

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 9 | 2025
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 86. Jahrgang



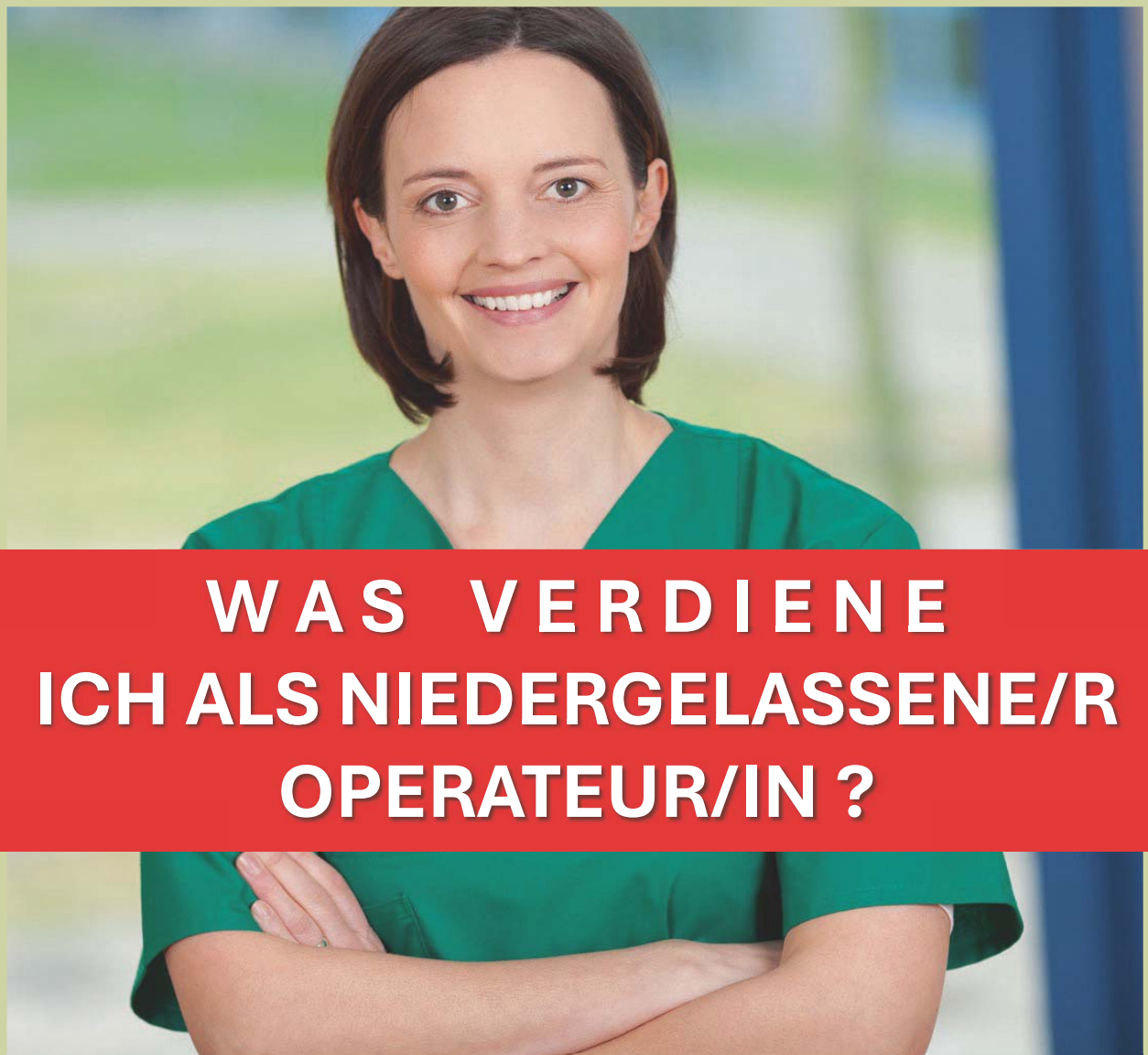
Fettlebererkrankungen

Grafik: Lukas Reus, erstellt mit KI

Professur für Suizidologie
Interview mit Prof. Dr. med.
Ute Lewitzka, erste deutsche
Professorin für Suizidologie
und Suizidprävention

Gefahr für das Ungeborene
Aktuelle Daten zeigen, dass
der Cannabiskonsum bei
Schwangeren mit messbaren
Risiken verbunden sein kann

Diskussion um ePA
Meinungsbeiträge zur
Einführung der elektronischen
Patientenakte & Bericht zum
168. Bad Nauheimer Gespräch



WAS VERDIENE ICH ALS NIEDERGELASSENE/R OPERATEUR/IN ?

RESPEKT, DANKBARKEIT, GEREGLTE ARBEITSZEIT, SELBSTBESTIMMTES ARBEITEN, FAMILIENZEIT, SELBSTVERWIRKLICHUNG, PERSÖNLICHES OP-SPEKTRUM, ANERKENNUNG, KOLLEGIALES MITEINANDER, BESTES SELBSTBESTIMMTES ARBEITSKLIMA, UNABHÄNGIGKEIT, ENTSPANNTES ARBEITEN, FAMILIENPLANUNGSZEIT, WOHNORTNAHES ARBEITEN, FREIE WOCHENDEN, ZUFRIEDENHEIT IM BERUF UND AUCH FINANZIELL STEHEN SIE NICHT SCHLECHT DA.

GENOSSENSCHAFT NIEDERGELASSENER ÄRZTE OPERATIVER FACHGEBIETE HESSEN e. G. (GNOH)

Niederlassungsberatung, Praxisvermittlung, Betreuung Niedergelassener
- provisionsfrei – direkt von Operateur zu Operateur - individuell

Interessiert ? Kontakt über Frau Reibstein - kontakt@gnoh.de

Wir haben chirurgische GNOH-Mitgliedspraxen provisionsfrei zu vermitteln in Ffm, Wetteraukreis, Kreis Gießen, Taunuskreis, u.a. Chirurgische Praxen, amb. OP-Zentren mit u. ohne eigenem OP

Wie ist es Ihnen im Sommer ergangen? Ich hoffe, Sie konnten einen erholsamen Urlaub verbringen. Auf der gesundheitspolitischen Wiese war das viel beschworene Sommerloch, das ja zumindest gelegentlich etwas gepflegte Langeweile verheißt, für mich jedoch nicht zu finden – vermutlich ist es dem Bermuda-Dreieck zum Opfer gefallen.

In der Fachöffentlichkeit wie auch in der allgemeinen Öffentlichkeit wird unverändert über zweifellos notwendige Änderungen am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz diskutiert. Diese sollen in dem sogenannten Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) erfolgen. Beim Verfassen dieses Editorials lag der Gesetzentwurf noch nicht vor, bekannt sind lediglich einige Eckpunkte. Ungeachtet der vorgesehenen Inhalte brauchen die Krankenhäuser und insbesondere auch deren Beschäftigte so schnell wie möglich Klarheit. Die wegen ihrer Zukunft vor Ort verunsicherten Belegschaften brauchen eine verlässliche Perspektive. Das gilt natürlich auch für die Länder, in deren Verantwortung die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung ihrer Bevölkerung liegt.

Lebhafte Diskussionen gibt es auch um das geplante Primärärztesystem (siehe dazu auch „Aus dem Präsidium“ S. 470). Die geäußerten Bedenken kann ich nachvollziehen, obwohl ich dem Vorschlag nicht grundsätzlich abgeneigt bin. Die Älteren unter uns erinnern sich bestimmt noch an den Überweisungsschein, den man sich früher beim Hausarzt abholen musste, um anschließend einen fachärztlichen Termin wahrnehmen zu können. Das hat meiner Erinnerung nach recht gut funktioniert. Allerdings gab es damals bekanntermaßen im Verhältnis Hausärzte zu Fachärzten deutlich mehr Hausärztinnen und -ärzte. Heute hingegen wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2035 ungefähr 11.000 Hausarztsitze unbesetzt bleiben könnten. Zudem benötigen viele Patienten keine Steuerung, und etliche Menschen haben schon heute keinen Hausarzt bzw. konnten keinen finden. Dann kann es auch keine Steuerung geben.

Wenn die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung jedoch nicht sichergestellt ist oder eine Versorgung für den Einzelnen nur mit langen Wartezeiten und womöglich auch langen Anfahrtswegen verbunden ist, wird das ohnehin schon abnehmende Vertrauen in das Gesundheitssystem – wohlgemerkt gemeint ist das System, nicht die Gesundheitsberufe! – weiter schwinden. Doch dieses Vertrauen in die Daseinsvorsorge ist einer der Grundpfeiler unserer Demokratie. Gerade in Zeiten, die als unsicher empfunden werden, sind verlässliche Anker wichtiger denn je. Die Folgen der Coronapandemie, unter denen nicht nur die Long Covid-Patienten leiden, sondern auch viele Kinder und Jugendliche mit daraus resultierenden psychischen Problemen, der seit über drei Jahren andauernde Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes durch Künstliche Intelligenz und vieles mehr hinterlassen Spuren in der Psyche unserer Gesellschaft und jedes Einzelnen. Verunsicherung und Ängste waren jedoch noch nie gute Ratgeber.

Deshalb sind nicht nur kluge politische Entscheidungen dringend nötig, sondern auch wir alle sollten uns fragen, was wir beitragen können. Ein Baustein dabei ist, Frauen und insbesondere Müttern eine Karriere in der Medizin zu ermöglichen. Mag der eine oder andere Pressebericht auch etwas überspitzt erscheinen, so ist das Problem doch weit verbreitet. Schwangere Ärztinnen müssen sich nicht nur mit Vorgaben des Mutterschutzes auseinandersetzen – hier werden noch immer zu oft unnötige Einschränkungen ausgesprochen –, sondern sie werden nach der Schwangerschaft von den ärztlichen Leitungen nicht selten bewusst ausgegrenzt, etwa indem sie nicht für den OP eingeteilt werden oder die familiäre Situation nicht berücksichtigt wird. Das ist nicht nur ungerecht, sondern auch kontraproduktiv, denn in der Versorgung werden alle Ärztinnen und Ärzte dringend gebraucht.

Doch zum Glück gibt es auch positive Entwicklungen, wie den aktuellen Gesetzentwurf, der eine Überkreuzspende bei Lebendnieren Spenden ermöglichen soll. Noch besser wäre es natürlich, wenn es uns gelingen würde, die Zahl der Organspenden post mortem deutlich zu erhöhen. Daher plädiere ich unverändert für eine Widerspruchslösung anstelle der bisherigen Einverständnislösung.

Den Vorstoß von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), Cannabisrezepte nur nach einem persönlichen Arzt-Patientenkontakt auszustellen und den Versand an Endverbraucher über Apotheken zu unterbinden, begrüße ich ausdrücklich. Scheinrezepte über Onlineportale, die de facto nicht dem medizinischen Gebrauch dienen, entsprechen in keiner Weise der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Die Verschreibung von Medizinal-Cannabis sollte wieder wie zuvor nur auf BtM-Rezepten erfolgen dürfen.



Foto: Peter Jülich



Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Crystal light – stock.adobe.com

CME: Fettlebererkrankungen

Leberzirrhose ist weltweit die elfthäufigste Todesursache und steatotische Lebererkrankungen sind in den USA und Europa zur häufigsten Ursache geworden. Ein zertifizierter Fortbildungsartikel zu Symptomen, Risikofaktoren und Therapie von Fettlebererkrankungen.

472



Foto: Maria Schlotte

Erste Professur für Suizidologie

10.300 Menschen haben sich im vergangenen Jahr in Deutschland das Leben genommen. Die Dunkelziffer der versuchten Suizide ist noch höher. Interview mit Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, erste deutsche Professorin für Suizidologie und Suizidprävention in Frankfurt am Main.

480

Editorial: Verlässliche Anker 467

Aus dem Präsidium: Patientensteuerung und Primärärztsystem 470

Ansichten und Einsichten

Verknappung von Fachärzten – fachärztliche Weiterbildung fördern 471

Wie politisch ist die Landesärztekammer? Und was erwarte ich als junge Ärztin oder junger Arzt von der Kammer? 479

Die ePA für alle 484

ePA: Von Spanien lernen 485

Man braucht mehr Kapitäne als Lotsen 500

Recht: Aktuelle Tätigkeit des Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit 488

Das medizinische Gutachten im Zivilprozess, Symposium an der Akademie 489

15. Frankfurter Medizinrechtstage 2025 am 31.10. & 1.11.2025, auch für Ärzte 489

Carl-Oelemann-Schule: Qualifizierungslehrgang Onkologie für MFA 503

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 490

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 496

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen,** Warnung vor Betrugsversuch 505, 508

Ärzttekammer

Anforderungen für die Weiterbilder – Hilfestellung für die Weiterzubildenden 471

Patientensicherheit: Podcast und Live-Webinar 487

Sommerempfang der hessischen Heilberufe auf dem Neroberg in Wiesbaden 498

Verwundetenversorgung unter Extrembedingungen 499



Foto: © Lightfield Studios – stock.adobe.com

Cannabis in der Schwangerschaft

Cannabis wird oft als vergleichsweise harmlose Droge wahrgenommen. Doch aktuelle Studien-
daten zeigen, dass der Konsum während der Schwangerschaft mit messbaren Risiken für die
Gesundheit des ungeborenen Kindes verbun-
den sein kann.

486



Foto: © Andrea Gaitanides – stock.adobe.com

Diskussionen um ePA

Die elektronische Patientenakte (ePA) gilt als
zentrales Digitalisierungsprojekt im deutschen
Gesundheitswesen: Meinungsbeiträge zum
Thema aus dem Präsidium der Landesärzte-
kammer Hessen sowie Bericht zum 168. Bad
Nauheimer Gespräch zur ePA.

483–485

Forum

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie	480
168. Bad Nauheimer Gespräch: „Die ePA – Ist Vertrauen in die ärztliche Schweigepflicht noch möglich?“	483
Buchrezension: „Suizidgefährdete Jugendliche unterstützen: ein Leitfaden für Familie, Schule und soziales Umfeld“	485
Vereinfachte Meldung an das Hessische Krebsregister	502
Erneute Nachweise von Impf-Polio-Viren im Abwasser	504

Fort- und Weiterbildung

CME: Fettlebererkrankungen	472
Cannabiskonsum in der Schwangerschaft: Neue Daten belegen Gefährdung des Kindes	486
Peer Review in der Medizin – Fortbildung zum Peer	503

Personalia

Parlando: Sommer	505
Impressum	512

Bücher



Gesundheits- risiko Klimawandel

Sven Schneider
(Hrsg.)

S. 478

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 männli-
che Form gewählt, auch wenn sich die
Formulierungen auf Angehörige diver-
ser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Ge-
schlechter übergreifende Begriffe; ver-
zichten aber auf Gender-Stern, Gen-
der-Gap oder Binnen-I. Unseren Auto-
rinnen und Autoren sind wir für die frei-
willige Beachtung dieser Hinweise
dankbar, greifen aber nicht redigierend
ein. (red)

Patientensteuerung und Primärarztsystem

Die jüngere Zeit hat gezeigt, dass die Patientenströme sich vergrößert haben, und Arztpraxen, der ärztliche Bereitschaftsdienst und Klinikaufnahmen an ihre Kapazitätsgrenzen gelangt sind. Das liegt einerseits an der Zunahme der Morbidität in der Bevölkerung, aber auch an Ärzte- und Fachkräftemangel. Dazu kommen umherirrende Patienten, die selbstständig ohne passende Indikation oder mit Bagatellanlässen Facharztpraxen und Notaufnahmen anlaufen, und somit die Terminkalender der Fachärzte sowie die Notaufnahmen der Kliniken verstopfen. Dies erzeugt eine scheinbare Terminknappheit bei Fachärzten, die es durch eine gezielte Patientensteuerung nicht gäbe. So wird die angemessene Versorgung von medizinisch notwendig zu versorgenden Patienten blockiert. Medizinische Akutfälle sind davon ausgenommen, denn diese sind einer Steuerung durch den Rettungsdienst oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst unterworfen.

Unwissenheit der Patienten

Das alles geschieht teils aus Unwissenheit der Patienten, aber auch durch übermäßiges Anspruchsdenken einer zunehmenden Schar an Patienten, die mit einer „all-inclusive“-Mentalität durchs Leben gehen. Sie haben ihre Krankenkassenbeiträge bezahlt und wollen diese auch ausschöpfen. Das hört man in den Hausarztpraxen tatsächlich öfter. Sobald es ihnen in den Sinn kommt, möchten diese Patienten jedes Quartal genau zu den Fachärzten gehen, die sie ihrer Meinung nach akut brauchen, und dass zu jeder Tageszeit. Hinzu kommt, dass laut Statistiken des Zi* 50 % der Patienten mehr als einen Hausarzt im Quartal konsultierten. So kommt es zu einer Überlastung des Gesundheitssystems mit drohendem Kollaps. All dies wird dadurch ermöglicht, dass in diesem System die freie Arztwahl bedingungslos fixiert ist.

Doch bereits seit 2004 gibt es gesetzlich die Möglichkeit eines freiwilligen Primärarztsystems in Form der hausarztzentrierten Versorgung, in der sich Patienten freiwillig eine fixe Hausarztpraxis aussuchen. In Deutschland sind aktuell ungefähr 12 % der Patienten dort eingeschrieben. Überweisungen an Fachärzte und Zuweisungen an Kliniken werden nur nach Erstanamnese und Untersuchung durch den Primärversorger ausgestellt. Die aktuelle Regierung hat in ihrem Programm für die Legislatur 2025–2029 die Umsetzung eines Primärarztsystems beschlossen (CDU), wobei aktuell noch die Modalitäten zu klären sind, da der Begriff „Primärarztsystem“ in Deutschland bis zum heutigen Tage nicht genau definiert ist.



Foto: Peter Jülich

„Der Primärarzt hilft bei der Abklärung und Erstversorgung der Patienten“

Primärarztsysteme international eher die Regel

International sind Primärarztsysteme eher die Regel als die Ausnahme (Italien, Spanien, England, Niederlande, Frankreich, Dänemark, Finnland und Norwegen). Hier sind bis zu 90 % der Bevölkerung in eine hausarztgesteuerte Primärversorgung mit gesetzlichen oder freiwilligen Vorgaben eingeschrieben. Schon 2008 empfahl die WHO (Weltgesundheitsorganisation) eine stärkere Fokussierung der Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten auf eine Primärarztversorgung, um Patienten effektiv zu versorgen.

Stattdessen findet man in Deutschland Patienten nachts in der Notaufnahme, weil sie der schon seit drei Wochen geeiterte Zeh genau jetzt stört und

sie nun Zeit haben. Oder die dreitägige Badeohritis muss bis zum HNO-Termin warten, obwohl eine Hausarztpraxis sie genauso gut sofort versorgen könnte, wenn der Patient da mal nachgefragt hätte. Dies führt zu einem Irrweg durch das deutsche Gesundheitssystem und kann sogar gefährlich werden. Genau diese Patienten bedürfen dringend einer Steuerung.

In einem solchen Fall wäre der erste Gang in eine Hausarztpraxis als erster Ansprechpartner hilfreich gewesen, wo durch schnelle Diagnostik aufgrund der allgemeinmedizinischen Expertise und Kompetenz direkt eine Patientensteuerung vorgenommen werden kann. Ein gut durchorganisiertes Primärarztsystem liefert solch eine vorbildliche Steuerung. Natürlich darf man sich ein Primärarztsystem nicht nur auf das Ausstellen eines Überweisungsscheines reduziert vorstellen.

Der Primärarzt hilft bei der Abklärung und Erstversorgung der Patienten. In der Regel kann er auch eine abschließende Behandlung durchführen bzw. sollte darüber hinaus weitere Unterstützung notwendig sein, können Gebietsfachärzte hinzugezogen werden. In einem solchen System würden eben nicht Patienten in der Medizinlandschaft herumirren, Termine blockieren, Zeit und Personal durch Mehrfachkonsultationen binden und unnötig die klammen Kassen der gesetzlichen Krankenkassen belasten.

Um die Bevölkerung an ein angepasstes Verhalten heranzuführen, gehört auch eine politische Ehrlichkeit, in der man nicht mehr verspricht, dass zu jeder Tageszeit jedermann alle möglichen ärztlichen Leistungen erhält. Hiervon sind echte Notfälle natürlich ausgenommen. Dazu zählt auch ein Mentalitätswechsel bei der Bevölkerung und allen Beteiligten des Gesundheitssystems. Gesundheitsschulungen an Kindergärten und Schulen wären ein Anfang. Damit macht man sich als Politiker nicht beliebt, aber ein Umdenken ist notwendig.

* www.versorgungsatlas.de – Der Versorgungsatlas ist ein Angebot des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) und bietet Informationen zur medizinischen Versorgung.

Jutta Willert-Jacob

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Die Literatur findet sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe 09/2025.

Verknappung von Fachärzten – fachärztliche Weiterbildung fördern

Fachärzte werden überall gebraucht, in Kliniken und im ambulanten Bereich, ob mit oder ohne Primärarztssystem. Patientinnen und Patienten werden älter und kränker, gleichzeitig potenzieren sich die fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten. Therapien, die es vor Jahren gar nicht oder nur vereinzelt gab wie Stammzelltherapien, Nierenersatzverfahren, interventionelle Herzklappen als Beispiele aus dem internistischen Spektrum, erfordern eine spezialisierte fachärztliche Versorgung.

Und es gibt zusätzliche Faktoren für einen Facharztmangel. Die Reform der Krankenhäuser (KHVVVG) verbraucht fachärztliche Kompetenzen ohne Ende. Für jede Leistungsgruppe werden drei Fachärzte rund um die Uhr (24/7) benötigt, auf den Intensivstationen noch mehr.

Neue Arbeitszeitmodelle und Teilzeitarbeit liegen im Trend, auch wegen der unzumutbaren Arbeitsbedingungen in den Kliniken und Praxen. Die verfügbare Arbeitszeit pro Fachärztin und Facharzt nimmt ab. Mit ein paar zusätzlichen Studienplätzen wird die Misere nicht behoben. Krankenhäuser beklagen bereits jetzt, dass zu wenige qualifizierte Fachärzte „auf dem Markt“ sind, das treibt den Preis. Bei DRGs und budgetierten fachärztlichen

Vergütungen im ambulanten Bereich ist dies eine ruinöse Gemengelage für Kliniken und spezialisierte Facharztpraxen.

Die Ärztekammern haben ihre Hausaufgaben gemacht. Weiterbildung ist im ambulanten Bereich nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll. Viele bislang stationäre Untersuchungen und Behandlungen erfolgen inzwischen ambulant. Weiterzubildende in Praxen haben dort viel mehr Möglichkeiten häufige Untersuchungen wie Endoskopien, Chemotherapien, chirurgische Eingriffe etc. früher und schneller zu erlernen.

Anforderungen werden steigen

Eine Vergütung dafür ist nicht in Sicht. Die Politik drückt sich, außer bei den Regelungen nach §75a SGB V für Allgemeinärzte, vor klaren Regelungen, sie könnten ja Geld kosten. Kostenträger freuen sich über jedes Budget, die Zukunft der fachärztlichen Versorgung ist kein Thema. Dabei wird, natürlich auch in der Weiterbildung, qualifizierte ärztliche Tätigkeit geleistet. Unter Anleitung werden auf den klinischen Stationen Patienten aufgenommen, behandelt und nach Gesundung wieder entlassen. Gleiches gilt für den ambulanten fachärztlichen Bereich. Diagnostik

und Behandlungspläne, Sonographien und Chemotherapien müssen bezahlt werden, auch wenn sie von Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung durchgeführt werden. Es gibt dafür den schönen Begriff der „anvertraubaren ärztlichen Tätigkeiten“. Dieser Begriff würdigt den weiten Bereich der zu honorierenden ärztlichen Tätigkeit von der Spritze bis zur Appendektomie.

Der Facharztmangel wird sich verschärfen. Die Anforderungen an die Zahl und die Qualifikation von Fachärzten werden steigen und die Babyboomer beenden in Kürze ihre klinische oder ambulante Tätigkeit. Manche arbeiten noch in der Rente weiter, das ist aber kein Konzept, auf das ein funktionierendes Gesundheitswesen auf Dauer bauen kann. Als Folge muss die Weiterbildung zeitlich gestrafft und die dabei geleistete ärztliche Arbeit anständig vergütet werden. Im besten Patienteninteresse wird hierdurch eine hochwertige und kontinuierliche fachärztliche Behandlung im ambulanten und im stationären Bereich gefördert.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied der
Landesärztekammer Hessen und
BDI-Landesvorsitzender Hessen

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Anforderungen für die Weiterbilder – Hilfestellung für die Weiterzubildenden

Das gegliederte Programm für die Weiterbildung, kurz auch Curriculum genannt, ist eine Ausarbeitung der Weiterbildungsbefugten, die eine Art Lehrplan aufzeigt, wann idealerweise der/dem Weiterzubildenden in welchem Stadium welche Kompetenz vermittelt wird. Seit der WBO 2005 sind die Weiterbildungsbefugten dazu verpflichtet, ein solches Curriculum vorzuhalten und zu Beginn der Weiterbildung auszuhändigen. Dieser Plan muss nun mit dem Antrag auf eine Weiterbildungsbefugnis gemäß der WBO 2020 bei der Landesärztekammer Hessen eingereicht werden.

Die geplanten Abschnitte können bspw. halbjährlich gegliedert sein und sollen den beantragten Umfang abdecken. Die Kompetenzen können zusammengefasst beschrieben werden. Allgemeine Inhalte (Kennenlernen der Räume, Technik, etc.; Teilnah-

me an Inhouse-Schulungen etc.) dürfen gerne mit aufgeführt werden.

Klar ist, dass jede/jeder Weiterzubildende individuell weitergebildet werden muss. Anhand des Curriculums sollte aber erkennbar sein, wann welche Kompetenzen erworben werden können und ob die Weiterbildung zeitgerecht verläuft. Die jährlichen Weiterbildungsgespräche sollten genutzt werden, um den aktuellen Stand mit dem Plan abzugleichen und so rechtzeitig den Erwerb noch fehlender Inhalte zu ermöglichen.

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

- für die Weiterbildungsbefugten:
www.laekh.de/faq-fuer-wbb
- für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung:
www.laekh.de/faq-aerzte-in-wb

(siep/lib)

Fettlebererkrankungen

VNR: 2760602025182600003

Prof. Dr. med. Elke Roeb

Ein Abkürzungsverzeichnis findet sich auf S. 476.

Einleitung

Der Oberbegriff „steatotische Lebererkrankung“ – oder kurz SLD genannt – bezeichnet eine abnormale Lipidakkumulation in der Leber (Leber- oder hepatische Steatose). Die steatotische Lebererkrankung umfasst die früher als nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) bezeichnete Erkrankung, die heute als metabolische Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung (MASLD) bezeichnet wird. Darüber hinaus umfassen die steatotischen Lebererkrankungen die alkoholbedingte Lebererkrankung (ALD) und die MetALD, eine neue Klasse für die Überschneidung zwischen metabolischer und alkoholischer Fettleber sowie seltene Ursachen der Lebersteatose. Die neue Nomenklatur wurde 2023 im Konsens von AASLD (American Association for the Study of Liver Diseases) und EASL (European Association for the Study of the Liver) verabschiedet. NAFLD wird nun weltweit durch MASLD ersetzt, um eine Stigmatisierung der Betroffenen zu vermeiden und die metabolische Komponente in den Vordergrund zu rücken [1].

Die Leberzirrhose ist weltweit die elfthäufigste Todesursache, und steatotische Lebererkrankungen sind in Europa und den USA zur häufigsten Ursache für eine Leberzirrhose geworden. Das Jahr 2024 war für die metabolische Fettleber von großer Bedeutung: In den USA erfolgte die weltweit erste Zulassung eines Medikaments zur Behandlung der mit metabolischer Dysfunktions-assoziierten Steatohepatitis (MASH) bei Risikopatienten. In Deutschland und Europa gab es aktualisierte Leitlinien für das Screening, die Diagnose und

die Behandlung von metabolischer Fettleber und die Messung der Lebersteifigkeit als wichtigen diagnostischen Marker für die leberbezogenen Komplikationen. Die metabolisch bedingte Fettleber ist eine Erkrankung, bei der sich in der Leber von Menschen mit Diabetes, Adipositas, hohem Blutdruck oder hohem Cholesterinspiegel, die wenig bis gar keinen Alkohol trinken, Fett ansammelt. Bis zu 33 von 100 Menschen weltweit und ca. 25 % der deutschen Bevölkerung sind betroffen [2, 3]. Die höchste MASLD-Prävalenz wurde in Lateinamerika mit 44,37 % festgestellt, gefolgt vom Nahen Osten und Nordafrika (MENA) [2]. Die höchste MASLD-Prävalenz unter T2D-Patienten wurde in Osteuropa (80,6 %) beobachtet, gefolgt vom Nahen Osten (71,2 %), während die niedrigste Rate in Afrika (53,1 %) verzeichnet wurde [4].

Adipositas gilt als häufigste Ursache für eine Verfettung der Leber. Epidemiologen schätzen, dass etwa zwei Drittel der übergewichtigen Erwachsenen und die Hälfte der übergewichtigen Kinder eine Fettleber haben. Bis zu 20 % der übergewichtigen Menschen könnten an der schwereren Verlaufsform „Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis“ (MASH) leiden, dem fortgeschrittenen Stadium einer metabolischen Fettleber. Vgl. Abb. 1.

Symptome einer metabolischen Fettleber

Menschen mit metabolischer Fettleber und Steatohepatitis weisen in der Regel im Alltag oder bei einer ärztlichen Untersuchung keine signifikanten Symptome oder spezifischen Befunde auf. Einige Patienten können unter Völlegefühl, Bauchschmerzen und Müdigkeit leiden. Die Leberwerte können normal oder nur minimal erhöht

sein. Fettleberpatienten weisen häufig geringe Erhöhungen von GPT, gGT, Ferritin und C-reaktivem Protein auf. Eine metabolische Fettleber ist ein häufiger Nebefund, wenn Patienten aus anderen Gründen bildgebende Untersuchungen des Abdomens (Ultraschall, Magnetresonanztomographie oder Computertomographie) erhalten.

Sobald eine Zirrhose vorliegt, können bei den Patienten Symptome eines Leberversagens auftreten, wie beispielsweise Aszites und Ödeme, Enzephalopathie oder Blutungen aus den Umgehungskreisläufen in Ösophagus und Rektum. Bei Kindern können ebenfalls Symptome wie Bauchschmerzen und manchmal auch Müdigkeit auftreten. Bei einer körperlichen Untersuchung kann die Leber leicht vergrößert sein, und bei einigen Kindern kann es zu fleckigen, dunklen Verfärbungen der Haut kommen (Acanthosis nigricans), die am häufigsten im Nacken- und Achselbereich auftreten.

Die metabolische Fettleber ist Teil des metabolischen Syndroms, das durch Diabetes oder Prädiabetes (Insulinresistenz), Übergewicht oder Fettleibigkeit, erhöhte Blutfettwerte wie Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie sowie arterielle Hypertonie gekennzeichnet ist. Pathophysiologisch spielen die hepatische Triglyceridüberladung, Lipotoxizität und die Insulinresistenz zusammen mit einer erhöhten de novo Lipogenese eine wichtige Rolle. Mitochondriale Dysfunktion, Apoptose und Ferroptose sind die gemeinsamen Endstrecken der metabolischen Fettleber-Fibrose [5].

Nicht alle Patienten weisen alle Kriterien des metabolischen Syndroms auf. Nach der derzeitigen Definition genügt bereits die Feststellung einer Fettleber in der Schnittbildgebung (Sonographie, CT, MRT) und 1 von 5 der in der Tab. 1 aufge-

fürten Kriterien. Über die Ursachen der Entwicklung einer Steatohepatitis ist weniger bekannt. Hier kommen mehrere Faktoren in Betracht. Dazu gehören:

- Oxidativer Stress (Ungleichgewicht zwischen pro-oxidativen und anti-oxidativen Chemikalien, das zu einer Schädigung der Leberzellen führt)
- Produktion und Freisetzung von inflammatorischen Zytokinen durch Makrophagen, sinusoidale Endothelzellen, andere Leberzellen oder Adipozyten des Patienten
- Nekrose oder Tod von Leberzellen (Apoptose)
- Entzündung und Infiltration des Fettgewebes durch Leukozyten
- Darmflora (Darmbakterien), die bei chronischen Hepatiden eine Rolle spielen können.

Wer sollte untersucht werden?

Die S2k-Leitlinie für metabolische Fettlebererkrankungen empfiehlt kein Screening der gesamten Bevölkerung [3]. Allerdings sollten Menschen mit Risikofaktoren (Übergewicht, Adipositas, Diabetes hohe Triglycerid-/Cholesterinwerte) gescreent werden. Bei Vorliegen von Risikofaktoren sollten mindestens einmal pro Jahr die Leberwerte dieser Patienten überprüft werden. Bei Personen, bei denen im Rahmen einer Ultraschalluntersuchung des Abdomens oder einer anderen bildgebenden Untersuchung eine hepatische Steatose festgestellt wurde, sollte eine Diagnostik im Hinblick auf eine metabolische Fettleber erfolgen. Sobald eine hepatische Steatose festgestellt wird, müssen andere Ursachen wie übermäßiger Alkoholkonsum, bestimmte Medikamente und spezifische Lebererkrankungen (Hepatitis C, Morbus Wilson, Hämochromatose, u. a.) ausgeschlossen werden, bevor die Diagnose metabolische Fettleber gestellt wird. Der Algorithmus in Abb. 1 gibt eine Übersicht.

Der nächste Schritt besteht darin, festzustellen, ob es sich um eine Steatohepatitis handelt, bei der sowohl Fett als auch Entzündungen in der Leber vorliegen, die mit der Zeit zu einer Vernarbung also einer Leberfibrose führen können. Der Verlauf von einer einfachen Verfettung bis hin zu einer Fettleber-Zirrhose kann Jahrzehnte

betragen und ist in der Regel deutlich länger als bei der alkoholischen Leberzirrhose. Die genaueste Methode eine Steatohepatitis oder eine Fettleber-Fibrose zu erfassen ist die Durchführung einer sonographisch gesteuerten Leberbiopsie.

Es gibt jedoch immer mehr Alternativen zur Leberbiopsie, die auch einen Großteil der Informationen liefern können, ohne dass eine invasive Diagnostik erfolgen muss. Dazu gehören die Messung der Lebersteifigkeit und des Fettgehalts der Leber (Controlled Attenuation Parameter, CAP) mit einem Elastographie-Test unter Verwendung eines speziellen Ultraschallgeräts (transiente Elastographie) oder einer Magnetresonanzelastographie-Untersuchung. Bei der CAP-Messung wird gleichzeitig zur Elastizität der Fettgehalt der Leber bestimmt und mit der Einheit dB/m angegeben. Ab einem Wert von 245 dB/m ist von einer Fettleber auszugehen. Spezielle Bluttests (Scores wie beispielsweise der FIB-4) oder eine Kombination aus Routine-Bluttests (NAFLD-Fibro-

se-Score, NAS) können ebenfalls verwendet werden, um bei Patienten mit metabolisch bedingter Fettleber eine mögliche Fibrose zu untersuchen [3]. Der NAS basiert auf den Patientendaten Alter, Größe, Gewicht, einigen gängigen Laborparametern und dem Vorhandensein einer Kohlenhydratstoffwechselstörung (Diabetes mellitus).

Im Allgemeinen ist es vorteilhaft, eine Kombination von Tests durchzuführen, um zu sehen, ob sie alle auf den gleichen Grad an Verfettung und Fibrose hinweisen. Bei unklaren Befunden, Verdacht auf gleichzeitiges Auftreten mehrerer Lebererkrankungen (Overlap) oder diskrepanten Werten kann eine Leberbiopsie als maximale Diagnostik hilfreich sein [3].

Menschen mit Fettleber und Steatohepatitis erkranken häufig an Herz-Kreislauf-erkrankungen und Diabetes. Tatsächlich sind kardiovaskuläre Erkrankungen die häufigste Todesursache bei metabolischer Fettleber [6]. Etwa 20 % der Menschen leiden dabei an einer Leberentzündung,

Tab. 1: Kriterien für die Diagnose einer MASLD, modifiziert nach [1]*

Kriterium	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
Gewicht	BMI > 25kg/m ² oder TU > 94 cm (m) bzw. 80 cm (w) oder entsprechendes ethnisches Äquivalent	BMI > 85. Perzentile für Alter/ Geschlecht oder TU * > 95. Perzentile oder entsprechendes ethnisches Äquivalent
Blutzucker	Nüchtern glukose > 100 mg/dl oder 2 h postprandial > 140 mg/ dl oder T2DM oder Therapie eines T2DM	Nüchtern glukose > 100 mg/dl oder Glukose > 200 mg/dl oder 2 h postprandial Glukose > 140 mg/dl oder HbA1c > 5,7 % oder bekannter T2DM oder Therapie eines T2DM
Blutdruck	Blutdruck > 130/85 mmHg oder antihypertensive Therapie	< 13a, RR > 95. Perzentile oder > 130/80 mmHg; > 13a, > 130/85 mmHg oder antihypertensive Therapie
Triglyceride	Triglyceride > 150 mg/dl oder Fettsenker	< 10 a, Triglyceride > 100 mg/ dl; > 10 a Triglyceride > 150 mg/dl oder Fettsenker
Cholesterin	HDL-Cholesterin < 40 mg/dl (m) und < 50 mg/dl (w) oder Cholesterinsenker	HDL-Cholesterin < 40 mg/dl oder Cholesterinsenker
* Abkürzungen: TU Taillenumfang; a = Jahre; m = männlich; w = weiblich; RR = Blutdruckmessung nach Riva-Rocci		

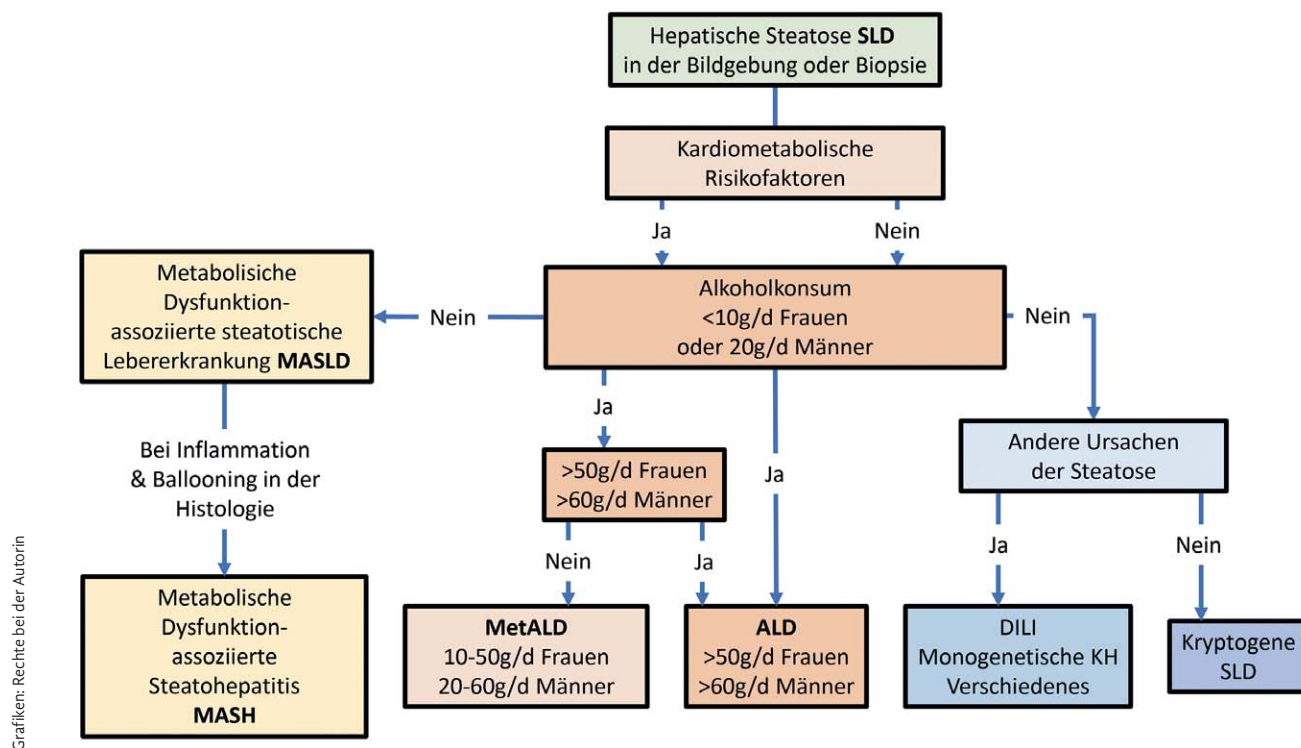


Abb. 1: Diagnostischer Algorithmus zur Diagnose einer MASLD (metabolische Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung).

die als metabolische Dysfunktion-assoziierte Steatohepatitis bezeichnet wird, einer schwereren Form von metabolisch bedingter Fettleber. Etwa 20 % der Menschen mit Steatohepatitis können eine Leberfibrose entwickeln, die zu einer Zirrhose oder Leberdekompensation mit hepatozellulärem Karzinom und intrahepatischem cholangiozellulärem Karzinom führen kann [3]. Einige Patienten, die eine Zirrhose entwickeln, benötigen möglicherweise eine Lebertransplantation. In Deutschland sind Fettlebererkrankungen mittlerweile die häufigste Indikation zur Listung für die Lebertransplantation [7]. Im Vergleich zu entsprechenden Kontrollpopulationen weisen Personen mit metabolischer Fettleber eine erhöhte Gesamtmortalität auf [2]. Bei Personen mit Steatohepatitis liegt die leberbedingte Mortalität bei bis zu 25,6/1.000 Patientenjahre, wobei das Fibroestadium der stärkste Prädiktor für die leberbedingte Mortalität und das hepatozelluläre Karzinom-Risiko bei biopsiebestätigter Fettleber ist [8]. Die Fibroprogression wird wiederum hauptsächlich durch das Alter (obwohl dies eher mit der Expositionsdauer zusammenhängen könnte), den Zustand nach der Menopause, eine hispanische Ethnizi-

tät, das Vorhandensein und den Schweregrad kardiometabolischer Risikofaktoren sowie Umwelt- und genetische Faktoren beeinflusst.

Eine Fettleber ist eng mit der Entwicklung kardiometabolischer Risikofaktoren verbunden und geht diesen häufig voraus, insbesondere dem Typ-2-Diabetes (T2D) [8]. Umgekehrt erhöht das Vorhandensein mehrerer kardiometabolischer Risikofaktoren das Risiko für fortschreitende Leberschäden und schwerwiegende unerwünschte Leberfolgen [9]. Ein Alter > 50 Jahre, Insulinresistenz und mehrere kardiometabolische Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Steatohepatitis, schwerer Fibrose/Zirrhose und sowohl der Gesamt- als auch der leberbedingten Mortalität. Dennoch ist die relative Auswirkung jedes kardiometabolischen Risikofaktors nicht gleich: Adipositas und insbesondere Typ-2-Diabetes sind die wichtigsten Determinanten des Risikos für Zirrhose und hepatozelluläres Karzinom. Darüber hinaus wird eine Fettleber durch sozioökonomische Ungleichheiten beeinflusst, die mit einer höheren Adipositasprävalenz, einer geringeren Ernährungsqualität und einer geringeren körperlichen Aktivität zusammenhängen [10].

Auswirkungen mehrerer kardio-metabolischer Risikofaktoren

Das Risiko einer Krankheitsprogression und der hepatischen Karzinogenese steigt bei Vorliegen mehrerer metabolischer Risikofaktoren deutlich an. In einer großen US-Kohorte hatten Personen mit nur einem kardiometabolischen Risikofaktor (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie oder Adipositas) ein geringes Risiko, an einer Zirrhose oder einem hepatozellulären Karzinom zu erkranken; aber jedes zusätzliche metabolische Merkmal führte zu einer schrittweisen Erhöhung dieses Risikos, wobei Typ-2-Diabetes den stärksten Zusammenhang aufwies [11]. Dysglykämie, abdominale Adipositas und atherogene Dyslipidämie sind zudem unabhängige Determinanten für das Fortschreiten zu einer mittelschweren bis fortgeschrittenen Leberfibrose.

Rauchen wurde mit einem erhöhten Karzinomrisiko in Verbindung gebracht, unabhängig von der Ätiologie [12] und auch speziell bei metabolischer Fettleber. In einer Metaanalyse von 81 Studien lag die gepoolte Odds Ratio für die Entwicklung von hepatozellulären Karzinomen bei aktuellen Rauchern bei 1,55 (95 % KI: 1,4 6

Buchtipps für Patienten

„**Fettleber vorbeugen und behandeln** für Dummies“ von Elke Roeb. Wiley-VCH 2024; 288 S., 18 €, ISBN-10: 3527721517



„**Das große Kochbuch für die Leber**“ – 122 Rezepte für eine lebergesunde Ernährung, Humboldt 2022, ISBN 9783842631007, 28 €

bis 1,65) und bei ehemaligen Rauchern immer noch bei 1,39 (95 % KI: 1,26 bis 1,52) [13]. Darüber hinaus sprechen die insgesamt negativen Auswirkungen auf die Gesundheit für eine Raucherentwöhnung bei metabolisch bedingter Fettleber.

Therapie

Angesichts der multidirektionalen Verbindungen zwischen metabolischer Fettleber und kardiometabolischen Komorbiditäten wird therapeutisch ein multidisziplinärer

Ansatz empfohlen, um sicherzustellen, dass alle Therapieansätze auf die Verbesserung sowohl der leberbezogenen als auch der extrahepatischen Ergebnisse ausgerichtet sind. Bei Erwachsenen sollte zunächst eine Gewichtsabnahme durch Diät- und Verhaltenstherapie empfohlen werden [14]. Die Gewichtsabnahme sollte auf eine anhaltende Reduktion von $\geq 5\%$ zur Reduzierung von Leberfett, 7–10 % zur Verbesserung von Leberentzündungen und $\geq 10\%$ zur Verbesserung von Fibrose abzielen. Die Umstellung der Ernährung auf eine eher mediterrane Kostform umfasst eine Einschränkung des Verzehrs von ultra-verarbeiteten Lebensmitteln (reich an Zucker und gesättigten Fettsäuren) und den Verzicht auf zuckergesüßte Getränke.

Durch Metaanalysen und Beobachtungsstudien wurde wiederholt nachgewiesen, dass die mediterrane Ernährung die Gesundheit der Leber und des Herz-Kreislauf-Systems fördert, auch ohne Gewichtsverlust [15]. Die mediterrane Ernährung zeichnet sich durch einen hohen Verzehr von Olivenöl, Gemüse, Obst, Nüssen und Samen, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten, Fisch und Meeresfrüchten aus. Insbesondere befürwortet die mediterrane

ne Ernährung die Reduzierung von Zucker und raffinierten Kohlenhydraten, gesättigten Fettsäuren, ultra-verarbeiteten Lebensmitteln sowie rotem und verarbeitetem Fleisch, die alle in Beobachtungsstudien mit dem Steatoserisiko in Zusammenhang gebracht wurden. Gesättigte Fettsäuren haben einen negativen Einfluss auf die Lebersteatose. Auch der Verzehr von zugesetzten Zuckern, insbesondere Fruktose, spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer Fettleber [16, 17].

Life style-Änderung in aller Kürze:

- Änderung des Lebensstils, einschließlich gesunder Ernährung und Bewegung von mindestens 150 Minuten pro Woche;
- Reduktion des Körpergewichts um 10 % kann Steatohepatitis und Fibrose reduzieren;
- wichtige Information für die Patienten: auch die Fettleber-Fibrose ist reversibel;
- eiweißreiche Kost, reich an Gemüse und arm an tierischen Fetten sollte empfohlen werden;
- derzeit gibt es keine von der Europäischen Arzneimittelbehörde zugelassenen Medikamente für die metabolisch bedingte Fettleber(-hepatitis); mehrere

Basistherapie: Gewichtsnormalisierung und Ausdauerbewegung

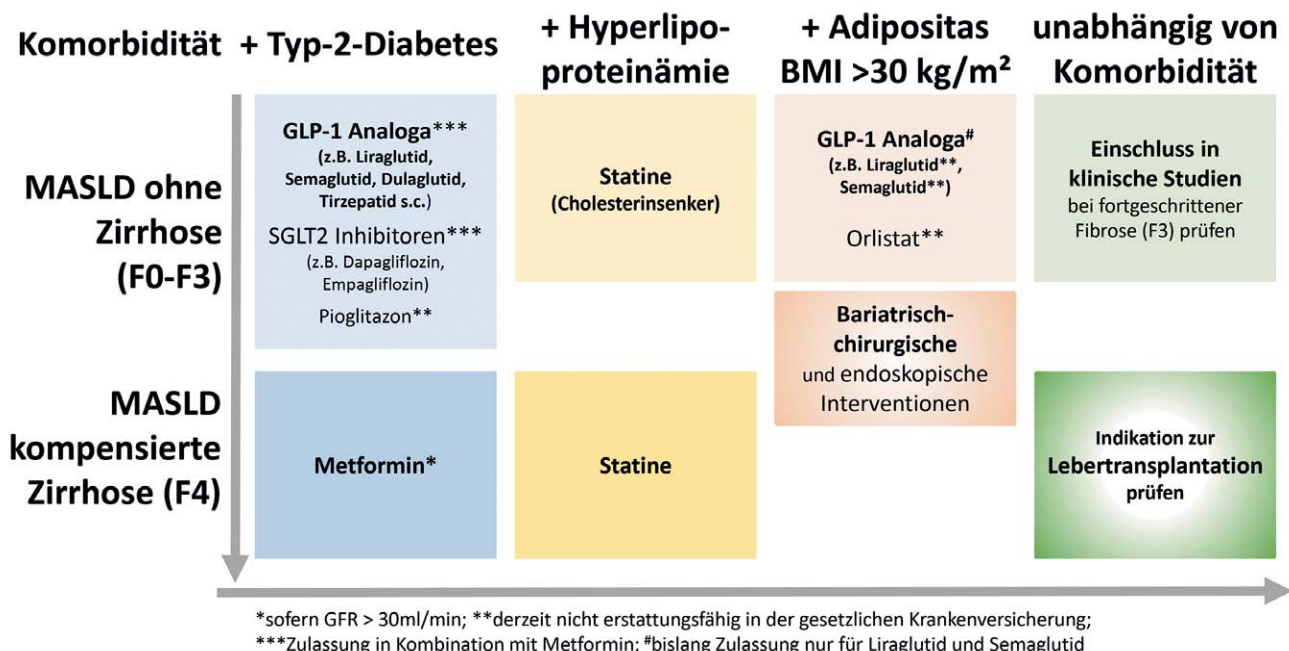


Abb. 2: Medikamentöse & interventionelle Empfehlungen bei metabolischer Fettleber, abgewandelt nach [1]

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Fettlebererkrankungen“ von Prof. Dr. med. Elke Roeb finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<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 25.08.2025 bis 24.02.2026 möglich. Die Fortbildung ist mit drei

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

vielversprechende Substanzen werden derzeit in Studien untersucht;

- Kindern mit Steatohepatitis kann Vitamin E empfohlen werden, das die Steatohepatitis lindern kann;
- Menschen mit metabolisch bedingter Fettleber(-hepatitis) sollten ihren Alkoholkonsum einschränken und ihn nach Möglichkeit ganz einstellen;
- eine Therapie der zugrundeliegenden Erkrankungen (Typ-2-Diabetes mellitus, Bluthochdruck, hohe Cholesterin- oder

Lipidwerte, Adipositas) sollte stringent mit den hierzu erforderlichen Substanzen durchgeführt werden;

- eine Fettlebertherapie orientiert sich weiterhin am zugrundeliegenden Fibroestadium (Fibrose Grad 1–4, Zirrhose).

Die Abb. 2 fasst die derzeit empfohlenen medikamentösen Therapien der Grunderkrankungen bei metabolisch bedingter Fettleber entsprechend der aktuellen deutschen S2k-Leitlinie zusammen [3].

Abkürzungsverzeichnis

AASLD	American Association for the Study of Liver Diseases
ALD	alkoholbedingte Lebererkrankung
CAP	Controlled Attenuation Parameter
EASL	European Association for the Study of the Liver
FIB-4	Fibrosis-4-Score
gGT	Gamma-Glutamyltransferase
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
LDL	Low Density Lipoprotein
MASH	Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis/ metabolische Dysfunktions-assoziierte Steatohepatitis
MASLD	metabolische Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung
MetALD	neue Klasse für die Überschneidung zwischen metabolischer und alkoholischer Fettleber
NAFLD	nicht-alkoholische Fettlebererkrankung
NAS	NAFLD-Fibrose-Score
PPAR	Peroxisom-Proliferator-aktivierte Rezeptoren
SLD	steatotische Lebererkrankung

Die medikamentöse Therapie orientiert sich an der Begleiterkrankung (X-Achse) und dem Fibroestadium (Y-Achse).

Spezielle Diätformen

Verschiedene Diäten können zu einer Reduktion des hepatischen Fettgehalts führen, solange die täglich aufgenommene Kalorienmenge im Vergleich zu den benötigten Kalorien zur Aufrechterhaltung des aktuellen Gewichts (mit dem Ziel eines täglichen Kaloriendefizits von 500 Kalorien) reduziert wird. Wasser ist das beste Getränk. Konzentrierte Säfte oder zuckerhaltige Getränke sollten vermieden werden. Kaffee scheint in jeder Form (mit oder ohne Koffein) eine chronische Lebererkrankung zu verbessern. Lebensmittel mit Zuckerzusatz, einschließlich Süßigkeiten, Desserts und Limonaden, insbesondere Smoothies mit hohem Fruchtzucker-gehalt sollten komplett vermieden werden [17]. Besonders die stark prozessierten Nahrungsmittel wie frittierte und fett- haltige Lebensmittel sind ungünstig. Patienten sollten auch auf die Portionsgröße achten und Messbecher verwenden, um Portionen zu kontrollieren [14].

Weitere wichtige Hinweise für die Patienten:

- Füllen Sie Ihren Teller bei einer Mahlzeit zur Hälfte mit Obst und Gemüse, zu einem Viertel mit Getreide (wie Naturreis oder Vollkornnudeln) und zu einem Viertel mit Eiweiß. Halten Sie Obst und Gemüse für Snacks bereit.
- Versuchen Sie, täglich mindestens 2,5 Portionen Obst und Gemüse zu essen.
- Führen Sie ein Ernährungstagebuch, um zu sehen, wie viele Kalorien Sie zu sich nehmen. Auch eine Ernährungsberatung kann hilfreich sein, um weitere Informationen zu erhalten und individuelle Empfehlungen für eine gesunde Ernährung zu bekommen.

Bewegungstherapie

Es gibt kein einzelnes Sportprogramm, das am besten ist. Daher werden folgende Mindestbedingungen für die Bewegung von Fettleber-Patienten empfohlen:

- täglich 10.000 Schritte gehen;
- 150 bis 300 Minuten leichte bis mittel- schwere Bewegung pro Woche;

- ein Aktivitätstracker oder eine App auf dem Handy können helfen, die Bewegungsaktivität zu kontrollieren.

Medikamentöse Therapie

Zurzeit stehen uns in Europa noch keine speziellen für die Indikation metabolische Fettleber oder Steatohepatitis zugelassenen pharmakologischen Präparate zur Verfügung. Antidiabetika wie GLP-1-Rezeptor-Agonisten (beispielsweise Semaglutid oder Liraglutid) oder SGLT2-Inhibitoren können die Sättigung steigern, die Insulinresistenz verbessern und die Magenentleerung verzögern. Hierdurch wird nicht nur die Steatohepatitis verbessert, sondern es werden auch positive Effekte auf das Herzkreislaufsystem und die Nierenfunktion vermittelt [18].

Eine Remission der MASH ohne Verschlechterung der Fibrose trat bei ca. 2/3 der Patienten in der Semaglutid-Gruppe und bei 1/3 der Patienten in der Placebo-Gruppe auf. Eine Verringerung der Leber-

fibrose ohne Verschlechterung der MASH wurde bei 36,8 % der Patienten in der Semaglutid-Gruppe und bei 22,4 % in der Placebo-Gruppe beobachtet [19].

Twinkretine (wie Tirzepatid), eine Kombination aus GLP-1-Rezeptor- und Glukagon-Agonist, wirken in bislang durchgeführten Phase 2 Studien ähnlich protektiv [20].

Resmetirom, ein gut verträglicher Thyroidhormon-Rezeptor-beta-Agonist, wurde im März 2024 von der amerikanischen Arzneimittelbehörde für Fettleberhepatitis-Patienten mit F2 und F3 Fibrose zugelassen. Resmetirom reduziert zwar Leberfett, Triglyceride, Lipoprotein a und LDL-Cholesterin, hat aber keinen Einfluss auf das Körpergewicht der Patienten [21].

Lanifibranor, ein Pan-PPAR-Agonist, wirkt in Studien antifibrotisch und entzündungshemmend. Auch der Fibroblastenfaktor 21, dessen Halbwertszeit durch die Fusion mit einem Fc Teil verlängert wurde, erreichte in der HARMONY-Studie eine Verbesserung der Steatohepatitis bei über 60 % der Patienten [22].

Von entscheidender Bedeutung für die metabolische Fettleber scheint die Gewichtsabnahme zu sein. Mehrere Studien an bariatrischen Patienten dokumentieren die Abnahme der Fettleber-Mortalität und Morbidität im Langzeitverlauf insbesondere nach Roux-Y-Bypass Operationen [23–25].

Prof. Dr. med. Elke Roeb

Leiterin der
Gastroenterologie
Justus Liebig
Universität Gießen,
Universitätsklinikum
Gießen und Marburg
(UKGM),
Standort Gießen



Foto: privat

E-Mail:

elke.roeb@innere.med.uni-giessen.de

Literaturangaben zum Artikel finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Multiple-Choice-Fragen: Fettlebererkrankungen

VNR: 2760602025182600003

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage ist nicht richtig?

Eine Fettleber kann ausgelöst werden durch:

- 1) Medikamente, Chemotherapie
- 2) Chronische Hepatitis (zum Beispiel Hepatitis C Virusinfektion)
- 3) Hohe Blutfette (infolge von genetisch bedingten Erkrankungen)
- 4) Typ-2-Diabetes
- 5) Bluthochdruck

2. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Alkohol trägt zur Entfettung der Leber bei.
- 2) Die metabolisch bedingte Fettleber nimmt in jüngerer Zeit an Häufigkeit ab.
- 3) Im Ultraschall lassen sich ALD und MASLD voneinander unterscheiden.
- 4) Die transiente hepatische Elastographie ist zur Bestimmung des hepatischen Fibrosegrads geeignet.

- 5) Der FIB-4 kann die Leberverfettung quantifizieren.

3. Welche Aussage ist nicht falsch?

Zu Medikamenten, die einen positiven Einfluss auf die MASLD haben, gehören...

- 1) Metformin
- 2) Methotrexat
- 3) Statine
- 4) GLP-1-Analoga
- 5) PPAR-Agonisten

4. Welche Aussage trifft zu?

Zur Vorbeugung einer Fettleber ist folgende Maßnahme nicht geeignet:

- 1) Gesunde Ernährung (viel Gemüse, wenig Fleisch und tierische Fette)
- 2) Kaffeetrinken
- 3) Steigerung der körperlichen Aktivität
- 4) Steigerung der täglichen Nahrungsaufnahme
- 5) Vermeidung von Alkohol

5. Welche Aussage ist falsch?

Eine lebegesunde Ernährung umfasst:

- 1) viel Gemüse, Obst, Vollkorn
- 2) viel Eiweiß wie beispielsweise in Fisch und Soja
- 3) viel industriell verarbeitete Stoffe
- 4) vor allem pflanzliche Fette mit ungesättigten Fettsäuren
- 5) kein Fast Food und keine Softdrinks

6. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Bei MASH können CRP und Ferritin erhöht sein.
- 2) Für Menschen mit Fettleber kommt eine bariatrische Operation nicht in Frage.
- 3) Bei Fettleberzirrhose können alle Medikamente verabreicht werden.
- 4) Mit Hilfe der Sonografie lässt sich eine Fettleber ausschließen.
- 5) Ein normaler BMI schließt eine Fettleber aus.

7. Welche Aussage ist korrekt?

Zu den Risikofaktoren einer Fettleber gehört...

- 1) Ausdauersport
- 2) Sitzende Tätigkeit
- 3) Mediterrane Ernährung
- 4) Niedriger Blutdruck
- 5) Hyperthyreose

8. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Ein Drittel der Weltbevölkerung leidet an einer Leberverfettung.
- 2) In neu industrialisierten Staaten ist die MASLD-Prävalenz am höchsten.

- 3) Hochkonzentrierte Fruktosesäfte können eine Leberverfettung verursachen.
- 4) Eine Fettleber erhöht das Risiko für Leberkrebs (HCC) und intrahepatischen Gallengangskrebs (iCCCa).
- 5) Das Krebsrisiko in der Leber sinkt mit zunehmendem Fibrosegrad.

9. Welche Aussage ist falsch?

Zu den empfohlenen Diätformen bei MASLD gehören:

- 1) Viel Fleisch wenig Fisch
- 2) FDH (Iss die Hälfte)
- 3) Mediterrane Kost

- 4) Lebensmittel ohne Zuckerzusatz
- 5) Wasser und Kaffee als Getränke

10. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Eine Fettleber kann innerhalb von wenigen Jahren zur Fettleberzirrhose fortschreiten.
- 2) Im Kindesalter tritt die MASLD nicht auf.
- 3) Eine Leberverfettung kann multifaktoriell bedingt sein.
- 4) Bei schlanken Patienten tritt die MASLD nicht auf.
- 5) Genetische Erkrankungen führen nicht zu einer hepatischen Steatose.

Sommerakademie zu Albert Schweitzer

Albert Schweitzer steht im Mittelpunkt einer dreitägigen philosophisch-politischen Sommerakademie an der Evangelischen Akademie Bad Boll. Vom 19. bis 21. September 2025 stehe ein „ganzheitlicher Zugang“ zu Schweitzers Leben und Werk im Mittelpunkt, heißt es im Programm anlässlich seines 150. Geburtstages. Landläufig vor allem für seine humanitäre Arbeit in Afrika bekannt, war Albert Schweitzer nicht nur der weltbekannte Urwalddoktor aus Lambarene. Vielmehr war er ein Universalgelehrter: promovierter Theologe, Philosoph und Medizi-

ner, Erfolgsautor als Musikwissenschaftler und Kulturphilosoph sowie gefeierter Konzertorganist. Sein humanitäres Engagement wurde 1953 mit dem Friedensnobelpreis geehrt. In hohem Alter setzte er sich für atomare Abrüstung und Frieden ein. Eine neue Biografie wurde im HÄBL 06/2026, S. 337 vorgestellt.
Details und Anmeldung: <https://www.ev-akademie-boll.de/tagung/530125.html>

Adresse: Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11 | 73087 Bad Boll
Fon: 07164 79-300, E-Mail: miriam.kaufmann@ev-akademie-boll.de

Bücher



Sven Schneider (Hrsg.):

Gesundheitsrisiko Klimawandel – Neue Herausforderungen für Sport, Beruf und Alltag

Hogrefe Verlag Göttingen 2024
ISBN: 9783456862866, 456 S., 60 €

„Gesundheitsrisiko Klimawandel“ ist ein umfassendes Buch, herausgegeben von Sven Schneider, Professor für Sozialepidemiologie am Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit in Mannheim. Er bündelt die Expertise von 70 Autor*innen aus unterschiedlichen Institutionen und bietet einen klar strukturierten, gut verständlichen Überblick über diesen relevanten Themenkomplex – speziell mit Fokus auf Deutschland.

Das Buch gliedert sich in fünf Teile, beginnend mit einer detaillierten Begriffserklärung des Klimawandels. Anschließend werden gesundheitsrelevante Folgen wie die Auswirkungen von Hitze, Zoonosen und Allergien beleuchtet. Die nachfolgenden Teile widmen sich Gesundheitsrisiken im Sport, Berufsleben und Alltag. Zuletzt wird der Klimaschutz thematisiert.

Im Fokus dieser Betrachtungen stehen zu Recht Outdooraktivitäten, -sportarten und -berufe. Aber auch vulnerable Gruppen wie

Kinder, alte Menschen und Obdachlose und ihre besonderen Risikoprofile und Präventionsstrategien werden ausführlich besprochen. Aufgrund der Detailtiefe finden jedoch auch Gruppen Berücksichtigung, die in vielen anderen Werken bisher kaum thematisiert wurden, so zum Beispiel Rettungskräfte und Sportler*innen mit Grunderkrankungen.

Mit der breiten Informationsbasis richtet sich das Buch neben den Heilberufen auch an Sportfunktionär*innen, Public-Health-Expert*innen, politische Entscheidungsträger*innen et cetera. Die verständliche Sprache sowie die anschaulichen Grafiken machen es zu einem wertvollen Nachschlagewerk. Je nach Profession lohnt es sich jedoch auch, die verschiedenen in sich abgeschlossenen Teile komplett zu lesen und somit ein umfangreiches Verständnis der Teilbereiche zu erlangen.

Als besonderen Benefit für Ärzt*innen bietet das Werk viele präventive Ansätze mit alltagsnahen Empfehlungen sowie nach jedem Kapitel Informationskästen mit oft weiterführenden medizinischen Quellen. Es ist besonders empfehlenswert für Allgemein-, Arbeits-, Sport- und Notfallmediziner*innen.

Svenja Krück

Vorsitzende der AG „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“
der Landesärztekammer Hessen

Wie politisch ist die Landesärztekammer?

Und was erwarte ich als junge Ärztin oder junger Arzt von der Kammer?

Die Landesärztekammer Hessen sollte sich, wie auch alle ihre Vertreterinnen und Mitglieder, mindestens auf dem gemeinsamen Nenner des Grundgesetzes sowie der demokratischen Grundordnung wiederfinden und dementsprechend jeglichen antidemokratischen, diskriminierenden und populistischen Strömungen Einhalt gebieten. Es geht hier explizit nicht um Parteipolitik, sondern um humanistische Grundwerte, von denen wir erwarten, dass die Kammer eines humanistischen Berufes eines ganzen (Bundes-)Landes diese auch entsprechend vertritt. Das bedeutet auch, dass sexistische, extremistische und antidemokratische Aussagen innerhalb der Kammer konsequent als solche benannt und geahndet werden.

Zudem ist eine der Diversität der Mitglieder angepasste Repräsentation in den berufsständischen Gremien notwendig, um alle Interessen auch repräsentativ vertreten zu können. Unser Appell ist hier, eine Verpflichtung zu schaffen, verschiedene Gruppen entsprechend stärker in den berufspolitischen Fokus zu rücken. Wir könnten uns zum Beispiel vorstellen, dass wir bei der nächsten Kammerwahl nur noch Listen wählen können, die paritätisch besetzt sind.

Unbewusster Rassismus zeigt sich nicht nur in Hautfarbe, sondern auch in der Bewertung sprachlicher Kompetenzen. Ein falsch gesetzter Artikel („der“, „die“, „das“) sollte nicht über ärztliche Qualität entscheiden – entscheidend ist die medizinisch korrekte Botschaft. Rassistische Äußerungen von Patientinnen gegenüber Personal erfordern klare Reaktionen durch Kolleginnen oder Vorgesetzte. Sprachförderung ist wichtig, doch auch Arztbriefe sollten im digitalen Zeitalter neu gedacht werden. Diskriminierung beginnt oft im Kleinen – Reflexion gehört in jede Weiterbildung. Vielfalt in Herkunft und Sprache kann das Team bereichern, wenn wir bereit sind, voneinander zu lernen. Weiterbildung braucht Zeit, Offenheit und struk-

turelle Sensibilität. So schaffen wir einen respektvollen, professionellen Umgang im Klinikalltag.

Bereits vor der Gründung der ersten Ärztekammer engagierten sich viele Mediziner politisch, etwa in der Frankfurter Nationalversammlung 1848/49. Über zwei Dutzend von ihnen waren aktive Ärzte, einige wie Siegmund Asch und Louis Borchard wurden wegen ihres Einsatzes für Reformen verurteilt. Trotz politischer Rückschläge entstanden später im Deutschen Reich Ärztekammern (z. B. 1877 in Hessen), um die medizinische Ausbildung, Berufsethik und Interessenvertretung zu stärken.

Erst das Aufkommen des Faschismus und der nationalsozialistischen Machtergreifung führte schließlich 1935 zu der gänzlichen Auflösung von Ärztekammern. Davor argumentierte beispielsweise die mecklenburgische Ärztekammer 1933 noch damit, dass sie sich „ausschließlich aus nationaldenkenden Mitgliedern“ zusammensetze und „weder jüdische noch demokratisch marxistische Ärzte vertreten“ seien.

Landesärztekammern sollten im eigenen Interesse die Mitwirkung der Ärzteschaft an politischen und sozialen Fragen fördern, da ihre Arbeit in einer Diktatur nicht mehr gewährleistet wäre. Ausgeprägte Hierarchien, Kadavergehorsam und abgrenzender Korpsgeist sind diktatorische Tugenden und dürfen keinen Platz innerhalb ärztlicher Vereinigungen innehaben. Nur gemeinsam innerhalb demokratischer Strukturen können wir mittels kollegialer Anerkennung, bedingungsloser Lehre und Wertschätzung auf Augenhöhe unserer Profession in einer fortschrittlichen und zukunftsfähigen Gesellschaft nachgehen.

Warum ÄrztInnen in der aktuellen Zeit nicht apolitisch sein können

Eines steht fest: Ärztinnen und Ärzte sind in der Krankenversorgung der Neutralität verpflichtet und sind für jede Patientin

gleichermaßen da, um das Bestmögliche in der Bekämpfung von Erkrankungen und für den Erhalt von Gesundheit für Hilfesuchende zu erreichen.

Anders sieht es aus unserer Sicht bei gesellschaftlichen und politischen Themen aus, insbesondere jenen, die für Gesundheit und ärztliche Behandlung sowie für den Schutz von vulnerablen Gruppen wichtig sind.

Einem von uns Autoren sagte eine nicht-ärztliche Kollegin vor einigen Jahren einmal, dass es zu wenige politisch engagierte ÄrztInnen gebe, die sich für benachteiligte Gruppen einsetzen. Zunächst wurde dem widersprochen, aber mittlerweile stimmen wir der Bemerkung vollkommen zu. Gerade eigenverantwortliche Gremien der Selbstverwaltung und Sprachrohre der Ärzteschaft wie die Landesärztekammer Hessen können und dürfen sich nicht hinter einem falsch verstandenen Neutralitätsgebot verstecken. Gerade in Zeiten, in denen auch innerhalb von Europa Grundrechte gefährdet sind, Grenzen wieder geschlossen werden, Menschengruppen unter Generalverdacht gestellt werden oder Karteien zu psychisch Erkrankten Menschen erstellt werden sollen und rechtsextreme PolitikerInnen viel zu häufig den Diskurs dominieren und so Minderheiten und die Demokratie gefährden. Hier können wir Ärztinnen aus unserer Sicht nicht schweigend zusehen!

Dr. med. Steffen Heltsche
Dr. med. Tschingis Arad
Dr. med. Joscha Schorch

Dieser Artikel ist aus dem Forum der jungen Kammer der hessischen Landesärztekammer entstanden und geht auf ein Treffen der Gruppe im ersten Quartal 2025 zurück. Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

„Suizidalität ist immer komplex“

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie & Suizidprävention in Frankfurt/Tagung am 12. & 13. September

Frau Professor Lewitzka, Sie befassen sich seit Ihrer Promotion 2004 mit Suizidologie. Am 1. November 2024 wurden Sie zur ersten deutschen Professorin für Suizidologie und Suizidprävention berufen. Was hat Sie dazu bewogen, sich mit dem lange tabuisierten Thema Suizid zu beschäftigen?

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka: Tatsächlich gibt es keinen unmittelbaren persönlichen Bezug. Motiviert hat mich mein Mentor Werner Felber, ein bekannter Suizidforscher in der DDR, der sich mit Suizidalität auseinandergesetzt hat, obwohl es Suizide unter dem damaligen Regime eigentlich nicht geben durfte.

Was mich darüber hinaus bestärkt hat, war die Erfahrung, dass es bei vielen suizidalen Menschen am Ende wieder „gut“ werden kann. Auch wenn sie sich bereits für den Suizid entschieden haben, ist es möglich, zu intervenieren und sie von dem Entschluss abzubringen. Natürlich ist es immer wieder aufwühlend, mit dem Tod konfrontiert zu werden. Wenn ein Hilfesuchender sich schließlich doch das Leben nimmt, ist dies ein schreckliches Ereignis. Man lernt zwar mit der Zeit, damit umzugehen, aber hinterfragt vieles, wenn man das erlebt.

10.300 Menschen haben sich im vergangenen Jahr in Deutschland das Leben genommen. Die Dunkelziffer der versuchten Suizide ist noch höher. Wird genug unternommen, um die Zahlen zu reduzieren?

Lewitzka: Zunächst zu den Zahlen: Sie sind erschreckend hoch. So kommen auf einen vollendeten Suizid 50 Suizidversuche. Auch die Zahl der Verkehrstoten ist hoch – mit 2.839 liegt sie allerdings niedriger als die der Suizidopfer. Natürlich ist es wichtig, alles dafür zu tun, die Zahl der schweren Verkehrsunfälle zu verringern. Dafür gibt es auch eine „Awareness“ in der Bevölkerung: Überall stehen Verkehrsschilder und an den Autobahnen warnen Plakate vor riskantem Fahren mit



Prof. Dr. med. Ute Lewitzka

Todesfolge. Diese „Awareness“ fehlt jedoch für die wesentlich höhere Zahl an Suiziden.

Daher provoziere ich an dieser Stelle gern mal und frage: Wie viel geben wir in diesem Land für Verkehrssicherheit aus? Es ist gut angelegtes Geld, das ich nicht missen möchte, aber warum schaffen wir es nicht einmal, die Schienenabschnitte zu sichern, von denen wir wissen, dass sie Hot Spots für Suizidgefährdete sind, nämlich Schienen in der Nähe von psychiatrischen Kliniken. Warum nehmen wir hier kein Geld in die Hand, und warum verstehen wir Suizidprävention nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe so wie Suchtprävention oder HIV-Prävention?

Die Einrichtung der Professur in Frankfurt hat öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt. Ist die Professur ein Meilenstein in der Geschichte der Suizidologie in Deutschland?

Lewitzka: Genau, sie ist ein Meilenstein. Und mit einer witzigen Geschichte verbunden: Ich habe in verschiedenen Weiterbildungsvorträgen häufig gesagt, dass es in Deutschland für alles Mögliche eine Professur gibt, auch – und das ist jetzt fik-

tiv – Professuren für transnationale Rotohrmäuse. Aber für das wichtige Thema Suizidologie eben nicht. Unbestätigter Weise muss mein heutiger Chef, Prof. Dr. Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, das wohl irgendwann gehört und sich gedacht haben: Stimmt, das müssen wir ändern. Er wurde aktiv und es ist ihm gelungen, drei Stiftungen – die Dr. Elmar und Ellis Reiss Stiftung, die Henryk-Sznep-Stiftung und die Crespo Foundation – zu akquirieren, die die Professur bzw. Mittel für die Ausstattung und erste Projekte ermöglicht haben. So bin ich jetzt hier und froh und dankbar dafür.

Was macht Frankfurt neben dem Engagement von Professor Reif zu einem geeigneten Standort für Ihre Professur? Ist das Thema hier durch das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention FRANS möglicherweise präsenter als anderswo?

Lewitzka: Ja, das ist ein Grund, weshalb Frankfurt ein sehr, sehr guter Ort dafür ist. Tatsächlich war FRANS das erste Suizidpräventionsnetzwerk in ganz Deutschland. Andere Netzwerke sind mit zeitlicher Verzögerung gefolgt. Und: In Frankfurt ist vor allem die enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, weiteren Behörden, der Rechtsmedizin und anderen Kliniken das Besondere.

Durch diese Kooperation ist ein sehr guter Austausch möglich; auch ist es besser möglich als anderswo, Daten zu erheben und auszuwerten. Und es ist einfacher, sich zusammenzusetzen und zu überlegen, welche Prävention es in Frankfurt und Umgebung braucht. Das ist wirklich ziemlich einmalig, auch weil Frankfurt dieses eine Gesundheitsamt hat – ein großer Schatz für unsere Arbeit, ebenso wie die gewachsene Struktur und die Offenheit gegenüber dem Thema.

Haben Sie auch Verknüpfungen mit anderen Netzwerken bundesweit?

Und welche Rolle spielen diese für Ihre Arbeit in Frankfurt?

Lewitzka: Ja, diese Verknüpfungen habe ich. Das Netzwerk, das ich nach Frankfurt mitgebracht habe, gab es schon vorher in ganz Deutschland. Dies hat sicher auch mit meiner Funktion in der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zu tun, aber auch damit, dass ich das Referat Suizidologie für die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) leite.

Nach dreißig Jahren an der Uniklinik in Dresden, in denen ich Verbindungen zu anderen Fachbereichen und Kliniken geknüpft habe, hätte ich erwartet, dass es mühsam sein würde, in Frankfurt neue Kontakte aufzubauen. Doch das bereits existierende Netzwerk macht es leichter. Auch bin ich ein sehr offener Mensch und habe schon in den ersten Monaten hier geschaut, mit welchen Fachgebieten Kooperationen möglich sein könnten. Dass sich bereits einige Schnittstellen ergeben haben, freut mich außerordentlich. Zugleich besitzt auch die Professur eine gewisse Attraktivität, so dass ich teilweise gar nicht mehr auf die Leute zugehen muss, sondern diese auf mich zukommen.

Was sind das für Fachgebiete, mit denen eine Zusammenarbeit denkbar ist?

Lewitzka: Ganz unterschiedliche Gebiete. Letzte Woche zum Beispiel hatte ich ein virtuelles Treffen mit dem Internisten Prof. Dr. med. Jörg Bojunga von der Endokrinologie hier am Uniklinikum, der Sprechstunden und Beratung für Transgender anbietet. Ihm ist das Thema mit Blick auf diese Gruppe wichtig und wir haben überlegt, wie wir Daten erfassen und daraus resultierend ein spezielles Präventi-

onsangebot für die betroffenen Menschen entwickeln können. Ich habe auch mit PD Dr. Christina Sauer, Leiterin des psychosomatischen Dienstes, gesprochen, außerdem mit den Palliativmedizinerinnen und dem Ethikkomitee hier in Frankfurt... Also, es fängt an, sich zu entwickeln.

Ihre Professur ist an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Frankfurter Uniklinik angesiedelt, die u. a. auf die Behandlung von Depressionen spezialisiert ist. Depressionen wiederum sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Ist Suizidalität also meistens mit einer psychischen Erkrankung in Zusammenhang zu sehen?

Lewitzka: Suizidalität geht niemals nur auf eine einzige Ursache zurück, sondern ist immer komplex. Was wir aber aus der Forschung wissen, ist, dass psychische Erkrankungen eine große und wichtige Rolle dafür spielen. Es gibt unterschiedliche Studien dazu, eine Studie von Cavanagh spricht sogar davon, dass psychiatrische Erkrankungen bis zu 90 % für Suizide verantwortlich seien. Ich persönlich halte diese Zahl für zu hoch. Das hat mit der Methode der Studie zu tun und auch mit einem Systemfehler.

So können wir bestimmte Symptomkomplexe relativ schnell in eine psychiatrische Diagnosekategorie einordnen, wie ich es mal vorsichtig formulieren will. Sprich: Die Diagnose einer Anpassungsstörung ergibt sich schon relativ leicht, wenn bestimmte Lebensereignisse passieren und wenn die Betroffenen dann ins Hilfesystem kommen. Im Laufe meiner Berufsjahre bin ich allerdings dazu gekommen, zu sagen: Das ist nicht alles psychische Erkrankung, sondern es ist auch „normales“ Leben und „normale“ Lebenskrise. Doch wenn je-

mand über die ärztliche Türschwelle kommt, braucht es ja eine Diagnose – und das meine ich mit Systemfehler. Ich glaube, dass eher 60 bis 70 Prozent der Menschen, die sich das Leben nehmen, eine psychische Erkrankung haben. Der Rest geht in akuten Belastungen oder schweren Lebensereignissen auf.

Welche besonderen Risikofaktoren gibt es für Suizidalität? Alter, Geschlecht, ...?

Lewitzka: Genau, das sind die Risikokonstellationen. Alter: Je älter wir werden, desto höher steigt das Risiko. Außerdem das männliche Geschlecht: 75 % der Suizide werden von Männern verübt. Dann psychische Erkrankungen als wesentlicher Faktor, aber auch schwere körperliche Erkrankungen. Psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit, Trennungen, Verlusterlebnisse generell, Kränkungen, finanzielle Sorgen oder die Mitteilung einer schweren Diagnose können Auslöser sein. Auch Trauma, Flucht und Migration. Im Jugendbereich sind es die Adoleszenzkrise auf dem Weg zum Erwachsenwerden, die ein hohes Risiko für Suizidalität darstellen.

Gibt es weitere Gründe?

Lewitzka: Theoretisch auf einer rational, ethisch, kulturell, philosophischen Ebene könnte auch ein Teil dabei sein, bei dem der Suizid auf einer freien Entscheidung basiert. Es gibt Menschen, die gehen morgens zur Arbeit und kommen nachmittags nicht wieder. Das kommt gar nicht so selten vor, wie wir in Gesprächen mit Hinterbliebenen erfahren. Und wir wissen einfach nicht, was bei den Betroffenen passiert ist.

Dann haben wir noch den ganzen Komplex von biologischen Faktoren, die zu Suizidgedanken führen können. Hier haben wir viele Detailkenntnisse: Das fängt bei Veränderungen von Schilddrüsenparametern an und hört bei Vitamin-D-Spiegeln auf. Aber dennoch nutzt uns das noch nichts für die Praxis. Denn nach wie vor lässt sich ein Suizid nur sehr schlecht präzisieren.

Wie kann Suizidprävention dennoch gelingen und welche Methoden gibt es?

Lewitzka: Ganz wichtig ist die Prävention auf allen drei Ebenen: Bei der klassischen Primärprävention geht es darum, so früh

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka studierte Humanmedizin in Berlin und Dresden und absolvierte am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden ihre Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sowohl in ihrer Promotion im Jahr 2004 und ihrer Habilitation im Jahr 2018 befasste sie sich mit der Suizidologie. Im Jahr 2017 gründete sie das Werner-Felber-Institut für Suizidprä-

vention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen (WFI), dessen Vorstandsvorsitzende sie heute noch ist. Seit 2018 ist sie ehrenamtliche Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und des Referats Suizidologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). (red)

wie möglich Gesunde zu adressieren, Kompetenzen auszubilden schon in der Schule, Lebenskompetenz mitzugeben und aufzuzeigen, wie sich gute Problemlösungsmöglichkeiten – sogenannte Copingstrategien – entwickeln lassen und wo man in schwierigen Situationen Hilfe finden kann. Zu der Primärprävention gehören auch das Wissen und Schulungen von Menschen im Hilfesystem, wir sagen Gatekeeper: Lehrer, Soziologe, auch Ärzte etc.

Es gibt tolle Arbeiten, wie zum Beispiel die eindrückliche Gotlandstudie über Hausärzte, die geschult wurden im richtigen Erkennen und Behandeln von Depressionen. Im Nachgang ist die Suizidrate um 60 % gesunken. Das heißt, wenn wir andere Berufsgruppen entsprechend fortbilden, hat das eine suizidpräventive Wirkung. Dafür brauche ich aber auch wieder berufspolitische Veränderungen, um die jeweilige medizinische Fachrichtung zu stärken. Es nutzt nämlich nichts, wenn Ärztinnen und Ärzte geschult werden und nachher doch keine Zeit für ein entsprechendes Gespräch haben.

Was ist die effektivste Methode?

Lewitzka: Die effektivste suizidpräventive Maßnahme ist die Methodenrestriktion. Sie lässt sich sowohl der primären, sekundären oder tertiären Prävention zuordnen und beschreibt, dass ich den Zugang zu einer Suizidmethode reduziere oder verhin-dere. Das ist insofern spannend, als wir aus der Forschung wissen, dass die meisten Menschen in suizidalen Krisen unbewusst schon eine Methode verankert haben. Sie versuchen dann, diese Methode zu realisieren und in der Regel keine andere.

Ein Beispiel: Ich plane einen Schienensuizid, komme aber nicht an die Schienen heran, weil dort gebaut wird. Dann gehe ich nicht zu einem anderen Schienenabschnitt oder nach Hause und wähle ein anderes Suizidmittel, sondern gebe mein Vorhaben auf. 5 bis 25 % der Betroffenen nehmen sich später das Leben; die anderen 75 bis 95 % werden sich nicht das Leben nehmen. Diese Menschen rette ich wirklich durch die Zugangsbeschränkung. Denn jeder einzelne Suizid ist einer zu viel.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, um

Menschen vom einem konkreten Suizidvorsatz abzubringen?

Lewitzka: Klassisch bei der suizidalen Entwicklung ist die Zuspitzung von Gedanken: Von „Das Leben macht keinen Sinn mehr“, über „Ich könnte mir das Leben nehmen“ bis hin zu der konkreten Planung. Was wir aus der Forschung wissen, ist, dass der Zeitraum von dem Entschluss „Jetzt tue ich es“ bis zu der konkreten Handlung nur sehr kurz ist, nämlich im Schnitt zehn Minuten. In dieser Zeit befinden sich die Betroffenen in einem Tunnel. Sie können nicht mehr nach rechts und links sehen, denken in diesem Moment nicht mehr an ihre Angehörigen oder an den Lokführer – all das funktioniert in diesem Tunnel nicht mehr. Wenn ich aber in diesem Moment den Zugang beschränke, gebe ich den Betroffenen die Möglichkeit, aus dem Tunnel herauszukommen und überhaupt wieder reflektieren zu können. Das kann auch der Fall sein, wenn jemand auf der Brücke steht und ich ihn anspreche oder am Springen hindere. Man kann diese Menschen vor dem Tod bewahren, auch dauerhaft. Wichtig ist natürlich auch, dass anschließend Hilfen erfolgen.

Gibt es Hürden, mit denen Sie auf Ihrem Forschungsgebiet zu kämpfen haben?

Lewitzka: Voraussetzung für erfolgreiche Suizidprävention ist die Sammlung von Daten. Eines der größten Probleme in Deutschland dabei ist der Datenschutz. Ich möchte hier nicht falsch verstanden werden. Ich finde Datenschutz grundsätzlich wichtig, und gerade, wenn es um sensible Daten geht, muss allerhöchste Sorgfalt und Sicherheit gelten. Dennoch erlauben unsere Datenschutzgesetze selbst unter den Bedingungen von Studien oder Projekten kaum einen Zugang. Oder wenn, dann mit extrem hohen Hürden, die die Forschung sehr behindern. Wir brauchen jedoch eine systematische Erfassung und Auswertung von Suiziden und Suizidversuchen, um daraus erfolgreiche Präventionsmethoden ableiten zu können.

Welche Projekte haben Sie sich in Frankfurt vorgenommen?

Lewitzka: Ich wünsche mir sehr, dass wir hier Sachen bewegen können. Dazu brauchen wir natürlich auch Fördermittelgeber, Stiftungen etwa. Die Landesärzte-

kammer Hessen möchte ich unbedingt mit im Boot haben bei einem Projekt, für das wir gerade einen Initiativantrag gestellt haben: Thema Suizid bei Ärzten. Bei dieser Berufsgruppe haben wir eine erhöhte Suizidrate; um hier spezifische Präventionsangebote machen zu können, brauchen wir valide Daten.

Perspektivisch soll in Frankfurt ein Deutsches Zentrum für Suizidprävention entstehen. Eine Einrichtung, die koordiniert, vergleicht, was in der Forschung passiert und Wissen in die Praxis bringt. Auch Datenerhebungen könnten dazu zählen. Ein solches Zentrum aufzubauen, ist eine große Aufgabe. Es braucht ein sinnvolles Konzept, um nicht Parallelstrukturen aufzubauen und um wirklich Menschen in Krisen besser helfen zu können. Dazu muss von der Rechtsform bis hin zur Finanzierung sehr viel geklärt und entwickelt werden. Aktuell recherchieren wir, was und wie andere Länder etwas für Suizidprävention tun, z. B. die skandinavischen Länder oder Australien etwa. Sicher können wir von diesen Ländern etwas lernen.

Am 12. und 13. September lädt die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu der Veranstaltung „Forschung, Erfahrung, Engagement – Suizidprävention gemeinsam denken“ ein. Sie richtet sich an Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen ebenso wie Laien, Betroffene, Angehörige und Interessierte. Was wollen Sie mit der Tagung erreichen?

Lewitzka: Anlass der Veranstaltung ist der Welttag der Suizidprävention am 10. September. Ich finde, dass es zu dieser Professur gehört, eine Tagung zu veranstalten, die zwar Wissenschaftlichkeit bedeutet, zugleich aber auch das, was wir aus Forschung und Behandlung wissen, in die Breite trägt. Die Vorträge spannen dabei einen Bogen von der Historie über Kunst, Medien bis hin zu modernen psychotherapeutischen Methoden. Unser Ziel ist es, das Thema Suizidalität damit ein Stück weit zu entstigmatisieren und Berührungängste abzubauen. Dass wir gesehen werden, zeigt sich unter anderem daran, dass Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ein schriftliches Grußwort zur Verfügung gestellt hat.

Interview: Katja Möhrle

168. Bad Nauheimer Gespräch

„Die elektronische Patientenakte ePA – Ist Vertrauen in die ärztliche Schweigepflicht noch möglich?“

Die ePA gilt als zentrales Digitalisierungsprojekt im deutschen Gesundheitswesen. Politik, Kassen und IT-Branche preisen sie als Instrument für bessere Versorgung, Effizienz und Fortschritt. Beim 168. Bad Nauheimer Gespräch beleuchteten der Psychiater Dr. Andreas Meißner und der Hessische Datenschutzbeauftragte Dr. Nils Gaebel die ePA aus unterschiedlichen Blickwinkeln – mit ähnlichen kritischen Ergebnissen. Die Veranstaltung wurde vom Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V. organisiert und von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, erstes Geschäftsführendes Vorstandsmitglied, moderiert.

Mehr Aufwand statt Nutzen

Ziel der ePA ist eine bessere medizinische Versorgung: Befunde und Medikationspläne sollen schnell verfügbar sein – etwa bei Arztwechseln oder Notfällen. Doch dieser Nutzen bleibt laut Meißner bislang aus. Stattdessen berichten viele Ärztinnen und Ärzte von „Mehraufwand statt Mehrwert“: zusätzliche Klicks, neue Pflichten, komplizierte Zugriffsrechte – bei unklarem Nutzen. Gaebel vergleicht die ePA mit einem alten Handy: „Man ist stolz, dass es das gibt, aber es ist nicht das, was man sich eigentlich wünscht.“ Noch fehle es an Durchgängigkeit, Bedienbarkeit und ausgereifter technischer Umsetzung. Kritisch sehen beide den ab 2025 geltenden Wechsel zum Opt-out-Verfahren: Alle gesetzlich Versicherten erhalten automatisch eine ePA, wenn sie nicht widersprechen. Meißner spricht von „fragwürdiger Freiwilligkeit“, die vulnerable Gruppen überfordere. Gaebel ergänzt: „Die geringe Zahl der Widersprüche zeigt eher Unwissen oder Gleichgültigkeit als Zustimmung.“ Beide sehen ein Informationsdefizit bei der Bevölkerung. Vielen sei weder bewusst, dass sie eine ePA bekommen, noch welche Daten darin enthalten sein werden oder wer darauf zugreifen kann.

Datenschutz und Kontrolle

Die wohl größte Sorge der Referenten betrifft die Datensicherheit und ärztliche Schweigepflicht. Technische Zugriffe, Drittanwendungen und Sekundärnutzung könnten diese aushöhlen, warnt Meißner. Gaebel kritisiert, dass die Datenschutzaufsicht nur „im Benehmen“ beteiligt sei und keinen echten Einfluss habe. Zudem zeigten Sicherheitsanalysen, u. a. des Chaos Computer Clubs, dass Angriffe über Leistungserbringer (z. B. Apotheken oder Praxen) möglich seien. Daraufhin wurden zwar Nachbesserungen wie zusätzliche Verschlüsselung und Monitoring eingeführt – doch Gaebel bleibt skeptisch: „Es ist so ein bisschen das Gefühl, das Ganze ist nicht richtig zu kontrollieren.“

Weiterer Kritikpunkt beider Referenten ist die fehlende „granulare“ Zugriffskontrolle: Patientinnen und Patienten können nicht selbst steuern, welche ärztliche oder nicht ärztliche Fachkraft, welche Dokumente sehen darf. Auch Mitarbeitende in Praxen und Pflegeeinrichtungen haben potenziell weitreichenden Zugriff – ein Umstand, der datenschutzrechtlich wie medizinethisch problematisch sei. Besonders kritisch wird außerdem die sogenannte Sekundärnutzung bewertet: Daten aus der ePA können – ohne erneute Zustimmung – in ein Forschungsdatenzentrum überführt und mit anderen Datenquellen verknüpft werden. Meißner sieht darin eine gefährliche Entwicklung hin zur „Datenökonomie im Gesundheitswesen“, in der medizinische Informationen zunehmend zu einer Ressource für wirtschaftliche oder politische Zwecke würden.

Echtzeitmedizin und KI

Ein Thema in Meißners Vortrag war die Vision einer digitalisierten Echtzeitmedizin. Er zitierte Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der



Dr. Nils Gaebel, Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit (links), Dr. med. Andreas Meißner, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Mitte) sowie Moderatorin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf.

von einem Gesundheitswesen träume, das auf einem „digitalen Zwilling“ jedes Menschen basiere – samt E-Konsil beim KI-gestützten Avatar-Arzt. Auch der ehemalige Gesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (SPD) beschrieb 2023 entsprechende Entwicklungen: Spracherkennungssoftware, die Arztgespräche aufgezeichnet, Smalltalk herausfiltert und automatisch in die ePA übertrage. Meißner dazu: „Digitale Zwillinge kennen keine Beziehung, keine Mimik, keine Biografie. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist aber kein Datenmodell, sondern ein Vertrauensverhältnis.“

Technik darf kein Selbstzweck sein

Die ePA offenbare ein tieferliegendes Problem: den Versuch, strukturelle Mängel technisch zu lösen – ohne soziale Aspekte mitzudenken. Meißner spricht von einer Medizin, in der der Mensch zum „Lieferanten von Gesundheitsdaten“ wird. Gaebel kritisiert die fehlende Kontrollierbarkeit. Für Meißner ist die ePA derzeit „weniger ein Versorgungswerkzeug als ein Infrastrukturprojekt mit fraglichem Nutzen, hohen Kosten und weitreichenden Folgen für Datenschutz und ärztliche Autonomie.“

Maren Siepmann

Foto: Katja Kölsch

Die ePA für alle

„Mit der ePA starten wir in ein neues Zeitalter, eine neue Epoche, in das größte Digitalisierungsprojekt, das Deutschland zum TOP 1 in Europa machen wird, mit einem einzigartigen Datensatz in Europa, der eine ganz andere Forschung ermöglichen wird. Die ePA – mit Sicherheit als oberste Priorität – für bessere Behandlung und Forschung. Die ePA, die den Patienten zum Herrn seiner Daten macht, der Patient sieht zum ersten Mal seine Daten und alles, was Ärzte für ihn abgerechnet haben, bisher war das intransparent, der Patient wird mündiger, kann sich seine Ergebnisse auch von anderen Ärzten oder von der KI erklären lassen ...“, so der damalige Gesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach in seiner Pressekonferenz* am 15.01.2025 zur Einführung der ePA und dem Start der Pilotphase.

Auf dieser Pressekonferenz unterstützte der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt den Start der Pilotphase und bezeichnete die ePA definitiv als große Chance für die Verbesserung der Patientenversorgung. Seine unabdingbaren Kriterien dabei: dass die ePA zum einen definitiv so sicher wie möglich sei, was auch deshalb so wichtig sei, weil das Thema Arztgeheimnis, Berufsgeheimnis und Verschwiegenheitsverpflichtung zu den zentralen Merkmalen unseres ethischen Berufsverständnisses gehörten, zum anderen Einfachheit, Praktikabilität und das Handling der ePA so sei, dass tatsächlich der Mehrwert erzielt werden könne, ohne unverhältnismäßig großen Aufwand zu betreiben, damit am Ende tatsächlich das herauskomme, was wir uns wünschten, nämlich Entbürokratisierung und mehr Zeit für den Patienten. „Wenn das am Ende bewiesen werden kann und sich in der Pilotphase herausstellt, dann glaube ich, wächst das Vertrauen, dann werden wir sie auch ärztlicherseits propagieren und dafür motivieren können. [...] Wir müssen auch die Gelegenheit haben, uns einzubringen, damit es einen Sinn hat, dass wir die Pilotphase starten. [...]“*

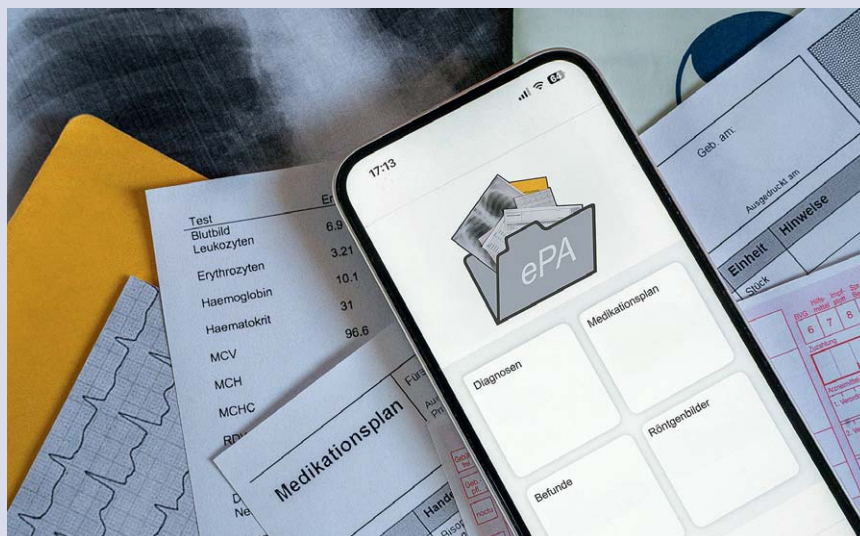


Foto: © Andrea Gattianides – stock.adobe.com

Wurde dies in der kurzen Probephase erreicht? Was war das Ergebnis der vom Bundesgesundheitsministerium versprochenen Auswertungen? Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen stellte bei einer Podiumsdiskussion am 15.05.2025 fest: „Problematisch ist, dass die Digitalisierung, wie wir sie im Gesundheitswesen haben, im Moment mehr hemmt als hilft, weil sie nicht funktional ist. Die Akteure sehen die Probleme und wollen dort auch mitarbeiten. Das geht aber nur zusammen.“ Und zur gleichen Zeit Ende April war der Chaos Computer Club schlicht sprachlos auf die Frage, warum vorhandene basale Chiptechnologie nicht auf den Karten eingesetzt wird, was die Sicherheit erheblich steigern würde.

Am 24. Juni 2025 nahmen sich die Bad Nauheimer Gespräche (siehe S. 483) dieses Themas an. Diejenigen, die nicht teilnehmen konnten, können sich die Aufzeichnung ansehen, es lohnt sich. (Kurzlink: <https://t1p.de/yh8d5>)

Wenn die ePA so gut ist, wie sie beworben wird, warum vertraut man nicht darauf, dass die Patienten sie wollen und aktiv wählen, warum dann „Opt-out“ (Möglichkeit, die ePA abzulehnen) statt „Opt-in“ (Möglichkeit, sich für eine ePA aktiv zu entscheiden)? Wäre das nicht der mündige Patient?

Das Argument, dass der Patient mit der ePA erstmals die Möglichkeit hat, alle seine Befunde zu erhalten, wurde schon im Januar auf der Pressekonferenz von Reinhardt widerlegt: das ist nach Patientenrechtegesetz bereits jetzt möglich. Warum das Argument, nur mit der ePA könne eine Notfallversorgung sichergestellt werden, wie die notwendigen Daten bereits jetzt auf der Patientenkarte gespeichert sind? Warum werden nicht weitere wichtige Daten für die Patientenbehandlung auf der patienteneigenen Karte gespeichert? Wir konnten hören, dass Datenschutzbeauftragte zwar gehört, aber nicht mehr beachtet werden, Sicherheits- und Strukturvorgaben rückabgewickelt wurden und die Anonymisierung der zentral gespeicherten Daten nicht mehr vorgesehen ist. Warum werden Experten wie Prof. Dr. Jürgen Windeler, ehemals Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), nicht gehört und stattdessen unhaltbare Versprechen für einmalige und neue Forschungsmöglichkeiten mit Big Data gegeben? Ist die Befüllungspflicht dieser ePA tatsächlich mit unserem Genfer Gelöbnis zu vereinbaren?

Damit ich nicht falsch verstanden werde: Ja, wir Ärzte und unsere Patienten wünschen uns eine noch bessere Patientenver-

* Start der Elektronischen Patientenakte (ePA) – komplette Bundespressekonferenz 15. Januar 2025, abrufbar via YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=m0gmDVua0vo>

sorgung und auch Transparenz. Keiner will stundenlang Befunden hinterhertelefonieren. Aber geht das nicht auch mit „milderen Mitteln“, Daten auf der Patientenkarte etc.? Warum so viel Druck (Opt-out) und Zwang (Befüllungsverpflichtung)?

Braucht es das Großprojekt wirklich für Patienten und Ärzte, braucht es so viele zentral gespeicherte sensible (!) Daten – und dies für 100 Jahre wie vorgesehen? Wem nützt das? Diese Fragen müssen auf

den Tisch und ehrlich beantwortet werden. Es geht dabei keineswegs um Verweigerungshaltung oder grundsätzliches Bedenkenträgertum, sondern um die Sorge, wie mit Patientenwillen und ärztlicher Schweigepflicht umgegangen wird. Das sind wir unseren Patienten und unserem Ethos als Ärzte schuldig. Wir wollen an dieser Chance mitarbeiten – dazu müssen wir Fragen stellen dürfen, die auch gehört werden.

Monika Buchalik
Erste Beisitzerin des
Präsidiums der
Landesärztekammer
Hessen



Foto: Peter Jülich

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

ePA: Von Spanien lernen

Typische Situation im fachärztlichen Patientengespräch: Überweisung wegen Herzrhythmusstörungen. Soweit so gut. Was war denn passiert? Wohl Erstereignis eines schnellen Herzschlags vor drei Wochen mit Unwohlsein, Vorstellung in der Notaufnahme einer Klinik. Nach EKG-Aufzeichnung der Rhythmusstörung, das EKG liegt leider nicht vor, habe diese plötzlich aufgehört. Und einen leichten Druck auf der Brust habe es auch gegeben. Und warum findet sich in der Medikamentenliste ein NOAK? Unterlagen? Fehlanzeige.

Jeder weiß, wie die Geschichte weitergeht. Eine KHK ist bekannt und mit zwei Stents versorgt, es erfolgt eine „Kontrolle“ der kardiovaskulären Risikofaktoren. Die Lage der Stents und ein möglicher Herzinfarkt bleiben im Dunkeln. Vor zwei Jahren

erfolgte die Ablation von Vorhofflimmern. Die jetzige Rhythmusstörung wurde allerdings „anders“ empfunden. Im EKG, aus der Klinik angefordert und freundlicherweise als Fax zur Verfügung gestellt, Dokumentation einer atrialen Tachykardie mit ST-Streckensenkung.

Insgesamt viele Informationen, die beim Erstgespräch nicht vorlagen und mühsam und möglicherweise unvollständig erhoben wurden. Meine spanische Verwandtschaft kann das besser. Fünf Minuten nach der Covid-Impfung ist diese z. B. in der ePA dokumentiert. Seit 2015 eine Selbstverständlichkeit. Nutzerfreundliche digitale Angebote, klare Datenschutzregeln, eine Opt-out-Regel sowie ein hoher Nutzen für Patienten und Ärzte führen zu einer breiten Akzeptanz.

Nur ein offener und fairer Umgang von allen Beteiligten wie Bundesgesundheitsministerium, Gematik, PVS-Anbietern (privatärztliche Verrechnungsstellen), Patienten und Ärzten werden die ePA zu einem notwendigen, aber auch gut nutzbaren Tool machen.

**Dr. med. Wolf
Andreas Fach**
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen
und Vorsitzender
des BDI-Landesverbandes Hessen



Foto: Alex Kraus

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Bücher



**Prof. Dr. phil. Haim Omer,
Prof. Anat Brunstein-Klomek:**

**Suizidgefährdete Jugendliche
unterstützen: ein Leitfaden für
Familie, Schule und soziales Umfeld**

2025, Vandenhoeck & Ruprecht,
245 S., ISBN: 9783525408728, 28 €

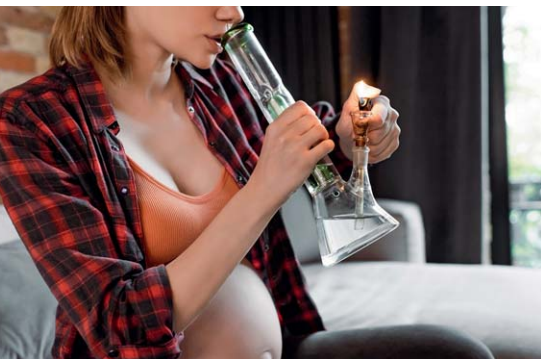
Die Psychologen Omer und Brunstein-Klomek bieten mit ihrem Ratgeberbuch einen systematischen Ansatz für das Umfeld von suizidgefährdeten Jugendlichen an. Mittelpunkt des Ansatzes ist die „Neue Autorität“, die auf früheren Werken von Omer basiert. In diesem Buch wird dieser pädagogische Ansatz auf die Suizidprävention übertragen. „Widerstand und Wiedergutmachung statt Strafe und Härte“ ist ein zentrales Merkmal, mit dem sich die neue Autorität von der oftmals gewaltsamen „alten Autori-

tät“ vergangener Tage abgrenzen will. Mit der neuen Autorität soll Eltern wieder mehr erzieherischer Spielraum gegeben werden, der in der Gegenwart – mit immer weiteren Versuchen für Kinder und Jugendliche – oftmals nötig sei. Hier soll ein pädagogisches Vakuum geschlossen werden.

Zu Beginn hätte die neue Autorität im Buch etwas ausgiebiger hergeleitet und in ihren unterschiedlichen Aspekten vorgestellt werden können, um sie gerade für pädagogische Laien (an die sich dieses Buch richtet) verständlicher zu machen. Im Verlauf des Buches wird jedoch – auch anhand der vielen konkreten Fallbeispiele – deutlich, was das Konzept der neuen Autorität in der Praxis bedeutet. Gerade die vielen verschiedenen Methoden aus der Psychologie und Suizidprävention, die mit dem Konzept verwoben werden, machen das Buch zu einem praktischen Hilfsmittel und Ergänzung für nahestehende Personen. So soll eine neue, starke und positive Beziehung zwischen allen von der Suizidkrise Betroffenen entstehen.

Lukas Reus

Cannabiskonsum in der Schwangerschaft: Neue Daten belegen Gefährdung des Kindes



Pränataler Cannabiskonsum kann mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburtlichkeit, niedrigem Geburtsgewicht sowie mit perinataler Mortalität assoziiert sein.

Substanzkonsum in der Schwangerschaft ist ein relevanter Faktor für die Gesundheit von Mutter und Kind. Cannabis wird oft als vergleichsweise harmlos wahrgenommen. Doch aktuelle Daten zeigen, dass der Konsum während der Schwangerschaft mit messbaren Risiken für das ungeborene Kind verbunden ist.

Erhöhte Risiken

Eine systematische, jüngst aktualisierte Metaanalyse hat 51 Studien mit insgesamt über 21 Millionen Schwangerschaften ausgewertet [Lo et al. 2025]. Die Ergebnisse zeigen, dass pränataler Cannabiskonsum mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht, intrauterine Wachstumsverzögerung („small for gestational age“) sowie mit perinataler Mortalität assoziiert ist. Die Qualität der Evidenz wurde nach Auswertung neuerer Studien nun in einigen dieser Bereiche von „niedrig“ auf „moderat“ angehoben [Lo et al. 2025]. Die beobachteten Effekte betreffen vorwiegend neonatale Outcomes, also direkt messbare Größen zum Zeitpunkt der Geburt [Gunn et al., 2021]. Die dokumentierten Effekte wie ein niedriges Geburtsgewicht oder Frühgeburtlichkeit sind vergleichsweise unspezifisch, aber es gibt ergänzende Daten zu Outcomes im späteren Kindesalter: so weisen cannabioxidexponierte Kinder häufiger kognitive

Defizite wie Aufmerksamkeitsstörungen und Probleme in der emotionalen Regulation auf [Paul et al., 2021].

Trotz in den meisten Studien erfolgter Adjustierung für mütterliche Störvariablen wie begleitender Tabakkonsum oder sozioökonomischer Status könnten auch weitere, nicht cannabisbezogene Faktoren eine Rolle bei den späteren Auffälligkeiten der Kinder spielen [Marchand et al., 2022]. Allerdings werden die epidemiologischen Befunde durch Tiermodelle unterstützt [z. B. Scheyer et al., 2019; Jenkins et al., 2025]. Auch der beobachtete Dosis-Wirkungs-Zusammenhang macht es wahrscheinlicher, dass die erhöhten Risiken tatsächlich kausal dem Cannabiskonsum zuzuordnen sind.

Interaktion mit Endocannabinoid-System

Diese Befunde erscheinen plausibel, wenn man die Wirkung von Cannabis auf das sich entwickelnde Gehirn betrachtet: Cannabis enthält bis zu 70 verschiedene Phytocannabinoide, darunter das psychoaktive Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). Diese Substanzen interagieren mit dem Endocannabinoid-System des Menschen, insbesondere mit den Rezeptoren CB1 und CB2. Endogene Cannabinoide wie Anandamid und 2-Arachidonylglycerol spielen eine zentrale Rolle in der neuronalen Entwicklung – ein Prozess, der in vielen Aspekten noch unzureichend verstanden ist. Bereits während der Embryogenese sind Komponenten des Endocannabinoidsystems nachweisbar und regulieren wahrscheinlich die Entwicklung des ZNS von der Neurogenese über die neuronale Migration bis hin zur Synaptogenese und Netzbildung [Gomes et al., 2020].

Exogene Cannabinoide – also solche, die durch Konsum zugeführt werden – beeinflussen das sich noch entwickelnde Nervensystem stärker als im späteren Lebensalter [Rodriguez et al., 2024; Dellazizzo et al., 2022]. Das unreife neuronale Netz-

werk reagiert noch empfindlicher auf Signalveränderungen und ist anfälliger für externe Modulationen. Diese Unterschiede in der neurobiologischen Vulnerabilität sind vielen werdenden Eltern nicht bekannt.

Durch die veränderte gesetzliche Lage werden Schwangere wahrscheinlich häufiger eine Beratung wegen der Einnahme von (medizinischem) Cannabis wünschen, zum anderen steigt der Cannabiskonsum seit längerer Zeit an [Olderbak et al., 2021].

Anstieg des Konsums

In anderen Ländern ist ein deutlicher Anstieg von Cannabiskonsum in der Schwangerschaft in den letzten Jahren beobachtet worden [Hayes et al., 2024; Bernalova et al., 2024]. Nach der Legalisierung von Freizeitkonsum in Kalifornien stieg insbesondere der Konsum im ersten Trimester an [Young-Wolff et al., 2024]. Medizinisches Fachpersonal sollte jeglichen Konsum bei Schwangeren, aber insbesondere die häufigsten Substanzen (Tabak, Alkohol und Cannabis) offen und wertfrei erfragen. Die aktuelle Evidenz sollte dabei als Grundlage für sachliche Aufklärung und Beratung dienen – mit dem Ziel, informierte Entscheidungen zu ermöglichen und Risiken für das ungeborene Kind zu vermeiden.

Dr. med. Deborah Scholz-Hehn

Agaplesion Markus Krankenhaus
Frankfurt am Main,
Drogen- und Suchtbeauftragte der
Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Siegmund Drexler

Berater der LÄKH
in Drogen- und Suchtfragen

Dr. med. Mathias Luderer

Goethe Universität Frankfurt,
Universitätsklinikum, Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie,
Drogen- und Suchtbeauftragte der
Landesärztekammer Hessen



Live-Webinar-Fortbildung zum Welttag der Patientensicherheit

Termin: 24.09.2025, 16:45–21:00 Uhr
5 CME

„Save care for every newborn and every child“: Das diesjährige Motto des Welttages der Patientensicherheit steht im Fokus des nächsten Live-Webinars aus der Fortbildungsreihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Unter dem Titel „Patientensicherheit von Anfang an – sichere medizinische Versorgung von Kindern und Neugeborenen“ werden verschiedene Aspekte des Themas beleuchtet.

Referate:

- Externe Qualitätssicherung in der Geburtshilfe (Dr. med. Friedemann Woernle)
- Aspekte zur Patientensicherheit auf Kinderintensivstationen (Dr. med. Roland Schrewe)
- Qualitätssicherung in der Gynäkologie (Dr. med. Klaus Doubek)
- Blick in den Kreißsaal aus der Perspektive der Luftfahrt (Dr. med. Christopher Seiler & Oliver Lübker)

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, Patientensicherheitsbeauftragte und weitere Interessierte aus dem Gesundheitswesen. Als Fortbildungsmaßnahme gemäß § 2 Abs. 5 Patientensicherheitsverordnung anerkannt.

Veranstalter: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH in Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V., dem Hessischen Netzwerk Patientensicherheit und der Universitätsmedizin Frankfurt

Informationen/Anmeldung unter folgendem Kurzlink und QR-Code:
<https://t1p.de/xhmib>



17. September: Welttag der Patientensicherheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den 17. September zum Welttag der Patientensicherheit erklärt. Er richtet sich an alle Beteiligten im Gesundheitssystem mit dem Ziel, die Patientensicherheit zu stärken. Seit 2017 wird jährlich ein neues Thema in den Mittelpunkt gestellt. In diesem Jahr sind es Kinder und Neugeborene – unter dem Titel: „Safe care for every newborn and every child.“



Organspende: Fortbildung mit 4 CME-Punkten: 4. Teil des Patientensicherheitspodcasts der LÄKH

Anlässlich des Tags der Organspende am 7. Juni 2025 hat die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen diesem wichtigen Thema eine Folge im Rahmen der Podcastserie „Sicher ist Sicher“ gewidmet. Die Folge soll über das Thema Organspende und Transplantation informieren und aufklären. Durch Gespräche mit verschiedenen Fachleuten, die der Organspende auf unterschiedliche Weise verbunden sind, wird den Zuhörerinnen und Zuhörern das Thema näher gebracht. Den Podcast sowie alle weiteren Informationen dazu finden sich online auf unserer



Website www.laekh.de unter der Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte“ → Qualitätssicherung → Patientensicherheit.

Kurzlink: <https://tinyurl.com/42pxwzdj>

- Der Podcast ist mit 4 CME zertifiziert.

Hierzu gehört neben dem Podcast eine Literatur-/Linkliste mit vertiefenden Informationen zur Thematik. Die Audiodatei sowie die Literaturliste finden Sie unter Podcast anhören → Teil 4. Um die 4 CME-Punkte zu erwerben, müssen Sie die dazugehörige Lernerfolgskontrolle absolvieren. Diese ist bis zum 30.06.2026 im Portal der LÄKH (<https://portal.laekh.de>) abrufbar unter Fort- und Weiterbildung → CME-Fortbildung Hessisches Ärzteblatt.

Stabsstelle Qualitätssicherung

Fon: 069 97672-195, Mail: qs@laekh.de

Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Wir halten Sie auf dem Laufenden: Mit unserem neuen Newsletter erhalten Sie regelmäßig aktuelle Informationen und interessante Themen rund um die Kammer bequem in Ihr

E-Mail-Postfach. Den Anmelde-Button finden Sie rechts auf der Startseite in einem Kasten auf www.laekh.de.

§ Medizinrecht

Aktuelle Tätigkeit des Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit

Im Mai 2025 hat der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI) seinen Tätigkeitsbericht für das Jahr 2024 vorgestellt. Ein Schwerpunkt bei seiner Tätigkeit war erneut das Gesundheitswesen – dieser soll in Auszügen kurz vorgestellt werden.

Veröffentlichung von Patientendaten im Rahmen von Google-Rezensionen

Der HBDI führte im Jahr 2024 zwei Verfahren gegen Arztpraxen durch, die im Rahmen von Rezensionen personenbezogene Daten ihrer Patientinnen und Patienten veröffentlicht hatten. Die Ärztinnen und Ärzte reagierten hierbei auf negative Bewertung ihrer Patientinnen und Patienten öffentlich und offenbarten sowohl Patienten- als auch Behandlungsdaten. Unter anderen wurden die Patientinnen und Patienten im Klarnamen angesprochen, es wurden Behandlungsdetails, Diagnosen, Befunde, Medikation und andere Informationen zur Behandlung von ihnen veröffentlicht. Eine Einwilligung der Patientinnen und Patienten in die Veröffentlichung lag nicht vor.

In den beiden Verfahren wurden von Seiten des HBDI Geldbußen in Höhe von insgesamt 3.700 Euro bzw. 3.300 Euro verhängt. Diese Entscheidungen wurden rechtskräftig.

Auch bei der Landesärztekammer Hessen gehen häufiger Beschwerden von Patientinnen und Patienten über Ärztinnen und Ärzte ein, denen eine Schweigepflichtverletzung im Rahmen von Google-Rezensionen vorgeworfen werden. Hervorzuheben ist ein Fall, bei dem der Patient ursprünglich seine Google-Rezension mit Klarnamen abgab. Nachdem der Arzt ihm unter Verwendung des Klarnamens geantwortet hatte, anonymisierte der Patient seine ursprüngliche Google-Rezension und beschwerte sich bei der Landesärztekammer Hessen über den Arzt. Durch die Anonymisierung der Google-Rezensionen durch den Patienten, die von dem Arzt nicht ebenfalls vorgenommen wurde, verstieß der Arzt gegen seine ärztliche Schweigepflicht.

→ Bewertungen im Internet führen häufig zu einer nachvollziehbaren emotionalen Belastung, gerade wenn die darin erhobenen Vorwürfe nicht den Tatsachen entsprechen sollten. Es ist jedoch zu beachten, dass auf keinen Fall unbekannte Behandlungsinhalte oder Klarnamen der Patientinnen und Patienten in Google-Rezensionen veröffentlicht werden sollten. Zu Bedenken ist auch immer, dass Google-Rezensionen von Patientinnen und Patienten noch verändert werden können.

Unsachgemäße Aufbewahrung von Patientenunterlagen

In einem anderen Verfahren konnte der HBDI folgende Feststellungen treffen:

Ein Praxismanager, der die Abrechnung für eine Arztpraxis er-

stellte und hierfür Zugang zu den Patientenakten hatte, nahm Patientenakten mit nach Hause, um dort zu arbeiten. Die Patientendokumentation verwahrte der Praxismanager in offenen Regalen, wobei das Arbeitszimmer nicht durchgehend abgeschlossen war. Bei einer Feier legten die Gäste ihre Jacken und Handtaschen dort ab, so dass die Möglichkeit bestand, Einsicht in die Patientenakten zu nehmen.

Darüber hinaus bat der Praxismanager seine Lebensgefährtin, mit ihrem privaten Smartphone Aufnahmen von Ausgangsrechnungen aus den Patientenunterlagen zu machen und ihm per WhatsApp zu schicken. Zu diesem Zeitpunkt war die Lebensgefährtin spontan mit dem Pkw, in dem sich die Patientenunterlagen befanden, auf eine längere Reise gefahren. Da der Praxismanager die Unterlagen jedoch für einen am darauffolgenden Tag geplanten Termin mit dem Steuerberater benötigte, hatte er die Dokumente angefragt.

Der HBDI verhängte eine Geldbuße in Höhe von 2.500 Euro gegen die Praxisinhaberin.

→ Zu beachten ist in diesem Fall, dass das Verhalten des Praxismanagers der Praxisinhaberin als Verantwortliche im Sinne von Art. 4 Nr. 7 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) zuzurechnen ist. Sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Arztpraxis oder Ärztinnen und Ärzte Patientenakten mit nach Hause nehmen, müssen dort die gleichen Datenschutzvorkehrungen eingehalten werden wie in der Arztpraxis. Die Mitnahme von Patientenakten in den privaten Wohnbereich sollte in der Regel unterbleiben und nur in absoluten Ausnahme- oder Eilfällen erfolgen.

Kostenlose Kopie der Patientenakte

Mit seinem Urteil vom 26. Oktober 2023 (C-307/22) beendete der EuGH (Gerichtshof der Europäischen Union) eine jahrelange juristische Diskussion zum Umfang des Auskunftsanspruchs nach Art. 15 DSGVO der Patientinnen und Patienten gegenüber einer Arztpraxis.

Der HBDI berichtet jedoch weiterhin von einer Vielzahl von Eingaben hinsichtlich des Auskunftsanspruchs nach Art. 15 DSGVO, bei denen Ärztinnen und Ärzten vorgeworfen wird, die Patientenakten nicht herauszugeben oder dem erst nach wiederholten Nachfragen und mit Zeitverzug nachzukommen. Zudem werde für die erste Kopie häufig noch ein Entgelt verlangt.

→ Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch aus Art. 15 Abs. 3 DSGVO auf eine unentgeltliche erste Kopie der gesamten, sie betreffenden Patientenakte. Der Anspruch nach Art. 15 DSGVO besteht nicht für Angehörige oder sonstige Dritte. In diesem Fall kommt nur ein Anspruch nach § 630g Abs. 3 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) in Betracht. Hiernach hat die den Anspruch geltend machende Person die Kosten der Aktenkopie

zu tragen.

→ Der Landesärztekammer Hessen ist bewusst, dass der EuGH nicht den Aufwendungen der Ärztinnen und Ärzte bei der Erfüllung des Auskunftsanspruchs Rechnung trägt. Gerade bei längeren Behandlungen mit komplexen Krankheitsbildern kann die Erfüllung des Auskunftsanspruchs sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Dennoch ist dem Auskunftersuchen der Patientinnen und Patienten nach Art. 15 DSGVO zu entsprechen.

Datenschutz bei der digitalen Terminverwaltung durch Heilberufspraxen

Die hessischen Arztpraxen nutzen im zunehmenden Umfang das Serviceangebot von Dienstleistern, die die Terminverwaltung der Arztpraxen digital gestalten. Bei der digitalen Terminverwaltung werden eine Vielzahl von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten verarbeitet. Diese Serviceangebote für die digitale Terminvereinbarung sind regelmäßig Gegenstand von Prüfungen des HBDI.

Die Datenschutzkonferenz, ein Zusammenschluss der Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder, hat am 16. Juni 2025 ein Positionspapier zur datenschutzkonformen Nutzung der Terminverwaltungssysteme veröffentlicht, das auf der Website der Datenschutzkonferenz (<https://www.datenschutzkonferenz-online.de>) zu finden ist. Dieses Positionspapier kann zukünftig bei datenschutzrechtlichen Bewertungen eines digitalen Terminservices herangezogen werden.

Terminhinweis: Aktuelle datenschutzrechtliche Themen werden am 1. November 2025 im Rahmen der 15. Frankfurter Medizinrechtstage, die sich sowohl an Juristen als auch an Ärztinnen und Ärzte richten, Gegenstand sein. Siehe Kasten unten.

Andreas Wolf
Stellv. Justitiar



Foto: Manuel Maier

Landesärztekammer Hessen

Das medizinische Gutachten im Zivilprozess

Wege zu einer effektiveren Kommunikation von Ärzten und Juristen

Im Fokus dieses interdisziplinären Symposiums für Ärzte und Richter stehen die in der Praxis häufigen Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Gerichten und medizinischen Sachverständigen. Es sollen typische Missverständnisse aufgezeigt und Lösungsansätze für eine zügigere und reibungslosere Begutachtung entwickelt werden. Folgende Themen werden angesprochen: Aufgabe und Stellung des medizinischen Sachverständigen im Zivilprozess – von der Klage über den Beweisbe-

schluss bis zum Gutachten; Missverständnisse in der Kommunikation anhand von Fallbeispielen aus dem Arzthaftungsrecht

und Versicherungsrecht; Entwicklung praktischer Vorschläge in einer Diskussionsrunde.

An der Akademie: Das medizinische Gutachten im Zivilprozess – hybrid

Termin:	Mittwoch, 26.11.2025, 14–18 Uhr	 www.akademie-laekh.de
Information und Anmeldung:	Katja Baumann Fon: 06032 782-281 E-Mail: katja.baumann@laekh.de	
Kurzlink:	https://t1p.de/itc5z	

15. Frankfurter Medizinrechtstage 2025 am 31.10. & 1.11.2025, auch für Ärzte

Ort: Landesärztekammer Hessen,
Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt

Termin: Fr., 31.10.2025, 13–19 Uhr, hybrid
Sa., 01.11.2025, 9–15 Uhr, hybrid

Anmeldung/Information: www.hera-fortbildung.de
Kurzlink: <https://t1p.de/3d7wb>

CME sind für Sa., 1. November, beantragt
Moderation: Dr. Ole Ziegler, RA

Themen am Fr., 31. Oktober 2025, 13 bis 19 Uhr

13–14.15 Uhr: Arzthaftungsrecht (Jens-Daniel Braun, Richter)

14.15–15.30 Uhr: Der Beweisbeschluss aus Sicht des gynäkologisch-geburtshilflichen Sachverständigen: Wie die Frage so die Antwort (?) – (Prof. Dr. med. Thomas Hitschold)

16–17.15 Uhr: Update Heilmittelwerbe-gesetz – von Cannabiswerbung bis Payback-Punkte (Dr. Hans-Jürgen Ruhl, RA)

17.15–18.30 Uhr: Durchgangsarztverfahren (Dr. Ole Ziegler)

Themen am Sa., 1. November 2025, 9 bis 15 Uhr

9–10 Uhr: Was beschäftigt den Rettungsdienst der aktuellen Zeit aus Sicht des Juristen? (Dr. Tilmann Dittrich, LL.M., RA)

10.15–11.15 Uhr: Organisationspflichten in der ärztlichen Hausarztpraxis (Prof. Dr. iur. Alexander Eufinger)

11.15–12.15 Uhr: Rechtsfragen insbesondere zur elektronischen Terminverwaltung, ggfs. unter Einsatz von Chat-Bots (Dr. Katja Kumpmann, RA und Ärztin)

13–14 Uhr: Datenschutz in der Arztpraxis – vermeidbare Fehler und Eingaben-Klassiker beim HBDI (Dr. Nils Gaebel)

14–15 Uhr: Die ärztliche Weiterbildung im föderalen System (André Zolg)

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © doidam10 – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Patientensicherheit von Anfang an – sichere medizinische Versorgung von Kindern und Neugeborenen (5 CME)

Die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Veranstaltung nimmt aktuelle Themen auf und macht fit für den medizinischen Arbeitsalltag – dieses Mal mit dem Schwerpunktthema der sicheren medizinischen Versorgung von Kindern und Neugeborenen.

Das Live-Webinar richtet sich primär an Ärztinnen und Ärzte, auch alle Interessierten im Gesundheitswesen und insbesondere Patientenbeauftragte sind jedoch willkommen.

Termin: 24.09.2025

Gebühr: 158,00 €
142,20 €*
*

Kontakt: christina.ittner@laekh.de

Allgemeinmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 08.12.2025 Live-Webinar	Repetitorium Allgemeinmedizin (40 CME)	Die Veranstaltung bereitet in interaktiver Runde mit neuen Impulsen und bewährten Grundlagen auf die Facharztprüfung vor oder frischt vorhandene Kenntnisse auf. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	740,00 € 666,00 €* *

Transfusionstherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
24.09.2025 Hybrid	Refresher Transfusionsbeauftragte/r (16 CME)	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 Live-Webinar	Transfusionsbeauftragte/r, Leitung Blutdepot (CME beantragt)	Qualifizierende Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation als Transfusionsbeauftragte/r bzw. -verantwortliche/r und für die Leitung eines Blutdepots. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	462,00 € 415,80 €* *

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 08.09.2025 Blended Learning	Hygienebeauftragte/r Ärztin/ Arzt (40 CME)	Der Kurs befähigt Sie dazu, die Aufgaben einer/s Hygienebeauftragten Ärztin/Arztes wahrzunehmen und informiert Sie über die vielfältigen Hygieneaufgaben in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.153,00 € 1.037,00 €*
25.10.2025 Präsenz	Impfkurs (9 CME)	Eine Veranstaltung für alle, die neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Impfen erwerben oder ihr aktuelles Wissen auffrischen möchten. Auch rechtliche Grundlagen und aktuelle STIKO-Empfehlungen werden thematisiert. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	277,00 € 249,00 €*

Innere Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
24.09.2025 Live-Webinar	Aktuelle Diabetologie (Diabetes mellitus Typ I und Typ II)– Teile 5 und 6 (5 CME)	Die Veranstaltung greift den aktuellen Stand der Prävention, Diagnostik und Therapie inkl. Folgeerkrankungen auf. Die Teile 5 und 6 fokussieren sich speziell auf Herz, Blutdruck und Gefäße sowie Augen, Nieren und Fuß. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	104,00 € 93,60 €*
ab 20.10.2025 Blended Learning	EKG-Refresher (CME beantragt)	Interaktiv, praxisorientiert und ganz neu konzipiert: Die Veranstaltung ist als umfassende Wiederholung gedacht, kann aber auch gut genutzt werden, um in einzelnen Teilaspekten der EKG-Befundung das Wissen auszubauen. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	250,00 € 225,00 €*
29.10.2025 Live-Webinar	Rheuma an einem Tag (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 neuesten Stand der Wissenschaft – eine optimale Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung Ihrer Fachkenntnisse. Kontakt: adiel.a.candelo-roemer@laekh.de	889,00 € 800,10 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
10.09.2025 Hybrid	Pädiatrie „State of the Art“ – Kindersonographie (6 CME)	In der Veranstaltung erhalten Sie interessante Einblicke in den aktuellen Stand der Pädiatrie. Im Fokus steht die Sonographie in der Früherkennung und Prävention pädiatrischer Erkrankungen. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	92,00 € 00,00 €*

Arbeitsmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
08.10.2025 12.11.2025 Präsenz	Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA) (6 CME)	Erstschulung (in Kooperation mit der BGW): Hier 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 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
19.09.2025 Präsenz	Zivil-Militärisches Symposium Oranienstein 3.0 (11 CME)	Das aktuelle Symposium auf Schloss Oranienstein widmet sich im Schwerpunkt dem wichtigen Thema der ambulanten medizinischen Versorgung unter Verteidigungsbedingungen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	120,00 € 108,00 €*
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 praxisorientierte 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 €*
19.11.2025 Präsenz	Notfallmedizin machbar machen (8 CME)	Ein Seminar für Ärztinnen und Ärzte, die den Umgang mit lebensbedrohlichen Notfallsituationen beherrschen wollen: sofortiges Eingreifen und lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis der Rettungsdienst übernehmen kann. Kontakt: katja.baumann@laekh.de	235,00 € 211,50 €*

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 €*

Schmerztherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 07.11.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie – Modul II (20 CME)	Im Modul II liegt der Schwerpunkt auf Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und psychischen Komorbiditäten. Modul I sollte zuerst absolviert werden. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	459,00 € 413,10 €*

Ultraschall

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 12.09.2025 Präsenz	B-Mode-Sonographie: 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 Anwärtinnen und Anwärter auf DEGUM-Stufe I Innere Medizin. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	897,00 € 807,30 €*
ab 12.11.2025 Präsenz und Live-Webinar	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. Modul II setzt keine vorherige Teilnahme an Modul I voraus. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 28.11.2025 Präsenz	Abschlusskurs Gefäße: periphere Arterien und Venen (CME beantragt)	Aufeinander aufbauend finden in der Veranstaltung „Ultraschall: Gefäße“ drei spannende Kursteile nach den Richtlinien der DEGUM und der KBV statt. Dieser Kurs dient der Vervollständigung der Kenntnisse und Fähigkeiten. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	659,00 € 593,10 €*

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) (26 CME)

Die Präsenzveranstaltung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) teilnehmen und dort mit notfallmedizinischen Problemen oder mit über die alltägliche Routine hinausgehenden Anforderungen konfrontiert werden.

In der Fortbildung werden Primärmaßnahmen im Notfalldienst und rechtliche Aspekte thematisiert. In Kleingruppen finden praktische Übungen an Übungsphantomen statt.

Termin: ab 23.10.2025
Gebühr 683,00 €
 614,70 €*
Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de



Foto: © VanHope – stock.adobe.com



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Das medizinische Gutachten im Zivilprozess (5 CME)

Das interdisziplinäre Symposium richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die Gutachten für Gerichte in Zivilprozessen erstellen sowie an Zivilrichterinnen und -richter, die medizinische Sachverständige hiermit beauftragen.

Im Fokus stehen die in der Praxis häufigen Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Gerichten und Sachverständigen. Innerhalb der Hybrid-Veranstaltung sollen typische Missverständnisse auf beiden Seiten aufgezeigt und Lösungsansätze entwickelt werden.

Termin: 26.11.2025

Gebühr: 50,00 €

45,00 €*

Kontakt: katja.baumann@laekh.de

Qualitätsmanagement

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 01.10.2025 Blended Learning	Moderation von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-K) (20 CME)	Professionelles QM als Standard moderner Kliniken: Die Veranstaltung vermittelt Ihnen Trainingskonzepte zur professionellen Moderation von M&M-K. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	713,00 € 641,70 €*
ab 03.11.2025 Blended Learning	Peer Review in der Medizin (CME beantragt)	Die Veranstaltung ist Teil der freiwilligen (interprofessionellen) Qualitätssicherungsmaßnahme „Peer Review“. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	512,00 € 460,80 €*

Psychosomatische Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 12.09.2025 Präsenz	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Block 5 (16 CME)	Die Teilnahme an insgesamt fünf Blöcken berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/ 35 110) – der Einstieg in die Veranstaltung ist jederzeit möglich. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	365,00 € 328,50 €*

Neurologie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 11.11.2025 Präsenz und Live-Webinar	Repetitorium Neurologie –Modul I (22 CME)	Ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung: In Modul I des Repetitoriums werden u. a. neurologische Notfälle, zerebrovaskuläre Erkrankungen und Epilepsie thematisiert. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	453,00 € 407,70€*

Strahlenschutz

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 29.10.2025 Blended Learning	Fachkunde im Strahlenschutz – Grundkurs (19 CME)	Der Grundkurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) erwerben müssen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	591,00 € 531,90 €*

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



YouTube @landesaeztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp



/laekh-akademie

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: © alla – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)

Ambulante Anästhesie

Der neue Lehrgang beinhaltet ein gemeinsames Modul mit dem Lehrgang „Ambulantes Operieren“. Über die Lehrgangsbausteine, die Anerkennungsmöglichkeiten und die zu erwerbenden Handlungskompetenzen informieren wir Sie auf unserer Website.

Inhalte u. a.:

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anästhesie
- Kinder-Anästhesie
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung

Termine: ab 31.10.2025

Gebühr: 785 €

Kontakt: ilona.preuss@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 31.10.2025	Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden	MFA können sich für die Assistenz bei ambulanten Operationen qualifizieren. Informationen zum Inhalt, Ablauf und den zu erwerbenden Handlungskompetenzen finden Sie auf unserer Website. Beachten Sie die Anerkennungsmöglichkeiten. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 23.10.2025	Nicht-ärztliche Praxisassistentenz (NäPa) 271 Stunden	Nichtärztliche Praxisassistenten und Praxisassistentinnen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten in der häuslichen Umgebung. Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website. Kontakt: karin.jablotschkin@laekh.de	1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 23.10.2025	Onkologie (ONK) 120 Stunden	Informationen zum Inhalt, Ablauf und den zu erwerbenden Handlungskompetenzen finden Sie auf unserer Website. Der Qualifizierungslehrgang basiert auf dem aktuellen Curriculum der Bundesärztekammer. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 27.11.2025	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
22.11.2025	Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11) 7 Stunden	Für Berufsanfängerinnen und -anfänger, Mitarbeitende und Wiedereinsteiger in der ärztlichen Praxis gibt dieser Kurs eine intensive Einführung in das Thema. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €
06.12.2025	EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens im ärztlichen Abrechnungswesen (PAT 12) 6 Stunden	Die Veranstaltung baut auf dem Kenntnisstand der Fortbildung „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen – EBM“ auf. Sie richtet sich auch an Personen, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €

Prüfungsvorbereitungskurse

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 18.10.2025	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK) 8 Stunden	Die Termine für die Kurse zur gezielten Vorbereitung auf die Winterprüfungen 2026 starten. Alle Informationen und Termine finden Sie auf unserer Website. Kontakt: claudia.hell-kneipp@laekh.de	siehe Website

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)

Was Heilberufe von der Luftfahrt lernen können

Sommerempfang der hessischen Heilberufe auf dem Neroberg in Wiesbaden

Auf dem Neroberg in Wiesbaden trafen sich am 24. Juni rund 160 Gäste aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Medien zum jährlichen Sommerempfang der hessischen Heilberufe. In diesem Jahr konnte das Bündnis Heilen & Helfen den Arzt und Piloten Rudy C. Meidl für einen Impulsvortrag gewinnen, der über Sicherheitskonzepte in der Luftfahrt und deren Übertragbarkeit auf die Medizin referierte.

Dr. Christian Ude, Präsident der Landesapothekerkammer, eröffnete die Veranstaltung und betonte die Bedeutung des Bündnisses im Hinblick auf die gemeinsamen Ziele und für die Stärkung der Heilberufe in der Wahrnehmung durch Politik und Öffentlichkeit. Im Besonderen hob er die gute Vernetzung und den vertrauensvollen Umgang innerhalb des Bündnisses hervor, welche diese Kooperation so wertvoll machten.

In seinem Grußwort betonte Stefan Sydow, Leiter der Abteilung IV Gesundheit und Mitglied im Landeskrisenstab Hessen, Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, die Notwendigkeit, drängende Themen im Gesundheitswesen zeitnah umzusetzen. Dazu zählen aus Perspektive des Ministeriums die Reform der Approbationsordnung und der Ausbau der ärztlichen Weiterbildung, um die Versorgung zu sichern und zu stärken. Außerdem ging Sydow auf die notwendige Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung ein. Als Schwerpunktthemen der Regierungszeit nannte er das Primärarztssystem zur Patientensteuerung und den Bürokratieabbau. Das Übermaß an Bürokratie führe aktuell dazu, dass Fachpersonal sich nicht mehr traue durchzuführen, was es gelernt habe. Ein weiteres zentrales Thema sei die Krankenhausreform, wozu momentan Gespräche stattfänden und im September ein Änderungsentwurf vorgelegt werde. Der Pilot und Arzt Rudy C. Meidl referierte anschließend in einem Impulsvortrag die Parallelen von Flugsicherheit und Patientensicherheit. Meidl skizzierte die Fortschritte in der Luftfahrt in puncto Sicherheit, die in den vergangenen Jahrzehnten



Foto: Michelle Spillner

Sommerempfang der hessischen Heilberufe (v. l. n. r.): Dr. Christian Ude, Präsident der Landesapothekerkammer Hessen, Dr. Heike Winter, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen, Prof. Dr. Sabine Tacke, Präsidentin der Landestierärztekammer Hessen, Stephan Allroggen, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, Gastredner Rudy C. Meidl, Dr. Doris Seiz, Präsidentin der Landeszahnärztekammer Hessen, Stefan Sydow, Leiter der Abteilung IV Gesundheit im Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, Dr. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen

einen enormen Anstieg des Passagieraufkommens, aber gleichzeitig immer weniger tödliche Unglücke zu verzeichnen hatte. Dies führte Meidl auf den verbindlichen Gebrauch von Checklisten, die ausgeprägt produktive Fehlerkultur und Lernbereitschaft in der Luftfahrt sowie auf flachere Hierarchien im Cockpit zurück. Anhand einiger bekannter Flugzeugabstürze verdeutlichte er gleichzeitig, wie auch mehrere Sicherungsebenen versagen und zum Unglück führen können. Die grundlegende Frage, um zukünftige Unfälle zu vermeiden, lautete nicht: „Wer hat den Fehler gemacht?“, sondern: „Warum wurde dieser Fehler gemacht und was können wir daraus lernen?“, so Meidl. Diese positive Fehlerkultur sollte schon im Medizinstudium gelehrt werden.

Stephan Allroggen, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, sprach das Schlusswort. Wenn man auf das Geschehen in der Welt blicke, stelle sich heute mehr denn je, gerade im Gesundheitswesen, die Frage: Wie gehen wir individuell und als Gesellschaft mit Leiden, mit Krankheit und mit Gesundheit um? Er wünsche sich Checklisten auch für Politiker und für Entscheider, die das Weltgeschehen bestimmten: Wenn

die Verantwortlichen sich an das hielten, was mit Blick auf verantwortliches Handeln im gerade gehörten Impulsvortrag postuliert worden sei, wäre viel gewonnen.

Seine persönliche Wertschätzung brachte der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Edgar Pinkowski, der scheidenden Leiterin der Stabsstelle Kommunikation, Katja Möhrle, entgegen: „Frau Möhrle hat dieses Format maßgeblich von Anfang an mitgestaltet und dafür möchte ich Ihnen herzlich danken.“ Möhrle geht zum Ende des Jahres in den Ruhestand. Ihr Nachfolger ist Peter Böhnelt.

Das Bündnis „Heilen & Helfen“ wurde im Jahr 2007 von den hessischen Körperschaften der Heilberufe ins Leben gerufen, um den Anliegen der Heilberufe mehr Gehör in der Politik und Aufmerksamkeit im gesellschaftlichen Diskurs zu verschaffen. Es setzt sich aus verschiedenen Verbänden und Kammern zusammen. Informationen über das Bündnis Heilen & Helfen und seine Geschichte:

www.heilberufehessen.de

Lukas Reus

Laura Speinger, Pressereferentin der Psychotherapeutenkammer



Verwundetenversorgung unter Extrembedingungen

Wie eine Rettungskette in der Landes- und Bündnisverteidigung funktioniert, erlebten Vertreter der Landesärztekammer Hessen beim Sanitätsdienst der Bundeswehr in der Gäubodenkaserne Feldkirchen hautnah mit. Sie durften dort als Gäste an einer sogenannten Informationslehrübung teilnehmen.

Eine Drohne fliegt über die Köpfe der Zuschauer hinweg. Nur wenige Augenblicke später wirft sie Munition auf eine Panzerbrigade ganz in der Nähe. Explosionen sind zu hören. Verwundete schreien vor Schmerz und werden von ihren Kameraden schnellstmöglich aus der Angriffsfläche gezogen.

Glücklicherweise handelt es sich hierbei nicht um ein reales Kriegsgeschehen, sondern um die Informationslehrübung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr 2025 (ILÜ 2025) in der Nähe von Straubing. Die versammelten Gäste, Generäle, Admiräle, Angehörige von Hilfsorganisationen und zivile Gäste, befinden sich in einer fiktiven Szene. Simuliert wird eine Verteidigungs-

lage zwischen Regensburg und Deggen-dorf. Unter den geladenen Gästen ist auch eine Delegation der Landesärztekammer Hessen: der Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski, der juristische Geschäftsführer Manuel Maier, der Beauftragte für Bundeswehr und zivilmilitärische Zusammenarbeit Dr. med. Alexander Marković, die hauptamtliche Referentin für den Bereich Notfallversorgung, Katastrophenmedizin und Zivilschutz Helen Kaden sowie der Verbindungsmann zum Landeskommmando Hessen, Oberstabsarzt d. R. Dr. med. Ulrich Jürgens.

Simulation eines Rettungseinsatzes im Krieg

Szenenwechsel: Nach Leistung von Erste-Hilfe-Maßnahmen durch Selbst- und Kameradenhilfe rollt der Panzer vom so genannten Point of Injury, dem Ort der Verwundung, zum nächstgelegenen Verwundetensammelpunkt und übergibt die Verletzten zur weiteren Versorgung. Dort für den weiteren Transport versorgt, bringen gepanzerte Transportfahrzeuge (GTK Bo-

xer) die Soldatinnen und Soldaten in eine Rettungsstation, genannt Role 1. Auch der Einsatz von Transportdrohnen ist hier möglich. Die Zuschauer folgen ins nächste Bild. Entsprechend der Triage durch das dortige Sanitätsdienstpersonal werden die Verwundeten weiterversorgt. Nicht alle haben den Transport überlebt. Nach erfolgter Herstellung der Transportfähigkeit werden die Patienten mithilfe von Boxer und Eagle (ein geschütztes Funktionsfahrzeug) in ein wiederum weiter von der Kriegslinie entferntes Rettungszentrum, Role 2B, gebracht.

Im Luftlanderettungszentrum (Role 2B), welches der Struktur eines Krankenhauses ähnelt, können wichtige Untersuchungen inklusive Röntgendiagnostik, Operationen und Intensivpflege vorgenommen werden, bis die Patienten dann weiter in Einsatzlazarette und letztendlich via Zug, Flugzeug, Schiff oder mit Bussen in Bundeswehrkrankenhäuser transportiert werden können. Zivile Einsatzstrukturen, insbesondere Krankentransportdienste, unterstützen diese Transporte.

Während der Übung wird deutlich, dass neben den offensichtlichen Versorgungspunkten auch wichtige Instanzen wie Militärseelsorge, Gesundheitsschutz und Rehabilitation bei der Rettungskette mitberücksichtigt werden.

Fazit: Die ILÜ 2025 gab einen Einblick in den militärischen Alltag vor dem Hintergrund etwaiger Kriegsszenarien und sie führte vor Augen, was der Veranstalter wie folgt ausdrückte: „Seien wir uns bewusst, unsere Soldatinnen und Soldaten, unsere Menschen, sind das wertvollste Gut, das wir zur Verteidigung unserer Freiheit und unserer demokratischen Werte einsetzen.“

Helen Kaden

Fotos: Manuel Maier



Dr. Alexander Marković, Dr. Edgar Pinkowski, Helen Kaden und Dr. Ulrich Jürgens (von links).

Man braucht mehr Kapitäne als Lotsen

Nachdruck einer Kolumne aus dem Ärztenachrichtendienst (ÄND) online am 21.06.2025.

Geht es nach dem neuen Koalitionsvertrag, wird das Primärarztssystem verbindlich eingeführt. Dem Hausarzt soll dabei die Rolle des Lotsen zufallen. So soll die Zahl der Arztbesuche reduziert werden. Die anfängliche Begeisterung für dieses System weicht jedoch langsam einer gewissen Ernüchterung. Ich selbst fand die Idee eines Primärarztssystems lange Zeit nicht schlecht. Doch je konkreter die Pläne dafür diskutiert werden, umso skeptischer werde ich. Auch viele Hausärzte fragen sich inzwischen, ob das Lotsendasein für sie wirklich erstrebenswert ist.

Hier ein paar Entscheidungshilfen: Wer wissen will, wie Lotsen arbeiten, sollte es sich in Hamburg einmal ansehen, am besten an einem meiner absoluten Lieblingsorte, dem Restaurant Engel auf dem Fähranleger Teufelsbrück. Das gläserne Restaurant thront auf einem Ponton in der Elbe, von dem die Lotsenschiffe ablegen, die die Hafenlotsen zu den großen Schiffen hin und zurück transportieren. Wenn die kleinen Transportschiffe ablegen, schwankt der ganze Ponton und mit ihm die Fischsuppe im Teller. Im Laufe eines

Abends passiert das ziemlich häufig. Bis zu acht Schiffe versorgt ein Lotse pro Schicht. Und während er seiner Lotsentätigkeit nachgeht, stehen auf dem Weg in den Hamburger Hafen weitere Kapitänskollegen auf der Brücke ihrer Schiffe. Es gibt also deutlich mehr Kapitäne als Lotsen.

Um Hafenlotse zu werden, braucht man ein Patent als Kapitän auf großer Fahrt und einige Jahre Berufserfahrung auf See. Kapitäne, die sich entschließen, fortan als Lotse zu arbeiten, haben dadurch Vor- und Nachteile. Einerseits ist das Lotsendasein so etwas wie das Homeoffice der christlichen Seefahrt. Man kann abends im eigenen Bett schlafen. Andererseits haben sich die meisten Kapitäne ursprünglich etwas Aufregenderes vorgestellt. Als Hafenlotse ist man schließlich nicht mehr zwischen Hamburg und Haiti unterwegs.

Ärzte als Lotsen

Kann man da eine Parallele zum ärztlichen Lotsenwesen ziehen? Ja, und das wurde mir klar, als kürzlich im Gespräch war, dass auch Fachärzte eine Lotsenfunktion übernehmen sollten. Dieser Vorschlag machte mir deutlich, dass dies nichts ist, was ich persönlich in meiner aktiven Zeit als Kasernenarzt freiwillig gemacht hätte.

Denn als ich mich für meinen Beruf und meine Fachrichtung entschied, hatte ich andere Vorstellungen als die, mich vorwiegend mit der Frage zu beschäftigen, ob eine Überweisung ausgestellt werden sollte. Ich wollte selbst Diagnosen stellen, behandeln und Patienten beraten. Die Überweisung sah ich nur als Unterstützung meiner eigenen Tätigkeit an. Doch das gilt nicht nur für mich und andere Fachärzte.

Soyka: „Wer als Arzt vorwiegend mit der Selektion von Überweisungsnotwendigkeiten beschäftigt ist, hat weniger Kapazitäten für seine eigentliche Tätigkeit.“

Die meisten noch praktizierenden Hausärzte dürften das genauso sehen. Die meisten sind vermutlich lieber Kapitän als Lotse. Viele erinnern sich wehmütig an frühere Zeiten, als es noch große Hausarztpraxen gab, die ein großes Spektrum vorhielten, das auch EKG, Ultraschall, physikalische Therapie und andere Leistungsangebote enthielt, die man vielleicht nur bei Fachärzten erwarten würde. Ich kenne noch Hausärzte, die kleine Operationen oder gynäkologische Untersuchungen durchführten. Manche Fachärzte dürften sich darüber geärgert haben, aber die Arbeitszufriedenheit dieser alten Hausärzte schien mir immer sehr hoch zu sein. Heutzutage entsprechen immer weniger Praxen diesem Bild, von den meisten privaten MVZ einmal ganz abgesehen. An die Stelle einer kleinen Wundversorgung oder einer Chirotherapie tritt das Assessment und das Formulärausfüllen. In der jungen Ärztegeneration trauen sich daher viele die alte Kapitänsrolle gar nicht mehr zu. Kein Wunder, dass es schwerfällt, Nachfolger für Hausarztpraxen zu finden.

Überflüssige Arztbesuche – ein Fallbeispiel

Doch die ärztliche Lotsentätigkeit wird für wichtig erachtet, um überflüssige Arztkontakte zu vermeiden. Ein nachvollziehbares Argument angesichts zunehmender Wartezeiten.

Erst vor ein paar Tagen erzählte mir ein radiologischer Kollege von einem Patienten,



Foto: © Peter Oetelshofen – stock.adobe.com

Der Fähranleger Teufelsbrück zwischen Othmarschen und Nienstedten in Hamburg ist ein beliebtes Ausflugsziel an der Elbe.

der innerhalb von vier Wochen drei Überweisungen zu MRTs der gleichen Körperregion von drei verschiedenen Ärzten erhalten hatte. Hier wäre mehr Koordination wirklich wünschenswert.

Doch wie viele solcher Fälle gibt es? Und könnte ein Primärarztssystem solche Fälle wirklich wirksam verhindern?

Wie bei der Number needed to treat wäre es interessant zu wissen, wie viele Facharztkontakte von einem Lotsen zusätzlich untersucht werden müssen, um eine überflüssige Untersuchung zu verhindern.

Eine weitere Frage ist, ob es durch ein Primärarztssystem überhaupt zu einer Reduktion der Arztkontakte kommen kann.

Zehn Arztbesuche im Jahr – beim Facharzt und beim Hausarzt

Es heißt, dass die Deutschen im Schnitt auf zehn Arztbesuche pro Jahr kommen und damit einen Spitzenplatz in der Welt erreichen. Leider finde ich (ebenso wie alle KI's und Googles, die ich konsultierte) keine Angaben darüber, wie viele dieser Konsultationen beim Facharzt- und wie viele beim Hausarzt stattfinden. Der Allgemeinmediziner Prof. Martin Scherer gibt in einem Interview mit dem KVHH Journal an, dass die Deutschen im Schnitt 1,7 Hausärzte haben. Das könnte, wenn diese Hausärzte in allen vier Quartalen besucht werden, dafür sprechen, dass die Hausarztkonsultationen mindestens die Hälfte der 10 Arztbesuche repräsentieren. Dann würde ein Primärarztssystem die Zahl der Arztkontakte nur weiter nach oben treiben. Aber anscheinend hat sich um diese Frage niemand explizit gekümmert, bevor man sich für das Primärarztssystem starkmachte.

Eine andere Geschichte aus der Praxis, die ich ebenfalls erst vor ein paar Tagen erfuhr, scheint diese Sichtweise zu unterstützen und verstärkte meine aufkommenden Zweifel an der Nützlichkeit des Primärarztsystems.

Fallbeispiel 2: Eine iatrogene Odyssee

Eine Privatpatientin berichtete mir von ihrem 80-jährigen Ehemann, der nicht nur Kassenpatient, sondern auch in einem

Hausarztmodell eingeschrieben ist. Der alte Mann verspürte plötzlich einen heftigen Rückenschmerz, den er vorher nicht kannte. Für eine Überweisung zu einem Orthopäden suchte er seinen Hausarzt auf. Doch der wollte ihn zunächst zum Röntgen schicken, überwies ihn zum Radiologen. Den Radiologen-Termin bekam er 14 Tage später. „Beim Orthopäden hätte er ja sofort das Röntgen bekommen, so wie bei Ihnen,“ sagte die Patientin. Beruhigend war wenigstens, dass sich im Röntgenbild keine Ursache für die Beschwerden des Patienten finden ließ, dafür sehr viel „altersgemäßer Verschleiß“. Weil aber bei dem Patienten vor 20 Jahren ein Prostatakarzinom (abgekapselt und weit im Gesunden) entfernt worden war, schlug der Radiologe vor, zunächst einen Urologen zu konsultieren.

Der Hausarzt (dritter Arztbesuch) überwies jetzt zum Urologen (vierter Besuch). Der sah den Patienten, der währenddessen eine psychische Achterbahnfahrt durchlitt, einige Wochen später. Doch der Urologe gab sofort Entwarnung. „Der Urologe hat laut gelacht“, berichtet mir die Patientin. Für eine Metastasierung habe es nicht den geringsten Anhalt gegeben. Das PSA, das einige Wochen zuvor abgenommen war, läge bei 0,1. Der Urologe empfahl, einen Orthopäden aufzusuchen, also genau das, was der Patient sowieso schon gerne gehabt hätte. Zunächst musste er sich jedoch noch einmal bei seinem Hausarzt vorstellen, der dann auch die gewünschte Überweisung ausstellte. Es kam damit zur fünften Konsultation. Wie die Geschichte ausgeht und wie der orthopädische Kollege sich in dieser Sache schlagen wird, weiß ich noch nicht. Der Patient hat zumindest jetzt einen Termin. Die Rückenschmerzen sind immer noch vorhanden.

Kann das Primärarztssystem wirklich funktionieren?

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass man sich um die Reduktion überflüssiger Arztbesuche kümmern muss. Die Beispiele zeigen, dass die Ärzte erstens besser zusammenarbeiten müssen und zweitens auch weiser entscheiden müssen als bis-

her. Aber wird das durch den Zwang erreicht, immer zuerst einen Primärarzt aufzusuchen?

Man muss sich schon darüber im Klaren sein, dass ein verpflichtendes Primärarztssystem – egal, wie es ausgestaltet ist – eine neue bürokratische Regelung sein wird. Also genau das, was wir sonst so sehr beklagen.

Mein Vorschlag ist deshalb, lieber noch einmal darüber nachzudenken, woran sich überflüssige Arztbesuche erkennen lassen und wie ohne zusätzliche Bürokratie etwas dagegen zu unternehmen ist.

Es erscheint jedenfalls nicht logisch, den Mangel an Arztterminen dadurch beheben zu wollen, einem großen Teil der Ärzte neue oder ganz andere Aufgaben zuzuweisen. Es ist wie bei den Kapitänen auf hoher See. Wer als Hafenlotse tätig ist, fährt keinen Frachter nach Shanghai. Und wer als Arzt vorwiegend mit der Selektion von Überweisungsnotwendigkeiten beschäftigt ist, hat weniger Kapazitäten für seine eigentliche Tätigkeit.

Wenn es plötzlich zu wenig Kapitäne auf den Seeschiffen gäbe, käme jedenfalls niemand auf die Idee, die vorhandenen Seekapitäne zu Hafenlotsen umzuschulen. Stattdessen würde man eher versuchen, den Job als Frachterkapitän attraktiver zu machen. Denn nur so ließe sich der Mangel beheben. Das gilt für Ärzte ganz genauso.

Dr. med. Matthias Soyka



Foto: privat

Zum Autor:

Der Orthopäde und Buchautor Dr. med. Matthias Soyka (Foto) aus Hamburg schreibt regelmäßig Kolumnen für den Ärztenachrichtendienst.

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Vereinfachte Meldung an das Hessische Krebsregister

Veröffentlichungen, Veranstaltungen, die eigene Website und Kooperationsprojekte mit der Landesärztekammer Hessen – über diese und weitere Kanäle informiert das Krebsregister regelmäßig über seine Aufgaben und die Meldepflicht hessischer Behandlungseinrichtungen.

Meldung der Pathologie reicht nicht aus

„Warum melden, wenn doch schon die Pathologie gemeldet hat?“ ist eine Frage, die Ärztinnen und Ärzte häufig stellen. Doch nicht nur die Pathologie ist verpflichtet, Meldungen abzugeben, sondern alle medizinischen Fachgebiete, die an der Diagnose, Behandlung oder Nachsorge von Krebserkrankungen beteiligt sind. Die Pathologie trägt mit der histologischen Diagnosesicherung lediglich einen Teil zur Krankheitsgeschichte bei. Andere wesentliche Informationen, wie das Stadium der Erkrankung, Beginn und Ende der Therapie, Therapieentscheidungen sowie der Krankheitsverlauf werden durch klinische Meldungen bereitgestellt. Aus diesem Grund sind alle beteiligten Fachgebiete zur Krebsmeldung aufgefordert, um ein

vollständiges Bild des Krebsgeschehens zu gewährleisten.

Informationskampagne zur Meldepflicht

Obwohl Ärztinnen und Ärzte selbst die Verantwortung tragen, sich über ihre gesetzlichen Verpflichtungen auf dem Laufenden zu halten, initiierte das Krebsregister im Februar 2024 eine umfassende Informationskampagne. Diese Initiative zielte darauf ab, insbesondere nicht-meldende Einrichtungen aus dem ambulanten Sektor auf die neuen Bestimmungen des novellierten Krebsregistergesetzes aufmerksam zu machen. Nach einer umfassenden Recherche wurden Praxen verschiedener Fachrichtungen mit Informationsmaterialien und Flyern angeschrieben. Dabei wurden auch Praxen einbezogen, die Teil der Onkologie-Vereinbarung sind. Diese Einrichtungen wurden darauf hingewiesen, dass sie nicht nur gemäß dem Hessischen Krebsregistergesetz, sondern auch aufgrund der Onkologie-Vereinbarung zur Krebsmeldung verpflichtet sind. Das Ergebnis der Kampagne: Zwischen Februar 2024 und Juli 2025 meldeten sich

über 800 Praxen beim Krebsregister an. Eine positive Entwicklung, wenngleich einige Anschreiben bislang noch unbeantwortet geblieben sind.

Vereinfachung der Krebsmeldung für Praxen

Um hessischen Praxen die Krebsmeldung zu vereinfachen, startete das Krebsregister im August 2023 das Fördervorhaben „Anschluss des ambulanten Sektors“. Softwarehersteller von Praxissystemen erhalten finanzielle Förderungen, um eine Schnittstelle für die Krebsmeldung in ihren Systemen bereitzustellen. Ist diese Schnittstelle im Praxissystem integriert, können Praxisteams darüber einfacher ihrer Meldepflicht nachkommen. Doppelte Dateneingaben werden vermieden, indem Felder mit bereits im System vorhandenen Informationen vorausgefüllt werden, wie zum Beispiel Personen- und Versicherungsdaten oder ICD-10-Codes.

Hessische Praxen, die die Praxissysteme EVA (abasoft GmbH), DURIA (Duria eG), tomedo® (zollsoft GmbH) oder Quincy (Frey ADV GmbH) einsetzen, können bis zum 6. Februar 2026 von dem Fördervorhaben profitieren. Bei Nutzung der Schnittstelle entfallen für diese Praxen sowohl die Einrichtungs- als auch in den ersten 24 Monaten die Wartungskosten.

Meldekonzferenz „Malignes Melanom“ 22. Oktober 2025, 14 bis 17 Uhr

Am Mittwoch, 22. Oktober 2025, findet die erste Meldekonzferenz statt. Im Fokus steht die Entität „Malignes Melanom“. Sie behandeln keine malignen Melanome? Kein Problem! Die Meldekonzferenz lohnt sich trotzdem. Auch wenn diese Tumoren im Mittelpunkt einiger Vorträge stehen, erwarten Sie viele weitere Themen rund um die Krebsmeldung und Tumordokumentation:

- Vorträge zur Meldetätigkeit an das Krebsregister,
- Tipps zur Tumordokumentation maligner Melanome,
- Rahmenprogramm mit Infoständen

und Live-Präsentationen

- Postenumfragen zur Mitgestaltung

Ihrer Meldetätigkeit,

- Forum für Austausch und Vernetzung.

Die Teilnahme ist vor Ort in der Landesärztekammer Hessen oder virtuell per Webex möglich. Informationen zum Programm siehe auf der Website des Krebsregisters (Kurzlink: <https://t1p.de/t3iau>). Der QR-Code führt dorthin. Anmeldung bis zum 20.10.2025.

Internet: www.hessisches-krebsregister.de



Fortbildung zur Tumordokumentation

In vielen Praxen übernehmen Medizinische Fachangestellte die Aufgabe der Krebsmeldung. Um sie in die Tumordokumentation einzuführen, bietet die Vertrauensstelle seit November 2024 regelmäßig eintägige Fortbildungen in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim an. Nach mehreren Fortbildungen mit allgemeiner Ausrichtung steht am 5. September 2025 eine speziell auf gynäkologische Tumoren ausgerichtete Fortbildung auf dem Programm, gefolgt von einer weiteren am 19. November 2025, die sich mit urologischen Tumoren befasst. Die bishe-

rigen Teilnehmenden lobten besonders die Anwendungstrainings am Meldeportal, die an den 24 EDV-Arbeitsplätzen durchgeführt werden.

Einführung von jährlichen Meldekonferenzen

Neu ist auch, dass das Krebsregister ab dem Jahr 2025 jährlich eine Meldekonferenz veranstaltet. Im Mittelpunkt stehen die Krebsmeldungen sowie die Dokumentation meldepflichtiger Tumoren. Die Konferenz richtet sich an alle, die Krebsmeldungen erfassen, übermitteln oder verantworten – und damit einen wesentlichen Beitrag zur Qualität der Krebsregis-

terdaten leisten. Um sich einen Eindruck über die Meldetätigkeit zu verschaffen, sind auch Ärztinnen und Ärzte, die aktuell noch nicht an das Krebsregister melden, herzlich zu den Meldekonferenzen eingeladen.

Bedeutung regelmäßiger Krebsmeldungen

Wenn Krebsmeldungen ausbleiben, verliert das Krebsregister wesentliche Informationen, die notwendig sind, um das Krankheitsgeschehen einer Patientin oder eines Patienten vollständig abzubilden. Dies beeinträchtigt die Datenqualität erheblich und beeinträchtigt die Erstellung

valider Krebsauswertungen sowie die Bereitstellung präziser Datenrückmeldungen. Um die Meldetätigkeit an das Krebsregister so komfortabel wie nur möglich zu gestalten, arbeitet das Krebsregister kontinuierlich daran, seine Prozesse und Systeme zu verbessern.

Informationen zur Meldepflicht, dem Fördervorhaben und der MFA-Fortbildung stehen auf der Website des Hessischen Krebsregisters zur Verfügung:

www.hessisches-krebsregister.de

Martin Rapp

Dr. med. Gunther Rexroth

Vera Reinhard

Vertrauensstelle des
Hessischen Krebsregisters

Peer Review in der Medizin – Fortbildung zum Peer

Termin: 26. & 27. November in Frankfurt

Das Peer Review in der Medizin (PRiM) ist ein Instrument der freiwilligen Qualitätssicherung und zielt auf die Verbesserung der Behandlungsqualität und der Qualitätskultur ab. Das PRiM kann in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt werden. Kernelemente sind der Besuch einer Einrichtung durch ein (interprofessionelles) Peer-Team verbunden mit einer Selbst- und Fremdbewertung und einem kollegialen Dialog gemeinsam mit dem besuchten Behandlungsteam. Ziel ist, Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit zu identifizieren.

Um Teil eines Peer-Teams zu werden, bedarf es der Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer: In dem im November 2025 angebotenen Kurs der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gibt es neben einer gemeinsamen Basisschulung die Möglichkeit, zwischen zwei verschiedenen fachlichen Schwerpunkten zu wählen:

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Peer Review SAPV)
- Intensivmedizin (Peer Review ITS)

In einer vor der Präsenzphase stattfindenden Telearnphase sowie den beiden anschließenden Präsenztagen am 26.

und 27. November 2025 in Frankfurt (Hanauer Landstraße 152, LÄKH) werden die Basiselemente des PRiM sowie die fachbereichsspezifischen Aspekte vermittelt, die u. a. die Grundlagen für eine standardisierte Bewertung von Qualitätsindikatoren sowie ziel- und lösungsorientierte Gesprächsführung beinhalten.

Anmeldung bei der Akademie:

E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de
Kurzlink: <https://t1p.de/lmzao>

Erfahrungsbericht eines Peer-Teams siehe HÄBL 09/2022, Link: <https://kurzlinks.de/vfbb>

Qualifizierungslehrgang Onkologie für MFA

Im April 2025 beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer die novellierte Fassung des 120-stündigen Qualifizierungslehrgangs Onkologie für die Zielgruppe Medizinische Fachangestellte (MFA). An der Entwicklungsarbeit war u. a. die Landesärztekammer Hessen beteiligt.

Die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten („Onkologie-Vereinbarung“ – Anlage 7 zum BMV-Ä) sieht in § 5 Abs. 1.4 vor, dass für die Durchführung ärztlicher Behandlungen Medizinische Fachangestellte im Rahmen der Delegation hinzugezogen werden können. Die Carl-Oelemann-Schule bietet bereits seit 1996 die Fortbildung erfolgreich an.



Kursleiter Dr. med.
Mohammad-Reza Rafiyan

Die Novellierung gab nun erneut den Anlass, das didaktische-methodische Konzept zu überarbeiten. Unter der Seminarleitung von Dr. med. Mohammad-Reza Rafiyan wurde der Lehrgang in ein Blended-Learning-Konzept umgearbeitet. Die anspruchsvolle Fortbildung wird durch ein hochkompetentes und langjährig erfahrenes Dozententeam durchgeführt. Der nächste Lehrgang startet am 23.10.2025.

Informationen:

Tanja Oberwallner

Fon: 06032-782131

E-Mail: tanja.oberwallner@laekh.de

Kurzlink: <https://t1p.de/8h2lb>



Erneute Nachweise von Impf-Polio-Viren im Abwasser

Aufruf zu erhöhter Wachsamkeit für poliomyelitistypische Symptome

Im Rahmen des bundesweiten Forschungsprojekts „Polio im Abwasser II“ (PIA II) des Robert Koch-Instituts (RKI) in Zusammenarbeit mit dem Umweltbundesamt und weiteren Partnern wurden aktuell wiederholt Impf-Poliioviren (Vaccine-Derived Poliovirus Type 2 = VDPV2) in Abwasserproben mehrerer Städte nachgewiesen – darunter München, Dresden, Hamburg, Köln, Bonn, Düsseldorf und Mainz. Das Abwassermonitoring dient dabei als Frühwarnsystem, um Polioviren frühzeitig zu erkennen und ggf. Maßnahmen gegen eine Ausbreitung einzuleiten. Das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) ruft daher erneut zu erhöhter Wachsamkeit im Hinblick auf poliomyelitistypische Symptome auf.

Polioviren sind hochansteckend

Polioviren sind Erreger der sogenannten Polio(myelitis) oder „Kinderlähmung“. Diese Krankheit gilt nach wie vor als hochansteckend und sehr gefährlich. Eine Infektion mit Polioviren verläuft in den meisten Fällen asymptomatisch und unter Ausbildung neutralisierender Antikörper. Polioviren sind jedoch in der Lage, auch das zentrale Nervensystem anzugreifen, was zu schweren Lähmungen und im schlimmsten Fall zum Tod führen kann. Auch das Post-Polio-Syndrom mit bleibenden Lähmungen und Muskelschwäche kann auftreten.

Besonders Kinder unter fünf Jahren können sich anstecken, aber auch Erwachsene ohne ausreichenden Impfschutz. Die letzte in Deutschland erworbene Polio-Erkrankung wurde 1990 nachgewiesen. Der Erreger wird hauptsächlich fäkal-oral übertragen in seltenen Fällen aerogen.

Abwassermonitoring

Weltweit gibt es zwei Impfstoffe gegen Polio: Einen Impfstoff mit inaktivierten Polioviren (IPV), der in Deutschland seit 1998 verwendet wird, sowie einen Impfstoff mit abgeschwächten, aber lebenden Polioviren (OPV), der als Schluckimpfung verabreicht wird. Im Rahmen des Abwassermonitorings konnten diese abgeschwächten VDPV2 nachgewiesen werden. Das Monitoring kann jedoch keine Aussagen zur Anzahl der infizierten Menschen treffen. Es ist unklar, ob multiple, parallele Importe aus dem Ausland oder lokale Übertragungen der Grund für die Nachweise sind. Aufgrund der langen Dauer des Geschehens und der bundesweiten Nachweise hält es das RKI jedoch für zunehmend wahrscheinlicher, dass es sich zumindest um lokal begrenzte Übertragungen von VDPV2 handelt.

Klinische Poliofälle oder Verdachtsfälle wurden dem RKI bislang nicht gemeldet. Trotz Nachweises im Abwasser wird das Risiko, sich anzustecken, auch aufgrund hoher Impfquoten und guter Hygienebe-

dingungen, als gering eingestuft. Dennoch können sich die VDPV2 nach der Aufnahme im Darm stark vermehren und bei längerer Zirkulation in einer ungeimpften Bevölkerung in seltenen Fällen genetisch durch Rückmutationen erneut Erkrankungen verursachen. Personen, die bereits mit dem IPV-Impfstoff geimpft wurden, sind vor einer Erkrankung geschützt. Sie können sich allerdings infizieren und die Viren ausscheiden.

Schutz der Bevölkerung

Um sich bestmöglich gegen Polio zu schützen, wird vor allem eine vollständige Polio-Impfung empfohlen. Das HLfGP ruft daher dazu auf, den Impfschutz gegen Polio frühzeitig gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu vervollständigen und Impflücken zu schließen. Da Polioviren mit dem Stuhl ausgeschieden werden, sehr umweltstabil sind und durch Schmierinfektionen übertragen werden, ist auf eine effektive Händehygiene zu achten. Im medizinischen Bereich wird die Verwendung geprüfter und anerkannter Desinfektionsmittel des Wirkbereichs viruzid empfohlen.

Das HLfGP weist außerdem auf die gesetzlichen Meldepflichten bei Verdacht auf Poliomyelitis an das zuständige Gesundheitsamt hin. Die Behörde macht auch auf die kostenlose Enterovirusdiagnostik aufmerksam, die zur differenzialdiagnostischen Abklärung von Meningitiden bzw. Enzephalitiden sowie insbesondere von akuten schlaffen Lähmungen genutzt werden kann. Einsendescheine können mit Angabe der gewünschten Menge und der Klinik-/Praxisadresse kostenlos per E-Mail an EVServ@rki.de angefordert werden.

Dr. Julia Andrea Horstmann

Hess. Landesamt für Gesundheit und Pflege, Abteilung III (ÖGD), Dez. III 1
Mail: julia.horstmann@hlfgp.hessen.de

Weiterführender Link:

<https://t1p.de/2mra3> (Kurzlink führt zum Epidemiologischen Bulletin 27/25 des RKI)



Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

eHBA-Nr. 80276001081900021429 ausgestellt am 15.09.2021 für Borris Adam, Seligenstadt

Arztausweis-Nr. 060143635 ausgestellt am 15.11.2021 für Borris Adam, Seligenstadt

Arztausweis-Nr. 60106774 ausgestellt am 18.08.2021 für Charlotte Aden, Heppenheim

Arztausweis-Nr. 060067776 ausgestellt am 03.09.2020 für Morteza Alawi, Königstein

Arztausweis-Nr. 60385556 ausgestellt am 27.05.2025 für Dr. med.

Michael Becker, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60259427 ausgestellt am 13.03.2023 für Amit Beher, Kassel

Arztausweis-Nr. 60360947 ausgestellt am 07.01.2025 für Dr. med.

Werner Bender, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060301453 ausgestellt am 25.01.2024 für

Maximilian Bennemann, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081010011715 ausgestellt am 22.04.2024 für

Maximilian Bennemann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060307804 ausgestellt am 26.02.2024 für

Richard Bergener, Gießen

eHBA-Nr. 80276001081200041174 ausgestellt am 13.12.2021 für

Anna Borm, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060107067 ausgestellt am 19.08.2021 für

Metin Canbal, Heusenstamm

Arztausweis-Nr. 060066325 ausgestellt am 14.07.2020 für Dr. med.

Regina Claudé, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 060282829 ausgestellt am 21.09.2023 für Marc Dieroff,

Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 60079600 ausgestellt am 07.06.2021 für Mahir Dili, Schotten

Arztausweis-Nr. 60363881 ausgestellt am 23.01.2025 für

Freddy Frontado Graffe, Korbach

Arztausweis-Nr. 60250518 ausgestellt am 10.01.2023 für Prof. Dr. med.

Arnold Ganser, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60338927 ausgestellt am 27.08.2024 für Somaya Ghaderi, Kassel

Arztausweis-Nr. 060261269 ausgestellt am 27.03.2023 für Ken Gössl,

Darmstadt

eHBA-Nr. 80276001081200045594 ausgestellt am 27.02.2022 für Dr. med. Felix Hübner, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 60254702 ausgestellt am 07.02.2023 für Dr. (UA)

Pavel Khaykin, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060387498 ausgestellt am 11.06.2025 für Banseok Kim, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060253546 ausgestellt am 30.01.2023 für Dr. med.

Ursula Korff-Fox, Hanau

Arztausweis-Nr. 60163612 ausgestellt am 11.01.2022 für Till Kracht, Kronberg

Arztausweis-Nr. 60380133 ausgestellt am 24.04.2025 für Dr. med.

Gunthild Mayr, Kempten

Arztausweis-Nr. 060184161 ausgestellt am 23.03.2022 für Dr. med.

Jonathan Neuhooff, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060173147 ausgestellt am 31.01.2022 für Dr. med.

Roland Nowak, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 60300703 ausgestellt am 22.01.2024 für Hüseyin Özcan,

Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060315057 ausgestellt am 03.04.2024 für Dr. med.

Hans Pfeifer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060296869 ausgestellt am 02.01.2024 für Makbule Polat,

Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060347860 ausgestellt am 21.10.2024 für Thaís Portugal Klein,

Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 60191653 ausgestellt am 02.05.2022 für Anne Probst,

Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60075293 ausgestellt am 23.03.2021 für PD Dr. med. Dr. med.

dent. Rainer Rah, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060244061 ausgestellt am 05.12.2022 für Ronny Reips,

Greifenstein

Arztausweis-Nr. 60099937 ausgestellt am 28.07.2021 für Dr. med.

Andreas Reis, Gelnhausen

Arztausweis-Nr. 60293132 ausgestellt am 08.12.2023 für Anna Rix, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60372575 ausgestellt am 12.03.2025 für Timo Rosenbach, Waldesch

Arztausweis-Nr. 060357595 ausgestellt am 17.12.2024 für Wilhelm Schatz,

Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060341457 ausgestellt am 11.09.2024 für Prof. Dr. med.

Dietmar Schranz, Burgen/Mosel

Arztausweis-Nr. 060290555 ausgestellt am 20.11.2023 für Ulrike Schriever,

Rödermark

Arztausweis-Nr. 060272490 ausgestellt am 27.06.2023 für Dr. med.

Ralf Siekmann, Kassel

eHBA-Nr. 80276001081010010020 ausgestellt am 26.03.2024 für

Stefan Paul Josef Stempel, Lauterbach

Arztausweis-Nr. 060068986 ausgestellt am 23.10.2020 für Caspar Toellner,

Kassel

Arztausweis-Nr. 60062796 ausgestellt am 02.01.2020 für Dr. med.

Anke Travniczek, Frankfurt

eHBA-Nr. 060263920 ausgestellt am 17.04.2023 für Dr. med.

Maren von Korff, Mücke

Arztausweis-Nr. 60322199 ausgestellt am 17.05.2024 für Prof. Dr. med. Dr. phil.

Rolf-Peter Warsitz, Kassel

Arztausweis-Nr. 060127510 ausgestellt am 29.09.2021 für Dr. med.

Maria Weis, Weiterstadt

Parlando



Foto: Isolde Asbeck

Blick auf den Fernsehturm Frankfurt am Main

Sommer

wenn die Hitze
sich schwer
über die Erde spannt
obgleich die Sonne
verschwunden ist

scheint das Feld
mit blauen Disteln
im Abendlicht
zu verschwinden
dem Himmel ganz nah

atmen Insekten
über der Wiese
den Staub des Tages
ein und aus

Isolde Asbeck

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Marion Abeling, Frankfurt
* 18.07.1954 † 11.05.2025

Dr. med. Albrecht Bauerhorst,
Dahlwitz-Hoppegarten
* 28.12.1933 † 13.05.2023

Dr. med. Reinhard Johannes Eissner,
Schotten
* 15.05.1955 † 27.05.2025

Dr. med. Thomas Endepols,
Tausenstein
* 02.04.1946 † 14.05.2025

PD Dr. med. Tobias Freund,
Neckarsteinach
* 12.04.1978 † 27.05.2025

Dr. med. Theo Frohns, Dreieich
* 13.10.1940 † 22.08.2024

Prof. Dr. med. Wolfgang Giere,
Tausenstein
* 03.02.1936 † 08.05.2025

dr. med./Univ. Semmelweis
Rozália Erzsébet Guttmann,
Frankfurt
* 16.03.1957 † 07.03.2025

Dr. med. Claudia Ingrid Heinl, Kassel
* 20.02.1963 † 18.03.2025

Dr. med. Volker von der Heyden,
Frankfurt
* 23.05.1939 † 07.06.2025

Dr. med. Sylvia Holder, Frankfurt
* 04.11.1945 † 02.06.2025

Dr. med. Marlis Jansen, Schlangenbad
* 05.11.1933 † 22.02.2025

Dr. med. Helmut Jörg, Rimbach
* 18.05.1938 † 24.03.2025

Dipl.-Med. Annett Kiel, Liebenau
* 01.01.1958 † 22.06.2025

Dr. med. Jens Klingebiel, Niestetal
* 24.06.1971 † 19.06.2025

Dr. med. Andreas Willi Heinrich Günter
Marx, Frankfurt
* 16.01.1962 † 27.06.2025



Foto: Thomas Asbeck

Russische Kapelle (russisch-orthodoxe Allerheiligen-Kirche) am Rand des Kurparks von Bad Homburg vor der Höhe. Entworfen von dem Sankt Petersburger Architekten Leonti Benois (1856–1928), Grundsteinlegung 1896. Zuvor stand an dieser Stelle des Kurparks ein Gradierwerk, das sich heute in Bad Nauheim befindet.

Dr. med. Rainer Meysing, Edermünde
* 15.09.1935 † 18.04.2025

Prof. Dr. med. Rainer Milbradt,
Dreieich
* 09.10.1935 † 12.01.2024

Dr./Univ. Beograd Borislav Miokovic,
Frankfurt
* 23.01.1943 † 26.05.2025

Dr. med. Siegfried Raisig,
Bad Homburg
* 23.03.1944 † 14.03.2025

Dr. med. Andreas Richter, Haunetal
* 30.07.1944 † 19.07.2025

Dott./Univ.Modena Marwan Saad,
Bad Hersfeld
* 02.10.1958 † 22.06.2025

Dr. med. Mohammad Sadeghian, Idstein
* 11.05.1935 † 22.06.2025

Dr. med. Frank Schmidt, Gießen
* 11.05.1965 † 16.05.2025

Dr. med. Alois Schnaubelt, Bad Wildungen
* 15.11.1930 † 04.07.2025

Dr. med. Julia Louise Schütz, Tausenstein
* 29.09.1977 † 23.05.2025

Dr./Univ.Pisa Martin Seeger-Tabatabai,
Rodenbach
* 19.11.1955 † 12.05.2025

Dr. med. Ursula Vertesy, Eppstein
* 25.10.1940 † 24.04.2023

Ute Wörfel, Wettengel
* 23.03.1956 † 21.05.2025



Staffelstabübergabe am varisano Klinikum Frankfurt Höchst: Mit **Dr. med. Felicitas Scholten** (Foto oben rechts) übernimmt die langjährige Leitende Oberärztin die Chefarztposition der Klinik für Innere Medizin 3 für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin. Nach 23 Jahren als Chefarzt der Klinik übergab nun **Prof. Dr. med. Hans Günter Derigs** (links) am 1. Juni die Leitung an Scholten.

Foto: varisano



Dr. med. Reinhard Eicke (Foto oben) ist seit April Chefarzt der Geriatrie am Krankenhaus Nordwest. Mit der Ernennung und der Schaffung einer eigenen Klinik für Geriatrie (Medizinische Klinik III) trägt das Krankenhaus dem zunehmenden Bedarf an spezialisierter Altersmedizin Rechnung. Bereits seit 2023 hatte Eicke die neu gegründete Sektion für Geriatrie unter dem Dach der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie maßgeblich aufgebaut und geleitet.

Foto: Krankenhaus Nordwest



Auszeichnung: Der 1822-Universitätspreis für exzellente Lehre an der Goethe-Universität Frankfurt am Main ging in diesem Jahr an den Oberarzt **Dr. med. Boris Wittekind** (Foto oben), Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Dotiert mit 15.000 Euro, erhielt Wittekind den Preis, weil er in seinen Lehrveranstaltungen „Räume für echte Begegnungen“ schaffe.

Foto: Moritz Reich

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Birgit Zirn (Foto unten) hat die Leitung des neu geschaffenen bzw. reaktivierten Fachgebietes Humangenetik übernommen – als Teil der Dr. Senckenbergischen Institute für Pathologie und Humangenetik an der Universitätsmedizin Frankfurt/Main. Durch die W3-Professur für Humangenetik werde die Expertise in der Tumorgenetik und bei seltenen genetischen Erkrankungen gestärkt. Zirn hat sowohl in Humanmedizin als auch Biologie promoviert und ist Fachärztin für Humangenetik.

Foto: privat



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

Leyla Tekin-Gaimann (Foto unten) ist seit Januar Klinikdirektorin der Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Hanau. Zuvor war sie stellv. Klinikdirektorin und seit Oktober 2024 kommissarische Klinikleiterin. Sie ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Foto: Vitos



Dr. med. Julia Reiff (Foto unten), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, übernahm zum 1. Juni das Amt der Klinikdirektorin der Vitos Klinik Eichberg für Psychiatrie und Psychotherapie. Gemeinsam mit **Prof. Dr. med. Dieter F. Braus** leitet sie die Klinik nun in einer Doppelspitze.

Foto: Vitos Rheingau



Die Gießener Lungen- und Infektionsforscherin **Prof. Dr. med. Susanne Herold**, (Foto unten) Professorin für Innere Medizin, Infektiologie und experimentelle Pneumologie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) und Wissenschaftlerin im Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF), ist neues Mitglied der renommierten Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.

Foto: © JLU/Rolf K. Wegst



Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.10.: Dr. med. Gerhard Curtze, Espoo, 80 Jahre
02.10.: Dr. med. Wolfgang Galow, Oberursel, 85 Jahre
03.10.: Dr. med. Andreas Rohrbeck, Rodenbach, 65 Jahre
03.10.: Dr. med. Erich-Josef Wachter, Erlensee, 85 Jahre
04.10.: Dr. med. Thomas Heßler, Frankfurt, 70 Jahre
04.10.: Dr. med. Klaus Voigt, Frankfurt, 80 Jahre
07.10.: Dr. med. Helga Zimpel-Erler, Frankfurt, 80 Jahre
10.10.: Dr. med. Carmen Welte, Frankfurt, 65 Jahre
12.10.: Clemens Hahn, Frankfurt, 65 Jahre
13.10.: Dr. med. Barbara Reschke, Frankfurt, 85 Jahre
15.10.: Dr. med. Michael Würbach, Flörsheim, 75 Jahre
16.10.: Ursula Körfggen, Ober-Mörlen, 65 Jahre
16.10.: Dr. med. Ralf Specht, Gründau, 65 Jahre
16.10.: Dr. med./Univ.Nancy I Catherine Rüppel, Frankfurt, 70 Jahre
16.10.: Artur Diethelm, Frankfurt, 80 Jahre
17.10.: Dr. med. Wolfgang Flach, Darmstadt, 75 Jahre
17.10.: Dr. med. Ute Consemüller, Linsengericht, 85 Jahre
19.10.: Dr. med. Dr. rer. nat. Harald Weigmann, Mainz, 65 Jahre
21.10.: Dr. med. Engelbert Spahn, Rodgau, 70 Jahre
22.10.: Dr. med. Elfi Haardt-Hofmann, Frankfurt, 65 Jahre
22.10.: Elisabeth Raupach, Offenbach, 75 Jahre
23.10.: Dr. med. Frank-Thomas Heynold, Steinau, 75 Jahre
24.10.: Brigitte Boss, Freigericht, 65 Jahre
24.10.: Dr. med. Eva Engler, Frankfurt, 70 Jahre
24.10.: Dr. med. Birgit Koch-Dallendörfer, Frankfurt, 70 Jahre
25.10.: Dr. med. Anja Massing, Frankfurt, 65 Jahre
25.10.: Dr. med. Ute Schemuth, Bad Homburg, 85 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Gefälschtes Anschreiben mit Zahlungsaufforderung

BGW warnt vor Betrugsversuch mit angeblichem DGUV-Präventionsmodul

Derzeit versenden Kriminelle E-Mails mit gefälschtem Absender zu einem angeblichen Präventionsmodul der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Diese E-Mails erreichten nun auch erste Mitgliedsbetriebe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Die BGW weist darauf hin, dass es sich bei dem Anschreiben mit Zahlungsaufforderung um einen Betrugsversuch handelt. Betriebe, die eine solche E-Mail erhalten, sollten die beigefügte Rechnung auf keinen Fall bezahlen.

Professionell gemacht, aber nicht echt

Die Betreffzeile lautet beispielsweise „Schreiben der DGUV zur Einführung des Präventionsmoduls 2025 – Handlungsbedarf“ oder auch „Pflicht zur Teilnahme am DGUV-Präventionsmodul – jetzt umsetzen“. Ein angehängtes Anschreiben informiert über ein angebliches digitales DGUV-Präventionsmodul. Dieses müssten Betriebe angeblich nutzen, um ihren Verpflichtungen im Arbeitsschutz nachzukommen. Ebenfalls angehängt ist eine Rechnung für die Teilnahmegebühr. Die Mails sind professionell gemacht und erwecken den Eindruck, von der DGUV

beziehungsweise der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) zu stammen, doch dies ist nicht der Fall. Die Logos von DGUV und BGN sowie die Unterschrift des DGUV-Hauptgeschäftsführers Dr. Stefan Hussy werden darin missbräuchlich verwendet. Das genannte Präventionsmodul der DGUV existiert nicht. Im Anschreiben werden eine Telefonnummer der BGN und eine E-Mail-Adresse genannt, die beide falsch sind. Auffällig ist zudem, dass in den bisher bekannten Fällen eine ausländische Kontonummer für die Zahlung angegeben ist.

Im Schadensfall: Anzeige erstatten

Betroffenen, die bereits Zahlungen geleistet haben, wird empfohlen, Anzeige zu erstatten. Dazu nennt ihnen das Service-Center der BGN unter Fon 0621 4456-1581 das Aktenzeichen sowie den Mailkontakt der zuständigen Strafverfolgungsbehörde. Hier wurde eine zentrale Zuständigkeit eingerichtet, unabhängig vom Sitz der Geschädigten. Fragen beantwortet auch die Infoline der gesetzlichen Unfallversicherung unter der kostenfreien Rufnummer 0800 60 50 40 4 bzw. unter info@dguv.de. (red)

Lösung des Kreuzworträtsels aus 7/8 2025

Waagerecht

1 Nifedipin 7 Esotropie 8 Myotonie 11 Boli 12 L-Dopa 13 Eklampsie 15 No 16 Pneumothorax 17 EKV 20 rostral 23. ...rose 25 Rigor 27 Ciztinin 28 Glioblastom 29 Ellenbogen

Senkrecht

1 Nebenhoden 2 Isokor 3 Folsäure 4 Dysmetrie 5 Iodmangel 6 Ptose 8 Mianserin 9 Opipramol 10 Naevi 14 Purinbasen 16 postnatal 18 Klon 19 Arc de Cercle 21 Serokonversion 22 agil 24 Oil 26 Ren

Lösungswort: Borreliose

Einladung

169. Bad Nauheimer Gespräch

23.09.2025, 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Der verletzte Mensch Für eine neue Ethik in der Medizin

In der Pandemie wurden der „vulnerablen Gruppe“ der Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen Schutzkonzepte wie z. B. Besuchsverbote übergestülpt. War das wirklich im Sinne der Menschen dort in ihrer Verletzlichkeit? Was eigentlich ist Vulnerabilität oder Verletzlichkeit? Gibt es überhaupt schwarz-weiß, den vulnerablen versus den starken, selbstbestimmten unabhängigen Menschen? Lassen Faktoren wie Krankheiten oder Krisen nicht bei allen Menschen eine situative Verletzlichkeit zu Tage treten?

Der Arzt und Ethiker Giovanni Maio denkt Verletzlichkeit neu und sieht sie als „unhintergebares Grundelement“ unserer Existenz, das den Menschen sein ganzes Leben begleitet – und auch Chancen eröffnet. Was heißt dies nun für die Medizin? Den kranken Menschen als verletzlich anzusehen, bedeutet nicht einfach, ihn als „Objekt der eigenen Hilfeleistung“ zu betrachten, es bedeutet auch und im Besonderen, ihn als Subjekt wahrzunehmen, und mit ihm gemeinsam seine Potenziale für einen guten Umgang mit seiner Krankheit zu finden.

Ein Abend nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern für alle, die sich Fragen zum Umgang mit sich selbst und ihren Mitmenschen stellen.



Foto: Silke Wernet

Prof. Dr. med. Giovanni Maio

Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg. Mitglied des Ausschusses für ethische und juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer

Um Voranmeldung wird gebeten: über die Website www.bad-nauheimer-gespraeche.de/ Veranstaltungen (oder per E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraeche.de)

Zum Vormerken

04.11.2025: Warum sind wir so miteinander umgegangen?
 Kritischer Rückblick auf die Corona-Pandemie

Die Veranstaltung ist öffentlich und kostenlos. Sie ist von der LAEKH mit 3 CME zertifiziert, ist produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet und wird ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter und der Referenten bestehen nicht.

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

60314 Frankfurt a. M. (Ostend) Fax: 069 76 63 50

info@bad-nauheimer-gespraeche.de www.bad-nauheimer-gespraeche.de

Fon: 069 76 63 50



Geburtstage

Fortsetzung

- 26.10.: Dr. med. Jörg Schröter, Kelbra (Kyffhäuser), 65 Jahre
- 27.10.: Dr. med. Wolf Dobinsky, Frankfurt, 75 Jahre
- 28.10.: Dr. med. Gerhard Schöbel, Frankfurt, 75 Jahre
- 29.10.: Dr. med. Barbara Hellfritz, Königstein, 70 Jahre
- 30.10.: Ulrike Andert-Spenner, Frankfurt, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 03.10.: Ingrid Gromotka, Fritzlar, 85 Jahre
- 05.10.: Dr. med. Arno Sellmann, Biedenkopf, 65 Jahre
- 05.10.: Christian Berger, Weimar, 75 Jahre
- 07.10.: Dr. med. Ralph Lorenz, Schwalmstadt, 65 Jahre
- 08.10.: Dr. med. Matthias Schmitt, Lahntal, 75 Jahre
- 08.10.: Dr. med. Heide Maria Hölting, Marburg, 80 Jahre
- 11.10.: Wolfgang Kloß, Niedenstein, 75 Jahre
- 12.10.: Dr. med. Adnan Yahya, Schwalmstadt, 95 Jahre
- 14.10.: Dr. med. Gerhard Willmund, Wohratal, 80 Jahre
- 18.10.: Dr. med. Gangolf Seitz, Lahntal, 75 Jahre
- 19.10.: Dr. med. Stephan Heinrich Nolte, Marburg, 70 Jahre
- 19.10.: Dr. med. Hermann Kurz, Oberaula, 90 Jahre
- 22.10.: Prof. Dr. med. Harald Renz, Marburg, 65 Jahre
- 26.10.: Wolfgang Langer, Weimar, 75 Jahre
- 30.10.: Dr. med. Karl-Eckhardt Henkel, Homberg, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 02.10.: Dr. med. Erich Knobloch, Geisenheim, 75 Jahre
- 15.10.: Dr. med. Michael Monet, Scheidt, 75 Jahre
- 16.10.: August-Wilhelm Seel, Weilrod, 75 Jahre
- 18.10.: Dr. med. Jürgen Eitner, Wiesbaden, 80 Jahre
- 21.10.: Dr. med. Wolfgang Mederacke, Eltville, 70 Jahre
- 23.10.: Dr. med. Alessandra Carella, Oberursel, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 06.10.: Dr. med. Stefan Rühlmann,
Heringen, 65 Jahre
09.10.: Dr. med. Johannes Dahlhoff,
Volkmar, 75 Jahre
13.10.: Christoph Junge, Kassel, 70 Jahre
14.10.: Med.-Dir. Dr. med.
Siegfried Petersen,
Habichtswald, 75 Jahre
16.10.: Dr. med. Cezary Dietz,
Kassel, 80 Jahre
19.10. Dr. med. Hans Peter Jordan,
Hofgeismar, 85 Jahre
20.10.: Theodor Korff,
Hofgeismar, 75 Jahre
21.10.: Dr. med. Michael Seifer,
Lörrach, 65 Jahre
24.10.: doctor medicinae universae/
Sammelweis Univ. Erika Köhalmi,
Bad Hersfeld, 65 Jahre
24.10.: Dr. med. Andreas Zorn,
Kassel, 65 Jahre
24.10.: Irena Kellner, Kassel, 70 Jahre
27.10.: Lingka Wibawa Sinatra,
Gudensberg, 75 Jahre
31.10.: Markus Ottermann,
Wolfhagen, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.10.: Dr. med. Johannes Rollmann,
Groß-Umstadt, 65 Jahre
01.10.: Andreas Förster,
Lampertheim, 75 Jahre
02.10.: Dr. med. Hans Walter Grimm,
Gernsheim, 65 Jahre
02.10.: Dr. med. Martina Christiane
Heinrich, Darmstadt, 65 Jahre
04.10.: Dr. med. Joachim Schellhaas,
Fischbach, 75 Jahre
10.10.: Dr. med. Hiller Moehlis,
Darmstadt, 65 Jahre
13.10.: Dr. med. Doris Löhner,
Groß-Umstadt, 90 Jahre
14.10.: Dr. med. Helmut von Kaehne,
Mühltal, 90 Jahre
16.10.: Prof. Dr. med. Götz Leopold,
Roßdorf, 90 Jahre
24.10.: Dr. med. Dietmar Boerner,
Viernheim, 85 Jahre
26.10.: Dr. med. Karlhans Baumgartl,
Bickenbach, 70 Jahre
30.10.: Dr. med. Erika Ober, Michelstadt,
75 Jahre

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufsjubiläum:

Lea Zimmermann,
seit zehn Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis für Kinder und Jugendmedizin, Dres. Schuster und Ahl, Darmstadt;
Ferhan Dogan,
seit 20 Jahren tätig in der Praxis Dilltal, Hausärzte und Internisten, Ehringshausen.

Wir gratulieren zum 25-jährigen und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Heike Schwarze,
seit 25 Jahren tätig in der Praxis Dilltal, Hausärzte und Internisten, Ehringshausen;
Angela Mengen,
seit 25 Jahren tätig im HNO-Zentrum Taunus, vormals Praxis Dr. med. Heinz Schmitt, Limburg;
Sabine Boesch,

seit 27 Jahren tätig in verschiedenen Praxen, zuletzt in der Gemeinschaftspraxis Dres. Stützer & Ryou, Heusenstamm;

Heidi Falke,
seit 30 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. Emde & Nolte und im Arbeitsmedizinischen Zentrum Bad Arolsen GmbH, Bad Arolsen.

Wir gratulieren der Helferin zum mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Christine Häde,
seit 30 Jahren tätig in der Praxis Dilltal, Hausärzte und Internisten, Ehringshausen.

Wir gratulieren zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Sabine Dräger-Strössel,
seit 45 Jahren tätig in der Praxis Dilltal, Hausärzte und Internisten, Ehringshausen.

Spenden für Ärzte ohne Grenzen

In rund 70 Ländern weltweit leistet „Ärzte ohne Grenzen e.V.“ medizinische Nothilfe für Menschen, die durch Kriege oder Naturkatastrophen in Not geraten sind, aktuell auch im Gaza-Streifen und der Ukraine. Ihre Projekte stellt die Or-

ganisation, die u. a. das Spendensiegel des Deutschen Zentralinstituts für Soziale Fragen trägt, im Internet vor:

www.aerzte-ohne-grenzen.de
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00

Buchtipps



Foto: MWV

Die grüne Arztpraxis – Gesundheit, Nachhaltigkeit und Mitgestaltung der ökologischen Wende

Friederike von Gierke,
Gudula Keller,
Nikolaus Mezger
(Hrsg.)

Das Buch enthält Beiträge von rund 60 Autorinnen und Autoren zur praktischen Umsetzung von Klimaschutzzielen in Arztpraxen und zu den Grundlagen von „Planetary Health“.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2024, 49,95 €
ISBN: 9783954668670, auch als E-Buch.

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.

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2026/2027

Zwischenprüfung 2026 Mittwoch, 25. März 2026

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2026

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 29. April 2026

Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche
Prüfung: 5. Juni bis 31. Juli 2026
(Prüfungsblock in Bad Nauheim vom
5. Juni bis 18. Juli 2026)

Winterprüfung 2026/2027

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 25. November 2026

Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche
Prüfung: 9. Januar bis 2. Februar 2027
(Prüfungsblock in Bad Nauheim
vom 9. bis 30. Januar 2027)

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Eignungstest für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten

Um hessische Ärztinnen und Ärzten bei der Bewerberauswahl für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r zu unterstützen, stellt die Landesärztekammer einen Eignungstest zur Verfügung.

Der Eignungstest gliedert sich in:

- Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
- Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
- Testaufgaben/Lösungen

Der Test ist kostenfrei und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter (069) 97672-581/154 oder per E-Mail: med.fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir Ihnen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Goldenes Doktorjubiläum

01.10.: Prof. Dr. med. Hansjürgen
Bratzke, Frankfurt

16.10.: MD./Staatl.Med.Inst. Odessa/
UdSSR Ahmed Saidu Jalloh,
Petersberg

20.10.: Dr. med. Susanne von Geldern,
Witzenhausen

22.10.: Dr. med. Winfried Schwarz,
Wiesbaden

28.10.: Dr. med. Barbara Liesau-Pflum,
Seligensstadt

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: haehl@laekh.de

Bezirksärztekammer Gießen

- 10.09.: Prof. Dr. med. Wolfgang Milch,
Wettenberg, 75 Jahre
12.09.: Dr. med. Gerhard Noeske,
Wettenberg, 70 Jahre
13.09.: Dr. med. Horst Klewer,
Wetzlar, 75 Jahre
14.09.: Horst Schmidt, Karben, 80 Jahre
16.09.: Dr. med. Rüdiger Reiche,
Lautertal, 80 Jahre
17.09.: Dr. med. Wolfdieter Patyna,
Bad Homburg, 85 Jahre
27.09.: Dr. med. Hans Berndt Farohs,
Wetzlar, 80 Jahre
28.09.: Dr. med. Bettina Speiser,
Gießen, 65 Jahre
29.09.: Dr. med. Manfred Prick,
Solms, 75 Jahre

- 04.10.: Dr. med. Mathias Pohl,
Wettenberg, 65 Jahre
04.10.: Prof. Dr. med. Bettina Kemkes-
Matthes, Gießen, 70 Jahre
05.10.: Klaus Böcker, Schlitz, 65 Jahre
06.10.: Dr. med. Daniela Lutz-Horchler,
Wiehl, 70 Jahre
07.10.: Dr. med. Schirin Kamali-Ernst,
Wetzlar, 65 Jahre
07.10.: Dr. med. Peter Lüders,
Alsfeld, 85 Jahre
12.10.: Dr. med. Harald Herget,
Lich, 70 Jahre
12.10.: Günther Reisewitz,
Bad Nauheim, 75 Jahre
16.10.: Dr. med. Geza Miklody,
Lich, 75 Jahre
18.10.: Prof. Dr. med. Hans-Joachim
Woitowitz, Pohlheim, 90 Jahre
27.10.: Dr. med. Thomas Friedrich-
Hoster, Solms, 70 Jahre
28.10.: Dr. med. Siegfried Baumgärtel,
Bad Nauheim, 90 Jahre
30.10.: Dr. med. Nicolas Callitsis,
Frankfurt, 70 Jahre
31.10.: Dr. med. Romesh Sharma,
Biedenkopf, 70 Jahre

Interessenkonflikt

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

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: haeb@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: 11.250 Ex.; Verbreitete Auflage: 10.945 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 Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen 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, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt 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 be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht 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 10
vom 25.09.2025
ist am Mittwoch, dem 03.09.2025**

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

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

Suchen Weiterbildungsassistent (m/w/d) Pädiatrie/Neuropädiatrie - ab sofort VZ/TZ

36 Monate Weiterbildungsmöglichkeit davon 12 Monate Neuropädiatrie. Wir sind eine moderne Praxis mit engagiertem Team.

wiesbaden@kinderarzt-foellmer-nowotny.de

FA (w/m/d) Diabetologie gesucht! Modernes MVZ in Frankfurt bietet flexible Arbeitszeiten (z. B. 4-Tage-Woche) und übertarifliche Vergütung. E-Mail: allgemeinmedizin.frankfurt@gmail.com
Telefon: +49 151 51515128

FÄ für Psychiatrie/ ärztliche Psychotherapeutin

(mwd) gesucht. Genug von hoher Belastung im Klinikalltag? Biete Anstellung in sehr schöner, gut organisierter Praxis. Familienfreundliche Arbeitsmodelle, attraktive Konditionen. 61169 Friedberg.

info@praxis-luippold.de

Orthopädin / Orthopäde in Vollzeit / Teilzeit

Wir suchen ab sofort eine/-n engagierte/-n FÄ/ FA für Orthopädie u. Unfallchirurgie in Teil- oder Vollzeit zur Erweiterung unseres Teams im Orthopädiezentrum Gießen. Bewerbungen unter: lappas@ozgi.de

GESUCHT:

kompetente Verstärkung für unsere Hausarztpraxis in Darmstadt. Wir wachsen weiter. Deshalb sucht die Hausarztpraxis Druschlak zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen **Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d) in Teilzeit**.

Die Gesundheit Ihrer Patienten liegt Ihnen genauso am Herzen wie ein harmonisches und freundliches Miteinander im Team. Qualität und Sorgfalt in der Behandlung sind für Sie eine Selbstverständlichkeit. Trifft die Beschreibung auf Sie zu? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung per Mail an jobs@hausarztpraxis-druschlak.de oder auf dem Postweg. Kontakt: **Rita Druschlak, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Alter Wixhäuser Weg 49, 64291 Darmstadt, T 06151 371 839, F 06151 933 330, hausarztpraxis-druschlak.de**

Neue Wege, neue Chancen

**Wir suchen
eine Fachärztin/einen Facharzt (m/w/d)
für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

- in Weilmünster
- Voll-/Teilzeit (mind. 30 Std.)
- ab dem 01.01.2026
- überdurchschnittliche Vergütung
- Leistungszulage
- modernste Geräte
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- sehr freundliches und kollegiales Arbeitsklima
- keine Haftung und Verwaltung
- 30 Tage Urlaub
- 5 Tage Fortbildung
- Firmenfahrzeug

Kontakt

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

E-Mail: verwaltung@medicum-mittelhessen.de



MVZ medicum.mittelhessen
EHM GmbH

**ICH BIN DABEI,
WEIL BEREIT-
SCHAFTSDIENST
AUCH ENTSPANNT
VERLAUFEN
KANN.**

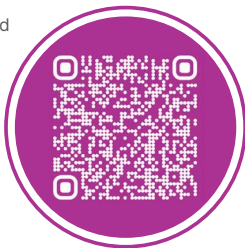


ASKLEPIOS Als einer der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland verstehen wir uns als Begleiter unserer Patient:innen – und als Partner unserer Mitarbeitenden. Wir bringen zusammen, was zusammengehört: Nähe und Fortschritt, Herzlichkeit und hohe Ansprüche, Teamwork und Wertschätzung, Menschen und Innovationen.

Wir sind eine Fachklinik mit 157 Betten für orthopädische Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation und suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Bereitschaftsärzte (w/m/d)

für Nacht-/Wochenenddienste
Teilzeit oder Minijob



IHR AUFGABENGEBIET

Betreuung unserer Patient:innen während der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen | Sehr ruhige Bereitschaftsdienste – nur sehr wenige Einsätze bei Nacht

IHR PROFIL

Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin sowie deutsche Approbation | Gute Deutschkenntnisse | Die Stelle eignet sich auch für Wiedereinsteiger:innen, Doktorand:innen sowie auch für ehemals niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und für Ärzte und Ärztinnen im Ruhestand

Für Rückfragen steht Ihnen gerne Herr Heiko Hermann, Chefarzt Orthopädie, per E-Mail: h.hermann@asklepios.com zur Verfügung.

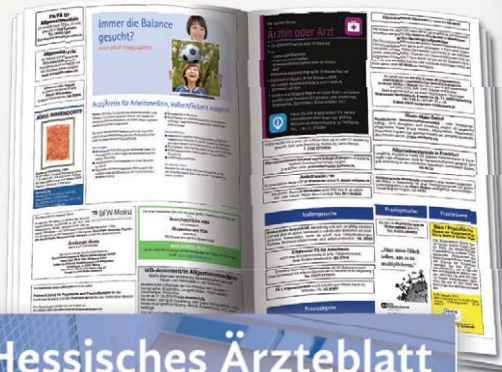
Haben wir Ihr Interesse geweckt?
Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

Asklepios Hirschpark Klinik
Personalabteilung · Frau Andrea Weis
Lindenstraße 12 · 64665 Alsbach-Hähnlein
+49 62 57 50 11 49
personalabteilung.als@asklepios.com



ASKLEPIOS

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

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

Wir beraten Sie gerne:
Verkauf Stellenmarkt
Telefon 02234 7011-250
stellenmarkt@aerzteverlag.de



**Deutscher
Ärzteverlag**

FÄ/ FA für Allgemeinmedizin Frankfurt

Teilzeit ca 25 Stunden ab Oktober oder später.
Bewerbungen bitte an: hausarzt.knack.frankfurt@web.de
oder Tel. 017643562101

FA (w/m/d) für Innere/Allgemeinmedizin ab sofort gesucht
Für unser MVZ in Frankfurt (VZ/TZ). Moderne hausärztliche Praxis bietet flexible Arbeitszeiten (z. B. 4 Tage/Woche) und übertarifliche Bezahlung.
Kontakt: allgemeinmedizin.frankfurt@gmail.com
+49 151 51515128

Im hessischen Justizvollzug

HESSEN



wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein/e

Ärztin oder Arzt (m/w/d) für die medizinische Versorgung der Gefan- genen in der Justizvollzugsanstalt Butzbach gesucht.

Bei der Justizvollzugsanstalt Butzbach handelt es sich um eine Justizvollzugsan-
stalt der Sicherheitsstufe I mit 514 Haftplätzen.

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

Wir bieten Ihnen

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

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

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

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

Bitte senden Sie die aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen bis

15. September 2025

an das Hessische Ministerium der Justiz und für den Rechtsstaat, Referat IV/A1,
Luisenstraße 13, 65185 Wiesbaden (Bewerbung_Justizvollzug@HMdJ.hessen.de),
bzw. über die Bewerberplattform
<https://karriere.hessen.de/stellensuche/stellenangebote> zu.

Telefonische Auskünfte erteilt das Personalreferat der Abteilung Justizvollzug,
Herr Fuckert (Tel. 0611/32-142631).

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**

Kooperation

Hämostaseologen, Endokrinologen, Rheumatologen für
Facharzt-Zentrum in Rhein-Main gesucht. laborarzt@icloud.com

Laborarzt sucht Kooperationspartner mit Praxislabor
für gemeinsames MVZ in Hessen. laborarzt@icloud.com

Praxisabgabe

Stadt Kassel

Gut eingeführte, moderne gynäkologische Praxis (1 KV Sitz) mit
hohem Privatpatientinnenanteil im Kasseler Westen ab 1/2027 abzugeben.
Kontakt: Frauenarztpraxis-Kassel@gmx.de

Einzelpraxis Allgemeinmedizin

Abgabe KV-Sitz voll o. geteilt, Mainz-Kastel ab 01.04.2026, 1400 Pat.
0171-58068077/ klmss@web.de

Gynäkologische Einzelpraxis (1 KV-Sitz) im Hochtaunuskreis ab
dem Quartal 1/2026 aus Altersgründen abzugeben. Chiffre: **HÄ 059169**

Praxisräume

Praxisflächen -provisionsfrei- von 100m² bis 600m² in **Frankfurt,**
Offenbach, Bad Homburg, u.w. Standorten für alle
Facharzt-Richtungen;
Atrium Immobilien GmbH - Tel. 069/294981
atriumimmobilien@gmx.de

Kurse/Seminare/Veranstaltungen



Kostenfreies Webinar
Thema: Autofahren mit
Erkrankungen

10.09.2025

17:00 – 19:00 Uhr

„...aber auf das Autofahren kann
ich nicht verzichten, Frau Doktor.“



QR-Code scannen und bis 07.09.2025 anmelden.

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

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!**