

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 1 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 87. Jahrgang



„Stillstand bedeutet Rückschritt“ – Präsident Dr. Pinkowski im Interview

Foto: © FAZ – Frank Röth

Delegiertenversammlung

Der Haushalt ist solide, die Sanierung der Akademie läuft und die Kammerbeiträge können gesenkt werden

Onkologische Rehabilitation

Zertifizierter Fortbildungsartikel zu Historie, Inhalt sowie Evidenz der onkologischen Rehabilitation

Ausstellung im Städel

Die Zeichnungen Max Beckmanns erweisen sich als Chronik eines Jahrhunderts der Veränderungen

Mutterschutz im Arztberuf – Rechte kennen, Chancen nutzen

Infoveranstaltung der Landesärztekammer Hessen, vor Ort oder online (Live-stream).

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-arzt-beruf
Der QR-Code führt direkt dorthin.
(red)



Grafik: © Salomi art – stock.adobe.com

Save the Date



Foto: Massimo Crivellari



Foto: Katja Möhrle

56. Internationaler Seminarkongress

23.08.–28.08.2026 in Grado/Italien

- Notfallmedizin mit Kurs und praktischen Übungen
- Ethik im ärztlichen Alltag
- Informationstechnologie und Ethik - ein Widerspruch?
- Frauengesundheit und Prävention
- Ausgewählte Themen aktueller Pneumologie, Kardiologie
- Ärztliches Handeln aus Sicht junger Ärztinnen und Ärzte
- Aktuelles aus der Hausärztlichen Versorgung

www.cmig.de

Foto: Katja Möhrle

Foto: Fabio Panerzen

Veranstalter:

Kooperationspartner:



CMIG e.V.



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Ärztekammer
des Saarlandes



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Die Zukunft aktiv gestalten

Üblicherweise überbieten sich Zeitschriften, Magazine und Fernsehsendungen in den letzten Wochen eines Jahres mit mehr oder minder informativen und unterhaltsamen Rückblicken auf die vergangenen Monate. Das können wir – so der Gedanke der Redaktionskonferenz des Hessischen Ärzteblatts – doch auch einmal wagen. Denn in der Tat sind wir angesichts eines sehr schnelllebigen Umfelds und einer schier unübersehbaren Flut von Nachrichten nicht selten geneigt, den Überblick über die eigene Arbeit und deren Fortschritte zu verlieren. Das gilt natürlich auch für Arbeit Ihrer Landesärztekammer. Deshalb hat die Redaktion ein Gespräch mit mir geführt, in dem ich die wichtigsten Punkte aus meiner Sicht dargelegt habe. Natürlich darf es nicht bei einem Rückblick bleiben, denn vor allem wollen wir ja die Zukunft aktiv gestalten, und so wird es selbstredend auch einen Ausblick auf das vor uns liegende Jahr geben. Und das wird, da werden Sie sicher alle zustimmen, alles andere als langweilig werden. Das liegt nicht nur an den großen Gesetzesreformen, die noch vor uns liegen, sei es die Krankenhausreform oder die Reform der Notfallrettung, um nur einige zu nennen. An letzterer haben sich ja schon mehrere Regierungen probiert und sind doch nicht zum Abschluss gekommen. Hoffentlich gelingt es dieses Mal, auch wenn der Entwurf an einigen Punkten noch Verbesserungsbedarf aufweist. Hier kann man gewiss dem Struckschen Gesetz vertrauen, dass kein Gesetz den Bundestag so verlässt, wie es hineinkommt. Der Reformdruck lässt unnötige Verzögerungen jedoch nicht länger zu. Das gilt übrigens unverändert auch für die neue GOÄ.

Langeweile ist dem Wesen der Medizin ohnehin fremd. Hatte ich als Kind noch gedacht, dass die Wissenschaft nun doch alle Fragen beantwortet haben dürfte, so lernte ich als Medizinstudent schnell, dass jede Antwort eine Vielzahl neuer Fragen aufwirft und Forscherinnen und Forscher daher keinesfalls beschäftigungslos werden. Das ändert sich auch mit den beeindruckenden Fortschritten der Künstlichen Intelligenz keineswegs. Vielmehr drängen sich hier ebenfalls wichtige Fragen in den Vordergrund. Wissen wir, was sich im Inneren der KI-Anwendungen tut? Wie können wir das kontrollieren und zum menschlichen Wohl einsetzen, ohne dass es uns kontrolliert oder gar schadet? Ohne apokalyptische Ängste schüren zu wollen, sollten wir Warnungen vor einem Kontrollverlust, wie sie der renommierte KI-Forscher Yos-

hua Bengio ausspricht, ernst nehmen und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen. Insbesondere sein Hinweis, dass KI auch als Werkzeug eingesetzt werden könne, um Menschen zu beeinflussen, muss Beachtung finden. Schon heute ist der oft schlechte Einfluss sozialer Medien wie TikTok & Co ein erhebliches Problem. Insbesondere Kinder und Jugendliche nehmen vieles für bare Münze, ohne zu erkennen, dass die angeblichen Informationen leider Fehlinformationen sind. KI könnte derartige Vorgänge noch verschärfen. Umgekehrt könnte die KI genutzt werden, um richtige und wichtige Informationen gezielt zu verbreiten, um beispielsweise die allgemeine Gesundheitskompetenz zu stärken. Wie so oft im Leben hat jedes Ding Licht- und Schattenseiten. Wir müssen alles daransetzen, die positiven Seiten aktiv für das Wohl der Menschen zu nutzen.

Gerade für die Medizin muss weiter gelten, dass der Mensch das Maß aller Dinge bleibt. In diesem Sinn wünsche ich Ihnen und Ihrer Familie ein glückliches und gesundes neues Jahr 2026.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Isolda Asbeck

10. ordentliche Delegiertenversammlung

Bei der Delegiertenversammlung in Bad Nauheim gab es wie immer eine Menge zu diskutieren. Die meisten Beschlüsse wurden dennoch von deutlichen Mehrheiten der Delegierten gestützt – so auch die zukünftige Senkung der Kammerbeiträge.

7



Foto: Peter Jülich

Präsident Dr. Edgar Pinkowski im Interview

Im Gespräch mit der Redaktion fasst der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Edgar Pinkowski, das zu Ende gehende Jahr 2025 für die Kammer zusammen und gibt einen Ausblick auf zukünftige Projekte und bereits begonnene Änderungen und Prozesse.

14

Editorial: Die Zukunft aktiv gestalten 3

Aus dem Präsidium: Der MD(K): Ein Chamäleon? – Anspruch und Wirklichkeit 6

Ärztekammer

10. ordentliche Delegiertenversammlung der Wahlperiode 2023–2028 7

Bericht des Versorgungswerkes aus der Delegiertenversammlung 13

Interview mit Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen 14

Information für alle Nutzerinnen & Nutzer des Portals 15

Meldepflicht für Einrichtungen, die Blutprodukte anwenden, bis zum 1. März 2026 beachten! 20

Fort- und Weiterbildung

Neue Fortbildungsordnung in Hessen ab 2026 21

Onkologische Rehabilitation in Deutschland 22

Arzneiverordnung in der Praxis 41

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 30

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 36

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** mit wichtigen Satzungsänderungen 42/46

Nachruf

Gedenken an Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann 29

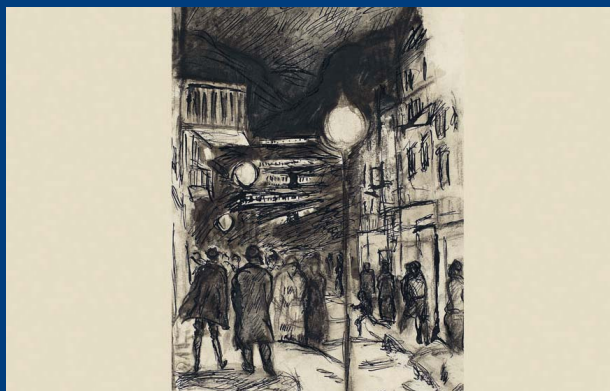


Foto: Sammlung Hans Kinkel im Germanischen Nationalmuseum, Nürnberg, Foto: Monika Runge

Der Weltdeutung verpflichtet

Die Zeichnungen von Max Beckmann (1884–1950), lange als „Nebenwerk“ seiner monumentalen Gemälde betrachtet, erweisen sich bei der Ausstellung im Städel Museum als Chronik eines Jahrhunderts der Veränderungen und Erschütterungen.

16



Foto: © fuchs mit foto – stockadobe.com

CME: Onkologische Rehabilitation

Die Teilhabe am Erwerbs- und Sozialleben von Krebspatienten steht im Zentrum der onkologischen Rehabilitation. Zertifizierter Fortbildungsartikel zu Historie, juristischen Grundlagen, Inhalten sowie Evidenz der onkologischen Rehabilitation.

22

Forum

Interprofessionelle Visiten von Ärztinnen und Ärzten und klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten	18
Dr. med. chir. obstet. Carl Caspar Crève (1769–1853)	38
Präsidententreffen des Verbandes Freier Berufe	43

Parlando

Der Weltdeutung verpflichtet – Zeichnungen Max Beckmanns im Frankfurter Städel	16
--	----

Aus dem Versorgungswerk

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes	42
---	----

Impressum

55



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)

Der MD(K): Ein Chamäleon? – Anspruch und Wirklichkeit

Der Medizinische Dienst (MD), wie er jetzt heißt, beschäftigt uns Ärztinnen und Ärzte immer und überall. Stationär und ambulant, mehr als uns lieb ist, verursacht erheblichen Aufwand und ist in seinen Entscheidungen intransparent. Diese Entscheidungen sind häufig endgültig und fallen oft genug nicht im Sinne der Beantragenden oder Geprüften aus.

Zur Erläuterung: Den „Vertrauensarzt“ als Kontrollinstanz der Krankenkasse zunächst zur Überprüfung von Arbeitsunfähigkeiten gibt es seit 1925. Über den MDK zum MD mutiert, sind vielfältige Aufgaben wie die Beurteilung von Krankenhausbehandlungen und der Pflegebedürftigkeit hinzugekommen. — Hat sich durch die Namensänderung etwas an der Zielsetzung geändert? Eindeutig nein. Auch der MD ist allein im Auftrag der Krankenkassen unterwegs, die Benennung als MD(K) wäre ehrlicher. Krankenkassen beauftragen die Überprüfung einer Leistung, der MD(K) bewertet sie und die Krankenkassen bescheiden. Die DRG (Diagnosis Related Groups) wird gestrichen oder gekürzt, die Reha oder eine neue Medikation nicht bewilligt. Eine zweckmäßige Trennung der Aufgaben die eine eindeutige Verantwortung unpopulärer Entscheidungen vermeidet.

Wie ist es aber um die Unabhängigkeit wirklich bestellt?

Die Ansprüche des MD(K) an sich selbst sind hoch. Im „Kompetenzbericht“ des MD(K) aus dem Jahr 2024 werden Unabhängigkeit, Transparenz, Entscheidungen im Sinne Betroffener wiederholt in den Vordergrund gestellt. — Wie ist es aber um die Unabhängigkeit wirklich bestellt? Schon das Genfer Gelöbnis betont die unabhängige Entscheidungsfindung von Ärztinnen und Ärzten, egal wo und für wen sie arbeiten. Trotzdem bleibt ein Geschmäckle. Aussage Metschurat, Vorsitzender des Verwaltungsrates des MD(K): „Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes arbeiten im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen“. Auch die Bänkelsänger im Mittelalter richteten sich in ihren Liedern nach den Wünschen der Auftraggeber. Bei allem Respekt vor der ärztlichen Unabhängigkeit: einen Interpretationsspielraum gibt es immer.

Der Aufwand für alle Beteiligten ist hoch. Anfragen und Widersprüche des MD(K) binden zunehmend ärztliche und pflegerische Arbeitskraft, in der Inneren Medizin bis zu 40 % neben der Verwaltungstätigkeit. Subtilere Auslegungen von Richtlinien führen zu subtileren Kontrollen und einer immer aufwendigeren Dokumentation, um berechnete Leistungsansprüche nachzuweisen. Ein Teufelskreis. Prüfungen nach Aktenlage und zukünftig mit KI werden das Phänomen noch verstärken. Ein minimaler Fehler, früher im kollegialen Gespräch in Sekundenbruchteilen ausgeräumt, wächst sich zu einer administrativen Schlammlawine aus.“



Foto: Alex Kraus

„Ein minimaler Fehler wächst sich zu einer administrativen Schlammlawine aus.“

ne von Stellungnahmen, Widersprüchen und Klagen aus.

Und sind die Entscheidungen wirklich so unbestechlich und gut, wie sie vorgeben? Zahlen für den ärztlichen Bereich sind rar. In der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit, häufig nach Aktenlage oder Teleinterview, werden 30 % der Einstufungen erfolgreich beanstandet. Es bleibt ein Graubereich von Pflegebedürftigen, die nicht aufbegehren und sich in ihr Schicksal fügen.

Prüfungen im ärztlichen Bereich führen zu manchen Skurrilitäten. Cannabisverordnungen vom Schmerztherapeuten werden von in der Regel fachfremden Prüfern in bis zu 30 % abgelehnt mit aufwendigen Widersprüchen zur Folge. Eine langwierige und aufwendige Reanimation in der Notaufnahme soll bitte als ambulanter Fall abgerechnet werden.

Viele unterschiedliche Fachgebiete kommen als Gutachter zu Wort, eine fachspezifische Beurteilung ist nicht der Regelfall und kommt wohl erst in Widerspruchsverfahren zum Tragen. Der MD(K) gleicht einer Trutzburg: Gründe für einen Prüfbescheid werden nicht kommuniziert, Ansprechpartner nicht angegeben und der Datenschutz der Patienten vorgeschoben. Der Prüfprozess bleibt intransparent und die Korrektur von Entscheidungen damit erschwert.

Es werden zwar viele Statistiken veröffentlicht, eine wirkliche Kontrollinstanz für den MD(K) fehlt aber. Dem Verwaltungsrat des MD(K) als Kontrollorgan auf Landesebene ist sage und schreibe ein einzelner außenstehender Arzt/Ärztin zugeordnet, sicherheitshalber ohne Stimmrecht. Die Erstellung von Richtlinien erfolgt medizinisch autark und intern, mit Genehmigung durch das BMG. Die Umsetzung neuer medizinischer Erkenntnisse und Evidenzen wird durch Leitlinien, Entscheidungen des GB-A und die Umsetzung in die Prüfpraxis gehemmt. Und es geht auch noch eine Nummer größer. Dem MD(K) wird in der Umsetzung des KHVVG eine Schlüsselposition zugewiesen. Von seinem Wohl und Wehe hängt die Zuordnung von Leistungsgruppen ab. Die bisherige Prüfpraxis lässt eine wenig flexible Auslegung der Vorgaben des Bundes befürchten. Die Bundesländer werden das Nachsehen haben.

Der MD(K) hat sich von einer Kontrollinstanz der Krankenkassen mit „Aufsicht“ durch das Bundesgesundheitsministerium zu der zentralen bewertenden Institution im deutschen Gesundheitswesen entwickelt und bedarf daher einer effektiven öffentlichen Kontrolle durch alle mit dem Gesundheitswesen verbundenen Gruppierungen wie Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und Praxen. Transparenz und fairer Interessensausgleich darf es nicht nur in der Hochglanzbroschüre geben.

Dr. med. Wolf Andreas Fach, Präsidiumsmitglied

Selbstbewusst und gut aufgestellt ins Jahr 2026

10. ordentliche Delegiertenversammlung der Wahlperiode 2023–2028

Bei der Delegiertenversammlung in Bad Nauheim gab es wie immer eine Menge zu besprechen. Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski konnte ganz aktuell auf letzte Ergebnisse einer Bundesratssitzung vom Vortag eingehen. Und wenn auch der ein oder andere Abstimmungspunkt kontrovers diskutiert wurde – die Versammlung war von einer konstruktiven Diskussionskultur geprägt, und die meisten Beschlüsse wurden von deutlichen Mehrheiten gestützt. Die Delegierten verabschiedeten gemeinsame Resolutionen an die Gesetzgeber, unter anderem gegen die Übertragung ärztlicher Kompetenzen auf nichtärztliche Dienstleister, gegen eine unnötige gesetzliche Triage-Regelung und für den Erhalt von Ethanol in Desinfektionsmitteln. Doch bei aller Kritik am gesundheitspolitischen Umfeld kann der Blick nach innen, auf die Kammer selbst, zufrieden stimmen: Der Haushalt ist solide, die Sanierung des Akademiegebäudes läuft reibungslos und kostengünstig – und die Kammerbeiträge können gesenkt werden.

Dr. Edgar Pinkowski zu aktuellen Entwicklungen

Der Präsident Dr. Edgar Pinkowski informierte die Delegiertenversammlung über die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene sowie über kammerinterne Neuigkeiten. Im Zentrum standen die Krankenhausreform, neue Kompetenzen für die Pflege und der Triage-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts.

Anpassung der Krankenhausreform: Zu Beginn ging der Präsident auf das vom Bundeskabinett am 8. Oktober 2025 beschlossene Krankenhausreform-Anpassungsgesetz ein. Mit diesem Gesetz will die Bundesregierung die im vergangenen Jahr beschlossene Krankenhausreform an einigen Stellen nachjustieren. Pinkowski berichtete, dass eine Verschiebung der



Engagierte Abstimmungen im Plenum.

Reform um ein Jahr vorgesehen sei, womit die volle Finanzwirksamkeit erst ab 2030 greife. Die Zahl der Leistungsgruppen werde auf 61 reduziert, und der Bund übernehme mit 29 Milliarden Euro einen größeren Anteil am Transformationsfonds. Zudem entfielen starre Erreichbarkeitsvorgaben in Pkw-Fahrzeitminuten, und Länder erhielten bis 2035 befristete Ausnahmemöglichkeiten von Qualitätsvorgaben.

Kritisch merkte Pinkowski an, dass es unverändert bei der stark fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung bleibe. Dies bedeute mehr Bürokratie, sei aber gerade keine Abkehr vom „Fallzahlhamsterrad“. Er warnte, dass die Planung auf Basis von Leistungsgruppen zu einer Zentralisierung weiterbildungsrelevanter Inhalte führe. Verstärkte Kooperationen seien unverzichtbar, doch fehlten hierfür praktikable Regelungen, etwa bei der Arbeitnehmerüberlassung. Zudem liege bislang kein Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Finanzierung der Weiterbildungskosten vor. Der Präsident pflichtete der Kritik des Bundesrates bei, dass die Vergütungssystematik unklar und deren Auswirkung auf die Ver-

sorgungslandschaft kaum einzuschätzen seien.

Mehr Befugnisse für die Pflege: Pinkowski erläuterte das am 6. November vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege (BEEP). Pflegefachkräfte würden zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung befugt und dürften nach ärztlicher Erstdiagnose bestimmte Leistungen erbringen. Zudem könnten sie künftig auch ohne ärztliche Diagnose tätig werden, wenn sie den pflegerischen Bedarf im Rahmen einer pflegerischen Diagnose festgestellt hätten. Der Präsident kündigte an, dass die Ärzteschaft hier äußerst aufmerksam sein werde. Zwar seien die neuen Befugnisse als Entlastung zu begrüßen, die ärztliche Kernkompetenz dürfe jedoch nicht überschritten werden. Er forderte, Doppelstrukturen zu vermeiden. Außerdem müsse die Haftung dann auch bei den Pflegekräften liegen.

Im Kontext dieses „Omnibusgesetzes“ wies Pinkowski auch auf das GKV-Sparpaket hin. Die Kliniken sollten den Löwenanteil der Einsparungen tragen, erhielten aber parallel Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur für Betriebskostenlün-

alle Fotos: Isold Asbeck



Der Präsident und sein Vize: Dr. med. Edgar Pinkowski und Dr. med. Christian Schwark (l.)

cken. Dies bezeichnete Pinkowski als Prinzip „linke Tasche, rechte Tasche“, was zur Verunsicherung beitrage. Da die Länder den Vermittlungsausschuss angerufen hätten, sei das Inkrafttreten des Gesetzes aber derzeit offen.

Digitalisierung und Notdienst: Hinsichtlich der elektronischen Patientenakte (ePA) berichtete Pinkowski von neuen Schutzvorgaben. Ärzte müssten keine Dokumente einstellen, wenn erhebliche therapeutische Gründe dagegensprechen, etwa bei psychischen Erkrankungen. Hier wurde eine ärztliche Forderung aufgegriffen. Beim vertragsärztlichen Notdienst kritisierte er die geplante Regelung zur Sozialversicherungspflicht. Die Befreiung solle auf alle teilnehmenden Ärzte, einschließlich Ruheständler und Klinikärzte, ausgeweitet werden, um die Versorgung zu sichern.

Anerkennung ausländischer Qualifikationen: Im Hinblick auf den Gesetzentwurf zur Beschleunigung von Anerkennungsverfahren begrüßte der Präsident die generelle Ausrichtung auf eine regelhafte Kenntnisprüfung, forderte jedoch ärztlicherseits eine Prüfung auf dem Niveau des 3. Staatsexamens. Scharfe Kritik übte Pinkowski an Vorschlägen zum partiellen Berufszugang. Der Arztberuf sei nicht teilbar. Zudem fehlten im Entwurf ausreichende Regelungen zur Patientensicherheit, insbesondere hinsichtlich des Informationsaustausches auf EU-Ebene bei Approbationsentzügen.

Reform der Lebendorganspende: Positiv äußerte sich Pinkowski zum Gesetzentwurf für die Lebendnierenspende. Künftig

solle die Überkreuzspende zwischen zwei immunologisch inkompatiblen Paaren sowie die nicht gerichtete anonyme Spende an unbekannte Personen ermöglicht werden. Der Präsident begrüßte, dass damit die bisherige Beschränkung auf Verwandte und engste Bezugspersonen gelockert werde, und

bezeichnete die Regelungen, die auch den Spenderschutz stärken sollen, als „sehr vernünftig“.

Drogenpolitik und Prävention: Pinkowski informierte über die Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes. Aufgrund stark gestiegener Importmengen bei nur leichtem Anstieg der GKV-Verordnungen solle der Missbrauch eingedämmt werden. Eine Erstverordnung sei künftig nur nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt möglich, reine Videosprechstunden reichten nicht mehr aus. Auch der Versandhandel mit Cannabisblüten werde verboten. Pinkowski bewertete dies positiv, merkte jedoch an, dass eine Wiederaufnahme ins Betäubungsmittelrecht oder die Abschaffung des Gesetzes konsequenter gewesen wäre. Zudem berichtete er über das Verbot von Lachgas und K.O.-Tropfen durch das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz. Aus ärztlicher Sicht seien darüber hinaus Werbeverbote und mehr Prävention nötig.

Apothekenreform: Zur geplanten Apothekenreform, die unter anderem Impfungen mit Totimpfstoffen und die Abgabe von Medikamenten bei bestimmten Erkrankungen ohne Rezept in Apotheken vorsieht, äußerte sich der Präsident ablehnend. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer habe man appelliert, von der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente ohne ärztliche Verordnung Abstand zu nehmen. Die Trennung von Diagnose durch Ärzte und Abgabe durch Apotheker sei ein historisches Qualitätsmerkmal. Zu diesem Thema hatte die vergangene Delegiertenversammlung bereits ei-

ne Resolution verabschiedet (siehe dazu auch HÄBL 11/2025).

Notfallversorgung: Bezüglich der Reform der Notfallversorgung stellte Pinkowski die Pläne für Integrierte Notfallzentren (INZ) und die Vernetzung der Leitstellen vor. Er hinterfragte kritisch die personelle Umsetzbarkeit einer 24-Stunden-Abdeckung durch KV'en parallel zum Praxisbetrieb. Positiv bewertete er hingegen das Vorhaben, die medizinische Notfallrettung als eigenständige Sachleistung der GKV zu verankern.

Begrüßenswerter Triage-Beschluss: Ein zentraler Punkt des Berichts war der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 4. November 2025, der die Triage-Regelungen im Infektionsschutzgesetz für nichtig erklärte. Der Eingriff in die Berufsfreiheit ist laut Gericht verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt. Pinkowski: „Medizinische Entscheidungen müssen ganz klar auf Basis der medizinisch-fachlichen Beurteilung und der Situation der Patientinnen und Patienten getroffen werden können. Ärztliches Handeln in Grenzsituationen ist mit den Grundsätzen der Ethik, Menschlichkeit und Verantwortung sowie mit der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz in Einklang zu halten.“ Er forderte die hessische Landesregierung eindringlich auf, nun keine eigene Gesetzgebung auf Landesebene anzustreben, da dies zu einem Flickenteppich führen würde und ein Gesetz solche Grenzsituationen nicht regeln könne. Der Patientenschutz sei bereits durch die Berufsordnung und das Genfer Gelöbnis gewährleistet, ein Gesetz nicht nur unnötig, sondern sogar poten-



Monika Buchalik, Erste Beisitzerin



Tanja Baumgarten

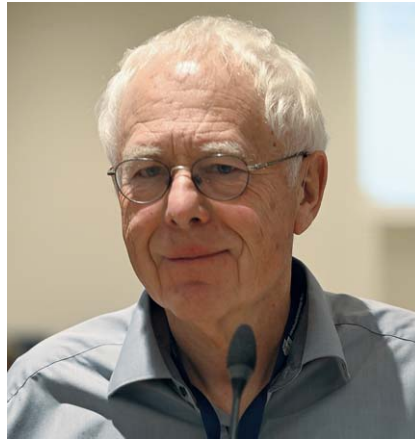
ziell schädlich, da es in Krisensituationen wertvoll ärztliche Ressourcen binde.

Politik und Kammer: Abschließend ging der Präsident auf weitere politische Themen ein. Er kritisierte, dass die „Aktivrente“ Selbstständige ausklammere, was gegen das Gleichheitsgebot verstoße. Zudem rief er dazu auf, die Resolution zum Erhalt von Ethanol in Desinfektionsmitteln zu erneuern, da die EU-Prüfung auf absurden Annahmen beruhe. Auf Unverständnis stieß beim Präsidenten, dass die Landesärztekammer aufgrund Nichteintragung im Lobbyregister bei Gesetzesanhörungen in Hessen übergangen werde (z. B. beim Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz). Er stellte klar, dass die Kammer als Behörde keine Lobbyorganisation sei und forderte eine entsprechende Klarstellung im Gesetz. Aber es gab auch von erfreulichen Entwicklungen zu berichten wie dem Zuwachs an MFA-Auszubildenden.

Positiver Jahresabschluss

Die Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. med. Sabine Dominik, stellte der Versammlung den Jahresabschluss für das Jahr 2024 vor. Dominik berichtete, dass im Jahresabschluss 2024 ein Ergebnis von rund 2,62 Millionen Euro erzielt worden sei. Die Erträge seien höher ausgefallen (Kammerbeiträge ca. 22,8 Millionen Euro, übrige Erträge ca. 14 Millionen Euro), die Aufwendungen leicht gesunken.

Vermögenslage und Rückstellungen: Im Hinblick auf die Bilanzsumme von gut 69 Millionen Euro erläuterte Dominik, dass die Sachanlagen (Grundstücke und Bau-



Dr. med. Peter Zürner

ten) rund 38,7 Millionen Euro ausmachen. Die Finanzanlagen in Höhe von ca. 12,8 Millionen Euro dienen im Wesentlichen der Deckung der Pensionsrückstellungen. Durch Personalengpässe in der Beitragsabteilung hätten allerdings Kammerbeiträge nicht rechtzeitig eingenommen werden können. Und die Pensionsrückstellungen seien aufgrund gestiegener Durchschnittszinsen gesunken.

Personal- und Betriebskosten: Die Zahl der beitragspflichtigen Mitglieder sei erfreulicherweise um 875 gestiegen. Trotz eines Anstiegs des Personalbestandes auf 297 Mitarbeitende seien nicht alle Planstellen besetzt worden, was zu erheblichen Einsparungen im Personalbudget geführt habe. Dies sei auch der Hauptgrund, warum das Jahresergebnis mit einem Plus von 2,6 Millionen Euro deutlich besser ausgefallen sei als der ursprünglich befürchtete Fehlbetrag von rund 307.000 Euro. Bei den Sachkosten verwies Dominik auf gestiegene Raumkosten wegen not-

wendiger Instandhaltungsarbeiten an der Heizungs- und Lüftungsanlage in Frankfurt sowie Sanierungen an Gästehaus und Seminargebäude in Bad Nauheim. Das Finanzergebnis habe sich besser entwickelt als prognostiziert, wobei sie anmerkte, dass Erträge aus der Vermögensverwaltung volatilen Marktschwankungen unterlägen.

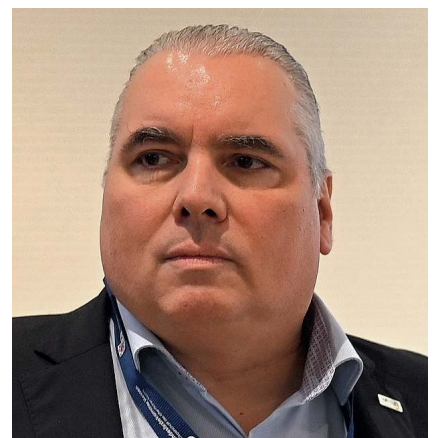
Überschuss zur Sanierung und Beitrags-senkung: Abschließend erläuterte die Finanzausschussvorsitzende den Vorschlag zur Verwendung des Jahresüberschusses: Ein Betrag von rund 2,1 Millionen Euro soll der Rücklage der Sanierungsmaßnahmen des Akademiegebäudes in Bad Nauheim zugeführt werden. Weitere 500.000 Euro sollten in die Betriebsmittellrücklage fließen, um das Senken der Kammerbeiträge um 2 % zu ermöglichen.

Vor der Abstimmung informierte Christoph Berger, kaufmännischer Geschäftsführer und Leiter der Personalabteilung, über die Situation in der Beitragsabteilung.

Kampf gegen personelle Engpässe: Berger berichtete, dass zu Beginn des Jahres 2024 rund 50 % der sechs Planstellen in der Beitragsabteilung ausgefallen seien. Hinzu kamen kurzfristige Ausfälle sowie ein interner Wechsel. Der Versuch, diese Lücken kurzfristig durch Zeitarbeit zu schließen, habe zu enttäuschenden Ergebnissen geführt. Der Geschäftsführer schilderte die schwierige Lage auf dem Fachkräftemarkt. Erfreulicherweise sei es aber im vergangenen Quartal gelungen, die Personalausstattung wieder vollständig herzustellen.



Dr. med. Sabine Dominik



Dirk Paulukat



Auswirkungen auf den Beitragseinzug:

Die personelle Unterbesetzung sei der Grund für den derzeitigen Rückstand bei den Beitragseinnahmen. Berger betonte jedoch, dass das verbliebene Team durch eine effiziente Aufteilung der Zuständigkeiten dennoch 16 Millionen der üblicherweise rund 24 Millionen Euro habe einnehmen können. Die Liquidität der Kammer sei zu keinem Zeitpunkt gefährdet gewesen. Um der gestiegenen Mitgliederzahl gerecht zu werden und Beiträge künftig wieder fristgerecht einzuholen, sei eine zusätzliche Stelle im Stellenplan geschaffen worden.



Svenja Krück



Dr. med. Sabine Olischläger

Wirtschaftsprüfer zufrieden

Harald Reinhart und Sandra Wenzel von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Schüllermann und Partner präsentierten die Ergebnisse der Jahresabschlussprüfung für das Geschäftsjahr 2024. Der Prüfungsauftrag habe neben dem Jahresabschluss und dem Lagebericht auch die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung sowie die Einhaltung der Haushaltsgrundsätze umfasst. Reinhart fasste das Ergebnis zusammen: keine Verstöße gegen gesetzliche Vorschriften oder die Satzung. Das interne Kontrollsystem sowie die IT-Sicherheit seien angemessen, eine sparsame Mittelverwendung sei sichergestellt. Der Jahresabschluss wurde somit uneingeschränkt bestätigt.

Beschlüsse zu Finanzen und Verwaltung

Im Anschluss an den Prüfbericht stimmte die Delegiertenversammlung über vier Anträge des Finanzausschusses ab, die alle angenommen wurden.

Verwendung des Jahresergebnisses: Der Jahresüberschuss wird aufgeteilt. Rund 2,12 Millionen Euro fließen in die zweckgebundene Rücklage für die Weiterentwicklung des Standortes Bad Nauheim. 500.000 Euro werden der Betriebsmittelrücklage zugeführt, um im Jahr 2026 eine Beitragssenkung von zwei Prozent zu ermöglichen.

Jahresabschluss: Der vom Präsidium aufgestellte Jahresabschluss 2024 wurde einstimmig festgestellt.

Entlastung: Das Präsidium wurde für das Geschäftsjahr 2024 entlastet.

Wirtschaftsprüfer: Die Gesellschaft Schüllermann und Partner wurde erneut mit der Prüfung der Jahresabschlüsse für die Jahre 2025 und 2026 beauftragt.

Haushaltsplan 2026

Dominik stellte den Haushaltsplan für 2026 vor, der ein positives Ergebnis von 752.000 Euro ausweist. Für die direkten Folgejahre prognostizierte sie zwar eine abnehmende Tendenz aufgrund fälliger Sanierungsrechnungen, ab 2029 seien jedoch wieder positive Effekte durch Abschreibungen zu erwarten. Die Liquidität sei in 2026 gemäß Haushaltplanung positiv. Die Betriebsmittelrücklage bewege sich im Sollkorridor. Das Haushaltsvolumen steige insgesamt um drei Prozent auf rund 35 Millionen Euro. Auf der Einnahmenseite kalkuliere die Kammer mit einem Zuwachs der Beitragseinnahmen um

fünf Prozent auf 25,6 Millionen Euro. Dies resultiere aus steigenden Mitgliederzahlen und Einkommensentwicklungen, wobei die beschlossene Senkung des Hebesatzes bereits berücksichtigt sei.

Bei den Aufwendungen verwies die Vorsitzende auf einen Anstieg der direkten Personalkosten um acht Prozent, unter anderem aufgrund notwendiger neuer Stellen. Dieser Mehraufwand werde jedoch durch einen Rückgang der Aufwendungen für die betriebliche Altersversorgung (minus 111 % aufgrund der Zinsentwicklung) abgemildert. Der Investitionshaushalt wurde – exklusive der Sanierung des Akademiegebäudes – deutlich um 41 % gekürzt.

Beitragssenkung beschlossen

Der juristische Geschäftsführer Manuel Maier erläuterte, dass die Beitragsordnung aufgrund rechtlicher Vorgaben jährlich neu zu beschließen sei. Inhaltlich stehe die Umsetzung der geplanten Beitragssenkung im Fokus. Maier führte aus, dass der Hebesatz von 0,70 auf 0,69 % gesenkt werde. Dies entspreche einer Reduktion um rund zwei Prozent. In der Folge solle der Höchstbeitrag von 6.500 Euro auf 6.370 Euro sinken, der Mindestbeitrag hingegen unverändert bei 75 Euro bleiben. Vor der Abstimmung zur Beitragsänderung entstand eine Diskussion um die geplante Absenkung des Höchstbeitrages. Christoph Claus und weitere Delegierte fragten, ob der Höchstbetrag zwingend an die allgemeine Senkung des Hebesatzes gekoppelt sei, was Manuel Maier verneinte. Die Delegierten plädierten dafür, den Höchstbeitrag bei den bisherigen



Dr. med. Lars Bodammer

6.500 Euro zu belassen, um die Einnahmesituation der Kammer stabil zu halten. Dies unterstützte die Versammlung mehrheitlich. Die Beitragsordnung wurde mit dieser letzten Änderung (allgemeine Senkung des Hebesatzes um 2 %, aber Beibehaltung des alten Höchstbeitrags) anschließend einstimmig angenommen.

Änderung der Kostensatzung

Maier stellte die Anpassung der Kostensatzung vor, die primär der Ressourceneinsparung in der Anerkennungsstelle dient. Hintergrund ist die Pflicht zur Meldung an den Elektronischen Informationsverteiler (EIV). Um die Digitalisierung zu fördern, wurden zwei neue Gebührentatbestände eingeführt: Wer als Anbieter weiterhin Papierlisten statt digitaler Meldungen einreicht, zahlt künftig 40 Euro Servicegebühr. Auch die manuelle Prüfung von Fortbildungsbescheinigungen für Mitglieder wird kostenpflichtig, sofern die Punkte bereits auf dem Konto verbucht sind – dies soll unnötige Doppeleinreichungen vermeiden. Nach einer Übergangsfrist bis zum 1. Juli 2026 tritt die einstimmig beschlossene Regelung in Kraft, siehe dazu auch S. xxx).

Entschädigungsregelung und Haushalt 2026

Dr. med. Eve Craigie, stellvertretende Ärztliche Geschäftsführerin, erläuterte die Anpassung der Entschädigungsregelung an der Carl-Oelemann-Schule (COS). Ziele seien eine verschlankte Systematik (Kategorien A, B, C) und eine inflationsbedingte Erhöhung der seit 2012 unveränderten Sätze. Die Delegierten stimmten der Änderung sowie im direkten Anschluss dem Gesamthaushaltsplan 2026 einstimmig zu.

Fortbildungsordnung

Ebenfalls einstimmig ergänzt wurde die Fortbildungsordnung. Maier erläuterte, dass die fehlende Ermächtigungsgrundlage für Richtlinien nachgetragen und die Neutralitätspflicht ausgeweitet wurde: Künftig müssen Anbieter auch bei nichtgesponserten Veranstaltungen zusichern, dass diese produktneutral sind und Inte-

ressenkonflikte offenlegen. Die zugehörigen Richtlinien wurden im Anschluss bestätigt.

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Maier stellte die neue Satzung für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst vor, die einen Beschluss der Bundesärztekammer vom März 2025 umsetzt. Maier erläuterte die fachlichen Voraussetzungen für die Qualifikation: Neben der Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung seien die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin sowie die Qualifikation als Leitender Notarzt erforderlich. Zudem müssten Bewerber eine andauernde Tätigkeit als Notarzt mit mindestens 500 eigenständig absolvierten Einsätzen sowie das spezifische ÄLRD-Seminar nachweisen. Die Delegiertenversammlung nahm die neue Satzung einstimmig an.

Wahlen

Der Liste der Abgeordneten zum 130. Deutschen Ärztetag in Hannover wurde einstimmig zugestimmt. Zudem wählte die Versammlung mit Dr. med. Michael Willi Habekost einen weiteren Vorsitzenden für die Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse nach. In der anschließenden Diskussion mahnte Dr. med. Brigitte Ende mehr Transparenz hinsichtlich der Zusammensetzung des Prüferpools an und kritisierte, dass insbesondere Kolleginnen oft nicht als Prüferinnen angefragt würden.

Sanierung des Akademiegebäudes

Die Ärztliche Geschäftsführerin Nina Walter und der kaufmännische Geschäftsführer Christoph Berger informierten die Delegierten über den aktuellen Stand der geplanten Sanierungsmaßnahmen am Akademiegebäude. Walter verkündete, dass das Projekt voll im Zeitplan liege. Die größte Herausforderung sei die Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs während der Bauphase. Hierfür sei eine glückliche Lösung gefunden worden: Die Kammer könne Räumlichkeiten der Stadt Bad Nauheim in unmittelbarer Nachbarschaft anmieten – ein leer stehendes Schulgebäude. Insgesamt könnten alle für 2026 geplanten



Jörg Focke

ten Veranstaltungen ohne Absagen stattfinden. Teure externe Anmietungen oder Containerlösungen seien damit vom Tisch.

Bericht der AG Klimaschutz

Svenja Krück, Klimaschutzbeauftragte der LÄKH, ging zuerst auf den drastischen Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung ein. Während 2021 noch 51 % der Bevölkerung den Klimaschutz als wichtigstes Thema ansahen, sei das Interesse massiv gesunken. Dies stehe im Widerspruch zu aktuellen Prognosen, die eine Erderwärmung von bis zu 2,5 Grad vorhersagen. Als Reaktion darauf beschäftige sich die Ärztekammer nun verstärkt mit der Anpassung an die nicht mehr verhinderbaren Folgen („sekundäre Prävention“), etwa durch den Hessischen Hitzeaktionsplan. Ausdrückliches Lob zollte sie der Verwaltung für die Sanierungspläne in Bad Nauheim. Die Entscheidung für Rückbau statt Neubau sowie der Einsatz von Photovoltaikanlagen und Wärmepumpen seien vorbildliche Schritte auf dem Weg zur Klimaneutralität der Kammer. Dr. med. Peter Zürner schlug eine stärkere Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Kommunikation vor.

Anträge und Beschlüsse

Die Delegierten verabschiedeten eine Reihe von Resolutionen und fassten Beschlüsse zu aktuellen Themen.

Keine ärztlichen Dienstleistungen durch nichtärztliche Anbieter:

Die Delegiertenversammlung sprach sich entschieden gegen die Ausübung von



Dr. med. Susanne Johna

Heilkunde in Form von Diagnostik, Indikationsstellung, Therapie und Prävention durch Drogeriemärkte, Internetanbieter und andere gewerbliche Dienstleister aus. Die Politik wurde aufgefordert, bestehende Gesetze zum Schutz der Heilkundeausübung konsequent anzuwenden und Verstöße zu sanktionieren. Zur Begründung wurde auf eine wachsende Zahl fragwürdiger Angebote verwiesen, die oft gegen geltendes Recht verstoßen und die Patientensicherheit gefährden. (Antrag: Dirk Paulukat, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, et al.)

Keine Spaltung der Heilberufe:

Mit großer Sorge betrachtete die Delegiertenversammlung auch die fortschreitenden politischen Bestrebungen, ärztliche Kernkompetenzen auf nichtärztliche Berufsgruppen zu übertragen. In einer Resolution warnten die Delegierten davor, Bereiche wie Diagnostik, Therapieeinleitung, das Impfen oder die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der ärztlichen Verantwortung zu lösen. Die Landesärztekammer bekenne sich zwar ausdrücklich zu einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit; diese könne jedoch nur funktionieren, wenn Kompetenzgrenzen respektiert würden und die Politik Rahmenbedingungen schaffe, die Sicherheit und Vertrauen stärkten, statt die Heilberufe zu spalten. (Antrag: Dr. med. Michael Weidenfeld, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, et al.)

Ethanol zur Desinfektion erhalten:

Mit Nachdruck forderten die Delegierten die Europäische Chemikalienagentur (ECHA) und die hessische Landesregierung auf, sicherzustellen, dass Ethanol auch künftig für die Desinfektion im medi-



Dr. med. Hansjoachim Stürmer

zinischen Bereich verfügbar bleibt. Hintergrund ist die drohende Einstufung von Ethanol als krebserregend, was faktisch einem Verbot in Biozidprodukten gleichkäme. Die Versammlung betonte, dass Ethanol aufgrund seiner Wirksamkeit und Verfügbarkeit unverzichtbar sei. (Antrag: Dr. med. Christian Schwark, Marburger Bund Hessen, et al.)

Erhalt des freien Zugangs zur Psychotherapie:

Die Delegierten forderten, dass der Erstzugang zur Psychotherapie weiterhin direkt über die psychotherapeutischen Praxen möglich sein muss. Eine zusätzliche Hürde in Form einer vorgeschalteten Überweisungspflicht durch Haus- oder Kinderärzte („Gatekeeper-Funktion“) wurde entschieden abgelehnt. Psychische Erkrankungen seien oft schambesetzt; Barrieren könnten dazu führen, dass betroffene Menschen gänzlich auf eine notwendige Behandlung verzichten. (Antrag: Pierre Frevert, LDÄÄ, et al.)

Hybride Sitzungen:

Ausgiebig diskutiert wurde ein Antrag zur Ermöglichung einer hybriden Teilnahme an der Delegiertenversammlung (Antrag: Dr. med. Eva See, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, et al.). Die Befürworter argumentierten mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Inklusion. Die Gegner warnten vor rechtlichen Risiken bei Wahlen und dem Verlust der Diskussionskultur. Der Antrag wurde denkbar knapp (32 zu 30 Stimmen) zur weiteren Beratung an das Präsidium überwiesen.

Pädiatrische Fortbildung – besser Kompromiss als keine Lösung:

Eine längere Debatte entzündete sich an dem Plan, übergangsweise mindestens

vierwöchige Delegationen in ambulante Weiterbildungsstätten für den Facharzt Kinder- und Jugendmedizin zuzulassen. Kritiker sahen dadurch die Weiterbildungsqualität gefährdet. Das Präsidium stellte klar, dass dies ein befristeter Not-Kompromiss sei, um Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung den Abschluss zu ermöglichen, da ambulante Stellen oft nicht finanziert seien und dadurch nicht alle eine ambulante Weiterbildungsstätte fänden. Die Antragsteller ließen sich von den umfassenden Argumenten überzeugen und das Thema wurde nach der sehr ausgewogenen Diskussion als behandelt betrachtet.

Sichere Finanzierung der Weiterbildung:

Die Delegierten forderten Bundesregierung, Landesregierungen und Kostenträger auf, eine extrabudgetäre, faire und nachhaltige Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen. Als mögliche Instrumente wurden ein Förderfonds oder ein Gutscheinsystem vorgeschlagen. Angesichts eines prognostizierten Fachkräftemangels sei die Qualifizierung zum Facharzt unerlässlich, was eine finanzielle Unabhängigkeit voraussetze. (Antrag: Dr. med. Wolf Andreas Fach, Fachärztinnen und Fachärzte Hessen, et al.)

Bekräftigung des Genfer Gelöbnisses und Begrüßung des Triage-Beschlusses:

Mit einem einstimmigen Beschluss bekräftigten die Delegierten das Ärztliche Gelöbnis. Faktoren wie Alter, Krankheit oder soziale Stellung dürften nicht zwischen die ärztliche Pflicht und die Patienten treten. Die Delegierten betonten, dass Debatten über Priorisierung niemals dazu führen dürften, alte Menschen zu Bürgern zweiter Klasse zu machen. (Antrag: Dr. Brigitte Ende, LDÄÄ, et al.)

Passend dazu begrüßte die Versammlung den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur **Triage-Regelung** im Infektionsschutzgesetz. Damit verbunden richteten die Delegierten einen dringenden Appell an die hessische Landesregierung, kein neues Landesgesetz zur Triage zu verabschieden. Ärztliches Handeln sei bereits durch die Berufsordnung und das Genfer Gelöbnis geregelt; eine zusätzliche Regulierung sei nicht nur unnötig, sondern in Krisensituationen sogar potenziell schädlich. (Antrag: Dr. med. Jörg Focke, Marburger Bund, et al.)

Peter Böhnel

Gute Unternehmensführung

Bericht des Versorgungswerkes aus der Delegiertenversammlung

Der Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, informierte die Delegierten im Rahmen der Delegiertenversammlung am 22. November darüber, dass am Tage vor der Versammlung auch der Bundesrat den neuen Rechengrößen für die Sozialversicherung zugestimmt hat. Der Beitragssatz der Deutschen Rentenversicherung bleibt im Jahr 2026 bei 18,6 %, wohingegen die Bemessungsgrenze von monatlich 8.050 € auf 8.450 € steigt. Beides ist auch für das Versorgungswerk maßgeblich. Der monatliche Höchstbeitrag steigt dadurch auf 1.571,70 € (siehe Seite 42).

Von der von der Bundesregierung geplanten Aktivrente profitieren auch (angestellte) Ärztinnen und Ärzte, indem Gehälter bis zur Grenze von 2.000 € im Monat von der Lohnsteuer befreit werden. Für Selbstständige soll dies nicht gelten. Der Vorstandsvorsitzende prangerte diese Ungleichbehandlung genauso an wie die Arbeitsgemeinschaft der Berufsständischen Versorgungseinrichtungen (ABV) als die zentrale Interessenorganisation. Auch selbstständige Freiberufler, die länger arbeiten, leisteten einen wertvollen Beitrag zur Überwindung des Fachkräftemangels, so Dr. von Schenck.

Neues ABV-Prädikat

Als Reaktion auf die Fehlentwicklungen bei einer Berliner Einrichtung sowie die negative Berichterstattung zur berufsständischen Versorgung hat die ABV ein neues Prädikat aus der Taufe gehoben, welches von den Versorgungswerken beantragt werden kann. Voraussetzung ist, dass sie bestimmte Voraussetzungen der



Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg

guten Unternehmensführung erfüllen und dies von einem Wirtschaftsprüfer bestätigt wird. Erforderlich ist etwa ein Risikomanagement, regelmäßige ALM-Studien und Stresstests sowie ein Jahresabschluss-Testat. Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen erfüllt sämtliche Kriterien für das Prädikat schon seit vielen Jahren und wird es in diesem Jahr beantragen.

Gutes Jahr für Kapitalanlagen

Zum Ende seines Berichtes ging der Vorstandsvorsitzende auf die Entwicklung der verschiedenen Anlagen des Versorgungswerkes im Jahr 2025 ein (Stand Anfang November). Mit einem Marktwert von rund 3,8 Mrd. € ist die Wertpapier-Direktanlage nach wie vor das wichtigste Standbein. Der Durchschnittscoupon der Wertpapiere lag bei 3,42 %. Die Fondsanlagen hatten einen Marktwert von 2,99 Mrd. € und konnten bis zum genannten Stichtag um 5,96 % zulegen; überwiegend handelt es sich dabei um Aktien- und nur zu einem

kleineren Teil um Anleihefonds. Die Immobilien des Versorgungswerkes hatten einen Buchwert von 1,20 Mrd. € und einen Zeitwert von 1,66 Mrd. €; die Erträge beliefen sich auf 51 Mio. €. Der Vorstandsvorsitzende geht davon aus, dass der Tiefpunkt der Krise an den

Immobilienmärkten etwa Mitte 2024 erreicht wurde. Seitdem sei bei den Kaufpreisen und Mieten eine Aufwärtstendenz zu beobachten. Letztere sei bei Wohn- und Büroimmobilien auch signifikant. Allein bei Einzelhandels-Liegenschaften sei die Erholung langsamer. Immer wichtiger sind für das Versorgungswerk zuletzt auch die sogenannten Alternativen Investments geworden, die z. B. Beteiligungen an Private Equity- und Infrastrukturfonds umfassen. Diese Anlagen reagieren zum einen deutlich träger auf wirtschaftliche Entwicklungen und zum anderen ist die Ermittlung der Werte der Beteiligungen viel aufwendiger. Deshalb wird über sie jeweils nur halbjährlich berichtet. Das Versorgungswerk geht davon aus, auch im Jahr 2025 wieder einen Überschuss zu erwirtschaften.

Johannes Prien

Referent des Vorstandes,
Versorgungswerk
der Landesärztekammer Hessen

Foto: Isoldé Asbeck

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

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

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



„Stillstand bedeutet Rückschritt“

Ausblick und Retrospektive: Interview mit Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen

In einer Zeit vielfacher Herausforderungen und Bedrohungen ist eine starke Vertretung der Ärzteschaft durch ihre Kammer wichtiger denn je. Im Interview gibt der Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), Dr. med. Edgar Pinkowski, einen Rückblick auf die Arbeit der LÄKH im vergangenen Jahr und wirft einen Blick auf die Pläne und Neuerungen für 2026.

Fangen wir mit der Arbeit in der Ärztekammer an. Was waren hier die wichtigsten Themen des Jahres 2025?

Eine der Kernaufgaben der LÄKH ist und bleibt die ärztliche Fort- und Weiterbildung, denn Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine Therapie gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Deshalb sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden. Dieser Aufgabe stellt sich die kammereigene Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, die auf verschiedenen Ebenen weiterentwickelt wurde und wird.

... und wie hat sich die Akademie im vergangenen Jahr entwickelt?

Pinkowski: Sehr gut! Die Erfahrungen aus der Covid-Pandemie haben uns gelehrt, dass viele Angebote auch live-online oder sogar als On-Demand-Fortbildung möglich sind. Diesen Weg hat die Akademie 2025 konsequent weiterbeschritten und das entsprechende Angebot an Kursen und Seminaren deutlich erweitert. Ein derartiges Angebot braucht entsprechend ausgerüstete Räumlichkeiten. Unser Akademiegebäude ist aber inzwischen in die Jahre gekommen ist, deshalb hat die Delegiertenversammlung beschlossen, das Gebäude zu sanieren. Es wird technisch und architektonisch auf den aktuellen Stand gebracht und natürlich werden auch nachhaltige energetische Vorgaben berücksichtigt.

Gab es weitere Projekte im Bereich der Weiterbildung?

Ja, die Beratung und Unterstützung für weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte sowie für die jungen Kolleginnen und Kollegen wurde deutlich ausgebaut. Wir haben zum Beispiel zielgruppengerechte Online-Seminare rund um das Thema E-Logbuch angeboten und auch die dazugehörige FAQ-Seite über-

arbeitet. Der Befugungsprozess wurde vollständig digitalisiert. Außerdem wurde die gesamte Weiterbildungsseite auf unserer Homepage neu strukturiert: Sie ist jetzt wesentlich übersichtlicher und nutzerfreundlicher.

Die LÄKH ist ja auch für die Berufsausbildung der Medizinischen Fachangestellten zuständig. Was hat sich dort getan?

Pinkowski: Das ist ein weiterer wichtiger Schwerpunkt. Mit der Carl-Oelemann-Schule verfügt die LÄKH über eine sehr leistungsstarke Einrichtung, in der nicht nur die sogenannte überbetriebliche Ausbildung stattfindet, sondern auch zahlreiche Fortbildungen inklusive der Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin beziehungsweise zum Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung. Ich freue mich sehr, dass die Carl-Oelemann-Schule 2025 ihr 50-jähriges Jubiläum feiern konnte.

Solche Aufgaben gelingen nur mit guten Mitarbeitern. Wie stellt sich die Ärztekammer hier auf?

Pinkowski: Das stimmt. Wir stehen – wie andere Arbeitgeber auch – im Wettbewerb um qualifizierte Beschäftigte. Die geburtenstarken Jahrgänge gehen in den Ruhestand und das betrifft natürlich auch die Kammer. Um attraktiv zu bleiben, bieten wir neben einer wettbewerbsfähigen Bezahlung unseren Beschäftigten auch interne Fortbildungen, Gesundheitsangebote, ein RMV-Jobticket und ganz aktuell auch die Möglichkeit für ein Dienstfahrrad an. Damit verbinden wir sowohl gesundheitliche Vorteile als auch klimafreundliches Pendeln zum Arbeitsplatz.

Nicht zuletzt heißt es ja: Tue Gutes und rede darüber. Genau dies haben wir verstärkt, indem wir unter anderem vermehrt Informationen auf den Social-Media-Kanälen wie Instagram einstellen. Auf der Plattform X, ehemals Twitter, haben wir unsere Aktivitäten dagegen aufgrund der zunehmenden Verbreitung von Falschinformationen und Extremismus eingestellt.



...wie beeinflussen in diesem Zusammenhang geopolitische Herausforderungen die Arbeit der Kammer?

Pinkowski: Die veränderte weltpolitische Lage macht auch vor der Medizin und damit auch vor der Kammer nicht halt. Wir sind deshalb besonders stolz, dass unser Symposium zur zivil-militärischen Zusammenarbeit auf Schloss Oranienstein zum dritten Mal hochrangig besetzt und bis auf den letzten Platz ausgebucht war. Es ist ein Baustein, wie wir unserer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden wollen. Für eine gute Patientenversorgung ist ein resilientes Gesundheitssystem in Krisenzeiten unabdingbar!

Schauen wir nach vorne: Wie sehen die Pläne der Landesärztekammer für das Jahr 2026 aus?

Pinkowski: Ein großer Hub wird der Umbau des Akademiegebäudes, zumal der

Akademiebetrieb ohne Einschränkungen weiterlaufen wird. Dazu wird ein Teil der Veranstaltungen an unserem Standort in Frankfurt stattfinden. Darüber freue ich mich besonders, denn das Haus haben wir von Anfang an auch als Haus der ärztlichen Begegnung geplant.

Wir sind zudem 2027 Gastgeberkammer des Deutschen Ärztetages. Solch eine riesige Veranstaltung lässt sich nicht mal eben so planen, deshalb sind wir bereits mitten in den Vorbereitungen, um die hessische Ärzteschaft gebührend zu repräsentieren. Beim kommenden Ärztetag in Hannover werden wir dafür auch schon kräftig die Werbetrommel rühren.

...jeder spricht von Digitalisierung. Gibt es auch dort Neuerungen?

Pinkowski: Natürlich! Die Zuordnung von Fortbildungspunkten der Veranstaltung wird vollständig digitalisiert. Das reduziert

Übertragungsfehler und beschleunigt den Prozess. Genauso verfahren wir auch in der MFA-Abteilung. Die dortigen Akten und deren Bearbeitung werden vollständig auf ein digitales Verfahren umgestellt, das in einem sehr guten Miteinander der betroffenen Abteilungen gemeinsam entwickelt wurde. Auch unsere Homepage und unsere Präsenz auf den Social-Media-Kanälen werden wir dauerhaft weiterentwickeln.

Zusammenfassend lässt sich das so formulieren: Stillstand bedeutet Rückschritt. Unser Ziel ist die stete Fortentwicklung unserer Angebote für unsere Mitglieder. Dafür stehe ich.

Interview:
Dr. med. Peter Zürner
& **Lukas Reus**

Information für alle Nutzerinnen & Nutzer des Portals

Anstehende Systemänderungen zur Modernisierung der IT-Infrastruktur

Liebe Mitglieder,
um unser Portal weiterhin sicher und zukunftsorientiert betreiben zu können, führen wir in den kommenden Monaten wichtige Systemänderungen durch. Ziel dieser Änderungen ist es, unsere IT-Infrastruktur mit modernster Technologie auszustatten und langfristig stabil und leistungsfähig aufzustellen.

1. Anpassung von Benutzernamen und E-Mail-Adressen

Im ersten Schritt sind einige Vorbereitungen erforderlich, bei denen wir auf Ihre Unterstützung angewiesen sind. Für die zukünftige Systemarchitektur müssen einzelne Benutzernamen sowie E-Mail-Adressen angepasst werden.

Über diese Änderungen wurden bereits Informationsschreiben per Post und E-Mail versendet. Wir bitten Sie, die dort beschriebenen Schritte zeitnah umzusetzen, damit die weiteren Anpassungen reibungslos erfolgen können. Sollten Sie keinen Brief oder

keine E-Mail von uns erhalten haben, müssen Sie nichts unternehmen.

2. Erneuerung des Anmeldeverfahrens

Im zweiten Schritt erfolgt die zentrale technische Umstellung: Das Anmeldeverfahren wird umfassend modernisiert und auf eine neue Authentifizierungsplattform umgestellt.

Für Sie als Nutzerinnen und Nutzer wird diese Änderung zunächst kaum spürbar sein. Lediglich beim Zurücksetzen oder Anfordern eines neuen Passworts kann es zu leicht veränderten Abläufen kommen. Die gewohnten Funktionen des Portals bleiben unverändert bestehen.

3. Sicherheit und Zukunftsfähigkeit an erster Stelle

Der Schutz Ihrer Daten sowie die langfristige Weiterentwicklung der gesamten IT-Infrastruktur gehören zu den Kernaufgaben der Stabsstelle IT. Mit diesen Maßnahmen schaffen wir die Grundlage für ein

sicheres, modernes und nachhaltiges Portal, das auch zukünftigen Anforderungen gerecht wird.

Wir bedanken uns bereits jetzt für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung während der Umstellungsphase.

Fragen oder Unterstützungsbedarf?

• Stabsstelle IT:

Für inhaltliche Fragen rund um die Systemumstellung steht Ihnen die Stabsstelle IT gerne zur Verfügung. E-Mail an: organisation@laekh.de

• Servicestelle Portal:

Die Servicestelle Portal hilft bei allen Fragen und Problemen zur Portalanmeldung, E-Mail an: portal@laekh.de

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ralf Münzing
Sandra Losert
Stabsstelle IT
der Landesärztekammer Hessen

Der Weltdeutung verpflichtet

Zeichnungen Max Beckmanns im Frankfurter Städel

Der Künstler als Cowboy mit Holzfällerhemd, Zigarette im Mund und Fisch in der Hand: In Max Beckmanns spätem, mit kräftigen Strichen zu Papier gebrachtem „Selbstbildnis mit Fisch“ (1949) drückt sich das Spannungsverhältnis zwischen Anpassung an das neue Lebensumfeld in den USA und künstlerischer Selbstbehauptung aus. Die Zeichnungen Max Beckmanns, lange als „Nebenwerk“ seiner monumentalen Gemälde betrachtet, erweisen sich im Städel Museum als Chronik eines Jahrhunderts der Veränderungen und Erschütterungen.

Wie ein privates Tagebuch spiegeln sie nicht nur die künstlerische Entwicklung Beckmanns wider, sondern auch die sein Leben prägenden Verschiebungen der europäischen Geschichte. Mit der Ausstellung „Beckmann“ rückt das Städel Museum zum ersten Mal seit 40 Jahren das zeichnerische Werk eines der bedeutendsten Maler der europäischen Moderne in den Mittelpunkt. Max Beckmann (1884–1950), für den diese Arbeiten Medium der Beobachtung, der Bildfindung, aber auch der Bild-Erfindung waren, entwickelte mit ihnen eine eigene, unverwechselbare Bildsprache.



Caroline und Stephen Adler, Foto: Max Yawney

Max Beckmann: Rodeo, 1949, Feder in Schwarz über Bleistift

Gezeichnetes Tagebuch einer Epoche

Rund 80 Zeichnungen – von der raschen Skizze bis zum autonomen Bild, ergänzt um wenige Gemälde, Druckgrafiken und farbige Blätter, spannen einen Bogen von Beckmanns Anfängen in Berlin bis zu seinen letzten Jahren in den USA. Das Städel verfügt über einen der herausragendsten Beckmann-Bestände weltweit. Anlass für die Ausstellung, die auch Leihgaben anderer Museen umfasst, waren ein Zuwachs der Sammlung im Jahr 2021 und die Veröffentlichung des dreibändigen Werkverzeichnisses der schwarz-weißen Zeichnungen von Max Beckmann. Die retrospektive Schau – zu sehen bis zum 15. März 2026 – folgt nicht einfach einer Werkchronologie, sondern zeigt in sechs Kapiteln die Zeichnungen in Feder, Kreide oder Bleistift als künstlerische Verarbeitung von Lebens- und Zeitereignissen.

Von Impressionismus zu Expressionismus

Sanfte Schraffuren modellieren Beckmanns Selbstportrait aus dem Jahr 1912. Kritisch, sich selbst und der Gesellschaft gegenüber, blickt der noch nicht Dreißigjährige dem Betrachter entgegen. Laterne hüllen eine – vermutlich 1913 entstandene – abendliche Straßenszene in atmosphärisches Licht: Beckmanns frühe Berliner Zeichnungen verraten seine damalige Nähe zum deutschen Impressionismus. Inhaltlich setzte er sich anhand biblischer oder mythologischer Motive mit grundlegenden menschlichen Konflikten auseinander. Spätestens die Skizzen zu „Die Nacht“ (1918/19), die einen Ausbruch mörderischer Gewalt festhalten, dessen Zeuge er vermutlich war, und als dystopische Reflexion auf die gesellschaftliche Situation Deutschlands gedeutet werden, markieren mit dem Aufkommen des Expressionismus die erste Veränderung – weg von der distanzierten Geschichtsszene hin zu persönlichen Erlebnissen.



Sammlung Hans Kinkel im Germanischen Nationalmuseum, Nürnberg, Foto: Monika Runge

Max Beckmann: Abendliche Straßenszene, 1913 (?), Feder in Schwarz und schwarze Pastellkreide, laviert

Der Krieg als Zäsur

Der Erste Weltkrieg führt zu einem deutlichen stilistischen Wandel: Beckmanns Zeichnungen werden knapper, kantiger und härter. Reduzierte, verzerrte Formen bestimmen die Darstellung der Figuren. Anfangs hatte sich Beckmann von seiner freiwilligen Meldung zum Sanitätsdienst neue Impulse für sein Schaffen erhofft, doch die grausame Realität des Krieges holte ihn ein. Beckmann zeichnete ermüdete Soldaten, verwundete Körper und Tote. Nur wenige Striche formen Gesicht und Oberkörper eines verwundeten Soldaten mit Kopfverband aus dem Jahr 1915. Verstörend mutet die Zeichnung eines aufgebahrten Kriegstoten an, den Beckmann in starker perspektivischer Verkürzung und mit sparsamen Konturlinien gezeichnet hat. „(...) mein Lebenswillen ist augenblicklich stärker als je, trotzdem ich schon furchtbare Sachen miterlebt und selbst schon einige Male mit gestorben bin. (...) Ich habe gezeichnet, das sichert einen gegen Tod und Gefahr“, schrieb er im Oktober 1914 an seine Ehefrau in Berlin.

Perspektivische Verzerrungen

Ein intimer Moment von Nähe und Vertrautheit: In der Federzeichnung „Schäferstündchen“ hält Beckmann eine Szene privater Geborgenheit des Ehepaares Battenberg auf dem Wohnzimmersofa fest: Als der Künstler 1915 nach Frankfurt am Main kam und Zuflucht bei seinem Studienfreund Ugi Battenberg und dessen Frau Fridel fand – sie nahmen ihn in ihrer Wohnung in der Schweizer Straße 3 auf und überließen ihm auch das dortige Atelier –, verschob sich der Fokus von der Front auf das zivile Leben. Nach den traumatisierenden Kriegserfahrungen entwickelte Beckmann in den Frankfurter Jahren eine radikal verdichtete Formensprache: Flächenhafte Kompositionen und perspektivische Verzerrungen, wie etwa in den „Drei Zuschauern vor einer Bühne“ (1917), und dem Lithografiezyklus „Die Hölle“ (1919), einer der sozialkritischsten Arbeiten der Frankfurter Jahre, lassen Groteskes sichtbar werden.

Reaktion auf den Nationalsozialismus

Von 1915 bis 1933 lebte Beckmann in Frankfurt, war dort fest verortet und hatte einen Lehrauftrag an der späteren Städelschule. Er schätzte die Weltoffenheit und Toleranz der Stadt, ihre „kurzen Wege“ – Beckmann war ein leidenschaftli-

cher Spaziergänger-, aber auch ihre Widersprüche. Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten begann die zunehmende Mythisierung und rätselhafte Komplexität seiner Kompositionen. Aus der Lehrtätigkeit entlassen und als „entartet“ diffamiert, zog sich der Künstler in seine Arbeit zurück und reagierte 1933 mit einer Gruppe motivisch unterschiedlicher Aquarelle, in denen Gewalt und Begehren, Bedrohung und Verwandlung ineinandergreifen – darunter „Der Mord“ (1933), „Geschwister“ (1933/37) sowie „Schlangenkönig und Hummerfrau“ (1933).

Zeit existenzieller Ängste und materieller Unsicherheit: 1937 reiste Beckmann aufgrund der immer bedrohlicheren politischen Entwicklung in Deutschland nach Amsterdam. Ursprünglich nur als Zwischenstation geplant, währte das Exil infolge des Zweiten Weltkriegs fast zehn Jahre lang. Eine Zeit, in der ein feines Netz aus Literatur und Selbstreflexion entstand: In den 143 Federzeichnungen zu Goethes „Faust II“, von denen die Ausstellung eine kleine Auswahl zeigt, verschmolz Beckmann die eigene Exilerfahrung mit den großen Themen des Dramas: Macht und Ohnmacht, Geschlechterkampf und der ewige Handel zwischen Erkenntnis und Verblendung. BildmäÙig komponierte Arbeiten wie „Haltestelle“ (1945) spiegelten die Erfahrung von Isolation und Stillstand im Exil. In „Champagnerglas“ (1945) verwandelte er sein Lieblingsgetränk in einer surrealen Vision zu einer symbolischen Ursuppe des Menschen.

Künstlerische Eigenständigkeit

1947/48 wagte der Künstler einen Neuanfang in den Vereinigten Staaten; bis zu seinem Tode 1950 lebte er in New York. Während um ihn herum Abstraktion die zeitgenössische Kunst dominierte, blieb er dem Figurativen und der erzählenden Komposition treu – eine Eigenständigkeit, die in späten Zeichnungen wie „Selbstbildnis mit Fisch“ oder „Rodeo“ (1947) deutlich wurde, in denen er sich mit seiner neuen Umgebung auseinandersetzte. Die Körper waren noch kantiger geworden, die Räume klar konturiert, aber die existenzielle Unruhe blieb.

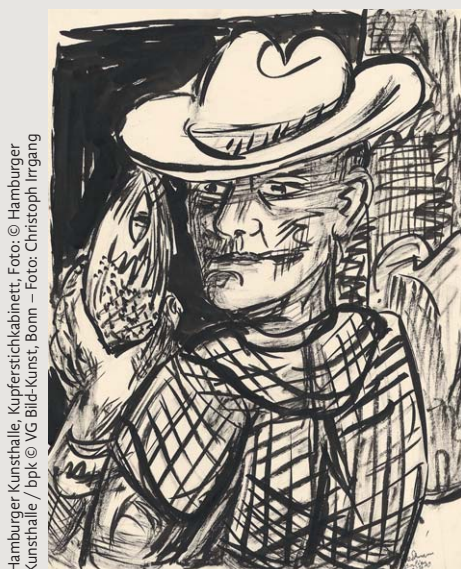


Max Beckmann: Der Mord, 1933, Aquarell und Pinsel in Schwarz über schwarzer Kreide

Wer die sechs Kapitel der Ausstellung durchmisst – von Berlin über die Schützengräben, die Frankfurter Ateliers, die Amsterdamer Wohnungen bis zu den Jahren in den USA –, begegnet einem großen Zeichner und Chronisten, der sich der Weltdeutung verpflichtet sieht. Die Schau schließt programmatisch mit „Backstage“ (Hinter der Bühne), 1950, einem der letzten unvollendeten Gemälde Beckmanns, und dem Bildnis seines Freundes Georg Swarzenski (1950), Direktor des Städtischen Kunstinstituts, der 1918 den ersten großen Beckmann-Bestand im Städel aufgebaut hatte.

Katja Möhrle

Informationen: www.staedelmuseum.de



Max Beckmann: Selbstbildnis mit Fisch, 1949, Pinsel in Schwarz über Kohle



Max Beckmann: Quappi mit Kerze, 1928, Schwarze Kreide und weiÙe Gouache

Städel Museum, Frankfurt am Main, Dauerleihgabe aus der Sammlung Karin & Rüdiger Volhard

Kunstmuseum Basel, Kupferstichkabinett, Foto: Kunstmuseum Basel

Interprofessionelle Visiten von Ärztinnen und Ärzten und klinischen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Struktureller Ablauf, Kasuistiken und Bedeutung vor allem im Kontext knapper Ressourcen

Yvonne Jäger

Foto: © lenetsnikolai – stock.adobe.com



Die interprofessionelle Visite zwischen ärztlichem Dienst und klinischer Pharmazie gewinnt in Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung.

Einführung

Die interprofessionelle Visite zwischen ärztlichem Dienst und klinischer Pharmazie gewinnt in Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung. Multimorbide Patientinnen und Patienten, komplexe Arzneimitteltherapien und die steigende Arbeitsverdichtung im stationären Bereich erfordern eine strukturierte, fachübergreifende Zusammenarbeit. Klinische Pharmazeutinnen erweitern die medizinische Perspektive um eine spezialisierte pharmakologische Expertise und erhöhen damit systematisch die Arzneimitteltherapiesicherheit.

Ablauf einer interprofessionellen Visite

Eine typische Visite beginnt mit einer kurzen interprofessionellen Besprechung. Auf Grundlage aktueller Laborbefunde, klinischer Auffälligkeiten und Medikationsänderungen werden Prioritäten festgelegt. Während der gemeinsamen Visite bewertet das ärztliche Team die klinische Gesamtsituation, während die klinische Pharmazie gleichzeitig die medikamentöse Therapie u. a. anhand folgender Parameter prüft:

- Dosisadäquanz
- Nieren- und Leberfunktion
- Medikamenteninteraktionen

- Doppelverordnungen
- Applikationsfehler
- Leitlinienkonformität
- potenziell inadäquate Medikation (PIM), insbesondere im Alter

Gemeinsam können dann auch Indikationen ohne Arzneimittel bzw. Arzneimittel ohne Indikation identifiziert werden. Entscheidungen zur Anpassung oder Optimierung der Therapie werden unmittelbar abgestimmt und direkt in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Der kombinierte Blick aus medizinischer und pharmakologischer Perspektive reduziert die Fehlerquote und erhöht Qualität und Präzision der Therapieentscheidungen.

Ressourcenkontext: Bedeutung interprofessioneller Visiten angesichts knapper ärztlicher Kapazitäten

Der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheitswe-

sen, hohe Arbeitslast, Schichtmodelle und steigende Dokumentationsanforderungen führen zu einer strukturellen Knappheit ärztlicher Arbeitszeit. In diesem Kontext fungiert die klinische Pharmazie als wertvolle Ergänzungsressource.

Interprofessionelle Visiten verbessern die Versorgung gerade wegen der knappen Ressourcen:

- **Entlastung:** Die pharmakologische Detailprüfung erfolgt durch die klinische Pharmazie – das ärztliche Team gewinnt Zeit für Diagnostik, Gespräche und Therapieentscheidungen.
- **Verringerung der „kognitiven Last“:** Multimedikation, Interaktionen und altersabhängige Risiken erfordern eine hohe Aufmerksamkeit, die unter Zeitdruck oft nur begrenzt verfügbar ist.
- **Fehlerprävention:** Unter Ressourcenknappheit steigt die Wahrscheinlichkeit vermeidbarer Medikationsfehler. Die zusätzliche Expertise wirkt hier als Sicherheitsnetz.
- **Effizienz:** Die unmittelbare Abstimmung vermeidet zeitaufwendige Rückfragen und Korrekturschleifen zwischen Berufsgruppen.

Übersichtsbox 3: Vorteile interprofessioneller Visiten

Bereich	Konkreter Nutzen
Patientensicherheit	Weniger Interaktionen, Dosierungsfehler, PIM, Doppelverordnungen
Versorgungsqualität	Leitliniengerechtere Pharmakotherapie, individuellere Anpassungen
Ressourceneffizienz	Entlastung des ärztlichen Dienstes, weniger Korrekturschleifen
Ökonomische Effekte	Vermeidung von UAW, kürzere Liegezeiten
Patientenzentrierung	Mehr Zeit für Gespräche, bessere Adhärenz

Entgegen der Erwartung ist die interprofessionelle Visite somit kein zusätzlicher Zeitaufwand, sondern eine effizienzsteigernde strukturelle Maßnahme, die das System entlastet und Versorgungsqualität steigert.

Kasuistik 1: Multimedikation bei multimorbidem geriatrischem Patienten

Ein älterer Patient mit Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes und arterieller Hypertonie erhält zwölf verschiedene Arzneimittel. Während der Visite identifiziert die klinische Pharmazeutin eine Doppelverordnung und einen für COPD ungünstigen Betablocker. Die Medikation wird auf neun Präparate reduziert und leitliniengerecht angepasst.

Nutzen: geringere Nebenwirkungen, höhere Adhärenz, Entlastung des ärztlichen Teams bei komplexen Schemata.

Kasuistik 2: Dosisanpassung bei eingeschränkter Nierenfunktion

Ein Patient mit bakterieller Pneumonie erhält ein Breitspektrum-Antibiotikum in Standarddosierung, obwohl seine Kreatinin-Clearance eine deutliche Einschränkung zeigt. Die klinische Pharmazie empfiehlt eine reduzierte Dosis und eine Verlängerung des Dosierungsintervalls.

Nutzen: Minimierung nephrotoxischer Risiken, therapeutisch ausreichende Wirkspiegel.

Kasuistik 3a und b: Vermeidung schwerer Interaktionen zwischen Psychopharmaka und Analgetika

a) Zur Schmerztherapie soll ein starkes Opioid ergänzt werden. In Kombination mit einem bestehenden SSRI entsteht ein erhöhtes Risiko für ein Serotoninsyndrom. Die klinische Pharmazie schlägt ein risikoärmeres Alternativenalgetikum vor.

b) Nach chirurgischem Eingriff soll für mehrere Wochen ein antiphlogistisch wirkendes NSAR in Dauertherapie verordnet werden bei bestehender Therapie mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Die klinische Pharmazie bewertet die erhöhten Blutungsrisiken durch NSAR und SSRI. Die patientenindividuellen Blutungsrisiken werden durch den ärztlichen Dienst

Handlungsempfehlungen für Kliniken

Einrichtung fester, interprofessioneller Visitenzeiten

- bevorzugte Einbindung bei:
 - geriatrischen Patienten und Patientinnen
 - Multimedikation (d. h. ≥ 5 fest verordneten Wirkstoffen in der Dauermedikation)
 - Patienten mit Verordnung von Risikowirkstoffen (z. B. enge therapeutische Breite, Antibiotika, Chemotherapeutika, Psychopharmaka)
 - Einschränkungen von Organfunktionen wie Nieren- oder Leberinsuffizienz, aber auch in Schwangerschaft und Stillzeit

– Patienten auf Intensivstation

- ergänzende Nutzung von gemeinsam validierten standardisierten Tools, z. B.:
 - AMTS-Checklisten
 - PRISCUS-/Beers-Kriterien
 - elektronischen Interaktionsdatenbanken
 - TDM-Protokollen (therapeutisches drug monitoring)
- klare Verantwortlichkeiten für Dokumentation & Umsetzung (unterstützende, beratende Funktion durch die Klinische Pharmazie und Treffen der Therapieentscheidung durch den ärztlichen Dienst)

eingebraucht. Interprofessionell wird die Verordnung eines Protonenpumpenhemmers bzw. die Umstellung auf ein anderes Antidepressivum diskutiert.

Nutzen: Vermeidung lebensbedrohlicher Interaktionen, sichere Schmerztherapie.

Kasuistik 4: Fehlervermeidung – fehlende Thromboseprophylaxe nach Operation

Nach einem orthopädischen Eingriff wurde die Thromboseprophylaxe versehentlich nicht elektronisch angeordnet. Im Rahmen der Visite wird dies entdeckt und korrigiert.

Nutzen: Schutz vor thromboembolischen Komplikationen, zusätzliche Sicherheitsbarriere im Alltag.

Kasuistik 5: Inkompatibilität von Infusionslösungen

Ein Patient auf der Intensivstation erhält parallel kalziumhaltige Infusionen und ein β -Laktam-Antibiotikum, das in Kombination ausfällt. Die klinische Pharmazie weist auf die Inkompatibilität hin und empfiehlt eine zeitlich getrennte Gabe.

Nutzen: Vermeidung lebensbedrohlicher Ausfällungen, erhöhte Therapiesicherheit.

Kasuistik 6: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei älterer Patientin

Eine geriatrische Patientin erhält ein Benzodiazepin wegen Schlafstörungen, das aufgrund seines Sturz- und Abhängig-

keitspotenzials als PIM eingestuft wird. Die klinische Pharmazie empfiehlt ein Ausschleichen und eine sicherere Alternative. Hierbei empfiehlt die Kollegin als Alternative ein niedrig dosiertes Neuroleptikum mit möglichst niedrigem anticholinergem Load und empfiehlt Prüfung der Umstellung auf z. B. Melatonin bei Rückkehr ins häusliche Setting zur Schlafstabilisierung.

Nutzen: Reduktion von Stürzen, höhere kognitive Stabilität, Verbesserung der Lebensqualität.

Kasuistik 7: Diskussion medikamentöser Optionen aus nicht fachspezifischen Therapiegebieten

Eine junge Patientin klagt vermehrt über depressive Symptome. Vor Verordnung eines Antidepressivums regt die Klinische Pharmazie an, zunächst auf Zyklusabhängigkeit zu prüfen. Abhängig vom Ergebnis könnte ggf. zunächst auch eine Therapie eines prämenstruellen dysphorischen Syndroms erfolgen.

Nutzen: Anregung zur Prüfung alternativer Therapiekonzepte vor Initiierung medikamentöser Verordnungen.

Kasuistik 8: Verordnungskaskaden

In der Multimedikation eines Patienten finden sich zwei Wirkstoffe mit hohem Risiko für das Auftreten von Ödemen (Substanz 1/2). Zudem findet sich in einer Fol-

geverordnung ein hoch dosiertes Diuretikum, die Ödeme bestehen weiterhin. Die Klinische Pharmazie identifiziert die Risikosubstanzen für Ödeme, klärt darüber auf, dass arzneimittelbedingte Ödeme nicht immer mit Diuretika behandelbar sind und prüft gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst, ob die Ödeme in zeitlichem Zusammenhang mit der Verordnung von Substanz 1 und/oder 2 steht.

Nutzen: Identifikation von Risikosubstanzen für Verordnungskaskaden, auch aus nicht fachspezifischen Indikationsgebieten und Anregung von risikoärmeren Therapiealternativen.

Kasuistik 9: Berücksichtigung von Einflussfaktoren auf die Wirkung von Arzneimitteln

Bei einem Patienten wird eine fehlende Wirkung mehrerer sedierender Hypnotika angesprochen. Alle bisher ausprobierten, zur Nacht eingenommenen Substanzen hatten keine Wirkung auf die Einschlafstörung, standen jedoch in Verbindung mit einem starken Überhang am nächsten Morgen. Auf Intervention der Klinischen Pharmazie wird der Patient zu seinen Essgewohnheiten am Abend befragt – es stellt sich heraus, dass durch spätes Essen großer Portionen und Einnahme der Hypnotika kurz danach vermutlich die Resorption der Wirksubstanzen deutlich verzögert eintritt. Nach Änderung der abendlichen Essgewohnheiten und Anpassung der Einnahme des Hypnotikums ist die Einschlafstörung behandelt und es tritt kein Hang-Over mehr auf.

Nutzen: Berücksichtigung nicht-medikamentöser Einflussfaktoren und Berücksichtigung darreichungsformspezifischer Fragestellungen bei der Therapie

Typische pharmakotherapeutische Problemfelder (Auswahl)

Geriatrie

- PIM (= potenziell inadäquate Medikamente, z. B. Benzodiazepine, anticholinerge Substanzen)
- Polypharmazie ≥ 5 Arzneimittel
- eingeschränkte Nierenfunktion
- Sturzrisiko
- Über- aber auch Untertherapie

Intensivmedizin

- Inkompatibilitäten
- Antibiotische Therapie (Art und Dauer)
- enges therapeutisches Fenster

- Bedarf für Therapeutic Drug Monitoring

Innere Medizin

- Interaktionen (z. B. Psychopharmaka, Antikoagulanzen)
- Dosierungen bei Organinsuffizienz

Chirurgie/Orthopädie

- fehlende oder unzureichende Thromboseprophylaxe
- (perioperative) Antibiotikagabe, Einbindung ins ABS-Team

Diskussion

Die vorgestellten Kasuistiken zeigen, dass interprofessionelle Visiten sowohl klinisch als auch organisatorisch relevante Vorteile bieten. Sie erhöhen die Patientensicherheit, verbessern die Arzneimitteltherapiequalität und entlasten die ärztlichen Teams, insbesondere in Zeiten knapper personeller Ressourcen. Zudem reduzieren sie potenzielle Risiken und Folgekosten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen und tragen zu einer nachhaltig effizienteren Versorgung bei.

Fazit

Die gemeinsame Visite zwischen klinischer Pharmazie und ärztlichem Dienst ist ein wirkungsvolles Instrument zur Steigerung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität im Krankenhaus. Sie stellt keinen zusätzlichen Aufwand dar, sondern

eine strategisch sinnvolle Antwort auf personelle Engpässe, steigende Therapiekomplexität und den demografischen Wandel. Interprofessionelle Visiten werden damit zunehmend zu einem unverzichtbaren Bestandteil moderner stationärer Behandlungskonzepte.

Yvonne Jäger

Leitende Ärztin
der gerontopsychiatrischen Station
03B
Vitos Klinikum
Hochtaunus
Fachärztin
für Psychiatrie



Foto: Marburger Bund

und Psychotherapie,
Fachärztin für Neurologie,
Hygienebeauftragte Ärztin
E-Mail:
yvonne.jaeger@vitos.de

Blutprodukte: Meldepflicht bis zum 1. März 2026 beachten!

Einrichtungen, die Blutprodukte und/oder Plasmaderivate für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) anwenden, unterliegen der Qualitätssicherung durch die Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Diese Einrichtungen sind nach Kapitel 6.4.2 der Richtlinie Hämotherapie (<https://www.wbbaek.de/richtlinien-leitlinien/haemotherapie-transfusionsmedizin>) zur Benennung eines Qualitätsbeauftragten Hämotherapie (QBH)

und zur jährlichen Abgabe eines Qualitätsberichtes an die LÄKH bis zum 1. März verpflichtet. Dies wird in Hessen über das Online-Portal der LÄKH umgesetzt. Die Qualitätssicherung Hämotherapie fällt in die Aufgaben der Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH. Die der Stabsstelle benannten QBH erhalten Zugriff auf die elektronische Berichtsvorlage im Portal. Besteht für Ihre Einrichtung erstmals eine Meldepflicht, wenden Sie sich bitte an die

Stabsstelle Qualitätssicherung (qs@laekh.de). Informationen auf der Website <https://www.laekh.de> → für Ärztinnen & Ärzte → QS → Hämotherapie oder via Kurzlink: <https://t1p.de/r4ej9>
Der QR-Code führt direkt dorthin.

Silke Nahlinger
Stabsstelle
Qualitätssicherung
E-Mail: qs@laekh.de



Foto: © Alex Mit – stock.adobe.com

Neue Fortbildungsordnung in Hessen ab 2026

Zum 1. Januar 2026 tritt in Hessen eine umfassend überarbeitete Fortbildungsordnung samt neuer Richtlinie zum Anerkennungsverfahren in Kraft. Beide ersetzen die bislang geltenden Fassungen. Fortbildungsordnung und Richtlinie richten sich an die hessischen Ärztinnen und Ärzte sowie an Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen. Ziel ist eine zeitgemäße, transparente und qualitätsgesicherte Fortbildungskultur für Ärztinnen und Ärzte mit besonderem Fokus auf Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen, wissenschaftliche Qualität und nachhaltige Durchführung der Fortbildungsmaßnahmen.

Inhalt der Fortbildung

Die Fortbildungsordnung stellt in § 3 ausführlich dar, welche Inhalte als anerkanntsfähig gelten. Neben dem Zweck, sich die zur Berufsausübung erforderlichen neuesten wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnisse anzueignen, betont die Ordnung nun ausdrücklich auch Themen wie die Weiterentwicklung der ärztlichen kommunikativen und sozialen Kompetenzen sowie die Vertiefung der Befähigung zu unabhängigem wissenschaftlichem Denken und Arbeiten. Diesen Fortbildungsthemen werden in § 10 Abs. 2 Beispiele für nicht anerkanntsfähige Aktivitäten und Inhalte gegenübergestellt, wobei die Trennlinie zwischen beruflicher Routine und Fortbildung deutlicher gezogen wird.

Anerkennungsvoraussetzungen

Fortbildungen müssen wissenschaftlich fundiert, unabhängig und für Ärztinnen und Ärzte konzipiert sein. Maßnahmen für gemischte Berufsgruppen sind möglich – sofern die Inhalte ärztlich relevant bleiben. Eine klare Struktur, verständliche Vermittlung der Fortbildungsinhalte und professionelle Durchführung sind zwingend. Es muss ein ausgewogener Überblick über den jeweiligen Wissensstand und über diagnostische und therapeutische Optionen vermittelt werden. In den §§ 5 und 6 der Fortbildungsordnung wird ein wesentliches Ziel dieser Fortbildungsordnung deutlich, nämlich Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen

durch wirtschaftliche Interessen auszuschließen. Nicht nur die Inhalte einer Veranstaltung, sondern auch deren organisatorischer Rahmen dürfen keine wirtschaftliche Steuerung oder Einflussnahme vermuten lassen. Eine Vermischung von Fortbildungsinhalten und Marketingmaßnahmen ist nicht zulässig. Außerdem wird klargestellt, dass Anbieter keine unzulässigen Vorteile gewähren dürfen. Wie bisher müssen Anbieter und wissenschaftliche Leitung gegenüber den Teilnehmenden im Programm sowie in allen Veranstaltungsankündigungen zusichern, dass die Inhalte der Veranstaltung produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet sind und dass potenzielle Interessenkonflikte offengelegt werden. Bei gesponserten Veranstaltungen sind außerdem die Sponsoren mit Art und Umfang des Sponsorings sowie die Höhe der Gesamtaufwendungen anzugeben.

Digitalisierung im Fokus

Die neue Fortbildungsordnung setzt konsequent auf digitale Verfahren: Fortbildungspunkte werden elektronisch dokumentiert. Alle hessischen Ärztinnen und Ärzte können ihr individuelles Punktekonto jederzeit im Portal der Landesärztekammer Hessen einsehen und zum Nachweis einen Punktekontoauszug erzeugen. Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen stellen den Antrag auf Anerkennung auch weiterhin spätestens drei Wochen vor Veranstaltungsbeginn online im Portal der Landesärztekammer Hessen. Neu ist die Pflicht für Anbieter und Anbieterinnen, die Teilnahmedaten mittels des von der Bundesärztekammer bereitgestellten elektronischen Verfahrens zu übermitteln. Die meisten Anbieter nutzen bereits den Elektronischen Informationsverteiler der Bundesärztekammer (EIV).

Bearbeitungsgebühren

Sollten Sie als Anbieterin oder Anbieter einer anerkannten Fortbildungsmaßnahme bisher Teilnehmendenlisten bei der Landesärztekammer Hessen eingereicht und die Punktemeldung nicht selbstständig über den EIV vorgenommen haben, beachten Sie bitte, dass ab Juli 2026 zusätzliche Kosten entstehen, wenn die Landes-

ärztekammer Hessen die Punktemeldung auf Basis der eingereichten Teilnehmendenlisten an den EIV vornehmen muss. Da die manuelle Bearbeitung der eingereichten Listen zeit- und personalintensiv ist, werden hierfür ab dem 01.07.2026 gemäß Kostensatzung Bearbeitungsgebühren in Höhe von 40 € erhoben. Die selbstständige Meldung an den EIV durch den Anbieter bleibt hingegen weiterhin kostenfrei.

Ärztinnen und Ärzte, die Teilnahmebescheinigungen einreichen möchten, sollten zuvor ihr Punktekonto prüfen, um festzustellen, ob die Teilnahme an der betreffenden Veranstaltung bereits erfasst wurde. Wie oben erläutert, sind die Anbieter verpflichtet, die Fortbildungspunkte elektronisch an den EIV innerhalb von vier Wochen nach der Fortbildung zu übermitteln. Ist die Fortbildung dort nicht bzw. noch nicht hinterlegt – etwa bei im Ausland absolvierten Veranstaltungen – können Sie Ihre Teilnahmebescheinigung selbstverständlich einreichen und die Verbuchung auf dem Punktekonto erfolgt kostenfrei. Wurde die Veranstaltung jedoch bereits auf Ihrem Punktekonto verbucht, werden ab dem 01.07.2026 für den zusätzlichen Aufwand bei doppelt oder mehrfach eingereichten Bescheinigungen Bearbeitungsgebühren in Höhe von 5 € pro Dokument erhoben.

Qualität, Transparenz & Digitalisierung

Mit der neuen Fortbildungsordnung setzt Hessen ein klares Zeichen für eine moderne, unabhängige und wissenschaftlich fundierte ärztliche Fortbildung. Die Anforderungen an Anbieterinnen und Anbieter steigen, ebenso die Transparenz gegenüber den Teilnehmenden: Inhalte müssen nachvollziehbar, ausgewogen und frei von wirtschaftlicher Einflussnahme sein. Gleichzeitig sorgt die konsequente Digitalisierung – von der Anerkennung bis zur Punktemeldung – für effizientere Abläufe und eine verlässliche Dokumentation.

Kerstin Kalhöfer

Teamleiterin Anerkennungsstelle
für Fortbildungsveranstaltungen,
E-Mail: anerkennungsstelle@laekh.de
Fon: 069 97672-565

Onkologische Rehabilitation in Deutschland

VNR: 2760602025356000006

Prof. Dr. med. Oliver Rick



Ein intensiviertes körperliches Training hat bei Frauen mit Brustkrebs einen signifikanten positiven Effekt auf die Lebensqualität und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Einleitung

Die Teilhabe am Erwerbs- und Sozialleben von Krebspatienten steht im Zentrum der onkologischen Rehabilitation. Wie wichtig gerade diese Aspekte sind und wie sehr sie an Bedeutung gewinnen, zeigt ein Blick auf die Krebsstatistik in Deutschland: Während im Jahr 2009 noch 460.000 Menschen an Krebs erkrankten, lagen die Prognosen für 2020 bereits bei nahezu 500.000 Krebsneuerkrankungen. Aufgrund der Altersstatistik und der geburtenreichen Jahrgänge (1955–1969) wird die Inzidenz auch in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen [1].

Denn gerade Menschen, die zwischen 1955 und 1969 geboren sind, erreichen zunehmend ein Alter, in dem das Risiko an Krebs zu erkranken, deutlich steigt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt – unter Berücksichtigung aller Krebserkrankungen – bei 69 Jahren. Legt man das aktuelle Renteneintrittsalter von 67 Jahren zugrunde, ist die Mehrzahl der Betroffenen bereits im Rentenalter. Dennoch sind im-

merhin etwa 40 % derjenigen, die an Krebs erkranken, zum Diagnosezeitpunkt noch erwerbstätig, jedes Jahr circa 200.000 Menschen. Sie laufen Gefahr, mit der malignen Erkrankung aus dem Erwerbsleben herausgerissen zu werden. Nicht nur für den Einzelnen hat dies erhebliche soziale Folgen, sondern auch für die Solidargemeinschaft. Bei einer 5-Jahres-Prävalenz von derzeit circa 1,5 Millionen und

einer 10-Jahres-Prävalenz von circa 3,2 Millionen Krebspatienten ergeben sich nicht nur im Hinblick auf den Arbeitsmarkt, sondern auch für die Solidargemeinschaft der Sozialversicherungen ganz neue Aspekte. Darüber hinaus überleben heute etwa 50 bis 60 % aller Krebspatienten die Erkrankung langfristig. Gerade Langzeitüberlebende haben nicht nur ein hohes Risiko, in ihrer Erwerbstätigkeit Einschränkungen zu erfahren, sie sind auch oftmals von Langzeitnebenwirkungen und Langzeitfolgenstörungen der Tumorerkrankung und/oder der -therapie betroffen. Alle diese Aspekte lassen eine hohe Nutzungsrate von onkologischer Rehabilitation als dringend erforderlich erscheinen [2].

Historische Entwicklung

Mit dem Reichsgesetz über Invaliditäts- und Altersversicherung, das im Rahmen der Bismarckschen Sozialreform 1891 erlassen wurde, begann die eigentliche Geschichte der medizinischen Rehabilitation.

Im gleichen Jahrhundert kamen dann die Sanatorien (von lat. sanare = „heilen, gesund machen“) hinzu, die den rehabilitativen Aspekt aufgriffen und sich der Heilung schwerwiegender Erkrankungen wie der Tuberkulose widmeten. Dadurch entstanden die ersten stationären Einrichtungen, die neben einem akutmedizinischen auch einen rehabilitativen Charakter hatten.

Durch die medizinische Weiterentwicklung, insbesondere bei der Tuberkulosebehandlung, verloren Sanatorien an Bedeutung. So waren zwischen den beiden Weltkriegen nur wenige Fortschritte im Bereich der Rehabilitation zu verzeichnen. Nach dem Zweiten Weltkrieg und mit dem Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetz von 1957 wurde der Gedanke, Menschen mit Leiden und Gebrechen ins soziale Leben zurückzuführen, jedoch wieder aufgenommen. Dabei standen vornehmlich die „Kriegsversehrten“ des Zweiten Weltkriegs im Vordergrund, wobei sportliche Aktivitäten in den Lazaretten einen nicht unwesentlichen Teil ihrer Rehabilitation darstellten und insbesondere dem „Versehrten-sport“ großen Auftrieb gaben. Kuren – und die in diesem Zusammenhang entstandenen Kurkliniken – gewannen an Bedeutung und wurden finanziell stark unterstützt.

Insbesondere durch die Erfahrungen und die Leiden des Zweiten Weltkriegs wurde die Idee geboren, durch eine allgemeine Heilmaßnahme, wie eine Kur, nicht nur Bedürftige in das Leben der Sozialgemeinschaft wieder zu integrieren, sondern auch die Volksgesundheit und damit die wirtschaftliche Produktivität zu erhalten bzw. zu erhöhen. Es sollte damit vor allem der Generation nach dem Krieg, die Deutschland wieder aufgebaut hatte, und ihrer damit einhergehenden Leistungen Rechnung getragen werden. Dieser Präventionsauftrag galt für etwa 25 Jahre und wurde 1984 im Zuge der damaligen Gesundheitsreformen wieder zurückgenommen.

Mit knapper werdenden finanziellen Ressourcen in den sozialen Sicherungssystemen, insbesondere bei den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern, wurden die Sinnhaftigkeit und die Effektivität der prophylaktischen Kurmaßnahme zu Recht infrage gestellt. Eine gewisse Ernüchterung hielt Einzug, nachdem festgestellt werden musste, dass die gut gemeinten Erwartungen den finanziellen Aufwand letztendlich nicht rechtfertigten. Somit kam es Ende der 1980er-Jahre zur Gründung einer Reha-Kommission der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die konzeptionelle Vorschläge zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation erarbeitete.

Statt auf die historische Kur mit ihren traditionellen Heilmitteln, wie Bäderanwendungen, Quellen, Salinen, Höhen- oder Meereslagen zu setzen, wurden wissenschaftlich basierte Therapien in den Vordergrund gerückt. Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1997 kam es dann erneut zu einem massiven Einbruch der Anträge als auch der Bewilligungen von nahezu 40 % für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Der Gesetzgeber verfolgte damals mit dem WFG das Ziel, die Ausgaben für die Rehabilitation um 3,7 Mrd D-Mark zu senken. Hintergrund war wiederum die angespannte Finanzlage der Sozialkassen als auch die ungünstige wirtschaftliche Situation in Deutschland. Dadurch kam es Ende der 1990er-Jahre zur ersten Reha-Krise, die den Niedergang vieler Kliniken und Kurzentren zur Folge hatte [3–8].

Dennoch wurde an dem Gedanken, sich um Menschen mit Leiden und Gebrechen aufgrund von Erkrankungen und Therapie kümmern zu müssen, festgehalten und die medizinische Rehabilitation nicht gänzlich eingestellt. Vielmehr sollte medizinische Rehabilitation speziellen Indikationen wie z. B. Krebserkrankungen vorbehalten bleiben. Infolgedessen kam es in den Jahren danach sukzessive zu einem Wiederanstieg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die im Jahr 2015 bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) die Millionengrenze überschritten [9].

Obwohl die medizinische Rehabilitation in den vergangenen Jahrzehnten von starken finanziellen Veränderungen betroffen

war, insbesondere in jüngster Zeit in Folge der Corona-Pandemie, hat sie niemals den Gedanken und die Vision aufgegeben, Menschen nach schwerer Erkrankung und Therapie zu unterstützen und sie wieder in das Leben der Sozialgemeinschaft einzugliedern.

Dieser Gedanke steht auch heute noch unverändert als zentrale Aufgabe der medizinischen Rehabilitation an erster Stelle und wird konsequent von den Leistungserbringern im Rahmen der Rehabilitation verfolgt.

Gesetzliche Grundlage

Die Anschlussrehabilitation (AHB) ist heute Teil einer modernen Krebstherapie und schließt sich in aller Regel nahtlos an die akutmedizinische Therapie an [10]. Sie stellt damit heute einen wichtigen Bestandteil von Cancer Survivorship dar und ist in diesen Konzepten fest verankert. Onkologische Rehabilitation ist ein wichtiges Element unseres Gesundheitsversorgungssystems und ist sowohl im Sozialgesetzbuch (SGB) V (§ 27) in Bezug auf die Krankenversicherungen als auch im SGB VI (§ 15 und § 31) für die DRV sowie übergreifend im SGB IX (§ 6) festgeschrieben. Im Gegensatz zu anderen Indikationen können auch krebserkrankte Ehepartner von Versicherten, Patienten im Rentenalter oder bei schon bestehender Erwerbsminderungsrente eine onkologische Rehabilitation zu Lasten der DRV erhalten (§ 31 SGB VI). Dies hat zum einen historische Gründe, sichert aber auch den hohen Qualitätsstandard für die Patienten, den die DRV an die Durchführung einer solchen Maßnahme anlegt. Dieser Qualitätsstandard für alle onkologischen Patienten wäre bei einem Wechsel der Kostenträgerschaft für bereits berentete Patienten oder krebserkrankte Angehörige von der DRV zu den Krankenkassen in der derzeitigen Form aus finanziellen Gründen nicht zu halten.

In Deutschland haben rehabilitationsbedürftige Menschen somit den großen und einmaligen Vorteil, dass ihr Anspruch auf Rehabilitationsleistungen gesetzlich verankert ist. Die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen müssen natürlich erfüllt sein [10]. Dieser Sachverhalt hat auch einen besonderen

ethischen Aspekt. Während in anderen Ländern, insbesondere in den angloamerikanischen Staaten, für Menschen mit Krebserkrankung keine Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Sozialversicherungsträger angeboten werden und die betroffenen Menschen weitgehend auf sich alleine gestellt sind, hat man es sich in Deutschland zur Aufgabe gemacht, sich um bedürftige Menschen im besonderen Maße zu kümmern. Dabei stellt die onkologische Rehabilitation eine zusätzliche und ergänzende Maßnahme im Rahmen der Betreuung von Krebspatienten dar.

Tab.1: Langzeitfolgen einer Krebserkrankung [2] (ausgewählte Beispiele)

1. Psychische Folgen

- Angst und Depression
- Schlafstörung
- gesteigerte Selbstbeobachtung
- Verlust des Selbstwertgefühls
- Rezidivangst
- chronische Fatigue
- kognitive Funktionseinschränkungen

2. Soziale Folgen

- soziale Isolation und Vereinsamung
- Pflegebedürftigkeit
- Arbeitsplatzverlust

3. Funktionelle Einschränkungen durch Krankheit/Therapie

- Bewegungsstörungen der Gelenke nach Operation oder Bestrahlung
- Polyneuropathie
- kognitive Funktionseinschränkungen
- sexuelle Funktionsstörungen
- Lymphödeme
- respiratorische Funktionsstörungen
- Verminderung der körperlichen Fitness
- Ernährungsstörungen
- Störungen der Kontinenz/Stoma
- Sprechstörungen

4. Folgeerkrankungen

- Osteoporose
- metabolisches Syndrom
- Diabetes mellitus
- kardiovaskuläre Erkrankungen (KKH, Kardiomyopathie)
- Sekundärtumoren

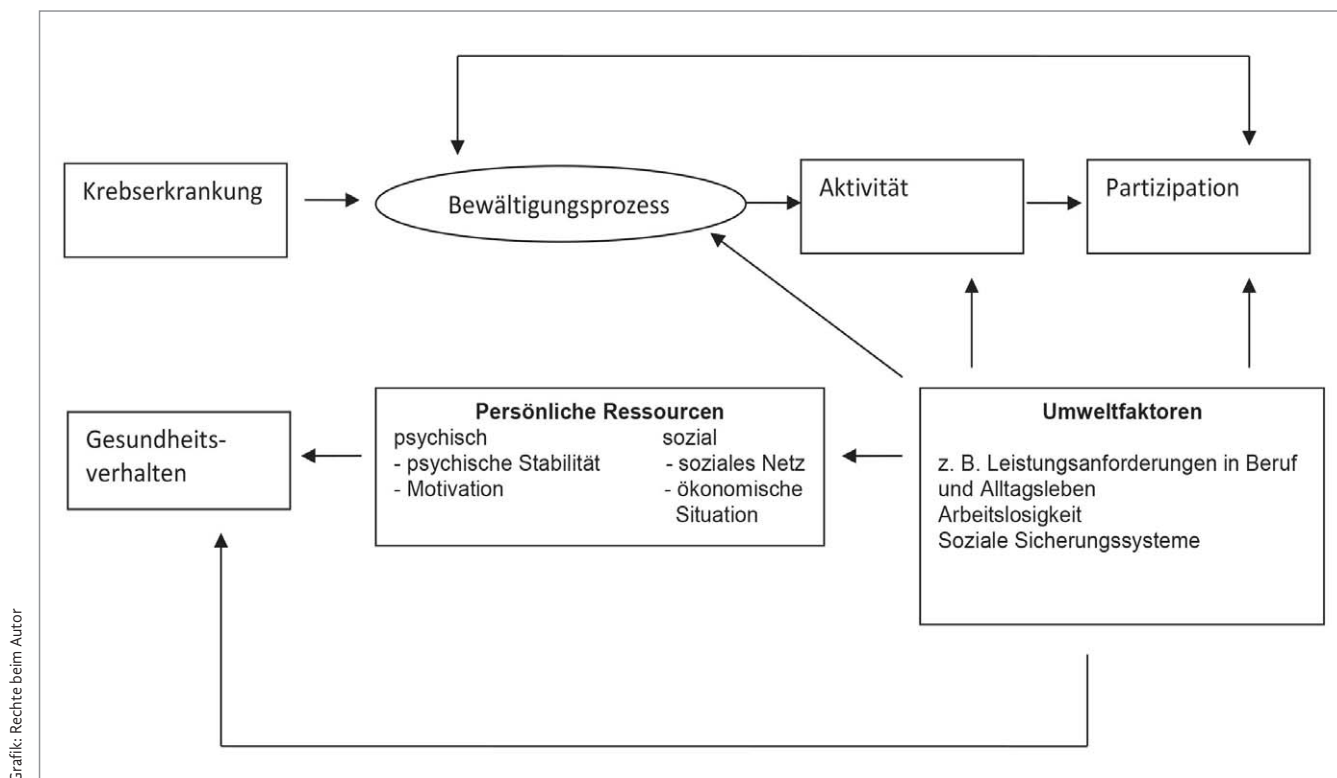


Abbildung 1: Therapiemodell der onkologischen Rehabilitation

Inhalte der onkologischen Rehabilitation

Der therapeutische Ansatz von onkologischer Rehabilitation ergibt sich aus den Langzeitfolgen der Krebserkrankung und der Tumorthherapie (Tabelle 1). Er beinhaltet die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, aber auch konkrete therapeutische Verfahren. Dafür sind psychische sowie physische Ressourcen des Patienten erforderlich. Aber auch das soziale Umfeld des Betroffenen ist gefordert. Darüber hinaus spielen bei der individuellen Entwicklung solcher Bewältigungsprozesse und Therapien weitere Faktoren eine wichtige Rolle. Insbesondere die Leistungsanforderungen im Berufs- und Alltagsleben, die Lebensumstände und Bedingungen am Arbeitsplatz, sowie die Angebote von sozialen Sicherungssystemen sind hier zu nennen. Mithilfe der Rehabilitation können die Aktivitäten des Patienten gesteigert werden, sodass es zu einer verbesserten Partizipation bzw. Teilhabe am Sozial- und ggf. Erwerbsleben kommt (Abb. 1). Bei der Rehabilitation handelt es sich um eine multimodale prozessorientierte Therapie, die unter Einschluss verschiedenster Fachdisziplinen durchgeführt wird [11–14].

In Deutschland wird die onkologische Rehabilitation nahezu ausschließlich im stationären Bereich für durchschnittlich drei Wochen erbracht, nur 3 % sind ambulante Leistungen. Das hat historische Gründe und wird in anderen europäischen Ländern teilweise anders gehandhabt.

Insbesondere in den nordeuropäischen bzw. skandinavischen Ländern findet die onkologische Rehabilitation ambulant an spezialisierten Zentren statt und wird alltags- bzw. berufsbegleitend für einen längeren Zeitraum angeboten [15–17]. Grundsätzlich kann aber auch in Deutschland, je nach regionaler Verfügbarkeit, die onkologische Rehabilitation ambulant durchgeführt werden.

Unabhängig von der Art und Weise der Durchführung ist es wichtig zu erreichen, dass die Patienten die im Rahmen der onkologischen Rehabilitation erlernten Maßnahmen in Eigenregie weiter fortsetzen. Der Ausdruck „Hilfe zur Selbsthilfe“ gewinnt hier eine ganz neue Dimension und beschreibt die Maßnahme der onkologischen Rehabilitation sehr zutreffend.

Damit dies gelingen kann, muss im Rahmen der onkologischen Rehabilitation ein umfangreiches interdisziplinäres Rehabilitationsteam zur Verfügung stehen. Nur so

kann ein intensiviertes Schulungs- und Beratungsangebot vorgehalten und damit durchgeführt werden.

Durch kontinuierliches praktisches Training sowie theoretische Schulungen kann der Patient innerhalb von drei Wochen Schritt für Schritt die für ihn wichtigen Aspekte erlernen, um sie dann im häuslichen Umfeld eigenständig weiter fortsetzen zu können. Dies betrifft beispielsweise die Verbesserung der körperlichen Fitness und der muskulären Kraft, Veränderungen des Lebensstils durch Beratung und Schulungen, die Eigenbehandlung von Funktionsstörungen im Bereich der Gelenke, der Atmung, der Kontinenz und die eigenständige Stomaversorgung.

Darüber hinaus kann ein Ernährungsverhalten geschult sowie die optimale Nahrungsaufnahme, z. B. nach Magen-, Pankreas- oder Speiseröhrenoperationen, erlernt werden. Auch können therapeutische Interventionen gegen die zytostatikainduzierte Polyneuropathie oder die kognitive Dysfunktionen vom Patienten erlernt und dann eigenständig durchgeführt werden. Ebenso können psychische Leiden, z. B. Schlafstörungen, reaktive Depressionen oder Rezidivängste, durch ein psychoonkologisches Beratungs- und Therapieange-

bot (z. B. Gespräche, Kunst-, Tanz- und Musiktherapie) und das Erlernen von Entspannungsverfahren oder durch die sogenannten Mindness-Therapien (z. B. Yoga, Qigong, Meditation, Achtsamkeitsübungen) angegangen werden. Die Überleitung in eine ambulante, langfristige psychoonkologische und verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie wird dadurch erleichtert. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur Integration in das Erwerbs- sowie das Sozialleben, z. B. in Form einer stufenweisen Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben oder die Beratung und Verordnung von Hilfsmitteln wichtige Elemente der onkologischen Rehabilitation [11].

Evidenz in der onkologischen Rehabilitation

Dass es durch die Maßnahmen der onkologischen Rehabilitation positive Effekte zu verzeichnen gibt, zeigte eine Cochraneanalyse [18]. David Scott und Kollegen analysierten dafür alle zugänglichen medizinischen Datenbanken nach multidimensionalen Rehabilitationsprogrammen bei erwachsenen Krebspatienten. Ihre Kriterien erfüllten zwölf randomisierte, klinische Studien, die trotz aller Heterogenität als Instrument zur Erhebung der physischen und psychischen Gesundheit den SF-36-Fragebogen verwendet hatten. Sowohl in physischer als auch in mentaler Hinsicht ergab sich in der Analyse ein Vorteil für die Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe [18]. In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass körperliche Aktivität sowohl auf die Fatigue-Symptomatik als auch auf Depression und Schlafstörungen einen signifikanten Einfluss hatte [19].

Derzeit verdichten sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass eine sport- und bewegungstherapeutische Maßnahme nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert und die psychische Beschwerdesymptomatik mindert, sondern auch als adjuvante Therapie im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts zu sehen ist. Derzeit existieren mehrere große Phase-III-Studien, die in einem randomisierten Studiendesign unter Berücksichtigung weiterer Risikofaktoren eine Effektivität von bewegungstherapeuti-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Onkologische Rehabilitation in Deutschland“ von Prof. Dr. med. Oliver Rick 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 25.12.2025 bis 24.06.2026 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 des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

schen Maßnahmen im Hinblick auf das Überleben der Patienten zeigen. Bei Patientinnen mit Mammakarzinom sowie Kolon- und Prostatakarzinomen sind die Daten besonders valide und können als Grundlage für eine therapeutische Empfehlung dienen [20–22].

Meyerhardt et al. konnten bei 573 Frauen mit Darmkrebs im Stadium I–III zeigen, dass mit ansteigender körperlicher Aktivität (> 18 MET-Stunden pro Woche) die tumorspezifische Mortalität um nahezu 50 % gesenkt werden konnte. Insbesondere profitierten diejenigen Patientinnen davon, die ihre körperliche Aktivität im Vergleich zum Ausgangszustand vor der onkologischen Erkrankung deutlich steigerten [20].

Im Rahmen der Nurse Health Study verglichen Holmes et al. 2.987 Frauen mit Mammakarzinom Stadium I–III nach ihren unterschiedlichen Leistungsstufen. Insbesondere die Frauen, die mehr als neun MET-Stunden pro Woche absolvierten, hatten einen signifikanten Vorteil und wiesen eine signifikante Reduktion der krankheitsbedingten Mortalität auf [21].

Eine retrospektive Analyse der Daten von 2.705 Männern nach Prostatakarzinomdiagnose aus der Health Professionals Follow-Up Study ergab ebenfalls eine signifikante Reduktion der Gesamtsterblichkeit sowie der krankheitsspezifischen Sterblichkeit [22]. Patienten, die mindestens drei Stunden pro Woche intensiv körperlich aktiv waren, hatten eine 61 %-ige Risikoreduktion hinsichtlich der prostatakarzinomspezifischen Mortalität im Vergleich zu Patienten, die sich nur eine Stunde pro Woche betätigten. Die Ergebnisse aus die-

sen Studien zeigen, dass durch eine regelmäßige bewegungstherapeutische Maßnahme eine Reduktion der Rezidivwahrscheinlichkeit sowie der krankheitsspezifischen Mortalität erreicht werden kann.

In einer ganz aktuellen großen Studie wurden 889 Patienten mit Kolonkarzinom nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie randomisiert einer Trainingsgruppe (445 Patienten) oder einer alleinigen Gesundheitsaufklärungsgruppe (444 Patienten) zugewiesen. Bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 7,9 Jahren war das krankheitsfreie Überleben in der Trainingsgruppe signifikant länger als in der Gesundheitsaufklärungsgruppe ($P = 0,02$). Das 5-Jahres-Überleben ohne Krankheitszeichen betrug 80,3 % in der Trainingsgruppe und 73,9 % in der Gesundheitsaufklärungsgruppe. Auch das Gesamtüberleben in der Trainingsgruppe war signifikant länger als in der Gesundheitsaufklärungsgruppe. Die 8-Jahres-Gesamtüberlebensrate betrug 90,3 % in der Trainingsgruppe und 83,2 % in der Gesundheitsaufklärungsgruppe [37].

Auch im Hinblick auf den Zusammenhang von Body-Mass-Index (BMI) und Rezidivrisiko bei Brustkrebs gibt es Daten, die auf einen Zusammenhang hinweisen. In einer explorativen Analyse der ATAC-Studie konnte gezeigt werden, dass Frauen mit einem BMI von $\geq 30 \text{ kg}/(\text{m})^2$ zu Beginn der Erkrankung ein signifikant höheres Brustkrebsrezidivrisiko haben als jene mit einem BMI von $< 30 \text{ kg}/(\text{m})^2$ [23]. Die brustkrebspezifische Mortalität scheint durch eine entsprechend angepasste Diät aber nicht signifikant beeinflusst zu werden [24]. Be-

schrieben wurden auch Zusammenhänge von depressiven Störungen und Angstzuständen mit der Mortalität nach Krebserkrankungen. Eine Analyse von Chan und Kollegen aus dem Jahr 2014 ergab, dass eine psychische Alteration nach Krebs zu signifikant erhöhten Mortalitätsraten führt [25]. Insbesondere im Langzeitverlauf – nach fünf und mehr Jahren – wird der Effekt immer deutlicher [26]. Diese Daten legen die Notwendigkeit nahe, psychische Auswirkungen einer Tumorerkrankung und Tumorthherapie zu diagnostizieren und entsprechende therapeutische Angebote zu erstellen [22]. Auch für die schwierig zu behandelnden Langzeitfunktionsstörungen wie die zytostatikainduzierte Polyneuropathie (CIPN) und die kognitive Dysfunktion

gibt es aus der jüngsten Zeit evidenzbasierte Behandlungsansätze [27–29].

Daten zur onkologischen Rehabilitation aus dem deutschsprachigen Raum liegen nur in sehr begrenztem Maße vor, zeigen aber positive Effekte. Diese lassen sich vornehmlich anhand der Lebensqualität, Angst und Depression sowie der Krankheitsverarbeitung messen [30]. Auch im Hinblick auf die körperliche Aktivität und den Trainingszustand lassen sich Verbesserungen nachweisen. Diese waren sowohl hinsichtlich der Basisaktivitäten als auch im Hinblick auf den körperlichen Trainingszustand und die Gesamtaktivitäten zu verzeichnen. Auch acht Monate nach Ende der onkologischen Rehabilitation war diese Verbesserung noch nachweisbar [31].

In einer longitudinalen, kontrollierten Kohortenstudie mit insgesamt 285 Patienten untersuchten Ture et al. Veränderungen des allgemeinen Gesundheitszustands und der Lebensqualität. Die Datenerhebung erfolgte entweder bei der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder zu Beginn der Rehabilitation (Baseline) und bei der Nachuntersuchung drei Wochen später. Die Patienten nahmen entweder an einer Rehabilitation teil (Interventionsgruppe) oder erhielten ausschließlich eine Beratung im Rahmen der Basisversorgung. Bei den Patienten der Interventionsgruppe verbesserten sich die Schmerzen, die körperliche Funktionsfähigkeit, die psychische Gesundheit, die Vitalität und die Müdigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant [32].

Fallbeispiel onkologische Rehabilitation

Anamnese

Ein 53-jähriger Patient erhielt im Januar 2025 die Diagnose eines Kolonkarzinoms links und wurde zwei Wochen später operiert. Vier Wochen nach der Hemikolektomie links wurde bei einem Tumorstadium pT4 pN2a (4/12) M0 L0 V0 R0 G2 eine adjuvante Chemotherapie mit zwölf Zyklen nach dem FOLFOX Protokoll (Oxaliplatin, 5-FU und Folinsäure) bis 08/2025 durchgeführt. Im September stellte er sich dann zur Anschlussrehabilitation (AHB) vor.

Funktionsstörungen

Bei der Aufnahme in die Rehabilitationsklinik klagte der Patient über eine körperliche Erschöpfung seit der Operation, welche durch die Chemotherapie noch zugenommen habe. Ebenfalls kam es während der Chemotherapie zu Kribbeln und Taubheitsgefühl in den Händen und Füßen, die ihn im Alltag behinderten. Darüber hinaus fühlte er sich durch die Diagnose, die Therapie und deren Folgen psychisch sehr belastet. Wir diagnostizierten aufgrund dieser Schilderung eine akute Fatigue mit Übergang in den chronischen Typ, eine zytostatikainduzierte periphere Polyneuropathie (CIPN) Grad 2 sowie eine noch nicht abgeschlossene bzw. verzögerte Krankheitsverarbeitung.

Reha-Diagnostik und Therapie

Wir veranlassten eine zielgerichtete Diagnostik in Form von Sportdiagnostik, eine Testung der Motorik und der Feinmotorik und setzten validierte Fragebögen hinsichtlich der psychischen

Konstellation ein. Parallel dazu wurde mit dem Patienten ein multimodales Therapieprogramm abgesprochen. Er erhielt hinsichtlich der Fatigue ein Sportprogramm mit Konditions- und Krafttraining. Aufgrund der verzögerten Krankheitsverarbeitung wurden psychoonkologische Einzelgespräche und Entspannungsverfahren sowie hinsichtlich der CIPN sensomotorisches Training in Form von Vibrationstherapie und Ergotherapie eingesetzt. In Seminaren wurde er über die Funktionsstörung, deren Behandlung und Prognose sowie über den weiteren Verlauf beraten und hinsichtlich einer ambulanten Therapie und Eigetherapie geschult. Zum Ende der AHB waren die Fitness und die Kraft- und Sportdiagnostik deutlich besser sowie die psychische Belastung vermindert. Die Symptomatik der CIPN hatte sich nur unwesentlich verbessert. Ein Funktionstraining im Rahmen von Rehasport wurde verordnet. Nach drei Wochen wurde er in die ambulante Versorgung und Tumornachsorge entlassen.

Teilhabe am Erwerbsleben

Aufgrund der restlichen Fatigue und der CIPN Grad 2 erfolgte die Entlassung aus der Anschlussrehabilitation arbeitsunfähig. Die berufliche Tätigkeit als Werkzeugmacher in der Schlosserei eines großen Betriebes erschien nicht mehr möglich zu sein, sodass eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz als Staplerfahrer angeregt wurde. Diese Tätigkeit konnte der Patient im November 2025 im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung aufnehmen.

Prof. Dr. med. Oliver Rick

Zudem konnte in einer kleinen, randomisierten Studie gezeigt werden, dass ein intensivierte Intervalltraining bei Frauen mit Brustkrebs einen signifikanten positiven Effekt auf die Lebensqualität und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben hat. Darüber hinaus wurde durch intensivierte Intervalltraining die Fatigue-Symptomatik gemildert [33]. In einer jüngsten Studie, die ein Intervalltraining von jeweils einer Woche nach vier und acht Monaten nach der Rehabilitation prüfte, fand eine signifikante Verbesserung der metabolischen Rate und des metabolischen Äquivalent (MET/h) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe statt. Die Verbesserung war auch nach zwei Jahren noch nachweisbar [34].

In einer schon älteren randomisierten Studie wurde untersucht, wie sich onkologische Rehabilitation auf die physische, emotionale, kognitive und die Rollenfunktion auswirkt. Analysiert wurde auch, wie sich die globale Lebensqualität und die Zukunftsperspektiven durch onkologische Rehabilitation verändern. Insbesondere im Hinblick auf die emotionale Funktion und die Lebensqualität konnten hier signifikante positive Effekte verzeichnet werden [35].

In einer großen Analyse der DRV anhand von Versichertendaten konnten Erkenntnisse hinsichtlich Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit gewonnen werden [36]. Die gesamte Stichprobe umfasst 41.325 Versicherte. Davon wiesen 9.193 (22,25 %) Patienten ein Kolonkarzinom (Darmkrebs), 16.044 (38,82 %) Patientinnen ein Mammakarzinom (Brustkrebs) und 16.088 (38,93 %) Patienten ein Pros-

tatakarzinom auf. Gegenüber den Krebs-Rehabilitanden wiesen Nicht-Rehabilitanden indikationsübergreifend weniger AU-Tage auf (Darmkrebs: –36,4 Tage, Brustkrebs: –44,5 Tage, Prostatakrebs: –30,5 Tage). Auch unter Berücksichtigung, dass Rehabilitanden während der dreiwöchigen Rehabilitation üblicherweise krankgeschrieben sind, ist die AU-Dauer somit bei Krebs-Rehabilitanden länger als bei Nicht-Rehabilitanden. Über alle drei Indikationen hinweg war die Wahrscheinlichkeit für den Bezug einer EM-/BU-Rente bei Nicht-Rehabilitanden um rund 70 % geringer als bei Krebs-Rehabilitanden. Die Wahrscheinlichkeit für Pflege war über alle drei Indikationsgruppen hinweg bei Nicht-Rehabilitanden auch unter Berücksichtigung einer vorbestehenden Pflegestufe höher als bei Krebs-Rehabilitanden [36]. Für die höhere AU-Dauer und den höheren Anteil an EM-Renten bei Krebs-Rehabilitanden mag es mehrere Gründe geben. So ist eine erhebliche gesundheitsbedingte Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ein wesentliches Zuweisungskriterium für eine Rehabilitationsleistung, so dass womöglich bereits im Vorfeld der Maßnahme erhebliche Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit mit einer schlechteren Erwerbsprognose vorlagen. Ein stabiler und sicherer Vorteil fand sich für die onkologische Rehabilitation in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit [36].

Fazit

Die onkologische Rehabilitation stellt in Deutschland einen festen Bestandteil in der Behandlung von Menschen mit Krebs

dar. Ihre größte Wirksamkeit entfaltet sie im Rahmen der AHB im unmittelbaren Anschluss an die akutmedizinische Behandlung. Onkologische Rehabilitation ist in der Lage, den Patienten Möglichkeiten zu eröffnen, wie sie Folgestörungen nach Krebserkrankungen und Tumorthherapie langfristig und nachhaltig eigenständig behandeln und kompensieren können. Dies führt zu einem eigenständigen Handeln, erhöht dadurch die Chance auf eine Verbesserung der Lebensqualität, Minderung von Mortalität und eine bessere Teilhabe am Sozial- und ggf. Erwerbsleben.

Auch in Zeiten der knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen sollten die positiven Effekte von onkologischer Rehabilitation weiterhin genutzt werden können und Krebspatienten nicht vorenthalten werden. Weitere Studien wären allerdings sehr wünschenswert, um die Evidenzlage der onkologischen Rehabilitation weiter abzusichern.

Prof. Dr. med. Oliver Rick

Klinik Reinhardshöhe

Quellenstr. 8–12

34537 Bad

Wildungen

E-Mail:

oliver.rick@

klinik-reinhardtshoehe.de



Foto: privat

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



Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

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

Online-Erfassung im Meldeportal

Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.

Mi., 18.02.2026,
13:30–15:45 Uhr,
online (Webex),
3 Fortbildungspunkte

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



Multiple-Choice-Fragen: Onkologische Rehabilitation in Deutschland

VNR: 2760602025356000006

(je eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage zur Inzidenz und Prävalenz von Krebserkrankungen ist nicht korrekt?

- 1) Aufgrund der Früherkennung und der besseren Therapien geht die Inzidenz seit 2009 langsam zurück.
- 2) Im Jahr 2020 erkrankten ca. 500.000 Menschen an Krebs.
- 3) Zum Diagnosezeitpunkt sind noch 40 % der Patienten im erwerbsfähigen Alter.
- 4) Langfristig überleben etwa 50–60 % der Krebspatienten die Erkrankten.

2. Welche Aussage zur historischen Entwicklung der onkologischen Rehabilitation ist richtig?

- 1) Durch die medizinische Weiterentwicklung, insbesondere bei der Tuberkulose-Behandlung, nahm die Bedeutung der Sanatorien in den 20er bis 30er Jahren des 20. Jahrhunderts weiter zu.
- 2) Mit knapper werdenden finanziellen Ressourcen in den sozialen Sicherungssystemen in den 80er und 90er Jahren, insbesondere bei den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern, wurde die Sinnhaftigkeit und die Effektivität der prophylaktischen Kurmaßnahme infrage gestellt.
- 3) Die historische Kur mit ihren traditionellen Heilmitteln, wie Bäderanwendungen, Quellen, Salinen, Höhen- oder Meereslagen steht nach wie vor im Vordergrund der Rehabilitation von Menschen mit Krebs.
- 4) Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1997 kam es zu einer deutlichen Stärkung des Kurbetriebes.

3. Welche Aussage zur AHB ist nicht richtig?

- 1) Die Anschlussrehabilitation (AHB) ist heute Teil einer modernen Krebstherapie.
- 2) Sie schließt sich in aller Regel nahtlos an die akutmedizinische Therapie Versorgung an.
- 3) Sie stellt damit heute einen wichtigen Bestandteil von Cancer Survivorship dar.

- 4) Onkologische Rehabilitation ist ein wichtiges Element unseres Gesundheitssystem und ist sowohl im Sozialgesetzbuch VI in Bezug auf die Krankenversicherungen als auch im SGB V für die DRV sowie übergreifend im SGB IX festgeschrieben.

4. Welche Aussage zur onkologischen Rehabilitation ist richtig?

- 1) Auch krebserkrankte Ehepartner von Versicherten, Patienten im Rentenalter oder bei schon bestehender Erwerbsminderungsrente kann eine onkologische Rehabilitation zu Lasten der DRV durchgeführt werden.
- 2) In Deutschland ist der Anspruch auf Rehabilitationsleistungen nicht gesetzlich verankert.
- 3) Versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind für die onkologische Rehabilitation nicht zutreffend.
- 4) Die onkologische Rehabilitation hat keine Bedeutung im Rahmen der Langzeitbetreuung von Krebspatienten.

5. Welche Aussage zu den Inhalten der onkologischen Rehabilitation ist nicht richtig?

- 1) Der therapeutische Ansatz von onkologischer Rehabilitation ergibt sich aus den Langzeitfolgen der Krebserkrankung und der Antitumorthherapie.
- 2) Mithilfe der Rehabilitation können die Aktivitäten des Patienten gesteigert werden, sodass es zu einer verbesserten Partizipation bzw. Teilhabe am Sozial- und ggf. Erwerbsleben kommt.
- 3) Bei der Rehabilitation handelt es sich um ein unimodales Therapieverfahren.
- 4) Dafür sind psychische sowie physische Ressourcen des Patienten erforderlich.

6. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Um Fehler zu vermeiden, sollen Patienten die im Rahmen der onkologischen Rehabilitation erlernten Maßnahmen nicht eigenständig zu Hause fortsetzen.

- 2) Im Rahmen der onkologischen Rehabilitation stehen überwiegend passive Anwendungen wie Massagen, Fango und Bäder im Vordergrund. Daher ist ein interdisziplinäres Team nicht erforderlich.

- 3) Der Begriff „Hilfe zur Selbsthilfe“ beschreibt die Maßnahme der onkologischen Rehabilitation sehr zutreffend.

- 4) Drei Wochen onkologische Rehabilitation sind meistens nicht ausreichend, um mittels eines praktischen Training sowie theoretischer Schulungen die wichtigsten Aspekte zu erlernen.

7. Was kann in der onkologischen Rehabilitation nicht behandelt werden?

- 1) Verbesserung der körperlichen Fitness und der muskulären Kraft.
- 2) Klinische Zeichen und Symptome eines akuten Abdomens
- 3) Lebensstilveränderungen durch Beratungen und Schulungen.
- 4) Reaktive Depressionen oder Rezidivängste durch psychoonkologische Therapieverfahren.

8. Vervollständigen Sie folgenden Satz (nur eine Antwort ist richtig): Derzeit verdichten sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass ...

- 1) ... eine sport- und bewegungstherapeutische Maßnahme keinen nennenswerten Effekt auf die körperliche Fitness hat.
- 2) ... sportliche Aktivitäten keine Effektivität im Hinblick auf das Überleben von z. B. Patienten mit Brust- oder Darmkrebs zeigen.
- 3) ... bewegungstherapeutische Maßnahmen die Gesamtsterblichkeit sowie der krankheitsspezifischen Sterblichkeit bei Patienten mit Kolon- und Prostatakarzinomen reduziert.
- 4) ... ein körperliches Training keinen Effekt auf die psychischen Beschwerden bei einer Krebserkrankung hat.

9. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Psychische Beschwerden bei einer Krebserkrankung führen zu einer höheren Mortalitätsrate.
- 2) Weder die kognitive Dysfunktion noch eine zytostatikainduzierte Polyneuropathie können in der onkologischen Rehabilitation behandelt werden.
- 3) Eine Adipositas stellt keinen Risikofaktor für eine Krebserkrankung dar.
- 4) Die brustkrebspezifische Mortalität kann durch Krebsdiäten signifikant gesenkt werden.

10. Welche Aussage zur Evidenz der onkologischen Rehabilitation ist nicht richtig?

- 1) Daten zur onkologischen Rehabilitation aus dem deutschsprachigen Raum liegen nur in sehr begrenztem Maße vor.
- 2) Ein intensiviertes körperliches Training hat bei Frauen mit Brustkrebs einen signifikanten positiven Effekt auf die Lebensqualität und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

- 3) Die emotionalen Funktionen und die Lebensqualität können durch onkologische Rehabilitation nicht positiv beeinflusst werden.
- 4) Die Wahrscheinlichkeit für Pflege ist bei Nicht-Rehabilitanden auch unter Berücksichtigung einer vorbestehenden Pflegestufe höher als bei Krebs-Rehabilitanden.

Nachruf

Gedenken an Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann

* 03.12.1945 † 03.11.2025

Kurz vor Vollendung seines 80. Lebensjahres ist Prof. Dr. med. Lic. jur. (CH) Toni Graf-Baumann nach langer Krankheit verstorben. Als Hauptschriftleiter des Hessischen Ärzteblattes hat er sehr engagiert von 1999 bis 2014 viele wichtige Weichen neu gestellt. Die Redaktion erinnert sich gerne an seine freundliche, zugewandte Art, die eine angenehme und zugleich produktive Zusammenarbeit möglich machte. Darüber hinaus war er viele Jahre für die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim als Referent tätig. Für seine hervorragenden Verdienste für die hessische Ärzteschaft wurde Prof. Toni Graf-Baumann 2015 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber ausgezeichnet.

Geboren 1945, hat er drei Studiengänge abgeschlossen: Medizin, Psychologie und Rechtswissenschaften. 1987 habilitierte er im Bereich Gesundheitssystemforschung an der Eidgenössischen Wirtschaftswissenschaftlichen Hochschule St. Gallen. Als Facharzt für Anästhesie und Intensiv- und Notfallmedizin fächerte er seine berufliche Tätigkeit weit auf – als

wissenschaftlicher Leiter der Abteilung Klinische Literatur beim Springer Verlag in Heidelberg; als Hauptgeschäftsführer und wissenschaftlicher Koordinator des Ärzteseminars Hamm-Boppard in der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin; von 1992 bis 1996 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht; von 1996 bis 2008 war er zunächst Mitbegründer und danach Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Osteopathische Medizin. Außerdem war er Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und Lehrbeauftragter für Angewandte Ethik in der Medizin der Universität Basel.

Als Experte für manuelle Medizin, Sport- und Schmerzmedizin war Toni Graf-Baumann sehr gefragt und Mitglied in verschiedenen sportmedizinischen Kommissionen des Weltfußballverbandes (FIFA) und des Deutschen Fußball-Bundes (DFB) sowie der Doping-Kontroll-Kommission des DFB. Er war Mitglied der Ad-hoc-Kommission Ethik-Charta und Vorsitzender des akademischen Beirates der Deutschen Akademie für angewandte Sportmedizin.



Foto: DGSS

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann

In seinen vielfältigen beruflichen und ehrenamtlichen Positionen sowie privat bereiste er die ganze Welt. Er blieb lange auch dem Amateurfußball verbunden als Vorstandsmitglied und Vorsitzender des FC Emmendingen. Regelmäßig machte er den Schmerzmittel-Missbrauch im Sport zum Thema.

Die hessische Ärzteschaft nimmt Abschied von einer außergewöhnlichen Persönlichkeit und einem geschätzten Kollegen.

Dr. med. Peter Zürner
für die Redaktion
des Hessischen Ärzteblattes

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –
für die Landesärztekammer Hessen

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © Dragonimages – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde – Modul I und II (CME beantragt)

Ganz neu konzipiert und in einem Mix aus E-Learning und Präsenztagen: Unter Einbeziehung der spezifischen Anforderungen in der Allgemeinmedizin und der Kinder- und Jugendheilkunde richtet die Veranstaltung den Fokus besonders auf die biopsychosoziale Diagnostik, die ärztliche Gesprächsführung sowie die Bedeutung und Gestaltung von Beziehungen zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten.

Termin: ab 16.02.2026
Gebühr: 1.235,00 €
 1.111,50 €*
Kursleitung: Prof. Dr. med. C. Christ
Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de

Qualitätsmanagement

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
18.03.2026 Live-Webinar	Fortbildungsreihe Qualitätssicherung und Patientensicherheit (5 CME) K. Israel-Laubinger	Die Live-Webinar-Reihe greift aktuelle Themen für die Patientensicherheit auf – berufsgruppen- und sektorenübergreifend. Der nächste Termin befasst sich mit dem Risiko einer Sepsis. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	169,00 € 152,10 €*

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.	Modul I thematisiert die Grundlagen der Schmerzmedizin und sollte zuerst absolviert werden. Die Reihenfolge der drei weiteren Module ist frei wählbar. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	487,00 € 438,00 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 04.05.2026 Präsenz	Einführung in die Schlafmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. R. Schulz et al.	In der Schlafmedizin spielen internistische, neurologische und psychiatrische Aspekte eine Rolle. 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 On-Demand-Webinar	Dr. med. KI – Seltene Erkrankungen (16 CME) PD Dr. med. N. Weiler	Die jederzeit abrufbaren Video-Tutorials geben praxisnahe Einblicke in den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Diagnose seltener Erkrankungen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Notfall- und Intensivmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
11.02.2026 Präsenz	Notfallmedizin machbar machen (8 CME) Prof. Dr. med R. Merbs	Sofortmaßnahmen bis der Rettungsdienst übernehmen kann: Der Kurs richtet sich an alle, die den Umgang mit lebensbedrohlichen Notfallsituationen beherrschen wollen. Kontakt: katja.baumann@laekh.de	280,00 € 252,00 €*
ab 19.03.2026 Präsenz	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (24 CME) Prof. Dr. med. R. Merbs, M. Leimbeck	Das Seminar eignet sich für alle 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 Notärztin/Leitender Notarzt (CME beantragt) Dr. med. G. Appel, T. Winter	Die Veranstaltung kombiniert E-Learning mit Präsenztagen und richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die die Qualifikation „Leitende/r Notärztin/Notarzt“ erwerben möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.497,00 € 1.347,75 €*
ab 21.04.2026 Blended Learning	Qualifikation Telenotärztin/Telenotarzt (CME beantragt) J. Blau	Eine zukunftsorientierte und praxisnahe Fortbildung nach dem Curriculum der Landesärztekammer Hessen für alle erfahrenen Notärztinnen und Notärzte (z. B. Oberärztinnen/ Oberärzte sowie leitende Notärztinnen/Notärzte). Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.587,00 € 1.428,30 €*

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 des Fachgebiets. Die Teilnahme kann online oder in Präsenz erfolgen. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	92,00 € gebührenfrei*

Psychosomatische Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 13.02.2026 Präsenz	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Block 2 (16 CME) P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle	Die Teilnahme an insgesamt fünf Blöcken berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/ 35 110) – der Einstieg in die Veranstaltungsreihe ist jederzeit flexibel möglich. Kontakt: andrea.floren@laekh.de	387,00 € 348,30 €*

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 04.05.2026 Präsenz	Antibiotic Stewardship – Modul I: Grundkurs Antiinfektiva (CME beantragt) Prof. Dr. med. T. Wichelhaus et al.	Um für die Aufgaben in einem ABS-Team gewappnet zu sein, erlangen Sie mit dieser Fortbildung vertieftes Wissen zu Infektionsdiagnostik und -prophylaxe, zum rationalen Einsatz von Antibiotika, zu Surveillance-Methoden und zum Qualitätsmanagement der Infektionsmedizin. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	1.189,00 € 1.070,10 €*
ab 23.02.2026 Blended Learning	Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (CME beantragt) D. Ziedorn	Modul I der Kurs-Weiterbildung Krankenhaushygiene befähigt Sie dazu, die Aufgaben einer Hygienebeauftragten Ärztin/ eines Hygienebeauftragten Arztes wahrzunehmen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.223,00 € 1.100,70 €*
15.04.2026 Live-Webinar	Refresher Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (8 CME) D. Ziedorn	Die Veranstaltung richtet sich an alle Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte, die sich nach hessischer Hygieneverordnung (HHyGVO) jährlich fortbilden müssen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	240,00€ 216,00 €*

Ultraschall

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 05.02.2026 Präsenz	Ultraschallkurs Gefäße: Interdisziplinärer Grundkurs (CME beantragt) Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle	Der Kurs vermittelt Ihnen physikalische Grundlagen, Kenntnisse in der Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie sowie Techniken zur Untersuchung von peripheren, supraaortischen und abdominalen Gefäßen. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	898,00 € 808,20 €
07.02.2026 Präsenz	Differentialdiagnose Akutes Abdomen (CME beantragt) Dr. med. T. Müller	Das eintägige Modul besteht zu 50% aus praktischen Übungen und thematisiert Grundlagen, Differentialdiagnosen, Differentialdiagnostik und Methodenvergleich. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €

Begutachtung

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 25.03.2026 Blended Learning	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Modul I bis III (CME beantragt) apl. Prof. Dr. rer. nat. J. Billino, Dr. med. Beate Eusterschulte	Die Veranstaltung richtet sich an Fachärztinnen und Fachärzte, die Kenntnisse für die verkehrsmedizinische Beratung von Patientinnen und Patienten und die verkehrsmedizinische Begutachtung erlangen möchten. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	396,00 € 356,40 €

Innere Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
18.03.2026 Live-Webinar	Aktuelle Diabetologie – Teile 1+2 (5 CME) Dr. oec. troph. J. Liersch, Dr. med. I. Martin	Die Veranstaltung greift den aktuellen Stand der Prävention, Diagnose und medikamentösen Therapie von Diabetes mellitus Typ II inklusive Folgeerkrankungen auf. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	145,00 € 130,50 €*
ab 18.05.2026 Blended Learning	EKG-Kurs (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Prof. Dr. med. D. Leistner	Mit neuem didaktischen Konzept und in einem Mix aus E-Learning und Präsenztage: Unter Einbindung aktueller Erkenntnisse und praktischer Übungen enthält der EKG-Kurs noch mehr Bedeutung für Ihren Berufsalltag – Basis-Kenntnisse in der EKG-Befundung werden vorausgesetzt. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	427,00 € 384,30 €*

Curriculum Transplantationsbeauftragte/r Ärztin/Arzt – Teil A (32 CME) und B (8CME)

In Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO): Die Veranstaltung verbindet E-Learning mit Präsenztage und vermittelt den Teilnehmenden die notwendigen Kompetenzen, um als verantwortliche Transplantationsbeauftragte die Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe und festen Bestandteil des klinischen Versorgungsauftrags zu etablieren. Neben dem theoretischen Teil gehören ein eintägiges Kriseninterventionsseminar und die Begleitung einer Organspende zum Ausbildungscurriculum.

Termin:	Teil A: ab 23.02.2026 Teil B: 20.05.2026
Gebühr:	Teil A: 901,00 €, 810,90 €* Teil B: 240,00 €, 216,00 €*
Kursleitung:	PD Dr. med. A. P. Barreiros, Dr. med. M. Heise
Kontakt:	andrea.floeren@laekh.de



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



Mehr erfahren

Veranstaltungen

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



Mehr erfahren

Dr. med. KI – Chirurgie (12 CME)

Das On-Demand-Webinar richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die faszinierende Einblicke in das zukunftsorientierte Thema „Künstliche Intelligenz in der Chirurgie“ erhalten möchten. Anhand von Fallbeispielen erfahren Sie in drei Modulen z. B. mehr über die Einsatzmöglichkeiten von KI in der Diagnose und Behandlung von Hirntumoren und bei der Gestaltung von personalisierten Schädelimplantaten für den 3D-Druck. Alle Videos werden durch ergänzende Erklärungen vertieft – einmal registriert sind die E-Learning-Inhalte jederzeit flexibel auf der Lernplattform der Akademie abrufbar.

Termin: jederzeit abrufbar
Gebühr: gebührenfrei
Kursleitung: PD Dr. med. N. Weiler
Kontakt: andrea.floeren@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 Kurs richtet sich an all diejenigen, die selbstständig Röntgenstrahlen anwenden und hier für ihre Fachkunde im Strahlenschutz gemäß StrlSchV erwerben müssen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	626,00 € 563,40 €* 563,40 €* 563,40 €*
ab 17.04.2026 Präsenz	Spezialkurs Röntgendiagnostik (CME beantragt) Prof. Dr. med. N. Naguib, Dr. med. S. Trittmacher	Der Erwerb der Fachkunde ist an die Teilnahme an aufeinander aufbauenden Strahlenschutzkursen geknüpft. Der Spezialkurs Röntgendiagnostik erfolgt im Anschluss an den Grundkurs. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	548,00 € 493,20 €* 493,20 €* 493,20 €*

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
jederzeit abrufbar On-Demand-Webinar	Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung PD Dr. med. H. L. Graß	In Kooperation mit dem Frauennotruf Frankfurt e. V. stellt die Akademie allen Ärztinnen und Ärzten auf ihrer Lernplattform jederzeit abrufbare Lehrvideos zur Verfügung. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Suchtmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
06.02.2026 Präsenz	Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung – Modul I (CME beantragt) D. Paul	Die Veranstaltung legt ihren Schwerpunkt auf die Diagnostik und Epidemiologie von Suchterkrankungen, rechtliche Aspekte, die Rolle von Selbsthilfegruppen, die biopsychosozialen Aspekte und die Grundlagen der Suchtentstehung. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	164,00 € 147,60 €*

Arbeitsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
21.01.+ 04.03.2026 Live-Webinar und Präsenz	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – FOBI (Aufbauschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	In Kooperation mit der BGW: Hier werden Ihre in der Erstschulung (MIMA) erlangten Kenntnisse wieder aufgefrischt. Fällige Aufbauschulungen (mind. alle fünf Jahre) können noch bis zum 31.03.2026 nachgeholt werden. Kontakt:laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €*

Willkommen in der Akademie

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

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

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

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

Kontakt:

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

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

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Besuchen Sie uns auch auf Social Media



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



YouTube @landesaeztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp



/laekh-akademie

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: © seventyfour – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Qualifizierungslehrgang Onkologie

Die Onkologie-Vereinbarung regelt, dass MFA im Rahmen der Delegation in die Durchführung ärztlicher Behandlungen eingebunden werden können. Der Qualifizierungslehrgang Onkologie wird gemäß dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt und bereitet MFA auf diese verantwortungsvolle Aufgabe vor.

Inhalt u. a.:

- Allgemeine medizinische Grundlagen der Onkologie und Palliativversorgung
- Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten
- Ausgewählte Krankheitsbilder in der Onkologie
- Spezielle onkologische Grundlagen und Therapien
- Patienten- und Angehörigenedukation
- Psychosoziale Bewältigungsstrategien
- Dokumentation, rechtliche und ausgewählte ethische Grundlagen
- Therapeutische und pflegerische Interventionen
- Psychoonkologische Grundlagen, Nachsorge und die Rehabilitation

Termine ONK: Beginn 20.04.2026
Gebühr: 1.300 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: tanja.oberwallner@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 06.03.2025	Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden	Der Qualifizierungslehrgang im Blended-Learning-Konzept wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Informationen zum Inhalt und Ablauf finden Sie auf unserer Website. Kontakt: julia.werner@laekh.de	1.300 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Fortbildungen

ab 23.03.2026	Fit für den Einstieg – Arztpraxis (MED 21) 30 Stunden	Die viertägige Blockveranstaltung richtet sich an Personen, die neu in einer Arztpraxis angestellt sind, keinen Berufsabschluss z. B. als Medizinische Fachangestellte haben und ausgewählte medizinische Aufgabenbereiche nach Delegation übernehmen sollen. Ebenso an Arzthelfer/-innen und MFA, die als Wiedereinsteiger/-innen in den Beruf zurückkehren möchten. Über die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen informieren wir Sie auf unserer Website. Kontakt: carina.hoffmann@laekh.de	500 €
---------------	---	--	-------

Prüfungsvorbereitungskurse

ab 07.03.2026	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK) 8 Stunden	Die Termine für die Kurse zur gezielten Vorbereitung auf die Sommerprüfungen 2025 starten ab 07.03.2026. Alle Informationen und Termine finden Sie auf unserer Website. Kontakt: claudia.hell-kneipp@laekh.de	siehe Website
---------------	---	--	---------------

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Prüfung Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Verordnung	Modulprüfung 1a: Do., 12.03.2026, Anmeldeschluss 19.02.2026 Praktisch-mündliche Prüfung: Mi., 28.01.2026 und Sa., 28.02.2026	siehe Website
--	---	---------------

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)

Dr. med. chir. obstet. Carl Caspar Crève (1769–1853)

Professor an der Frankfurter Medizinischen Hochschule 1813/14

Prof. Dr. med. Michael Sachs

Nein, das ist kein Druckfehler. Es gab wirklich bereits im Jahre 1813/14 eine Medizinische Hochschule in Frankfurt am Main, die seinerzeit „medizinisch-chirurgische Schule“ oder einfach „Specialschule“ genannt wurde. Diese nach französischem Vorbild von Großherzog Karl Theodor von Dalberg (1744–1817) gegen den Willen des Magistrats der Stadt, die seit 1806 zum Großherzogtum Frankfurt gehörte, geschaffene „Specialschule“ hatte den Rechtsstatus einer medizinischen Fakultät mit Promotionsrecht (siehe Stiftungsurkunde Abb. 1). Sie war die „medizinisch-chirurgische Fakultät“ der in Aschaffenburg gegründeten „Großherzoglichen Karls-Universität“. Die dazu notwendigen Räumlichkeiten in Frankfurt am Main waren von der Senckenbergischen Stiftung zur Verfügung gestellt worden. Auf deren Gelände in der Stiftstraße am Eschenheimer Turm waren bereits seinerzeit ein Anatomisches Theater, ein Krankenhaus

(„Bürgerhospital“) und außerdem eine bedeutende Bibliothek sowie Unterrichts- und Verwaltungsräume vorhanden.

Acht Professoren und ein Dozent bildeten den Lehrkörper der Spezialschule (siehe Tabelle). Am 9. November 1812 begannen die Vorlesungen des Winter-Semesters (November 1812 bis April 1813) nach einer Eröffnungsrede (Abb. 2) des zum Rektor berufenen Frankfurter Arzt und Geburtshelfer Prof. Dr. med. Carl Wenzel (1769–1827). Aber bereits im November 1813, mitten im 3. Semester, während des Zusammenbruchs der napoleonischen Herrschaft in Deutschland, wurde das Großherzogtum mit seiner „Spezialschule“ aufgelöst und „Königliche Hoheit“ (so die offizielle Anrede des Großherzogs) abgesetzt, denn er galt in Deutschland als Marionette Napoleons.

Dank des Nachlasses des damaligen Frankfurter Professors Carl Caspar Crève [ˈkre:və] (Abb. 3a–c), der mir von seinem Ur-Ur-Enkel Knut Günther freundlicherweise erstmals zur Verfügung gestellt wurde, können wir die Arbeit an dieser Hochschule genauer rekonstruieren; denn „die Akten der Anstalt selbst scheinen verloren“, klagte bereits im Jahre 1907 der Frankfurter Stadtarchivdirektor Dr. Roland Jung (1859–1922).

Die Lehrenden an der neuen Spezialschule waren zum größten Teil angesehene Frankfurter Ärzte (siehe Tabelle). Die Studenten waren angehende Ärzte, aber auch junge Männer, die Wundärzte (Chirurgen) und Geburtshelfer werden wollten. Bisher verlief die Ausbildung von Ärzten und Chirurgen im deutschen Sprachraum streng getrennt, die Ärzte studierten an Universitäten, die Chirurgen bei Chirurgen bzw. Barbieren und zusätzlich an speziellen Chirurgeschulen. Hier in Frankfurt wurde also nach französischem Vorbild der Versuch gemacht, beide Ausbildungsgänge zu vereinigen. Insgesamt hatten sich 42 Studenten in Frankfurt für

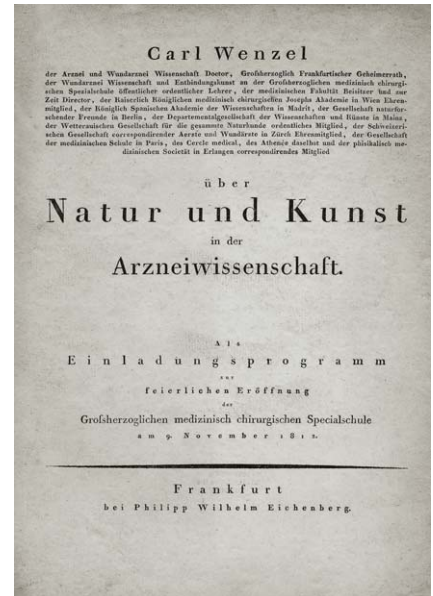


Abb. 2: Titelblatt des Druckes der Rede zur Eröffnung der Spezialschule von Rektor Prof. Wenzel am 9. November 1812.

das 1. Semester immatrikuliert. Es waren vorwiegend Landeskinder aus dem Großherzogtum. Besonderen Wert wurde auf den „praktischen Unterricht am Krankenbette“ gelegt. Jeder Professor hielt „täglich zwei Vorlesungen in den von ihm übernommenen Lehrfächern“, heißt es in der Stiftungsurkunde. „Für jedes Kollegium zu fünf Stunden in der Woche während eines Semesters werden fünf Gulden an den Professor gezahlt“. Das Studium an der Spezialschule war auf acht Semester angelegt und beinhaltete die in der Tabelle aufgeführten Lehrfächer.

Von Professor Crève sind zwei Vorlesungsmanskripte aus den Jahren 1813/14 vollständig erhalten:

1.) „Anthropologie oder die Lehre vom Menschen zum Gebrauch seiner Vorlesungen bearbeitet von Professor Dr. Crève Frankfurt am Mayn 1813. I. Heft: Mechanik des Menschlichen Körpers. Gehalten dem 1ten Semester nach der Installation der Großherzoglich Frankfurter medicinisch-chirurgischen Speci-

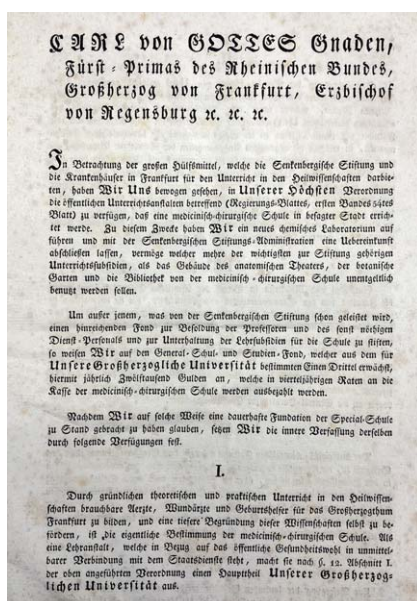


Abb. 1: Erste Seite der Stiftungsurkunde der Frankfurter „medizinisch-chirurgische Specialschule“ (1812). Aus: „Fundations- und Organisations-Urkunde der Großherzoglichen medicinisch-chirurgischen Schule in Frankfurt“. Frankfurt am Main 1812 [2^o, 12 S.].

al Schule vom 4ten Jänner bis den 9ten April“. [1]

2.) „Specielle Therapie. Fieberlehre = Pyretologie I. Heft generelle Fieberlehre. Bearbeitet von Professor Crève in Frankfurt am Mayn zu seinen Vorlesungen im Wintersemester des Jahres 1813–1814“. [2]

Es scheint sich um Vorlesungen im wahrsten Sinne des Wortes gehalten zu haben, denn die beiden Manuskripte enthalten keine Abbildungen, keine Graphiken und keine Tabellen. Crèves Anthropologie-Vorlesungen standen unter dem Einfluss der damals vorherrschenden Naturphilosophie. Zu dieser Zeit verstand man unter „Anthropologie“ den „Zusammenhang der Dinge“ im ganzen Menschen zu sehen, nicht nur das „Leibliche“, sondern auch seiner „Seelenzustände“. Dafür wurden für uns heute verwirrend viele Einzelerkenntnisse aus der Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie, Zoologie, Medizin, Psychologie und aus der Philosophie zusammengeführt [siehe Nasse 1823]. Für die praktische Ausbildung von Ärzten und Chirurgen waren diese Vorlesungen wohl nur bedingt geeignet.

Carl Caspar Crève wurde am 28. Oktober 1769 in Koblenz als Sohn eines Beamten des Reichsgrafen Franz Karl von der Leyen (1736–1775) geboren, der dort seinerzeit noch seine Residenz hatte. Nach einem Studium der Medizin an der Universität Mainz, u. a. bei dem Anatomen Prof. Samuel Thomas Sömmering und dem Chirurgen und Geburtshelfer Prof. Johann Peter Weidmann, promovierte Crève dort 1792 zum Doktor der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfekunst („*Doctoris Medicinae Chirurgiae et Artis Obstetriciae*“). Von 1793 bis zur Schließung der Universität Mainz 1798 durch die Französischen Besatzer war Crève außerordentlicher Professor in Mainz. Nach der Schließung der Universität ließ er sich 1800 in Eltville als Arzt nieder. 1803 wurde er zum Fürstl. Nassauischen Hof- und Medizinalrat ernannt. 1803 führte Crève dem seinerzeitigen Fürsten (seit 1806 Herzog) Friedrich August von Nassau (1738–1816) die Wirkung des schwefelhaltigen Wassers der Weilbacher Schwefelquelle vor, in dem er das Quellwasser auf ein vorher mit un-

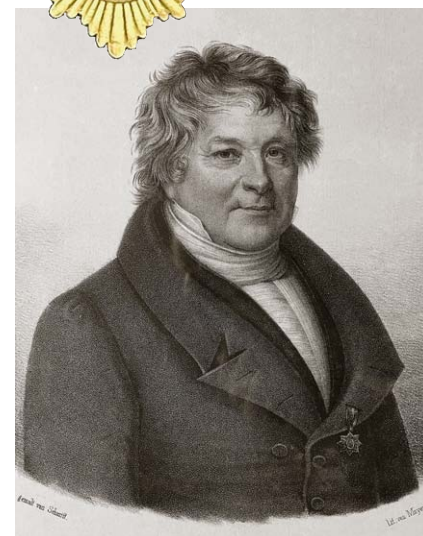


Abb. 3a–c:

(a) Anonymes Portrait (Öl auf Leinwand) von Prof. Dr. Carl Caspar Crève (1769–1853) [Familienbesitz Ffm.];

(b) Lithographie „C. C. Greve, Geheimerath Doctor und Professor der Arzneiwissenschaft. Gemalt von Schmitt. Gedruckt in der Lit. Anstalt v. F. Zimmermann in Mainz. Lit. von Mayer“ [Plattengröße 24 x 22 cm]. Danach muss es sich bei dem Maler des Ölportraits (a) um einen Schmitt gehandelt haben. Vor der linken Brust trägt er den Concordienorden III. Klasse.

(c) Concordienorden III. Klasse (Durchmesser 36 mm von Strahlenspitze zu Strahlenspitze), 1812 von Großherzog Karl verliehen. Insgesamt wurde diese Orden aus Gold nur 25-mal verliehen, darunter zweimal an Ärzte: an die beiden Mitglieder des Lehrkörpers der Frankfurter Specialschule Prof. Crève und Prof. Wenzel.



sichtbarer Tinte („essigsaurer Bleiauflösung“) geschriebenes, scheinbar leeres Blatt laufen ließ. Danach konnte der Herzog ein Huldigungsgedicht lesen und er war anscheinend nun von dem Wert dieser Quelle überzeugt. 1812 erfolgte Crèves Niederlassung als Arzt in Frankfurt und gleichzeitig wurde er Professor an der Spezialschule. Nach deren Auflösung war er weiterhin als Arzt in Frankfurt und wahrscheinlich auch in Eltville tätig (den Weg legte er in der in Abb. 5 dargestellten Kutsche zurück). 1838 wurde er in Frankfurt a. M. als Herzoglich Nassauischer Geheimrat und als außerordentliches, korrespondierendes Mitglied der Landesregierung des Herzogtums Nassau (zuständig für das Medizinalwesen) erwähnt. Zahlreiche Bücher und Zeitschriftenbeiträge stammten aus seiner Hand. Besonders beschäftigte er sich mit geburtshilflichen Fragen, den knöchernen Erkrankungen des weiblichen Beckens und deren Auswirkung auf den Geburtsvorgang. Außerdem forschte er über die gerade entdeckten Wirkungen des galvanischen Stromes auf den menschlichen Körper.

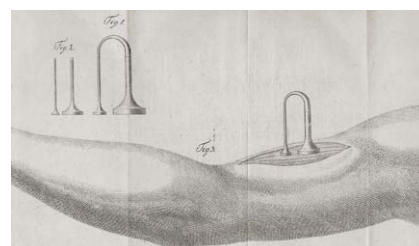


Abb. 4: Anwendung galvanisch erzeugten Stromes und der dadurch ausgelösten Muskelkontraktion zur objektiven Feststellung des Todes [Abb. aus: Crève 1796].



Abb. 5: Der Reisewagen Crèves (erbaut um 1830 von der Offenbacher Wagenfabrik Dick & Kirschten, mit dem er seine Patienten besuchte [seit 1911 im Deutschen Museum, München, Inv.-Nr. 18613]).



Abb. 6: Ehrenmedaillen aus Gold, die Prof. Crève erhielt: Medaille der „Societas Regia Medica Edinburgensis“ für seine „Beiträge zu Galvani's Versuchen...“ (1798); Goldmedaille der Societ  Médicale l'émulation de Paris (1799); Monnikhoff-Medaillen der Amsterdamer Akademie für Chirurgie (1805 und 1828) für seine Beiträge zur Fortentwicklung der Leistenhernienoperation, Medaille des Großherzogs Dalberg (1810). Oben in der Mitte der Großherzogliche Concordiennorden III. Klasse (siehe Abb. 3c).

Er verwendete den galvanisch erzeugten Strom auch zur objektiven Feststellung des Todes (Abb. 4). Der elektrische Reiz auf die Skelettmuskulatur wurde hier ausgelöst durch ein bogenförmiges Instrument, dessen einer Schenkel aus Silber, der andere aber aus Zink bestand. Beide Enden wurden jeweils mit trichterförmigen Enden versehen. Mit diesem galvanisch wirksamen Instrument konnten eventuell noch vorhandene Muskelkontraktionen als Zeichen des Lebens festgestellt werden. Die Abb. 4 zeigt die Anwendung des von ihm erfundenen Gerätes an einem freigelegten Musculus biceps des Oberarmes. Für seine Forschungen erhielt Crève Ehrenmedaillen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften (Abb. 6). Crève starb am 07. Juli 1853 Eltville, zwei seiner S hne wurden Ärzte, eine Tochter heiratete 1855 den Aschaffener Arzt

Dr. Jakob Christoph Stanislaus von Czihak (1800–1888; Promotion in Heidelberg 1824). Crèves Sohn Johann Baptist Karl (* 9.8.1798 in Mainz, Promotion in Heidelberg 1823; gest. nach 1863) gründete 1836 eine Orthopädische Heilanstalt in Wiesbaden, insbesondere für Kinder mit Skoliose. Sie war eine der ersten Anstalten dieser Art in Deutschland.

Quellen:

Crève, C. C.: Vom Metallreize, einem neuentdeckten untrüglichen Prüfungsmittel des wahren Todes. Leipzig und Gera: W. Heinsius 1796.

Jung, Roland: Frankfurter Hochschulpl ne 1384–1866. Archiv f. Frankfurts Geschichte u. Kunst, 3. Folge, Bd. 9 (1907), p. 35–92 u. 403–406.

Nasse, Friedrich (1778–1851): Die Aufgabe der Anthropologie. Zeitschrift für die Anthropologie. Herausgegeben von Fried. Nasse 1 (1823), 1–29.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Michael Sachs
Dr. Senckenbergisches Institut für
Geschichte und Ethik der Medizin
Universitätsmedizin
Goethe-Universität
Paul-Ehrlich-Str. 20–22
60590 Frankfurt am Main

[1] Folioformat, 270 nicht paginierte, doppelseitig beschriebene Blätter; am Schluss: „geendet den 8ten April 1813“. 39 Vorlesungen mit insgesamt 135 Kapiteln, jedes Kapitel 4 Seiten (2 Blätter).

[2] Folioformat, 150 nicht pag., doppelseitig beschriebene Blätter; am Schluss: „geendet den 2ten April 1814“. 67 Vorlesungen mit insgesamt 75 Kapiteln, jedes Kapitel 4 Seiten (2 Blätter)

Tabelle: Die Lehrenden an der 1812 gegründeten „medizinisch-chirurgischen Specialschule“ in Frankfurt am Main

Direktor: Prof. Dr. med. Carl Wenzel (1769–1827); Promotion 1791 an der Universität Mainz, Leibarzt Dalbergs (Professur für Geburtshilfe und „chirurgisch praktischen Unterricht am Krankenbette“)

Professoren (Dres. med.)

Behrends, Johann Bernhard Jacob (1769–1823), 1798–1815 Lehrer der Anatomie am Senckenbergischen Institut (Professor für Anatomie)

Crève, Carl Caspar (1769.1853), Arzt in Eltville, seit 1812 in Frankfurt, 1810 Geheimrat des Großherzogs von Frankfurt (Professor für Anthropologie, Spezielle Therapie und „innere Krankheiten am Krankenbette“)

Kestner, Theodor (1779–1847), Promotion 1801 in Göttingen, seit 1804 Arzt in Frankfurt (Professor für Chemie und Pharmakologie)

Lucae, Samuel Christian (1787–1821), Promotion 1808 in Tübingen, 1812 Privatdozent in Heidelberg (Professor für Anatomie und Physiologie), 1815 Prof. für Pathologie in Marburg

Neef(f), Christian Ernst (1782–1849), Promotion 1808 in Erlangen, seit 1809 Arzt in Frankfurt (Professor für Pathologie).

Scherbius, Johannes (1769–1813), Promotion 1790 in Jena, danach Arzt in Frankfurt (Professor für Botanik)

Varrentrapp, Johann Konrad (1779–1860), Promotion 1803 in Jena, 1804 Arzt in Frankfurt (Professor für Gerichtsmedizin)

Doctor legens (Dozent):

Bayrhaoffer, Christian Friedrich (1783–1813), Promotion 1809 in Tübingen, danach Arzt in Frankfurt (Dozent für Augenheilkunde)

Kein Zusatznutzen: Seit kurzem liegt die IQWiG-Bewertung zu Lecanemab vor

Lecanemab bei früher Alzheimer-Krankheit: Bislang unveröffentlichte Daten zeigen keinen Zusatznutzen. Das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) schließt aus Daten des Herstellers, die jetzt erst veröffentlicht wurden, dass Lecanemab keinen nachgewiesenen Vorteil gegenüber dem bestehenden Therapiestandard in Deutschland bietet.

Das IQWiG untersucht den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Die Pressemitteilung findet sich unter www.iqwig.de, Kurzlink <https://t1p.de/twyiy> und QR-Code führen direkt dorthin. Siehe auch Kasten auf S. 39. (red)



Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Gonarthrose

Dr. med. Natascha Einhart,
Prof. Dr. med. Marcus Schiltenswolf,
Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Steinmeyer

Die Leitlinie „Prävention und Therapie der Gonarthrose“ erschien im Mai 2025 (gültig bis Juli 2029). Es werden hier Empfehlungen zur Diagnostik, Prävention, konservativen Therapie (medikamentös und nichtmedikamentös) und operativen Therapie (gelenkerhaltend und gelenkersetzend) ausgesprochen. Die Arzneimitteltherapie der Gonarthrose zielt auf eine Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung. Es soll die niedrigste wirksame Dosis über den kürzesten möglichen Zeitraum eingesetzt werden. Als Mittel der ersten Wahl empfiehlt die Leitlinie topische NSAR (nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente). Nur falls diese unwirksam oder ungeeignet sind, sollte ein orales NSAR eingesetzt werden unter Beachtung von Kontraindikationen. Die Leitlinie rät von einer routinemäßigen Therapie mit Paracetamol und schwach wirksamen Opioiden ab. Intraartikuläre Kortikosteroide werden zur kurzfristigen Therapie nur dann empfohlen, wenn hierdurch physikalische Therapieformen unterstützt werden oder andere medikamentöse Therapien unwirksam bzw. ungeeignet sind; es sei lediglich ein kurzfristiger Therapieeffekt (2–10 Wochen) zu erwarten. Widersprüchliche Evidenz findet sich für die intraartikuläre Injektion von Hyaluronsäure, derzeit eine häufig eingesetzte Therapieoption. Diese soll die Viskositätsabnahme der Synovialflüssigkeit kompensieren. Im Vergleich zu Placebo fallen Behandlungsunterschiede aber gering aus. Die Leitlinie empfiehlt nicht die Behandlung mit Glucosamin. Es gebe dabei keinen über die Placebowirkung hinausgehenden Effekt.

S3-Leitlinie Vorhofflimmern

Dr. med. Natascha Einhart,
Prof. Dr. med. Birke Schneider

Die S3-Leitlinie „Vorhofflimmern“ erschien am 14. April 2025 (gültig bis Februar 2030). Federführende Fachgesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK). Vor Veröffentlichung dieser Leitlinie stand keine deutsche Leitlinie zum Vorhofflimmern zur Verfügung. Die S3-Leitlinie „Vorhofflimmern“ spricht nach einem einführenden Kapitel zur Definition, Einteilung und Epidemiologie des Vorhofflimmerns Empfehlungen aus zur Diagnostik (Kapitel 2), zum Screening (Kapitel 3), zu Prävention und lebensstilbezogenen Maßnahmen (Kapitel 4), zur Schlaganfallprävention (Kapitel 5), zur Rhythmuskontrolle (Kapitel 6) und zur Frequenzkontrolle (Kapitel 7). Abschließend wird auf spezielle Szenarien (Kapitel 8) eingegangen, unter anderem auf das Management der oralen Antikoagulation bei geplanten operativen und interventionellen Eingriffen.

Dieser Artikel in der AVP 52/2 fasst die wichtigsten Empfehlungen zur medikamentösen Therapie des Vorhofflimmerns zusammen. Eingegangen wird auf die Schlaganfallprävention mittels Antikoagulation in Abhängigkeit vom individuellem Risiko, das mittels CHA₂DS₂-VA-Score abgeschätzt werden kann. „Rhythmuskontrolle und Frequenzkontrolle – Was ist neu? Was ist anders?“ sind weitere Themen des Beitrags, der am besten komplett gelesen wird. Verfügbar ist die Leitlinie unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/019-014>.

Alzheimer-Antikörper Lecanemab – nun also doch?

Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer

Trotz anfänglicher Skepsis empfahl der EMA-Ausschuss für Humanarzneimittel CHMP im November 2024 unter öffentlichem Druck die Zulassung des Alzheimer-Antikörpers Lecanemab (Leqembi). Die EU-Kommission erteilte erst im April 2025 eine Marktzulassung – mit erheblichen Auflagen. Lecanemab, ein gentechnisch in Ovarialzellen des Chinesischen Zwerghamsters hergestellter Antikörper, soll Beta-Amyloid-Ablagerungen im Gehirn von Patienten mit Alzheimer-Demenz verhindern. Doch die Zulassung bleibt umstritten: Kritiker sehen den klinischen Nutzen als zu gering im Vergleich zu schweren Nebenwirkungen wie Hirnschwellungen (13 % von Studienteilnehmern) und Blutungen in bestimmten Hirnarealen (17 %). Die Therapie ist nur für Patienten im sehr frühen Alzheimer-Stadium möglich, erfordert aufwendige Diagnostik (MRT, Liquoranalyse, genetische Analyse) und regelmäßige Kontrollen mittels MRT. Der klinische Effekt ist bescheiden: Nach 18 Monaten zeigte sich im CDR-SB-Score nur eine minimale Verbesserung von 0,45 Punkten gegenüber Placebo – kaum spürbar für Patienten. Angesichts der Belastung für Patienten und Gesundheitssystem wird zu realistischer Aufklärung geraten: Lecanemab sei keine Wunderwaffe, sondern eine Option mit begrenztem Nutzen, hohem Risiko und aufwendigem Procedere. Für fortgeschrittene Alzheimer-Fälle komme die Therapie sowieso nicht mehr infrage.

Siehe aktuelle IQWiG-Bewertung S. 38
(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 02/2025
Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin:
Kurzlink:
<https://t1p.de/in4zd>

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2025
Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink:
<https://t1p.de/t2sc4>

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2025
Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink:
<https://t1p.de/dvfnf>

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 02.02.: Alexander Schmick, Frankfurt, 65 Jahre
- 04.02.: Dr. med. Johannes Pfeifer, Frankfurt, 65 Jahre
- 04.02.: Dr. med. Ulrich Seibert, Langen, 70 Jahre
- 07.02.: Dr. med. Hein Reuter, Bad Homburg, 70 Jahre
- 07.02.: Dr. med. Gerd Metzger, Frankfurt, 75 Jahre
- 07.02.: Dr. med. Jan Lenkiewicz, Frankfurt, 80 Jahre
- 08.02.: Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Marburg, 65 Jahre
- 10.02.: Dr. med. Michael Kriewald, Flörsheim, 75 Jahre
- 10.02.: Dr. med. Egmont Zscherpe, Frankfurt, 75 Jahre
- 11.02.: Dr. med. Stephan Seessle, Offenbach, 75 Jahre
- 12.02.: Dr. med. Gerd Claußnitzer, Alzenau, 65 Jahre
- 13.02.: Mohamed Ibrahim, Kriftel, 75 Jahre
- 15.02.: Dr. med. Birgit Oehler-Bubenheim, Hanau, 85 Jahre
- 21.02.: Dr. med. Ursula Schreckenberger, Frankfurt, 80 Jahre
- 22.02.: Dott./Univ. Mailand Mora Cohn, Offenbach, 70 Jahre
- 22.02.: Dr. med. Irene Hufnagel, Frankfurt, 75 Jahre
- 22.02.: Dr. med. Wolfgang Gerath, Frankfurt, 90 Jahre
- 23.02.: Dr. med. Arne Daniela Marschall-Kehrel, Frankfurt, 65 Jahre
- 23.02.: Dr. med. Franz Kindling, Rodgau, 70 Jahre
- 24.02.: Christel Oberhauser, Erlensee, 75 Jahre
- 26.02.: Marja-Leena Blokzijl, Glashütten, 70 Jahre
- 27.02.: Dr. med. Stefan Franz Schlesinger, Frankfurt, 70 Jahre
- 28.02.: Dr. med. Roland Pauly, Frankfurt, 70 Jahre
- 28.02.: Dr. med. Bernd Sulzbach, Schöneck, 75 Jahre

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

Beiträge ab 1. Januar 2026

Gemäß § 13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI).

Gesetzliche Rechengrößen 2026	
	alle Bundesländer
Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und zum Versorgungswerk	18,6 % des monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkommens
Beitragsbemessungsgrenze monatlich	8.450,00 €
	Beitrag maximal
Angestellte Ärztinnen und Ärzte	
mit Befreiung von der gRV ¹	1.571,70 €
ohne Befreiung von der gRV ²	785,85 €
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	
ohne Vertragsarztzulassung in Hessen ³	1.571,70 €
mit Vertragsarztzulassung in Hessen ³	785,85 €
außerhalb Hessens	1.571,70 €
Selbstständig Tätige ohne Niederlassung	1.571,70 €
Weitere Beitragsarten	
Mindestbeitrag nach § 13 der Versorgungsordnung	157,17 €
Höherversorgung (Pflichtbeitrag + Höherversorgung)	3.143,40 €
¹ Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) auf Antrag gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI ² ohne Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI und mit Beitragsermäßigung nach § 9 Abs. 3 der Satzung ³ nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	

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)

Freie Berufe im Dialog mit Politikern

Präsidententreffen des Verbandes Freier Berufe



Vertreterinnen und Vertreter der Freien Berufe im Dialog mit Politikern: Präsidententreffen des Verbandes Freier Berufe am 19. November in Frankfurt in Räumen der Landesärztekammer Hessen.

Beim diesjährigen Präsidententreffen des Verbandes Freier Berufe in Hessen haben sich die Präsidenten und Vorsitzenden der Mitgliedsorganisationen des Verbandes mit führenden Politikern aus den im Hessischen Landtag vertretenen Fraktionen getroffen, um sich über aktuelle Themen auszutauschen. Die Parteien waren in diesem Jahr durch die Fraktionsvorsitzenden Ines Claus (CDU), Mathias Wagner (Bündnis90/Die Grünen) und Tobias Eckert (SPD) vertreten sowie durch Elke Barth, Landtagsabgeordnete für den Hochtaunuskreis (SPD) und Yanki Pürsün, stv. Fraktionsvorsitzender (FDP). Für die Landesärztekammer Hessen nahm Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark (obiges Foto hinten rechts) teil.

Die Sitzung wurde von Dr. med. Michael Weidenfeld, Präsident des Verbandes Freier Berufe in Hessen, geleitet (siehe auch Kasten). Schwerpunkte der Gespräche:

- **Gesundheitsberufe:** Thematisiert wurden u. a. die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung, ausreichende Umsetzungsfristen bei neugeschaffenen oder novellierten Verpflichtungen z. B. der Telematikinfrastruktur, Regelungen zu Approbationsverfahren sowie die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Hessen. Prüfung des Onlinehandels von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.
- **Rechts- und Steuerberatende Berufe:** Im Mittelpunkt standen die Umsetzung der europäischen Nachhaltigkeitsberichts-

pflichten (CSRD), die Modernisierung des Wirtschaftsprüferrechts, steuerliche Vereinfachungen und die weitere Digitalisierung der Besteuerungsverfahren. Endbürokratisierung.

- **Technische Berufe:** Diskutiert wurden Fragen des Vergaberechts, die Novelle der Hessischen Vergabe- und Vertragsordnung (HVT), die Digitalisierung von Vergabeprozessen, eine praxisgerechte Ökobilanzierung sowie die Anhebung der Schwellenwerte für Direktvergaben. Präsident Weidenfeld erklärte: „Der direkte Austausch mit den Fraktionsvorsitzenden ist für uns von großer Bedeutung. Die Freien Berufe stehen für Qualität, Unabhängigkeit und Verantwortung – Werte, die gerade in Zeiten des Wandels verlässliche politische Rahmenbedingungen erfordern.“ Die Fraktionsvorsitzenden sicherten zu, die Anliegen der Freien Berufe in die parlamentarische Arbeit einzubringen und den Dialog fortzusetzen. (red)

Zuwachs für den VFBH

Der Verband Freier Berufe in Hessen wächst – und mit ihm die Stimme der freien Heilberufe. Neues Mitglied ist nun die Landesapothekerkammer Hessen. Deren Vizepräsidentin Dr. Schamim Eckert wurde im Rahmen des Präsidententreffens von Dr. med. Michael Weidenfeld begrüßt, Präsident des Verbandes Freier Berufe in Hessen.



Auf gute Zusammenarbeit: Dr. med. Michael Weidenfeld (r.), Präsident des Verbandes Freier Berufe in Hessen, und Dr. Schamim Eckert, Vizepräsidentin der Landesapothekerkammer Hessen.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 04.02.: Dr. med. Christiane Lapp, Darmstadt, 65 Jahre
- 07.02.: Dr. med. Peter Berg, Weiterstadt, 70 Jahre
- 10.02.: Dr. med. Wolfram Minn, Griesheim, 75 Jahre
- 13.02.: Dr. med. Elisabeth Malzfeldt, Darmstadt, 75 Jahre
- 14.02.: Dr. med. Eva-Maria Glover-Messer, Rüsselsheim, 75 Jahre
- 16.02.: Klaus Erich Büchele, Lampertheim, 70 Jahre
- 16.02.: Dr. med. Walter Fuchs, Bensheim, 85 Jahre
- 17.02.: Dr. med. Horst Bradler, Michelstadt, 75 Jahre
- 20.02.: Dr. med. Günter Vogelsang, Michelstadt, 85 Jahre
- 21.02.: Werner Rein, Erbach, 70 Jahre
- 23.02.: Dr. med. Matthias Reckmann, Rüsselsheim, 70 Jahre
- 23.02.: Dr. med. Karl Weidner, Viernheim, 70 Jahre
- 25.02.: Dr. med. Joachim Seffrin, Darmstadt, 70 Jahre
- 27.02.: Barbara Rotter-Auell, Darmstadt, 70 Jahre
- 28.02.: Dr. med. Anneliese Vetter-Jährling, Zwingenberg, 75 Jahre
- 29.02.: Dr. med. Maria Lang, Bensheim, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 01.02.: Dr. med. Jan Bures, Idstein, 75 Jahre
- 02.02.: Dr. med. Ulrich Kranz, Mainz, 70 Jahre
- 05.02.: Dr. med. Elke Thorwesten, Wiesbaden, 65 Jahre
- 05.02.: Dr. med. Parirokh Seyyedi, Schlangenbad, 90 Jahre
- 12.02.: Dr. med. Bruno Hannappel, Brechen, 65 Jahre
- 15.02.: Dr. med. Volkhard Hühn, Taunusstein, 70 Jahre
- 27.02.: Dr. med. Margret Nafziger-Straub, Wiesbaden, 65 Jahre

Fotos: Isolde Asbeck

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

- 03.02.: Dr. med. Jürgen Michael Klotz, Künzell, 70 Jahre
03.02.: Eduard Schiebelbein, Fulda, 75 Jahre
06.02.: Dr. med. Eva-Maria Grieser, Kassel, 80 Jahre
09.02.: Volker Westermann, Calden, 70 Jahre
09.02.: Gisela Werner, Kassel, 75 Jahre
11.02.: Goran Stok, Bad Hersfeld, 80 Jahre
12.02.: Dr. med. Joachim Hetzler, Spangenberg, 75 Jahre
12.02.: Dr. med. Rolf Schröder, Kassel, 75 Jahre
13.02.: Eugen Koch, Kassel, 75 Jahre
13.02.: Cyril King, Hünfeld, 80 Jahre
17.02.: Dr. med. Hans-Günter Schafdecker, Baunatal, 65 Jahre
18.02.: Prof. Dr. med. Peter Issing, Bad Hersfeld, 65 Jahre
18.02.: Alexandra Mansmann, Kassel, 70 Jahre
23.02.: Dr. med. Komintr Duangphung, Fulda, 85 Jahre
27.02.: Dr. med. Peter-Michael Roth, Calden, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 01.02.: Dr. med. Ursula Ehlenz, Linden, 70 Jahre
03.02.: Dr. med. Peter Polzien, Friedberg, 70 Jahre
07.02.: Dr. med. Dipl.-Psych. Corinna Erbe, Gießen, 65 Jahre
11.02.: Dr. med. Andreas Rutz, Buseck, 80 Jahre
15.02.: Dr. med. Thomas Beerboom, Heuchelheim, 65 Jahre
15.02.: Werner Fleck, Wettenberg, 75 Jahre
15.02.: Dr. med. Hans-Werner Schmidt, Linden, 75 Jahre
22.02.: Dr. med. Renate Lintz, Lich, 85 Jahre
24.02.: Susanne Franke, Steinau, 65 Jahre
25.02.: Volker Berger, Gießen, 75 Jahre
25.02.: Dr. med. Burkhard Staude, Staufenberg, 80 Jahre
25.02.: Dr. med. Sabine Schmitt-Doctor, Schlitz, 85 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

MFA-Sommerprüfung 2026

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2026 vom 29. April bis zum 31. Juli 2026

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

14. Januar und 21. Januar 2026

bei dem zuständigen Kammerbezirk anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2026 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 30. September 2026 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (in der Regel ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter <https://www.laekh.de/aktuelles>.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen**

19. Tag der Allgemeinmedizin

Fortbildung für den Praxisalltag: pharmakonabhängig. Geboten werden zahlreiche Workshops, praktische Übungen und Seminare.

Termin: Mittwoch, 4. März 2026
von 9 bis 16:30 Uhr

Ort: Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für Medizinische Lehre des Fachbereichs

Medizin der Philipps-Universität Marburg an der Lahn

Zielgruppen: Hausärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, PJ'ler Allgemeinmedizin und Medizinische Fachangestellte

Programm und Link zur Anmeldung:
www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed
Kurzlink: <https://t1p.de/p5t3u>

Altersversorgung und Planetare Gesundheit

Altersversorgung und Planetare Gesundheit — Vor welchen Herausforderungen stehen berufsständische Versorgungswerke?

- Planetary Health Dialogue: eine Online-Veranstaltung des Center for Planetary Health Advocacy (CPHA) und der Deutschen Allianz für Klima und Gesundheit e. V. (KLUG)
- **Termin:** Mittwoch, 7. Januar 2026, 15–16:30 Uhr, online (via Zoom), vorherige **Anmeldung** nötig unter: <https://cphp-berlin.de/planetary-health-dialogues>

Kurzlink: <https://t1p.de/gvivyh>
Der QR-Code führt dorthin.

Im Rahmen der monatlichen Diskussionsrunde geht es diesmal um die Fragen: Wie können die berufsständigen Versorgungswerke den Herausforderungen der ökologischen Krisen gerecht werden, um auch langfristig die Versorgungsbezüge ihrer Mitglieder zu sichern? Wie können Versorgungswerke die Klima- und Umweltrisiken für ihre Kapitalanlagen reduzieren? Von KLUG gibt es dazu ein Positionspapier (<https://t1p.de/euwcw>).



Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Hans-Georg Apel, Wiesbaden
* 19.05.1934 † 14.02.2025

Dr. med. Wolfgang Beier, Schlüchtern
* 21.03.1936 † 29.07.2025

Dr. med. Wolfgang Daub, Meinhard
* 09.04.1942 † 27.10.2025

Dr. med. Ahad Dochantschi, Steinbach
* 28.06.1933 † 10.10.2025

Dr. med. Jürgen Fries, Viernheim
* 21.03.1940 † 14.11.2025

Dr. med. Harald Käufler, Kassel
* 07.04.1949 † 25.09.2025

Gisela Kissel, Frankfurt
* 09.04.1949 † 28.08.2025

Dr. med. Hermann Heinrich Kurz,
Oberaula
* 19.10.1935 † 12.11.2025

Dr. med. Hermann Möller-Morlang,
Stadtallendorf
* 19.10.1940 † 01.07.2025

Dr. med. Wolfgang Schaffstein,
Kronberg
* 01.06.1946 † 11.10.2025

Dr. med. Johanna Schenk, Hochheim
* 12.11.1949 † 26.10.2025



Foto: © Olaf Simon – stock.adobe.com

Dr. med. Marianne Schneider, Kassel
* 03.08.1954 † 12.11.2025

Thomas Schulz, Frankfurt
* 04.01.1949 † 21.12.2024

Dr. med. Renate Elisabeth Steden,
Marburg
* 03.01.1941 † 02.05.2023

Prof. Dr. med. Ekkehard Thomas,
Frankfurt 14.06.1929 † 07.06.2025

Dr. med. Ralf Jürgen Wagner, Zürich
* 09.12.1972 † 22.09.2025

Dr. med. Hans-Dieter Walmrath, Lohra
* 28.04.1955 † 26.10.2025

Dr. med. Walter Ziegler,
Frankfurt am Main
* 10.10.1933 † 22.10.2025

Goldenes Doktorjubiläum

03.02.: Dr. med. Gottfried Ebenhöf,
Wächtersbach

06.02.: Dr. med. Rudolf Adams,
Baunatal

06.02.: Dr. med. Gernot Heller,
Altenstadt

06.02.: Dr. med. Helmut Müller,
Zollikon

13.02.: Dr. med. Wolfgang Waas,
Pohlheim

16.02.: Dr. med. Juergen Lüber,
Lampertheim

17.02.: Dr. med. Christine Dimroth-
Lange, Frankfurt

18.02.: Dr. med. Hubert Bußmann,
Naumburg

18.02.: Dr. med. Bernd Sulzbach,
Schöneck

19.02.: Dr. med. Hans-Joachim Lahr,
Wiesbaden

19.02.: Dr. med. Alfred Niemeyer,
Wiesbaden

20.02.: Dr. med. Uwe Köhler, Mainz

20.02.: Dr. med. Falko Hans Jürgen
Kronsbein, Bad Nauheim

24.02.: Dr. med. Ulrich Räh,
Wiesbaden

20.02.: Dr. med. Michael Witzke,
Friedrichsdorf

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Fortsetzung

26.02.: Jutta Leib-Ehlicker,
Biebertal, 70 Jahre

26.02.: Dr. med. Victor Manuel Becerra-
Urutiaga, Büdingen, 90 Jahre

28.02.: Ltd. Med. Dir. i.R. Dr. med.
Jörg Bremer, Gießen, 75 Jahre

29.02.: Dr. med. Angela Wolf,
Gießen, 90 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

04.02.: Hermann Meiburg,
Korbach, 70 Jahre

06.02.: Dr. med. Heinrich Hofmann,
Marburg, 75 Jahre

07.02.: Haysam Asaad,
Stadtallendorf, 65 Jahre

10.02.: Sabine Langer, Weimar, 65 Jahre

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

**Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufs-
jubiläum:**

Silke Freymann,

seit 10 Jahren tätig im Zentrum für Kardiologie und Angiologie Dr. med. Stefan Lehmann und Dr. med. Michaela Schmidt, vormals Praxis Dres. Dr. med. Schepp, Dr. med. Lehmann und Dr. med. Schmidt, Ortenberg.

**Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufs-
jubiläum:**

Janine Klose,

seit 25 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Philipp Malchow und Michael Wilbert, Weiterstadt, vormals Dr. med. Hubert Kämpf.

**Wir gratulieren zum 40-jährigen Berufs-
jubiläum:**

Beate Schnellbacher,

seit 40 Jahren tätig in der Urologischen Gemeinschaftspraxis Dr. J. Kautzmann/
M.Qwaider, Reinheim.

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 Nr. 2 und 17 Absatz 1 Satz 1 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. September 2025 (GVBl. Nr. 57, S. 3), i.V.m. § 5 Abs. 6d der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 22. März 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 451) wird wie folgt geändert:

1. § 5 Absatz 1 Nummer 8 wird wie folgt geändert:

„8. Die Anbieterin/der Anbieter der Veranstaltung und die Wissenschaftliche Leitung müssen gegenüber den Teilnehmenden zusichern, dass die Inhalte dieser Veranstaltung produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet sind und dass potenzielle Interessenkonflikte gegenüber den Teilnehmenden offengelegt werden. Die Anbieterin oder der Anbieter, die Wissenschaftliche Leitung und die weiteren Mitwirkenden müssen ihre Interessenkonflikte gegenüber der Ärztekammer und gegenüber den Teilnehmenden in geeigneter und nachvollziehbarer Weise offenlegen. Den Teilnehmenden müssen die Interessenkonflikte vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme verständlich offengelegt werden.“

2. Nach § 14 wird folgender neuer § 15 angefügt:

„§ 15 Richtlinie zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen

Die Landesärztekammer Hessen erlässt eine ergänzende Richtlinie zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen.

Die Richtlinie bedarf anlässlich der nächsten Delegiertenversammlung der Information und Bestätigung durch die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

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

Frankfurt, 25. November 2025



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 Nr. 2 und 17 Absatz 1 Satz 1 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. September 2025 (GVBl. Nr. 57, S. 3), i. V. m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293 bis 295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446), i.V.m. § 15 der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 22. März 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 451), zuletzt geändert am 25. November 2025 (HÄBL 1/2026, S. 44), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 die folgende vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 5. November 2025 beschlossene Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen bestätigt:

Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen

1. Inhalt und Form der Anträge und Erklärungen

Die Antragstellung erfolgt unter Beifügung des vollständigen und gültigen Programms für jede anzuerkennende 1) Fortbildungsmaßnahme elektronisch über das Portal der Landesärztekammer Hessen. Dabei ist die verantwortliche wissenschaftliche Leitung zu benennen.

Die Inhalte einer ärztlichen Fortbildung müssen unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sein. Dienstleistungen und/oder Produkte dürfen nicht beworben werden.

Der Anbieter 2) und die wissenschaftliche Leitung sichern gegenüber den Teilnehmenden zu, dass die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet sind, potenzielle Interessenkonflikte offengelegt werden und informieren darüber, ob es sich um eine gesponserte Veranstaltung handelt (Zusicherung).

Diese Angaben müssen in allen Veranstaltungsankündigungen (Programmen, Flyern, auf der Homepage usw.) erfolgen.

Anbieter, die wissenschaftliche Leitung und Mitwirkende (insbesondere Referenten) müssen ihre potenziellen Interessenkonflikte gegenüber den Teilnehmenden (z. B. erste Folie bei Vorträgen, die mindestens 10 Sekunden sichtbar bleiben muss, Handout, Aushang, Hinweis im Programm, Link oder Download) und auf Anforderung zusätzlich gegenüber der Landesärztekammer Hessen offenlegen (Selbstauskunft).

2. Methoden der Lernerfolgskontrolle

In den Kategorien A, C, I und K werden Zusatzpunkte für dokumentierte und von der Landesärztekammer Hessen anerkannte Lernerfolgskontrollen gewährt. Dafür vorgesehene Verfahren sind bereits bei der Antragsstellung hinsichtlich des Verfahrens (z. B. schriftlich, mündlich, Multiple-Choice-Fragen, praktische Demonstration etc., Dauer/Zeitbedarf und evtl. Bestehenskriterien) zu beschreiben. Daraus resultierende Zusatzpunkte, die al-

len Teilnehmenden zustehen, werden zu den Basispunkten addiert oder ggfs. gesondert ausgewiesen.

3. Teilnahmelisten

Der Anbieter hat die Teilnahme zu dokumentieren. Er soll hierzu die Teilnahmeliste verwenden, die das Portal der Landesärztekammer Hessen nach dem Anlegen eines Veranstaltungstermins zu einer bereits anerkannten Maßnahme zur Verfügung stellt.

Sofern der Anbieter nicht das von der Bundesärztekammer bereitgestellte elektronische Verfahren zur Punkteübermittlung nutzt, muss die Teilnahmeliste für die Punktemeldung folgende Daten enthalten:

1. Name und Vorname des Teilnehmenden,
2. Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) des Teilnehmenden in Barcode-Form,
3. Veranstaltungsnummer VNR
4. Unterschrift der Wissenschaftlichen Leitung.

4. Teilnahmebescheinigungen

Der Anbieter hat den Teilnehmenden zum bzw. nach Veranstaltungsende eine namentlich gekennzeichnete Teilnahmebescheinigung auszugeben. Es sollen hierzu die Teilnahmebescheinigungen verwendet werden, die im Portal der Landesärztekammer Hessen nach dem Anlegen eines Veranstaltungstermins zu einer bereits anerkannten Maßnahme zur Verfügung gestellt werden.

5. Meldung der Fortbildungspunkte durch den Anbieter

Verwendet der Anbieter zur Punktemeldung entgegen der Verpflichtung gemäß § 7 Ziffer 5 der Fortbildungsordnung nicht das von der Bundesärztekammer bereitgestellte elektronische Verfahren, sondern übermittelt der Landesärztekammer Hessen die Teilnahmelisten elektronisch oder in Papierform, so können je nach anfallendem Arbeitsaufwand seitens der Landesärztekammer Hessen zusätzliche Bearbeitungsgebühren erhoben werden.

6. Ergänzende Anforderungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen bestimmter Kategorien des § 10 Abs. 1 der Fortbildungsordnung

a. Fortbildungsmaßnahmen ohne vor-Ort-Teilnahmen (insbesondere live online, on demand)

Für den Teilnehmenden der Fortbildungsmaßnahme muss eine nicht kommerzielle/neutrale Anmeldemöglichkeit bestehen. Die Fortbildungsmaßnahme muss über eine neutrale Plattform angeboten werden, d. h. Produkt- oder Firmenwerbung oder eine Verlinkung zum Produktportfolio des Anbieters sind nicht zulässig.

Der Landesärztekammer Hessen ist ein kostenloser Zugang zur Fortbildung zur Verfügung zu stellen.

b. Kategorie D (Fortbildungsbeiträge in Print oder elektronischen Medien mit Lernerfolgskontrolle)

Unterliegen die Fortbildungsmaßnahmen einem Peer-Review-Verfahren/Kreuzgutachten, wird ein Zusatzpunkt anerkannt.

c. Kategorie F (Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Autorentätigkeit)

Als bepunktungsfähige wissenschaftliche Veröffentlichung kommen insbesondere in Frage: Beiträge in anerkannten med.-wiss. Zeitschriften, Beiträge in/Herausgabe von med.-wiss. (Lehr) Büchern und deren substanzielle Überarbeitung, Vorträge/Poster bei wissenschaftlichen Kongressen (zumindest die Kurzfassung auch in Druckform publiziert), sofern die Inhalte solcher Veröffentlichungen § 3 der Fortbildungsordnung entsprechen.

Die Punktzahl (max. 5 pro Veröffentlichung) richtet sich grundsätzlich nach Niveau und Umfang der Veröffentlichung, und bei mehreren Autoren ggf. nach deren anteiliger Urhebererschaft.

Für Beiträge in Fachzeitschriften gilt: Alleinautoren erhalten für jeden Beitrag 2 Punkte. Bei mehreren Autoren erhält der Erstautor 2 Punkte, alle anderen jeweils 1 Punkt.

Für Bücher gilt:

Alleinautoren erhalten max. 5 Punkte. Bei mehreren Autoren erhalten die Herausgeber je 1 Punkt und die Autoren von Einzelkapiteln jeweils 1 Punkt für jedes von Ihnen (mit-) verfasste Kapitel, jedoch max. 5 pro Buch.

Referenten können für einen 45-minütigen Vortrag in Kat. A oder H einen Referentenpunkt erhalten.

d. Kategorie G (Hospitationen)

Die Landesärztekammer Hessen stellt ein Formular zum Nachweis einer Hospitation zum Download/Ausdruck bereit.

e. Kategorie L (Zusatzstudiengänge)

Zusatzstudiengänge, die zu einer eigenen, im engeren Sinn nicht ärztlich-medizinischen Qualifikation führen und/oder in

nicht unerheblichem Maße Themen behandeln, die nicht § 3 der Fortbildungsordnung entsprechen, sind grundsätzlich nicht anerkennungsfähig.

f. Bewertung nach Fortbildungseinheiten

Grundlage für die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen sind die Fortbildungseinheiten (FE), die mit je 1 Punkt bewertet werden.

Grundsätzlich wird 1 Punkt für eine FE von 45 Minuten vergeben.

Bei der Rundung von Dezimalzahlen gilt die kaufmännische Rundungsregel: Beträgt die erste wegfallende Dezimalstelle weniger als fünf, so wird abgerundet; beträgt sie fünf oder mehr, so wird aufgerundet.

Pausenzeiten zählen nicht zu den Fortbildungseinheiten.

Bei Veranstaltungen mit mehr als 7 FE ist eine Pause von 30 Min. einzurechnen.

Sind bei einer Veranstaltung nur Teile derselben zur Fortbildung geeignet, werden Punkte nur für diese FE berechnet und gewährt (Teilbepunktung).

7. Mitteilung von nachträglich eingetretenen Änderungen zum Antrag

Ergeben sich nachträglich zu dem vom Anbieter gestellten Antrag Änderungen, bedarf es in folgenden Fällen keines neuen Antrags, sondern nur einer Änderungsmitteilung des Anbieters im Portal der Landesärztekammer Hessen:

- Der Ort der Veranstaltung (sofern der neue Ort im Zuständigkeitsbereich der Landesärztekammer Hessen liegt),
- Der/die Zeitpunkt/e der Veranstaltung (sofern der neue Zeitpunkt noch innerhalb eines Kalenderjahres ab Ausstellung des Anerkennungsbescheids liegt) kann/können ab Anerkennung der Maßnahme frei gewählt werden.

In allen anderen Fällen der Änderung von zertifizierungsrelevanten Merkmalen muss ein neuer Antrag gestellt werden.

8. Fortbildungsmaßnahmen im Ausland

Beantragen Mitglieder der Landesärztekammer Hessen als Teilnehmende von im Ausland besuchten und nicht in Deutschland zertifizierten Veranstaltungen die nachträgliche Erfassung von Punkten (insbesondere Kategorie B mehrtägige Kongresse), sind möglichst alle Teilnahmebescheinigungen einzureichen, aus denen das Programm aufgeschlüsselt nach Themen, Zeitverlauf mit Pausen und Referenten sowie tatsächlich vom Teilnehmenden absolvierte Fortbildungseinheiten eindeutig hervorgehen.

Bei Gleichwertigkeit kann eine Bewertung analog der Kategorien der Fortbildungsordnung erfolgen.

§ 9. Inkrafttreten/Außerkräfttreten

Diese Richtlinie tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen vom 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 59–61) zuletzt geändert am 1. Dezember 2020 (HÄBL 1/2021, S. 44) außer Kraft.

- 1) In dieser Richtlinie werden die Begriffe Anerkennung, Zertifizierung und Bepunktung synonym verwendet
- 2) Genderneutrale Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form verwendet. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 beschlossene Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 25. November 2025



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Aufgrund §§ 10 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 6 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. September 2025 (GVBl. Nr. 57, S. 3), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 folgende Satzung beschlossen:

Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

Die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) wird einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet;
der Begriff „Kammerangehöriger“ für die/den Kammerangehörige/n.

§ 1 Beitragspflicht

- (1) Die Landesärztekammer Hessen erhebt zur Deckung der Kosten, die ihr durch Erfüllung ihrer Aufgaben entstehen, von ihren Kammerangehörigen Beiträge. Die Kammerbeiträge sind öffentlich-rechtliche Abgaben. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.
- (2) Beitragspflichtig sind alle Ärzte, die am 1. Februar des Beitragsjahres (Veranlagungstichtag) nach § 2 Abs. 1 Heilberufsgesetz Pflichtmitglieder oder freiwillige Mitglieder der Landesärztekammer Hessen sind. Macht ein Arzt seine Veranlagung z. B. durch Nichtanmeldung unmöglich, wird er nachträglich veranlagt.
- (3) Kammerangehörige, die vor dem 1. Januar 1951 geboren wurden, sind von der Beitragspflicht befreit. Verstirbt ein Kammerangehöriger innerhalb des Beitragsjahres, wird der Kammerbeitrag für dieses Jahr erlassen; ist er bereits bezahlt, können die Erben einen Antrag auf Erstattung stellen.

- (4) Ebenfalls von der Beitragspflicht befreit sind die Kammerangehörigen, die am Veranlagungstichtag Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Bürgergeld) bzw. Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen sowie die Pflichtmitglieder, die am Veranlagungstichtag als Stipendiaten, Hospitanten tätig sind.
- (5) Kammerangehörige, die im Beitragsjahr in Elternzeit gehen und während dieser Zeit keiner entgeltlichen ärztlichen Tätigkeit nachgehen, erhalten auf Antrag mit Nachweis, welcher bis zum 31. Januar des Folgejahres zu stellen ist, eine Beitragsbefreiung für das Beitragsjahr.

§ 2 Beitragsbemessung

- (1) Es werden Beitragsstufen gebildet, eine Beitragstabelle ist der Beitragsordnung als Anlage beigefügt. Als Bemessungsgrundlage gelten die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit des vorletzten Jahres vor dem Beitragsjahr. Tritt ein Berufsangehöriger nach dem Veranlagungstichtag in den Ruhestand

und übt seine ärztliche Tätigkeit nicht mehr aus, wird auf Antrag in dem entsprechenden Jahr der Jahresbeitrag anteilig nach den Monaten der ärztlichen Tätigkeit berechnet; dabei darf der Mindestbeitrag nicht unterschritten werden.

- (2) Den Mindestbeitrag zahlen insbesondere Kammerangehörige,
- a) die keine ärztliche Tätigkeit ausüben und freiwilliges Mitglied der Landesärztekammer Hessen sind (§ 1 (4) 1. Halbsatz bleibt unberührt),
 - b) die mehrfach approbiert und im Hauptberuf nicht ärztlich tätig sind,
 - c) (unbesetzt),
 - d) die nach dem 31. Dezember 1950 geboren wurden und im Beitragsjahr mindestens 72 Jahre oder älter werden,
 - e) die im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt haben oder die im Bemessungsjahr nur im Ausland ärztlich tätig waren und im Inland keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt haben.

§ 3 Einkünfte

- (1) Die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Sinne des § 2 sind entsprechend der jeweils geltenden Fassung des Einkommensteuergesetzes zu ermitteln. Hierzu gehören insbesondere:

- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit,
- Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit,
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
- sonstige Einkünfte (z. B. für Ehrenämter).

Die Minderung um Sonderausgaben (§ 10 EStG) und Beträge für außergewöhnliche Belastungen (§ 33 ff. EStG) ist unzulässig.

Unter ärztliche Tätigkeit gem. § 2 Hauptsatzung fallen insbesondere Tätigkeiten

- in Klinik und Praxis,
- in Forschung und Lehre,
- für Wirtschaft, Industrie (z.B. auch pharmazeutische), Medien,
- für Verwaltung, Behörden, juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts sowie für Vereinigungen.

Zu diesen Einkünften gehören auch Einnahmen insbesondere

- aus Überstunden,
- Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft,
- ferner alle Einnahmen aus ärztlicher Nebentätigkeit, z.B. aus Privatpraxis, Vertretungen, Gutachtertätigkeit oder Tätigkeit und Einsatz im ärztlichen Notfalldienst.

- (2) Außer Ansatz bleiben insbesondere

- Versorgungsbezüge nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften,
- Renten aus der Sozialversicherung oder aus einem ärztlichen Versorgungswerk,
- Bezüge der Erweiterten Honorarverteilung oder vergleichbare Leistungen,
- Abfindungen, insbesondere bei Verlust des Arbeitsplatzes,
- Praxis-Veräußerungsgewinne,

- Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Ausland, sofern sie nicht voll umfänglich der deutschen Einkommensteuer unterliegen.

- (3) Bei Kammerangehörigen, die auch Mitglied bei einer anderen im Heilberufsgesetz genannten Kammer und in beiden Gebieten tätig sind, gilt die Vermutung, dass die Hälfte der gesamten Berufseinkünfte aus beiden Tätigkeiten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit darstellen, soweit ein gesonderter Nachweis der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit nicht erbracht wird.

- (4) Bei Kammerangehörigen, die auch Mitglied einer anderen Ärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland sind, werden die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr nach dem Anteil der ärztlichen Tätigkeit im Beitragsjahr in Hessen zugrunde gelegt. Hierüber haben die Kammerangehörigen einen gesonderten Nachweis zu erbringen. Erfolgt dieser Nachweis nicht, können – soweit Anhaltspunkte für eine Einschätzung nicht vorliegen – nur die gesamten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr zugrunde gelegt werden.

§ 4 Veranlagung

- (1) Die Beitragsveranlagung erfolgt durch Einstufung des Kammerangehörigen. Jeder Kammerangehörige hat sich mit Stichtag 1. Februar eines jeden Jahres selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr einzustufen. Er soll sich dabei des von der Landesärztekammer versandten Vordrucks bedienen. Nach Rücksendung seiner Einstufungsunterlagen erhält der Kammerangehörige einen Beitragsbescheid.

- (2) Der Einstufung ist der entsprechende Auszug des Einkommensteuerbescheides als Kopie beizulegen; es müssen mindestens folgende Daten ersichtlich sein: Name des Steuerpflichtigen, das Steuerjahr sowie alle Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit.

Sofern die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit des angestellten Arztes unterhalb der steuerlichen Veranlagungsgrenze liegen, ist die vom Arbeitgeber ausgestellte Bescheinigung über das steuerliche Bruttoarbeitsentgelt oder andere geeignete Unterlagen ausreichend. Die Nachweisführung kann durch eine schriftliche Bestätigung einer steuerberatenden Stelle i.S.v. § 2 Steuerberatungsgesetz (StBerG) ersetzt werden. Kosten hierfür werden nicht erstattet.

- (3) Wurde bis zum Veranlagungsstichtag der Einkommensteuerbescheid für das Jahr, das der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist, noch nicht erteilt, so stuft sich der Kammerangehörige zunächst vorläufig ein. Unverzüglich nach Erteilung des Einkommensteuerbescheides ist der Beleg gemäß Absatz 2 nachzureichen.

- (3a) Liegt am Veranlagungsstichtag zwar ein Einkommensteuerbescheid vor, ist dieser aber mit Einspruch oder Klage angegriffen, kann eine spätere Korrektur des Beitragsbescheides bei Nachreichung eines bestandskräftigen günstigeren Ein-

kommenssteuerbescheides stattfinden, soweit der Kammerangehörige die Einlegung des Einspruchs bzw. der Klage der Landesärztekammer Hessen unverzüglich angezeigt hatte.

- (4) Liegt der Landesärztekammer am 31. März des Kalenderjahres weder eine Einstufung gemäß § 4 (2) noch eine vorläufige Einstufung gemäß § 4 (3) des Kammerangehörigen vor, so erhält der Beitragspflichtige nach vergeblicher einmaliger Erinnerung nach einer Frist von vier Wochen einen Beitragsbescheid in Höhe von 6.500 €.

Hat sich der Kammerangehörige vorläufig eingestuft und den Beleg gemäß Absatz 2 nicht spätestens zum Ende des Beitragsjahres nachgereicht, so erhält er einen Beitragsbescheid in Höhe von 6.500 €.

Liegen in den Fällen des § 4 (4) Satz 1 und 2 gleichwohl offensichtliche Anhaltspunkte für eine Bemessungsgrundlage des Beitragspflichtigen vor oder bestehen hinsichtlich der Richtigkeit der Einstufungen ernstliche Zweifel, so kann die Landesärztekammer statt eines Beitragsbescheides über 6.500 € auch einen Beitragsbescheid erlassen, der auf einer Schätzung beruht.

- (5) Die Landesärztekammer hat Beitragsbescheide zu berichten, wenn binnen Monatsfrist nach Zugang eines Veranlagungsbescheides die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit durch Vorlage des entsprechenden Auszuges des Einkommensteuerbescheides oder eine schriftliche Bestätigung einer steuerberatenden Stelle i.S.v. § 2 StBerG nachgewiesen werden.

§ 5 Fälligkeit und Einzug

- (1) Der Kammerbeitrag wird mit Zugang des Veranlagungsbescheides fällig. Der Zugang gilt spätestens mit Ablauf des dritten Werktages nach Postaufgabe als erfolgt, sofern nicht ein späteres Zugehen nachgewiesen wird. Kommt der Beitragspflichtige seiner Zahlungspflicht binnen Monatsfrist nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag mit einer Nachfristsetzung von einem Monat einmal angemahnt. Für jede Mahnung kann eine Gebühr von 10,00 € verlangt werden. Verläuft die Mahnung erfolglos, so wird der Beitrag einschließlich der entstandenen Auslagen und Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB nach § 12 des Heilberufsgesetzes i.V.m. den Vorschriften des Hessischen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes beigetrieben.

- (2) Die Landesärztekammer kann vom Kammerangehörigen zum Einzug der fälligen Beiträge durch SEPA-Lastschrift-Einzugsverfahren ermächtigt werden. Bei freiwilligen Mitgliedern ist die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats obligatorisch.

§ 6 Stundung, Ermäßigung, Erlass

- (1) Auf schriftlichen Antrag kann der Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten wegen besonderer persönlicher Um-

stände oder wirtschaftlicher Notlage ganz oder teilweise erlassen oder gestundet werden. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht. Der Antrag ist zu begründen und unter Beifügung eines Nachweises über die im vorletzten und letzten Jahr erzielten Einkünfte bei der Landesärztekammer bis zum 31. März des Beitragsjahres einzureichen.

- (2) Über den Antrag entscheidet das Präsidium oder ein vom Präsidium Bevollmächtigter.

- (3) Kammermitglieder, die im Bemessungsjahr mindestens ein steuerlich anerkanntes Kind haben, erhalten auf Antrag bis zur Beitragsstufe 90 einschließlich pro Kind 25,00 € Beitragsermäßigung. Dieser Antrag ist bis zum 31. März des Beitragsjahres zu stellen und für das Jahr, dessen Einkünfte der Veranlagung zugrunde zu legen sind, zu belegen. Spätere Anträge werden nicht berücksichtigt. Der Mindestbeitrag darf durch diese Regelung nicht unterschritten werden. Für jedes Kind kann die Ermäßigung nur von einem Elternteil in Anspruch genommen werden.

- (4) Ärzte, die ausschließlich in der theoretischen Medizin tätig sind, insbesondere in theoretischen Fächern lehren, Forschung betreiben, in der Industrie, in der Verwaltung, in Behörden oder für Medien tätig sind, zahlen auf Antrag, unbeschadet des nicht zu unterschreitenden Mindestbeitrages, einen um 20 % ermäßigten Beitrag, sofern sie nachweisen, dass sie nicht mittel- und/oder unmittelbar am Patienten, Probanden, am zu Begutachtenden oder am Leichnam tätig sind. Der Antrag ist bis zum 31. März des Beitragsjahres zu stellen.

§ 6 a Rechtsbehelf

- (1) Gegen den Veranlagungsbescheid kann der betroffene Arzt innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich oder zur Niederschrift bei der Landesärztekammer Hessen Widerspruch einlegen.
- (2) Gegen den Widerspruchsbescheid ist Anfechtungsklage innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig.
- (3) Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 Nr. 1 VwGO).

§ 7 Elektronische Verarbeitung und Datenschutz

- (1) Die Einstufungsunterlagen werden elektronisch erfasst. Die Datenverarbeitung muss dem Hessischen Datenschutzgesetz entsprechen. Eingereichte Papierunterlagen werden nach Überführung in die elektronische Form bis zum Ende des Kalenderjahres aufbewahrt und dann vernichtet.

- (2) Zugang zu den im Rahmen der Beitragsveranlagung anfallenden personenbezogenen Daten, die nur zum Zwecke der Bei-

tragsveranlagung verwendet werden dürfen, haben nur die Mitarbeiter der Beitragsbuchhaltung sowie die vom Präsidium ausdrücklich schriftlich Ermächtigten. Das Präsidium erlässt eine Dienstanweisung zur Datensicherung in der Beitragsbuchhaltung.

- (3) Im Rahmen der Beitragsveranlagung anfallende personenbezogene Daten und Unterlagen werden unter Berücksichtigung von gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach Abschluss der Beitragsveranlagung gelöscht oder vernichtet.

§ 8 Verjährung

Hinsichtlich der Verjährung von Ansprüchen nach der Beitragsordnung sind die Vorschriften der Abgabenordnung über die Ver-

jährung der Steuern vom Einkommen und Vermögen entsprechend anzuwenden.

§ 9 In-Kraft-Treten

Die Beitragsordnung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Damit tritt die Beitragsordnung vom 26. November 2024 (HÄBL 01/2025, S. 66) außer Kraft. Auf die Beitragsfestsetzung bis einschließlich des Beitragsjahres 2025 sind die Regelungen der bisherigen Beitragsordnungen anzuwenden.

Anlage:

Beitragstabelle gemäß § 2 Absatz 1

Der Beitrag beträgt bei Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit, die der Kammerangehörige im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr erzielte:

Beitragsstufe	Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in €	Beitrag
1	Freiwillige Mitglieder gemäß § 2 Absatz 2 a	75,00 €
2	gemäß § 1 Absatz 4	beitragsfrei
19	(Mindestbeitrag) unter 20.000 €	75,00 €
20	20.000 € bis unter 25.000 €	98,00 €
25	25.000 € bis unter 30.000 €	117,00 €
30	30.000 € bis unter 35.000 €	143,00 €
35	35.000 € bis unter 40.000 €	172,00 €
40	40.000 € bis unter 45.000 €	204,00 €
45	45.000 € bis unter 50.000 €	235,00 €
50	50.000 € bis unter 55.000 €	268,00 €
55	55.000 € bis unter 60.000 €	305,00 €
60	60.000 € bis unter 65.000 €	343,00 €
65	65.000 € bis unter 70.000 €	380,00 €
70	70.000 € bis unter 75.000 €	420,00 €
75	75.000 € bis unter 80.000 €	462,00 €
80	80.000 € bis unter 85.000 €	502,00 €
85	85.000 € bis unter 90.000 €	541,00 €
90	90.000 € bis unter 95.000 €	580,00 €
95	95.000 € bis unter 100.000 €	621,00 €
100	100.000 € bis unter 105.000 €	663,00 €
105	105.000 € bis unter 110.000 €	706,00 €
110	110.000 € bis unter 115.000 €	750,00 €

115	115.000 € bis unter 120.000 €	795,00 €
120	120.000 € bis unter 125.000 €	828,00 €
125	125.000 € bis unter 130.000 €	862,00 €
130	130.000 € bis unter 135.000 €	896,00 €
135	135.000 € bis unter 140.000 €	930,00 €
140	140.000 € bis unter 145.000 €	963,00 €
145	145.000 € bis unter 150.000 €	997,00 €
150	150.000 € bis unter 155.000 €	1.031,00 €
155	155.000 € bis unter 160.000 €	1.065,00 €
160	160.000 € bis unter 165.000 €	1.099,00 €
165	165.000 € bis unter 170.000 €	1.133,00 €
170	170.000 € bis unter 175.000 €	1.166,00 €
175	175.000 € bis unter 180.000 €	1.200,00 €
180	180.000 € bis unter 185.000 €	1.234,00 €
185	185.000 € bis unter 190.000 €	1.268,00 €
190	190.000 € bis unter 195.000 €	1.301,00 €
195	195.000 € bis unter 200.000 €	1.336,00 €
200	200.000 € bis unter 205.000 €	1.369,00 €
205	205.000 € bis unter 210.000 €	1.403,00 €
210	210.000 € bis unter 215.000 €	1.437,00 €
215	215.000 € bis unter 220.000 €	1.471,00 €
220	220.000 € bis unter 225.000 €	1.504,00 €
225	225.000 € bis unter 230.000 €	1.539,00 €
230	230.000 € bis unter 235.000 €	1.572,00 €
235	235.000 € bis unter 240.000 €	1.606,00 €

240	240.000 € bis unter 245.000 €	1.640,00 €	380	380.000 € bis unter 385.000 €	2.586,00 €
245	245.000 € bis unter 250.000 €	1.674,00 €	385	385.000 € bis unter 390.000 €	2.621,00 €
250	250.000 € bis unter 255.000 €	1.707,00 €	390	390.000 € bis unter 395.000 €	2.654,00 €
255	255.000 € bis unter 260.000 €	1.741,00 €	395	395.000 € bis unter 400.000 €	2.688,00 €
260	260.000 € bis unter 265.000 €	1.775,00 €	400	400.000 € bis unter 405.000 €	2.721,00 €
265	265.000 € bis unter 270.000 €	1.809,00 €	405	405.000 € bis unter 410.000 €	2.756,00 €
270	270.000 € bis unter 275.000 €	1.842,00 €	410	410.000 € bis unter 415.000 €	2.789,00 €
275	275.000 € bis unter 280.000 €	1.877,00 €	415	415.000 € bis unter 420.000 €	2.823,00 €
280	280.000 € bis unter 285.000 €	1.910,00 €	420	420.000 € bis unter 425.000 €	2.857,00 €
285	285.000 € bis unter 290.000 €	1.944,00 €	425	425.000 € bis unter 430.000 €	2.891,00 €
290	290.000 € bis unter 295.000 €	1.978,00 €	430	430.000 € bis unter 435.000 €	2.924,00 €
295	295.000 € bis unter 300.000 €	2.012,00 €	435	435.000 € bis unter 440.000 €	2.959,00 €
300	300.000 € bis unter 305.000 €	2.045,00 €	440	440.000 € bis unter 445.000 €	2.992,00 €
305	305.000 € bis unter 310.000 €	2.080,00 €	445	445.000 € bis unter 450.000 €	3.026,00 €
310	310.000 € bis unter 315.000 €	2.113,00 €	450	450.000 € bis unter 455.000 €	3.060,00 €
315	315.000 € bis unter 320.000 €	2.147,00 €	455	455.000 € bis unter 460.000 €	3.094,00 €
320	320.000 € bis unter 325.000 €	2.181,00 €	460	460.000 € bis unter 465.000 €	3.127,00 €
325	325.000 € bis unter 330.000 €	2.215,00 €	465	465.000 € bis unter 470.000 €	3.161,00 €
330	330.000 € bis unter 335.000 €	2.248,00 €	470	470.000 € bis unter 475.000 €	3.195,00 €
335	335.000 € bis unter 340.000 €	2.282,00 €	475	475.000 € bis unter 480.000 €	3.229,00 €
340	340.000 € bis unter 345.000 €	2.316,00 €	480	480.000 € bis unter 485.000 €	3.262,00 €
345	345.000 € bis unter 350.000 €	2.350,00 €	485	485.000 € bis unter 490.000 €	3.297,00 €
350	350.000 € bis unter 355.000 €	2.383,00 €	490	490.000 € bis unter 495.000 €	3.330,00 €
355	355.000 € bis unter 360.000 €	2.418,00 €	495	495.000 € bis unter 500.000 €	3.364,00 €
360	360.000 € bis unter 365.000 €	2.451,00 €	990	ab 500.000 €	0,69 % *)
365	365.000 € bis unter 370.000 €	2.485,00 €	987	Höchstbeitrag	6.500,00 €
370	370.000 € bis unter 375.000 €	2.519,00 €	* Ab 500.000 € beträgt der Beitrag 0,69 % der Einkünfte gemäß § 3. Der Höchstbeitrag wird auf 6.500 € begrenzt.		
375	375.000 € bis unter 380.000 €	2.553,00 €			

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

Frankfurt, 25. November 2025



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium für Familie,
Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
V2-18b2120-0001/2008/006

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 beschlossene Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.
Wiesbaden, 4. Dezember 2025
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Aufgrund §§ 5, 6a, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. September 2025 (GVBl. Nr. 57, S. 3), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung
der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S.30–31); zuletzt geändert am 15. April 2025 (HÄBL 6/2025, S. 370), wird wie folgt geändert:

7000	Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen	Euro
7500	Punktemeldung	
7510	Meldung der Fortbildungspunkte durch den Anbieter über das von der Bundesärztekammer bereitgestellte Verfahren – Elektronischer Informationsverteiler (EIV)	gebührenfrei
7520	Einreichung der Teilnahmelisten durch den Anbieter zum Zwecke der Meldung der Fortbildungspunkte an den EIV durch die Landesärztekammer Hessen je Veranstaltungsnummer (VNR)	40,00
7530	Vorlage von Teilnahmebescheinigungen zertifizierter Fortbildungsveranstaltungen durch das Mitglied, für welche bereits auf dem Punktekonto des Mitglieds Fortbildungspunkte gutgeschrieben sind (Doppelmeldung).pro eingereichter Teilnahmebescheinigung	5,00

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2026 in Kraft.

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

Frankfurt, 25. November 2025

Dr. med. Edgar Pinkowski



– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium
für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit
und Pflege
V2-18b2120-0001/2008/009

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 beschlossene Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.
Wiesbaden, 4. Dezember 2025
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Aufgrund von § 20 Abs. 2 Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I 2010 S. 646), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 764, 766), i.V.m. § 17 Abs. 1 Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. September 2025 (GVBl. Nr. 57, S. 3), i.V.m. § 6 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert am 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 folgende Satzung beschlossen

Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb des Qualifikationsnachweises „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“

Präambel

Gemäß § 20 Abs. 2 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I 2010 S. 646), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 764, 766) ist für die Bestellung eines „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ ein entsprechender Nachweis über die Qualifikation „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ (ÄLRD-Urkunde) der Landesärztekammer Hessen erforderlich.

Der „Ärztliche Leiter Rettungsdienst“ wird von dem für den jeweiligen Rettungsdienstbereich zuständigen Rettungsdienststräger bestellt und ist in allen medizinischen Belangen der Durchführung des Rettungsdienstes entscheidungs- und weisungsbefugt. Er ist für das medizinische Qualitätsmanagement und die fachliche Gesamtkonzeption der Patientenversorgung und -betreuung verantwortlich. Er legt die hierzu erforderlichen Grundsätze fest und wirkt daran mit, dass im Rettungsdienst organisationsübergreifend die notwendigen Strukturen aufgebaut und die Prozessabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht erbracht werden.

Zur Sicherstellung der effizienten und effektiven Erfüllung der Aufgaben im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements haben die Träger des Rettungsdienstes einen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst mit mindestens einer halben Stelle pro Rettungsdienstbereich zu bestellen.

§ 1 Fachliche Voraussetzungen

- (1) Voraussetzungen für die Erteilung der ÄLRD-Urkunde sind:
- 1) der Nachweis der Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung sowie der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin,
 - 2) der Nachweis der Anerkennung der Qualifikation Leitender Notarzt/leitende Notärztin („LNA-Urkunde“),
 - 3) der Nachweis von mindestens zwei Jahren regelmäßiger und andauernder Tätigkeit als Notarzt und mindestens 500 eigenständig absolvierte Notarzteinsätze (primäre und sekundäre) nach Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin,
 - 4) die Teilnahme an einem von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“, das dem BÄK-Curriculum „Ärztlicher Leiter/Ärzt-

liche Leiterin Rettungsdienst“ in seiner jeweils geltenden Fassung entspricht (Teilnahme-Bescheinigung gemäß § 2 Ziffer 3).

- (2) Der Antrag auf Erteilung der ÄLRD-Urkunde ist bei der Landesärztekammer Hessen zu stellen. Dem Antrag sind die Nachweise gemäß § 1 Ziffer 1) – 4) beizufügen.
- (3) Sofern der Antragsteller die Nachweise gemäß § 1 Ziffer 1) – 4) erbracht hat, stellt die Landesärztekammer Hessen eine ÄLRD-Urkunde über die Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ aus.

§ 2 Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“

- (1) Die Bildungsinhalte des Seminars zur Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ sind im BÄK-Curriculum „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.
- (2) Zur Teilnahme am Seminar ist nur berechtigt, wer die Voraussetzungen der § 1 Ziffer 1) – 3) erfüllt.
- (3) Am Ende des Seminars stellt der Anbieter entsprechender Seminare dem Seminarteilnehmer eine Teilnahme-Bescheinigung über die Teilnahme am Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ aus.

§ 3 Anerkennung der Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ anderer Ärztekammern

Die im übrigen Geltungsbereich der Bundesärzteordnung erteilte Anerkennung der Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ gilt auch in Hessen unter der Voraussetzung, dass sie den fachlichen Anforderungen gemäß § 1 Ziffer 1) – 3) entspricht und der Nachweis erbracht wurde, dass ein von der jeweiligen Ärztekammer durchgeführtes Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ bzw. die vollständige Teilnahme an einem durch die jeweilige Ärztekammer anerkannten gleichwertiges Seminar bzw. Kurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ absolviert wurde.

Zudem muss ein Nachweis in Form einer Teilnahme-Bescheinigung eines von der Landesärztekammer Hessen anerkannten Kurses über die Vermittlung von Detailkenntnissen der hessi-

schen Infrastruktur des Rettungs- und Gesundheitswesens und der spezifischen Risikokonstellation am Tätigkeitsort erbracht werden (Kurs „Hessen-Modul ÄLRD“).

§ 4 Zertifizierung von Seminaren „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ und Kursen „Hessen-Modul ÄLRD“

Der Antrag auf Zertifizierung von Seminaren zur Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ und Kursen „Hessen-Modul ÄLRD“ muss vor seiner Durchführung bei der Landesärztekammer Hessen gestellt werden. Eine nachträgliche Zertifizierung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

§ 5 Allgemeine Übergangsbestimmungen

Wer das Seminar „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ nach den bisher geltenden „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)“ vom 26. Mai 2013 i.V.m. den ergänzenden Empfehlungen vom 12. Dezember

2014 bis zum 31. Dezember 2025 absolviert, kann diese Teilnahme-Bescheinigung bis zum 31. Dezember 2026 als Nachweis im Sinne von § 1 Ziffer 4) einreichen.

§ 6 Inkrafttreten/Außerkräfttreten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen „Einführung des Qualifikationsnachweis „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ vom 13. April 2002 (HÄBL 10/2002, S. 605) außer Kraft.

Hinweis:

Die Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ darf gemäß § 13 HRDG nur im Zusammenhang mit den Aufgaben und der Aufgabenwahrnehmung nach dem Rettungsdienstgesetz benutzt werden. Eine darüber hinausgehende Ankündigungsfähigkeit besteht nicht.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2025 beschlossene Satzung der Landesärztekammer Hessen zum Erwerb des Qualifikationsnachweises „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 25. November 2025

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –



Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060363690 ausgestellt am 22.01.2025 für Abdullah Almutairi, Eschwege

Arztausweis-Nr. 060398182 ausgestellt am 14.07.2025 für Frauke Beckert, Gießen

Arztausweis-Nr. 060278364 ausgestellt am 15.08.2023 für Dr. med. Anne Kaufels-Sprenger, Gießen

eHBA-Nr. 80276001081612003995 ausgestellt am 17.01.2022 für Dr. med. Katrin Köchel, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081200031364 ausgestellt am 28.11.2021 für Dr. med. Susanne Kreiker, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060250523 ausgestellt am 10.01.2023 für Bernd Lohr, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060450696 ausgestellt am 17.09.2025 für Julia Lübbehüsen, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060450707 ausgestellt am 17.09.2025 für Caoimhe Mc Namara, Eichenzell

Arztausweis-Nr. 060170184 ausgestellt am 27.01.2022 für Christina Merten, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060450700 ausgestellt am 17.09.2025 für Felix Michael, Frankfurt
eHBA-Nr. 80276001081611069339 ausgestellt am 20.09.2021 für Dr. med. Irmhild Mönnighoff, Groß-Umstadt

Arztausweis-Nr. 060354019 ausgestellt am 26.11.2024 für Dr. med. (IR) Fatemeh Najafzadeh Azghandi, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060072027 ausgestellt am 13.01.2021 für Moritz Oehme, Lahntal

Arztausweis-Nr. 060450699 ausgestellt am 17.09.2025 für Jan Pauli, Aßlar

eHBA-Nr. 80276001081900013056 ausgestellt am 30.06.2021 für Dr. med. Janina Scholl, Kronberg

Arztausweis-Nr. 060163628 ausgestellt am 11.01.2022 für Jason Wilk, Gießen

Arztausweis-Nr. 060364538 ausgestellt am 27.01.2025 für Dr. med. Lin Zhu, Frankfurt

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: haebel@laekh.de

Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln

Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Joachim Herbst

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-470

Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für

den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,

E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Celia Schlink, Tel. +49 2234 7011-303,

E-Mail: schlink@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Petra Schwarz,

Tel.: +49 2234 7011-262, Mobil +49 152 57125893,

E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Non-Health: Mathias Vaupel,

Tel.: +49 2234 7011-308

E-Mail: vaupel@aerzteverlag.de

Herstellung: Martina Heppner, Tel.: +49 2234 7011-278,

E-Mail: heppner@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 11, gültig ab 01.01.2025

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH

Hessisches Ärzteblatt

Anzeigendisposition

Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 2
vom 24.01.2026**

ist am Dienstag, dem 06.01.2026

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

Fachärztin/Facharzt (w/m/d) – Innere Medizin

Dr. Frühauf Klinik
Scheffelstraße 83
63071 Offenbach
Tel.: 069-850010
info@klinik-dr-fruehauf.de
www.klinik-dr-fruehauf.de

Die Klinik Dr. Frühauf ist ein privat geführtes internistisch kardiologisches Krankenhaus mit 36 Betten. Wir bieten unseren Patienten modernste Diagnostik- und Therapieverfahren sowie individuelle und persönliche ärztliche und pflegerische Betreuung in familiärer Umgebung. Zur Verstärkung unseres Klinik-Teams in Offenbach suchen wir ab sofort

Fachärztin/Facharzt (w/m/d) – Innere Medizin
in Vollzeit

Wir bieten einen attraktiven Arbeitsplatz in einem qualitäts-, zukunfts- und serviceorientierten Haus mit einer leistungsgerechten Vergütung. Wir unterstützen regelmäßige Fort- und Weiterbildungen. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website unter Aktuelles und Jobs

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an:
Dr. Frühauf Klinik, Scheffelstr. 83, 63071 Offenbach
oder info@klinik-dr-fruehauf.de

info@klinik-dr-fruehauf.de

Weiterbildungsassistent Neurologie (w/m/d) für Praxis in Frankfurt gesucht

Die Stelle ist für Psychiater (m/w/d) geeignet oder fortgeschrittenen Neurologen (m/w/d) zum Erlernen ambulanten Arbeiten (z.B. Nervensonographie/Elektrophysiologie).

Kontakt: 06927242384 o. office@praxis-unglaub.de

FÄ/FA für Allgemeinmedizin im Raum Gießen

für ca. 20 h / Woche gesucht. Ideal geeignet zum Wiedereinsteig nach Elternzeit mit familienfreundlichen Arbeits- und Urlaubszeiten. Breites Spektrum, auf Wunsch inkl. betriebsärztlicher Tätigkeit (WB-Ermächtigung Betriebsmedizin vorhanden).

Kontakt: plank@arztpaxis-reiskirchen.de

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

Kardiologin/Kardiologe gesucht

Moderne kardiologische Einzelpraxis im MTK sucht Fachärztin/Facharzt für Kardiologie zum 01.04.2026. Wir bieten: moderne Geräte, geregelte Arbeitszeiten, familiäres Team und attraktive Vergütung. Praxiserfahrung wäre wünschenswert, aber keine Voraussetzung.

Bewerbung an: kardiologie75@yahoo.com

Praxis sucht Facharzt für Psychiatrie (m/w/d)

Unsere neurologisch-psychiatrische Praxis in Weinheim an der Grenze zu Südhessen sucht frühestmöglich Verstärkung. Gesucht wird ein Facharzt / Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (m/w/d) oder eine Doppelfacharzt / Doppelfachärztin (m/w/d). Teil- oder Vollzeit möglich, Vergütung angelehnt an TV-Ärzte, keine Dienste, herzliches Team, Fortbildungstage. Zentrale Lage mit guter Anbindung und Parkplätzen.

E-Mail: info@nervenheilkunde-weinheim.de

Web: nervenheilkunde-weinheim.de/stellenangebote

Kardiologische Privatpraxis - zentral in Hessen

sucht eine/n engagierte/n Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (m/w/d) zur angestellten Tätigkeit, gerne auch in Teilzeit. Unsere moderne, zentral gelegene Privatpraxis bietet das gesamte Spektrum der nichtinvasiven Kardiologie mit hochwertiger Ausstattung, angenehmer Arbeitsatmosphäre sowie einem erfahrenen und motivierten Team. Wir bieten überdurchschnittliche Vergütung, keine Nacht- und Wochenenddienste und eine langfristige Entwicklungsperspektive.

bewerbung@frankfurt-kardiologie.de

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

Junior Partner/in Chirurgie/Unfallchirurgie gesucht

Umsatzstarke Gemeinschaftspraxis in Frankfurt am Main sucht entsprechenden Kollegen/Kollegin, D-Arzt Zulassung wünschenswert, spätere Übernahme des Kassensitzes möglich.

HÄ 059666

GESUCHT:

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

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

Stellengesuche

Internist mit breitem Erfahrungsspektrum

steht nach regulärer Beendigung einer jahrzehntelangen klinischen Tätigkeit (CA mit endoskopischer KV-Ermächtigung in BW) für Teilzeit-Mitarbeit ab Frühjahr 2026 in seiner alten Heimat Frankfurt und näherer Umgebung zur Verfügung.
acerbus.of@t-online.de

Praxisabgabe

Gynäkologische Einzelpraxis im Landkreis Marburg-Biedenkopf zu verkaufen

Infolge eines Trauerfalls suchen wir ab sofort eine Nachfolgerin/einen Nachfolger für eine seit vielen Jahrzehnten umsatzstarke gynäkologische Einzelpraxis im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Die Praxis verfügt über einen stabilen und treuen Patientenstamm mit hohem Vertrauen in die Versorgung sowie ein sehr herzliches und eingespieltes Praxisteam, das den Übergang aktiv unterstützen möchte. Zentrale Lage und kostenfreie Parkplätze am Haus mit guter Anbindung an den ÖPNV.

Kontakt: 015142057453

Privatpraxis abzugeben

Langjährig gut eingeführte Privatpraxis mit breitem Spektrum im Rhein-Neckar-Kreis abzugeben. Auch für zwei Ärztinnen/Ärzte geeignet. Bei Interesse bitte melden für nähere Einzelheiten.
Email: Privatpraxis.Abgabe@web.de

KV Sitz Neuro/Psych in Seligenstadt

KV Sitz in BAG mit 2 Sitzen ab Q2/2026 günstig abzugeben. Tolles Team, günstige Kostenstruktur, etablierte Praxis. Mail: Thomas.ch.kohl@gmail.com

Praxisräume

Behandlungsraum zur Mitnutzung

neu, modern eingerichtet, tag- oder stundenweise für Privatmedizin in Heidelberg zu nutzen.

info@gymmed-heidelberg.de

Praxiseinrichtung



KEIL+KISTLER

Dipl. - Ing. Keil + Kistler
GmbH u. Co. KG Medizintechnik

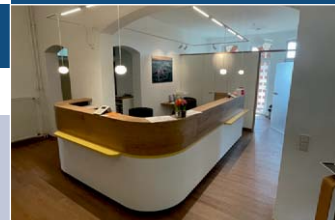
Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung

www.keil-kistler.de · info@keil-kistler.de

Telefon: +49 (0) 64 03 / 97 23 50

Unsere Leistungen:

- Medizintechnik renommierter Hersteller
- Beratung, Planung, Einrichtung
- Teilweise und/oder komplette Einrichtung
- Umbau / Renovierung
- Baubegleitung
- Eigene Möbel- und Geräteausstellung



Kurse/Seminare/Veranstaltungen

Hybrid-Fortbildung Gastroenterologie Rhein-Main

Freitag, 23. Januar 2026

– Hands-on und Teamfortbildung
(Ärztenschaft, Assistenz, Pflege)

Samstag, 24. Januar 2026

– Wissenschaftliche Vorträge



Veranstaltungsort:
Darmstadt

Wissenschaftliche Leiter:

Prof. Dr. D. Hartmann, Marienhaus Klinikum Mainz
Prof. Dr. A. Hoffman, Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
Prof. Dr. H. Manner, Klinikum Frankfurt Höchst
Prof. Dr. C. Schimanski, Klinikum Darmstadt GmbH
Prof. Dr. T. Zimmermann, Klinikum Worms



Die Teilnahme ist kostenfrei! Online Anmeldung erforderlich.

Detailliertes Programm und Informationen unter www.gastroenterologie-rm.de
Die Fortbildung wird zur Anerkennung bei der Ärztekammer eingereicht.

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

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

Wir beraten Sie gerne:

Verkauf Stellenmarkt

Telefon 02234 7011-250

stellenmarkt@aerzteverlag.de



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!**