



## Parkinsontherapie

Illustration: Dr. med. Peter Zürner, erstellt mit KI

### Neurorehabilitation bei Post-Covid

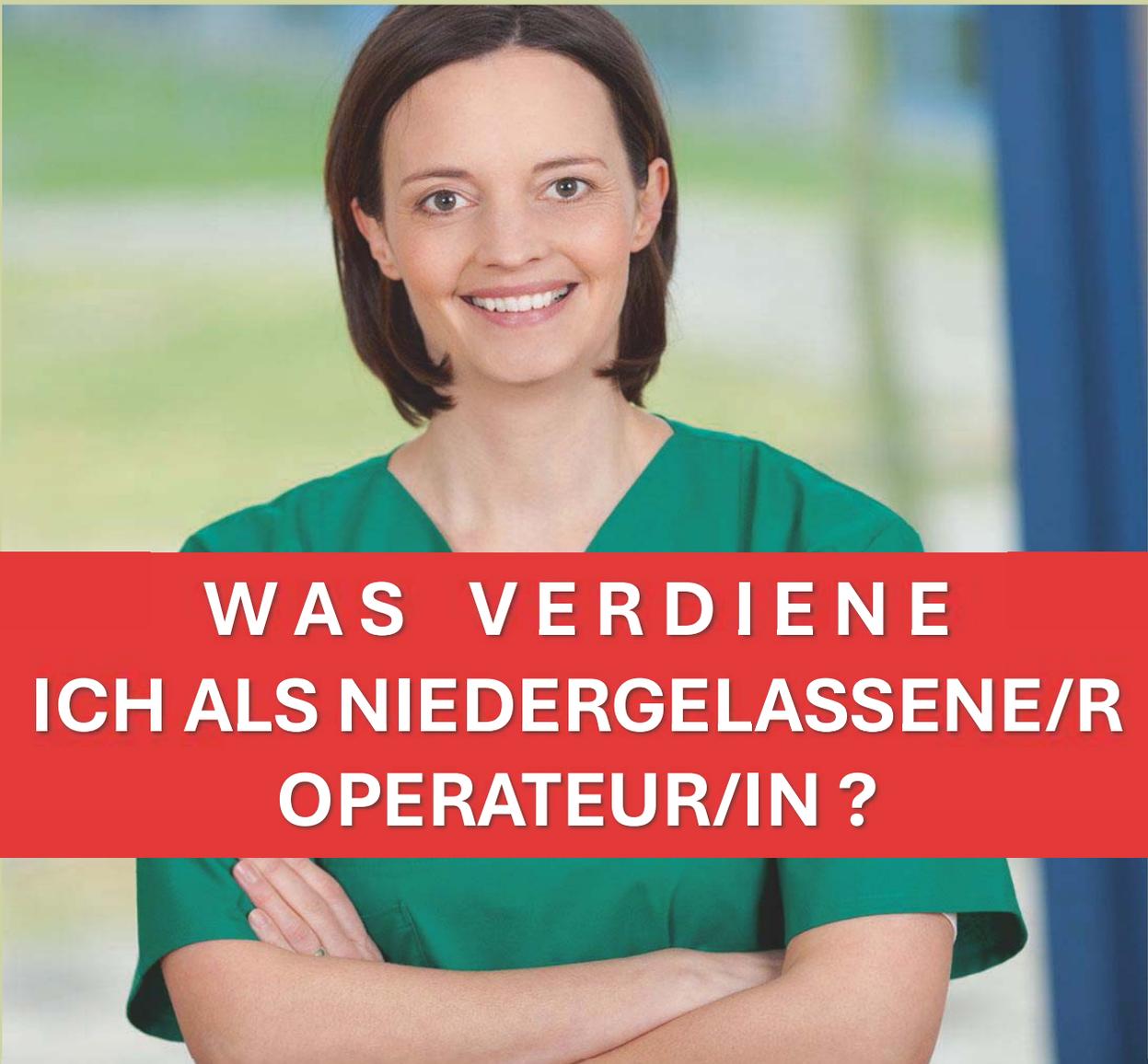
Patienten mit Post-Covid-Syndrom benötigen eine spezielle Form der Rehabilitation

### MFA-Ausbildungsbefragung der Landesärztekammer

Vorgestellt werden Ergebnisse einer Befragung der LÄKH von Ärztinnen und Ärzten, die MFA ausbilden

### Serie „Abteilungen stellen sich vor“

Die Rechtsabteilung der LÄKH ist im Rahmen der Berufsaufsicht zugleich präventiv und restriktiv tätig



# 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 WOCHENENDEN, 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](mailto: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**

# Mut für Reformen

**W**ir alle wissen – ob als Bürgerinnen und Bürger oder als Fachleute –, dass Deutschland unter einem erheblichen Reformstau leidet. Doch bislang ist nicht erkennbar, dass die aktuelle Bundesregierung ernsthafte Reformen in Angriff nimmt. Stattdessen werden einmal mehr Kommissionen angekündigt, die sich der Themen annehmen sollen. Wer denkt da nicht an: Wenn du nicht mehr weiter weißt, bilde einen Arbeitskreis. Aber warum bleiben Reformen wider besseres Wissen aus?

Analysen benennen dafür mehrere Gründe: Reformen stoßen auf Widerstände etablierter Interessengruppen, die politischen Prozesse sind träge, und es fehlt häufig am Willen und Konsens für tiefgreifende Veränderungen. Hinzu kommen die Angst vor unvorhersehbaren Folgen und die Komplexität der Systeme.

Natürlich machen Veränderungen Angst, und die Angst vor individuellen Einbußen – seien sie finanzieller Natur oder einfach der Verlust an Bequemlichkeit – ist nur allzu verständlich. Und dennoch sind Reformen zwingend. Dazu bedarf es – siehe oben – eines ausreichenden politischen Willens, der von einem hohen Maß kommunikativer Fähigkeiten begleitet werden muss. Maßnahmen und Reformen müssen nicht nur einmal, sondern stetig erklärt werden, und zwar so, dass sie auch von Nicht-Soziologen und Nicht-Juristinnen verstanden werden. Das bedeutet natürlich längst nicht, dass die Maßnahmen dann auch verstanden werden, geschweige denn, dass ihnen zugestimmt wird. Selbst eine Zustimmung reicht nicht, müssen Worten doch in aller Regel auch Taten folgen. Falls Sie jetzt an Konrad Lorenz denken, dann haben Sie Recht. Der letzte Satz des ihm zugeschriebenen Zitats lautet: „... angewendet ist noch lange nicht beibehalten.“ Kurz und gut, Reformen sind mühsam und häufig ernten nicht die Reformer, sondern die Nachfolger die Früchte dieser Mühen. Gerade darin liegt jedoch die eigentliche Aufgabe von Regierungen: Das Land nicht nur bis zur nächsten Wahl, sondern weit darüber hinaus zukunftsfähig zu machen.

Ich will hier gar nicht von den immensen Problemen bei der Krankenhausreform – aktuell haben drei von vier Krankenhäusern das Geschäftsjahr 2024 mit einem bis zu dreistelligen Millionendefizit beendet – oder gar der Rentenversicherung sprechen, sondern werfe beispielhaft nur einen kleinen Blick auf das ärztlicherseits immer wieder geforderte Werbeverbot für Süßigkeiten und die Einführung einer Zuckersteuer.

Eine Modellrechnung der TU München zeigt: In den nächsten 20 Jahren könnten fast 250.000 Menschen vor einer Typ-2-Diabetes-Erkrankung bewahrt werden. Das entspräche Einsparungen von rund 16 Milliarden Euro – davon allein vier Milliarden im Ge-

sundheitswesen – ganz zu schweigen von dem erspartem Krankheitsleid.

In einer vereinfachten Betrachtung wären dies 200.000.000 Euro pro Jahr im Gesundheitswesen. Angesichts des prognostizierten Milliardendefizits in der Gesetzlichen Krankenversicherung hört sich das eher bescheiden an, ist jedoch nur ein Beispiel von vielen. In meiner Vorstellung würde ich zum Beispiel über einen Zeitraum von drei Jahren dieses Geld zur Verfügung stellen, um endlich den immer wieder zu Recht verlangten Bürokratieabbau umzusetzen (neue prozess- und nicht verwaltungsgetriggerte Abläufe, Zusammenführen bereits vorhandener Daten zur Vermeidung unnötiger Anfragen und vieles mehr). Das würde seinerseits wieder Geld und vor allem ärztliche, aber auch pflegerische Arbeitskraft für ihren eigentlichen Zweck, nämlich die Versorgung kranker Menschen zur Verfügung stellen.

Zukunftsfähigkeit entsteht nicht durch Aufschübe oder neue Kommissionen, sondern durch den Mut, Reformen heute anzupacken – auch wenn ihre Früchte erst morgen geerntet werden. Oder frei nach Albert Einstein: „Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und trotzdem zu hoffen, dass sich etwas ändert.“



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Illustration: © Milana – stock.adobe.com, mit KI

## Parkinsonkrankheit: Das wichtigste Wissen

Die Parkinsonkrankheit betrifft vor allem ältere Menschen zwischen 60 und 70 Jahren. Hochrechnungen zufolge werden sich die Prävalenzen bis zum Jahr 2040 verdoppelt haben. Der zertifizierte Fortbildungsartikel fasst den aktuellen Wissensstand zusammen.

530

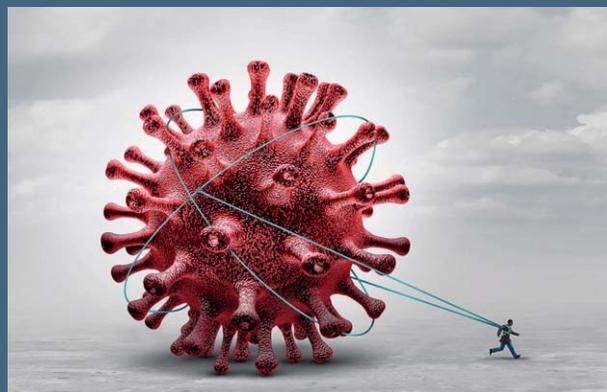


Illustration: © freshidea – stock.adobe.com, mit KI

## Neurorehabilitation bei Post-Covid

Post-Covid-Patienten benötigen spezielle Formen der Rehabilitation. Die Pläne sollten gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt werden. Hohe Erwartungen können das Reha-Ergebnis beeinträchtigen. Fatigue erfordert oft eine niedrigere Therapiedichte.

524

<b>Editorial:</b> Mut für Reformen .....	519
<b>Aus dem Präsidium:</b> Upgrade 2026 für die Weiterbildungsordnung in Sicht .....	522

### Ärztchammer

Serie: Die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen .....	528
Austausch von elektronischen Heilberufsausweisen .....	529
MFA-Ausbildungsbefragung: Jüngere Ärztinnen und Ärzte bilden verstärkt erstmalig aus .....	540
Serie Teil 25: Patientensicherheit – Das „neue“ Peer Review in der Medizin (PRIM) .....	550

### Fort- und Weiterbildung

Neurorehabilitation bei Post-Covid –ein Update .....	524
Leichenschau: Zwei Fallbeispiele .....	527
CME: Parkinsonkrankheit – Das wichtigste Wissen aus den neuen Leitlinien und aus der Praxis .....	530
Serie Teil 3: „Keimreise“: Keine Evidenz für eine Antibiotikaphylaxe für Endoprothesenträger bei zahnärztlichen Behandlungen .....	538
Sepsis als Herausforderung: Sagt Ihnen SSH und PSSSt! etwas? .....	539
Ankündigung: Landesqualitätskonferenz kolorektales Karzinom 2025 .....	552

### Bekanntmachungen

■ <b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	542
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule .....	548
■ <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b> .....	558



Foto: © urai – stock.adobe.com

### MFA-Ausbildungsbefragung

Um mehr über die praktische Berufsausbildung der Medizinischen Fachangestellten in Kliniken und Praxen zu erfahren, hat die Landesärztekammer Hessen eine Online-Befragung durchgeführt. Über 1.000 MFA-ausbildende Ärztinnen und Ärzten haben sich daran beteiligt.

540



Fotos: Peter Jülich/Manuel Maier/Montage: DÄVP, Möller

### Die Rechtsabteilung der LÄKH stellt sich vor

Die Berufsaufsicht ist ein Herzstück der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie obliegt der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen, die u. a. sowohl für die Überwachung der Einhaltung ärztlicher Berufspflichten zuständig ist als auch Beratung in berufsrechtlichen Fragen bietet.

528

### Ansichten und Einsichten

Wer heilt, darf nicht verletzen .....	523
Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens für Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten .....	537

<b>Nachrufe:</b> Erinnerungen an Dr. med. Ulrich Lang und Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler .....	557/561
--	---------

<b>Recht:</b> Neu – Fehlerhaftes medizinisches Gesamtkonzept als „Haftungstatbestand“/Medizinrechtstage .....	556/557
---	---------

<b>Personalia</b> .....	554
-------------------------	-----

<b>Aus den Bezirksärztekammern</b> .....	555
--	-----

<b>Leserbriefe:</b> „Das spricht mir aus dem Herzen“ & „Keine Militarisierung der Medizin“ .....	553
--	-----

<b>Impressum</b> .....	562
------------------------	-----

### Bücher



**Klimawandel!  
Entwicklungen ...  
Herausforderungen**

Karl-Heinrich Link

S. 558



**Die  
Handchirurgie**

M. Sauerbier  
et al.

S. 553



# Upgrade 2026 für die Weiterbildungsordnung in Sicht

Die kompetenzbasierte neue WBO ist seit 2020 in Hessen umgesetzt. Für alle Beteiligten war das hartes Brot und verlangte und verlangt mehr Energien als zuvor erwartet. E-Logbuch, kleinteilige, aber präzisere kompetenzbasierte Lehr- und Lerndokumentation, jährliche Statusgespräche, neue Kooperations- und Befugnislösungen haben herausgefordert. Die Weiterbildungsabteilung der Kammer ist neu organisiert und personell verstärkt, um die komplexen Übergänge parallel zur noch weiterwirkenden 2005er WBO umzusetzen. Bis Mitte 2025 sind so knapp 4.000 ambulante und stationäre Befugnisse nach der hessischen WBO 2020 auf die gewünschte „Reiseflughöhe“ gekommen. Viele hundert eLogbücher sind angelegt. Bei allem Baustellenfrust auf der Reisedecke: doch ein großer Erfolg!

Digitalisierungen der Antragsformen sind dafür zusätzlich etabliert worden. Online-Seminare für Befugte und Weiterzubildende wurden aufgebaut und werden gut angenommen. Train-the-trainer-Seminare sind am Start, wesentliche Neuerungen werden immer wieder im HÄBL print oder online erklärt. Auch die Webseiten zu Weiterbildung und Befugnissen wurden kürzlich zeitaktuell und „kunden“-freundlich umgestaltet. Der Weiterbildungsausschuss und kleine Arbeitsgruppen von Ehren- und Hauptamt der Kammer haben begleitend trouble-shooting geleistet und mitgeholfen, unerwartete Schlaglöcher pragmatisch einzuebnen. Um die Befugnisumfänge aktuell halten zu können, werden zukünftig die Weiterbilder nach etwa fünf Jahren abgefragt, ob die anfangs registrierten Kompetenzen unverändert vermittelbar sind oder neue hinzugekommen sind. Je Weiterbildungsstätte werden die genehmigten Kompetenzmuster demnächst online einsehbar auf der Homepage veröffentlicht.

## Größeres Update in Arbeit

War es das nun? Haben wir jetzt weitere Jahre business-as-usual mit kleinen Facelifts vor uns? Nein, bereits seit 2024 wird in der Bundesärztekammer intensiv gearbeitet, das bundesweite „Grundprodukt Muster-WBO 2018“ mit einem größeren Upgrade zu modernisieren. Ein Muss angesichts des schnellen Wandels von Versorgungsstrukturen, von medizinischer Diagnostik und Therapieverfahren. Das jetzige WBO-Grundsystem wird beibehalten, aber die formalen Vorgaben und fachlichen Inhalte werden auf Aktualität geprüft und konsequent geliftet.

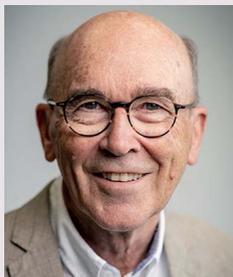


Foto: Peter Jülich

„WBO:  
Inhalte  
werden  
aktualisiert  
und  
verschlankt“

Bereits beim diesjährigen Deutschen Ärztetag wurden die entsprechende Neuordnung, Präzisierung und Verschlinkung der bisher über 50 Zusatzweiterbildungen beschlossen. Klarer definiert und geordnet als hauptberuflich ganztätig zu erwerbende ZWB, berufsbegleitend nach selbst gesteuerten Zeitschema erreichbare ZWB und kompakt kursbasierte, nebenberuflich zu bewältigende ZWB. Typische Schwerpunkte werden zukünftig den Gebieten zugeordnet. Siehe unten: Link der BÄK vom 3. Juli 2025.

## Effizient und einfacher

Der größere Hub ist die nun folgende Überarbeitung der gesamten Facharztgebiete und ihrer Schwerpunkte, deren Fachdefinitionen und Roadmaps für die Durchführung. Dies sind noch einmal über 50 Positionen. Überholte oder zu ergänzende Kompetenzmuster und Richtzahlen, die vor acht bis zehn Jahren der Entwicklung der M-WBO 2018 unterlegt wurden, werden nötigenfalls nachjustiert und möglichst vereinfacht. Die geänderte Fassung muss effizient und schlanker sein, um dem rasanten Wandel von Medizin und Versorgungsstrukturen folgen zu können. Auch müssen wir ändern, dass deutsche WB-Zeiten bis zu drei Jahren länger als in vielen anderen EU-Staaten sind. Ein relevanter Wettbewerbsnachteil bei der inländischen ärztlichen Nachwuchsgewinnung. Der Arbeitsprozess für das abschließende Gesamt-Upgrade der M-WBO 2018 zielt auf den Deutschen Ärztetag im Mai 2026. Danach können die Landesärztekammern das Ergebnis in die Fläche umsetzen. Hoffentlich schaffen wir das, praxisnah und zeitgerecht!

**Dr. med. H. Christian Piper**

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

**Hinweis:** Auf der Website der Bundesärztekammer ist die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 03.07.2025 eingestellt, Kurzlink: <https://t1p.de/3g175> – der QR-Code für Smartphones führt dorthin.



# Wer heilt, darf nicht verletzen

## Für eine Kultur des Respekts in der Medizin

In einem Artikel auf „ZEIT Online“\* über Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern werden Dinge ausgesprochen, von denen man gehofft hatte, dass sie der Vergangenheit angehören. Aussagen, die nicht nur befremden, sondern verletzen und entwürdigen, und die gleichwohl im Alltag vieler Kliniken nach wie vor vorkommen. Insbesondere Ärztinnen berichten von sexualisierter Belästigung, von abfälligen Kommentaren und von Grenzüberschreitungen während der Arbeit. Sie beschreiben Strukturen, in denen Wegsehen leichter ist als Eingreifen und in denen Macht wichtiger sein kann als Haltung. Solche Schilderungen sind erschütternd, doch sie spiegeln die Erfahrungen vieler Kolleginnen wider. Leider verdichtet sich der Eindruck, dass die Verschiebung des Sagbaren, die wir in der Gesellschaft beobachten, auch in der Medizin zu beobachten ist und nicht an den Türen der Krankenhäuser endet.

Sexismus, Abwertung und strukturelle Diskriminierung widersprechen den Grundprinzipien ärztlichen Handelns. Wer Verantwortung für die Gesundheit anderer trägt, muss auch Verantwortung für ein respektvolles und faires Arbeitsumfeld übernehmen. Es ist eine Illusion zu glauben, dass sich Diskriminierung von selbst erledigt. Sie ist kein Randphänomen, sondern ein Bestandteil von Strukturen, die Menschen in ihrer Entwicklung behindern. Vor allem Ärztinnen erleben dies in vielen Phasen ihrer Laufbahn: beim Berufseinstieg, in der Weiterbildung, beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit und insbesondere dann, wenn es um die Übernahme leitender Aufgaben geht.

Die Folgen sind gravierend. Qualifizierte Ärztinnen verlassen die Kliniken nicht wegen mangelnder Fähigkeiten, sondern weil sie sich nicht ernst genommen, nicht unterstützt und nicht geschützt fühlen. Sie erleben, dass strukturelle Ungleichheit nicht nur geduldet, sondern teilweise sogar verteidigt wird. Dadurch gehen Moti-

vation, Kompetenz und Engagement verloren. In einer ohnehin angespannten Versorgungssituation verschärft dies die Probleme. Ein Arbeitsumfeld, das Respekt, Förderung und Verbindlichkeit vermissen lässt, schwächt nicht nur die Attraktivität des Arztberufs, sondern gefährdet letztlich auch die Qualität der Patientenversorgung. Denn eine Kultur des Schweigens, die kritisches Nachfragen unterdrückt, ist das Gegenteil einer sicheren Arbeitsumgebung.

Es genügt nicht, auf die Zivilcourage einzelner Betroffener zu hoffen. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen, dass verbindliche Strukturen erforderlich sind, die Prävention, Schutz und klare Zuständigkeiten miteinander verbinden. Ein Beispiel ist die Initiative der vier Universitätskliniken in Baden-Württemberg unter dem Titel „Klare Kante gegen sexualisierte Belästigung“. Sie verdeutlicht, dass Aufklärung, Ansprechbarkeit und Führungskultur gemeinsam gedacht werden müssen und dass Standards wirksam sein können, wenn sie konsequent umgesetzt werden.

Gleichzeitig stellt sich eine weitergehende Frage: Hat die Medizin ein Führungsproblem? Die Auseinandersetzung damit führt zum Kern des Themas. Denn viele der berichteten Übergriffe sind Ausdruck eines überkommenen Führungsverständnisses, das Autorität mit Unantastbarkeit verwechselt. Kliniken brauchen jedoch keine autoritären Leitbilder, sondern Strukturen, die auf Kooperation, Kollegialität und geteilte Verantwortung setzen. Wer Verantwortung teilt, schafft Vertrauen. Wer auf Austausch setzt, fördert Motivation. Wer Diskriminierung ernsthaft erkennen und verhindern will, muss den offenen Dialog zulassen.

Die ärztliche Profession lebt von einem klaren Grundsatz: Wer heilt, darf nicht verletzen. Dieser Maßstab gilt nicht nur im Verhältnis zu Patientinnen und Patienten, sondern auch im Umgang innerhalb

der Teams. Ärztliche Führung muss Haltung zeigen, zuhören können und den Anspruch haben, ein Arbeitsumfeld zu gestalten, in dem Respekt selbstverständlich ist.

Es ist an der Zeit, die Strukturen zu verändern, unter denen medizinische Arbeit stattfindet. Das ist kein Nebenthema, sondern eine wesentliche Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit unserer Krankenhäuser. Denn medizinische Qualität beruht nicht allein auf technischer Ausstattung, wissenschaftlichem Fortschritt oder medizinischem Wissen. Sie lebt ebenso von einer Kultur, die Diskriminierung keinen Raum gibt und die den Anspruch ernst nimmt, alle Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit zu stärken. Nur so können Kompetenz, Engagement und Innovationskraft erhalten bleiben – zum Wohl derjenigen, die im Zentrum ärztlichen Handelns stehen: die Patientinnen und Patienten.

Dr. med.

**Susanne Johna**

Präsidiumsmitglied  
der Landesärztekammer  
Hessen,  
1. Vorsitzende des  
Marburger Bundes  
Bundesverband,

Vizepräsidentin der Bundesärztekammer



Foto: Peter Jülich

\* Der Artikel basiert auf einer Stellungnahme der Autorin auf „LinkedIn“ zu einem ZEIT-Artikel über Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern: „Es vergeht kaum eine OP ohne affige Anspielungen auf Sex“ von Anant Agarwala, Hanna Grabbe und Hannah Scherkamp (online am 22.07.2025), Link: <https://trib.al/z7LOXM0>  
Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

## Neuwahl beim Marburger Bund Hessen

Der Marburger Bund Landesverband Hessen e. V. hat jetzt den Geschäftsführenden Vorstand neu gewählt. Im Amt bestätigt wurde **Dr. med. Christian Schwark** als Landesverbandsvorsitzen-

der. 1. stellv. Vorsitzende bleibt **Dr. med. Susanne Johna**. Als 2. stellv. Vorsitzender wurde **Dr. med. Jörg Focke** neu gewählt. (red)



# Neurorehabilitation bei Post-Covid – ein Update

Dr. med. Christoph Berwanger

## Definition des Post-Covid-Syndroms

Die Covid-19-Pandemie, die durch die WHO von März 2020 bis Mai 2023 eingegrenzt worden ist, hat sich auch in hoch entwickelten Gesundheitssystemen als starke Herausforderung erwiesen. Neben den über sieben Millionen weltweit zu beklagenden Todesopfern konnten bei zahlreichen Überlebenden der Infektion erheblich einschränkende Folgezustände registriert werden, die über Monate bis Jahre und teilweise bis heute anhalten.

Die WHO hat das Post-Covid-Syndrom (PCS) im Delphi-Konsens-Verfahren am 6.10.2021 definiert. Danach tritt dieses innerhalb von drei Monaten nach einer SARS-CoV-2-Infektion mit Symptomen auf, die mindestens zwei Monate andauern, nicht durch eine andere Diagnose zu erklären sind und sich auf den Tagesablauf auswirken. Die Symptome können nach anfänglicher Genesung neu auftreten, die initiale Erkrankung überdauern, fluktuieren und mit der Zeit wiederkehren [1].

Nach einer willkürlichen zeitlichen Definition wird zwischen Post- und Long-Covid-Syndrom differenziert. In der Klinik des Autors wird der Begriff Long-Covid vermieden, da er im Sinne eines Nocebo-Effektes eine langandauernde oder bleibende Einschränkung suggeriert.

## Neuropsychiatrische Symptomatik

Wenngleich in der akuten Infektion mit SARS-CoV-2 kardiopulmonale Symptome vorherrschten, wird das klinische Bild des PCS ganz überwiegend von neurologischen, neuropsychiatrischen und neuropsychologischen Symptomen geprägt. Die Betroffenen berichten vorrangig über Fatigue, kognitive Störungen („brain fog“) und Schmerzen in unterschiedlichen Körperregionen, sehr häufig Kopfschmerzen. Auffällig korreliert das Ausmaß des PCS in den allermeisten Fällen nicht mit dem Schweregrad der Akutinfektion. So waren zahlreiche neuropsychiatrische Symptome bei den Patienten, die nicht intensivmedizinisch oder stationär behandelt

worden waren, häufiger als bei den initial hospitalisierten Patienten und stiegen im Verlauf noch an [2].

## Erklärungsmodelle

Unverändert sind die dem PCS zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen trotz zahlreicher labortechnischer und bildgebender Detailbefunde noch ungeklärt. Hauptsächlich werden folgende Prozesse als relevant eingeschätzt [3]:

- Viruspersistenz bzw. -reaktivierung
- Autoimmunprozesse
- Endotheliale Dysfunktion
- Mitochondriale Dysfunktion
- Veränderung des (enteralen) Mikrobioms
- Autonome Dysregulation

Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit es sich bei diesen Erkenntnissen um tatsächlich richtungsweisende Befunde hinsichtlich einer allgemein akzeptierten wissenschaftlichen Hypothese zum PCS handelt, oder diese lediglich als Epiphänome-

ne anzusprechen sind. Eine sorgfältig durchgeführte Studie an 171 PCS-Patienten ergab hinsichtlich klinisch-neurologischer Untersuchung, umfassender Neurophysiologie, kranielem MRT und Liquoranalyse lediglich in 1,7 % auffällige Befunde. Allerdings ergab sich Evidenz für signifikante psychische Komorbidität und hohe Somatisierungslevel [4].

Die Rolle psychosomatischer Aspekte hinsichtlich Prädisposition, Auslösung und Aufrechterhaltung des PCS wird sowohl in der Fachwelt wie auch noch mehr in der Öffentlichkeit teils leidenschaftlich diskutiert. Auf die in diesem Kontext schwierige Überlappung der Symptomatik des PCS mit dem Syndrom der myalgischen Enzephalitis/chronic fatigue (ME/CFS) wird weiter unten eingegangen.

### Rehabilitative Ansätze

Da medikamentöse und apparative Verfahren wie hyperbare Sauerstofftherapie, transkranielle Gleichstromstimulation und Plasmaaustausch [5] praktisch keine relevanten Therapieeffekte aufweisen, wie ein aktuelles systematisches Review belegt [6], rücken zwangsläufig rehabilitative Verfahren in den Fokus.

Als eine Stärke der in Deutschland üblichen Rehabilitation gilt der umfassende bio-psycho-soziale Ansatz [7]. Problematisch ist, dass insbesondere der psychologische Zugang von zahlreichen PCS-Betroffenen nicht akzeptiert und jegliche Möglichkeit psychischer Mitbeteiligung am Beschwerdebild konsequent abgelehnt wird. Es wird eine Nähe zu dem zwar ätiologisch umstrittenen, aber syndromal weitgehend anerkannten ME/CFS hergestellt und dortige Therapiekonzepte werden auf das PCS übertragen.

Hierzu gehört die Anstrengungsintoleranz („Post-Exertional Malaise“), welcher durch „Pacing“, der strikten Vermeidung, die individuelle momentane Belastungsgrenze zu erreichen oder zu überschreiten, entgegengewirkt werden soll. Das Ziel ist, dramatische Rückfälle („Crashes“) zu vermeiden. Diese oft sehr eindrucksvoll demonstrierten Crashes bis hin zu mehrtägiger Rollstuhlpflichtigkeit und Unfähigkeit, das Bett zu verlassen, stehen bewährten Konzepten der Neurorehabilitation mit sich steigernder, an die zunehmen-

de Belastbarkeit angepasster Trainingsintensität („Shaping“) entgegen.

Diese Kontroverse führt zu Veränderungen der Einstellung vieler Patienten zur Sinnhaftigkeit von medizinischer Rehabilitation. In der Begutachtungspraxis des Autors werden zunehmend PCS-Betroffene vorgestellt, die sich nicht in der Lage sehen, eine bereits indizierte und genehmigte Rehabilitationsmaßnahme anzutreten und den Nichtantritt rechtlich durchsetzen wollen.

Erfreulicherweise gibt es in letzter Zeit zunehmend Belege dafür, dass insbesondere Rehabilitationsprogramme, die mehrere Therapiemodalitäten verbinden, zu Verbesserungen von motorischer Leistungsfähigkeit, kognitiven Fähigkeiten und Lebensqualität führen. Dies wurde unter anderem exemplarisch für multidisziplinäre Neurorehabilitation [8], Bewegungstherapie [9], Kognitive Verhaltenstherapie [10] und neuropsychologische Therapie [11] gezeigt.

Für das spezifische deutsche Rehabilitationswesen ist die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geförderte PoCoRe-Studie zu nennen. Diese prospektive kontrollierte nicht-randomisierte Längsschnittstudie, die über 700 Betroffene in sechs spezialisierten neurologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken einschloss, konnte signifikante Verbesserungen von Fatigue, Aufmerksamkeit und Gedächtnis bei allerdings geringen bis mittleren Effektstärken nachweisen [12]. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich in psychosomatischer Rehabilitation depressive Symptome eher besserten, während neurokognitive Einschränkungen länger überdauerten, was den Schluss nahelegt, dass diese nicht ausschließlich als („pseudodemente“) Symptomatik einer Depression anzusehen sind [13].

Um vor dem Hintergrund der intensiven und öffentlichen Diskussion über den Wert rehabilitativer Maßnahmen bei PCS Erkenntnisse über den Einfluss von Erwartungen der Rehabilitanden auf das Behandlungsergebnis zu erhalten, untersuchten wir 61 Versicherte der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) drei Monate nach einer vier- bis sechswöchigen stationären Neurorehabilitation in unserer Klinik

[14]. Wir nutzten die Generic rating scale for previous treatment experiences, treatment expectations and treatment effects (G-EEE) [15], um positive und negative Behandlungserwartungen und Erwartungen von Nebenwirkungen zu registrieren. Primärer Outcome-Parameter war die krankheitsbedingte Einschränkung, gemessen mit dem angepassten Pain-Disability-Index (PDI). Sekundäre Outcome-Parameter betrafen depressive Symptome (gemessen mit dem Patient Health Questionnaire 9 [PHQ-9]), Angstsymptome (gemessen mit dem Generalized Anxiety Disorder-7 Scale [GAD-7]), wahrgenommene somatische Symptome (gemessen mit dem Patient Health Questionnaire-15 [PHQ-15]); zusätzlich wurden die Post-Covid-19 Functional Status Scale (PCFS) und die Chalder Fatigue Scale (CFS) ausgewertet. Das körperliche Leistungsvermögen wurde mit dem 6-Minuten-Gehetest (6-MWT), neuromentale Fähigkeiten mit einer standardisierten neurokognitiven Untersuchung gemessen. Außerdem wurden Entzündungsmarker im Serum bestimmt. Messpunkte waren zu Beginn der Rehabilitation (T0), bei Abschluss der Rehabilitation (T1) und drei Monate nach Rehabilitation (T2) (Details der statistischen Analyse siehe unter [14]).

Die Auswertung ergab signifikante Assoziationen zwischen den Erwartungen der Patienten und dem Behandlungsergebnis. Zusammenfassend waren höhere Nebenwirkungserwartungen zu T0 moderat assoziiert mit größerer krankheitsbedingter Einschränkung, reduzierter körperlicher Fitness und mehr somatischen Symptomen zu T2. Höhere positive Behandlungserwartungen zu T0 waren moderat assoziiert mit einem geringeren funktionellen Status (PCFS) zu T2. Alle anderen Assoziationen waren nicht statistisch signifikant nach umfassender Adjustierung [14].

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Erwartungen der Patienten signifikant assoziiert sind mit physischen und psychischen Behandlungsergebnissen. Insbesondere Nebenwirkungserwartungen erwiesen sich als entscheidender Faktor. Überraschenderweise waren sehr positive Behandlungserwartungen assoziiert mit schlechterem funktionellen Status. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu bis-

herigen rehabilitativen Erfahrungen, auch zu schon existierender Literatur. Eine mögliche Erklärung für dieses unerwartete Ergebnis könnte sein, dass eine sehr positive Erwartung der Patienten in die Rehabilitation sich als zu optimistisch oder unrealistisch erwies. Die Differenz zwischen diesen Erwartungen und den tatsächlich eingetretenen Behandlungsergebnissen kann Erwartungsverletzungen (Expectation violations [16]) nach sich ziehen. Diese Hypothese – wenn sie zuträfe – sollte wichtige Konsequenzen für die klinische und rehabilitative Praxis haben.

### Versuch einer Synthese

Obwohl die überwiegende Mehrzahl PCS-Betroffenen im Laufe von 18 Monaten eine Besserung erfährt und über die Hälfte sogar symptomfrei wird [17], bleibt ein hoher Bedarf an Rehabilitation, um die weiterhin an neuropsychiatrischen Beschwerden Leidenden bestmöglich sozial und beruflich wieder einzugliedern. Dass hohe Somatisierungsanteile und psychiatrische Komorbiditäten, die häufig vorbestehen, vorhanden sind [17], bestätigt die Notwendigkeit psychosomatischer, aber auch somatisch kompetenter Zugänge zu den Patienten. Die Behandlungskonzepte sollten sich aus der individuellen Belastbarkeit angepasster Physiotherapie und sporttherapeutischen Elementen, Psychotherapie in Einzel und Gruppe, bedarfsweise Ergo- und Logopädie, Riechtraining bei An-/Hyposmie, Entspannungsverfahren und Achtsamkeitsübun-

gen zusammensetzen. Gute Erfahrungen haben wir mit musiktherapeutischen Elementen gemacht.

Ein wichtiges und vertrauensbildendes Element in der therapeutischen Beziehung ist die sorgfältige Bewertung der bisherigen organischen Abklärung. Kardiologische und pneumologische Befundberichte liegen in der Regel bei Aufnahme in die Neurorehabilitation vor. Die neurologische Diagnostik wird bedarfsweise vervollständigt, wobei wir in unserer Klinik die Möglichkeit zu umfangreicher Neurophysiologie, Bildgebung und qualifizierter neuropsychologischer Untersuchung nutzen.

Die Behandlung der häufig nachhaltig beeinträchtigten Patienten ist anspruchsvoll, ein gemeinsames Behandlungskonzept zu entwickeln, herausfordernd. Eingangsvoraussetzung ist regelhaft die Rehabilitationsfähigkeit der Phase D nach der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), das heißt selbstständiges Bewegen im Stationsrahmen, selbstständige Körperpflege und das Aufsuchen des Speisesaals zu den Mahlzeiten. Viele PCS-Betroffene beklagen eine messbar deutlich eingeschränkte körperliche Belastbarkeit [18] und eine erhöhte Sensibilität auf Außenreize (vor allem Geräusche). Diese Probleme versuchen wir mit Kompromissen bei den Essenszeiten und situativ angepassten Therapieplänen zu lösen, was eine hohe Flexibilität aller Beteiligten erfordert.

Mittlerweile konnte überzeugend nachgewiesen werden, dass Neurorehabilitation wirksam ist. Unsere Untersuchung [14]

hat gezeigt, wie entscheidend Erwartungen der Betroffenen das Rehabilitationsergebnis beeinflussen können. Jegliches therapeutische Personal – nicht nur, aber besonders der Ärztliche Dienst! – muss sich bewusst sein über diesen starken Einflussfaktor und die Rehabilitanden entsprechend angemessen über Inhalt, Ziel und Prognose einer Rehabilitation aufklären. Zu hohen Erwartungen sollte durch realistische Information begegnet werden, um Enttäuschungen der Rehabilitanden zu verhindern. Mit Patienten in einer solchen angemessenen Form zu kommunizieren, kann helfen, Placeboeffekte zu nutzen und den negativen Einfluss von Noceboeffekten zu reduzieren.

Ein relevantes Problem für Kliniken, die sich in der Post-Covid-Rehabilitation engagieren, ist die aufgrund der Fatigue deutlich niedrigere Therapiedichte der PCS-Patienten insbesondere am Beginn der Rehabilitation. Dies führt beispielsweise in der Logik der Qualitätssicherung der DRV zu einer Abwertung und damit Minderbelegung der behandelnden Einrichtung. Hier besteht dringender Klärungsbedarf.

### Dr. med. Christoph Berwanger

Ärztlicher Direktor/  
Chefarzt Neurologie  
Hardtwaldklinik I  
Hardtstr. 31  
34596 Bad Zwesten  
E-Mail via:  
schulz@hwk1.de



Foto: hwk

## Internationale Deklaration zur Unterstützung der Forschung und Arzneimittelentwicklung für ME/CFS und Long Covid

Die Internationale Deklaration führender Expertinnen und Experten für ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) und Long Covid fordert eine globale und kollaborative Kraftanstrengung, um die biomedizinische Forschung deutlich auszuweiten und die Entwicklung kurativer Behandlungsmöglichkeiten stärker voranzutreiben. Die Deklaration wurde auf der International ME/CFS Conference 2025 in Berlin von Prof. Dr. med. Carmen Scheibenbogen (Charité) angekündigt. Seitdem erhält die Deklaration wachsende internationale Unterstützung und wurde von 67 internationalen For-

schenden unterzeichnet (Stand 1.09.2025). Die Deklaration weist auf die wachsende Gesundheitskrise hin, die durch ME/CFS und Long Covid entsteht. Betont wird die dringende Notwendigkeit, mehr translationale und klinische Studien zur Untersuchung potenzieller Behandlungsoptionen umzusetzen, einschließlich Medikamenten, die für andere Erkrankungen zugelassen sind. Unter folgendem Kurzlink findet sich die Deklaration mit der Möglichkeit zur Unterschrift: <https://t1p.de/wj36v> – der QR-Code führt direkt dorthin. (red)



# Leichenschau: Zwei Fallbeispiele

Seit dem 01.03.2019 erfolgt in Hessen vor Kremierung oder Auslandstransport eines Verstorbenen eine Zweite Leichenschau durch die Rechtsmedizin. Dies bedeutet, dass etwa zwei Drittel der Verstorbenen nach der Ersten (ärztlichen) Leichenschau noch einmal von der Rechtsmedizin gesehen werden – zusammen mit dem Leichenschauschein. Dabei treten immer wieder Defizite zu Tage, die den Kolleginnen und Kollegen, die die Erste Leichenschau durchgeführt haben, üblicherweise in telefonischen Gesprächen vermittelt werden.

Gibt es danach Hinweise auf einen nicht-natürlichen Tod oder verbleibt die Todesart unklar, muss eine Meldung der Rechtsmedizin als Zweitleichenschauer an die Ermittlungsbehörden erfolgen – aus Sicht der Ersten Leichenschau „nachgeholt“ werden. Aber es gibt weitere Meldepflichten, die nach der Ersten Leichenschau nicht immer wahrgenommen wurden und dann erst nach der Zweiten Leichenschau realisiert werden; hier ist als Beispiel die Meldung an die Berufsgenossenschaft zu nennen, bei Verdacht auf einen Tod infolge einer Berufskrankheit.

## Fall 1

Bei der Zweiten Leichenschau an dem Leichnam eines 86 Jahre alt gewordenen Mannes fällt über dem Brustbein ein großer Pflasterverband auf. Darunter ist ein ungeöffnetes Päckchen Einwegtaschentücher wie eine Art Druckverband und darunter – direkt auf der Haut aufliegend – ein einzelnes, nicht aufgefaltetes Einwegtaschentuch. Nach Entfernen sieht man ca. 2 cm links der Körpermittellinie eine ca. 1,5 cm lange glattrandige Haut-



Foto: © Kurt Flügel – stock.adobe.com

sektionstisch. Zur definitiven Klärung der Todesursache ist eine Obduktion unumgänglich. Voraussetzung dafür ist jedoch eine sorgfältig und vollständig durchgeführte ärztliche Leichenschau.

durchtrennung, die leicht schräg verläuft.

Im Leichenschauschein hat der Hausarzt eine natürliche Todesart angekreuzt. Als Todesursache ist ein „Herzversagen“ als Folge von „KHK“, als Folge von „Hypertonie“ eingetragen. Der Hausarzt gibt auf Rückfrage an, dass ihm keine Verletzung aufgefallen sei. Er habe den Leichnam gründlich untersucht.

Der Zweitleichenschauer meldet den Fall an die zuständige Kriminalpolizei. Bei der gerichtlichen Leichenöffnung wird ein todesursächlicher Herzstich festgestellt.

## Fall 2

Bei dem zu Hause verstorbenen 69-Jährigen hat der Hausarzt als Todesursache ein „Respiratorisches Versagen“ als Folge von „Pleuramesotheliom“, als Folge von „Asbest“ eingetragen. Die Todesart ist als natürlich klassifiziert. Bei der Zweiten Leichenschau ergeben sich bis auf einen an-

gedeuteten Fassthorax keine Auffälligkeiten. Es erfolgt eine telefonische Rücksprache bei dem Hausarzt zu der Frage, ob er den Tod bei der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet habe. Der hausärztliche Kollege gibt sich völlig verständnislos: Damit habe er doch nichts zu tun. Über die Angehörigen ermittelt der Zweitleichenschauer die zuständige Berufsgenossenschaft. Dort erfährt er, dass bislang noch gar kein Berufskrankheitsfall angelegt sei. Im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Obduktion wird das Pleuramesotheliom gesichert und nach den arbeitstechnischen Ermittlungen als Berufskrankheit (Ziffer 4105) anerkannt. Die Witwe erhält ein Sterbegeld und eine Rente.

### Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff

Direktor des  
Instituts für  
Rechtsmedizin am  
Universitätsklinikum  
Frankfurt  
E-Mail via  
haebl@laekh.de

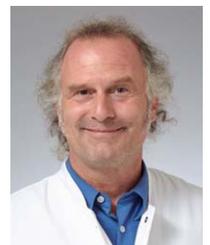


Foto: Universitätsklinikum Frankfurt

Ein Interview mit Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff „Die Bedeutung der Leichenschau für die ärztliche Praxis“ ist in der Ausgabe 7/8 2025, S. 401 abgedruckt: <https://t1p.de/pixia>

Theorie und Praxis der Leichenschau		Kursleitung: Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff
vsl. Termine für 2026: 02.09., 16.09., 23.09. & 30.09.2026		
Information und Anmeldung:	Sandra Scherbel Fon: 06032 782-283 E-Mail: <a href="mailto:sandra.scherbel@laekh.de">sandra.scherbel@laekh.de</a>	 <a href="http://www.akademie-laekh.de">www.akademie-laekh.de</a>
Kurzlink:	<a href="https://t1p.de/6kt8z">https://t1p.de/6kt8z</a>	



## Abteilungen stellen sich vor

# Die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen

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

Was sind die Aufgaben der Landesärztekammer Hessen? Die Antwort auf diese Frage ergibt sich aus § 5 Heilberufsgesetz, in dem die Berufsaufsicht, die neben der ärztlichen Weiterbildung das Herzstück der ärztlichen Selbstverwaltung ist, prominent an erster Stelle genannt ist.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe sind in der Rechtsabteilung der Landesärztekammer neun Syndikusrechtsanwältinnen und -anwälte sowie fünf Sachbearbeiterinnen im Sekretariat tätig. Justitiar und Juristischer Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen ist seit 2010 Manuel Maier, mit Claudia Schön und Andreas Wolf als stellvertretende Justitiare.

Im Rahmen der Berufsaufsicht ist die Rechtsabteilung präventiv und restriktiv tätig.

Die präventive Berufsaufsicht umfasst die **Rechtsberatung und Vertragsprüfung:**

Die Rechtsabteilung bietet ihren Mitgliedern eine umfassende Beratung zu berufsrechtlichen Fragestellungen. Berufsrechtliche Themen, die regelmäßig angefragt werden, wurden thematisch aufgearbeitet und sind auf unserer Website veröffentlicht: <https://www.laekh.de/fuer-aerztin>

nen-und-aerzte/rund-ums-recht/publicationen-und-merkblaetter

Die Rechtsabteilung unterstützt die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen telefonisch oder schriftlich – zum Beispiel bei Fragen zu Themen wie Aufbewahrungsfristen, Datenschutz, Niederlassung in eigener Praxis, Schweigepflicht, Werbemöglichkeiten oder Zusammenarbeit mit Dritten. Zudem prüft sie Verträge auf ihre Vereinbarkeit mit der Berufsordnung.

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft bietet die Rechtsabteilung beispielsweise eine kostenfreie Prüfung von Kooperationsverträgen an. Dieses Clearingverfahren können Ärztinnen und Ärzten, Medizinische Versorgungszentren, Praxisverbände und Krankenhäuser in Hessen nutzen.

Die restriktive Berufsaufsicht ist die klassische **Berufsaufsicht:**

Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde über hessische Ärztinnen und Ärzte an die Rechtsabteilung wenden. Bei Vorwürfen zu Behandlungsfehlern unterstützt die Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer.

Bei Beschwerden von Ärztinnen und Ärzten steht die Vermittlung im Vordergrund. Dabei können Schlichtungsausschüsse bei den Bezirksärztekammern hinzugezogen

werden. Falls jedoch eine berufsrechtliche Sanktion voraussichtlich erforderlich ist, legt die Rechtsabteilung den Fall dem Präsidium zur Entscheidung vor. Die Entscheidung über weitere berufsrechtliche Maßnahmen trifft daher als Ausdruck der ärztlichen Selbstverwaltung das Präsidium der Landesärztekammer Hessen.

Strafverfahren gegen Ärztinnen und Ärzte – etwa wegen Körperverletzung, Abrechnungsbetrug oder Trunkenheitsfahrten – werden uns von Staatsanwaltschaften gemeldet. Die Rechtsabteilung prüft den Sachverhalt und legt, ähnlich wie bei den Patientenbeschwerden, den Fall ggf. dem Präsidium zur Entscheidung vor, ob ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet wird.

Vorwürfe zu Behandlungsfehlern werden nicht von der Rechtsabteilung, sondern von der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen bearbeitet, die in ihrer Arbeit von der Kammer unabhängig ist.

**Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):**

Das bei der Rechtsabteilung angesiedelte GOÄ-Referat berät die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen bei Abrechnungsfragen und prüft bei Bedarf ärztliche Liquidationen. Sofern aus Sicht des GOÄ-Referats weitere berufsrechtliche

Fotos: Peter Jülich/Manuel Maier



Die Justitiare der Landesärztekammer Hessen: Manuel Maier, Juristischer Geschäftsführer, und seine Stellvertreter Claudia Schön und Andreas Wolf.



Schritte erforderlich sind, legt es die Sachverhalte dem Präsidium der Landesärztkammer Hessen zur Entscheidung vor. Insgesamt wurden im Jahr 2024 in der Rechtsabteilung sowie dem GOÄ-Referat mit Unterstützung der Bezirksärztkammern ungefähr 3.600 Vorgänge bearbeitet.

#### Certificates of Good Standing:

Basierend auf den berufsrechtlichen Ergebnissen, stellt die Landesärztkammer Hessen Bescheinigungen aus, die bestätigen, dass keine berufsrechtlichen Maßnahmen gegen ein Mitglied ergriffen wurden.

Neben der präventiven und restriktiven Berufsaufsicht ist die

#### Inhouse-Rechtsberatung:

eine der wesentlichen Aufgaben der Rechtsabteilung. Sie unterstützt die Dele-

giertenversammlung, das Präsidium, Bezirksärztkammern und Gremien der Landesärztkammer in rechtlichen Angelegenheiten. Dazu gehört u. a. die Erstellung von Satzungen, Richtlinien und Verträgen, die Koordination von Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben oder die Organisation von Wahlen (nächste Wahl: 2028). Außerdem vertreten unsere Syndikusrechtsanwältinnen und -anwälte die Landesärztkammer bei verwaltungsrechtlichen Streitigkeiten.

#### Benennung ärztlicher Sachverständiger:

Rund 1.400 Anfragen von Gerichten, Staatsanwaltschaften, Versicherungen und Rechtsanwälten erreichen die Landesärztkammer Hessen jährlich. Hierfür benennt die Rechtsabteilung geeignete Sachverständige.

#### Koordination der Ombudsstellen:

Abschließend unterstützt die Rechtsabteilung ehrenamtliche Ombudspersonen bei der Bearbeitung sensibler Themen wie: Drogen- und Suchtprobleme, Konflikte in der ärztlichen Entscheidungsfreiheit, Menschenrechte, Rassismus und Diskriminierung, Klimaschutz, Mobbing, Missbrauchsfälle in ärztlichen Behandlungen, Ärztliche Weiterbildung.

#### Informationen:

Auf unserer Website finden Sie die aktuell gültigen Rechtsquellen sowie Informationen und Publikationen zu Rechtsfragen und den zuständigen Stellen in der Landesärztkammer: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/rund-ums-recht>

Maren Siepmann  
Andreas Wolf

## Austausch von elektronischen Heilberufsausweisen

Ab dem 1. Januar 2026 dürfen eHBA der Generation 2.0 aus Sicherheitsgründen (Pressemeldung der Bundesnetzagentur vom 06.09.2024\*) nicht mehr eingesetzt werden, da diese nur den Verschlüsselungsalgorithmus RSA 2048-Bit verwenden. Davon ist eine große Anzahl der derzeit im Umlauf befindlichen elektronischen Heilberufsausweise betroffen. Ein Austausch dieser Karten ist noch im Laufe dieses Jahres erforderlich. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um eHBA der Anbieter D-Trust/Bundesdruckerei und DGN/medisign.

Die eHBA der Nachfolgegeneration 2.1 verfügen zusätzlich über den Verschlüsselungsalgorithmus ECC (Elliptic Curve Cryptography), der ab 2026 den alten RSA-Algorithmus ablösen wird. Diese Verschlüsselung entspricht nicht nur dem aktuellen Stand der Technik, sondern ge-

währleistet auch die Zukunftsfähigkeit und Performance der Telematikinfrastruktur. Die Kartengeneration ist auf der Rückseite des elektronischen Heilberufsausweises oben rechts unter dem CE-Zeichen vermerkt und kann mit einem Blick geprüft werden. Für Ausweise der Generation 2.1 ist kein Austausch notwendig.

#### Frühzeitiges Handeln verhindert Nutzungsausfälle

Die Anbieter werden die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in mehreren Informationswellen gezielt anschreiben und über das notwendige Vorgehen informieren. Die Verfahren zum Kartentausch unterscheiden sich im Detail zwischen den Anbietern. Die Anbieter informieren darüber hinaus auf eigenen Webseiten (Bundesdruckerei, medisign) ausführlich zum Thema.

- Informationen der Bundesdruckerei: <https://www.d-trust.net/de/support/ehba>
  - Informationen der medisign GmbH: <https://www.medisign.de/startseite/hinweise-stoerungen/>
- eHBA der Generation 2.0 ohne ECC-Unterstützung werden automatisch zum 31.12.2025 gesperrt. Sie können ab dem 01.01.2026 Ihre Karte nicht mehr für den Zugang zur Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen oder zum Signieren von z. B. E-Rezepten verwenden. Um die berufliche Handlungsfähigkeit zu sichern, sollten Ärztinnen und Ärzte in jedem Falle rechtzeitig auf das Anschreiben ihres Anbieters reagieren und den für den Austausch notwendigen Schritten folgen.

**Bundesärztkammer**

\* Vor dem Hintergrund der „Empfehlung für die Nutzung von Algorithmen“ auf dieser Seite (eIDAS 2.0, Kurzlink: <https://t1p.de/7m3c>) weist die Bundesnetzagentur auf folgenden aktuellen Sachverhalt hin. Der RSA-Algorithmus mit einer Schlüssellänge von 2048 Bits verliert gemäß dem aktuellen SOG-IS-Katalog v1.3 zum 31.12.2025 seine Eignung. Dasselbe gilt für alle RSA-Schlüssellängen mit mindestens 1900 und weniger als 3000 Bits. Insbesondere Vertrauensdiensteanbieter und Konformitätsbewertungsstellen, aber auch benannte Stellen für die Zertifizierung von qualifizierten Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheiten sind daher dringend aufgerufen, die verwendeten kryptographischen Algorithmen ihrer Produkte und Dienste zu überprüfen und ggf. rechtzeitig anzupassen.



# Parkinsonkrankheit: Das wichtigste Wissen aus den neuen Leitlinien und aus der Praxis

VNR: 2760602025295220004

Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer

Die Parkinsonkrankheit betrifft vor allem (jedoch nicht ausschließlich) ältere Menschen zwischen 60 und 70 Jahren. Hochrechnungen zufolge werden sich die Prävalenzen (von aktuell 150 auf 100.000 Einwohner) 2040 nahezu verdoppeln.

## Ursachen der Parkinsonkrankheit: Was wissen wir heute?

Als Ursachen für die Parkinsonkrankheit sind vor allem vermehrter Umgang mit Pestiziden und Herbiziden sowie wiederholte Kopfverletzungen bekannt. Die Parkinsonkrankheit tritt im höheren Lebensalter häufiger auf. Neuroleptika können zudem extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen ähnlich einem Parkinson verursachen. In schätzungsweise 15–20 % geht die Parkinsonkrankheit auf genetische Ursachen zurück.

Auch ein Diabetes mellitus und andere Gefäßrisikofaktoren können eine Parkinsonkrankheit triggern. Zudem gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass Virusinfektionen mit für das Auslösen von Parkinson verantwortlich sein können. In Europa verursachte vor knapp 100 Jahren die Spanische Grippe mit dem Influenzavirus (Subtyp A/H1N1) enzephalitische Formen der

Parkinsonkrankheit. Daraufhin wurden in Europa erste Parkinsonfachkliniken eingerichtet. So wurde die Paracelsus-Elena-Klinik in Kassel 1937 gegründet, sie ist die älteste und größte deutsche Parkinsonfachklinik.

## Motorische und nicht-motorische Symptome

Soweit wir bislang wissen, beginnt die Parkinsonkrankheit und damit die Aggregation von  $\alpha$ -Synuklein viele Jahre bis Jahrzehnten vor dem Auftreten der ersten motorischen Symptome. In diesem frühen Stadium der Erkrankung zeigen sich sogenannte nicht-motorische Symptome wie Hyposmie, Obstipationsneigung, Depression und/oder REM-Schlaf-Verhaltensstörung mit dem Ausleben von Träumen. Diese nicht-motorischen Symptome sind typisch für die sehr frühe (oder auch „prodromale“) Phase der Parkinsonkrankheit. Definiert ist die Parkinsonkrankheit aktuell nach wie vor anhand von motorischen Symptomen, nämlich Bradykinese, in Kombination mit mindestens entweder Rigor oder Ruhetremor oder beidem. In der Regel tritt die Parkinsonkrankheit zunächst einseitig auf und geht erst einige

Jahre nach den ersten motorischen Beschwerden auch auf die andere Seite über; wobei die zuerst betroffene Seite im weiteren Verlauf die stärker betroffene Seite bleibt. Der Tremor bei Parkinson ist üblicherweise ein Ruhetremor, der teilweise auch eine Haltetremorkomponente haben kann, jedoch nicht alleinig als Haltetremor imponiert (wie der essenzielle Tremor). Rigor und Hypokinese sind anfänglich meist auf derselben Seite stärker oder auch alleinig vorhanden.

Typisch für die Parkinsonkrankheit ist das gute Ansprechen dieser motorischen Symptome auf dopaminerge Medikamente. Im Verlauf der Erkrankung treten, neben beidseitigem Rigor, Tremor und Bradykinese, auch weitere motorische Symptome auf: Gangstörungen, oft auch mit schlurfendem oder kleinschrittigem Gangbild, und sogenanntem Freezing mit Startstörung. Die posturale Instabilität kommt oft in Verbindung mit kognitiven Defiziten vor und erhöht die Sturzneigung. Die kognitiven Defizite zeigen sich anfangs meist als „mild cognitive impairment“ und gehen dann oft in eine Demenz über. Auch das Auftreten von Halluzinationen (oder auch wahnhafter Symptomatik) ist möglich, weshalb im weiteren Verlauf der

Erkrankung vor allem die halluzinationsauslösenden Medikamente angepasst werden müssen (siehe Kapitel Therapie). Neben der Dysarthrophonie sind Schluckstörungen im späteren Verlauf sehr häufig und bedürfen gegebenenfalls einer Anpassung der Kostform (oder gar PEG-Versorgung), um Aspirationen zu vermeiden. Sehr häufig entwickeln Parkinsonpatienten im Verlauf der Erkrankung (meist nicht zu Beginn, siehe Differenzialdiagnosen) eine Inkontinenz, die sich zunächst oft durch eine Urge-Symptomatik und Pollakisurie äußert.

Ein größeres Problem im Verlauf der Parkinsonkrankheit ist die orthostatische Dysregulation, die sich in einem pathologischen Schellong-Test mit dem Abfall des systolischen Blutdrucks um mindestens 20 mmHg vom Liegen in den Stand zeigt. Patienten berichten oft von Schwindel im Stehen oder aber dem sogenannten Kleiderbügelschmerz in der Schulterregion. Diese Dysregulation wird oft durch die dopaminergen Medikamente verstärkt und bedarf einer Anpassung (Reduktion) der Blutdruckmedikation. Viele Patienten haben allerdings insbesondere nachts einen hohen Blutdruck. Stützstrümpfe/abdominelle Bauchbinden, erhöhte Trinkmenge am Morgen und das Oberkörperhoch-Liegen um 30° in der Nacht können effektive Maßnahmen sein, bevor medikamentös eingegriffen werden muss (siehe unten).

Je nach medikamentöser Einstellung entwickeln die Parkinsonpatienten nach vier bis sechs Jahren motorische Wirkfluktuationen mit anfänglich nachlassender Medikamentenwirkung bis hin zu Dyskinesien im ON (fast ausschließlich durch Levodopatherapie) und Hypokinese/Akinese im OFF. In den OFF-Phasen können auch „nicht-motorische OFF-Phänomene“ auftreten in Form von passagerer Angst und/oder Depression, die oft schwer als „nicht-motorische OFF-Phänomene“ zu erkennen sind.

**Differenzialdiagnosen der Parkinsonkrankheit**

Das extrapyramidalmotorische Parkinsonsyndrom tritt vor allem bei der, wie oben beschriebenen, Parkinsonkrankheit auf. Das schlechte Ansprechen der motori-

schen Symptome auf dopaminerge Präparate, ein schneller Verlauf und das klinische Auftreten von „Red Flags“ deuten auf ein atypisches Parkinsonsyndrom hin (Tab. 1).

Hierbei am häufigsten ist die Multisystematrophie (MSA; ebenfalls durch α-Synuklein-Aggregation verursacht, allerdings in den Gliazellen und nicht wie bei der Parkinsonkrankheit in den Neuronen).

Patienten mit einer MSA werden eingeteilt in MSA-P (vorwiegend Parkinsontyp) oder MSA-C (Überwiegen von zerebellären Anteilen). Gemeinsam bei beiden Patiententypen ist oftmals ein sehr frühes Auftreten vegetativer Symptome wie Harninkontinenz, Erektionsstörungen bei Männern, orthostatische Dysregulation und häufiges Verschlucken sowie Dystonien und ein Antekollis.

Patienten mit einer MSA haben, wie es für α-Synuklein-Aggregationserkrankungen üblich ist, auch oft eine REM-Schlafverhaltensstörung und zuweilen einen inspiratorischen Stridor, der oft nachts durch „Giemer“ auffällt.

Eine weitere α-Synuklein-Aggregationserkrankung ist die Demenz mit Lewy-Körpern (DLB), die vor oder spätestens ein Jahr nach dem Auftreten der motorischen

Parkinsonsymptome mit einer demenziellen Entwicklung einhergeht. Abzugrenzen sind die Parkinsonpatienten, die später eine Demenz entwickeln. Diese Parkinsondemenz (PDD) wird von einer DLB unterschieden. Typisch für eine DLB ist weniger das geringe Ansprechen auf dopaminerge Therapie (ein Einsatz der dopaminergen Therapie wird oft limitiert durch das Auftreten von Halluzinationen oder Wahnsymptomen) als mehr die Überempfindlichkeit gegenüber typischen Neuroleptika. Klassische Symptome sind meist eine fluktuierende Vigilanz, optische Halluzinationen, das geringe Ansprechen auf dopaminerge Substanzen (nur in 30 % der Fälle) und eine orthostatische Dysregulation. Von diesen drei α-Synuklein-Aggregationserkrankungen (PD, MSA und DLB/PDD) werden Tau-Protein assoziierte Erkrankungen abgegrenzt:

Die progressive supranukleäre Blickparese (Progressive Supranuklear Palsy; PSP) zeichnet sich durch frühe Stürze und eine supranukleäre Blickparese (typischerweise nach unten) aus, ist oft mit kognitiven Defiziten einhergehend und reagiert kaum auf Parkinsonmedikation.

Die kortikobasale Degeneration (CBD) zeigt typischerweise einen einseitigen Be-

**Tab. 1: „Red Flags“: Symptome als Hinweis auf ein anderes/atypisches Parkinsonsyndrom (im Gegensatz zur klassischen Parkinsonkrankheit)**

1. Rasche Verschlechterung der Gangstörung mit der Notwendigkeit eines Rollstuhls nach < 5 Jahren
2. Keinerlei Verschlechterung der Symptome über fünf Jahre außer die klinische Stabilisierung durch Medikation
3. Frühe bulbäre Zeichen: Dysarthrophonie, Dysarthrie, Dysphagie innerhalb der ersten fünf Jahre
4. Inspiratorischer Stridor
5. Ausgeprägte autonome Dysfunktion in den ersten fünf Jahren (a) orthostatische Dysfunktion (b) Harnretention/Harninkontinenz
6. Wiederholte Stürze (> 1/Jahr) wegen Instabilität innerhalb der ersten drei Jahre
7. Antekollis oder Kontrakturen der Extremitäten in den ersten zehn Jahren
8. Fehlen von nicht-motorischen Symptomen in den ersten fünf Jahren (REM-Schlafverhaltensstörung, Obstipation, Harninkontinenz, Orthostase, Hyposmie oder psychiatrische Symptome wie Angst, Depression oder Halluzinationen)
9. Pyramidenbahnzeichen (anderweitig nicht erklärt)
10. Beidseits symmetrischer Parkinson ohne Seitendominanz



Ein Riechtest kann wichtige Hinweise auf eine beginnende Parkinsonkrankheit geben. Ungefähr 80 % der Parkinsonpatienten haben eine Verminderung des Geruchssinns. Hyposmie ist somit ein häufiges und oft frühes Symptom der Parkinsonkrankheit, das schon Jahre vor den motorischen Symptomen auftreten kann.

ginn mit dystonen, apraktischen Elementen (was auch als „alien-limb-Phänomen“ bezeichnet wird) einer Extremitätenseite, teilweise mit Myoklonien und ebenso früh kognitiven Defiziten.

### Zusatzuntersuchungen: Was bei der Differenzialdiagnose hilft

Bei Verdacht auf eine Parkinsonkrankheit oder ein atypisches Parkinsonsyndrom sollte eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Kopfes erfolgen, um andere Ursachen wie vaskuläre Enzephalopathie, Normaldruckhydrozephalus oder Tumore auszuschließen. Bei den atypischen Parkinsonsyndromen können Veränderungen gesehen werden, die diagnostisch in der Einordnung helfen: Bei der PSP kommt es zu einer Mittelhirnatrophie, bei der CBD zu einer asymmetrischen kortikalen Atrophie und bei der MSA zu Eisenablagerungen in den Basalganglien und /oder Gliosen im Hirnstamm bzw. Kleinhirn.

Eine Dopamintransporter-Szintigraphie wiederum hilft nicht bei der Differenzierung zwischen Parkinsonkrankheit und atypischen Parkinsonsyndromen: Bei den atypischen Parkinsonsyndromen zeigen sich wie bei der Parkinsonkrankheit Dopamintransporterdefizite; diese sind aber oft früh schon symmetrisch. Eine Dopamintransporterszintigraphie macht vor allem Sinn bei frühen Parkinsonsyndromen,

wenn die Klinik und das Ansprechen auf dopaminerge Medikamente nicht eindeutig sind; dies gilt vor allem bei Tremorerkrankungen. Gerade in der Abgrenzung zum essenziellen Tremor mit meist beidseitigem, aber auch oft asymmetrischem Tremor ist eine Dopamintransporterszintigraphie sinnvoll, insbesondere, da Patienten mit essenziellem Tremor im weiteren Verlauf eine Parkinsonkrankheit entwickeln können. Wichtig bei der Dopamintransporterszintigraphie ist oft die nicht nur rein visuelle, sondern auch quantitative Auswertung im Vergleich zu einem gesunden Kontrollkollektiv.

Die Parkinsonkrankheit untermauern kann neben dem Fragen nach nicht-motorischen Symptomen auch die Objektivierung der Riechstörung mittels speziellen Riechtests (siehe Abb.).

Die REM-Schlaf-Verhaltensstörung kann mittels video-gestützter Polysomnographie (PSG) objektiviert werden. Bei einer MSA tritt oft erstmals nachts der oben schon erwähnte inspiratorischer Stridor auf, der ebenfalls mittels PSG objektiviert werden kann.

Differenzialdiagnostisch hilfreich (aber von den Leitlinien nicht mehr generell empfohlen aufgrund der diagnostischen Unsicherheiten z. B. bei Resorptionsstörungen) ist ein standardisierter Levodopatest. Hier wird nüchtern und nach Vorbereitung mit Domperidon 250 mg Levodo-

pa in löslicher Form genommen oder Apomorphin gespritzt und die motorischen Symptome 60 bzw. 120 Minuten nach der Einnahme mittels Unified Parkinson's Disease Rating Scale part III (UPDRS) untersucht. Eine Verbesserung um > 30 % gilt als positiv und hinweisend auf eine Parkinsonkrankheit.

Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung einer Parkinsonkrankheit zu einer MSA mit vegetativen Symptomen eignen sich der Schellong-Test mit Blutdruckmessung im Liegen und Stehen sowie eine Restharnsonographie. Auch eine fiberoendoskopische Schluckdiagnostik (FEES) kann differenzialdiagnostisch helfen und auch zur Einschätzung der Aspirationsgefahr bei fortgeschrittenem Parkinson oder früher bei atypischen Parkinsonsyndromen beitragen.

Eine Liquorpunktion kann insbesondere zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung bei früher Demenz oder auch zum Ausschluss einer entzündlichen Ursache zum Einsatz kommen. Bei DLB ist in der Regel das  $\beta$ -Amyloid 1-42 erniedrigt und das Tau-Protein im Liquor normal (in Abgrenzung zum M. Alzheimer, wo das Tau-Protein im Liquor in der Regel erhöht ist). Neuere Studien zeigen zudem, dass das pathologische  $\alpha$ -Synuklein im Liquor durch „Seed Aggregation Assays“ nachgewiesen werden kann. Diese Assays basieren darauf, dass ein rekombinant hergestelltes, monomeres  $\alpha$ -Synuklein in einer Liquorprobe durch das darin vorhandene aggregierte  $\alpha$ -Synuklein ebenfalls aggregiert. So kann spezifisch eine  $\alpha$ -Synuklein-Aggregationserkrankung nachgewiesen werden. Das Verfahren wird zur Zeit vor allem in Forschungsstudien verwendet und ist in Deutschland noch nicht in der Routine verankert.

### Therapie der motorischen Symptome

Therapeutisch steht uns gegen die motorischen Symptome eine große Auswahl an dopaminergen Substanzen zur Verfügung, die je nach Stadium, Alter der Patienten, Komorbiditäten und Komedikation individuell angepasst werden können: Folgende Präparate-Gruppen (mit Nennung der häufigsten Nebenwirkungen) stehen aktuell zur Verfügung:

**Levodopa:** Steht oral immer in fester Kombination mit einem Decarboxylasehemmer (Carbidopa oder Benserazid) zur Verfügung. Retardierte Levodopapräparate eignen sich für die abendliche Gabe, sollten aber aufgrund der längeren Resorptionszeiten nicht tagsüber gegeben werden. Lösliche Formen von Levodopa mit schnellerem Wirkungseintritt können zum Start in den Tag oder bei Bedarf eingenommen werden. Inhalatives Levodopa gibt es nur ohne Decarboxylasehemmer und sollte daher nur in Kombination mit oralem Levodopa bei Bedarf eingenommen werden.

**Dopaminagonisten** haben sich in jüngerer Zeit weiterentwickelt. Ergot-Dopaminagonisten sollten nicht mehr zur Anwendung kommen. Die vorhandenen oralen Dopaminagonisten Pramipexol und Ropinirol liegen in retardierter und unretardierter Form vor. Die retardierte Form muss nur einmal täglich eingenommen werden und ist zur Vermeidung früher Fluktuationen den nicht-retardierten Formen vorzuziehen.

Zu den oben genannten Dopaminagonisten gibt es das orale Piribedil mit einem etwas besseren Nebenwirkungsprofil und das transdermale Rotigotin mit einer kürzeren Halbwertszeit, dafür aber besserer

Verfügbarkeit bei Resorptionsstörungen des Magen-Darm-Traktes. Der stärkste Dopaminagonist, das Apomorphin, kann bei einigen Patienten als subkutane Pumpentherapie (bei ausgeprägten Fluktuationen und Dyskinesien sowie Dystonien), aber auch bei Bedarf als subkutaner Pen sowie neuerdings als sublingualer Film verwendet werden.

Beim Einsatz von Dopaminagonisten ist es wichtig, über die häufigsten möglichen Nebenwirkungen wie Trugwahrnehmungen/Halluzinationen bis hin zur Psychose (letzteres vor allem bei älteren Patienten), Beinödeme, Tagesmüdigkeit und vor allem mögliche Impulskontrollstörungen zu informieren. Letztere treten überwiegend bei jüngeren Patienten auf und können sich durch Ess-, Spiel- oder Kaufsucht, Libidosteigerung und Punding äußern. In diesem Fall sollten keine Dopaminagonisten oder nur in sehr niedrigen Dosierungen gegeben werden.

**COMT-Hemmer:** Die COMT-Hemmer Entacapon (kurzwirksam) und Opicapon (länger wirksam) hemmen den Abbau von Levodopa und sollten (erst) bei Auftreten von motorischen Wirkfluktuationen zum Einsatz kommen. Diese zeigen sich in der Regel nach vier bis sechs Jahren mit nachlassender Medikamentenwirkung von Le-

vodopa (sogenanntes wearing-off). Auch dabei müssen Nebenwirkungen wie Halluzinationen in Betracht gezogen werden. Ebenso können diese Medikamente orthostatische Dysregulation und Durchfälle triggern. Tolcapon sollte aufgrund der Hepatotoxizität nicht mehr oder nur mit engmaschigen Leberwertkontrollen eingesetzt werden.

**MAO-B-Hemmer:** Die MAO-B-Hemmer Rasagilin oder Selegilin hemmen den Abbau von körpereigenem Dopamin. Sie können zu Beginn als Monotherapie eingesetzt werden oder als „add on“ bei Therapie mit Levodopa und motorischen Wirkfluktuationen (im Sinne von „wearing-off“). Safinamid sollte nicht als Monotherapie, sondern nur in Kombination mit Levodopa bei Parkinson mit motorischen Wirkfluktuationen eingenommen werden.

**NMDA-Rezeptor-Antagonist:** Amantadin ist eines der ältesten Parkinsonmedikamente überhaupt. Es kann bei speziellen Problemen wie Dyskinesien zum Einsatz kommen. Häufige Nebenwirkungen sind allerdings QTc-Zeit-Verlängerungen im EKG, Beinödeme sowie Halluzinationen durch ein anticholinerges Wirkprofil. Bupropion sollte nicht mehr zum Einsatz kommen. Ebenfalls ist von der Gabe anderer

Tab. 2: Zusammenfassung der möglichen Parkinsontherapien \*

	Biologisch junger Patient, wenig Komorbiditäten	Biologisch älterer Patient, viele Komorbiditäten und Komedikation
Initialtherapie	MAO-B-Hemmer	Levodopa 3–400 mg
	MAOB-Hemmer + Dopaminagonist	
	MAO-B-Hemmer + Dopaminagonist + Levodopa (3–400 mg)	
Bei Fluktuationen	MAO-B-Hemmer + Dopaminagonist + Levodopa (3–400 mg) + COMT-Hemmer + Levodopa retard abends + Levodopa löslich/inhalativ (THS erwägen)	Levodopa alle 4, 3, 2 h + Levodopa retardiert abends + Levodopa löslich/inhalativ Ggf. COMT-Hemmer Ggf. Rotigotin (kurze Halbwertszeit)
Bei Dyskinesien	MAO-B-Hemmer + Dopaminagonist + Levodopa Einzeldosis reduzieren + Levodopa retard + Levodopa löslich/inhalativ + Amantadin (THS oder Apomorphinpumpe)	Levodopa Einzeldosis reduzieren Ggf. Amantadin
Bei stärksten Fluktuationen	THS oder Pumpentherapien	Pumpentherapien mit Levodopamono-therapie (via PEJ oder subkutan)

\* Dies dient lediglich als genereller Vorschlag; es müssen immer Nebenwirkungen im Einzelfall beachtet werden.

### Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Parkinsonkrankheit: Das Wichtigste Wissen aus den neuen Leitlinien und aus der Praxis“ von Univ. Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer finden Sie hier abgedruckt und im Mitgliederportal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.09.2025 bis

24.03.2026 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)

Anticholinergika aufgrund der Nebenwirkungen abzurufen. Ausnahme: in speziellen Fällen von sonst therapieresistentem Tremor.

#### Therapiestrategien

Bei der Wahl der initialen Therapie sollten die Schwere der Symptome, die möglichen Nebenwirkungen, das Alter, die Komorbiditäten sowie das psychosoziale Umfeld (Machbarkeit der oralen Einnahme, Pflasterapplikation etc.) berücksichtigt werden. Bei der Wahl der initialen Therapie spielen Pumpentherapien keine Rolle. Diese sind erst in fortgeschrittenen Phasen der Krankheit angezeigt.

Bei milden ersten Symptomen und biologisch jüngeren Patienten kann mit einem MAO-B-Hemmer begonnen werden. Dieser unterstützt die körpereigenen Dopaminreserven, indem der Abbau gehemmt und dadurch mehr Dopamin im synaptischen Spalt an die Rezeptoren der Postsynapse gebunden werden kann. MAO-B-Hemmer haben teilweise eine gute Tremorwirkung, wirken sich positiv auf das möglicherweise durch Dopaminmangel ausgelöste Stimmungstief aus und haben verhältnismäßig wenige Nebenwirkungen. In einer Studie mit dem MAO-B-Hemmer Rasagilin wurde für 1 mg zudem ein neuroprotektiver Effekt gezeigt. Bei jüngeren Patienten und bei ausgeprägteren motorischen Beschwerden kann ein Dopaminagonist zu dem MAO-B-Hemmer gegeben werden.

Levodopa (mit Benserazid oder Carbidopa) führt oft zu einer guten Wirkung auf die motorischen Beschwerden. In den ver-

gangenen Jahren wurde der frühe Einsatz von Levodopa skeptisch betrachtet, da Levodopa das Auftreten motorischer Fluktuationen mit Dyskinesien und OFF-Symptomen triggern kann. Inzwischen weiß man aber, dass es kaum ein anderes Medikament gibt, das derart effektiv am Rezeptor wirkt. Daher kann es bereits früh eingesetzt werden, zum Beispiel zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Allerdings darf es nur in niedrigen Dosierungen (und bei Jüngeren in Kombination mit einem Dopaminagonisten und ggf. auch MAO-B-Hemmer) gegeben werden. Circa 300–400 mg täglich, auf drei bis vier Einzeldosen aufgeteilt, sind zu Beginn ausreichend. Wenn pulsatile orale Levodopapräparate gegeben werden, erhöht sich das Risiko für das Auftreten von Dyskinesien.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung, wenn die Dopaminreserven der Präsynapse schwinden, rarefizieren sich auch die Rezeptoren der Postsynapse, so dass Levodopa in kürzeren Abständen eingenommen werden muss. Von anfänglich drei- bis viermal täglich kommt es zu Einnahmen im Vier-, Drei- oder Zweistundenrhythmus.

Um diese häufigen Einnahmezeiten zu vermeiden, helfen COMT-Hemmer, was sowohl die Wirkung als auch die Dauer der Wirkung von Levodopa erhöht.

Motorische Wirkfluktuationen beginnen in der Regel mit nachlassender Medikamentenwirkung von Levodopa, so dass Levodopa in regelmäßigem Abstand eingenommen und abends mit einer retardierten Levodopamedikation kombiniert werden sollte. Zur Verlängerung der Levodopawirkung kann ein COMT-Hemmer

und/oder ein MAO-B-Hemmer hinzugegeben werden. Bei morgendlicher Akinesie oder zwischenzeitlichen OFF-Phasen ist Levodopa in löslicher oder inhalativer Form nach dem Aufwachen und/oder bei Bedarf zusätzlich eine Möglichkeit.

Bei Dyskinesien sollte die Einzeldosis Levodopa reduziert werden. Amantadin oder Safinamid können ebenfalls unter Berücksichtigung von möglichen Nebenwirkungen zur Reduktion von Dyskinesien eingenommen werden.

#### Behandlung von Tremor bei der Parkinsonkrankheit

Nicht jeder Tremor bei Parkinson reagiert auf Levodopa, manche erst mit höheren Dosierungen. Zur Vermeidung von frühen Fluktuationen und Dyskinesien durch hohe Levodopadosen sollte eine Kombinationstherapie mehrerer Präparate angestrebt werden: In der Regel haben Dopaminagonisten eine gute Tremorwirkung, insbesondere Pramipexol. Pramipexol kann auch bei therapierefraktärem Tremor pulsatil eingesetzt werden. MAO-B-Hemmer haben ebenfalls eine gute Tremorwirkung. Anticholinerge Medikamente sollten gegen Tremor nur in Einzelfällen und nach Abwägen der Nebenwirkungen eingesetzt werden. Parkinsonpatienten mit Tremor reagieren sehr gut auf eine Tiefenhirnstimulation (THS), müssen aber genauestens ausgewählt werden (Details siehe unten). Ein Haltetremor wird meist nicht durch dopaminerge Präparate besser; dabei können Primidon oder auch Propranolol in sehr niedriger Dosierung versucht werden.

#### Pumpentherapien bei der Parkinsonkrankheit

Bei stark fluktuierenden Parkinsonpatienten, die mit oraler Therapie nicht ausreichend gut eingestellt werden können, kann eine Pumpentherapie in Erwägung gezogen werden. Die kontinuierliche subkutane Apomorphin-Pumpentherapie eignet sich für Patienten, die starke Dyskinesien und/oder auch Dystonien haben und einen Dopaminagonisten vertragen. Die intestinale Levodopatherapie wird via PEJ appliziert und eignet sich für Patienten, die eine Monotherapie mit Levodopa be-

nötigen. Bei zusätzlich bestehenden Schluckstörungen kann die PEJ auch mit einer PEG kombiniert werden. Intestinal gibt es auch die Möglichkeit, Levodopa/Carbidopa mit Entacapon über eine Pumpe zu kombinieren. Die subkutane Foslevodopapumpe steht in Europa seit Ende 2023 zur Verfügung und wird für eine 24-h-Applikation vorgesehen. Hauptnebenwirkungen von Foslevodopa sind entzündliche Hautreaktionen, die dosisabhängig sind, weshalb Opicapon und/oder auch Dopaminagonisten wenn möglich in der Medikation verbleiben sollten.

### Tiefenhirnstimulation

Die motorischen Parkinsonsymptome können bei bestimmten Patienten gut und lang anhaltend durch eine Tiefenhirnstimulation gelindert werden. Die Auswahl möglicher Patienten muss dabei mittels verschiedener Untersuchungen wie MRT des Kopfes, neuropsychologische Testung und standardisiertem Levodopatest durch dafür geschulte Teams und in speziellen Zentren erfolgen. Es kommen je nach den im Vordergrund stehenden Beschwerden verschiedene Kerngebiete in den Basalganglien in Frage, die mit einer Tiefenhirnstimulation angesprochen werden können. Insbesondere für stark fluktuierende, jüngere (< 70 Jahre) Patienten, z. B. auch mit Nebenwirkungen auf Dopaminagonisten (wie beispielsweise Impulskontrollstörungen) und bei medikamentös schwer einstellbarem Tremor, ist eine THS in Erwägung zu ziehen.

### Therapie nicht-motorischer Symptome

Es kann leider an dieser Stelle nicht explizit auf die Therapie aller nicht-motorischen Symptome eingegangen werden. Die oben erwähnten Therapien kaprizieren sich allerdings allein auf die motorischen Symptome. Die nicht-motorischen Symptome werden oft außer Acht gelassen, sind für die Patienten jedoch sehr störend und beeinflussen die Lebensqualität. Sehr häufig ist bei Parkinsonkrankheit die orthostatische Dysregulation, die durch die dopaminerge Therapie verstärkt werden kann. Zunächst sollten allgemeine medikamentöse Maßnahmen ergriffen

werden (siehe oben). Zusätzlich können (unter Berücksichtigung der Kontraindikationen) Midodrin, Fludrocortison oder Droxydopa eingesetzt werden. Da eine orthostatische Dysregulation tagsüber oft durch einen zu hohen Blutdruck in der Nacht getriggert wird, sind eine 24-h-Blutdruckmessung sowie ein Schlafapnoescreening sinnvoll mit ggf. Anpassung der abendlichen Blutdruckmedikation bzw. CPAP-Anpassung. Viele Parkinsonpatienten leiden unter Obstipation. Da dies auch die Resorption der Parkinsonmedikamente negativ beeinflussen kann, ist es sinnvoll, medikamentös einzugreifen. Zuvor ist die Umstellung auf eine ballaststoffreiche Ernährung zu empfehlen. Falls diese nicht zielführend ist, kann die regelmäßige Einnahme von Macrogol sinnvoll sein und ggf. auch mit Prucaloprid (2–4 mg) kombiniert werden.

Kognitive Defizite kommen bei Parkinson häufig vor. Wichtig ist, diese früh zu erkennen und durch eine neuropsychologische Testung zu objektivieren. Auch die posturale Instabilität ist ein früher Marker für kognitive Defizite. Differenzialdiagnostisch führt ein dopaminerges Defizit zu kognitiven Defiziten bzw. einer Pseudodemenz, was sich mit der Optimierung von Dopaminergika und/oder einer zusätzlichen antidepressiven Therapie bessern kann. Bei beginnender Demenz ist der Einsatz eines Acetylcholinesterasehemmers zu empfehlen. Diese können auch Halluzinationen reduzieren.

Beim Auftreten von Halluzinationen oder Psychosen sollten zuerst auslösende Faktoren (wie Infekte etc.) behandelt und begünstigende Faktoren ausgeschaltet werden wie zum Beispiel ein aufgehobener Tag-Nacht-Rhythmus. Begünstigende Medikamente sind entsprechend zu reduzieren oder in dieser Reihenfolge abzusetzen: Anticholinergika > Amantadin > MAO-B-Hemmer > Dopaminagonisten > COMT Hemmer. Sollte dies nicht ausreichend gegen Halluzinationen und/oder Psychose wirken, sollten antipsychotisch wirkende Medikamente wie Clozapin oder Quetiapin eingesetzt werden. Andere neuroleptische Medikamente sollten aufgrund der extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen möglichst vermieden werden.

Ursächliche Therapien, die den Verlauf der Parkinsonkrankheit verzögern sollen, werden aktuell in klinischen Studien geprüft. Das Fehlen von objektiven Verlaufsbiomarkern, das starre Design von klinischen Studien und die späte Diagnosestellung der Parkinsonkrankheit verzögern die Entwicklung allerdings erheblich. In Zukunft sollen Personen mit einem erhöhten Risiko und einem pathologischen  $\alpha$ -Synuklein-Seed-Amplifikations-Ergebnis die Möglichkeit bekommen, an Plattformstudien mit neuroprotektiven Medikamenten teilzunehmen.

Wir wissen, dass die Parkinsonkrankheit bei Patienten mit kardiovaskulären Risiken schneller verläuft; insbesondere bei Patienten mit einem Diabetes mellitus gibt es durch die erhöhten Blutzuckerwerte auch mehr  $\alpha$ -Synuklein-Aggregation. Zusätzlich ist bekannt, dass Parkinsonpatienten eine erhöhte Insulinresistenz aufweisen. Eine erste Studie mit einem GLP-1-Agonist war kürzlich bei Parkinsonpatienten erfolgreich.

Insofern sollten Parkinsonpatienten dringend regelmäßig Sport treiben und Übergewicht vermeiden. Außerdem ist durch Mikrobiomstudien gezeigt worden, dass eine ballaststoffreiche und fleischlose Ernährung ein gesundes Mikrobiom im Darm unterstützt und zusätzlich schädigende Entzündungsfaktoren im Blut herunterreguliert.

### Univ. Prof. Dr. med. Brit Mollenhauer

Paracelsus-Elena-  
Klinik  
Klinikstraße 16,  
34128 Kassel  
E-Mail via:  
haebl@laekh.de



Foto: privat

Weiterführende Referenzen:

<https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/konsultationsfassung-parkinson-krankheit>

<https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/parkinson-syndrome>

# Multiple-Choice-Fragen: Parkinsonkrankheit: Das wichtigste Wissen aus den neuen Leitlinien und aus der Praxis

VNR: 2760602025295220004

(je eine Antwort ist richtig)

1. Welche Ursachen für die Parkinsonkrankheit sind eindeutig erwiesen – welche Antwort 1–5 ist falsch?

- 1) Pestizide
- 2) Einige genetische Mutationen
- 3) Herbizide
- 4) Coronainfektion
- 5) Wiederholte Kopfverletzungen

2. Welche der folgenden nicht-motorischen Symptome bei der Parkinsonkrankheit kommen eher nicht als Frühsymptom vor?

- 1) Halluzinationen
- 2) Hyposmie
- 3) REM-Schlafverhaltensstörung
- 4) Obstipation
- 5) Depression

3. Welches ist ein typisches motorisches Symptom in der Frühphase einer Parkinsonkrankheit?

- 1) Beidseitiger Haltetremor
- 2) Gangstörung aufgrund von Paresen
- 3) Einseitiger Ruhetremor
- 4) Spastische Tonuserhöhung
- 5) Stürze

4. Im Verlauf der Parkinson-Krankheit kommen weitere häufige Symptome dazu. Welche der folgenden sind eher selten?

- 1) Schluckstörungen
- 2) Halluzinationen und Wahn
- 3) Muskelatrophien
- 4) Kognitive Defizite und Demenz

5. Welche Symptomkombination spricht eher für eine Multisystematrophie als für eine Parkinsonkrankheit?

- 1) REM-Schlafverhaltensstörung, Antekollis, inspiratorischer Stridor
- 2) Einseitiger Ruhetremor, Hyposmie, Obstipation
- 3) Stürze, Blickparese, kognitive Einschränkungen
- 4) Optische Halluzinationen, frühe kognitive Einschränkungen, REM-Schlafverhaltensstörung

6. Welches aggregierte Protein findet sich neuropathologisch bei der progressiven supranukleären Blickparese vornehmlich?

- 1)  $\alpha$ -Synuklein
- 2) tau-Protein
- 3)  $\beta$ -Amyloid
- 4) TDP-43

7. Welche Zusatzuntersuchungen machen bei Verdacht auf Parkinsonkrankheit am wenigsten Sinn?

- 1) Magnetresonanztomographie des Kopfes zum Ausschluss anderer Erkrankungen wie vaskuläre Läsionen etc.
- 2) Standardisierter Levodopatest zur Testung, welche motorischen Symptome auf Levodopa ansprechen.
- 3) Riechtestung zur Objektivierung einer Hyposmie.
- 4) Schlaflaboruntersuchung zur Evaluation einer möglichen REM-Schlafverhaltensstörung.
- 5) Elektromyographie zur Evaluation des Rigors.

8. Eine 50-jährige Patientin berichtet von einem progredienten einseitigen Tremor der rechten Hand und Minderbeweglichkeit mit verändertem Schriftbild. Sie finden klinisch neurologisch einen Rigor, Hypokinese und einen Ruhetremor der rechten oberen Extremität. Was machen Sie (nach weiteren differenzialdiagnostischen Überlegungen) medikamentös?

- 1) Amantadin und ggf. Levodopa
- 2) Biperiden
- 3) Rasagilin und ggf. ein Dopaminagonist
- 4) Propranolol

9. Ein 80-jähriger Herr kommt mit einer Gangstörung: Er sei zunehmend verlangsamt, steif und unsicher auf den Beinen. Was machen Sie differenzialdiagnostisch eher nicht?

- 1) Magnetresonanztomographie des Kopfes
- 2) Messung des Vibrationsempfindens und der Nervenleitgeschwindigkeiten
- 3) Standardisierter Test mit Dopaminagonisten
- 4) Messung des Blutzuckers und des HbA1c
- 5) Riechtestung

10. Eine biologisch jung wirkende 60-jährige Patientin mit zehnjährigem Verlauf einer Parkinsonkrankheit kommt mit erheblichen Dyskinesien im Tagesverlauf. Was sollten Sie vermeiden?

- 1) Aufdosierung von Levodopa
- 2) Reduktion der Einzeldosis von Levodopa
- 3) Gabe von Amantadin
- 4) Evaluation einer Tiefenhirnstimulation
- 5) Bei schwieriger Einstellung eine Pumpe in Erwägung ziehen.

## Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

# Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens für Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten

Herzlich willkommen wollen wir allen Kolleginnen oder Kollegen sagen, die zu uns nach Deutschland kommen, um Patienten zu behandeln. Jeder und jede weiß, wie nötig sie sind. Nach derzeitigen Schätzungen fehlen bis 2040 ca. 50.000 approbierte Ärztinnen und Ärzte im ambulanten und im stationären Bereich. Insbesondere Fachärzte werden händeringend gesucht, um die Versorgung aufrecht zu erhalten.

In dieser prekären Situation benötigen die zuständigen Ämter, die Approbationsbehörden, meist über ein Jahr für die Bearbeitung einer Anerkennung ausländischer Qualifikationen. Seit langem wird dies beispielsweise von der Landesärztekammer in Hessen thematisiert, bislang ohne Erfolg. Jetzt naht aber die Rettung. Das Gesetz zur Beschleunigung von Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten.

Also ein Gesetz statt ausreichend Personal in den Genehmigungsbehörden.

Wer würde nicht dem Präsidenten der Bundesärztekammer Kollegen Klaus Reinhardt zustimmen bei der Aussage „Ein transparentes, effizientes und sorgfältiges Anerkennungsverfahren stärkt die Integration von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland, indem es ihre fachliche Qualifikation bestätigt. Es schafft Vertrauen und trägt wesentlich zur Patientensicherheit bei.“

## Wo ist das Problem?

Bislang erfolgt die Prüfung der Gleichwertigkeit durch die Approbationsbehörde.

Nachfolgend gibt es eine Sprachprüfung und eine Kenntnisstandprüfung. Kolleginnen und Kollegen, die diese Prüfungen auf ärztlicher Seite abnehmen, gebührt unsere Hochachtung. In kürzester Zeit, meist um 90 Minuten, müssen sie die Qualifikation der Antragsteller erfassen und bewerten. Die Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Examina soll nach dem Willen des Gesetzgebers zukünftig entfallen, und durch eine alleinige Kenntnisprüfung ersetzt werden. Zitat aus dem Referentenentwurf: „Die antragstellenden Personen sind nicht mehr in der Pflicht, umfangreiche Unterlagen zur inhaltlichen Gleichwertigkeit ihrer Berufsqualifikation einzureichen.“

Haben wir uns verlesen? Nein.

Nach dem derzeitigen Stand würde eine 90-minütige Prüfung Ärztinnen und Ärzten aus aller Welt eine deutsche Approbation ermöglichen. Allen Verantwortlichen muss klar sein, dass prüfende Kolleginnen und Kollegen unmöglich in maximal 90 Minuten eine medizinische Vita auch nur annähernd bewerten können.

Nur eine einheitliche Sprachprüfung mit Schwerpunkt auf medizinischen Inhalten und eine einheitliche Wissensprüfung beispielsweise durch eine Multiple-Choice-Prüfung mit ergänzender klinisch-praktischer Prüfung entsprechend dem deutschen Staatsexamen ermöglichen eine für Patientinnen und Patienten sichere ärztliche Tätigkeit.

Auch alle anderen beteiligten Institutionen wie Gesundheitsbehörden, Ärztekammern, Krankenhäuser, Arbeitgeber

und Kostenträger profitieren von der eindeutigen Sicherung ärztlicher Professionalität. Sie sind damit auch in der Pflicht, sich an diesem Sicherungssystem zu beteiligen.

Die im Gesetz darüber hinausgehend vorgesehene Verlängerung der „Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs“ von derzeit maximal zwei Jahren auf unbefristete Dauer bedeutet die Festschreibung einer unsicheren Qualifikation und Unsicherheiten bezüglich des Tätigkeitsfeldes.

## Fazit

Es bleibt der Eindruck, dass der Staat vor dem Ärztemangel kapituliert und sich aus der Verantwortung für die Sicherung ärztlicher Qualifikation verabschieden will.

### Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied  
der Landesärztekammer  
Hessen und  
Vorsitzender des  
BDI-Landesverbandes  
des Hessen



Foto: Peter Jülich

E-Mail via:  
haebl@laekh.de

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat zu dem Thema „Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten“ ein aktuelles Positionspapier veröffentlicht. Darin unterbreitet die BÄK konkrete Vorschläge, wie das Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt werden kann – ohne dabei Kompromisse bei der Patientensicherheit einzugehen. Folgender Link und QR-Code führen direkt dorthin: <https://t1p.de/crwa>



### Serie Teil 3: „Keimreise“ – der Infektion auf der Spur

# Keine Evidenz für eine Antibiotikaprophylaxe für Endoprothesenträger bei zahnärztlichen Behandlungen



Es gibt keine belastbare Evidenz für eine Antibiotikaprophylaxe bei Endoprothesenträgern im Rahmen von zahnärztlichen Behandlungen. Das ist das Ergebnis einer umfassenden aktuellen Literaturrecherche der Antibiotic-Stewardship-Arbeitsgruppe (ABS-AG) des MRE-Netz Rhein-Main.

Auf dem 17. Treffen der im Jahr 2016 gegründeten AG [1] berichtete eine niedergelassenen Ärztin, dass ihren Patienten nach Endoprothesenimplantation seitens der operierenden Kliniken empfohlen werde, regelhaft bei zahnärztlichen Behandlungen eine Antibiotika(AB)-Prophylaxe (AP) mit 2 g Amoxicillin zu verschreiben. Die Kliniken verweisen dabei auf eine Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE), die konkret empfiehlt, dass Patienten 2 g Amoxicillin eine Stunde vor einem invasiven („blutigen“) zahnmedizinischen Eingriff einnehmen. In diesem Zusammenhang verweist die AE auch auf die niedrigen Kosten von 1,30 Euro pro 1.000 mg (entspricht dann ca. 2,60 Euro für die einmalige Dosis von 2 g) für diese Prophylaxe [2].

Gleichzeitig referiert die AE eine unmittelbar zuvor erschienene große britische Studie, die bei knapp 9.500 Patienten mit Spätinfekten ihrer Gelenkprothesen keinen statistisch signifikanten Zusammen-

hang zwischen einem vorausgegangenen Zahneingriff (alle ohne Antibiotikaprophylaxe) und dem Protheseninfekt finden konnte, und die deshalb die vorsorgliche Verabreichung eines Antibiotikums als nicht notwendig einstufte [3]. Die AE kündigte daraufhin im Januar 2022 an, ihre Empfehlung zu überprüfen [2]. Diese angekündigte Überarbeitung liegt bis heute nicht vor und die operierenden Kliniken empfehlen offenbar weiterhin die AP vor invasiven („blutigen“) zahnmedizinischen Eingriffen.

Vor diesem Hintergrund führte die ABS-AG eine Literaturrecherche durch [4]. Dabei zeigte sich, dass sich die o. g. Empfehlung der AE auf eine Empfehlung der American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) aus dem Jahr 2009 [5] bezieht, die bereits im Jahr 2012 durch eine gemeinsame Empfehlung der AAOS mit der ADA (American Dental Association) [6] ersetzt worden war, in welcher keine Empfehlung für oder gegen eine routinemäßig Antibiotikaprophylaxe bei diesen Patienten gegeben wurde. Auch die neueste Empfehlung der AAOS aus dem Jahr 2024 [7] sieht keine Hinweise für eine Assoziation zahnärztlicher Behandlungen mit späten Endoprotheseninfektionen. Sie schätzt die jährlichen Kosten für diese AP bei zahnärztlichen Prozeduren von Implantatträgern auf 59 Millionen US-Dollar, die durch Verzicht auf eine nicht evidenzbasierte Antibiotikaprophylaxe gespart werden könnten [7]. Alle weiteren recherchierten Empfehlungen aus 11 Ländern sehen ebenfalls keine Evidenz für eine routinemäßige AP; einige sehen eine Indikation für eine AP für bestimmte Patienten mit Risikofaktoren oder für bestimmte zahnärztliche Behandlungen [8].

In Übersichtsartikeln wurde darauf hingewiesen, dass das Risiko von Bakteriämien (= zeitweiliges Vorhandensein von Bakterien im Blut, wobei es definitionsgemäß weder zur Vermehrung der Bakterien im Blut noch zur Absiedelung der Infektion in

andere Organe kommt) und damit prinzipiell auch für hämatogene Protheseninfektionen bei zahnärztlichen Behandlungen zwar grundsätzlich gegeben ist, aber Häufigkeit und Dauer von Bakteriämien bei den alltäglichen Zahnhygienemaßnahmen oder auch bei Hautverletzungen sehr viel größer sind.

Die vorliegenden Übersichtsartikel und auch alle in jüngerer Zeit publizierten großen – wenn auch meist retrospektiven – Studien mit vielen tausenden Patienten (Literatur in [4]) erbrachten weiter keine Evidenz für eine generelle Antibiotikaprophylaxe bei Zahnbehandlungen von Prothesenträgern. Im Gegenteil: Da es keinen Nutzen gebe, sei der weitere Einsatz von Antibiotikaprophylaxen ein unnötiges Risiko

- für die Gesellschaft allgemein, da durch den nicht indizierten Einsatz von Antibiotika (Prophylaxe) die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen gefördert wird, und

- für die Patienten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen [9].

Dieses Risiko durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurde in einer kürzlich publizierten Studie aus den USA untersucht: Von 61.124 Patienten, die zwischen 2015 und 2017 eine Antibiotikaprophylaxe bei zahnärztlichen Interventionen erhalten hatten, erlitten 62 schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelereignisse, darunter 42 allergische Reaktionen, 1 anaphylaktischer Schock und 19 Clostridioides difficile (C.difficile)-Infektionen (CDI) [10]. CDI sind durch C. difficile hervorgerufen, schwere Durchfallerkrankungen mit einer Letalität von 1–2 %, die aber bei älteren Patienten mit Komorbiditäten deutlich höher sein kann. Der Einsatz von Antibiotika ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer CDI [11].

Darüber hinaus ist festzustellen, dass in Deutschland kein Antibiotikum die Zulassung für die prophylaktische Anwendung in der Zahnmedizin bei Patienten mit Ge-

lenkimplantaten besitzt. Werden dennoch Antibiotika unter der Indikation, eine potenzielle Gelenkprotheseninfektion zu verhindern, eingesetzt, handelt es sich hierbei um einen aufklärungs- und einwilligungspflichtigen „Off-Label-Use“ des verordnenden Arztes. Stets, wenn ein Medikament außerhalb seiner zugelassenen Indikation eingesetzt (= „Off-Label-Use“) wird, haftet grundsätzlich der Arzt, der das Medikament verordnet und nicht mehr der Hersteller [12]. Zu unterscheiden hiervon ist die Therapie odontogener Infektionen (z. B. parodontale Abszesse), die die Verwendung einer kalkulierten Antibiotikatherapie unter Verwendung des effektivsten und am wenigsten toxischen AB vorsieht. Ist bei Gelenkprothesenträ-

gern die Indikation zu einer oben genannten AB-Therapie gegeben, so wird zu einer antibiotischen Therapie bei/nach zahnmedizinischem/-chirurgischem Eingriff geraten [13].

### Fazit

In Anbetracht der oben dargelegten fehlenden Evidenz und der damit verbundenen Risiken sollten Empfehlungen zu einer Antibiotikaprophylaxe für zahnärztliche Behandlungen bei Endoprothesenträgern zur Prävention einer Endoprotheseninfektion nicht mehr generell ausgesprochen werden. Entsprechende Empfehlungen von Fachgesellschaften sollten diesbezüglich überarbeitet werden. Die ABS-AG hat

hierzu mit der AE bereits Kontakt aufgenommen.

Haben Sie Interesse an der Mitarbeit in der AG ABS des MRE-Netz Rhein-Main? Dann wenden Sie sich bitte an Dr. med. Rolf Tessmann, ABS-AG (E-Mail: abs-ag@outlook.de) oder an das MRE-Netz Rhein-Main (E-Mail: mre-rhein-main@kreis-offenbach.de). Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit!

**Dr. med. Rolf Tessmann**  
**Dr. med. Christine Piper**  
**Prof. Dr. med. Ursel Heudorf**  
 ABS-AG im MRE-Netz Rhein-Main

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Sagt Ihnen SSH und PSSSSt! etwas?

Falls nein, sind Sie nicht alleine, das ging allen Teilnehmern einer Veranstaltung des MRE-Netzes Rhein Main in der Landesärztekammer Hessen am 2.9.2025 so. Das sollte sich aber rasch ändern – so die einhellige Meinung der gesamten Zuhörerschaft nach dem eindrucksvollen Referat von Prof. Dr. med. Michael Booke, Leiter des Pilotprojekts SSH, das die Deutsche Sepsis-Stiftung gemeinsam mit dem Main-Taunus-Kreis, in der „Vorreiterregion Sepsis“, organisiert.

### Sepsis als Herausforderung

Sepsis ist mit ca. 140.000 Todesfällen jährlich die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. An Sepsis sterben hierzulande doppelt so viele Menschen wie an Herzinfarkt und Schlaganfall zusammen. Kampagnen wie „Jede Minute zählt“ konnten die Kenntnisse in der Bevölkerung zu Symptomen von Schlaganfall und Herzinfarkt deutlich steigern und dadurch die rechtzeitige Versorgung der Patienten eindrucksvoll verbessern. Frühsymptome einer Sepsis werden aber weiterhin in der Regel zu spät erkannt und behandelt.

Anders in England, das trotz sehr viel geringerer Finanzmittel in seinem Gesundheitssystem bei Sepsis eine deutlich bessere Erfolgsquote als Deutschland aufwei-

sen kann. Dort wird die Bevölkerung mit der Plakataktion „could it be sepsis“ im öffentlichen Raum auf Frühsymptome wie Fieber, Apathie, Müdigkeit hingewiesen. Mit offenbar gutem Erfolg.

Das Pilotprojekt SSH (Schlaganfall, Sepsis und Herzinfarkt) umfasst verschiedene Informationsangebote und -kampagnen zur Sepsisfrüherkennung, die in Schulen, beim Rettungsdienst, in Pflegeeinrichtungen und für die allgemeine Bevölkerung angeboten werden. Zusätzlich wurden Rettungsdienste, Arztpraxen und Notaufnahmen kostenlos mit einem PCT-Test ausgestattet, der bereits innerhalb von Minuten eine Sepsis sicher erkennen kann. Dieses „kleine regionale Projekt“ hat bereits bundesweite Aufmerksamkeit erlangt und es unter die Finalisten für den im Dezember zu vergebenden „Deutschen Nachhaltigkeitspreis“ geschafft. Bisher werden die Erfolgs- und Überlebensraten einer Sepsisbehandlung nur bis zum Tag 30 betrachtet. Viele Patienten haben nach überstandener Sepsis jedoch noch über Monate bis Jahre mit Spätfolgen zu kämpfen, bleiben ggf. dialysepflichtig, leiden unter fortbestehenden neurologischen Problemen oder an den Folgen einer Extremitätenamputation. Um Patienten mit diesen Problemen nicht mehr alleine zu lassen, wurde PSSSSt! entwickelt. Das Akronym steht für Post-Sta-



tionär-Sepsis-Sprech-Stunde, die die Varisano-Klinik anbieten will, obwohl das derzeit (noch?) nicht gegenfinanziert wird. Mit dem Projekt SSH sollen nicht nur die Überlebensraten verbessert, sondern auch etwaige schwere Langzeitfolgen vermindert werden. Bei Schlaganfall und Herzinfarkt haben Informationskampagnen gute Erfolge erzielt: Packen wir jetzt also die Sepsis an!

### Prof. Dr. med. Michael Booke

Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Varisano-Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Bad Soden



Foto: Malik Reuß, Varisano

### Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

MRE-Netz Rhein-Main



Foto: Salome Roesler



# MFA-Ausbildungsbefragung

## Jüngere Ärztinnen und Ärzte übernehmen Verantwortung und bilden verstärkt erstmalig aus

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) war auch im Jahr 2024 einer der beliebtesten Ausbildungsberufe unter jungen Frauen in Deutschland [1], obwohl in Hessen die MFA-Ausbildungszahlen in den vergangenen Jahren leicht gesunken sind (neue Ausbildungsverträge **2024:** 1.150; **2023:** 1.165; **2022:** 1.196) [2]. Um einen Überblick zum Stand der praktischen Ausbildung zu erhalten und damit gezielte, unterstützende Maßnahmen ableiten zu können, führte die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) eine Befragung der MFA-ausbildenden Ärztinnen und Ärzte durch.

### Online-Befragung der ausbildenden Ärzteschaft

In einer Online-Befragung wurde der derzeitige Stand der MFA-Ausbildung in Hessen erhoben. Ärztinnen und Ärzte hatten im Frühjahr 2025 die Möglichkeit, Fragen zu ihren MFA-Auszubildenden zu beantworten. Sie konnten Angaben zur Betreuung und Anleitung in der Ausbildung sowie zur Nutzung der Angebote der LÄKH

machen und auch diesbezügliche Wünsche äußern.

Dafür wurden alle 2.263 hessischen Ärztinnen und Ärzte mit einem aktuellen Ausbildungsvertrag zum Stichtag 13.01.2025 angeschrieben. 1.012 Auszubildende beteiligten sich (45 %).

### Spitzenreiter „Allgemeinmedizin“

Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden sind zwischen 45 und 64 Jahre alt, der verbleibende Anteil verteilt sich auf die Altersgruppen der über 64-Jährigen und der unter 45-Jährigen. Die Rückmeldungen kommen aus gemeinschaftlich organisierten Praxen (53 %), aus Einzelpraxen (34 %), aus medizinischen Versorgungszentren (10 %) und aus Kliniken und Krankenhäusern (2 %). Die Ausbildungsstätten liegen zu einem Drittel in eher dünn besiedelten Gebieten Hessens. Zwei Drittel befinden sich in bevölkerungsstärkeren Städten und Gemeinden. Die folgenden Facharzttrichtungen sind unter den Auszubildenden am häufigsten vertreten: die Allgemeinmedizin (33 %), das Fachgebiet Innere Medizin (20 %), die

Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Kinder- und Jugendmedizin und das Fachgebiet Chirurgie (je 8 %).

### Ausbildungserfahrung und Einstellungskriterien

Von den antwortenden Ärztinnen und Ärzten geben 82 % an, dass sie bereits Erfahrung in der Ausbildung von MFA haben. Die restlichen 18 % bilden zum Zeitpunkt der Befragung zum ersten Mal aus, unter ihnen sind überdurchschnittlich viele jüngere Ärztinnen und Ärzte im Alter von 35 bis 44 Jahren. Bei der Einstellung von MFA-Auszubildenden offenbaren die Auszubildenden konkrete Vorstellungen zu persönlichen Eigenschaften und Erfahrungen, die die Auszubildenden mitbringen sollten. Dabei liegen die sogenannten „Soft Skills“ wie Teamfähigkeit, positive Arbeitseinstellung und soziale Kompetenz ganz weit vorne (Abb. 1). Weniger häufig werden Fachkompetenzen, wie z. B. Interesse an Technik und der Schulabschluss genannt.

### MFA-Auszubildende

Ein weiterer Teil der Befragung widmet sich den MFA-Auszubildenden. Hier konnte die befragte Ärzteschaft Angaben für bis zu vier Auszubildende machen. Laut Ausbildungsstatistik gibt es zum Stichtag (13.01.2025) in Hessen 3.892 MFA in Ausbildung.

Angaben zu 1.591 MFA-Auszubildenden wurden zurückgemeldet, davon sind etwa je ein Drittel im ersten, zweiten bzw. dritten Ausbildungsjahr. Die meisten von ihnen haben einen Realschulabschluss (62 %), gefolgt von Auszubildenden mit Hauptschulabschluss (21 %) und Abitur (14 %). Bei 40 % der Auszubildenden sehen die Befragten Förderbedarf – und zwar bei der Anwendung theoretischer Kenntnisse, bei organisatorischen Kenntnissen und bei der Umsetzung praktischer Fähigkeiten.

Grafiken: © LÄKH

Welche Kriterien sind Ihnen bei der Einstellung neuer MFA-Auszubildender besonders wichtig? (max. 3 Nennungen, n = 1.012)

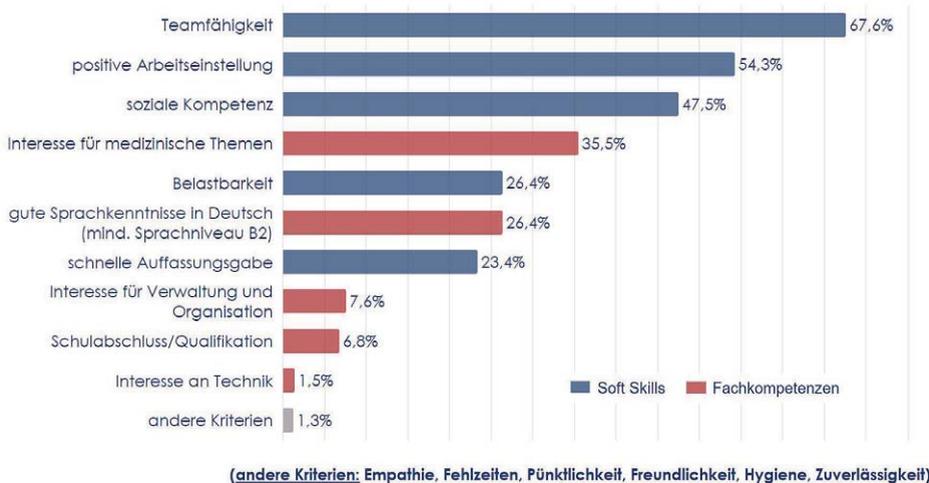


Abb. 1: Einstellungskriterien für MFA-Auszubildende, MFA-Ausbildungsbefragung 2025 (n=1.012)



## MFA übernehmen tragende Rolle in der Ausbildung

Fast die Hälfte (48 %) aller befragten Ärztinnen und Ärzte gibt an, dass sie immer oder überwiegend selbst einen Teil in der Ausbildung der MFA übernehmen. In ungefähr einem Viertel (26 %) der Ausbildungsverhältnisse übernimmt dies ein anderer Arzt oder eine andere Ärztin der Ausbildungsstätte. Den größten Anteil der Ausbildung und Anleitung tragen jedoch die bereits ausgebildeten MFA in den Praxen und Kliniken. In mehr als 93 % bzw. 83 % der Ausbildungsstätten werden die Auszubildenden immer oder überwiegend durch die leitenden bzw. durch weitere ausgebildete MFA betreut. Interessanterweise bilden in einigen Fällen auch andere Angestellte aus, z. B. Leiterinnen und Leiter von Praxen, medizinisch-technisches Personal oder Ausbildungsbeauftragte. Insgesamt trifft dies in 8 % der Ausbildungsstätten zu (Abb. 2).

Zur persönlichen Betreuung der angehenden MFA geben die Auszubildenden an, dass sie am häufigsten zu Lerninhalten unterstützen (77 %), auf fachliche Interessen eingehen (68 %) und auch individuellen Förderbedarf berücksichtigen (46 %). Sieben von zehn MFA-Auszubildenden werden voraussichtlich vom Ausbildungsbetrieb übernommen.

## Weiterentwicklungsbedarf

Die Befragten haben Rückmeldung gegeben, in welchen Bereichen der Ausbildung sie Verbesserungspotenzial und Weiterbildungsbedarf sehen. In einer qualitativen Inhaltsanalyse (angelehnt an Mayring [3]) haben wir die 582 offenen Antworten kategorisiert.

Zum Thema Ausbildung gibt es die meisten Antworten (33 %). Eine praxisnahe Gestaltung von Ausbildungsinhalten sowie der Ausbau von Rotationen und Kooperationen werden angemerkt. 23 % der Nennungen beziehen sich auf einzelne an der Ausbildung beteiligte Institutionen und weitere 15 % auf eine enge Zusammenarbeit zwischen ihnen. Es wird gefordert, weiterhin eine zeitgemäße fachliche

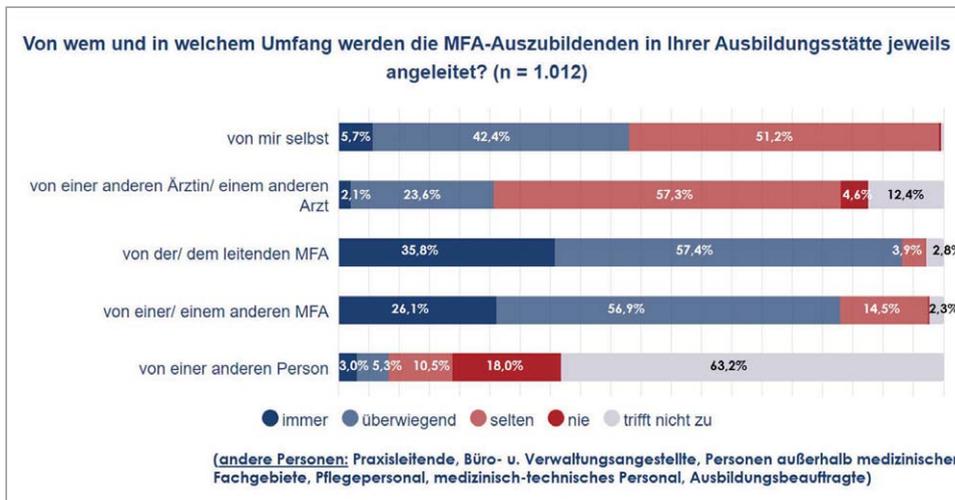


Abb. 2: Anleitung in der MFA-Ausbildung, MFA-Ausbildungsbefragung, 2025 (n=1.012)

Ausbildung anzubieten sowie den Austausch zwischen allen Beteiligten auszubauen.

Ein kleiner Anteil der Nennungen (13 %) entfällt auf die MFA-Auszubildenden. Vor allem die Stärkung der Sozialkompetenz der jungen Auszubildenden wird hier genannt. 11 % der Nennungen entfallen auf die Rahmenbedingungen der Ausbildung – das Gehalt sowie die gesamte Finanzierung der Ausbildung. Es verbleiben 6 %, die sich um die Stärkung des Berufsbildes drehen.

## Ausbildung zukunftsorientiert gestalten

Insgesamt ermöglicht die Befragung einen guten Einblick in die MFA-Ausbildung: Anleitung und Betreuung werden überwiegend von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal durchgeführt, nämlich von der Berufsgruppe der MFA und von der Ärzteschaft. Dabei übernehmen gerade die jüngeren Ärztinnen und Ärzte Verantwortung und bilden verstärkt erstmalig aus. Die hohe Übernahmequote der Auszubildenden durch die Ausbildungsstätten lässt zudem auf eine zielgerichtete und vertrauensvolle Ausbildung schließen. Viele der Befragten sehen eine zukunftsorientierte Gestaltung der Ausbildung als wichtige Aufgabe an. Junge Menschen sollen gefördert und für den Beruf der MFA

begeistert werden. Die Arbeitsgruppe „Zukunft MFA“ der LÄKH befasst sich nun mit den Ergebnissen der Befragung und wird sie in Bezug auf Verbesserungspotenziale und Weiterentwicklungsbedarf betrachten.

Wir danken allen auszubildenden Ärztinnen und Ärzten, die sich in sehr großer Zahl an der Befragung beteiligt haben, herzlich für ihr konstruktives Feedback. Weitere Informationen zu den Ergebnissen der Befragung sind unter dem Link [www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung](http://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung) zu finden.

Dr. Antje Köckeritz  
Dr. Iris Natanzon  
Nina Walter  
Katrin Israel-Laubinger

Korrespondenzadresse:

Dr. Antje Köckeritz  
Wissenschaftliche Referentin  
Landesärztekammer  
Hessen  
E-Mail: [qs@laekh.de](mailto:qs@laekh.de)



Foto: Isolde Asbeck

Literaturhinweise finden sich online auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der aktuellen Ausgabe.

## Fortbildungen und Weiterbildung

Illustration: © Mark Adams – stock.adobe.com, mit KI



Mehr erfahren

### Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung

Auf ihrer Lernplattform bietet die Akademie neun Tutorials an, die die verschiedenen Aspekte der Versorgung nach einer Sexualstraftat abdecken. Die Videoreihe, entwickelt von der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, legt ihre Schwerpunkte auf die medizinische Akutversorgung im Krankenhaus sowie die Nachsorge. Die Inhalte wurden in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen Gynäkologie, Rechtsmedizin und Medizindidaktik erstellt.

Die Videos richten sich an alle interessierten Ärztinnen und Ärzte, aber besonders an die in der ZNA und im ÄBD tätigen sowie alle niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte.

**Termin:** On-Demand (jederzeit digital abrufbar)  
**Gebühr:** gebührenfrei  
**Kontakt:** [andrea.floeren@laekh.de](mailto:andrea.floeren@laekh.de)

## Innere Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 27.10.2025 Blended Learning	EKG-Refresher (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Ehrlich	Eine umfassende Wiederholung, die auch gut zum Ausbau des Wissens in Teilaspekten der EKG-Befundung genutzt werden kann. Kontakt: <a href="mailto:susanne.holler@laekh.de">susanne.holler@laekh.de</a>	168,00 € 151,20 €* 151,20 €*
29.10.2025 Live-Webinar	Rheuma an einem Tag (5 CME) Prof. Dr. med. U. Lange	Die Fortbildung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die entzündliche rheumatische Erkrankungen im Praxisalltag sicher erkennen und gezielt behandeln möchten. Kontakt: <a href="mailto:heike.cichon@laekh.de">heike.cichon@laekh.de</a>	92,00 € 00,00 €*

## Aktuell und Interdisziplinär

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
26.11.2025 Hybrid	Das medizinische Gutachten im Zivilprozess – Wege zu einer wirksameren Kommunikation (5 CME) Prof. Dr. med. H. Knaepler	Das Symposium für Ärztinnen und Ärzte, die Gutachten für Gerichte in Zivilprozessen erstellen, sowie für Zivilrichterinnen und Zivilrichter, die medizinische Sachverständige hiermit beauftragen. Kontakt: <a href="mailto:katja.baumann@laekh.de">katja.baumann@laekh.de</a>	50,00 € 45,00 €*

## Transfusionstherapie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 22.10.2025 Live-Webinar	Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leitung Blutdepot (16 CME) Dr. med. A. Opitz	Qualifizierende Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation als Transfusionsbeauftragte/r, Transfusionsverantwortliche/r und für die Leitung eines Blutdepots. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	462,00 € 415,80 €*
ab 15.01.2026 Blended Learning	Qualitätsbeauftragte/r Hämotherapie (CME beantragt) Dr. med. A. Opitz	Komplett digital mit E-Learning und als Live-Webinar: Die qualifizierende Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer, im Sinne von Abschnitt 6.4.2.2. der Richtlinie Hämotherapie. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.235,00 € 1.111,50 €*

## Notfall- und Intensivmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 23.10.2025 Präsenz	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) (26 CME) M. Leimbeck	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte und Praxisübungen: Das Seminar richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die am ÄBD teilnehmen und dort mit notfallmedizinischen Herausforderungen konfrontiert werden. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	683,00 € 614,70 €*
15.11.2025 Präsenz	Refresher-Modul Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt (11 CME) Dr. med. G. Appel	In Kooperation mit der Berufsfeuerwehr Kassel: Die praxisorientierte Veranstaltung richtet sich an alle Leitenden Notärztinnen und Notärzte, die sich nach § 18 Abs. 2 der HRDG-VO regelmäßig fortbilden müssen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	377,00 € 339,00 €*
ab 08.01.2026 Blended Learning	Ärztliche/r Leiterin/ Leiter Rettungsdienst (CME beantragt) J. Blau	Praxisnah und interaktiv: Die Veranstaltung bereitet Sie auf Ihre Leitungsfunktion im Rettungsdienst vor und ermöglicht einen vielseitigen Erfahrungsaustausch unter Kolleginnen und Kollegen. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	1.473,00 € 1.325,70 €*

## Qualitätsmanagement

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 10.10.2025 Blended Learning	Moderation von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-K) (20 CME) Dr. med. K. Schneider	Professionelles Qualitätsmanagement als Standard moderner Kliniken: Die Veranstaltung vermittelt Ihnen Trainingskonzepte zur professionellen Moderation von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-K). Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	582,00 € 523,80 €*
ab 03.11.2025 Blended Learning	Peer Review in der Medizin (CME beantragt) Prof. Dr. med. H. Mutlak	Die Veranstaltung nach dem neuen Curriculum der BÄK ist Teil der freiwilligen (interprofessionellen) Qualitätssicherungsmaßnahme „Peer Review in der Medizin (PRIM). Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	512,00 € 460,80 €*



## Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termine und Terminänderungen tagesaktuell auf [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

### Arbeitsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
08.10.2025 12.11.2025 Präsenz	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung (6 CME) Dr. med. Adelheid Rauch	In Kooperation mit der BGW: In der Erstschtulung erfahren Sie, wie Sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ihrer Arztpraxis selbst in die Hand nehmen können. Kontakt: <a href="mailto:laura.wahl@laekh.de">laura.wahl@laekh.de</a>	185,00 € 166,50 €* 166,50 €*
ab 17.12.2025 Live-Webinar und Präsenz	Kurs-Weiterbildung Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin – Modul 1 (60 CME) Prof. Dr. med. D. Groneberg et al.	Die Kombination aus Präsenztagen, Online-Formaten und Exkursionen in Betriebe machen diese Kurs-Weiterbildung besonders abwechslungsreich – Modul 1 startet mit der Einführung in die Arbeitsmedizin. Kontakt: <a href="mailto:sandra.scherbel@laekh.de">sandra.scherbel@laekh.de</a>	1.117,00 € 1.005,30 €* 1.005,30 €*

### Neurologie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 11.11.2025 Live-Webinar und Präsenz	Repetitorium Neurologie – Modul I (22 CME) Prof. Dr. med. M. Kaps	Ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung von Wissen: Hier werden alle relevanten Lerninhalte in Fachvorträgen vertieft und Anwendungen diskutiert. Kontakt: <a href="mailto:adelheid.zinkl@laekh.de">adelheid.zinkl@laekh.de</a>	453,00 € 407,70 €* 407,70 €*

### Psychosomatische Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 24.10.2025 Präsenz	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Block 6 (16 CME) P. E. Frevert	Die Teilnahme an insgesamt fünf Blöcken berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/ 35 110) – der Einstieg in die Veranstaltungsreihe ist jederzeit möglich. Kontakt: <a href="mailto:andrea.floeren@laekh.de">andrea.floeren@laekh.de</a>	365,00 € 328,50 €* 328,50 €*

### Begutachtung

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 05.01.2026 Blended Learning	Medizinische Begutachtung – Modul Ia (12 CME) Prof. Dr. med. H. Bratzke Prof. Dr. med. S. Hartwig	In Modul Ia werden allgemeine Grundlagen der Begutachtung, die Zustandsbegutachtung im Arbeits- und Erwerbsleben, die Begutachtung in der Rehabilitation und im Schwerbehindertenrecht thematisiert. Kontakt: <a href="mailto:joanna.jerusalem@laekh.de">joanna.jerusalem@laekh.de</a>	372,00 € 334,80 €* 334,80 €*

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 05.11.2025 Live-Webinar	Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (42 CME) Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein	Neu konzipiert und rein digital: Punktuell und konzentriert auf das Wesentliche präsentiert das Repetitorium den neuesten Stand des Fachgebiets und kann optimal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung genutzt werden. Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	704,00 € 633,60 €*
29.11.2025 Präsenz	Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 218 ff. StGB (8 CME) Dr. med. A. Valet	Das Seminar richtet sich an staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatende sowie Ärztinnen und Ärzte, die ihre Berechtigung zur Beratung erneuern möchten. Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	235,00 € 211,50 €*

## Ultraschall

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
05.11.2025 Präsenz	Interventioneller Ultraschall (INVUS) I (10 CME) Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust	Von Punktionen von Körperhöhlen bis hin zu Gefäßpunktionen und Drainagen – die Veranstaltung mit vielen Praxisübungen vermittelt Ihnen wichtige Fachkenntnisse. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 12.11.2025 Live-Webinar und Präsenz	Schilddrüse – Modul II (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Bojunga	In diesem Kurs vertiefen und intensivieren Sie Ihre speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten. Voraussetzung für die Teilnahme sind sehr gute Ultraschallkenntnisse. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

## Repetitorium Innere Medizin (52 CME)

Seit 2006 mit über 3.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern: In zahlreichen Fachvorträgen und interaktiven Diskussionen präsentiert das neu konzipierte Repetitorium punktuell und konzentriert auf das Wesentliche den neusten Stand der Wissenschaft.

Die fünftägige Präsenzveranstaltung bietet eine hervorragende Vorbereitung auf die Facharztprüfung und ermöglicht zugleich eine gezielte und effektive Auffrischung Ihres Fachwissens. Einzeltage sind buchbar.

<b>Termin:</b>	ab 24.11.2025
<b>Gebühr</b>	889,00 € 800,10 €*
<b>Kursleitung:</b>	Prof. Dr. med. U. Chow Dr. med. M. Weferling Prof. Dr. med. H. Manner
<b>Kontakt:</b>	adiela.candelo-roemer@laekh.de



Foto: © Kanisorn – stock.adobe.com



**Mehr erfahren**



Mehr erfahren

### Notfallmedizin machbar machen (8 CME)

Sofortiges Eingreifen und lebenserhaltende Maßnahmen, bis der Rettungsdienst übernehmen kann: Die Präsenzveranstaltung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die den Umgang mit lebensbedrohlichen medizinischen Notfallsituationen beherrschen müssen.

Im Seminar werden Notfälle bei Kindern (wie hohes Fieber, Krampfanfälle, Atemnot und starke Schmerzen), kardiologische und pulmonologische Notfälle bei Erwachsenen sowie Anaphylaxie und Reanimation thematisiert.

**Termin:** 19.11.2024

**Gebühr:** 235,00 €  
211,50 €\*

**Kursleitung:** Prof. Dr. med. R. Merbs

**Kontakt:** [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
25.10.2025 Präsenz	Impfkurs (9 CME) Prof. Dr. med. S. Wicker	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: <a href="mailto:heike.cichon@laekh.de">heike.cichon@laekh.de</a>	277,00 € 249,00 €*
19.11.2025 Live-Webinar	Refresher Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (CME beantragt) D. Ziedorn	Der Veranstaltung richtet sich an alle Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte, die sich nach hessischer Hygieneverordnung (HHygyVO) jährlich fortbilden müssen. Kontakt: <a href="mailto:heike.cichon@laekh.de">heike.cichon@laekh.de</a>	231,00 € 207,90 €*

## Schmerztherapie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 07.11.2025 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie – Modul II (20 CME) Dr. med. K. Böhme et al.	Im Modul II liegt der Schwerpunkt auf Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und psychischen Komorbiditäten. Modul I sollte zuerst absolviert werden. Kontakt: <a href="mailto:adelheid.zinkl@laekh.de">adelheid.zinkl@laekh.de</a>	459,00 € 413,10 €*





## Veranstaltungen

Foto: © contrastwerkstatt – stock.adobe.com



### Fachwirtin/Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung

(Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in)

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

Die Module des Pflichtteils sind:

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

**Termine FAW:** Beginn 24.11.2025  
**Gebühr:** 2.500 € (Pflichtteil)  
zzgl. Prüfungsgebühren  
**Kontakt:** [tanja.oberwallner@laekh.de](mailto:tanja.oberwallner@laekh.de)



[Mehr erfahren](#)

## Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 24.01.2026	Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: <a href="mailto:danuta.scherber@laekh.de">danuta.scherber@laekh.de</a>	530 €
ab 30.01.2026	Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden	Der Qualifizierungslehrgang wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Theorie und praktische Anwendungsübungen, die im Erfahrungsaustausch intensiv besprochen werden, wechseln sich ab. Kontakt: <a href="mailto:danuta.scherber@laekh.de">danuta.scherber@laekh.de</a>	455 €



## Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
05.12.2025	Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) 8 Stunden	Die Fortbildung vermittelt Fertigkeiten, um Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen, insbesondere mit spezifischen Patientengruppen. Kontakt: <a href="mailto:verwaltung.cos@laekh.de">verwaltung.cos@laekh.de</a>	105 €
06.12.2025	Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) 8 Stunden	Die Teilnehmer/-innen erwerben Kenntnisse, um u. a. die Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern. Kontakt: <a href="mailto:verwaltung.cos@laekh.de">verwaltung.cos@laekh.de</a>	105 €

## 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: <a href="mailto:claudia.hell-kneipp@laekh.de">claudia.hell-kneipp@laekh.de</a>	siehe Website

## Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
Prüfung Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung	Modulprüfung 1b Do., 11.12.2025, Anmeldeschluss 20.11.2025 Praktisch-mündliche Prüfung Sa., 29.11.2025 Fr., 12.12.2025 und Sa., 13.12.2025	siehe Website

### Kontakt:

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

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

E-Mail: [verwaltung@laekh.de](mailto:verwaltung@laekh.de)

[www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

### Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaerztekammer\_hessen



@LAEKHessen



Finden Sie die Veranstaltung,  
die Sie weiterbringt!

[Mehr erfahren](#)



## Serie Teil 25: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

# Freiwilliges Instrument der Qualitätsförderung: Das „neue“ Peer Review in der Medizin (PRiM)

### Neuer Peer-Qualifikationskurs an der Akademie

Am 26. und 27.11.2025 (Beginn der E-Learning-Phase am 03.11.2025) bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) einen Qualifikationskurs zum Peer an. Dieser ist am komplett überarbeiteten Curriculum und Leitfaden der Bundesärztekammer (BÄK) zum Verfahren ausgerichtet. Die Aktualisierung betont die Systematik und Verbindlichkeit von Peer Reviews und schärft die Grundprinzipien. Der neue Titel „Peer Review in der Medizin“ (PRiM) drückt nun die interprofessionelle Herangehensweise des Verfahrens aus. Der Kern des Peer Reviews jedoch – der kollegiale Dialog auf Augenhöhe wurde beibehalten. Hierbei erarbeiten Peer und Behandlungsteam gemeinsam mögliche Maßnahmen, um Qualität und Patientensicherheit zu verbessern. [1]

In die Überarbeitung flossen die langjährigen Erfahrungen der Landesärztekammern zum Verfahren ein, die in einer Arbeitsgruppe bei der BÄK diskutiert wurden. Auch die LÄKH konnte

Vorschläge einbringen. Sie bietet seit vielen Jahren das Peer Review in der Intensivmedizin an. Im Bereich der Chirurgie führt die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) als Kooperationspartner das „Peer Review Galle“ durch und auch der Fachverband für Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Hessen (Fachverband SAPV e. V.) strebt die Etablierung des Verfahrens an.

Der aktualisierte Akademiekurs wird das neue BÄK-Curriculum fachübergreifend umsetzen: Grundlegende Fertigkeiten für die Durchführung eines PRiM werden in einer Präsenz- und E-Learning-Phase vermittelt; spezifische Aspekte der einzelnen Fachgebiete (Intensivmedizin, Palliativmedizin – zukünftig auch Chirurgie), fließen in den Kurs mit ein. Um die vollständige Qualifikation zum Peer gemäß Curriculum zu erhalten, ist die Teilnahme an einem Schulungs-PRiM notwendig.

**Anmeldung** per E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de)  
**Kurzlink:** <https://t1p.de/lmzao>

### Der Überarbeitungsprozess – hinter den Kulissen

**Dr. med. Josef Mischo** (Vorsitzender der AG Peer Review der Bundesärztekammer, BÄK) und **Sonja Barth** (für die AG zuständige Referentin im Dezernat 3/BÄK) geben einen Einblick in die Hintergründe und Ausblicke der Überarbeitung des Verfahrens hin zum „PRiM“.

### Warum hat das „Ärztliche Peer Review“ den neuen Namen „Peer Review in der Medizin“ – PRiM – erhalten?



Foto: privat

**Mischo:** Wir können unsere Patientinnen und Patienten nur erfolgreich behandeln, wenn die verschiedenen Professionen und Fachgebiete mit ihren jeweiligen Blickwinkeln eng zusammenarbeiten – dies ist auch beim Peer Review wichtig. Dies bringen wir mit der neuen Bezeichnung „PRiM zum Ausdruck.

### Welche Bedeutung hat das „PRiM“ für die Qualitätssicherung bzw. Patientensicherheit?

**Mischo:** Beim PRiM geht es nicht um ein reines Messen und Bewerten, sondern darum, dass mit fachlicher Expertise und Erfahrung gemeinsam Qualitätspotenziale ausgelotet werden.

Wesentlich für das PRiM-Verfahren ist, dass auch die Qualitätskultur gefördert wird. Das bietet in dieser Weise kein anderes Qualitätssicherungsverfahren. Kolleginnen und Kollegen tauschen sich mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung fachlich und auf vertrauensvoller Basis aus und beide Seiten lernen dabei. Mit Evaluationen wird nachgehalten, durch welche Faktoren in Organisationen die Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gefördert oder gehemmt wird.

**Barth:** Mit PRiM werden Eigenschaften gestärkt, die vor allem sogenannte High Reliability Organizations (HRO) auszeichnen. So werden Organisationen genannt, die besonders gut darin sind, Fehlerereignissen vorzubeugen. [2] Es kommen bei

PRiM keine hauptamtlichen Qualitätskontrolleure ins Haus, sondern Kolleginnen und Kollegen, die methodisch als Peers fortgebildet sind und sich tagtäglich ebenfalls mit den Herausforderungen befassen, die sich in der Patientenversorgung stellen.



Foto: © Kopf & Kragen Fotografie

### Welchen Vorteil haben Einrichtungen, die ein „PRiM“ bei sich durchführen lassen?

**Mischo:** Neben Verbesserungen bei konkreten Fragestellungen, z. B. in der Intensivbehandlung, sehe ich den größten Vorteil in einer verbesserten Sicherheitskultur, d.h. in der Möglichkeit, Probleme offen anzusprechen und zielorientiert zu lösen, die Teamarbeit zu fördern und externe Erfahrungen einzubeziehen.

**Barth:** Zugleich ist PRiM nicht „quick and dirty“. Wenn Teams ein PRiM anfordern, dann müssen sie entsprechend Zeit in die Selbstbewertung investieren und sich mit

Die Literatur findet sich online auf der Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der aktuellen Ausgabe.



den eigenen Abläufen befassen. Der Besuch vor Ort mit dem kollegialen Dialog nimmt ca. einen Tag in Anspruch. Danach geht es darum zu schauen, welche Maßnahmen können wir umsetzen, was brauchen wir dafür, etc.

**Mischo:** Ja, und damit ist trotz aller Freiwilligkeit des Verfahrens auch eine gewisse Selbstverpflichtung an die Umsetzung dieser Maßnahmen gekoppelt, um die Qualität nachhaltig zu verbessern. Sicherlich liegt ein Mehrwert des Verfahrens auch darin, dass es lösungsorientiert ist und nicht nur auf Defizite schaut, sondern auch Dinge in den Blick nimmt, die besonders gut laufen.

**Barth:** Hier knüpft PRiM an den sogenannten „Safety II“-Ansatz von Erik Hollnagel [3] an. Bei der Fehlerprävention soll es nicht nur um das Lernen aus Fehlern gehen, sondern auch aus Situationen, die unerwartet schwierig waren – z. B. weil Personal sehr kurzfristig ausfiel – und die trotzdem sehr gut bewältigt werden konnten.

**Mischo:** Mit PRiM besetzen wir Qualitätssicherung positiv – und dafür ist es höchste Zeit!

## Das Peer Review in der Praxis: Herausforderung und Chance für die Qualität

**Prof. Dr. med. Haitham Mutlak**, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Sana Klinikum Offenbach, erfahrener Peer, Kursleiter für den PRiM-Kurs bei der LÄKH und Verantwortlicher einer besuchten Einrichtung, gibt einen Praxiseinblick.

**Im überarbeiteten Leitfaden des „Peer Review in der Medizin (PRiM)“ spielt der Begriff „Qualitätskultur“ eine große Rolle – also eine „gelebte Qualitätssicherung“. Was bedeutet das für Sie und Ihre Tätigkeit?**

**Mutlak:** Gelebte Qualitätssicherung bedeutet für mich, dass wir nicht nur mechanisch Indikatoren prüfen oder ausschließlich ein Aktenstudium betreiben, sondern diese Aspekte direkt am



Foto: georg-foto

Patientenbett sowie im kollegialen, interprofessionellen Dialog im Alltag erfassen. Papier ist geduldig – entscheidend sind die realen Abläufe und Erfahrungen in der jeweiligen Einrichtung.

**Wie stehen Sie zum Titel „Peer Review in der Medizin“, der die Bezeichnung „Ärztliches Peer Review“ abgelöst hat?**

**Mutlak:** Die Umbenennung zu „Peer Review in der Medizin“ ist eine konsequente und sinnvolle Entscheidung. Dadurch wird die Multiprofessionalität gestärkt, die Bedeutung und Anerkennung der Pflegekräfte ausdrücklich hervorgehoben und eine umfassendere Beschreibung des Verfahrens gewährleistet. Ich begrüße die Umbenennung ausdrücklich, da sie die Realität auf deutschen Intensivstationen einfach transparenter darstellt!

**Ihre Intensivstation wurde bereits von einem Peer-Team besucht. Welche wichtigsten Eindrücke und Schlüsse konnten Sie daraus ziehen?**

**Mutlak:** Der Besuch des Peer-Teams hat uns viele positive und sinnvolle Verbesserungsvorschläge gebracht. Wir konnten aus der Erfahrung der Kollegen lernen, haben den interdisziplinären Austausch auf Augenhöhe als besonders wertvoll erlebt und konnten eine Reihe Prozesse neu beleuchten und dadurch Abläufe gezielt verbessern. Aus unserer Sicht ist ein Re-Peer Review nach einer gewissen Zeit wichtig, um die Qualität sowie Patientensicherheit kontinuierlich weiterzuentwickeln.

**Auch als Peer haben Sie bereits Peer Reviews in anderen Einrichtungen begleitet. Wie blicken Sie aus dieser Perspektive auf dieses Verfahren?**

**Mutlak:** Als Peer erlebe ich häufig eine gewisse Aufregung auf den Stationen, die jedoch unbegründet ist, da es um konstruktive Verbesserungen geht. Auch wir Peers profitieren vom gegenseitigen Austausch und nehmen viele Anregungen mit in unsere Kliniken. Die wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe ist dabei ein zentraler Grundbaustein. Rückmeldungen zeigen zudem, dass durch die Begehungen und die schriftlichen Berichte Problemlösungen oftmals schneller umgesetzt werden als bei anderen Verfahren.

## Ein Verfahren – Viele Fachperspektiven

**Dr. med Björn**

**Misselwitz**, Leiter der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH), gibt einen Überblick über das Peer-Review-



Foto: LAGQH

Verfahren zur Cholezystektomie (CHE): „Das Peer-Review-Verfahren CHE wurde 2014 in Hessen auf Initiative der Mitglieder des Fachausschusses CHE in Zusammenarbeit mit der GQH – heute LAGQH – und der LÄKH ins Leben gerufen. Motivation war die fragliche Wirksamkeit und Tiefe der damals eingesetzten Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Das Verfahren wurde innerhalb eines Jahres in Anlehnung an das damalige Curriculum der BÄK zum „Ärztlichen Peer-Review“ entwickelt. Für die Selbst-/Fremdbewertung werden allgemeine strukturelle sowie spezielle Fragen zur Organisation der prä- und postoperativen Behandlung und der Sicherheitskultur abgefragt. Zentraler und für das Peer-Review auch charakteristischer Bestandteil ist der Besuch im OP-Saal und die Teilnahme an einer laparoskopischen Gallenblasenentfernung. Ein weiterer Bestandteil ist das Aktenstudium zur Validierung der Dokumentation, aber auch kritischen Aufarbeitung ausgewählter Komplikationsfälle. Alle hieraus gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse münden i. d. R. in einer Zielvereinbarung mit entsprechenden Selbstverpflichtungen. Das Peer-Review-Verfahren CHE ist ein freiwilliges Angebot an die hessischen Kliniken. Auch die Tatsache, dass sich in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) [4] der Begriff „Peer Review“ im § 17 (Bewertung der Auffälligkeit und Durchführung von QS-Maßnahmen) wiederfindet, ändert dies nicht. Zwar kann Kliniken, bei denen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL ein Qualitätsdefizit festgestellt wird, die Teilnahme an einem Peer-Review vorgeschlagen werden, jedoch hat dies keinen verpflichtenden Charakter.

**Silke Nahlinger**  
Stabsstelle Qualitätssicherung



# Onkologische Versorgungssituation in Hessen – Landesqualitätskonferenz kolorektales Karzinom 2025

Das Hessische Krebsregister (HKR) lädt gemeinsam mit dem Universitären Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt-Marburg, der Universitätsmedizin Frankfurt, dem Krankenhaus Nordwest in Frankfurt, den Universitätskliniken in Marburg und in Gießen und dem Universitätsmedizinischen Centrum für Tumorerkrankungen Gießen ein zur Veranstaltung „Onkologische Versorgungssituation in Hessen – Landesqualitätskonferenz kolorektales Karzinom“.

Die interdisziplinäre Konferenz richtet sich an alle in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte und weitere Interessierte.

## **Impulsvorträge:**

- **Kennzahlen zum kolorektalen Karzinom in Hessen** (Dr. Katharina Bernhardt, Hessisches Krebsregister)

- **Darmkrebsfrüherkennung – Prävention und ambulante Versorgung des kolorektalen Karzinoms** (Prof. Dr. Fabian Finkelmeier, Centrum Gastroenterologie Bethanien, Frankfurt)

- **Pathologische Diagnostik des kolorektalen Karzinoms** (Prof. Dr. Moritz Jesinghaus, Universitätsklinikum Marburg)

- **Up to date – (Strahlen-)Therapie des Rektumkarzinoms** (Prof. Dr. Claus Rödel, Universitätsmedizin Frankfurt)

- **Versorgungsrealität des kolorektalen Karzinoms in Hessen – Was sagen die Daten aus dem Krebsregister?** (Dr. Soozin Kim-Wanner, HKR)

- **Lokale Chirurgie des kolorektalen Karzinoms** (Prof. Dr. Armin Wiegering, Universitätsmedizin Frankfurt)

- **Metastasenchirurgie des kolorektalen Karzinoms** (Prof. Dr. Martin Schneider, Universitätsklinikum Gießen)

- **Aktuelle Aspekte zur systemischen Therapie beim kolorektalen Karzinom** (Dr. Christoph Mann, Dr. Jorge Riera Knorrenschild, Universitätsklinikum Marburg)

**Termin:** Di, 25. November 2025,  
15:30–18:30 Uhr

**Ort:** Landesärztekammer Hessen,  
Hanauer Landstraße 152, 60314  
Frankfurt und als Hybrid-Veranstaltung

**Anmeldung:** [www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de) → Über uns → Veranstaltungen



**Kostenfrei.** Die Zertifizierung als ärztliche Fortbildung wird beantragt. Über den QR-Code gelangen Sie zur Anmeldung und weiteren Informationen auf der Website des Hessischen Krebsregisters.

## Webseminare des Hessischen Krebsregisters

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

<b>Online-Erfassung im Meldeportal</b>	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 12.11.2025, 13:30–15:45 Uhr, online (Webex), 3 CME
<b>Meldekonzferenz „Malignes Melanom“</b>	Maligne Melanome stehen im Mittelpunkt der Vorträge. Neben aktuellen Entwicklungen in der Diagnostik und der systemischen Therapie wird auch die Tumordokumentation ausführlich behandelt. Ergänzend gibt es weitere Vorträge zur Meldetätigkeit.	Mi., 22.10.2025, 14–17 Uhr, Präsenz (Landesärztekammer Hessen) oder online (Webex), CME werden beantragt.
<b>Schulungsvideos auf YouTube</b>	In dem YouTube-Kanal des HKR stehen einige Schulungsvideos für die Tumordokumentation zur Verfügung.	YouTube-Kanal: <a href="https://www.youtube.com/@hessisches-krebsregister">@hessisches-krebsregister</a>

Weitere Termine finden sich auf der HKR-Website, eine vorherige Anmeldung ist erforderlich:  
[www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de) → Über uns → Veranstaltungen



Leserbrief zum Artikel „Gesundheitsreform – quo vadis“ von Dr. med. Christian Schwark und dem Interview zu Post-Covid mit Carola Jantzen, beide HÄBL 06/2025, S. 322 und 323

## „Das spricht mir aus dem Herzen“

Als älterer Kollege herzlichen Glückwunsch zu diesem Bericht aus dem Präsidium – das spricht mir aus dem Herzen... Danke.

Wir sind Menschen, die in ihrer Einmaligkeit als Ganzheit „erkannt“ werden sollten – wenn das immer mehr verloren geht, fehlen auch die entsprechenden „GanzheitsmedizinerInnen“ und damit verlieren wir immer stärker unsere tiefe ärztliche Berufung. Aber auch Danke für die Wertschätzung der „hervorragenden Spezialisten“ – das habe ich am eigenen Leib erfahren – und die Wertschätzung der vielen Kolleginnen und Kollegen, die in selbstlosen Einsatz immer wieder versuchen, den Schaden der gesellschaftlich gewinnmaximierenden ausgerichteten Gesund-

heitsreform zu begrenzen. Auch das erlebe ich immer wieder aufs Neue in Dankbarkeit – wundervoll, dass diese Menschen für uns da sind.

Wenn dann in der Folge das Interview mit Carola Jantzen über die Selbsthilfegruppe zu Post-Covid erscheint, wird sehr deutlich, wenn die „Ganzheit“ des Menschen verloren geht, und nur noch die Behandlung der Wirkungen im Vordergrund steht. Auch hier Danke für diesen Bericht und den Impuls „Mut zur Selbstverantwortung“, den sie wundervoll in die Tat umsetzen.

**Dr. med. Steffen Lenhard**  
Idstein

Leserbrief zum Artikel „Verwundetenversorgung unter Extrembedingungen“ von Helen Kaden, HÄBL 09/2025, S. 499

## Keine Militarisierung der Medizin

Der Artikel „Verwundetenversorgung unter Extrembedingungen“ im HÄBL 09/2025 ist nicht der erste zu diesem Thema. Die gegenwärtige Atmosphäre in Deutschland erinnert mich an die Zeit vor dem Ersten Weltkrieg, als sich alle nur noch fragten, wann es losgeht.

Aktuell wird in unserem Land nicht danach gefragt, wie wir die Kriegsgefahr bannen können, sondern es wird nur noch in Waffenkategorien gedacht und gehandelt. Die Äußerungen und Entscheidungen unserer Politiker sind unverantwortlich und erhöhen sogar das Kriegsrisiko. Mehr Waffen bedeuten eine Steigerung

der Gefahr – und nicht mehr Sicherheit. Das ist ein fataler Irrweg, wie die Geschichte vielfach zeigt.

Die Ergebnisse, wie Kriege die Menschen heimsuchen, können wir täglich mit Entsetzen in den Medien sehen. Die Vorstellung, einen Krieg planen zu können, ist abartig; zu erwarten, bei einem konventionellen Krieg wirksam helfen zu können, ist naiv; und zu glauben, bei einem Atomkrieg verstrahlte Menschen behandeln zu können, ist eine komplette Illusion.

Deshalb halte ich es für falsch, dass die Ärzteschaft in zunehmendem Maße mit der Bundeswehr zusammenarbeitet (sie-

he auch Artikel im HÄBL 06/2025 und weitere). Ich sehe diese Aktivitäten als Militarisierung der Medizin, der sich die Ärzteschaft vehement entgegenstellen muss. Wir brauchen ein Gesundheitswesen für den Frieden und sollten überall daran arbeiten und uns dafür einsetzen, dass friedliche Lösungen gesucht werden. Deshalb halte ich es mit der Frankfurter Erklärung der IPPNW\* von 1982 (Kurzlink: <https://t1p.de/ryahm>).

**Dr. med. Joachim Seffrin**, Darmstadt

\* IPPNW = Deutsche Sektion der Internationalen Ärzt\*innen für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzt\*innen in sozialer Verantwortung e. V.

## Bücher



### Die Handchirurgie

**Michael Sauerbier, Andreas Eisenschenk, Hermann Krimmer, Martin Langer (Hrsg.)**

Urban & Fischer Verlag/Elsevier, 2. Auflage, München 2024, 1.008 Seiten, 239 € ISBN 9783437236365

Das bewährte Standardwerk ausgewiesener Fachexperten gibt in der zweiten Auflage einen umfassenden Ein- und Überblick über die verschiedenen relevanten Verfahren und Vorgehensweisen der handchirurgischen Praxis. Das breite Spektrum der verschiedenen handchirurgischen Interventionen wird veranschaulicht

durch hervorragende Zeichnungen, aussagekräftige Farbfotos und Übersichtstabellen in acht Buchkapiteln – von den Grundlagen der Handchirurgie, Eingriffen an der Hand über Eingriffe am Handgelenk, motorische Ersatzoperationen bis hin zu speziellen Krankheitsbildern, Handrehabilitation und Begutachtung sowie berufsgenossenschaftliche Heilverfahren und Berufserkrankungen in der Handchirurgie.

Zu speziellen Fragestellungen sind Videos ergänzend abrufbar. Insgesamt ein wegweisendes, auf über 1.000 Seiten aufwendig gestaltetes und überaus informatives Lehr- und Lernbuch, das die Bandbreite der handchirurgischen operativen Methoden, Techniken und Handlungsoptionen dem Nutzer in beeindruckender Weise praxisnah aufzeigt und veranschaulicht.

**Dr. med. Paul Kokott, Salzgitter**

Hessisches Ärzteblatt 10/2025 | 553



Chefarzt der neuen Klinik für Rettungs- und Notfallmedizin an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main (BGU Frankfurt) wird **Dr. med. Philipp Faul** (Foto oben). Als Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie bekleidete er bislang die Position des stellv. Ärztlichen Leiters des Zentrums für Notfallmedizin. Er ist ärztlicher Leiter des Notarztstandorts Frankfurt, ärztlicher Leiter des Notarzteinsatzfahrzeugs Akkon 2, Wetterau, am Standort Bad Nauheim sowie Leitender Notarzt für die Städte Frankfurt und Offenbach am Main.

Foto: BG U Frankfurt/Lando Hass



Zum 1. Oktober 2025 wird **Dr. med. Arun Kumarasamy** (Foto oben) Chefarzt der neu gegründeten Klinik für Interventionelle Radiologie am Bürgerhospital Frankfurt am Main. 2017 baute Kumarasamy die Abteilung für Interventionelle Radiologie am DGD Krankenhaus Sachsenhausen neu auf, die er zuletzt als Chefarzt leitete.

Foto: Nathalie Zimmermann

Wichtige Personalia aus ganz Hessen  
bitte per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)



**Sabine Schubert** (Foto links oben) ist neue Ärztliche Direktorin und Chefarztin Psychosomatik der Klinik am Park der Deutschen Rentenversicherung Hessen in Bad Schwalbach. Zuvor war sie dort bereits als Leitende Oberärztin Psychosomatik tätig. Schubert ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Klinik meldet noch einen Wechsel: **Fabian Schnellhardt** (Foto rechts oben) übernimmt die Chefarztposition Orthopädie. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie war unter anderem am Universitätsklinikum Halle tätig.

Fotos: DRV Hessen



**Prof. Dr. med. Maria Vehreschild** (Foto unten), Universitätsklinikum Frankfurt/M., Medizinische Klinik 2, Schwerpunkt Infektiologie, ist für weitere zwei Jahre als Vorsitzende des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie wiedergewählt worden.

Foto: Unimedizin FFM



**Dr. med. Katrin Naundorf** (Foto oben) hat zum 1. Juli die Leitung der Vitos Klinik für Psychosomatik (KPS) Herborn übernommen. Die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wechselt innerhalb des Unternehmensverbundes, für den sie seit 2022 tätig ist, als Klinikdirektorin von Weilmünster nach Herborn.

Foto: Vitos Herborn



**Dr. med. Daniela Dörfel** (Foto unten) ist neue Chefarztin der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Immunologie am Klinikum Kassel. Die Fachärztin für Innere Medizin sowie Hämatologie und Onkologie sowie der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Martin Wolf** an, der die Klinik über viele Jahre hinweg leitete. Dörfel war bisher als leitende Oberärztin am KRH Klinikum Siloah in Hannover tätig.

Foto: privat/GNH



**Prof. Dr. med. Henrik Kessler** (Foto oben), Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Fulda, wurde zum 1. April zum ordentlichen Universitätsprofessor (W3-Professur) für Neurowissenschaftliche Psychosomatik und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg mit Dienstort Fulda ernannt. Diese Berufung markiert den ersten humanmedizinischen Lehrstuhl in Fulda seit dem Jahr 1805.

Foto: privat



## Medizin-Examensfeier in Marburg

Im Sommer 2025 haben an der Philipps-Universität Marburg alle 158 Medizinstudierenden erfolgreich ihr Medizinexamen bestanden. Dabei lag der Frauenanteil mit 63,9 % wie in den vergangenen Jahren deutlich vorne.

Bei den zwei jüngsten Examensfeiern gratulierte jeweils der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, als Vertreter der Landesärztekammer Hessen allen Absolventinnen und Absolventen zu ih-

rem Examen. Er stellte die Ärztekammer vor und wünschte den neuen Kolleginnen und Kollegen viel Glück und Erfolg für ihren weiteren Weg.

Während der beiden würdigen Feiern in der historischen Aula der Alten Universität wurden den festlich in Talaren gekleideten angehenden Ärztinnen und Ärzten, die stolz ihren Doktorhut trugen, die Urkunden durch den neuen Studiendekan Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf und Nowak überreicht. Den Festvortrag zum Thema „Was

macht gute Medizin aus? Über KI und Menschlichkeit im Umgang mit Patient:innen“ hielt der Humanbiologe Prof. Dr. Martin Christian Hirsch.

Im Jahre 2024 haben insgesamt 285 von 286 Absolventinnen und Absolventen erfolgreich ihr Humanmedizin-Studium an der Philipps-Universität Marburg abgeschlossen, der Frauenanteil lag bei 64,6 % was auch im Hessentrend bei 62,9 % liegt. Die Medizin ist weiblich geworden.

(red/BezÄK Marburg)



Fotos: Universität Marburg Fakultät Medizin

Zwei Examensfeiern in Marburg im Sommer 2025. Jeweils in der Mitte: Dr. med. Paul Otto Nowak (links) und Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf (rechts).

## Akademischer Festakt Medizin an der Goethe-Universität Frankfurt

Im Mai und Juni 2025 haben 133 Medizinstudierende der Goethe-Universität Frankfurt erfolgreich den dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abgelegt. Die Absolventinnen und Absolventen wurden beim Akademischen Festakt des Fachbereichs am 15. August 2025 im Festsaal des historischen Casino-Gebäudes am Campus Westend u. a. durch Prof. Dr. Enrico Schleiff, Präsident der Goethe-Universität, Prof. Dr. Miriam Rüsseler, Studiendekanin des Fachbereichs Medizin, Prof. Dr. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums, und Dr. Christian Schwark, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen, geehrt. Der Fachbereich Medizin gratuliert den jungen Ärztinnen und Ärzten und wünscht ihnen für ihre berufliche Zukunft alles Gute! (red)



Foto: Goethe-Universität Frankfurt



Foto: Bettina Bach

**Erfolgreiche Ausbildung zur MFA:** Der Kammerbezirk Kassel verabschiedete Ende August 143 erfolgreiche Prüflinge, davon haben 20 mit der Note 1 im praktischen Teil bestanden. Die Zeugnisse wurden im festlich geschmückten Saal der Stadthalle Baunatal von Stephan Bork, dem Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Kassel überreicht. Ein Grußwort hielt Studiendirektorin Charlotte Daum, Abteilungsleiterin der Willy-Brandt-Schule-Kassel. (red/BezÄK Kassel)

# § Medizinrecht

## Neu: Fehlerhaftes medizinisches Gesamtkonzept als „Haftungstatbestand“

Diese Rechtsprechung ist neu: Das Organisations- und (technische) Einrichtungskonzept einer Klinik kann eine Haftung begründen.

So darf eine mit eineiigen Zwillingen schwangere Hochrisikopatientin ausschließlich in einer Klinik behandelt werden, die auch über eine neonatologische Intensivstation verfügt. Ihre fortdauernde Behandlung in einer Geburtsklinik ohne Möglichkeit der jederzeitigen notfallmäßigen intensiven medizinischen Versorgung der Neugeborenen ist grob fehlerhaft. Mit dieser rechtskräftigen Entscheidung hat das OLG Frankfurt [1] einem schwerstbehinderten Kind den erstinstanzlich zuerkannten Schmerzensgeldanspruch bestätigt. Dem Urteil liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

### Der Tatbestand

Patienten nehmen die beklagte Klinik und behandelnde Ärzte wegen behaupteter fehlerhafter ärztlicher Behandlung im Vorfeld der Geburt auf Schmerzensgeld und Schadenersatz in Anspruch. Die Kindeseltern und das Neugeborene, das in der Klinik durch einen Notkaiserschnitt zur Welt kam, sind Kläger des Rechtsstreits. Die Kindesmutter war mit 37 Jahren erstmals schwanger. Es handelte sich um eine hochriskante eineiige Zwillingsschwangerschaft. Sie wurde über Wochen von dem beklagten Arzt in der mitverklagten Geburtsklinik stationär behandelt. Die Klinik verfügte nicht über eine Neugeborenenstation. Eines Tages wurde festgestellt, dass sich ein typisches Risiko der Schwangerschaft realisiert hatte. Einer der beiden Feten war im Mutterleib verstorben. Der überlebende Zwilling wurde nachfolgend mit Notkaiserschnitt mit schwersten Hirnschäden dort entbunden.

### Das Urteil

Die Vorinstanz [2] hatte auf der Grundlage eines gynäkologischen Sachverständigengutachtens die Beklagten zu einem Schmerzensgeld in Höhe von 720.000 Euro verurteilt. Die hiergegen eingelegte Berufung der Beklagten blieb erfolglos. Nach weiterer Beweisaufnahme hatte sich bestätigt, dass die Beklagten den heutigen äußerst schlechten Gesundheitszustand des Klägers durch mehrere grobe Behandlungsfehler verursacht hatten.

Für beide Instanzen entscheidend war das offenbar fehlerhafte medizinische Gesamtkonzept der Beklagten, wie vom Sachverständigen wiederholt eindrücklich erläutert. Die Kindesmutter hätte insbesondere als schwangere Hochrisikopatientin aus-

schließlich in einer Klinik behandelt werden dürfen, die auch über eine neonatologische Intensivstation verfügt. Bei einer Hochrisikoschwangerschaft mit eineiigen Zwillingen kann es jederzeit zu einer Frühgeburt oder zu schweren Komplikationen bis hin zum Fruchttod eines Fetus kommen. Dies macht eine sofortige Entbindung und eine sofortige Notfallbehandlung des oder der Neugeborenen erforderlich. Eine angemessene Behandlung dieser Neugeborenen kann nur durch neonatologische Fachärzte mit einer entsprechenden technischen Ausstattung gewährleistet werden.

Der Senat wörtlich: „Sowohl bei einem fetofetalen Transfusionsyndrom (FFTS) als auch bei einer hier aus Beklagtensicht theoretisch alternativ in Betracht zu ziehenden Plazentainsuffizienz kann es jederzeit zu schweren Komplikationen bis hin zu einem intrauterinen Fruchttod (IUFT) des einen Fetus kommen, die eine sofortige Entbindung mit einer anschließenden Notfallbehandlung des oder der Neugeborenen erforderlich machen. Eine angemessene Behandlung der Kinder aber ist nur durch neonatologische Fachärzte mit einer entsprechenden technischen Ausstattung gewährleistet. Die Behandlung von Frühchen ist extrem heikel. Durch jedwede auch nur kurzfristige Fehlversorgung drohen unmittelbar schwere Schäden. Insbesondere die Beatmung von kleinen Kindern ist problematisch und fehleranfällig. Ein Transport von Neugeborenen ist nicht zuletzt deshalb unbedingt zu vermeiden. Die einzig halbwegs sichere Verlegungsmöglichkeit besteht antepartal in utero.“

Den Verzicht einer Verlegung der Kindesmutter in ein Perinatalzentrum erster Ordnung hatte schon das Landgericht als grob behandlungsfehlerhaft gewertet. Die auf die Fehlbehandlung zurückzuführenden schweren Hirnschäden des Kindes haben mannigfache gravierende Auswirkungen. Es leidet u. a. unter einer ausgeprägten Entwicklungsstörung, ist blind und hat eine starke Hörschwäche, seine Schluckfähigkeit ist gestört ebenso wie die Kontrolle seiner Blase. Zur Bekämpfung von Dauerschmerzen wurde bei ihm eine Baclofenpumpe implantiert. Die erlittenen schwersten Gesundheitsschäden rechtfertigen ein Schmerzensgeld in der zugesprochenen Höhe, so beide Instanzen.

**Dr. jur. Thomas K. Heinz**

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht  
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Foto: Jens Haensel

[1] OLG Frankfurt, Urteil vom 18.02.2025, Az. 8 U 8/21

[2] LG Frankfurt, Urteil vom 18.01.2021, Az. 2-04 O 19/11

# Dankbare Erinnerung an Dr. med. Ulrich Lang

\* 03.02.1938 † 31.08.2025

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) trauert um Dr. med. Ulrich Lang, der im Alter von 87 Jahren verstorben ist. Mit ihm verlieren Kammer, Versorgungswerk und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen einen ärztlichen Kollegen, der sich seit dem Beginn seiner Karriere über viele Jahrzehnte bis weit in den Ruhestand ehrenamtlich für die hessische Ärzteschaft engagierte.

1938 in Bad Homburg vor der Höhe geboren, studierte Ulrich Lang Medizin zunächst in München, dann in Frankfurt am Main und schloss dort 1967 mit dem Staatsexamen ab. 1968 folgte die Promotion, ein Jahr später die Approbation. Die Weiterbildung zum Gynäkologen und Geburtshelfer absolvierte Lang an der Universitätsfrauenklinik in Frankfurt am Main sowie in der Frauenklinik des Nordwestkrankenhauses in Frankfurt. Zunächst trat er in Aachen eine Stelle als Oberarzt an, kehrte dann aber wieder zurück nach Frankfurt.

Von 1976 an, ein Jahr, bevor er 1977 zum Chefarzt der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses Paulinenstift in Wiesbaden berufen wurde, gehörte er über 30 Jahre bis 2008 als Mitglied der Liste Marburger Bund der Delegiertenversammlung der LÄKH an. Er vertrat vielfach die Kammer als Abgeordneter auf den Deutschen Ärztetagen. Von 1980 bis 2008 war Lang zudem Vorsitzender der Bezirksärztekam-

mer Wiesbaden. Als Delegierter und Bezirksärztekammervorsitzender unterstützte er die Landesärztekammer ehrenamtlich in vielen Ausschüssen und Kommissionen: als Mitglied im Finanzausschuss (von 1979 bis 1980) und im Weiterbildungsausschuss (von 1977 bis 1980) sowie mehr als 20 Jahre als Vorsitzender der IVF/ET-Kommission (heute Ständige Kommission Reproduktionsmedizin).

Darüber hinaus war Ulrich Lang von 1983 bis 1988 Mitglied im Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen, seit 1988 stellvertretender Vorsitzender und von 1992 bis November 1998 Vorsitzender des Aufsichtsrates des Versorgungswerkes (heute Vorstand des Versorgungswerkes).

Von 1974 bis 1977 war er außerordentliches Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und Mitglied des Sicherstellungsausschusses der KVH. Über viele Jahre war er zudem Vorsitzender der Zytologie-Kommission der KVH.

Bis zu seiner Pensionierung im Jahr 2003 blieb er Chefarzt am Paulinenstift. 2012 unterbrach Lang seinen Ruhestand, um in Westerland/Sylt den Chefarzt der gynäkologischen Abteilung an der Nordseeklinik zu vertreten.

Für seine hervorragenden Verdienste für die hessische Ärzteschaft wurde Lang



Foto: Archiv

Dr. med. Ulrich Lang

1991 mit der Dr. Richard Hammer-Medaille der Landesärztekammer Hessen, 1998 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber und 2009 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

Mit großer Dankbarkeit und ehrendem Andenken trauert die hessische Ärzteschaft um Dr. Ulrich Lang, der durch sein herausragendes Wirken bleibende Spuren hinterlassen hat.

Im Namen der Landesärztekammer  
Hessen

**Dr. med. Edgar Pinkowski**  
Präsident

Für den Vorstand der  
Bezirksärztekammer Wiesbaden

**Dr. med. Michael Weidenfeld**  
Vorsitzender

Für den Vorstand des Versorgungswerkes  
der Landesärztekammer Hessen

**Dr. med. Titus Freiherr Schenck  
zu Schweinsberg**, Vorsitzender

## 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](http://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 Heilmittelwerbegesetz – 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 Zolig)

## Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.11.: Dr. med. Max Ehrhart,  
Bad Soden, 70 Jahre
- 01.11.: Ute Kappel, Bad Soden, 85 Jahre
- 02.11.: Dr. med. Thomas Kausch,  
Köln, 65 Jahre
- 02.11.: Dr.-medic Adriana-Pacica  
Marinescu, Offenbach, 70 Jahre
- 05.11.: Dr. med. Peter Frankenau,  
Oberursel, 70 Jahre
- 12.11.: Prof. Dr. med. Rainer Zahlten,  
Eppstein, 85 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Hermann Soeder,  
Heusenstamm, 85 Jahre
- 15.11.: Dipl.-Biol. Elisabeth Köhler,  
Oberursel, 75 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Harald Reinemer,  
Bad Vilbel, 70 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Burkhard Mai,  
Kassel, 75 Jahre
- 19.11.: Karin Bode-Ax,  
Seligenstadt, 65 Jahre
- 22.11.: Dr. med. Arthur Müller,  
Egelsbach, 75 Jahre
- 23.11.: Dr. med. Gunther Kirchoff,  
Frankfurt, 85 Jahre
- 23.11.: Dieter Rammstedt,  
Frankfurt, 85 Jahre
- 25.11.: Dr. med. Helmut Fender,  
Eschborn, 75 Jahre
- 26.11.: Ltd. Med.-Dir. i. R. Prof. Dr. med.  
Eberhard Biniek,  
Friedrichsdorf, 90 Jahre
- 27.11.: Prof. Dr. med. Jörg Schumann,  
Bad Homburg, 85 Jahre
- 28.11.: Dr. med. Friedrich Finck,  
Dreieich, 70 Jahre
- 28.11.: Dr. med. Sybille Stoll,  
Frankfurt, 70 Jahre
- 29.11.: Dr. med. Hans-Stefan Börtlein,  
Hofheim, 75 Jahre
- 29.11.: Dr. med. Sibylle Fink,  
Bad Homburg, 85 Jahre

### Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte Sommer 2025

Schriftlicher Teil: von 893 Prüflingen  
haben 635 bestanden.

Praktischer Teil: von 893 Prüflingen  
haben 715 bestanden. Die detaillierten  
statistischen Angaben können dem-  
nächst im Internet unter <https://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.



Prof. Dr. med. Karl-Heinrich Link:

### Klimawandel! Entwicklungen bis zu den aktuellen Herausforderungen

Geiger-Verlag Linus Wittich 2024, 152 S.,  
ISBN 9783869594947, 25 €

Karl-Heinrich Links Buch „Klimawandel!“ ist eine detaillierte Analyse eines der relevantesten Probleme unserer Zeit, das in der öffentlichen Aufmerksamkeit zuletzt immer weiter in den Hintergrund gerückt ist. Der habilitierte chirurgische Kollege bringt nicht nur wissenschaftliche Präzision, sondern auch persönliche Anekdoten und Einschätzungen ein. Sein erster Kontakt mit dem Thema Klimawandel erfolgte bereits 1981 durch einen Vortrag des Nobelpreisträgers Melvin Calvin zum Treibhauseffekt. Dieser blieb ihm nachhaltig in Erinnerung. Nicht zuletzt die Beschäftigung nachfolgender Generationen der eigenen Familie haben ihn inspiriert, von 2019 bis 2023 wissenschaftlich fundierte Fakten aus verschiedenen Quellen zusammenzutragen und diese auf verständliche Weise zu vermitteln.

Das Buch beginnt mit einer Faktensammlung zur Entwicklung des anthropogenen Klimawandels und erklärt, wie insbesondere die Nutzung fossiler Brennstoffe dazu beigetragen hat. Link beleuchtet die politischen Reaktionen und die weitreichenden Implikationen, die

sich daraus ergeben. Ein zentrales Thema seines Werkes ist die Kritik an grenzenlosem Wachstum, das er als eine der Hauptursachen für ökologische Folgen herausstellt.

Mit seiner Mischung aus Fakten, Analysen, Meinungen und individuellen sowie gesamtgesellschaftlichen Handlungsempfehlungen richtet sich das Buch an wissenschaftsinteressierte Laien mit und ohne Vorwissen, die tief in die Thematik einsteigen möchten. Link zeigt eindrucksvoll, wie drängend die Problematik ist. Seine differenzierte Beschäftigung mit Lösungsmodellen garantiert jedoch auch, dass beim Lesen kein Pessimismus aufkommt.

Eine klare Empfehlung für alle, die die Zukunft aktiv gestalten wollen, sowie ein Muss für jene, die immer noch die Meinung vertreten, der menschengemachte Klimawandel würde nicht existieren.

**Svenja Krück**

Vorsitzende der AG Klimaschutz  
ist Gesundheitsschutz  
der Landesärztekammer Hessen

## Kreditkarte mit Organspendeausweis-Funktion

Eine Kreditkarte und ein Organspendeausweis in einem – das will die „Life Donor Mastercard“ vereinen: Eine Karte, die keine medizinischen Daten enthält, sondern ausschließlich die freiwillige Entscheidung zur Organspende dokumentiert. Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Apobank) hat angekündigt, als erstes Kreditinstitut in Deutschland dies ihren Kundinnen und Kunden anzubieten. In einer Mitteilung heißt es, dass die Bank dadurch diese wesentliche medizinische Entscheidung des Lebens auch für andere

sichtbar machen wolle, um so dazu beizutragen, dass mehr Menschen einen Organspendeausweis haben. Laut dem Zahlungsdienstleister Mastercard, der diese Funktion auch allen anderen Kreditinstituten zur Implementierung zur Verfügung stellt, kann die Spendenbereitschaft auch auf bestimmte Organe und Gewebe beschränkt werden. Diese Informationen fänden sich auf der Rückseite der Zahlungskarte, jederzeit änderbar. Im Notfall könne jedoch schnell und einfach darauf zugegriffen werden. (red)

## Einladung 170. Bad Nauheimer Gespräch

**04.11.2025, 19–21 Uhr, Präsenz und online**  
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

**Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf**

### Warum sind wir so miteinander umgegangen? Ein kritischer Rückblick auf die Corona-Pandemie

Mehr als fünf Jahre nach Beginn der Corona-Pandemie soll eine Enquete-Kommission eingesetzt werden, um die Pandemie aufzuarbeiten. Zentrale Frage sollte dabei sein: Warum sind wir so miteinander umgegangen? Warum haben wir es zugelassen, dass Standards und Wissen zu Pandemien nicht beachtet wurden, dass Schulen lange geschlossen wurden, dass Menschen in Pflegeeinrichtungen wegen der Besuchsverbote alleine gelassen wurden und alleine sterben mussten, dass das gesamte gesellschaftliche Leben heruntergefahren wurde und dass Nicht-Geimpfte und alle, die Maßnahmen auch nur in Frage stellten, ausgegrenzt wurden?



Foto: privat

#### Stefan Vogt

Autor des Buches „Das Corona-Narrativ. Warum sind wir so miteinander umgegangen“ 2024



Foto: Martin Lengemann

#### Elke Bodderas

Politik- und Investigativ-journalistin der NZZ (Neue Züricher Zeitung)



Foto: Salome Roesler

#### Prof. Dr. med.

#### René Gottschalk

Ehem. Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Stefan Vogt bietet als einen Erklärungsansatz das Konzept des toxischen Narrativs, eines Angst- und Bedrohungsszenarios, das im Frühjahr 2020 in kürzester Zeit alle Bereiche der Gesellschaft erfasst hatte, die Politik, die Medien etc. Einziges Ziel war die Bekämpfung des Virus, was (vermeintlich) bedingungslos maximale Maßnahmen und Freiheitseinschränkungen erforderte – ohne Beachtung der Verhältnismäßigkeit und unter Inkaufnahme der Ausgrenzung und Verächtlichmachung von Menschen, die Zweifel äußerten. Am Beispiel der Medien und der Gesundheitsämter werden Elke Bodderas und Prof. Dr. med. René Gottschalk einen kritischen Rückblick auf die Pandemiejahre werfen, die Folgen dieses Bedrohungsszenarios für die Praxis des Journalismus und der öffentlichen Gesundheit in Deutschland zeigen und hierüber mit Ihnen diskutieren.

Die zentrale Frage lautet: Wie kann verhindert werden, dass die Gesellschaft sich wieder in einem ähnlichen toxischen Narrativ verfängt?

Die Veranstaltung ist öffentlich und kostenlos. Um Voranmeldung wird gebeten – über die Website [www.bad-nauheimer-gespraech.de/Veranstaltungen](http://www.bad-nauheimer-gespraech.de/Veranstaltungen) (oder per E-Mail: [info@bad-nauheimer-gespraech.de](mailto:info@bad-nauheimer-gespraech.de))

#### Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152 Fon: 069 76 63 50  
60314 Frankfurt a. M. (Ostend) Fax: 069 76 63 50  
[info@bad-nauheimer-gespraech.de](mailto:info@bad-nauheimer-gespraech.de) [www.bad-nauheimer-gespraech.de](http://www.bad-nauheimer-gespraech.de)



## Geburtstage

### Bezirksärztekammer Darmstadt

- 02.11.: Dr. med. Lothar Leisten, Mühlthal, 65 Jahre
- 03.11.: Dr. med. Karl Friton, Bensheim, 75. Jahre
- 05.11.: Dagmar Scholz-Förster, Seeheim-Jugenheim, 75 Jahre
- 05.11.: Dr. med. Wilfried Nold, Griesheim, 80 Jahre
- 09.11.: Dr.-medic/IMF Bukarest Stanca-Mihaela Vlase, Darmstadt, 70 Jahre
- 11.11.: Andreas Reinheimer, Dieburg, 75 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Angelika Rottler, Bad König, 85 Jahre
- 17.11.: Dr. med. Horst Lohölter, Heppenheim, 85 Jahre
- 18.11.: Brankica Lazic, Darmstadt, 65 Jahre
- 24.11.: Dr. med. Karl-Friedrich Keil, Darmstadt, 75 Jahre
- 26.11.: Dr. med. Lothar Krehan, Darmstadt, 85 Jahre

### Bezirksärztekammer Gießen

- 02.11.: Claudia Wiegel, Gießen, 75 Jahre
- 03.11.: Dr. med. Peter Streitzig, Wetzlar, 80 Jahre
- 09.11.: Dr. med. Karin Berger, Hüttenberg, 85 Jahre
- 10.11.: Dr. med. Sebastian Zschätzsch, Fernwald, 65 Jahre
- 10.11.: Lothar Reisig, Gießen, 80 Jahre
- 12.11.: Dr. med. Metin Akalin, Braunfels, 80 Jahre
- 14.11.: Marianne Dräger, Büdingen, 65 Jahre
- 21.11.: Hans-Joachim Gnau, Biedenkopf, 75 Jahre
- 22.11.: Dr. med. Armin Trutnau, Gladenbach, 65 Jahre
- 24.11.: Dr. med. Thomas Kanthak, Braunfels, 70 Jahre
- 27.11.: Dr. med. Bettina Fröhlich, Bad Nauheim, 65 Jahre
- 27.11.: Dr. med. habil. Wolfgang Roth, Schotten, 75 Jahre
- 28.11.: Mathias Pomerence, Schotten, 70 Jahre

# Geburtstage

## Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 03.11.: Dr. med. Monika Pitton,  
Mainz, 65 Jahre
- 05.11.: Andrea Lehr,  
Bad Schwalbach, 65 Jahre
- 09.11.: Dr. med. Martin Gepp,  
Grävenwiesbach, 75 Jahre
- 10.11.: Dr. med. Michael Forßbohm,  
Wiesbaden, 75 Jahre
- 14.11.: Werner Hagen,  
Schlangenbad, 65 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Hermann Josef Kapp,  
Schlangenbad, 90 Jahre
- 18.11.: Dr. med. Hans-Joachim Hille,  
Wiesbaden, 75 Jahre
- 19.11.: Dr. med. Michael Gugerel,  
Schlangenbad, 80 Jahre
- 20.11.: Dr. med. Anke Anger-Mokroß,  
Hünstetten, 65 Jahre
- 21.11.: Dr. med. Harry Hoske,  
Beselich, 70 Jahre
- 22.11.: Dr. med. Annemarie Ahlborn,  
Villmar, 75 Jahre
- 26.11.: Dr.-medic  
Gabor-Istvan Monosi-Szabo,  
Budapest, 70 Jahre
- 29.11.: Dr. med. Klaus Fichtner,  
Mainz, 65 Jahre

## Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

### Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

#### Marion Bachmann,

seit 20 Jahren tätig in der Hautarztpraxis  
Dr. med. Katrin Euler, Eltville.

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

#### Christiane Lahm,

seit 30 Jahren tätig in der Praxis  
Silvia Vosteen, Heuchelheim.

### Papierausgabe gewünscht?

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

# Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Maria Banzer, Königstein  
\* 05.11.1953 † 10.06.2025

Dr. med. Götz Ulrich Grigoleit, Bottrop  
\* 15.06.1970 † 30.07.2024

Ltd. Med.-Dir. Dr. med.  
Irmtraud Heller Gießen  
\* 08.06.1951 † 02.07.2025

Dr. med. Gabriele Hinz, Friedberg  
\* 02.11.1945 † 16.07.2025

Dr. med. Krasimira Lollert, Lörzweiler  
\* 22.06.1984 † 09.08.2025

Regine Charlotte Müller, Bad Zwesten  
\* 05.07.1957 † 05.08.2025

Christos Panopoulos, Papagou  
\* 29.12.1952 † 19.03.2025



Foto: Monika Buchtaik

Dr. med. Michael Hugo Pröbstel, Karben  
\* 13.05.1958 † 27.07.2025

Dr. med. Faraj Rummani, Wiesbaden  
\* 02.10.1931 † 19.07.2025

Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler,  
Linden  
\* 25.12.1934 † 14.08.2025

Dr. med. Delaram Seroush-Rug, Gründau  
\* 03.09.1942 † 31.01.2025

## Ungültige Arztausweise

### Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

**Arztausweis-Nr.** 060078779 ausgestellt  
am 21.05.2021 für Dr. med.

Annette Brunert, Darmstadt

**Arztausweis-Nr.** 060067996 ausgestellt  
am 11.09.2020 für Ulrike Burhenn,

Heringen

**Arztausweis-Nr.** 060073041 ausgestellt  
am 03.02.2021 für Dr. med.

Horst-Eberhard Gerlach, Viernheim

**Arztausweis-Nr.** 060297978 ausgestellt  
am 08.01.2024 für Manuel Keidl,

Darmstadt

**eHBA-Nr.** 80276001081200083999  
ausgestellt am 25.05.2024 für

Nikolay Kozlowsky, Offenbach

**Arztausweis-Nr.** 060264751 ausgestellt  
am 14.08.2025 für Nikolay Kozlowsky,  
Offenbach

**Arztausweis-Nr.** 060320613 ausgestellt  
am 07.05.2024 für Dr. med. Gösta Lotz,  
Langen (Hessen)

**Arztausweis-Nr.** 060198842 ausgestellt  
am 21.06.2022 für Christa Meyszner,  
Marburg

**Arztausweis-Nr.** 060255727 ausgestellt  
am 14.02.2023 für Anita Mittweide,

Frankfurt

**eHBA-Nr.** 80276001081612036695  
ausgestellt am 04.07.2024 für

Anita Mittweide, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 060180934 ausgestellt  
am 07.03.2022 für Dr. med.

Christian Reyher, Ahnatal

**Arztausweis-Nr.** 060370035 ausgestellt  
am 26.02.2025 für Dr. med.

Gabriele Rode, Lahntal

**Arztausweis-Nr.** 060264420 ausgestellt  
am 21.04.2023 für Franziska Schmidt,  
Saarbrücken

**Arztausweis-Nr.** 060205401 ausgestellt  
am 01.08.2022 für Frank Schwerdel,  
Hofheim

**Arztausweis-Nr.** 060274093 ausgestellt  
am 10.07.2023 für

Hildegard Werkmann, Obertshausen

**Arztausweis-Nr.** 060419472 ausgestellt  
am 15.08.2025 für

Hildegard Werkmann, Obertshausen

# Abschied von Prof. Dr. med. Konrad Erwin Hildebrand Schwemmler

\* 25.12.1934 † 14.08.2025

Foto: Archiv



Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von Prof. Dr. med. Konrad Erwin Hildebrand Schwemmler, der am 14. August 2025 im Alter von 90 Jahren verstorben ist. Sein Leben war geprägt durch herausragendes medizinisches Wirken und jahrzehntelanges Engagement für die hessische Ärzteschaft.

Nach seinem Medizinstudium in Erlangen, Freiburg und Wien war Schwemmler zunächst in Erlangen und Bayreuth tätig. Nach der Promotion 1961 und der Anerkennung als Facharzt für Chirurgie im gleichen Jahr erfolgte 1971 die Habilitation in Erlangen. Hier konzentrierte er sich auf die Kinderchirurgie. 1976 übernahm er die Leitung der Klinik für Allgemein- und Thoraxchirurgie an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Als chirurgischer Ordinarius mit den Schwerpunkten Thoraxchirurgie und Visceralchirurgie war Schwemmler international für sein Engagement auf dem Gebiet der Tumorchirurgie und seinen Einsatz innovativer klinischer Verfahren anerkannt.

Besonders verbunden war Schwemmler der Landesärztekammer Hessen und der

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung. Von 1983 bis 2007 Vorstandsmitglied der Akademie, setzte er als Leiter zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen wichtige Impulse für die medizinische Praxis – darunter Fortbildungskongresse zu Onkologie (1981), neuen bildgebenden Verfahren (1985) und Wundbehandlung (1996). Die von ihm initiierte Broschüre zur Wundbehandlung, herausgegeben von der Akademie, fand große Beachtung. In der Landesärztekammer Hessen engagierte er sich viele Jahre als Vorsitzender des Widerspruchsausschusses für die Prüfungen in den operativen Gebieten. Von 2000 bis 2006 war er stellvertretendes Mitglied der Kommission „Lebenspende“.

Darüber hinaus engagierte er sich in zahlreichen Fachgesellschaften. Von 1983 bis 1984 war er Präsident der Vereinigung Mittelrheinische Chirurgen.

Für sein außergewöhnliches Engagement wurde er im Jahr 2000 mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer sowie 2002 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen, 2007 auch in Silber, ausgezeichnet.

Die hessische Ärzteschaft verliert mit Prof. Dr. Konrad Schwemmler einen herausragenden Arzt, engagierten Lehrer und vorbildlichen Kollegen.

Im Namen der Landesärztekammer  
Hessen

**Dr. med. Edgar Pinkowski**  
Präsident

Für die Bezirksärztekammer Gießen

**Dr. med. Hans-Martin Hübner**  
Vorsitzender

## Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

### Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftlicher Ausbildungsnachweis

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt im dualen System, das heißt Ausbildungsstätte und Berufsschule wirken bei der Berufsausbildung zusammen. Die beiden Lernorte

haben dafür gesonderte Grundlagen, die inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind (basierend auf der Ausbildungsverordnung vom 26. April 2006). Weitere Informationen im Internet unter: <https://www.laekh.de/aktuelles>

## Geburtstage

### Bezirksärztekammer Kassel

- 03.11.: Dr. med. Diethelm Träger, Kassel, 75 Jahre
- 05.11.: Dr. med. Gisela Schneider, Kassel, 85 Jahre
- 18.11.: Dr. med. Maher Sharif, Bad Wildungen, 75 Jahre
- 20.11.: Wolfgang Mayer, Kassel, 75 Jahre
- 23.11.: Dr. med. Petra Gisela Weitzel, Heringen, 65 Jahre
- 25.11.: apl. Prof. Dr. med. Martin Siepmann, Göttingen, 65 Jahre
- 25.11.: Dr. med. Georg Alles, Künzell, 75 Jahre
- 29.11.: Dr. med. Julia Hamann, Homberg, 70 Jahre
- 30.11.: Walter Ernst Lehmann, Schauenburg, 65 Jahre

### Bezirksärztekammer Marburg

- 08.11.: Dipl.-Med. Anette Brinkmann-Schwalm, Neukirchen, 65 Jahre
- 10.11.: Dr. med. Armin Bender, Marburg, 65 Jahre
- 11.11.: Martina Trümper, Fritzlar, 85 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Erich Wranze-Bielefeld, Dautphetal, 75 Jahre
- 27.11.: Prof. Dr. med. Walter Mannheim, Marburg, 95 Jahre
- 28.11.: Janet Schüffel, Marburg, 85 Jahre
- 30.11.: Dr. med. Sirous Javidi, Göttingen, 65 Jahre

## Goldenes Doktorjubiläum

- 04.11.: Prof. Dr. med. Richard Raedsch, Wiesbaden
- 04.11.: Dr. med. Gesine Heetderks-Fischer, Zwingenberg
- 18.11.: Dr. med. Hans-Werner Krauß, Viernheim
- 21.11.: Dr. med. Rolf Dieter Werner, Rotenburg
- 24.11.: Dr. med. Hamparsum Mergeryan, Göttingen
- 28.11.: Dr. med. Heinz Schmitt, Limburg

## 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: haebel@laekh.de  
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

**Redaktionsschluss:** fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag:** Deutscher Ärzteverlag GmbH  
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln  
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

**Geschäftsführung:** Joachim Herbst

**Produktmanagement:** Marie-Luise Bertram  
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

**Abonnementservice:** Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-470  
Abo-Service@aerzteverlag.de

**Erscheinungsweise:** 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00  
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.  
Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil**

**Industrie:** Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,  
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

**Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt:** Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,  
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

**Verkaufsleiter Medizin:** Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,  
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

**Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen**

**Gebiet Nord:** Celia Schlink, Tel. +49 2234 7011-303,  
E-Mail: schlink@aerzteverlag.de

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

**Non-Health:** Mathias Vaupel,  
Tel.: +49 2234 7011-308  
E-Mail: vaupel@aerzteverlag.de

**Herstellung:** Martina Heppner, Tel.: +49 2234 7011-278,  
E-Mail: heppner@aerzteverlag.de

**Layout:** Petra Möller

**Druck:** L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

**Bankverbindungen:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln  
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)  
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)  
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 11, gültig ab 01.01.2025

Druckauflage: 11.250 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 Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

**Haftungsausschluss:**

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

## Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH  
Hessisches Ärzteblatt  
Anzeigendisposition  
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 11  
vom 25.10.2025**

**ist am Mittwoch, dem 01.10.2025**

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](mailto:chiffre@aerzteverlag.de)

## Stellenangebote

## 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](mailto:verwaltung@medicum-mittelhessen.de)

MVZ medicum.mittelhessen  
EHM GmbH

## 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-luipold.de](mailto:info@praxis-luipold.de)

## 🔍 Arzt/Ärztin (m/w/d) gesucht!

**Fachrichtung: Innere Medizin oder Allgemeinmedizin  
Teilzeit (15–20 Std./Woche) im Rhein-Main-Gebiet**

**Sie haben das Herz am richtigen Fleck?**

Dann kommen Sie dorthin,  
wo Gastro und Kardio nicht nach Speisekarte klingen!

Wir sind eine fachinternistische Gemeinschaftspraxis mit **14 Ärztinnen und Ärzten an drei modernen Standorten** im Rhein-Main-Gebiet.

Unsere Schwerpunkte: **Gastroenterologie und Kardiologie** – unsere Stärke: **Teamgeist.**

### 👂 Was wir bieten:

- Ein tolles, kollegiales Miteinander auf Augenhöhe
  - Flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten
- Übertarifliche Bezahlung plus Extras & Zulagen
- Moderne Praxisräume & strukturierte Abläufe
  - Viel Herz, Humor und Raum für Ihre Ideen

### ✅ Was Sie mitbringen:

- Facharztanerkennung für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
- Freude an der ambulanten Medizin und interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Freundlichkeit, Teamfähigkeit und einen Sinn für Menschlichkeit

Jetzt bewerben!

Schicken Sie Ihre Unterlagen an:

✉️ [internistrheinmain@gmx.de](mailto:internistrheinmain@gmx.de)

Wir freuen uns auf Sie –

und darauf, gemeinsam Medizin mit Herz und Verstand zu machen.

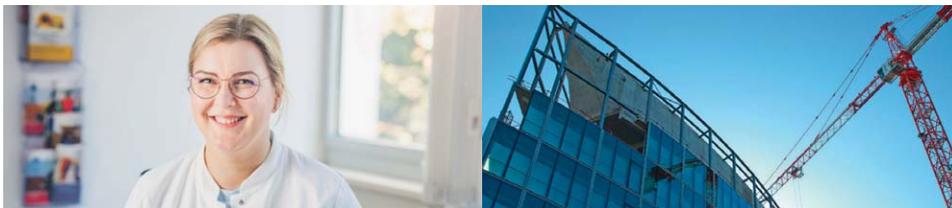
## Fachärztin in Anstellung ab sofort gesucht!

Große gynäkologische Praxis in Gelnhausen sucht zur Verstärkung des Teams eine Fachärztin in Anstellung. Voll- oder Teilzeit möglich.

Wir sind ein chaotisch sympathisches, eingespieltes Team, bieten flexible Arbeitszeiten und natürlich einen Parkplatz in der Tiefgarage unter der Praxis. Ambulantes Operieren auf Wunsch möglich, Qualifikation zur Abklärungskolposkopie und zum Ersttrimesterscreening vorhanden und entsprechende Weiterbildung möglich. Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre vorhanden.

Neugierig? Wir freuen uns über Ihre Bewerbungsunterlagen an:

**[bewerbung@gyn-mvz-mkk.de](mailto:bewerbung@gyn-mvz-mkk.de). Allgemeine Infos zu uns unter: [www.gyn-mvz-mkk.de](http://www.gyn-mvz-mkk.de)**



**Wir bieten Ihnen:**



**Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Flexible Arbeitszeit ohne Nacht-, Bereitschafts- und Wochenenddienst  
6 Wochen Jahresurlaub,  
4 Flexstage pro Jahr  
und bis zu 16 Gleittage



**Fester Kundenstamm**  
mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise



**Attraktive Vergütung**  
Dienstfahrzeug – auch zur privaten Nutzung,  
Möglichkeit zur Teilnahme am Bonussystem,  
Vermögenswirksame Leistungen (VWL)



**Sicherheit des öffentlichen Dienstes**  
mit einer zusätzlichen Altersversorgung (VBL)  
(Tochter der BG BAU)



Legen Sie Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf?  
Wünschen Sie sich wieder mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise?

**Kommen Sie zu uns ins Team!**

**Wir sind der Arbeitsmedizinische Dienst der Baubranche.**

Der AMD der BG BAU betreut bundesweit in seinen über 60 Zentren und im Außendienst die Versicherten des Bauhaupt- und Baunebengewerbes sowie große Reinigungs- und Serviceunternehmen.

Wir bieten unseren Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz mit Zukunftsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie flexible Arbeitszeiten durch unser Gleitzeitmodell und eine attraktive betriebliche Altersvorsorge (VBL).

Setzen Sie sich gemeinsam mit uns ein – für Sicherheit, Gesundheit und Prävention in einer spannenden Branche!

Für unseren Standort **Kassel** suchen wir einen

**Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin (mit der Möglichkeit zur Übernahme der Zentrumsleitung)**

**Sie ...**

- sind präventiv tätig, betreuen und beraten unsere Mitgliedsbetriebe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- arbeiten in einem kollegialen Team in unserem arbeitsmedizinischen Zentrum und im Außendienst mit qualifiziertem Assistenzpersonal
- erkennen arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig und helfen diese zu verhindern
- sind Berater (m/w/d) beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen
- wirken bei der individuellen beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit

**Ihr Profil**

- Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin
- Sicheres und positives Auftreten
- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit und Engagement
- Pkw-Führerschein

Die Stelle ist ab sofort unbefristet in Vollzeit zu besetzen. Grundsätzlich ist die Stelle teilzeitgeeignet.

Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

**Das klingt nach einer interessanten Aufgabe für Sie? Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Karriereseite [www.amd.bgbau.de/karriere](http://www.amd.bgbau.de/karriere) unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung.**

Unsere Regionalleitung, Frau Dr. David, steht Ihnen in fachlichen Fragen unter der Telefonnummer +49 151 68914862 gern zur Verfügung.

[www.amd.bgbau.de](http://www.amd.bgbau.de)

# Chiffre-Anzeigen

Eine Chiffre-Anzeige hat Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie bitte Ihre Antwort auf die jeweilige Anzeige per E-Mail an die untenstehende Adresse. Damit die Chiffre-Abteilung Ihre Antwort an den Inserenten weiterleiten kann, möchten wir Sie bitten, folgende Vorgaben beim E-Mail-Versand zu beachten:

1. Fügen Sie alle Dokumente in eine PDF-Datei zusammen und senden Sie die PDF-Datei als Sammeldokument per E-Mail an:  
[chiffre@aerzteverlag.de](mailto:chiffre@aerzteverlag.de)
2. Achten Sie darauf, dass Ihre PDF-Datei eine Größe von 1 MB nicht überschreitet.
3. Geben Sie die entsprechende Kennziffer im Betreff-Feld ein.

Bitte sehen Sie es uns nach, wenn Ihre Antworten, die den Maximal-Umfang von 1 MB überschreiten, an den jeweiligen Absender zurückgeleitet werden.

Vielen Dank!

Deutscher Ärzteverlag GmbH  
Chiffre-Abteilung  
Postfach 1265  
59332 Lüdinghausen  
[chiffre@aerzteverlag.de](mailto:chiffre@aerzteverlag.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](mailto: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**

## Weiterbildungs-Assistent/in gesucht

für den ambulanten Abschnitt der unmittelbaren Patientenversorgung zum **FA/Ä für Allgemeinmedizin** 24 Mon. WB Ermächtigung Ortho/UCh liegt vor. VZ oder TZ

### movios - Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Uwe Schlevoigt  
63667 Nidda  
[www.movios.de](http://www.movios.de)

Kontakt und Infos gerne über [mail@movios.de](mailto:mail@movios.de)

## FA/Ä Orthopädie (und Unfallchirurgie) gesucht

zur **Anstellung in Teilzeit** in unserer Praxis  
Arbeitszeit nach Vereinbarung, keine Dienste

movios - Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Uwe Schlevoigt  
63667 Nidda  
[www.movios.de](http://www.movios.de)

Kontakt und Infos gerne über [mail@movios.de](mailto:mail@movios.de)

## FÄ/FA Pädiatrie mit SB

### Kinderendokrinologie-Diabetologie (m/w/d)

zur Anstellung in einem endokrinologischen MVZ im Rhein Main Gebiet gesucht. Flexible Arbeitszeiten/Teilzeit-/Vollzeittätigkeit bei guter Honorierung. Diskretion und Vertraulichkeit selbstverständlich. Bewerbungen erbeten an [kv.sitz@gmx.net](mailto:kv.sitz@gmx.net)

Suchen **Facharzt (w/m/d) für Chirurgie oder Viszeralchirurgie** zur Anstellung in Chirurgischer Praxis mit proktologischem, endoskopischem und phlebologischem Spektrum in Frankfurt (60313) & Offenbach (63065). Operative und/oder endoskopische Erfahrung erforderlich.

Phlebologie-Qualifikation wünschenswert.

[josef.degel@panaceum.de](mailto:josef.degel@panaceum.de) | [www.panaceum.de](http://www.panaceum.de)

**Hämostaseologen, Rheumatologen, Endokrinologen** für  
Facharzt-Zentrum in Rhein-Main gesucht. [laborarzt@icloud.com](mailto:laborarzt@icloud.com)

## Suchen Fachärzte (m/w/d) für GYNÄKOLOGIE

zur **Anstellung in Voll- oder Teilzeit**

MVZ PANACEUM (63150 Heusenstamm)

[erland.degel@panaceum.de](mailto:erland.degel@panaceum.de) | [www.panaceum.de](http://www.panaceum.de)

## Suche Hausarzt/in

Hausärztliches/Kinderärztliches MVZ in Kreis  
Groß-Gerau/Langen/Wiesbaden mit mehreren Standorten  
sucht ab sofort oder später

FÄ oder WB Assistent/Assistentin Innere/Allgemein  
Vollzeit/Teilzeit,

übertarifliches Gehalt, flexible Arbeitszeiten

mob.: 01707723006, [verwaltung@praxishayat.de](mailto:verwaltung@praxishayat.de),  
[verwaltung@pan-medical.de](mailto:verwaltung@pan-medical.de)

## Fachärzte für Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d)

Sie suchen:

Ausgewogene Work-Life-Balance zu einem Top-Gehalt?

Individuelle Arbeitszeiten mit langfristiger Perspektive?

Dann starten Sie durch in einem unserer gut gehenden MVZ in

### Bickenbach oder Pfungstadt!

Weitere Infos: 05141 4023716 oder bewerben Sie sich direkt unter

[bewerbung@voramedic.de](mailto:bewerbung@voramedic.de)

## FÄ/FA o. WB Assistent/in für Anästhesie (WB 12 Mon) gesucht

MVZ für Anästhesie im Rhein-Main Gebiet sucht ab sofort, VZ/TZ  
möglich, keine Dienste, kein WE, außertarifliche Vergütung

[bewerbung-anaesthesie@gmx.de](mailto:bewerbung-anaesthesie@gmx.de)

## Vertretungsangebote

### Privatpraxis Raum DA-DI sucht Vertretung

Hausärztliche Versorgung, Akupunktur, Mitomedizin, Neuraltherapie, Ästhetik. Gerne junge Kollegin oder Kollege (auch in FA-Weiterbildung). Regelmäßige, langfristige Zusammenarbeit und auch berufliche Kooperation angestrebt. **HÄ 059348**

## Stellengesuche

### FÄ Orthopädie sucht konservative Tätigkeit in Wiesbaden

Langjährige Praxiserfahrung mit Schwerpunkt ärztliche Osteopathie,  
Akupunktur, Sportmedizin, physikalische Therapie

[haroldfinch9752@gmail.com](mailto:haroldfinch9752@gmail.com)

### FA für Neurologie

mit langjähriger Berufserfahrung in Klinik und Praxis sucht Tätigkeit,  
bevorzugt in Praxis/MVZ, im Rhein-Main-Gebiet.

Kontakt per E-Mail: [neuro25@mail.de](mailto:neuro25@mail.de)

## 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](mailto:stellenmarkt@aerzteverlag.de)



## Praxisabgabe

### Assmus & Lauer Ges. f. Praxisvermittlung KG

vermittelt Ihre Praxis zuverlässig und diskret.

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

Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung KG

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

ulrich@assmus-lauer-kg.de

www.assmus-lauer-kg.de

Rufen Sie  
uns an!

Umsatzstarke **HÄ-Intern. Praxis** in Ärztehaus, **Wiesbaden** abzugeben. Im Kundenauftrag. **HÄ 059383**

### Praxisabgabe in Frankfurt am Main

Praxisanteil in sehr gut geführter Gemeinschaftspraxis mit eigener Kassenzulassung und Patientinnenstamm in guter Lage abzugeben. Ich freue mich über Ihr Interesse und stehe selbstverständlich zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Kontakt **HÄ 059337**

**Praxis für Anästhesiologie/Schmerztherapie** in **Wiesbaden** abzugeben. Im Kundenauftrag. **HÄ 059382**

## Wir sind für Sie da!

Verkauf & Beratung Telefon +49 (0) 2234 7011-250

Anzeigenservice Telefon +49 (0) 2234 7011-290

Anzeigenmanagement · Postfach 40 02 54 · 50832 Köln  
kleinanzeigen@aerzteverlag.de · aerzteverlag.de/anzeigenservice



## Praxisräume

**Praxisräume 145 m<sup>2</sup> in Darmstadt-Stadtmitte zu vermieten.**

Tel.: 06151 - 21547 oder 0170 - 7368971

## Kooperation

**Laborarztpraxis sucht Kooperationspartner** mit Praxislabor für gemeinsames MVZ/BAG in Rhein-Main. **laborarzt@icloud.com**

## Kurse/Seminare/Veranstaltungen

### Was ist neu in der Onkologie 2025 ?

### Präsenzfortbildung für Onkologinnen, Onkologen, Internistinnen, Internisten und Allgemeinmediziner\*innen

Alle Fachbereiche werden einzeln durch Experten behandelt.

#### Highlight Session

**State of the Art in der Behandlung von Lungentumoren und neue Behandlungsoptionen**

**Dr. M. Sebastian, Frankfurt**

**08. November 2025, 9 – 15 Uhr im Welcome Hotel Darmstadt**

#### Wissenschaftliche Leiter\*in:

Prof. Dr. H. Bernhard, Prof. Dr. C. Weiß, Klinikum Darmstadt GmbH

#### Programm und Anmeldung unter:

<https://gk-organisation.de/was-ist-neu-in-der-onkologie/>

Gaby Kneissler – Veranstaltungsorganisation

E-Mail: [gk\\_organ@organisation.de](mailto:gk_organ@organisation.de)

**Die Teilnahme ist kostenfrei!**

**Mit CME-Punkten von der LÄKH zertifiziert.**



SCAN ME

## 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**

# Anzeigenservice

## Wir sind für Sie da!

Telefon +49 (0) 2234 7011-290

[kleinanzeigen@aerzteverlag.de](mailto:kleinanzeigen@aerzteverlag.de)

[aerzteverlag.de/anzeigenservice](http://aerzteverlag.de/anzeigenservice)





# Effektive Impfstrategien bei Lungenerkrankungen, Diabetes und im Alter

## Aufzeichnung vom 04.06.2025 – JETZT ONLINE VERFÜGBAR!

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

**Diese Fragen stehen im Fokus des Impfsymposiums 2025.**

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

**Jetzt anschauen lohnt sich!**

**Unsere Expert:innen:**

» **Dr. med. Markus Frühwein**

Facharzt für Allgemeinmedizin, im Vorstand der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen und des Forums Impfen e.V.

» **Prof. Dr. med. Hans Jürgen Heppner**

Direktor der Klinik für Geriatrie am Klinikum Bayreuth, Pastpräsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

» **Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland**

Universitätsklinikum Aachen, Pastpräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft

» **Prof. Dr. med. Mathias Pletz**

Direktor des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena

**Moderation:**

» **Dr. med. Susanna Kramarz**

Deutsches Ärzteblatt



**IMPFSYMPOSIUM & INTERVIEWS  
VERFÜGBAR AUF:  
[aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2025](https://aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2025)**

Mit freundlicher Unterstützung



MSD



sanofi

In Kooperation mit

**Deutsches  
Ärzteblatt**

Veranstaltet von



**Deutscher  
Ärzteverlag**

# Entspanntes Lernen im Schwarzwald PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG

Inklusive  
Balint-Gruppen

2 Wochenenden Kloster Lichtenthal + 2 Wochenenden Live-Online

Fachliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Claas Lahmann

Kloster Lichtenthal (Baden-Baden): Modul 1+4 (29.–30.11.2025 + 13.–14.06.2026)

Live-Online (AIM Zoom-Plattform): Modul 2+3 (24.–25.01.2026 + 18.–19.04.2026)

Detaillierte Informationen, Tarife und die Online-Anmeldung finden Sie unter:

[www.aim-akademie.info](http://www.aim-akademie.info)

**Termine in  
Bayern**

Fachliche Leitung: Dr. med. Peter Lange, Dr. phil. Dipl. Psych. Barbara Stein

**München:** Modul 1+4 (25.–26.10.2025 + 25.–26.04.2026)

**Live-Online:** Modul 2+3 (13.–14.12.2025 + 28.2.–01.3.2026)