie den Worten im Koalitionsvertrag Taten folgen“, appellierte Reinhardt an die Ministerin. Er forderte eine Task-Force aus Selbstverwaltung und Politik, um jedes einzelne Formular und jede Berichtspflicht auf den Prüfstand zu stellen.

Das ewige Thema GOÄ

Nicht nur die Entbürokratisierung ziehe sich ergebnislos dahin, es gebe noch ein Thema, das „selbst in der bisherigen deutschen Reformverschleppung einen einsamen Negativrekord“ darstelle: die GOÄ. Die jetzige Gebührenordnung der Ärzte entstamme den 1980er- und 1990er-Jahren. Das passe vorne und hinten nicht mehr, so Reinhardt. Der Deutsche Ärzte-

tag befasse sich in einem eigenen Tagesordnungspunkt mit einer Neufassung der GOÄ. Sollten die Abgeordneten Ärztinnen und Ärzte dem erarbeiteten Kompromiss von Bundesärztekammer und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zustimmen, liege der Ball anschließend bei der Politik.

Ebenso noch nicht in der Umsetzung seien sowohl der Masterplan Medizinstudium 2020 als auch das Gesetz zur Regulierung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ). In dem Masterplan zum Medizinstudium hätten Bund und Länder die Reform der Approbationsordnung angekündigt. Reinhardt appellierte an die Politik, diesen Plan umzusetzen und ein zukunftsfähiges Medizinstudium zu schaffen. Bezüglich der Medizinischen Versorgungszentren sagte Reinhardt, dass diese grundsätzlich sinnvoll seien, vor allem für Ärztinnen und Ärzte, die die Selbstständigkeit scheuten. Dennoch sei es eine gefährliche Entwicklung, wenn betriebswirtschaftliche Vorgaben vor medizinischen Entscheidungen stünden.

Reinhardt lobte, dass die Regierungsparteien das Primärärztsystem im Koalitionsvertrag aufgegriffen hätten, wofür sich der Deutsche Ärztetag im vergangenen Jahr mit großer Mehrheit ausgesprochen habe. Eine sogenannte gesetzliche Termingarantie, die im Koalitionsvertrag ebenso angekündigt worden sei, kritisierte Reinhardt. Diese sei nicht praktikabel, da eine Garantie durch die aktuelle Versorgungslage im Gesundheitswesen nicht möglich sei.



Reform des KHVVG

„So, wie das Gesetz aktuell ausgestaltet ist, kann es nicht bleiben“, sagte der BÄK-Präsident zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Zu wenig Beachtung finde die ärztliche Weiterbildung, sagte Reinhardt unter dem Applaus der Gäste. Auch die Ärzteschaft sei stark vom demografischen Wandel betroffen und stehe vor einer Ruhestandswelle. Um die Versorgung zu sichern, sei es wichtig, dass die ärztliche Weiterbildung durch den Ausbau der Verbundstruktur und weniger Hürden bei der Arbeitnehmerüberlassung gestärkt werde.

Um das Problem des Mangels an Ärztinnen und Ärzten zu lösen, schlug Reinhardt vor, die richtigen Anreize zu setzen, damit Ärzte, die kurz vor dem Ruhestand stünden, weiter tätig sein könnten. Denn eine Umfrage des Deutschen Ärzteblattes habe gezeigt, dass viele Ärzte bereit seien, zumindest in Teilzeit, weiter ärztlich tätig zu sein. Viele seien aber nicht mehr bereit, sich mit Personalführung oder übermäßiger Bürokratie zu belasten.

Prävention mit Steuern

Für lautstarken Applaus sorgte auch die Forderung, Alkohol, Tabak und Zucker höher zu besteuern und so zur Prävention beizutragen. Auch Großbritannien habe Erfolge mit einer Zuckersteuer. Solche Abgaben könnten nicht nur zur Stabilisierung der Finanzen der Gesetzlichen Krankenkassen beitragen, sondern auch die Gesundheit der Menschen im Land fördern. Ministerin Warken solle die Widerstände in der Regierung überwinden, sie



Foto: Lukas Reus

BÄK-Vizepräsidentin Dr. med. Susanne Johna

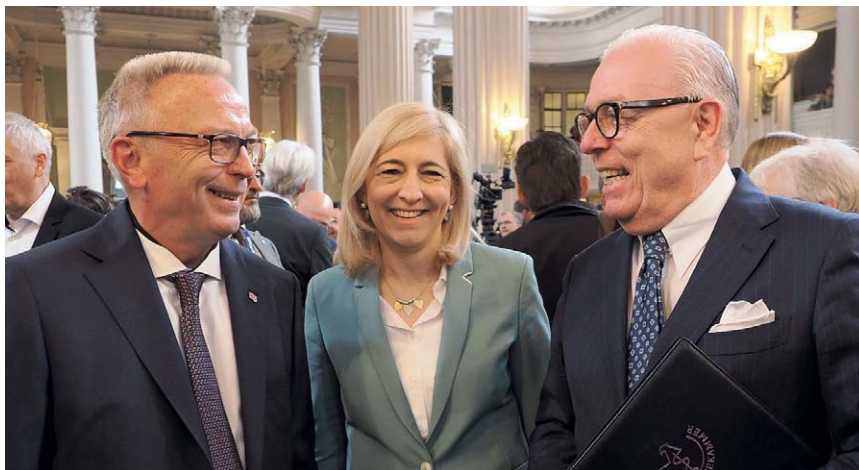


Foto: Manuel Maier

Erster gemeinsamer Auftritt: Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (Mitte) im Gespräch mit BÄK-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt (r.) und LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.

könne sich dafür der Unterstützung aus dem Gesundheitswesen gewiss sein.

Viel Übereinstimmung

Nicht jeder Bundesgesundheitsminister hatte immer einen leichten Stand bei der Ärzteschaft. Bei der Eröffnungsfeier gab es auch schon den ein oder anderen Buhruf für unbeliebte Minister. Nina Warken hatte dagegen bei ihrem ersten öffentlichen Auftritt bei der Ärzteschaft einen vergleichsweise unbeschwerten Auftritt und suchte in ihrer Rede die Übereinstimmung und die ausgestreckte Hand mit den Anwesenden.

Warken sagte, sie wolle ernsthaft mit allen Akteuren im Gesundheitswesen in den Dialog treten. „Eine gute Kommunikation und eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den Leistungserbringern halte ich für entscheidend.“ Immer wieder von Applaus unterbrochen, kündigte Warken an, das Gesundheitswesen von überbordender Bürokratie befreien zu wollen. Es sei der Regierung ernst mit diesem Thema, aus diesem Grund habe es dafür einen eigenen Punkt im Koalitionsvertrag gegeben. Als konkrete Vorschläge zur Entlastung nannte Warken eine Bagatellgrenze für Regressprüfungen von niedergelassenen Ärzten bis hin zur Überprüfung und Vereinfachung des Verwaltungsaufwands in Krankenhäusern. Die Ärzte sollten weniger Zeit mit Dokumentation verbringen und wieder mehr Zeit für die Patienten haben. Im Hinblick auf den Fachkräftemangel gelte es, besonders

achtsam mit der ärztlichen Arbeitszeit umzugehen.

Die Umsetzung des von der Ärzteschaft beschlossenen Primärärztsystem hielt Warken für eine der großen Aufgaben für die aktuelle Legislaturperiode. So könnten Doppeluntersuchungen vermieden und kürzere Wartezeiten für Facharzttermine entstehen. Das Vorhaben sei hochkomplex und es sei wichtig, dadurch nicht in der ambulanten Versorgung für neue Engpässe zu sorgen. Warken begrüßte den Vorstoß von Ärzteschaft und PKV-Verband, eine neue GOÄ vorzulegen, da die Vergütungsgrundlage veraltet sei.

Geplant sei, das KHVVG weiter umzusetzen, allerdings wolle man das Gesetz weiter verbessern, ohne es zu verwässern. In ihrem Ministerium arbeite man aktuell daran, dass nicht noch weitere Krankenhäuser schließen müssten. Im Hinblick auf die ePa (elektronische Patientenakte) bat die Gesundheitsministerin noch um etwas Geduld, bisher laufe noch nicht alles perfekt, doch das solle sich schnellstmöglich ändern und die ePa weiterentwickelt werden. Die ePa sei die Zukunft, so Warken. Sie appellierte an die Ärzteschaft, die notwendigen Veränderungen und Reformen gemeinsam anzugehen. Zu den Kritikpunkten von Reinhardt an der Terminggarantie äußerte sich Warken nicht.

Weitere Eröffnungsreden wurden unter anderem von Sachsens Kammerpräsidenten und Gastgeber Erik Bodendieck und der Landesgesundheitsministerin Petra Köpping (SPD) gehalten. Beide setzten sich darin für die Menschen in Ost-



deutschland ein. Bodendieck und Köpping stammen aus Sachsen und mahnten, Verständnis für die Erfahrungen der Menschen im Osten der Republik aufzubringen, die von vielen biografischen Brüchen durch die Wende betroffen seien.

Künstliche Intelligenz

Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag wurde ein Thema gespannt erwartet: Künstliche Intelligenz (KI) und ihr aktueller, aber insbesondere künftiger Einsatz in der Medizin. BÄK-Präsident Reinhardt gab die Einführung in den Tagesordnungspunkt im Congress Center Leipzig, in dem die Sitzungen des Ärztetages stattfanden. Reinhardt rief dazu auf, die Entwicklung von KI konstruktiv, aber kritisch zu begleiten. Er betonte, dass bei allem technologischen Fortschritt der Mensch im Mittelpunkt stehen müsse – nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Ärztinnen und Ärzte. Die ärztliche Perspektive sei bei der Integration von KI in den medizinischen Alltag unerlässlich.

Impulsvorträge von Prof. Dr. Aldo Faisal, Digital-Health-Forscher am Imperial College London und an der Universität Bayreuth sowie Mitglied im Deutschen Ethikrat, Univ.-Prof Dr. med. Ulrike I. Attenberger, Leiterin der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin an der Medizinischen Universität Wien/Universitätsklinikum AKH Wien, und den Vorsitzenden des Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ der Bundesärztekammer PD Dr. med. Peter Bobbert und Erik

Bodendieck legten den Grundstein für die anschließende Aussprache.

Faisal startete seinen Vortrag mit einer zentralen Aussage: KI im Gesundheitswesen könne nicht von der Stange sein, KI-Anwendungen müssten von Grund auf für die Verwendung in der Medizin entwickelt und gedacht werden. Darüber hinaus, könne KI nur mit qualitativ hochwertigen, zugänglichen Daten ihr volles Potenzial entfalten. Gleichzeitig sei es notwendig, gesellschaftliche Bedenken zu adressieren. Die Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten bei der Datenfreigabe sei zu erwarten.

Attenberger betonte in ihrem Bericht den Fachkräftemangel als eine wesentliche Motivation für den KI-Einsatz und sprach sich für klare ethische und rechtliche Rahmenbedingungen aus. Auch sie hob hervor, dass KI den zwischenmenschlichen Kontakt in der Medizin nie ersetzen dürfe. Sie verwies auf Studien, die zeigten, dass spezialisierte KI-Systeme unter bestimmten Bedingungen ärztliches Fachwissen ergänzen, in Einzelfällen sogar übertreffen könnten, wobei der kritische Blick erfahrener Ärztinnen und Ärzte unabdingbar bleibe.

Auf Basis von Befragungen habe der Digitalisierungsausschuss das Thesenpapier „Künstliche Intelligenz in der Gesundheitsversorgung“ entwickeln können, berichtete Bobbert. Ärztinnen und Ärzte forderten darin eine klare Werteorientierung bei der Entwicklung und Anwendung von KI im Gesundheitswesen. Nur so könne sichergestellt werden, dass deutsche und europäische Vorstellungen von Ethik, Datenschutz und ärztlicher Verantwortung auch in den eingesetzten Systemen verankert seien.

Dr. med. Julia Fritz berichtete vom Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten, das traditionell am Tag vor Beginn des Deutschen Ärztetags veranstaltet wird – in diesem Jahr mit dem Titel „KI konkret im ärztlichen Alltag“ (siehe S. 396). Sie verwies dabei auf die Vorbehalte des ärztlichen Nachwuchses beim Einsatz von KI-basierten Anwendungen hinsichtlich bestehender Datenlücken – Stichwort Gender Data Gap – sowie den Einfluss weiterer Faktoren auf medizinische Datensätze. Entsprechende Biases der Daten könnten den Einsatz von KI erschweren und müssen



Foto: Lukas Reus

LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski

ten deshalb bei der Entwicklung von KI-basierten Anwendungen mitgedacht werden. Die junge Generation sei jedoch bereit, diesen Wandel aktiv mitzugestalten, schloss Fritz.

In der Aussprache wurden zentrale Punkte vertieft: Dr. med. Susanne Johna forderte mehr Nachhaltigkeit und Interoperabilität, während Dr. med. Lars Bodammer vor der Gefahr von „Convenience-Entscheidungen“ auf Basis von KI warnte. Dr. med. Christoph Polkowski plädierte für eine differenzierte Betrachtung von KI und mehr Klarheit in Fragen der Datenhoheit.

Sachsens Kammerpräsident Erik Bodendieck, Co-Vorsitzender des Digitalisierungsausschusses, freute sich über die differenzierte und informierte Diskussion der Ärzteschaft.

In einem Grundsatzbeschluss stellte der Ärztetag klar, dass die Arzt-Patienten-Beziehung durch den Einsatz von KI nicht in den Hintergrund geraten dürfe. Um das Vertrauen der Patienten zu erhalten, forderten die Abgeordneten, KI nur dann einzusetzen, wenn sie evaluiert und validiert ist, Datenschutz berücksichtigt und die ärztliche Schweigepflicht schützt.

Insgesamt wurde deutlich: Der Weg zu einer verantwortungsvollen, menschenrechtlichen Integration von KI in der Medizin ist noch weit – aber die Ärzteschaft ist bereit, ihn aktiv mitzugestalten.

Bericht zum ärztlichen Personalbemessungssystem

Prof. Dr. med. Henrik Herrmann und Johanna berichteten aus der Arbeitsgruppe „ÄPS-BÄK“ der Bundesärztekammer. Das ärztliche Personalbemessungssystem der



Hessische Abgeordnete um Dirk Paulukat, Dr. med. Heike Raestrup, Dr. Dr. Eva See, Dr. med. H. Christian Piper und weitere (v. r. n. l.)

Foto: Lukas Reus

Foto: Lukas Reus



Dr. med. Lars Bodammer

Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) ermöglichte es, den ärztlichen Personalbedarf patienten- und aufgabengerecht für jede Abteilung individuell zu berechnen. Dass dieses Instrument nach der mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften abgestimmten Entwicklungs- und Testphase nun in die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Evaluation gehe, sei ein Erfolg der ärztlichen Selbstverwaltung. Der Deutsche Ärztetag hatte in der Vergangenheit die verbindliche Einführung im Rahmen des KHVG bereits mehrfach gefordert.

Bericht zum eLogbuch

Dr. med. Albert Gehle und Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Co-Vorsitzende der Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer, stellten den Sachstandsbericht zum eLogbuch vor. Bisher gebe es knapp 155.000 Nutzer. Ebenso sei eine Nutzerbefragung erfolgt, welche ein Auftrag des vergangenen Ärztetages gewesen sei, so Herrmann. 1.042 Teilnehmer (655 Ärztin-

Foto: Lukas Reus



Dr. med. Wolf Andreas Fach

nen und Ärzte in Weiterbildung und 387 Weiterbildungsbefugte) hätten sich daran beteiligt. Bei den Weiterzubildenden habe die wöchentliche oder monatliche Nutzung laut Befragung bei lediglich 9,68 % gelegen (halbjährlich weitere 41,47 %, Rest: seltener oder nie) bei den Befugten bei 35,54 % (halbjährlich weitere 41,86 %, Rest seltener oder nie). Die Nutzungshäufigkeit sei insgesamt steigerungsfähig, so Gehle. Abgefragt worden seien darüber hinaus unter anderem der Aufwand, ein Logbuch anzulegen sowie die Nutzerfreundlichkeit. Die Schulnoten lägen im Durchschnitt zwischen drei und vier. Diese Bewertung sei wesentlich besser bei denjenigen Nutzern gewesen, die das eLogbuch häufiger nutzen würden, schlechter bei Nutzern von Ärztekammern mit Pflichtnutzung des eLogbuchs. Aus der Befragung ergebe sich die Aufgabe, mehr Anreize zu schaffen, das eLogbuch häufiger zu nutzen – bspw. durch Förderung und Bewerbung der Drittanbieter-Apps und ein „Facelift“ des eLogbuchs für mehr Übersichtlichkeit. Letzteres habe man bereits umgesetzt und beispielsweise die Inhalte besser strukturiert und die Filterfunktion verbessert. Geplant sei außerdem eine statistische, anonymisierte Auswertung über die Weiterbildung nach dem Vorbild der Landesärztekammer Hessen, um beispielsweise die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in einzelnen Facharzt-Weiterbildungen zu erfahren, so Herrmann.

Zusatzweiterbildungen

Gehle und Herrmann stellten daraufhin auch die weiteren geplanten Umsetzungen zur ärztlichen Weiterbildung vor. Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der BÄK habe bei dem vergangenen Ärztetag in Mainz den Auftrag bekommen, einen neu strukturierten Abschnitt C vorzulegen, konkret 56 Zusatzweiterbildungen (ZWB) in drei Kategorien neu einzuordnen. Der neu strukturierte Abschnitt C der Musterweiterbildungsordnung unterteile diese in interdisziplinäre ZWB (vorher: C1), interdisziplinäre berufsbegleitende ZWB (vorher: C2) und interdisziplinäre kursbasierte ZWB (vorher: C3). Die einzelnen Kategorien unterschieden sich dabei beispielsweise, ob eine (Mindest-) Weiterbildungszeit vorgege-

ben oder eine Dokumentation im eLogbuch verpflichtend sei. Diese Einordnungen bedeuteten keine Wertung, so Herrmann. Es solle lediglich ersichtlicher sein, was sich hinter einer ZWB verberge. Auch der Begriff interdisziplinär sei nur ein Arbeitsbegriff, da der Erwerb der Zusatzweiterbildung generell von unterschiedlichen Facharztqualifikationen möglich sei.

Die Abgeordneten beschlossen die vorgeschlagenen Anpassungen der sogenannten Kopfteile von Zusatzweiterbildungen in Abschnitt C sowie die Änderungen des Paragrafenteils (Abschnitt A) der MWBO 2018. Für intensive Diskussionen sorgten drei ZWB. Zum einen ging es um die Einordnung der Sexualmedizin in die Kategorie interdisziplinäre berufsbegleitende



Foto: Lukas Reus

PD Dr. med. Andreas Scholz

ZWB (zuvor: C2) und nicht in die vorgesehene interdisziplinäre kursbasierte ZWB (zuvor: C3), zum anderen um die Beibehaltung der Medizinischen Informatik sowie die zusätzliche Schaffung einer ZWB „klinische Palliativmedizin“ zur bereits bestehenden ZWB Palliativmedizin als Kursweiterbildung. In den Diskussionen sagte Dr. med. Wolf Andreas Fach zur Palliativmedizin, dass es möglichst einfach gehalten werden solle. „Wir brauchen keine Palliativmedizin erster und zweiter Klasse“, betonte Fach und plädierte für eine Vertagung der Entscheidung. Nach weiterer Diskussion wurde letztendlich der Antrag zur Sexualmedizin abgelehnt. Bei dem Themenfeld „Medizinische Informatik“ entschieden sich die Abgeordneten allerdings für den Erhalt der Zusatzweiterbildung, obwohl Gehle und Herrmann in der Aussprache betonten, dass es nur 25 Facharztanerkennungen in diesem Be-

Foto: Lukas Reus



Dr. med. Sabine Olischläger

reich bundesweit seit 2022 gegeben habe. Bei der Palliativmedizin setzten sich am Ende die Befürworter der Zweiteilung durch. Darüber hinaus wurde ein Antrag von Dr. med. Eva See, Dr. med. Christian Piper et al. angenommen, der alle Landesärztekammern verpflichtet soll, digitale Weiterbildungszeitenrechner anzubieten.

Schwangerschaftsabbrüche

In einer engagierten Debatte unter TOP V setzte sich der Ärztetag mit dem Thema ärztliche Perspektiven zum Schwangerschaftsabbruch auseinander und sprach sich mehrheitlich für eine Entkriminalisierung fristgerechter Schwangerschaftsabbrüche aus. Das Ärzteparlament forderte Augenmaß von der Politik in der Debatte um die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Die rechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs müsse außerhalb des Strafgesetzbuches erfolgen. Dies stärke die Versorgungssicherheit ungewollt Schwangerer und die Rechtssicherheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

In mehreren Redebeiträgen wurde unterstrichen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet werden dürften, einen Abbruch durchzuführen, zugleich aber wirksam vor Anfeindungen geschützt werden müssten, wenn sie es täten. Delegierte wie Dr. med. Gerald Quitterer (Vorstand Bundesärztekammer), Johna (Vizepräsidentin Bundesärztekammer) und Dr. med. Lydia Berendes betonten das Spannungsfeld zwischen reproduktiver Selbstbestimmung der Frau und dem Schutz ungeborenen Lebens. „Ich als Frau wünsche mir keine Ächtung, sondern Achtung der

Frauen, die diese schwierige Phase durchleben“, sprach sich Johna aus. Als Ärztin wünsche sie sich wiederum auch die Entscheidungsfreiheit darüber, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen oder nicht.

Stefanie Minkley betonte, dass es immer ungewollt Schwangere und entsprechend immer Schwangerschaftsabbrüche geben werde – ungeachtet der Kriminalisierung über die Regelung im Strafrecht. Diese sei nicht notwendig. In anderen Ländern sei beispielsweise die Regelung im Zivilrecht üblich. Sie berichtete darüber hinaus von weiteren Hürden für die ärztliche Arbeit in Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführten, beispielsweise beim Bezug von Medikamenten. Nur durch die Entkriminalisierung würden Ärztinnen und Ärzte geschützt, die Versorgung der Patientinnen verbessert und Bürokratie abgebaut, so Minkley.

Mit großer Mehrheit forderte der Ärztetag, dass künftig die Bedingungen für fristgerechte Schwangerschaftsabbrüche außerhalb des Strafgesetzbuches geregelt werden. Die Verpflichtung zur Beratung solle jedoch bleiben. Die gültige Regelung steht aktuell in § 218a Absatz 1 Strafgesetzbuch. Demnach ist die Beendigung ungewollter Schwangerschaften rechtswidrig, aber dennoch straffrei, sofern rechtzeitig eine Schwangerschaftskonfliktberatung stattfand und der Abbruch bis zur 12. Woche nach der Empfängnis erfolgt.

GOÄ

Schon im Vorfeld des Ärztetages und vor den Eingängen zum Congress Center Leipzig war ein Thema besonders heiß umworben: der Vorschlag für eine neue GOÄ. Vor der Halle wurden (teils anonyme) Flyer verteilt, die die Abgeordneten aufforderten, gegen die neue GOÄ zu stimmen. Anders wollte es BÄK-Präsident Reinhardt, der mit einer emotionalen Rede sowie einer Präsentation die neue GOÄ verteidigte und erklärte. Es gehe um einen angemessenen Interessenausgleich zwischen Beitragszahler und Leistungserbringer, betonte der BÄK-Präsident. Es habe seit mehr als 40 Jahren keine grundlegende Novellierung mehr gegeben. Seit September habe man zudem teils sehr klein-

teilige Clearinggespräche mit denjenigen geführt, die Bedenken gegenüber der neuen GOÄ geäußert hätten. Reinhardt wehrte sich vehement gegen den Vorwurf der Intransparenz. Eine Ablehnung könne aktuelles politisches Momentum verspielen und auch die privaten Krankenversicherer könnten die Lust verlieren, wieder neue Verhandlung zu beginnen.

Zentrale Punkte der GOÄ seien: Bessere Honorierung für die Breite der Ärzteschaft durch ein gesteigertes PKV-Ausgabenvolumen von 13,2 % (1,9 Mrd. Euro) in den ersten drei Jahren. Die neue GOÄ beinhalte auch eine kontinuierliche Anpassung der Bewertung beispielsweise bei medizinischem Fortschritt und der Kostenentwicklung. Sie sei zudem rechtssicher und transparent und sehe gesonderte Zuschläge und Leistungen bei der Behandlung von Kindern vor. Die Transkodierung von der gültigen GOÄ zum Entwurf der neuen GOÄ sei über Jahre in en-



Foto: Lukas Reus

Dr. med. Christoph Polkowski

ger Abstimmung mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften erarbeitet worden, so Reinhardt.

In der Diskussion betonte unter anderem Dr. med. Sabine Olischläger, wie wichtig eine Reform sei und das Fehlgewichtungen beseitigt werden müssten. Deshalb sei es auch normal, dass es für Einzelne in bestimmten Bereichen zu weniger guten Erlösen komme. Dirk Paulukat argumentierte, dass er mit dem vorliegenden Entwurf Probleme habe, da bei einem Streitfall in der Gemeinsamen Kommission (GeKo), die paritätisch besetzt sei, das Bundesministerium für Gesundheit entscheide. Ob dieses dann im Sinne der Ärzteschaft handle, bezweifle er. „Deshalb



Foto: Lukas Reus



Dr. med. Elke Neuwohner

fordere ich Nachbesserungen, das Ding muss noch einmal in die Werkstatt“, sagte Paulukat. Dr. med. Elke Neuwohner sagte, die Ärzteschaft habe die Möglichkeit, einer GOÄ zuzustimmen, die das ärztliche Gespräch wieder honoriere. Sie forderte die Abgeordnete auf, geschlossen dafür zu stimmen.

Die Abstimmung war trotz einiger kritischen Stimmen überraschend eindeutig: 212 Ja-Stimmen, 19 Nein-Stimmen bei 8 Enthaltungen sorgten für brandenden Applaus und Standing Ovationen bei vielen Abgeordneten sowie ausgelassener Stimmung bei den Mitglieder des Vorstandes, die sich gegenseitig beglückwünschten.

Verschiedenes

Über die Schwerpunktthemen hinaus waren auch weitere aktuelle Themen Teil der Diskussion des Ärztetages in Leipzig. So forderte die Ärzteschaft Bund, Länder und Kommunen dazu auf, die Krisenresilienz des Gesundheitswesens zu stärken. Notwendig sei ein verbindlicher Stufenplan

mit klar definierten Verantwortlichkeiten, der von einer erweiterten Regelversorgung über die Versorgung im Katastrophenfall bis hin zur militärischen Lage reiche. Die Gesundheits- und Krisenkompetenz der Bevölkerung sei zu verbessern.

Zu diesem Thema hielt auch Generaloberstabsarzt Dr. med. Ralf Hoffmann eine Rede. LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski betonte in einem Redebeitrag, dass man bei der Krisenresilienz endlich ins Machen kommen müsse.

Der Ärztetag forderte die Politik auch auf, die lange angekündigte Reform des Medizinstudiums jetzt anzugehen und in den kommenden Monaten umzusetzen. Die Reform des Medizinstudiums (Masterplan Medizinstudium) solle die medizinische Ausbildung praktischer und patientenorientierter ausrichten. Abgeordnete begrüßten in Anträgen die Pläne der neuen Bundesregierung, die Krankenhausreform fortzuführen und zugleich weiterzuentwickeln. Es sei richtig, dass dazu sowohl die Leistungsgruppensystematik als auch die Vorhaltevergütung nochmals überprüft und angepasst würden und Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der Krankenhäuser ergriffen werden müssten.

Thema Kinderschutz: Durch gezielte Werbeverbote für zucker- und fetthaltiger Lebensmittel sollen Kinder und Jugendliche vor dem übermäßigen Konsum geschützt werden. Flankiert werden sollten diese Verbote durch regelmäßigen sowie verbindlichen Gesundheitsunterricht an Bildungseinrichtungen. Bund und Länder sollten zudem konkrete Maßnahmen erarbeiten, um die Nutzung von sozialen Medien, Messengerdiensten und Videoplattformen für Kinder und Jugendliche einzu-



Foto: Lukas Reus

Stefanie Minkley

schränken. Die Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche seien: starker Anstieg von Adipositas und psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Essstörungen bis hin zu Belastungen durch verstörende Inhalte. Daran angeknüpft forderte der Ärztetag eine höhere Besteuerung von Alkohol und Tabak sowie eine herstellergetragene Zuckersteuer. Auch die Anpassung an den Klimawandel stand zur Diskussion: Die Abgeordneten forderten die Länder auf, verpflichtende Hitzeaktionspläne in allen Städten und Gemeinden umzusetzen. Auch solle der Bund Finanzmittel bereitstellen, um das Gesundheitswesen klimafreundlicher zu machen.

Am letzten Tag warf der Ärztetag auch einen Blick in die eigene Zukunft. Mit einem Kurzfilm steigerte die Landesärztekammer Hessen bei den Abgeordneten die Vorfreude auf 2027, denn dann findet der 131. Deutsche Ärztetag in der Landeshauptstadt Wiesbaden statt.

Lukas Reus
Marissa Leister



Foto: Lukas Reus

Standing Ovationen und feierliche Stimmung im Plenum und beim BÄK-Vorstand: Die neue GOÄ wurde mit überwältigender Mehrheit beschlossen.



„Basisdemokratie in konstruktiver Atmosphäre“

In Fragen und Antworten berichten die hessischen Abgeordneten aus Leipzig

Viele wichtige Themen wie Künstliche Intelligenz (KI), eine neue Bundesgesundheitsministerin und wie jedes Jahr viele Anträge, über die diskutiert und abgestimmt wurde: Die hessischen Abgeordneten berichten von ihren Eindrücken des 129. Deutschen Ärztetages in Leipzig und ziehen ein Fazit der Tagung. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle, stellenweise gekürzte Auswahl.

1. Wie bewerten Sie die Rede von der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU)? Wurden darin die dringlichen Themen der Gesundheitspolitik angesprochen? Konnte sie neue Perspektiven aufzeigen?

Dr. med. Barbara Jaeger, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte: Frau Warken hat betont, dass sie zukünftig auf Augenhöhe mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen kommunizieren möchte. Ihre Worte klingen wohlgesetzt, aber wir müssen sehen, ob diesen Taten folgen. Als fachfremde Bundesministerin muss sie sich in ärztliche Themen erst einarbeiten.

Dr. med. H. Christian Piper, Marburger Bund: Die politisch erfahrene Juristin ist knapp drei Wochen im Amt. Sie hat sich gesprächsbereit, handlungswillig und geradeheraus sprechend vorgestellt. Ihre fachlich in der Gesundheitspolitik versierten zwei Staatssekretäre werden es ihr hoffentlich leicht machen, langjährige Cliffhänger der Gesundheitspolitik zu tra-

genden Entscheidungen zu führen. Ministerin Warken hat signalisiert, dass sie „endlich mal machen“ will. Das hat sich beim Vorgänger in Expertengremien festgefressen und hat sich bei der nicht zu Ende geplanten Großbaustelle Krankenhausreform erschöpft.

Dr. med. Lars Bodammer, Marburger Bund: Die Vorschläge zum Primärärztsystem werden sicherlich noch ausgiebig diskutiert. Bevor ein solches System etabliert werden kann, müssen auch die Voraussetzungen geschaffen werden, damit die hausärztliche Steuerung aufgrund zusätzlicher Aufgaben für die Hausärztinnen und -ärzte kein Nadelöhr wird.

Dr. med. Sabine Olischläger, Die Hausärzte: Ich nehme eine neue Offenheit für die Dringlichkeit von Reformen wahr und freue mich, dass sie die Aufgaben der Politik dabei in Bezug auf Patientensteuerung anspricht und nicht wie ihre Vorgänger immer nur Forderungen an Selbstverwaltung und Ärzteschaft stellt.

Dr. med. Elke Neuwohner, ÄrztINNEN Hessen: Ich werte die Rede als ein Angebot zur Zusammenarbeit. Ich hatte den Eindruck, dass auch die Ministerin den nötigen Reformbedarf im Gesundheitswesen sieht und dies auch gemeinsam mit uns Ärztinnen und Ärzten angehen möchte. Was davon eingelöst wird, wird sich zeigen.

Dr. med. Michael Weidenfeld, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Warken ist neu im Amt und muss sich erst richtig einarbeiten. Sie macht aber zuversichtlich den Eindruck, mit uns zusammen zu arbeiten und im engen Austausch zu stehen. Die vorhandenen ärztlichen Ressourcen sollen vor allem den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

Anne Kandler, Marburger Bund: Frau Ministerin Warken war eloquent, wirkte authentisch und professionell. Anders als manche ihrer Vorgänger war sie nicht pro-

vokant und nicht anbiedernd, sondern hat mir das Vertrauen gegeben, ein echtes Interesse an der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten zu haben. Und dass sie kompetent ist und anpacken kann.

Dr. med. Detlev Steininger, Die Hausärzte: Ich habe Bereitschaft zu konstruktiver Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Regierung wahrgenommen und die Bereitschaft, eine verabschiedete GOÄ in der Regierung zeitnah in einer Gesetzesverordnung umzusetzen.

Dr. med. Jörg Focke, Marburger Bund: Die Rede von Frau Warken war ruhig und unaufgeregt. Die dringlichen Themen in der Gesundheitspolitik wurden angesprochen. Nach Worten müssen jetzt Taten folgen.

Dr. med. Christof Stork, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte: Im wesentlichen konnte man Warkens Rede als Gesprächsangebot und als Signal eines offenen Ohrs verstehen. Inhaltlich war es eher defensiv bis beliebig. Visionen fehlten gänzlich. Jedoch ist das vielleicht für ihre fachfremde Anfangssituation eine reell authentische Haltung.

Dr. med. Christine Hidas, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Ihre Worte waren verbindlich und offen, sie hinterlässt den Eindruck, dass eine neue Gesprächskultur Einzug halten könnte.

Michael Andor, Die Hausärzte: Sie scheint die Bedeutung und Dringlichkeit der Einführung eines verpflichtenden Primärärztsystems verstanden zu haben. An ihren Taten wird man es sehen ...

Stefanie Minkley, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte: Sie hat die Themen des Koalitionsvertrages und den größten Kritikpunkt an ihrem Vorgänger – die Kommunikation – geschickt aufgenommen und thematisiert. Neue Perspektiven waren von einer fachfremden Ministerin sicher aktuell (noch) nicht zu erwarten.



Dr. H. Christian Piper, Dr. Michael Weidenfeld



Stefanie Minkley, Michael Andor, Anne Kandler

Auch die dringlichsten Themen kann sie bisher sicher nur durch ihre Berater erfasst haben. Wenig überraschend sind die „Dauerbrenner“ Entbürokratisierung und die Krankenhausreform.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci, Marburger Bund: Kurz. Inhaltsarm. Freundlich zugewandt.

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

Dr. Sabine Olischläger: Reinhardt hat meinen großen Respekt für die Moderation, die stets das Gesamte im Blick hatte.

Dr. Elke Neuwohner: Angemessen. Die wesentlichen Themen und Anliegen des ärztlichen Alltags wurden aufgegriffen. Ich habe mich gut vertreten gefühlt.

Dr. Michael Weidenfeld: Wie immer konkret und gut. Er sieht im Koalitionsvertrag von Union und SPD eine gute Grundlage für die notwendigen Reformen. Reinhardt hob die von Union und SPD angekündigte Einführung eines Primärarztsystems in Deutschland hervor. Er unterstützt die Fortentwicklung der Krankenhausreform und die ärztliche Weiterbildung. Reinhardt forderte konkrete Umsetzungen zum Bürokratieabbau. Fachkräftemangel: Die seit Jahren angekündigte Reform des Medizinstudiums ist endlich umzusetzen.

Anne Kandler: Die Rede war solide. Es hat mir gefallen, dass das Thema Zusammenarbeit auf Augenhöhe betont wurde. Die Würdigung unseres verstorbenen Ehrenpräsidenten Prof. Karsten Vilmar war mir sehr wichtig. Bei der Verleihung der Para-

celsus-Medaille ist mir aufgefallen, dass die Geehrten mit dem Präsidenten, aber nicht mit den beiden Vizepräsidentinnen fotografiert wurden. Ich möchte anregen, das demnächst anders zu handhaben.

Dr. Detlev Steininger: Klare Botschaft zu dringenden Anliegen der Ärzteschaft.

Dirk Paulukat, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Gut – insbesondere der Hinweis auf die versicherungsfremden Leistungen als Kostentreiber in der GKV, die nicht aus Beiträgen der Versicherten zu decken sind.

Dr. Jörg Focke: Gute und solide Rede.

Frank Seibert-Alves: Er hat es mittlerweile zu einer Routine gebracht, die dem Anlass angemessen ist.

Stefanie Minkley: Er hat treffend mit den drängendsten Herausforderungen im Gesundheitssystem eingeleitet. Das erwähnte Primärarztsystem sehe ich persönlich kritisch. Gefehlt haben mir die Themen Klimakrise, Migration von Ärztinnen und Ärzten und Frauengesundheit – gerade während des aktuellen weltweiten Rechtsruckes sollten wir die Wichtigkeit dieser Aspekte immer wieder betonen.

Dr. Christof Stork: Umfangreich und gehaltvoll. Teilweise eine schlechte Akustik.

Dr. H. Christian Piper: Sehr ausgewogen und prägnant in den gut und lange mitgeführten Themen GOÄ neu und zur Abschaffung des § 218 im Strafgesetzbuch.

Michael Andor: Neben gewohnt harmlosen Allgemeinplätzen über Digitalisierung, Entbürokratisierung etc. hat er löbli-

cherweise auch das Problem mit den investorengetragenen Versorgungszentren (iMVZ) im ambulanten Bereich angesprochen. Ich halte das Thema für brisant.

Dr. Christine Hidas: Alle wichtigen Themen wurden angesprochen: Entbürokratisierung, Primärarztsystem/Patientensteuerung, Krankenhausreform. Auch sprach er über die Zukunft, bspw. Rentnerinnen und Rentner im ärztlichen Arbeitsleben zu halten und im Rahmen der verstärkten Prävention z. B. Steuern auf ungesunde Lebensmittel zu erheben – beides in direkter Ansprache an die Ministerin.

Dr. Barbara Jaeger: Herr Dr. Reinhardt hat die wichtigsten anstehenden Herausforderungen benannt und für strukturelle Veränderungen geworben, damit wieder Gerechtigkeit und Verlässlichkeit im Gesundheitswesen herrschen können, es qualitativ hochwertig und bezahlbar für zukünftige Generationen bleiben kann. Er erinnerte, dass Freiheit nur mit der Verantwortung des Einzelnen möglich ist und wir als Ärzteschaft in Zeiten des Wandels unsere Verantwortung in der Gesellschaft tragen müssen.

3. Welche Themen und Anträge auf dem Deutschen Ärztetag waren Ihnen besonders wichtig?

Anne Kandler: Besonders die Aufbereitung des Themas KI fand ich wichtig, damit wir den Anschluss nicht verlieren.

Dr. Lars Bodammer: Natürlich war ein viel diskutiertes Thema für uns Ärztinnen und Ärzte die GOÄ. Dies soll aber nicht schmälern, dass wir uns als wichtige Institution für gesundheitsbezogene Impulse und Empfehlungen an Politik und Gesellschaft verstehen. Hierzu gehörten die Themen rund um den § 218, Themen zur Prävention und zum Klimaschutz.

Frank Seibert-Alves: Die, bei denen wir nach langer Diskussion zu erstaunlich eindeutigen Abstimmungsergebnissen kamen. Eine sinnvolle Neuentwicklung: Die weit über hundert Anträge, die jedes Jahr zu Themen eingereicht werden, die nicht zu den angekündigten Hauptthemen zählen, wurden bisher unter einer größeren



Anzahl von Überschriften gesammelt. Dieses Jahr konnten wir 250 Abgeordnete erstmals die Themenüberschriften durch Punktevergabe priorisieren. Somit wurden vorrangig die Themen behandelt, die vielen wichtig sind.

Dr. Detlev Steininger: GOÄ – große Freude über die positive Verabschiedung. Diskussion und Verabschiedung zum § 218.

Dr. Sabine Olischläger: Künstliche Intelligenz in der Medizin.

Dr. Barbara Jaeger: Erleichtert bin ich über das Votum des DÄT zur Entkriminalisierung des Paragraphen 218, ein langer Weg! Die Diskussion wurde erstaunlich offen und wertschätzend im Bewusstsein der ärztlichen Verantwortung geführt, die wir gegenüber den ungewollt schwangeren Frauen haben. Es ist uns gelungen, sowohl das Recht der Frauen auf Leben, Gesundheit und Selbstbestimmung als auch das Recht des Ungeborenen auf Leben zu beachten. Außerdem freue ich mich auf die Verabschiedung der Reform der GOÄ, so dass ich in der psychosomatischen Praxis zukünftig endlich auch mit Privatpatientinnen und -patienten differenziert und angemessen vergütet arbeiten kann.

Dirk Paulukat: GOÄ und Weiterbildung.

Dr. Elke Neuwohner: Ich war gespannt auf die Abstimmung zur GOÄ, die ja einen langen Vorlauf hatte. Ich war sehr froh, dass es uns als Ärzteschaft gelungen ist, da so viel Konstruktivität und Geschlossenheit zu zeigen. Das andere wichtige Thema war für mich die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches in der Frühschwangerschaft. Hier haben viele Kolleginnen und Kollegen lange intensiv daran

gearbeitet, dass die Versorgung in diesem Bereich erhalten und verbessert wird.

Dr. med. Peter Zürner, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Die nüchterne und sachliche Debatte zum Thema § 218. Nach der recht emotionalen und aus meiner Sicht unausgegorenen Debatte beim vergangenen DÄT in Mainz hat die jetzt gut vorbereitete Diskussion ein ausgewogenes Ergebnis gebracht. Dies steht dem Deutschen Ärztetag gut an.

Michael Andor: Die GOÄ musste vom Tisch.

Dr. Michael Weidenfeld: Künstliche Intelligenz in der Medizin. Ärztliche Perspektiven zum Schwangerschaftsabbruch.

Dr. Christine Hidas: Entkriminalisierung des Paragraphen 218; Verschlinkung der Weiterbildungsordnung.

Dr. H. Christian Piper: KI als zukünftig ubiquitäre, aber kritisch zu verfolgende Anforderung in Wissenschaft und Medizin. Die ausführliche Befassung und überwältigend mehrheitlich beschlossene neue GOÄ. Die hochkarätige Debatte über die notwendige Abschaffung des § 218 StGB: Schwangerschaftsabbrüche müssen mit guter Beratung unter den Regeln eines eigenständigen und bürgernahen Gesetzes erfolgen. Weiterbildung neu gedacht: Die Systematiken von Zusatzweiterbildungen der M-WBO 2018 sind neu geordnet, verschlankt und vereinfacht worden; sowohl für die Anforderungen beim Erwerb (mehr berufsbegleitend, mehr Kursweiterbildungen) als auch für den Abbau bürokratischer, kammerlastiger und aufwendiger Kontrollprozesse. Ein guter Einstieg, der auf dem nächsten DÄT bei Facharztregelungen fortgesetzt werden wird.

Dr. Christof Stork: Die Debatte zum § 218 und zum klimabezogenen Gesundheitsbereich. Die Debatte zur GOÄ wurde sehr umsichtig moderiert, fair und respektvoll.

Dr. med. Susan Trittmacher, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen: Ärztliche Perspektiven zum Schwangerschaftsabbruch. Es besteht Einigkeit, dass die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch herbeizuführen, aus dem Strafgesetzbuch entfernt werden muss. Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin gilt es ebenso zu beachten wie das Selbstbestimmungsrecht der Ärztinnen und Ärzten, ob sie so einen Eingriff durchführen wollen oder eben nicht. Die Beachtung der Autonomie der Patientin und der Schutz des ungeborenen Lebens sind in diesem Setting konfliktiv, so dass die Pflicht zur Beratung weiter eingefordert wird.

Stefanie Minkley: Mir waren die Themen der Frauengesundheit wichtig: Insbesondere die Versorgung von ungewollt Schwangeren und von Frauen mit Fehlgeburten. Wenn die Bundesregierung die historischen Anträge zur Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen ernst nimmt, führt das hoffentlich zu einer besseren Versorgung. Mein Antrag zum Thema Fehlgeburten wurde leider nicht mehr behandelt. Hier hoffe ich auf den Bundesvorstand, dass er sich – genau wie die Landesärztekammer Hessen – für dieses Thema einsetzt.

Dr. Jörg Focke: Die Entkriminalisierung durch Regelung des Schwangerschaftsabbruches außerhalb des Strafgesetzbuches halte ich für ein überfälliges und sehr wichtiges Thema. Ich möchte ausdrücklich allen Kolleginnen und Kollegen, die entsprechende Anträge vorbereitet haben, dafür danken.

4. Wurde das Schwerpunktthema Künstliche Intelligenz in der Medizin auf dem 129. DÄT zu Ihrer Zufriedenheit behandelt?

Dr. Lars Bodammer: Ja. Ich fand die Impulsvorträge spannend und beeindruckend, wie sehr KI unsere Arbeitswelt und die Behandlung von Patientinnen und Patienten beeinflussen wird. Wir müssen



Frank Seibert-Alves, Dr. Elke Neuwohner, Dr. Detlev Steininger

hier mitgestalten, damit wir unseren Ansprüchen in der Ausübung des ärztlichen Berufes auch in Zukunft gerecht werden.

Dr. Peter Zürner: Exzellente Vorträge, die jedem zum Nachlesen/Sehen empfohlen sind. Die Ärzteschaft wird lernen, KI als Werkzeug so einzusetzen, dass es Prozesse verbessert und dem Arzt zuarbeitet. Der Arzt wird immer der verantwortliche Handelnde bleiben. Das müssen wir gegen multiple kommerzielle Interessen durchsetzen.

Dr. Michael Weidenfeld: Ja. Es waren sehr gute Impulsvorträge und eine fruchtbare anschließende Diskussion.

Neu für mich war die Information über die doch sehr große Umweltbelastung durch das Nutzen der KI, denn die KI-Nutzung geht mit einem immensen Ressourceneinsatz einher. Um diesem Spannungsfeld zu begegnen, ist es wichtig, KI dort einzusetzen, wo sie dem Gemeinwohl dient und ein wirklicher Nutzen erkennbar ist („using wisley“, Zitat aus einem Antrag). Wichtig für mich ist: Die Behandlung von Patienten und Patientinnen ist immer den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Künstliche Intelligenz darf ärztliche Entscheidungen lediglich unterstützen, diese aber in keinem Fall ersetzen.

Stefanie Minkley: Wir haben gute Debatten zwischen Datenschutz, ärztlicher Schweigepflicht und den Chancen der neuen Technologien geführt. Regeln und Rahmenbedingungen zur Nutzung von KI in der Medizin müssen nun vom Gesetzgeber und den Kammern schnell auf den Weg gebracht werden.

Dr. Sabine Olischläger: Kann nur ein Anfang sein und ist bei seiner Komplexität und nur ansatzweise möglicher Sachkenntnis der Möglichkeiten und natürlich auch der Risiken noch lange nicht zufriedenstellend behandelt.

Dirk Paulukat: Zu viele, redundante Anträge, zu lange Diskussion, hat zu viel Zeit benötigt.

Dr. Barbara Jaeger: Mir wurde deutlich, dass die KI in vielen Bereichen der Medizin unterstützend in Diagnose, Behandlungs-



Dr. Christof Stork, Dr. Sabine Olischläger, Dr. Peter Zürner

plan und Angleichung von Medikamenten sein wird, aber sie wird die ärztliche Beziehung, die durch Empathie, Verantwortung und Vernunft ausgezeichnet ist, nicht ersetzen können.

Dr. Elke Neuwohner: Ja. Das waren sehr gute Beiträge, die einen hohen Informationsgehalt hatten. Auch dem Bekenntnis, dass wir als Ärztinnen und Ärzte die Rolle der KI in der Medizin aktiv mitgestalten wollen, kann ich mich gut anschließen.

Anne Kandler: Die Diskussion hat gezeigt, dass das Wissen zum Thema KI teilweise nur spärlich vorhanden ist. Die Befassung mit KI auf dem DÄT kann nur ein Beginn sein. Ich finde es gut und wichtig, dass Fortbildungen dazu von verschiedenen Landesärztekammer-Akademien angeboten werden.

Dr. Jörg Focke: KI in der Medizin ein sehr wichtiges Thema! Hier darf es uns nicht wie bei der Digitalisierung passieren, dass wir zurückliegen. Aktuell fehlt es in vielen Krankenhäusern an ausreichender Hardware und Software, um die Digitalisierung in der Medizin umzusetzen. So verpassen wir den Anschluss bei der Digitalisierung und den Anschluss bei der KI-basierten Medizin! Das darf uns nicht passieren, denn wir wollen und müssen mitgestalten, sonst werden es andere für uns tun! Dies war auch Konsens auf dem DÄT.

Dr. Christof Stork: Da ich digitaler Laie bin, waren für mich viele interessante und teils neue Aspekte dabei. Positiv fand ich den Optimismus, dass wir seitens der Ärzteschaft noch mitgestalten können. Allerdings bleibt bei mir trotzdem Skepsis diesbezüglich. Europa und europäisches Know-how müssten dann im Turbotempo

US- und China-Techfirmen erreichen bzw. überholen. Da bleiben viele Fragezeichen. Es muss vieles gesetzlich vorausschauend geregelt werden. Dies wurde in den Anträgen differenziert eingefordert. Allerdings habe ich Zweifel, dass politischer Wille, Geld und Zeit seitens der Legislative in Deutschland und Europa dazu ausreichen.

Dr. Detlev Steininger: Es ist so umfangreich, dass ein einzelner Deutscher Ärztetag das Thema KI nicht zu meiner Zufriedenheit behandeln kann. Ob wir Ärzte die patientennahe Zuwendungsmedizin gegen die vermeintlich überlegene KI verteidigen können, wird die Zukunft zeigen.

Dr. Christine Hidas: Hervorragende Referentinnen und Referenten sowie viel Raum für Diskussion – dies zeigte sich auch in der Anzahl der Anträge. Wichtig ist es, die KI für die medizinischen Bereiche ausschließlich zum Wohl der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeiter zu nutzen.

Michael Andor: Etwas übertrieben. Je leistungsfähiger die neuen Rechner-Chips werden, umso umfangreicher und komplexer wird deren Verwendbarkeit in den Endgeräten. Dies ist kein Grund weder für Panik noch für Mystifizierung der Technik. Die Aufgabe: Man mache das Beste daraus ...

Dr. H. Christian Piper: Ja, umfassend im Dialogforum für die jungen Ärztinnen und Ärzte wie auch in den Leitvorträgen im Plenum des DÄT. Viele weiterführende Anträge wurden gestellt, um die patientenorientierte Entscheidungsverantwortung der Ärztinnen und Ärzte zu erhalten und zugleich notwendige Offenheit für die



Dr. Barbara Jaeger, Dirk Paulukat, Dr. Christine Hidas

rasanten KI-Entwicklungen zu bahnen. Der technologische Nachholbedarf bei der Verwendung von KI in Deutschland wird dabei alle persönlichen Energien und die Bereitschaft zu großem Ressourceneinsatz bei allen Beteiligten herausfordern.

5. Wie empfanden Sie die Diskussionen und Entscheidungen zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)?

Dr. Lars Bodammer: Erstaunlich konziliant und respektvoll. Ich hatte eine hitzige Diskussion erwartet. Erstaunlich auch das sehr klare Votum für die neue GOÄ.

Dr. Sabine Olischläger: Nach sehr guter Vorbereitung und Moderation sehr sachliche Diskussion und beeindruckende Einigkeit bei der Entscheidung. Eine große Anerkennung für die jahrelange Arbeit der Selbstverwaltung in Bund und Ländern.

Michael Andor: Letztendlich positiv, auch wenn hier der Teufel mit dem Belzebub ausgetrieben wird. Analogien zum GKV-System tun sich auf, statt Budgetierung nun Ausgabenkorridor und vieles mehr.

Dr. Christof Stork: Überraschend gesittet. Ein für Ärzteschaft und Öffentlichkeit wichtiges Beispiel einer fairen, demokratischen Diskursfähigkeit.

Dr. Susan Trittmacher: Die Aussprache hierzu war von der Dominanz der Zustimmung zum Antrag der BÄK geprägt, dem Vorschlag zur Novellierung der GOÄ zuzustimmen. Ich glaube nicht daran, dass man die Verbundenheit unter Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen stärkt, indem ärztliche Leistungen be-

stimmter Fachkolleginnen und Kollegen abwertet werden. Hier wurde das richtige Ziel (Novellierung der GOÄ) mit dem falschen Mittel herbeigeführt.

Stefanie Minkley: Ich empfand die Diskussion als respektvoll und ausreichend. Zuvor gab es viele Möglichkeiten, um die nötigen Informationen zu erhalten und mit der BÄK in den Austausch zu gehen.

Dr. Detlev Steininger: Zukunftsgerichtet notwendige Entscheidung – große Unterstützung und Freude auf meiner Seite. Abbruch der Diskussion war aus meiner Sicht nicht notwendig.

Dr. Christine Hidas: Die Diskussionen waren sachlich und wenig emotional, allerdings fand ich es nicht konstruktiv, die Debatte per Antrag zu beenden. Die Rednerinnen und Redner, die dadurch nicht mehr sprechen konnten, hätten das Zeitmanagement nicht sehr beeinträchtigt. So kam das Gefühl auf, möglichst ohne viel Diskussion zur Abstimmung zu gelangen, das ist im Sinn des demokratischen Verständnisses der Ärzteschaft eigentlich nicht würdig.

Anne Kandler: In der Diskussion wurden alle mitgenommen. Ich begrüße es, dass das das Heft des Handelns nicht aus der Hand gegeben wurde. Mit der Zustimmung zum vorliegenden Kompromiss ist die ärztliche Selbstverwaltung gestärkt worden. Wir sollten unseren freien Beruf weiterhin selber organisieren.

Dr. Peter Zürner: Überraschend sachlich – und nach anfänglichen Turbulenzen hat die exzellente Aufklärungskampagne der Bundesärztekammer überzeugt. Es ist wichtig, dass eine so große Mehrheit zu-

gestimmt hat, so dass die weiteren politischen Verhandlungen möglich werden. Reinhardt hat sich bei diesem Thema sehr überzeugend profiliert. Insgesamt war die Moderation des Präsidenten hervorragend. Ich habe den Eindruck, er wird bei jedem Ärztetag souveräner und lockerer; das tut der Atmosphäre des Ärztetages gut.

Dr. Elke Neuwohner: Dass es so ein klares Votum für die neue GOÄ gibt, ist gut. Es zeigt, dass die Ärzteschaft ein verlässlicher und auch konstruktiver Partner in Entscheidungsprozessen ist. Ich habe die Debatte als würdevoll und wertschätzend erlebt, auch den Kolleginnen und Kollegen gegenüber, die mit dem Entwurf zur GOÄ nicht einverstanden waren.

Dirk Paulukat: Leider ein frühes Ende der Debatte, nach etwas über 20 Rednern kam der Geschäftsordnungsantrag zum Ende der Debatte obwohl noch mindestens 25 Redner auf der Liste standen; die Rednerliste wurde schon vor Beginn der Diskussion geschlossen und die Redezeit war auch von Beginn an auf zwei Minuten begrenzt.

Man hätte alle Abgeordneten auf der Liste bei diesem wichtigen Thema sprechen lassen müssen – so wie das bei anderen Themen ja auch fast immer und kleinteilig möglich ist.

Dr. H. Christian Piper: Nach Wochen disruptiver und teilweise sehr in die Irre führenden Debatten in jüngster Zeit wurde sehr deutlich: Ein die über Jahre entwickelte GOÄneu ist tragbarer Kompromiss zu einem dringend erforderlichen Neustart. Ein steter vernünftiger, zeitgemässer und geregelter Anpassungsprozess ist unterlegt. Die überwältigende Mehrheit konnte das erkennen und annehmen. Angesichts von über 90 % Ja-Stimmen haben die wenigen Ängstlichen und die manchmal überlaut zu hörenden Dauerkritiker nun kollegial alle Chancen, den „proof of concept“ kritisch mit zu begleiten.

Dr. Barbara Jaeger: Es wurde (erstaunlich) auf eine angenehme Art diskutiert, durch die gute Vorbereitung und Einführung durch Dr. Reinhardt, in der er auf die massiven Bedenken der verschiedenen



Berufsgruppen eingehen konnte. Die Stärkung der Arzt-Patient-Interaktion versus der gerätedominierten Medizin durch die neue GOÄ begrüße ich und erlebe dies als wichtige Weichenstellung für die Versorgung in der Zukunft.

Dr. Michael Weidenfeld: Sehr starke Rede des Präsidenten; sehr gute Darstellung der vielen Arbeit seitens des Präsidiums und des Präsidenten mit dem ganzen Team. Unerwartet sachliche Diskussion mit einem eindeutigen Ergebnis.

Dr. Jörg Focke: Es war eine sachliche Diskussion, die natürlich kontrovers war, in der aber alle Beteiligten eine sehr gute Diskussionskultur wahrten.

Frank Seibert-Alves: Angemessen.

6. Wie lautet Ihr Fazit des 129. Deutschen Ärztetages?

Dr. Sabine Olischläger: Interessanter lebhafter und konstruktiver Ärztetag. Erlebte gute Demokratie.

Dr. Peter Zürner: Gelungene Basisdemokratie in einer recht konstruktiven Atmosphäre. Dies stärkt die verfasste Ärzteschaft.

Dr. Lars Bodammer: Dieses Jahr haben wir einen gut strukturierten Ärztetag erlebt, viele Themen wurden intensiv besprochen und der Ärztetag hat sich klar zu wichtigen Themen positioniert. Jetzt liegt es an der BÄK und uns Vertretern der Ärzteschaft, mit diesen Themen die Entscheidungen der Politik zu beeinflussen.

Dr. H. Christian Piper: Guter Arbeitsärztertag, weitblickende Debatten und klare Beschlüsse zu herausfordernden Themen. Chapeau!

Dr. Christof Stork: Gute Aufnahme durch die gastgebende Landesärztekammer. Würdige Veranstaltungsorte. Die Tramfahrten während des Turnfests waren eine Herausforderung. Die Kneipe zum Hesenabend war originell, aber hoher Geräuschpegel. Die Aufbereitung und Diskussion zu den Anträgen aus TOP Ic am

Freitag war klug strukturiert und produktiv bzgl. der geleisteten Abstimmungen.

Dr. Michael Weidenfeld: Es war ein guter, interessanter und erfolgreicher Ärztetag. Gut ausgewählte Themen. Die geeinte Ärzteschaft hat mit dem eindeutigen und starken Ergebnis zur Umsetzung der GOÄ-Reform ein ausgezeichnetes Zeichen an die Politik gegeben.

Dr. Elke Neuwohner: Ich habe hier konstruktive und lebendige Debatten erlebt sowie einen guten kollegialen Austausch. Das, was diskutiert und abgestimmt wurde, war relevant und alltagsnah.

Anne Kandler: Das war ein guter Ärztetag – mit gesellschaftlich relevanten und für Ärztinnen und Ärzte wichtigen Themen. Jeder konnte zu Wort kommen, Für und Wider wurde abgewogen. Es freut mich besonders, dass viele neue Abgeordnete das Wort ergriffen haben.

Dirk Paulukat: Ein schöner und gut organisierter Ärztetag, Danke an die Landesärztekammer Sachsen. Leider blieben am Ende wieder knapp 100 Anträge zum TOP Ic (allgemeiner Teil) unbearbeitet – das sollte reformiert werden.

Frank Seibert-Alves: Wir sind vorangekommen.

Michael Andor: Präsident Dr. Reinhardt wird in die Geschichte eingehen, mit der GOÄneu hat er nach bald 40 Jahren endlich die Kuh vom Eis gekriegt.

Dr. med. Barbara Jaeger: Erfreulicherweise sind deutlich jüngere Kolleg*innen berufspolitisch aktiv und die Kommunikati-

onskultur verändert sich auf eine gute Art. So können von dem DÄT Signale an Politik und Gesellschaft ausgehen. Schade, dass die Aussprache zu Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik zu kurz kam.

Dr. Detlev Steininger: Viele wichtige und notwendige Themen, letztendlich zu wenig Raum für ausreichende Diskussionen zu allen Themen. Also thematisch überlastet. Eine interessante Stadt Leipzig.

Dr. Susan Trittmacher: Die ärztliche Berufsausübung und die kollegiale Zusammenarbeit mögen auf Kompetenz, Würde und Respekt beruhen und nicht auf Angst und Neid. Hierzu sind Veranstaltungen wie der Deutsche Ärztetag wichtig.

Dr. Christine Hidas: Ein guter Ärztetag – wie immer anstrengend und voller Informationen. Die Antragsflut am letzten Tag zeigt, dass wir eine neue Struktur schaffen müssen, um der adäquaten Befassung mit den Anträgen gerecht zu werden. Erfreulicherweise zeigt sich bei den Delegierten ein Generationenshift hin zu jüngeren Kollegen und vor allem Kolleginnen – das tut der Ärzteschaft gut.

Stefanie Minkley: Meine große Hoffnung – ein progressives Zeichen für die Entkriminalisierung von ungewollt Schwangeren und ihren versorgenden Ärztinnen und Ärzten – wurde erfüllt. Der respektvolle Umgang und Ton in den Debatten hat mich positiv überrascht.

Dr. Jörg Focke: Ein DÄT mit vielen wichtigen Top-Themen.

Lukas Reus
Isolde Asbeck



Dr. Lars Bodammer, Dr. Susan Trittmacher, Dr. Jörg Focke

Fotos: Lukas Reus (15), Manuel Maier (2)



Diskussion um den Einsatz von KI in der Medizin beim Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte: Dr. med. Carina Vorisek, Dr. med. Michael Müller, Dr. med. Pedram Emami, Dr. med. Julia Fritz und PD Dr. med. Peter Bobbert (alle von links).

KI konkret

Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte zum 129. Deutschen Ärztetag

Mit dem zunehmenden Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) in Kliniken und Praxen verbindet sich die Hoffnung auf Unterstützung bei der Diagnostik und Therapieauswahl, auf eine Verbesserung der Behandlungsqualität, auf administrative Entlastung und vieles mehr. Doch welche Lösungen gibt es bereits und wie können diese konkret dazu beitragen, gerade junge Ärztinnen und Ärzte in ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen? Dies wurde im Vorfeld des 129. Deutschen Ärztetages in Leipzig im Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte diskutiert. Alljährlich treffen sich hier Ärztinnen und Ärzte – etabliert und frisch in der Medizin – um über Themen des ärztlichen Nachwuchses zu sprechen.

KI: Chancen, Vorteile, Limitationen

Der Einsatz von KI in der Medizin bewegt die deutsche Ärzteschaft. Einerseits möchte man den technischen Wandel umsetzen, Chancen und Vorteile von KI-Anwendungen nutzen. Andererseits ist man sich der Limitationen und Herausforderungen des Einsatzes bewusst. Kritisch diskutierte Faktoren sind datenschutzrechtliche, insbesondere aber auch ethische Fragen. Es gilt, die Arzt-Patienten-Beziehung nicht zu verlieren und den privaten Raum der Sprechstunde unbedingt zu schützen. „KI wird die Welt verändern. Nicht nur im medizinischen Bereich“, eröffnete die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Dr. med. Ellen Lundershausen. Die junge

Ärztegeneration habe hier im Dialogforum die Möglichkeit, gemeinsam zu reflektieren: Wie wird KI das Berufsbild verändern? Wie wird es mit der Beziehung zu Patientinnen und Patienten aussehen? Tools zur multilingualen Dokumentation und Auswertung von Patientengesprächen, zur Vorhersagung von postoperativen Komplikationen im kardiologischen Bereich, Chatbots zur Begleitung von Brustkrebspatientinnen – das gebe es alles bereits. Fraglich ist: Gibt es berechnete Datenschutzrisiken und wie nimmt man Patientinnen und Patienten von Beginn an bei der Entwicklung mit? Darüber gaben Impulsvorträge zu Beginn einen Überblick.

Moderator und Präsident der Landesärztekammer Hamburg Dr. med. Pedram Emami begrüßte im Anschluss die Referentinnen und Referenten. Welche Aufgaben kämen auf die Landesärztekammern mit Hinblick auf KI zu?

Ärztliche Stimme entwickeln

PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsident der Ärztekammer Berlin, sieht die Chance, zum Thema KI eine eigene ärztliche Stimme zu entwickeln. Man müsse ein Forum bilden – mit Einbeziehung der ärztlichen Perspektive. Er hoffe, dass der diesjährige Deutsche Ärztetag Impulse setzen werde. Dr. med. Carina Vorisek, M.Sc., ECFMG berichtete von Erfahrungen aus den USA. Hier gebe es monetäre Anreize für Kliniken, um die Nutzung von digitalen

Schnittstellen zu befördern. So würden Daten maschinenlesbar dokumentiert. Die Basis von KI-gestützten Anwendungen sei die Datenstruktur.

Dr. med. Michael Müller, Vorstandsvorsitzender der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM e.V.), betonte, dass die Technisierung keine Substitution, sondern eine Unterstützung ärztlicher Tätigkeit sein müsse. Es gehe darum, die Leistungsverdichtung und Komplexität zu reduzieren. Es brauche allerdings Qualitätssicherungsrichtlinien für den Umgang mit KI.

Dr. med. Julia Fritz, Vorsitzende der Vertretung der Sächsischen Jungen Ärzte, hob hervor, wichtig sei ihr die Interoperabilität zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Es müsse sektorübergreifend gedacht werden, um Entwicklungen sektorübergreifend nutzen zu können. Darüber hinaus gehe es immer darum, die Patientinnen und Patienten bei den Entwicklungen mitzunehmen. Ein Curriculum KI-Kompetenz könne möglicherweise hilfreich sein.

„Lasst uns anfangen, es bedarf des Handelns“, schloss Bobbert. Wenn man das Thema KI in diesem Duktus auch auf dem Ärztetag behandeln würde, könne man loslegen. Wichtig sei die gemeinsame Vision der Ärzteschaft, so Vorisek.

Die Fishbowl-Diskussion mit dem Publikum brachte interessante Einblicke und Denkanstöße. Dieser könnte man künftig wieder etwas mehr Zeit einräumen.

Marissa Leister



Glossiert: Die Kraft, die stets das Gute will

Beim 129. Deutschen Ärztetag standen große Themen wie Künstliche Intelligenz auf der Agenda. Mit Augenmaß widmeten sich die Abgeordneten diesem aktuellen Spannungsfeld. Wie sehr die digitale Welt auch im Kleinen für Stolpersteine sorgen kann, musste BÄK-Präsident Klaus Reinhardt erfahren. Über den gesamten Ärztetag hinweg ploppten immer mal wieder Geschäftsordnungsanträge – beispielsweise zum Ende der Redeliste oder zur Vorstandsüberweisung – auf seinem Bildschirm auf. „Jetzt haben wir aber noch einen Geschäftsordnungsantrag“, sagte Reinhardt – gefolgt von einem schnellen „Verklickt!“ aus den Reihen der Abgeordneten. Diese Szenen wiederholten sich. Mit den Tagen spannte das die Nerven des BÄK-Präsidenten sichtlich, der die Situation jedoch häufig mit einem humoristischen Kommentar überspielte. „Wenn das so weitergeht, dann stellen wir zukünftig ein Sparschwein auf – und je-



der, der sich verklickt, zahlt zehn Euro für den guten Zweck ein“, so Reinhardt sinngemäß. Damit brachte er offenbar einige Abgeordnete auf eine Idee, denn sie stellten einen Antrag mit genau diesem Vorschlag, der mit großer Mehrheit beschlossen wurde – und auch für heitere Stimmung im Saal sorgte. Prompt hatten findige BÄK-Mitarbeitende wenig später ein Sparschwein vor dem Podium des Vorstandes platziert – und bis der erste Abgeordnete einzahlen musste, dauerte es nicht lang. Immerhin soll laut einem weiteren Antrag künftig ein zusätzliches Bestätigungsfeld im Portal eingeführt werden, damit es insgesamt zu weniger versehentlichen Klicks kommt. Zu dieser Ärztetags-Anekdote passte auch das abgewandelte Goethe-Zitat, das einige BÄK-Mitarbeiter ausgedruckt an ihrer Bürotür hängen hatten: „Der Ärztetag ist die Kraft, die stets das Gute will – und dies stets durch Anträge schafft!“

Lukas Reus

Foto: Lukas Reus



KI in der Medizin: Folgenabschätzung für Forschung und Praxis

Herausgeber:

Andreas J. W. Goldschmidt,
Thomas M. Deserno, Alfred Winter
medhochzwei Verlag, Heidelberg 2025
ISBN: 9783988001412, 314 S., 89 €

Das Buch greift ein für die Zukunft der Medizin immens wichtiges Thema auf. Es versucht, Antworten auf die Fragen zu geben: „Wie kann Künstliche Intelligenz (KI) uns dabei helfen, eine bessere Gesundheitsversorgung zu erreichen? Welche Entwicklungen und Praxisbeispiele rechtfertigen heute schon diese Hoffnung?“ Dafür geht es einerseits auf die enormen Möglichkeiten als auch auf die Risiken von KI und die nötigen Maßnahmen ein, die wir als Gesellschaft treffen müssen. Beides gelinge nur durch eine gut ausbalancierte Orientierung an ethischen Leitplanken, die Forschung und Praxis bzw. den disruptiven Fortschritt durch KI einhegen sollen, ohne ihn zu behindern.

Im Editorial befassen sich die Herausgeber mit der Herausforderung, wie „Gute Klinische Praktiken“ in Zeiten der „Künstlichen Intelligenz“ definiert werden können. Sie weisen darauf hin, dass Forschung und ethische Grundsätze nicht immer selbstverständliche Partner seien. Ziel sei es, für Forschungsvorhaben Leitlinien zu entwickeln, „um für unsere Patienten den bestmöglichen Nutzen unter würdevollen Bedingungen zu erzielen.“ Diese wurden von der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) zusammen mit weiteren wissenschaftlichen Gesellschaften entwickelt.

Bücher

Goldschmidt wägt Vorteile und Gefahren beim Einsatz von KI kritisch ab. Die Systeme seien, wenn sie auf korrekten Daten basieren, sehr gut geeignet für Mustererkennungen. Expertensysteme seien vor allem in der Radiologie und Pharmakotherapie ausgesprochen hilfreich und könnten Ärzte bei Diagnostik und Therapie unterstützen. Die Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen sollten aber immer in ärztlicher Hand bleiben.

Prokosch et al. berichten über KI-Governance – Eine der ersten KI-Richtlinien in einem Universitätsklinikum in Deutschland. Unterteilt in Funktionen für die allgemeine Anwendung, medizinische Versorgung und Forschung erfolgt eine Risikobewertung. Autonom arbeitende KI-Systeme werden „als Hochrisiko-KI-Systeme mit einem grundsätzlich unannehmbaren Risiko in Bezug auf Gesundheit und Sicherheit von Patienten in der klinischen Versorgung eingestuft.“ Lange-Kuhlmann et al. gehen auf rechtliche Aspekte beim Einsatz von KI-Systemen ein. Der Arzt, die Ärztin haftet alleine für eventuelle durch KI-Einsatz entstehende Schäden. Da es sich noch nicht um etablierte Verfahren handelt, besteht für den Arzt eine erweiterte Aufklärungspflicht über unbekannte Risiken und Alternativen.

Eine Vielzahl weiterer anregender Themen wird in dem Sammelband behandelt. Das Buch hilft dabei, KI-Systeme sowohl in der medizinischen Forschung als auch in der Praxis zu nutzen, und wägt dafür Chancen und Risiken sehr anschaulich ab. Es verhilft zu einem grundsätzlichen Verständnis darüber, welche Rolle KI künftig im öffentlichen Gesundheitsdienst spielen wird. Das Buch ist daher eine Empfehlung für alle, die jetzt und in der Zukunft KI in der Medizin in Forschung und Praxis einsetzen.

Dr. med. Peter Zürner



Jubiläumsfeier: 50 Jahre Carl-Oelemann-Schule

Fortbildungstag „Wissen und Handeln“ sowie Festakt mit geladenen Gästen

Am 14. Dezember 1974 fasste die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen den Beschluss, die Carl-Oelemann-Schule (COS) zu gründen. Seitdem lernten Generationen von Medizinischen Fachangestellten in Bad Nauheim wichtige Grundlagen für ihre tägliche Arbeit. Den 50. Geburtstag beging die COS am 17. Mai mit dem Fortbildungstag „Wissen und Handeln“ und einer Festveranstaltung mit geladenen Gästen in den Räumlichkeiten des Seminargebäudes im Bildungszentrum in Bad Nauheim. Im Mittelpunkt des Festaktes standen der Blick auf die Vergangenheit der COS und die Herausforderungen der Gegenwart und

Zukunft des Berufs der Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Tanja Oberwallner, Sachbearbeiterin und verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit der COS, moderierte die Festveranstaltung im Saal Frankfurt und stimmte gleich zu Beginn auf eine musikalische Zeitreise ein. Das Duo „Double Tree“ versetzte die Gäste gleich an die Spitze der Charts in den Jahren 1975 und 1976. Ein schwungvoller Auftakt aus „Mamma Mia“ von ABBA und „You to me are everything“ von The Real Thing sorgte in den Reihen der geladenen Gäste aus Medizin, Verbänden, Bundeswehr und Politik für wippende Beine und klatschende Hände.

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, begrüßte die geladenen Gäste. „Ärzte retten Leben, medizinische Fachangestellte retten Ärzte“, zitierte Pinkowski von einer Freisprechungsfeier aus Berlin und hob die Bedeutung Medizinischer Fachangestellten hervor. Ohne engagierte MFA könnten die meisten Praxen ihren Betrieb nicht aufrechterhalten. Damit MFA dies leisten könnten – und zwar auch außerhalb ihrer Ausbildungspraxis – würden MFA seit vielen Jahrzehnten die überbetriebliche Ausbildung an der Carl-Oelemann-Schule absolvieren. Dies habe sich seit vielen Jahrzehnten bewährt. Da sich das Berufsbild

Foto: Lukas Reus



Fotos: Lukas Reus

Grußworte hielten Dr. med. Edgar Pinkowski, Ute Stettner, Armin Beck sowie Hannelore König. (v. l. n. r.).

Fotos: Lukas Reus



Referierten über MFA und die COS: Christian Petzold, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Nina Walter und Silvia Happel (v. l. n. r.).

immer weiterentwickelte, erweitere man an der COS auch das Bildungsangebot, weshalb es beispielsweise die Aufstiegsfortbildung zum Fachwirt gebe.

Ute Stettner, Ministerialdirigentin des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, wies in ihrem Grußwort darauf hin, dass es die richtige Entscheidung gewesen sei, die Schule nach Carl Oelemann zu benennen. Oelemann war 1946 am Aufbau der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern (heute Bundesärztekammer) beteiligt, deren Präsident er von 1947 bis 1949 war. Dass sich die Schule nicht nur räumlich, sondern auch inhaltlich immer wieder weiter entwickelt habe, sei wichtig gewesen, so Stettner. Dies komme auch bei den Lernenden an und sie zitierte Rezensionen aus dem Internet: „Coole Einrichtung“, „tolle Dozenten“ und „wunderbares Essen“.

MFA: „Das Herz der Praxis“

Armin Beck, Stellv. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, betonte noch einmal den Wert und die Weiterentwicklung, die das Berufsbild der MFA in den vergangenen Jahren erfahren habe. Bei der Entwicklung von der sogenannten Sprechstundenhilfe zu einer medizinisch geschulten Fachkraft habe sich nicht nur die Berufsbezeichnung geändert, sondern auch das Kompetenzprofil. Beck berichtete auch aus seiner eigenen Praxis, in der die Zusammenarbeit so eingespielt sei, sodass er mit wenigen Worten die Praxis jeden Morgen koordinieren könne. Die Wertschätzung für die Leistung müsse sich aber nicht nur in geänderten Berufsbezeichnungen, sondern auch in einer passenden Vergütung widerspiegeln. MFA

seien so rar, dass schon Praxen schließen müssten, da zwar die Ärztinnen und Ärzte noch arbeiten wollten, aber keine passenden Fachangestellten mehr fänden. „Wenn die Ärztinnen und Ärzte der Kopf der Praxis sind, dann sind die MFA das Herz der Praxis“, schloss Beck seine Rede.

Meilensteine der COS

Hannelore König, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe, lobte die Arbeit der Akteure in Hessen, die an der Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten beteiligt gewesen seien und noch seien. Sie sagte aber auch, dass es nicht reiche, dass die Gehaltsentwicklung der MFA nur über Umwege finanziert werde, während es bei anderen medizinischen Berufen direkt gegenfinanziert werde. Die niedergelassene Ärzteschaft trage die Ausbildungskosten der MFA allein. König forderte die Gegenfinanzierungen der Tarifsteigerungen sowie der Ausbildungskosten. Es sei etwas schief im System, wenn die Zahl der MFA im ambulanten Bereich, der auch die Ausbildung zum großen Teil trage, sinke, während andere Bereiche Zuwächse verzeichnen würden.

Über wichtige Meilensteine der Carl-Oelemann-Schule referierte anschließend Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende des Ausschusses Carl-Oelemann-Schule. Schon Mitte der 50er-Jahre

habe es Fortbildungen für Praxismitarbeiter gegeben, zehn Jahre später sei auch das Berufsbild der Arzthelferin geschaffen worden. Ein weiteres Jahrzehnt später sei dann die Carl-Oelemann-Schule entstanden, um die überbetriebliche Ausbildung und Fortbildung zentral durchführen zu können, so Henneberg. Mitte 1977, nur zwei Jahre nach der Gründung, habe man bereits die ersten Arzthelferinnen fertig ausgebildet. 1986 habe man die überbetriebliche Ausbildung auf drei Wochen ausgedehnt. 2002 sei das neue Fortbildungszentrum entstanden, 2008 sei das Gästehaus gebaut worden, um die Lernenden modern unterzubringen. Das heutige Logo der COS aus mehreren ineinandergreifenden Puzzleteilen spiegle die modularen Lernformate wider, die man 2007 eingeführt habe. In der Coronazeit habe man in kürzester Zeit umdenken müssen und viele Lehrgänge seien digitalisiert worden. Ihr Traum für die Zukunft sei es, auch eine Fortbildung zusammen mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung anzubieten.



Foto: Lukas Reus

Sorgten für Stimmung im Saal: Das Duo Double Tree.

Fotos: Lukas Reus



An Ständen konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter anderem über die Präventionsprojekte zu Alkohol und Cannabis der Landesärztekammer Hessen informieren.



In den Schulungsräumen der COS lernten die Teilnehmenden des Fortbildungstages, insbesondere MFA, wie man beispielsweise Kompressionsverbände richtig anlegt.

Nach einer kurzen musikalischen Einlage hielt Christian Petzold als Vertreter der Bundesärztekammer den Festvortrag über MFA und Bildung im Wandel der Zeit. Bildung beschreibe den Prozess der Aneignung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und Wissenssystemen in formellen und informellen Kontexten. Auch die Ausbildung von Motivstrukturen und die Grenzen eigenen Handelns umfasse Bildung. Dies betreffe auch die Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten, denn die Grundlagen für lebenslanges Lernen würden schon früh gelegt. „Studium läuft Ausbildung den Rang ab“, zitierte Petzold das Ergebnis einer Bertelsmann-Studie. Dies resultiere aus strukturellen Problemen. Immer weniger Jugendliche entschieden sich für eine Ausbildung, gleichzeitig würden auch Arbeitgeber zu immer höher qualifizierten Personal streben. Dieses Ringen im Arbeitsmarkt spiegle sich auch bei MFA wider. Petzold bezweifelte, dass man mit den bisher eingeschlagenen Wegen eine auskömmliche Anzahl an Mitarbeitern finde. Man brauche intelligente Antworten, um MFA für den ambulanten Sektor weiterhin zu begeistern. Gleichzeitig nähmen der Anspruch und die Arbeitsdichte durch eine alternde Gesellschaft weiter zu. Deshalb seien eine stärkere Vernetzung der medizinischen Berufe und ein lebenslanges Lernen notwendiger denn je. Die Bundesärztekammer (BÄK) habe sich außerdem in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder der Weiterentwicklung der Fortbildungsstrukturen gewidmet. Mittlerweile biete die BÄK 36 Musterfortbildungscurricula an.

Motor der Qualität

Nach einer weiteren musikalischen Pause mit Stücken des temporären Bad Nauheimers Elvis Presley sowie Queen lobte die Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, Nina Walter, die Arbeit von Schulleiterin Silvia Happel und ihrem Team. Sie sei stolz darauf, wo die COS heute stehe. Die COS sei Keimzelle und Motor für Qualität in der Patientenversorgung. Das Team der COS habe immer schon gestaltet, während anderswo noch diskutiert worden sei. Nicht selten seien bei der COS Themen angestoßen worden, die dann wenig später in die Curricula auf Bundesebene eingeflossen seien. „Der Motor läuft wie geschmiert“, resümierte Walter, „Auf die nächsten 50 Jahre voll Herz, Hirn und Humor!“

Die Schulleiterin Silvia Happel rundete die Rednerliste ab. Sie könne stundenlang aus dem Nähkästchen reden, erzählte Happel. Sie fasste noch einmal die große Entwicklung des Berufsbildes zusammen, das sich von einem Anlern-Beruf, der „Sprechstundenhilfe“, zu einem medizinischen Fachberuf gewandelt habe. 1.200 Auszubildende kämen jedes Jahr zur COS, parallel würden noch einmal 1.100 im E-Learning begleitet. Die heutigen Reden seien ein besonderer Ansporn für das Team, immer weiter zu arbeiten und zu optimieren. Die vielen Menschen hinter den Kulissen sorgten tagtäglich dafür, dass alles reibungslos laufe. Auch die Dozentinnen und Dozenten würden die COS ungemein bereichern. Der Eigen- und Patientenschutz stehe im Mittelpunkt der Lehre. „Wenn Sie am Ende in strahlende Gesichter schauen und dann

hören ‚Endlich habe ich es verstanden‘, dann ist das für uns alle das größte Lob“, sagte Happel. Abschließend dankte Happel ihrem Team, den Dozenten sowie dem Ehrenamt aus der Ärzteschaft für deren herausragendes Engagement. Musikalisch abgeschlossen wurde mit Hits aus der Gegenwart.

Fortbildungstag und Aussteller

Parallel zum Festakt im Saal Frankfurt konnten Interessierte, insbesondere Medizinische Fachangestellte, Auszubildende zur/zum MFA und interessiertes Praxispersonal am Fortbildungstag „Wissen und Handeln“ teilnehmen. In den Räumlichkeiten der Carl-Oelemann-Schule standen verschiedene spannende und lehrreiche Themen auf dem Plan. Von Grundlagen des Kinesio-Tapings über gesunde Ernährung im Alltagsstress bis hin zu richtig angelegten Kompressionsverbänden stand den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine breite Auswahl zur Verfügung.

Vor und nach dem Festakt boten außerdem Aussteller mit Infoständen die Möglichkeit zum Austausch. Vertreten waren unter anderem das Hessische Krebsregister sowie die Stabsstelle Kommunikation der Landesärztekammer Hessen. Hier wurde über die erfolgreichen Präventionsprojekte „Hackedicht – besser geht's Dir ohne!“ für Alkohol sowie das jüngste Projekt „Cannabis: Kiffen, bis der Arzt kommt?“ informiert.

Lukas Reus

Mehr als ein Totenschein: Die Bedeutung der Leichenschau für die ärztliche Praxis

Interview mit Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff, Leiter des Kurses „Leichenschau“ an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff leitet den Kurs „Leichenschau“ an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Im Interview stellt er dessen Inhalte vor.

Herr Prof. Dr. Verhoff, warum sollten Ärztinnen und Ärzte Ihren Kurs zur Leichenschau besuchen?

Prof. Dr. med. Marcel Verhoff: Die Leichenschau wird oft als unangenehme Pflicht empfunden – dabei ist sie eine der verantwortungsvollsten Aufgaben im ärztlichen Alltag. Viele Kolleginnen und Kollegen verspüren Hemmungen im Umgang mit Verstorbenen, sei es aus Berührungsangst oder weil der Tod als Niederlage erlebt wird. Unser Kurs setzt genau dort an: Er hilft, diese Schwellen abzubauen und vermittelt sowohl rechtliches Wissen als auch praktische Sicherheit. Die Leichenschau ist nicht nur die Feststellung des Todes. Ärztinnen und Ärzte treffen hier eine entscheidende Weichenstellung: Liegt ein natürlicher oder nicht-natürlicher Tod vor? Diese Unterscheidung hat weitreichende Folgen – etwa für die Einleitung staatsanwaltlicher Ermittlungen, aber auch für den weiteren Ablauf der Bestattung. Gerade in einem Land wie Deutschland, in dem Gewaltverbrechen selten sind, ist es umso wichtiger, die wenigen Tötungsfälle zuverlässig zu erkennen. Jede übersehene Tötung ist eine zu viel.

Was sind typische Fehler, die passieren?

Verhoff: Häufig wird bei der Leichenschau nicht gründlich genug vorgegangen – der Kopf oder Rücken wird nicht inspiziert, Hinweise auf äußere Gewalteinwirkung bleiben unentdeckt. In der Folge wird ein natürlicher Tod attestiert, obwohl objektiv ein anderer Befund vorliegt. Auch bei der notwendigen Meldung von Berufskrankheiten sehen wir oft Defizite. Wenn relevante Zusammenhänge übersehen werden, entgehen den Angehörigen im



Prof. Dr. med. Marcel Verhoff

schlimmsten Fall Ansprüche wie Sterbegeld oder Witwenrente. Das hat weitreichende soziale Konsequenzen.

Wie ist der Kurs konzipiert?

Verhoff: Der Kurs besteht aus vier Unterrichtseinheiten, die jeweils Theorie und Praxis kombinieren – 45 Minuten Theorie, 45 Minuten praktische Übungen. Inhaltlich geht es zunächst um medizinische Grundlagen wie Todeszeichen und Leichenveränderungen, dann um rechtliche Aspekte: Wann ist ein Tod meldepflichtig? Wie wird der Leichenschauschein korrekt ausgefüllt? Im praktischen Teil arbeiten wir direkt am Leichnam. Hier zeigen sich oft die größten „Aha-Momente“. Durch diese Erfahrung wächst die Handlungssicherheit enorm.

Was nehmen Teilnehmende konkret mit?

Verhoff: Wer den Kurs besucht, lernt, wie man einen Leichenschauschein korrekt und vollständig ausstellt, wie man Todesursachen fachgerecht einordnet – und wie man eine Leichenschau effizient, aber sorgfältig durchführt. Für viele Teilnehmende ist es das erste Mal, dass sie überhaupt praktisch mit einem Leichnam arbeiten. Anfangs herrscht oft Zurückhaltung – aber schon beim zweiten oder dritten Kontakt ist die Berührungsangst meist überwunden. Die Leichenschau wird dann als das wahrgenommen, was sie ist: eine selbstverständliche ärztliche Aufgabe.

Warum sollten auch Ärztinnen und Ärzte teilnehmen, die in ihrem Berufsalltag eher selten Verstorbene sehen?

Verhoff: Die Leichenschau kann jede und jeden treffen, unabhängig von der Fachrichtung. Und dann müssen sie handeln – rechtssicher, sorgfältig und verantwortungsbewusst. Deutschland hat den hohen Anspruch, dass jeder Verstorbene vor der Bestattung noch einmal ärztlich untersucht wird. Das ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Damit das so bleibt, brauchen Ärztinnen und Ärzte das nötige Wissen – und auch die Routine. Genau das wollen wir mit unserem Kurs vermitteln.

**Dr. med. Peter Zürner
Maren Siepmann**

Theorie und Praxis der Leichenschau – Fortbildung der Akademie

Termine & Ort:	20.08. 27.08. 03.09. 10.09.2025 jeweils von 15–16:45 Uhr Institut für Rechtsmedizin – Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt
Information und Anmeldung:	Sandra Scherbel Fon: 06032 782-283 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/3fvcuwb



www.akademie-laekh.de



Chancen und Herausforderungen durch kulturelle Vielfalt in der Medizin

Abschiedssymposium für Dr. med. Ernst Girth

Unter dem Motto „Chancen und Herausforderungen durch kulturelle Vielfalt in der Medizin“ lud die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) am 26. März zu einem Abschiedssymposium zu Ehren ihres ersten Menschenrechtsbeauftragten Dr. med. Ernst Girth in die Räume an der Hanauer Landstraße ein. 26 Jahre lang hatte sich der Kardiologe als Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragter der LÄKH engagiert, bevor er im November 2024 den Staffelstab an die Kinderärztin Barbara Mühlfeld weitergab. In seinem Grußwort zeichnete Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski Girths bisherige Lebensstationen nach, nannte ihn ein „Urgestein der Menschenrechtsbeauftragten“ und hob die Weltoffenheit des Frankfurter Arztes hervor. Dass seine Position 2020 um die des Rassismusbeauftragten ergänzt worden

sei, habe sich bewährt, so Pinkowski. Die Entwicklungen auf der Welt hätten deutlich gemacht, wie wichtig dieses Engagement der LÄKH als Fundament für ein menschliches Gesundheitswesen sei.

Für ein gerechtes Gesundheitswesen

Dass Barbara Mühlfeld, die das Programm des Symposiums gestaltet hatte, krankheitsbedingt nicht teilnehmen konnte, bedauerte Pinkowski. Er bedankte sich bei Dr. med. Barbara Jaeger, Präsidiumsmitglied der LÄKH, die an Mühlfelds Stelle durch das Programm führte. Jaeger begrüßte die Zuhörerinnen und Zuhörer im Namen der von Girth und Dr. med. Siegmund Drexler mitbegründeten Liste der Demokratischen Ärztinnen und Ärzte. Gerade in der heutigen Zeit sei eine klare

Haltung zu Menschenrechten und gegen Rassismus wichtig. Berivan Sekerci, Antidiskriminierungsbeauftragte des Landes Hessen, überbrachte die Grüße von Diana Stolz, der Hessischen Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Auch sie bezeichnete die Einrichtung eines Menschenrechtsbeauftragten der LÄKH als zukunftsweisend für ein gerechtes Gesundheitswesen. Rassismus begegne Menschen auf den verschiedensten Ebenen, etwa durch Vorbehalte und mangelnden Zugang zu Gesundheitsleistungen. Kulturelle Sensibilität sei der Schlüssel zu Vertrauen und kulturelle Vielfalt nicht nur Herausforderung, sondern vor allem Chance.

Gesundheit und Rechte der Patienten über alles stellen – diesen ethischen Anspruch habe Girth immer vertreten, betonte PD Dr. med. Peter Bobbert, Präsi-

Foto: Manuel Maier



Foto: Isolde Asbeck

Dr. med. Ernst Girth



Foto: Isolde Asbeck

Berivan Sekerci



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Barbara Jaeger übernahm vertretungsweise die Moderation.



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH



dent der Ärztekammer Berlin und seit 2019 Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer, in seinem Grußwort (siehe S. 405).

In seinen Dankesworten erinnerte Girth daran, dass die Anfänge keineswegs leicht gewesen seien. Vor der Einrichtung der von ihm und Drexler geforderten Position des Menschenrechtsbeauftragten habe es lange Diskussionen im Präsidium gegeben, einschließlich der Frage, ob sich jemand für dieses Amt bereit erklären würde. Daraufhin habe er, Girth, den Finger gehoben. „Heute, 30 Jahre später, sind wir um viele Erfahrungen reicher.“ Ein Problem im Gesundheitswesen sei die mangelnde Zeit und Bereitschaft, sich mit anderen Kulturen zu beschäftigen. „Wir sollten aufhören, kulturelle Unterschiede zu beklagen und als lästig zu empfinden“, appellierte Girth an die Bereitschaft, strukturelle Diskriminierungen in der Medizin zu beseitigen.

Rassismus in der Medizin

Der gewaltsame Tod von George Floyd habe ihn dazu gebracht, sich als Arzt mit Rassismus in der Medizin zu beschäftigen, erklärte der Kardiologe Dr. med. Christoph Kadel in seinem Vortrag. Die großen Ungleichheiten zwischen den verschiedenen Ethnien in den USA seien nicht Folge eines dysfunktionalen Systems, sondern im Gegenteil Folge mit Bedacht getroffener sozialpolitischer Entscheidungen, viele davon im Rassismus wurzelnd, zitierte er David Williams von der Harvard School of Public Health. Kadel veranschaulichte Rassismus in der Medizin an Hand von Beispielen aus der Kardiologie in den USA.

In den 1970er-Jahren sei eine Medikamentenstudie durchgeführt und 1986 publi-



Foto: Isolde Asbeck

Empfang mit der Kammerspitze mit (von links) Monika Buchalik (erste Beisitzerin), Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark (hinten), Dr. med. Ernst Girth (vorne), PD Dr. med. Peter Bobbert (Präsident der Ärztekammer Berlin, hinten), Dr. med. Barbara Jaeger und LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.

ziert worden, die eine Kombination aus zwei Substanzen – Hydralazin/ISDN – für die Behandlung von Herzinsuffizienz geprüft hatte. Einer der Autoren hatte sich die Kombination patentieren und sie unter dem Namen BiDil® als Warenzeichen eintragen lassen. Nachdem die FDA („Food and Drug Administration“ = US-amerikanische Arzneimittelbehörde) die Zulassung 1997 abgelehnt hatte, habe der Patentinhaber 2002 ein Patent für die Anwendung bei afroamerikanischen Patienten beantragt. 2004 sei die Kombination in der A-HEFT-Studie erneut getestet worden, die zwar einen Vorteil für afroamerikanische Patienten gezeigt, jedoch keine weißen Patienten eingeschlossen habe, berichtete Kadel. Obwohl die FDA BiDil® für die Therapie von Herzinsuffizienz bei „African Americans“ zugelassen habe, sei BiDil gefloppt, da sich die afroamerikanische Gemeinschaft verhöhnt gefühlt habe. Auch ein zweites von Kadel geschildertes Beispiel bezog sich auf das Thema Herzin-



Foto: Katja Möhrle

Nachfolgerin im Amt: Barbara Mühlfeld, sie hat auch das Symposium organisiert.

suffizienz. So habe die Studie einer großen Klinik in Boston ergeben, dass die Mehrheit weißer Patienten mit Herzinsuffizienz auf der kardiologischen Station aufgenommen werde. Dagegen seien die einer Minderheit angehörenden Patienten, so auch „African Americans“, zumeist auf der allgemein internistischen Station aufgenommen worden – und dies verbun-



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Christoph Kadel



Foto: Manuel Maier

Virginia Wangare-Greiner



Foto: Manuel Maier

Grace Lugert-Jose



Foto: Manuel Maier

Dr. phil. Ute Siebert



Die Gesprächsrunde wurde von Dr. med. Barbara Jaeger (rechts) als Vertreterin der erkrankten Barbara Mühlfeld moderiert – hier mit Virginia Wangare-Greiner (links).

Foto: Manuel Maier

den mit einer höheren Rückfallquote und Mortalität. Im Bewusstsein dieser Ungerechtigkeit hätten Ärzte aus diesem Krankenhaus zur Wiedergutmachung eine Initiative zur bevorzugten Aufnahme von schwarzen und lateinamerikanischen Patienten mit Herzinsuffizienz in der Kardiologie statt in der inneren Medizin gestartet. Diese Studie habe zu einem Aufmarsch von amerikanischen Neonazis vor der Klinik geführt, die erklärten, dass man diesen „Genozid“ an Weißen nicht toleriert.

2021, ein Jahr nach dem Tod von George Floyd, habe die American Medical Association (AMA) ein umfangreiches Dekret mit einer Vision von Gleichheit und Gerechtigkeit herausgegeben und die medizinischen Fachgesellschaften danach befragt, was aus dieser Vision geworden sei. Ein Drittel der Fachgesellschaften habe angegeben, die Empfehlungen der AMA umgesetzt zu haben, so Kadel. Inzwischen habe sich jedoch viel in den USA geändert. Heute könne er nicht mehr auf die Dokumente zugreifen, die von der AMA digital eingestellt worden seien.

Kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren

Welche Erwartungen haben Frauen afrikanischer Herkunft an unser medizinisches Versorgungssystem und wie erleben sie die Realität? Mit diesen Fragen setzte sich Virginia Wangare-Greiner – seit 1986 in Deutschland lebende, aus Kenia stammende Sozialarbeiterin, u. a. Vorsitzende von Maisha e. V., einer Selbsthilfeorganisation afrikanischer Frauen in Frankfurt, auseinander, die 2001 mit dem ersten In-

tegrationspreis der Stadt Frankfurt und 2006 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande für ihre Leistungen für die Integration ausgezeichnet wurde.

Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, kulturelle Unterschiede und die Sprachbarriere: große Themen, mit denen die Missverständnisse anfangen, so Wangare-Greiner. Als fünffache Mutter habe sie selbst in den 1980er- und 1990er-Jahren im Gesundheitswesen viel schlucken müssen. Etwa bei einem Arztbesuch, bei dem sie und ihre Kinder wegen der Diagnose einer Erkältung aufgefordert worden seien, ihre Oberteile ausziehen. „Ich war schockiert“, erinnerte sich Wangare-Greiner. In ihrer Kultur sei es keine Selbstverständlichkeit, sich als Mutter vor den Kindern zu entkleiden. Dennoch habe sie es hingenommen, ohne sich zu beschweren. Ein Problem, mit dem viele afrikanische Frauen zu kämpfen hätten.

Die Gründerinnen von Maisha – einer Gruppe afrikanischer Frauen – hätten sich die Frage gestellt, ob sie gleichberechtigt im Gesundheitssystem seien? Ihre Antwort: Nein, sind wir nicht. Als Selbsthilfeorganisation hätten sie sich gegenseitig unterstützen wollen, „weil wir in den 1980er-, 1990er-Jahren sehr diskriminiert wurden.“ Inzwischen habe sich einiges weiterentwickelt, urteilt Wangare-Greiner. Doch es müsse noch vieles geändert und verbessert werden.

Beim gegenseitigen Verständnis, etwa. So gebe es nicht „die Afrikaner“, sondern viele Kulturen, Mentalitäten und verschiedene Sprachen. Daher laufe auch der Wunsch nach einem afrikanischen Dolmetscher ins Leere, wenn nicht eine konkrete Sprache angefordert werde. Auf der anderen Seite sei es wichtig, afrikanische Patientinnen darauf vorzubereiten, dass Ärztinnen und Ärzte in Deutschland präzisere Angaben zu ihren gesundheitlichen Beschwerden erwarteten. Um diese Themen gehe es u. a. auch in der humanitären Sprechstunde, die sie 2000 am Frankfurter Gesundheitsamt gegründet habe, sagte Wangare-Greiner. Wichtig seien weiterhin Beratung, Unterstützung, Empowerment, Sprachvermittlung sowie kultursensible Betreuung und Beratung.

Grace Lugert-Jose, Wirtschaftspsychologin und Spezialistin für die Integration in-

ternationaler Fachkräfte, hielt ein Referat zum Thema „Wie erleben internationale Pflegefachpersonen ihren beruflichen Einstieg in Deutschland“. Die interkulturelle Trainerin berät Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Träger dabei, kulturelle Vielfalt strategisch zu gestalten. In ihrer Rolle berichteten ihr Pflegekräfte immer wieder von Diskriminierungserfahrungen. Zwei Studien führte Lugert-Jose bisher zur Mitarbeiterzufriedenheit philippinischer Pflegefachkräfte in Deutschland durch – zuletzt in 2023. Diese Studien brachten einen schockierenden Einblick: Die Mehrheit der philippinischen Pflegefachkräfte habe befreundeten Kolleginnen und Kollegen die Arbeit in Deutschland nicht empfehlen wollen. Fast zwei Drittel (64 %) hätten Rassismus oder andere Formen der Diskriminierung erlebt, fasste Lugert-Jose die damaligen Erkenntnisse zusammen. Sie entwickelte in der Folge ein Arbeitgebersiegel, das auf Basis von Empfehlungen internationaler Pflegekräfte verliehen wird. Es gehe dabei darum zu erfassen, wer gute Integrationsarbeit in Deutschland leiste. Viele der Arbeitgeber seien engagiert und möchten mehr tun. Teilweise fehle es aber an Kompetenz und Know-how. Hier unterstütze sie mit kultursensiblen Mitarbeiterbefragungen, Strategieworkshops und Führungsbegleitung bei Integrationsprozessen im Unternehmen. Dr. phil. Ute Siebert berichtete vom bundesweiten Projekt „Empowerment für Diversität“. Aktuell angesiedelt an der Berliner Charité, werde im Rahmen des Projekts mit sieben Empowerment-Partner-Kliniken bundesweit zusammengearbeitet. Ziel sei es einerseits, Diskriminierung im Klinikalltag zu reduzieren. Nicht nur im Umgang zwischen Personal, Patientinnen und Patienten, sondern auch innerhalb der Teams. Darüber hinaus gehe es um die Lehre. Der Fokus liege hier auf der Qualifizierung von Lehrenden und Lernenden, um Chancengleichheit und ein diskriminierungsfreies Lernumfeld zu schaffen. Der regelmäßige Fachaustausch der Kliniken sei wichtig, so Siebert und dankte ebenfalls Girth für die aktive Zusammenarbeit. Eine lebhaft diskutierte Diskussion schloss sich an.

Katja Möhrle
Marissa Leister



„Menschenrechte sind kein Luxus – sie sind das Fundament unserer Tätigkeit“

Laudatio für Dr. med. Ernst Girth von PD Dr. med. Peter Bobbert, Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer

Leicht gekürzt, lesen Sie hier die Laudatio, die der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer, PD Dr. med. Peter Bobbert, anlässlich des Abschiedssymposiums für Dr. med. Ernst Girth hielt.

Lieber Herr Girth, im Namen der Bundesärztekammer danke ich Ihnen für Ihr außergewöhnliches Engagement, für fast drei Jahrzehnte unermüdlichen Einsatzes als Menschenrechtsbeauftragter und später auch als Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen.

Sie haben das ärztliche Berufsbild über die Jahre mitgeprägt als ethische Instanz, als Mahner, als Wegweiser. Sie haben viele Türen geöffnet, manches Tabu angesprochen und uns den Spiegel vorgehalten. Die ärztliche Verantwortung für die Menschenrechte ist kein Beiwerk unserer Profession, sie ist ihr ethischer Kern. Das wird deutlich in der Deklaration von Helsinki, in der die World Medical Assoziation (WMA) 1964 die Menschenwürde als zentralen Maßstab medizinischen Handelns verankert hat. Und im Genfer Gelöbnis, das jede Ärztin, jeder Arzt symbolisch ablegt mit dem Versprechen, die Gesundheit und die Rechte unserer Patientinnen und Patienten über alles zu stellen – unabhängig von Herkunft, Status oder Überzeugung. Sie haben diesen ethischen Anspruch mit Leben gefüllt. Sie haben es nicht gescheut, unbequeme Fragen zu stellen, auch wenn sie in Richtung unserer eigenen Institutionen gingen.

Mit Ihrem Engagement gegen menschenrechtswidrige Abschiebungen haben Sie sich früh für die Rechte besonders verletzlicher Gruppen eingesetzt. Sie haben die Pflicht der ärztlichen Berufsordnung verteidigt, auch gegenüber Behörden, die versuchten, sich über diese hinwegzusetzen. Dabei haben Sie stets betont: Auch beamtete Ärztinnen und Ärzte sind an ethische Grundsätze gebunden. Die Delegiertenversammlung der Landesärzte-

kammer Hessen hat im November 2017 Ihre Kritik an der Instrumentalisierung von Ärztinnen und Ärzten bei Abschiebungen durch die zuständigen Behörden in einer Entschließung aufgenommen.

Am Herzen lag Ihnen auch die Verbesserung der Sichtbarkeit des Amtes des Menschenrechtsbeauftragten durch die Erweiterung der Betitelung um Rassismus- und Diskriminierung. Sie berichteten über deutlich mehr Meldungen zu Verstößen, die unter Rassismus zu kategorisieren waren, nachdem Sie direkt auch als Rassismusbeauftragter ernannt wurden.

Sie haben zum Dialog eingeladen. Ihre Haltung: nicht verurteilen, sondern bewusst machen. Nicht bloßstellen, sondern verstehen helfen. Das ist zutiefst menschlich. Und zutiefst ärztlich. Denn genau das ist der Kern unseres Berufes: Dem Menschen zugewandt sein. Die Würde achten, gerade dann, wenn sie bedroht ist.

Wir müssen uns immer wieder daran erinnern: Auch Ärztinnen und Ärzte sind nicht immun gegen gesellschaftliche Fehlentwicklungen. Die Geschichte – insbesondere die des Nationalsozialismus – zeigt uns, wie schnell medizinische Expertise missbraucht werden kann, wenn sie sich von Ethik und Menschenwürde entfernt.

Nördlich von Berlin liegt Alt Rehse. Hier lag die Führerschule der Deutschen Ärzteschaft: Eine von 1935 bis 1943 bestehende Einrichtung des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes. Sie diente nach den Vorstellungen des NSDÄB der „weltanschaulichen Schulung“ von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern sowie Hebammen und war die zentrale Institution zur ideologischen Unterweisung der deutschen Ärzteschaft während der Zeit des Nationalsozialismus. Heute ein Ort der Erinnerung und Mahnung, der uns Ärztinnen und Ärzten aufzeigt, welche Verantwortung wir tragen und wo der Kern unserer ärztlichen Profession liegt.

Heute, in Zeiten gesellschaftlicher Polarisierung, einhergehend auch mit der Verschiebung von Werte- und Moralvorstel-



Foto: Andre Wagenzik

PD Dr. med. Peter Bobbert

lungen, ist es umso wichtiger, dass wir als Ärzteschaft klare Kante zeigen: Für ein diskriminierungsfreies, menschliches Gesundheitswesen. Für die Rechte der Schwächeren. Für die Unantastbarkeit der Menschenwürde.

Gerade in jüngster Zeit sehen wir, dass wir wieder in Zeiten leben, in denen Worte nicht mehr genügen. Es müssen Taten erfolgen. Und gerade wir Ärztinnen und Ärzte müssen jetzt für Demokratie, Toleranz und Menschlichkeit kompromisslos eine klare Linie zeigen. Menschenrechte sind kein Luxus, sie sind das Fundament unserer Tätigkeit. Sie haben dieses Fundament gestärkt und Maßstäbe gesetzt.

Ihr Wirken reicht über Hessen hinaus, mit konkreten Gesetzesinitiativen über berufsrechtliche Klarstellungen. Ihr Wirken im Erfahrungsaustausch der Menschenrechtsbeauftragten findet sich heute in der aus diesem Gremium gekommenen „Declaration of Berlin on racism“ der WMA wieder. Sie haben das getan, was heute so oft gefordert, aber selten gelebt wird: Haltung zeigen. Und das mit beeindruckender Konstanz und Bescheidenheit. Im Namen der Bundesärztekammer, im Namen vieler Kolleginnen und Kollegen: Danke!

PD Dr. med. Peter Bobbert

Schlaganfallversorgung in Hessen: Neue konsentiierte Empfehlungen

Hintergrund und Zielsetzung

Der akute Schlaganfall ist ein medizinischer Notfall, bei dem jede Minute zählt („Time is Brain“) [1]. Eine schnelle präklinische Einordnung der Symptome und eine gezielte Einweisung in die Klinik sind entscheidend, um das funktionelle Outcome der Patienten durch systemische Thrombolyse und/oder mechanische Thrombektomie zu verbessern.

Das vorliegende Konzept wurde entwickelt, um die präklinische Schlaganfallversorgung in Hessen gezielt zu optimieren und bestehende Strukturen zu unterstützen. Es basiert auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und wurde in enger Abstimmung mit den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD), Vertretern der Thrombektomiezentren und Stroke Units erarbeitet. Ziel ist es, eine möglichst einheitliche Zuweisungsstrategie zu etablieren, um eine flächendeckende standardisierte Versorgung zu gewährleisten und regionale Unterschiede zu reduzieren.

Das Konzept richtet sich an alle, die in der präklinischen und akut-klinischen Versorgung von Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall beteiligt sind.

Die konzeptionelle Entwicklung sowie die Koordination der Abstimmungsprozesse erfolgten über die Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Gießen, die als koordinierendes Zentrum fungierte.

Herausforderungen und bisherige Unterschiede

Bislang bestanden in Hessen Unterschiede in der Schlaganfallerkennung durch die Verwendung unterschiedlicher prähospitaler Scores sowie ein sehr heterogenes Vorgehen hinsichtlich der Patienten, die möglicherweise von einer mechanischen Thrombektomie profitieren könnten und somit direkt einem Zentrum zugewiesen werden sollten. Es gab nicht nur Unterschiede in der prähospitalen Zuweisung von Patienten mit Verdacht auf einen Verschluss eines großen hirnversorgenden

Gefäßes (Large Vessel Occlusion [LVO]), sondern auch in der generellen Schlaganfallerkennung. Die Zuweisungskriterien in Bezug auf Behandlungsfenster, Dringlichkeit und Zielklinik waren regional unterschiedlich.

Die neuen konsentiierten Empfehlungen schaffen eine einheitliche Vorgehensweise, um die Versorgung aller Schlaganfallpatienten zu verbessern. Durch die enge Zusammenarbeit von Rettungsdiensten, Stroke Units und Thrombektomiezentren wird sichergestellt, dass die Versorgung künftig unabhängig von Landkreisgrenzen nach klar definierten Kriterien erfolgt. Kernpunkte sind die Anwendung eines einheitlichen Schlaganfallscores, klare Zuweisungsstrategien und Regelungen zur Verlegung in ein Zentrum.

FAST4D – einheitlicher Standard für die Schlaganfallerkennung

Zur verbesserten prähospitalen Diagnostik wird hessenweit der FAST4D-Score eingeführt. Dieser erweitert den etablierten FAST-Score (siehe Abb. 1) um vier zusätzliche neurologische Zeichen, die insbesondere zur Identifikation vertebrobasilärer Schlaganfälle beitragen [2]:

- Diplopic images (Doppelbilder)
- Deficit in the field of view (Gesichtsfelddefekt)
- Dizziness/Vertigo (Schwindel/Vertigo)
- Dysmetria/Ataxia (Dysmetrie/Ataxie)

Jedes klinische Zeichen im FAST4D-Score wird mit einem Punkt bewertet. Das „T“ für Time wird nicht gezählt, sodass der maximale Score sieben Punkte beträgt.

Der FAST4D-Score wurde primär für die allgemeine Schlaganfallerkennung entwickelt. Erste Analysen zeigen, dass eine höhere Punktzahl mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Large Vessel Occlusion (LVO) assoziiert sein kann, vgl. [3]. Die Nutzung von FAST4D in der prähospitalen Entscheidungsfindung basiert auf diesem Zusammenhang und soll als Orientierungshilfe für die Zuweisung dienen.

Strukturierte Zuweisung

Die neuen Zuweisungskriterien ermöglichen eine standardisierte Patientensteuerung auf Basis klinischer Parameter wie FAST4D-Score und Symptombeginn. Der gestufte Algorithmus soll dazu beitragen, dass Patienten zielgerichtet der optimalen Klinik zugewiesen werden können und die Entscheidung zur Zuweisung erleichtert wird:

- **FAST4D < 4 Punkte und Symptombeginn ≤ 24 Stunden:** Transport zur nächstgelegenen Stroke Unit zur primären bildgebenden Diagnostik und möglichen systemischen Thrombolyse.
- **FAST4D ≥ 4 Punkte und Symptombeginn ≤ 24 Stunden:** Direkte Zuweisung in ein Thrombektomiezentrum, sofern



Abb 1: FAST4D-Score zur prähospitalen Schlaganfallerkennung. Der FAST-Score (Face, Arm, Speech, Time) ist ein etabliertes Screening-Verfahren zur Identifikation von Schlaganfällen. FAST4D erweitert diesen um vier zusätzliche klinische Zeichen (Diplopic images, Deficit in the field of view, Dizziness/Vertigo, Dysmetria/Ataxia), um eine differenziertere Einschätzung neurologischer Defizite zu ermöglichen.

die zusätzliche Transportzeit im Vergleich zur nächstgelegenen Stroke Unit ohne Thrombektomieöglichkeit nicht mehr als 10 Minuten beträgt. Diese Vorgabe kann regional angepasst werden. Ziel ist es, die Direktzuweisung gezielt bei schwer betroffenen Patienten einzusetzen, da eine längere Anfahrt den frühzeitigen Beginn einer potenziell wirksamen systemischen Thrombolyse verzögern könnte.

- **Symptombeginn > 24 Stunden:** Transport zur nächstgelegenen Stroke Unit mit verfügbarer Versorgungskapazität.
- **Intensivpflichtige Patienten (A-, B- oder C-Problem):** Transport in ein Zentrum mit umfassender neurologischer und intensivmedizinischer Versorgung.

Die beschriebenen Zuweisungskriterien sind in den neuen Hessenalgorithmen als einheitliche Lehrmeinung für die Ausbildung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Hessen aufgenommen worden.

Der daraus folgende Algorithmus (Abb. 2, nur online) ist Bestandteil des Algorithmus K11 (Schlaganfall) der Version 4.1 der Hessenalgorithmen und zeigt die Entscheidungswege der prähospitalen Zuweisung grafisch zusammengefasst.

Warum werden Patienten bis zu 24 Stunden nach Symptombeginn noch als zeitkritisch eingestuft?

Moderne Bildgebungsverfahren ermöglichen eine individuelle Therapieentscheidung, indem sie die Infarkt kerngröße und das noch rettbar e Hirngewebe („Penumbra“) sichtbar machen. Die Studien DAWN, DEFUSE-3, WAKE-UP und EXTEND belegen, dass Patienten auch außerhalb der klassischen Zeitfenster von Thrombolyse und Thrombektomie profitieren können, wenn noch funktionsfähiges, aber gefährdetes Hirngewebe nachweisbar ist [4–7].

Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde das Zeitfenster für die Akutversorgung auf bis zu 24 Stunden nach Symptombeginn erweitert. Dadurch gelten auch Patienten mit späterem Behandlungsbeginn weiterhin als zeitkritisch und werden einer spezialisierten Stroke Unit zugewiesen.

Trotz der Möglichkeit, auch Patienten im erweiterten Zeitfenster noch wirksam zu

behandeln, bleibt die Zeit bis zur Versorgung ein entscheidender Faktor für das funktionelle Outcome. Daher sollte auch weiterhin eine möglichst rasche Versorgung sichergestellt werden.

Warum eine Direktzuweisung in ein Thrombektomiezentrum?

Für Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit einer LVO ermöglicht eine Direktzuweisung in ein Thrombektomiezentrum eine schnellere endovaskuläre Therapie, wenn dies ohne erhebliche Transportverzögerung möglich ist.

Ameen et al. (2024) weisen darauf hin, dass eine schnelle endovaskuläre Therapie mit einem besseren funktionellen Outcome assoziiert sein kann, insbesondere wenn eine frühzeitige Patientensteuerung erfolgt [8]. Milne et al. (2017) und Romoli et al. (2020) konnten zeigen, dass eine frühzeitige Behandlung bei Patienten mit hoher LVO-Wahrscheinlichkeit die Chance auf funktionelle Unabhängigkeit nach 90 Tagen signifikant erhöht [9, 10]. Daher kann eine Direktzuweisung für Patienten mit schwerem neurologischem Defizit vorteilhaft sein.

Die konsentierten Empfehlungen sehen eine Direktzuweisung in ein Thrombektomiezentrum für Patienten mit FAST4D ≥ 4 Punkten vor – sofern dies unter den gegebenen regionalen Bedingungen umsetzbar ist und die zusätzliche Transportzeit im Vergleich zur nächstgelegenen Stroke Unit ohne Thrombektomieöglichkeit in der Regel nicht mehr als 10 Minuten beträgt.

Diese Zeitvorgabe kann an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden, um eine bestmögliche Balance zwischen schneller Thrombektomie und der Verfügbarkeit der regionalen Versorgung zu gewährleisten. Dabei wird berücksichtigt, dass die systemische Thrombolyse in vielen Fällen eine entscheidende Therapieoption bleibt. Die Anpassung der Transportzeiten erfolgt daher unter Berücksichtigung der Sicherstellung dieser Behandlungsoption.

Die Rolle der Stroke Units

Die Stroke Units bleiben die zentrale Versorgungsstruktur für Schlaganfallpatienten.

ten. Sie gewährleisten eine schnelle Diagnostik, frühzeitige systemische Thrombolyse und eine umfassende Akutbehandlung. Die neuen Zuweisungskriterien sollen die bestehende Versorgungsstruktur gezielt ergänzen und die bereits etablierte Schlaganfallversorgung weiter optimieren. Die Stroke Units bleiben für die Mehrheit der Schlaganfallpatienten die primären Anlaufstellen.

Die Direktzuweisung in ein Thrombektomiezentrum betrifft eine klar definierte Patientengruppe und soll sicherstellen, dass schwere Fälle frühzeitig einer interventionellen Therapie zugeführt werden können. Dieses abgestufte System gewährleistet eine patientenzentrierte Steuerung, die sowohl eine rasche Thrombolyse in den regionalen Stroke Units als auch eine frühzeitige Thrombektomie für geeignete Patienten ermöglicht.

Fazit

Die neuen konsentierten Empfehlungen zur prähospitalen Schlaganfallversorgung in Hessen stellen eine strukturierte Grundlage dar, um die präklinische Patientensteuerung zu optimieren und an die bestehenden Versorgungsstrukturen anzupassen. Durch eine standardisierte präklinische Diagnostik und Patientensteuerung wird sichergestellt, dass alle Schlaganfallpatienten schnellstmöglich einer Stroke Unit zugeführt werden, um eine frühzeitige Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

Dr. med. Christian Claudi
Dr. med. Christian Schwark
Jörg Blau

Prof. Dr. med. Heidrun Krämer-Best
Prof. Dr. med. Lars Timmermann
Prof. Dr. med. Hagen B. Huttner
PD Dr. med. habil. Martin Jünemann
Prof. Dr. med. Patrick Schramm
E-Mail via: haebl@laekh.de

Im Literaturverzeichnis unter www.laekh.de, aktuelle Ausgabe, finden sich die Abb. 2 (Algorithmus K11 zur prähospitalen Zuweisung bei Verdacht auf Schlaganfall) sowie das Konsensuspapier „Präklinisches Management akuter Schlaganfallpatienten in Hessen“.

Lachgas als Partydroge – Notwendigkeit eines bundeseinheitlichen Verbots, nicht nur für Jugendliche



Lachgas – Anwendung als Rauschmittel nimmt stetig zu

Lachgas oder Distickstoffmonoxid (N_2O) ist ein farbloses Gas mit einem leicht süßlichen Geruch und Geschmack. Es wird seit langer Zeit eingesetzt als Anästhetikum und Analgetikum in der Medizin und Zahnmedizin sowie als Treibgas in der Lebensmittelindustrie, beispielsweise für Sprühsahne.

Die Nutzung als Rauschmittel ist bereits für Ende des 18. Jahrhunderts für die britische Upper Class dokumentiert, auch in den 1970er-Jahren wurde Lachgas unter Studierenden als günstiges Rauschmittel verwendet [1]. Lange Zeit war Lachgas jedoch eher eine Randerscheinung. Seit 2010 nahm der Konsum von Lachgas als Partydroge unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Europa jedoch stetig zu, z. B. in den Niederlanden, Großbritannien oder Dänemark [1].

Lachgas ist heute breiter verfügbar, wird oft fälschlicherweise als harmlos wahrgenommen, ist leicht über Kioske, das Internet und in großen Behältnissen zugänglich und preislich erschwinglich. Der Konsumtrend wird durch Werbung in sozialen Medien und die zielgruppenspezifische Gestaltung der Kartuschen verstärkt. Nach Angaben der Hersteller ist Lachgas zwar nicht für die Inhalation gedacht, jedoch scheint es nicht nachvollziehbar,

dass Lachgas für Sprühsahne in der Geschmacksrichtung „Exotic Mango“ und in Behältnissen von bis zu 2 kg benötigt wird – diese Menge würde für 125 Liter Sprühsahne ausreichen. Die Ventile der Lachgas-Kartuschen passen meist nicht zu den Sahnespendern. Aber sie eignen sich sehr

gut, um Luftballons zu befüllen. Da Lachgas unter hohem Druck steht, kann es nicht direkt aus der Flasche inhaliert werden, da diese Konsumform zu Erfrierungen führt. Daher werden Luftballons mit Lachgas befüllt und das Lachgas kann dann inhaliert werden – praktischerweise werden die Ballons oft meist gleich im Set mit der Kartusche verkauft.

Lachgas ist an Kiosken erhältlich, in Supermärkten, im Internet und einige Anbieter bringen es gegen einen Aufpreis bis an die Haustür, zusätzlich gibt es sogenannte Lachgas-Taxis. Auch in Snackautomaten in der Nähe von Schulen wurde Lachgas verkauft [3], vgl. Tab. 1.

Für Lachgas gilt bislang keine Altersbeschränkung, da es nicht als Betäubungsmittel, sondern als Lebensmittelzusatz geführt wird. Bereits Kinder können theoretisch also entsprechende Konsum-Sets erwerben. Es ist auch diese fehlende Altersbeschränkung, die bei allen Altersgruppen dazu führt, dass Lachgas als ungefährliche Substanz wahrgenommen wird.

Die Strategie der Hersteller, vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene als Kunden zu gewinnen, ging in Deutschland insbesondere nach der Corona-Pandemie auf: In Frankfurt gaben 17 % (2022) bzw. 14 % (2023) der 15- bis 18-Jährigen an, mindestens einmal Lachgas konsumiert zu haben, 6 % bzw. 3 % im vergangenen Monat [4].

Medizinische Folgen des Konsums

Der akute Lachgaskonsum führt zu einem kurzen Rausch von 5–10 Minuten. Bereits hier können abhängig vom Konsum-Setting unerwünschte Wirkungen auftreten und es kann zu Stürzen und Verletzungen kommen (Tab. 2). Der kurze Rausch von wenigen Minuten animiert zu wiederholtem Konsum.

Kürzlich wurde von einer akzidentell tödlichen Intoxikation mit Lachgas während einer stationären akutpsychiatrischen Behandlung in Deutschland berichtet [5]. Immer wieder werden Fälle bekannt, in denen auch während des Autofahrens konsumiert wird, was das Unfallrisiko deutlich erhöht [7]. In den Niederlanden gab es einen sehr starken Anstieg von Lachgas-assoziierten Verkehrsunfällen [8]. Da Lachgaskonsum bislang schwer nachzuweisen ist, dürfte die Dunkelziffer höher liegen [8].

Vor allem regelmäßiger Lachgas-Konsum hat Auswirkungen auf den Vitamin-B12-Stoffwechsel: Es oxidiert irreversibel das Kobalt-Ion und macht dadurch Vitamin B12 für den Stoffwechsel unbrauchbar. Dadurch entsteht bei regelmäßigem Konsum trotz normaler Vitamin-B12-Spiegel ein funktioneller B12-Mangel. Die Enzyme Methionin-Synthase und L-Methylmalonyl-CoA-Mutase verlieren ihr Koenzym. Dadurch kommt es zu einer Störung in der Herstellung von DNA und

Tab. 1: Effekte von Distickstoffmonoxid (N_2O ; Lachgas) als Partydroge [2]

- Euphorie („high“)
- positive Gedanken
- angenehme Körperempfindungen
- Kribbeln, Muskelentspannung
- Benommenheit, ähnlich leichtem Alkohol-Rausch
- Stimulation/Anregung
- Gefühl der Ruhe, Gelassenheit
- Verwirrung
- Kichern oder Lachen

Myelin und insbesondere Nervenzellen werden geschädigt [9].

Im Serum sollten Homocystein und Methylmalonsäure (MMA) bestimmt werden, um diesen funktionellen Mangel zu detektieren.

Eine Fallserie aus der neurologischen Uniklinik Frankfurt zeigt ebenfalls eindrücklich die Zunahme der Fälle neurologischer Folgeschäden, die in diesem Zentrum behandelt wurden: 2022 fiel der erste Patient auf, 2023 waren es bereits sechs, 2024 bereits 13 Patienten. Die durchschnittliche tägliche Konsummenge lag bei 2,5 kg Lachgas (entsprechend ca. 156 Liter Sprühsahne), mit einer Spannweite von 40 g bis 8 kg. Sensorische Defizite lagen bei allen Patienten vor, gefolgt von Gangstörungen (85 %), motorischen Defiziten (75 %) und Schmerzen (25 %) [10]. Nur 20 % der Patienten erschienen zu Verlaufskontrollen, von denen alle weiterhin Lachgas konsumierten. Die neurologischen Beschwerden waren bei diesen Patienten nicht verbessert [10].

Das Risiko für Thrombosen und Thrombembolien ist ebenfalls erhöht [11]. Auch klinisch-relevante psychiatrische Symptome können durch akuten und/oder chronischen Konsum ausgelöst werden, insbesondere Halluzinationen und paranoider Wahn können auftreten. Daher ist bei Patienten mit kurzen psychotischen Episoden auch an Lachgas-Konsum zu denken und der Vitamin-B12-Stoffwechsel (inkl. Homocystein und MMA) sollten bestimmt werden.

Durch chronischen Konsum kann eine Abhängigkeit von Lachgas entstehen, die oft

von den o. g. neurologischen Defiziten begleitet wird [12, 13].

Weitere Folgen

Zusätzlich zu den medizinischen Folgeschäden gibt es noch weitere Aspekte: Lachgas ist ein potentes Treibhausgas mit etwa 300-mal mehr Erwärmungspotenzial als Kohlenstoffdioxid (CO₂) [14].

Auch die Entsorgung der Behälter stellt Entsorgungsbetriebe aufgrund der Explosionsgefahr vor Herausforderungen und verursacht hohe Kosten [15]. Große Mengen landen im Hausmüll oder im öffentlichen Raum. Das ist ein hoher Aufwand für die Entsorgungsbetriebe, immer wieder kommt es dabei zu Explosionen.

Bundesweit einheitliche Gesetzgebung notwendig

Frankreich führte 2021 ein Verkaufsverbot von Lachgas an Jugendliche ein. In Dänemark ist es seit 2023 verboten, Lachgas an Minderjährige weiter zu geben oder im öffentlichen Raum bei sich zu tragen. Großbritannien erließ 2023 ein grundsätzliches Verbot der Substanz. In den Niederlanden ist Lachgas ebenfalls seit 2023 verboten, von dem Verbot sind nur die zuvor üblichen 8 g-Kapseln für Sprühsahne sowie medizinische und technische Anwendungen ausgenommen.

Im November 2024 gab die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) eine Pressemitteilung heraus, in der der Präsident der LÄKH, Dr. med. Edgar Pinkowski, zu schnellem Handeln aufrief: „Der freie Verkauf von Lachgas außerhalb des medizinischen Kontexts ist angesichts der aktuellen Situation unter keinen Umständen mehr vertretbar.“ Weiter heißt es in der Pressemitteilung: „Die freie Verfügbarkeit und gezielte Vermarktung von Lachgas an junge Zielgruppen signalisiert jungen Konsumentinnen und Konsumenten Gefährlichkeit – fatalerweise“ [16].

In vielen Städten in Hessen und in Deutschland wurden durch Gefahrenabwehrverordnungen der Verkauf von Lachgas an Kinder und Jugendliche nun verboten, u. a. auch in Frankfurt/Main [17]. Seit kurzem ist in Frankfurt auch der Konsum für Minderjährige verboten und für Erwachsene zum Schutz von Minderjähri-

gen der Konsum an bestimmten Orten wie Spielplätzen, Sportplätzen, Schulhöfen sowie in Fußgängerzonen und in Grünanlagen [18].

Das deutsche Bundesgesundheitsministerium beabsichtigte bereits im Juni 2024 eine Altersbeschränkung für Lachgas einzuführen [19], die jedoch bislang nicht umgesetzt wurde. Die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) will sich dieser Sache nun annehmen und kündigte eine entsprechende Regelung an.

Wichtig ist, dass der medizinische Gebrauch von Lachgas, für den es neben der Anwendung in Anästhesie und Zahnheilkunde auch z. B. in der Behandlung der Depression vielversprechende Studienergebnisse gibt, genau wie die lebensmitteltechnische Verwendung, von der rechtlichen Regelung ausgenommen wird.

Wenn allerdings nur ein Verbot des Verkaufs von Lachgas an Kinder und Jugendliche umgesetzt wird, greift das deutlich zu kurz. So waren alle Patienten aus der Studie der Frankfurter Neurologie volljährig. Es wäre fatal, wenn die Politik vermitteln würde, dass Lachgas für den Freizeitkonsum ungefährlich ist, sobald man volljährig ist. Das ist nachgewiesenermaßen nicht der Fall. Auch junge Erwachsene und andere vulnerable Gruppen verdienen einen Gesundheitsschutz.

Dr. med. Mathias Luderer

Goethe Universität
Frankfurt, Universitätsklinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
E-Mail via: haebl@laekh.de



Foto: privat

Dr. med. Deborah Scholz-Hehn

Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt am Main

Beide sind Drogen- und Suchtbeauftragte der Landesärztekammer Hessen



Foto: PicturePeople

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

Tab. 2: Nebenwirkungen von Distickstoffmonoxid (N₂O; Lachgas) als Paritydroge [6]

Kopfschmerzen

- Übelkeit und Erbrechen
- veränderte Wahrnehmung
- Beeinträchtigung des Zeitgefühls
- Vorübergehende Parästhesien
- Gleichgewichtsstörungen
- Müdigkeit
- Desorientierung
- Koma
- Halluzinationen
- Paranoider Wahn

Unzensuriert und unverkennbar: Die radikale Bildsprache der Annegret Soltau

Retrospektive im Städel Museum Frankfurt – bis 17. August

© VG Bild-Kunst, Bonn 2024



Annegret Soltau: Mit mir Selbst, 1975/2022

Annegret Soltau (* 1946) zählt heute zu den prägendsten Vertreterinnen feministischer Kunst in Deutschland. Ihr Werk, das über Jahrzehnte hinweg abseits des kunsthistorischen Mainstreams existierte, wird nun mit einer ersten umfassenden Retrospektive im Städel Museum Frankfurt gewürdigt. Die Ausstellung entstand in enger Zusammenarbeit mit der Künstlerin und macht deutlich, wie visionär, unbequem und zugleich berührend ihr Schaffen bis heute ist. Mit einer kompromisslosen Bildsprache, die Körper und Identität ebenso radikal wie poetisch thematisiert, hat sich Soltau einen festen Platz in der Gegenwartskunst erkämpft – jenseits modischer Strömungen und ästhetischer Gefälligkeit.

Bekannt wurde Soltau vor allem durch ihre „Vernähungen“ – eindrucksvolle Collagen aus Fotografien ihres eigenen Körpers sowie nahestehender Personen, die sie zerschneidet, neu arrangiert und mit schwarzem Faden zusammennäht. Was zunächst verstörend wirken mag, entpuppt sich bei näherer Betrachtung als kraftvoller Akt

der Selbstaneignung: Das Nähen, historisch weiblich konnotiert und oft als häusliche, stille Tätigkeit abgewertet, wird hier zur subversiven künstlerischen Strategie. Soltau visualisiert psychische wie physische Zustände, Verletzungen, Widersprüche – ohne sich je dem Voyeurismus auszuliefern oder ins Private abzugleiten. Vielmehr überführt sie das Persönliche ins Politische und legt die Mechanismen gesellschaftlicher Zuschreibungen offen.

Ihre Arbeiten thematisieren zentrale weibliche Erfahrungen – von der Schwangerschaft über Mutterschaft bis hin zur Auseinandersetzung mit Alter und Vergänglichkeit. Ihre Werke fordern nicht nur das klassische Bild vom weiblichen Körper heraus, sondern machen auch sichtbar, wie sehr gesellschaftliche Normen auf Vorstellungen von Schönheit, Funktion und Sichtbarkeit lasten.

Immer wieder hat sie in ihrer Laufbahn Widerstände erfahren: Ihre Arbeiten wurden zensuriert, missverstanden oder schlichtweg ignoriert. Doch gerade diese Reibung mit gesellschaftlichen Konventionen macht die Relevanz ihrer Kunst aus. Heute – im Zeitalter digitaler Selbstinszenierung, andauernder Debatten über Körperbilder und feministischer Re-Lektüren der Kunstgeschichte – erscheinen ihre Werke aktueller denn je. Sie irritieren, sie provozieren, sie fordern heraus – und genau darin liegt ihre Stärke.

Die Retrospektive „Unzensuriert. Annegret Soltau“ versammelt über 80

Arbeiten aus fünf Jahrzehnten: von frühen Zeichnungen und Fotoradiierungen über experimentelle Videoarbeiten und Installationen bis hin zu zentralen Schlüsselwerken der feministischen Body Art. Dabei werden auch selten gezeigte Werke präsentiert, die die enorme Bandbreite ihres Schaffens verdeutlichen. Leihgaben stammen unter anderem aus dem Louisiana Museum of Modern Art (Humblebæk, Dänemark), dem Lenbachhaus München, dem ZKM Karlsruhe, der Sammlung Verbund Wien sowie aus privatem Besitz.

Diese Ausstellung ist weit mehr als eine bloße Rückschau. Sie ist eine notwendige, längst überfällige Würdigung einer Künstlerin, die unbeirrt ihren eigenen Weg gegangen ist – gegen gesellschaftliche Normen, gegen institutionelle Unsichtbarkeit, gegen die ästhetische Anpassung. Soltaus Kunst ist ein Manifest der Selbstbehauptung – ungeschönt, unzensuriert und unverkennbar.

Maren Siepmann



Annegret Soltau: N.Y. Faces – chirurgische Operationen II, 2001

© VG Bild-Kunst, Bonn 2024 | Foto: Fotodesign Hefele Darmstadt



© Fabio Parizzan

55. Internationaler Seminarkongress 24.08. – 29.08.2025 in Grado/Italien



Hier geht's
zur Anmeldung

Eröffnung am Sonntag, 24. August 2025, um 17:30 Uhr
mit dem Vortrag:

Forschung am Menschen – neue Aspekte der Forschungsethik in der Medizin:
Dr. Otmar Kloiber, Secretary General WMA, The World Medical Association

- **Notfallmedizin in besonderen Situationen**
Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg
- **Ethische Herausforderungen beim ärztlichen Handeln**
Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg
- **Nach der Pandemie ist vor der Pandemie**
Prof. Dr. Rene Gottschalk, Frankfurt
- **Gynäkologie und Reproduktionsmedizin**
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans Rudolf Tinneberg, Gießen
- **Aktuelle Pharmakotherapie kardiovaskulärer Erkrankungen, u.a. ihre Bedeutung für Alter und Geschlecht** Prof. Dr. Jens Kockskämper, Marburg
- **Aktuelles aus der Kinderchirurgie** Prof. Dr. Roman Metzger, Salzburg
- **Arztrecht und Arzthaftung** Jur. Peter Kalb, München
- **Praxisgründung, Praxisabgabe, Übergabe-Management**
Dipl.-Kfm. Patrick Häußinger, Hof
- **Ärztliches Handeln aus der Perspektive junger Ärztinnen und Ärzte**
Dr. Cornelius Weiß, Darmstadt e. a.
- **Notfallmedizin – praktischer Teil** Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg

Fortbildungspunkte werden bei der Landesärztekammer Hessen beantragt.
Die Österreichischen Ärztekammern, die Ärztekammer Salerno und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an. Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Die romantische venezianische Altstadt, die im Ortsbild integrierten Ausgrabungen aus römischer Zeit, der lange, gepflegte Sandstrand - und vieles mehr - bieten jedem Gast Möglichkeiten für eine anregende, erholsame und/oder sportliche Freizeit. Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest ist eine gute halbe Stunde, Venedig knapp zwei Autostunden entfernt.

Kontakt:

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
CMIG e.V.
c/o Bundesärztekammer
10623 Berlin, Herbert-Lewin-Platz 1
Fon: +49 01717793484
E-Mail: kontakt@cmig.de
www.cmig.de



© Katja Möhrle



© Massimo Crivellari



© Katja Möhrle

Veranstalter:



Kooperationspartner:



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER



Landesärztekammer Rheinland-Pfalz



Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © The Stock Photo Girl – stock.adobe.com



Mehr erfahren

EKG-Refresher (9 CME)

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

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

Termin: 02.07.2025

Gebühr: 235,00 €
211,50 €*
*

Kontakt: susanne.holler@laekh.de

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 €* *

Innere Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
29.10.2025 Live-Webinar	Rheuma an einem Tag – Symptome in der täglichen Praxis (5 CME)	Die Fortbildung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die entzündliche rheumatische Erkrankungen im Praxisalltag sicher erkennen und gezielt behandeln möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	92,00 € 00,00 €* *
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 €* *

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 05.11.2025 Live-Webinar	Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (42 CME)	Neu konzipiert und rein digital: Punktuell und konzentriert auf das Wesentliche präsentiert das Repetitorium den neusten Stand des Fachgebiets. Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	704,00 € 633,60 €*
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 €*

Ultraschall

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
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 Abdomen und Retroperitoneum (CME beantragt)	Für alle wissbegierigen Schallerinnen und Schaller: Der Aufbaukurs eignet sich besonders zur Vorbereitung auf die KV-Zulassung sowie für Anwärterinnen und Anwärter auf DEGUM-Stufe I Innere Medizin. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	897,00 € 807,00 €*
05.11.2025 Präsenz	Modul Interventioneller Ultraschall (INVUS) (CME beantragt)	Von Grundlagen, Punktionen von Körperhöhlen und Gefäßen bis hin zu Drainagen: Die Veranstaltung vermittelt Ihnen wichtige Inhalte und Kenntnisse zur Vervollständigung Ihres Fachwissens (DEGUM-zertifiziert). Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 12.11.2025 Live-Webinar und Präsenz	Schilddrüse - Modul II (CME beantragt)	Interaktiv gestaltet und zu 50 % aus praktischen Übungen bestehend: In der Veranstaltung vertiefen und intensivieren Sie Ihre speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

Arbeitsmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
08.10.2025 12.11.2025 Präsenz	Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA) (6 CME)	Arbeitsschutz leicht gemacht: In der Ersts Schulung (MIMA) erfahren Sie, wie Sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ihrer Praxis selbst in die Hand nehmen können. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	185,00 € 166,50 €* 166,50 €* 166,50 €

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 08.09.2025 Blended Learning	Krankenhausthygiene – Modul I: Hygiene- beauftragte/r Ärztin/ Arzt (40 CME)	Der Kurs befähigt Sie dazu, die Aufgaben einer Hygiene- beauftragten Ärztin/eines Hygienebeauftragten Arztes wahrzunehmen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.153,00 € 1.037,70 €*
25.10.2025 Präsenz	Impfkurs (9 CME)	Eine Fortbildung für alle, die neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Impfen erwerben oder ihr aktuelles Wissen auffrischen möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	277,00 € 249,00 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
19.09.2025 Präsenz	Zivilmilitärische Zusammenarbeit – Symposium Oranienstein 3.0 (11 CME)	Das aktuelle Symposium widmet sich dem wichtigen Thema der ambulanten medizinischen Versorgung unter Verteidigungsbedingungen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	120,00 € 50,00 €*
ab 23.10.2025 Präsenz	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) (26 CME)	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte und Praxisübungen: Das Seminar für alle, die am ÄBD teil- nehmen und dort mit notfallmedizinischen Herausforde- rungen 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 €*
15.11.2025 Präsenz	Refresher – Modul Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt (11 CME)	In Kooperation mit der Berufsfeuerwehr Kassel: Die praxis- orientierte Veranstaltung richtet sich an alle Leitenden Notärztinnen und Notärzte, die sich nach § 17 Abs. 2 S. 2 der HRDG-VO regelmäßig fortbilden müssen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	377,00 € 339,00 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
10.09.2025 Hybrid	Pädiatrie – State of the Art (6 CME)	Praxisnah und vielseitig aufbereitet erhalten Sie Einblicke in den aktuellen Stand der Pädiatrie. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	92,00 € 00,00 €*

Sportmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 15.09.2025 Live-Webinar und Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 13 (CME beantragt)	Im Fokus der Veranstaltung stehen (sport-) pädiatrische Aspekte, z. B. die Bewegungsförderung in der Prävention und Therapie ausgewählter pädiatrischer Erkrankungen. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	388,00 € 349,20 €*
ab 17.09.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 12 (CME beantragt)	Die Veranstaltung befasst sich mit geschlechts- und alters-spezifischen Aspekten der Sportmedizin. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	388,00 € 349,20 €*
ab 19.09.2025 Live-Webinar und Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 11 (CME beantragt)	Onkologische und neurologisch/psychiatrische Aspekte bilden die Schwerpunkte der Veranstaltung. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	388,00 € 349,20 €*

Psychosomatische Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 24.10.2025 Präsenz	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Block 6 (16 CME)	Das Curriculum berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/ 35 110). Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	365,00 € 328,50 €*

Kurs-Weiterbildung Ernährungsmedizin – Teil 1 (12 CME)

In 100 UE vertieft die Kurs-Weiterbildung nach dem (Muster-) Kursbuch der BÄK die in der Ausbildung und in der Facharzt-Weiterbildung erworbenen Kenntnisse zur Prävention und Behandlung ernährungsbedingter Krankheitsbilder.

Im Sommer startet wieder der Grundkurs im Präsenzformat. Mit dem Absolvieren der Teile 1 bis 4 (Modul I bis IV) wird die SCFB (strukturierte curriculare Fortbildung) „Ernährungsmedizinische Grundversorgung“ erworben. Die erfolgreiche Absolvierung der anschließenden Fallseminare (120 UE) führt zur Erlangung der Zusatz-Bezeichnung „Ernährungsmedizin“.

Termin: ab 22.08.2025
Gebühr 318,00 €
 286,20 €*
Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de



Foto: © Chinapong – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)



Mehr erfahren

Repetitorium Neurologie – Modul I (CME beantragt)

Ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse: In Repetitorium werden alle wichtigen Lerninhalte in Fachvorträgen präsentiert und diskutiert.

Die Veranstaltung findet in einem Mix aus Präsenz und Live-Webinar statt und besteht aus zwei Modulen. In Modul I werden u. a. neurologische Notfälle, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Neuroinfektiologie und Epilepsie thematisiert.

Termin: ab 11.11.2025

Gebühr: 453,00 €
407,70 €*
*

Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de

Rechtsmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 22.08.2025 Präsenz	Leichenschau (CME beantragt)	Viermal mittwochs im Institut für Rechtsmedizin in Frankfurt: Interessant und praxisnah aufbereitet vermittelt Ihnen die Veranstaltung die Theorie und Praxis der Leichenschau. Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de	235,00 € 211,50 €* *

Transfusionstherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
24.09.2025 Hybrid	Refresher Transfusionsbeauftragte (CME beantragt)	Update Hämotherapie: Im Fokus stehen aktuelle Richtlinien und Querschnittsleitlinien – aufbereitet und kombiniert mit Fallbeispielen aus der klinischen Arbeit. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	185,00 € 166,50 €* *
ab 22.10.2025 Blended Learning	Transfusionsbeauftragte/r, Transfusionsverantwortliche/r, Leitung Blutdepot (CME beantragt)	Die Fortbildung richtet sich an diejenigen, die die Qualifikation als Transfusionsbeauftragte/r bzw. -verantwortliche/r und für die Leitung eines Blutdepots erwerben möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	462,00 € 415,80 €* *

Qualitätsmanagement

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
24.09.2025 Live-Webinar	Patientensicherheit und Qualitätssicherung (CME beantragt)	Die Live-Webinar-Reihe greift Aktuelles und Wichtiges auf und macht fit für den medizinischen Arbeitsalltag – berufsgruppen- und sektorenübergreifend. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	158,00 € 142,20 €*
ab 23.10.2025 Präsenz	Moderation von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) (20 CME)	Die Veranstaltung vermittelt Ihnen Trainingskonzepte zur professionellen Moderation von M&MK. Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	713,00 € 641,70 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
26.11.2025 Hybrid	Das medizinische Gutachten im Zivilprozess (CME beantragt)	Das Symposium mit Schwerpunkt Kommunikation richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die Gutachten für Gerichte in Zivilprozessen erstellen, und Zivilrichterinnen und -richter. Kontakt: katja.baumann@laekh.de	55,00 € 45,00 €*

Willkommen in der Akademie

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

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

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

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

Kontakt:

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

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

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Besuchen Sie uns auch auf Social Media



@landesärztekammer_hessen



@LAEKHessen



YouTube @landesärztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: © evgenia – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Englisch für Gesundheitsberufe

Die Fortbildung hilft durch anwendungsbezogene Übungen, Sprachbarrieren zu überwinden, mit kommunikativem Training und Simulationen (z. B. Kommunikation am Telefon). Zwischen den Präsenzterminen wird die schriftliche Kommunikation im E-Learning vermittelt. Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf.

Inhalte u. a.:

- Begrüßung und Verabschiedung von Patientinnen und Patienten
- Aufnahme von Patientendaten
- Terminabstimmung
- Praxisräume und Funktionsbereiche
- Anleitung der Patientin/des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Termin PAT 8: Sa., 06.09. und Sa., 27.09.2025

Gebühr: 275 €

Kontakt: katja.wuschke@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 18.09.2025	Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden	Die Kommunikation mit Schwerkranken stellt neben der medizinischen Betreuung eine besondere Herausforderung dar. Die Einbindung der MFA in die Versorgung der Patienten soll die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen. Der Qualifizierungslehrgang basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 17.10.2025	Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin (BET) 140 Stunden	Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Der Qualifizierungslehrgang im Blended-Learning-Konzept vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Kontakt: katja.wuschke@laekh.de	1.875 € 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 Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) geforderten Kenntnisse für die Aufbereitung von Medizinprodukten fachpraktisch vermittelt. Kontakt: julia.werner@laekh.de	370 €

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 €
29.11.2025	Injektionen/Infusionen (MED 3) 7 Stunden	Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion unter Beachtung hygienischer Maßnahmen steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. 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](#)

ANCA-assoziierte Vaskulitis – Diagnostik und Therapie

VNR: 2760602025214110005

Prof. Dr. med. Marion Haubitz

Vaskulitiden sind seltene Erkrankungen, die durch einen Entzündungsprozess in den Blutgefäßen gekennzeichnet sind, wobei die Art und Lokalisation der betroffenen Gefäße die Symptomatik bestimmt, sodass hier eine interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen und Patienten wichtig ist. Die Nieren können bei fast allen Vaskulitiden betroffen sein und führen über eine Biopsie nicht selten zur Diagnose. Die ANCA-assoziierten Vaskulitiden (AAV) sind systemische nekrotisierende Vaskulitiden mit überwiegendem Befall kleiner Gefäße (Arteriolen, Venolen und Kapillaren), die häufig mit antineutrophilen zytoplasmatischen Antikörpern (ANCA) assoziiert sind. Dabei werden in der Immunfluoreszenz mit alkoholfixierten Neutrophilen c-ANCA (zytoplasmatische Fluoreszenz) von p-ANCA (perinukleäre Fluoreszenz) unterschieden. Im ELISA finden sich bei den c-ANCA meist Antikörper gegen Proteinase 3 (PR3-ANCA), bei den p-ANCA meist gegen Myeloperoxidase (MPO-ANCA).

In der Histologie finden sich nur spärlich Immunglobuline (pauci-immun). Zu den AAV gehören die

- Granulomatose mit Polyangiitis (GPA)
- Mikroskopische Polyangiitis (MPA)
- Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA)
- Renal limitierte AAV, als „single-organ AAV“ bezeichnet.

In jüngerer Zeit haben sich die therapeutischen Möglichkeiten enorm entwickelt, und die Prognose der Patienten hat sich weiter gebessert.

Diagnose

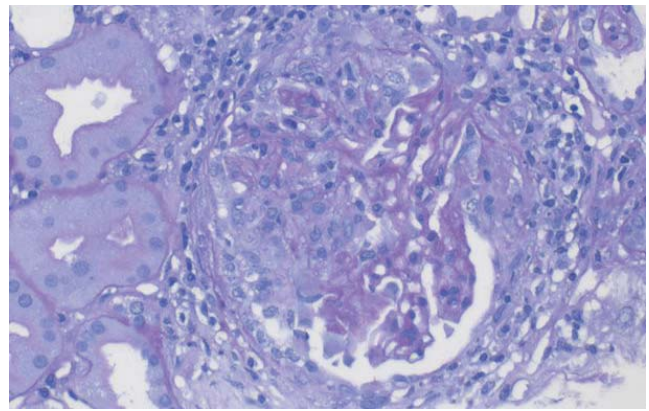
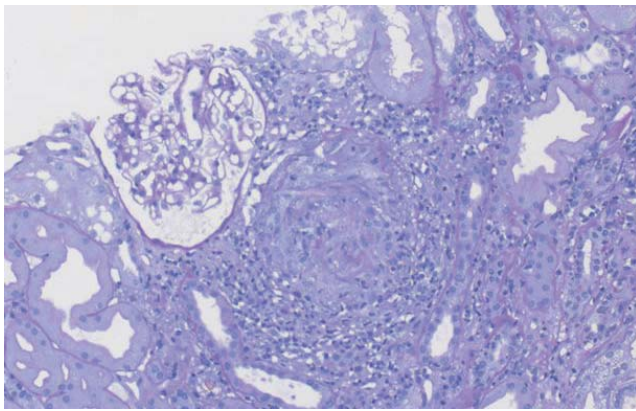
Bei den AAV ist weiterhin der wichtigste Faktor, an eine Vaskulitis zu denken, insbesondere, wenn unterschiedliche Organsysteme betroffen sind. Auch unspezifische Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust treten auf. Als Suchtest ist heute zunächst der anti-MPO- bzw. anti-PR3-ELISA zu empfehlen [1]. Prinzipiell

kann jedes Organ betroffen sein [2], vgl. Tab. 1.

Im Folgenden soll der Schwerpunkt auf der Nierenmanifestation liegen. Es findet sich meist ein rascher Nierenfunktionsverlust (bis zur Dialyse) innerhalb weniger Wochen und Monate zusammen mit einem positiven Protein- und Hb-Nachweis im Urinstatus. Das Sediment zeigt Erythrozyten (oft dysmorph, klassischerweise Akanthozyten) und Zylinder (typisch Erythrozytenzylinder) (nephritisches Sediment). Bei der EGPA ist die renale Beteiligung häufig mit einem ANCA-Nachweis assoziiert. Ohne renale Manifestation sind bei der EGPA die ANCA fast immer negativ.

Bei der Diagnostik und der Differenzialdiagnose (z. B. anti-GBM-Nephritis, Lupusnephritis, postinfektiöse Glomerulonephritis, Kryoglobulinämie, systemische Infektionen) steht neben den Antikörperbestimmungen die Nierenbiopsie ganz im Vordergrund. Sie ist in allen Fällen anzu-

Tab. 1: Klinische Manifestation [2]				
Organsystem	GPA [%] n=184	MPA [%] n=167	EGPA [%] n=99	Alle Patienten [%] n=450
Fieber	52	52	55	53
Niere	56	86	32	62
Lunge	63	43	60	55
HNO	72	10	53	45
Haut	25	17	37	25
Muskel/Gelenke	58	46	53	56
Mononeuritis multipl. Sens. peri. Neuropathie	13 10	11 17	39 17	18 14
ZNS	6	5	2	5 **
Auge/Orbita	24	4	10	13
Herz	11	11	20	13
Gastrointestinaltrakt	5	5	2	4
** Manifestation sicher unterschätzt (MRT zeigt häufiger Veränderungen)				



Fotos: Prof. med. Kerstin Amann, Leiterin der Abt. Nephropathologie, Pathologisches Institut Erlangen

Abb. 1: Nekrotisierende extrakapillär proliferative (halbmondbildende) Glomerulonephritis (Lichtmikroskopie, PAS-Färbung). Die fokale Ausprägung (Zahl der normalen Glomeruli, der Glomeruli mit Proliferationen/Nekrosen und der vernarbten Glomeruli) kann in dieser Vergrößerung nicht beurteilt werden (20-fach links, 40-fach rechts).

streben, da nicht einmal die beschriebenen Urinveränderungen mit einem positiven ANCA die Diagnose sichern (Beispiel: Endokarditis mit Immunkomplex-Glomerulonephritis und positivem PR3-ANCA). Darüber hinaus liefert sie Hinweise für die Prognose (Zahl der nicht befallenen Glomeruli sowie Tubulusatrophie und interstitielle Fibrose) [3, 4]. Dabei sollte der Behandlungsbeginn (vor allem die Steroidgabe) nicht durch das Warten auf die Histologie verzögert werden. Besonders dramatisch ist ein pulmorenales Syndrom (pulmonale Hämorrhagie und AKI – 15 % bei GPA und 26 % bei MPA [2]), bei dem die AAV die häufigste Ursache darstellt. Bei dieser lebensbedrohlichen Manifesta-

tion ist der sofortige Therapiebeginn entscheidend.

Folgende Laborparameter sollten bestimmt werden: Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, sämtliche Elektrolyte, Urinstatus und -sediment sowie Proteinurie in mg/g Kreatinin. Zur Einordnung des Grades der Funktionseinschränkung sollten eGFR und eine Cystatin-C-GFR berechnet werden. Bei eingeschränkter Nierenfunktion sind auch venöse Gase, PTH und Vitamin D erforderlich. Eine Nierensonografie darf nicht fehlen.

Ein Differenzialblutbild und ein CRP zur Erfassung der Entzündungsaktivität sind unerlässlich und meist auch ein Procalcitonin zum Ausschluss einer bakteriellen Infektion. Blutzucker, Leberwerte einschließlich der Hepatitisserologie und Lipase sind vor der immunsuppressiven Therapie wichtig.

Die weitere Basisdiagnostik sollte immer die häufig befallenen Organe umfassen:

- Lunge bei allen AAV; wobei ein CT eine wesentlich höhere Sensitivität und Spezifität im Vergleich zur konventionellen Thoraxaufnahme hat
- peripheres und zentrales Nervensystem klinisch bei allen AAV
- HNO bei GPA und EGPA
- Herz bei EGPA.

Weitere Untersuchungen richten sich nach den betroffenen Organen.

Nierenhistologie

In der Histologie findet man eine nekrotisierende extrakapillär proliferative (= halbmondbildende) Glomerulonephritis (siehe Abb. 1) und keine oder nur spärliche Immunglobulinablagerungen in der Immunhistologie (wichtig zur Abgrenzung gegenüber der anti-GBM-Nephritis oder ei-

ner Immunkomplexnephritis z. B. beim SLE). Auch bei der GPA werden nur sehr selten Granulome in der Niere angetroffen. Hierfür sind der HNO-Trakt und gegebenenfalls bei Rundherden die Lunge das Zielorgan.

Induktionstherapie

Therapieziel ist das Erreichen einer kompletten Remission und deren Erhaltung mit möglichst wenigen Nebenwirkungen. Zur Remissionsinduktion bei organ- oder lebensbedrohlicher MPA oder GPA, wie es eine AAV mit Nierenbeteiligung darstellt, sollen Glucocorticoide mit **Rituximab** (RTX) oder **Cyclophosphamid** (CYC) kombiniert werden. Vor allem bei einem Rezidiv und bei jungen Patienten zum Fertilitätserhalt sowie bei reduzierter Knochenmarks-Reserve sollte RTX bevorzugt werden [5, 6].

Patienten mit einer aktiven Hepatitis B dürfen kein RTX erhalten. Kombinationen von **RTX und CYC** wurden vereinzelt bei kleinen Patientengruppen vor allem mit schwerer Nierenbeteiligung verwendet. Bezüglich der Steroiddosis wird heute meist eine raschere Reduktion gewählt [5].

Cyclophosphamid i.v.

750 mg/m² alle drei bis vier Wochen für drei bis sechs Monate je nach Erreichen der Remission

(500 mg/m² bei Niereninsuffizienz Stadium IV-V oder Alter > 70 Jahre)

oder

15 mg/kg, drei Gaben in zwei-, dann in dreiwöchentlichem Abstand (meist sechs Gaben)

(12,5 mg/kg bei Niereninsuffizienz Stadium IV-V oder Alter > 60 Jahre)

**Tab. 2: Steroidschema
(> 75 kg)
3 Tage i. v. 250–500 mg
Methylprednisolon**

75 mg	Woche 1
40 mg	Woche 2
30 mg	Woche 3
30 mg	Woche 4
25 mg	Woche 5
25 mg	Woche 6
20 mg	Woche 7/8
15 mg	Woche 9/10
12,5 mg	Woche 11/12
10 mg	Woche 13/14
7,5 mg	Woche 15/16
5 mg	Monate 7–12
Im 2. Jahr Steroid ausschleichen	

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „ANCA-assoziierte Vaskulitis – Diagnostik und Therapie“ von Prof. Dr. med. Marion Haubitz 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 (3 CME) ist nur online über das Portal vom 25.06.2025 bis 24.12.2025 mög-

lich. 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. Offenlegung eines möglichen Interessenkonflikts: Teilnahme am Advisory board Avacopan CSL Vifor. (red)

Beide mit evtl. späterer Anpassung bzgl. Effekt, Nebenwirkungen, Leukozyten.

Rituximab i.v.

4 x 375 mg/m² in wöchentlichem Abstand (Zulassungsstudie) [5]

oder

2 x 1 g in zweiwöchentlichem Abstand (formal off-label)

Siehe weiterhin auch das Steroidschema (Tab. 2).

Bei raschem Kreatininanstieg mit Werten > 300 µmol/l sollten zusätzlich **Plasmapheresen** erwogen werden [6] je nach Blutungsrisiko mit einer Citrat-Antikoagulation bzw. eine Behandlung gegen FFP bzw. FFP/Albumin.

Bei schweren alveolären Hämorrhagien werden als Rescuetherapie auch Plasmapheresen eingesetzt. Alternativ oder zusätzlich wurden hier positive retrospektive Ergebnisse einer Avacopantherapie bei kleinen Patientengruppen (n = 7–15) berichtet [7–9].

Avacopan, ein selektiver C5a-Rezeptor-Inhibitor, ist in Deutschland seit 2022 zur adjuvanten Therapie bei schwerer AAV zur Einsparung von Steroiden zusätzlich zu RTX oder CYC zugelassen. Basis ist eine randomisierte kontrollierte Studie [10], wobei im Avacopanarm die Remissionrate nach 52 Wochen höher als im Placeboarm war, allerdings wurde das Steroid im Placeboarm nach der 20. Woche beendet. Im Avacopanarm erholte sich die Nierenfunktion besser, besonders bei Patienten mit einer GFR < 20 ml/min. Eine bessere GFR-

Erholung beschreiben auch Real-World-Erfahrungen bei Patienten mit einer GFR unter 15 ml/min, die in der Studie ausgeschlossen waren [11]. Erfahrungen mit größeren Patientinnen- und Patientengruppen und Langzeitdaten fehlen.

Auch **MMF** wurde zur Induktion in einer randomisierten Studie eingesetzt [12], allerdings mit mehr Rezidiven im Vergleich zu CYC, sodass es nicht als Erstlinientherapie empfohlen werden kann.

Supportive Therapie

Bei allen Patienten empfiehlt sich ein Magenschutz, eine Osteoporose- und Candidaprophylaxe sowie Cotrim v.a. zur Verhinderung einer *Pneumocystis jirovecii* Pneumonie (bei Unverträglichkeit Pentamidin-Inhalation). Bei CYC-Pulsen sollte neben einer Volumengabe MESNA zum Blasenschutz (bei Dialyse bzw. Diurese < 1l nicht sinnvoll) und ein Antiemetikum (Serotonin-Antagonist) gegeben werden. Bei jungen Patienten muss die dosisabhängige Gonadentoxizität beachtet werden (evtl. Spermien- bzw. Eizellkonservierung). Oral wird CYC aufgrund höherer Toxizität kaum noch gewählt. Vor RTX sind 100 mg Methylprednisolon und ein H1-Antihistaminikum indiziert.

Therapie zur Remissionserhaltung

Die Hälfte der Patienten entwickelt ein Rezidiv. Risikofaktoren sind eine GPA, ein PR3-ANCA, ein frühes Steroidende und eine geringere CYC-Gesamtdosis bzw. eine kürzere Therapiedauer (weniger Immun-

suppression = höheres Rezidivrisiko). Auch ein positiver PR3-ANCA beim Übergang auf eine Erhaltungstherapie erhöht das Risiko, ebenso eine gute Nierenfunktion (Review [13]).

Nach RTX erfordern nicht nur wiederkehrende CD-20-Zellen und ein ANCA-Anstieg eine erhöhte klinische Aufmerksamkeit, sondern möglicherweise auch bestimmte B-Zell-Gruppen bei der Repopulation. Für die Nieren könnten Urinmarker (CD163, MCP-1, T-Zellen oder eine persistierende Hämaturie) hilfreich sein [13]. Für die Zukunft sind Risikostratifizierungen mit unterschiedlichen Therapien zu erwarten. Schon heute sind Rezidive bei AAV-Erkrankten, die nach Induktion konstant negativ für MPO-ANCA getestet werden, sehr selten, sodass hier ein „Watchfull waiting“ möglich erscheint [14]. Darüber hinaus können geschulte Patientinnen und Patienten häufig früh erste Zeichen eines Rezidivs erkennen.

Bei der Erhaltungstherapie ist **Rituximab** das Mittel erster Wahl. 500 mg RTX (0,6, 12 und 18 Monate nach Induktion) war Azathioprin überlegen [15]. Dies wurde für den rezidivierenden Krankheitsverlauf mit 1 g RTX alle vier Monate bestätigt [16]. Alternativ kommt vor allem bei Kontraindikation (aktive Hepatitis B) **Azathioprin** in Frage (**cave**: keine Kombination mit Xanthinoxidasehemmern), wobei die Therapie für mindestens 48 Monate fortgeführt werden sollte [17]. **MMF** war Azathioprin bei der Remissionserhaltung unterlegen [18]. **Methotrexat** kann bei den meisten Erkrankten aufgrund der Nierenfunktionseinschränkung nicht gegeben werden. **Leflunomid** kann als „Reserve“ eingesetzt werden, bei Dialysepatienten aufgrund geringer Knochenmarkstoxizität auch **Cyclosporin** [19].

Eine unbegrenzte Weiterführung kann für RTX nicht empfohlen werden, u. a., da nicht selten Leukopenien und Hypo-γ-Globulinämien beobachtet werden.

Ob und gegebenenfalls wie lange **Steroide** in welcher Dosis zur Remissionserhaltung notwendig sind, ist nicht bekannt. In einer Übersichtsarbeit war die Beendigung der Steroidtherapie der stärkste Prädiktor eines Rezidivs [20]. Bei der aktuellen Datenebene empfiehlt es sich, im ersten Jahr eine Dosis von 5 mg Prednisolon beizubehal-

ten, und es im zweiten Therapiejahr je nach ANCA-Titer und Organmanifestation mehr oder weniger rasch auszuschleichen.

Besondere Aspekte der Therapie jenseits der Immunsuppression

Obwohl sich Lebenserwartung und Lebensqualität der Patienten dramatisch verbessert haben, müssen chronische Organschäden und Therapieebenwirkungen wie Steroiddiabetes, Osteoporose, Katarakt, mögliche Gonadentoxizität und das Malignomrisiko sowie die gesteigerte Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse jenseits des ersten Jahres in die Betreuung dieser Patienten einbezogen werden. Bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine optimale Blutdruckeinstellung mit ACE-Hemmer oder Sartan empfehlenswert sowie im Verlauf die Gabe eines SGLT-2-Inhibitoren.

Für die Zukunft sind neue therapeutische Ansätze mit immunologischem Fokus einerseits und Entzündungshemmung und Reduktion der Fibrose andererseits zu erwarten. Auch bei den Vaskulitiden könnten CAR-T-Zellen eine Rolle spielen.

Prof. Dr. med. Marion Haubitz

Klinikum Fulda gAG,
Medizinische Klinik III,
Nephrologie
E-Mail:
marion.haubitz@
klinikum-fulda.de



Foto: privat

Die Literaturangaben zum Artikel finden sich online unter www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Multiple-Choice-Fragen: ANCA-assoziierte Vaskulitis – Diagnostik und Therapie

VNR: 276060205214110005

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Symptome lassen besonders an eine ANCA-assoziierte Vaskulitis denken?

- 1) Erythem im Gesicht und Aphten mit Gelenkschmerzen
- 2) Ausgeprägte Ödeme
- 3) Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust, chronische Sinusitis und Hämoptysen
- 4) Rückenschmerzen zwei Wochen nach Aufräumarbeiten in Schuppen und Dachboden

2. Welche Aussage bezüglich der bei den Vaskulitiden betroffenen Organe ist richtig?

- 1) Bei der GPA ist am häufigsten die Haut betroffen.
- 2) Die Niere ist am häufigsten bei der MPA betroffen.
- 3) Augen- und Orbitamanifestationen finden sich bei fast der Hälfte der Patienten.
- 4) Magen-Darmtrakt und periphere Nerven sind etwa gleich häufig betroffen.

3. Vervollständigen Sie den Satz richtig: Bei der Differenzialdiagnose der renalen Manifestation ...

- 1) ... stehen andere Glomerulonephritiden im Vordergrund.

- 2) ... lässt sich eine Vaskulitis immer durch einen negativen ANCA ausschließen.

- 3) ... kann man sich Zeit lassen, da sich die Situation im Verlauf oft klärt.
- 4) ... kommen auch Infektionen wie beispielsweise eine Endokarditis in Frage.

4. Welche Aussage zur Biopsie ist bei der ANCA-assoziierten Vaskulitis korrekt?

- 1) Mit einer Biopsie aus dem HNO-Trakt lässt sich die Diagnose immer sichern.
- 2) Eine Nierenbiopsie ist bei einem nephritischen Sediment und Nierenfunktionseinschränkung wichtig zur Diagnosestellung.
- 3) Bei einer palpablen Purpura bergen Hautbiopsien ein großes Risiko.
- 4) Bei den Vaskulitiden sollte in jedem Fall der histologische Befund vor Einleitung der Therapie abgewartet werden.

5. Welche Aussage zu den Nebenwirkungen einer immunsuppressiven Therapie ist richtig?

- 1) Höhere Steroiddosen über einen langen Zeitraum gegeben erhöhen das Infektionsrisiko.

- 2) Ein Steroiddiabetes ist bei der Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden nicht zu erwarten.

- 3) Sekundäre Lymphome stellen die Hauptnebenwirkung von Rituximab dar.
- 4) Die Cyclophosphamid-Pulsetherapie führt zu einer höheren Gesamtdosis im Vergleich zur oralen Gabe.

6. Welche Aussage zur Rezidiven ist richtig?

- 1) Bei den Vaskulitiden treten Rezidive jenseits des 60. Lebensjahrs selten auf.
- 2) Patienten mit einem MPO-ANCA haben ein niedrigeres Rezidivrisiko im Vergleich zu Patienten mit einem PR3-ANCA.
- 3) Bei der MPA sollten Rezidivpatienten immer mit Azathioprin induziert werden.
- 4) Rezidive kündigen sich fast immer mit einem fieberhaften Infekt an.

7. Welches Medikament ist den anderen genannten bei der Remissionserhaltung überlegen?

- 1) Azathioprin
- 2) Methotrexat
- 3) Steroid
- 4) Rituximab

8. Vervollständigen Sie den Satz richtig: Rezidive nach erfolgreicher Induktion ...

- 1) ... treten nicht in den nächsten sechs Monaten auf.
- 2) ... treten bei guter Nierenfunktion deutlich seltener auf.
- 3) ... sind an steigenden ANCA-Titern sechs Monate vorher zu erkennen.
- 4) ... erhöhen die Gefahr schwerer bleibender Organschäden.

9. Welche Aussage bei AAV-Patienten ist richtig

- 1) Steroide tragen nicht zu chronischen Organschäden bei.
- 2) Obwohl die Lebenserwartung niedriger als die der Normalbevölkerung ist, treten kardiovaskuläre Ereignisse seltener auf.
- 3) Eine hohe Gesamtdosis von Cyclophosphamid ist mit einem deutlich erhöhten Blasenkarzinomrisiko assoziiert.
- 4) ACE-Hemmer oder Sartane sollten bei Vaskulitiden vermieden werden.

10. Welcher Satz ist richtig? Laboruntersuchungen sind ein wichtiger Teil der Betreuung der Patienten. Dabei ...

- 1) ... sind regelmäßige Kontrollen mit Differenzialblutbild und Immunglobulinen nach der zweiten RTX-Gabe nicht mehr notwendig, wenn die erste Gabe vertragen wurde.
- 2) ... sind unter Azathioprin nach drei Wochen keine Leukopenien aufgrund der guten Verträglichkeit zu erwarten.
- 3) ... muss die Elimination der B-Zellen eine Woche nach RTX überprüft werden.
- 4) ... sollten unter hoch dosierten Steroiden Blutzuckerkontrollen erfolgen.

Grüne Dialyse: Optionen und Ziele

VNR: 276060205221790005

Dr. med. Simone Cosima Boedecker-Lips, Prof. Dr. med. Julia Weinmann-Menke

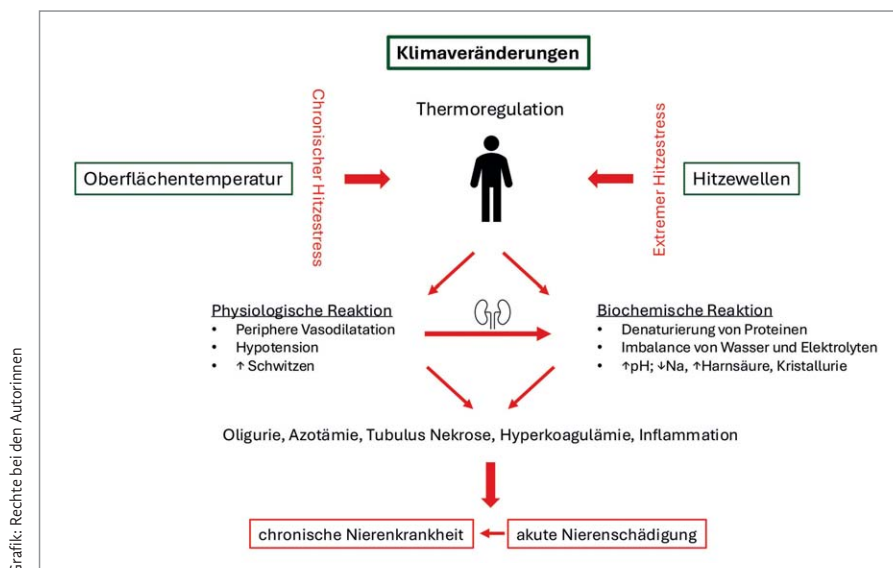


Abb. 1: Auswirkungen von Hitzestress auf die Nieren und Pathogenese von akuten und chronischen Nierenkrankheiten [10].

Der Klimawandel und die hierdurch zunehmende Erderwärmung, die Umweltverschmutzung und die Erschöpfung natürlicher Ressourcen gehören zu den größten Bedrohungen für die Bevölkerung. [1] Eine umweltfreundliche und klimaneutrale Lebensweise in allen Bereichen der Gesellschaft, einschließlich des Gesundheitswesens sollte mit zunehmender Dringlichkeit ein internationales Ziel sein.

Das Gesundheitswesen ist zwar im Vergleich zu anderen Bereichen, wie unter anderem der Industrie, deutlich emissionsärmer, jedoch trägt es dennoch in erheblichem Maße zu den Kohlenstoffdioxidemissionen bei. In Deutschland sind es aktuell 5,2 % (entsprechend 746 Millionen Tonnen CO₂eq) des jährlichen CO₂-Fußabdruckes. (<https://noharm-us-canada.org/ClimateFootprintReport>).

Insbesondere der Fachbereich Nephrologie mit der ressourcenintensiven Nierenersatztherapie zählt zu den kohlenstoffintensivsten medizinischen Fachgebieten. Der CO₂-Fußabdruck ist vor allem auf hohe CO₂-Emissionen zurückzuführen, die mit der Hämodialyse (HD) und der Peritonealdialyse (PD) verbunden sind. [2] Zu nennen sind hier:

- (1) der Wasserverbrauch für die Herstellung des Permeats
 - (2) der hohe Energieverbrauch
 - a. Betreiben der Umkehrosmose
 - b. Erwärmung des Dialysats
 - c. Betreiben der Dialysemaschine
 - (3) hohe Materialverbrauch
 - a. Dialysatoren
 - b. Schlauchsystem
 - c. Nadeln
 - d. Dialysatkonzentrate
 - e. Medikamenten
 - (4) Transport von Personal und Patient*innen in die Dialysezentren
- Dementsprechend wird in den aktuell vorliegenden Daten des CO₂-Fußabdruck einer Dialysebehandlung zwischen 25–65 kg CO₂ pro Dialysebehandlung angegeben. Diese Berechnung beinhaltet unter anderem einen Wasserverbrauch von 300–600 l sowie den Anfall von 10–15 kg Müll pro einzelner Dialysebehandlung.

[3–5] Die große Spanne des CO₂-Fußabdruckes ist auf die unterschiedlichen Nationen zurückzuführen, so sind die entstehenden CO₂-Emissionen in den USA und Australien sehr hoch, hingegen in Großbritannien deutlich niedriger. Dies ist unter anderem z. B. in Australien mit den klimatischen Bedingungen und der flächendeckenden Ausstattung mit Klimaanlage in medizinischen Einrichtungen verbunden.

Weltweit leiden geschätzt ca. 850 Mio. Menschen an einer chronischen Nierenerkrankung, davon sind aktuell ca. 2–3 Millionen Patient*innen auf eine Nierenersatztherapie angewiesen. [6]

Global ist die Tendenz der Patient*innen mit chronischer Nierenerkrankung und Nierenersatztherapie steigend. Ursächlich hierfür sind eine weltweit alternde Gesellschaft und eine zunehmend verbesserte medizinische Versorgung in Entwicklungsländern, welche immer mehr Patient*innen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) den Zugang zu einer Nierenersatztherapie ermöglicht. [7] Zudem wirken sich die Umwelt- und Klimaveränderungen mit zunehmenden Hitzeperioden negativ auf das Auftreten, den Schweregrad und die Verbreitung von Nierenerkrankungen aus. [8] Hitzestress, bei welchem zwischen chronischem und extremem Hitzestress (siehe Abb. 1) unterschieden wird, sowie Dehydrierung können zu wiederholten akuten Nierenschädigungen (AKI) führen und im langfristigen Verlauf zur Entstehung einer chronischen Nierenerkrankung, der Hitzestressnephropathie fortschreiten, vgl. Abb. 1. [9] Darüber hinaus scheint auch eine zunehmende Umweltverschmutzung, unter anderem der zunehmende Anfall von Mikroplastik, welches über Lebensmittel und Flüssigkeiten in den Körper aufgenommen wird, sich negativ auf die Nierenfunktion auszuwirken. [11]

In der Nephrologie besteht somit aufgrund der klimatischen Veränderungen und der zunehmenden Umweltverschmutzung ein zunehmendes Patient*innenaufkommen, andererseits trägt der Fachbereich selbst in großem Maße zu Entstehung von CO₂-Emissionen bei. Daher sind in der Nephrologie weltweit die Bemühungen um eine nachhaltigere und umweltfreundlichere Gesundheitsversor-

gung und somit hin zu einer „grünen Nephrologie“ und dem Erreichen der Glasgower-Klimaziele maßgebend. [8] Selbstverständlich ist, dass an erster Stelle bei allen Anstrengungen, eine „grüne Nephrologie“ zu erreichen, immer eine uneingeschränkte optimale Patientenversorgung stehen muss.

Ein erster Schritt in Richtung „grüner Nephrologie“ ist es, das Bewusstsein für die verursachten CO₂-Emissionen im Fachbereich Nephrologie zu schärfen. In einem zweiten Schritt wird „grüne Nephrologie“ mit der Notwendigkeit von einer Reduktion von Abfall, Einsparung von Wasser, Strom und Energie und der Förderung von Recycling in Verbindung gebracht. Bereits heute umsetzbare Punkte sind in Tab. 1 aufgeführt.



Darüber werden wahrscheinlich in den nächsten zehn Jahren innovative Weiterentwicklungen der Nierenersatztherapie zunehmend als Alternative zur herkömmlichen Hämodialyse und Peritonealdialyse zur Verfügung stehen, um eine klimaneutrale Patient*innen-Versorgung in der Nephrologie zu erreichen. Bereits heute stehen der Nephrologie neue Gerätegenerationen mit einer Zulassung zur Verfügung. Einerseits Geräte, welche mit Hilfe von Adsorptionsmittelkartuschen oder

Foto: © mailsonpignata – stock.adobe.com

Tab. 1: Mögliche Einsparungen mit Blick auf dem CO₂-Fußabdruck

Einsparung von Energie

- Ausbau des Einsatzes erneuerbarer Energiequellen.
- Installation von Wärmetauschern zur Rückgewinnung der Energie des erwärmten Dialysats.

Reduktion des Wasserverbrauchs

- Verwendung von effizienten Umkehrosmose-Systemen → Reduktion des Frischwasserverbrauchs.
- Recycling von aufbereitetem Wasser
- Individuelle Reduktion des Dialysatflusses → cave: keine ausreichende wissenschaftliche Datenlage.
- Peritonealdialyse → cave: Es liegen keine Daten vor, welche Menge an Wasser verbraucht wird zur Herstellung des Dialysats.

Reduktion des CO₂-Fußabdruckes

- Abfalltrennung, -minimierung und -recycling
- Vegetarische/Pflanzenbasierte Kost
- Heimhämodialyse → Möglichkeit zur Verringerung der durch Transport von Patienten und Personal verbundenen Emissionen?
- Peritonealdialyse → cave: Es liegen keine Daten bzgl. der entstehenden Emissionen durch die Produktion des Dialysats vor.
- Fördern Sie die Diskussion, überdenken Sie Ihre beruflichen Gewohnheiten (z. B. Kongressteilnahmen) und verbessern Sie den CO₂-Fußabdruck des täglichen Lebens

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Grüne Dialyse: Optionen und Ziele“ von Dr. med. Simone Cosima Boedecker-Lips und Prof. Dr. med. Julia Weinmann-Menke 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 25.06.2025 bis 24.12.2025

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 Autorinnen sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

Kryoregeneration eine Regenerationen des Dialysates ermöglichen und damit drastisch den Wasserverbrauch reduzieren auf minimal 5–10 l pro Dialysebehandlung. Alternativ gibt es sogenannte Low-Flow-Geräte, bei denen ein deutlich reduzierter Dialysat- und Blutfluss genutzt wird und Blut und Dialysat hierdurch eine längere Kontaktzeit haben, sodass hier tägliche kurze Dialysen notwendig sind und eine Wassereinsparung von bis zu 80 % erreicht werden kann. Diese Geräte können insbesondere im Bereich der Heimdialyse eingesetzt werden. Bedauerlicherweise stehen diese den Patient*innen in Deutschland aktuell nicht zur Verfügung, aufgrund der hiermit verbundenen Mehrkosten, welche von den Kostenträgern zurzeit nicht übernommen werden. Neben der Ressourceneinsparung durch den Wegfall des Patient*innen-transportes sind deutliche Einsparung des Wasserverbrauchs und somit auch der benötigten Energie möglich. Des Weiteren handelt es sich bei den meisten dieser Geräte um portable Dialysegeräte, welche für Patient*innen mit terminaler Nierenkrankheit mit einem deutlichen Gewinn an Lebensqualität verknüpft sind, aufgrund der individuellen örtlichen und zeitlichen Gestaltung der Dialysebehandlungen. [12]

Als weitere Entwicklung gibt es das Bestreben, tragbare Dialysegeräte sowohl

für die Hämodialyse als auch die Peritonealdialyse zu entwerfen. Beispielhaft ist hier ein kleines, tragbares Heimdialysegerät zu nennen, das auf einer neuen Technik der Peritonealdialyse basiert. Das System rezirkuliert und regeneriert das Dialysat kontinuierlich mit Hilfe von Sorbentien und ermöglicht hierdurch eine deutlich verbesserte Dialysequalität.

Darüber hinaus wird mit Hochdruck an Lösungsansätzen für einen realen Organersatz geforscht. Als vielversprechendste sind hier die Xenotransplantation, die Stammzellforschung und die Forschung an „künstlichen“ Niere zu nennen. [13, 14] Nicht unbedeutender wird es zudem zukünftig nötig sein, den medizinischen bzw. nephrologischen Arbeitsalltag mit Blick auf effektivere Arbeitsabläufe, der Vermeidung von wiederholender Diagnostik und die Verschiebung des Stellenwertes von Screening und Prävention chronischer Nierenkrankheit umzugestalten. Die Prävention spielt im aktuellen medizinischen Alltag nur eine untergeordnete Rolle und wird bedauerlicherweise auch abrechnungstechnisch praktisch nicht abgebildet.

Des Weiteren hat sich mit aktuell zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten, u. a. durch die Zulassung von Natrium-Glucose Cotransporter-2-Inhibitoren (SGLT2i) zur Behandlung der CKD und zunehmenden krankheitsspezifischen Therapieoptionen

für Patient*innen mit Glomerulonephritiden, die Prognose der Patient*innen mit chronischen Nierenkrankheiten deutlich verbessert, indem das Fortschreiten des Nierenfunktionsverlustes reduziert werden kann. Hiermit verbunden ist zudem eine deutliche Reduktion von kardiovaskulären Komplikationen zu erwarten. Dies lässt die Hypothese aufstellen, dass bevölkerungsweite Screeninguntersuchungen möglicherweise bereits heute kostendeckend wären. Hierzu fehlen jedoch aktuell Daten, um ein bevölkerungsweites Screening auf chronische Nierenkrankheiten in Deutschland zu empfehlen.

Abschließend ist zudem das Thema Nierentransplantation zu nennen, welches eine optimale Patientenversorgung und niedrige Kosten für das Gesundheitssystem mit einer geringeren ökologischen Belastung verbindet. Aufgrund dessen sollte sowohl von medizinischer als auch von politischer Seite das Thema Organspende und -transplantation maximal gefördert werden.

**Dr. med.
Simone Cosima
Boedecker-Lips**



Foto: privat

**Prof. Dr. med.
Julia Weinmann-
Menke**



Foto: privat

beide: I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Nephrologie, Rheumatologie und Nierentransplantation, Universitätsmedizin Mainz

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

Multiple-Choice-Fragen: Grüne Dialyse: Optionen und Ziele

VNR: 2760602025221790005

(eine Antwort ist richtig)

1. Wie hoch ist der prozentuale jährliche CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens bezogen auf die Gesamt-Emissionen in Deutschland?

- 1) 4,5%
- 2) 4,7%
- 3) 5,2%
- 4) 5,5%
- 5) 5,7%

2. Was ist in der ressourcenintensiven Nierenersatztherapie mit keiner hohen Umweltbelastung verbunden?

- 1) Der Wasserverbrauch für die Herstellung des Dialysats.
- 2) Der Energieverbrauch.
- 3) Der Materialverbrauch.
- 4) Der Transport von Personal und Patient*innen.
- 5) Die digitale Infrastruktur.

3. Erläutern Sie den Begriff Hitzestress-nephropathie:

- 1) Eine akute Nierenschädigung, die durch Dehydration bei vermehrtem Schwitzen verursacht wird.
- 2) Eine neue Entität der chronischen Nierenkrankheit, welche durch chronischen oder wiederholten extremen Hitzestress und Dehydration zu rezidierten akuten Nierenschädigungen führt.
- 3) Physiologisch ist unter anderem eine periphere Vasokonstriktion ursächlich.
- 4) Eine akute Nierenschädigung, die durch extreme Hitze verursacht wird.

5) Die Thermoregulation spielt hierbei keine ursächliche Rolle.

4. Welche Reduktionsmaßnahme zur Minimierung des CO₂-Fußabdruckes ist wissenschaftlich aktuell nicht belegt und kann nur patientenindividuell durchgeführt werden?

- 1) Reduktion des Dialysatflusses
- 2) Recycling von medizinisch kontaminiertem Abfall
- 3) Umstellung von Hämodialyse auf Peritonealdialyse
- 4) Vegetarische/Pflanzenbasierte Kost
- 5) Einsatz von erneuerbaren Energiequellen

5. Welche nephroprotektive Maßnahme hat die Prognose der Patient*innen mit chronischer Nierenkrankheit maßgeblich in jüngerer Zeit verbessert?

- 1) ACE-Hemmer
- 2) Sartan
- 3) Aldosteron-Antagonisten
- 4) Calciumkanalblocker
- 5) SGLT2-Inhibitoren

6. Was zählt zu den Hauptquellen des CO₂-Fußabdrucks bei der Hämodialyse?

- 1) Überdosierung von Medikamenten
- 2) Nutzung fossiler Medikamente
- 3) Wasser- und Energieverbrauch sowie Materialaufwand
- 4) Fehlende Hygienevorschriften

7. Was ist ein Ziel der „grünen Nephrologie“?

- 1) Dialysegeräte mit KI-Steuerung zu entwickeln
- 2) CO₂-Ausstoß vollständig auf andere Fachbereiche zu verlagern
- 3) Nachhaltigkeit bei gleichbleibender Versorgungsqualität
- 4) Dialysebehandlungen auf drei Tage pro Woche zu reduzieren

8. Wie viel Wasser wird pro Dialysebehandlung durchschnittlich verbraucht?

- 1) 100–200 Liter
- 2) 200–300 Liter
- 3) 300–600 Liter
- 4) 600–900 Liter

9. Was ist eine potenzielle Einschränkung bei der Reduktion des Dialysatflusses?

- 1) Keine Einsparung von Strom
- 2) Zunahme von Infektionen
- 3) Unzureichende wissenschaftliche Datenlage
- 4) Höherer Materialverbrauch

10. Warum spielt Prävention chronischer Nierenkrankheit derzeit eine untergeordnete Rolle?

- 1) Fehlendes Fachpersonal
- 2) Geringe Akzeptanz bei Patient*innen
- 3) Keine Abbildung im Abrechnungssystem
- 4) Keine medizinische Relevanz

Foto: Werner Hilpert – stock.adobe.com



Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt/M.

Nach Nierentransplantation: Kardiovaskuläres Risiko unter Langzeitimmunsuppression

VNR: 276060205229120007

Prof. Dr. med. Bernd Krüger

Einleitung

Eine Nierentransplantation (NTx) gilt als „Goldstandard“ für Patienten mit einer chronischen (dialysepflichtigen) Nierenerkrankung im Stadium G5/G5D (D = Dialyse). Diese bietet neben einer signifikant verbesserten Lebensqualität auch eine deutlich verbesserte Lebenserwartung. Dennoch ist zur Aufrechterhaltung der Organfunktion eine lebenslange Immunsuppression notwendig, die eine der großen Herausforderungen in der Langzeitversorgung darstellt. Aufgrund der steigenden Gesamtzahl der durchgeführten Transplantationen, aktuell haben bereits weit mehr als 100.000 Patientinnen und Patienten in Deutschland eine Nierentransplantation erhalten bei immer besseren (Transplantat-) Überlebensraten. Derzeit liegen diese je nach Grunderkrankung und immunologischen Status teils > 93–95 % nach einem Jahr, sodass sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte in ihrem Alltag mit transplantierten Patientinnen und Patienten konfrontiert sehen (www.DSO.de).

Das Ziel einer jeden Transplantation sowie einer anschließenden Rehabilitation ist neben der gesundheitlichen Wiederherstellung ebenfalls die Wiederherstellung einer möglichst vollständigen sozialen wie auch beruflichen Teilhabe. Die interdisziplinäre Nachsorge stellt hierbei einen Schlüsselbeitrag für den Langzeiterfolg nach Organtransplantation dar.

Tab. 1: Traditionelle kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Arterielle Hypertonie
- Hypercholesterinämie
- Diabetes mellitus
- linksventrikuläre Hypertrophie
- Adipositas
- Nikotinabusus
- positive Familienanamnese

Ziel dieses Artikels ist, die wesentlichen Aspekte der (Langzeit-)Immunsuppression in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko darzulegen und potenzielle individualisierte Therapieansätze und Strategien zur Optimierung des Risikos in der Nachsorge zu erläutern.

Immunsuppressive Regime

In der Frühphase nach einer (Nieren-) Transplantation steht neben den operativen Risiken insbesondere das Risiko einer akuten Rejektion im Vordergrund der Behandlung. Daher erfolgt in den meisten Fällen intraoperativ sowie in den ersten Tagen nach Transplantation zusätzlich zur Basisimmunsuppression eine sogenannte Induktionstherapie. Dabei kommen in Abhängigkeit des immunologischen Risikos wie auch nach zentrumsabhängigen Präferenzen mono- oder polyklonale Antikörper zum Einsatz. Die Protokolle der sogenannten Basisimmunsuppression, die im Allgemeinen lebenslang eingenommen werden muss, um immunologische Abstoßungsreaktionen zu vermeiden, basieren in den allermeisten Fällen auf einer Kombination aus einem Calcineurininhibitor (Cyclosporin A bzw. in den meisten Fällen in jüngerer Zeit Tacrolimus), einem Proliferationshemmer (im Allgemeinen Mycophenolatmofetil [MMF] oder Mycophenolsäure [MFA]) sowie in den allermeisten Fällen einem Kortikosteroid. In besonderen Fällen werden auch Kombinationen mit einem mTOR-Inhibitor („mammalian target of Rapamycin“) wie Sirolimus oder Everolimus mit einem Steroid und/oder Proliferationshemmer eingesetzt. In bestimmten Situationen findet auch an Stelle der Calcineurininhibitoren ein sogenannter Co-Stimulationblocker (Belatacept) Anwendung, der als einziges derzeit regelhaft eingesetztes Immunsuppressivum intravenös verabreicht werden muss;

im Langzeitverlauf muss dies alle vier Wochen erfolgen.

Insbesondere bei den Calcineurininhibitoren sowie den mTOR-Inhibitoren sollte unbedingt auf eine Interaktion mit anderen, teils auch freiverkäuflichen, Medikamenten geachtet werden [1]. Diese Interaktionen können zu einer relevanten Beeinflussung des Medikamentenspiegels führen und einerseits deutliche Spiegelanstiege mit der Entwicklung einer Toxizität, z. B. bei gleichzeitiger Gabe eines Makrolids wie Clarithromycin, und andererseits auch zu Wirkspiegelabfällen mit erhöhtem Risiko einer Transplantatabstoßung, wie beispielsweise bei gleichzeitigem Einsatz von Rifampicin oder dem freiverkäuflichen Johanneskraut, führen [1, 2].

Daher ist eine regelmäßige Spiegelkontrolle der Calcineurininhibitoren wie auch der mTOR-Inhibitoren essenziell. Hierbei hängt der angestrebte therapeutische Spiegel von verschiedenen Faktoren ab, wie dem transplantierten Organ, der Zeit nach erfolgter Transplantation, von der Wahl des verwendeten immunsuppressiven Protokolls, vom persönlichen immunologischen Risiko sowie von der Transplantationsvorgeschichte, d. h. gab es bereits ei-

Tab. 2: Nicht-traditionelle kardiovaskuläre Risikofaktoren

- „eingeschränkte“ Nierenfunktion per se
- Störungen des Kalzium/Phosphatstoffwechsels
 - Hyperkalzämie
 - Hyperphosphatämie
- Proteinurie
- Immunsuppression
- Adipositas (BMI > 30)
- akute Rejektionen
- geringe körperliche Aktivität
- Dialysedauer vor NTx
- „Mikroinflammation“



ne oder mehrere Abstoßungsreaktionen. Daher ist es unabdingbar, einerseits den Patienten über die Ziele zu informieren, aber andererseits auch, entsprechende Informationen zeitnah an die mitbehandelnden Kolleginnen und Kollegen zu kommunizieren. Die zukünftige umfängliche Verwendung der elektronischen Patientenakte bietet hier eine gute Möglichkeit der interdisziplinären Kommunikation.

Eine Änderung der therapeutischen Ziele (Umstellung der Medikation, Änderung Zielwerte der Immunsuppression) sollte immer durch die in der Transplantationsmedizin erfahrenen Kolleginnen und Kollegen erfolgen. Im Weiteren sollte, insbesondere bei Auftreten von potenziellen Medikamentennebenwirkungen, regelhaft niederschwellig Kontakt mit dem Transplantationszentrum aufgenommen werden, um eine entsprechende Umstellung bzw. Senkung der Immunsuppression zu ermöglichen. In Tab. 3 finden sich die gebräuchlichsten Immunsuppressiva mit deren häufigsten Nebenwirkungen aufgeführt.

Die Kunst in der Langzeitimmunsuppression besteht darin, die potenziellen Langzeitkomplikationen im Zuge einer individualisierten Langzeittherapie zu minimieren.

Typische Nebenwirkungen beinhalten die Nephrotoxizität, die Neurotoxizität sowie diabetogene Nebenwirkungen, insbesondere bei der Verwendung der Calcineurininhibitoren Cyclosporin und Tacrolimus. Proliferationshemmer wie Mycophenolatmofetil oder Mycophenolsäure zeigen häufiger Diarrhoen und/oder eine klinisch relevante Knochenmarksdepression mit Leukopenie und teilweise eine Thrombopenie. Zu Beginn des Verlaufs nach Transplantation zeigen sich insbesondere Infektionen viraler, bakterieller oder opportunistischer Natur als häufigste Folge der Immunsuppression. Nach Reduktion der Immunsuppression im Verlauf treten zunehmend metabolische und/oder kardiovaskuläre Risiken in den Vordergrund. Im Weiteren kommen im Langzeitverlauf zusätzlich Malignome, hier sind vor allem nicht-melanozytäre Hauttumore von Bedeutung, als Folge einer (intensiven) Immunsuppression hinzu. Führt man sich vor Augen, das mindestens 50 % der Organverluste aufgrund eines kardiovaskulären

Ereignisses eintreten, sollte hier ein besonderes Augenmerk in der Langzeitversorgung dieser Patientinnen und Patienten liegen.

Kardiovaskuläres Risiko unter Immunsuppression nach Nierentransplantation

Nach einer Nierentransplantation unterscheidet man verschiedene Risikofaktoren, die im Allgemeinen in traditionelle oder nicht-traditionelle eingeteilt werden (Tab. 1 und 2) [3–5]. Neben den traditionellen (klassischen) Risikofaktoren, die in gleicher Weise für die Allgemeinbevölkerung gelten, finden sich insbesondere in der Population der (nieren-)transplantierten Patienten sogenannte nicht-traditionelle Risikofaktoren. Zunehmend findet auch die chronische Nierenkrankheit

Foto: © Crystal light – stock.adobe.com

Tab. 3: Einfluss der verschiedenen Immunsuppressiva auf „traditionelle“ Risikofaktoren (adaptiert aus [10]).						
Adverse effect	Steroide	CsA Cyclosporin A	Tac Tacrolimus	mTORi mTOR-Inhibitoren	MMF Mycophenolat mofetil	Belatacept
Post-transplant DM	↑	↑	↑↑	↑		
Hypercholesterinämie	↑	↑	(↑)	↑↑		
Hypertonie	↑↑	↑↑	↑			↑
Osteoporose	↑↑	↑	(↑)			
Anämie und Leukopenie				↑	↑	↑
Wundheilungsstörung				↑		
Diarrhoe, Übelkeit/Erbrechen			↑		↑↑	
Proteinurie				↑↑		
GFR-Verschlechterung		↑	↑			

(CKD) zusammen mit der Albuminurie, gemessen als Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR), Eingang als nicht-klassischer Risikofaktor [6, 7]. Daher sollte bei (nieren-)transplantierten Patienten immer ein ganzheitlicher Ansatz Vorrang haben, wobei in der spezifischen Therapie der einzelnen Risikofaktoren nur wenig Unterschied zur Allgemeinbevölkerung besteht.

Risikomanagement

Der erste Schritt bzw. die erste Herausforderung des Risikomanagements nieren-transplantierten Patienten beginnt schon vor Eintritt einer chronischen dialysepflichtigen Nierenkrankheit. Basierend auf Daten des United States Renal Data System (USRDS) wurde gezeigt, dass das kardiovaskuläre Überleben nach zehn Jahren bereits dadurch signifikant vermindert war, wenn ein Patient oder Patientin erst nach einer sechsmonatigen Dialysepflichtigkeit transplantiert wurde, im Gegensatz zu Patientinnen oder Patienten, die eine präemptive, das heißt vor Eintritt einer Dialysepflicht, Transplantation erhalten haben. Daher sollte die Minimierung des kardiovaskulären Risikos bereits vor Eintritt einer Dialysetherapie beginnen und eine präemptive Transplantation thematisiert werden [4]. Eine Transplantation kann das kardiovaskuläre Risiko im Vergleich zur Dialysetherapie auf unterschiedliche Weise senken, so dass diesbezüglich eine Transplantation nach Möglichkeit immer zu favorisieren ist [8].

Die chronische Nierenkrankheit, d. h. eine eingeschränkte Nierenfunktion mit einer $eGFR < 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ und/oder einer Albuminurie ($UACR \geq 30 \text{ mg/g}$), ist nicht nur in der Allgemeinbevölkerung, sondern insbesondere bei Patienten und Patientinnen mit einer Nierentransplantation ein besonderer kardiovaskulärer Risikofaktor [9]. Daher ist ein besonderes Augenmerk nicht nur zur Senkung des kardiovaskulären Risikos, sondern verständlicherweise auch zum Erhalt der Organfunktion auf die Nierenfunktion inklusive der UACR zu legen [4, 5]. Daher kann die Auswahl bzw. die Intensität der eingesetzten Immunsuppression neben dem Erhalt der Organfunktion einen wichtigen Beitrag bzgl. positiver oder negativer Effekte auf die kardiovaskuläre Morbidität und

Mortalität haben (Tab. 3). Obwohl es häufig im Sinne einer Reduktion des kardiovaskulären Risikos oder aufgrund medikamentenassoziierter Nebenwirkungen günstig wäre, die Medikation zu verändern, sollte dies nur in Zusammenschau der gesamten Krankheitsgeschichte in enger Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum erfolgen.

Ziel, aber auch gleichzeitig eine der größten Herausforderungen, ist die nachhaltige Beeinflussung der veränderbaren Risikofaktoren.

Eine bestehende bzw. eine sich nach Transplantation entwickelnde arterielle Hypertonie findet sich je nach Publikation mit einer Prävalenz von 50–90 %, und ist damit einer, wenn nicht sogar der wichtigste, beeinflussbare Risikofaktor nach einer Nierentransplantation, der trotz Medikation meist nicht adäquat eingestellt ist [5, 11]. Nicht nur die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität ist mit einem erhöhten Blutdruck wie auch dem daraus resultierende Pulsdruck assoziiert, sondern es geht auch ein verkürztes Organüberleben damit einher [11].

Leider existieren keine Studien, die prospektiv einen idealen Zielblutdruck untersucht haben, aber vielfältige Untersuchungen konnten eine entsprechende Assoziation vergleichbar mit der Normalbevölkerung zeigen [12].

Aktuelle Leitlinien wie die KDIGO 2021 [12] oder die ESH 2023 [13] empfehlen einen Zielblutdruck nach Nierentransplantation von $< 130/80 \text{ mmHg}$, klinische Endpunktstudien liegen hierzu jedoch nicht vor [12, 13]. Wichtig hierbei ist zu beachten, dass der Blutdruck unter den üblichen Standardbedingungen gemessen werden sollte (siehe z. B. im Internet 20231004-ESH-Arztpraxis-Web.pdf).

Welche Blutdruckmedikation sollte in dieser Situation verwendet werden?

Hier stellt sich insbesondere die Frage, ob eine RAAS-Inhibition (Renin-Angiotensin-Aldosteron-System) mit einem ACE-Inhibitor oder einem AT1-Antagonisten ähnliche Vorteile wie in einem nicht transplantierten Kollektiv zeigen. Es wurden vergleichende Studien bzgl. einer favorisierten Substanz begonnen, diese wurden aber allesamt frühzeitig, ohne dass ein belastbares Ergebnis gefunden wurde, abgebro-

chen. Letztlich werden Dihydropyridin-Kalzium-Kanal-Blocker oder AT1-Rezeptorenblocker für die Erstlinientherapie vorgeschlagen (Empfehlungsgrad 1C) [12, 14]. Aufgrund ihrer kardialen Vorteile sollte aber eine RAAS-Inhibition bei den meisten nieren-transplantierten Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen. Der genaue Zeitpunkt, wann eine solche Therapie gestartet werden sollte, ist regelmäßig Gegenstand kontroverser Diskussionen. Festzuhalten gilt, dass spätestens nach Erreichen einer stabilen Nierenfunktion eine entsprechende Therapie ohne weiteres begonnen werden kann [15]. Wie in der Allgemeinbevölkerung gilt bei (nieren-)transplantierten Patientinnen und Patienten, dass eine Bewertung der bestehenden Risikofaktoren vor der Wahl der Medikation erfolgen sollte.

In älteren Untersuchungen wurde der Einfluss der immunsuppressiven Therapie auf die Entwicklung bzw. den Unterhalt einer arteriellen Hypertonie adressiert. Obwohl in älteren Arbeiten aus den 1990er-Jahren ein Einfluss der Steroide auf den Blutdruck gesehen wurde, konnte dieser in späteren Studien nicht bestätigt werden. Daher zählt heutzutage eine (niedrige) Steroidtherapie nicht zu den „Haupt“-Risikofaktoren bzgl. der Entwicklung eines Bluthochdrucks [16–19].

Seit langem ist auch bekannt, dass Calcineurin-Inhibitoren (CNI), Cyclosporin A etwas mehr als Tacrolimus, eine Hypertonie begünstigen können. Immer wieder wurde auch in diesem Zusammenhang eine Minimierungsstrategie oder eine Umstellung zu einem mTOR-Inhibitor diskutiert. In einer Cochrane-Analyse aus dem Jahre 2017 konnte in diesem Zusammenhang kein Benefit einer solchen Umstellung gefunden werden [20]. Im Weiteren kann auch eine komplett CNI-freie Therapie im Einzelfall diskutiert werden. Diese zeigt durchaus positive Effekte bzgl. des Blutdruckes, ist bzw. kann aber wiederum mit einem erhöhten Risiko einer akuten Rejektion vergesellschaftet sein.

Eine weitere Option, auf eine CNI-haltige Therapie zu verzichten, stellt Belatacept dar, ein Co-Stimulationsblocker, der alle vier Wochen intravenös gegeben werden muss, und mit einer geringeren Hypertonieeigung vergesellschaftet ist [21]. Protokolle existieren neben der de novo The-

rapie ebenfalls für eine Umstellung bei stabiler Transplantatfunktion [22].

Neben der arteriellen Hypertonie als wichtigem „traditionellen“ Risikofaktor findet sich eine Hypercholesterinämie bei nahezu jeder Patientin oder Patienten, insbesondere wenn ein LDL-Cholesterin-Ziel $< 100 \text{ mg/dl}$ (2.6 mmol/l) angesetzt wird. Wichtig zu beachten ist, dass bei den meisten transplantierten Patientinnen und Patienten ein LDL-Cholesterin-Zielwert $< 70 \text{ mg/dl}$ (1.8 mmol/l) oder $< 55 \text{ mg/dl}$ (1.4 mmol/l) anzustreben ist [23, 24].

Die tägliche Praxis zeigt jedoch, dass nur ein sehr geringer Anteil der (nieren-) transplantierten Patientin und Patienten diese Therapieziele ohne eine lipidsenkende Therapie wird erreichen können. Die ALERT-Studie konnte bereits Anfang der 2000er-Jahre zeigen, dass eine LDL-Senkung eine einfache und effektive Maßnahme darstellt, um bei dieser Patientengruppe das kardiovaskuläre Risiko zu senken [25]. Die Therapie mit Fluvastatin führte zu einer Risikoreduktion bzgl. Auftreten eines Myokardinfarktes oder kardialen Todes nach fünf Jahren von 35 % [25]. Hieraus resultierte folgerichtig die Empfehlung zur Statinbehandlung nach Transplantation [23].

Welches LDL-Ziel bei diesem Patienten anzustreben ist, ist weniger gut untersucht. Folgt man den aktuellen ESC-Leitlinien, fallen die meisten Patientinnen und Patienten aufgrund der im Allgemeinen eingeschränkten eGFR in die Gruppe mit hohem (LDL-Zielwert $< 70 \text{ mg/dl}$ (1.8 mmol/l) oder sehr hohem Risiko mit einem LDL-Zielwert $< 55 \text{ mg/dl}$ (1.4 mmol/l) [6, 24]. Kommen nun noch die transplantatspezifischen Risikofaktoren hinzu, müssen die Patienten auch ohne Hinzunahme der eGFR in eine dieser beiden Gruppen kategorisiert werden. Bekanntermaßen lässt sich über diätetische Maßnahmen lediglich eine LDL-Senkung maximal um etwa 10–15 % erreichen, so dass primär am wichtigsten erscheint, dass alle transplantierten Patientinnen und Patienten zumindest ein Statin erhalten. Hilfreich ist auch die Hinzunahme von Risikoscores, wie beispielsweise der SCORE2+CKD, um ein individuelles Risiko zu bestimmen [7].

Wurden traditionell in den Transplantationszentren das Pravastatin sowie das Flu-

vastatin aufgrund ihres CYP 450 3A/4 unabhängigen Eliminationsweg fast ausschließlich eingesetzt, die Calcineurininhibitoren werden durch dieses Enzymsystems metabolisiert, finden das deutlich potentere Rosuvastatin (ca. 55–60 % LDL-Reduktion) sowie das Atorvastatin (ca. 50–55 % LDL-Reduktion) zunehmend Verbreitung, da beide Substanzen entweder über einen unterschiedlichen Abbauweg (Rosuvastatin) metabolisiert werden oder andererseits nur eine geringe Interaktion (Atorvastatin) aufweist. Es muss aber beachtet werden, dass unter einer cyclosporinbasierten Therapie deutlich erhöhte Rosuvastatinspiegel zu verzeichnen sind, daher ist eine entsprechende Gabe nicht empfohlen. Weiterhin muss beachtet werden, dass in Deutschland formal die Anwendung von Rosuvastatin bei einer eGFR $< 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ nicht empfohlen wird bzw. kontraindiziert ist. Hier bietet sich dann, insbesondere bei einer Tacrolimus-basierten Therapie, das Atorvastatin als Alternative an, das vor allem durch Cyclosporin in seinem Abbau gehemmt wird. Häufig wird aber eine Kombinationstherapie verschiedener lipidsenkender Medikamente notwendig sein. Hier steht das Ezetimib an erster Stelle, das aber in seinem Abbau durch Cyclosporin gehemmt wird, und daher in dieser Kombination ebenfalls nicht empfohlen wird. Die weiteren gängigen Lipidsenker wie PCSK9-Hemmer bzw. die Bempedoinsäure können im Rahmen der Transplantation eingesetzt werden, da keine Interaktionen mit den gängigen Immunsuppressiva vorhanden sind. Jedoch

ist auch hier zu beachten, dass die Bempedoinsäure formal bei einer eGFR $< 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ nicht empfohlen wird sowie die PCSK9 Inhibitoren/Translationshemmer einer Verordnungseinschränkung unterliegen. Fibrate sollten, wie auch in der Allgemeinbevölkerung, nur Ausnahmefällen vorbehalten bleiben. (vgl. Tab. 4)

Ein weiterer wichtiger und auch beeinflussbarer Risikofaktor nach Transplantation ist der Diabetes mellitus, vor allem der, der erst nach einer stattgehabten Transplantation auftritt oder apparent wird. Die Benennung eines solchen variierte in den vergangenen Jahren und wird heute, da ein Diabetes mellitus bei vielen Patienten an der Dialyse inapparent bleibt, als **Posttransplantation Diabetes Mellitus (PTDM)** bezeichnet. Pathophysiologisch liegt eine Betazellfunktionsstörung +/- eine periphere Insulinresistenz vor [10]. Die Häufigkeit eines PTDM variiert in der Literatur aufgrund der verschiedenen Definitionen und der unterschiedlichen Nachsorgestrategien stark und reicht bis zu 30 % [26, 27]. Auffällig hierbei ist die stetige Abnahme der Inzidenz in jüngerer Zeit [28].

Die Diagnose und Therapie eines PTDM stellen die Behandelnden immer wieder vor Herausforderungen. Gerade die transiente medikamentös induzierte Hyperglykämie, die häufig in der Frühphase nach Transplantation auftreten kann, ist nicht immer problemlos von einem manifesten PTDM zu unterscheiden. Wichtig hierbei zu wissen ist, dass in den ersten Monaten nach Transplantation der HbA1c als Marker eines Diabetes mellitus und somit eines PTDM nur eingeschränkt nutz-

Tab. 4: Lipidsenkende Therapieoptionen

Substanz	Ciclosporin	Tacrolimus	eGFR $< 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
Atorvastatin	⚠️ Dosisanpassung	✅ Sicherer	✅ Möglich
Bempedoinsäure	✅ Sicher	✅ Sicher	⚠️ Vorsicht
Ezetimib	⚠️ Vorsicht	✅ Sicher	✅ Sicher
Fluvastatin	✅ Sicher	✅ Sicher	✅ Sicher
PCSK9-Hemmer	✅ Sicher	✅ Sicher	✅ Sicher
Pravastatin	✅ Sicher	✅ Sicher	⚠️ Vorsicht
Rosuvastatin	❌ Kontraindiziert	✅ Möglich	❌ Kontraindiziert

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Nach Nierentransplantation: Kardiovaskuläres Risiko unter Langzeitimmunsuppression“ von Prof. Dr. med. Bernd Krüger 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 25.06.2025 bis 24.12.2025

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 des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

bar ist [29]. In der Frühphase nach Transplantation wird unter Verwendung des HbA1c das Vorhandensein einer PTDM unterschätzt. Erst nach ca. neun bis zwölf Monaten kann dieser, bei stabiler Transplantatfunktion und Stabilisierung der Erythropoese, wieder valide eingesetzt werden. Daher spielen in der Frühphase weitere Screeningtests wie regelmäßige Blutzuckermessungen oder ein oraler Glukosetoleranztest eine große Rolle [10, 29].

Wie sollte nun ein PTDM therapiert werden?

Wenn man sich die verschiedenen Nebenwirkungsprofile der Immunsuppressiva betrachtet (Tab. 3), wäre eine spezifische Auswahl bzw. Verzicht einer bestimmten immunsuppressiven Therapie mit einer Verbesserung eines bestehenden bzw. ein geringeres Auftreten eines PTDM möglich. Zuallererst erscheint der Verzicht bzw. das Absetzen der Steroide ein guter Ansatzpunkt zur Vermeidung oder Verbesserung eines PTDM. In der multizentrischen Harmony-Studie wurde unter anderem ein frühes und rasches Ausschleichen der Steroide mit einem Standardregime verglichen. Hierbei kam es zu einer signifikanten Reduktion eines PTDM nach zwölf Monaten [30].

Neben der Vermeidung der Steroide könnten auch der reduzierte Einsatz oder auch die Vermeidung pro-diabetogener Immunsuppressiva unabhängig von den Steroiden eine Option darstellen. Hier kann auf verschiedene Konversionsstudien (HERAKLES, ZEUS) zurückgegriffen werden, bei denen der CNI gegen Everolimus

ausgetauscht worden ist. Interessanterweise traten hier nach einem Jahr keine signifikanten Unterschiede bzgl. des Auftretens eines PTDM auf [31].

Neben einer Konversion zu Everolimus kann auch der Umstieg von Tacrolimus, das eine deutlich höhere diabetogene Potenz als Cyclosporin besitzt, positive Effekte bringen, wie sich in einer kleinen Studie zeigen ließ [32]. Vergleichbare Vorteile scheint es bei Einsatz von Belatacept zu geben [33]. Für die Wahl des immunsuppressiven Regimes gilt am Ende aber, dass das beste Patienten- und Organüberleben erreicht wird, unabhängig vom Risiko eines PTDM [29].

Die weitere Therapie umfasst prinzipiell alle bekannten Optionen unter Berücksichtigung der spezifischen Kontraindikationen, insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion. Bei diskordanten Ergebnissen zweier Screeningtests sollte immer der pathologische Wert erneut bestimmt werden, so dass die gleichen Therapiegrundsätze wie für jeden anderen Diabetes mellitus gelten [34]:

- Lebensstiländerung mit körperlicher Bewegung (nach KDIGO 5 x 30 min/Woche)
- Diabetes- und Ernährungsberatung bzw. -schulung
- Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie umfasst die seit Jahren bekannten und sicher einsetzbaren (oralen) Antidiabetika wie Metformin, DDP-4-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Agonisten oder die verschiedenen Insuline. Zunehmend haben auch die SGLT2-Inhibitoren immer mehr an Bedeutung gewonnen, nicht nur in der Behandlung ei-

nes PTDM. Die teils drastische Risikoreduktion kardiovaskulärer Ereignisse wie auch für die Progression einer diabetischen Nephropathie haben auch den Einsatz in der (Nieren-) Transplantation gefördert [35, 36]. Bisherige Daten aus einer retrospektiven Kohortenstudie zeigen erfolgversprechende Überlebensvorteile, aber erst mit Abschluss der renal lifecycle study werden randomisierte Daten vorliegen [37, 38].

Zusammenfassung

Das kardiovaskuläre Risiko nach Langzeitimmunsuppression nach Nierentransplantation stellt die Behandler immer wieder vor Herausforderungen, um gesteckte Behandlungsziele erreichen zu können. Diese sind mit denen in der Normalbevölkerung hinsichtlich klassischer Risikofaktoren vergleichbar. Von den verfügbaren Antihypertensiva sollen insbesondere RAAS-Blocker und Dihydropyridin-Kalziumantagonisten Verwendung finden. Als lipidsenkende Therapie sollten vorzugsweise Statine wie Fluvastatin, Rosuvastatin und Atorvastatin zum Einsatz kommen. Aufgrund ihres günstigen kardiovaskulären Profils werden GLP-1-Agonisten und SGLT-2 Hemmer auch zunehmend interessant bei Patienten mit einem Diabetes mellitus nach einer Transplantation. Änderungen des immunsuppressiven Regimes, die das kardiovaskuläre Risiko grundsätzlich positiv beeinflussen könnten, müssen immer bzgl. des möglichen Auftretens potenzieller Nebenwirkungen wie eine akute Rejektion abgewogen werden und sollten nur in Absprache mit dem federführendem Transplantationszentrum initiiert werden.

Prof. Dr. med. Bernd Krüger, MHBA

Medizinische
Klinik III,
Klinikum Darmstadt

E-Mail:
[bernd.krueger@
mail.klinikum-
darmstadt.de](mailto:bernd.krueger@mail.klinikum-darmstadt.de)



Foto: Klinikum Darmstadt

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

Multiple-Choice-Fragen: Nach Nierentransplantation: Kardiovaskuläres Risiko unter Langzeitimmunsuppression

VNR: 276060205229120007

(eine Antwort ist richtig)

1. Welcher der folgenden Faktoren ist kein traditioneller kardiovaskulärer Risikofaktor bei nierentransplantierten Patienten?

- 1) Hypertonie
- 2) Hypercholesterinämie
- 3) Diabetes mellitus
- 4) Chronische Nierenkrankheit
- 5) Rauchen

2. Welche Blutdruckzielwerte werden nach aktuellen Leitlinien (KDIGO 2021/ESH 2023) für nierentransplantierte Patienten empfohlen?

- 1) < 140/90 mmHg
- 2) < 130/80 mmHg
- 3) < 120/70 mmHg
- 4) < 135/85 mmHg
- 5) < 125/75 mmHg

3. Welche LDL-Zielwerte gelten laut ESC-Leitlinien für die meisten nierentransplantierten Patienten?

- 1) < 100 mg/dl
- 2) < 90 mg/dl
- 3) < 80 mg/dl
- 4) < 70 mg/dl oder < 55 mg/dl
- 5) < 60 mg/dl

4. Welches Statin sollte nicht bei nierentransplantierten Patienten eingesetzt werden, wenn eine Cyclosporin-basierte Therapie vorliegt?

- 1) Rosuvastatin
- 2) Atorvastatin
- 3) Simvastatin
- 4) Pravastatin
- 5) Fluvastatin

5. Was ist ein typischer Zeitpunkt, ab dem der HbA1c-Wert nach Nierentransplantation zur Diagnostik eines Diabetes mellitus wieder valide eingesetzt werden kann?

- 1) Nach einem Monat
- 2) Nach drei Monaten
- 3) Nach sechs Monaten
- 4) Nach neun bis zwölf Monaten
- 5) Nach 18 Monaten

6. Welches dieser Immunsuppressiva ist am stärksten mit der Entwicklung eines Posttransplantationsdiabetes (PTDM) assoziiert?

- 1) Cyclosporin A
- 2) Tacrolimus
- 3) Mycophenolatmofetil
- 4) Belatacept
- 5) Everolimus

7. Warum ist der HbA1c in den ersten Monaten nach Transplantation als Diagnostikum für einen Posttransplantationsdiabetes (PTDM) nur eingeschränkt verwendbar?

- 1) Wegen vermehrter Diurese
- 2) Wegen fehlender Blutzuckerschwan-
kungen
- 3) Wegen Anämie-induzierter Fehlmessungen
- 4) Wegen Glukokortikoidinterferenz
- 5) Wegen einer verzögerten Stabilisierung der Erythropoese

8. Welche Aussage zu Medikamenteninteraktionen in Zusammenhang mit Immunsuppressiva ist richtig?

- 1) Die gleichzeitige Gabe von Cyclosporin A und Rosuvastatin führt zu einer verminderten LDL-Senkung.

2) Die Einnahme von Naturheilmitteln kann eine akute Abstoßungsreaktion auslösen.

3) Tuberkulostatika haben keinen Einfluss auf die Zielspiegel der eingesetzten Immunsuppressiva.

4) Medikamenteninteraktionen führen zu keiner verstärkten Nephrotoxizität.

5) Nahrungsmittel haben keinen Einfluss auf die Aufnahme der Immunsuppressiva.

9. Welche antihypertensive Substanzklasse sollte nicht bevorzugt bei nierentransplantierten Patienten verwendet werden?

- 1) RAAS-Blocker
- 2) Dihydropyridin-Kalziumantagonisten
- 3) Betablocker
- 4) ACE-Hemmer
- 5) AT1-Rezeptorblocker

10. Welche Aussage zur Behandlung eines Posttransplantationsdiabetes (PTDM) ist richtig?

- 1) Eine orale Diabetestherapie ist bei einem PTDM nicht indiziert.
- 2) Eine Therapie des PTDM sollte frühstens nach sechs Monaten post-transplant erfolgen.
- 3) Die Therapie des PTDM orientiert sich an der Therapie der Allgemeinbevölkerung.
- 4) Ein erster Schritt stellt immer die Umstellung der Immunsuppression dar.
- 5) Aufgrund Interaktionen ist Metformin für die Behandlung des PTDM kontraindiziert.

Wieder Papierausgabe gewünscht?

Sie erhalten das Hessische Ärzteblatt digital, möchten aber nicht auf die gedruckte Ausgabe verzichten? Bestellen Sie Ihr Printexemplar einfach über das Portal der LÄKH oder per Mail an: meldewesen@laekh.de

Ambulantisierungspotenzial auf tönernen Füßen

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch, Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf

Eine Analyse bundesweiter Krankenhausabrechnungsdaten aus dem Jahr 2022 zeigt, dass von insgesamt 14,8 Millionen vollstationären Behandlungsfällen (ohne Entbindungen und Neugeborene) rund 2,6 Millionen Fälle (17,3 %) laut IGES-Modell und 3,2 Millionen Fälle (21,8 %) laut AOP-Katalog potenziell ambulant erbracht werden könnten. Beide Modelle identifizierten übereinstimmend 1,1 Millionen Fälle als ambulantisierbar. Dies entspricht einem rechnerischen Ambulantisierungspotenzial von ca. 7 % der stationären Fälle [1].

Die politisch gewollte Ambulantisierung stationärer Leistungen ist ein zentrales Element der Krankenhausreform in Deutschland. Ziel ist es, die stationäre Versorgung zu entlasten, Kosten zu senken und medizinisch nicht zwingend stationär durchzuführende Leistungen ambulant zu erbringen. Diese Logik basiert auf überwiegend retrospektiven Studien zum Ambulantisierungspotenzial sowie auf internationalen Vergleichen, insbesondere innerhalb der OECD. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich jedoch erhebliche methodische, strukturelle und ethische Probleme.

Zur Begründung einer vermeintlichen Überversorgung wird regelmäßig angeführt, dass Deutschland mit rund sechs Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner deutlich über dem OECD-Durchschnitt von vier liege. Dieser Wert wird häufig als Benchmark genutzt, ohne weitere statistische Kontextualisierung (z. B. Streuung, Median, Quartilsabstand). Dies ist methodisch problematisch, da die OECD-Länder äußerst heterogene Gesundheitssysteme umfassen.

So liegt die Bettenzahl in Japan und Südkorea bei über zwölf, in Großbritannien hingegen unter drei Betten pro 1.000 Einwohner. Die alleinige Nennung des Mittelwerts ohne Konfidenzintervall oder Angaben zur Verteilung stellt eine statistische Verkürzung dar, die das Risiko politischer Fehlinterpretation in sich trägt.

Die offiziell ausgewiesene Bettenkapazität vieler Krankenhäuser spiegelt zuneh-

mend nicht mehr die real verfügbare Versorgungsleistung wider. Aufgrund des anhaltenden Pflegekräftemangels kann ein erheblicher Teil dieser Betten nicht betrieben werden. Dennoch wird dieser Rückgang der tatsächlichen Versorgungskapazität bislang nicht systematisch erfasst oder transparent gemacht. De facto findet eine schleichende Bettenreduktion statt – ein struktureller Abbau von Versorgung, der sich dem öffentlichen Blick entzieht und gesundheitspolitisch bisher kaum adressiert wird. Diese Intransparenz untergräbt das Vertrauen in die Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems und erschwert evidenzbasierte Entscheidungen über Ressourcenallokation und Krankenhausplanung.

Es braucht dringend eine ehrliche Bestandsaufnahme: Wie viele Betten stehen wirklich zur Verfügung – personell abgesichert und medizinisch sinnvoll betreibbar? Ein weiteres Kernargument zur Rechtfertigung der Ambulantisierung ist der Mangel an Pflege- und Fachpersonal in Kliniken. Dieses Argument greift jedoch zu kurz, da der Fachkräftemangel gleichermaßen den ambulanten Sektor betrifft. Eine bloße Verlagerung von Leistungen ohne parallelen Strukturaufbau im niedergelassenen Bereich führt weder zu einer Entlastung noch zu einer Qualitätssteigerung – im Gegenteil: Es drohen neue Versorgungslücken, insbesondere im ländlichen Raum.

Die Ambulantisierungsstrategie wird rhetorisch als „individualisierte Entscheidung“ dargestellt. In der Praxis wird jedoch ein komplexes Kontrollregime (Controlling, Medizinischer Dienst der Krankenkassen) mit starken normativen Elementen etabliert, das auf der sogenannten Kontextfaktorenprüfung basiert. Diese sieht vor, dass jede stationäre Leistung anhand vorgegebener standardisierter Ausschlusslisten (z. B. Gebrechlichkeit, Beatmung, soziale Umstände) dokumentiert und begründet werden muss – mit dem Risiko von Fehleinschätzungen mit konsekutiven Regressen. Die Folge ist eine Abwertung des ärztlichen Urteils zu einer formalisierten Ab-

frage von Ausschlussfaktoren – wenn es sein muss auch ohne Patientenkontakt bei simultaner drastischer Erhöhung des bürokratischen Aufwandes. Ziel ist nicht mehr die individuelle ärztliche Einschätzung des Patienten, sondern die Abfrage eines beliebigen Fragekataloges.

Dies steht diametral zum Grundelement jedweden ärztlichen Handels: die Entscheidung, ob ein Patient stationär oder ambulant operiert werden sollte, lässt sich nicht allein durch metrische Kennzahlen oder standardisierte Kontextfaktoren treffen, sie berührt den Kern ärztlicher Kompetenz – die Fähigkeit, auf Basis klinischer Erfahrung, Intuition und eines ganzheitlichen Blicks auf den individuellen Patienten zu entscheiden. Diese ist nicht algorithmisierbar!

Die Rechnungsstellung von Krankenhausleistungen in Deutschland erfolgt innerhalb des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) über Kodierungen von Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen. Diese Abrechnungsdaten (sog. Routinedaten) werden dann dazu benutzt, um Sekundäranalysen durchzuführen, wie sie zum Beispiel zum Ambulantisierungspotential von Pioch et al. [1] vorgenommen wurden.

Dabei verweisen die Autoren auf die methodischen Leitlinien der „Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS)“ [2]. Diese stellt sicher, dass die Auswertung retrospektiver Abrechnungsdaten transparent, reproduzierbar und methodisch nachvollziehbar erfolgt. Dennoch bleibt ein strukturelles Problem bestehen: Sekundärdaten wie die DRG-Statistik sind in ihrer Tiefe begrenzt. Sie bilden z. B. keine sozialen Begleitumstände, häuslichen Versorgungsbedingungen oder die tatsächliche klinische Komplexität (wie Gebrechlichkeit, Pflegebedarf, Compliance, Nachsorge) vollständig ab.

Wie valide eine Sekundäranalyse von Routinedaten sein kann, hat das Bundesverfassungsgericht 2019 festgestellt [3]: Da es auf Grund der Komplexität des DRG-Systems zu erheblichen Fehlkodierungen kommen kann, sind die auf der retrospektiven Auswertung dieser Daten gezoge-

nen Schlussfolgerung in der Regel mit einer erheblichen Unschärfe behaftet.

Passend hierzu stellte der Bundesrechnungshof ebenfalls 2019 fest [4], dass jede zweite Krankenhausabrechnung im geprüften Zeitraum fehlerhaft war. Diese strukturellen Mängel betreffen unmittelbar die Validität von Studien, die auf Routinedaten basieren – also auch das hier kritisierte Ambulantisierungsgutachten. Die Anwendung von Kontextfaktorenprüfungen (wie im IGES-Modell vorgeschlagen) kann methodisch helfen, die Datenglage zu verbessern, ersetzt aber nicht die klinische Realität oder das individuelle ärztliche Urteil. Eine automatisierte Ableitung von Versorgungsentscheidungen auf Basis unvollständiger Daten birgt das Risiko einer algorithmischen Verzerrung patientenzentrierter Versorgung.

Zentrales Problem der aktuellen Argumentationslinie ist das Menschenbild, das ihr zugrunde liegt: Der Patient erscheint als Fallpauschale mit OPS-Kodes, nicht als individuelles Subjekt mit sozialen, psychischen und körperlichen Kontextbedingungen. Eine derart technokratische Per-

spektive läuft der Idee einer patientenzentrierten Medizin zuwider und wird insbesondere der älteren, multimorbiden oder sozial prekären Bevölkerung nicht gerecht. Nicht zuletzt wird dadurch die Autonomie des erkrankten Menschen eingeschränkt und eine neue Form des Paternalismus („Ich weiß was für dich gut ist“) auf diese Weise etabliert.

In einem zunehmend polarisierten politischen Klima wirkt die wahrgenommene Aushöhlung wohnortnaher Versorgung nicht neutral. Klinikschließungen, weite Wege, überlastete Praxen, überlastete zentrale Notfallaufnahmen von Kliniken und überbordende Bürokratie vermitteln vielen Menschen den Eindruck „der Staat spart auf unsere Kosten“. Diese Erfahrung verstärkt das Misstrauen gegenüber Institutionen, Parteien und Experten. Genau in diese Lücke stoßen populistische Narrative: „Früher gab es ein Krankenhaus im Ort – heute nur noch Abrechnungslogik.“ Insofern ist die aktuelle Ambulantisierungsstrategie nicht nur eine medizinische, sondern auch eine demokratiepolitische Herausforderung.

**Prof. Dr. med.
Dr. med. dent.
Ernst Hanisch**

E-Mail:
e.hanisch@
em.uni-frankfurt.de



Foto: privat

**Prof. Dr. med.
Hans-Bernd Hopf**

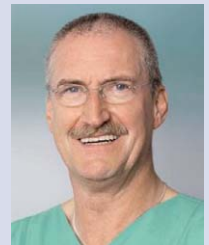
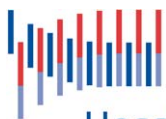


Foto: Asklepios Klinik Langen

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.



**Hessisches
Krebsregister**

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

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

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 10.09.2025, 13:30–15:45 Uhr, online (Webex), 3 CME
Meldekonzferenz „Malignes Melanom“	In der Meldekonzferenz wird die Dokumentation maligner Melanome thematisiert.	Mi., 22.10.2025, 14–17 Uhr, Präsenz (Landesärztekammer Hessen) oder online (Webex), Fortbildungspunkte werden beantragt.
Schulungsvideos auf YouTube	In dem YouTube-Kanal des Hessischen Krebsregisters stehen einige Schulungsvideos für die Tumordokumentation zur Verfügung.	YouTube-Kanal: @hessisches-krebsregister

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



Aus der Praxis für die Praxis: Die Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ an der Akademie

Die Bedeutung der Ernährungsmedizin hat in jüngerer Zeit deutlich zugenommen. Zivilisationskrankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nahrungsmittelintoleranzen stehen zunehmend im Fokus der ärztlichen Prävention und Therapie – häufig mit starkem ernährungsmedizinischen Bezug.

Strukturiert, wissenschaftlich fundiert und praxisnah

Das Curriculum der Zusatzweiterbildung verfolgt einen interdisziplinären Ansatz: Neben medizinischen Grundlagen stehen Aspekte der Psychologie, Soziologie, Biochemie, Ökonomie sowie methodische Kompetenzen im Mittelpunkt. Die Lerninhalte reichen von den Grundlagen der Ernährungsphysiologie über ernährungstherapeutische Konzepte bis hin zu Qualitätssicherung und ethischen Fragen der künstlichen Ernährung.

Klare Strukturen

In den Fallseminaren entwickeln die Teilnehmenden Diagnose- und Therapiepläne, simulieren Beratungssituationen und diskutieren im kollegialen Austausch verschiedene Ernährungsstrategien. Die Dozenten – überwiegend erfahrene Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin – bringen neben fundiertem Fachwissen auch langjährige Praxiserfahrung ein.

Moderne Formate wie Blended-Learning sind ebenfalls integriert: Ein E-Learning-Anteil ermöglicht flexibles Lernen im eigenen Tempo, abgestimmt auf die Präsenzveranstaltungen.

Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Die strukturierte Fortbildung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, insbesondere aus den Bereichen All-

gemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie oder Onkologie. Spezielle Vorkenntnisse in Ernährungsmedizin sind nicht erforderlich. Die Teilnahme kann sowohl der eigenen Kompetenzerweiterung als auch der Vorbereitung auf eine Tätigkeit in einer Schwerpunktpraxis dienen.

Mehrwert und berufliche Perspektiven

Mit dem Erwerb der Zusatzweiterbildung „Ernährungsmedizin“ eröffnen sich neue berufliche Perspektiven – sei es durch die Einrichtung eigener ernährungsmedizinischer Sprechstunden, die Mitarbeit in interdisziplinären Ernährungsteams oder die Zusammenarbeit mit Krankenkassen im Bereich der Prävention (§20 SGB V). Auch eine Zertifizierung als ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxis ist möglich.

Besonderes Augenmerk wird auch auf die Abrechnungsmöglichkeiten gelegt: Das Curriculum vermittelt Kenntnisse über die Abrechnungsmöglichkeiten ernährungsmedizinischer Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, u. a. EBM, GOÄ, IGeL-Leistungen oder Integrierte Versorgung. Auch für das kommende DMP Adipositas wird die ernährungsmedizinische Weiterbildung von Bedeutung sein.

Die nächste Kurs-Weiterbildung (Grundkurs) startet am 22. August 2025 und endet im März 2026. Bei der gleichzeitigen Buchung der Module erwarten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer attraktive Rabatte.

Für Rückfragen wenden Sie sich an die Veranstaltungsleiter:

**Prof. Dr. med.
Dr. oec. troph.
Jürgen Stein**

Klinik Innere Medizin
mit Schwerpunkt
Gastroenterologie,
Ernährungsmedizin,



Foto: Martin Joppen

Krankenhaus Sachsenhausen,
Schulstraße 31, 60594 Frankfurt
E-Mail: j.stein@em.uni-frankfurt.de

**Dr. med.
Klaus Winckler**

Internist/
Ernährungsmedizin,
Hölderlinstr. 10,
60316 Frankfurt



Foto: privat

E-Mail: anmeldung@hausarzt-am-zoo.de

Hilfreiche Links:

Berufsverband Deutscher Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmediziner e. V. (BDEM)

www.bdem.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM), medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Ernährungsmedizin

www.dgem.de

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

Flughafenmalaria: Eine seltene, aber ernstzunehmende Infektion

Was ist Flughafenmalaria?

Die sogenannte Flughafenmalaria (auch „Airport Malaria“ oder „Odyssee Malaria“) [1] ist eine seltene Form der Malaria, die durch Stechmücken der Gattung Anopheles übertragen wird, die unbeabsichtigt in Flugzeugen transportiert wurden. Diese Infektionen treten typischerweise in der Nähe internationaler Flughäfen auf und betreffen Personen, die nicht in Malaria-Endemiegebiete gereist sind. Eine seltene Variante ist die sogenannte Koffer-malaria („Suitcase malaria“), bei der Anopheles-Mücken im Gepäck transportiert werden und fernab von Flughäfen Infektionen auslösen können.

Vorkommen und Übertragungsmechanismus

In tropischen Gebieten, insbesondere in afrikanischen Ländern südlich der Sahara, kann Anopheles leicht in den Fracht- oder Passagierraum von Flugzeugen eindringen. Obwohl die Flugzeugkabinen mit Insektiziden behandelt werden, gelingt es einigen Exemplaren offenbar, bis zum Erreichen des Zielflughafens und darüber hinaus zu überleben, insbesondere in den Sommermonaten. Um sich weiter fortzupflanzen, braucht die weibliche Anopheles-Stechmücke zwingend eine

Blutmahlzeit. Beim Stich kann sie dann Plasmodium-Sporozoiten auf den Menschen übertragen, wodurch sich nach einer weiteren Entwicklungszeit von ca. sieben bis zehn Tagen dann das klinische Bild einer Malaria entwickelt. Am Flughafen Beschäftigte oder in der Nähe des Flughafens lebende Personen sind bei Ankunft einer infektiösen Anopheles daher besonders gefährdet. Die Malaria gehört zu den vektorübertragenen Infektionskrankheiten und ist daher, abgesehen von den sehr seltenen Fällen einer Infektion durch Spenderblut oder Nadelstichverletzungen, nicht von Mensch zu Mensch übertragbar.

Situation in Frankfurt am Main

Am Flughafen Frankfurt am Main wurden in den vergangenen Jahren immer wieder Fälle von Flughafenmalaria registriert:

- 2019: Cluster mit zwei Fällen [2]
- 2022: Cluster mit drei Fällen [3]
- 2023: ein Einzelfall

Alle betroffenen Personen waren nicht verreist und arbeiteten am Flughafen. Die Fälle traten ausschließlich in den Sommermonaten auf, wenn tropische Temperaturen das Überleben der Mücken begünstigen. Der Verdacht auf eine berufliche Exposition ist schwer nachweisbar, aber naheliegend.

Symptomatik und Diagnostik

Jede Malariaform verursacht Fieber. Bei der Malaria tropica sind unspezifische Allgemeinsymptome wie Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und hohes Fieber (über 40°C) mit Schüttelfrost typisch. Unbehandelt kann sie rasch letal verlaufen und stellt daher einen medizinischen Notfall dar. Laborparameter wie eine Thrombopenie, Anämie und erhöhte LDH-Werte können richtungsweisend sein. In schweren Verlaufsformen treten zerebrale Symptome, Nierenversagen oder andere Organbeteiligungen auf.

Der diagnostische Goldstandard ist die Mikroskopie des Blutaussstrichs, die durch einen erfahrenen Untersucher durchgeführt werden sollte. Schnelltests bieten eine rasche Bestätigung des Verdachts und sollten in jeder Notaufnahme verfügbar sein.

Zur Diagnostik und Therapie der Malaria siehe auch AWMF-Leitlinie der DTG [4].

Verzögerungen in der Diagnostik, zum Beispiel durch den Transport von Proben in entfernte Vertragslabore oder Wochenendzeiten, müssen vermieden werden. Eine sofortige Vorstellung in einer infektiologischen oder tropenmedizinischen Einrichtung ist bei Verdacht erforderlich.

Aufgrund der bei Flughafenmalaria fehlenden Reiseanamnese wird die Diagnose einer Malaria häufig verzögert gestellt – oder gar nicht erwogen. Dies führt dazu, dass die Erkrankung oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert wird, was das Risiko schwerer Verläufe bis hin zu Todesfällen [5] deutlich erhöht.

Erweiterung der Anamnese

Neben der klassischen Reiseanamnese sollte bei Patienten mit unklarem Fieber vor allem in den Sommermonaten explizit nach einem Arbeitsplatz in Flughafennähe oder einem Wohnort in der Umgebung eines internationalen Flughafens gefragt werden. Diese erweiterte Anamnese kann helfen, den Verdacht auf Flughafenmalaria frühzeitig zu stellen und eine rechtzeitige Diagnostik einzuleiten, um schwere Verläufe zu verhindern.

Jonas Haller, M.Sc.

E-Mail: jonas.haller@stadt-frankfurt.de

Christian Kleine, DTM&H

beide: Abteilung Infektiologie,
Gesundheitsamt Frankfurt am Main
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt a. M.

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

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



Detaillierte Mikraufnahme des Malariaparasiten Plasmodium falciparum unter Fluoreszenzlicht, der ein rotes Blutkörperchen infiziert.

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



Neuwahlen beim Verband Freier Berufe in Hessen

Foto: Isolde Asbeck/LÄKH



Neues Präsidium des Verbands Freier Berufe in Hessen – VFBH, alle von links: Dr. Maik F. Beschad (Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer Hessen), Dipl.-Finw. Hartmut Ruppricht (Präsident der Steuerberaterkammer Hessen), Dr. Michael Griem (Präsident der Rechtsanwaltskammer Frankfurt), Dr. Martin Kraushaar (Hauptgeschäftsführer der Architekten- und Stadtplanerkammer Hessen), Dr. Karin Hahne (Rechtsanwältin und Vizepräsidentin des Bundesverbandes der Freien Berufe), Dr. Michael Weidenfeld, neuer Präsident des VFBH und Repräsentant der Landesärztekammer Hessen.

Der Verband Freier Berufe (VFBH) hat turnusgemäß sein Präsidium neu gewählt. Die bisherige Präsidentin, die Rechtsanwältin Dr. jur. Karin Hahne, hat nicht erneut für das Präsidentenamt kandidiert. Gewählt wurde der Wiesbadener Urologe Dr. med. Michael Weidenfeld als Repräsentant der Landesärztekammer Hessen. Der Staffelnstab ging somit von den rechtsberatenden Berufen an die Heilberufe über. Die Mitgliederversammlung dankte

Hahne für ihr jahrelanges Engagement als Präsidentin. Sie gehört dem Präsidium aber weiterhin als Mitglied an.

In ihrem Amt bestätigt wurden der 1. Vizepräsident Dr. Michael Griem (Präsident der Rechtsanwaltskammer Frankfurt) und Hartmut Ruppricht (Präsident der Steuerberaterkammer Hessen) als 2. Vizepräsident. Ebenso wiedergewählt wurden Dr. Martin Kraushaar (Geschäftsführer der Architekten- und Stadtplanerkammer

Hessen) sowie Dr. Maik F. Behschad (Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer). Der Verband Freier Berufe in Hessen vertritt die gemeinsamen Interessen der Freien Berufe (z. B. der Ärzte, Rechtsanwälte und Ingenieure) in Hessen in Wirtschaft und Politik.

„Ich freue mich sehr auf die Aufgabe, die Interessen der Freien Berufe in Hessen zu vertreten – denn sie sind das Rückgrat einer freien, verantwortungsvollen und innovativen Gesellschaft. Der Verband ist eine starke Stimme für Selbstständigkeit, Qualität und ethisches Handeln – Werte, die mir persönlich sehr am Herzen liegen“, bedankte sich Weidenfeld für die Wahl. „Sehr froh bin ich darüber, dass Frau Dr. Hahne mit ihrer Erfahrung das neue Präsidium weiter unterstützen wird. Wir rufen alle freien Berufe auf, Mitglied in unserem Verband zu werden.“

Der Verband der Freien Berufe Hessen setzt sich für einen kontinuierlichen und konstruktiven Dialog mit der Politik ein, um gemeinsam tragfähige Lösungen für aktuelle gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderungen zu entwickeln. Ziel ist es, die Expertise und Erfahrungen der freien Berufe stärker in politische Entscheidungsprozesse einzubringen und auf Augenhöhe partnerschaftlich an zukunftsorientierten Rahmenbedingungen mitzuwirken. (red)

Repetitorium Innere Medizin an der Akademie

Seit 2006 absolvierten an der Akademie 3.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Repetitorium Innere Medizin. Im Schnitt bewerteten sie die Veranstaltung mit 1,5 und als besonders hilfreich zur Facharztvorbereitung und zur Auffrischung. In zahlreichen Fachvorträgen und interaktiven Diskussionen erhalten Sie in der neu konzipierten Präsenzveranstaltung breit gefächerte Einblicke in den aktuellen Wissensstand der Inneren Medizin. Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung und in der Vorbereitung auf die Facharztprüfung erhalten die Möglichkeit, ihre Kenntnisse zu überprüfen und even-

tuell bestehende Lücken zu füllen. Bereits in Klinik und Praxis tätige Internistinnen und Internisten finden in der Veranstaltung die Gelegenheit, ihre Kenntnisse auf

den neusten Stand zu bringen. Kursleiter sind Dr. med. Maren Weferling, Prof. Dr. med. Kai Uwe Chow und Prof. Dr. med. Hendrik Manner.

Repetitorium Innere Medizin

Termin:	24.11.–28.11.2025
Information und Anmeldung:	Adiela Candelo-Römer Fon: 06032 782-227 E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de
Kurzlink:	https://tinyurl.com/9949p59y



www.akademie-laekh.de

„Freie Berufe sichern Qualität und Verantwortung“

Interview mit Dr. med. Michael Weidenfeld über seine neue Rolle im Verband der Freien Berufe in Hessen

Seit Mai 2025 vertritt Dr. med. Michael Weidenfeld die Landesärztekammer im Verband der Freien Berufe in Hessen (VFBH, siehe auch Artikel S. 438). Im Interview spricht er über die gesellschaftliche Bedeutung freier Berufe, politische Herausforderungen – und über seine Ziele für die kommenden Jahre. Weidenfeld ist zudem Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden und Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Urologie (BvDU) in Hessen.

Herr Dr. Weidenfeld, herzlichen Glückwunsch zur neuen Aufgabe. Welche Rolle spielt der Verband Freier Berufe in Hessen?

Dr. med. Michael Weidenfeld: Vielen Dank! Ich freue mich sehr über das Vertrauen der Landesärztekammer. Der VFBH ist die gemeinsame Stimme der freien Berufe gegenüber Politik und Öffentlichkeit. Mein Ziel ist es, deren Bedeutung sichtbarer zu machen – gerade in Hessen, wo sie eine starke wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rolle spielen.

Was macht Freiberuflichkeit für Sie aus?

Weidenfeld: Sie bedeutet fachliche Unabhängigkeit, Verantwortung und Gemeinwohlorientierung, Verlässlichkeit und Vielseitigkeit. In der Medizin, aber auch im Recht, in der Architektur oder in der Technik verbinden Freiberufler Kompetenz mit ethischem Handeln. Das unterscheidet uns klar von rein gewinnorientierten Strukturen. Dieses Selbstverständnis ist jedoch zunehmend unter Druck geraten.

Wodurch konkret?

Weidenfeld: Investorengetriebene Modelle etwa in Medizin oder Rechtsberatung, aber auch in der Wirtschaftsprüfung und Steuerberatung verdrängen zunehmend freiberuflich und inhabergeführte Praxen und Kanzleien. Hinzu kommt ein wachsender Bürokratieaufwand und ein politisches Unverständnis für das Modell der Freiberuflichkeit. Häufig wird es mit Selbstständigkeit gleichgesetzt – das greift zu kurz.



Foto: © LÄKH – Isolde Asbeck

Staffelstabübergabe: Dr. jur. Karin Hahne, bisherige Präsidentin des VFBH, bleibt weiterhin Präsidiumsmitglied des Verbandes. Neuer Präsident ist seit Mitte Mai Dr. med. Michael Weidenfeld, der nun die Heilberufe im Verband repräsentiert.

Welche Themen stehen auf Ihrer Agenda im VFBH?

Weidenfeld: Zunächst möchte ich intern Strukturen stärken. Aktuell sind 16 Organisationen Mitglied im VFBH – drei wichtige fehlen noch. Ich möchte den Dialog suchen und dafür werben, mit einer gemeinsamen Stimme zu sprechen. Nur dann haben wir politisch Gewicht.

Und inhaltlich?

Weidenfeld: Drei Punkte sind mir besonders wichtig: Erstens der Bürokratieabbau. Wir haben bereits Vorschläge in einem Weißbuch erarbeitet, die ich mit dem zuständigen hessischen Minister besprechen möchte. Zweitens das Fremdbesitzverbot – besonders für Medizin, Recht und Wirtschaft ein zentrales Thema. Und drittens die Vereinheitlichung von Praxisbegehungen durch die Gesundheitsämter. Aktuell gibt es in Hessen teils willkürliche Unterschiede – hier brauchen wir einheitliche Standards.

Was kann der VFBH darüber hinaus leisten?

Weidenfeld: Oft wird unterschätzt, welchen wirtschaftlichen Beitrag freie Berufe leisten. Sie tragen 9,7 % zum Bruttoinlandsprodukt bei und stellen fast 10 % al-

ler Ausbildungsverträge in Deutschland – wir sind der drittgrößte Ausbildungssektor. Auch deshalb ist es wichtig, dass die Politik die Rahmenbedingungen freier Berufe schützt.

Wie wollen Sie diese Themen kommunizieren?

Weidenfeld: Ich sehe mich als Brückenbauer – zwischen Kammern, Politik und Öffentlichkeit. Freie Berufe stehen nicht für Rückzug ins Private, sondern für aktives, verantwortungsvolles Mitgestalten. Dieses Selbstverständnis will ich im Verband stärken und nach außen vertreten. Es gilt, die Freiheit und Vielfalt in gesellschaftlichem und persönlichem Sinn zu verteidigen.

Zum Abschluss: Gibt es einen Grundsatz, der Ihre Arbeit leitet?

Weidenfeld: Ja. Freiberuflichkeit basiert auf Vertrauen, auf Fachlichkeit und auf Unabhängigkeit. Das ist kein Auslaufmodell, sondern ein Fundament unserer freiheitlichen Gesellschaft. Auch der Bundesverband der Freien Berufe e. V. (BFB) steht daher ganz klar für die freiheitlich-demokratische Grundordnung – und dafür werde ich mich auch persönlich engagieren.

Interview: Dr. med. Peter Zürner

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 02.08.: Dr. med. Astrid Kaufhold, Offenbach, 65 Jahre
- 03.08.: Eva Andrea Unkelbach, Hofheim, 70 Jahre
- 04.08.: Dr. med. Wolfgang Ernst, Wetzlar, 75 Jahre
- 04.08.: Dr. med. Sylvia Thießen-Lüders, Bad Homburg, 75 Jahre
- 05.08.: Margret Bruns, Frankfurt, 70 Jahre
- 05.08.: Dr. med. Raija Klesel, Hofheim, 75 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Gisela Schneider, Freigericht, 80 Jahre
- 07.08.: Dr. med. Janis Perialis, Frankfurt, 75 Jahre
- 08.08.: Medizinaloberrätin Dr. med. Barbara Fienbork, Frankfurt, 75 Jahre
- 08.08.: Dr. med. Georg Heiland, Frankfurt, 85 Jahre
- 09.08.: Dr. med. Thomas Dannenberg, Frankfurt, 65 Jahre
- 09.08.: Dr. med. Andreas Hofmann, Friedrichsdorf, 75 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Norbert Staab, Schlüchtern, 65 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Doris Passek, Hanau, 70 Jahre
- 13.08.: Siegrid Böhm, Gelnhausen, 75 Jahre
- 13.08.: Dr. med./ UdSSR Maxim Kugelmass, Frankfurt, 80 Jahre
- 15.08.: Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt, 65 Jahre
- 15.08.: Dr. med. Klaus König, Essen, 80 Jahre
- 17.08.: Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Frankfurt, 85 Jahre
- 19.08.: Dr. med. Reiner Goltermann, Frankfurt, 70 Jahre
- 20.08.: Achim Hundsdorf, Erzhausen, 65 Jahre
- 21.08.: Dr. med. Inge Weber, Mühlheim, 75 Jahre
- 21.08.: Dr.(R) Dr. med. Traian Neckell, Offenbach, 90 Jahre
- 22.08.: Dr. med. Patricia Sanner, Oberursel, 65 Jahre
- 23.08.: Dr. med. Lukas Krüerke, Linsengericht, 70 Jahre
- 23.08.: Dr. med. Helmut Gundlach, Frankfurt, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Liegend-Demonstrationen für bessere Versorgung und Forschung bei ME/CFS

Um mehr Aufmerksamkeit für die problematische Versorgungssituation ME/CFS-Erkrankter zu schaffen, legten sich Betroffene, Angehörige und Stellvertretende im Mai dieses Jahres in 27 deutschen Städten auf öffentliche Plätze, zum dritten Mal seit 2023. Die Demonstrationen fanden im Liegen statt als Symbol für die extreme Erschöpfung und Unfähigkeit der Erkrankten, das Bett zu verlassen. In Hessen nahmen vom 5. bis 12. Mai in den Städten Wiesbaden, Frankfurt, Fulda und Kassel mehrere hundert Menschen an den Veranstaltungen teil.

ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) ist eine chronische Multisystemerkrankung, die durch das Kernmerkmal der postexertionellen Malaise (PEM) gekennzeichnet ist. Hierbei handelt es sich um eine massive Zustandsverschlechterung nach Überschreiten einer höchst individuellen Belastungsgrenze mit ungewisser Dauer. Hinzu kommt eine Vielzahl weiterer Symptome wie Schmerzen, Schwindel und eine extreme Erschöpfung, die sich durch Schlaf nicht verbessert. ME/CFS ist nicht als psychische Erkrankung kategorisiert.

Die Diagnose ME/CFS ist seit 1969 von der WHO anerkannt, in 2023 waren in Deutschland 620.000 Menschen betroffen (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung). Ein deutlicher Anstieg ist durch die Post Covid- und Post-Vac-Erkrankten zu erwarten. Dies rückt das Thema nun stärker in den öffentlichen Fokus.

Es sei das erste Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, dass Patienten „liegend“ auf die Straße gehen, um öffentlich für eine bessere Versorgung zu kämpfen, so die Veranstalter: für mehr Forschungsgelder, mehr Kompetenzen-



Demonstration im Liegen, hier in Kassel, für eine bessere Versorgung von Post-Covid-Patienten.

tren & Fachambulanzen, Kostenübernahme weiterer Behandlungen durch die GKV, Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften, für eine angemessene Bewertung der Symptome bei Begutachtungen für Pflegegrad, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehinderung und für besondere Lösungen für nichtschulfähige betroffene Kinder und Jugendliche.

Foto: Carola Jantzen

Carola Jantzen

Patientenvertreterin, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen DAG/SHG e. V. und Leiterin der Long-Covid-Selbsthilfegruppe Kassel

Ein Interview mit Carola Jantzen „Corona und kein Ende“ ist im HÄBL 06/2025, S. 323 abgedruckt.

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: haeb@laekh.de

Einladung zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 17. Wahlperiode 2023–2028

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2023–2028 lade ich Sie für

Mittwoch, 17. September 2025

Beginn: 15:00 Uhr s. t.

in das Seminargebäude im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim ein.

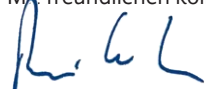
TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokoll der 8. ordentlichen Delegierten-
versammlung vom 22. März 2025**
4. **Immobilienstandort Bad Nauheim**
Entscheidung über die Kernsanierung des Akademiegebäudes
5. **Versorgungswerk**
 - a) Jahresabschluss 2024
 - b) Anpassung laufender Renten und Anwartschaften (Überschussverteilung)
 - c) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2025
 - d) Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
6. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 4. Juni 2025

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski

– Präsident –

Die LÄKH-Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztliche/n Arbeitgeber/in auf Ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen,

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren

sowie

- gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten. Informationen können im Internet unter: <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

23.08.: Dr. med. Manfred Lemoisne,
Liederbach, 80 Jahre

25.08.: Dr. med. Siegfried Schuck,
Hofheim, 85 Jahre

26.08.: Prof. Dr. med. Bernd Nowak,
Frankfurt, 65 Jahre

26.08.: Cesar Saavedra-Maldonado,
Frankfurt, 85 Jahre

27.08.: Wasiliki Procou,
Frankfurt, 65 Jahre

30.08.: Dr. med. Gerhard Schleidt,
Flörsheim, 80 Jahre

31.08.: Dr. med. Holger Miksch,
Hofheim, 65 Jahre

31.08.: Prof. Dr. med. Helmut Näher,
Frankfurt, 75 Jahre

01.09.: Dr. med. Eriks Namsons,
Oberursel, 65 Jahre

02.09.: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.
Stefan Weidauer,
Seeheim-Jugenheim, 65 Jahre

04.09.: Wanda Adamski, Hanau, 65 Jahre

04.09.: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Hans-Rudolf Tinneberg,
Wettenberg, 75 Jahre

05.09.: Detlef Krieg, Frankfurt, 65 Jahre

05.09.: Prof. Dr. med.
Helmuth Steinmetz,
Frankfurt, 70 Jahre

05.09.: Dr. med. Rudolph Weber,
Hanau, 70 Jahre

06.09.: Dr. med. Axel Kunz,
Darmstadt, 70 Jahre

08.09.: Ulrich Bromig, Frankfurt, 65 Jahre

08.09.: Dr. med. Helmut Hertel,
Steinbach, 65 Jahre

09.09.: Dr. med. Guenter Zerth,
Oberursel, 70 Jahre

09.09.: Dr. med. Sigrid Weber,
Hochheim, 90 Jahre

10.09.: Prof. Dr. med. Oliver Schwenn,
Frankfurt, 65 Jahre

11.09.: Rainer Stockmann,
Dreieich, 70 Jahre

11.09.: Dr. med. Barbara Liesau-Pflum,
Seligenstadt, 75 Jahre

11.09.: Dr. med. Gerd Wetjen,
Hanau, 80 Jahre

12.09.: Dr. med. Naum Schmidt,
Liederbach, 70 Jahre

13.09.: Robert Wack, Dreieich, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 17.09.: Karlheinz Marx,
Frankfurt, 75 Jahre
- 18.09.: Irene Simrock,
Neu-Isenburg, 80 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Peter Hilgard,
Frankfurt, 85 Jahre
- 20.09.: Dr. med. Jürgen Decher,
Frankfurt, 65 Jahre
- 21.09.: Dr. med. Dr. med. dent.
Thomas Hoffmeier,
Hanau, 75 Jahre
- 21.09.: Erika König-Dennerlein,
Frankfurt am Main, 85 Jahre
- 23.09.: Dr. med. Dipl.-Psych.
Claus Schubert, Gelnhäusen,
70 Jahre
- 23.09.: Dr. med. Angelika Simrock,
Frankfurt, 80 Jahre
- 25.09.: Dr. med. Holger Zieger,
Erfurt, 65 Jahre
- 27.09.: Doctor en Medicina y Cirugia
(NIC) Ignacio Gonzalez-Fonseca,
Schifferstadt, 80 Jahre
- 28.09.: Dr. med. Michaela Hohberger,
Frankfurt, 70 Jahre
- 28.09.: Dr. med. Manfred Christ,
Friedrichsdorf, 80 Jahre
- 28.09.: Dr. med. Wolfgang Nixdorf,
Steinbach, 80 Jahre
- 29.09.: Dr. med. univ. Peter Hollaus,
Mainz, 65 Jahre
- 29.09.: Holger Hertel, Frankfurt, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.08.: Dr. med. Wolf Becker,
Birkenau, 85 Jahre
- 01.08.: Dr. med. Klaus Gabriel,
Heppenheim, 65 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Adrian Chinta,
Darmstadt, 70 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Klaus Schneider,
Biebesheim, 70 Jahre
- 03.08.: Edgar Hoffmann, Darmstadt, 70
Jahre
- 04.08.: PD Dr. med. Roman Sokiranski,
Heidelberg, 70 Jahre
- 05.08.: Dr. med. Alfred Erwin Döring,
Lampertheim, 65 Jahre
- 05.08.: MUDr./Karlsuniv. Prag
Olga Fritsche,
Alsbach-Hähnlein, 80 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Wir gedenken der Verstorbenen

Neslihan Demir, Frankfurt
* 04.09.1977 † 27.09.2024

Dr. med. Georg Dimolaidis, Kelkheim
* 26.02.1937 † 13.03.2025

Dr. med. Christa Dustmann, Korbach
* 08.09.1940 † 17.11.2024

Dr. med. Udo Eßinger, Reinheim
* 22.08.1943 † 28.03.2025

Dr. med. Cathrin Graumann, Fernwald
* 05.02.1975 † 22.04.2025

Dr. med. Marie-Gabriele Guenther, Fulda
* 02.03.1943 † 25.01.2025

PD Dr. med. Armin Kalenka, Schriesheim
* 02.02.1969 † 27.04.2025

Edward Klatt, Darmstadt
* 17.04.1960 † 18.04.2025

Dr. med. Walter Müller, Bad Schwalbach
* 07.01.1934 † 02.02.2025

Dr. med. Helga Müller-Garbe,
Bad Schwalbach
* 23.01.1930 † 01.02.2025

Dr. med. Yorck Oebike, Bad Homburg
* 21.08.1955 † 10.11.2024

Dr. med. Anthony Ruhl, Frankfurt
* 17.03.1954 † 11.04.2025

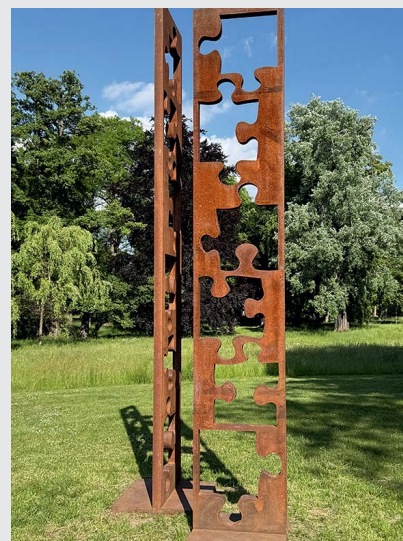


Foto: Isolde Asbeck

Georg-Friedrich Wolf; Fingerprint VI, 2019

Blickachsen 14 – Skulpturen im Kurpark
Bad Homburg, bis zum 5. Oktober 2025.

Dr. med. Hildegard Elisabeth Sömmmer,
Marburg
* 08.07.1925 † 07.05.2024

Dr. med. Reinhold Spyra, Edertal
* 07.09.1940 † 30.11.2024

Peter Karl Winterscheid, Mörlenbach
* 11.07.1949 † 01.01.2025

Dr. med. Rotraud Weitowitz, Pohlheim
* 04.05.1935 † 08.05.2023

PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
* 16.08.1937 † 11.04.2025



Aedes albopictus –
Asiatische Tigermücke

ein Monitoring zur Bekämpfung der Asiatischen Tigermücke gestartet. Auf der Website des Hessischen Landesamtes für Gesundheit und Pflege (HLfGP) gibt es weiterführende Informationen sowie Antworten auf Fragen rund um die Asiatische Tigermücke und eine Checkliste für Grundstückseigentümer mit Hinweisen zur Brutstättenvermeidung:

Monitoring zur Bekämpfung der Asiatischen Tigermücke

Die hessische Gesundheitsministerin Diana Stolz (CDU) hat

ein Monitoring zur Bekämpfung der Asiatischen Tigermücke gestartet. Auf der Website des Hessischen Landesamtes für Gesundheit und Pflege (HLfGP) gibt es weiterführende Informationen sowie Antworten auf Fragen rund um die Asiatische Tigermücke und eine Checkliste für Grundstückseigentümer mit Hinweisen zur Brutstättenvermeidung:

<https://hlfgp.hessen.de/klimawandel-und-gesundheit/asiatische-tigermuecke>
Funde können mit aussagekräftigen Fotos per E-Mail an klima@hlfgp.hessen.de gemeldet werden (mit Ortsangabe und Straßennamen, ohne Hausnummer). Ziel des Monitorings ist es, die Ausbreitung in Hessen genau zu beobachten und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Die Asiatische Tigermücke (Foto) gilt als potenzielle Überträgerin tropischer Krankheitserreger wie das Dengue-Virus oder West-Nil-Virus. (red)

Foto: © fotomarekka – stock.adobe.com

MFA-Winterprüfung 2025/2026

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2025/2026 vom 26.11.2025 bis zum 03.02.2026

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2025/2026 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

30. Juli und 6. August 2025

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden. Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: Beurteilung der Leistungen der Ausbildungsstätte sowie die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2025/2026 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 3. April 2026 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des MFA/Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter

www.laekh.de → Aktuelles

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen**

Goldenes Doktorjubiläum

- 05.08.: Dr. med. Gerhard Benkert, Glashütten
05.08.: Dr. med. Michael Matthäus, Mühlheim
12.08.: Dr. med. Detlev Sturm, Driedorf
15.08.: PD Dr. med. Josef Lindenberger, Frankfurt
19.08.: PD Dr. med. Werner Stenzinger, Michelstadt
25.08.: Dr. med. Renate Strupp, Künzell
25.08.: Dr. med. Gerhard Strupp, Künzell
27.08.: Dr. med. Barbara Konrath, Frankfurt
13.09.: Dr./Univ. Pecs Ferenc Köszegi, Usingen
18.09.: Dr. med. Horst Löckermann, Darmstadt

- 18.09.: Dr. med. Gerd Albert, Büdingen
23.09.: Prof. Dr. med. Dr. med. vet. Dr. h.c. Reinhard Schnettler, Hofheim
25.09.: Dr. med. Helena Teichner, Wiesbaden
26.09.: Dr. med. Dorothea Herold, Marburg
26.09.: Dr. med. Klaus-Peter Liebscher, Habichtswald
26.09.: Ltd. Med. Dir. Dr. med. Heinz-Edi Middeler, Wiesbaden
26.09.: Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf
30.09.: Dr. med. Ingrid Jüstel, Frankfurt am Main

Bezirksärztekammer Darmstadt

Fortsetzung

- 05.08.: Dr. med. Maria Lisitschkov, Darmstadt, 85 Jahre
06.08.: Dr. med. Monika Goll-Zischke, Darmstadt, 70 Jahre
07.08.: Dr. med. Hildegard Dziuk, Darmstadt, 65 Jahre
16.08.: Dr. med. Henning Kiehl-Brune, Michelstadt, 70 Jahre
19.08.: Dr. med. Barbara Müser, Darmstadt, 65 Jahre
19.08.: Dr. med. Franz Lang, Groß-Umstadt, 90 Jahre
22.08.: Petra Greißl-Streit, Bensheim, 65 Jahre
25.08.: Dr. med. Monika Zieschang, Darmstadt, 65 Jahre
29.08.: Dr. med. /Univ. Athen Eustratios Karakoulakis, Rüsselsheim, 80 Jahre
30.08.: Dr. med. Matthias Ey, Darmstadt, 70 Jahre
30.08.: Maria Tumpach, Darmstadt, 70 Jahre

01.09.: Dr. med. Immo Grimm, Darmstadt, 90 Jahre
03.09.: Dr. med. Dieter Steinheimer, Dreieich, 65 Jahre
04.09.: Joachim Seip, Reinheim, 75 Jahre
07.09.: Dr. med. Ralf Bickel-Pettrup, Rüsselsheim, 65 Jahre
09.09.: Dr. med. Horst-Joachim Krämer, Darmstadt, 70 Jahre
12.09.: Dr. med. Karl-Werner Schöberl, Reinheim, 75 Jahre
15.09.: Dr. med. Matthias Hutter, Kelsterbach, 70 Jahre
16.09.: Dr. med. Andreas Senft, Darmstadt, 85 Jahre
17.09.: Dr. med. Martin Beil, Zürich, 85 Jahre
17.09.: Dr. med. Hans Hermann Leinberger, Erbach, 80 Jahre
20.09.: Dr. med. Franz Kist, Neckargemünd, 80 Jahre
21.09.: Waltraud Geuder-Rahts, Darmstadt, 70 Jahre
23.09.: Prof. Dr. med. Christian Petermann, Seeheim-Jugenheim, 75 Jahre
26.09.: Dr. med. Hans-Rainer Rohrbach, Erbach, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 01.08.: Eva Maria Siefert,
Wölfersheim, 65 Jahre
- 02.08.: Dr. med.
Manfred-Karl Stallknecht,
Schlitz, 70 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Horst Böhm,
Solms, 75 Jahre
- 03.08.: Dr. med. Johannes Rudnick,
Gießen, 75 Jahre
- 06.08.: Walter Wever,
Heuchelheim, 75 Jahre
- 09.08.: Hans-Friedrich Ahrens,
Nidda, 70 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Friedrich Ostheimer,
Herborn, 70 Jahre
- 14.08.: Dr. med. Horst Wolcke,
Wettenberg, 85 Jahre
- 15.08.: Dr.-medic Nicolae-Marius Onitiu,
Gladenbach, 80 Jahre
- 16.08.: Dr. med. Hans-Ferdinand Virnich,
Sinn, 65 Jahre
- 18.08.: Stefan Weber, Linden, 65 Jahre
- 18.08.: Dr. med. Janet Mary Massey,
Karben, 80 Jahre
- 22.08.: Sabine Ulrich, Friedberg, 70 Jahre
- 22.08.: Dr. med. Werner Bortz,
Altenstadt, 75 Jahre
- 22.08.: Dr. med. Peter Wille,
Ehringshausen, 80 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Pierre-Omana Onema,
Grünberg, 85 Jahre
- 27.08.: Ltd. Med.-Dir. i.R. Dr. med.
Elisabeth Castenholz,
Bad Vilbel, 85 Jahre
- 29.08.: Dr. med. Veronika Höhn,
Biebertal, 65 Jahre
- 30.08.: Prof. Dr. med. Albrecht Laun,
Lich, 80 Jahre

Die Geburtstage im September für die Bezirksärztekammer Gießen werden in der nächsten Ausgabe 09/2025 abgedruckt.

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)

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060137590 ausgestellt am 25.10.2021 für Serdar Ahmed, Fritzlar

Arztausweis-Nr. 060131961 ausgestellt am 06.10.2021 für Dr. med. Mohammed Al-Toki, Kassel

Arztausweis-Nr. 060199907 ausgestellt am 28.06.2022 für Dr. med. Helga Bremer, Kassel

Arztausweis-Nr. 060379709 ausgestellt am 22.04.2025 für Louisa Breuer, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081611059675 ausgestellt am 19.07.2021 für Dr. med. Debora Drechsel, Fulda

eHBA-Nr. 80276001081200075245 ausgestellt am 08.07.2023 für Dr. med. Barbara Freeman, Neu-Eichenberg

Arztausweis-Nr. 060142040 ausgestellt am 09.11.2021 für Dr. med. Anne-Christin Gronen, Marburg

Arztausweis-Nr. 060330430 ausgestellt am 05.07.2024 für Sebastian Guarnizo Rosero, Haina

Arztausweis-Nr. 060280854 ausgestellt am 05.09.2023 für Dr. med. Gerhard Helfrich, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060256722 ausgestellt am 21.02.2023 für Ibrahim Issa, Gießen

Arztausweis-Nr. 060317601 ausgestellt am 18.04.2024 für Dr. med. Ulrike Malorny-Nyc, Bensheim

Arztausweis-Nr. 060379968 ausgestellt am 23.04.202 für Dr. med. Henri Mejl, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060070339 ausgestellt am 09.12.2020 für Dr. med. Dominic Merkelbach van Enkhuizen, Eltville

Arztausweis-Nr. 060382018 ausgestellt am 05.05.2025 für Sebastian Metz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060079580 ausgestellt am 07.06.2021 für Dr. med. Salman Nebilir, Fernwald

Arztausweis-Nr. 060068184 ausgestellt am 21.09.2020 für Dr. med. Anian Plank, Fernwald

Arztausweis-Nr. 060333345 ausgestellt am 23.07.2024 für Prof. Dr. med. Oliver Rick, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 060074652 ausgestellt am 10.03.2021 für Dr. med. Christine Runte, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060243139 ausgestellt am 01.12.2022 für Dr. med. Lutz Schinke, Gießen

Arztausweis-Nr. 060261585 ausgestellt am 29.03.2023 für Walter Speth, Wetzlar

Arztausweis-Nr. 060297996 ausgestellt am 08.01.2024 für Katharina Stumpf, Gießen

Arztausweis-Nr. 060373799 ausgestellt am 19.03.2025 für Dr. med. Katrin Wagenhäuser, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060169681 ausgestellt am 25.01.2022 für Elena Wagenleitner, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060356723 ausgestellt am 12.12.2024 für Dr. med. Andreas Wittig, Kassel

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: Studententipps, 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

Hinweise zur Satzungsänderung „Leitender Notarzt/Notärztin“ S. 449

Zur „Satzung zur Änderung der Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt““

Der Rettungsdienst in Hessen unterliegt kontinuierlichen Weiterentwicklungen und Anpassungen. Am 2. Januar 2025 hat das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) den Erlass zur „Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes – Einführung einer Pflichtfortbildung Kindernotfälle“ und am 24. Januar 2025 den Erlass „Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes, hier: Qualifikation Leitender Notarzt/Leitende Notärztin (LNA) und Fortbildung LNA“ verabschiedet.

Seit dem 15. November 2024 ist zudem das neue BÄK-Curriculum Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ (BÄK-Curriculum LNA) veröffentlicht.

Diese Neuerungen bedingten die Änderung der „Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Qualifikation „Leitender Notarzt““ (LNA-Satzung).

Damit einhergehend ergeben sich inhaltliche und formale Änderungen. So wurde bspw. der zeitliche Gesamtumfang der Unterrichtseinheiten, die gemäß BÄK-Curriculum LNA und somit auch gemäß der geänderten LNA-Satzung abzuleisten sind, von 40 auf 50 Stunden erhöht. Ebenso erfolgte eine Aktualisierung und Anpassung der empfohlenen Unterrichtsinhalte.

Für Ärztinnen und Ärzte, die die Qualifikation LNA in einem anderen Ärztekammer-

bereich erhalten haben, ist eine Anerkennung möglich. Notwendig hierfür ist unter anderem, dass ein Kurs mit hessischen Spezifika absolviert wird. Hierfür kann das sogenannte „Hessen-Modul“ besucht werden.

Die zu besuchenden Seminare müssen von einer Landesärztekammer zertifiziert sein und dem BÄK-Curriculum LNA entsprechen. Die Akademie der Landesärztekammer Hessen wird ab Herbst 2025 entsprechende Seminare mit den angepassten Inhalten anbieten. Diese finden Sie im elektronischen Veranstaltungskalender der Akademie.

- Die neue LNA-Satzung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Übergangsbestimmungen in § 5 der LNA-Satzung regeln, dass wer bei Inkrafttreten der Satzung im Erwerb der Qualifikation steht und das Seminar „Leitender Notarzt“ nach den bisher geltenden „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt“ sowie „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Leitender Notarzt“ in der Zeit vom 01.05.2022 bis einschließlich 31.12.2025 absolviert hat, diese Teilnahme-Urkunde bis zum 31.12.2029 als Nachweis im Sinne von § 1 Ziffer 5 einreichen kann.

Daniel Libertus

Leiter der Abteilung für Ärztliche
Fort- und Weiterbildung
Landesärztekammer Hessen

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 04.08.: Dr. med. Ralf-Gerrit Kunz, Wiesbaden, 65 Jahre
12.08.: Dr. med. Anja Boß, Bad Schwalbach, 65 Jahre
18.08.: Dr. med. Frank Kirschner, Ingelheim, 65 Jahre
23.08.: Dr. med. Dominic Merkelbach van Enkhuizen, Eltville, 65 Jahre
24.08.: Hannes Litsch, Wiesbaden, 80 Jahre
26.08.: Dr. med. Dieter Schone, Wehrheim, 70 Jahre
29.08.: Dr. med. Michael Sturm, Limburg, 65 Jahre
30.08.: Dr. med. Thomas Lattke, Schmitten, 70 Jahre
31.08.: Dr. med. Annette Springer, Weilburg, 75 Jahre

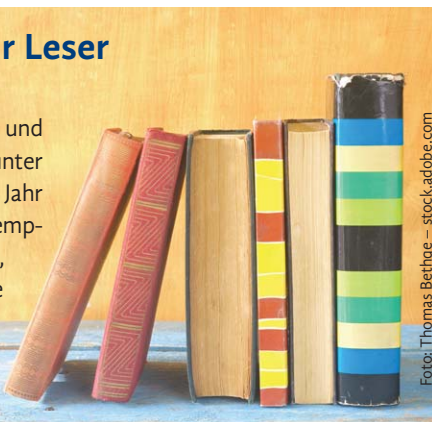
03.09.: Dr. med. Reinhard Völker, Wiesbaden, 65 Jahre
04.09.: Dr. med. Michael Baumert, Limburg, 70 Jahre
04.09.: Dr. med. Gerd-Marko Ostendorf, Niedernhausen, 70 Jahre
10.09.: Friederike Kaiser, Wiesbaden, 65 Jahre
12.09.: Dr. med. Eckart Lensch, Mainz, 65 Jahre
12.09.: Dr. med. Eva-Maria Schneider, Eppstein, 65 Jahre
17.09.: Med.-Dir. a.D. Dr. med. Edith Friedländer, Geisenheim, 85 Jahre
19.09.: Dr. med. Werner Menz, Wiesbaden, 85 Jahre
23.09.: Christian Beykirch, Mainz, 65 Jahre
23.09.: Dr. med. Yvonne Jumeau-Ziendorff, Wiesbaden, 70 Jahre
23.09.: Dr. med. Erhard Schmidt, Limburg, 80 Jahre
24.09.: Dr. med. Michael Rainer Grandjean, Wiesbaden, 75 Jahre

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht 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: haeb@laekh.de.



Bezirksärztekammer Kassel

- 01.08.: Dr. med. Ulrich Lehmann, Twistetal, 65 Jahre
- 07.08.: Prof. Dr. med. Albrecht Vogt, Niestetal, 75 Jahre
- 09.08.: Dr. med. Joachim Wolf, Friedewald, 70 Jahre
- 10.08.: Friedhelm Phieler, Vellmar, 75 Jahre
- 10.08.: Dr. med. Uwe Ehresmann, Fulda, 85 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Peter Schott, Kassel, 80 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Samir Al-Hami, Fulda, 70 Jahre
- 13.08.: Dr. med. Peter Neidert, Fulda, 80 Jahre
- 16.08.: Uwe Herthum, Rotenburg, 65 Jahre
- 16.08.: Dr. med. Erika Vollstedt, Bad Hersfeld, 85 Jahre
- 17.08.: Dr. med. Dirk Martenstein, Bad Emstal, 75 Jahre
- 19.08.: Dr. med. Ortrud Lind-Weitzel, Kassel, 70 Jahre
- 20.08.: Dr. med. Gabriele Oefner, Baunatal, 75 Jahre
- 24.08.: Dr. med. Thomas Leibl, Lohfelden, 65 Jahre
- 24.08.: Doris Evelin Jahn-Alles, Künzell, 80 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Uwe Siedentopp, Kassel, 70 Jahre
- 26.08.: Dr. med. Benita Heller, Sontra, 65 Jahre
- 30.08.: Dr. med. Ingrid Jordan, Hofgeismar, 85 Jahre
- 02.09.: Mustafa Izzat-Agha, Fulda, 85 Jahre
- 03.09.: Martin Hochbein, Kassel, 75 Jahre
- 06.09.: Dr. med. Rudolf Hessberger, Hünfeld, 75 Jahre
- 06.09.: Dr. med. Viktoria Ackermann, Kassel, 85 Jahre
- 09.09.: Med.-Dir. i.R. Christa Racz, Ahnatal, 90 Jahre
- 12.09.: Dr. med. Renate Naumann, Kassel, 85 Jahre
- 18.09.: Prof. Dr. med. Manfred Fischer, Kassel, 85 Jahre
- 18.09.: Dr. med. Gisela von zur Mühlen, Kassel, 90 Jahre
- 27.09.: Dr. med. Christian Lidgett, Bad Wildungen, 85 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. September 2024 (GVBl. Nr. 52, S. 3–4), i.V.m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 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 Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 26. März 2024 (HÄBL 7–8/2024, S. 434), wird wie folgt geändert:

§ 17 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 17 Ordnungsgeld

Kammerangehörige und Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes, die ihren Pflichten aus:

- 1. § 16 der Hauptsatzung,
- 2. § 1 bis 3 und 8 der Meldeordnung,
- 3. der Berufsordnung,

nicht nachkommen, können nach vorheriger schriftlicher Ankündigung mit einem Ordnungsgeld bis zu einem Betrag von 5.000 Euro belegt werden. Das Ordnungsgeld wird von der Landesärztekammer Hessen verhängt. Gegen ein Ordnungsgeld ist der Widerspruch bei der Landesärztekammer Hessen zulässig.“

II.

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Satzung zur Änderung der Hauptsatzung 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 18b2120-000112008/008

2025 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März

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

Aufgrund § 6 a i.V.m. § 17 Heilberufsgesetz 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 Absatz 6 Buchstabe „n“ 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 Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen vom 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 54–56), zuletzt geändert durch Satzung vom 29. November 2022 (HÄBL 1/2023, S. 48), wird wie folgt geändert:

1. In § 3a Abs. 2 wird nach dem Aufzählungspunkt 6 folgender neuer Aufzählungspunkt 7 eingefügt:

„• und soweit bei Studien nach StrlSchG erforderlich, einer Person mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz bzw. bei Studien mit Einschluss minderjähriger Menschen, zwei Personen, die für das zu prüfende Anwendungsgebiet die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen und über eine besondere praktische Erfahrung bei der Untersuchung oder Behandlung von Minderjährigen im Rahmen des zu prüfenden Anwendungsgebiets verfügen“

2. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt neu gefasst:

„§ 7 Sonderbestimmungen bei Vorliegen von Entscheidungen anderer Ethik-Kommissionen“

b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Entscheidungen, Voten oder Stellungnahmen einer nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission oder einer bei der jeweils zuständigen Behörde registrierten Ethik-Kommission werden grundsätzlich anerkannt.“

c) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Die berufsrechtliche Beratungspflicht entfällt, wenn ein Votum einer Ethik-Kommission nach dem AMG (a.F.) oder dem MPG (a.F.) oder nach dem AMG, EU(VO) 536/2014 [CTR] oder der EU(VO) 745/2017 [MDR], MPDG oder der EU(VO) 746/2017 [IVDR], MPDG vorliegt.“

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Fortsetzung

- 20.09.: Dr. med. Jutta Junck, Kassel, 85 Jahre
- 21.09.: Detlev Kann, Neckarbischofsheim, 75 Jahre
- 23.09.: Dr. med. Wolfgang Euler, Kassel, 85 Jahre
- 25.09.: Dr. med. Barbara Mariß, Bad Wildungen, 85 Jahre
- 26.09.: Dr. med. Christian Ullrich, Kassel, 80 Jahre
- 26.09.: Bodo Pindur, Bad Soden-Salmünster, 85 Jahre
- 29.09.: Dr. med. Krista Molter, Kassel, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 05.08.: Andrea Römer, Kirchhain, 65 Jahre
- 06.08.: PD Dr. med. Hartmut Printz, Kirtorf, 65 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Susanne Träger, Marburg, 65 Jahre
- 11.08.: Dr. med. Marianne Soergel-Ahovi, Lörrach, 65 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Ortwin Sprenger, Gilserberg, 75 Jahre
- 14.08.: Dr. med. Holger Pausch, Weimar, 70 Jahre
- 16.08.: Maria Müller, Marburg, 70 Jahre
- 12.09.: Dr. med. Gerhard Korger, Marburg, 70 Jahre
- 13.09.: Mechthild Diels, Kassel, 75 Jahre
- 16.09.: Dr. med. Helmut Proske, Marburg, 75 Jahre

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:**

Silke Fischer, seit mehr als 25 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Hausärzte Cölbe, vormals MVZ Cölbe, Gemeinschaftspraxis Dr. Tesdorpf und Kollegen, Praxis Dr. Brinkmann, Cölbe

Wir gratulieren zum **40-jährigen Berufsjubiläum: Ilka Köhnke**, seit 40 Jahren tätig im MVZ Wiesbaden/Rheingau-Taunus GmbH, Wiesbaden

3. § 8 Abs. 6 wird wie folgt geändert:

- „(6) Soweit gesetzlich zulässig, kann die Kommission durch Mehrheitsbeschluss die Entscheidung über im Einzelnen zu bestimmende Fragen, die keine besonderen Schwierigkeiten medizinisch, ethischer oder rechtlicher Art, aufweisen dürfen, auf einzelne Mitglieder zur alleinigen Entscheidung übertragen. Dies gilt insbesondere für:
- Die Prüfung, ob den aufgrund der gefassten Beschlüsse nach Abs. 1 ergangenen Auflagen, Empfehlungen und Hinweisen der Ethik-Kommission zur Änderung des Forschungsvorhabens nachgekommen wurde.
 - Die Nachmeldung von Prüfstellen sowie nachträgliche Änderungen (§ 10 GCP-Verordnung, § 22c MPG (a.F.), EU(VO) 536/2014 [CTR], EU(VO) 745/2017 [MDR], EU(VO) 746/2017 [IVDR], MPDG).
 - Eine Anzeige des Antragstellers über die Änderung des Forschungsvorhabens oder über schwerwiegende unerwartete Ereignisse.
 - Die Verfahren als beteiligte Ethik-Kommission nach AMG (a.F.) i.V.m. GCP-VO, MPG (a.F.) und MPKPV (a.F.), EU(VO) 745/2017 [MDR], EU(VO) 746/2017 [IVDR] und MPDG.
 - epidemiologische Forschungsvorhaben mit retrospektiven Daten.

Auf Antrag eines Kommissionsmitglieds ist auch in diesen Fällen eine Entscheidung der Kommission herbeizuführen.

Bei Verfahrensweisen nach diesem Absatz hat der Vorsitzende die Mitglieder der Ethik-Kommission in der nächsten Sitzung über die Vorgänge zu unterrichten.“

II. Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission 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 Satzung der Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

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

Gemäß § 7 Abs. 1 Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I 2010, 646), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 764, 766) i.V.m. § 17 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 a) Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG-VO) vom 3. Januar 2011 (GVBl. I 2011, 13) zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. Juli 2023 (GVBl. S. 589) i.V.m. § 17 Abs. 1 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. § 6 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 Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“

Präambel

Gemäß § 7 Abs. 1 Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I 2010, 646), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 764, 766) i.V.m. § 17 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 a) Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG-VO) vom 3. Januar 2011 (GVBl. I 2011, 13) zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. Juli 2023 (GVBl. S. 589) ist für die Bestellung eines Leitenden Notarztes eine entsprechende Bescheinigung der Landesärztekammer Hessen erforderlich.

Der Leitende Notarzt übernimmt Leitungsaufgaben im medizinischen Bereich beim Massenanfall Verletzter und Erkrankter sowie bei außergewöhnlichen Notfällen und Gefahrenlagen. Er hat alle medizinischen Maßnahmen am Schadensort zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen.

§ 1 Fachliche Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Erteilung der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ sind:

- 1) der Nachweis der Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung sowie der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin,
- 2) der Nachweis einer mindestens 6-monatigen Tätigkeit in der Intensivmedizin,
- 3) der Nachweis von mindestens zwei Jahren regelmäßiger und andauernder Tätigkeit als Notarzt und mindestens 500 eigenständig absolvierte Notarzteinsätze (primäre und sekundäre) nach Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin,
- 4) der Nachweis einer regelmäßig ausgeübten Notarzttätigkeit durch Vorlage der Dienstpläne über die Notarzteinsätze grundsätzlich der letzten sechs Monate,
- 5) die Teilnahme an einem von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Seminars „Leitender Notarzt“, das dem BÄK-Curriculum Leitender Notarzt/Leitende Notärztin in seiner jeweils geltenden Fassung entspricht (Teilnahme-Urkunde gemäß § 2 Ziffer 3).

Der Antrag auf Erteilung der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ ist bei der Landesärztekammer Hessen zu stellen. Dem Antrag sind die Nachweise gemäß § 1 Ziffer 1) – 5) beizufügen.

Sofern der Antragsteller die Nachweise gemäß § 1 Ziffer 1) – 5) erbracht hat, stellt die Landesärztekammer Hessen eine Urkunde über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ aus.

§ 2 Seminar Leitender Notarzt

- 1) Die Bildungsinhalte des Seminars zur Qualifikation Leitender Notarzt sind im BÄK-Curriculum Leitender Notarzt/Leitende Notärztin in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.
- 2) Zur Teilnahme am Seminar ist nur berechtigt, wer die Voraussetzungen der § 1 Ziffer 1) – 3) erfüllt.
- 3) Am Ende des Seminars stellt der Anbieter entsprechender Seminare dem Seminarteilnehmer eine Teilnahme-Urkunde über die Teilnahme am Seminar Leitender Notarzt aus.

§ 3 Anerkennung der Qualifikation Leitender Notarzt anderer Ärztekammern

Die im übrigen Geltungsbereich der Bundesärzteordnung erteilte Anerkennung der Qualifikation „Leitender Notarzt“ gilt auch in Hessen unter der Voraussetzung, dass sie den fachlichen Anforderungen gemäß § 1 Ziffer 1) – 4) entspricht und der Nachweis erbracht wurde, dass ein von der jeweiligen Ärztekammer durchgeführtes Seminar Leitender Notarzt bzw. die vollständige Teilnahme an einem durch die jeweilige Ärztekammer anerkanntes gleichwertiges Seminar bzw. Kurs Leitender Notarzt absolviert wurde.

Zudem muss ein Nachweis in Form einer Teilnahmebescheinigung eines von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Kurses über die Vermittlung von Detailkenntnissen der hessischen Infrastruktur des Rettungs- und Gesundheitswesens und der spezifischen Risikokonstellation am Tätigkeitsort Hessen erbracht werden (Kurs „Hessen-Modul“).

§ 4 Zertifizierung von Seminaren Leitender Notarzt und Kursen Hessen-Modul

Der Antrag auf Zertifizierung von Seminaren zur Qualifikation „Leitender Notarzt“ und Kursen „Hessen-Modul“ muss vor seiner Durchführung bei der Landesärztekammer Hessen gestellt werden. Eine nachträgliche Zertifizierung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

§ 5 Allgemeine Übergangsbestimmungen

Wer bei Inkrafttreten dieser Satzung im Erwerb der Qualifikation steht und das Seminar „Leitender Notarzt“ nach den bisher geltenden „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt“ sowie „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Leitender Notarzt“ in der Zeit vom 01.05.2022 bis einschließlich 31.12.2025 absolviert hat, kann diese Teilnahme-Urkunde bis zum 31.12.2029 als Nachweis im Sinne von § 1 Ziffer 5) einreichen.

§ 6 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2025 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ vom 12. April 2022 (HÄBL 5/2022, S. 325) außer Kraft.

Hinweis:

Die Qualifikation Leitender Notarzt darf gemäß § 13 HRDG nur im Zusammenhang mit den Aufgaben und der Aufgabenwahrnehmung nach dem Rettungsdienstgesetz benutzt werden. Eine darüber hinausgehende Ankündigungsfähigkeit besteht derzeit nicht.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. März 2025 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb der Bescheinigung über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 15. April 2025



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 Nr. 2 und 17 Absatz 1 Satz 1 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 Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen in der Fassung vom 16. September 2014 (HÄBL 11/2014, S. 659), zuletzt geändert am 1. Dezember 2020 (HÄBL 1/2021 S. 41), wird wie folgt neu gefasst:

Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen

Präambel

Die kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung gehört zum ärztlichen Selbstverständnis, sichert die Qualität ärztlicher Berufsausübung und ist eine zentrale Berufspflicht einer jeden Ärztin und eines jeden Arztes. Sie ist auch sozialrechtlich verankert. Zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung müssen Fortbildungsmaßnahmen absolviert werden, die eine hohe Qualität besitzen und die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wahren. Zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen sollen Fortbildungsmaßnahmen ressourcenschonend und klimafreundlich gestaltet werden.

Nach § 4 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen sind Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist. Diese Fortbildungsordnung regelt insbesondere den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung, die Anforderungen an Fortbildungsmaßnahmen und deren Anerkennung durch die Landesärztekammer Hessen sowie die Bewertung mit Fortbildungspunkten anhand der in dieser Ordnung festgelegten Fortbildungskategorien. Ergänzend zu dieser Fortbildungsordnung gibt die Bundesärztekammer fachliche Empfehlungen für qualitativ hochwertige Fortbildungsmaßnahmen heraus. Es gehört zur gesetzlichen Aufgabe der Landesärztekammer Hessen, die ärztliche Fortbildung zu fördern, zu betreiben und zu regeln. Dazu erlässt die Landesärztekammer Hessen auf Grundlage des Gesetzes über das Berufsrecht und die Kammern der Heilberufe (Hessisches Heilberufsgesetz) die für ihren Kammerbereich verbindliche Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen.

§ 1 Begriffsbestimmungen

Für die Zwecke dieser Fortbildungsordnung gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Anbieterin oder Anbieter:

Wer für die Durchführung einer ärztlichen Fortbildungsmaßnahme Verantwortung trägt.

2. Arztöffentlich:

Im Rahmen vorhandener Kapazitäten allen Ärztinnen und Ärzten ohne Beschränkung auf bestimmte Gruppen zugänglich.

3. Mitwirkende:

Aktiv am wissenschaftlichen Programm einer Fortbildungsmaßnahme beteiligte natürliche Personen. Dazu gehören insbesondere: Wissenschaftliche Leitung, Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren, Autorinnen und Autoren, Tutorinnen und Tutoren.

4. Organisatorin oder Organisator:

Wer in einer vertraglichen Beziehung zur Anbieterin oder zum Anbieter steht und für diese bestimmte organisatorische Leistungen übernimmt.

5. Physische Präsenz:

Teilnehmende und Mitwirkende befinden sich gemeinsam zur gleichen Zeit an einem physischen Veranstaltungsort.

6. Sponsorin oder Sponsor:

Wer eine Fortbildungsmaßnahme finanziell oder auf sonstige Weise unterstützt.

7. Wissenschaftliche Leitung:

Eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der für die inhaltliche und didaktische Programmgestaltung sowie für die Auswahl der weiteren Mitwirkenden im Hinblick auf deren fachliche Eignung verantwortlich ist.

8. Wissenschaftliche Veröffentlichung:

Eine Publikation einer Autorin oder eines Autors oder mehrerer Autorinnen oder Autoren, die formalen und inhaltlichen Anforderungen genügt, um in einem Review-Verfahren zur Veröffentlichung akzeptiert werden zu können.

9. Wissenschaftliches Programm:

Derjenige Teil der Fortbildungsmaßnahme, welcher der unmittelbaren Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten oder Fertigkeiten dient.

10. Virtuelle Präsenz:

Teilnehmende und Mitwirkende befinden sich gemeinsam zur gleichen Zeit online im virtuellen Raum eines Videokonferenzsystems und können live, in Echtzeit synchron miteinander kommunizieren.

§ 2 Zweck der Fortbildung

Die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz und somit einer hochwertigen Patientenversorgung. Sie sichert die Qualität ärztlicher Berufsausübung.

§ 3 Inhalt der Fortbildung

- (1) Die ärztliche Fortbildung vermittelt unter Berücksichtigung bestehender, neuer und sich entwickelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Verfahren die zur Erhaltung und Fortentwicklung der auf Grundlage der Approbations- und der Weiterbildungsordnung erworbenen und zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- (2) Die ärztliche Fortbildung berücksichtigt fachgebietsspezifische, fachübergreifende und interdisziplinäre Inhalte sowie Inhalte für die interprofessionelle Zusammenarbeit.
- (3) Ferner gehören Methoden des Qualitätsmanagements, der evidenzbasierten Medizin sowie gesundheitssystembezogene Themen, soweit sie für die ärztliche Berufsausübung von Bedeutung sind, ebenso zur ärztlichen Fortbildung wie Inhalte, die der Weiterentwicklung der ärztlichen kommunikativen und sozialen Kompetenzen und der Vertiefung der Befähigung zu unabhängigem wissenschaftlichen Denken und Arbeiten dienen.

§ 4 Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung

- (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (§ 95d SGB V) und der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 136b SGB V) geben den fortbildungspflichtigen Vertrags- bzw. den Krankenhausärztinnen und -ärzten jeweils eine Mindestpunktzahl vor, die in einem bestimmten Zeitraum erfüllt sein muss.
- (2) Die erworbenen Fortbildungspunkte werden von der Landesärztekammer Hessen mittels eines elektronischen Verfahrens dokumentiert. Ärztinnen und Ärzte müssen der Anbieterin oder dem Anbieter die für die elektronische Meldung an die Landesärztekammer Hessen erforderlichen Daten zur Verfügung stellen.
- (3) Jedes Kammermitglied kann den im individuellen Punktekonto gebuchten Punktestand in einem von ihm bestimmbar Zeitraum abfragen und einen Punktekontoauszug ausdrucken. Die Unterteilung nach fachspezifischer und sonstiger Fortbildung ist möglich. Der Punktekontoauszug kann vom Kammermitglied gegenüber der Stelle, gegenüber der ein Nachweis erbracht werden muss, vorgelegt werden.
- (4) Die Fortbildungspunkte dienen auch dem Erwerb des Fortbildungszertifikates der Landesärztekammer Hessen. Hierfür müssen in einem Zeitraum von 5 Jahren mindestens 250 Punkte gutgeschrieben sein. Bei Erfüllung der Voraussetzungen steht das Fortbildungszertifikat für das Kammermitglied auf dem Mitgliederportal zum Download / Ausdruck bereit.

- (5) Ärztinnen und Ärzte, die als Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen der Fortbildungsnachweispflicht gemäß § 95d SGB V unterliegen, nehmen an dem elektronischen Punktemeldeverfahren der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teil.

Hinweis:

Ärztinnen und Ärzte, die nach den § 95d und § 136b SGB V fortbildungsnachweispflichtig sind und aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen länger als drei Monate andauernder Erkrankung nicht berufstätig sind, sollten sich rechtzeitig mit denjenigen Stellen in Verbindung setzen, denen sie gegenüber fortbildungsnachweispflichtig sind, da sich ihr fortbildungsnachweispflichtiger Zeitraum in diesen Fällen individuell verlängern könnte.

§ 5 Anerkennungsvoraussetzungen für Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass folgende Anforderungen erfüllt werden:

1. Die Fortbildungsmaßnahme muss die Inhalte der Fortbildung gemäß § 3 unter Einhaltung der Gebote der Neutralität, der Transparenz und der Wahrung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen vermitteln, sich an der Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzte ausrichten und einer Kategorie nach § 10 zuzuordnen sein.
2. Die Fortbildungsmaßnahme muss didaktisch, zeitlich und organisatorisch so gestaltet sein, dass die Inhalte in geeigneter Weise vermittelt und die Lernziele erreicht werden können.
3. Bei einer Fortbildungsmaßnahme muss ein ausgewogener Überblick über den jeweiligen Wissensstand entsprechend der diagnostischen und therapeutischen Wahlmöglichkeiten vermittelt werden. Insbesondere müssen einschlägige Ergebnisse randomisierter Studien aus anerkannten Registern und unabhängiger Nutzenbewertungen von Wirkstoffen sowie Diagnostik- und Therapieempfehlungen von Leitlinien berücksichtigt und bei Relevanz dargestellt werden. Dazu müssen die einschlägigen Optionen mit angemessener Informationstiefe und kritischer Bewertung dargelegt werden. Insbesondere darf bei der Wissensvermittlung kein wissenschaftlich unbegründeter Fokus auf nur eine Behandlungsmöglichkeit, einen Wirkstoff oder eine Wirkstoffgruppe, ein Präparat oder eine Präparatengruppe oder ein Produkt oder eine Produktgruppe gelegt werden.
4. Die Fortbildungsmaßnahme muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wahren und diese darf nicht zugunsten wirtschaftlicher Interessen beeinflusst werden. Dies setzt insbesondere voraus, dass die Fortbildungsmaßnahme weder direkt noch indirekt darauf abzielt oder in Kauf nimmt, medizinische Entscheidungen der Teilnehmenden aufgrund wirtschaftlicher Interessen der Anbietenden, Mitwirkenden oder Dritter zu beeinflussen.
5. Fortbildungsinhalte und Marketingaktivitäten müssen voneinander getrennt sein und es dürfen keine Vorteile versprochen oder gewährt werden, bei denen nach Art oder Umfang der Anschein erweckt wird, dass sie die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen beeinflussen.
6. Die Anbieterin oder der Anbieter muss eine Ärztin oder einen Arzt als Wissenschaftliche Leitung einsetzen, die oder der über die für die Fortbildungsmaßnahme notwendige fachliche und didaktische Qualifikation verfügt.
7. Die Wissenschaftliche Leitung muss das Programm der Fortbildungsmaßnahme inhaltlich und didaktisch gestalten und die weiteren Mitwirkenden so auswählen, dass der Zweck neutraler, interessenunabhängiger ärztlicher Fortbildung erfüllt wird. Die Mitwirkenden dürfen keinen Bindungen unterliegen, welche sie an der objektiven Darstellung der Fortbildungsinhalte hindern können.
8. Die Anbieterin oder der Anbieter, die Wissenschaftliche Leitung und die weiteren Mitwirkenden müssen ihre Interessenkonflikte gegenüber der Ärztekammer und gegenüber den Teilnehmenden in geeigneter und nachvollziehbarer Weise offenlegen. Den Teilnehmenden müssen die Interessenkonflikte vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme verständlich offengelegt werden.
9. Die Anbieterin oder der Anbieter muss den Antrag auf Anerkennung mit allen erforderlichen Nachweisen und Unterlagen zur Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen stellen; dazu gehören auf Verlangen der Landesärztekammer Hessen auch Verträge im Zusammenhang mit der Fortbildungsmaßnahme, insbesondere solche mit den Mitwirkenden, die Interessenkonflikt-Erklärungen, das endgültige Programm der Fortbildungsmaßnahme sowie Unterlagen, welche den Teilnehmenden ausgehändigt oder auf andere Weise zur Verfügung gestellt werden.

(2) Die Fortbildungsmaßnahme soll arztöffentlich sein.

§ 6 Zusätzliche Anerkennungsvoraussetzungen bei Sponsoring

Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme, die gesponsert wird, setzt voraus, dass zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:

1. Thema, Gestaltung oder Inhalt der Fortbildung sowie die Ankündigung und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme insgesamt oder einzelner Teile dürfen durch die Sponsorin oder den Sponsor weder vorgegeben noch beeinflusst werden. Eine Beeinflussung ist insbesondere gegeben, wenn durch die Art der Darstellung der Inhalte, ihrer Gewichtung oder Schwerpunktsetzung, Präparate, Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen, Medizinprodukte oder Produktgruppen, die von wirtschaftlichem Interesse für die Sponsorin oder den Sponsor sind, im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme hervorgehoben werden.
2. Art, Umfang und Verwendungszweck des Sponsorings und die Gesamtkosten der Fortbildungsmaßnahme müssen unter Angabe der kalkulierten Teilnehmendenzahl gegenüber der Landesärztekammer Hessen offengelegt werden. Die Honorare für die Mitwirkenden und die Verträge mit der Sponsorin oder dem Sponsor sind der Landesärztekammer Hessen auf Verlangen vorzulegen.
3. Die Anbieterin/der Anbieter der Veranstaltung und die wissenschaftliche Leitung müssen gegenüber den Teilnehmenden zusichern, dass die Inhalte dieser Veranstaltung produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet sind und dass potentielle Interessenkonflikte gegenüber den Teilnehmenden offengelegt werden. Die Sponsoren, Art und Umfang des Sponsorings sowie die Höhe der Gesamtaufwendungen sind offenzulegen. Die Offenlegung muss in allen Veranstaltungsankündigungen erfolgen und muss für die Teilnehmenden leicht zugänglich sein.
4. Sponsoringleistungen dürfen ausschließlich für die Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden, die dafür notwendigen Kosten nicht überschreiten und ihr Umfang muss angemessen sein.
5. Die Gegenleistung für das Sponsoring besteht ausschließlich in der Nennung als Sponsorin oder Sponsor, der Möglichkeit zur Einrichtung eines Informationsstandes oder der Verteilung von Informations- und Werbematerial jeweils getrennt von der fachlichen Fortbildung. Dies gilt entsprechend für Fortbildungsmaßnahmen, die ganz oder teilweise online stattfinden.

§ 7 Pflichten der Anbieterinnen und Anbieter

Mit der Anerkennung ist die Anbieterin oder der Anbieter verpflichtet,

1. bei der Ankündigung und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme für alle Beteiligten klar als Verantwortliche oder als Verantwortlicher erkennbar zu sein; dies gilt auch, wenn die Anbieterin oder der Anbieter eine Organisatorin oder einen Organisator mit der Durchführung der Fortbildungsmaßnahme beauftragt,
2. auf Verlangen der Landesärztekammer Hessen einer oder mehreren von ihr benannten Personen die unentgeltliche Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme zu ermöglichen,
3. die Fortbildungsmaßnahme durch die Teilnehmenden hinsichtlich der in dieser Fortbildungsordnung definierten Anforderungen, insbesondere auch hinsichtlich der Einhaltung der Anforderungen an die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, in geeigneter Weise zu evaluieren, die Mitwirkenden über das Ergebnis der Evaluation zu informieren sowie auf Verlangen das Evaluationsergebnis der Ärztekammer vorzulegen,
4. den Teilnehmenden nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme eine Teilnahmebescheinigung mit folgenden Angaben zu übermitteln: Anbieterin bzw. Anbieter, Name und Vorname des Teilnehmenden, Geburtsdatum, Thema, Veranstaltungsnummer (VNR) und Datum der Fortbildungsmaßnahme, physischer bzw. virtueller Ort der Fortbildungsmaßnahme, Wissenschaftlicher Leiter, anerkennende Ärztekammer, Anzahl der Fortbildungspunkte und Kategorie sowie
5. innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme die zur Dokumentation der Teilnahme erforderlichen Daten der Ärztinnen und Ärzte mittels des von der Bundesärztekammer bereitgestellten elektronischen Verfahrens an die Ärztekammer zu übermitteln.

§ 8 Antragstellung zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Anbieterin oder der Anbieter hat den Antrag spätestens drei Wochen vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme mit den vollständigen, für die Antragsbearbeitung notwendigen Unterlagen (§ 5 Absatz 1 Nummern 8 und 9, § 6 Nummer 2) zu stellen. Davon ausgenommen sind Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien E, F und G.
- (2) Die Anbieterin oder der Anbieter ist zur Mitwirkung verpflichtet, soweit eine weitere Sachverhaltsermittlung erforderlich ist oder Nachweise zu erbringen sind.

- (3) Verstößt eine Anbieterin/ein Anbieter wiederholt oder gegen wesentliche Vorgaben der Fortbildungsordnung, kann die Landesärztekammer Hessen zeitlich befristet bis zu längstens 6 Monaten die Bearbeitung weiterer Anträge desselben Veranstalters nach vorheriger Androhung ablehnen.

§ 9 Zuständigkeit

Für die Anerkennung von ganz oder teilweise in physischer Präsenz durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen ist die Landesärztekammer Hessen zuständig, wenn in ihrem Kammerbezirk der physische Präsenzteil der Fortbildungsmaßnahme durchgeführt wird. In allen anderen Fällen ist sie zuständig, wenn sich der (Haupt-) Sitz der Anbieterin oder des Anbieters in ihrem Kammerbezirk befindet.

§ 10 Fortbildungskategorien und Bepunktung

- (1) Fortbildungsmaßnahmen werden einer Kategorie zugeordnet und mit Punkten bewertet. Folgende Kategorien für Fortbildungsmaßnahmen sind für den Fortbildungsnachweis geeignet und werden wie folgt bewertet:

Kategorie A	Vortragsveranstaltung mit Diskussion: 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit 1 Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme Maximal 13 Punkte pro Tag
Kategorie B	Kongresse im In- und Ausland, welche nicht von anderen Kategorien erfasst werden: 3 Punkte pro 1/2 Tag (mindestens 135 min durchgängigem wiss. Programm) bzw. 6 Punkte pro Tag (bei mindestens 270 min durchgängigem wiss. Programm)
Kategorie C	Fortbildung in Kleingruppen (max. 25 Personen) mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung der Teilnehmenden (z. B. praktische Übung, Workshop, Qualitätszirkel, Fallkonferenz, Balintgruppe, Supervision, Literaturkonferenz, Peer Review): 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit 1 Zusatzpunkt pro Maßnahme für bis zu 5 Fortbildungseinheiten/höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag 1 weiterer Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme
Kategorie D	Fortbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesenem Bestehen einer obligatorischen Lernerfolgskontrolle als Fragentest: 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei bestandener Lernerfolgskontrolle (kürzere, didaktisch sinnvolle Fortbildungseinheiten mit inhaltlichem Zusammenhang können addiert werden.)
Kategorie E	Selbststudium durch Fachliteratur sowie Lehrmittel: Innerhalb dieser Kategorie werden ohne Einzelnachweis 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt.
Kategorie F	Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge: • Tätigkeit als Autorin oder Autor: 5 Punkte pro wissenschaftliche Veröffentlichung • Referierendentätigkeit/Qualitätszirkelmoderation/Wissenschaftliche Leitung: 1 Punkt pro Beitrag, z. B. Poster oder 45 minütiger Vortrag in Kategorie A und H, unbenommen der Punkte für die persönliche Teilnahme. Innerhalb dieser Kategorie werden maximal 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt.
Kategorie G	Hospitationen in anderen Einrichtungen der Patientenversorgung: 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit, höchstens 12 Punkte pro Tag
Kategorie H	Curricula vermittelte Inhalte, z. B. Curricula der Bundesärztekammer (BÄK-Curricula), Weiterbildungskurse gem. (Muster-)Kursbüchern der Bundesärztekammer: 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

Kategorie I	Tutoriell unterstütztes eLearning (online basiertes, inhaltlich definiertes, angeleitetes Selbststudium) mit nachgewiesenem Bestehen einer obligatorischen Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form: 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit 1 Zusatzpunkt für die bestandene Lernerfolgskontrolle
Kategorie K	Blended Learning-Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstütztem eLearning und Präsenzveranstaltungen: 1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit 1 Zusatzpunkt bei Nachweis einer nach Beendigung der eLearning-Einheit erfolgten von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Lernerfolgskontrolle.
Kategorie L	Zusatzstudiengänge: Pauschal können bis zu 50 Punkte pro Semester angerechnet werden.

- (2) Nicht geeignet und damit nicht anerkennungsfähig sind insbesondere Aktivitäten, die Teil der regulären beruflichen Tätigkeit oder Praxis der Ärztin oder des Arztes sind.

Hierzu zählen beispielsweise Entscheidungsfindungsprozesse im klinischen Alltag und fachgebietsspezifische Visiten unter Verwendung von patienten-individuellen, unverschlüsselten Behandlungsdaten oder klinische Routinen. Des Weiteren sind Wohltätigkeitsarbeit, humanitäre Dienste, Mentoring, Begutachtung, Mitarbeit in einem Ausschuss, einem Rat, einem Vorstand, einer Delegiertenversammlung oder in ähnlichen Gremien sowie betriebswirtschaftlich orientierte Inhalte, die keine nachvollziehbare Auswirkung auf die Patientenversorgung haben, sondern der reinen Finanzoptimierung dienen, nicht anerkennungsfähig.

- (3) Soweit eine Fortbildungsmaßnahme die Präsenz der Teilnehmenden erfordert (Kategorien A, B, C, G, H, K und L), kann sie in physischer Präsenz oder in virtueller Präsenz im Rahmen eines Live-Webinars oder in hybrider Form als eine Kombination aus physischer und virtueller Präsenz durchgeführt werden. Die Durchführung in virtueller Präsenz ist nur zulässig, wenn sich Teilnehmende und Mitwirkende während der gesamten Dauer der Fortbildungsmaßnahme zeitgleich im virtuellen Raum befinden, die direkte synchrone Kommunikationsmöglichkeit in Echtzeit zwischen Teilnehmenden und Mitwirkenden über Audio-, Video- und Chatfunktionen gewährleistet und sichergestellt ist, sodass die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme vollumfänglich vermittelt werden können und das Lernziel erreicht werden kann. Die Anbieterin oder der Anbieter hat, soweit notwendig auch wiederholt, eine geeignete Anwesenheitskontrolle durchzuführen.

- (4) Soweit Lernerfolgskontrollen durchgeführt werden, müssen diese der Zielgruppe, dem Umfang der Fortbildungsmaßnahme und dem Lernziel angemessen sein sowie den Erfordernissen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

§ 11 Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die von anderen Ärztekammern anerkannten Fortbildungsmaßnahmen werden angerechnet und die erworbenen Fortbildungspunkte dem Fortbildungspunktekonto gutgeschrieben.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen, die von einer anderen Heilberufskammer anerkannt wurden, können anerkannt und die erworbenen Fortbildungspunkte auf das Fortbildungspunktekonto der Landesärztekammer Hessen gutgeschrieben werden.

§ 12 Ausländische Fortbildung

- (1) Ausländische Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat anrechnungsfähig, soweit sie den Anforderungen dieser Fortbildungsordnung im Grundsatz entsprechen.
- (2) Die Ärztin oder der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung zu prüfen.

§ 13 Regelmäßig wiederkehrende Veranstaltungen nicht gewerblicher Art

Thematisch-inhaltlich und strukturell identische Veranstaltungen, welche von Ärztinnen und Ärzten ehrenamtlich durchgeführt werden und keine Teilnahmegebühr erheben und die sich nur durch Veranstaltungsort und -datum sowie eventuell durch den Zeitpunkt des Veranstaltungsbeginns unterscheiden, benötigen pro Jahr nur einmal Beantragung und Anerkennung zu ihrer Durchführung und Bewertung.

§ 13a Fortbildungsmaßnahmen anderer Körperschaften des Öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen kann mit den in § 95d SGB V genannten öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die selbst Fortbildungsveranstalter sind und denen gegenüber ein Mitglied einer solchen Körperschaft aufgrund Gesetz oder Satzung den Nachweis einer Fortbildung zu erbringen hat, eine schriftliche Vereinbarung über eine vereinfachte Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen schließen. In der Vereinbarung ist insbesondere sicherzustellen, dass:

1. der Fortbildungsveranstalter bei Auswahl und Bewertung der Veranstaltungen nachweislich die Bestimmungen dieser Ordnung zugrunde legt,
2. die Qualität der Veranstaltungen durch stichprobenartige Prüfungen gesichert wird,
3. regelmäßige Konsultationen in einem Beirat stattfinden,
4. die Datenübernahme in den EIV unter Beachtung des Datenschutzes gewahrt wird,
5. die Kosten und
6. die Laufzeit der Vereinbarung geregelt werden.

§ 14 Widerspruchsverfahren

Gegen einen Bescheid der Landesärztekammer Hessen kann innerhalb eines Monats nach Zugang bei der Landesärztekammer Hessen Widerspruch eingelegt werden (§ 70 VwGO). Wird gegen eine Entscheidung der Landesärztekammer Hessen Widerspruch eingelegt, wird dieser zunächst dem Gutachterausschuss der Anerkennungsstelle zur Stellungnahme vorgelegt. Erfolgt keine Abhilfe, entscheidet das Präsidium der Landesärztekammer Hessen.

II. Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

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

Frankfurt, 15. April 2025



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

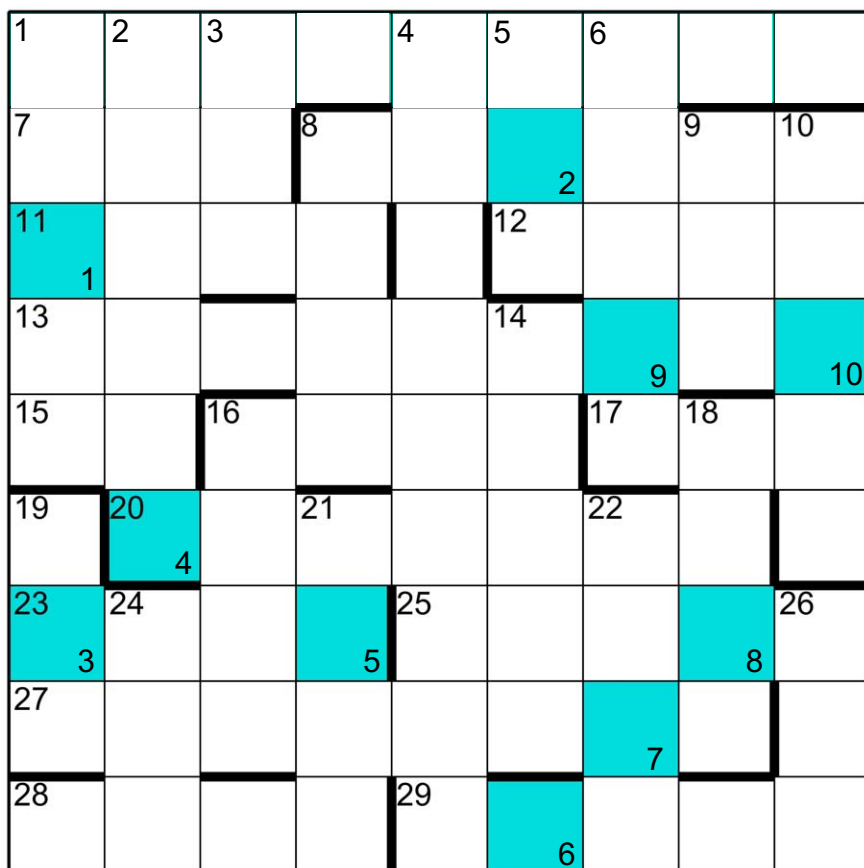
Spenden für die Ukraine



Foto: © MH – stock.adobe.com

Der Krieg in der Ukraine ist im vierten Jahr. Am 24. Februar 2022 begann der russische Angriffskrieg, der seither in der Mitte Europas tobt und schon Hunderttausende Tote gefordert hat. „Jede Ukrainehilfe zählt, dranbleiben!“, so war ein Artikel im HÄBL 7/8 2024 überschrieben. Wenn Sie Hilfe leisten möchten für die Menschen in der Ukraine: Eine Auswahl von Hilfsorganisationen und weitere Adressen findet sich auf unserer Website www.laekh.de,
Kurzlink: <https://tinyurl.com/2cpre9fp>

(red)



Auszeichnung: Für ihr über mehrere Jahrzehnte dauerndes Engagement im Carol-Nachman-Kuratorium sowie ihr langjähriges wissenschaftliches und klinisches Engagement in der Rheumatologie hat die Landeshauptstadt Wiesbaden Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann mit der Carol-Nachman-Medaille ausgezeichnet, die von der Landeshauptstadt für herausragende Verdienste in der Rheumatologie vergeben wird. Märker-Hermann ist langjährige Direktorin der Klinik für Innere Medizin IV an den Helios Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden und in zahlreichen Fachgesellschaften ehrenamtlich aktiv.

Foto: privat

Mit dieser Sommer-Doppelausgabe lädt Dr. med. Natalie Yaldizli aus Basel wieder zum Knobeln ein:

Waagrecht: 1 Ein Kalziumkanalblocker zur Behandlung von Bluthochdruck (Wirkstoff) 7 Einwärtsschielen: ...tropie 8 Verzögerte Muskeler schlaffung nach Kontraktion: ...ie 11 Einzeldosen eines Medikaments, meist intravenös verabreicht 12 Standardmedikament bei Parkinson: L-... 13 Schwere Schwangerschaftskomplikation 15 Vasodilatierender Botenstoff (chem. Elementsymbol) 16 Luftansammlung im Brustkorb: ...mothorax 17 Abk. für Elektrokardioversion 20 Anatomische Lokalisationsangabe im Gehirn: zur Stirn hin 23 Bakterielle Hautentzündung, meist durch Streptokokken: Wund... 25 Ein zentrales Symptom beim Morbus Parkinson 27 Mykotoxin aus Schimmelpilzen 28 Häufigster hirneigener Tumor beim Erwachsenen: ...blastom 29 Ein Gelenk am Arm: ...bogen

Senkrecht: 1 Organ zur Reifung und Speicherung von Spermien beim Mann: ...hoden 2 Gleich große Pupillen 3 Vitamin, essenziell für Zellteilung, besonders in der Schwangerschaft: ...säure 4 Koordinationsstörung, typisch bei Kleinhirnerkrankungen 5 Eine Ursache für Schilddrüsenvergrößerung: ...mangel 6 Befund bei einer Myasthenie 8 Tetracyklisches Antidepressivum mit sedierender Wirkung: ...serin 9 Trizyklisches Antidepressivum mit angstlösender Wirkung: ...pramol 10 Pigmentierte Hautveränderungen 14 Bestandteile der DNA und RNA: ...basen 16 Zeitabschnitt nach der Geburt: ...natal 18 Genetisch identische Zelle 19 Überstreckung des Körpers bei psychogenen Anfällen: ...de cercle 21 Zeichen einer durchgemachten Infektion oder Impfung: ...konversion 22 Beweglich und reaktionsschnell 24 Englisch für „Öl“ 26 Niere

Lösungswort: _____

Prof. Dr. rer. nat. Paolo Panza (Foto) wurde zum 1. Mai 2025 auf die W1-Professur (mit Tenure Track nach W2) für Lungengorganoide und Tissue Engineering for Advanced Disease Modeling im Fachbereich Medizin der JLU Gießen berufen. Seine Professur ist dem Lehrstuhl für Innere Medizin, Infektionskrankheiten und Lungenforschung (**Prof. Dr. med. Susanne Herold**) angeschlossen und widmet sich der Erforschung der zellulären und molekularen Mechanismen der Alveolenbildung und Lungenregeneration durch den Einsatz neuer 3D-zellulärer Modelle.

Foto: privat



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: DAAEDED

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 Fremdbeiträge stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Anzeigenschluss für Heft 9

vom 25.08.2025

ist am Mittwoch, dem 06.08.2025

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

Arzt/Ärztin (m/w/d) gesucht!

**Fachrichtung: Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
Teilzeit (15–20 Std./Woche) im Rhein-Main-Gebiet**

Sie haben das Herz am richtigen Fleck?

Dann kommen Sie dorthin,
wo Gastro und Kardio nicht nach Speisekarte klingen!

Wir sind eine fachinternistische Gemeinschaftspraxis mit **14 Ärztinnen und Ärzten an drei modernen Standorten** im Rhein-Main-Gebiet.

Unsere Schwerpunkte: **Gastroenterologie und Kardiologie** –
unsere Stärke: **Teamgeist**.

Was wir bieten:

- Ein tolles, kollegiales Miteinander auf Augenhöhe
 - Flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten
- Übertarifliche Bezahlung plus Extras & Zulagen
- Moderne Praxisräume & strukturierte Abläufe
- Viel Herz, Humor und Raum für Ihre Ideen

Was Sie mitbringen:

- Facharztanerkennung für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
- Freude an der ambulanten Medizin und interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Freundlichkeit, Teamfähigkeit und einen Sinn für Menschlichkeit

Jetzt bewerben!

Schicken Sie Ihre Unterlagen an:

 internistrheinmain@gmx.de

Wir freuen uns auf Sie –
und darauf, gemeinsam Medizin mit Herz und Verstand zu machen.

Hausarztpraxis in Dillenburg sucht Verstärkung

Wir sind eine große Hausarztpraxis mit 3 Partnern und suchen Unterstützung in der Versorgung unserer Patienten (Facharzt oder Weiterbildungsassistent, Vollzeit oder Teilzeit, m/w/d). Beginn baldmöglichst. Uns zeichnet neben einem breiten Spektrum besonders unser angenehmes Arbeitsklima und unser so nettes Team aus.

sla@praxisanderdill.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 Arbeitszeiten

mob.: 01707723006, verwaltung@praxishayat.de,
verwaltung@pan-medical.de

Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d)

Sie suchen:

Ausgewogene Work-Life-Balance zu einem Top-Gehalt?

Geregelte Arbeitszeiten mit langfristiger Perspektive?

Dann starten Sie durch in unserer etablierten Hausarztpraxis in

Kassel!

Weitere Infos: 05141 4023716 oder bewerben Sie sich direkt unter
bewerbung@voramedic.de

Wanted: Wirbelsäulenspezialist

Große GP für Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie in Rhein-Main mit großzügigen modernen Räumlichkeiten und eigenem ambulanten OP-Zentrum sucht charismatischen Wirbelsäulenspezialisten. Sehr gute Bezahlung, Arbeitspensum auf Basis 4-TGW nach Vereinbarung.

wincheringer@orthopaedicum-wiesbaden.de

Fachärzte KJP in VZ/TZ in Wiesbaden gesucht für MVZ.

Familienfreundliche Arbeitszeiten, hervorragende Bezahlung, vielfältiger und interessenorientierter Einsatz möglich. Bewerbungen per Mail an:
melanie.fafengut@augenheilzentrum.de

Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin (m/w/d)

Modernes MVZ in Frankfurt am Main bietet eine Weiterbildungsstelle in der Allgemeinmedizin (VZ/TZ). Flexible Arbeitszeiten und moderne Ausstattung. ✉ allgemeinmedizin.frankfurt@gmail.com

☎ +49 151 5151528

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



Wir bieten Ihnen:



Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Flexible Arbeitszeit ohne Nacht-, Bereitschafts- und Wochenenddienst
6 Wochen Jahresurlaub,
4 Flexstage pro Jahr
und bis zu 16 Gleittage



Fester Kundenstamm
mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise



Attraktive Vergütung
Dienstfahrzeug – auch zur privaten Nutzung,
Möglichkeit zur Teilnahme am Bonussystem,
Vermögenswirksame Leistungen (VWL)



Sicherheit des öffentlichen Dienstes
mit einer zusätzlichen Altersversorgung (VBL)
(Tochter der BG BAU)



Legen Sie Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf?
Wünschen Sie sich wieder mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise?

Kommen Sie zu uns ins Team!

Wir sind der Arbeitsmedizinische Dienst der Baubranche.

Der AMD der BG BAU betreut bundesweit in seinen über 60 Zentren und im Außendienst die Versicherten des Bauhaupt- und Baunebengewerbes sowie große Reinigungs- und Serviceunternehmen.

Wir bieten unseren Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz mit Zukunftsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie flexible Arbeitszeiten durch unser Gleitzeitmodell und eine attraktive betriebliche Altersvorsorge (VBL).

Setzen Sie sich gemeinsam mit uns ein – für Sicherheit, Gesundheit und Prävention in einer spannenden Branche!

Für unseren Standort **Kassel** suchen wir einen

Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin (mit der Möglichkeit zur Übernahme der Zentrumsleitung)

Sie ...

- sind präventiv tätig, betreuen und beraten unsere Mitgliedsbetriebe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- arbeiten in einem kollegialen Team in unserem arbeitsmedizinischen Zentrum und im Außendienst mit qualifiziertem Assistenzpersonal
- erkennen arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig und helfen diese zu verhindern
- sind Berater (m/w/d) beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen
- wirken bei der individuellen beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit

Ihr Profil

- Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin
- Sicheres und positives Auftreten
- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit und Engagement
- Pkw-Führerschein

Die Stelle ist ab sofort unbefristet in Vollzeit zu besetzen. Grundsätzlich ist die Stelle teilzeitgeeignet.

Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

Das klingt nach einer interessanten Aufgabe für Sie? Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Karriereseite www.amd.bgbau.de/karriere unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung.

Unsere Regionalleitung, Frau Dr. David, steht Ihnen in fachlichen Fragen unter der Telefonnummer +49 151 68914862 gern zur Verfügung.

www.amd.bgbau.de

Chiffre-Anzeigen

Eine Chiffre-Anzeige hat Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie bitte Ihre Antwort auf die jeweilige Anzeige per E-Mail an die untenstehende Adresse. Damit die Chiffre-Abteilung Ihre Antwort an den Inserenten weiterleiten kann, möchten wir Sie bitten, folgende Vorgaben beim E-Mail-Versand zu beachten:

1. Fügen Sie alle Dokumente in eine PDF-Datei zusammen und senden Sie die PDF-Datei als Sammeldokument per E-Mail an:
chiffre@aerzteverlag.de

2. Achten Sie darauf, dass Ihre PDF-Datei eine Größe von 1 MB nicht überschreitet.

3. Geben Sie die entsprechende Kennziffer im Betreff-Feld ein.

Bitte sehen Sie es uns nach, wenn Ihre Antworten, die den Maximal-Umfang von 1 MB überschreiten, an den jeweiligen Absender zurückgeleitet werden.

Vielen Dank!

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Chiffre-Abteilung
Postfach 1265
59332 Lüdinghausen
chiffre@aerzteverlag.de

Ambulante/Stationäre Kooperation

Das **Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus** in Ehringshausen ist ein Krankenhaus der Grundversorgung in denen jährlich ca. 4200 Patienten stationär versorgt werden. Die Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin werden im Belegarztsystem betreut. Zur Erweiterung des medizinischen Leistungsangebotes schreibt die KAV Krankenhaus GmbH zum nächstmöglichen Zeitpunkt das

Angebot zum Abschluss eine Belegarztvertrages (kooperatives Belegarztsystem) mit einer Ärztin/ Arzt der Fachrichtung Innere Medizin – Schwerpunkt Kardiologie aus.

Bei Interesse richten Sie bitte Ihre Anfrage / Bewerbung an:

Michael Werner, KAV-Krankenhaus GmbH,
Stegwiese 27, 35630 Ehringshausen
Tel. 06443 828 160



Kooperation

Laborarztpraxis sucht Kooperationspartner für gemeinsame BAG/MVZ in Hessen, bevorzugt in Rhein-Main. laborarzt@icloud.com

Hämostaseologen, Endokrinologen, Rheumatologen für Facharzt-Zentrum in Rhein-Main gesucht. laborarzt@icloud.com

Praxisabgabe

Nachfolger für Hausarztpraxis in Bad Nauheim gesucht

Etablierte und gut laufende Praxis aus Altersgründen abzugeben.

Chiffre: HÄ 059145

Hausarztpraxis mit 2 Sitzen abzugeben

Ich biete eine etablierte Hausarztpraxis im Frankfurter Westen zwischen Frankfurt-Höchst und dem Main Taunus Kreis zur Übernahme an. Es handelt sich um einen Vertragsarztsitz plus zwei hälftigen Angestelltenstellen. Diese sind jederzeit umwandelbar, es ist also sowohl eine BAG, eine Einzelpraxis mit Angestellten (derzeitiger Modus) oder auch eine Praxisgemeinschaft denkbar. Wir decken das klassische hausärztliche Spektrum mit einem hohen Chroniker-Anteil ab: check up, Ultraschall Abdomen und Schilddrüse, EKG, Lufu, 24hRR.

Übernahme zum 01.01.2026 HÄ 059152

Orthopädie/Unfallchirurgie in Frankfurt/Main Gesellschafteranteil (Gemeinschaftspraxis) inklusive KV-Sitz Ende 2025 oder später abzugeben.

Operatives und konservatives Spektrum, zentrale und gute Lage, umsatzstark. Vertrauliche Kontaktaufnahme gerne unter:
ortho-praxis ffm@web.de

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 059123

Kleine Praxis für Allgemeinmedizin/ KV-Sitz (Zulassung)

Stadt Offenbach a.M. zum 01.07.2026 abzugeben.

HÄ 059153

Kinderarztpraxissitz

in Praxisgemeinschaft in Bestlage Umland FFM abzugeben, umsatzstark, nettes, hochkompetentes Team, Neuropädiatrie möglich, Abgabe nach Absprache.

Kontakt unter: abgabe.kinderarztpraxis@gmail.com

Assmus & Lauer Ges. f. Praxisvermittlung kg

vermittelt Ihre Praxis zuverlässig und diskret.

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

Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung KG

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

ulrich@assmus-lauer-kg.de

www.assmus-lauer-kg.de

Rufen Sie uns an!

Praxis mit **KV-Sitz Gynäkologie** Ffm. abzugeben. Im Kundenauftrag. HÄ 059149

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

VASOSONO ▶ Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie

in Zusammenarbeit mit der **ÄK Sachsen-Anhalt – nach KBV Richtlinien**

▶ **interdisziplinärer Grundkurs (alle Gebiete):** 12.09.-14.09.2025

▶ **Aufbau- & Abschlusskurse:** extracranial: 14.11.-15.11.2025 |

peripher: 23.01.-24.01.2026 | intracranial: 13.03.-14.03.2026 |

retrop./mediast./abdom.: 14.03.-15.03.2026

Dr. T. Schilling • Gefäßzentrum/Angiologie • Klinikum Wernigerode

www.vasosono.de • Tel.: 03943/61-1595 • info@vasosono.de

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.

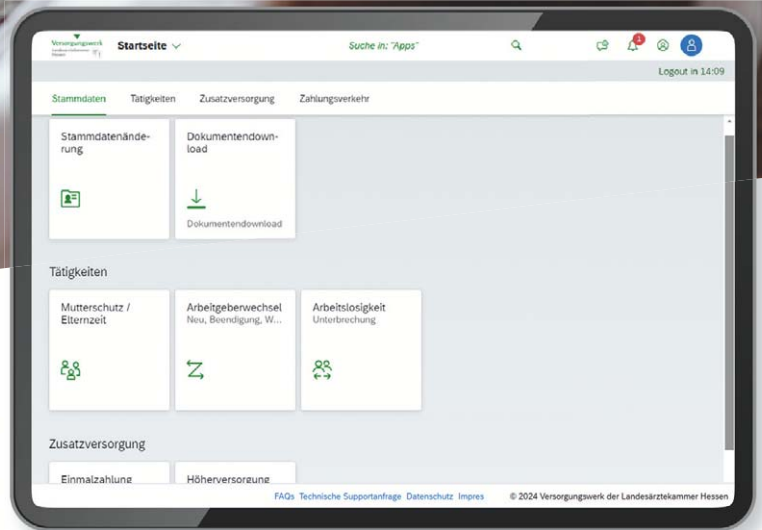
mainz@adler-institut.de

www.adler-institut-mainz.de

Immobilienmarkt

Barrierefreie Mietfläche-170 qm-ideal für (Kinder-)Arztpraxis oder anderes Fachgebiet in Wiesbadener Vorort. Internist/AllgemMed. und Apotheke im Haus. Großes Einzugsgebiet, gute Verkehrsanbindung.

Kontakt: anzeige@koch-hv.de



Jetzt schnell und einfach Ihre Mitgliederdaten ändern

Besuchen Sie das neue Mitgliederportal

Derzeit bietet das Portal folgende Möglichkeiten:

- ▶ Pflege der persönlichen Daten
(Titel, Adresse, Telefonnummer etc.)
- ▶ Mitteilung eines Arbeitgeberwechsels
- ▶ Anzeige von Mutterschutz- und Elternzeiten
- ▶ Information über eine Arbeitslosigkeit oder Unterbrechung der Tätigkeit
- ▶ Herunterladen von Dokumenten wie z. B. dem Kontoauszug
- ▶ Erteilung oder Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats
- ▶ Eingabe oder Änderung einer Bankverbindung
- ▶ Einmalzahlung **NEU**
- ▶ Höherversorgung **NEU**
- ▶ Allgemeine Anfrage **NEU**

Weitere Funktionen werden schrittweise freigeschaltet.

Neue Bankverbindung? Andere Stelle?

Scannen Sie den QR-Code und aktualisieren Sie Ihre Mitgliederdaten in unserem neuen Mitgliederportal rasch und unkompliziert.



<https://portal.vw-laekh.de>

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!**