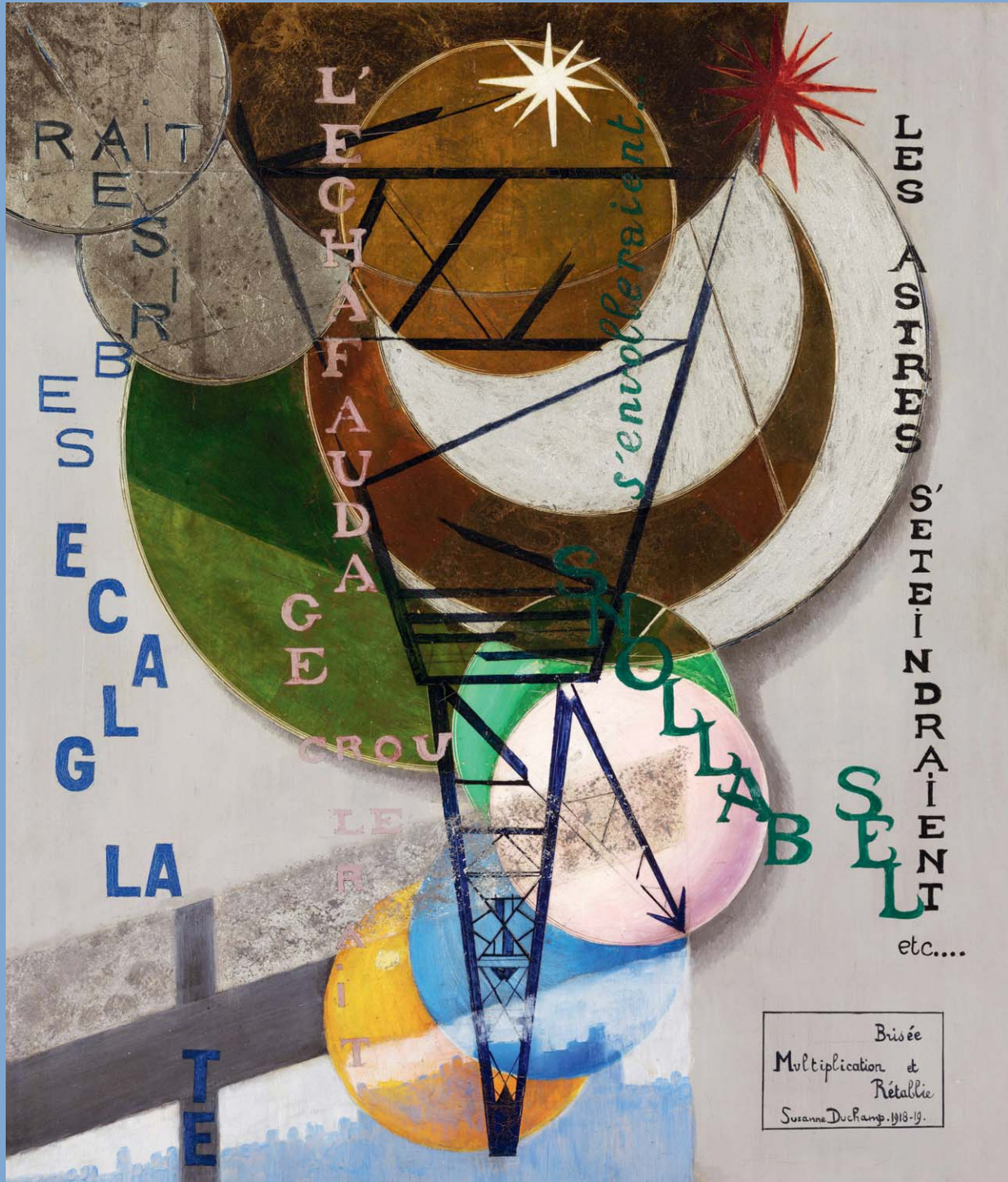


Hessisches Ärzteblatt

12 | 2025

86. Jahrgang



Suzanne Duchamp: Dada in Paris

Die Schirn Kunsthalle
Frankfurt zeigt eine
große Retrospektive

CME: Morbus Crohn, Diagnostik und Therapie

Vielfältiges klinisches Bild und mögliche Symptomkomplexe

Klinische Studien zu Arzneimitteln

Studien sind Ergebnisse statistischer Analysen mit Stärken und Schwächen

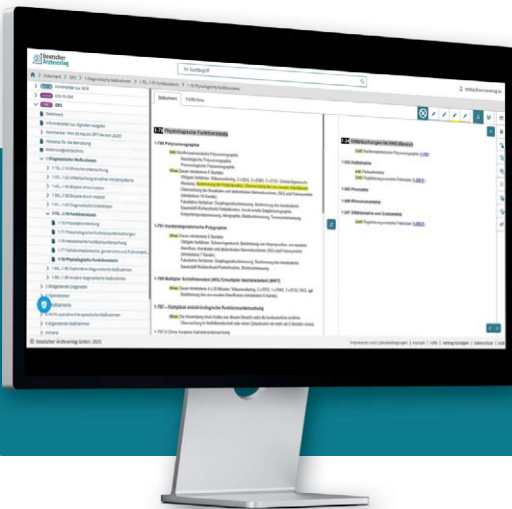
Unsere Klassiker für Ihren Erfolg:

Gekonnt kodieren
mit ICD-10-GM, OPS und DKR

✓ Digital und als gedrucktes Buch

Starten Sie jetzt mit den Kodierwerken durch!

Das Kodierwerke-Team unter Leitung von Prof. Dr. med. Thomas Auhuber bereitet die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlichten Daten redaktionell so auf, dass Sie **schnell und zuverlässig** zum **richtigen Kode** gelangen.



Profitieren Sie von den hilfreichen Funktionen der Onlineversion, u. a.:

1. Querverweisen mit nur einem Klick folgen
2. Zwei Textstellen in einem Fenster sehen
3. Optimierte Suchfunktion nutzen
4. Markieren wichtiger Abschnitte
5. Kommentare erstellen und im Team teilen



OPS 2026 Systematisches Verzeichnis

€ 24,98

digital* oder broschiert
ab 20 Ex. gedruckt € 17,51 zzgl. 7% MwSt.



ICD-10-GM 2026 Systematisches Verzeichnis

€ 24,98

digital* oder broschiert
ab 20 Ex. gedruckt € 17,51 zzgl. 7% MwSt.



Deutsche Kodierrichtlinien 2026

€ 9,99

digital* oder broschiert
ab 20 Ex. gedruckt € 7,00 zzgl. 7% MwSt.



ICD-10-GM 2026 Alphabetisches Verzeichnis

digital* € 24,98



* Die angegebenen Preise gelten für eine Einzelplatzlizenz mit 12-monatiger Laufzeit im Abonnement. Profitieren Sie von attraktiven Staffelpreisen für Mehrplatzlizenzen!

Die gedruckten Bücher erscheinen im Dezember 2025. Die digitalen Versionen 2025 sind schon jetzt verfügbar und werden im Januar 2026 automatisch aktualisiert. Mehr unter www.praxisbedarf-aerzteverlag.de/wissen/buecher-ebooks/kodierung/

Besser spät als nie

Mit seiner Entscheidung, die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes zur Triage für nichtig zu erklären, hat das Bundesverfassungsgericht die ärztliche Berufsausübungsfreiheit gestärkt (siehe S. 627). Das ist gut und richtig, denn eine Triage kann niemals durch ein Gesetz geregelt werden. Priorisierungsentscheidungen erfordern stets eine wohl abgewogene Entscheidung im Einzelfall auf der Grundlage einer medizinisch-fachlichen Beurteilung in Verbindung mit den Grundsätzen der Ethik, Menschlichkeit und Verantwortung.

Nach gefühlt endlos langen Jahren des Einsatzes für eine neue arzt- und sachgerechte sowie angemessen dotierte amtliche Gebührenordnung für Ärzte traue ich es mich fast nicht, will aber doch diese Aussage wagen: Es bestehen wirklich ernsthafte Chancen für die Umsetzung der neuen GOÄ, die der Deutsche Ärztetag im Mai in Leipzig mit überwältigender Mehrheit konsentiert hat. Zwar scheut sich Bundesgesundheitsministerin Warken noch, einen festen Termin zu nennen, verkündete aber, dass die ersten Arbeiten auf der Fachebene dazu bereits begonnen hätten. Die Ministerin darf versichert sein, dass ihr etwaig benötigte Hilfe und Unterstützung seitens der Ärzteschaft umgehend zur Verfügung gestellt wird.

So langwierig dieser Prozess auf der politischen Ebene auch war, um nicht zu sagen, dass es quasi ein Stillstand war, so richtig ist es dennoch, dass am Ende eine amtliche Gebührenordnung steht. Denn eine amtliche Gebührenordnung gibt sowohl den Patientinnen und Patienten als auch den Ärztinnen und Ärzten einen festen Rahmen, dem beide Seiten vertrauen dürfen, indem sie faire und nachvollziehbare Bedingungen schafft und beide Seiten absichert.

Fairness und Nachvollziehbarkeit sind nicht nur im Hinblick auf die GOÄ geboten, sondern müssen vielmehr für das gesamte Gefüge unseres Sozialsystems gelten. Der Eindruck, mag er auch subjektiv sein, einem nicht durchschaubaren Moloch ausgeliefert zu sein, ruft Ohnmachtsgefühle und/oder Aggression bzw. Ausweichbewegungen hervor. Gerade im Gesundheitswesen sind uns diese Reaktionen nur allzu bekannt. So gibt es gerade unter den Älteren nicht wenige Menschen, die unbestreitbar einen Termin in einer Arztpraxis benötigen und daran scheitern, weil sie schon mit der zunehmend elektronisch erfolgenden Terminvergabe, deren Vorteile ich gar nicht bestreiten will, nicht zurechtkommen. Von den Problemen technikferner Menschen im Umgang mit der elektronischen Patientenakte will ich erst gar nicht sprechen. Aggression, sei es körperlich oder auch „nur“ in Form verbaler Gewalt, haben inzwischen wohl alle im Gesundheitswesen Tätigen erleben müssen. Vielfach dürfte dahinter ein überzogenes Anspruchsdenken liegen, aber sicher auch bei dem einen oder anderen eine Reaktion auf erlebte Hilflosigkeit und/oder Überforderung. Ausweichbewegungen finden sich bei der viel zu unkritischen Gläubigkeit an Heilsversprechungen esoterischer Wunderheiler. Dort gibt es übrigens keinen Schutz vor unberech-

tigten Honorarforderungen und dennoch findet sich ein zahlungswilliges Publikum. Auch dies ist ein Zeichen der in Deutschland mangelnden Gesundheitskompetenz. Hier muss dringend etwas passieren, auch wenn dieses Pflänzchen einige Jahr(zehnt)e wachsen muss, bis es erste Früchte tragen wird.

Immerhin haben sich die 53 Mitgliedsstaaten der Region Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einstimmig auf eine gemeinsame Vision für ihre Gesundheitspolitik für die Jahre 2026–2030 verständigt. Zu den von WHO-Regionaldirektor Hans Kluge genannten Schwerpunkten gehören die verstärkte Prävention nicht übertragbarer Krankheiten und die Förderung gesunden Alterns. Und wann fängt das gesunde Altern an? Ganz genau, schon in der Kindheit. Doch auch für Ältere gilt: besser spät als nie. So zeigt ein kompletter Rauchstopp auch im höheren Lebensalter noch deutliche gesundheitliche Vorteile.

Auch die Vorteile möglichst zuckerarmer Ernährung sind unbestritten. Doch bevor Sie mich für einen Diktator der Vernunft halten, gestehe ich gerne ein, dass die Advents- und Weihnachtszeit für mich ohne süße mit Butter gebackene Weihnachtsplätzchen nicht vorstellbar ist. Hier halte ich es mit der Oscar Wilde zugeschriebenen Äußerung: „Alles in Maßen, einschließlich Mäßigung.“

In diesem Sinn wünsche ich Ihnen ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest, besinnliche, frohe und gemütlichen Stunden im Kreise Ihrer Liebsten und die Möglichkeit, Ihre persönlichen Energiereserven wieder aufzutanken.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Frankfurt am Main, Städel Museum

Kultur zum Jahreswechsel

Die Zeit zwischen den Jahren ist eine Möglichkeit, mehr Kultur zu genießen. Bis zum 11. Januar 2026 ist die Ausstellung zu Suzanne Duchamp in der Schirn zu sehen (S. 635); Alternativen finden Sie unter anderem in unseren Kultur- und Lesetipps zum Jahreswechsel (S. 650).

635, 650



Foto: © weyo – stock.adobe.com

CME: Morbus Crohn

Die Inzidenz und Prävalenz der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und insbesondere des Morbus Crohn haben in jüngerer Zeit weltweit zugenommen. Zertifizierter Fortbildungsbeitrag zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie von Morbus Crohn.

628

Editorial: Besser spät als nie 623

Aus dem Präsidium: Gemeinsam gestalten im Großen wie im Kleinen 626

Ärzttekammer

Save the date! Mutterschutz im Arztberuf – Rechte kennen, Chancen nutzen 627

Bundesverfassungsgericht erklärt die Triage-Regelungen für nichtig 627

Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung MFA-Ausbildungswesen, geht in den Ruhestand 658

Elena Brandt leitet zukünftig die Abteilung MFA-Ausbildungswesen 659

PID-Ethikkommission hat sich neu konstituiert 659

Fort- und Weiterbildung

Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Morbus Crohn 628

Serie Teil 26: „Patientensicherheit ist Teil des intrinsischen ärztlichen Handelns“ 639

Per-protocol, As-treated oder Intention-to-treat: Klinische Studien zu Arzneimitteln – Wo ist der Haken? 654

Pharmakotherapie: Arzneiverordnung in der Praxis 661

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 642

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 648

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 662, 664

Leserbriefe

„Ein Primärarztsystem ist auch in Deutschland unabdingbar“ 660

Somatisierungsstörung: wohl kaum! 660

Personalien 663



Foto: © AndriLow – stock.adobe.com

Menschen ohne Krankenversicherung

Wie können Ärzte Menschen ohne Krankenversicherung, insbesondere Obdachlose, besser versorgen? Praktische Tipps gibt ein Artikel zu zwischenmenschlichen Gesten im Umgang; ein Bericht über die erste hessische Fachtagung zum Thema diskutiert die strukturelle Ebene.

636, 638



Foto: © JK_kyoto – stock.adobe.com

Klinische Studien zu Arzneimitteln

Wer evidenzbasiert argumentiert, bezieht sich auf den aktuellen Wissensstand aus Studien, nicht nur auf Erfahrungen oder auf die Meinung von Experten. Die Autoren wollen das nötige „Werkzeug“ liefern, um klinische Studien zu Arzneimitteln kritisch zu lesen.

654

Forum

Kleine Gesten helfen bei Sprechstunden für obdachlose Menschen weiter	636
Das Dilemma in der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz – Fachtagung in Frankfurt	638
Erinnerung an Dr. med. Alfred Günzburg	652
Reflexion unserer Verletzlichkeit als Antidot gegen die Egologik unserer Zeit – 169. Bad Nauheimer Gespräch	653
Weihnachtliche Klänge mit den „JazzDocs“	657

Parlando: Suzanne Duchamp. Retrospektive	635
Kultur- und Lesetipps zum Jahreswechsel	650

Recht: Kurz notiert: Mündlichkeit der Aufklärung	637
---	-----

Medizinische Fachangestellte: Bestenehrung des Verbandes Freier Berufe in Hessen	664
---	-----

Impressum	668
------------------------	-----



Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)

Gemeinsam gestalten im Großen wie im Kleinen

So wie die Medizin selbst befindet sich auch das Hessische Ärzteblatt in einem stetigen Wandel. Unser Ziel ist es, Sie bestmöglich zu informieren – und dabei gerne auch ein wenig zu unterhalten. Was früher ausschließlich als gedrucktes Mitteilungsblatt erschien, hat sich längst zu einem modernen Informationsangebot entwickelt. Seit September 2023 ist die Online-Ausgabe das maßgebliche Medium für die amtlichen Bekanntmachungen der Kammer. Zugleich überarbeiten wir fortlaufend unsere Website, um sie noch übersichtlicher und benutzerfreundlicher zu gestalten – als zentrale Plattform für alle wichtigen Informationen. Zusätzlich halten wir Sie über unseren Newsletter sowie auf unseren Social-Media-Kanälen bei Facebook, Instagram und LinkedIn auf dem Laufenden. Unsere Vision ist eine zentrale Anlaufstelle, in der künftig auch das Mitgliederportal integriert ist – damit Sie schnell und unkompliziert finden, was Sie brauchen.

Bringen Sie sich ein!

Damit uns diese Weiterentwicklung gelingt, freuen wir uns auf Ihre Rückmeldungen und konstruktiven Anregungen. Schreiben Sie uns gerne eine E-Mail (haebl@laekh.de).

Die Landesärztekammer Hessen hat eine besondere Doppelrolle: Sie ist einerseits öffentlich-rechtliche Körperschaft mit gesetzli-

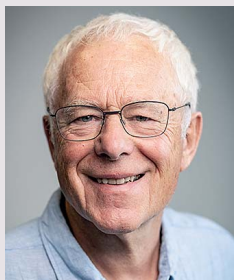


Foto: Peter Jülich

„Gerade in diesen bewegten Zeiten ist eine starke, geeinte Ärzteschaft wichtiger denn je – und sie braucht Ihre Unterstützung“

chen Aufgaben in Aufsicht und Kontrolle, versteht sich andererseits aber ebenso als Vertretung der verfassten Ärzteschaft. In diesem Sinne möchten wir so wenig Behörde wie nötig, und so viel Interessenvertretung wie möglich sein. Darüber hinaus sehen wir uns als Dienstleister und Servicestelle für unsere Mitglieder.

Vielfalt der Perspektiven

Die Kommunikation mit Ihnen ist uns dabei ein zentrales Anliegen. Wir wollen die Vielfalt der ärztlichen Perspektiven hören, aufnehmen und sichtbar machen. Nur wenn es gelingt, diese verschiedenen Interessen zu bündeln und geschlossen nach außen zu vertreten, werden wir gehört und können gemeinsam etwas bewegen. Gerade in diesen bewegten politischen und wirtschaftlichen Zeiten ist eine starke, geeinte Ärzteschaft wichtiger denn je – und sie braucht Ihre Unterstützung. Unsere Kommunikationsabteilung möchte auf diesem Weg Vermittlerin sein: Sie informieren, zuhören und den Dialog mit Ihnen gestalten.

Dr. med. Peter Zürner

Mitglied des Präsidiums
der Landesärztekammer Hessen

**Wir wünschen Ihnen
eine frohe Adventszeit,
ein besinnliches Weihnachtsfest
und alles Gute für 2026!**

Ihr Redaktionsteam



Bundesverfassungsgericht erklärt die Triage-Regelungen für nichtig

Mit Beschluss vom 23. September 2025 hat das Bundesverfassungsgericht den neu eingeführten § 5c IfSG, in dem für den Fall einer Pandemie bedingten Knappheit von intensivmedizinischen Ressourcen Triage-Regelungen vorgesehen sind, für nichtig erklärt.

In § 5c IfSG regelte der Bundesgesetzgeber unter anderem, anhand welcher materieller Kriterien die Ärztinnen und Ärzte die Entscheidung über die Zuteilung überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten bei nicht ausreichenden Ressourcen zu treffen haben, soweit dieser Knappheitsfall durch eine übertragbare Krankheit jedenfalls mitverursacht ist. Kennzeichnend für die in § 5c IfSG geregelte Triage-Situation war, dass jede Entscheidung über die Verteilung der unzureichenden, zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Ressourcen zu einem Verlust von Menschenleben führen kann. Diese Regelungen sind nichtig.

Die gesetzlichen Vorgaben des § 5c IfSG verletzen die Berufsausübungsfreiheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie ihr Recht, im Rahmen ihrer therapeutischen Verantwortung „frei von fachlichen Weisungen“ eine Heilbehandlung durchführen zu können. Die Ärztinnen und Ärzte sind in ihrer beruflichen Tätigkeit frei von fachlichen Weisungen und entscheiden im Rahmen der Therapiefreiheit auch das „Ob“ und das „Wie“ einer Heilbehandlung. Dies ist Kern der ärztlichen Berufsausübungsfreiheit.

Der Bundesgesetzgeber hat keine Gesetzgebungskompetenzen, in der Gestalt des § 5c IfSG in die ärztliche Berufsausübungsfreiheit einzugreifen. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes beschränkt sich auf „Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten“. Für Regelungen zur Triage, wie sie in § 5c IfSG vorgesehen sind, sind jedoch die Länder zuständig.

Mit dem Urteil stärkt das Bundesverfassungsgericht die ärztliche Berufsausübungsfreiheit, die auch die ärztliche Therapiefreiheit umfasst. Die Ärztinnen und Ärzte haben das Recht und die Pflicht, ihre Patientinnen und Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu versorgen und in einer Notsituation bei unzureichenden intensivmedizinischen Ressourcen die notwendigen Entscheidungen zur Rettung einer möglichst großen Zahl an Menschenleben zu treffen.

Andreas Wolf
Stellv. Justitiar

Syndikusrechts-
anwalt
Landesärztekammer
Hessen



Foto: Manuel Maier

Save the date!

Mutterschutz im Arztberuf – Rechte kennen, Chancen nutzen

Infoveranstaltung der Landesärztekammer Hessen, vor Ort oder online (Livestream).

Termin: 29. Januar 2026,
18 bis 20:30 Uhr

Ort: Hanauer Landstraße 152,
60314 Frankfurt am Main
oder online

Expertinnen und Experten aus Ärztekammern, Verbänden und Fachgesellschaften beleuchten die wichtigsten arbeitsrechtlichen Fragen rund um Schwangerschaft.

Mutterschutz und Stillzeit im ärztlichen Berufsalltag. Im Fokus stehen praxisnahe Einblicke in Gefährdungsbeurteilungen, rechtliche Grundlagen und Handlungsspielräume, die Ärztinnen eine selbstbestimmte und sichere Weiterarbeit ermöglichen.

Information und Anmeldung:

www.laekh.de/mutterschutz-im-arztberuf

Der QR-Code führt direkt dorthin.
(red)



Grafik: © Salomi art – stock.adobe.com

Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Morbus Crohn

VNR: 2760602025342830003

Dr. med. Christopher Hackenberg, Dr. med. Daniel Monastyrski, Dr. med. Carmen Schmitz, Dr. med. Philip Esters,
Prof. Dr. med. Axel Dignatz

Einleitung

Die Inzidenz und Prävalenz der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und insbesondere des Morbus Crohn (MC) haben in jüngerer Zeit weltweit und auch in Deutschland zugenommen [1]. Die Prävalenz beträgt ca. 100–200 Fälle pro 100.000 Einwohner [2]. Es sind insbesondere jüngere Menschen mit meist normaler Lebenserwartung betroffen, prinzipiell tritt die Erkrankung aber in jedem Alter auf. Eine wirksame Therapie ist entscheidend für das Privat-, Arbeits- und Sozialleben der Betroffenen, welches von einer guten Krankheitskontrolle abhängig ist. Somit wird das Verständnis über evidenzbasierte Diagnostik und Therapie für immer mehr Ärzte relevant.

Diagnostik

Die Diagnostik des Morbus Crohn ist ebenso vielfältig wie das klinische Bild und mögliche Symptomkomplexe. Letztendlich lässt sich aber durch den gezielten Einsatz und die Interpretation verschiedener Untersuchungsmethoden eine sichere Diagnose stellen. Dabei hilft ein systematisches Vorgehen, das den Ausschluss möglicher Differenzialdiagnosen ermöglicht.

Anamnese und körperliche Untersuchung

Bei (Erst-) Vorstellung eines Patienten mit dem Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung stehen an aller erster Stelle die Anamnese und eine körperliche Untersuchung. Hierbei sind die Art und der zeitliche Verlauf der Beschwerden zu erfragen. Ein protrahierender Verlauf mit nicht-blutigen oder auch gelegentlich blutigen Stühlen, einhergehend mit Bauchschmerzen, Tenesmen, Arthralgien, oralen Aphten oder perianalen Fistelbil-

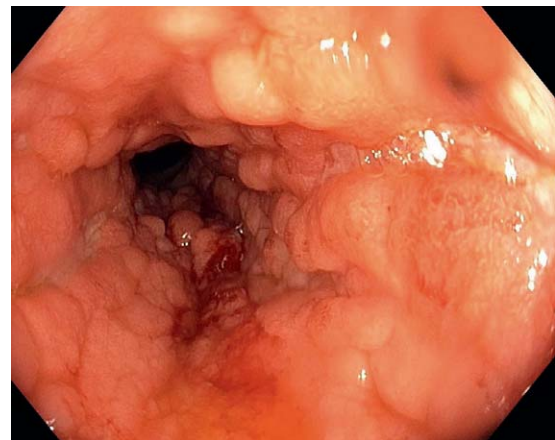
dungen deutet auf einen Morbus Crohn hin. Letztere Symptome sind typische extraintestinale Manifestationen, die sich durch eine gezielte körperliche Untersuchung erheben lassen.

Des Weiteren sind eine ausführliche Reise- und Medikamentenanamnese zu eruieren. Dadurch lassen sich klassische Differenzialdiagnosen wie die infektiöse Colitis und medikamenteninduzierte Diarrhoen (u. a. NSAR, C. difficile-Colitis) abgrenzen. Patienten mit Morbus Crohn sollten darüber aufgeklärt werden, dass die Einnahme von nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann [3]. Eine Anamnese auf Noxen spielt insbesondere im Hinblick auf den Nikotinkonsum eine wichtige Rolle, da dieser mit einem komplizierteren Krankheitsverlauf einhergehen kann [4]. Da bei erstgradigen Verwandten von Patienten mit CED ein relatives Risiko von bis zu 10 % besteht, dass sie ebenfalls erkranken, ist eine Familienanamnese von großer Bedeutung [5].

Ungefähr die Hälfte der Patienten mit Morbus Crohn erhalten im Verlauf ihrer Erkrankung eine immunsuppressive Therapie, sodass bereits im Vorfeld auf der Vervollständigung des Impfstatus nach den Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) liegen sollte. Totimpfstoffe unter immunsuppressiver Therapie gelten als sicher, während Lebendimpfungen unter einer immunsuppressiven Therapie kontraindiziert sind [6].

Labordiagnostik

Die Labordiagnostik sollte ein großes Blutbild, Inflammations- (CRP, ggf. PCT), Nierenretentions-, Leber- und Cholestaseparameter sowie den Eisenstatus umfassen [7]. Ein für den Morbus Crohn spezifischer Laborparameter existiert nicht. Das CRP korreliert noch am ehesten mit der



Entzündliche Veränderungen im Colon bei Morbus Crohn.

Krankheitsaktivität, wobei zu beachten ist, dass ein negativer oder geringer Wert einen aktiven Morbus Crohn nicht ausschließt [8]. Außerdem können je nach Befall, Muster, Dauer und Schwere der Erkrankung weitere Mangelerscheinungen durch die Bestimmung spezifischer Laborparameter wie zum Beispiel Vitamin B12, Vitamin D und Albumin diagnostiziert werden [9, 10]. Des Weiteren wird die Bestimmung von Calprotectin aus dem Stuhl empfohlen. Das fäkale Calprotectin ist ein Neutrophilenprotein, welches mit der endoskopischen Aktivität korreliert. Zu beachten ist jedoch, dass ein reiner Ileumbefall oder isolierter Befall des oberen GI-Traktes häufig zu keinen erhöhten Calprotectinwerten führt [11]. Die Bestimmung des fäkalen Calprotectin ist insbesondere zur Differenzierung von funktionellen Beschwerden sehr nützlich.

Die Erstmanifestation einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung lässt sich nur schwer von einer infektiösen Kolitis unterscheiden, weshalb bei der Erstdiagnose, aber auch bei einem akuten Schub stets die Asservierung von Stuhlkulturen empfohlen wird [12]. Hierbei sollte eine Tes-

tung auf pathogene Keime, unter anderem Campylobacter, Salmonellen, Shigellen, Escherichia coli, ggf. Yersinien und insbesondere auch Clostridioides difficile, erfolgen, da Patienten mit einer CED im Vergleich zu Patienten ohne CED ein knapp fünffach erhöhtes Risiko haben, eine Infektion mit dem Erreger Clostridioides difficile zu erleiden [13].

Bei einem schweren akuten Schub sowie therapierefraktärem Morbus Crohn ist differenzialdiagnostisch an eine Zytomegalie Virus-assoziierte Kolitis (CMV) zu denken, wobei diese deutlich seltener als bei der Colitis ulcerosa auftritt. Der Nachweis erfolgt mittels PCR im Blut oder im Gewebe und durch die immunhistochemische Untersuchung einer endoskopisch gewonnenen Gewebeprobe [14, 15].

Im nächsten Schritt sollen eine Ileokoloskopie und auch eine Ösophagusgastroduodenoskopie durchgeführt werden. Von großer Bedeutung ist dabei die makroskopische Beurteilung der Schleimhaut mit Augenmerk auf Crohn-spezifische Veränderungen wie einen diskontinuierlichen Befall und fissurale Ulzerationen [16]. Die Beschreibung der Lokalisation und des Schweregrades der Entzündung

sind für den weiteren Verlauf und die Therapie von zentraler Bedeutung. Außerdem sollten Stufenbiopsien aus dem Bereich des Ileums sowie des Colons und des Rektums zur weiterführenden histopathologischen Begutachtung gewonnen werden. Da der Morbus Crohn im gesamten Gastrointestinaltrakt auftreten kann, wird insbesondere bei Erstdiagnose und im Verlauf je nach Symptomatik eine Ösophago-gastroduodenoskopie empfohlen. Grundlage für diese Empfehlungen in der Deutschen Leitlinie ist eine hohe Anzahl an Morbus Crohn-Patienten mit Magenbefall [17]. Die Durchführung einer MRT-Enterografie (Sellink) ist zur Beurteilung des mittleren Gastrointestinaltrakts indiziert (Goldstandard) und sollte bei Erstdiagnose eines Morbus Crohn durchgeführt werden. Die Darmsonografie bietet bei entsprechender Expertise ein praktisch gleichwertiges diagnostisches Mittel (da annähernd gleich hohe Sensitivität) in der Beurteilung einer Dünndarmbeteiligung, wobei auch das Colon gut beurteilt werden kann [18]. Die Kapselendoskopie kann im Einzelfall bei unschlüssigen Befunden (erhöhtes CRP/Calprotectin, unklare Eisenmangelanämie) und fortbestehendem Verdacht auf eine Dünndarmanifestation durchgeführt werden (keine allgemeine GKV-Leistung, nur bei unklarer Anämie und unklarer Befundkonstellation nach unauffälliger Gastroskopie und Ileokoloskopie) [19]. Die Ballon-Enteroskopie wird gelegentlich diagnostisch zur Gewinnung von Gewebeproben bei isolierter Dünndarmerkrankung zur Diagnossicherung oder zum Ausschluss anderer Entzündungsursachen und von Neoplasien, häufiger aber therapeutisch zur Dilatation von Stenosen angewandt. Bei Verdacht auf extramurale Komplikationen, wie zum Beispiel Abszesse oder Fisteln, sind je nach Lokalisation eine MRT-Enterografie, ein MRT des Beckens, eine transrektale Endosonografie sowie die Darmsonografie Mittel der Wahl [18].

hendem Verdacht auf eine Dünndarmanifestation durchgeführt werden (keine allgemeine GKV-Leistung, nur bei unklarer Anämie und unklarer Befundkonstellation nach unauffälliger Gastroskopie und Ileokoloskopie) [19]. Die Ballon-Enteroskopie wird gelegentlich diagnostisch zur Gewinnung von Gewebeproben bei isolierter Dünndarmerkrankung zur Diagnossicherung oder zum Ausschluss anderer Entzündungsursachen und von Neoplasien, häufiger aber therapeutisch zur Dilatation von Stenosen angewandt. Bei Verdacht auf extramurale Komplikationen, wie zum Beispiel Abszesse oder Fisteln, sind je nach Lokalisation eine MRT-Enterografie, ein MRT des Beckens, eine transrektale Endosonografie sowie die Darmsonografie Mittel der Wahl [18].

Verlaufsdiagnostik

Ein klar definiertes singuläres Therapieziel nach Einleitung einer Morbus Crohn spezifischen Therapie steht derzeit in einer intensiven Diskussion. Nach der aktuellen Leitlinie sollen zur Verlaufsbeurteilung sowohl die klinische Symptomatik als auch objektive Parameter wie das CRP, das fäkale Calprotectin, die Darmsonografie/

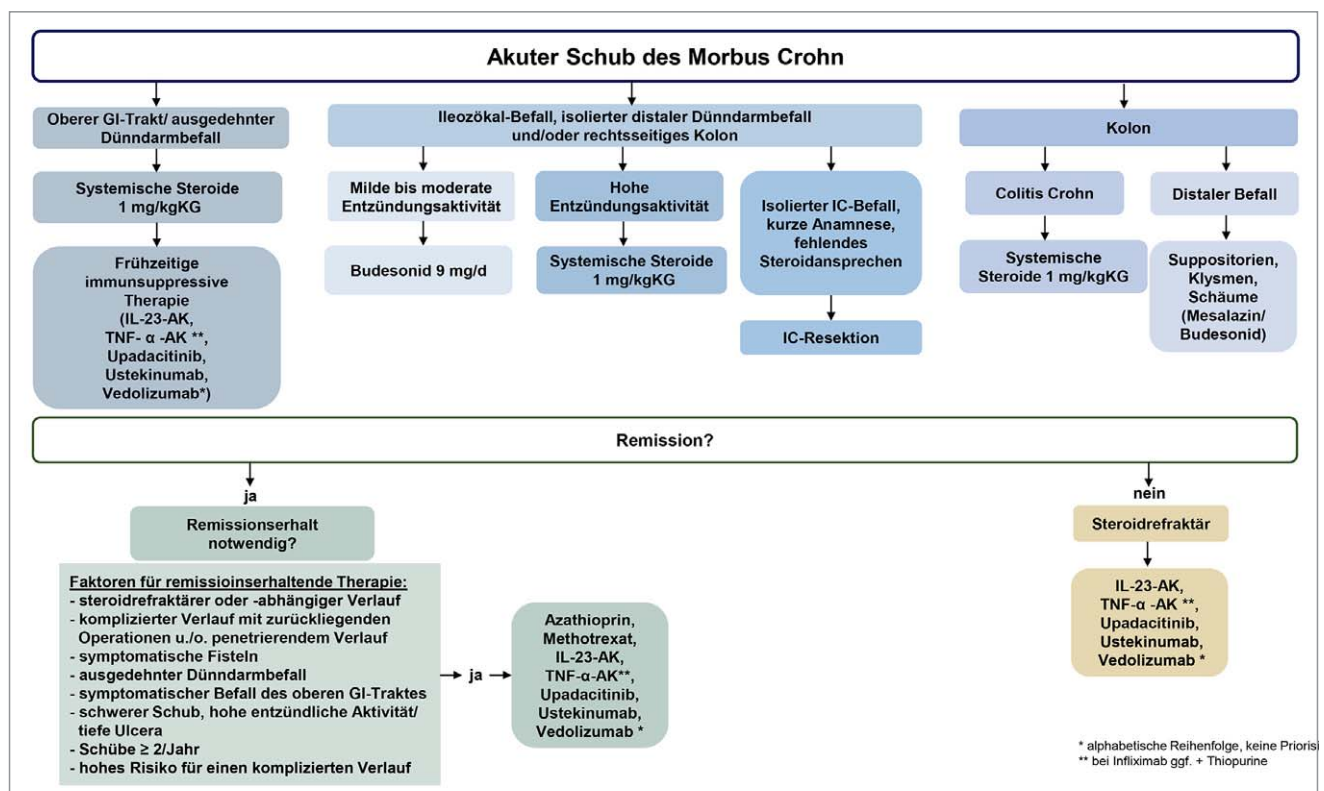


Diagramm: Therapiemöglichkeiten bei Morbus Crohn

MRT-Sellink und die endoskopische Diagnostik berücksichtigt werden. Wenn Patienten also im akuten Schub eine CRP-Erhöhung aufweisen, kann dieser Parameter zur weiteren Verlaufsbeurteilung hilfreich sein und korreliert letztendlich mit der klinischen und endoskopischen Aktivität [20]. Hingegen ist das fäkale Calprotectin mit einem hohen negativen prädiktiven Wert ein guter Surrogatmarker für die endoskopische Aktivität des Morbus Crohn und offeriert daher einen guten Verlaufsparameter unter Therapie, falls es initial erhöht ist [21]. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass bei Patienten mit Morbus Crohn ein Cut-Off-Wert zwischen 200 – 250 mg/kg als normal angesehen wird. Zur weiteren Objektivierung eines Therapieansprechens wird frühestens drei Monate nach Beginn einer medikamentösen Therapie zur Remissionsinduktion eine Darmsonografie zur Beurteilung der Darmwand empfohlen [22]. In der Regel sollte sechs bis neun Monaten (Zeitpunkt abhängig vom eingesetzten Medikament) nach Therapieeinleitung-/Therapieumstellung eine endoskopische Diagnostik durchgeführt werden. Vorausgesetzt ist eine hieraus zu ziehende therapeutische Konsequenz. Die Grundlage dieser Empfehlung beruht auf mehreren Studien, die eine positive Assoziation zwischen mukosaler Heilung und Verlauf der Erkrankung aufzeigen konnten. Hierzu gehören unter anderem eine Verbesserung der Lebensqualität sowie die Verminderung der Schubhäufigkeit, eine erhöhte Rate an klinischer Remission und eine geringe Notwendigkeit für eine operative Intervention im Verlauf. [23, 24]. Bei Patienten mit einer klinischen Remission kann das Calprotectin in regelmäßigen Abständen bestimmt werden. Es dient unter anderem zur Früherkennung von Rezidiven. Mehrere Studien konnten bei asymptomatischen Patienten mit erhöhtem Calprotectinwert das Risiko eines akuten Schubes in den folgenden zwei bis drei Monaten zwischen 53–83 % ermitteln, wobei offenbleibt, welche therapeutische Konsequenz bei isoliert erhöhtem Calprotectinwert zu erwägen ist [25].

Patienten nach Ileozökalresektion sollten innerhalb der ersten sechs bis zwölf Monate postoperativ eine endoskopische Diagnostik mit Beurteilung der Anastomose

erhalten (siehe Indikationen zur remissionserhaltenden Therapie). Zusätzlich ist die Bestimmung des fäkalen Calprotectins sinnvoll. Eine Karzinomprophylaxe bei einem Morbus Crohn mit Kolonbefall wird nach Risikostratifizierung angelehnt an den Empfehlungen zur Colitis ulcerosa empfohlen [6].

Therapie

Trotz wesentlicher Fortschritte beim Verständnis der Ätiopathogenese chronisch entzündlicher Darmerkrankungen ist bis heute keine kausale Therapie des Morbus Crohn möglich. Ziel ist daher zunächst die Kontrolle entzündlicher Veränderungen, um möglichst eine Beschwerdefreiheit mit guter Lebensqualität sowie die Vermeidung von Komplikationen zu erreichen [26].

Remissionsinduktion

Bevor man sich für eine spezifische Therapie entscheidet, sollte man verschiedene Überlegungen und Aspekte berücksichtigen. Von großer Relevanz sind die Krankheitsaktivität sowie das Befallsmuster. Außerdem sollte man das Alter, Komorbiditäten, eine mögliche Familienplanung, den Ernährungszustand, das Ansprechen auf und die Nebenwirkungen bisheriger Therapien sowie extraintestinale Manifestationen und Komorbiditäten, insbesondere rezidivierende opportunistische Infekte oder vorbestehende Malignome beachten.

Hauptziele sind eine steroidfreie klinische Remission mit normaler Lebensqualität sowie die Vermeidung Morbus Crohn-bedingter Komplikationen [27].

Bevor man die Therapie wechselt, sollte die bisherige Therapie zunächst optimiert werden. Dies kann zum Beispiel durch Änderung der Dosisintervalle, Komedikation oder einer Adhärenzprüfung erfolgen. Es sollte vor einer Therapieänderung die entzündliche Aktivität bestätigt werden und geprüft werden, ob z. B. Bauchschmerz durch narbige Stenosen oder Diarrhoen im Rahmen eines Gallensäureverlustsyndroms bestehen.

Morbus Crohn mit Ileozökalalbefall und/oder rechtsseitigem Kolon

Bei einem Morbus Crohn mit isoliertem Befall der Ileozökalregion und/ oder im

rechtsseitigen Kolon sowie milder bis moderater Krankheitsaktivität ist Budesonid in einer Dosis von 9 mg pro Tag für einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen empfohlen [28, 29]. Bei fehlender Besserung beziehungsweise hoher Entzündungsaktivität sollte eine Therapie mit systemischen Glucocorticoiden (zum Beispiel mit 1 mg/kg Körpergewicht (KG) Prednisolon-Äquivalent pro Tag) erfolgen [30]. Alternativ sollte bei isoliertem Befall der Ileozökalregion eine Ileozökalresektion diskutiert werden, wenn ein steroidrefraktärer Zustand sowie eine kurze Krankheitsanamnese vorliegen [31]. Leitliniengerecht sollte die Steroidtherapie außerdem „zur Senkung des perioperativen Komplikationsrisikos reduziert oder wenn möglich beendet werden“ [27].

Colitis Crohn

Auch bei Kolonbefall ist eine systemische Steroidtherapie (zum Beispiel mit 1 mg/kg KG Prednisolon-Äquivalent pro Tag) empfohlen [30]. Falls lediglich ein distaler Befall vorliegt, kann ergänzend eine topische Therapie mittels Klysmen, Schäumen oder Suppositorien erfolgen (mit Mesalazin, Budesonid, weiteren lokal anwendbaren Steroiden) [27].

Ausgedehnter Dünndarmbefall/Befall von Ösophagus, Magen

Ist der obere Gastrointestinaltrakt betroffen, sollte eine systemische Steroidtherapie begonnen werden (zum Beispiel mit 1 mg/kg KG Prednisolon-Äquivalent pro Tag). Des Weiteren sollte frühzeitig eine immunsuppressive Therapie, beispielsweise mit TNF- α -Antikörpern (im Falle von Infliximab ist die Kombination mit Thiopurinen zu erwägen), Guselkumab, Mirikizumab, Risankizumab, Upadacitinib, Ustekinumab oder Vedolizumab (alphabetische Reihenfolge, keine Priorisierung) erwogen werden, da der Dünndarmbefall einen Prädiktor für einen ungünstigen Verlauf darstellt [32–40].

Steroidrefraktärer Schub

Falls keine Besserung durch Steroide erzielt werden kann, sollte eine Therapie mit TNF- α -Antikörpern [41–47], Guselkumab, Mirikizumab, Risankizumab [48], Upadacitinib [49], Ustekinumab [32] oder Vedolizumab [32, 50–52] (alphabetische

Reihenfolge, keine Priorisierung) eingeleitet werden. Im Falle von Infliximab kann eine Kombination mit Thiopurinen erfolgen [53].

Steroidabhängiger Schub

Patienten, die innerhalb von drei Monaten nach Beginn einer Steroidtherapie die Dosis nicht unter ein Prednisolonäquivalent von 10 mg pro Tag (oder Budesonid auf unter 3 mg/Tag) reduzieren können, ohne dass die Krankheitsaktivität wieder zunimmt, die einen erneuten Schub innerhalb von drei Monaten nach Absetzen der Steroide erfahren oder mehr als einer Steroidtherapie pro Jahr bedürfen [27], gelten als steroidabhängig.

Diese Patientengruppe sollte mit Thiopurinen [54–56], Methotrexat [57–60], einem TNF- α -Antikörper [41–45] (im Falle von Infliximab gegebenenfalls kombiniert mit Thiopurinen), Risankizumab [48], Upadacitinib [49], Ustekinumab [61–63] oder Vedolizumab [64] (alphabetische Reihenfolge, keine Priorisierung) therapiert werden.

Indikationen zur remissionserhaltenden Therapie

Im Gegensatz zu den Empfehlungen bei der Colitis ulcerosa besteht beim Morbus Crohn keine generelle Indikation zur remissionserhaltenden Therapie.

Die Entscheidung zur Einleitung einer Remissionserhaltungstherapie sollte unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufs, des spezifischen Risikoprofils, der Vortherapien und des Patientenwunsches festgelegt werden.

Folgende Faktoren sprechen gemäß der aktuellen deutschen Leitlinie der DGVS für eine remissionserhaltende Therapie:

- steroidrefraktärer Verlauf
- steroidabhängiger Verlauf
- komplizierter Verlauf mit zurückliegenden Operationen und/ oder penetrierendem Verlauf
- symptomatische Fisteln
- ausgedehnter Dünndarmbefall
- symptomatischer Befall des oberen Gastrointestinaltraktes
- schwerer Schub, hohe entzündliche Aktivität/tiefe Ulcera
- Schübe ≥ 2 /Jahr
- hohes Risiko für einen komplizierten Verlauf.

Ziel einer Langzeittherapie sollte die Erhaltung der steroidfreien klinischen Remission mit einer anhaltenden Normalisierung der Lebensqualität sein.

Eine besondere und viel diskutierte Situation betrifft die postoperative Rezidivprophylaxe in Form einer medikamentösen Remissionserhaltung, beispielsweise nach einer Ileozökalresektion.

Bestimmte Risikofaktoren, die für den sofortigen Beginn einer Remissionserhaltung sprechen, wurden in einer großen Studie identifiziert [65, 66]:

- hohe präoperative Krankheitsaktivität
- Tabak-Abusus
- penetrierender Verlauf
- junges Alter
- ausgedehnter Befall
- männliches Geschlecht
- frühere intestinale Resektionen.

Bei Abwesenheit von Risikofaktoren sollte zunächst postoperativ keine remissionserhaltende Therapie durchgeführt werden und sechs Monate nach der Operation eine endoskopische Kontrolle erfolgen [67]. Sollte bei dieser Untersuchung eine relevante entzündliche Aktivität im Bereich der Anastomose diagnostiziert werden, besteht die Indikation zur Einleitung einer remissionserhaltenden antientzündlichen Therapie. Der modifizierte Rutgeerts-Score (Tab. 1) hilft hier bei der Entscheidung [68].

Medikamentöse Therapie zum Remissionserhalt

In den vergangenen Jahren und Jahrzehnten sind eine Reihe an wirksamen Substanzen für die remissionserhaltende Therapie zugelassen worden. Die ersten Biologika für diese Indikation, die mittlerweile zur Standardtherapie gehören, sind die TNF- α -Inhibitoren Infliximab und Adalimumab [47]. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit mit dem Anti-Integrin-Antikörper Vedolizumab zu therapieren [64]. Darüber hinaus sind die Interleukin-12/23 beziehungsweise Interleukin-23-Antikörper Ustekinumab und Risankizumab für die Behandlung zugelassen [48, 61]. Zudem besteht mit dem JAK-Inhibitor Upadacitinib eine orale Alternative [49]. Letztlich gibt es den oral verfügbaren Antimetaboliten Azathioprin und auch Methotrexat, was jedoch zunehmend an Relevanz verliert [69].

Die Leitlinie nimmt keine Priorisierung hinsichtlich des Einsatzes der verschiedenen Substanzen beim Morbus Crohn vor, sodass die Auswahl der einzelnen Präparate abhängt von Patientenpräferenz, Vortherapie, individuellem Krankheitsbild und Vorerkrankungen.

Prinzipiell gelten die TNF- α -Inhibitoren Infliximab und Adalimumab sowie der JAK-Inhibitor Upadacitinib und die Thiopurine als nebenwirkungsreicher, jedoch ist häufiger ein schnellerer Wirkungseintritt (außer bei Thiopurinen) zu beobachten [70]. Die Interleukin-12/23 oder 23-Antikörper Mirikizumab, Guselkumab, Risankizumab und Ustekinumab sowie der Integrin-Antikörper Vedolizumab weisen hingegen ein Nebenwirkungsprofil auf, das demjenigen einer Therapie mit Placebo entspricht, sodass diese Substanzen insbesondere bei

Tab. 1: Modifizierter Rutgeerts-Score

Schweregrad	Endoskopischer Befund
i0	keine Läsionen
i1	< 5 aphthöse Läsionen im neoterminalen Ileum
i2	> 5 aphthöse Läsionen oder tiefe Ulzerationen (Skip Lesions) oder Läsionen im Bereich der Anastomose • i2a: Läsionen an der ileokolischen Anastomose • i2b: für Läsionen im neoterminalen Ileum mit normaler Mukosa zwischen den Läsionen, mit oder ohne Läsionen an der Anastomose
i3	diffuse aphthöse Ileitis
i4	diffuse Ileitis mit tiefen Ulzerationen und/oder Stenose

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Morbus Crohn“ von Dr. med. Christopher Hackenberg und Prof. Dr. med. Axel Dignas et al. finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.11.2025 bis 24.05.2026

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

Komorbiditäten oder fortgeschrittenem Patientenalter in Frage kommen [48, 61, 64].

Prinzipiell zu beachten ist, dass Steroide keinen Stellenwert in der Remissionserhaltung haben und keine Zulassung für eine Dauertherapie besitzen, dies betrifft sowohl topische als auch systemische Formulierungen [71, 72]. Eine Dauertherapie mit Steroiden in reduzierter Dosierung ist nicht wirksamer als Placebo und auch bei niedrigen Dosierungen nebenwirkungsreich. Darüber hinaus wird auch Mesalazin im Gegensatz zur Therapie der Colitis ulcerosa nicht zur Behandlung des Morbus Crohn empfohlen, da der Nachweis der Wirksamkeit nicht gegeben ist [73].

Seit Jahrzehnten zugelassen für die Remissionserhaltung ist der Immunmodulator Azathioprin [69]. Auf Grund der langen Dauer bis zum Wirkeintritt, der moderaten Wirksamkeit, der häufigen Unverträglichkeiten (gastro-intestinale Nebenwirkungen) und dem Lymphomrisiko und Hautkrebsrisiko sowie erhöhtem Risiko cervicaler Dysplasien bei langjährigem Einsatz rücken die Thiopurine in den Hintergrund [74].

Allerdings ist bei Risikofaktoren wie beispielsweise jungem Erkrankungsalter, langstreckigem Dünndarbefall oder perianalem Morbus Crohn unter Nutzen-/Risikoabwägung eine Kombinationstherapie von Infliximab und Thiopurinen zur Remissionserhaltung eine wirksame Option [53].

Es gibt eine Reihe von Daten, die zeigen, dass durch die Beendigung des Rauchens die langfristige Rezidivrate des Morbus Crohn halbiert werden kann [75, 76].

Nebenwirkungen

Hinsichtlich der Nebenwirkungen einer immunsuppressiven Therapie sind einige Besonderheiten zu beachten.

Prinzipiell gibt es ein altersabhängiges Risiko für schwere Infektionen, wobei hier insbesondere TNF- α - und JAK-Inhibitoren verantwortlich sind [77].

Der Impfstatus sollte vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie auf das Vorhandensein der Standardimpfungen kontrolliert und aktualisiert werden. Totimpfstoffe unter immunsuppressiver Therapie gelten als sicher, während Lebendimpfungen kontraindiziert sind [78].

Vor einer Therapie mit JAK-Inhibitoren sollte auf Grund des erhöhten Risikos für einen Herpes zoster eine entsprechende Impfung erfolgen, wobei dies bei Personen unter 60 Jahren beim Kostenträger beantragt werden muss.

Vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie sollte bei allen Patienten ein Infektionsscreening auf Hepatitis B, Tuberkulose und EBV durchgeführt werden [78]. Dies schließt eine Röntgenaufnahme der Lunge und einen Interferon-gamma-Release-Assay (IGRA) mit ein, um eine aktive oder latente Tuberkulose-Infektion auszuschließen.

Bei Nachweis einer latenten Tuberkulose ist eine chemopräventive Therapie indiziert [78]. Die Indikation für eine antivirale Therapie der Hepatitis B richtet sich nach der immunsuppressiven Therapie und der serologischen Konstellation (siehe Hepatitis B-Leitlinie) [79].

Für die JAK-Inhibitoren liegt ein Rote Hand Brief vor, der auf das erhöhte Risiko

von thromboembolischen bzw. schwerwiegenden unerwünschten kardiovaskulären Ereignissen (MACE) Ereignissen unter einer entsprechenden Therapie hinweist [80]. Diese Erkenntnisse stammen aus der Therapie von Patienten, die an einer rheumatoiden Arthritis leiden. Diese Daten führten bedauerlicherweise dazu, dass ein Rote-Hand-Brief für alle JAK-Inhibitoren ungeachtet der Indikation erstellt wurde, da die EMA das erhöhte Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und venöse Thromboembolien als Klasseneffekt ansah.

Diese unerwünschten Ereignisse wurden in den vorliegenden Studiendaten bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn bisher nur in sehr geringer Inzidenz beobachtet [81]. Es bleibt daher fraglich, ob die Daten vom Kollektiv der Patienten mit rheumatoider Arthritis ohne Weiteres auf CED-Patienten übertragen werden können.

Wegen des erhöhten Risikos für den Nicht-Melanom-Hautkrebs (NMSC) unter der Therapie mit Thiopurinen und des nicht auszuschließenden Risikos für maligne Melanome unter einer TNF- α -Antikörper-Therapie sollte ein regelmäßiges Hautkrebscreening beim Einsatz dieser Medikamente erfolgen [82, 83].

Therapiemonitoring

Es ist wichtig, zwischen einem primären und einem sekundären Therapieversagen zu unterscheiden. Das fehlende Ansprechen auf eine begonnene Therapie muss von einem sekundären Verlust des initial vorhandenen Ansprechens nach Verstreichen einer gewissen Periode der erfolgreichen Behandlung unterschieden werden. Bei einem primären Therapieversagen handelt es sich meistens um ein pharmakodynamisches Problem, die Medikation muss in der überwiegenden Anzahl der Fälle geändert werden. Ein sekundäres Therapieversagen kann entweder durch immunologisch vermittelte pharmakokinetische oder pharmakodynamische Prozesse verursacht werden. Diese zugrunde liegenden Mechanismen können unter anderem durch das Monitoring von Anti-Drug-Antikörpern (gegen Infliximab oder Adalimumab gerichtete Antikörper, die weiteren Biologika besitzen kaum immunogenes Potenzial) sowie den zugehöri-

Tab. 2: Therapieplan über eine durchschnittliche Therapiedauer von zwei Jahren

Induktion							
Infliximab	Adalimumab	Mirikizumab	Guselkumab	Risankizumab	Vedolizumab	Ustekinumab	Upadacitinib
Biosimilar	Biosimilar					Biosimilar	
Woche 0, 2, 6 5 mg/kg i.v.	Woche 0 160 mg Woche 2 80 mg	Woche 0, 4, 8 900 mg i.v.	Woche 0, 4, 8 200 mg i.v. oder Woche 0, 4, 8 400 mg s.c.	Woche 0, 4, 8 600 mg i.v.	Woche 0, 2, 6 300 mg i.v. Ggf. zusätzliche Infusion in W 10	Woche 0 260/390 oder 520 mg i.v. Woche 8: sc	12 Wochen 45 mg p.o. täglich
Erhaltung							
Infliximab	Adalimumab	Mirikizumab	Guselkumab	Risankizumab	Vedolizumab	Ustekinumab	Upadacitinib
5 mg/kg i.v. alle 4–8 Wochen Alternativ ab Woche 6 s.c. alle 14 Tage 120 mg	40 mg s.c. alle 1–2 Wochen	300 mg s.c. alle 4 Wochen	200 mg s.c. alle 4 Wochen oder 100 mg s.c. alle 8 Wochen	360 mg s.c. in Woche 12, dann alle 8 Wochen	300 mg i.v. alle 4–8 Wochen Alternativ ab Woche 6 s.c. alle 14 Tage 108 mg	90 mg s.c. alle 8–12 Wochen	30 oder 15 mg p.o. täglich
Azathioprin p.o. lediglich zur Erhaltung zugelassen							

gen Talspiegel des Biologikums im Serum erfasst werden [84, 85].

EXIT

Eine Frage, die sich immer wieder stellt, zielt auf die Dauer der remissionserhaltenden Therapie ab, wobei auf Grund fehlender Evidenz zu dieser Frage keine generelle Empfehlung gegeben werden kann. In der Regel empfehlen wir jedoch eine Therapie von ca. zwei Jahren (durchschnittliche Therapiedauer in den meisten retrospektiven Analysen). Vor Beendigung der Therapie sollte mit dem Patienten die aktuelle private wie auch berufliche Lebenssituation besprochen werden, zudem ist der bisherige Krankheitsverlauf zu beachten, ein kompliziertes Fistelleiden, mehrfach notwendige Operationen oder anderer schwerwiegende Ereignisse sprechen für eine Fortsetzung der Therapie. Prinzipiell ist ein Rezidivrisiko von ca. 50 % binnen zwei Jahren nach Absetzen der Therapie zu beachten [103].

Vgl. Tab. 2.

Fisteln

Perianale, enterokutane, enterovaginale, enterovesikale oder enteroenterale Fisteln sind häufige Komplikationen und typische Manifestationen des Morbus Crohn. Nach 20 Jahren sind ca. 25 % der Patienten kumulativ betroffen [27].

Diese sollten interdisziplinär, sowohl internistisch als auch chirurgisch, evaluiert und therapiert werden. Medikamentös ist bei perianalen Fisteln (eventuell nach Abszessausschluss oder -drainage) in erster Linie Infliximab anzuwenden [86, 87], in der Zweitlinientherapie Adalimumab [88, 89], Upadacitinib [90], Ustekinumab [91] oder Vedolizumab [92].

Eine Operationsindikation besteht bei enterovesikalen Fisteln [93], im Retroperitoneum blind endenden Fisteln, Fisteln mit daraus resultierendem Kurzdarmsyndrom und enterokutanen Fisteln mit hoher Fördermenge [27]. Fadendrainagen sollten bei sezernierenden Fisteln gelegt werden. Dagegen müssen asymptomatische perianale Fisteln in der Regel nicht therapiert werden [27].

Falls es trotz adäquater medikamentöser und chirurgischer Therapie nicht zu einer ausreichenden Besserung von perianalen Fisteln kommt oder die Patienten stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind, kann ein Deviationsstoma angelegt werden [94–96]. Im Falle eines persistierenden Therapieversagens stellt die Proktektomie eine weitere Option dar [94–97]. Laut der Leitlinienempfehlung sollte ein operativer Fistelverschluss oder eine Entfernung der Fadendrainage aus einer nicht sezernierenden Fistel im Rektum lediglich erfolgen, wenn eine endoskopische Remission besteht [27]. Der Fistelverschluss wird mittels plastischem Fistelverschluss [98, 99] oder dem LIFT-Verfahren [100, 101] durchgeführt.

Fazit

Die Diagnosestellung eines Morbus Crohn erfordert die Betrachtung verschiedener Untersuchungsergebnisse. Erst nach sicherer Diagnosestellung kann eine gezielte Therapie erfolgen, die sich je nach Befall, Krankheitsschwere und Verlauf richtet. Eine langfristige remissionserhaltende

Therapie hängt ebenfalls von verschiedenen Faktoren ab, sollte jedoch immer bei steroidabhängigem oder steroidrefraktärem Verlauf erfolgen.

Dr. med. Christopher Hackenberg
Dr. med. Daniel Monastyrski
Dr. med. Carmen Schmitz
Dr. med. Philip Esters
Prof. Dr. med. Axel Dignatz

Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken
Markus Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Str. 4, 60431 Frankfurt
Kontakt via E-Mail: haebl@laekh.de

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

Multiple-Choice-Fragen: Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Morbus Crohn

VNR: 2760602025342830003

(je eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Das fäkale Calprotectin ist ein Neutrophilenprotein, welches bei einer intestinalen Inflammation meist erhöht ist.
- 2) Die Bestimmung des fäkalen Calprotectin kann zur Differenzierung von funktionellen Beschwerden nützlich sein.
- 3) Ein CRP-Wert im Normbereich schließt einen Morbus Crohn aus.
- 4) Im akuten Schub sollten bei V.a. einen Eisenmangel zusätzlich die Transferrinsättigung oder der lösliche Transferrinrezeptor bestimmt werden.

2. Welche Aussage ist korrekt?

- 1) Die Asservierung von Stuhlkulturen ist im akuten Schub und bekanntem Morbus Crohn nicht indiziert.
- 2) Die Kapselendoskopie sollte immer zum Ausschluss einer Dünndarmmanifestation durchgeführt werden.
- 3) Das CT Abdomen ist Mittel der Wahl zur Beurteilung extramuraler Komplikationen.
- 4) Die Ileokoloskopie mit Stufenbiopsie ist eine Standarduntersuchung zur Diagnostik eines Morbus Crohn.

3. Was ist kein Therapieziel bei Morbus Crohn?

- 1) Vermeidung M. Crohn-bedingter Komplikationen
- 2) Normale Lebensqualität
- 3) Heilung
- 4) Steroidfreie Remission

4. Was ist die empfohlene Therapie im akuten Schub des M. Crohn bei Befall des oberen Gastrointestinaltraktes, hoher Entzündungsaktivität der Ileocoecal-Region oder des Kolons?

- 1) Mesalazin 4,5 g
- 2) Prednisolonstoßtherapie mit 1 mg/kgKG
- 3) Budesonid 9 mg/d
- 4) Prednisolonstoßtherapie mit 10 mg/kgKG

5. Was ist keine Therapieoption bei steroidrefraktärem Schub des Morbus Crohn?

- 1) Infliximab
- 2) Azathioprin
- 3) Upadacitinib
- 4) Vedolizumab

6. Bei welcher Fistel besteht eine absolute OP-Indikation?

- 1) Enteroenterale Fistel
- 2) Enterovaginale Fistel
- 3) Perianale Fistel
- 4) Enterovesikale Fistel

7. Welche der folgenden Aussagen trifft nicht zu?

- 1) Upadacitinib ist für die Therapie des Morbus Crohn zugelassen.
- 2) Steroide sollten bevorzugt als Dauertherapie eingesetzt werden.
- 3) TNF-Alpha-Antikörper werden zur Behandlung des Morbus Crohn eingesetzt.
- 4) Etanercept spielt keine Rolle in der Therapie des Morbus Crohn.

8. Welche Aussage zur remissionserhaltenden Therapie ist falsch?

- 1) Bei steroidrefraktärem Verlauf sollte eine Therapie mit einem Biologikum oder Upadacitinib erfolgen.
- 2) Bei steroidabhängigem Verlauf sollte eine remissionserhaltende Therapie erfolgen.
- 3) Mesalazin sollte immer Bestandteil einer Therapie bei Morbus Crohn sein.
- 4) Für die Remissionserhaltung stehen therapeutische Antikörper zur Verfügung.

9. Welche Aussage zu den Nebenwirkungen trifft zu?

- 1) JAK-Inhibitoren können bei Thrombophilie bedenkenlos eingesetzt werden.
- 2) Das Infektionsrisiko einer immunsuppressiven Therapie ist nicht altersabhängig.
- 3) Es gibt keine Indikation zum Screening auf Hepatitis B vor immunsuppressiver Therapie.
- 4) Bei einer latenten Tuberkulose sollte vor immunsuppressiver Therapie eine entsprechende Chemoprophylaxe erfolgen.

10. Welche Aussage zur Therapie trifft zu?

- 1) Es gibt eine klare Therapiesequenz beim Einsatz der Biologika.
- 2) Ein komplizierter Verlauf mit Fisteln oder Operationen ist eine mögliche Indikation zur remissionserhaltenden Therapie.
- 3) Nikotinverzicht hat keinen Effekt auf die Krankheitsaktivität.
- 4) Ustekinumab ist ein JAK-Inhibitor.

Suzanne Duchamp. Retrospektive

Bis 11. Januar 2026 in der Schirn Kunsthalle Frankfurt (Bockenheimer)



© Suzanne Duchamp/VG Bild-Kunst, Bonn 2025

Suzanne Duchamp, Fabrique de Joie (Fabrik der Freude), 1920, Gouache, Aquarell, Bleistift und Tinte auf Papier, 44 × 54 cm. Privatsammlung; Courtesy Galerie 1900–2000, Paris

Mit der Ausstellung „Suzanne Duchamp. Retrospektive“ zeigt die Schirn Kunsthalle Frankfurt erstmals in Deutschland eine umfangreiche Überblicksschau zum Werk der Künstlerin Suzanne Duchamp (1889–1963). Als jüngere Schwester von Marcel Duchamp war sie früh in den Pariser und später auch transatlantischen Dada-Kreisen vernetzt, entwickelte jedoch eine eigenständige Bildsprache, in der sich Elemente aus Technik, Schrift, Malerei und Symbolsystemen verbinden. Rund 80 Werke aus internationalen Sammlungen geben Einblick in ein künstlerisches Schaffen, das fast fünf Jahrzehnte umfasst – und kunsthistorisch lange weniger beachtet wurde als das ihrer männlichen Zeitgenossen.

Visuelle Ordnungsprinzipien

Ab 1916 bewegt sich Duchamp im Umfeld von Dada in Paris, in Austausch mit Marcel Duchamp, Francis Picabia und Jean Crotti. Während andere Vertreter der Bewegung auf Provokation oder Dekonstruktion

setzten, nutzt Duchamp diagrammartige Strukturen, Schriftzeichen und mathematische Fragmente als bildnerische Mittel. Ihr Interesse gilt weniger dem Bruch mit der Kunst als der Untersuchung visueller Ordnungsprinzipien.

Besonders deutlich wird dies in zwei Werken von 1920. „Fabrique de Joie (Fabrik der Freude)“ kombiniert Gouache, Aquarell, Bleistift und Tinte zu einer offenen, flächigen Struktur aus Linien, Formeln und Textfragmenten. Die Arbeit greift die Sprache technischer Zeichnung auf, ohne sich funktional lesen zu lassen, und zeigt Duchamps Interesse an der Gleichrangigkeit von Schrift, Bild und Zeichen.

Auch „Le Readymade Malheureux de Marcel (Das unglückliche Readymade von Marcel)“ verweist auf ihr Umfeld, ohne es zu imitieren. Das 81 × 60 cm große Ölbild überträgt das von Marcel Duchamp initiierte Experiment – ein Geometriebuch, dem Wetter ausgesetzt – in malerische Form. Statt die Geste des Zufalls zu wiederholen, registriert Suzanne Duchamp deren Ergebnis und macht es zum Motiv.

So reflektiert sie das Readymade, ohne dessen Konzept zu übernehmen.

In den 1930er- und 1940er-Jahren arbeitet Duchamp zurückgezogen in Paris, unter anderem als Krankenschwester. Ihre Bilder werden kleiner, persönlicher, häufig in Aquarelltechnik. In den 1950er-Jahren wendet sie sich erneut abstrakteren Kompositionen zu, in denen Linienrhythmen, Spiralen und Farbfelder dominieren.

Die Ausstellung in Frankfurt rückt eine Künstlerin in den Blick, die in den internationalen Avantgarden präsent war, aber kunsthistorisch oft übersehen wurde. Duchamp erscheint hier nicht als Ergänzung zu Marcel, sondern als eigenständige Stimme innerhalb der Dada-Bewegung – mit einer konsequent analytischen, zugleich offen assoziativen Bildsprache.

Die Ausstellung ist bis zum 11. Januar 2026 in der Schirn Kunsthalle Frankfurt zu sehen, die wegen Sanierung des Gebäudes am Römerberg nach Bockenheim in Räume der ehemaligen Dondorf Druckerei gezogen ist. Weitere Informationen unter www.schirn.de.

Maren Siepmann



The Bluff Collection / © Suzanne Duchamp/VG Bild-Kunst, Bonn 2025

Suzanne Duchamp, Le Readymade Malheureux de Marcel (Das unglückliche Readymade von Marcel), 1920, Öl auf Leinwand, 81 × 60 cm

Kleine Gesten helfen bei Sprechstunden für obdachlose Menschen weiter

Obdachlose Menschen und Menschen in prekären Lebenslagen brauchen besseren und niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung. Was können Ärztinnen und Ärzte dafür tun?

Die Gründe für die Obdachlosigkeit und das Leben auf der Straße sind vielfältig und komplex. Bei den einzelnen Faktoren kann man Ursache und Wirkung kaum unterscheiden: Arbeitsverlust, Krankheit, Unfall, Scheidung, Sucht, Haft, etc.

So verliert zum Beispiel ein 40 Jahre alter Mann durch einen Autounfall mit schweren Folgen seine Arbeit. Seine Wohnung ist für Rollstuhlfahrer ungeeignet, eine behindertengerechte Wohnung schwer zu finden. Seine Versuche, sich selbst zu helfen, scheitern. Hilfe bei Ämtern wird, wenn überhaupt, zu spät gesucht: Die Wohnung ist bereits aufgrund von Mietrückständen gekündigt und die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung beendet.

Das Leben auf der Straße ist hart: Diese Menschen suchen oft sichere Plätze zum Überleben. Defensive Häuserarchitektur macht das Leben bei schlechten Witterungsverhältnissen schwer. Sie sind oft Opfer von Gewalt und verachtenden Blicken ausgesetzt. Die Lebenserwartung liegt bei Männern um elf Jahre und Frauen acht Jahre unter dem Durchschnitt. 27 % Männer und 13 % der Frauen, die auf der Straße leben, erreichen nicht das 65. Lebensjahr. Die Barrieren, zum Arzt zu gehen, sind vielfältig: Scham, befleckte Kleidung, mangelnde Hygiene, abgelatschte Schuhe, Hab und Gut in Tüten, Sprachbarrieren und ablehnende Blicke. Aus diesen Gründen ziehen viele Betroffene die Anonymität vor und gehen aus ländlichen Regionen in die Städte.

Hilfe wird erst bei hohem Leidensdruck gesucht

Obdachlose Menschen gehen häufig erst dann zum Arzt oder in die Notaufnahme, wenn der Leidensdruck nicht mehr auszuhalten ist. Im Warte- und Behandlungs-



Foto: © ArndtLow – stock.adobe.com

zimmer treten sie unsicher auf, oft mit gesenktem Kopf. Beim Gespräch gibt es kaum direkten Blickkontakt – ein Zeichen der erlebten schlechten Erfahrungen und des Mangels an Vertrauen in die Mitmenschen. Betroffene haben häufig Schwierigkeiten, ihre (gesundheitlichen) Probleme offen zu schildern: halbe, nicht zu Ende gesprochene Sätze, unsichere Sprache, Andeutungen. Sie neigen zu einer Bagatelisierung ihres Leidens. Der Hinweis, der Aufenthalt solle nicht lange dauern und möglichst wenig Untersuchungen umfassen, kommt erfahrungsgemäß vor allem von ehemaligen Privatversicherten, die heute in Armut leben.

Zu wenig Zeit für Zuwendung

Das Arzt-Patient-Gespräch ist oft organbezogen und der körperliche Schmerz ist die häufigste Visitenkarte zum Gespräch, auch wenn der seelische Schmerz umso schwerer wiegt. Die Kolleginnen und Kollegen bemühen sich mit großer Leidenschaft und Hingabe, diesen Menschen in Not zu helfen. Aber die Bürokratie und praktische Hürden in der Versorgung erschweren die ganzheitliche Zuwendung für diese Menschen. So bleibt oft der seelische Schmerz der Einsamkeit bei den Betroffenen zugeschüttet. Gerade diese Menschen, die selten in ihrem ganzen Le-

ben Liebe, Umarmung, Anerkennung, Wertschätzung und Vertrauen erfahren, bräuchten von uns im Sinne unserer Berufung Trost, Hoffnung, Geborgenheit und Nächstenliebe!

Praktische Tipps

Dennoch kann man mit wenig Aufwand viel erreichen. Beispielsweise zu Beginn dem Patienten ermöglichen, seine Tüten mit den Habseligkeiten sicher aufzubewahren oder in das Sprechzimmer mitzubringen. Bieten Sie einen Stuhl an, leichte Berührungen beispielsweise an der Schulter können helfen, Vertrauen aufzubauen. Kurze Gesprächspausen mit nettem Blickkontakt ebenso. Einfühlsame Worte können einen einfachen Einstieg ins Gespräch liefern: „Gut, dass Sie gekommen sind“, „Es ist nicht leicht für Sie, die bestehenden Hürden zu überwinden“, „Sind Sie zum ersten Mal bei uns?“, „Könnten Sie für weitere Behandlungen leicht zu uns finden?“ Es geht erst um nonverbale und verbale Beziehungsarbeit. Präsent sein, die Patienten wahrnehmen und Interesse für sie als Mensch zeigen. „Wie fühlen Sie sich?“, „Wie geht es Ihnen innerlich?“, „Wie kann ich Ihnen helfen?“ Fragen nach der letzten Arbeitsstelle, dem Elternhaus und möglichen noch bestehenden sozialen Kontakten können Sprachbarrieren überwinden,

Vertrauen aufbauen und Hintergrundinformationen liefern für weitere Hilfen.

Fallbeispiel aus der Praxis

Ein 25-jähriger Mann mit Typ I-Diabetes hat keinen Kontakt mehr zu den Eltern (beide suchtkrank). Er lebte zehn Jahre vor dem Hauptbahnhof in Frankfurt am Main auf der Straße und ist selbst psychisch krank. Er ging gern freitags zum Betteln vor das Standesamt. Jetzt, durch Bindung an Sozialarbeiter, hat er wieder eine Arbeit gefunden, sogar eine eigene Wohnung mit eigenem Namensschild, Schlüssel, Dusche, Küche und Bett. Er trinkt nicht mehr und ist von weiteren Drogen losgekommen. Trotz seiner schwierigen Biografie hat er eine fröhliche Ausstrahlung behalten.

Man darf nicht vergessen: Menschen sind obdachlos, weil sie krank werden und krank sind. Sie brauchen unsere Hilfe.

Kommissarischer
fachärztlicher Leiter
Hochschulambulanz
Uniklinikum Mainz
Zweiter Vorsitzender
des Vereins „Armut
und Gesundheit in
Deutschland“, Bot-
schafter der Stiftung „Lebensspur“,
E-Mail: rahim.schmidt@gmx.de

**Dr. agr. Dr. med.
Rahim Schmidt**



Foto: privat

Quellen: Robert Koch-Institut, Deutschlandfunk, Magazin Hinz & Kunz. Der Artikel bezieht sich inhaltlich auch auf einen

Beitrag, den der Autor in „Die Innere Medizin, Ausgabe 11/2024“ veröffentlicht hat.

Für sein ehrenamtliches Engagement erhielt Dr. Dr. Rahim Schmidt die Verdienstmedaille des Landes Rheinland-Pfalz. Der Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland“ kümmert sich um obdachlose Menschen und Flüchtlinge, die außerhalb der Regelversorgung medizinische Hilfe brauchen. Für Spenden finden sich Informationen auf den Webseiten www.armut-gesundheit.de und www.stiftung-lebensspur.de

Im Hessischen Ärzteblatt 12/2024 findet sich ein weiterer Beitrag des Autors zur interkulturellen Medizin. Kurzlink: <https://tinyurl.com/ysk5w3br>

Recht

Kurz notiert: Mündlichkeit der Aufklärung

Immer wieder ist von Patienten der Satz zu hören: „Das hat mir der Arzt aber vorher nicht gesagt“, – eine Aussage, die sich auf das Aufklärungsgespräch bezieht. Der Aufklärungsfehler und die Verletzung der Aufklärungspflicht sind neben dem Behandlungsfehler der zweite Bereich, in dem die Arzthaftung greift. Während beim Behandlungsfehler der Patient beweisen muss, dass ein Behandlungsfehler ursächlich für einen Schaden war, muss beim Aufklärungsfehler der Arzt beweisen, dass er mündlich ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Obgleich zu diesem Thema eine Fülle von Gerichtsurteilen existiert und viel über das Thema geschrieben wurde, ist im Alltag immer wieder festzustellen, dass „Schwerpunkt“ der Aufklärung der Aufklärungsbogen ist. Der Patient bekommt regelmäßig das Aufklärungsformular ausgehändigt mit der Bitte, es zu lesen und nach dessen Lektüre gegebenenfalls Fragen zu stellen, falls erforderlich. Dieses Vorgehen entspricht weder der gesetzlichen Vorgabe noch der der Rechtsprechung. Der Bundesgerichtshof hat in einer aktuellen Entscheidung [1] seine Vorgaben zu Umfang und Modalitäten der Aufklärung wie folgt konkretisiert:

Die wirksame Einwilligung des Patienten setzt bekanntlich dessen ordnungsgemäße Aufklärung voraus [2]. Dabei müssen die in Betracht kommenden Risiken nicht exakt medizinisch beschrieben werden. Es genügt vielmehr, den Patienten „im Großen und Ganzen“ [3] über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären und ihm dadurch eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren zu vermitteln, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern [4]. Dabei ist über schwerwiegende Risiken, die mit einer Operation verbunden sind, grundsätzlich auch dann aufzuklären, wenn sie sich nur selten verwirklichen. Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch an-

haftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet [5].

Zu den Modalitäten der Aufklärung bestimmt § 630e Abs. 2 BGB [6], dass die Aufklärung mündlich zu erfolgen hat und ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden kann, die der Patient in Textform erhält. Nach den Gesetzgebungsmaterialien soll dem Patienten die Möglichkeit eröffnet werden, in einem persönlichen Gespräch mit dem Behandelnden gegebenenfalls auch Rückfragen zu stellen, so dass die Aufklärung nicht auf einen lediglich formalen Merkposten innerhalb eines Aufklärungsbogens reduziert wird [7]. Das zeichnet die Rechtsprechung des Senats nach, wonach es zum Zwecke der Aufklärung grundsätzlich des vertrauensvollen Gesprächs zwischen Arzt und Patienten bedarf. Das schließt die ergänzende Verwendung von Merkblättern nicht aus, in denen die notwendigen Informationen zu dem Eingriff einschließlich seiner Risiken schriftlich festgehalten sind [8]. Ein Rückzug des Arztes auf Formulare und Merkblätter, die er vom Patienten hat unterzeichnen lassen, kann aber nicht ausreichen und könnte zudem zu Wesen und Sinn der Patientenaufklärung geradezu in Widerspruch geraten [9]. Der Arzt muss sich nämlich in dem Aufklärungsgespräch davon überzeugen, dass der Patient mündliche wie schriftliche Hinweise und Informationen verstanden hat, und gegebenenfalls auf individuelle Belange des Patienten eingehen und eventuelle Fragen beantworten [10].

Dr. jur. Thomas K. Heinz

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



Foto: Jens Haensel

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

Das Dilemma in der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Erste Fachtagung in Hessen im Gesundheitsamt Frankfurt



Inhaltliche Beteiligte an der Fachtagung (von links): Maria Siwek, Amall Breijawi, Dr. Maria Goetzens, Stefanie Minkley, Maria Wirth, Sarah Lang, Kirsten Eckenberg, Dr. Matthias Zimmer, Regine Bresler, Dr. Esther Helm.

Trotz Versicherungspflicht leben in Deutschland hunderttausende Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall. Auch in Hessen wird die Zahl auf mehrere Zehntausend geschätzt. Die Folgen sind gravierend: Erkrankungen werden zu spät behandelt – mit vermeidbaren Komplikationen bis hin zu Todesfällen. Auf der ersten hessischen Fachtagung zu diesem Thema am 23. Oktober im Gesundheitsamt Frankfurt am Main diskutierten Expert:innen aus Versorgungspraxis, Kommunen, Zivilgesellschaft und Wissenschaft über Versorgungslücken und Lösungsansätze. Viele Ärzt:innen kennen das Dilemma, Patient:innen ohne Krankenversicherungsschutz (KV-Schutz) behandeln zu wollen, dies aber nicht abrechnen zu können. Die Fachtagung behandelte auch für die ärztliche Tätigkeit relevante Aspekte.

Systemische Ursachen statt individuellem Versagen

Die Gründe für fehlenden KV-Schutz liegen überwiegend in strukturellen Ausschlüssen wie: Beitragsschulden führen zu Leistungsruhen (GKV) oder Notlagentarif (PKV). Das Asylbewerberleistungsgesetz

beschränkt Leistungsanspruch im Wesentlichen auf Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Durch prekäre Beschäftigung/Scheinselbstständigkeit fallen Menschen aus dem System heraus. Fehlender/ungeklärter Aufenthaltsstatus: Übermittlungspflicht erzeugt Angst vor Abschiebung und Gesundheitsversorgung wird gemieden. Ausschlüsse nach SGB II/XII – besonders EU-Bürger:innen ohne verfestigtes Aufenthaltsrecht haben oft keinen Sozialleistungsanspruch. Teufelskreis aus Wohnungslosigkeit und unbehandelten (psychischen) Erkrankungen. Fehlende Sprachmittlung, bürokratische Hürden und Vorurteile wirken diskriminierend, verstärken Ungleichheiten.

Auftrag versus Realität

Gemäß § 1 Abs. 2 MBO-Ä ist es ärztliche Pflicht, Gesundheit zu schützen und Leiden zu lindern – unabhängig vom sozialen Status. In der Praxis bleibt meist nur Notfallbehandlung nach dem „Nothelferparagrafen“ erstattungsfähig, verbunden mit hohen bürokratischen Hürden und rechtlichen Unsicherheiten. Planbare, aber medizinisch dringend notwendige Eingriffe scheitern oft an der Finanzierung. Das führt zu ethischen Dilemmata und vermeidbaren Komplikationen. Neben ambulantem und stationärem Sektor hat der Öffentliche Gesundheitsdienst – und damit kommunale Gesundheitsämter – den gesetzlichen Auftrag, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und den Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle zu unterstützen. Dies wird in der Praxis noch nicht durchgängig eingelöst.

Situation in Hessen

Niedrigschwellige Strukturen, z. B. Humanitäre Sprechstunden am Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Elisabeth-Straßenambulanz des Caritasverbandes Frankfurt e. V. und die Malteser Medizin, leisten unverzichtbare Basisversorgung, können

aber Versorgungslücken nicht schließen. Die größte Lücke besteht bei Facharzt-, Klinik-, Rehabilitations-, Palliativ- und Pflegebehandlungen. Clearingstellen für Krankenversicherung zielen darauf ab, für Betroffene Wege ins Regelsystem zu bahnen. In Hessen gibt es sie in Frankfurt am Main, Wiesbaden, Bad Schwalbach und Kassel – in verschiedener Trägerschaft und mit unterschiedlichen Ressourcen. Als ergänzende Lösung hat vielerorts bundesweit der Anonyme Behandlungsschein (ABS) bewährt, der über staatlich finanzierte Fonds abgerechnet wird. In Hessen fehlt ein Behandlungsfonds, er ist aber im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehen.

Was braucht Hessen?

Folgende Maßnahmen sind erforderlich:

- Behandlungsfonds: Rechtssicherheit bei medizinisch indizierten Behandlungen
- Flächendeckende Clearingstellen – bahnen Wege ins Regelsystem
- Schnittstellen zwischen niederschweligen Ambulanzen, Kommunen und Kliniken: Anbindung an stationäre Versorgung
- Finanzierung von Sprachmittlung: unterstützt Patientensicherheit und Therapie-treue

Fazit

Fehlende Versorgung von Menschen ohne KV-Schutz ist kein Randthema. Damit ärztlicher Auftrag und Versorgungsrealität übereinstimmen, braucht es staatliche Strukturen, die Versorgung unabhängig vom Versicherungsstatus ermöglichen. Ergebnis der Fachtagung war: Ein gutes Gesundheitssystem erkennt man daran, dass es niemanden zurücklässt und Ärzt:innen ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden können.

Sarah Alexandra Lang
Stefanie Minkley

Humanitäre Sprechstunden
und Zugang zur Gesundheitsversorgung
Gesundheitsamt Stadt Frankfurt am Main



„Patientensicherheit ist Teil des intrinsischen ärztlichen Handelns“

Leit- und Richtlinienerstellung bei der Bundesärztekammer

Leit- und Richtlinien sind mittlerweile im medizinischen Alltag nicht mehr wegdenken. Sie geben Ärztinnen und Ärzten Handlungsempfehlungen bzw. -vorgaben und beziehen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand sowie praktische Erfahrung ein. Wie Leit- und Richtlinien bei der Bundesärztekammer (BÄK) entstehen, welche Besonderheiten es gibt und wie diese Arbeit die Patientensicherheit beeinflusst, berichtet Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH, Leiter des Dezernats 3 – Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der BÄK.

Welche Aufgaben und Ziele hat die BÄK im Bereich Leit- und Richtlinien?

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn: Als Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern dient die BÄK dem ständigen Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und der gegenseitigen Abstimmung von Zielen und Tätigkeiten. Diese wurden in ihrer Satzung festgelegt. Die Erstellung von Leit- und Richtlinien wird hier zwar nicht als Aufgabe erwähnt – dafür aber das Ziel, die ärztlichen Berufspflichten und Grundsätze für die ärztliche Tätigkeit auf allen Gebieten möglichst einheitlich zu regeln. Dazu gehört die Förderung der ärztlichen Qualitätssicherung und der ärztlichen Fortbildung. Beides lässt sich durch Leit- und Richtlinien gut abbilden. Die Verpflichtung oder Berechtigung zur Erstellung von Richtlinien für bestimmte Themen wird der BÄK jeweils per Gesetz oder Verordnung übertragen.

Welche Rolle kommt dabei dem

Dezernat 3 „Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ bei der BÄK zu, welches Sie leiten?

Zorn: Das Dezernat „Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ der BÄK betreut neben anderen Themengebieten Leit- und Richtlinien im

genannten Sinne und befasst sich außerdem mit deren Methodik.

Mit welchen BÄK-Gremien arbeiten Sie insbesondere zu Leit- und Richtlinien, zusammen?

Zorn: Intern unterstehen die Themen Qualitätssicherung und Patientensicherheit den etablierten Qualitätssicherungsgremien der BÄK, etwa der Ständigen Konferenz Qualitätssicherung, die in diesem Bereich die Austauschplattform der Landesärztekammern ist. In die Erstellung und Pflege von Leit- und Richtlinien der BÄK sind weitere Gremien und Dezernate eingebunden, damit spezifische medizinisch-fachliche Inhalte berücksichtigt werden können, beispielsweise die Labormedizin. Hierzu existieren gesonderte Fachgremien, die die BÄK beraten.

Neben Leit- und Richtlinien, die im Dezernat 3 erstellt werden, findet auch dezer-natsübergreifende Zusammenarbeit statt. Themen wie z. B. die Transplantations-, Reproduktions- oder Transfusionsmedizin sind nicht im Qualitätssicherungsdezernat verankert, sondern in den fachlich zuständigen Gremien der BÄK – wie der Ständigen Kommission Organtransplantation und dem Wissenschaftlichen Beirat und den sie geschäftsführend betreuenden Dezernaten.

Gibt es auch Kooperationen mit externen Organisationen?

Zorn: Die Zusammenarbeit mit externen Organisationen bei der Erarbeitung von Leit- und Richtlinien ist teilweise abhängig vom rechtlichen Kontext. Insbesondere bei Leitlinien kooperieren wir mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Bei Richtlinien, die eine andere rechtliche Verbindlichkeit aufweisen als Leitlinien, kommen teil-

weise auch Bundesoberbehörden oder das Bundesministerium für Gesundheit hinzu. So sind z. B. bei der Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) [1] Vertreter der Länder, der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt oder des Robert Koch-Instituts beteiligt.

Welche Bedeutung haben Qualitätssicherung und Patientensicherheit für die Aufgaben der BÄK?

Zorn: Die Pflicht zur Qualitätssicherung ist in der ärztlichen Berufsordnung verankert und zählt somit zu den Kernaufgaben der Ärztekammern. Damit geht die Patientensicherheit einher, die keine separate Wissenschaft, sondern Teil des intrinsischen ärztlichen Selbstverständnisses und Handelns ist.

Mit welchen Maßnahmen und Aktionen unterstützen Sie als Fachabteilung die Patientensicherheit?

Das Dezernat für Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der BÄK betreut insbesondere die Richtlinie zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK), die Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik [2] und in der Computertomographie [3] und künftig auch eine Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Pathologie.

Darüber hinaus entwickelt und pflegt das Dezernat konkrete Methoden und Instrumente, etwa Curricula und Leitfäden, wie z. B. zum medizinischen Peer-Review-Verfahren [4] und zu Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen [5]. Mit CIRSmedical.de ist zudem das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin im Dezernat verankert [6]. Außerdem beteiligt sich das Dezernat in Stellungnahmeverfahren und durch Teilnahme an Gremien an der



Ausgestaltung der gesetzlichen Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und weiterer Institutionen und bringt hier die spezifisch-ärztliche Perspektive ein.

Was ist das Besondere an den Richtlinien, die die BÄK erlässt?

Zorn: BÄK-Richtlinien behandeln nicht nur sehr unterschiedliche medizinische Fachgebiete, sondern sind auch noch sehr heterogen rechtlich verankert. Häufig ist die Beteiligung weiterer Institutionen vorgeschrieben. Ihre rechtliche Relevanz entfalten sie insbesondere im Haftungsfall. Im Unterschied zu Leitlinien stellen Richtlinien regelmäßig generell abstrakte Handlungsanweisungen für die Anwender dar. Bei deren Beachtung wird vermutet, dass der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eingehalten wurde. Solche Richtlinien sind Beispiele für das erfolgreiche Funktionieren der ärztlichen Selbstverwaltung, indem der Staat es den betroffenen Fachkreisen überlässt bzw. diese beauftragt, komplexe medizinische Sachverhalte im Detail selbst zu regeln.

Wie entsteht eine BÄK-Richtlinie?

Zorn: Wesentliche Grundlage einer jeden BÄK-Richtlinie sind ein rechtlicher Rahmen und ein Regelungsbedarf, der von Experten mit fachspezifischen Inhalten gefüllt wird. Die dazu benötigten Gremien werden von der BÄK organisiert und betreut. Die Implementierung und laufende Aktualisierungen erfolgen auf Beschluss des BÄK-Vorstands und sind flankiert durch unterschiedliche richtlinienspezifische Abstimmungs- und Anhörungsverfahren.

Neben Richtlinien gibt die BÄK auch Leitlinien heraus. Sind diese gleichzusetzen mit den Leitlinien von Fachgesellschaften?

Zorn: Die von der BÄK herausgegebenen Leitlinien sind von Leitlinien der Fachgesellschaften abzugrenzen, denn die BÄK ist keine wissenschaftliche Einrichtung – auch wenn die Expertengremien dafür sorgen, dass der Stand von Wissenschaft und Technik in die Entscheidungen des BÄK-Vorstands einfließen. Im Bereich der

bildgebenden Verfahren hält die BÄK beispielsweise Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Computertomographie und in der Röntgendiagnostik vor. Dies sind keine Leitlinien im Sinne von Fachgesellschaften oder der AWMF, sondern überwiegend technische Handlungsanweisungen auf der Grundlage des Strahlenschutzrechts, das die Verwendung der Bezeichnung „Leitlinien“ hier ausdrücklich so vorsieht. Auch hier bildet der Expertenkonsensus unter Moderation der BÄK die methodische Grundlage, und auch hier erfolgt eine permanente Beobachtung der Auswirkungen auf die Versorgungspraxis, um regelmäßig oder ggf. auch bedarfsabhängig Anpassungen an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik vornehmen zu können.

Inwiefern trägt eine einheitliche Anwendung von medizinischen Richt- und Leitlinien dazu bei, die Patientensicherheit zu stärken?

Zorn: Leit- und Richtlinien stärken die Patientensicherheit, indem Evidenz, Expertenwissen und Patientenperspektive einen bestmöglichen Stand der Anwendung von Wissenschaft und Technik bundesweit einheitlich und unabhängig von regionalen Gepflogenheiten ermöglichen – das ist heutzutage Konsens und nicht ernsthaft zu bezweifeln. Das war nicht immer so. Noch in den 1990er-Jahren wurden Leitlinien auch schon mal als „Kochbuchmedizin“ abgetan. Anfang der 2000er-Jahre sorgten dann sowohl der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz als auch die Selbstverwal-

tung, darunter BÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und AWMF, mit der Initiierung des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien für Verbreitung und zunehmende Akzeptanz von Leitlinien und evidenzbasierter Medizin in der Versorgung.

Die Entstehung von Richt- und Leitlinien hört sich sehr technisch an. Wie ist eine praxisnahe Ausgestaltung gewährleistet?

Zorn: Die Regelwerke und Empfehlungen der BÄK beziehen den praktischen Sachverstand und die Erfahrungen aus der Versorgung ein. Insofern ist die Perspektive des medizinischen Alltags gewährleistet. Das schließt wiederkehrenden Anpassungsbedarf nicht aus, denn Leitschnur der Regelungen ist die jeweils aktuelle Evidenz und der immer wieder herzustellen- de Konsens. Auswirkungen und Wirksamkeit von BÄK-Leit- oder -Richtlinien unterliegen einem kontinuierlichen Monitoring anhand von Rückmeldungen aus der Versorgungspraxis.

Welche Anwendungsbeispiele gibt es für Leit- und Richtlinien und wie haben diese zur Patientensicherheit beigetragen?

Zorn: Anwendungsgebiete sind z. B. labormedizinische Untersuchungen oder bildgebende Verfahren. Diese tragen zur Patientensicherheit bei, indem der jeweils aktuelle Stand von Wissenschaft und Technik in diese Regelwerke einfließt und Patientinnen und Patienten bei Diagnostik und Therapie zeitnah vom medizinischen Fortschritt profitieren. Im Bereich Labormedizin sind dies z. B. laufende Verbesse-



Kurzbiografie

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH (Foto) leitet das Dezernat 3 – Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit – der Bundesärztekammer in Berlin. Das Dezernat befasst sich neben den genannten Schwerpunkten mit Richtlinien, Leitlinien, evidenzbasierter Medizin, Health Technology Assessment, Normung in der Medizin und Aspekten der Medizinproduktesicherheit und des Strahlenschutzes. Zorn ist Diplom-Biologe und Gesundheitswissenschaftler.

Foto: privat



rungen bei der Genauigkeit und Verfügbarkeit von Laborwerten, auf deren Basis Therapieentscheidungen getroffen werden. Im Bereich der bildgebenden Verfahren mittels Röntgen und CT geht es in den dazugehörigen Leitlinien unter anderem darum, bestmögliche Bildergebnisse unter gleichzeitig möglichst geringer Strahlenbelastung zu erzielen.

Welchen rechtlichen Charakter haben Leit- und Richtlinien?

Zorn: Bei der Einhaltung von Richtlinien wird regelmäßig davon ausgegangen, dass der entsprechende Standard bei der Behandlung eingehalten wurde. Leitlinien haben den Charakter von Empfehlungen im Sinne von Handlungskorridoren, deren Einhaltung keine gesetzliche Vermutung begründet. Dies ist besonders bei Arzthaufungsfällen relevant.

Das diesjährige Motto des Welttags der Patientensicherheit lautet „Safe care for every newborn and every child“. Inwiefern können BÄK-Leit- und -Richtlinien hier einen Beitrag leisten?

Zorn: Die BÄK hält für die Bereiche Neonatologie oder Pädiatrie keine spezifischen Leit- und Richtlinien vor. In den be-

reits erwähnten Leitlinien zur QS bei Röntgen und CT sind allerdings dezidierte zusätzliche Qualitätsanforderungen bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen verankert. Ich möchte aber auch beispielhaft auf die vom Wissenschaftlichen Beirat der BÄK erarbeitete Stellungnahme zur systematischen Erfassung von Fehlbildungen bei Neugeborenen hinweisen. Diese leistet ebenfalls einen Beitrag zur Patientensicherheit mit dem Ziel, die medizinische und psychosoziale Versorgung für die betroffenen Kinder und ihre Familien zu verbessern. Die Bemühungen und Erfolge der Ärzteschaft zählen auf diesen Gebieten zu den wegweisenden Pionierleistungen von Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Gesundheitswesen. Aus der lokalen Münchner Perinatalerhebung der 1970er-Jahre mit dem Status einer innerärztlichen Initiative entwickelte sich ein umfassendes Maßnahmenpaket in der gesetzlichen Qualitätssicherung. Kaum ein medizinischer Versorgungsbereich ist in Deutschland so gut durchleuchtet mit Qualitätsindikatoren, Strukturvorgaben, Mindestmengen etc. wie die Geburtshilfe und die Neonatologie. Auf internationaler Ebene sieht dies teilweise aber ganz anders aus,

so dass es gut ist, dass die WHO dieses Motto in den Vordergrund rückt.

Was wünschen Sie sich für die Leit- und Richtlinienarbeit der BÄK mit Blick auf die Patientensicherheit?

Zorn: Die BÄK ist den vielen ehrenamtlichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachexpertinnen und Fachexperten sehr dankbar, die die Leit- und Richtlinienarbeit ermöglichen und so für mehr Patientensicherheit sorgen. Wir wünschen uns sehr, dass diese Unterstützung weiter anhält. Gerade die Akzeptanz von Politik und Gesellschaft ist keine Selbstverständlichkeit, wie wir auch in den letzten Jahren immer wieder einmal erfahren mussten.

Auch das Verständnis für Wissenschaft und Evidenz unterliegt dem gesellschaftlichen Wandel. BÄK und Landesärztekammern werden sich weiterhin für die Patientensicherheit einsetzen – in der Erwartung, dass die notwendigen Rahmenbedingungen erhalten bleiben. Der aktuelle Koalitionsvertrag setzt hierzu immerhin ein hoffnungsvolles Zeichen, indem die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen des Gesundheitswesens gestärkt und von Bürokratie entlastet werden sollen. Dies ist zu begrüßen und sollte dazu beitragen, auch weiterhin aus der Ärzteschaft heraus Leit- und Richtlinien zu pflegen und zu entwickeln – als Beispiel für ein funktionierendes Zusammenwirken von Gesetzgeber und Ärzteschaft im Interesse der Patientensicherheit.

Leitlinien	Richtlinien
Beruhend auf einer konsensorientierten und evidenzbasierten Methodik und haben Empfehlungscharakter	Beruhend auf einer gesetzlichen Grundlage und sind verbindlich im Sinne einer untergesetzlichen Normgebung
Sollen die Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen unterstützen	Geben abstrakte Handlungsanweisungen vor
Spiegeln den aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft wider	
Quelle: eigene Darstellung nach [8]	

Interview:
Antje Köckeritz,
Katrin Israel-Laubinger

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“ unter der aktuellen Ausgabe.

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studententipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen,

Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf:
Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?
Schicken Sie Ihre Texte bitte per
E-Mail an: peter.boehnel@laekh.de

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © VanHope – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Ärztliche Leiterin/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (CME beantragt)

Der neu konzipierte Kurs verbindet E-Learning mit Präsenztagen und Praxisübungen und richtet sich sowohl an Kolleginnen und Kollegen, die die Qualifikation zur Ärztlichen Leiterin/zum Ärztlichen Leiter im Rettungsdienst anstreben, als auch an diejenigen, die eine ärztliche Leitungsfunktion im Rettungsdienst wahrnehmen möchten. Darüber hinaus bietet die interaktiv gestaltete Veranstaltung die Möglichkeit zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch.

Termin: ab 08.01.2026
Gebühr: 1.473,00 €
 1.325,70 €*
Kursleitung: J. Blau
Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de

Allgemeinmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 08.12.2025 Live-Webinar	Repetitorium Allgemeinmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. A. Wunder	Die Veranstaltung bereitet in interaktiver Runde mit neuen Impulsen und bewährten Grundlagen auf die Facharztprüfung vor oder frischt vorhandene Kenntnisse auf. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	740,00 € 666,00 €*

Innere Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 06.02.2026 Präsenz	Intensiv-Seminar Diabetologie (12 CME) Dr. med. M. Eckhard	Praxisnahes Seminar mit Impulsvorträgen, Fallbeispielen und Fallbearbeitungen in Kleingruppen. Zusammenarbeit mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HGD). Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	274,00 € 246,60 €*
18.03.2025 Live-Webinar	Aktuelle Diabetologie – Teile 1 und 2 (5 CME)	In Kooperation mit der HGD: Die Veranstaltung greift den aktuellen Stand der Prävention und medikamentösen Therapie von Diabetes mellitus Typ II auf. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	145,00 € 130,50 €*

Transfusionstherapie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 15.01.2026 Live-Webinar	Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leitung Blutdepot (CME beantragt) Dr. med. A. Opitz	Mit der erfolgreichen Teilnahme an der Veranstaltung erwerben Sie die Qualifikation als Transfusionsverantwortliche/r bzw. Transfusionsbeauftragte/r und für die Leitung eines Blutdepots. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	480,00 € 432,00 €*
ab 15.01.2026 Blended Learning	Qualitätsbeauftragte/r Hämotherapie (CME beantragt) Dr. med. A. Opitz	Ein rein digitaler, qualifizierender Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer und im Sinne von Abschnitt 6.4.2.2. der Richtlinie Hämotherapie. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.235,00 € 1.111,50 €*

Ultraschall

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 23.01.2026 Präsenz	Grundkurs Abdomen und Retroperitoneum (CME beantragt) Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Dr. med. T. Müller	Der Kurs besteht aus einem Theorieteil sowie einem Praktikumsteil, der hessenweit an verschiedenen Standorten absolviert werden kann. Es erwarten Sie physikalische und untersuchungstechnische Grundlagen. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	937,00 € 843,00 €*
31.01.2026 Präsenz	Ultraschall-Trainingstag (CME beantragt) Dr. med. L. Leusmann L. Steffgen	Nach dem großen Erfolg der ersten Trainingstage wird die Veranstaltung nun regelmäßig angeboten. Diese Inhalte erwarten Sie: Schallkopfführung sowie Terminologie und Beschreibung von Ultraschallbildern und Befundtexten. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €*
ab 05.02.2026 Präsenz	Ultraschallkurs Gefäße: Interdisziplinärer Grundkurs (CME beantragt) Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle	Innerhalb des Kurses werden physikalische Grundlagen, Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie sowie Untersuchungstechniken der peripheren, zerebralen und abdominalen Gefäße vermittelt. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	898,00 € 808,20 €*
07.02.2026 Präsenz	Differentialdiagnose Akutes Abdomen (CME beantragt) Dr. med. T. Müller	Interaktiv aufbereitet besteht das Modul zu 50 % aus praktischen Übungen. Theoretische und praktische Erfahrungen werden vorausgesetzt (möglichst Grund- und Aufbaukurs, mind. aber DEGUM-Grundkurs Abdomen). Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
11.03.2026 Hybrid	Pädiatrie „State of the Art“ (6 CME) PD Dr. med. L. Schrod et al.	Praxisnah und vielseitig aufbereitet erhalten Sie Einblicke in den aktuellen Stand der Pädiatrie. Die Teilnahme ist sowohl in Präsenz als auch digital möglich. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	92,00 € 00,00 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 05.03.2026 Präsenz	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) (26 CME) Prof. Dr. med. R. Merbs M. Leimbeck	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte und Praxisübungen: Das Seminar richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die am ÄBD teilnehmen und dort mit Notfallmedizinischen Herausforderungen konfrontiert werden. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	724,00 € 651,60 €*
ab 19.03.2026 Blended Learning	Seminar Leitende/r Notärztin/ Notarzt (CME beantragt) Dr. med. G. Appel, T. Winter	Mit erfolgreichem Abschluss des Seminars erwerben Sie die Qualifikation „Leitende/r Notärztin/Notarzt“. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.497,50 € 1.347,75 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
17.01.2026 Präsenz	Aggression und Gewalt im Praxisalltag (CME beantragt) Dr. agr. Dr. med. R. Schmidt Jutta Mosig-Frey	Das Seminar richtet sich an Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und ihre Teams, die mit Aggression und Gewalt durch Patientinnen und Patienten konfrontiert werden und Lösungsstrategien der Deeskalation erlernen möchten. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	224,00 € 201,60 €*
ab 04.05.2026 Blended Learning	Einführung in die Schlafmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. R. Schulz et al.	Ein Querschnittsfach mit Potenzial: Die Schlafmedizin, in der neben internistischen vor allem neurologische und psychiatrische Aspekte eine Rolle spielen. Die Teilnahme am Kurs ist Voraussetzung für die Abrechnung der ambulanten Polygraphie bei Schlafapnoe gemäß EBM. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	936,00 € 842,40 €*
jederzeit abrufbar	Dr. med. KI – Seltene Erkrankungen (16 CME) PD Dr. med. N. Weiler	Das On-Demand-Webinar bietet Ihnen auf unserer Lernplattform ILIAS verschiedene E-Learning-Inhalte zum Thema „Künstliche Intelligenz – Seltene Erkrankungen“, die Sie zeit- und ortsunabhängig nutzen können. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Begutachtung

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 05.01.2026 Blended Learning	Medizinische Begutachtung – Modul Ia (12 CME) Prof. Dr. med. S. Hartwig	Modul Ia thematisiert die allgemeinen Grundlagen der Begutachtung, die Zustandsbegutachtung im Arbeits- und Erwerbsleben sowie die Begutachtung in der Rehabilitation. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	372,00 € 334,80 €*

Sportmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 26.01.2026 Live-Webinar und Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 2 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 2 befasst sich mit allgemeinen und sportartspezifischen Anforderungen im Sport sowie mit den Grundprinzipien von Belastung und Regeneration im Ausdauer- und Krafttraining. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 28.01.2026 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 5 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 5 thematisiert (sport-) orthopädische Aspekte der Wirbelsäule und der oberen Extremitäten im Freizeit- und Leistungssport, vornehmlich bei Rückschlagsspielen sowie Kraft- und Kampfsportarten. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 30.01.2026 Live-Webinar und Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 6 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Im Fokus von Modul 6 stehen (sport-) orthopädische Aspekte der unteren Extremitäten. Darüber hinaus werden sportliche Belastungen unter verschiedenen Umwelt- und Klimabedingungen thematisiert. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
ab 16.03.2026 Live-Webinar und Präsenz	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 8 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 8 setzt metabolische, endokrinologische und gastrointestinale Schwerpunkte und thematisiert die Effekte von Bewegung auf Erkrankungen der Organsysteme und des Gastrointestinaltrakts. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung – Modul I (CME beantragt)

Suchterkrankungen stellen besondere Anforderungen an die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung. Die Zusatz-Weiterbildung gemäß (Muster-) Kursbuch der BÄK vermittelt Ihnen umfassende Kenntnisse zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Frührehabilitation von Suchterkrankungen. Besondere Schwerpunkte liegen auf dem Kindes- und Jugendalter sowie der Opiat-Substitutionstherapie. Praktische Übungen und Techniken der motivierenden Gesprächsführung unterstützen den Transfer der theoretischen Inhalte in den Berufsalltag.

Termin: 06.02.2026
Gebühr: 164,00 €
 147,60 €*
Kursleitung: D. Paul
Kontakt: caroline.winkler@laekh.de



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



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – FOBI Aufbauschulung (CME beantragt)

In der Veranstaltung werden Ihre in der Ersts Schulung erlangten Kenntnisse für die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Ihrer Praxis und für die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung wieder aufgefrischt.

Achtung: Bitte beachten Sie die Fortbildungsfristen der BGW (FOBI spätestens fünf Jahre nach der Ersts Schulung), um weiterhin am Unternehmermodell teilzunehmen! Fällige Schulungen können nur noch bis zum 31.03.2026 nachgeholt werden.

Termine: 21.01.2026, 04.03.2026
Gebühr: 192,00 €
 172,80 €*
Kursleitung: Dr. med. A. Rauch
Kontakt: laura.wahl@laekh.de

Strahlenschutz

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 07.02.2026 Blended Learning	Fachkunde im Strahlenschutz – Grundkurs (CME beantragt) Dr. med. S. Trittmacher	Der Grundkurs richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die selbstständig Röntgenstrahlen am Menschen anwenden und hierfür ihre Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) erwerben müssen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	626,00 € 563,40 €*

Transplantationsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 23.02.2026 Präsenz	Curriculum Transplantationsbeauftragte/r Ärztin/Arzt – Teil A (32 CME) PD Dr. med. A. P. Barreiros Dr. med. M. Heise	In Teil A werden die theoretischen Inhalte vermittelt, u. a. folgendes Fachwissen: Transplantationsmedizin, Transplantationsgesetz (TPG), Hirntoddiagnostik sowie ethische und gesellschaftliche Aspekte der Organspende. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	901,00 € 810,90 €*
20.05.2026 Präsenz	Curriculum Transplantationsbeauftragte/r Ärztin/Arzt – Teil B (8 CME) PD Dr. med. A. P. Barreiros Dr. med. M. Heise	Teil B des Ausbildungscurriculums umfasst ein eintägiges Kriseninterventionsseminar sowie die Teilnahme an einer Organspende. Beide Veranstaltungsteile des Curriculums finden in Kooperation mit der DSO statt. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	240,00 € 216,00 €*

Akupunktur

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 16.01.2026 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Akupunktur – G1 (8 CME) Dr. med. J. Viereg	In Kooperation mit der DÄGfA: Im Januar startet wieder die neue Kursreihe mit der Grundausbildung. Integrieren Sie die Akupunktur in Ihr medizinisches Gesamtkonzept. Kontakt: claudia.loeffler@laekh.de	240,00 € 190,00 €*

Schmerztherapie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 27.02.2026 Präsenz	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie – Modul I (CME beantragt) PD Dr. med. M. Gehling et al.	Start der neuen Kursreihe im Februar: Modul I thematisiert die Grundlagen der Schmerzmedizin und sollte zuerst absolviert werden. Die zeitliche Reihenfolge der weiteren drei Module ist frei wählbar. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	487,00€ 438,30 €*

Willkommen in der Akademie

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

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

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

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

Kontakt:

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

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

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Besuchen Sie uns auch auf Social Media



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



YouTube @landesaeztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



Mehr erfahren



Veranstaltungen

Foto: © JPC_PROD – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Assistenz Wundmanagement

Der Qualifizierungslehrgang wird gemäß dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. Das Basismodul findet im E-Learning statt. Schwerpunkte im Präsenzunterricht sind unter anderem umfangreiche Übungen zum Wundmanagement:

- Wundbehandlungsprozess
- Krankheitsbilder: Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, Dekubitus
- Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsprävention
- Wunddokumentation
- Kompressionstherapie

Termine WUN: Beginn 24.01.2026
Gebühr: 530 €
Kontakt: danuta.scherber@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 23.03.2026	Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung (FAW) – Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für ambulante medizinische Versorgung	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 Aufbau des Pflichtteils und die möglichen Wahlteile. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	2.500 € (Pflichtteil) zzgl. Prüfungsgebühren
ab 23.04.2026	Nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa) 271 Stunden	Nichtärztliche Praxisassistenten und Praxisassistentinnen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten in der häuslichen Umgebung. Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
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: danuta.scherber@laekh.de	455 €
ab 16.04.2026	Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden	MFA können sich für die Assistenz bei ambulanten Operationen qualifizieren. Bitte beachten Sie den modularen Aufbau des Gesamtlehrgangs und die Anerkennungsmöglichkeiten. Informationen zum Inhalt und Ablauf finden Sie auf unserer Website. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	siehe Website
ab 16.04.2026	Ambulante Anästhesie (ANÄ) 90 Stunden	Der neue Lehrgang setzt sich aus verschiedenen Modulen zusammen. Über die Inhalte, die Anerkennungsmöglichkeiten und die zu erwerbenden Handlungskompetenzen informieren wir Sie auf unserer Website. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	siehe Website

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
17.01.2026	Aggression und Gewalt im Praxisalltag (PAT 23) 8 Stunden	Der Kurs ist auf das interprofessionelle Team ausgerichtet. Neben der faktischen Informationsvermittlung werden Fall- und Gruppenübungen durchgeführt, deren Ziel es ist, Frühwarnsignale zu erkennen, Deeskalationsstrategien im Dialog zu erarbeiten und eigene Grenzen in Risikosituation wahrzunehmen. Die Fortbildung wird gemeinsam mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	125 € (MFA und nichtärztliches Praxispersonal)

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)

Kultur- und Lesetipps zum Jahreswechsel

Ausstellungen

Mit einem bunten Strauß von Ausstellungen locken die hessischen Museen Kunstinteressierte vor und nach Weihnachten in ihre Räume. Wir präsentieren eine kleine Auswahl.

Bekanntester „Unbekannter“ der Malerei: Carl Schuch im Städel Museum Frankfurt

Carl Schuch (1846–1903), geboren im Kaiserreich Österreich, ist vielleicht der bekannteste „Unbekannte“ der Malerei des 19. Jahrhunderts. Von seinem Selbstverständnis her Europäer, steht er als Künstler am Übergang zur Wiener Moderne. Mit der großen Ausstellung „Carl Schuch und Frankreich“ wirft das Städel Museum bis zum 1. Februar 2026 einen umfassenden Blick auf das Werk des Malers sowie auf die Malerei des Impressionismus und Realismus.

Früh löste sich Schuch von nationalen Zuschreibungen und widmete sich kompromisslos der Malerei. Zu Lebzeiten war er der Öffentlichkeit kaum bekannt, doch nach seinem Tod wurde die Qualität seines Werks gewürdigt, bevor es später wieder in Vergessenheit geriet. Das Städel Museum zeigt rund 70 Gemälde Schuchs in einem Dialog mit etwa 50 bedeutenden Werken französischer Künstler wie Paul Cézanne, Camille Corot, Gustave Courbet, Édouard Manet und Claude Monet.

Im Mittelpunkt stehen Schuchs Jahre in Paris, wo er von 1882 bis 1894 seine künstlerisch prägendste Schaffensphase erlebte. Feine Farbnuancierung sowie ein außergewöhnliches Gespür für Licht und Atmosphäre: Das zeichnet Schuchs Malerei ebenso aus wie die Suche nach künstle-

rischer Wahrhaftigkeit. Mit der Ausstellung zeigt das Städel Museum Carl Schuch nach eigenen Worten „als einen Künstler, der mit seinem europäischen Blick und seiner unbeirrbareren Haltung ein eigenständiges Kapitel der Kunstgeschichte schrieb.“ Carl Schuchs Motto lautete: „Selbst sehen und selbst finden.“

Carl Schuch und Frankreich. Bis 1. Februar 2026 im Städel Museum. Informationen unter www.staedelmuseum.de

Streifzug durch Objekte der Menschheitsgeschichte: Körperbilder im Frankfurter Kunstverein

Unter dem Titel „Anatomie der Fragilität – Körperbilder in Kunst und Wissenschaft“ lädt der Frankfurter Kunstverein zu einem Streifzug durch Objekte der Menschheitsgeschichte und zeitgenössische Kunstwerke ein. Im Mittelpunkt der Ausstellung steht der menschliche Körper. Die Art und Weise, wie er betrachtet, untersucht und dargestellt wird, ist einem ständigen Wandel unterworfen. Von der idealisierten Körperausfassung in der archaisch-griechischen Kunst über religiöse Darstellungen bis hin zu wissenschaftlich-anatomischen Figuren ab dem 17. Jahrhundert: Seit jeher haben Kunst und Wissenschaft in den unterschiedlichen Epochen immer neue Bilder geschaffen. Ihnen gegenüber stehen zeitgenössische Kunstwerke, die das heutige Verständnis von Körperlichkeit ausdrücken.

Die vom Frankfurter Kunstverein kuratierte Ausstellung, die noch bis zum 1. März 2026 zu sehen ist, entstand in Zusammenarbeit mit der Goethe-Universität Frankfurt – vertreten durch die Moulagensammlung der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie sowie die Antikensammlung am Institut für Archäologische Wissenschaften –, der Uni-



Carl Schuch: Äpfel auf Weiß, mit halbem Apfel, um 1886–1894 (Öl auf Leinwand, 63 × 79,5 cm)

versität Bologna, der Sammlung anatomischer Votive Ludwig Stiedas aus dem Bestand der Antikensammlung der Justus-Liebig-Universität Gießen sowie der Privatsammlung Hans und Benedikt Hipp.

Frankfurter Kunstverein: Anatomie der Fragilität – Körperbilder in Kunst und Wissenschaft. Bis 1. März 2026. Informationen unter www.fkv.de

Tiere sind auch nur Menschen: August Gaul im Liebieghaus Frankfurt

Einst galt er als die Krone der Schöpfung. Längst aber hat sich die wissenschaftliche Erkenntnis durchgesetzt, dass der Mensch ein Tier ist und biologisch gesehen zur Gattung Homo sowie der Familie der Menschenaffen gehört. Dass Tiere auch nur Menschen sind, behauptet das Frankfurter Liebieghaus im Titel seiner aktuellen Ausstellung, die dem Bildhauer August Gaul (1869–1921) gewidmet ist. Er zählt zu den ersten modernen Bildhauern Deutschlands. Mit seinen realistischen Tierdarstellungen eröffnete er um 1900 ein neues Kapitel der Skulpturgeschichte und wandte sich bewusst von der stärker dekorativen Bildhauerei des 19. Jahrhunderts ab. Von fein gearbeiteten Statuetten bis hin zu monumentalen Skulpturen im öffentlichen Raum reichen seine Arbeiten, die Tiere als autonome Wesen und nicht als Symbole von Macht oder Herrschaft zeigen.

Tiere sind auch nur Menschen. Skulpturen von August Gaul. Bis 3. Mai 2026, Informationen unter www.liebieghaus.de



August Gaul (1869–1921): Stehende Löwin, 1899–1900 (Detailansicht), Bronze

**Nachtleben neu entdecken:****Die Nacht im Museum Sinclair-Haus, Bad Homburg**

Nachtleben – ein Wort, das unterschiedliche Assoziationen hervorruft. Das Rätselhafte, Träumerische und Undurchdringliche der Nacht gehören dazu, ebenso ihre bisweilen grell illuminierten Facetten, aber auch finstere, mit Angst oder dem Gefühl von Einsamkeit verbundene Seiten. Bis

zum 15. Februar 2026 setzt sich die Ausstellung „Nachtleben“ im Bad Homburger Sinclair-Haus künstlerisch mit dem Leben in der Dunkelheit auseinander.

Die Nacht ist voller Leben – das wollen die ausgestellten Arbeiten von u. a. Joshua Bonnette und Melanie Machot, Hans Op de Beck bis Tobias Zielony dokumentieren. Auch wenn unsere menschlichen Sinne wenig für ein Leben in der Dunkelheit

geeignet sind, schleichen, kriechen, fliegen oder schweben andere Tiere ganz selbstverständlich durch die Nacht. „Nachtleben“ inspiriert dazu, die Nacht und die Dunkelheit neu zu entdecken: als Lebensraum, den wir mit unzähligen anderen Wesen teilen.

Nachtleben. Museum Sinclair-Haus, Bad Homburg. Bis 15. Februar 2026. www.kunst-und-natur.de/museum-sinclair-haus

Lesetipps**Zuflucht am Mittelmeer**

Vor 70 Jahren starb der Schriftsteller Thomas Mann, am 6. Juni 2025 hätte er seinen 150. Geburtstag gefeiert. Zum Abschluss des Jubiläumsjahres ist die Lektüre von Florian Illies' Roman „Wenn

die Sonne untergeht. Familie Mann in Sanary“ wärmstens zu empfehlen.

Im glühend heißen Sommer 1933 spitzte sich die politische Lage in Europa zu. Nach abenteuerlichen Fluchten und Wochen der Ungewissheit suchten Thomas Mann und seine Familie am Mittelmeer Zuflucht vor den Nationalsozialisten. In dem südfranzösischen Ort Sanary-sur-Mer hatte sich bereits eine kleine deutsche Exilgemeinde gebildet, zu der u. a. Lion Feuchtwanger, Arnold Zweig und Heinrich Mann gehörten. Trauer um den Verlust der Heimat, Überlebenswillen, aber auch Spannungen zwischen Vater und Kindern: Mit Humor, poetischer Eleganz und Leichtigkeit erzählt Florian Illies die Geschichte der Familie Mann auf der ersten Station ihres Exils. Dabei verknüpft er Anekdoten, Fakten und Szenen zu einem fesselnden Panorama.

Florian Illies: Wenn die Sonne untergeht, Familie Mann in Sanary. S. Fischer Verlage, Frankfurt am Main 2025, geb. 26 €

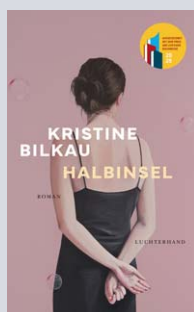
Zwischen Leistungsdruck und Sinnsuche

Was wird aus Kindern, wenn sie erwachsen sind? Was aus den Eltern, nachdem sie den Nachwuchs in eine immer unfreundlicher werdende Welt entlassen haben? In ihrem mit dem Preis der Leipziger Buch-

messe ausgezeichneten Roman „Halbinsel“ erzählt Kristine Bilkau die Geschichte einer Mutter-Tochter-Beziehung.

Auf einer Halbinsel im nordfriesischen Wattenmeer hat Annett nach dem frühen Tod ihres Mannes ihre Tochter Linn allein großgezogen. Für sie verkörpert Linn, die sich nach dem Abitur als Umweltvolontärin engagiert, Hoffnung, Sinn und Zukunft. Doch auf einer Tagung erleidet Linn einen Kreislaufzusammenbruch. Annett holt die zwischen Leistungsdruck und Sinnsuche aufgeriebene junge Frau zu sich. Aus einer Woche werden Monate, in denen Konflikte zwischen Mutter und Tochter, aber auch ganz allgemein zwischen den Generationen aufbrechen.

Kristine Bilkau, Halbinsel. Luchterhand Literaturverlag 2025, 24 €

**Über die Verlorenheit im Universum**

Zwei Tage vor der Eröffnung der Frankfurter Buchmesse wurde der Deutsche Buchpreis 2025 an die Schweizer Autorin Dorothee Elmiger für ihren Roman „Die Holländerinnen“ verliehen. Die düstere Handlung basiert auf einer wahren Geschichte: 2014 verschwanden zwei junge niederländische Touristinnen in Panama. Das bis heute ungeklärte Schicksal der Frauen inspirierte Elmiger zu dem Buch, in dem sich eine Theatergruppe auf die letzten Spuren der Verschollenen begibt. Eine Schriftstellerin ist beauftragt, die Recher-

che zu protokollieren und den Text eines Theaterstückes zu entwickeln. In ihrer Erzählung reihen sich immer neue beunruhigende und irritierende Geschichten aneinander. Furcht, Gewalt, Machtmissbrauch und die Verlorenheit im Universum sind die Themen des Romans, der das Unbehagen an einer zunehmend unkontrollierbar anmutenden Welt spürbar macht.

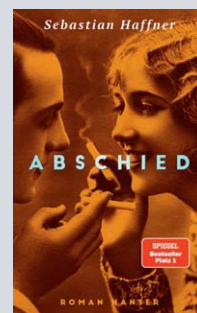
Dorothee Elmiger, Die Holländerinnen. Carl Hanser Verlag 2025, 16.99 €

Das fragile Glück der Freiheit

Dieses Buch ist eine Entdeckung. Sein Autor, der Journalist Sebastian Haffner, war für essayistische Betrachtungen wie seine „Anmerkungen zu Hitler“ oder seine „Geschichte eines Deutschen“ bekannt. Als er 1999 starb, wurde in seinem Nachlass der 1932 verfasste und bisher unveröffentlichte Roman „Abschied“ gefunden: Eine Liebesgeschichte über das ebenso kostbare wie fragile Glück der Freiheit.

Raimund, Rechtsreferendar im Berlin der frühen Dreißigerjahre, ist für ein paar Tage nach Paris gereist, um seine Freundin Teddy zu besuchen. Nun aber naht der Abschied von der Geliebten, einer von Männern umschwärmten Österreicherin. Als wolle er alles für immer festhalten, flaniert Raimund durch das bohémehafte Paris und versucht, die französische Freiheit mit Teddy zu genießen. Noch ist der kommende Schrecken nur zu erahnen.

Sebastian Haffner, Abschied. Carl Hanser Verlag 2025, 24 €



Katja Möhrle

Erinnerung an Dr. med. Alfred Günzburg

Leitender Internist am Jüdischen Krankenhaus Frankfurt/ 1935 Flucht aus Deutschland

Foto: © Günzburg Familie

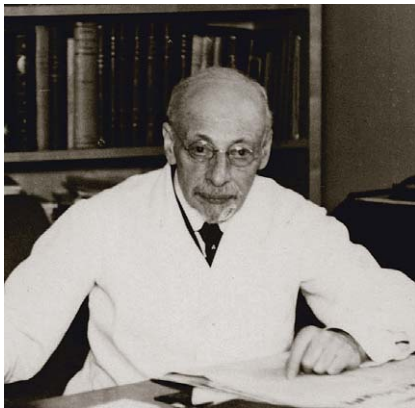


Abb. 1: Die Fotografie zeigt Dr. med. Alfred Günzburg um 1924 am Schreibtisch im Krankenhaus der Israelitischen Gemeinde in Frankfurt am Main.

Vor 80 Jahren, im November 1945, starb Dr. med. Alfred Günzburg in der Siedlung Ramot Hashavim im damaligen Palästina [1]. Günzburg leitete von 1908 bis 1925 die Abteilung für Innere Medizin am Krankenhaus der Israelitischen Gemeinde in Frankfurt am Main. Als Jude musste er gemeinsam mit seiner Ehefrau 1935 Deutschland verlassen.

Ausbildung und Wirkungsstätte

Alfred Günzburg, 1861 in Offenbach geboren und in Frankfurt aufgewachsen, studierte an den Universitäten Heidelberg, Marburg und Leipzig Medizin. Das Studium schloss er 1885 mit dem Staatsexamen und der Promotion ab. Im gleichen Jahr erhielt er die ärztliche Approbation. Seit 1886 arbeitete Günzburg als Assistenzarzt in der Inneren Medizin bei dem Hospitalarzt Simon Kirchheim am Frankfurter Königswarter Hospital, dem Vorläufer des späteren Krankenhauses der Israelitischen Gemeinde in Frankfurt am Main. 1894 heiratete Günzburg die aus Frankfurt stammende Luise Daisy Strauß. 1895 wurde der Sohn Ludwig geboren, der später Medizin studieren und sich in Frankfurt als praktischer Arzt niederlassen wird. 1897 folgte der Sohn Paul, der

nach dem Ersten Weltkrieg als Buchhändler in Frankfurt a. M. tätig war. 1899 wurde die Tochter Marie Therese geboren, die Mitte der 1920er-Jahre mit ihrem Ehemann Rudolf Thilmany in die Türkei auswanderte und in Istanbul lebte. Nach der Pensionierung Kirchheims übernahm Alfred Günzburg die Leitung der Abteilung für Innere Medizin am Königswarter Hospital. Er war frühzeitig an den Planungen für den Neubau des Jüdischen Krankenhauses in Frankfurt-Bornheim in der Gagerstraße 36 aktiv beteiligt. Bei der Einweihungsfeier für das neue Krankenhaus 1914 wurde Günzburgs Arbeit ausdrücklich gewürdigt und mit der Verleihung eines preußischen Ordens ausgezeichnet [2]. 1925, nach 39-jähriger Tätigkeit am Jüdischen Krankenhaus in Frankfurt, übergab Günzburg seine Funktion an den Stoffwechselforscher Prof. Dr. Simon Isaac.

Verdienste

Frühzeitig spezialisierte sich Günzburg für das damals neue Fachgebiet der Gastroenterologie und publizierte unter anderem zur Azidität und zum Sekretionsverhalten des Magens sowie über Duodenalgeschwüre [3, 4]. „Günzburgs Reagenz“, eine alkoholische Lösung von Phloroglucin und Vanillin, diente zum qualitativen Nachweis freier Salzsäure im Magen. 1912 gehörte er zu jenen Spezialärzten, die die Gründung der Fachgesellschaft für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten vorbereiteten und deren erster Fachkongress 1914 in Bad Homburg stattfand. Der eigen-

ständige Facharzt für dieses Fachgebiet neben dem Facharzt für Innere Krankheiten wurde 1924 während des Bremer Ärztetages eingeführt. Günzburg war Gründungsmitglied und bis 1908 Leitender Arzt des „Gumpertz’schen Siechenhauses“ in Frankfurt. Dabei handelte es sich um ein jüdisches Armenkrankenhaus, das Kranken-, Behinderten-, Alten- und Armenpflege vereinigte. Besondere Verdienste erwarb sich Günzburg als Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender des Frankfurter jüdischen Schwesternvereins und Schwesternhauses. Er förderte die fundierte Ausbildung und die Professionalisierung im Pflegeberuf und gehörte zu den Ersten, die jüdische Krankenpflegerinnen unterrichteten [5].

1933–1945

Im April 1933 erlebte die Familie Günzburg den Boykott der jüdischen Arztpraxen und Geschäfte durch die Nationalsozialisten. Der Sohn Ludwig musste seine Frankfurter Arztpraxis aufgeben, war aufgrund seines politischen Engagements bedroht und floh 1933 nach Palästina. In der von deutschen Immigranten gegründeten genossenschaftlichen Siedlung Ramot HaShavim, in der Nähe Tel Avivs gelegen, konnte Ludwig Günzburg unter zunächst



Foto: © Günzburg Familie

Abb. 2: Familie Günzburg um 1914, von links Paul, Daisy, Ludwig, Alfred und Marie Günzburg.

sehr begrenzten Möglichkeiten ärztlich tätig sein [6]. Zudem beteiligte er sich an der Weiterentwicklung der Siedlung [7]. Sein Bruder Paul Günzburg folgte kurze Zeit später ebenfalls nach Palästina.

Der 74-jährige Alfred Günzburg und seine Ehefrau verließen 1935 Deutschland und gelangten nach Palästina. Daisy Günzburg starb im Januar 1936 – wenige Monate nach ihrer Ankunft in Palästina. Alfred Günzburg lebte im Haus der Familie seines Sohnes Ludwig in Ramot HaShavim, beriet seinen Sohn in medizinischen Fragen und erledigte für diesen Arbeiten in einem

kleinen Laboratorium. Alfred Günzburg starb am 6. November 1945 84-jährig in Ramot HaShavim.

Dr. med. Harro Jenss
Worpswede



**Univ.-Prof. (i. R.)
Dr. med.
Michael Gregor**
Tübingen



Fotos: privat

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
h.jenss@gmx.de

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

Reflexion unserer Verletzlichkeit als Antidot gegen die Egologik unserer Zeit

169. Bad Nauheimer Gespräch mit Prof. Dr. med. Giovanni Maio

Foto: Manuel Maier



Prof. Dr. med. Giovanni Maio

Bei dem 169. Bad Nauheimer Gespräch am 23. September 2025 in der Landesärztekammer Hessen sprach der Freiburger Arzt, Medizinethiker und Philosoph Prof. Dr. med. Giovanni Maio über „Der verletzte Mensch – Für eine neue Ethik in der Medizin“.

Dem heutzutage oft gehörten Leitbegriff des autonomen, selbstmächtigen Menschen stellte Maio die Verletzlichkeit des

Menschen gegenüber – nicht als Gegensatz, sondern als eine *Conditio humana*, als Grundstruktur unserer Existenz, die nicht hintergebar, nicht aus unserem Sein zu tilgen sei.

Diese Unhintergebarkeit der Verletzlichkeit leitet er aus vier Bedingungen her: der Körperlichkeit (der Mensch kann nur in einem – verletzen – Körper existieren), der Verwiesenheit auf andere (der Mensch ist von Geburt an bis zum Tod auf andere angewiesen, die ihn erkennen, ansprechen und ihm so überhaupt das Leben und Selbstvertrauen erst ermöglichen), der Unaufhebbarkeit des Unverfügbaren (Situationen oder Zukunft können nicht vorher bestimmt werden) und der radikalen Endlichkeit des Seins.

Geteilte Verletzlichkeit als Grundlage einer Sorgeskultur

Maio versteht die Anerkennung der Verletzlichkeit als Grundelement menschlichen Lebens als Appell und Aufruf zur Sorge. Sorge als Antwort auf Verletzlichkeit, Sorge als Entwicklungsaufgabe, die den anderen nicht (nur) schützt, sondern

nach seinen Ressourcen fragt, um diese zu unterstützen. Nur eine solche responsive, antwortende Sorge könne sich zu einer Sorgeskultur, einer Kultur des Beistands entwickeln, wohingegen eine proaktive Sorge, die keine wirkliche Antwort sei, zum Gegenteil von Sorge, zur Bevormundung, werden könne.

Gerade die Anerkennung der Verletzlichkeit aller Menschen, auch der eigenen Verletzlichkeit führe zur Grundsituation der geteilten Verletzlichkeit, die als Band zwischen den Menschen Einfühlsamkeit und Empathie überhaupt erst ermögliche. Die geteilte Verletzlichkeit zu reflektieren, ist für Maio etwas Hoffnungsstiftendes, „weil ich überzeugt bin, dass der Mensch grundlegend die Einsicht gewinnen kann, dass er nur mit anderen glücklich werden kann. Die Reflexion auf die Verletzlichkeit kann daher ein Antidot gegen die Egologik unserer Zeit sein“.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
Bad Nauheimer Gespräche

Literatur: Giovanni Maio: Ethik der Verletzlichkeit, Herder Verlag 2024.

Klinische Studien zu Arzneimitteln – Wo ist der Haken?

Per-protocol, As-treated oder Intention-to-treat: Was machen wir mit den „Abtrünnigen“?¹

Dr. med. Natascha Einhart, Prof. Dr. Tim Mathes

Nachdruck aus Arzneiverordnung in der Praxis, Bd. 52, Heft 1, April 2025. Im Internet unter www.avp.de oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/bdf8y7f6>

Wer evidenzbasiert argumentiert, bezieht sich auf den aktuellen Wissensstand aus Studien, nicht nur auf persönliche Erfahrungen oder auf die Meinung von Experten. Das bloße Zitat einer Studie ist aber noch keine evidenzbasierte Argumentation. Studien bieten keine unumstößlichen Wahrheiten, sondern Ergebnisse statistischer Analysen. Jeder Studientyp hat dabei spezifische Stärken und Schwächen. Diese Artikelreihe in AVP konzentriert sich auf klinische Studien, die experimentell Wirksamkeit und Verträglichkeit von Arzneimitteln prüfen. In kurzen Beiträgen möchten wir Sie mit dem nötigen „Werkzeug“ ausstatten, um klinische Studien zu Arzneimitteln kritisch zu lesen und sich Ihre eigene, evidenzbasierte Meinung zu bilden.

Nehmen wir an, Sie wollen herausfinden, ob die medizinische Handcreme Supersoft das Risiko für Handekzeme bei Pflegepersonal stärker reduziert als in Drogerien erhältliche Handcremes. Dafür führen Sie eine kontrollierte randomisierte Studie durch, in der Sie die Teilnehmer zufällig einer von zwei Behandlungen zuteilen: Die Studienteilnehmer tragen dreimal täglich entweder Supersoft (Interventionsgruppe) oder ihre bisher genutzte Handcreme (Kontrollgruppe) auf. Es gelingt Ihnen ohne Probleme, eine ausreichend große Anzahl von Studienteilnehmern zu rekrutieren², aber schon wenige Wochen nach Studienbeginn läuft nicht mehr alles nach Plan:

- Herr Schmidt (Interventionsgruppe) benutzt Supersoft nach jedem Händewaschen, da sich seine Haut ansonsten trocken anfühlt.
- Frau Meyer (Interventionsgruppe) ist zurück zu ihrer bisherigen Handcreme gewechselt, weil unter Supersoft Juckreiz aufgetreten war.

- Herr Schneider (Kontrollgruppe) gibt auf Nachfrage zu, dass er im Dienst regelmäßig vergisst, sich die Hände einzucremen. Aus seiner Sicht ist die einmal tägliche Anwendung seiner Handcreme völlig ausreichend.

- Frau Müller (Kontrollgruppe) benutzt die Handcreme Supersoft, die ihr Frau Meyer freundlicherweise gegeben hat. Frau Müller freut sich, dass sie ein paar Euro sparen kann, weil sie sich keine eigene Handcreme kaufen muss.

Sie ärgern sich im Stillen über die unzuverlässigen Studienteilnehmer, die ihre sorgfältig geplante Studie ruinieren. Es erscheint naheliegend, dass Sie Herrn Schmidt, Frau Meyer, Herrn Schneider und Frau Müller nicht in die Auswertung einbeziehen, denn alle vier haben gegen die vorgesehene Anwendung der Handcreme verstoßen. Dieses Vorgehen entspräche einer **Per-protocol-Analyse (PP-Analyse)**: Hier werden nur diejenigen Teilnehmer ausgewertet, bei denen die Therapien (teilweise auch die Kontrolluntersuchungen) genau wie im Studienprotokoll geplant durchgeführt wurden. Eine PP-Analyse gefährdet jedoch die durch die Randomisierung erreichte Strukturgleichheit von Kontroll- und Interventionsgruppe (siehe Artikel „Randomisierung – der reine Zufall“³), da das Abweichen mitunter nicht unabhängig von bestimmten Patientenmerkmalen ist (z. B. bei vorbestehenden Hautproblemen). Durch den Ausschluss von „Abtrünnigen“ ist somit nicht mehr gewährleistet, dass Kontroll- und Interventionsgruppe in allen Merkmalen übereinstimmen, die den Krankheitsverlauf oder die Wirksamkeit des Arzneimittels beeinflussen:

Wo finde ich Angaben zur Intention-to-treat-, Per-protocol- oder As-treated-Analyse?

Die gewählte Analyse wird im Methodenteil unter „Statistical Analysis“ beschrieben. In manchen Studien erfolgt eine „modifizierte“ ITT-Analyse, bei der bestimmte Studienteilnehmer nicht berücksichtigt werden. Dies birgt das Risiko für Verzerrungen. Die Behauptung einer „ITT“-Analyse sollte deshalb überprüft werden:

- anhand der grafischen Darstellung des Patientenflusses (häufig im Anhang,

bezeichnet als „Flow of patients“ oder „Trial Consort Diagram“)

- oder durch einen Vergleich zwischen der Anzahl randomisierter Teilnehmer (angegeben im Abstract sowie im Ergebnisteil unter „Results“) und der Anzahl der in die Analyse eingeschlossenen Teilnehmer (angegeben in der Tabelle zu Wirksamkeits-/Sicherheitsendpunkten).

¹ Der Titel wurde durch folgenden lesenswerten Artikel inspiriert: [1]. Die Bezeichnung als „abtrünnig“ soll humoristisch die Sicht des Studienleiters wiedergeben – selbstverständlich stellen wir nicht infrage, dass es den Studienteilnehmern jederzeit zusteht, von der geplanten Studienmedikation abzuweichen oder die Studie gänzlich abzubrechen.

² Bei diesem Gedankenexperiment klammern wir statistische Fragen zur Errechnung der geeigneten Stichprobengröße ebenso aus wie die notwendige Bewilligung Ihrer Studie durch die Ethikkommission.

- Herr Schmidt (Interventionsgruppe) weicht von der vorgesehenen Intervention ab, weil diese unzureichend wirksam ist. Wahrscheinlich hat Herr Schmidt eine besonders trockene Haut, vielleicht sogar eine atopische Dermatitis. Die Nichtberücksichtigung von Studienteilnehmern wie Herrn Schmidt würde zu einer Überschätzung der Wirksamkeit von Supersoft führen, da in der Interventionsgruppe der Anteil von Teilnehmern mit einem hohen Risiko für Handekzeme sinken würde.
- Frau Meyer (Interventionsgruppe) weicht von der vorgesehenen Intervention ab, weil diese für sie schlecht verträglich ist. Eine Ursache könnte beispielsweise eine vorbestehende Allergie sein. Der Ausschluss von Studienteilnehmern wie Frau Meyer würde zu einer Überschätzung der Verträglichkeit (Sicherheit) von Supersoft führen.
- Herr Schneider (Kontrollgruppe) weicht von der vorgesehenen Intervention ab, weil eine geringere Dosierung bei ihm ausreichend wirksam war. Der Ausschluss von Studienteilnehmern wie Herrn Schneider würde dazu führen, dass in der Kontrollgruppe der Anteil von Teilnehmern mit einem geringen Risiko für Handekzeme sinkt. Die Nichtberücksichtigung von Herrn Schneider würde somit ebenfalls zu einer Überschätzung der Wirksamkeit von Supersoft führen.
- Frau Müller (Kontrollgruppe) nutzt Supersoft aufgrund finanzieller Gründe. Es ist anzunehmen, dass bei Frau Müller bislang keine Unverträglichkeiten gegenüber Hautpflegeprodukten auftraten, da sie andernfalls nicht so aufgeschlossen gegenüber einer Handcreme wäre, die bei ihrer Kollegin eine allergische Reaktion ausgelöst hat. Durch den Ausschluss von Teilnehmern wie Frau Müller würde deshalb in der Kontrollgruppe der Anteil von Studienteilnehmern mit einem geringen Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) sinken und die Verträglichkeit (Sicherheit) von Supersoft überschätzt werden.

Modifiziert = „gemauschelt“?

Als modifizierte Intention-to-treat (ITT)-Analyse wird häufig eine Analyse bezeichnet, in der Studienteilnehmer aufgrund bestimmter, erst nach der Randomisierung festgestellter Merkmale ausgeschlossen werden. Ist die Anzahl dieser Patienten sehr gering, beeinflusst ihr Ausschluss die Aussagesicherheit der Studie nicht. In einzelnen Studien wird jedoch ein beträchtlicher Anteil der randomisierten Teilnehmer aus der primären Analyse ausgeschlossen. Ein Beispiel hierfür ist die Studie CAPSTONE-2 [3]. In dieser Studie wurden 2.184 Patienten mit influenzatypischen Symptomen, deren Beginn maximal 48 Stunden zurück lag, entweder zu Baloxavir, Oseltamivir oder Placebo randomisiert. Analysiert wurden allerdings nur 1.163 Patienten, nämlich diejenigen, deren Influenza-Infektion per PCR-Test bestätigt wurde – das heißt nur etwas mehr als die Hälfte der randomisierten Patienten. Warum ist dies problematisch?

Das IQWiG erklärte in seiner Dossierbewertung [4], dass eine Auswertung der Gesamtpopulation die Verhältnisse in

der Versorgung deutlich besser widerspiegelt als die Beschränkung auf Patienten mit labordiagnostischem Influenzannachweis: In der Versorgung wird üblicherweise die Entscheidung zur antiviralen Therapie in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik getroffen, ohne dass zuvor das Ergebnis des PCR-Tests abgewartet wird, da ein früher Behandlungsbeginn mit einer höheren Wirksamkeit der antiviralen Therapie assoziiert ist. Bei der Therapieentscheidung für oder gegen Baloxavir ist deshalb nicht die Wirksamkeit bei labordiagnostisch bestätigter Influenza relevant, sondern die Wirksamkeit bei klinischem Verdacht auf Influenza. Da Baloxavir bei einer nicht durch Influenza bedingten Symptomatik wirkungslos ist, überschätzt die publizierte Analyse* die Wirksamkeit von Baloxavir im Versorgungsalltag deutlich (siehe auch [5]).

* In der Publikation der Studie CAPSTONE-2 wird die vorgenommene ITT-Analyse nicht als „modifiziert“ bezeichnet, sondern als „ITTI“ (Intention-to-treat infected).

Alternativ könnten Sie sich entscheiden, Frau Meyer und Frau Müller in die Datenanalyse einzuschließen, jedoch nicht entsprechend ihrer ursprünglichen Zuteilung, sondern entsprechend der Therapie, die sie tatsächlich (überwiegend) erhalten haben. In diesem Fall würden Sie eine **As-treated-Analyse (AT-Analyse)** durchführen: Frau Meyer würde in der Kontrollgruppe ausgewertet werden und Frau Müller in der Interventionsgruppe. Eine AT-Analyse wird am häufigsten bei Studien angewendet, die eine chirurgische Intervention oder ein Medizinprodukt mit einer medikamentösen Therapie vergleichen, da bei diesen Studien der „crossover“ (der Wechsel in den anderen Studienarm) eindeutig zu bestimmen ist. Auch durch eine AT-Analyse wird die durch die

Randomisierung erzeugte Strukturgleichheit gefährdet. In unserem Beispiel würde die AT-Analyse die Verträglichkeit von Supersoft noch stärker überschätzen als die PP-Analyse: Durch eine AT-Analyse sinkt hier der Anteil von Patienten mit einem geringen Risiko für UAW (Frau Müller) im Kontrollarm und steigt gleichzeitig im Interventionsarm an; außerdem nimmt der Anteil von Patienten mit hohem Risiko für UAW (Frau Meyer) im Kontrollarm zu und sinkt gleichzeitig im Interventionsarm. Ähnlich wie bei Beobachtungsstudien wird bei PP- und AT-Analysen versucht, die Gründe für Protokollverletzungen zu erfassen und bei der Auswertung zu berücksichtigen. Alle zur Verfügung stehenden statistischen Methoden sind jedoch nicht so gut wie der reine Zufall, der bei

³ Rückblick: Randomisierung – der reine Zufall (Arzneiverordnung in der Praxis, Band 51, Heft 4, Dezember 2024) Sichere Aussagen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit eines Arzneimittels lassen sich nur dann aus einer Studie ableiten, wenn Kontroll- und Interventionsgruppe strukturgleich sind, d. h. wenn sich die Behandlungsgruppen nicht durch Merkmale unterscheiden, die den natürlichen Krankheitsverlauf oder das Ansprechen auf die Therapie beeinflussen. Strukturgleichheit wird am besten dadurch erreicht, dass die Teilnehmer zufällig den unterschiedlichen Behandlungsgruppen zugeteilt werden („Randomisierung“). Eine Einflussnahme durch Studienpersonal oder Teilnehmer wird verhindert, indem die Zuteilungsreihenfolge zufällig bestimmt wird und die Zuteilungsreihenfolge bis zum Studieneinschluss des Teilnehmers geheim gehalten wird.

Grafik: Rechte bei den Autoren

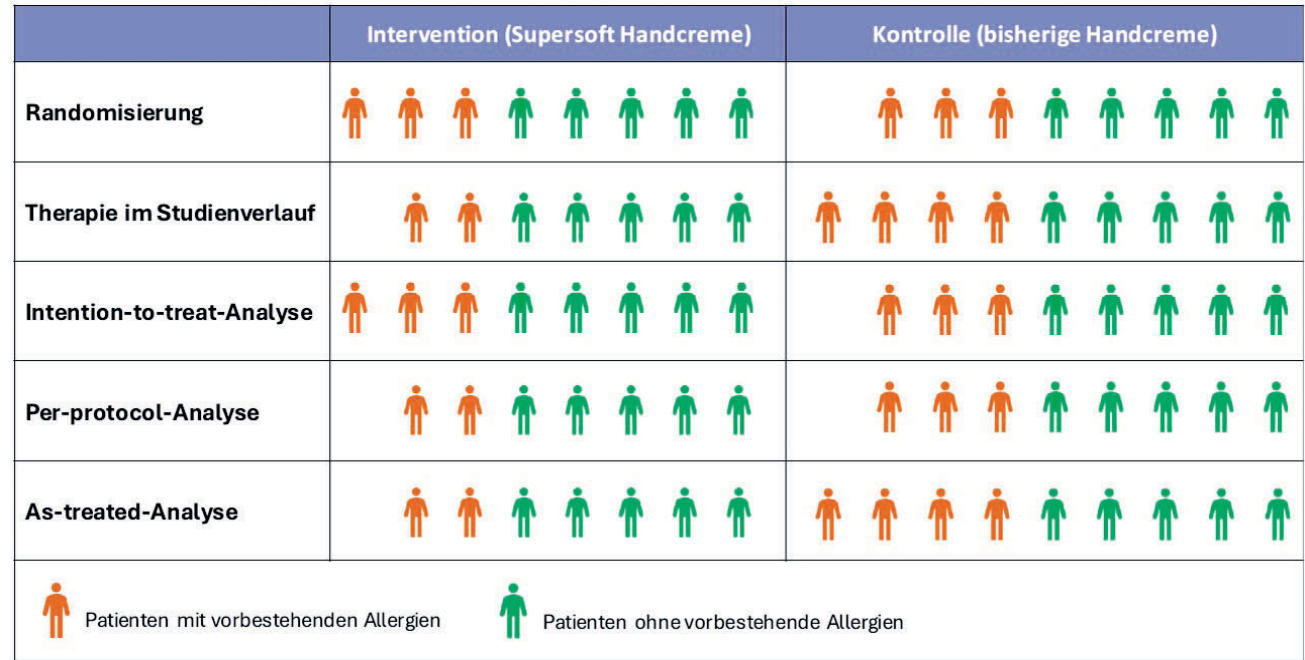


Abb. 1: Methodischer Umgang mit fehlender Adhärenz: Nach der Randomisierung sind im Interventions- und Kontrollarm ähnlich viele Patienten, die an Allergien leiden. Hier ist grafisch der Wechsel der Medikation von Frau Meyer dargestellt; der Wechsel von Frau Müller wird aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt. Im Studienverlauf wechselt Frau Meyer, eine Patientin mit vorbestehender Allergie, aufgrund einer Unverträglichkeit (UAW) zur Kontrolltherapie. In der ITT-Analyse wird Frau Meyer trotzdem in der Interventionsgruppe berücksichtigt. Das Verhältnis von Patienten mit und ohne Allergien bleibt deshalb bei der ITT-Analyse in Interventions- und Kontrollgruppe gleich. In der PP-Analyse wird Frau Meyer dagegen von der Analyse ausgeschlossen. Der Anteil von Patienten mit Allergien ist deshalb bei einer PP-Analyse im Kontrollarm größer als im Interventionsarm. In der AT-Analyse wird Frau Meyer der Kontrollgruppe zugeordnet. Der Anteil von Patienten mit Allergien ist hierdurch in der Kontrollgruppe deutlich größer als in der Interventionsgruppe.

der Randomisierung zur Strukturgleichheit der Behandlungsgruppen führte. Um Verzerrungen zu vermeiden, sollte deshalb immer eine **Intention-to-treat-Analyse (ITT-Analyse)** durchgeführt werden: Alle Teilnehmer werden bei der Auswertung in diejenige Behandlungsgruppe eingeschlossen, in die sie anfänglich randomisiert wurden, unabhängig davon, ob sie die zugeteilte Therapie in der vorgesehe-

nen Weise erhielten, ja sogar dann, wenn sie – wie Frau Meyer und Frau Müller – die Therapie einer anderen Behandlungsgruppe erhielten (Abb. 1). In einer ITT-Analyse wird der Behandlungseffekt tendenziell geringer eingeschätzt als in PP- und AT-Analysen. In einer metaepidemiologischen Studie [2] war der durchschnittliche Unterschied zwischen PP- und ITT-Analysen mit 2 %

zwar gering, nahm jedoch bei einem steigenden Anteil nicht adhärenter Patienten zu. Wenn 20 % der Teilnehmer das Studienprotokoll verletzen, ist laut dieser Auswertung mit einem 5 % größeren Behandlungseffekt in der PP-Analyse als in der ITT-Analyse zu rechnen. Bei einigen Studien ist deshalb der Behandlungseffekt nur in der PP- oder AT-Analyse statistisch signifikant bzw. klinisch relevant, nicht

Tab. 1: Pro und Kontra: Methodischer Umgang mit Abweichungen vom Studienprotokoll		
Angewandte Methode	Pro	Kontra
Intention-to-treat (ITT)	Die Strukturgleichheit der Behandlungsgruppen bleibt erhalten, so dass eine hohe Aussagesicherheit besteht. Die Situation der Behandlungsentscheidung – mit unsicherer Adhärenz des Patienten – wird abgebildet.	Bei häufigen Protokollverletzungen sind die Studienergebnisse nicht auf adhärente Patienten übertragbar.
Per-protocol (PP)	Bei häufigen Verletzungen des Studienprotokolls als ergänzende Analyse sinnvoll.	Die Strukturgleichheit der Behandlungsgruppen ist nicht gesichert. Die Aussagesicherheit ist deshalb reduziert.
As-treated (AT)	Bei hoher Cross-over-Rate als ergänzende Analyse sinnvoll, insbesondere bei Sicherheitsanalysen.	

aber in der ITT-Analyse. Die Behandlungsentscheidung sollte sich in diesem Fall nicht auf die PP- oder AT-Analyse stützen: Aus PP- und AT-Analysen kann kein Beleg für die Überlegenheit einer Therapie abgeleitet werden, da durch das Brechen der Randomisierung eine kausale Rückführung des Therapieeffekts auf die Studienbehandlung unzulässig ist. Neben ihrer höheren Aussagesicherheit hat die ITT-Analyse zudem einen weiteren Vorteil: Die Übertragbarkeit des per ITT-Analyse geschätzten Effekts auf die Versorgungspraxis ist besser als bei einer PP- oder AT-Analyse, denn in der Routineversorgung ist der perfekt adhärente Patient vermutlich noch seltener anzutreffen als unter Studienbedingungen. Die PP- und AT-Analysen haben deshalb ihren Stellenwert vor allem als ergänzende Analysen bei häufigen Protokollverletzungen bzw. hohem Cross-over (siehe unten: „Pro und Kontra: Methodischer Umgang mit Abweichungen vom Studienprotokoll“). Insbesondere bezüglich der Verträglichkeit kann hier eine AT-Analyse Zusatzinformationen bieten.

Die ITT-Analyse ist schwierig umzusetzen, wenn relevante Ergebnisdaten fehlen. Wie können Sie eine ITT-Analyse durchführen, wenn Herr Schneider und Frau Meyer die Studie gänzlich abbrechen und

Artikelserie aus Arzneiverordnung in der Praxis

In der AVP-Serie „Klinische Studien – wo ist der Haken?“ zu klinischen Studien in der Kategorie „Evidenzbasierte Medizin“ sind weitere Beiträge erschienen:

- AVP 2/2024: Studientypen – Ohne Kontrolle geht nichts (Kurzlink: <https://tinyurl.com/39txa8hs>)

- AVP 4/2024: Randomisierung – Der reine Zufall (Kurzlink: <https://tinyurl.com/bdh7hdjy>)
- AVP 2/2025: Verloren, aber nicht unersetzlich? – Vom Umgang mit fehlenden Daten (Kurzlink: <https://t1p.de/h3wyi>)

nicht zur Abschlussvisite erscheinen? Der Umgang mit fehlenden Werten ist Thema des nächsten Artikels dieser Serie in AVP.

Fazit

Bei einer Intention-to-treat(ITT)-Analyse werden Studienteilnehmer entsprechend ihrer ursprünglichen Zuteilung ausgewertet, auch dann, wenn sie die Studienmedikation nicht wie vorgesehen einnahmen („once randomized, always analyzed“ bzw. „analysiert wie randomisiert“). Dadurch ist gewährleistet, dass Kontroll- und Interventionsgruppe in allen Merkmalen übereinstimmen, die den Krankheitsverlauf oder die Wirksamkeit des Arzneimittels beeinflussen. Per-protocol(PP)- und As-treated(AT)-Analysen sollten aufgrund ihrer geringeren Aussagesicherheit

immer nur ergänzend herangezogen werden. Insbesondere ist Skepsis angebracht, wenn ein Behandlungseffekt sich nur in einer PP- oder AT-Analyse zeigt, nicht aber in der ITT-Analyse.

Dr. med. Natascha Einhart, Berlin
E-Mail: natascha.einhart@baek.de

Prof. Dr. Tim Mathes, Köln

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

„Klinische Studien zu Arzneimitteln – Wo ist der Haken?“ ist eine Serie aus „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP), zu der schon mehrere Beiträge erschienen sind und die dort fortgesetzt wird (siehe Kasten oben).

Forum

Weihnachtliche Klänge mit den „JazzDocs“

Wer beruflich erfolgreich ist, kann durchaus auch im Hobby ambitionierte Leistungen erbringen. Dies beweisen viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen als aktive Musikerinnen und Musiker. Das vorweihnachtliche Konzert mit den „JazzDocs“ in Seligenstadt am Rande des dortigen Weihnachtsmarktes hat eine solche Tradition. Dieses Jahr werden am **Sonntag, 21. Dezember, ab 12 Uhr bis ca. 15 Uhr in „Klein's Brauhaus“ am Bahnhof in Seligenstadt** wieder weihnachtliche Jazz-Klänge im Stil von „American Christmas“ zu hören sein. Seit über zwei Jahrzehnten spielt die Ärzte-Band meist sogenannte Jazz-Standards, also für viele Menschen melodisch und entspannend anmutende Stücke, die oft entlehnt werden aus vielerlei populären Stilrichtungen der Unterhaltungsmusik von Blues und Bossa Nova bis zum Swing. Die Anleihen aus der klassischen Musik und die Übergänge zu Pop, Chansons und sogar Rock sind dabei fließend. Am vierten Advent bieten die JazzDocs wieder ein sehr stimmungsvolles Repertoire weihnachtlicher Stücke von Feliz Navidad über Jingle Bells bis zu Rudolph, the red-nosed reindeer. **Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt**



Foto: Isolde Asbeck

Die JazzDocs mit Dr. med. Wolfgang Eckrich an der Gitarre, Dr. med. Willy Traxel Tenorsaxophon, Dr. med. Detlef Strümpell Altsaxophon und Klarinette, Dr. med. Winfried Winter Schlagzeug, LÄKH-Präsidiumsmitglied Dr. med. Hansjoachim Stürmer Bass, und Werner Rademacher Keyboard. Gesanglich unterstützt wurden die JazzDocs im vergangenen Jahr (Foto) von Leonie, Tochter des Gitarristen Eckrich. Sie war für die erkrankte reguläre Bandsängerin Dorothee Michiels aus Klein-Umstadt gekonnt eingesprungen.



37 Jahre bei der Landesärztekammer

Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung MFA-Ausbildungswesen, geht in den Ruhestand

Nach beeindruckenden 37 Jahren bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) verabschiedet sich Roswitha Barthel Ass. Jur. Leiterin der Abteilung MFA-Ausbildungswesen - in den wohlverdienten Ruhestand. Seit ihrem Einstieg am 1. Januar 1988 in der Rechtsabteilung und der Übernahme des damaligen Arzthelferinnenwesens im Oktober 1989 begleitete und prägte sie die Berufsausbildung Medizinischer Fachangestellter in Hessen über Jahrzehnte mit großem Engagement, Fachwissen und Herzblut. Sie verstand es, die vielen Akteure in Ausbildung und Prüfung zusammenzubringen, arbeitete erfolgreich mit zahlreichen Gremien (u.a. Berufsausschuss, Zentraler Aufgabenerstellungsausschuss und MFA-Prüfungsaus-

schuss), vertrat die LÄKH in der Bundesärztekammer, im Landesausschuss für Berufsbildung, dem Verband der freien Berufe und pflegte einen konstruktiven Austausch mit allen Beteiligten der MFA-Ausbildung in Hessen.

Roswitha Barthel war für viele eine verlässliche, sachkundige und geschätzte Ansprechpartnerin. Sie verband fachliche Präzision mit dem Blick für das Machbare und trug mit neuen Ideen wesentlich zur stetigen Weiterentwicklung der MFA-Ausbildung bei; zahlreiche Entwicklungen tragen ihre Handschrift.

Das Präsidium und die Geschäftsführung der LÄKH danken Roswitha Barthel herzlich für ihren jahrzehntelangen Einsatz, ihre Leidenschaft für die MFA-Ausbildung

und ihr herausragendes Engagement. Für den neuen Lebensabschnitt wünschen wir ihr von Herzen alles Gute, Gesundheit und viele glückliche Momente.

Dr. med. Edgar Pinkowski

Präsident der Landesärztekammer
Hessen

Dr. med. Peter Zürner

Mitglied des Präsidiums
der Landesärztekammer Hessen

Ute A. Closmann

Personalratsvorsitzende
der Landesärztekammer Hessen

Ich war gerne für Sie da!

Nach 37 Jahren verabschiede ich mich Ende November in den Ruhestand.

Ich habe Sie stets gerne zu allen Fragen der AH-/MFA-Berufsausbildung im Rahmen unseres gesetzlichen Auftrages beraten. Da die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) auch die Pflicht hat, die ordnungsgemäße Durchführung der Berufsausbildung zu überwachen, fielen allerdings nicht alle Entscheidungen so wie von Ihnen erwünscht aus. Letztendlich konnten wir uns auf einer sachlichen Ebene treffen und die Interessen aller Beteiligten berücksichtigen.

Zu unseren gesetzlichen Aufgaben zählt auch das Prüfungswesen, das ich mit verschiedenen kompetenten Kolleginnen, zuletzt mit Ute Closmann bewältigte, wozu auch die Umstellung der Prüfungen für Auszubildende zur/zum Arzthelfer/in auf die sehr komplexe Prüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten gehörte.

Die vielen Kontakte, die sich aus der dualen Ausbildung ergaben, zum Beispiel zu 24 Berufsschulen im Zuständigkeitsbe-

reich der LÄKH und 24 ärztlichen Ausbildungsberater/-innen, habe ich stets geschätzt.

Nach meiner Abschlussarbeit am OLG Frankfurt zum Arzthaftungsrecht/Kunstfehlerprozess und meinem 2. Staatsexamen nahm ich mit der LÄKH Kontakt auf. Der damalige Justitiar Christian Neupel war maßgeblich an meiner Entscheidung für einen Start meiner Berufstätigkeit in der LÄKH beteiligt.

Der damalige Präsident Dr. med. Helmuth Klotz stellte mich mit seiner freundlichen Art dem Präsidium vor und sodann zum 01.01.1988 ein. Nach acht Dienstjahren nahm ich noch eine „Nebentätigkeit“ an und versorgte meine Zwillinge Maximilian und Lea, für längere Zeit sogar in „eigener Regie“.

Ich bedanke mich bei Ihnen und vielen anderen Beteiligten an der Berufsausbildung für die gute Zusammenarbeit, die mein Leben und meine persönliche Entwicklung sehr bereichert und geprägt hat. Ich wünsche der MFA-Berufsausbildung eine gute



Foto: Katja Kölsch

Roswitha Barthel, langjährige Leiterin der Abteilung MFA-Ausbildungswesen, geht in den Ruhestand.

Weiterentwicklung und hoffe, dass auch im Zeitalter der Digitalisierung eine persönliche Betreuung unter qualitativen Aspekten und mit dem Ziel der Patientensicherheit möglich sein wird.

Roswitha Barthel, Ass. jur.

Leitung der Abteilung MFA-Ausbildungswesen der Landesärztekammer Hessen



„Prozesse digitalisieren, Qualität erhalten“

Elena Brandt leitet zukünftig die Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Gesundheit begleitet mich seit Beginn meines beruflichen Weges: vom Fachabitur mit Schwerpunkt Gesundheit über die Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen bis hin zu Stationen in der öffentlichen Verwaltung, in Kliniken und im Rehabereich. Weiterbildungen im Qualitätsmanagement und als Auditorin haben meinen Blick geschärft. Zuletzt war ich 13 Jahre für die Median Kliniken tätig und habe dort zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Patientenversorgung aktiv mitgestaltet. Seit Anfang des Jahres verantworte ich das Prüfungswesen für die Medizinischen Fachangestellten bei der Landesärztekammer Hessen und habe bereits vielfältige Einblicke in Abläufe, Herausforderungen und Gestaltungsspielräume gewonnen. Nun übernehme ich ab Dezember 2025 die Leitung der Abteilung MFA-Ausbildungswesen – eine Aufgabe, der ich mit Freude, Respekt und viel Neugier be-

gegne. Ich darf ein Team aus erfahrenen Mitarbeiterinnen übernehmen sowie vier neue Kolleginnen und Kollegen willkommen heißen. Unterstützt werden wir dabei in unserer täglichen Arbeit von Petra Faath, Syndikusrechtsanwältin der Rechtsabteilung.

Mein Ziel ist es, das Prüfungswesen der MFA effizient und zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Die hohe Qualität der Prüfungsinhalte sowie die Service- und Beratungsangebote der Kammer sollen dabei selbstverständlich erhalten bleiben und kontinuierlich fortgeführt werden. Die laufenden Digitalisierungsprojekte möchte ich aktiv vorantreiben: Seit Januar 2024 ist der digitale Ausbildungsvertrag im Einsatz, perspektivisch soll auch die digitale Prüfungsanmeldung für Medizinische Fachangestellte möglich werden. Darüber hinaus werden wir mit der elektronischen Erstellung und Auswertung von



Foto: Fotostudio Hermann

Elena Brandt

Prüfungsinhalten weitere Schritte in Richtung Digitalisierung gehen. Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit und darauf, die Zukunft des MFA-Ausbildungsberufs engagiert mitzugestalten.

Elena Brandt

PID-Ethikkommission hat sich neu konstituiert

Die Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg (kurz: PID-Ethikkommission) – eine gemeinsame Kommission der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen – hat die Aufgabe, Anträge auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik zu bewerten. Nun ist das Gremium in neuer personeller Besetzung in die dritte Amtsperiode (2025 bis 2030) gestartet.

In der konstituierenden Sitzung wählen die Mitglieder die Humangenetikerin Dr. Ute Grasshoff (Universitätsklinikum Tü-

bingen) zur Vorsitzenden. Die Sachverständige der Fachrichtung Recht, Prof. Dr. Friederike Wapler (Johannes-Gutenberg-Universität Mainz), wurde zur ersten stellv. Vorsitzenden gewählt. Zweiter stellv. Vorsitzender wurde der Sachverständigen der Fachrichtung Ethik, Dr. Ulrich Arndt Schneider (Friedrich-Schiller-Universität Jena).

Die weiteren Kommissionsmitglieder sind Dr. Birgit Leuchten (Dresden), Prof. Dr. Michaela Nathrath (Kassel) und Prof. Dr. Wolfgang Eirund (Katzenelnbogen). Sebastian Petzold (Sachsen) vertritt die Interessen der Selbsthilfe der Menschen mit

Behinderungen. Kerstin Gieser (Mannheim) nimmt als Vertreterin die Interessen der Patientinnen und Patienten wahr. Nach dem Willen des Gesetzgebers ist die Präimplantationsdiagnostik nur ausnahmsweise und nur unter strengen Voraussetzungen erlaubt. Das ist beispielsweise der Fall, wenn ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Erbkrankheit besteht. Ferner darf die PID nur an speziell zugelassenen Zentren durchgeführt werden.

Link zur Website der Kommission:
<https://www.aerztekammer-bw.de/praeimplantationsdiagnostik> (red)

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
Gerne helfen wir bei den Formulierungen und geben Tipps fürs Layout.

Leserbrief zu „Man braucht mehr Kapitäne als Lotsen“ von Dr. med. Matthias Soyka, HÄBL 09/2025, S. 500

„Ein Primärarztsystem ist auch in Deutschland unabdingbar“

Es erstaunt mich, warum dieser Text mit all seinen inhaltlichen Problemen an dieser prominenten Stelle in dieser Länge erscheint. Die Argumente, die der Autor anführt, bestehen hauptsächlich aus anekdotischer Evidenz.

Meines Erachtens ist ein Primärarztsystem, so wie es in fast allen entwickelten Ländern dieses Planeten üblich ist, auch in Deutschland unabdingbar.

Im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit habe ich täglich die Schwächen und massiven Effizienzverluste und zusätzlichen Kosten durch unser ungeordnetes System erfahren dürfen. Mein Eindruck war immer: Die Zahnräder laufen aneinander vorbei.

Herr Soyka meint, mit seiner Analogie des Lotsen und des Kapitäns das Problem korrekt beschreiben zu können. Dem ist nicht so. Was allerdings zu befürworten ist, ist ein System des Peer Reviews, über welches im Moment auch intensiv diskutiert wird.

Dass ein Patient mehrere Hausärzte angibt, lässt sich einfach dadurch verhindern, dass man eingeschrieben wird, analog zum HZV-Modell (Hausarztzentrierte Versorgung). Hier sehen wir sofort, ob der Patient noch an anderer Stelle eingeschrieben worden ist.

Die genannten Beispiele, insbesondere, das des älteren Herren mit den Rückenschmerzen, habe ich auch häufig in ähnlicher Form erlebt. Ein verantwortungsbewusster Hausarzt wird sehr schnell die roten Flaggen ausschließen (Metastasen eines Prostatakarzinoms, Osteoporose, Sinterungen, Frakturen, Infektion, etc.). Dies kann durchaus binnen einiger Tage erledigt sein. Bei uns muss man auf einen Röntgentermin beim Radiologen genau einen Tag warten.

Auch denke ich, dass ein nach unseren Standards ausgebildeter Hausarzt die Indikation für eine Röntgenuntersuchung durchaus selbst stellen kann. Was nicht geht, ist, dass man den Patienten einfach zum Orthopäden überweist, um es dort

ausschließen zu lassen. Das wird nicht funktionieren und würde Wochen bis Monate dauern. Deshalb hat sich Herr Soyka vermutlich beruflich privatärztlich und publizistisch orientiert, um mit diesem Ärger nichts mehr zu tun zu haben. Ebenso ist es auch in der hausärztlichen Medizin geläufig, einen PSA-Wert interpretieren zu können.

Ich fände es daher sinnvoll, die Diskussion über die Umstrukturierung der ambulanten medizinischen Versorgung zu eröffnen – auch im Hessischen Ärzteblatt. Dazu gehören unbedingt die Förderung und Unterstützung der Allgemeinmedizin, insbesondere mit Blick auf den Nachwuchs. In der Allgemeinmedizin werden bis zu 80 % aller medizinischen Probleme gelöst, ohne andere Strukturen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. Dies ist schnell, effektiv und preisgünstig und sollte uns allen als Beispiel dienen.

Dr. med. Wolfgang Pilz
Friedberg

Zum Artikel „Neurorehabilitation bei Post-Covid – ein Update“ von Dr. med. Christoph Berwanger, HÄBL 10/2025, S. 524

Somatisierungsstörung: wohl kaum!

In dem oben genannten Artikel ist einmal mehr erschreckend, wie sehr dem Autor das Konzept der Somatisierungsstörung im Rahmen der Bewertung von Post Covid nahe ist. Er spricht von „hohen Somatisierungsanteilen“ und stützt sich auf eine Studie von Tröscher et. al., die dies belegen wollen.

Somatisierung wird hier per se richtig definiert als „das wiederholte Auftreten körperlicher Symptome zusammen mit der anhaltenden Aufforderung zur medizinischen Untersuchung, trotz wiederholter negativer Befunde und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome keine körperliche Grundlage haben“. Gemessen wird die Somatisierungsstörung mit dem hinlänglich bekannten und in der Tat validierten PHQ-D.

Was allerdings in sich völlig absurd ist. Post Covid ist eine massiv unterversorgte

Erkrankung. Es fehlt eine starke Forschung, es fehlt Expertise bei den Versorgern, es fehlen bekanntermaßen Biomarker in der Breite. Da liegt es auf der Hand, dass negative Befunde nicht zu dazu führen, dass sich bei Patientinnen und Patienten die Symptome in Luft auflösen. Es macht nur Sinn, von einer Somatisierungsstörung zu sprechen, wenn eine somatische Erkrankung ausgeschlossen werden kann. Dies ist bei Long Covid offensichtlich nicht der Fall.

Eine Somatisierungsstörung ist unter Umständen eine schwer einschränkende, psychische Erkrankung. Die Fehldiagnose einer Somatisierungsstörung ist schlichtweg eine Katastrophe für jedwede weitere Therapieanstrengungen, sowohl für das Individuum als auch für die Gesamteinschätzung der Erkrankung Post Covid.

Dr. med. Anke Mols
Burgistein, Schweiz

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch



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

Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

Gicht: Was tun, wenn konventionelle Therapeutika versagen?

Prof. Dr. med. Uta Syrbe

Zur Behandlung der chronischen Gicht stehen derzeit insb. die Xantinoxidasehemmer Allopurinol und Febuxostat zur Verfügung. Als Alternative bei bspw. Unverträglichkeit kann der urikosurische Therapieansatz mit Probenecid und Benzbromaron erwogen werden. In der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Gicht“ wird als Erstlinientherapie eine Therapie mit einem Xantinoxidasehemmer – Allopurinol oder Febuxostat – empfohlen. In der Praxis wird meist Allopurinol wegen geringerer Kosten eingesetzt. Febuxostat kommt – aufgrund der höheren Kosten – zum Einsatz bei Z. n. Hypersensitivität auf Allopurinol und bei deutlicher Nierenfunktionsstörung, da diese die Entwicklung von Hypersensitivitätsreaktionen begünstigen kann. Außerdem kann Febuxostat eingesetzt werden bei Nichterreichen des Harnsäurezielspiegels unter Allopurinol. Febuxostat scheint effektiver in der Senkung des Harnsäurespiegels als Allopurinol zu sein. Bei unzureichender Harnsäuresenkung oder Unverträglichkeit können Urikosurika zum Einsatz kommen – Probenecid und Benzbromaron. Für Benzbromaron gilt, dass die Monotherapie gleiche Wirksamkeit hat wie Allopurinol. Urikosurika sind kontraindiziert bei fortgeschrittener Nierenfunktionseinschränkung, Nierensteinanamnese oder vermehrter (endogener) Harnsäureproduktion (z. B. unter Chemotherapie oder bei den seltenen erblich bedingten Stoffwechselstörungen mit erhöhter Harnsäurebildung).

Diskussion zur Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen mit Statinen

Prof. Dr. Michael H. Freitag, MPH

Die Diskussion, welchen Patienten Statine für die Primärprävention empfohlen werden sollen, bleibt spannend. Jüngst erweiterte der G-BA die Verordnungsmöglichkeit von Lipidsenkern. Seitdem können bereits ab einem berechneten Risiko von 10 % für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall innerhalb der nächsten zehn Jahre Lipidsenker wie z. B. Statine verordnet werden (vorher 20 %). Aber gerade bei einem Risiko zwischen 10 & 20 % bietet sich ein Abwägen des Nutzens und möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen an. Die AkdÄ diskutiert im Leitfaden „Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse“ die Evidenz:

- Statine in moderater Dosierung können die Sterblichkeit senken und das Risiko für Herzinfarkte reduzieren.
- Je höher das Ausgangsrisiko für kardiovaskuläre Erkrankungen ist, desto größer ist der Nutzen. Hilfreich für die Behandlungsentscheidung ist die Kalkulation des individuellen Risikos (mittels Software).
- In der Primärprävention ist der Nutzen auch bei Älteren (≥ 75 Jahren) unsicher.
- Es ist nicht belegt, dass Menschen ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung von einer Hochdosistherapie oder einer Titration nach LDL-C-Zielwerten profitieren.

Der Autor rät zu einer partizipativen Entscheidungsfindung mit den Patienten unter Berücksichtigung der → Patienteninformationen der AkdÄ dazu.

Medikationsfehler im Notfall: Gefahr für alle

Dr. P.H. Stanislava Dicheva-Radev,

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

Der Beitrag diskutiert einen Medikationsfehler, der durch falsche Handhabung eines epinephrinhaltigen Autoinjektors passiert ist. In Deutschland sind unterschiedliche Systeme bei Autoinjektoren mit Epinephrin (in unterschiedlichen Dosierungen für pädiatrische bzw. für erwachsene Patienten) erhältlich.

Der Fall: Ein zweijähriges Kind erlitt während einer Untersuchung im Krankenhaus eine allergische Reaktion. Beim Verabreichen des epinephrinhaltigen Autoinjektors wurde dieser versehentlich falsch herum angewendet. Der Arzt durchstach den eigenen Daumen und verabreichte sich selbst das Arzneimittel. Glücklicherweise entstand weder für den Patienten noch für den Arzt ein Schaden. Der Patient wurde mit Prednisolon und Clemastin i.v. behandelt.

Die versehentliche Injektion von Epinephrin in Finger, Hände und Füße kann eine periphere Ischämie hervorrufen und eine ärztliche Behandlung notwendig machen. Um Medikationsfehler bei der Anwendung von epinephrinhaltigen Autoinjektoren effizient zu verhindern, ist essenziell, dass alle, die diese Arzneimittel verabreichen könnten bzw. müssen, die Handhabung gut kennen. Das regelmäßige Üben mit Trainingsgeräten ohne Wirkstoff und Nadel ist hilfreich. Schulungsmaterialien, die das Blaue-Hand-Logo tragen, sind für Patienten und für Ärzte verfügbar.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 1/2025, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/43xy86xy>

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 1/2025, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://tinyurl.com/yedmp7f3>

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 1/2025, Internet: www.akdae.de



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

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060261420 ausgestellt am 28.03.2023 für Dr. med.

Peter Ahrens, Arolsen

Arztausweis-Nr. 060460648 ausgestellt am 29.09.2025 für Dr. med.

Ulrike Ahrens, Königstein

Arztausweis-Nr. 060080614 ausgestellt am 24.06.2021 für Yama Aref, Kassel

Arztausweis-Nr. 060442722 ausgestellt am 08.09.2025 für Anne Arnold, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060269030 ausgestellt am 30.05.2023 für Dr. med.

Charlotte Bielefeld, Kassel

Arztausweis-Nr. 060070689 ausgestellt am 04.01.2021 für Dr. med. Jutta Boehe, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060265729 ausgestellt am 02.05.2023 für Prof. Dr. med.

Malte Böhm, Herborn

Arztausweis-Nr. 060075960 ausgestellt am 07.04.2021 für Dr. rer. medic.

Myriam Böhm M. Sc., Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060170190 ausgestellt am 27.01.2022 für Dr. med.

Philipp de Leuw, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060073220 ausgestellt am 08.02.2021 für Ines-Kristin Dudzic, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060169700 ausgestellt am 25.01.2022 für Dr. med.

Peter Felder, Gießen

Arztausweis-Nr. 060450702 ausgestellt am 17.09.2025 für Dr. med.

Annegret Fischer, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060278239 ausgestellt am 14.08.2023 für Nathalie Fokoua Bianje, Dietzenbach

Arztausweis-Nr. 060436031 ausgestellt am 01.09.2025 für Doctor medic Khaled Fourati, Rotenburg

Arztausweis-Nr. 060347062 ausgestellt am 16.10.2024 für Benedikt Geldner, Aachen

Arztausweis-Nr. 060068431 ausgestellt am 30.09.2020 für Dr. med.

Anna Gerstenhöfer, Weimar

Arztausweis-Nr. 060247707 ausgestellt am 21.12.2022 für Dr. med.

Ingrid Goecke-Dommers, Marburg

Arztausweis-Nr. 060450698 ausgestellt am 17.09.2025 für Dr. med.

Stefan Haack, Hofheim



Foto: Thomas Asbeck

Arztausweis-Nr. 060200994 ausgestellt am 05.07.2022 für Dr. med.

Johannes Harbering, Maintal

Arztausweis-Nr. 060382034 ausgestellt am 05.05.2025 für Dr. med.

Sigrid Kessler, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 060280851 ausgestellt am 05.09.2023 für Manfred Kimpel, Battenberg

Arztausweis-Nr. 060362024 ausgestellt am 13.01.2025 für Franziska Klees, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060340085 ausgestellt am 03.09.2024 für Kathrin Köstler, Schöneck

Arztausweis-Nr. 060287084 ausgestellt am 25.10.2023 für Dr. med.

Ann-Katrin Kröll, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060073541 ausgestellt am 15.02.2021 für Dr. med. Ralf Kupper, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060378741 ausgestellt am 16.04.2025 für Chayar Mslem, Kassel

Arztausweis-Nr. 060450697 ausgestellt am 17.09.2025 für Dr. med.

Aurelia Probst-Dimpfl, Kassel

Arztausweis-Nr. 060450703 ausgestellt am 17.09.2025 für Sebastian Pusch, Grünberg

Arztausweis-Nr. 060378743 ausgestellt am 16.04.2025 für Sarah Ramisch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060436110 ausgestellt am 01.09.2025 für Dr. med.

Christoph Rietschel, Dietzenbach

Arztausweis-Nr. 060264187 ausgestellt am 19.04.2023 für Marzieh Roshani, Mannheim

Arztausweis-Nr. 060330233 ausgestellt am 04.07.2024 für Talena Rother, Göttingen

Arztausweis-Nr. 060450694 ausgestellt am 17.09.2025 für Alexander Schleith, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060069360 ausgestellt am 05.11.2020 für Dr. med.

Sabine Schütz, Bensheim

eHBA-Nr. 80276001081200099299 ausgestellt am 08.06.2025 für Dr. med. Nora Schweitzer-Klusmann, Kronberg im Ts.

Arztausweis-Nr. 060460649 ausgestellt am 29.09.2025 für Dr. med.

Uwe Stange, Kassel

eHBA-Nr. 80276001081000077433 ausgestellt am 28.06.2021 für Dr. med.

Susanne Waller, Königstein

Arztausweis-Nr. 060450695 ausgestellt am 17.09.2025 für Cathrin Werner, Neuberg

Arztausweis-Nr. 060407836 ausgestellt am 30.07.2025 für Felix Wetzel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060282824 ausgestellt am 21.09.2023 für Prof. Dr. med.

Friedhelm Zanella, Langen

Arztausweis-Nr. 060252822 ausgestellt am 25.01.2023 für Tanja Zimmeck, Kassel

Arztausweis-Nr. 060070291 ausgestellt am 07.12.2020 für Dr. med.

Marion Zimmermann, Marburg



Die Vitos Klinik für Psychosomatik in Gießen steht unter neuer ärztlicher Leitung: **Dr. med. Secil Akinci** (Foto links) folgt als Klinikdirektorin auf **Prof. Dr. med. Uwe Gieler**. Die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wechselt von der Vitos Klinik für Psychosomatik in Herborn nach Gießen – dort war sie ebenfalls als Klinikdirektorin tätig. Seit April leitet sie die Gießener Klinik kommissarisch. Foto: Vitos

Auszeichnung: **Dr. med. Jutta Kaestner** aus Walluf (Foto unten) wurde mit der Bundesverdienstmedaille ausgezeichnet. Damit wurde ihr jahrzehntelanges, beispielgebendes Engagement für psychisch kranke Menschen sowie für Frauen und Kinder gewürdigt. Sie ist Mitbegründerin und langjährige Vorsitzende der Werkgemeinschaft e. V., ein Verein in Wiesbaden, der für psychisch Erkrankte Betreuung, Beschäftigungsmöglichkeiten und betreutes Wohnen bietet.

Foto: Werkgemeinschaft



PD Dr. med. Khaled Hamed Salem (Foto oben) ist seit Juli Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie in der Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen und zugleich Leiter des ansässigen Endoprothetikzentrums.

Foto: Asklepios Stadtklinik Bad Wildungen

Dr. med. Sylvia Weiner (Foto unten) übernimmt zum 1. November 2025 die Leitung der Sektion bariatrisch-metabolische Chirurgie und des angeschlossenen Adipositaszentrums am Krankenhaus Sachsenhausen. Weiner absolvierte dort bereits ihre Weiterbildungszeit.

Foto: Universitätsmedizin Frankfurt



Freddy Frontado (Foto oben) hat die chefarztliche Leitung der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin an der Werner Wicker Klinik Bad Wildungen-Reinhardshausen zum 1. Juli übernommen. Er folgt auf **Dr. med. Thomas Engel**.

Foto: Wicker-Kliniken



Wechsel am Krankenhaus Eichhof in Lauterbach: Als neuer Chefarzt hat der ehemalige Oberarzt der Orthopädie Bad Hersfeld **Klaus Thole** (Foto links) die Fachabteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie in Lauterbach von **Dr. med. Jürgen Ludwig** übernommen, der in den Ruhestand gegangen ist.

Foto: Krankenhaus Eichhof



Kooperation: **PD Dr. med. habil. Khayal Gasimli** (Foto oben) leitet neu die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt am Main als neuer Chefarzt – und zugleich wird er weiterhin auch für die Universitätsmedizin Frankfurt tätig sein.

Foto: Hospital zum Heiligen Geist

Dr. medic (Rumänien) Albert Andrei Bratu (Foto unten) wird zum Jahreswechsel neuer Chefarzt des Fachzentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie der Schön Klinik Lorsch. Er war zuletzt als Chefarzt und Ärztlicher Direktor an der Helios Klinik Bleicherode tätig und folgt auf **Prof. Dr. med. Georg Köster**, der in den Ruhestand geht.

Foto: privat



PD Dr. med. Clemens Mathias Rosenbaum (Foto unten) hat als Chefarzt die Leitung der Klinik für Urologie an der Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden übernommen. Er tritt die Nachfolge von **Dr. med. Ralf Thiel** an.

Foto: Asklepios



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

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 02.01.: Dr. med. Walter Sippel, Sinntal, 80 Jahre
- 03.01.: Alexander Skorogorodski, Frankfurt, 75 Jahre
- 04.01.: Doctor medicinae Dobrivoje Boskovic, Frankfurt, 90 Jahre
- 05.01.: Dr. med. Ishild Janssen, Frankfurt, 85 Jahre
- 07.01.: Dr. med. Thomas Stuhlert, Frankfurt, 75 Jahre
- 08.01.: Dr. med. Marianne Siebert-Weigel, Frankfurt, 75 Jahre
- 09.01.: Dr. med. Andrea Stöckel, Langen, 75 Jahre
- 10.01.: Dr. med. Dipl. med. Ramona Haupt, Schlüchtern, 70 Jahre
- 10.01.: Dr. med. Ulla Otto, Bad Homburg, 70 Jahre
- 12.01.: Dr. med. Dipl.-Psych. Katharina Enß, Offenbach, 75 Jahre
- 13.01.: Frank Gröger, Kelkheim (Taunus), 65 Jahre
- 14.01.: Dr. med. Rainer Meub, Darmstadt, 75 Jahre
- 15.01.: Dr. med. Peter Dammann, Frankfurt, 65 Jahre
- 15.01.: Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius, Hürth, 80 Jahre
- 16.01.: Dr. med. Doreen Hug, Weggis – Schweiz, 70 Jahre
- 16.01.: Dr. med. Andrea Kuhn, Darmstadt, 65 Jahre
- 16.01.: Daniella Martis-Lang, Frankfurt, 70 Jahre
- 16.01.: Dr. med. Peter Philipp-Biebl, Heusenstamm, 75 Jahre
- 19.01.: Dr. med. Dr. rer. nat. Bin Zhao, Bad Homburg, 70 Jahre
- 20.01.: Prof. Dr. med. Elke Jäger, Mainz-Kastel, 65 Jahre
- 21.01.: Dr. med. Rosmarie Seider, Kissing, 70 Jahre
- 23.01.: Dr. med. univ. Pamela Heymanns, Frankfurt, 65 Jahre
- 23.01.: Dr. med. Thomas Holzmann, Frankfurt, 65 Jahre
- 23.01.: Dr. med. Eva Kabel, Frankfurt, 75 Jahre
- 24.01.: Hartmut Mattern, Oberursel, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Bestenehrung des Verbandes Freier Berufe in Hessen

Der Verband der Freien Berufe in Hessen (VFBH) hat 77 hessische Auszubildende aus den Assistenzberufen der freien Berufe für ihre herausragenden Leistungen ausgezeichnet. Geehrt wurden medizinische Fachangestellte, zahnmedizinische Fachangestellte, Rechtsanwaltsfachangestellte, Rechtsanwalts- und Notarfachangestellte sowie Steuerfachangestellte, die ihre Abschlussprüfung jeweils mit der Bestnote „sehr gut“ bestanden haben.

„Mit ihrem Engagement und ihren hervorragenden Leistungen würdigen die Ausgezeichneten zugleich die Bedeutung der Assistenzberufe der freien Berufe, die exzellente Zukunftsaussichten bieten“, erklärte Dr. med. Michael Weidenfeld, Präsident des Verbandes der Freien Berufe in Hessen, im Rahmen der Ehrung. Zugleich hob Weidenfeld die Bedeutung der freien Berufswahl in einer demokratischen und freiheitlichen Gesellschaft hervor: „In unserer Grundordnung haben junge Menschen die Möglichkeit, ihren beruflichen Weg selbstständig und eigenverantwortlich zu gestalten. Das ist die Grundlage für den Erfolg.“ Der Präsident würdigte außerdem die Unterstützung der Politik für die Ausbildung in den freien Berufen. „Die freien Berufe stellen in Hessen eine sehr



Von offizieller Seite aus gratulierten (hinterste Reihe, von links): Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung MFA-Ausbildungswesen der Landesärztekammer Hessen, der Staatssekretär im Kultusministerium Dr. Manuel Lösel und Dr. med. Michael Weidenfeld, Präsident des Verbandes Freier Berufe Hessen.

große Zahl an Ausbildungsplätzen zur Verfügung. Damit leisten wir einen entscheidenden Beitrag zur Fachkräftesicherung und zur Stärkung des Wirtschafts- und Sozialstandorts Hessen.“

Glückwünsche überbrachte auch Dr. Manuel Lösel, Staatssekretär im Hessischen Kultusministerium. Es wurden Urkunden und Blumen überreicht. (red/VFBH)

Foto: © VFBH/Michelle Spillner

Buchtipp



**Mutschler
Arzneimittel-
wirkungen**

**Pharmakologie –
Klinische Pharma-
kologie – Toxikologie**

12. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft WVG Stuttgart 2025, Subskriptionspreis (bis 31.12.2025) 76€, dann 96€, ISBN 9783804745063

Seit über 50 Jahren begleitet der „Mutschler“ Studierende und Fachleute als fundiertes Standardwerk der Pharmakologie, Klinischen Pharmakologie und Toxikologie. Die 12. völlig neu bearbeitete Auflage umfasst neue Wirkstoffe, Biologika, neue Arzneimittelklassen und aktuelle Leitlinien.

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

Wichtige Info: Einhaltung der Fortbildungsfristen für die „Alternative bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung“

Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, die sich für die Organisation des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes über die „Alternative bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung“ gemäß DGUV-Vorschrift 2 entschieden haben und hierfür bereits eine Motivations- und Informationsmaßnahme (Erstschulung) an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung absolviert haben, sind verpflichtet, spätestens alle fünf Jahre an einer Aufbauschulung (FOBI) teilzunehmen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) weist derzeit darauf hin, dass Un-

ternehmerinnen und Unternehmer, die diese Frist überschreiten, künftig nicht mehr an diesem Betreuungsmodell teilnehmen dürfen. Versäumte Schulungen müssen bis spätestens 31. März 2026 nachgeholt werden; eine Überschreitung der Frist ist danach nicht mehr möglich! **Nächste Schulungstermine:** 21.01.2026 (Live-Webinar) und 04.03.2026 (Präsenz).

Information und Anmeldung bei Laura Wahl, Fon: 06032 782-222, E-Mail: laura.wahl@laekh.de

Dr. med. Vera Stich-Kreitner
Laura Wahl

Umfrage zur Pflegeheimversorgung

Mit dem Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen (PiPiP 2020) konnte die Palliativ-Stiftung dank einer Förderung des Hessischen Sozialministeriums in den Jahren 2018 und 2019 zwanzig Pflegeeinrichtungen zu Fragen der Begleitung am Lebensende schulen. Zugleich wurde in hunderten von Gesprächen und Diskussionsrunden ermittelt, was aus der konkreten Praxiserfahrung den Mitarbeiter fehlt, damit jeder Beteiligte im Pflegeheim zufriedener arbeiten kann und Bewohner zugleich angemessener versorgt werden können. Ein eindeutiger Wunsch war, dass Notfallmedikamente, Verbandmittel und ähnliches in Form einer „Hausapotheke“ verfügbar sein müssen. Der Bericht zum Projekt ist als eine kleine Publikation nachlesbar, die PDF gibt es als Download (<https://palliativstiftung.com/de/projekte/pipip>), als gedruckte Broschüre kann sie kostenfrei bei der Stiftung bestellt werden.

Praktikern, die zur Unzeit Patienten in Pflegeeinrichtungen versorgen, ist nahezu einmütig das Problem sehr bewusst. Mit Unterstützung der Bundesärztek-

kammer und Fachgesellschaften versuchten die Initiatoren deshalb, hierfür juristisch mögliche Lösungen zu erarbeiten. Erklärtes, relativ leicht erreichbares Ziel sei es gewesen, unerwünschte Krankenhauseinweisungen weitgehend zu verhindern. Dazu brauche es des gewünschten, an die regionalen Erfordernisse angepassten Hausvorrates in Pflegeheimen. Dies gelte insbesondere für Betäubungsmittel (seit 2012 sogar möglich), aber auch für andere Medikamente, Hilfsmittel, wie Verbandstoffe, Sauerstoff, Schnelltests für Urin und anderes mehr. Um den Bedarf auch nachzuweisen, hat die Stiftung eine Umfrage online gestellt, die unter dem Link:

https://de.surveymonkey.com/r/Notfalldepot_im_Heim abrufbar ist (siehe QR-Code).

Bis zum Jahresende soll versucht werden, eine deutlich vierstellige Zahl an Antworten zu sammeln. Auf Wunsch wird das Zwischenergebnis zugemailt.

Dr. med. Thomas Sitte



Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 26.01.: Monika-Hildegard Hill, Friedrichsdorf, 75 Jahre
- 30.01.: Dr. med. Florian Seger, Stans – Schweiz, 65 Jahre
- 31.01.: dr/Univ. Zagreb Bruno Bugarski, Frankfurt, 80 Jahre
- 31.01.: Dr. med. Gerhard Riechmann, Bad Homburg, 90 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 01.01.: Dr. med. (R) Abdul-Halim Dia, Warburg, 80 Jahre
- 01.01.: Dr. med. Andreas Kircher, Gersfeld, 80 Jahre
- 05.01.: Anita Zimmer, Lohfelden, 65 Jahre
- 05.01.: Peter Artelt, Rotenburg, 70 Jahre
- 05.01.: Dr. med. Jochen Wüllner, Wildeck, 85 Jahre
- 06.01.: Benedikt Rogge, Eschwege, 65 Jahre
- 06.01.: Dr. med. Manfred Michl, Gießen, 70 Jahre
- 08.01.: Dr. med. Michael Kremer, Lauterbach, 65 Jahre
- 08.01.: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Dr. Sportwiss. Christoph Raschka, Hünfeld, 65 Jahre
- 11.01.: Prof. Dr. med. Joachim Glaser, Fulda, 70 Jahre
- 12.01.: Dr. med. Jürgen Ronge, Kassel, 70 Jahre
- 13.01.: Dr. med. Christian Berkhoff, Fulda, 65 Jahre
- 13.01.: Prof. Dr. med. Dr. phil. Rolf-Peter Warsitz, Kassel, 75 Jahre
- 17.01.: Dr. med. Klaus Böhme, Kassel, 75 Jahre
- 18.01.: Dr. med. Marion Regenbogen, Spangenberg, 65 Jahre
- 21.01.: Prof. Dr. med. Martin Konermann, Kassel, 70 Jahre
- 22.01.: Dr. med. Thomas Wiedmann, Fulda, 65 Jahre
- 22.01.: Olaf Hector, Eschwege, 70 Jahre
- 23.01.: Dr. med. Barbara Roeser-Liebeck, Arolsen, 70 Jahre
- 23.01.: Dr. med. Wolfgang Hiemer, Kassel, 75 Jahre
- 26.01.: Dr. med. Andreas Duscheleit, Kassel, 70 Jahre
- 27.01.: Dr./Univ. Damasku Joseph Mahfoud, Bad Wildungen, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 03.01.: Dr. med. Henning Bauer,
Marburg, 90 Jahre
06.01.: Dr. med. Bozidar Keller,
Bad Zwesten, 80 Jahre
11.01.: Dr. med. dent. Daniela Stöck-
mann, Marburg, 65 Jahre
18.01.: Daniel Kaufmann, Cölbe, 80 Jahre
25.01.: Dr. med. Ulrich Zimmermann,
Marburg, 85 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 02.01.: Dr. med. Matthias Brasser,
Oestrich-Winkel, 65 Jahre
03.01.: Dr. med. Michael Nist,
Weilrod, 70 Jahre
09.01.: Dr. med. Uwe Köhler,
Mainz, 75 Jahre
13.01.: Dr. med. Klaus-Dieter Koloczek,
Neu-Anspach, 75 Jahre
15.01.: Hubert Juschak,
Weilburg, 75 Jahre
17.01.: Johannes Laux, Weilburg, 65 Jahre
19.01.: Dr. med. Gisela Bickel-Unger,
Schlangenbad, 70 Jahre
21.01.: Susanne Gerte,
Wehrheim, 65 Jahre
23.01.: Christine Frank,
Schmittgen, 75 Jahre
24.01.: Hans Dieter Seiler,
Wiesbaden, 75 Jahre
24.01.: Dr. med. Hannelore Neumaier,
Wiesbaden, 80 Jahre
25.01.: Dr. med. Beatrix Bettina Musaeus-
Schürmann, Limburg, 65 Jahre
30.01.: Dr. med. Dörte Jeck,
Bad Camberg, 70 Jahre
30.01.: Dr. med. Bernhard Diefenbach,
Beselich, 75 Jahre

Goldenes Doktorjubiläum

- 16.01.: Dr. med. Michael Fieber, Wetzlar
16.01.: Dr. med. Irmhild Horstmann,
Hanau
23.01.: Dr. med. Paul Martin Grebe,
Neukirchen
30.01.: Dr. med. Gerlind Langhammer,
Dreieich

RKI legt Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose vor

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat den Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2024 veröffentlicht. Er fokussiert auf die epidemiologischen Indikatoren und Entwicklungen, die für die Prävention der Tuberkulose und die Versorgung von Tuberkulosekranken und -gefährdeten Menschen besonders bedeutsam sind.

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland 4.391 Tuberkulosefälle registriert. Die Gesamtinzidenz betrug 5,2/100.000 Einwohner. Im Vergleich zum Vorjahr (4.494 Fälle, Gesamtinzidenz 5,3) zeigt sich ein leichter Rückgang, der aber zur Erreichung der TB-Eliminationsziele deutlich stärker ausfallen müsste.

Bei klassischen Symptomen wie länger bestehendem Husten, Nachtschweiß,

Fieber und Gewichtsverlust sollte immer auch an Tuberkulose gedacht werden. Aufmerksamkeit bei Betroffenen und insbesondere bei allen im Gesundheitswesen Tätigen ist daher für eine frühe Erkennung und erfolgreiche Versorgung der Tuberkulose wichtig. Trotz oder gerade wegen der Seltenheit der Tuberkulose sollte auch bei Kindern an diese Infektionskrankheit gedacht werden. Die Gesundheitsämter tragen entscheidend dazu bei, dass Erkrankte früh diagnostiziert, leitliniengerecht behandelt und infektionsgefährdete Personen im engen Patientenumfeld untersucht und bei Bedarf vorbeugend behandelt werden. Kurzlink zum Bericht: www.rki.de/tu-berkuloosebericht (red)

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufsjubiläum:

Nathalie Mainka, seit zehn Jahren tätig im Zentrum für Kardiologie und Angiologie, Dr. med. Stefan Lehinant und Dr. med. Michaela Schmidt, vormals Pra-

xis Dres. Schepp, Lehinant und Schmidt, Ortenberg.

Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufsjubiläum:

Marita Helmer, seit 25 Jahren tätig im MVZ Altstadt-Carree, Fulda.

Bitte Ihre Kontaktdaten aktuell halten

Sehr geehrte Mitglieder der Landesärztekammer Hessen, wir möchten Sie bitten, Ihre im Portal hinterlegten Kontaktdaten – insbesondere Ihre E-Mail-Adresse – auf dem neuesten Stand zu halten, damit wir Sie, neben anderen kammereigenen Informationen, mit unserem Hessischen Ärzteblatt erreichen können.

Das Hessische Ärzteblatt ist das amtliche Mitteilungsorgan der Landesärztekammer Hessen. Wir möchten sicherstellen, dass die monatlich ausgesendete Rundmail mit der digitalen Ausgabe Sie erreicht.

Herzlichen Dank, Ihre Redaktion

Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Wir halten Sie auf dem Laufenden: Mit unserem neuen Newsletter erhalten Sie regelmäßig aktuelle Informationen und interessante Themen rund um die Kam-

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Christoph Brandes,
Großalmerode
* 19.12.1953 † 30.04.2025

Alexander Helmut Feidel, Frankfurt
* 18.03.1953 † 30.08.2025

Dr. med. Evalotte Grimault-Bark, Hanau
* 21.06.1935 † 09.09.2025

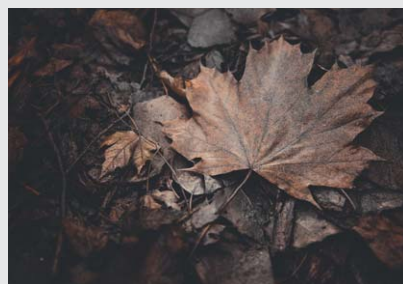
Prof. Dr. med. Helmut Friedrich Haas,
Heppenheim
* 26.11.1951 † 23.09.2025

Renate Anneliese Heldt, Gießen
* 27.07.1950 † 30.09.2024

Dr. med. Heinrich Hofmann, Neuhof
* 11.01.1941 † 27.05.2025

Dr. med. Hans-Jürgen Hölting, Marburg
* 16.12.1945 † 25.09.2025

Dr. med. Detlev John, Darmstadt
* 26.05.1952 † 22.09.2025



Dr. med. Mihailo Krakovic, Frankfurt
* 17.04.1935 † 13.09.2025

Dr. med. Armin Moritz, Aßlar
* 10.03.1958 † 25.09.2025

Juliane Sacher, Frankfurt
* 19.12.1945 † 17.08.2025

Dr. med. Petra Sader-Gehring,
Wiesbaden
* 09.12.1944 † 02.10.2025

Dr. med. Karin Weidemann, Twistetal
* 11.10.1942 † 16.06.2025

Foto: © Roman Osinski – stock.adobe.com

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.01.: Dr. med. Anke Waleska,
Riedstadt, 70 Jahre
03.01.: Dr. med. Günter Weidenauer,
Lampertheim, 75 Jahre
04.01.: Prof. Dr. med. Jürgen Gehler,
Rüsselsheim, 85 Jahre
08.01.: Heike Weckenmann,
Seeheim-Jugenheim, 65 Jahre
10.01.: Dr. med. Thomas Schmidt,
Darmstadt, 65 Jahre
13.01.: Dr. med. Roland Jost, Lorsch,
85 Jahre
15.01.: Dr. med. Barbara Fuchs,
Bensheim, 70 Jahre
18.01.: Dr. med. Dipl.-Psych. Hans
Dreesen, Heidelberg, 75 Jahre
19.01.: Dr. med. Axel Schirling, Fürth,
75 Jahre
23.01.: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.
Kurt-Alexander Riel, Darmstadt,
75 Jahre
24.01.: Eberhard Schmid, Bensheim,
70 Jahre
26.01.: Dr. med. Petra Unold-Jung,
Ladenburg, 65 Jahre
30.01.: Dr. med. Christoph Hortmann,
Rüsselsheim, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 02.01.: Prof. Dr. med. Arno Fuchshuber,
Bad Nauheim, 65 Jahre
08.01.: Dr. med. Susi Rentschler-
Bellinger, Reiskirchen, 70 Jahre
13.01.: Michael Waldeck, Bad Vilbel,
75 Jahre
18.01.: Georg Müller, Solms, 75 Jahre
20.01.: Dr. med. Günther Petermann,
Braunfels, 85 Jahre
21.01.: Dr. med. Holger Troß,
Ehringshausen, 65 Jahre
22.01.: Dr. med. Bernd Liller, Lauterbach,
80 Jahre
23.01.: Prof. Dr. med. Herbert Kaufmann,
Gießen, 85 Jahre
26.01.: Prof. Dr. med. Gerhard
Neuhäuser, Linden, 90 Jahre
30.01.: Dr. med. Barbara Netopil,
Bad Vilbel, 65 Jahre
30.01.: Dr. med. Wolfgang Waas,
Pohlheim, 75 Jahre

Foto: Thomas Bethge – stock.adobe.com

Deutsche Herzbericht – Update 2025

Der Deutsche Herzbericht – Update 2025 ist erschienen. Er wird von der Deutschen Herzzstiftung zusammen mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften für Kardiologie (DGK), für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), für Kinderkardiolo-

gie und Angeborene Herzfehler (DGPK) und für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) alljährlich herausgegeben. Infos und ePaper: www.herzstiftung.de/herzbericht (red)

Frauennotruf Frankfurt legt Jahresbericht 2024 vor

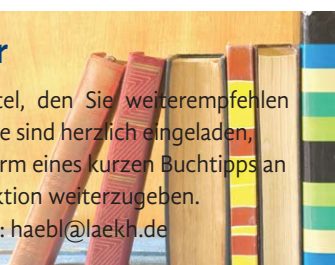
Der Jahresbericht 2024 des Frauennotrufs Frankfurt dokumentiert einen deutlichen Anstieg der Beratungsanfragen, vor allem im Bereich sexualisierter Gewalt. Gleichzeitig zeigt er, wie wichtig und wirksam die Arbeit der Beratungsstelle ist – sei es durch die Versorgungs-

struktur „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“, durch neue inklusive Projekte für Frauen mit Behinderungen oder durch die Entwicklung von Schulungen und Schulungsmaterial für die Ärzteschaft. Der Bericht kann per E-Mail angefordert werden bei: s.lenz@wbco.de.

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder an-

deren Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.
E-Mail an: haebl@laekh.de



Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

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

Redaktion:

Dipl.-Kommunikationswirt Peter Böhnelt, Leitender Redakteur
Dipl.-Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Eve Craigie (Stv. Ärztliche Geschäftsführerin)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Susanne Florin M.A., MBA (Leiterin Akademie)
Dipl.-Med.-Päd. Silvia Happel (Leiterin Carl-Oelemann-Schule)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;
Karl Klamp, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haeb@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Joachim Herbst

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

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der
Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat
gekündigt werden.

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

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

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

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

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: 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: 11.052 Ex.

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

86. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor,
dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den
Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die
Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner
gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme
des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

Haftungsausschluss:

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

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 1
vom 23.12.2025**

ist am Mittwoch, dem 03.12.2025

Erreichbar sind wir unter:

Tel: 02234 7011 – 290

E-Mail: kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Ihre Chiffrezuschrift senden Sie bitte an:

Chiffre HÄ

Deutscher Ärzteverlag GmbH

Chiffre-Abteilung

Postfach 1265

59332 Lüdinghausen

(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

oder per E-Mail an: chiffre@aerzteverlag.de

Stellenangebote

diagnostikzentrum
RADIOLOGIE + NEUROLOGIE

Unsere fachübergreifende Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Neurologie in Gießen sucht zum 01.03., 01.04. oder 01.05.2026 eine*n

» **Fachärztin/Facharzt Radiologie (w|m|d)**

- 32 Std./Woche = 4 Tage Woche (ggfs auch 40 h) / unbefristet
- Sie übernehmen als angestellte Ärztin/Arzt einen anteiligen KV-Sitz Radiologie
- 6 Monate Probezeit
- Krisenfester Arbeitsplatz in einer großen Arztpraxis
- Attraktives Gehalt mit 8 Wochen Jahresurlaub

Weitere Infos zu Ihrem Tätigkeitsgebiet und Anforderungen erhalten Sie auf unserer Website.

Gerne steht Ihnen Dr. N. Hackstein für ein unverbindliches und vertrauliches persönliches Gespräch zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:

Diagnostikzentrum für Radiologie und Neurologie Gießen

z. Hd. Herrn PD Dr. med. Nils Hackstein

Paul-Zipp Str 171 | 35398 Giessen

oder auch per E-Mail an info@diagnostikzentrum-giessen.de

Weitere Infos unter diagnostikzentrum-giessen.de

Neue Wege, neue Chancen

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

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

Kontakt

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

E-Mail: verwaltung@medicum-mittelhessen.de

MVZ medicum.mittelhessen
EHM GmbH

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 Abklärungskoloskopie 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. Allgemeine Infos zu uns unter: www.gyn-mvz-mkk.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



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 den **Großraum Kassel/Heiligenstadt/Korbach/Bebra/Eschwege/Eichsfeld/Homberg (Efze)** suchen wir einen

Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin

Sie ...

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

Ihr Profil

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

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

Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

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

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

www.amd.bgbau.de

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



DANKE

Für über 70 Jahre Engagement und Vertrauen. Bitte helfen Sie uns auch weiterhin notleidene Kinder und Familien zu unterstützen.



sos-kinderdoerfer.de



2019/1

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

Kontakt und Infos gerne über mail@movios.de

Weiterbildungsassistent für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (m/w/d) gesucht

Wir sind eine gut angebundene Frauenarztpraxis im Kreis Darmstadt-Dieburg und suchen ab sofort assistenzärztliche Unterstützung in **Vollzeit oder Teilzeit**.

Wir bieten:

- Weiterbildungsbefugnis für 24 Monate
- Bezahlung nach TV-Ärzte VKA
- Weihnachtsgeld

Kontakt:

Mobil: 0179 6422725

Honorarärzte (m/w/d) für Nebentätigkeit

bei öffentlichen Behörden gesucht.

Abrechnung nach Honorar. Versch. Standorte in
Hessen und flexible Zeiteinteilung.

Bei Interesse: info@behoerdenarzt.de

Allgemeinmedizin Teilzeit Frankfurt

FÄ/FA ab sofort oder später für ca 25 h/ Woche gesucht.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an

hausarzt.knack.frankfurt@web.de, Tel. 0176 43562101

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

Kontakt und Infos gerne über mail@movios.de

Stellengesuche

FA Allgemeinmedizin sucht

Mitarbeit bis 25 Std. / Woche in Stadt / Nähe Fulda

Kontakt HÄ 059618

Praxisabgabe

Kardiologische Privatpraxis in Praxiszentrum Nähe Frankfurt/M.

langjährig etabliert, sehr gute Lage und Räumlichkeiten, gute
work-life-balance. Nach Absprache abzugeben. Chiffre: **HÄ 059471**

Gut gehende HNO-Praxis im Raum Frankfurt a.M.

Flexibel und günstig abzugeben. Vollausstattung, mit Op-Möglichkeit.

HÄ 059506

Orthopädische Praxis Aschaffenburg

ertragsstark, hoher Privatanteil, flexibel abzugeben.

wild-l@gmx.net

Umsatzstarke Hausarztpraxis Ffm.-Zeilsheim, 2 KV-Sitze **sofort**
abzugeben. Im Kundenauftrag **HÄ 059623**

Ärztehaus (EG: Zahnarztpraxis, 1.Stk und Dach: Wohnung)
in Stadtmitte Hungen, Kreis Giessen zu verkaufen/vermieten.

Tel. 017623198697

Praxisräume

Moderne, frisch renovierte Praxisfläche in Eschborn

Die Immobilie befindet sich in Eschborn, im 1. Obergeschoss eines
Wohn und Geschäftshauses. Parkmöglichkeiten stehen direkt am Ob-
jekt zur Verfügung. Gesamtfläche: 155 qm, Miete: 3.100€ netto. Ver-
fügbar ab den 01.01.2026.

Kontakt: Frau Marcovici, Email: mangofrankfurt@gmail.com

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

Kurse/Seminare/Veranstaltungen

APPM Wiesbaden in Zusammenarbeit mit **Alfred Adler Institut Mainz**
bieten Weiterbildung in Psychotherapie und Psychoanalyse an.

Anmeldung über rauber@adler-institut.de

Wir rufen Sie zeitnah zurück.

Anzeigenservice

Wir sind für Sie da! Telefon +49 (0) 2234 7011-290

kleinanzeigen@aerzteverlag.de · aerzteverlag.de/anzeigenservice



GOÄ

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

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

Das sind Ihre Vorteile:

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

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

Privatliquidation stets aktuell und rechtssicher!



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

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



Mehrplatzlizenzen zu attraktiven Staffelpreisen – sprechen Sie uns gerne an:

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



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

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

**Jetzt 30 Tage
gratis testen!**