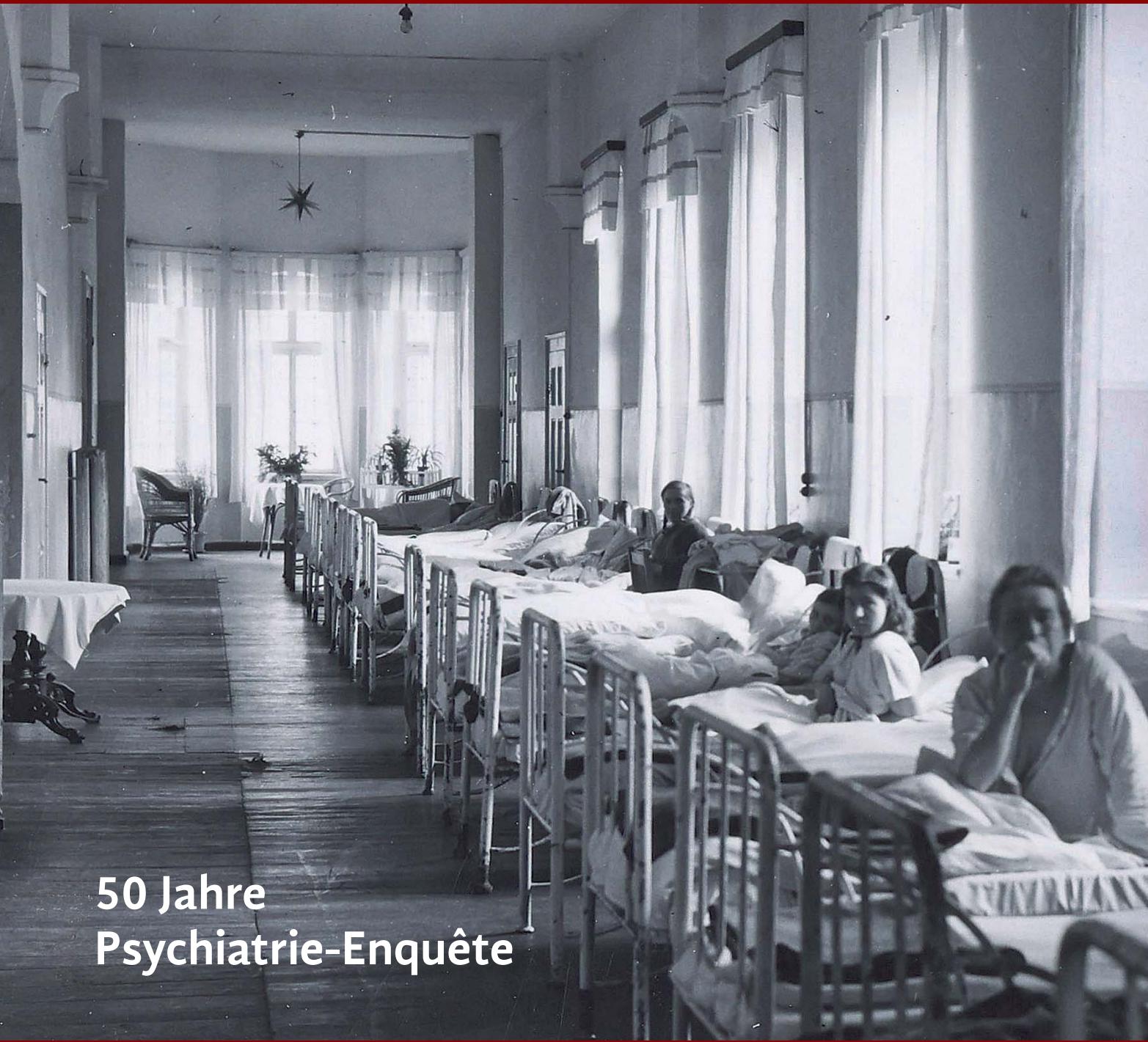


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 3 | 2026

Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 87. Jahrgang



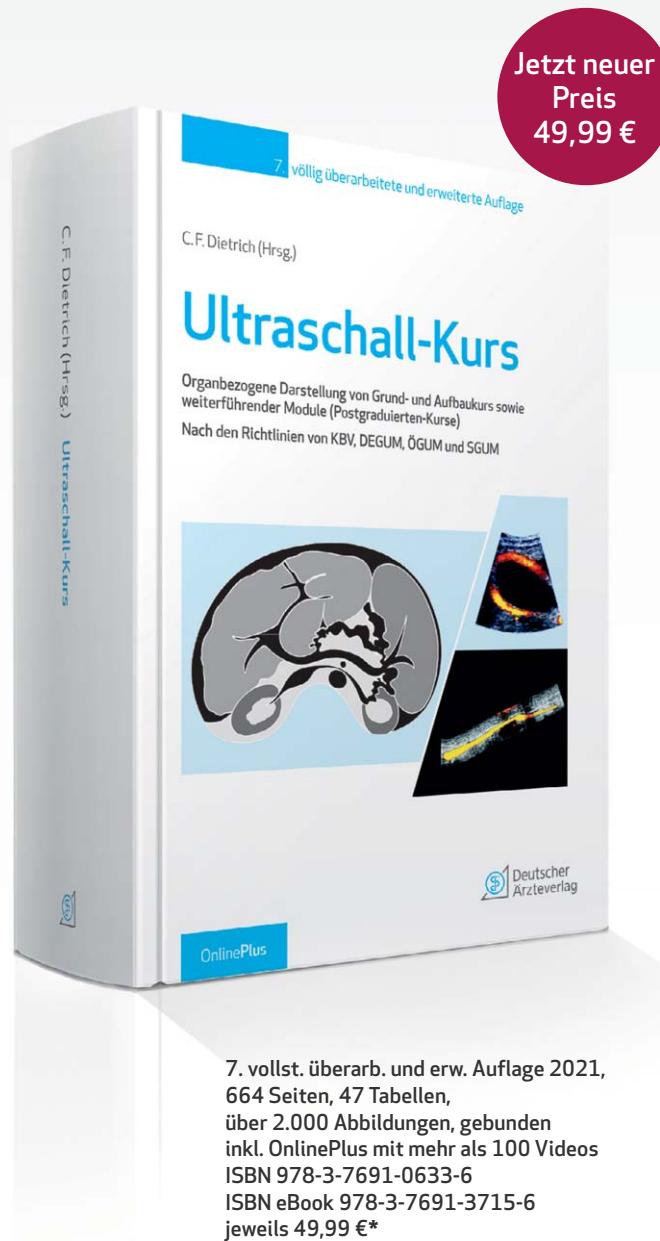
50 Jahre Psychiatrie-Enquête

CME: Arzneimittelallergie
Zertifizierter Artikel zu
Arzneimittelallergie und
-überempfindlichkeit
bei Kindern und Jugendlichen

Unterstützung seit 30 Jahren
Im Gespräch mit Dr. med.
Martina Scheufler, Leiterin der
Medizinhilfe Karpato-Ukraine
aus Hanau

Reise in die Romantik
Das Deutsche Romantik-
Museum erzählt Geschichte
nicht chronologisch, sondern
thematisch und sinnlich

Ultraschall komplett – alles, was Sie für eine sichere Diagnostik brauchen



Das sind Ihre Vorteile:

- Übersichtlich: organbezogene, topografische Gliederung
- Komplett: Inhalt von Grund- und Aufbaukurs sowie weiterführender Spezialkurse
- Strukturiert: US-Bilder mit korrespondierendem Schema
- Vielfältig: B-Bild, Farb-(Power-)Doppler, Kontrastmittel, Elastografie und andere innovative Ultraschall-Methoden
- Anschaulich: mit über 2.000 Abbildungen und mehr als 100 Videos
- Für alle: Kursbuch und diagnostischer Leitfaden
- Auf Nummer sicher: ideal für die Prüfungsvorbereitung

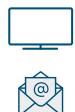
Das ist neu in der 7. Auflage:

- Notfallsonografie: Basisnotfallsonografie, fokussierter kardialer Ultraschall, Lungenultraschall im Notfall, fokussierter Ultraschall am Bewegungsapparat, Notfallsonografie im klinischen Kontext
- Knochen- und Fraktursonografie bei Kindern
- Mit OnlinePlus – die Webseite zum Buch
 - über 100 Videos mit Erläuterung der Untersuchungstechnik
 - Fragen-Antwortkatalog zum Überprüfen des eigenen Wissens
 - Tipps und Tricks
 - alle Abbildungen des Buches

> Mit dem Ultraschall-Kurs zum Sono-Profi!



Bestellen Sie jetzt: Bestellen Sie direkt beim Deutschen Ärzteverlag mit versandkostenfreier Lieferung innerhalb Deutschlands oder in Ihrer Buchhandlung. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. * Alle Preise verstehen sich inkl. gesetzlicher Mehrwertsteuer.



<https://www.praxisbedarf-aerzteverlag.de/fachbuecher/medizin/bildgebende-verfahren/kundenservice@aerzteverlag.de>



02234 7011-335



02234 7011-470



Für eine gute Zukunft

Kennen Sie den berühmten Schweinezyklus? Sie wissen schon, zahlt der Markt hohe Preise, werden mehr Schweine aufgezogen. Daraus resultiert zeitverzögert eine Überproduktion mit konsekutiv sinkenden Preisen. In der Folge werden weniger Schweine aufgezogen, was wiederum das Angebot reduziert. Der Preis steigt wieder und der Zyklus beginnt von neuem. Was hat das mit uns Ärztinnen und Ärzten zu tun? Wohl eine ganze Menge. So konnte man in der Nassauischen Presse im Januar den Beitrag „Vom Überfluss zur Knappheit an Ärzten“ lesen, in dem der Blick 100 Jahre zurückglitt. Damals wurde eindringlich vom Studium der Medizin abgeraten. Das preußische Wissenschaftsministerium warnte: „Wer sein Brot mit ärztlicher Arbeit verdienen will, wird bittere Enttäuschungen erleben.“ Hintergrund war der durch den Ersten Weltkrieg ausgelöste Bedarf an Ärzten, der zu einer Zulassung angehender Ärzte ohne die sonst geltenden Voraussetzungen führte und sogar zu einem Vorziehen der ärztlichen Prüfung. Nach dem Krieg kehrten viele Ärzte zurück, aus den zuvor besetzten Gebieten, aber auch aus den ehemaligen Kolonien und trafen auf eine deutlich verringerte Bevölkerung in Deutschland.

Die geburtenstarken Jahrgänge unter uns erinnern sich bestimmt an den „Seehofer-Bauch“. 1993 sorgte der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer mit dem sogenannten Gesundheitsstrukturgesetz für eine restriktive Bedarfsplanung. Bevor diese in Kraft trat, beantragten viele Ärztinnen und Ärzte noch rasch die Zulassung für eine Niederlassung. Auch in den Kliniken stapelten sich damals Berge von Bewerbungen. Die Rede war von einer Ärzteschwemme. Das wurde prompt ausgenutzt, denn mit der Einführung des „Arzt im Praktikum“ erhielten frisch gebackene Absolventen das Gehalt einer ungelernten Hilfskraft. Heute treten diese Jahrgänge nach und nach in den Ruhestand, oftmals ohne eine Nachfolge gefunden zu haben. Parallel wurde die Zahl der Medizinstudienplätze nach der Wiedervereinigung von 16.000 auf zwischenzeitlich ca. 10.000 geschrumpft. Inzwischen gibt es an den staatlichen Universitäten wieder über 12.000 Plätze, die geschätzt bis 2030 auf etwa 13.000 Plätze steigen werden. Nicht zuletzt studieren viele junge Deutsche für teures Geld im Ausland und Deutschland begrüßt ausländische Kolleginnen und Kollegen, die bei uns arbeiten wollen.

Bei allem Verständnis für Forderungen nach einem schnelleren Anerkennungsverfahren für Kolleginnen und Kollegen aus sog. Drittstaaten darf der Patientenschutz aber nicht vernachlässigt werden. Die Qualifikation eines Arztes oder einer Ärztin muss zweifelsfrei nachweisbar sein. Es kann nicht sein, dass auf der einen Seite nachvollziehbar europäische Register verlangt werden, in denen der Verlust einer ärztlichen Approbation für die Approbationsbehörden und die Ärztekammern einsehbar ist, und auf der anderen Seite die Rede von einem Teilzugang zum ärztlichen Beruf ist, wenn bestimmte Qualifikationen nicht vorhanden sind.

Ganz abgesehen davon, dass der Exodus ärztlicher Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland zu Versorgungslücken in deren Heimatländern führt.

Selbstverständlich ist mir jede Kollegin und jeder Kollege, ob aus Syrien, der Ukraine, Italien oder Moldau herzlich willkommen. Aber es ist und bleibt ein Armutszeugnis für unser Land, dass es uns nicht gelingt, den Bedarf im eigenen Land zu decken. Wir können kein Erdöl fördern, wir haben keine seltenen Erden und nur ein wenig Kupfer und Lithium, aber wir haben trotz zurückgehender Geburtenzahlen jedes Jahr mehr Interessierte für das Medizinstudium als es Plätze gibt. Unser Kapital sind weder Bodenschätze noch unerschöpfliche Energien aus Sonne und Windkraft, sondern die Köpfe in unserem Land. Hier müssen wir investieren und zwar nicht nur in Studienplätze für Medizin, sondern schon viel, viel früher, nämlich in die frühkindliche Bildung. Der Ökonom und Nobelpreisträger James Heckman konnte nachweisen, dass der Return on Invest auf eine Investition in Frühe Bildung, also bereits im Kindergarten, der höchste ist. Bereits ab Eintritt in die Grundschule flacht die nach ihm benannte Heckman-Kurve deutlich ab. Der Volksmund weiß das schon lange: Früh krümmt sich, was ein Häkchen werden will. Gesundheitliche Bildung sollte ein Teil solcher Maßnahmen sein, damit zukünftige Generationen in die Lage versetzt werden, möglichst viele gesunde Jahre verbringen zu können. Ganz abgesehen davon erübrigt eine verlässliche, qualitativ hochwertige Kinderbetreuung unselige Diskussionen über Teilzeitquoten.

Es gibt viel zu tun. Packen wir es an.



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © LWV-Archiv, F.1, Nr. 71.c



Foto: © photoponie - stock.adobe.com

50 Jahre Psychiatrie-Enquête

Die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages von 1975 gilt als einer der Wendepunkt der Psychiatriegeschichte. Die Sachverständigenkommission, die 1971 mit ihrer Arbeit startete, deckte gravierende Missstände in deutschen Psychiatrien auf.

142

Arzneimittelallergien bei Kindern

Der zertifizierte Fortbildungsbeitrag soll vermitteln, warum es häufig zu Fehldiagnosen kommt und weshalb Verdachtsfälle auf eine Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen sorgfältig nachgegangen werden muss.

127

Editorial: Für eine gute Zukunft

123

Aus dem Präsidium: Gemeinsinn in Zeiten von Unsicherheit und Krisen

126

Ärztekammer

Was passiert bei Unterbrechungen der Weiterbildungszeit (Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit, etc.)? 135
Neuer Name für die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen 135
Mutterschutz im Arztberuf – (k)ein Problem? 136
Blutprodukte: Meldepflicht bis zum 1. März beachten 149

Fort- und Weiterbildung

CME: Arzneimittelallergie und -überempfindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen 127
Spotlights Weiterbildung 135
Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Erwachsenen und Kindern ab acht Jahren 158
Arzneiverordnung in der Praxis 161
CME-Fortbildung zur aktualisierten Gesamtausgabe der Artikelserie „Patientensicherheit“ 164

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 150
■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oleemann-Schule 156
■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen:** Jahresabschluss, Lagebericht 168; 172; 178

Parlando: Eine Reise in die Romantik

146

Impressum

183



Foto: Medizinhilfe Karpato-Ukraine

Unterstützung seit über 30 Jahre

Dr. med. Martina Scheufler, Leiterin der Medizinhilfe Karpato-Ukraine aus Hanau, spricht im Interview unter anderem über die Veränderungen in der angegriffenen Ukraine sowie darüber, wie sie und ihr Team sicherstellen, dass die Hilfsgüter auch vor Ort ankommen.

138



Foto: Maren Steppmann

Eine Reise in die Romantik

Die Dauerausstellung im Deutschen Romantik-Museum erzählt ihre Geschichte nicht chronologisch, sondern thematisch und sinnlich. Auf zwei Ebenen, in 35 Stationen, begegnen Besucher Handschriften, Gemälden sowie raumbezogenen, multimedialen Inszenierungen.

146

Forum

Im Gespräch mit Dr. med. Martina Scheufler von der Medizinhilfe Karpato-Ukraine aus Hanau	138
Gesundheitsamt Frankfurt sucht Fachärzte für humanitäre Sprechstunden	140
50 Jahre Psychiatrie-Enquête	142
Die Ernährungspyramide steht Kopf – Neue Empfehlungen der USA – Ein Kommentar	148
Krebsregisterdaten zur onkologischen Versorgung des kolorektalen Karzinoms in Hessen	162
Warum arbeite ich als Hausarzt-Rentner weiter?	165
Büchertipps von Lesern für Leser	166

Personalia

Nachruf: Die Landesärztekammer Hessen trauert um Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein	167
Bücher: Klinikleitfaden Innere Medizin; Geschichte des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main	170
Musiktipps: Frau Lehmann, Trost & Trotz	149; 182

Titelbild: © LWV-Archiv, F 1, Nr. 71c, Landesheilanstalt Marburg an der Lahn, Blick in einen Schlafsaal für Frauen, 1949

Bücher



Prof. Adrian Gaertner
Die Seele im Fadenkreuz von Sozialen Medien und Artifizieller Intelligenz S. 166

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-l. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)

Gemeinsinn in Zeiten von Unsicherheit und Krisen

Wir leben in einer Zeit, in der wir nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges, des Wiederaufbaus und nicht zuletzt der deutschen Wiedervereinigung zumindest in unserem Land in Frieden und dem Gefühl leben konnten, dass es eigentlich nur bergauf gehen kann. Deutschland ist trotz seiner vergleichsweisen geringen Größe regelhaft die viert- oder drittstärkste Wirtschaftsnation der Welt. Deutsche Produkte sind hoch angesehen in aller Welt. Auch das deutsche Gesundheitswesen wird immer wieder bewundert. Und dann kommen die Krisen, eine Pandemie mit einem fast kompletten Stillstand des öffentlichen Lebens, ein Angriffskrieg in unmittelbarer Nachbarschaft, nicht auf anderen Kontinenten, wo wir sie unkompliziert ignorieren können. Es tritt immer mehr zutage, dass die Infrastruktur in Deutschland, Bahn und Bahnstrecken, Straßen, Kanalisation, aber auch die Krankenhausinfrastruktur jahrzehntelang vernachlässigt wurden. Die Überschwemmung im Ahrtal, der Stromausfall in Berlin zeigen uns, dass auch hierzulande nicht alles sicher ist. Und das wird wie auch in den meisten anderen Ländern dieser Welt ausgenutzt, um Stimmung zu machen für Ideen, die weniger die tatsächliche Lösung von Problemen zum Ziel haben, sondern vielmehr, um Macht zu erlangen um der Macht selbst willen oder aber um kleine Zirkel von Interessengruppen zu bedienen. Das ist im Falle des wissenschaftlich unstrittigen Klimawandels und den zu ergreifenden Maßnahmen nicht weniger dramatisch als in Fragen der Daseinsvorsorge und insbesondere der Reformierung des Gesundheitswesens.

Es ist erschreckend, wenn in solchen Zeiten politische Strömungen mehr und mehr Erfolg haben, die auf Spaltung von Gesellschaften und eine immer kleinteilige Abgrenzung von Bevölkerungsgruppen drängen. Die Menschheit als Lebensform ist erfolgreich, weil Menschen arbeitsteilig und mit gemeinsamen Zielen erfolgreich zusammenarbeiten. Der Mensch ist allein nicht überlebensfähig. Sein Nachwuchs ist die ersten Jahre zunächst vollkommen hilflos und dann auf eine lange Zeit des Lernens und Sammelns von Erfahrung angewiesen. Unsere modernen, arbeitsteiligen Gesellschaften sind vollkommen unfähig, ohne länderübergreifende Kooperation in dem gewohnten Stil weiter zu existieren. Das war zuletzt sehr deutlich bei den Lieferkettenproblemen während der Pandemie, aber auch bei aktuellen Problemen in der Nachfrage nach seltenen Erden, oder auch nur nach Kupfer für den steigenden Bedarf im Zuge der Elektrifizierung. Gleichermaßen gilt für das Gesundheitswesen. Wir sind davon abhängig, dass moderne diagnostische Geräte produziert werden, die ausnahmslos Rohstoffe und Einzelteile aus allen Teilen dieser Welt benötigen. Wir sind aber auch auf einer deutlich kleinteiligeren Ebene davon abhängig, dass die verschiedenen Berufsgruppen



Foto: Peter Jülich

„Alle zusammen können so gut wie alles erreichen!“

Die Beiträge in dieser Rubrik geben nicht unbedingt die Meinung des Präsidiums wieder.

innerhalb des Gesundheitssystems gut und möglichst reibungslos zusammenarbeiten.

Warum ergehe ich mich hier in diesen scheinbaren Gemeinplätzen? Aus meiner Sicht werden wir auch die Probleme, die uns als Ärzteschaft in der Versorgung der uns anvertrauten Patienten gestellt werden, nur dann lösen, wenn wir wirklich zusammenarbeiten. Das Vertreten von Interessen, sei es der Ärztinnen und Ärzte, der Medizinisch-Technischen-Assistenz-Berufe, der Pflegekräfte und anderer Gruppen, aber auch zum Beispiel der Pharma industrie ist legitim und wichtig. Hier müssen Kompromisse geschlossen werden. Am Ende der Debatten über diese verschiedenen Interessen darf aber nicht aus dem Blick verloren werden, dass wir als alleinige „Existenzberechtigung“ das Ziel der Gesunderhaltung aller Menschen in Deutschland haben. Die bedingungslose Maximierung von Gewinn, das Beharren auf Extrempositionen oder die fehlende Anerkennung der Bedeutung der unterschiedlichen Stakeholder im Gesundheitswesen führen aus meiner Sicht zu Reibungsverlusten und Fehlallokationen der Mittel, die uns von der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden. Wir bekommen täglich und das in

zunehmendem Maße in unseren Gemeinden, dem Land, aber auch auf der großen Bühne der Weltpolitik vor Augen geführt, dass wir mit endlichen Mitteln arbeiten, die aber bei verantwortungsbewusstem Umgang ausreichend vorhanden sind.

Daher erlauben Sie mir an dieser Stelle gerade in diesen Zeiten zu erinnern, dass der große evolutionäre Vorteil der Menschheit ihre Fähigkeit zur arbeitsteiligen Zusammenarbeit ist. Diese hat uns von den Wäldern und Höhlen der Steinzeit in eine Moderne geführt, in der so komplexe Dinge wie Atomkraftwerke, Mondlandungen oder auch Großstädte wie Shanghai, New York oder Berlin gebaut, belebt und funktionstüchtig erhalten werden. In denen wir Photon-Counting-Computertomographen oder Magnetresonanztomographen bauen, komplexe Immunvorgänge forschen und in Therapien übersetzen können, um damit unsere Patienten optimal behandeln zu können. All diese Errungenschaften konnten und können nur erreicht und im klinischen Alltag eingesetzt werden, weil sehr viele Menschen verteilt über den gesamten Globus zusammenarbeiten, ihren Teil beitragen und damit Dinge erreichen, die einer allein oder selbst ein paar hundert oder tausend Menschen niemals erreichen könnten. In diesem Sinne möchte ich auch die hessische Ärzteschaft erinnern, dass einer allein nichts, wenige einiges, aber alle zusammen so gut wie alles erreichen können.

Dr. med. Christian Schwark
Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen

Arzneimittelallergie und -überempfindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen

VNR: 2760602026078880006

Dr. med. Christian Walter

Einleitung

Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche behandeln, werden häufig mit dem Verdacht auf eine Arzneimittelallergie oder der anamnestischen Angabe einer solchen Diagnose durch die Eltern oder Patient*innen¹ konfrontiert. Diese Angaben beruhen häufig nicht auf einer leitliniengerechten Diagnostik. Fehldiagnosen sind demzufolge häufig. Dies hat zum Teil erhebliche Nachteile für die betroffenen Patient*innen. Der folgende Beitrag soll ein Verständnis vermitteln für die Ursachen dieser häufigen Fehldiagnosen sowie für die Notwendigkeit, Verdachtsfälle auf eine Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit nachzugehen und einer Klärung zuzuführen. Die Grundsätze der allergologischen Diagnostik werden erläutert. Am Beispiel der Betalaktamantibiotika (BLA) wird das konkrete Vorgehen im Falle eines Verdacht auf eine Allergie dargestellt.

Die Darstellung erfolgt auf der Grundlage der bestehenden Leitlinien. Diese vermitteln neben detaillierten Beschreibungen der Pathophysiologie von allergischen und nicht-immunologischen Überempfindlichkeitsreaktionen auch genaue Hinweise zur Durchführung einer allergologischen Diagnostik (z. B. Pricktest-Konzentrationen), auf die aus Platzmangel hier verzichtet wurde. Wichtige Literaturangaben finden sich im Anhang.

Zur Terminologie: Als Arzneimittelallergie werden immunologisch vermittelte Intoleranzreaktionen bezeichnet, die sich nach den von Coombs und Gell beschriebenen Reaktionstypen (I–IV, nach neuer Klassifikation Typ I–VII, vgl. Jutel et al. 2023) einteilen lassen. Nicht immunologische Reaktionen, die z. B. den meisten Reaktionen auf nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) zu Grunde liegen, werden als Arzneimittelüberempfindlichkeit (synonym: Intoleranz, Idiosynkrasie) bezeichnet.

Eine häufige Verdachtsdiagnose

Je nach Untersuchung werden 5–10 % (in manchen Quellen bis zu 25 %) der Allgemeinbevölkerung als Allergiker allein auf die Gruppe der Betalaktamantibiotika (BLA) eingestuft. Bei der Mehrzahl beruht die Diagnose nicht auf einer Diagnostik, sondern auf anamnestischen Angaben der Patient*innen, die oft einer kritischen Beurteilung nicht standhalten. So wird im Falle der BLA nur bei insgesamt ca. 10 % der Verdachtsfälle eine Allergie (Sofort- oder Spättyp) durch eine allergologische Diagnostik bestätigt

Fehldiagnosen häufig

Die häufigste Ursache für eine Fehldiagnose einer Arzneimittelallergie/Unverträglichkeit im Kindesalter sind infektinduzierte Exantheme oder eine durch einen Infekt ausgelöste Urtikaria. Untersuchungen zeigen aber darüber hinaus, dass seitens der Betroffenen häufig auch pharmakologische Nebenwirkungen wie z. B. eine Tachykardie nach der Inhalation mit einem β 2-Sympathomimetikum als Hinweis auf eine Allergie gewertet werden. Schließlich werden auch somatoforme Reaktionen wie Angstgefühle oder die Allergie auf ein Medikament bei einem Familienangehörigen als hinreichend angesehen, um die Diagnose einer Arzneimittelallergie zu stellen. In Abb. 1 sind die häufigsten Gründe für eine falsche Diagnose einer Allergie auf BLA aufgeführt.

Hieraus ergibt sich, dass jede Ärzt*in ein Konzept für den Umgang mit solchen Verdachtsdiagnosen haben sollte, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Dies bedeutet natürlich nicht, dass die notwendige Diagnostik zwangsläufig in jeder Praxis vorgehalten werden muss (siehe unten).

Abb. 1: Häufige Gründe für eine falsche Kennzeichnung eines Patienten als Betalaktamallergiker

Fehlinterpretationen ...

- ... bekannter voraussehbarer Nebenwirkungen (zum Beispiel rein gastrointestinale Symptome durch Veränderung des Darmmikrobioms) als Allergie
- ... infektbedingter Urtikaria als Arzneimittel-Soforttyp-Reaktion
- ... infektbedingter Virusexanthem als Arzneimittelexanthem
- ... unspezifischer Symptome oder somatoformer Reaktionen als Allergie
- ... bekannter Reaktionen in der Familie als Hinweis auf Betalaktamallergie
- ... einer Angst vor einer Allergie als tatsächliche Allergie („ich reagiere auf alle Medikamente“)

Quelle:

nach Brockow K, et al., Patients with questionable penicillin (beta-lactam) allergy: Causes and solutions.

Allergol Select.2022

¹ Soweit im gesamten Text von Patient*innen oder Ärzt*innen gesprochen wird, sind jeweils sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten angesprochen.

Die Fragen, die in diesem Beitrag beantwortet werden, sollen lauten:

1. Warum sollte eine Diagnostik in einem Verdachtsfall auf eine Arzneimittelallergie oder Überempfindlichkeit erfolgen?
2. Bei wem sollte eine Diagnostik durchgeführt werden?
3. Wie wird diese Diagnostik durchgeführt?

In Kapitel 4 wird das praktische Vorgehen anhand des Beispiels der Betalaktamallergie verdeutlicht.

1. Warum sollte eine Diagnostik in einem Verdachtsfall auf eine Arzneimittelallergie erfolgen?

Kasuistik 1

Paul, 5 Jahre, wird im kinderärztlichen Notdienst vorgestellt. Bei klinischen Zeichen einer Pneumonie (Fieber, Husten, Dyspnoe, feinblasige Rasselgeräusche) wird die Indikation für eine antibiotische Therapie gestellt. Die Mutter gibt allerdings an, dass Paul eine Allergie auf Antibiotika habe. Diese sei vor drei Jahren gestellt worden, das Medikament war „vermutlich“ Amoxicillin. Paul habe nach einigen Tagen Behandlung einen juckenden Ausschlag ohne Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes entwickelt. Eine allergologische Diagnostik sei nicht erfolgt. Paul erhält aus Sorge vor einer allergischen Reaktion kein BLA, sondern ein Makrolid-antibiotikum. Bei einer Resistenz z. B. von Pneumokokken gegen diese Substanzgruppe von ca. 20 % besteht das Risiko einer fehlenden Wirksamkeit der Therapie.

Die tatsächliche Inzidenz von Arzneimittelallergien und Überempfindlichkeiten ist, wie oben ausgeführt, deutlich geringer als aufgrund von Zuschreibungen oder eigener Überzeugung von Patient*innen anzunehmen. So sind beispielsweise nach Angaben der World Allergy Organization (WAO) drei bis sechs Prozent aller Krankenhauseinweisungen auf unerwünschte Arzneimittelreaktionen zurückzuführen. Die meisten dieser Reaktionen sind nicht als Allergie oder Überempfindlichkeit einzustufen, sondern als Nebenwirkungen der verwendeten Medikamente. Der Anteil der Allergien gegen Medikamente liegt bei weniger als zehn Prozent aller unerwünschten Reaktionen.

Bei Kindern sind die am häufigsten verdächtigten Medikamente Antibiotika, insbesondere BLA sowie NSAR, die eine hohe Verordnungsrate in dieser Altersgruppe aufweisen. Da Kinder häufig mit infekto-assozierten Exanthemen reagieren, kommt es oft zu einer zeitlichen Koinzidenz ohne ursächlichen Zusammenhang von Symptom und Therapie.

Häufig wird eine allergologische Diagnostik versäumt und die Empfehlung ausgesprochen, das entsprechende Medikament sowie verwandte Wirkstoffe, bei denen eine Kreuzreaktion im Bereich des Möglichen liegt, zu meiden. Oft geschieht dies immer noch unter dem Hinweis, dass es ausreichende Ausweichmöglichkeiten für eine Medikation gebe, eine Diagnostik daher nicht erforderlich sei.

Unterbleibt eine Diagnostik, kommt es zwangsläufig zu einer hohen Anzahl von Fehldiagnosen, die oft viele Jahre, häufig bis in die Erwachsenenzeit, Bestand haben. Die Frage, die sich stellt, lautet:

Ist eine Fehldiagnose einer Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit ein Problem für die Patient*innen?

Die Antwort ist eindeutig:

Fehldiagnosen einer Arzneimittelallergie oder Überempfindlichkeit haben eine Reihe von schwerwiegenden Folgen: Hierzu gehören neben einer unnötigen Einschränkung bei der Auswahl von Wirkstoffen und höheren Behandlungskosten u. a. auch direkt nachteilige Folgen für die Effektivität einer Behandlung.

Dies lässt sich wiederum am Beispiel der BLA verdeutlichen. Patient*innen mit der (häufig nicht korrekten) Diagnose einer Arzneimittelallergie auf ein BLA erhalten häufiger Breitspektrumantibiotika (mit der Folge der Förderung von Resistenzen sowie systemischer Nebenwirkungen), haben längere Krankheitsverläufe und, was noch schwerer wiegt, erhalten möglicherweise eine ineffektivere Behandlung. Sie müssen häufiger im Krankenhaus behandelt werden und erleben eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität aufgrund der oft unbegründeten Angst vor allergischen Reaktionen bei Gabe eines Arzneimittels.

Zudem ist der Ausschluss einer Allergie mit langem zeitlichem Abstand zum fraglichen Ereignis (Delabeling) eine aufwendige und belastende Aufgabe für die Betroffenen und die behandelnden Ärzte (Brockow 2019).

Fazit

- Das Ausbleiben einer allergologischen Diagnostik bei Verdacht auf das Vorliegen einer Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit hat schwerwiegende und gefährliche Folgen für die betroffenen Patient*innen.
- Die Diagnostik im Verdachtsfalle dient in den meisten Fällen dem Schutz vor einer falschen Diagnose.

2. Bei wem sollte eine Diagnostik durchgeführt werden?

Kasuistik 2

Emilia, 4 Jahre, hat Fieber und erhält aufgrund einer A-Streptokokkentonsillitis Penicillin. Einen Tag nach Beginn der Therapie entwickelt sie eine leichte Urtikaria. Diese ist unter Fortführung der Therapie nach zwei Tagen wieder verschwunden.

Die Anamnese und der Verlauf sind nicht vereinbar mit einer Allergie auf Penicillin. Die Urtikaria verschwand unter der Fortführung der antibiotischen Therapie. Eine Diagnostik ist hier nicht erforderlich.

Kasuistik 3

Sanya, 6 Jahre, wird aufgrund einer Otitis media mit Amoxicillin behandelt. Nach acht Tagen (zwei Tage nach Beendigung der Therapie) entwickelt sie ein makulopapulöses Exanthem bei gutem Allgemeinzustand. Weitere Symptome (Befall der Schleimhäute oder weiterer Organsysteme) treten nicht auf.

Es besteht der Verdacht auf eine Allergie vom verzögerten Typ (Typ IV) auf Amoxicillin. Sie erhält vier Wochen nach dem Ereignis eine orale Provokation mit Amoxicillin. Diese ist negativ. Eine Allergie liegt nicht vor.

Unerwünschte Arzneimittelreaktionen werden grundsätzlich in zwei Kategorien eingeteilt (Abb. 2): Typ-A-Reaktionen sind durch die bekannten Eigenschaften des Arzneimittels ausgelöste Nebenwir-

kungen wie z. B. eine Tachykardie unter β -Mimetika. Typ A Reaktionen sind häufig, vorhersehbar und oft dosisabhängig. Unter Typ-B-Reaktionen versteht man sowohl allergische (d. h. immunologisch bedingte) als auch auf anderen Mechanismen beruhende Intoleranzreaktionen. Hierzu zählen z. B. die meisten Reaktionen auf nichtsteroidale Analgetika (NSAR), die auf einer Dysbalance von Mediatoren aufgrund einer Enzymhemmung (siehe unten) beruhen sowie unspezifische pseudoallergische Reaktionen (siehe Abb. 2). Sie sind selten, unvorhersehbar und nicht dosisabhängig.

Die Anamnese ist das wichtigste diagnostische Werkzeug

Bei der Vorstellung einer Patient*in mit dem Verdacht auf eine Arzneimittelüberempfindlichkeit oder -allergie ist daher zunächst eine eingehende und genaue und strukturierte Anamnese sowie (falls die Symptome noch persistieren) körperliche Untersuchung der wichtigste und entscheidende Schritt.

Wichtig ist bei der Einschätzung, ob es sich bei einer Reaktion überhaupt um eine Allergie/Überempfindlichkeit handeln kann, neben der Kenntnis der häufigsten Nebenwirkungen des Wirkstoffes und der möglichen Formen einer Allergie vor allem der Zeitablauf und die klinische Symptomatik (Abb. 3):

Akute Urtikaria, Atemnot, Asthmasymptome und/oder eine anaphylaktische Reaktion innerhalb von 1–6 Stunden nach der ersten Gabe eines Arzneimittels in einer Behandlung werden als Sofortreaktion bezeichnet und stellen den Verdacht für das Vorliegen einer Typ-I-Allergie im Falle der BLA oder einer der akuten Formen der Überempfindlichkeit im Falle der NSAR dar.

Die weitaus häufigste Form der Allergie auf BLA ist jedoch die verzögerte Form (Typ IV nach Coombs und Gell). Hier kommt es typischerweise bei erstmaliger Gabe frühestens nach vier, oft erst nach sechs bis acht Tagen nach Beginn der Therapie zu einem milden makulopapulösen Exanthem bei meist gutem Allgemeinzustand und fehlender Beteiligung weiterer Organsysteme.

Bei der Gruppe der NSAR ist eine immunologische Ursache (Typ I und IV nach Coombs und Gell) äußerst selten. Den verschiedenen klinischen Erscheinungsformen der NSAR-Überempfindlichkeit liegt vielmehr meist eine Dysregulation des Arachidonsäure-Stoffwechsels zugrunde.

Hinsichtlich der verschiedenen Formen der NSAR-Überempfindlichkeit wird auf die beigelegte Literatur verwiesen.

Auf sehr seltene Formen der verzögerten Arzneimittelüberempfindlichkeit wie z. B. die toxische epidermale Nekrolyse (TEN), das Stevens-Johnson Syndrom (SJS) sowie

die akute generalisierte exanthematische Pustulose (AGEP) und das DRESS Syndrom (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) wird in diesem Beitrag aufgrund der Begrenzung des Umfangs ebenfalls nicht eingegangen.

Die Diagnostik sollte bei jeder Patient*in unabhängig vom Alter erfolgen, wenn nach eingehender Anamnese und klinischer Untersuchung eine Allergie/Überempfindlichkeit möglich erscheint. Sollte sich der Verdacht bestätigen, muss in einem zweiten Schritt ein sicheres Ausweichmedikament gefunden werden.

Ist dies nicht der Fall, ist keine Diagnostik erforderlich und die Eltern und die Patient*in sollten darüber aufgeklärt werden, dass das betreffende Medikament ohne Einschränkungen verwendet werden kann. Keinesfalls sollten Verdachtsdiagnosen ohne die Veranlassung einer Diagnostik in einer Patientenakte verbleiben, da dies zwangsläufig zur Verunsicherung von Patient*innen und Angehörigen und weiterbehandelnden Ärzt*innen führt.

Fazit

- Jede nach eingehender Anamnese vermutete Überempfindlichkeitsreaktion sollte in jedem Alter diagnostisch abgeklärt werden.
- Bei positivem und klinisch relevantem Befund sollten Kreuzallergien identifiziert bzw. ausgeschlossen werden und

Abb. 2: Unerwünschte Arzneimittelreaktionen

Schädliche und unbeabsichtigte Arzneimittelreaktionen bei Dosierungen, die zur Prophylaxe, Diagnose oder Therapie eingesetzt werden

Typ A (85 %)	Typ B (15 %)			
	Allergie		Intoleranz	Pseudo-Allergie
	Soforttyp (IgE-vermittelt), z. B. Urtikaria, Angioödeme, Anaphylaxie	Spättyp (zellulär vermittelt), z. B. makulopapulöse Exantheme	Mediator-Dysbalance (Cyclooxygenase-Inhibition), z. B. Intoleranz ggü. nicht-steroidale Analgetika	Unspezifische Mastzell-Degranulation, z. B. Flush-Reaktion nach Opiat-Injektion
• Pharmakologische Nebenwirkungen	• Arzneimittel-Überempfindlichkeit (engl.: drug hypersensitivity)			
• Arzneimittel-interaktionen	• Unvorhersehbar, nicht oder nur wenig dosisabhängig			
• Vorhersehbare und dosisabhängige Reaktionen				

Nach: Hagen Ott, Lars Lange, Matthias V. Kopp: Kinderallergologie in Klinik und Praxis 2014

vor allem sichere Ausweichmedikamente identifiziert werden.

3. Wie wird die Diagnostik durchgeführt?

Die Frage, welches diagnostische Verfahren und Vorgehen bei der Abklärung eines Verdachtes auf eine Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit zur Anwendung kommt, hängt in erster Linie vom vermuteten Reaktionsmechanismus ab. Wie zuvor erläutert, werden Typ-B-Reaktionen auf Arzneimittel unterteilt in allergische (immunologisch-bedingte) und nicht-allergische (z. B. auf Mediator-Dysbalance beruhende) Mechanismen. Je nach Reaktionsform ist das diagnostische Vorgehen unterschiedlich.

So ist in den meisten Fällen einer Unverträglichkeit auf NSAR (vor allem, wenn mehrere Wirkstoffe nicht vertragen werden) eine allergische Ursache sehr unwahrscheinlich und eine Prick- oder Intracutantestung demzufolge nicht zielführend. Bei Reaktionen auf BLA handelt es sich dagegen in der Regel um „echte Allergien“ z. B. vom Typ I (Sofortreaktionen) oder Typ IV (Spättypreaktionen).

Wenn eine allergische Sofortreaktion angenommen werden kann und es sich von der Anamnese her um einen Verdacht auf eine IgE vermittelte Reaktion handelt, stehen der Hauttest und (in wenigen Fällen) die Bestimmung des spezifischen IgE zur Verfügung.

Hauttestsungen sollten möglichst innerhalb des Zeitraums von einem Monat und einem Jahr, idealerweise zwischen vier und sechs Wochen nach Abheilen der Index-Hautreaktion durchgeführt werden, da die Testreaktivität mit dem zeitlichen Abstand sinkt.

Der Haut-Prick-Test hat eine hohe Spezifität für Reaktionen vom Soforttyp. Allerdings gilt: Auch bei negativem Hauttest (vor allem bei hochverdächtiger Anamnese) ist eine Allergie nicht vollständig ausgeschlossen. Weiterhin kann (analog zu Pricktestungen bei anderen Indikationen) auch bei einem positiven Pricktest eine Sensibilisierung ohne klinische Relevanz vorliegen. Daher gilt: Bei eindeutiger Klinik und/oder Anamnese und positivem Haut-Pricktest kann die Diagnose einer Arzneimittelallergie vom Soforttyp als gesichert angesehen werden. Bei positivem Pricktest und unklarer oder nicht eindeu-

tiger Anamnese und Klinik muss genau wie im Falle einer hochverdächtigen Indexreaktion und negativem Pricktest eine Provokationstestung (unter Beachtung der Kontraindikationen siehe unten) erfolgen.

Intradermaltests sind sensibler, allerdings besteht hier ein höheres Risiko für systemische Reaktionen und die Testung ist deutlich schmerhaft. Daher werden sie in der Pädiatrie seltener eingesetzt.

Die Leitlinie zur Diagnostik bei Verdacht auf Arzneimittelallergie (überarbeitet 2023) enthält genaue Angaben über Testsubstanzen und empfohlene Konzentrationen für kutane Testungen.

Testungen des spezifischen IgE im Serum sind nur für wenige Arzneimittel verfügbar. Bei längerem Abstand zum Ereignis kann der Test falsch negativ ausfallen. Allerdings sind analog zu spezifischen IgE-Bestimmungen bei anderen Allergenen (Nahrungsmittel, Insektengift etc.) auch falsch positive Ergebnisse möglich. Das bedeutet: ein Nachweis spezifischer IgE-Antikörper z. B. auf Amoxicillin kann auch Ausdruck einer Sensibilisierung ohne klinische Relevanz sein. Die Bewertung eines Testergebnisses muss daher immer den klinischen Kontext mit einbeziehen.

Weitere Verfahren wie z. B. der Basophilienaktivierungstest (BAT) sind in der Anwendung erfahrenen Zentren vorbehalten und werden – aufgrund der hohen Kosten – nur in begründeten Einzelfällen angewendet.

Ist nach Bewertung der Anamnese und klinischen Symptome sowie Durchführung der oben genannten Diagnostik die Frage einer allergischen Reaktion nicht eindeutig zu beantworten, ist eine Provokationstestung (drug provocation test, DPT) der nächste diagnostische Schritt. Sie ist der Goldstandard in der allergologischen Diagnostik. Die Indikation sollte allerdings nach einer strengen Nutzen-Risiko-Analyse gestellt werden. Kontraindikationen für einen DPT stellen beispielsweise eine schwere initiale systemische Sofortreaktion (höhergradige Anaphylaxie) oder eine schwere kutane Indexreaktion mit Beeinträchtigung des Allgemeinzu-standes dar.

Ist die erneute Gabe im Rahmen einer Provokationstestung aus diesen Gründen nicht vertretbar, sollte aber ein sicheres

Abb. 3: Zeitintervalle bei allergischen- und Überempfindlichkeitsreaktionen
Typische Zeitintervalle zwischen erster BLA-Zufuhr und erstmaligem Auftreten von Symptomen

Überempfindlichkeitsreaktion	Zeitintervall
Urtikaria, Asthma, Anaphylaxie	typisch bis 1 h, selten bis 6 h nach Beginn der Zufuhr
makulapulöses Arzneimittelexanthem	4 bis 14 d nach Beginn der Zufuhr*
fixe Arzneimittelreaktion	1 bis 12 h nach Beginn der Zufuhr
AGEP	1 bis 2 d nach Beginn der Zufuhr
SJS/TEN	4 bis 28 d nach Beginn der Zufuhr
DRESS	2 bis 8 Wochen nach Beginn der Zufuhr

* bei Wiederholungsreaktionen typischerweise Zeitintervall im Vergleich zur Erstreaktion verkürzt; bei makulapulösen Arzneimittelexanthem typischerweise Reaktion nach 6 h bis 4 d; bei AGEP, SJS, TEN, DRESS typisches Zeitintervall nach Wiederholungsreaktionen nicht untersucht

Abkürzungen: AGEP = akute generalisierte exanthematische Pustulose;

BLA = Betalaktamantibiotika; SJS = Stevens-Johnson-

Syndrom; TEN = toxische epidermale Nekrolyse;

DRESS = „drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms“

Nach: Wurpts G et al. S2k Guideline: Diagnostics for suspected hypersensitivity to beta-lactam antibiotics. Allergo J Int 2019

Ausweichmedikament für zukünftige Behandlungen ebenfalls durch einen DPT identifiziert werden (siehe Kapitel 4).

Allergische Reaktionen vom verzögerten Typ

Die häufigste Manifestation der verzögerten T-Zell vermittelten Typ-IV-Reaktion auf ein Arzneimittel ist das unkomplizierte makulopapulöse Exanthem (MPE), dass sich meistens 7–14 Tage nach Therapiebeginn manifestiert. Bei erneuter Gabe des Arzneimittels kann die Reaktion auch früher (nach sechs Stunden bis vier Tagen) auftreten. (Abb. 3) Häufigster Auslöser von verzögerten allergischen Reaktionen auf Arzneimittel im Kindesalter sind BLA.

Unkomplizierte MPE werden auch als „benign rash“ bezeichnet. Sie betreffen ausschließlich die Haut, nie die oralen oder die anogenitalen Schleimhäute, führen nicht zu einer kutanen Blasenbildung und lösen nur leichten Pruritus aus. Der Allgemeinzustand ist gut und sie sind innerhalb weniger Tage nach dem Absetzen des Arzneimittels rückläufig.

Der benign rash nach Gabe eines Arzneimittels ist die mit Abstand häufigste Form einer Reaktion, bei der im kinder- und jugendärztlichen Alltag der Verdacht auf eine Allergie besteht.

Wichtig ist: Auch bei diesen Reaktionen handelt es sich nur in weniger als 10 % der Fälle um eine Allergie – d. h. bei erneuter Gabe wird das Medikament sehr häufig problemlos vertragen.

Haut-Pricktests oder Intradermaltests und auch die Bestimmung des spezifischen IgE haben keinen diagnostischen Wert bei einem Verdacht auf eine Allergie vom verzögerten Typ.

Der Epikutantest hat eine hohe Spezifität (d. h. bei einem positivem Testbefund liegt mit großer Wahrscheinlichkeit eine Allergie vor), ist aber aufgrund seiner geringen Sensitivität zum Ausschluss einer Allergie ebenfalls nicht geeignet und wird daher in den derzeit gültigen Leitlinien bei Vorliegen eines monosymptomatischen MPE nicht mehr empfohlen (Wurpts et al. 2019).

Die Diagnostik kann hier in Form einer direkten oralen Provokation ohne vorherige Allergietestung erfolgen. Dieses Vorgehen ist sicher, da auch bei einem positiven

Abb. 4:
Annahmen zur Wahrscheinlichkeit allergologischer Kreuzreaktionen zwischen den verschiedenen Betalaktamantibiotika*

geplantes Medikament ↓ bekannte Allergie	Penicillin G und V	Aminopenicilline (Ampicillin, Amoxicillin)	Aminocephalosporine (Cefalexin, Cefadroxil, Cefaclor)	Cefuroxim, Ceftriaxon	Cefotaxim	Cefodizim	Ceftazidim	Carbapeneme	Aztreonam
Penicillin G und V		hoch	Daten gering, häufig Aminopenicillinallergie, bei Anamnese auf Penicillin	gering	gering			gering	sehr gering
Aminopenicillin	mittel		hoch					Daten gering	Daten gering
Aminocephalosporine	Daten gering	hoch		Daten gering	hoch			Daten gering	Daten gering
Cefuroxim, Ceftriaxon, Cefotaxim, Cefodizim		Daten gering							
Ceftazidim								mittel	
Carbapeneme	Daten gering				Daten gering			Daten gering	
Aztreonam					mittel	Daten gering			

* Die Annahmen hierzu beruhen vor allem auf Strukturähnlichkeiten beziehungsweise Strukturunterschieden in der R1-Seitenkette; die publizierten Daten sind gering oder fehlend.

Ausgang der Provokation (d. h. beim Vorliegen einer Allergie vom verzögerten Typ) nur leichtgradige kutane Reaktionen in Form eines erneuten makulopapulösen Exanthems ähnlich der Indexreaktion zu erwarten sind. Auch das Risiko einer allergischen Sensibilisierung durch den Provokationstest ist gering.

Aus diesen Gründen empfiehlt die aktuelle Leitlinie zur Diagnostik bei Verdacht auf BLA-Allergie die direkte orale Provokation. Hiermit können viele Patient*innen vor der Fehldiagnose einer Arzneimittelallergie bewahrt werden.

Einen verbindlichen Standard für die Durchführung der direkten oralen Provokationstestungen mit BLA bei Kindern und Jugendlichen gab es bislang nicht. In Deutschland existiert allerdings jetzt ein Konsens der drei führenden allergologischen Fachgesellschaften (Gesellschaft für pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin GPAU, Ärzteverband deutscher Allergologen ÄDA, Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie DGAKI) zur Durchführung der oralen Provokationstestungen mit BLA bei Verdacht auf Spättypallergie (Neustädter et al. 2024).

Sowohl für die Diagnostik bei Verdacht auf Spät- als auch auf Soforttypallergie oder Überempfindlichkeit gilt:

Fällt eine Provokationstestung positiv aus, sollte eine Testung mit einem geeigneten Ausweichmedikament erfolgen, um für zukünftige Behandlungen eine sichere Alternative zu finden. Sowohl die Allergie als auch der Ausweichwirkstoff müssen in einem Allergiepass vermerkt sein.

Fazit

- Die Durchführung der Diagnostik bei Verdacht auf Arzneimittelallergie oder Überempfindlichkeit ist vom Reaktions- typ (Sofort- oder Spätreaktion) sowie vom potenziell auslösenden Arzneimittel abhängig.
- Der Pricktest ist ein wichtiges und valides Mittel zur Diagnostik bei IgE vermittelten Soforttypreaktionen. Falsch negative und falsch positive Ergebnisse sind möglich.
- Orale oder parenterale Provokationen bei Verdacht auf Reaktionen vom Sofort- typ sollten immer in einer spezialisierten

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Arzneimittelallergie und -überempfindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen“ von Dr. med. Christian Walter 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 25.02.2025 bis 24.08.2026

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)

Klinik oder Ambulanz durchgeführt werden unter Beachtung der Kontraindikationen

- Bei milden, rein kutanen Reaktionen (benign rush) kann die orale Provokation ohne vorherige Testung ambulant vorgenommen werden.

4. Allergie auf Betalaktam-antibiotika –Was sollte man wissen?

Kasuistik 4

Olaf, 12 Jahre, erhält aufgrund einer Weichteilinfektion Cefaclor. Eine halbe Stunde nach der ersten Gabe entwickelt er eine ausgeprägte Urtikaria, flächige Rötungen der Handflächen und Atemnot. Die Anamnese ist hochverdächtig auf eine Allergie vom Soforttyp. Der Haut-Pricktest ist positiv – die Diagnose mithin gesichert. Olaf erhält Provokationstestungen mit geeigneten nicht eng strukturverwandten BLA (Cefpodoxim und Ceftazidim). Diese werden vertragen. Er bekommt einen Allergiepass mit Dokumentation der Allergie auf Cefaclor sowie der sicheren Ausweichmedikamente.

Kreuzreaktivität zwischen BLA muss differenziert werden

Die Annahme, dass bei einer Allergie auf ein Betalaktam-Antibiotikum mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Kreuzreaktivität gegenüber allen anderen BLA (Penicillin und Cefalosporinen) gerechnet werden sollte, ist immer noch verbreitet. Dies beruht meist auf der Annahme, dass der

allen BLA gemeinsame Betalaktamring in der Regel das für die Allergie relevante Strukturmerkmal darstellt, und führt dazu, dass bei einer Erkrankung, die eine antibiotische Therapie mit einem BLA erfordern würde, ein Wirkstoff aus einer anderen Stoffklasse (z. B. ein Makrolid) verwendet wird.

In den meisten Fällen beruht die allergische Reaktion und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer Kreuzreaktivität zu anderen Wirkstoffen allerdings auf einer Sensibilisierung gegen ein Merkmal der Seitenketten im Molekül des Wirkstoffes. Dies bedeutet: Bei BLA, die gemeinsame Merkmale in ihren Seitenketten tragen, besteht ein hohes Risiko für eine Kreuzreaktivität – ist dies nicht der Fall, ist das Risiko einer allergischen Reaktion gering. So haben BLA mit einer Aminogruppe in R1-Position (Aminopenicilline und Aminocephalosporine) ein erhöhtes Risiko für eine Kreuzreaktivität im Falle einer Allergie. Gleichermaßen gilt z. B. für Cefalosporine mit einer Methoxyiminogruppe in R1 Position. Dies bedeutet auch: Patient*innen mit einer primären Allergie auf ein Aminopenicillin oder Aminocephalosporin vertragen häufig Benzylpenicillin und andere, nicht eng strukturverwandte BLA.

Für die Planung und Durchführung einer Diagnostik sowie die Ermittlung einer sicheren Therapiealternative ist also die Kenntnis der Strukturähnlichkeiten von BLA sowie der Wahrscheinlichkeit von Kreuzreaktionen wichtig und unverzichtbar.

Ziel der Diagnostik sollte es immer sein, ein für die Patient*in verträgliches BLA zu

finden. Hilfestellung bei der Auswahl der Wirkstoffe für die Diagnostik (z. B. eine orale Provokation) bietet hier die Leitlinie (Abb. 4).

Fazit

- Betalactam-Antibiotika sind nicht generell untereinander kreuzreakтив.
- Die allergische Sensibilisierung besteht häufig auf einem Merkmal einer Seitenkette und nicht dem Betalaktamring.
- Das Risiko einer Kreuzreakтивität ist abhängig von der Molekülstruktur und der Strukturähnlichkeit der Wirkstoffe.

Zusammenfassung

• Ärzt*innen werden häufig mit der Verdachtsdiagnose Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit konfrontiert. In der Mehrzahl der Fälle kann diese Dia-

gnose in einer leitliniengerechten Diagnostik nicht bestätigt werden.

- Fehldiagnosen einer Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit haben schwerwiegende nachteilige Folgen für die betroffenen Patient*innen.
- Die Vermeidung solcher Fehldiagnosen und, falls notwendig, das Delabeling bestehender Diagnosen sind eine wesentliche und wichtige Aufgabe ärztlicher Tätigkeit.
- Die Diagnostik sollte auf der Basis der Leitlinien und in Kenntnis der Pathomechanismen, Verlaufsformen und Wahrscheinlichkeiten von Kreuzreaktivitäten erfolgen.
- Beim Nachweis einer Allergie oder Überempfindlichkeit ist die Ausstellung eines Allergiepasses obligat. Dieser sollte neben dem nicht vertragenen Wirkstoff (inklusive klinischem Bild, zeitlichem Verlauf und verabreichter Medikation) auch

immer die Angabe einer verträglichen Alternative für eine zukünftige Behandlung enthalten.

**Dr. med.
Christian Walter**



Foto: Christine Bareiss

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Allergologie und pädiatrische Pneumologie; Gemeinschaftspraxis

für Kinder- und Jugendmedizin
Jerkic und Walter
Haingasse 13–15, 61348 Bad Homburg
E-Mail via: haebel@laekh.de

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

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?
Die Redaktion freut sich über

Zusendungen per E-Mail an:
haebel@laekh.de
Gerne helfen wir bei den Formulierungen und geben Tipps fürs Layout.

Multiple-Choice-Fragen: Arzneimittelallergie und -überempfindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen

VNR: 2760602026078880006

(je eine Antwort ist richtig)

1. Ärztinnen und Ärzte werden häufig mit dem Verdacht auf eine Arzneimittelallergie oder -überempfindlichkeit konfrontiert. Welche der folgenden Aussagen trifft zu?

- 1) Die häufigste Arzneimittelgruppe, die im Verdacht steht, eine Arzneimittelallergie auszulösen, sind die Lokalanästhetika.
- 2) In den allermeisten Fällen bestätigt sich dieser Verdacht nach einer strukturierten Anamnese und leitliniengerechten Diagnostik nicht.

3) Auch eine Allergie bei einem Familienmitglied ist ein Verdachtsmoment für eine Arzneimittelallergie bei einem Kind oder Jugendlichen.

4) Der Verdacht beruht in der Regel bereits auf einer vorangegangenen strukturierten Diagnostik.

2. Welche Aussage zu Patient*innen, bei denen der Verdacht auf eine Arzneimittelallergie oder -unverträglichkeit besteht, trifft zu?

1) Eine Abklärung eines solchen Verdachtes ist in der Regel nicht erforderlich, da meistens geeignete Ausweichmedikamente zur Verfügung stehen.

2) Das Ausbleiben einer Diagnostik stellt meistens keinen wesentlichen Nachteil für die betroffenen Patient*innen dar.

3) Eine ausbleibende leitliniengerechte Untersuchung und Abklärung von Verdachtsfällen hat eine hohe Zahl von Fehldiagnosen zur Folge.

4) Der Anteil von tatsächlichen Allergien an allen Verdachtsfällen beträgt ca. 50 %.

3. Welche Aussage zu der Klassifikation der unerwünschten Arzneimittelreaktionen in Typ-A- und Typ-B-Reaktionen trifft nicht zu?

- 1) Typ-B-Reaktionen sind deutlich seltener als Typ-A-Reaktionen.
- 2) Typ-A-Reaktionen sind häufig, vorhersehbar und oft dosisabhängig.
- 3) Typ-B-Reaktionen können sowohl allergisch (immunologisch) als auch nicht-allergisch (z. B. aufgrund einer Enzymhemmung) bedingt auftreten.
- 4) Typ-B-Reaktionen sind immer dosisabhängig.

4. Welche Aussage zu den verschiedenen Formen der Arzneimittelüberempfindlichkeitsreaktionen trifft nicht zu?

- 1) Reaktionen auf NSAR werden in den allermeisten Fällen nicht allergisch i. S. einer Reaktion vom Typ I oder IV nach Coombs und Gell ausgelöst.
- 2) Atemnot und Kreislaufregulationsstörungen zählen zu den häufigen Symptomen einer verzögerten allergischen Reaktion auf ein Arzneimittel.
- 3) Die häufigste Form der Allergie auf BLA ist die verzögerte Form (Typ IV).
- 4) Eine Überempfindlichkeit auf ein NSAR liegt meist eine Dysregulation im Arachidonstoffwechsel zugrunde.

5. Welche Aussage zu Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp trifft nicht zu?

- 1) Bei Verdacht auf eine Sofortreaktion auf mehrere NSAID ist der Pricktest ein sinnvolles diagnostisches Werkzeug.
- 2) Sowohl die Bestimmung des spez. IgE (falls verfügbar) als auch ein Haut-Pricktest sind etablierte und sinnvolle Maßnahmen im Falle eines Verdachtens auf eine allergische Reaktion vom Soforttyp auf ein Arzneimittel.
- 3) Die Provokationstestung bei Verdacht auf eine systemische Sofortreaktion

sollte aus Sicherheitsgründen in jedem Fall in einem Setting erfolgen, in dem intensivmedizinische Maßnahmen möglich sind.

- 4) Sofortreaktionen auf Arzneimittel können sowohl durch allergische (immunologische) Mechanismen als auch nicht-allergisch ausgelöst werden.

6. Welche Aussage trifft zu? Reaktionen vom verzögerten Typ auf Arzneimittel ...

- 1) ... sind häufig gefährlich und lebensbedrohend.
- 2) ... lassen sich mit dem Pricktest diagnostizieren.
- 3) ... sind mit einem Epikutantest gut und sicher auszuschließen.
- 4) ... sind immer harmlos und ohne Gefahr für den/die Patient*in.
- 5) ... verlaufen häufig in Form eines benignen makulopapulösen Exanthems.

7. Welche Aussage zu Hauttestungen bei einem Verdacht auf eine Arzneimittelallergie trifft nicht zu?

- 1) Der Intrakutantest hat eine höhere Sensitivität als der Pricktest.
- 2) Bei einem negativen Haut-Pricktest ist eine Allergie noch nicht ausgeschlossen.
- 3) Bei einem positiven Haut-Pricktest mit einem Arzneimittel kann die Diagnose einer Allergie in jedem Fall als gesichert angesehen werden.
- 4) Epikutantests sind aufgrund ihrer niedrigen Sensitivität nicht geeignet, bei einem monosymptomatischen MPE eine Allergie auszuschließen.

8. Welche Aussage trifft nicht zu? Die Provokationstestung (oral oder parenteral) ist ...

- 1) ... der Goldstandard der Diagnostik auf eine Überempfindlichkeitsreaktion auf Arzneimittel.

2) ... sollte in jedem Fall bei einem Verdacht auf eine Überempfindlichkeitsreaktion durchgeführt werden.

- 3) ... sollte bei einer schweren Indexreaktion nicht durchgeführt werden.
- 4) ... sollte bei Nachweis einer Allergie oder Überempfindlichkeit auf ein Arzneimittel auch zur Identifikation eines sicheren Ausweichmedikamentes eingesetzt werden.

9. Welche Aussage trifft nicht zu? Eine direkte orale Provokation zum Delabelling bei Verdacht auf eine Allergie auf ein β -Laktamantibiotikum ...

- 1) ... kann bei einem benignen makulopapulösen Exanthem nach Therapie mit einem BLA ohne vorherige Hauttestung sicher ambulant durchgeführt werden.
- 2) ... kann in Deutschland jetzt auf der Basis einer Konsensempfehlung der allergologischen Fachgesellschaften durchgeführt werden.
- 3) ... ist sicher, da Reaktionen in der Regel die Indexreaktion nicht überschreiten.
- 4) ... ist meistens verzichtbar, da im Falle einer erneuten Therapieindikation ein Antibiotikum aus einer anderen Wirkstoffgruppe eingesetzt werden kann.

10. Welche Aussage zu allergischen Reaktionen auf β -Laktamantibiotika trifft nicht zu?

- 1) Zwischen Amoxicillin und Ampicillin besteht eine hochgradige Kreuzreaktivität.
- 2) Die Wahrscheinlichkeit einer Kreuzreaktivität zwischen β -Laktamantibiotika ist abhängig von ihrer molekularen Struktur und Ähnlichkeit.
- 3) Cefalosporine und Penicilline sind in der Regel nicht kreuzreaktiv.
- 4) Meist wird die Kreuzreaktivität durch eine Strukturähnlichkeit in einer Seitenkette des β -Laktamrings bedingt.

Erratum CME Orthopädische Vorfußchirurgie

VNR 2760602026076470008

Achtung, Fehler im CME-Fragebogen der Printausgabe 02/2026 (S. 77), CME „Orthopädische Vorfußchirurgie“ (VNR 2760602026076470008): Frage 4 wurde im gedruckten Heft

fälschlicherweise ebenfalls als Frage 3 nummeriert. Bitte bei der Beantwortung berücksichtigen. In der Online-Ausgabe ist die Nummerierung korrekt. (red)



Serie: Spotlights Weiterbildung

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Heute:

Was passiert bei Unterbrechungen der Weiterbildungszeit (Schwangerschaft, Mutterschutz, Elternzeit, etc.)?

Grundsätzlich werden Unterbrechungen der Weiterbildung nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet. Unterbrechungen sind alle Zeiten, die nicht Erholungslaub

sind und in denen keine Weiterbildung stattfindet. Dazu gehören Krankheitstage, Erziehungsurlaub, Mutterschutz, Beschäftigungsverbote, etc.

Die WBO gewährt von diesem Grundsatz die Möglichkeit einer Ausnahme, insbesondere wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehr-, Zivil- und Katastrophendienst, Freiwilliges Soziales Jahr oder entsprechendes. Für eine Unterbrechung innerhalb eines Kalenderjahres von insgesamt nicht mehr als sechs Wochen, kann diese Zeit als Weiterbildungszeit anerkannt werden.

Ebenso erfolgt nur eine anteilige Berücksichtigung bei Weiterbildungsabschnitten, die kürzer als 12 Monate sind.

Länger andauernde Unterbrechungen werden als eine Unterbrechung gewertet, für die maximal sechs Wochen als Weiterbildungszeit angerechnet werden können. Bei andauernder Unterbrechung über mehrere Kalenderjahre hinweg, werden ebenfalls nur maximal sechs Wochen als Weiterbildungszeit angerechnet.

Unterbrechungen sind anzugeben. Die LÄKH entscheidet dabei darüber, ob die Zeiten der Unterbrechung anerkannt werden können.

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

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



Ärztekammer

Neuer Name für die Stabsstelle Qualitätssicherung

Die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) lautet ab sofort mit vollständigem Namen „**Stabsstelle Qualitätssicherung, Patientensicherheit und Analysen im Gesundheitswesen**“.

Die neue Bezeichnung spiegelt die Tätigkeitsbereiche der Stabsstelle besser wider und soll Ärztinnen und Ärzten sowie Bürgerinnen und Bürgern die Suche nach Themen und Ansprechpartnern erleichtern.

Qualitätssicherung

In der Stabsstelle unter der Leitung von Katrin Israel-Laubinger werden hauptsächlich verschiedene Aufgaben der Qualitätssicherung übernommen, in Fachbereichen wie Hämotherapie, Reproduktionsmedizin und Transplantationsmedizin

auf Basis gesetzlicher Grundlagen, aber auch freiwillige Verfahren wie das Peer Review in der Medizin.

Patientensicherheit

Als Ziel und Leitgedanke all dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen und weiterer Aufgaben wurde der Begriff „Patientensicherheit“ in den Namen der Stabsstelle aufgenommen. Dieser kommt auch in verschiedenen (langjährigen) LÄKH-Projekten zur Anwendung, die in der Stabsstelle betreut werden, z. B. im Bereich Gremienarbeit oder bei der Fortbildung für Mitarbeitende im Gesundheitswesen.

Analysen im Gesundheitswesen

Unter dem Begriff „Analysen im Gesundheitswesen“ werden die verschiedenen Evaluations- und Befragungsprojekte zu-

sammengefasst, die sich mit der Erhebung von Daten und Informationen zum ärztlichen Nachwuchs, zur ärztlichen Weiterbildung und weiteren wichtigen Themen im Gesundheitsbereich befassen. Diese hat die Stabsstelle zum Teil schon über viele Jahre betreut, weiterentwickelt und veröffentlicht.

Informationen finden Sie auch auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/patientensicherheit>. Der QR-Code führt direkt dorthin. (red)





Mutterschutz im Arztberuf – (k)ein Problem?

Wussten Sie, dass jedes zweite Mitglied der hessischen Ärzteschaft weiblich ist? Kein Wunder, dass die Themen Schwangerschaft und Familiengründung für viele Ärztinnen von großer Bedeutung sind. Doch mehr als die Hälfte aller schwangeren Ärztinnen fürchten negative Konsequenzen für ihre Karriere, wenn sie dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft melden.

Dieser traurige Fakt betont die Bedeutung der Frage nach dem Mutterschutz im Arztberuf. Deswegen organisierte die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) vor kurzem eine umfassende Infoveranstaltung zu diesem Thema.

Rechte kennen – Chancen nutzen

Unter diesem Motto lauschten Ende Januar fast 200 Personen in Präsenz und per Zoom den Referentinnen und Referenten vom Fach und aus der Politik, die in ihren Vorträgen viel Wissenswertes rund um den Mutterschutz vermittelten. Es ging unter anderem um berufliche Nachteile durch Schwangerschaft, rechtliche Anforderungen an Arbeitgeber und Mutter sowie darum, was im Praxisalltag wirklich möglich ist.

Dank der fesselnden Fachvorträge und der Moderation durch Dr. med. Christian Schwark, den Vizepräsidenten der Landesärztekammer Hessen, war die Veranstaltung trotz kleinerer technischer Märtchen ein voller Erfolg – und endete mit einem angeregten Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beim ein oder anderen Häppchen vom Buffet.

Schwangerschaft = Karriereknick?

Berufliche Vorurteile Frauen gegenüber sind weit verbreitet. Es gilt häufig als risikobehaftet, junge Frauen einzustellen, da diese während und nach der Schwangerschaft regelmäßig ausfallen würden. Gera de medizinische Karrieren sind stark auf Linearität und Präsenz ausgelegt, was es zumeist sehr schwierig macht, Mutterschaft mit dem Klinikalltag zu vereinbaren. In der Zeit, in der Ärztinnen wegen Schwangerschaft ausfallen, treiben die



Dr. med. Anne Kauffels-Sprenger am Rednerpult.

männlichen Kollegen ihre Karriere voran. Diese strukturelle Benachteiligung führt dazu, dass Ärztinnen in Führungspositionen deutlich unterrepräsentiert sind, erklärte PD Dr. med. Barbara Puhahn-Schmeiser, die Co-Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

Mutterschaft bedeutet für Ärztinnen aber nicht nur eine Unterbrechung ihrer Karriere und die damit verbundenen finanziellen Einkommenseinbußen, sondern besonders bei jüngeren Ärztinnen auch eine Verzögerung ihrer Weiterbildungszeit.

Weiterbildung in der Schwangerschaft

Die Muster- und Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer schreibt vor, dass Unterbrechungen der Weiterbildung wegen Schwangerschaft oder Elternzeit nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Deswegen müssen schwangere Ärztinnen ihre Weiterbildung meist vorübergehend auf Eis legen. Doch Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, macht in ihrem Vortrag Hoffnung: unter bestimmten Bedingungen könne die Unterbrechung zumindest teilweise anerkannt werden. Konsens sei, dass Weiterbildung, die während der Schwangerschaft oder Elternzeit in Teilzeit stattfinde, auch angerechnet werde.

Es können in Absprache mit den Arbeitgebern und entsprechend der individuellen Situation der werdenden Mutter zum Beispiel bestimmte ärztliche Tätigkeiten im Lehrplan vorgezogen oder verschoben werden, sofern diese nicht zu einem Konflikt mit dem Mutterschutzgesetz führen.

Der gesetzliche Rahmen

Das Mutterschutzgesetz regelt die Mindeststandards zum Schutz schwangerer und stillender Arbeitnehmerinnen. Sobald eine Schwangerschaft gemeldet wurde, muss der Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung durchführen, bei der die konkreten Tätigkeiten der betroffenen Person beurteilt werden. Je nachdem, wie die Beurteilung ausfällt, kann die schwangere Arbeitnehmerin ihre Tätigkeiten unverändert fortführen oder es müssen Änderungen an den Arbeitsbedingungen vorgenommen werden. Bei Ärztinnen könnte sich dies zum Beispiel durch die Befreiung von Nachschichten oder der Umstellung von praktischen zu eher administrativen Tätigkeiten ausdrücken. Bei einem erhöhten Gefahrenrisiko kann der Arbeitgeber sogar ein Beschäftigungsverbot in Form einer Freistellung aussprechen.

Der zeitgemäße Mutterschutz, so Referent Frank Heldt vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Integration, Jugend und Soziales, setze dabei auf Vorbeugung und

Fotos: Peter Böhnel

Teilhabe, statt schwangere Frauen aus Prinzip und übertriebener Vorsicht vom Berufsalltag auszuschließen.

Neben dem Schutz der schwangeren und stillenden Arbeitnehmerinnen bei Ausübung ihrer jeweiligen Tätigkeiten trifft das Mutterschutzgesetz auch Vorehrungen für die finanzielle Sicherheit der Mutter.

Finanzielle Auswirkungen der Schwangerschaft

Dass die Schwangerschaft Arbeitnehmerinnen durch den zeitlichen Ausfall und die verzögerte Karriereentwicklung belastet, wurde bereits erwähnt, aber auch in finanzieller Hinsicht werden Frauen hier benachteiligt. „Child Penalty Effect“ nennt man die Einbußen in Erwerbstätigkeit und Einkommen durch eine Schwangerschaft und deren Folgen bei Frauen im Vergleich zu Männern; in Deutschland beträgt die Einkommenslücke langfristig fast 60 %. Hier setzt das Mutterschutzgesetz an. Es möchte sicherstellen, dass die Mutter innerhalb der Mutterschutzfristen, das heißt während der Schwangerschaft und nach der Geburt, so behandelt werden soll, als hätte sie ohne Unterbrechung gearbeitet. Dafür nimmt es den Arbeitgeber in die Verantwortung und gewährt den Müttern bei mutterschutzbedingtem Entgeltausfall das Anrecht auf Fortzahlung des gewöhnlichen Arbeitseinkommens so-

wie unter bestimmten Bedingungen zusätzliche Zahlungen in Form von Mutterschutzlohn, Ausgleichszahlungen, Zuschüssen und Elterngeld.

Obwohl sich die Einkommenslücke etwa aufgrund von durch die Schwangerschaft verpassten Beförderungen etc. nicht leugnen lässt, biete das Gesetz schwangeren Frauen eine gute finanzielle Grundabsicherung. Referentin Alexandra Kretschmer vom Marburger Bund Hessen, Fachanwältin für Arbeitsrecht, plädiert daher dafür, dass sich Ärztinnen bei der Familiplanung nicht von ihren Ängsten abhalten lassen sollten. Sie empfiehlt jedoch ausdrücklich, die entstehenden finanziellen Lücken frühzeitig zu bedenken.

Der Ausschuss für Mutterschutz

Mutterschutz steht nicht still, das zeigt Dr. med. Klaus Doubek auf, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte und ehrenamtliches Mitglied beim Ausschuss für Mutterschutz des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (AfMu). Der Ausschuss arbeite stetig daran, Möglichkeiten und Empfehlungen zu entwickeln, die es Frauen ermöglichen, während der Schwangerschaft gefahrlos weiterzuarbeiten und dabei Benachteiligungen und deren Effekte zu verhindern bzw. zu minimieren. Die Arbeit des AfMu erleichtere es Arbeitgebern, ihren schwangeren Angestellten evidenzbasiert und mutterschutzkonform entgegenzukommen.

Arbeiten geht nicht? Geht doch! Fallbeispiel Chirurgie

Dr. med. Anne Kauffels-Sprenger vom Verband „Die Chirurginnen e. V.“, die auf eigene Erfahrungen zur Schwangerschaft als aktive Ärztin zurückblicken kann, bewies in ihrem Vortrag, dass sich Mutterschaft und Arbeit nicht ausschließen müssen. Am Beispiel des Fachbereichs Chirurgie ging sie auf besondere Herausforderungen ein, die der Arbeitsalltag mit OP-Tätigkeiten für schwangere Ärztinnen bereithält.



Prof. Dr. med. Doreen Richardt



Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark

Von der Anstrengung durchs lange Stehen über Strahlen- und Infektionsschutz zum schwer planbaren Charakter mancher Operationen – mit einer gründlichen Risikobewertung und einer realistischen Arbeitsorganisation sei vieles schaffbar, so Kauffels-Sprenger. Manchmal reiche es ja schon, der schwangeren Chirurgin einen Stuhl in den OP-Raum zu stellen und die Einsätze auf weniger anstrengende Operationen zu beschränken.

„Spalt der Barmherzigkeit“ Zwischen Gesetz und Realität

Das Mutterschutzgesetz mag auf viele Ärztinnen restriktiv wirken, doch seine Anforderungen dienen ausschließlich dem Schutz von Mutter und Kind. Deswegen muss es unbedingt eingehalten werden. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung aus diversen Fachbereichen, dass über den rechtlichen Rahmen hinaus vieles möglich ist und im Ermessen von Arbeitgeber und werdender Mutter in individueller Absprache angepasst werden kann. Bei guter Zusammenarbeit und frühzeitiger Kommunikation sei es somit fast immer möglich, fasste Schwark am Ende treffend zusammen, zwischen den Paragrafen diesen „Spalt der Barmherzigkeit“ zu finden, der es den schwangeren Ärztinnen ermöglicht, weiterzuarbeiten, wenn sie das möchten.

Viktoria Jakobs

Verlustmeldungen der Arztausweise nur noch online

Mit dem neuen Jahr stellt das Hessische Ärzteblatt die Bekanntgabe der Verlustmeldungen der Arztausweise in der Printausgabe ein. Die Verlustmeldungen finden sich künftig nur noch on-

line im Literaturverzeichnis der jeweiligen Ausgabe unter www.laekh.de. (red)

„Das Jahr 2022 war für mich der Horror“

Im Gespräch mit Dr. med. Martina Scheufler von der Medizinhilfe Karpato-Ukraine aus Hanau

Der große Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine geht mittlerweile in sein fünftes Jahr. Die Medizinhilfe Karpato-Ukraine aus Hanau um ihre Leiterin Dr. med. Martina Scheufler leistet nun schon seit über 30 Jahren Hilfe für die Menschen im Land. Im Gespräch mit der Redaktion des Hessischen Ärzteblattes spricht Dr. Scheufler über die Veränderungen im angegriffenen Land, darüber, wie sie und ihr Team sicherstellen, dass die Hilfsgüter auch vor Ort ankommen und auf welche Erfolge die mehrfach ausgezeichnete Ehrenamtliche zurückblicken kann.

Foto: privat

Frau Dr. Scheufler, der Angriffskrieg auf die Ukraine geht in sein fünftes Jahr. Russlands Armee beschießt regelmäßig Infrastruktur. Zum Zeitpunkt unseres Interviews sind es nachts teilweise minus 20 Grad Celsius oder sogar noch kälter. Wie erleben Sie und die Menschen, zu denen Sie Kontakt im Land haben, die aktuelle Lage?

Dr. Martina Scheufler: Die Menschen sind verzweifelt – nicht nur wegen der Kälte und des fehlenden Stroms, sondern auch, weil sie seit vier Jahren keine sichere Nacht mehr verbringen können. Ständige Luftalarme halten sie in Alarmbereitschaft. Viele sind körperlich und seelisch erschöpft. Dazu kommen Trauer um getötete Angehörige, fast jeder hat mindestens einen Menschen verloren, und die quälende Ungewissheit über Soldaten in der Armee, deren Schicksal unklar bleibt.

Sie sind seit über 30 Jahren in der Ukraine aktiv: Wie hat sich die Situation medizinisch und humanitär verändert?

Scheufler: Bis zum Jahr 2022, dem Beginn der großflächigen Invasion, haben wir nur eine Region in der Ukraine versorgt: Transkarpatien, das an der Grenze zu Ungarn liegt. Daher auch unser Name: Medizinhilfe Karpato-Ukraine. Transkarpatien, etwa so groß wie Luxemburg, war medizinisch stark unversorgt. Bei meinem ersten Besuch lag der Ausstattungsstandard mindestens 50 Jahre hinter dem



Dr. med. Martina Scheufler

Westeuropas zurück. Die Region war bis vor 130 Jahren noch Teil Ungarns und liegt von Kyjiw aus hinter den Karpaten. Die Region ist etwas vergessen und entsprechend war auch die Lage im Gesundheitsbereich. Die Region war und ist noch immer sehr arm. Die medizinische Versorgung hat sich zum Glück gebessert. Wir hatten bis 2022 unseren Haupteinsatzort in der Stadt Mukachevo. Dort haben wir im Jahr 2000 mit dem Aufbau des von uns mitgegründeten „Christian Medical Center“, einer großen Poliklinik, begonnen. Diese Ambulanz hat heute westlichen Standard.

Wie hat sich denn schlechte Ausstattung bemerkbar gemacht?

Scheufler: In einem Krankenhaus mit 1300 Betten gab es nur für die Hälfte Matratzen. Das Röntgengerät war so veraltet, dass es – salopp gesagt – Röntgen und Strahlentherapie in einem war.

... und was hat sich in Ihrem Engagement seit dem Angriffskrieg geändert?

Scheufler: Zu Beginn der 2000er-Jahre haben wir im Schnitt einen Sattelschlepper mit Material pro Jahr in die Westukraine geschickt. Seit dem großen Krieg 2022 haben wir unser Engagement auf das ganze Land ausgedehnt, gerade ist ein Sattel-

schlepper mit 8,2 Tonnen auf den Weg nach Charkiw, das liegt nur wenige Kilometer vor der russischen Grenze. Seit Kriegsbeginn bis Januar dieses Jahres haben wir 34 Sattelschlepper und 12 7,5-Tonner als Beiladung geschickt. Insgesamt haben wir 410 Tonnen medizinisches Material geliefert.

Das ist viel Material. Immer wieder ist auch Korruption ein Problem in der Ukraine. Wie stellen Sie sicher, dass das Material auch da hinkommt, wo es hin soll?

Scheufler: Von Anfang an werden unsere 40-Tonnen-LKW direkt in Hanau vom Zoll verplombt, und die Ladung geht bis zum Zielort durch, die dort dann erst vom Zoll geöffnet werden darf. Es gibt in der Ukraine seit vergangenem Jahr sehr scharfe Gesetze und Regeln gegen Korruption. Wir erstellen vorab eine Ladeliste und diese wird dann vor Ort wieder überprüft. Durch die neuen Gesetze ist es auch nur noch lizenzierten NGOs erlaubt, bestimmte Frachten anzunehmen. Unsere Partner vor Ort dürfen deshalb nur medizinische oder technische Güter annehmen. Dadurch, und weil wir 100 Prozent der Spenden für unsere Tätigkeiten aufwenden können und nicht für Verwaltung oder Marketing ausgeben müssen, stellen wir sicher, dass jede Spende für die Hilfe vor Ort genutzt wird.

Was war vor mehr als 30 Jahren überhaupt der Auslöser zur Gründung der Medizinhilfe Karpato-Ukraine?

Scheufler: Ich bin in der Wallonisch-Niederländischen Gemeinde und im Zonta Club Hanau (Organisation zur Unterstützung von Frauen; Anm. der Red.) engagiert. Damals haben wir in Sofia in Bulgarien einen Zonta Club gegründet und ich habe das medizinische Material für Bulgarien mitorganisiert. Das war sehr erfolgreich und darauf hat mich der damalige Pfarrer angesprochen und gesagt: „Das brauchen wir für unsere Hilfe in der Ukraine.“ Als ich 1996 dann das erste Mal da

war, habe ich die Not vor Ort gesehen, mit den beschriebenen fehlenden Matratzen und altem Gerät. Danach haben wir einen Plan gemacht, wie wir das Ganze aufbauen und wie wir helfen können. Als das städtische Krankenhaus in Mukachevo versorgt war, haben wir die Hilfe auf die Region Transkapatien ausgedehnt.

Wie stimmen Sie Bedarf und Lieferung mit den medizinischen Teams in der Ukraine ab, um Überflüssiges zu vermeiden?

Scheufler: Wir kündigen meist an, was wir zur Verfügung haben. In der Regel wird es auch gebraucht. Manchmal sagen uns die Leute vor Ort aber auch, dass sie etwas nicht brauchen. Ein Beispiel dafür sind Masken. Vor Ort gibt es so viele FFP2-Masken, von deren Bestand kann die Ukraine zwei Mal komplett versorgt werden.

Was wird denn aktuell besonders benötigt?

Scheufler: Da haben uns die Kollegen in der Ukraine ihren dringenden Bedarf übermittelt! (siehe Kasten S. 140; Anm. d. Redaktion)

Wie organisieren Sie exemplarisch so eine Lieferung?

Scheufler: Ohne die Spedition Hellmann East Europe im Hafen Hanau wäre unsere Hilfe in diesem Volumen nicht möglich, keine Chance. Wir haben auch noch ein weiteres Lager von der Stadt Hanau.

Wenn wir das Volumen eines 40-Tonnen-Lkw erreicht haben, organisiert das Logistik-Team der Spedition den Transport, wir schreiben die Zolldokumente und Hellmann macht den ganzen Rest. Da helfen wir manchmal auch noch beim Transport bis an den Lkw. Der Lkw wird leer und nach der Beladung gewogen und vom Zoll verplombt. Unsere Fahrzeuge fahren geschlossen durch bis zum Zielort. Die Fahrer sind immer selbst Ukrainer, die häufig auch die Situation vor Ort gut einschätzen können und wissen, welche Route befahrbar ist und welche nicht.

Wie kann die Ärzteschaft sich über Sach- und Geldspenden hinaus einbringen?

Scheufler: Wer unterstützen will, ist natürlich immer willkommen. Aber was jeder Arzt und jede Ärztin tun kann: Schauen Sie mit offenen Augen durch die Praxen und Kliniken! Was funktioniert noch, aber darf wegen bestimmter Vorschriften nicht mehr eingesetzt werden? Haben wir noch aufgerissene Kisten mit Handschuhen oder Verbandsmaterial? Oder auch OP-Besteck... die ukrainischen Kollegen sind immer froh, wenn wir welches aus Deutschland schicken.

Parallel waren Sie bis 2022 ja noch als niedergelassene Ärztin in Ihrer Praxis tätig. Wie haben Sie das gemeistert?

Scheufler: Ich habe zu der Zeit einen Nachfolger für meine Praxis gesucht, die Praxis verkauft und gleichzeitig griff Russland die Ukraine an. Corona war auch

noch ein Thema. Hinzu kam eine Erkrankung. Da saß ich teilweise auf Krücken in der Sprechstunde. Das Jahr 2022 war für mich der Horror, das weiß ich gar nicht, wie ich das durchgestanden habe.

Was treibt Sie persönlich an, diese Arbeit trotz der anhaltenden Herausforderungen fortzusetzen?

Scheufler: Was mich antreibt, ist die wunderbare Teamarbeit und natürlich das gute Gefühl, helfen zu können und etwas zu bewirken. Was uns alle im Team verbindet, ist die christliche Einstellung. Deshalb sind wir ja auch unter anderem unter dem Dach der evangelischen Kirche. Auch wenn man sieht, wie viele Menschen aus ganz Deutschland spenden, das ist motivierend. Unsere Spenden kommen an und wir können ein Stück weit einen Unterschied für die Menschen vor Ort machen.

Sie haben schon viele Auszeichnungen, darunter die Ehrennadel in Silber der LÄKH und das Bundesverdienstkreuz, für Ihr Engagement erhalten. Was bedeutet das für Sie?

Scheufler: Die Hauptwirkung ist für mich, dass unsere Spenderinnen und Spender sehen, was für eine seriöse Arbeit wir betreiben. Wir haben uns ja für keine dieser Ehrungen beworben. Manche Preise waren mir persönlich auch vollkommen unbekannt. Persönlich habe ich mich über das gut bekannte Bundesverdienstkreuz gefreut.

Landesärztekammer Hessen spendet IT-Equipment

Wenn im Keller vergessene Schätze lagern ... Die Landesärztekammer Hessen hat im Rahmen ihrer „Ukrainehilfe“-Initiative nicht mehr benötigtes IT-Material an die Medizinhilfe Karpato-Ukraine gespendet. Die Hausverwaltung und die IT-Abteilung aus den Standorten Frankfurt und Bad Nauheim trugen unter anderem vierzig Laptops, zehn PC, vierzehn Monitore und zwei Beamer sowie weiteres technisches Zubehör zusammen.

Das gespendete Material ist technisch überholt und entspricht nicht mehr den Sicherheitsstandards der Kammer. Es ist aber noch voll funktionsfähig und in der Ukraine sind diese Ressourcen sehr begehrt. Deswegen freuen wir uns sehr, dass wir mit unserer Spende nicht nur ungenutztes Material nachhaltig recyceln, sondern auch dabei helfen, die medizinische Versorgung der ukrainischen Bevölkerung zu verbessern. (red)



Spendenübergabe (von links): Dr. Martina Scheufler (Leitungsteam Medizinhilfe), Nina Walter (Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen), Dr. Martin Weindel (Leitungsteam Medizinhilfe) und Ralf Münzing (Leiter Stabsstelle IT Landesärztekammer Hessen).

Auf welche Erfolge sind Sie besonders stolz?

Scheufler: 2006 haben wir einen generalüberholten CT von Siemens gespendet bekommen und dafür musste ein speziell gefederter Lkw organisiert werden. Das war schon etwas Besonderes. Dieser CT hat noch bis 2025 seinen Dienst getan und war lange Zeit der einzige CT in der Region, der funktioniert hat. Das war ein Quantensprung für die Diagnostik. Außerdem haben wir im Dezember 2022 in kürzester Zeit einen Generator mit komplettem Zubehör sowie einen Öltank gekauft und nach Mukachevo geschickt. Seit Silvester 2022 läuft dieser bedarfswise und versorgt das gesamte Centrum – inklusive CT – unabhängig vom staatlichen Stromnetz.

Was sind Ihre wichtigsten Ziele für die Zukunft?

Scheufler: Wir hoffen natürlich, dass der Krieg endet und die zerstörten Kliniken



Foto: Medizinhilfe Karpato-Ukraine

Abholung von medizinischem Equipment an der Sportklinik Frankfurt Ende Januar: Der 3,5-Tonner ist voll. Demnächst soll noch ein Röntgentisch übergeben werden.

wieder aufgebaut werden. Dann müssen Reha-Zentren für die physisch und psychisch Geschädigten des Landes aufgebaut und betrieben werden. Das alles wollen wir – genügend Spenden vorausge-

setzt – mit unserem Team unterstützen. Es bleibt also genug zu tun. Langweilig wird uns nicht.

Interview: Lukas Reus

Medizinhilfe Karpato-Ukraine – Spenden

Die Medizinhilfe Karpato-Ukraine wurde 1996 von Dr. med. Martina Scheufler im Rhein-Main-Gebiet mitgegründet. Ziel war, die medizinische Versorgung in Transkarpatien (West-ukraine) zu verbessern. Aus ersten kirchlichen Kontakten entwickelte sich eine langfristige Partnerschaft, getragen von Ehrenamt und Spenden. Seit 2015 arbeitet die Medizinhilfe Karpato-Ukraine unter dem Dach der Evangelischen Stadtkirchgemeinde Hanau. Das Kirchenkreisamt Hanau übernimmt die Buchführung und stellt Spendenbescheinigungen aus. Vor und nach Ausbruch des Krieges erhielt die Medizinhilfe über 90 % der Spenden in Form von Sachspenden. Derzeit werden jedoch

auch finanzielle Mittel benötigt, um Medizintechnik aus Deutschland abzuholen, Material gezielt für ukrainische Kliniken zu kaufen sowie die Transporte zu finanzieren.

Benötigt werden folgende Materialien:

Generatoren, Batterieladestationen mit Akkus, Powerbanks, Taschenlampen, OP-Lampen, Sauerstoffkonzentratoren, Narkosegeräte, chirurgische Instrumente, Nahtmaterial, Klinikwaschmittel, Seifen jeder Art und Verbrauchsmaterial.

Kontakt: info@medizinhilfe.com

Spenden: Kirchenkreisamt Hanau; Stichwort: Medizinhilfe
IBAN: DE62 5065 0023 0000 0503 51

Gesundheitsamt Frankfurt sucht Fachärzte für humanitäre Sprechstunden

Das Team des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main sucht fachärztliche Kolleginnen und Kollegen für die so genannte Humanitäre Sprechstunde, die sich an Menschen ohne Krankenversicherungsschutz wendet, darunter Kinder, schwangere Frauen, chronisch kranke, ältere und wohnungslose Menschen. Eine dort angesiedelte Clearingstelle hilft Menschen außerdem, zurück ins gesundheitliche Regelsystem zu kommen. Für schwangere Frauen ohne Versicherungsschutz besteht das Projekt „Sichere Geburt“, das die Finanzierung einer stationären Betreuung rund um die Geburt ermöglicht.

Derzeit besonders benötigt werden die Bereiche Dermatologie, Nephrologie, Pneumologie und Orthopädie.

E-Mail: humanitaere.sprechstunden@stadt-frankfurt.de

Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt

Humanitäre Sprechstunde

Allgemeinmedizin: Mo & Do, 9–13 Uhr

Pädiatrie: Mi, 9–13 Uhr

Gynäkologie: täglich

Keine Werbung mit Vorher-Nachher Darstellungen für Hyaluron-Injektionen

Darstellung des BGH-Urteils vom 31. Juli 2025 – I ZR 170/24

Mit Urteil vom 31. Juli 2025 hat der Bundesgerichtshof sich mit der Frage der Zulässigkeit von Werbung mit Vorher-Nachher-Darstellungen bei Hyaluron-Injektionen beschäftigt. Die Verbraucherzentrale NRW hat in diesem Verfahren gegen zwei Ärzte (ebenfalls aus NRW) erfolgreich auf Unterlassung der Werbung geklagt.

Die Beklagten sind zwei approbierte Ärzte, die sich auch als „Influencer“ einen öffentlichen Namen gemacht haben. Die beiden Ärzte haben eine starke Werbepräsenz für sich und ihre ärztliche Tätigkeit, die ihren Schwerpunkt im Bereich von ästhetischen ärztlichen Behandlungen hat. Bei Social Media bewarben die Beklagten von ihnen durchgeführte Injektionen mit Hyaluron bzw. Hyaluronidase, die bei ihnen regelmäßig an Kinn oder Nase durchgeführt werden, mit vergleichenden Abbildungen der Patientinnen und Patienten vor und nach der Behandlung. Anders als bei „klassischen“ Schönheitsoperationen wird die Haut bei diesen Injektionen nicht durch einen Schnitt mittels Skalpell oder Messer geöffnet, sondern die gewünschte optische Veränderung wird durch entsprechende Unterspritzungen hervorgerufen.

Die Verbraucherzentrale sah bei den bildlichen Darstellungen einen Verstoß gegen § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 Heilmittelwerbegesetz (HWG). Nach dieser Norm darf für operative plastisch-chirurgische Eingriffe zur Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit nicht mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff geworben werden.

Dieses Werbeverbot soll vermeiden, dass durch eine vergleichende Darstellung des Körperzustandes ein falscher Anreiz für einen Eingriff ohne medizinische Indikation entsteht, der stets mit gesundheitlichen Risiken versehen ist. Der Gesetzgeber wollte mit der Regelung des § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG ausdrücklich Einflüsse, die zu einer nicht sachgerechten Entscheidung führen können, erfassen und auf diese Weise die Entscheidungsfreiheit der potenziellen Patientinnen und Patienten schützen und vermeiden, dass diese sich gesundheitlichen Risiken aussetzen.

Bereits vor dieser Entscheidung des BGH wurde immer wieder die Frage aufgeworfen, ob Unterspritzungen auch unter den Begriff der operativ plastisch-chirurgischen Eingriffe fallen. Die beiden beklagten Ärzte vertraten im Prozess die Ansicht, dass die beworbenen minimalinvasiven Eingriffe gerade nicht unter diesen Begriff fallen würden, sondern von dieser Bezeichnung nur operative Eingriffe durch Eröffnung des Körpers mit Skalpell erfasst seien. Im Kern drehte sich das Verfahren hauptsächlich um die Frage der Auslegung des Begriffs der operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe.

Das Oberlandesgericht hatte in seiner vorinstanzlichen Entscheidung ausgeführt, dass es sich bei den von den Beklagten beworbenen Behandlungen durch Unterspritzen der Haut mit Hyaluron oder Hyaluronidase um medizinisch nicht notwendige operative

plastisch-chirurgische Eingriffe zur Veränderung des menschlichen Körpers handele. Auch wenn Wortlaut und allgemeiner Sprachgebrauch nahelegen dürften, dass ein operativer plastisch-chirurgischer Eingriff mittels Skalpell oder Messer erfolge, sei unter Berücksichtigung des Schutzzwecks des Werbeverbots bereits ein instrumenteller Eingriff, mit dem Form- und Gestaltveränderungen an Organen oder der Körperoberfläche vorgenommen werden, von diesem Begriff erfasst. Eine Einbeziehung dieser Eingriffe in den Anwendungsbereich des Werbeverbots von § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG entspreche gerade dem Zweck, die Bevölkerung vor Gesundheitsschäden und Risiken zu schützen, die mit medizinisch nicht notwendigen schönheits-(chirurgischen) Eingriffen verbunden seien.

Der BGH hebt in seiner Entscheidung hervor, dass das Werbeverbot verhältnismäßig sei. Es sei nicht jegliche Werbung für Unterspritzungen untersagt, sondern lediglich die werbliche Verwendung von Vorher-Nachher-Abbildungen verboten. Das der angegriffenen Entscheidung zugrunde liegende Werbeverbot in § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG betreffe zwar die beklagten Ärzte in ihrer Berufsausübung, habe aber keinen unmittelbar berufsregelnden Charakter. Es diene mit dem Gesundheitsschutz einem gewichtigen Gemeinwohlzweck und sei – ebenso wie das ausgesprochene Verbot – zu dessen Wahrung auch geeignet, erforderlich und den beklagten Ärzten zumutbar.

Der BGH schloss sich der bisherigen Rechtsprechung der Oberlandesgerichte an und hat den Begriff der operativ plastisch-chirurgischen Eingriffe nun ebenfalls weit ausgelegt. In der Pressemitteilung des BGH hieß es, dass es darum gehe, unsachliche Einflüsse durch potenziell suggestive und irreführende Werbung für medizinisch nicht notwendige Eingriffe zurückzudrängen, die Entscheidungsfreiheit der betroffenen Personen zu schützen und zu vermeiden, dass sich diese Personen unnötigen Risiken aussetzen, die ihre Gesundheit gefährden könnten.

Diese Entscheidung des BGH wurde lange erwartet. Für das ärztliche Werberecht dürfte diese Entscheidung weitreichende Folgen haben. Selbstverständlich ist von dem genannten Werbeverbot auch die Werbung von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern erfasst, die auch im kosmetischen Bereich tätig sein können.

Dennoch gibt es zu der Auslegung des Begriffs immer noch offene Fragen. Andere, möglicherweise noch weniger invasive Maßnahmen, die auch im Bereich von kosmetischen Behandlungen (etwa Microneedling oder Lasertherapien) liegen, erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. In diesem Bereich kommt auch die Frage auf, wo die Grenze zu operativ plastisch-chirurgischen Eingriffen verläuft.

Petra Faath, LL.M.

Rechtsreferentin,
Syndikusrechtsanwältin
Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

50 Jahre Psychiatrie-Enquête

Dr. med. Michael Putzke



Viele Patienten waren in großen Schlafsaalen untergebracht mit einer Nasszelle für alle.

Als ich am 2. Januar 1980 meinen Zivildienst auf der Männeraufnahmestation am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE) begann, betrat ich eine für mich bis dahin unbekannte Welt. Auf der Station „Kraepelin“ existierte neben 2- bis 4-Bett-Zimmern ein Wachsaal mit bis zu acht Männern. Diese lagen, auf ca. 35- bis 40 Quadratmetern, nur getrennt durch eine ca. 130 cm hohe Mauer, nebeneinander. Zusätzlich gab es noch ein Isolierzimmer, in dem die tobenden und fixierten Patienten mehr oder weniger sich selbst überlassen blieben.

Zu Beginn meiner Tätigkeit durften von den Patienten keine Messer und Gabeln auf der Station benutzt werden, das Essen wurde vorgeschnitten. Vom Pflegezimmers aus konnte direkt, nur durch Glasbausteine etwas verzerrt, auf die Toiletten geschaut und die Patienten kontrolliert werden. Die am wenigsten qualifizierten, die drei bis vier Zivildienstleistenden, waren im unmittelbaren Umgang mit den Patienten im Wachsaal. Weibliche Mitarbeiterinnen gab es auf der Station nicht. Das „Außengelände“ war ca. 80- bis 100 Quadratmeter groß, von einer ca. fünf Meter hohen Mauer umgeben, so dass neben der Wiese nur noch der Himmel be-

trachtet werden konnte. Auch wenn dieses Außengelände der Sicherung für die forensischen Gutachtenpatienten diente, die gelegentlich auf der Station untergebracht waren, hatten doch alle darunter zu leiden. Es gab eine Eingangsschleuse, die zwei getrennt voneinander zu bedienende Türen hatte. Die psychiatrische Klinik am UKE wurde als moderner Bau 1971 eröffnet, damit nicht nur architektonisch, sondern auch von der Art und Weise wie „moderne Psychiatrie“ auszusehen habe, ein Spiegelbild der Zeit vor der Reform der Psychiatrie.

Der Abschlussbericht „zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“ (Psychiatrie-Enquête), der die Missstände erstmals durch eine politisch legitimierte Sachverständigenkommission öffentlich machte, wurde am 25. November 1975 der damaligen Gesundheitsministerin Dr. Katherina Focke übergeben.

Die psychiatrische Klinik am UKE war aber nicht nur ein Relikt aus der „alten Psychiatrie“, vielmehr auch eine der Keimzellen einer neuen Entwicklung. Es gab offene, spezialisierte Stationen, eine Tagesklinik, eine Institutsambulanz, ein ambulantes Versorgungszentrum in einem Stadtteil. Auch personell spiegelte sich die alte, mit

dem Nationalsozialismus verbundene und die um Veränderung bemühte Psychiatrie wider. So war der langjährige Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie Prof. Dr. med. Hans Bürger-Prinz seit 1936 bis einschließlich 1965 ärztlicher Direktor der Psychiatrie am UKE. Ein Mann, der als ehrenamtlicher Richter beim Erbgesundheitsgericht, das über Zwangssterilisationen entschied, und im wissenschaftlichen Beirat beim Bevollmächtigten für das Gesundheitswesen, Prof. Dr. med. Karl Brandt, aktiv war. Brandt war Leibarzt Adolf Hitlers und wurde im Rahmen der Nürnberger Prozesse verurteilt und hingerichtet. Bürger-Prinz' Nachfolger als Ordinarius hingegen, Prof. Dr. med. Jan Groß, überlebte das Lager in Bergen-Belsen, war ausgewiesener Sozialpsychiater und Vorgesetzter von einigen der wichtigen Psychiatriereformer*innen, wie Prof. Dr. med. Klaus Dörner, Prof. Dr. med. Andreas Spengler, Prof. Dr. phil. Thomas Bock und Dr. med. Charlotte Köttgen.

In welcher Lage befand sich die Psychiatrie unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg?

Die psychiatrischen Anstalten waren in einem erbärmlichen Zustand. Waren in ihnen zwischen 1940 und 1945 im Rahmen der systematischen und der „wilden Euthanasie“ mehr als 300.000 psychisch kranke und geistig behinderte Menschen ermordet, fast 400.000 erkrankte Menschen und/oder deren Angehörige zwangssterilisiert, jüdische und politisch unliebsame Psychiater*innen vertrieben oder ermordet worden, wurden nun die Anstalten zu anderen Zwecken ge-/missbraucht. In ihnen lebten zum Teil unter menschenunwürdigen Bedingungen ehemalige Zwangsarbeiter, Kriegsgefangene, Alte, körperlich Kranke, Obdachlose, letztlich Menschen, die keine psychiatrische Versorgung brauchten, für die es aber keine anderen Orte gab. Unter diesen Bedingungen ist es nicht verwunderlich, dass das Sterben in den Anstalten nicht nachließ, vielmehr noch bis Ende der 1940er-Jahre zunahm. Prof. Dr. phil. Cor-

nelia Brink schreibt dazu: „Das Massensterben in den Anstalten endete nicht am 8. Mai 1945; im Gegenteil erreichte die Sterblichkeit in diesem Jahr in fast allen deutschen Anstalten mit Sterberaten bis zu 50 % ihren Höhepunkt.“ Zudem wurde seitens der Aufsichtsbehörden eine deutliche Erhöhung der Belegungsdichte bei einer Reduzierung des Pflegepersonals und der Kosten für die Ernährung eingefordert. Auch bei den Mitarbeitenden zeigte sich eine Kontinuität. Zwar wurde unmittelbar ab Mai 1945 seitens der jeweiligen Militärregierungen die Mehrheit der Mitarbeitenden entlassen, in der Heil- und Pflegeanstalt Gießen waren dies z. B. von 110 Beschäftigten 76, es gelang aber vielen Entlassenen, nach der so genannten Weihnachtsamnestie 1946, wieder eingestellt zu werden. Daneben war die Qualifikation häufig unzureichend bis schlecht. Prof. Dr. med. Klaus Beine schreibt dazu: „Die personelle Kontinuität war ungebrochen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, betrieben dieselben Ordinarien und Chefärzte unter der Flagge der freiheitlich-demokratischen Grundordnung nach 1945 dieselbe Psychiatrie wie zuvor für Führer, Volk und Vaterland.“ Es gab offensichtlich Wichtigeres als die Reform psychiatrischer Kliniken.

Im Vorfeld der Psychiatrie-Enquête

Zusammenfassend bestand bis weit in die 1970er-Jahre die alte Anstaltpsychiatrie mit fast allen Miss- und Stillständen fort. Prof. Dr. med. Heinz Schott und Prof. Dr. med. Rainer Tölle fassen die Situation wie folgt zusammen: „1970 noch hatte kaum ein Krankenhauspatient ein eigenes Schrankfach, viele hatten keine eigene Kleidung, die meisten waren in großen Schlafsälen untergebracht (mit einer Nasszelle für alle). Die Zwangsmassnahmen waren zwar zurückgegangen, aber immer noch waren Zwangsinjektionen, Festschnallen am Bett, Netz über dem Bett und Isolierzellen an der Tagesordnung. Die Mehrzahl der Hospitalisierten blieb länger als zwei Jahre im Krankenhaus.“ In dieser Situation kam es dann ab Ende der 1950er-Jahre mit einer deutlichen Katalysatorfunktion durch die öffentliche Darstellung der Zustände in den

„Irrenhäusern“ zu einem zunehmenden Druck hin zu einer Reform der psychiatrischen Strukturen, so dass schließlich 1970 der Bundestag die Bundesregierung einstimmig ersuchte, eine Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zu erstellen.

Diesem Auftrag ging eine sich über zehn Jahre erstreckende Netzwerkarbeit im professionellen und politischen Raum voraus. Bereits in den 1950er-Jahren gab es vereinzelte Reformbemühungen und -ansätze, letztlich ließen diese Ansätze aber auf eine Reform auf der Grundlage der vorhandenen Strukturen hinaus. Ab der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre kam es dann zu einem deutlichen Hinterfragen der vorhandenen Strukturen. So machte sich Prof. Dr. med. Jörg Zutt 1956 als Gründungspräsident der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie/Nervenheilkunde (DGPN) Gedanken „über das psychiatrische Krankenhauswesen“. Er wies auf den erheblichen Reformbedarf hin, positionierte sich gegen den bestehenden Trend, Großkliniken mit mehr als 500 Betten zu schaffen. Stattdessen machte er sich für kleinere Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern stark. 1957 erhielt Prof. Dr. med. Friedrich Panse, als T4-Gutachter tätig, trotz Anklage, aber entlastet, vom Vorstand der DGPN den Auftrag, ein Gutachten über „Entwicklung, Stand und Notwendigkeiten des psychiatrischen Krankenhauses“ zu erstellen. 1958 bildete sich ein informeller „Rhein-Main-Club“ junger Psychiater, dem unteren anderem Prof. Dr. med. Heinz Häfner, Prof. Dr. med. Casper Kulenkampff sowie Prof. Dr. med. Klaus Peter Kisker angehörten.

1959 wurde der deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge gegründet, dessen erster Vorsitzender, Prof. Dr. med. Walter Ritter von Baeyer, eine groß angelegte Reform der psychiatrischen Versorgung einforderte. Schließlich stellte Prof. Dr. med. Walter Schulte, Nachfolger von Prof. Dr. med. Ernst Kretschmer als Ordinarius in Tübingen, auf dem DGPN-Kongress in Bad Nauheim 1960 das Modell geschlossener gemischter Heil- und Pflegeanstalten in Frage. Da er seine Thesen öffentlichkeitswirksam vertrat, wurde er von seinem Amtsvorgänger in einem Brief getadelt. Kretschmer wiederholte letz-

lich in dem Schreiben an Schulte nur das, was gegen die Reformansätze in den 1950er-Jahren als Argument häufig vorgebracht wurde. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt dürfe nicht durch öffentliche Kritik zerstört werden, außerdem sei die Öffentlichkeit nicht der richtige Ort, um Missstände zu benennen und Reformen zu debattieren.

In Rodewisch, in der DDR gelegen, wurde 1963 auf einer internationalen Tagung über die Zukunft der psychiatrischen Versorgung nach dem Mauerbau ein Austausch zwischen Ost und West ermöglicht. In den zum Abschluss der Tagung publizierten „Rodewischer Thesen“ wurde der Entwurf einer umfassenden Modernisierung der Versorgungsstrukturen vorgestellt, aus den großen geschlossenen Anstalten sollten kleine offene Kliniken entstehen. Ziel der Autoren war es, den Standort der psychiatrischen Disziplin zu bestimmen, ihre zukünftige Entwicklung zu umreißen und die Aufgaben der psychiatrischen Anstalten sowie der dort Tätigen neu zu definieren. Einer der an der Resolution beteiligten bundesrepublikanischen Psychiater war der Heidelberger Oberarzt Klaus Peter Kisker.

1964 nahm Kisker zusammen mit seinem Chef von Baeyer und seinem oberärztlichen Kollegen aus Heidelberg, Prof. Dr. med. Heinz Häfner, an einem Gespräch mit der damaligen Gesundheitsministerin Elisabeth Schwarzkopf teil, um mit ihr über „die Empfehlung zur zeitgemäßen Gestaltung psychiatrisch-neurologischer Einrichtungen“ zu sprechen, eine weitergehende politische Reaktion blieb aus. 1965 schließlich verfasste Heinz Häfner „unter Mitarbeit von W. v. Baeyer und K. P. Kisker“ eine Denkschrift zur „dringlichen Reform in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik“. In ihr wird die aktuelle Lage (nochmals) schohnungslos beschrieben. Vehement wurde auch die Forderung nach einer Öffnung der Behandlung durch die Mitarbeit von Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen sowie anderen Berufsgruppen gefordert. Zur damaligen Zeit war schließlich die These, fast alle psychisch erkrankten Menschen seien im Grunde rehabilitationsfähig, eine Hospitalisierung sei bei nur ca. 10 % aller bislang in psychiatrischen Institutionen untergebrachten Patienten

notwendig, geradezu unerhört, stellte es doch die Existenz der Großkrankenhäuser mit mehreren hundert Betten infrage. Vielmehr sei die Hälfte der stationär untergebrachten Menschen einer ausschließlich ambulanten Behandlung zugänglich, weitere 40 % könnten von Hausärzten behandelt werden. Allein ein merkliches Echo blieb auch bei dieser Denkschrift aus.

Trotzdem kam es zu einer Beschleunigung der Entwicklung sowohl auf der professionellen als auch auf der politischen Ebene. Die Protagonisten der Psychiatriereform kamen in Leitungspositionen und konnten erste Reformansätze bereits in den 1960er-Jahren anstoßen. Walter von Baeuer wurde 1955 auf den Heidelberger Lehrstuhl berufen, er engagierte sich mit seinen Oberärzten Heinz Häfner und Klaus Peter Kisker.

In Heidelberg wurden in den frühen 1960er-Jahren die geschlossen geführten Stationen geöffnet, es wurden Tages- und Nachtklinik, ein Patientenclub sowie eine Werkstatt für chronisch erkrankte Menschen etabliert. Klaus Peter Kisker wurde 1966 auf das neu eingerichtete psychiatrische Ordinariat an die medizinische Hochschule Hannover berufen. Er organisierte die Sektorversorgung, die erste regionalen Versorgungsverpflichtungen einer psychiatrischen Hochschule. Heinz Häfner erhielt 1967 den Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Fakultät für Medizin in Mannheim und leitete eine sozialpsychiatrische Klinik. Er hatte bereits 1963 in Heidelberg den Aufbau einer zweijährigen sozialpsychiatrischen Weiterbildung für das Krankenpflegepersonal etabliert. Caspar Kulenkampff wurde 1966 auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Düsseldorf berufen, damit verbunden die Leitung eines psychiatrischen Großkrankenhauses.

Da er als Ordinarius nicht glaubte, eine Strukturreform der Versorgung psychisch kranker Menschen entscheidend beeinflussen zu können, gab er 1971 den Lehrstuhl auf und begab sich als Dezerent im Landschaftsverband Rheinland an eine Schnittstelle zwischen Fachlichkeit und Politik. Bereits 1962 hatte er an der Frankfurter Universitätsklinik eine Tagesklinik sowie eine Nachtklinik und ein Übergangsheim initiiert.

1967 wandte sich der hessische CDU-Bundestagsabgeordnete Dr. h. c. Walter Picard, der durch sein privates Umfeld sensibilisiert und durch seinen Neffen, den Psychiater Prof. Dr. med. Manfred Bauer, informiert, an Heinz Häfner und Casper Kulenkampff. Picard wurde das wichtige Scharnier zwischen Experten und der Politik für die Verbesserung der Verhältnisse in der Psychiatrie.

Neben dieser notwendigen Verbindung gab es noch drei Einflussphären, die letztlich zur Einsetzung der Enquête-Kommission beitrugen. So schrieb Häfner, es sei gelungen, einige wenige Journalisten für das Thema zu interessieren, so einen jungen Tübinger Arzt, der regelmäßig in der FAZ schrieb, Prof. Dr. med. Asmus Finzen. Mit der antiautoritären Studentenbewegung wurde die Ausrichtung der Psychiatriereform auch als sozialpolitische Bewegung, verbunden mit der Stimmung für einen grundlegenden Wandel, geschaffen.

Nicht zuletzt aber war es das Buch von Frank Fischer „Irrenhäuser. Kranke klagen an“, das 1969 erschien und ein herausragendes mediales Echo fand. Dieses Buch ist in seiner Wirkung auf die Psychiatriereform kaum zu unterschätzen, löste es doch gerade bei den jüngeren in der Psychiatrie Tätigen eine starke positive Resonanz aus und diente als Motivation für Veränderungen.

Als letztes seien die unterschiedlichen Tagungen erwähnt, die zum Teil nicht über ein Expertenforum hinausgingen und in der Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen wurden. Auf diesen Tagungen traf sich jedoch ein „Who is who“ engagierter Reformpsychiater*innen und anderer in der Psychiatrie beschäftigter Menschen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die die Entwicklungen in Fachkreisen und Kliniken vorantrieben. Im Oktober 1970 schließlich fand im deutschen Bundestag ein Hearing zur Situation der psychisch Kranke in Deutschland statt. Mit Hilfe dieser unterschiedlichen Verbindungen zwischen Politik, Verwaltung und Experten der internen fachöffentlichen Auseinandersetzung, der Aufdeckung von skandalösen Zuständen in der Psychiatrie in den Medien, den antiautoritären Impulsen der 1968er-Bewegung, wurde ein sich gegenseitig verstärkendes Klima geschaf-

fen, mit dessen Hilfe Walter Picard dann erfolgreich die erste Enquête-Kommission im deutschen Bundestag einstimmig etablieren konnte.

Die Sachverständigenkommission bestand zunächst aus 18 Mitgliedern, Experten und Vertretern der Politik. Zum Vorsitzenden wurde Casper Kulenkampff, als sein Stellvertreter Heinz Häfner gewählt. In zehn Arbeitsgruppen wurden die Themen bearbeitet und von einem zentralen Redaktionsteam zusammengefasst. Im Oktober 1973 wurde der Zwischenbericht der Kommission vorgelegt. Asmus Finzen schreibt dazu am 6. November 1973 in der FAZ „... dass eine sehr große Anzahl psychisch Kranke und Behinderte in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben muss. „Überalterung der Bausubstanz, katastrophale Überfüllung in diesen Bereichen, Unterbringung in Schlafsälen, unzumutbare sanitäre Verhältnisse und allgemeine Lebensbedingungen, vor allem für chronisch Kranke, kennzeichnen einen gegenwärtigen Zustand, dessen Beseitigung nicht einfach auf unabsehbare Zeit verschoben werden kann“.

Der Abschlussbericht und die Folgen

Die zentralen Empfehlungen des Abschlussberichtes umfassen den Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems mit psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sowie der Einrichtung komplementärer Dienste. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer und eine deutlich verbesserte und neue Berufsgruppen umfassende Personalausstattung. Sozialpolitische Maßnahmen mit z. B. Förderung der beruflichen Wiedereingliederung, Arbeitstherapie, Integrationshilfe. Forschung und Qualitätssicherung durch die Einrichtung von Modellprojekten zur Evaluation moderner Versorgungsformen. Weiterhin die vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie Alkohol- und Suchtkranker und alter Menschen. Die Gleichstellung körperlicher und seelisch Kranke in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht. Asmus Finzen sieht die Enquête aus heutiger

Sicht als ein eher konservatives Dokument. So habe sich die Expertenkommission nicht von der Krankenhaus- und Bettzentrierung gelöst, es würde noch einmal gut 20 Jahre dauern, bis es zunächst vereinzelt gelang, Modellprojekte zu etablieren, die nicht das Bett, sondern die Bedürfnisse psychiatrisch erkrankter Menschen in den Mittelpunkt stellten. Hier sind vor allen Dingen die Modellprojekte in Itzehoe, Geesthacht und Heide zu nennen. Zwar wurde in Mannheim mit dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit unter deren Leiter 1975 die Forderung nach Modellprojekten erfüllt, es blieb aber eines von wenigen.

Es gab deutliche Veränderungen im Zuge der Enquête-Empfehlungen: Wiederaufbau sozialpsychiatrischer Dienste an den Gesundheitsämtern, Einrichtung von Tageskliniken, Übergangsheimen, Tagesstätten, Reha-Werkstätten, deutlicher Rückgang der aufgestellten Betten mit einer Verkürzung der Verweildauer, Einrichtung von betreutem Wohnen zuhause, Umwandlung alter polizeilicher Unterbringungsgesetze zu Psychisch Krankenhilfegesetzen, Stärkung der Patient*innen-Rechte, der Anerkennung der UN-Behindertenkonventionen durch den Bundestag und vieles mehr.

Es musste aber auch mehr als ein Jahrzehnt vergehen, bis die Teilhabe von Betroffenen und Angehörigen überhaupt ins Blickfeld trat, sich beispielsweise ein Triolog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionen etablierte. Gab es Anfang der 1970er-Jahre 20 Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern, sind es heute mehr als 200.

Erwähnt werden muss auch die Personalverordnung Psychiatrie, die erstmals Patienten mit vergleichbaren Behandlungsbedarf mit Behandlungszielen definierte

und daraus den Bedarf an Personalstellen ableitete.

Bei all den Veränderungen hin zu einer menschenwürdigen Psychiatrie blieb ein Teil der fortschrittlichen psychiatrischen Öffentlichkeit doch skeptisch. Es sei keine echte Reform, eher ein Minimalkonsens, eine Aneinanderreihung von Forderungen und Lösungsvorschlägen unterschiedlicher Interessengruppen.

In der Nachbetrachtung spricht Cornelia Brink davon: „Im Wesentlichen fanden sich in der Enquête zwei Positionen nebeneinander: eine strukturkonservative Lösung, die auf den quantitativen Ausbau der Kliniken, mehr Betten und mehr Personal setze, und eine auf Strukturveränderungen setzende Lösung, die ein Konzept der Ausdifferenzierung mittels ergänzender teilstationärer und ambulanter Einrichtungen mit dem Ziel vertrat, den stationären Sektor langfristig zu verkleinern. 50 Jahre nach der Enquête scheint sich die Ausdifferenzierung durchgesetzt zu haben.“

Stillstände und Rückschritte

Es gibt aber auch deutliche Stillstände und Rückschritte. Durch die Politik seit Beginn der 1980er-Jahre veränderte sich auch das psychiatrische Denken: kollektive Leistungen wurden zurückgedrängt, persönliche Leistungen und Eigeninitiative gefördert. Damit einher gingen der Aufbau von Projektorientierung sowie die Verlagerung von Aufgaben auf Selbsthilfe (Organisationen). Dadurch erfolgte eine Verlagerung der Verantwortung vom Fürsorgestaat auf die Betroffenen. Die 2013 eingeführte Entgeltregelung für die psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen führte zu einer radikalen Umorganisation der Psychiatrie. Die Anzahl von Heim-

unterbringungen hat, ebenso wie die im Rahmen des Maßregelvollzugs, zugenommen. Auch die aktuelle Debatte über die Erstellung von Listen „potenziell gefährlicher Menschen mit psychischen Erkrankungen“, wie die aktuelle Diskussion u. a. in Hessen etwa zeigt, kann erneut zu einer Stigmatisierung, Ausgrenzung und Ablenkung führen.

Unbestreitbar bleibt allerdings; durch die Enquête wurde auf die menschenunwürdigen Bedingungen in den psychiatrischen Anstalten in der Öffentlichkeit hingewiesen, diese diskutiert und dadurch ein Prozess angestoßen, der wirkungsvoll und nachhaltig war, letztlich bis heute andauert.

Prof. Dr. med. Heiner Fangerau vertrat vor kurzem die These, ein Grund für die Modernisierung der psychiatrischen Versorgung bestehe in der damaligen Zunahme von Zivildienstleistenden in den Anstalten und Heimen. Zumindest für das UKE kann ich dies bestätigen, es wurde Besteck auf der Aufnahmestation eingeführt, Krankenpflegeschülerinnen kamen auf die Station, es gab Begegnungsmöglichkeiten zwischen den Patientinnen und den Patienten der geschlechtlich getrennten Aufnahmestationen. Mit den Patienten wurden die Glasbausteine zu den Toiletten gestrichen, so dass etwas Privatsphäre und Menschenwürde Einzug hielt.

**Dr. med.
Michael Putzke**

Facharzt für
Psychiatrie
und Psychotherapie;
Psychoanalyse,
Gruppenanalyse
E-Mail:
michael.putzke@
gz-wetterau.de



Foto: privat

Musiktipps



Frau Lehmann: Trost & Trotz

Label: La Pochette Surprise,
Hamburg 2026

Die neue Leipziger Indie-Band um Frontfrau und Texterin Fiona Lehmann legt mit ihrem Debütalbum „Trost & Trotz“ einen bemerkenswerten Neustart hin. „Eat the rich!“ sei das Motto, schreibt „Spiegel“-Autor Andreas Borcholte in seiner Rubrik „Abgehört“. Er lobt den „lakonischen Singsang“ von Fiona und beschreibt den „burlesken Sixties-Folksound“. Auch wir finden: Die Band ist einen Platten-Tipp wert, also natürlich heute zum „Streamen“. Auch Borcholtes Rubrik gibt es abrufbar als Playlist, auf Apple-Music und Spotify.

Isolde Asbeck



Blick auf das Frankfurter Goethe-Haus und das Deutsche Romantik-Museum

Wer das Deutsche Romantik-Museum betritt, beginnt keine klassische Museums-tour, sondern eine Bewegung nach innen. Gleich neben dem Frankfurter Goethe-Haus, getragen vom Freien Deutschen Hochstift, entfaltet sich hier eine Reise durch eine Epoche, die Fragen stellte: nach Gefühl und Vernunft, nach Natur und Ich, nach Sehnsucht, Angst und Freiheit. Der Ort selbst markiert diesen Übergang: vom historischen Wohnhaus Goethes zur zeitgenössischen Museumsarchitektur. Die Dauerausstellung „Romantik“ erzählt ihre Geschichte nicht chronologisch, sondern thematisch und sinnlich. Auf zwei Ebenen, in 35 Stationen, begegnen Besucherinnen und Besucher Handschriften, Gemälden sowie raumbezogenen, multi-medialen Inszenierungen, die unterschiedliche Facetten der Epoche erfahrbar machen.

Dieser Beitrag kann dabei nur einen Bruchteil dessen zeigen, was die Ausstellung an Bildern, Klängen und Gedanken bereithält.

Der Weg nach innen

Der Rundgang beginnt programmatisch mit dem Spiegelwald. Die Installation bildet einen sinnlichen Auftakt und führt in zentrale Fragestellungen nach der Rolle von Wahrnehmung und Selbstbezug ein. „Nach innen geht der geheimnisvolle Weg“, formulierte Novalis – ein Satz, der

Zeitgenossen bereits als Ausdruck roman-tischer Empfindung verstanden wurden. E. T. A. Hoffmann beschrieb 1810 Beethovens Fünfte Sinfonie als ein Werk, das mit seinen Klängen eine eigene innere Welt eröffnet.

Diese Bewegung setzt sich in der Waldein-samkeit fort. Der Wald erscheint zunächst als Rückzugsort, als Raum der Sammlung und Nähe zur Natur, wie ihn Ludwig Tieck literarisch geprägt hat. Doch das Idyll kippt. Der Wald wird unheimlich, bedroh-lich, ein Ort innerer Verunsicherung. Die Ausstellung macht diese Ambivalenz räumlich nachvollziehbar und zeigt, wie eng in der Romantik Naturerfahrung und das Unheimliche miteinander verbunden sind.

Verdichtet wird dieses Motiv im wohl berühmtesten Symbol der Epoche: der blauen Blume. In Heinrich von Ofterdingen er-scheint sie als Traum, als Vision des Un-endlichen. In der Ausstellung steht sie für ein zentrales romantisches Suchbild, das sich einer eindeutigen Festlegung entzieht.

Die Romantik als europäische Bewegung

Im zweiten Obergeschoss richtet die Aus-stellung den Blick auf die Romantik als ein europäisches Netzwerk. Karten, Namen und Verbindungen machen sichtbar, wie eng Autorinnen, Autoren und Denker mit-

Eine Reise in die Romantik in Frankfurt am Main

wie ein Leitfaden durch die Ausstel-lung führt.

Diese Konzentra-tion auf Wahrnehmung beschränkt sich jedoch nicht auf das Visuelle. Zu den sinnlichen Ebe-nen der Ausstel-lung zählen auch Klangräume, in de-nen Musik der Epo-che präsent ist – etwa Werke Beet-hovens, die von

einander verbunden waren – über Län-der-, Sprach- und politische Grenzen hin weg.

Im Mittelpunkt stehen dabei Figuren wie August Wilhelm Schlegel, der mit seinen Übersetzungen und Vorlesungen roman-tische Literatur international bekannt machte, oder Madame de Staél, deren Schriften und Salons zu wichtigen Ver-mittlungsorten zwischen Deutschland, Frankreich und England wurden. Ihre Reisen, Kontakte und Texte trugen dazu bei, dass romantisches Denken zirkulierte und sich in unterschiedlichen kulturellen Kon-texten weiterentwickelte.

Die Ausstellung zeigt diese Verflechtun-gen nicht als abgeschlossenes Programm, sondern als lebendigen Austausch. Romantik erscheint hier als Ergebnis persön-licher Begegnungen, gemeinsamer Pro-ekte und fortlaufender Diskussionen – geprägt von Menschen, die Ideen weiter-trugen, veränderten und neu zusam-men-setzten.

Farbe, Bild, Stimmung

Mit Philipp Otto Runge wechselt der Blick von der Literatur zur Theorie der Wahr-nehmung. Seine Farbenkugel ordnet Far-ben nicht naturwissenschaftlich, sondern



Spiegelwald

© Freies Deutsches Hochstift, Foto: Alexander Paul Engert

symbolisch: Sie erscheinen nicht neutral, sondern bedeutsam und emotional aufgeladen, eingebettet in einen umfassenden Zusammenhang.

In unmittelbarer Nähe stehen Goethes Farbkreise, die Farbe nicht als messbares Phänomen, sondern als Erlebnis zwischen Licht, Wahrnehmung und Empfindung begreifen. Farben werden hier nach ihrer Wirkung auf den Menschen geordnet und mit seelischen Qualitäten verbunden. So entsteht ein Dialog zweier Denkweisen, die Rationalität und Empfindung nicht voneinander trennen.

Diese Verbindung von Natur, Gefühl und Innerlichkeit findet ihre bildliche Entsprechung im Gemäldekabinett der Romantik. Landschaften von Caspar David Friedrich oder Carl Gustav Carus zeigen keine topografischen Ansichten, sondern Stimmungsräume. Mondlicht, Dämmerung und Weite prägen die Bilder, in denen das Äußere zum Träger innerer Wahrnehmung wird.

Gelebte Gleichheit

Im dritten Obergeschoss erweitert sich der Blick auf gesellschaftliche und politische Dimensionen der Romantik. Zugleich zeigt die Ausstellung, dass Romantik nicht nur gedacht, sondern auch gelebt wurde. Die Station „Gelebte Gleichheit“ erinnert an Rahel Varnhagen, eine zentrale Figur der Berliner Salonkultur.

Geboren als Rahel Levin, blieb ihr – sowohl als Frau als auch als Jüdin – Gleichberechtigung in der damaligen Gesellschaft doppelt verwehrt. Dennoch schuf sie seit den 1790er Jahren offene Tee-Gesellschaften, in denen Menschen unterschiedlicher Herkunft, Bildung und sozialer Stellung zusammenkamen. Zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter der Romantik gehörten im Laufe der Jahre zu ihren Gästen; ihre Salonkultur wurde zu einem sozialen Raum, in dem literarische, philosophische und kulturelle Fragen verhandelt wurden.

Die Ausstellung zeigt zudem Zeugnisse aus Rahels Leben, darunter ein Porträtr-Relief, das der Bildhauer Friedrich Tieck 1796 von ihr fertigte.



Caspar David Friedrich: Der Abendstern (um 1830, Öl auf Leinwand) – ausgestellt im Romantik-Kabinett des Deutschen Romantik-Museums



Gelebte Gleichheit. Erinnerungen an Rahel Varnhagen

Romantik - und kein Ende?

Am Ende des Rundgangs steht kein klassischer Schlusspunkt. Die Ausstellung richtet den Blick auf die Nachwirkungen der Romantik und stellt historische Zeugnisse zeitgenössischen Perspektiven gegenüber. So wird deutlich, dass viele der Themen, mit denen sich die Romantik beschäftigte, auch über ihre Epoche hinaus präsent geblieben sind.

In einer Gegenwart, die von Beschleunigung, Rationalisierung und Krisenerfahrungen geprägt ist, wirken Motive wie Sehnsucht, Naturbezug, Innerlichkeit

oder die Skepsis gegenüber Fortschritt und Vernunft weiterhin anschlussfähig. Wer das Deutsche Romantik-Museum verlässt, hat mehr gesehen als eine historische Epoche. Die Ausstellung zeigt Romantik nicht als abgeschlossenes Kapitel, sondern als kulturelle Haltung, deren Spuren sich bis in die Gegenwart verfolgen lassen.

Informationen zur Dauerausstellung und zum Besuch finden sich auf der Website des Deutschen Romantik-Museums unter www.deutsches-romantik-museum.de

Maren Siepmann

Lesung Alena Buyx

Die im November abgesagte Lesung der Medizinethikerin Alena Buyx wird nun am Montag, 9. März 2026, um 19 Uhr in der Lutherkirche Wiesbaden, Mosbacher Straße 2, nachgeholt. Eintritt frei.

Die Ernährungspyramide steht Kopf

Neue Empfehlungen der USA – Ein Kommentar

Mit dem mehr als sinnvollen Ziel „Make America Healthy Again“ haben das U.S. Department of Health & Human Services und das U.S. Department of Agriculture am 7. Januar 2026 die neuen Ernährungsempfehlungen für die USA vorgestellt. Diese Empfehlungen werden alle 5 Jahre aktualisiert und stellen eine wesentliche Grundlage für ernährungspolitische Maßnahmen und die Ernährungskommunikation in den USA dar. Sie beinhalten in der aktuell veröffentlichten Form acht zentrale Botschaften mit weiterführenden Empfehlungen für unterschiedliche Zielgruppen und eine neue Darstellung der Ernährungspyramide. Dass die U.S.-Politik für Überraschungen sorgen kann, ist wohlbekannt – nun betrifft dies die Ernährungspyramide, die kurzerhand auf den Kopf gestellt wurde.

„Eat real food“, das ist die zentrale Botschaft, die mit der Ernährungspyramide vermittelt werden soll. Ziel ist es, in den USA den Verzehr von hoch verarbeiteten Lebensmitteln mit industriell hergestellten Kohlenhydraten (Isoglukose wie fruktosereicher Maissirup), zugesetztem Zucker, zu viel Natrium, ungesunden Fetten und chemischen Zusatzstoffen zu reduzieren. Dargestellt werden in der Pyramide dementsprechend überwiegend unverarbeitete Lebensmittel.

Die erste Kernbotschaft – „Eat the Right Amount for You“ – betrifft die Energiezufuhr: Die anderen Kernbotschaften beziehen sich auf proteinreiche Nahrungsmittel, Milchprodukte, Gemüse und Obst, gesunde Fette, Vollkornprodukte, hoch verarbeitete Lebensmittel, zugesetzte Zucker und industriell hergestellte Kohlenhydrate sowie alkoholische Getränke. Die dazu neu entwickelte Pyramide ist jedoch nicht durchgängig konsistent mit den formulierten Kernbotschaften zum Verzehr. So ist eine dieser zentralen Empfehlungen – der tägliche Verzehr von zwei bis vier Portionen von Vollkornprodukten – an der Spitze der Pyramide (nun also ganz unten!) platziert, was eine wesentlich geringere Bedeutung dieser Lebensmittelgruppe suggeriert.



Neue US-Ernährungsrichtlinien für die Jahre 2025 bis 2030

Foto: ©kasty_cat – stock.adobe.com

Auch bei Proteinquellen zeigen sich widersprüchliche Aussagen: Zwar wird eine Vielfalt tierischer und pflanzlicher Lebensmittel empfohlen, darunter Eier oder rotes Fleisch ebenso wie Hülsenfrüchte oder Nüsse. In der neuen Ernährungspyramide dominiert jedoch Fleisch optisch klar die Gruppe „Proteine, Milchprodukte und gesunde Fette“. Dies ist für den Laien missverständlich dargestellt.

Üblicherweise basieren die U.S. amerikanischen Ernährungsempfehlungen auf einem evidenzbasierten Bericht.¹ Wie diese wissenschaftlichen Grundlagen hier grafisch für Laien verständlich umgesetzt werden, erscheint im Vergleich zum bisherigen Vorgehen allerdings deutlich weniger nachvollziehbar.

In Bezug auf die für Deutschland gelgenden Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) gibt es nichtsdestoweniger einige inhaltliche Parallelen. Darunter, wie oben gesagt,

der generelle Fokus auf Vollkornprodukte, Obst und Gemüse, ungesüßte Getränke und Wasser sowie die Empfehlung zum weitestmöglichen Verzicht auf zugesetzte Zucker, hoch verarbeitete Lebensmittel und alkoholische Getränke. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch in der Bewertung der Proteinzufuhr. Die neuen U.S.-Empfehlungen liegen mit 1,2–1,6g Protein pro Kilogramm Körpergewicht und Tag deutlich über dem DGE-/ÖGE-Referenzwert von 0,8g Protein pro Kilogramm Körpergewicht und Tag, der für gesunde Erwachsene unter 65 Jahre in Deutschland als bedarfsdeckend gilt.² Die bisherige Evidenz liefert keine Hinweise auf einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen einer dauerhaft höheren Proteinzufuhr.³

Ein weiterer zentraler Unterschied betrifft den Prozess der Erarbeitung der Empfehlungen. Die Ernährungsempfehlungen der DGE basieren direkt und transparent auf

wissenschaftlichen Grundlagen. Sie wurden unabhängig, wissenschaftlich fundiert und interessensneutral entwickelt, mit Unterstützung eines offenen Konsultationsprozesses. Eine unabhängige, nachvollziehbare wissenschaftliche Praxis von hohen Qualitätsstandards, die frei von politischen oder wirtschaftlichen Interessen ist, stellt die zentrale Grundlage für evidenzbasierte Ernährungsempfehlungen, und nicht zuletzt die Voraussetzung für das Vertrauen in ebendiese Empfehlungen dar. Eine Berücksichtigung von Aspekten der Nachhaltigkeit wie bei den Ernährungsempfehlungen der DGE, die mit einer gesundheitsförderlichen Ernährung

durchaus synergetisch vereinbar sind, ist darüber hinaus bei der Ableitung der U.S.-Empfehlungen nicht erkennbar.

Bemerkenswert vor diesem Hintergrund ist die Stellungnahme der American Society for Nutrition zu den neuen Empfehlungen, die ausdrücklich mangelnde Transparenz im Ableitungsprozess kritisiert.⁴

Zusammenfassend bleibt für die amerikanischen Ernährungsempfehlungen unklar, wie die zugrundeliegenden neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse konkret in die aktualisierten Empfehlungen übersetzt wurden. Die auf dem Kopf stehende Ernährungspyramide lädt dazu passend zu Missverständnissen ein und erschwert un-

seres Erachtens das Verständnis der Kernbotschaften, die Kommunikation zwischen Fachleuten und Politik sowie den Praxistransfer. „Eat real food“? Lieber „Gut essen und trinken in Hessen“!

**Dr. troph. Anna Kaiser^a,
Prof. Dr. oec. troph.**

Kathrin Kohlenberg-Müller^{a, b},

Prof. Dr. med. Alexander Mann^c,

^a: Sektion Hessen – DGE e. V.,

Taunusstr. 151, 61381 Friedrichsdorf;

^b: Hochschule Fulda,

Leipziger Straße 123, 36037 Fulda

^c: Endokrinologikum Frankfurt a. M.,

Stresemannallee 1, 60596 Frankfurt a. M.

¹ <https://www.dietaryguidelines.gov/history>

² <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/protein/>

³ <https://www.dge.de/wissenschaft/dge-leitlinien/leitlinie-protein/>

⁴ <https://email.nutrition.org/q/15gs0nhjHyrEKtDGBK35jWjsU/wv> oder Kurzlink: <https://t1p.de/9qwec>



Blutprodukte: Meldepflicht bis zum 1. März 2026 beachten!

Einrichtungen, die Blutprodukte und/oder Plasmaderivate für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) anwenden, unterliegen der Qualitätsicherung 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 Qualitätsicherung 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

Ärztekammer



**Braun, Jörg,
Arno J. Dommann (Hrsg.):
Klinikleitfaden Innere Medizin**

Urban & Fischer Verlag/Elsevier, 16. Auflage, München 2026, 896 S., 56 €
ISBN 9783437211072

Der in seiner 16. Auflage vorliegende Klinikleitfaden Innere Medizin versteht sich als präziser, aktueller und fokussierter Wegbegleiter für eine praxisorientierte Innere Medizin. Vor dem Hintergrund der beeindruckenden Fortschritte der Inneren Medizin müssen die „Basics“ sicher beherrscht werden. Aufgabe der Herausgeber ist es, möglichst viel des relevanten medizinischen Wissens da verfügbar zu machen, wo es gebraucht wird, nämlich hands-on am Krankenbett. Das Buch ist ein hilfreicher Begleiter im Klinikalltag.

Dr. med. Paul Kokott, Salzgitter

Bücher

Fortbildungen und Weiterbildung

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



[Mehr erfahren](#)

Repetitorium Innere Medizin (52 CME)

Die fünftägige Hybrid-Veranstaltung unterstützt Sie sowohl bei der Vorbereitung auf die Facharztprüfung als auch bei der Aktualisierung Ihres Fachwissens. Das Repetitorium bietet eine konzentrierte Auffrischung zentraler Inhalte aus allen Bereichen der Inneren Medizin und internistischen Intensivmedizin – anhand ausgewählter Fallbeispiele werden aktuelle diagnostische und therapeutische Verfahren thematisiert. Eine Buchung einzelner Tage ist ebenfalls möglich.

Termin: 20.–24.04.2026

Gebühr: 952,00 €

832,50 €*

Kursleitung: Prof. Dr. med. U. Chow

Prof. Dr. med. H. Manner

Dr. med. M. Weferling

Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Qualitätsmanagement

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
18.03.2026 Live-Webinar	Risiko Sepsis – eine besondere Herausforderung für die Patientensicherheit (5 CME) K. Israel-Laubinger	Für sämtliche Bereiche der Patientenversorgung und alle medizinischen Fachrichtungen bedeutsam: Das Live-Webinar widmet sich dem für die Patientensicherheit und Qualitätssicherung zentralen Thema der Sepsis. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	169,00 € 152,10 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
11.03.2026	Pädiatrie „State of the Art“	Jede Veranstaltung der Fortbildungsreihe beleuchtet zwei zentrale Schwerpunktthemen und vermittelt den aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Stand der Pädiatrie.	92,00 €
10.06.2026	(6 CME)		gebührenfrei*
16.09.2026 Hybrid	PD Dr. med. L. Schrod et al.	Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	

Notfall- und Intensivmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
ab 19.03.2026 Blended Learning	Seminar Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt (50 CME) Dr. med. G. Appel, T. Winter	Die Qualifikation „Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt“ erfordert fachliche Voraussetzungen – in einer Kombination aus E-Learning und Präsenztagen in Kassel vermittelt Ihnen die Veranstaltung nach dem aktualisierten Curriculum der BÄK das hierfür notwendige Wissen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.497,50 € 1.347,75 €*
jederzeit abrufbar On-Demand- Webinar	Einführung in landesspezifi- sche Regelungen für ret- tungsdienstliche Führungs- kräfte in Hessen Dr. med. G. Appel, J. Blau	Der flexibel abrufbare Kurs „Hessenspezifika“ richtet sich an ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die den Grundkurs „Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt“ außerhalb von Hessen absolviert haben. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebühren- frei
ab 21.04.2026 Blended Learning	Qualifikation Telenotärztin/ Telenotarzt (CME bean- tragt) J. Blau	Zukunftsorientiert und praxisnah: Telenotärztinnen und Telenotärzte unterstützen Rettungsteams aus der Ferne – mit Echtzeit-Vitaldaten, Video- und Sprachkontakt. Die Fortbildung vermittelt dafür das Skillset, das für diesen anspruchsvollen Einsatz unerlässlich ist. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.587,00 € 1.428,40 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
ab 04.05.2026 Blended Learning	Einführung in die Schlafme- dizin (40 CME) Prof. Dr. med. R. Schulz et al.	Der Kurs bietet einen kompakten Einstieg in die Schlafme- dizin und qualifiziert zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe sowie zur Abrechnung der ambulanten Poly- graphie nach EBM. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	936,00 € 842,40 €*

Ultraschall

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
06.+08.05.2026 Live-Webinar und Präsenz	Schilddrüse – Modul I (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Bojunga	Die Veranstaltung vermittelt kompakt und praxisnah die wichtigsten Grundlagen, typische Schilddrüsenerkrankun- gen sowie zentrale Aspekte der Differenzialdiagnostik und des Methodenvergleichs. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €*
21. + 22.08.2026 Präsenz	Aufbaukurs – Abdomen und Retroperitoneum (CME beantragt) Prof. Dr. med. M. Friedrich- Rust, Dr. med. T. Müller	Im Aufbaukurs erweitern Sie Ihr diagnostisches Know-how gezielt um typische pathologische Befunde . Hinzu kom- men zwei Termine in einer Klinik in Hessen, in der Sie Ihre Untersuchungstechniken durch viele praktische Übungen weiter vertiefen. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	962,00 € 865,80 €*



Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termine und Terminänderungen tagesaktuell auf www.akademie-laekh.de

Strahlenschutz

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
17.-18.04.+ 21.04.2026 Präsenz	Fachkunde im Strahlenschutz: Spezialkurs Röntgendiagnostik (CME beantragt) Dr. med. S. Trittmacher	Zum Erwerb der Fachkunde bietet die Akademie verschiedene aufeinander aufbauende Kurse an. Der Spezialkurs richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die bereits den Grundkurs besucht haben. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	548,00 € 493,20 €*
09.05.2026 Live-Webinar	Strahlenschutz: Aktualisierungskurs (CME beantragt) Prof. Dr. med. N. Naguib, Dr. med. S. Trittmacher	Die Veranstaltung bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, ihre bereits erworbene Fachkunde im Strahlenschutz zu aktualisieren (alle fünf Jahre verpflichtend). Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	276,00 € 248,40 €*

Innere Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
18.03.2026 Live-Webinar	Aktuelle Diabetologie – Teile I und II (5 CME) Dr. med. I. Martin, Dr. oec. troph. J. Liersch	Die Fortbildung beleuchtet in sechs Modulen die zentralen Aspekte der Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ II. Im kommenden Termin stehen Prävention, Alltags herausforderungen und medikamentöse Therapieformen im Fokus – praxisnah und aktuell. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	145,00 € 130,50 €*
ab 18.05.2026 Blended Learning	EKG-Kurs (14 CME) Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Prof. Dr. med. D. Leistner	Die Veranstaltung kombiniert E-Learning mit einem praxisnahen Präsenztag in Frankfurt. Im Kurs werden gemeinsam EKG befundet – Basiswissen wird daher vorausgesetzt. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	427,00 € 384,30 €*
12.08.2026 Präsenz	EKG-Refresher (9 CME) Prof. Dr. med. J. Ehrlich	Interaktiv aufbereitet und mit vielen praktischen Übungen: Der Kurs ist als umfassende Wiederholung gedacht und richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Kenntnisse in der EKG-Befundung auffrischen möchten. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	250,00 € 225,00 €*

Allgemeinmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
15.–19.06.2026 Hybrid	Repetitorium Allgemeinmedizin (CME beantragt) Prof. Dr. med. A. Wunder	Das Repetitorium deckt zentrale Themen ab, u. a. häufige Beratungsanlässe und Erkrankungen in der Hausarztpraxis, Notfälle und Wundmanagement – ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung und als Wissens-Update. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	792,00 € 712,80 €*

Begutachtung

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	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 ersten drei Module vermitteln die zentralen Grundlagen der verkehrsmedizinischen Beratung und Begutachtung. Der Fokus liegt dabei auf Aspekten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und bestimmten Medikamenten. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	396,00 € 356,40 €*

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
15.04.2026 Live-Webinar	Refresher Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (8 CME) D. Ziedorn	Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, ihr Wissen jährlich auf den neusten Stand zu bringen. Die Akademie bietet dafür den passenden Refresher an –kompakt und entsprechend HHygVO. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	240,00 € 216,00 €*
ab 04.05.2026 Präsenz	Antibiotic Stewardship – Modul I: Grundkurs Anti-infektiva (CME beantragt) Prof. Dr. med. T. Wichelhaus	In Akutkliniken sind interdisziplinäre ABS-Teams mit entsprechenden Ansprechpersonen gefragt. Modul I befähigt Sie zur Übernahme der Aufgaben einer/eines ABS-Beauftragten. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	1.189,00 € 1.070,10 €*

Aggression und Gewalt im Praxisalltag (9 CME)

Die Präsenzveranstaltung in Kooperation mit der Carl-Oleemann-Schule richtet sich an Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und ihre Teams, die mit Aggression und Gewalt durch Patientinnen und Patienten konfrontiert werden. Neben fachlichen Impulsen steht das praktische Lernen im Mittelpunkt: In Fallbeispielen und Gruppenübungen trainieren die Teilnehmenden, Frühwarnsignale zu erkennen, im Dialog deeskalierend zu handeln und die eigenen Grenzen in potenziellen Risikosituationen bewusst wahrzunehmen.

Termin: 27.06.2026
Gebühr: 252,00 €
 226,80 €*
Kursleitung: Dr. agr. Dr. med. R. Schmidt,
 Dipl. Sozialpädagogin J. Mosig -Frey
Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer
 @laekh.de

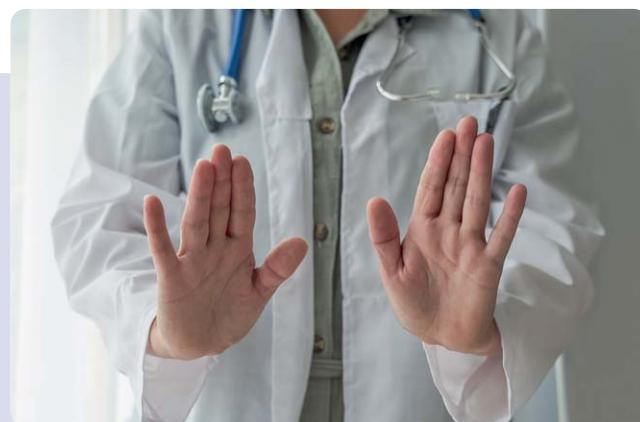


Foto: © Doodeez – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)



[Mehr erfahren](#)

Medizinische Versorgung von Frauen und Mädchen nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C) (4 CME)

Das interdisziplinäre Live-Webinar vermittelt umfassende Kenntnisse zur medizinischen Versorgung von Frauen und Mädchen nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C). Behandelt werden gesundheitliche Folgen, diagnostische und therapeutische Ansätze, der kultursensible Umgang mit Betroffenen sowie die Möglichkeiten der operativen Rekonstruktion. Die Veranstaltung trägt dazu bei, die Versorgungssituation für Betroffene zu verbessern und eine qualifizierte Unterstützung sicherzustellen.

Termin: 25.04.2026
Gebühr: 30,00 €
Kursleitung: Dr. med. S. Adili
Kontakt: katja.baumann@laekh.de

Transplantationsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
20.05.2026 Präsenz	Curriculum Transplantationsbeauftragte/r – Teil B (8 CME) PD Dr. med. A. P. Barreiros, Dr. med. M. Heise	Gemäß § 9b Abs. 1 und 4 TPG: Das Kriseninterventionsseminar thematisiert die Begleitung von Angehörigen im Entscheidungsprozess zur Organspende sowie die Ebenen der verbalen, para- und nonverbalen Kommunikation. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	240,00 € 216,00 €*

Arbeitsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
22.04.2026 24.06.2026 Präsenz	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – MIMA (Erstschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	Basisschulung in Kooperation mit der BGW: Sie lernen, wie Sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ihrer Arztpraxis eigenverantwortlich gestalten können. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €*
20.05.2026 Präsenz	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – FOBI (Aufbauschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	Mit dem Refresher (verpflichtend alle fünf Jahre) bleiben Sie auf dem neusten Stand und aktualisieren Ihr in der Erstschulung erworbenes Wissen. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €*

Chirurgie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
jederzeit abrufbar On-Demand- Webinar	Dr. med. KI – Chirurgie (12 CME) PD Dr. med. N. Weiler	Künstliche Intelligenz trifft Chirurgie: Das Angebot bietet zukunftsorientierte Einblicke in moderne KI-Anwendungen – von Neurochirurgie bis personalisierten Implantaten. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebühren- frei

Rechtsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwarten	Gebühr
02.09. & 16.09. & 23.09. & 30.09.2026 Präsenz	Leichenschau Prof. Dr. med. M. Verhoff	Praxisnah und hands-on: Sie erwarten wechselnde rechtsmedizinische Fälle aus einem breiten Spektrum möglicher Todesursachen. Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de	250,00 € 225,00 €*

Willkommen in der Akademie

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

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

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

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

Kontakt:

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Carl-Oleemann-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



@landesaerztekammer_hessen



@LAEKHessen



@landesaerztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp



/laekh-akademie

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: © JPC-PROD - stock.adobe.com



Assistenz Wundmanagement

Der Qualifizierungslehrgang wird gemäß dem Fortbildungskatalog der Bundesärztekammer angeboten. Das Basismodul findet im E-Learning statt. Schwerpunkte im Präsenzunterricht sind u. a. umfangreiche Übungen zum Wundmanagement:

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

Termine WUN: Beginn 15.08.2026

Gebühr: 530 €

Kontakt: danuta.scherber@laekh.de



[Mehr erfahren](#)

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 23.04.2026	Nicht-ärztliche Praxisassistentenz (NäPa) 271 Stunden	Nichtärztliche Praxisassistenten und Praxisassistentinnen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten in der häuslichen Umgebung. Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgs- kontrolle
ab 28.04.2026	Sachkenntniskurs Aufbereitung von Medizinprodukten (24 Stunden)	Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website. Kontakt: julia.werner@laekh.de	310 € inkl. Lernerfolgs- kontrolle



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
27.06.2026	Aggression und Gewalt im Praxisalltag (PAT 23) 9 Stunden	Der Kurs ist auf das interprofessionelle Team ausgerichtet. Neben der faktischen Informationsvermittlung werden Fall- und Gruppenübungen durchgeführt, deren Ziel es ist, Frühwarnsignale zu erkennen, Deeskalationsstrategien im Dialog zu erarbeiten und eigene Grenzen in Risikosituation wahrzunehmen. Die Fortbildung wird gemeinsam mit der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	125 € (MFA und nichtärztliches Praxispersonal)
20.04.2026	Aktualisierung Onkologie: Lungenkarzinom (6 Stunden)	Die Fortbildung wird als Aktualisierung gemäß „Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä)“ anerkannt. Vermittelt wird das Schwerpunktthema „Lungenkarzinom“ u. a. mit Einblicken in die Therapiestruktur und anhand von Fallbeispielen. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	125 €
06.05.2026	Einführung in die Tumordokumentation: Fokus Gastroenterologie (7 Stunden)	Die eintägige Fortbildung findet in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Krebsregister statt. Sie gibt MFA und Personen mit einer vergleichbaren medizinischen Ausbildung eine praktische Einweisung in das Meldeportal. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	125 €

Prüfungsvorbereitungskurse

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 07.03.2026	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK)	Die Kurse zur gezielten Vorbereitung auf die Sommerprüfungen starten ab 07.03.2026. Bitte beachten Sie auch unsere Veranstaltungen in Darmstadt und Kassel. Alle Informationen finden Sie auf unserer Website. Kontakt: claudia.hell-kneipp@laekh.de	siehe Website

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de
www.carl-oleemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaerztekammer_hessen



@LAEKHessen



Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!

[Mehr erfahren](#)



Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Erwachsenen und Kindern ab acht Jahren

Evidenzbasierte Behandlung: Stand der Versorgung in Deutschland

Dr. med. Andreas Klinge, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Rascher

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis“, Band 52, Heft 2, September 2025. Abrufbar unter www.akdae.de, Kurzlink zum Artikel: <https://t1p.de/188ef>

Der Diabetes mellitus Typ 1 wird, unabhängig vom Alter, grundsätzlich mit Insulin behandelt. Fast immer mit einer intensivierten Insulintherapie (ICT) oder einer Insulinpumpentherapie (CSII).

Der Typ-1-Diabetes ist Folge einer autoimmunen Destruktion der insulinproduzierenden β -Zellen des Pankreas durch diabetesassoziierte Antikörper. Wird die Diagnose eines Typ-1-Diabetes gestellt, ist die einzige dauerhafte Therapiemöglichkeit die subkutane **Insulinsubstitutionstherapie**. Der Behandlungsstandard bei Erwachsenen, aber auch bei Kindern und Jugendlichen besteht in einer intensivierten Insulintherapie („intensified conventional therapy“, ICT) mit einem Basal- oder Verzögerungsinsulin und einem kurzwirksamen Insulin (Kurzzeitinsulin) zur Behandlung des postprandialen Blutzuckeranstiegs und zur Korrektur erhöhter Glukosewerte [1–3]. Dazu werden Humaninsuline oder Insulinanaloga verwendet. Alternativ ist die Behandlung mit einer Insulinpumpe angezeigt („continuous subcutaneous insulin infusion“, CSII).

Grundprinzip ist die Imitation der physiologischen Insulinsekretion mit niedrigen Basalraten und präprandialen Insulingaben, um die Spitzenwerte nach Nahrungsaufnahme abzufangen. Für den basalen Bedarf werden Verzögerungsinsuline, früher meist NPH-Insuline, und für die Gabe vor dem Essen Normalinsuline oder heute auch ultraschnell- und schnellwirksame Insulinanaloga eingesetzt.

Seit fast 30 Jahren werden in Deutschland neben den Normalinsulinen (Kurzzeitinsulinen) auch schnellwirkende Insulinanaloga eingesetzt, deren Anteil an den verordneten Kurzzeitinsulinen seither stetig gestiegen ist. Bei Menschen mit Typ-1-Diabetes ging der Anteil des Normalinsulins bis zum Jahr 2021 auf 4 % zurück. Bei Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes zeigte sich ein früherer und steilerer Anstieg schnellwirksamer Analoga, 10 % der Patienten verwendeten ultraschnelle Analoga im Jahr 2021 (6 % in der Pädiatrie) [1, 4].

Beispiele der zugelassenen Wirkstoffe und Präparate

Kurzzeitinsuline

Humaninsulin (**Huminsulin**) [5] ist zugelassen zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus, die Insulin für die Aufrechterhaltung einer normalen Glukose-

homöostase benötigen. Für Kinder und Jugendliche liegen keine Daten vor.

Humaninsulin (**Actrapid**) ist zugelassen zur Behandlung von Diabetes mellitus. Actrapid kann bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden [6]. Der individuelle Insulinbedarf liegt in der Regel zwischen 0,3 und 1,0 IE/kg/Tag. Eine Anpassung der Dosierung kann bei erhöhter körperlicher Aktivität, einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten oder während einer Begleiterkrankung des Patienten notwendig sein.

Insulin lispro (**Humalog**) ist zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Diabetes mellitus, die Insulin für die Aufrechterhaltung eines normalen Glukosehaushaltes benötigen [7]. Insulin lispro ist ebenfalls angezeigt bei der Erststellung des Diabetes mellitus. Humalog sollte subkutan injiziert werden. Als Injektionshilfe sind der KwikPen, Junior KwikPen und Tempo Pen zur subkutanen Injektion geeignet. Insulin lispro in Patronen ist nur zur subkutanen Injektion mit einem wiederverwendbaren Pen der Firma Lilly oder mit kompatiblen Pumpensystemen zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) geeignet.

Insulin aspart (**NovoRapid**) ist zugelassen zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von einem Jahr [8]. Novo-

Rapid kann bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von einem Jahr löslichem Humaninsulin vorgezogen werden, wenn ein schneller Wirkeintritt von Vorteil sein könnte, beispielsweise bei der zeitlichen Abstimmung von Injektionen und Mahlzeiten. Insulin aspart kann als Durchstechflasche und als NovoRapid PumpCart zur kontinuierlichen subkutanen Insulininfusion (CSII) in Pumpensystemen angewendet werden.

Für die schnellen Insulinanaloga Insulin aspart und Insulin lispro sind mittlerweile auch für das Kindes- und Jugendalter Biosimilars zugelassen. In den Erwachsenenstudien zeigten sich gegenüber den Originalinsulinen eine vergleichbare Pharmakokinetik sowie vergleichbare Sicherheits- und Wirksamkeitsprofile [9, 10].

Bei neu entwickelten ultrarapiden Kurzzeitinsulinen ist die Zeit bis zu den maximalen Insulinkonzentrationen geringfügig kürzer als bei den schnellen Insulinanaloga. Der Unterschied beträgt nur wenigen Minuten. Sowohl in den Kinder- und Jugendstudien als auch den Erwachsenenstudien traten bei Ultra rapid lispro im Vergleich zu Insulin lispro häufiger Reaktionen an der Injektions- bzw. Infusionsstelle auf [11, 12].

Ultra rapid lispro (**Lyumjev 100 Einheiten/ml Injektionslösung**) ist zugelassen zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab einem Jahr [13]. Lyumjev ist ein „Mahlzeiteninsulin“ zur subkutanen Injektion und sollte 0 bis 2 Minuten vor Beginn der Mahlzeit angewendet werden. Es besteht auch die Möglichkeit, die Anwendung bis 20 Minuten nach Beginn der Mahlzeit durchzuführen.

Langwirksame Basalinsuline

An langwirksamen Insulinen wurden die NPH-Insuline stetig durch langwirksame Analoginsuline ersetzt (Glargin U100, Detemir). Seit 2015 wurden vermehrt langwirksame Insulinanaloga der sogenannten zweiten Generation (Degludec, Glargin U300) bei Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes eingesetzt (39 % in 2021), während in der Pädiatrie erst seit 2019 ein deutlicher Anstieg zu erkennen ist (17 % in 2021). NPH-Insulin human (**Protaphane**) ist zugelassen zur Behandlung von Diabetes

mellitus. Das Humaninsulin mit einem allmählichen Wirkbeginn und einer langen Wirkdauer kann bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden [14].

Insulin detemir (**Levemir**) ist zugelassen zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab dem Alter von einem Jahr [15].* Bei Kindern und Jugendlichen muss die Überwachung des Blutzuckers intensiviert und die Dosis von Levemir individuell angepasst werden.

Insulin glargin (**Lantus Injektionslösung**) ist zugelassen zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern im Alter von zwei Jahren und älter [16]. Lantus enthält Insulin glargin, ein langwirksames Insulinanalogon, das einmal täglich zur gleichen Tageszeit verabreicht werden sollte.

Eine Metaanalyse von Studien mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zeigte keinen Unterschied hinsichtlich der HbA1c-Werte [17]. Ein Cochrane Review mit acht pädiatrischen randomisierten, kontrollierten Studien zeigte für Insulin detemir im Vergleich mit NPH-Insulin ein niedrigeres Risiko für schwere Hypoglykämien mit moderater Evidenz [18]. Weder Insulin detemir noch Insulin glargin zeigten im Vergleich mit NPH-Insulin einen Vorteil in Bezug auf schwere nächtliche Hypoglykämien.

Vergleichende Studien mit neueren Basalinsulinen und NPH-Insulin fehlen. Für alle anderen untersuchten Endpunkte waren bei den Vergleichen zwischen den langwirksamen Insulinanaloga weder Vorteile noch Nachteile nachweisbar. Für keinen der untersuchten Endpunkte war eine Differenz zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen erkennbar [18].

Entscheidungskriterien und Therapieoptionen bei der Behandlung von Typ-1-Diabetes

Eine Insulintherapie ist bei der Behandlung des Typ-1-Diabetes alternativlos.

Eine **Insulinpumpentherapie** („continuous subcutaneous insulin infusion“, CSII) ist vor allem bei Vorschulkindern, aber auch Schulkindern angezeigt. Bei der Pumpentherapie wird ausschließlich ein kurzwirk-

sames Insulin für Basalbedarf (kontinuierliche Infusion) und prandialen Bedarf (Bolusapplikation) verwendet. Metanalysen und systemische Reviews zeigen, dass mit der Insulinpumpentherapie in diesen Altersgruppen im Vergleich zur ICT-Therapie eine geringe und signifikante HbA1c-Verbesserung erzielt werden kann [19, 20]. Offensichtlich sind die Ergebnisse einer Therapie mit einer Insulinpumpe besser, wenn sehr früh nach der Erstmanifestation mit dieser Form der Insulinsubstitutionstherapie begonnen wird [21].

Die „traditionelle“ bzw. manuelle Form der Insulinpumpentherapie ist durch eine fest programmierte Basalrate charakterisiert, die den Insulingrundbedarf ohne Mahlzeiten abdecken soll und stets individuell ist. Für Mahlzeiten oder Korrekturen wird zusätzliches Insulin in Form von Bolusgaben abgerufen. In Kindesalter übernehmen in der Regel die Eltern die Steuerung der Pumpe.

Bei Erwachsenen konnte gezeigt werden, dass die manuelle Insulinpumpentherapie zu einer klinisch relevanten Senkung des HbA1c-Werts um mehr als 0,4 % führt und gleichzeitig die Inzidenz von Hypoglykämien – insbesondere rezidivierenden schweren Hypoglykämien – signifikant reduziert [3].

Seit kurzer Zeit sind auch Insulinpumpensysteme mit sogenannter Automated Insulin Delivery (AID-Systeme) erhältlich, die die Insulinabgabe bei Hypoglykämie nicht nur stoppen, sondern bei hohen Glukosekonzentrationen auch die Insulinabgabe automatisch steigern (Hybrid-Closed-Loop Systeme mit automatisierter basaler Insulinabgabe, automatisierter Korrekturinsulingabe und manuellem Abruf von Mahlzeitenboli) [3]. Es fehlen für eine sachgerechte Beurteilung noch ausreichende Langzeitstudien mit patientenrelevanten Endpunkten für diese neuen Systeme.

Konventionelle Therapie

Die konventionelle Therapie besteht in einer verbindlichen Vorgabe sowohl der Insulindosis als auch der Abfolge und dem Umfang der Mahlzeiten (festgelegte Kohlenhydratportionen, fester Ernährungsplan). Diese Form der Insulintherapie

* Das Insulin detemir (Levemir®) ist nur noch bis Ende 2026 in Deutschland verfügbar. Vgl. hierzu auch den AVP-Beitrag „Vertriebseinstellung für Novo Nordisk-Insuline: Ende der Humaninsuline? (Arzneiverordnung in der Praxis 03/2025, Kurzlink: <https://t1p.de/d9e8n>)“

kommt bei Menschen mit Typ-1-Diabetes nur noch infrage, wenn sie nicht in der Lage sind, die Anforderungen der ICT zu meistern oder nicht willens sind, die strukturierte Behandlung mitzugehen (Problem der Adhärenz) [3].

Strukturierte Diabetesbehandlung

Die Behandlung von Menschen mit Diabetes Typ 1 erfordert einen hohen Grad der Schulung der Patientinnen und Patienten sowie bei Minderjährigen auch ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Deswegen ist eine Schulung mit strukturierten Programmen Voraussetzung für eine Diabetestherapie mit Insulinen. Auch die Kenntnisse in der Nahrungszusammensetzung und der Ernährung sind Eckpfeiler der Diabetesaufklärung und -versorgung. Die strukturierte Behandlung erfolgt idealerweise in Disease Management Programmen (DMP-Richtlinie Diabetes mellitus Typ 1), die derzeit angepasst werden müssen [22].

Differenzierte Therapieansätze bei Typ-1-Diabetes unter Berücksichtigung der β -Zell-Funktionsfähigkeit

Es gibt keine differenzierten Therapieansätze unter Berücksichtigung der β -Zellen. Der Status der Funktionsfähigkeit der β -Zellen ist außerhalb von Studien nicht zuverlässig erhebbar und hat auch keine Konsequenz für die Behandlung. Es gab klinische Studien zur Anwendung von Antikörpertherapien in der frühen Phase der Manifestation eines Typ-1-Diabetes. Diese haben aber bisher keine überzeugenden Ergebnisse erbracht und stehen außerhalb von Studien nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Zu Beginn einer Manifestation eines Diabetes Typ 1 gibt es eine variable Restfunktion der β -Zellen des Pankreas. In Abhängigkeit der Restfunktion (reduzierte Insulinproduktion) ist der Insulinbedarf geringer und kann gelegentlich vorübergehend nicht notwendig sein, wenn die β -Zellen

noch eine gewisse Restfunktion aufweisen. Diese Phase ist variabel und allenfalls kurz. Der Status der Funktionsfähigkeit der β -Zellen zeigt sich in einer Restfunktion der endogenen Insulinfreisetzung. Bei der Behandlung des Diabetes zeigt sich die Restfunktion an einem niedrigeren Insulinbedarf, der sich nach an den aktuell gemessenen Glukosekonzentrationen richtet. Das C-Peptid gilt als Marker (Surrogatparameter) der endogenen Freisetzung von Insulin aus den β -Zellen der Bauchspeicheldrüse.

Der Versuch, durch immunsuppressive Therapeutika die Restfunktion der β -Zellen zu erhalten und die Insulintherapie herauszuschieben, ist bisher nicht wirklich gelungen (Plasmapherese, Ciclosporin, Golimumab) [23]. Kürzlich wurden zwei klinische Studien veröffentlicht, die als primären Endpunkt leider nur den Erhalt der C-Peptid-Konzentration als Surrogatparameter der β -Zellfunktion adressierten.

Baricitinib

Die Gabe des JAK-Kinase-Inhibitors Baricitinib täglich über 48 Wochen führte in einer doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten Phase-II-Studie bei Patienten mit kürzlich aufgetretenem Typ-1-Diabetes (Baricitinib n = 61, Placebo n = 31, Alter 10 bis 30 Jahre) zu einer gewissen Stabilisierung der β -Zellfunktion (gemessen an der C-Peptid-Konzentration) [24]. Die kontinuierliche Glukoseüberwachung zeigte eine geringere Variabilität der Glukosekonzentration und stabilere Blutzuckerwerte über 48 Wochen in der Baricitinib-Gruppe als in der Placebogruppe. Der Bedarf an Basis- und Kurzzeitinsulin war in der Baricitinib-Gruppe etwas geringer (0,41 U vs. 0,52 U pro kg und Tag). Alle bis auf drei Patienten in der Baricitinib-Gruppe benötigten bis zum Ende des Behandlungszeitraums eine exogene Insulinsubstitutionstherapie. Die Häufigkeit und Schwere unerwünschter Ereignisse war in den beiden Studiengruppen ähnlich. So wurden in dieser kleinen Kohorte keine schwerwie-

genden unerwünschten Ereignisse beobachtet.

Teplizumab

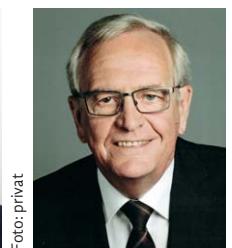
Die zweimalige Gabe von Teplizumab, einem monoklonalen Anti-CD3-Antikörper, über je zwölf Tage führte bei Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes (Teplizumab n = 217, Placebo n = 111, Alter 8 bis 17 Jahre) zu einer Stabilisierung C-Peptid-Konzentrationen gegenüber dem Ausgangswert in Woche 78 (25). Dieser Surrogatparameter spricht für eine Erhaltung der β -Zellfunktion. Zwischen den Vergleichsgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die sekundären klinischen Endpunkte (Insulindosis, HbA1c, Hypoglykämien).

Unter Teplizumab traten unerwünschte Ereignisse auf wie Kopfschmerzen, gastrointestinale Symptome, Hautausschlag, Lymphopenie und ein leichtes Zytokin-Release-Syndrom. Zwei Patienten hatten ein schweres Zytokin-Release-Syndrom, das zum Abbruch der Behandlung führte.

Die Resultate zeigen hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte nur eine eingeschränkte klinische Relevanz. Nur der primäre Endpunkt, die C-Peptid-Konzentration als Surrogatparameter war signifikant.

Dr. med. Andreas Klinge (links)

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



Kontakt via: haebel@laekh.de

Foto: privat / ghsow fotographie

Interessenkonflikte: Die Autoren geben an, keine Interessenkonflikte zu haben. Die Literatur findet sich online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

Migräne prophylaxe in Deutschland: Diskrepanz zwischen Bedarf und Therapie

PD Dr. Michael von Brevern

Die „Global Burden of Disease Study“ zeigt, dass Migräne noch vor dem Schlaganfall die führende neurologische Ursache für verlorene Lebensjahre ist und die häufigste Ursache für eine Behinderung bei unter 50-Jährigen. Dementsprechend hat eine optimale Behandlung hohen Stellenwert. Die Entscheidung für eine medikamentöse Prophylaxe ist individuell: Realistische Therapieziele und potenzielle Nebenwirkungen müssen gegeneinander abgewogen werden. Indikatoren für eine Prophylaxe sind starker Leidensdruck, mindestens drei stark beeinträchtigende Attacken pro Monat oder eine Einnahme von Analgetika an zehn oder mehr Tagen monatlich. In den USA liegt nach Schätzungen eine Indikation für eine medikamentöse Prophylaxe bei mindestens jedem vierten Migränepatienten vor. Zur Prophylaxe sollte zunächst ein für diese Indikation zugelassener oral einzunehmender Wirkstoff verordnet werden: Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Amitriptylin und Topiramat. Valproinsäure (Achtung: Teratogenität) hat nur noch einen marginalen Stellenwert. Monoklonale Antikörper (Erenumab, Galcanezumab, Fremanezumab, Eptinezumab) sowie Gepante (Atogepant) bieten neue Optionen, doch Kosten, Langzeitrisiken und Vortherapie-Notwendigkeiten beeinflussen deren Einsatz. Nichtmedikamentöse Ansätze bleiben wichtig. In Deutschland besteht erhebliche Unterversorgung.

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/ysj36>

Neue Therapiemöglichkeiten der IgA-Nephropathie

Dr. med. Michael Zieschang

Die IgA-Nephropathie ist die häufigste Form der Glomerulonephritis im Erwachsenenalter. Typische Symptome sind Mikrohämaturie und Proteinurie begleitend zu einem Infekt. Im Verlauf von 10 bis 20 Jahren können 20–40 % der Patienten eine terminale Niereninsuffizienz entwickeln. Hypothese zur Genese: Galaktosedefizientes IgA im Darm wird gebildet. Es entstehen Antikörper, die sich zu Immunkomplexen zusammenschließen und sich in den Glomerula ablagern, es werden Entzündungen und Fibrosen ausgelöst.

Die Behandlung umfasst zunächst eine supportive Therapie mit Blutdruckkontrolle und maximal tolerierbarer Blockade des Renin-Angiotensin-Systems. Wird die Proteinurie damit nicht genug gesenkt, kommen eine orale Kortikoidtherapie oder zur Reduktion der Nebenwirkungen mikroverkapseltes Budesonid über neun Monate infrage. Die Kosten für die neunmonatige Therapie belaufen sich auf ca. 90.000 €. Ein dualer Endothelin- und Angiotensin-II-Rezeptor-Typ-I-Antagonist (Sparsentan) wurde im Vergleich zu Irbesartan untersucht, der GBA schreibt dem Präparat einen geringen Zusatznutzen zu. SGLT2-Inhibitoren gelten ebenfalls, wie zur allgemeinen Progressionshemmung bei chronischer Niereninsuffizienz, neuerdings als Standardtherapie. Therapien des Komplementsystems und B-Zelltherapien werden zurzeit ebenfalls untersucht.

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/pf0vy>

Behandlung von erwachsenen Patienten mit schmerzhafter diabetischer peripherer Neuropathie (DPN)

Prof. Dr. med. Heike Rittner

Der Beitrag diskutiert die Therapie der diabetischen Polyneuropathie: evidenzbasierte Optionen und klinische Entscheidungswege. Die diabetische Polyneuropathie (DPN) ist eine häufige, fortschreitende Komplikation des Diabetes mellitus, die durch periphere symmetrische Nervenschäden gekennzeichnet ist. In der Folge kommt es zu Sensibilitätsstörungen, Kribbeln und oft zu stark beeinträchtigten neuropathischen Schmerzen, typischerweise beginnend an den Füßen. Sie betrifft bis zu 50 % der Menschen mit langjährigem Diabetes und stellt aufgrund ihrer Auswirkungen auf Mobilität, Schlaf, Stimmung, Lebensqualität und eines erhöhten Sturz- und Ulkusrisikos eine große Belastung dar.

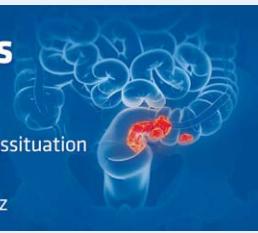
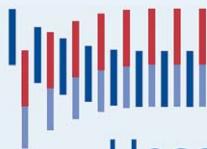
Nach einer aktuellen internationalen Metaanalyse sind folgende Therapien zur Behandlung neuropathischer Schmerzen indiziert.

- 1) Erstlinientherapien für neuropathische Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathien sind nach wie vor trizyklische Antidepressiva.
- 2) Zu den Zweitlinienbehandlungen gehören nun topische Capsaicin-8 %-Pflaster, Capsaicin-Creme und Lidocain-5 %-Pflaster.
- 3) Drittlinientherapien umfassen Botulinumtoxin A, repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS, zielen auf den primären motorischen Kortex) und Opioide.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 3/2025, Internet: www.akdae.de



Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink: <https://t1p.de/la9dk>



Krebsregisterdaten zur onkologischen Versorgung des kolorektalen Karzinoms in Hessen

Erkrankungsgeschehen 2015–2024 und Mindestmengenregelung des G-BA

Hintergrund und Datenbasis

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf Krebsregisterdaten aus Hessen für den Diagnosezeitraum 2015–2024. Sie wurden in der Landesqualitätskonferenz des Hessischen Krebsregisters am 25. November 2025 gemeinsam mit hessischen Ärztinnen und Ärzten diskutiert und bilden die Grundlage für diesen Artikel. Die Landesqualitätskonferenzen finden jährlich im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Oncologische Versorgungssituation in Hessen“ statt, einer Kooperation des Hesse-

schen Krebsregisters mit dem Universitären Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt-Marburg, der Universitätsmedizin Frankfurt, dem Krankenhaus Nordwest in Frankfurt, den Universitätskliniken in Marburg und in Gießen und dem Universitätsmedizinischen Centrum für Tumorerkrankungen Gießen.

Behandlungsfälle

In Hessen wurden im Median jährlich 2.005 Patientinnen und Patienten mit Kolonkarzinomen und 1.022 mit Rektumkar-

zinomen behandelt. Beim Kolonkarzinom waren Männer etwa 1,1-mal häufiger betroffen als Frauen. Beim Rektumkarzinom lag die Zahl der männlichen Patienten um das 1,7-fache höher. Das mediane Erkrankungsalter lag für Kolonkarzinome bei 72 Jahren (Männer) bzw. 75 Jahren (Frauen), für Rektumkarzinome bei 68 Jahren (Männer) bzw. 69 Jahren (Frauen).

Lokalisation

Die Lokalisation des Primärtumors ist für Prognose und Therapieentscheidungen von zentraler Bedeutung. In den Altersgruppen ab 40 Jahren wiesen Frauen einen höheren Anteil an prognostisch ungünstigeren rechtsseitigen Kolonkarzinomen (ICD10 C18.0–4) auf und erkrankten seltener an Rektumkarzinomen als Männer (Tab. 1). Bei jungen Patientinnen und Patienten (18–39 Jahre) waren linksseitige Kolon- und Rektumkarzinome bei beiden Geschlechtern ähnlich verteilt. Linksseitige Kolonkarzinome stiegen in der Altersgruppe 40–59 Jahre bei beiden Geschlechtern an, blieben bei Männern in höheren Altersgruppen konstant, während der Anteil bei Frauen wieder abnahm. Rektumkarzinome wurden mit zunehmendem Alter für beide Geschlechter seltener diagnostiziert.

Histopathologische Differenzierung

Adenokarzinome machten mit 95 % den überwiegenden Anteil der kolorektalen Tumoren aus. Die Karzinome waren zu meist mäßig differenziert (G2, 74 %), seltener schlecht differenziert (G3, 16 %). Rechtsseitige Tumoren (ohne Appendix) waren mit 21 % jedoch häufiger schlecht differenziert (G3) verglichen mit linkssei-

Tabelle 1

Lokalisation	Männer	Frauen
Kolon rechts (C18.0–4)	5.648 (33 %)	5.771 (44 %)
Kolon links (C18.5–7)	4.631 (27 %)	3.233 (25 %)
Rektum (C20)	6.312 (37 %)	3.777 (29 %)
Sonstige	290 (2 %)	231 (2 %)

Tab. 1: Tumorlokalisation kolorektaler Karzinome nach Geschlecht.

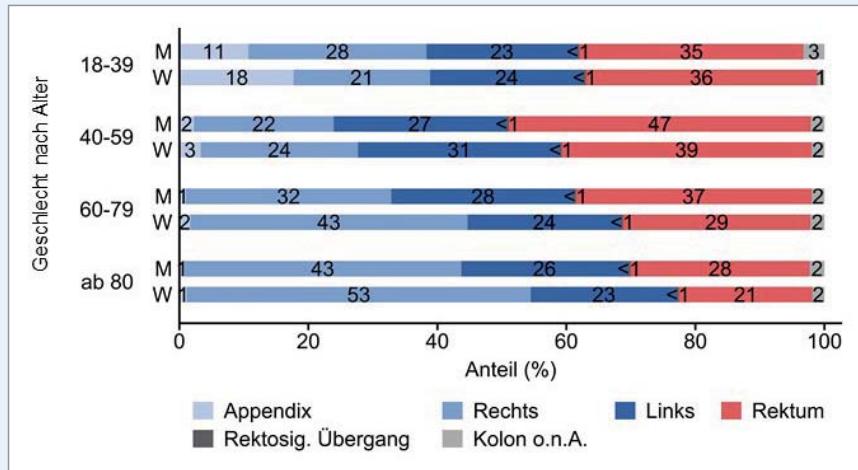


Abb. 1: Tumorlokalisation pro Altersgruppe (Jahre) und Geschlecht (M: Männer, W: Frauen).
Kolon rechts: C18.0–4, ohne Appendix C18.1, Kolon links: C18.5–7

Tabelle 2

Region	OPs	OPs in Kliniken ≥ 20 OPs	Kliniken	Kliniken mit ≥ 20 OPs
	Anzahl	Anzahl (Anteil)	Anzahl	Anzahl (Anteil)
Darmstadt	65	42 (65 %)	6	2 (33 %)
Frankfurt/Offenbach	243	207 (85 %)	13	8 (62 %)
Wiesbaden/Limburg	104	90 (87 %)	4	3 (75 %)
Fulda/Bad Hersfeld	61	36 (59 %)	4	1 (25 %)
Gießen/Marburg	110	91 (83 %)	5	3 (60 %)
Kassel	77	26 (34 %)	9	1 (11 %)
Gesamt	660	492 (75 %)	41	18 (44 %)

Tab. 2: Rektumresektionen im Leistungsjahr 2023. Pro Region nach Hessischem Onkologiekonzept und für Hessen gesamt ist die Anzahl der onkologischen Rektumresektionen und Anzahl/Anteil der Resektionen in fallzahlstarken Kliniken mit ≥ 20 OPs dargestellt. Sie ist der Anzahl der Kliniken pro Region sowie Anzahl/Anteil der fallzahlstarken Kliniken mit ≥ 20 OPs gegenübergestellt.

tigen Kolonkarzinomen (13 %) und Rektumkarzinomen (12 %). In der jüngsten Altersgruppe der 18–39-Jährigen lag der G3-Anteil mit 26 % am höchsten.

47 behandelnden stationären Einrichtungen die für 2029 geforderte Mindestmenge von 30 Eingriffen erreichten oder überschritten (Abb. 2). Diese 24 Einrichtungen

führten zusammen 80 % (n = 1.102) aller onkologischen Operationen für das Kolonkarzinom in Hessen durch. Die Resektionszahlen dieser Standorte lagen

Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Am 22. November 2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Mindestmengenregelungen für die chirurgische Versorgung von Kolon- und Rektumkarzinomen beschlossen (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Diese treten schrittweise in Kraft und sehen ab 2027 eine stufenweise Erhöhung der jährlichen Resektionszahlen pro Krankenhausstandort vor: Für das Kolonkarzinom steigt die geforderte Mindestmenge von 20 Eingriffen im Jahr 2027 auf 25 im Jahr 2028 und schließlich auf 30 ab 2029. Beim Rektumkarzinom liegt die Mindestmenge ab 2027 bei 15 und erhöht sich ab 2029 auf 20 Resektionen pro Jahr und Standort. Bei Unterschreitung der Mindestmengen ohne ausreichende Begründung erlischt der Vergütungsanspruch, mit Ausnahme von Notfalleingriffen oder bei medizinisch begründeter Ablehnung einer Verlegung (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-medizinischen/1224/> oder Kurzlink: <https://t1p.de/pf9ok>).

Für das Leistungsjahr 2023 zeigte sich auf Grundlage der hessischen Krebsregisterdaten, dass für das Kolonkarzinom 24 von

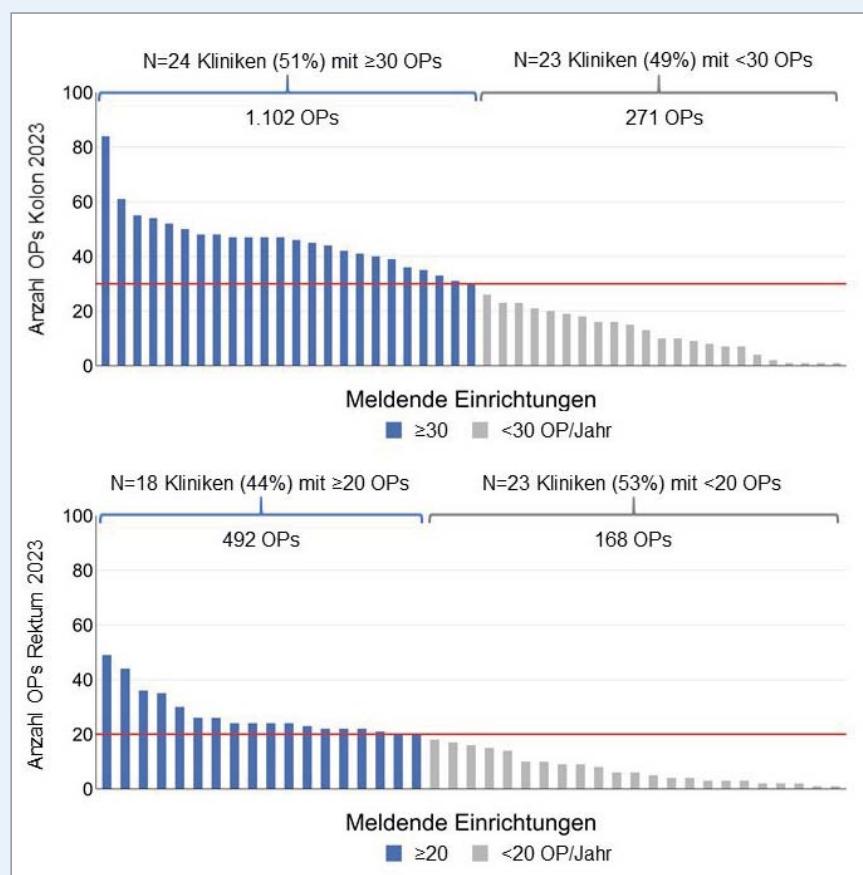


Abb. 2: Chirurgische Eingriffe beim Kolonkarzinom (oben) und Rektumkarzinom (unten) für das Leistungsjahr 2023. Blau eingefärbt sind stationäre Einrichtungen, die die Mindestmengen (rote Linien) von 30 Fällen beim Kolon- und 20 Fällen beim Rektumkarzinom erreichten.

zwischen 30 und 84, wobei drei Kliniken die Mindestmenge nur knapp überschritten. Weitere fünf Standorte führten zwischen 20 und 29 Eingriffe durch und würden somit zumindest die Übergangsregelungen für 2027 und 2028 erfüllen. Beim Rektumkarzinom wurden 2023 insgesamt 660 Eingriffe an 41 Standorten durchgeführt (Abb. 2). 18 dieser Kliniken (44 %) erreichten die für 2029 geforderte Mindestmenge von 20 Eingriffen und deckten damit 75 % aller Resektionen ab. Vier weitere Einrichtungen lagen mit 15 bis 19 Eingriffen knapp unter der künftigen Vorgabe, würden aber aktuell die Übergangsregelungen erfüllen.

Das Flächenland Hessen weist unter den sechs Versorgungsgebieten Darmstadt, Frankfurt/Offenbach, Wiesbaden/Limburg, Gießen/Marburg, Fulda/Bad Hersfeld, Kassel hinsichtlich der Versorgungsstrukturen deutliche regionale Unterschiede auf. In den Regionen Kassel und

Fulda/Bad Hersfeld wurden in 2023 nur 34 % bzw. 59 % der Rektumresektionen in einer fallzahlstarken Einrichtung mit ≥20 Operationen durchgeführt (Tab. 2). Demgegenüber lag der Anteil in den Versorgungsgebieten Frankfurt/Offenbach sowie Wiesbaden/Limburg mit 85 % bis 87 % deutlich höher. In Frankfurt/Offenbach erfüllten hierbei acht Kliniken die Mindestmengenregelung, während in den Regionen Kassel und Fulda/Bad Hersfeld nur jeweils eine Klinik diese erfüllte.

Fazit und Ausblick

Nach aktuellem Stand erfüllt etwa die Hälfte der stationären Einrichtungen die Mindestmengenregelungen des G-BA für die chirurgische Versorgung von Kolon- bzw. Rektumkarzinomen nicht und könnten zukünftig nicht mehr für die operative Versorgung in Hessen zur Verfügung stehen. Obwohl bei der Festlegung der Min-

destmengenregelungen auch Folgeschätzungen von Wegstrecken einflossen, ist die Anzahl der Kliniken, die die Mindestmengenregelungen erfüllen, in den einzelnen Versorgungsgebieten sehr unterschiedlich. Um weiterhin eine wohnortnahe Versorgung mit hoher Behandlungsqualität zu gewährleisten, zeigen sich daher unterschiedliche Herausforderungen in der Umsetzung für die einzelnen Versorgungsgebiete.

Dr. rer. nat. Katharina Bernhardt

Dr. phil. nat. Lisa Katharina Sha

Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner

Landesauswertungsstelle

des Hessischen Krebsregisters,

Hessisches Landesamt

für Gesundheit und Pflege

Kontakt: krebsregister@hlgp.hessen.de

www.hessisches-krebsregister.de



Universitäres Centrum
für Tumorerkrankungen
University Cancer Center



KRANKENHAUS
NORDWEST



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG

Zur Serie Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Kostenfreie CME-Fortbildung zur aktualisierten Gesamtausgabe der Artikelserie „Patientensicherheit“



Eine neue CME-Fortbildung ist im Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) online! Die Fortbildung umfasst die digitale Gesamtausgabe der Artikelserie Patientensicherheit aus dem Hessischen Ärzteblatt. In der Gesamtausgabe finden sich alle Artikel, die im Rahmen der Serie von 2019 bis heute erschienen sind. Relevante Akteure, Experten und Institutionen, die mit dem Thema Patientensicherheit in Verbindung

stehen, stellen sich oder ihre Projekte in verschiedenen Interviews und Artikeln vor oder haben die Serie mit einem eigenen Beitrag unterstützt.

Allen interessierten Berufsgruppen im Gesundheitswesen steht die Gesamtausgabe auf der Website Patientensicherheit unter www.laekh.de als PDF-Datei zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Ärztinnen und Ärzte können zusätzlich zur Lektüre im Portal eine Lernerfolgskontrolle absolvieren und damit insgesamt **8 CME-Punkte** erwerben.

Wann ist die Fortbildung freigeschaltet?

Der Zugriff ist jederzeit möglich, bis zum 08.08.2027. Die Lernerfolgskontrolle wird

im Portal der LÄKH unter den CME-Fortbildungen des Hessischen Ärzteblattes bereitgestellt: <https://portal.laekh.de>. Der QR-Code sowie der Kurzlink führt zur PDF-Datei: <https://t1p.de/04q1n>

Das Angebot ist kostenfrei und frei von Sponsoring. (red)



QR-Code zur Gesamtausgabe (PDF)



QR-Code zum Portal

Warum arbeite ich als Hausarzt-Rentner weiter?



Foto: privat

40 Jahre niedergelassen in Hanau: Der Allgemeinmediziner Dott./Univ.Neapel Donato Lomiento.

Geboren und aufgewachsen bin ich in Benevento (Kampanien), einer Kreisstadt in Italien. Mit meiner Familie zog ich sechs Jahre später nach Napoli. Neapel ist zwar eine wunderschöne Stadt und sehr dynamisch, aber auch sehr chaotisch. Nach dortigem Studium der Medizin bin ich nach Deutschland gekommen. Ich habe mir umfangreiches Praxiswissen in Deutschland erworben, in dem ich verschiedene medizinische Stationen durchlaufen habe.

Dank der Vermittlung durch die kassenärztliche Vereinigung und eines Kredits konnte ich im Jahr 1985 eine kleine Praxis der Allgemeinmedizin in Hanau erwerben. Diese Praxis hat seit dieser Zeit Bestand. Ich bin mit ihr mehrmals umgezogen und habe sie kontinuierlich vergrößert. Als Hausarzt habe ich sowohl Patienten in meiner Praxis betreut als auch viele Hausbesuche getätigst und zusätzlich Heimbewohner besucht. Aufgrund meiner intensiven ärztlichen Tätigkeit konnte ich mir sehr gutes Fachwissen im Bereich der Allgemeinmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Innere Medizin und Chirotherapie erwer-

ben. Ich danke auch der Landesärztekammer Hessen, die mir Fortbildungen zu verschiedenen Fachthemen in ihrer Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten hat.

Tochter führt Praxis weiter

Die Versorgung der Patienten in Deutschland ist immer effektiver geworden und mittlerweile sind die Arztpraxen technisch besser ausgestattet und komfortabler als früher. Gemeinschaftspraxen bieten ihren Patientinnen und Patienten eine Versorgung zu längeren Öffnungszeiten an. Einzelpraxen haben es meines Erachtens schwerer, da Patienten größere Öffnungszeiten beanspruchen und auch große Erwartungen an die Leistungen der Praxis haben. Ein Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die Bürokratie. Der Föderalismus verbessert die Effizienz nicht. Fazit: Es gibt zu viele Krankenkassen und komplizierte Abrechnungssysteme. Mittlerweile wird die von mir aufgebaute Praxis von meiner Tochter, Sophia Lomiento und Dr. Lale Hercek weiter ge-

führt. Ich bin nun als angestellter Arzt in dieser Praxis tätig.

Mir bereitet es nach wie vor große Freude, Hausarzt zu sein. Für mich ist der Beruf des Hausarztes der schönste Beruf der Welt. Es ist mir gelungen, meine Tochter mit meinen Erfahrungen begleiten zu können, denn der Erfahrungsbereich eines langjährig tätigen Hausarztes ist ein großer Schatz für die junge Generation, den ich gerne weitergebe. Durch meine zusätzliche Tätigkeit in der Praxis meiner Nachfolger ist es außerdem einfacher für die junge Generation, Familie und Beruf zu vereinbaren.

Win-Win-Situation

Im Fall von Familienzuwachs, d. h. während der Schwangerschaft, während der Kleinkindphase des Nachwuchses und bei Erkrankungen eines Familienmitglieds kann ich durch meine Entlastungstätigkeit in der Praxis unterstützen.

Außerdem bin ich der jungen Generation beim Erlernen der komplizierten Abrechnungssysteme behilflich und entlaste sie bei bürokratischen Tätigkeiten. Bei all dem handelt es sich um eine Win-Win-Situation, da ich als Rentner nicht in ein Loch falle, sondern noch gebraucht werde und den Kontakt zu meinen langjährigen Patienten aufrechterhalten kann. Zudem helfe ich durch die Fortsetzung meiner hausärztlichen Tätigkeit, den Hausärztemangel in unserer Region wenigstens teilweise zu beheben. Mein Appell an die junge Generation lautet: Trotz aller Hindernisse als Selbstständige nach wie vor mit Herz und Seele bei der Sache zu sein und immer den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen.

Dr. Donato Lomiento, Hanau



Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält

sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebel@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt/M.

Büchertipps von Lesern für Leser



Hein de Haas:
Migration:
22 populäre Mythen und was wirklich hinter ihnen steckt
Fischer Hardcover 2023, Taschenbuch 2025, ab 16 Euro, ISBN 9783596712250

Dieses Buch hat mich begeistert und gelassener gemacht. Hein de Haas, ein niederländischer Soziologe und Migrationsforscher, Professor an den Universitäten Maastricht und Amsterdam, hat selbst vor Ort in Marokko Feldforschung betrieben. Er belegt anhand von 22 häufig kolportierten Annahmen, dass zentrale Thesen wie „Das Migrationsaufkommen ist so hoch wie nie“, „Die Klimakrise führt unweigerlich zu Massenmigration“ oder „Wohlstand im Herkunftsland mindert Auswanderung“ meist nicht auf Fakten, sondern

auf Missverständnissen und politischen Narrativen beruhen.

Das Buch basiert auf jahrzehntelanger Durchdringung des Phänomens Migration und plädiert für eine differenzierte, faktenbasierte Debatte abseits von politischer Panikmache und naivem Optimismus. Hein de Haas greift nicht auf Einzelstatistiken, sondern auf breite Datenlagen und interdisziplinäre Befunde zurück, die regelmäßig durch quellenkritische und kontextualisierte Vergleiche ergänzt werden.

Für mich das beste Sachbuch, das ich in jüngster Zeit gelesen habe: sehr informativ, flüssig und spannend geschrieben, klar gegliedert, immer fundiert. Ein Irrtum, den de Haas aufklärt, betrifft eine Story, die ich selbst geglaubt und verbreitet habe: Angeblich gebe es mehr malawische Ärzte in Großbritannien als in Malawi selbst. Gut nachvollziehbar klärt de Haas

auf, dass bis Anfang der 1990er-Jahre in Malawi kein Medizinstudium möglich war. Seit Gründung einer medizinischen Fakultät in Malawi vor über 30 Jahren arbeiten in diesem Land weit mehr malawische Ärzte als anderswo in der Welt. Das Narrativ, das Migration das intellektuelle Potenzial armer Staaten aushöhle, werde jedoch weiterhin durch derartige anachronistische Irrtümer befeuert.

Nach der Lektüre bleibt die Frage, wer ein Interesse daran hat, natürliche Grundängste vor dem Fremden, z. B. vor Migration anzuheizen – wo Migration doch vollkommen normal ist in der Geschichte der Menschheit. In jedem Fall: Besinnung auf die Fakten ist immer ein kluger Schritt. Hein de Haas erleichtert ihn.

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Martin Hambrecht
Darmstadt**



Prof. Adrian Gaertner:
Die Seele im Fadenkreuz von Sozialen Medien und Artifizieller Intelligenz
Böhlau & Schremmer Verlag, Berlin 2025
ISBN: 9783943622744
28 €, Hardcover

Hardcore-Gaming, eine verhinderte Influencerin, das obskure Objekt der Begierde, eine Love-Affaire im virtuellen Raum und massive „Dating-Katastrophe“ – das sind die Fallgeschichten, mit denen der Autor uns als Psychotherapeuten in sein Thema hereinzieht. Der Gamer lebt in seiner Parallelwelt von Projektionen und „suitable targets“ (Volkan) in den Games, steckt fest in Adoleszenz, Regression und Sucht. Die Möchtegern-Influencerin hat an der „Tinderakademie“ studiert, ist laufend am Posten und hat sich eine digitale Parallelwelt in den sozialen Medien aufgebaut. Die Love Affair der adoleszenten Tochter mit dem entfernt lebenden geschiedenen

Vater ist virtuell und projektiv, „lebt“ nur in der digitalen, nicht in der wirklichen Welt. Und die Dating-Katastrophen der geschilderten „Intensivdater“ nehmen ihren Anfang in der digitalen Welt, bis sie sich dann in der Wirklichkeit zu Katastrophen entwickeln.

Bemerkenswert ist, dass der Autor diese Patienten aus der Welt der „Digital Natives“, nicht rasch und vorschnell stigmatisiert und pathologisiert. Vielmehr geht er stets neugierig und mit großer Kenntnis der digitalen Welt und ihrer Entwicklung als den relevanten Kontext heran, in dem sie ihre Eigenarten entwickelt haben. Er zeigt sich als einfühlsamer Therapeut und hochinteressierter Forscher in einem. Es folgt eine weitere Fallgeschichte, aber ganz anderer Art: die des Mark Zuckerberg und seines Imperiums von Facebook und Meta. Hier wird aber nicht das Lied vom Entwickler eines digitalen Imperiums gesungen, mit Bewunderung und Skepsis, wie so oft. Vielmehr öffnet sich durch die Falldarstellung der Blick auf seine delinquent-pathologische Seite. Der Gründer

überschreitet von Anfang an Grenzen der Anderen, ihrer Eigentumsrechte, ihrer Persönlichkeitsrechte. Er eignet sich an, was ihm technisch möglich ist, ohne rechtliche Schranken einzuhalten, so Gaertners These, und das bis heute.

Eine notgedrungen knappe Rezension des sehr komplexen und vielschichtigen Buches muss neben den Fallgeschichten noch andere beeindruckende und spannende Teile zumindest benennen: unsere eigene Mitwirkung in diesem Universum und das (unser?) „digital formatierte Selbst“, die „Seele“ im digitalen Zeitalter, die Verknüpfung der Entwicklung der digitalen Welt und der sozialen Medien hin zu großen internationalen Konzernen und deren politischer und finanzieller Macht, Gaertners Kritik an der Stagnation der institutionalisierten Psychoanalyse und schließlich die abschließende Frage: Was tun? Dazu macht der Autor vier Vorschläge. Mangels Platzes hier nur der Tipp: einfach selbst lesen!

Prof. Dr. Michael Wolf



Auszeichnung: Der Marburger Mediziner **Dr. med. Martin Rußwurm** (Foto links) erhielt im Rahmen des Nephrologischen Jahresgesprächs des Verbands Deutsche Nierenzentren (DN) den Bernd Teersten-Preis. Der Preis wird jährlich vergeben und dient der Förderung theoretischer und insbesondere anwendungsorientierter Forschung zu Nierenerkrankungen und zur ambulanten Nierenersatztherapie auf internationaler Ebene. Rußwurm ist Oberarzt

am Zentrum für Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie am Universitätsklinikum Marburg an der Lahn und als Clinician-Scientist Fellow des Fachbereichs Medizin am Pharmakologischen Institut Marburg tätig.

Foto: DN/privat



PD Dr. med. habil. Sebastian Fischer (Foto oben) wird Chefarzt der neu implementierten Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie am Bürgerhospital Frankfurt am Main. Er wechselt von der BG-Unfallklinik Frankfurt, dort war er zuletzt geschäftsführender Oberarzt der Abteilung für orthopädische und traumatologische Fußchirurgie.

Foto: Bürgerhospital Frankfurt

PD Dr. med. Martin C. Koch (Foto unten) hat zum 1. Dezember 2025 die Position des Chefarztes der Frauenklinik am Klinikum Fulda übernommen. Sein Spezialgebiet liegt in der speziellen Geburtshilfe und bei der Behandlung von Krebserkrankungen. Zuletzt war er von 2020 bis 2024 Chefarzt der Frauenklinik am ANregio-med Klinikum Ansbach.

Foto: Klinikum Fulda



Zum 1. Juli 2025 hat **PD Dr. med. Khaled Dastagir, MHBA**, (Foto oben) die Chefarztposition an der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie und Zentrum für Schwerbrandverletzte am Sana Klinikum Offenbach übernommen. Zuvor war er als stellv. Direktor und leitender Oberarzt der Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungs chirurgie (PÄHW) an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig – unter der Leitung von **Prof. Dr. med. Peter M. Vogt**.

Foto: Dana Szekely/Schott AG



Prof. Dr. med. Julia Heinzelbecker (Foto unten) ist neue Direktorin der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM) Standort Marburg. Sie war zuletzt Leitende Oberärztin an der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum des Saarlandes.

Foto: Thomas X. Stoll

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

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen & Ärzten in Weiterbildung und Medizinstu-

dierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Texte per E-Mail an: peter.boehnel@laekh.de

Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH

Termine:

Modul I – II: 16.02.–13.03.2026

(E-Learning: 16.02.–08.03.2026,

Präsenz: 09.03.–12.03.2026, der Einstieg in die Veranstaltung ist bis zu einem Tag vor der Präsenzphase möglich)

Baltintgruppen: 13.03., 19.08. und 28.10.2026.

Information und Anmeldung:

Johanna Jerusalem

Fon: 06032 782-203

E-Mail: johanna.jerusalem@laekh.de

Kurzlink:

<https://t1p.de/ux16x>



www.akademie-laekh.de

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.04.: Dr. med. Frank Spindler,
Bad Soden, 80 Jahre
- 02.04.: Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Robert Sader, Frankfurt, 65 Jahre
- 03.04.: Dr. med. Günter Biehn,
Steinau, 70 Jahre
- 03.04.: Dr. med. Reinhold Thaler,
Gelnhausen, 75 Jahre
- 03.04.: Dr. med. Rainer Will,
Kronberg, 75 Jahre
- 03.04.: Dr. med. Werner Nawrocki,
Frankfurt, 80 Jahre
- 04.04.: Dr. med. Annegret Erdmann,
Hofheim, 65 Jahre
- 05.04.: Dr. med. Jeanette Weber,
Frankfurt, 65 Jahre
- 07.04.: Holger Norwig,
Friedrichsdorf, 75 Jahre
- 09.04.: Dr./Univ.Padua Andrzej Sztulman,
Frankfurt, 75 Jahre
- 09.04.: Dr. med. Karin Krolewsky,
Steinau, 75 Jahre
- 10.04.: Dr. med. Matthias Herz,
Lörrach, 70 Jahre
- 10.04.: Norbert Schuh,
Frankfurt, 70 Jahre
- 12.04.: Dr. med. Martin Hüttemann,
Friedrichsdorf, 65 Jahre
- 12.04.: Dr. med. Manfred Möller,
Rodenbach, 80 Jahre
- 14.04.: Dr.-medic/IMF Neumarkt
Radu Hociota, Eppstein, 65 Jahre
- 14.04.: Dr. med. Sabine Laber-Szillat,
Hanau, 75 Jahre
- 17.04.: Dr. med. habil. Martin Michaelis,
Frankfurt, 70 Jahre
- 18.04.: Dr. med. Bettina Kilb-Feßler,
Flörsheim, 70 Jahre
- 20.04.: Pierre Frevert, Frankfurt, 70 Jahre
- 20.04.: Marlene Sennewald,
Frankfurt, 85 Jahre
- 21.04.: Dr. med. Roswitha Göhler,
Kelkheim, 70 Jahre
- 21.04.: Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Valentin Gerein, Mainz, 75 Jahre
- 22.04.: Dr. med. Karl-Heinz Hennermann,
Hanau, 80 Jahre
- 23.04.: Dr. med. Ulrike Jansen-Hieronymi,
Oberursel, 65 Jahre
- 23.04.: Dr. med. Peter Schüler,
Wiesbaden, 65 Jahre
- 23.04.: Stefan Adloff, Offenbach, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Einladung zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 17. Wahlperiode 2023–2028

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2023–2028 lade ich Sie ein für
Samstag, 21. März 2026, 10:00 Uhr s.t.,
in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oleemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

T A G E S O R D N U N G

- 1. Begrüßung**
- 2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
- 3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der
10. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 22. November 2025**
- 4. Bericht des Präsidenten und Aussprache**
- 5. Versorgungswerk**
 - a) Bericht des Vorsitzenden/der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
 - b) Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
- 6. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
 - a) Hauptsatzung
 - b) Beitragsordnung
 - c) Meldeordnung
 - d) Fortbildungsordnung
 - e) Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer
Hessen und des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen
- 7. (Muster-)Weiterbildungsordnung DÄT 2026**
 - Sachstandsbericht und Meinungsbildung im Hinblick auf die dem DÄT 2026 zur
Verabschiedung vorliegende Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- 8. (Muster-)Berufsordnung DÄT 2026**
 - Sachstandsbericht und Meinungsbildung im Hinblick auf die dem DÄT 2026
zur Verabschiedung vorliegende Novelle der (Muster-)Berufsordnung
- 9. Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte**
 - Berufsbildungsausschuss der LÄKH – Nominierung für die Amtsperiode
2026–2030
- 10. Standort Bad Nauheim**
 - a) Sachstandsbericht Immobilienstandort Bad Nauheim
(Projekt Campus Bad Nauheim)
 - b) Bericht Akademie
 - c) Bericht COS
- 11. Wahlen und Nachwahlen**
 - a) Abgeordnete zum 130. DÄT in Hannover vom 12.–15. Mai 2026
 - b) Vorsitzende und stv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse
im Weiterbildungswesen
- 12. Anträge zum Bericht des Präsidenten**
- 13. Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Aktuelle Informationen hierzu unter:
<https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung-2023-2028>



Frankfurt am Main, 4. Februar 2026

Dr. med. Edgar Pinkowski

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

– Präsident –

Neue Referentin in der Stabsstelle Kommunikation



Foto: Lukas Reus

Viktoria Jakobs

(Kontakt per E-Mail:
viktoria.jakobs@laekh.de;
Fon: 069 97672-147)

hat in Mainz und Metz ihren trilingualen Master in internationalem Management absolviert. Nach mehreren Praktika in Frankreich, Luxemburg und Kanada begann sie ihre Karriere jetzt bei der Landesärztekammer Hessen als Referentin für multimediale Kommunikation. Sie betreut in der Stabsstelle Kommunikation vorwiegend die Social-Media-Kanäle der Kammer und arbeitet in der Redaktion des Hessischen Ärzteblattes mit.

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Praktikanten in Arztpraxen

Praktikantinnen und Praktikanten aus Schule, Berufsschule oder Fachoberschule gehören häufig zum Arbeitsalltag im Gesundheitswesen. Auch in Arztpraxen werden Praktika unterschiedlichster Art angeboten. Sie bieten die Möglichkeit, in einen Gesundheitsberuf hineinzuschnuppern und können hilfreich bei der Entscheidung für eine Ausbildung

z. B. zum/zur Medizinischen Fachangestellten sein. Um Praktika in Arztpraxen durchführen zu können, sind Reglungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten notwendig. Informationen finden Sie unter:
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufs-ausbildung/betriebspraktika>

Goldenes Doktorjubiläum

- 08.04.: Dr. med. Franz Josef Beume, Meinhard
09.04.: PD Dr. med. Doktorem Honoris causa/Univ. Lemberg Klaus Exner, Königstein
12.04.: Dr. med. Anneliese Schröck, Hochheim
14.04.: Dr. med. Lutz-Dieter Gericke, Bad Wildungen
14.04.: Dr. med. Lutz Gruhl, Kassel
22.04.: Dr. med. Karsten Franck, Bad Homburg

- 22.04.: Dr. med. Edith Trabold, Dieburg
29.04.: Dr. med. Georg Haas, Karben
30.04.: Dr. med. Ute Ehrlich, Oberursel
30.04.: Dr. med. Peter Glass, Darmstadt
30.04.: Dr. med. Albert Schauß, Wetzlar
30.04.: Prof. Dr. med. Hubertus Wenisch, Goxheimertal

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.“

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 26.04.: Dr. med. Michael Peschel, Kronberg, 75 Jahre
26.04.: Dr. med. Hans Meisemann, Eppstein, 85 Jahre
27.04.: Hadi Helmand, Maintal, 70 Jahre
27.04.: Dr. med. Christa Strothotte-Scholz, Eschborn, 70 Jahre
28.04.: Dr. med. Susanne Markwort, Frankfurt am Main, 65 Jahre
28.04.: Dr. med. Andreas Josef Gardé, Frankfurt, 80 Jahre
29.04.: Dr. med. Ioannis Lassis, Offenbach, 70 Jahre
30.04.: Dr. med. Michael Markus Skopp, Frankfurt, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 01.04.: Dr. med. Helga Strube, Wiesbaden, 70 Jahre
05.04.: Dr. med. Siegfried Brühl, Walluf, 85 Jahre
06.04.: Dr. med. Barbara Gellrich, Walluf, 65 Jahre
06.04.: Dr. med. Winfried Schwarz, Wiesbaden, 75 Jahre
10.04.: Dr. med. Peter Winnen, Walluf, 75 Jahre
16.04.: Dr. med. Andreas Büttner, Geisenheim, 65 Jahre
17.04.: Dr. med. Hans Kieser, Wiesbaden, 75 Jahre
18.04.: Dr. med. Armin Fischer, Idstein, 65 Jahre
18.04.: Dr. med. Wolfgang Seifert, Taunusstein, 70 Jahre
20.04.: Dr. med. Fulvio Borsani, Oberursel, 70 Jahre
20.04.: Dr. med. Jürgen Steinhauer, Weilmünster, 80 Jahre
21.04.: Dr. med. Yamina Günther, Wiesbaden, 65 Jahre
21.04.: Prof. Dr. med. Theodor Schöndorf, Bad Schwalbach, 85 Jahre
23.04.: Dr. med. Ralph Kuner, Mainz, 65 Jahre
24.04.: Dr. med. Luzia Müller, Eltville, 70 Jahre
25.04.: Dr. med. Stefan Mosler, Usingen, 85 Jahre
28.04.: Dr. med. Sarajevo Sejad Zukic, Mainz, 65 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Fortsetzung

- 29.04.: Dr. med. Jörn Kreyenfeld, Wiesbaden, 65 Jahre
- 29.04.: Hans Erdmann, Runkel, 75 Jahre
- 30.04.: Dr. med. Ingeborg Kölchen-Korang, Hadamar, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.04.: Dr. med. Riccardo Saina, Darmstadt, 90 Jahre
- 02.04.: Dr. med. Dr. med. dent. Roland Vogt, Lautertal, 65 Jahre
- 02.04.: Darwish Mostafa, Groß-Umstadt, 90 Jahre
- 07.04.: Dr. med. Friederike Mohri, Heppenheim, 75 Jahre
- 18.04.: Dr. med. Achim Küppers, Darmstadt, 65 Jahre
- 18.04.: Dr. med. Annedore Protze, Michelstadt, 70 Jahre
- 19.04.: Dr. med. Lothar Erbenich, MPH (LLUAHSC) Darmstadt, 70 Jahre
- 22.04.: Birgit Kirchgeßner, Mörfelden-Waldorf, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 01.04.: Dr. med. Christian Wolf, Marburg, 65 Jahre
- 01.04.: Dagmar Stuhldreher, Schwarzenborn, 75 Jahre
- 02.04.: Ursula Weinfortner, Wetzlar, 75 Jahre
- 09.04.: Dr. med. Karola Völker, Frankenberg, 80 Jahre
- 10.04.: Dr. med. Dietrich Pernice, Marburg, 80 Jahre
- 11.04.: Dr. med. Peter Kirschner, Frankenberg, 75 Jahre
- 20.04.: Dr. med. Peter Berressem, Marburg, 85 Jahre
- 21.04.: Dr. med. Ulrich Schu, Marburg, 65 Jahre
- 24.04.: Dr. med. Almut Wallrath, Bad Wildungen, 65 Jahre
- 25.04.: Med.-Dir. i. R. Dr. med. Reinhard Wagner, Borken, 70 Jahre
- 27.04.: Dr. med. Thomas Hannich, Biedenkopf, 65 Jahre
- 28.04.: Dr. med. Dieter Stübinger, Neustadt, 75 Jahre
- 28.04.: Dr. med. Gerhard Schuchardt, Stadtallendorf, 85 Jahre

Nachruf

Die Landesärztekammer Hessen trauert um Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein

* 28.11.1926 † 30.12.2025

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein wurde am 28.11.1926 in Stettin geboren. Nach seiner Freilassung aus der britischen Kriegsgefangenschaft studierte er in Berlin, Göttingen und Heidelberg Medizin. Das Staatsexamen legte er im Dezember 1952 ab und wurde gleichzeitig promoviert. Den Facharzt für Innere Medizin erlangte er 1960 in München und erhielt noch im gleichen Jahr die Venia Legendi für Innere Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zwei Jahre später wurde er an der Medizinischen Universitätsklinik in Kiel leitender Oberarzt. Dort wurde er 1966 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. 1971 übernahm er die Leitung der Medizinischen Abteilung des Bürgerhospitals in Frankfurt am Main und habilitierte sich an die Frankfurter Universität um. Er war bis zum Eintritt in den Ruhestand 1991 nicht nur Chefarzt, sondern auch Beauftragter für ärztliche Fortbildung in der Bezirksärztekammer Frankfurt.

Gottstein war nicht nur Präsident und Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Mitglied in der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Mitglied im Ausschuss „Sanitätswesen im Katastrophen- und Zivilschutz“ der Bundesärztekammer, sondern auch Vertreter der Gesundheitskommission der Stadt Frankfurt am Main, Mitglied im Arbeitskreis „Palliativmedizin“ der Landesärztekammer Hessen, Gründungs- und Vorstandsmitglied des Fördervereins für das Evangelische Hospital für Palliative Medizin in Frankfurt, welches 1996 eröffnet wurde. Mit damals 20 Palliativbetten war es die erste Einrichtung dieser Art in Hessen und die dritte in Deutschland. Er setzte sich leidenschaftlich dafür ein, die Palliativmedizin durch Aufklärung stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken. Geprägt durch einen zutiefst christlichen Geist und seine Erlebnisse während der NS-Zeit und im Zweiten Weltkrieg setzte



Foto: Andreas Schoelzel

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein

er sich in besonderer Weise für die Friedensförderung und die Vermeidung von Kriegen ein. So wurde Gottstein Initiator und Gründungsmitglied der deutschen Sektion der „Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges“. Dieses Bemühen um friedliche Konfliktlösungen betrachtete er als humanitäre ärztliche Aufgabe, die ihn selbst immer wieder ins Ausland geführt hatte.

Für sein vielfältiges Engagement erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, den Senckenberg-Wissenschaftspreis, die Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen und die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Ich denke gern an unser letztes Wiedersehen in der Landesärztekammer Hessen anlässlich der Würdigung besonders verdienter Mitglieder zurück.

Nicht nur die hessischen Ärztinnen und Ärzte werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Gottstein hat bleibende Spuren hinterlassen.

Dr. med. Edgar Pinkowski

Präsident der
Landesärztekammer Hessen

Wir gedenken der Verstorbenen

Foto: © haidanac - stock.adobe.com

Dr. med. Helga Bock, Eschwege
* 10.11.1936 † 03.05.2025

Dr. med. Karl-Ludwig Burkardt,
Bad Homburg
* 27.03.1931 † 28.11.2025

Dr. med. Renate Fritz, Frankfurt
* 11.08.1943 † 09.04.2025

Dr. med. Peter Fuchs, Wiesbaden
* 13.06.1952 † 09.11.2025

Dr. med. Fredo Geipert, Hüttenberg
* 21.05.1939 † 22.11.2025

Karin Grünewald-Schlosser, Gießen
* 09.12.1959 † 16.05.2025

Dr. med. Armin-Burkhard Heils, Fulda
* 29.08.1963 † 22.12.2025

Dr. med. Martina Lemmer, Usingen
* 10.03.1960 † 02.08.2025

Dr. med. Elisabeth Mollenhauer,
Taunusstein
* 22.09.1936 † 10.11.2025

Dr. med. Doris Mechthild
Möller-Schütte,
Darmstadt
* 22.02.1943 † 11.12.2025

Dr. med. Johannes Müller, Bad Camberg
* 25.12.1950 † 17.06.2025

Dr. med. Hossein Nowidi, Wiesbaden
* 23.12.1930 † 20.12.2025

Dr. med. Sabine Eleonore Pabst, Gießen
* 25.02.1981 † 14.01.2026

Dr.-medic Belonica Poplicher, Offenbach
* 17.01.1942 † 22.06.2025

Dr. med. Gotthard Römer, Gemünden
* 12.11.1949 † 22.12.2025

Dr. med. Maria Dorothea Schewe,
Hünfeld
* 01.04.1945 † 13.06.2025

Dr. med. Werner Schlotmann, Alzey
* 24.10.1937 † 04.12.2025



Dr. med. Wolfgang Schmidt, Pfungstadt
* 23.09.1940 † 13.01.2026

Prof. Dr. med. Erich Schmitt, Wiesbaden
* 25.03.1933 † 10.11.2025

Dr. med. Annette Schneider, Florstadt
* 30.09.1955 † 19.11.2025

Dr. med. Maria Schulte-Herbrüggen,
Frankfurt
* 02.07.1943 † 21.06.2025

Dr. med. Gerhard Stadler,
Bad Soden
* 09.06.1948 † 02.11.2025

Dr. med. Heidrun Stroemer,
Bad Homburg
* 09.02.1954 † 03.07.2025

Dr. med. Hans-Jürgen Talartschik,
Kassel
* 09.02.1958 † 12.01.2026

Dr. med. Wolfgang Weber, Kassel
* 19.10.1951 † 09.04.2025

Dr. med. Reinhard Wichels, Hanau
* 26.02.1930 † 03.11.2025

Dr. med. Gertrud Zielski, Langen
* 09.06.1940 † 20.12.2025

Dr. med. Andreas Zierold, Wetter
* 07.01.1958 † 26.11.2025

In Ausgabe 02/2026 gab es aus technischen Gründen
keine Trauermeldungen.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

- 05.04.: Dr. med. Sonja Käbisch,
Linden, 70 Jahre
06.04.: Ute Haas, Alsfeld, 70 Jahre
06.04.: Dr. med. Klaus Rathey,
Hüttenberg, 75 Jahre
06.04.: Hans-Werner Schläfer,
Gießen, 75 Jahre
11.04.: Dr. med. Holger Repp,
Schotten, 65 Jahre
12.04.: Dr. med. Sibylle Starzacher,
Lich, 80 Jahre
14.04.: Dr. med. Monika Deutscher,
Wetzlar, 70 Jahre
19.04.: Rüdiger Engel, Haiger, 75 Jahre
21.04.: Dr. med. Ingolf-Birger Askevold,
Gießen, 75 Jahre
21.04.: Anita Barczynski,
Wetzlar, 75 Jahre
26.04.: Dr. med. Edgar Pinkowski,
Pohlheim, 70 Jahre
26.04.: Dr. med. Dieter Böhm,
Herborn, 85 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 05.04.: Ursula Maaßen, Kassel, 75 Jahre
08.04.: Dr. med. Wilhelm Friedrich
Körling, Künzell, 75 Jahre
09.04.: Dr. med. Rainer Bährens,
Fulda, 70 Jahre
09.04.: Reimar Fricke, Kassel, 80 Jahre
14.04.: Dr. med. Carsten Mohr,
Kassel, 65 Jahre
14.04.: Dr. med. Annerose Alberding,
Melsungen, 75 Jahre
21.04.: PD Dr. med. Andreas Hertel,
Fulda, 70 Jahre
23.04.: Dr. med. Michael Höpfner,
Kassel, 65 Jahre
25.04.: Dr. med. Stefan Peter,
Kassel, 70 Jahre
25.04.: Dr. med. Hedwig Espendiller,
Bad Wildungen, 75 Jahre
26.04.: Dr. med. Winfried Hudemann,
Dipperz, 75 Jahre
27.04.: Helga Kehl, Kassel, 65 Jahre
27.04.: Dr. med. Eberhard Gild,
Ahnatal, 75 Jahre
28.04.: Dr. med. Ernst-Ulrich Steinhauer,
Vellmar, 75 Jahre
29.04.: Dr. med. Gunther Schladitz,
Bad Wildungen, 80 Jahre

Jahresabschluss der Landesärztekammer Hessen

Bilanz zum 31. Dezember 2024, Landesärztekammer Hessen – Körperschaft des öffentlichen Rechts,

AKTIVA	31.12.2024 EUR	31.12.2023 EUR
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
1. Software	342.900,59	472.245,57
2. Anzahlungen auf Software	<u>326.625,78</u>	<u>217.556,22</u>
	669.526,37	689.801,79
II. Sachanlagen		
1. Grundstücke und Bauten	36.758.150,59	38.218.032,67
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	<u>1.287.985,47</u>	<u>1.560.632,69</u>
	38.046.136,06	39.778.665,36
III. Finanzanlagen		
1. Beteiligungen	3.000,00	3.000,00
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	<u>12.808.005,67</u>	<u>12.575.750,65</u>
	<u>12.811.005,67</u>	<u>12.578.750,65</u>
	51.526.668,10	53.047.217,80
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
a) Forderungen aus Kammerbeiträgen	6.208.408,72	2.885.428,00
b) Sonstige Forderungen	1.422.458,21	1.753.445,51
2. Sonstige Vermögensgegenstände	<u>375.600,42</u>	<u>65.263,61</u>
	8.006.467,35	4.704.137,12
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten		
	<u>9.383.647,74</u>	<u>8.627.180,42</u>
	17.390.115,09	13.331.317,54
C. Rechnungsabgrenzungsposten		
	135.902,15	211.749,19
	69.052.685,34	66.590.284,53
Treuhandvermögen		
	348.554,64	347.313,39

Anhang 2024

I. Allgemeines

Die Landesärztekammer Hessen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und hat ihren Sitz in Frankfurt am Main. Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2024 wurde nach den deutschen handelsrechtlichen Rechnungslegungsvorschriften und nach den Vorschriften der Haushalt- und Kassenordnung der Landesärztekammer Hessen aufgestellt. Die Gliederung der

Gewinn- und Verlustrechnung orientiert sich am Haushaltspfand der Körperschaft.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode

vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen 3 und 5 Jahren bei EDV-Programmen, zwischen 12,5 und 50 Jahren bei Gebäuden und Außenanlagen und 3 bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Nicht inventarisierte geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von T€ 1 werden sofort abgeschrieben.

zum 31. Dezember 2024

Frankfurt am Main

P A S S I V A	31.12.2024 EUR	31.12.2023 EUR
A. Eigenkapital		
I. Rücklagen		
1. Betriebsmittelrücklage	10.910.559,92	10.910.559,92
2. Rücklage Weiterentwicklung Immobilie Bad Nauheim	4.493.023,42	4.493.023,42
3. Rücklage Immobilie Frankfurt	4.211.398,38	4.420.374,83
4. Rücklage Immobilie Bad Nauheim	1.380.501,91	1.643.674,14
5. Rücklage allgemein (§ 3 Abs. 6 Haushalts- und Kassenordnung)	<u>2.616.259,23</u>	<u>0,00</u>
	23.611.742,86	21.467.632,31
II. Bilanzgewinn	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>
	<u>23.611.742,86</u>	<u>21.467.632,31</u>
B. Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse	1.745.281,37	1.876.711,01
C. Rückstellungen		
1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	28.625.204,75	28.867.235,98
2. Sonstige Rückstellungen	<u>1.967.958,56</u>	<u>1.885.548,58</u>
	30.593.163,31	30.752.784,56
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	9.935.627,23	10.892.647,94
2. Verbindlichkeiten aus Kammerbeiträgen	338.864,37	133.155,74
3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	611.920,98	743.319,68
4. Sonstige Verbindlichkeiten	2.215.719,22	724.033,29
davon aus Steuern:		
EUR 207.268,80 (Vj: EUR 204.968,29)		
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit:		
EUR 12.589,50 (Vj: EUR 4.976,14)		
	<u>13.102.131,80</u>	<u>12.493.156,65</u>
E. Rechnungsabgrenzungsposten	366,00	0,00
	<u>69.052.685,34</u>	<u>66.590.284,53</u>
Treuhandverbindlichkeiten	348.554,64	347.313,39

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt. Der Sonderposten wird entsprechend der Abschreibungsdauer der bezuschussten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst.

Die Beteiligungen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

Die Wertpapiere des Anlagevermögens sind mit ihren Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren Kurswert zum Bilanzstichtag angesetzt.

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen unge-

wisse Forderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 11. Juni 2025 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der Wirtschaftsprüfungs-gesellschaft SWS Schüller Mann und Partner AG ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststel-lung des Jahresergebnisses 2024 sowie

die Entlastung des Präsidiums empfoh-len. Die Delegiertenversammlung hat am 22. November 2025 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ver-sehenen Jahresabschluss 2024 zuge-stimmt. Dem Präsidium wurde ohne Ge-genstimme Entlastung erteilt.

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Entwicklung des Anlagevermögens der Landesärztekammer Hessen

Anschaffungs- oder Herstellungskosten

	Stand 1.1.2024 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	Stand 31.12.2024 EUR
I. Immaterielle Vermögensgegenstände				
1. Software	2.219.248,58	119.613,98	0,00	2.338.862,56
2. Anzahlungen auf Software	217.556,22	109.069,56	0,00	326.625,78
	2.436.804,80	228.683,54	0,00	2.665.488,34
II. Sachanlagen				
1. Grundstücke und Bauten	54.114.107,65	0,00	0,00	54.114.107,65
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	6.837.515,31	160.610,69	0,00	6.998.126,00
	60.951.622,96	160.610,69	0,00	61.112.233,65
III. Finanzanlagen				
1. Beteiligungen	3.000,00	0,00	0,00	3.000,00
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	12.684.200,12	13.166.912,39	-12.987.391,90	12.863.720,61
	12.687.200,12	13.166.912,39	-12.987.391,90	12.866.720,61
	76.075.627,88	13.556.206,62	-12.987.391,90	76.644.442,60

Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (noch nicht abgeschlossene Beitragsveranlagungen) wurden mit einem durchschnittlichen Beitragssatz, der sich aus den für 2024 veranlagten Kammerbeiträgen ergibt, abzüglich eines Sicherheitsabschlags, angesetzt. Der unter dem aktiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesene Betrag wurde in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrundeliegenden Verträge ermittelt.

Das Eigenkapital der Landesärztekammer besteht aus der Betriebsmittelrücklage, gemäß § 3 Abs. 5 der Haushalts- und Kasenordnung, die den regelmäßigen Betriebsmittelbedarf von mindestens 3 und höchstens 6 Monaten decken soll. Die Betriebsmittelrücklage darf sich innerhalb dieses Korridors bewegen, aber die maximale Sollrücklage von 6 Monaten nicht überschreiten. Eine Unterschreitung der minimalen Sollrücklage ist hingegen im Falle ausreichender flüssiger Mittel zulässig. Bei einem absehbaren Verlassen des Korridors sind das Präsidium und der Finanzausschuss mit Gegenmaßnahmen zu befassen. Des Weiteren hat die Landesärz-

tekammer zweckgebundene Rücklagen zur Finanzierung von langfristig nutzbaren Vermögensgegenständen des Anlagevermögens (Immobilien) gebildet.

Zur Bildung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wurden die Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem Teilwertverfahren unter Verwendung der Richttafeln 2018G von Prof. Dr. Klaus Heubeck vorgenommen. Im Jahr 2024 wurde ein Zinssatz in Höhe von 1,90 % zur Abzinsung verwendet, der dem Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO auf der Basis eines 10-Jahres-Durchschnitts entspricht (1,82 % zum 31.12.2023). Zwischen der LÄKH und dem Personalrat wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Änderung der Regelung für die betriebliche Altersversorgung der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vereinbart. Der interne Rechnungszins wird bis 31.12.2020 mit 2,00 % (vorher 3,25 %) festgeschrieben. Der Renteneckwert wird einmalig zum 01.01.2018 um 2,00 % erhöht und in den darauffolgenden Jahren um 1,5 %. Sofern sich ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte (mindestens 0,5 %-Punkte) –

orientiert an dem aufsichtsrechtlich für Versicherungen maßgeblichen Höchstrechnungszins –, wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen. Ausgangspunkt für die Betrachtung der Verzinsung ist der Höchstrechnungszins mit Stand vom 01.01.2018. Dieser wird alle drei Jahre überprüft. Bisher mussten keine Anpassungen vorgenommen werden.

Des Weiteren wurden die nachfolgenden Parameter bei der Berechnung berücksichtigt:

Gehaltstrend p. a. 2,25 %
Rententrend p. a. 1,00 %

Der für Zwecke der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach § 253 Abs. 6 HGB verwendete durchschnittliche Marktzinsatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre beträgt 1,96 % p. a. Der Unterschiedsbetrag beträgt TEUR 254, der grundsätzlich einer Ausschüttungssperre unterliegt.

Als Ruhestandsbeginnalter wurde die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem RV-Altersgren-

Stand 1.1.2024 EUR	Abschreibungen			Zuschreibungen			Buchwerte	
	Abschreibungen Berichtsjahr EUR	Änderung der gesamten Abschreibungen i. Z. m. Abgängen EUR		Stand 31.12.2024 EUR	Zuschreibungen Berichtsjahr EUR	Stand 31.12.2024 EUR	Stand 31.12.2023 EUR	
1.747.003,01 0,00	248.958,96 0,00	0,00 0,00	1.995.961,97 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	342.900,59 326.625,78	472.245,57 217.556,22	
1.747.003,01	248.958,96	0,00	1.995.961,97		0,00	669.526,37	689.801,79	
15.896.074,98	1.459.882,08	0,00	17.355.957,06		0,00	36.758.150,59	38.218.032,67	
5.276.882,62	433.257,91	0,00	5.710.140,53		0,00	1.287.985,47	1.560.632,69	
21.172.957,60	1.893.139,99	0,00	23.066.097,59		0,00	38.046.136,06	39.778.665,36	
0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	3.000,00	3.000,00	
108.449,47	115.122,62	-52.667,82	170.904,27		115.189,33	12.808.005,67	12.575.750,65	
108.449,47	115.122,62	-52.667,82	170.904,27		115.189,33	12.811.005,67	12.578.750,65	
23.028.410,08	2.257.221,57	-52.667,82	25.232.963,83		115.189,33	51.526.668,10	53.047.217,80	

zenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 angesetzt.

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf einem Gutachten der Firma Mercer. Die Bewertung wird mittels der sog. „Projected-Unit-Credit-Methode“ (PUC-Methode) durchgeführt. Der Rückstellungsbetrag gemäß der PUC-Methode ist definiert als der versicherungsmathematische Barwert der bis zum Stichtag zeitanteilig erdienten Jubiläumsleistungen. Der Rückstellungsbetrag wurde unter Einbeziehung von Trendannahmen hinsichtlich der zukünftigen Anwartschaftsentwicklung sowie evtl. Fluktuationswahrscheinlichkeiten ermittelt. Als biometrische Rechnungsgrundlagen wurden die Richttafeln 2018G von Prof. Dr. Klaus Heubeck verwendet. Die Bewertung erfolgte mit einem Zinssatz von 1,96 % p. a., einem Gehaltstrend von 2,25 % p. a.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Die Bilanzierung erfolgt mit dem Erfüllungsbetrag. Sofern die Restlaufzeit der Rückstellungen mehr

als ein Jahr beträgt, wurden die Rückstellungen mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre abgezinst.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag bilanziert.

III. Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

1. Anlagevermögen

Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagenpiegel ersichtlich.

2. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände

Sämtliche Forderungen sind innerhalb eines Jahres fällig.

3. Sonstige Rückstellungen

Die sonstigen Rückstellungen betreffen im Wesentlichen mit T€ 625 Jubiläumsrückstellungen, T€ 370 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub, T€ 347 Rückstellungen für Archivierung, T€ 235 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten sowie T€ 232

Rückstellungen für ausstehende Rechnungen sowie T€ 36 Rückstellungen für sonstige Personalkosten.

4. Verbindlichkeiten

Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr betragen € 1,0 Mio. (Vj. € 1,0 Mio.), von mehr als einem Jahr € 9,8 Mio. (Vj. € 10,7 Mio.) und davon mehr als 5 Jahren € 6,6 Mio. (Vj. € 7,6 Mio.). Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten sind in voller Höhe über eine Grundschuld auf das Kammergebäude in Frankfurt besichert.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig.

5. Gewinn- und Verlustrechnung

Der Aufwand aus der Abzinsung von langfristigen Rückstellungen für Pensions- und Jubiläumsverpflichtungen beträgt T€ 512 (Vj. T€ 500) und wird im Personalaufwand ausgewiesen.

6. Ergebnisverwendung

Das Ergebnis von T€ 2.616 (Jahresüberschuss unter Berücksichtigung der Rück-

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2024, mit Gegenüberstellung zum Haushaltsvoranschlag 2024

AUFWENDUNGEN	31.12.2024 EUR	31.12.2023 EUR
I. Personalaufwendungen		
1. Löhne und Gehälter	15.292.044,06	14.263.508,38
2. Aushilfen	143.952,28	139.378,83
3. Gesetzlicher sozialer Aufwand	2.888.534,04	2.743.610,04
4. Aufwand Altersversorgung inkl. Rückstellung	726.846,13	942.380,92
5. Berufsgenossenschaft	155.815,91	155.045,12
6. Leihpersonal	65.496,90	0,00
7. Sonstiger Personalaufwand inkl. Rückerstattung	390.899,72	578.902,53
	19.663.589,04	18.822.825,82
II. Aufwandsentschädigungen		
1. Aufwandsentschädigung Gremien	1.845.457,67	1.557.908,30
2. Freie Mitarbeiter, Honorare, Vergütungen	2.443.269,04	2.340.128,29
	4.288.726,71	3.898.036,59
III. Abschreibungen	2.142.523,73	2.020.105,83
IV. Sonstige Aufwendungen		
1. Raumkosten	2.461.128,65	1.920.463,66
2. Werbe-, Bewirtungs- und Reisekosten	1.046.714,99	1.052.979,37
3. EDV- und Kommunikationskosten	1.120.900,90	1.150.791,63
4. Büro- und Verwaltungskosten	477.885,89	488.343,98
5. Beiträge, Zuschüsse, Zuwendungen	1.913.076,64	1.914.017,78
6. Übrige betriebliche Kosten	860.593,21	849.794,48
	7.880.300,28	7.376.390,90
V. Neutraler Aufwand	415.315,68	358.517,80
VI. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	349.276,46	280.829,32
VII. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	7.209,26	2.025,81
Summe der Aufwendungen	<u>34.746.941,16</u>	<u>32.758.732,07</u>

lagenentnahme) wurde gemäß § 3 Abs. 6 der HKO der Allgemeinen Rücklage zugeführt. Die Delegiertenversammlung wird über die Verwendung (Zuführung zur Betriebsmittlerücklage bzw. zu zweckgebundenen Rücklagen) gemäß Vorschlag des Finanzausschusses entscheiden.

IV. Sonstige Pflichtangaben

1. Sonstige finanzielle Verpflichtungen

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen T€ 1.867 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2030.

2. Durchschnittliche Zahl der Beschäftigten

Während des Geschäftsjahrs 2024 waren durchschnittlich 297 Arbeitnehmer bei der Körperschaft beschäftigt.

3. Angaben zu den Organen der Landesärztekammer und deren Bezüge

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehören in der Legislaturperiode September 2023 bis 2028 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

- Dr. med. Edgar Pinkowski – Präsident
- Dr. med. Christian Schwark – Vizepräsident
- Monika Buchalik – erste Beisitzerin
- Michael Andor – Beisitzer
- Dr. med. Lars Bodammer – Beisitzer

- Dr. med. Wolf Andreas Fach – Beisitzer
- Dr. med. Christine Hidas – Beisitzerin
- Dr. med. Barbara Jäger – Beisitzerin
- Dr. med. Susanne Johna – Beisitzerin
- Dr. med. H. Christian Piper – Beisitzer
- Dr. med. Hansjoachim Stürmer – Beisitzer
- Jutta Willert-Jacob – Beisitzerin
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer

Im Geschäftsjahr 2024 erhielten die Mitglieder des Präsidiums für ihre Tätigkeit im Vorstand Aufwandsentschädigungen in Höhe von T€ 346.

Für den Präsidenten, den Vizepräsidenten und die erste Beisitzerin wurden Rückstellungen für Übergangsgelder gebildet. Sie belaufen sich zum 31.12.2024 auf T€ 127.

ERTRÄGE	31.12.2024 EUR	31.12.2023 EUR
I. Kammerbeiträge	22.811.547,42	23.634.149,66
II. Übrige Erträge		
1. Fort- und Weiterbildung	4.253.547,63	3.812.846,80
2. Überbetriebliche Ausbildung	1.801.925,00	1.823.895,00
3. Gutachterliche Tätigkeiten	1.380.679,02	1.383.027,31
4. Anerkennungen Fortbildungsveranstaltungen	495.604,00	472.359,26
5. Sonstige Gebühren und Geldbußen	173.900,25	177.940,25
6. Drittveranstaltungen, Bewirtungen, Gästehaus	225.915,15	287.683,02
7. Kostenerstattungen	3.831.403,05	3.684.583,59
8. Mitgliedsbeiträge Akademie	383.500,00	395.100,00
9. Sonstige Erträge	466.217,81	129.073,82
	13.012.691,91	12.166.509,05
III. Neutraler Ertrag	205.064,07	277.432,90
IV. Zinsen und ähnliche Erträge	861.748,31	701.515,19
Summe der Erträge	36.891.051,71	36.779.606,80
Jahresüberschuss vor Rücklagendotierung	2.144.110,55	4.020.874,73
V. Entnahmen aus zweckgebundenen Rücklagen	472.148,68	472.148,69
VI. Einstellung in die allgemeine Rücklage gemäß § 3 Abs. 6 Haushalts- und Kassenordnung	-2.616.259,23	-4.493.023,42
Summe der Erträge	34.746.941,16	32.758.732,07

4. Ereignisse nach dem Abschlussstichtag
Vorgänge von besonderer Bedeutung nach dem Abschlussstichtag, über die zu berichten wäre, liegen nicht vor.
Frankfurt am Main, 11. Juni 2025
Dr. med. Edgar Pinkowski

Dr. med. Christian Schwark
Monika Buchalik
Michael Andor
Dr. med. Lars Bodammer
Dr. med. Wolf Andreas Fach
Dr. med. Christine Hidas

Dr. med. Barbara Jäger
Dr. med. Susanne Johna
Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Hansjoachim Stürmer
Jutta Willert-Jacob
Dr. med. Peter Zürner

Bitte Ihre Kontaktdaten aktuell halten

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

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

Herzlichen Dank, Ihre Redaktion

Lagebericht 2024 der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

1 Geschäftstätigkeit und Rahmenbedingungen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über das Berufsrecht und die Kammern der Heilberufe (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert am 17. September 2024, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 26. März 2024, sind Organe der Kammer

- die Delegiertenversammlung sowie
- das Präsidium.

Der Verwaltungssitz der Kammer befindet sich in 60314 Frankfurt am Main, Hanauer Landstr. 152.

In Bad Nauheim ist das Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen ansässig. Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Carl-Oleemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Im „Gästehaus der Carl-Oleemann-Schule“ werden vorwiegend die Teilnehmer der überbetrieblichen Ausbildung beherbergt.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt/Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen vor allem die berufspolitischen Aufgaben der Landesärztekammer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinter-

bliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind. Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in seiner gültigen Fassung sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

Zu den Kernaufgaben der Kammer (gemäß dem Hessischen Heilberufsgesetz) zählen u. a.:

- Ausübung einer Berufsaufsicht, d. h. die LÄKH überwacht die Kammermitglieder bei der Erfüllung ihrer Berufspflichten
- Förderung der beruflichen Fortbildung der Kammermitglieder, z. B. Durchführung und Zertifizierung von Fortbildungsmaßnahmen
- Organisation der ärztlichen Weiterbildung, z. B. Erlass einer Weiterbildungsordnung und Abnahme von Facharztprüfungen
- Wahrnehmung der Berufsinteressen der Kammermitglieder
- Beratung von Politik und Verwaltung
- Abgabe von Fachgutachten auf Verlangen von zuständigen Behörden und Benennung von Sachverständigen für Gerichte

- Schlichten von Streitigkeiten zwischen Berufsangehörigen und/oder Dritten, die aus der Berufsausübung entstanden sind, ggf. Einsetzen einer Berufsgerichtsbarkeit
- Prüfungsabnahme bei Medizinischen Fachangestellten und Arzthelper/-innen
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Förderung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

2 Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

2.1 Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der Mitgliederbestand hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt (siehe Tabelle 1).

Das Beitragsaufkommen (Betriebsleistung) des laufenden Veranlagungsjahres lag wegen der schwierigen Personalsituation in der Beitragsbuchhaltung mit T€ 823 unter dem Vergleichswert des Vorjahres (T€ 23.634). Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 2.305 (Vorjahr T€ 699) erzielt werden.

Die gesamten Personalaufwendungen sind mit T€ 19.664 im Vergleich zum Vorjahr um T€ 1.029 gestiegen.

Bei den sonstigen Aufwendungen sind mit T€ 7.880 um T€ 504 gestiegen, beispielsweise durch höhere Aufwendungen für Instandhaltung, Postdienstleistungen und EDV-Betriebskosten.

Tab. 1: Mitgliederbestand der Landesärztekammer Hessen

(Quelle: Beitragsbuchhaltung)

	Stand 31.12.2023	Stand 31.12.2024	Entwicklung	%
Beitragspflichtige Mitglieder	33.652	34.527	875	3 %
Beitragsfreie Mitglieder	5.882	5.622	-260	-4 %
Gesamt	39.534	40.149	615	2 %

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 25.11.2023 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsplan 2024 umfasst einen Investitionshaushalt in Höhe von T€ 827 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale- und Finanzerträge) in Höhe von T€ 37.745 bzw. Aufwendungen (einschließlich Neutrale- und Finanzaufwendungen) in Höhe von T€ 38.053. Daraus ergibt sich ein geringfügiger Jahresfehlbetrag von T€ -307. Das Ergebnis von T€ 2.616 (Jahresüberschuss unter Berücksichtigung der Rücklagenentnahme) wurde gemäß § 3 Abs. 6 HKO der Allgemeinen Rücklage zugeführt. Die Delegiertenversammlung beschließt am 22. November 2025 auf Grundlage der Empfehlung des Finanzausschusses/des Präsidiums die Zuführung der Allgemeinen Rücklage in zweckgebundene Rücklagen.

Die Haushaltspositionen im Verwaltungshaushalt lt. Haushalts- und Kassenordnung verhielten sich im Einzelnen zu den Planansätzen wie folgt:

- A.I. „Kammerbeitrag“: negative Planabweichung (T€ -703)
- A.II. „Übrige Erträge“: negative Planabweichung (T€ -305)
- B.I. „Personalaufwand“: positive Planabweichung (T€ 2.925)
- B.II. „Aufwandsentschädigung, Freie, Honorare“: positive Planabweichung (T€ 261)
- B.III. „Abschreibungen auf Sachanlagen“: negative Planabweichung (T€ -8)
- B.IV. „Sonstige Aufwendungen“: positive Planabweichung (T€ 661)
- F. „Neutrales Ergebnis“: negative Planabweichung (T€ -337)
- G. „Finanzergebnis“: positive Planabweichung (T€ 430)

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 399 unterschritten.

Die tatsächlichen Investitionen betrugen T€ 428 und verhielten sich im abgelaufenen Jahr zu den Haushaltansätzen wie folgt:

- I. „Immaterielle Wirtschaftsgüter“: negative Planabweichung (T€ -35) (Die Titelüberschreitung ist gem. § 3 der

Haushaltsplan 2026

Der von der Delegiertenversammlung am 22. November 2025 beschlossene Haushaltsplan 2026 liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung in der Zeit vom

9. bis 20. März 2026

im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, Büro des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag

von 9 bis 12 Uhr, Montag und Donnerstag von 14 bis 17 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 14 bis 16 Uhr) für alle Kammerangehörigen zur Einsichtnahme aus. Wir bitten um vorherige Anmeldung.

Frankfurt/Main, 12.01.2026

gez. Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Haushalts- und Kassenordnung durch entsprechende Erträge gedeckt bzw. wird mit anderen Aufwendungen ausgeglichen.)

- II. „Immobilien“: positive Planabweichung (T€ 275)
- III. „Betriebs- und Geschäftsausstattung“: positive Planabweichung (T€ 110)

Die Bilanzsumme stieg gegenüber dem Vorjahr (T€ 66.590) um T€ 2.463 auf T€ 69.053.

U. a. haben sich folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzposten ergeben:

Aktivseite:

- deutlicher Anstieg der Forderungen aufgrund der Rückstände bei der Veranlagung.
- leichter Anstieg der flüssigen Mittel u. a. durch den in der Höhe ungeplanten positiven operativen Cash Flow.

Passivseite:

- deutlicher Anstieg des Eigenkapitals durch das positive Jahresergebnis.
- Anstieg der sonstigen Verbindlichkeiten im Wesentlichen durch die komplette Auszahlung des genehmigten Haushaltes für das Krebsregister durch das Land Hessen.

Durch den Jahresüberschuss im Berichtsjahr in Höhe von T€ 2.144 erhöht sich das Eigenkapital auf T€ 23.612 (Vorjahr T€ 21.468).

Das Ergebnis von T€ 2.616 (Jahresüberschuss unter Berücksichtigung

Rücklagenentnahme) steht für die Rücklagendotierung zur Verfügung. Die Delegiertenversammlung wird über die Verwendung des im Jahresabschluss in die allgemeine Rücklage gemäß § 3 Abs. 6 der Haushalts- und Kassenordnung eingestellten Betrages (T€ 2.616) gemäß Vorschlag des Finanzausschusses/des Präsidiums entscheiden.

Bei einer vollständigen Zuführung zur zweckgebundenen Rücklage beträgt die Betriebsmittelrücklage T€ 10.911 (ansonsten T€ 13.527 bei Verbleib in der BMRL).

Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln höchstens für sechs und mindestens für drei Monate gedeckt sein soll (Betriebsmittel lt. Haushaltsplan 2024: T€ 38.053, d. h. für sechs Monate = T€ 19.026 bzw. für drei Monate T€ 9.513). Damit beträgt die Überdeckung der 3-Monats-Mindestrücklage T€ 1.397.

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 51.527 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 64.890 (Rücklagen, langfristige Rückstellungen und Verbindlichkeiten) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad, der idealerweise > 100 % betragen sollte, beläuft sich auf 126 %.

2.2 Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

Es bestehen die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“,

der Fonds „Geriatrische Forschung“ sowie der „Fonds der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“. Insgesamt betragen die Treuhandvermögen zum 31.12.2024 T€ 348 (Vorjahr T€ 347). Diese sollen sukzessive durch Mittelverwendung für zweckgebundene Projekte abgebaut werden. Bezüglich der Sonderfürsorgefonds in den Bezirksärztekammern fasste die Delegiertenversammlung am 25.03.2023 den Beschluss, deren Zwecke in Anlehnung an das Stiftungsrecht umzuwidmen, sodass die Mittel zukünftig verwendet werden können. In der jüngeren Vergangenheit konnten die Mittel aufgrund einer engen Zweckbindung nicht verausgabt werden.

2.3 Personalbericht

Die Entwicklung des Personalbestandes verlief überwiegend im Rahmen des Stellenplans für 2024, wenn auch nicht alle geplanten Maßnahmen zum gewünschten Zeitpunkt realisiert werden konnten. Weitestgehend erfolgten Besetzungen von Planstellen sowie Wiederbesetzungen von Stellen ausgeschiedener und langfristig ausgestiegener Mitarbeiter/-innen, gegebenenfalls befristet.

Für den Großteil der Kammerbelegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung. Weniger als 1 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterlagen in 2024 den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 01.01.2010 geltenden Tarifvertrag TV-H.

Die Niedrigzinssituation führte in den vergangenen Jahren zu steigenden Rückstellungen in der betrieblichen Altersversorgung in Form der Direktzusage. Neben der bereits vor Jahren erfolgten Schließung des Systems der betrieblichen Altersversorgung über eine Direktzusage und der Umstellung auf ein beitragsfinanziertes Modell der betrieblichen Altersversorgung wurde dem Problem der steigenden Rückstellungen zusätzlich dadurch entgegengewirkt, dass in dem System der Direktzusage eine Absenkung der internen Verzinsung von 3,25 % auf 2 % ab dem 01.01.2018 mit dem Personalrat vereinbart wurde. Dies führt nach wie vor zu einer gebremsten Dynamik der zukünfti-

gen Anspruchszuwächse, welche sich direkt auf die Entwicklung der Rückstellungen für die betriebliche Altersversorgung auswirkt. Sofern sich – gemessen am Höchstrechnungszins für Versicherungen – ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte, wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen. Die veränderte Zinssituation hat den Trend der steigenden Rückstellungen vorübergehend umgekehrt. Auch in 2024 sind die Pensionsrückstellungen leicht gesunken. Jedoch hat die Zinssituation noch kein Ausmaß angenommen, welches eine Anpassung der internen Verzinsung zur Folge hat.

3 Voraussichtliche Entwicklung

Ergebnis, Eigenkapital und Liquidität

Dank des nicht geplanten Jahresüberschusses stehen Mittel zur Verfügung, um die Risikovorsorge zu erhöhen.

Der Haushalt 2025 weist einen Jahresüberschuss von T€ 72 aus. Durch die Bildung einer zweckgebundenen Rücklage ist Vorsorge getroffen, um das strategische Ziel ausgeglichener Haushalte zu erfüllen. Dadurch soll die Eigenkapitalausstattung stabil bleiben.

4 Risikobericht

4.1 Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurz- bis mittelfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen. Kurzfristige Liquiditätsengpässe zu Beginn der Veranlagung können bei Bedarf kurzfristig durch die Entnahme aus dem Wertpapiervermögen ausgeglichen werden. Mit fortschreitender Veranlagung und Vereinnahmung der Beiträge werden die entnommenen Mittel wieder zurückgeführt.

4.2 Kreditrisiko

Zum Bilanzstichtag bestanden zwei Anlitätendarlehen zur Finanzierung des Immobilienkaufs in Höhe von T€ 9.936, die im Jahr 2019 (nominal T€ 15.000)

ausgezahlt wurden. Die Laufzeit beträgt 15 Jahre. Lt. der mittelfristigen Finanzplanung sollen die Zins- und Tilgungszahlungen aus dem geplanten operativen Cash Flow bis zum Ende der Laufzeit bedient werden.

4.3 Ertragsrisiko

Gemäß § 10 des Heilberufsgesetzes ist die Landesärztekammer Hessen berechtigt, für die Inanspruchnahme von Kammereinrichtungen und für Leistungen, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgabenerfüllung erbringt, Kosten (Gebühren und Auslagen) nach Maßgabe der jeweiligen Kostensatzung zu erheben. Darüber hinaus erhebt die Landesärztekammer Hessen zur Deckung ihrer Kosten nach Maßgabe des Haushaltplanes von den Kammerangehörigen Beiträge aufgrund einer Beitragsordnung (§ 10). Somit kann ein Ertragsrisiko nahezu ausgeschlossen werden.

4.4 Risikomanagement

Ein standardisiertes Risikofrüherkennungssystem für die Landesärztekammer Hessen wurde 2010 implementiert und wird seitdem laufend angepasst. Die Ergebnisse liegen in Form von strukturierten Dokumenten vor.

Das implementierte Risikofrüherkennungssystem berücksichtigt die wesentlichen Geschäftsbereiche der Kammer. In detaillierten Dokumenten sind unter eindeutiger Zuweisung von Verantwortlichkeiten alle Kammerbereiche und -ebenen im Rahmen der Erstellung des jährlichen Haushaltsvoranschlags einbezogen. Die getroffenen Maßnahmen reichen zur Früherkennung bestandsgefährdender Risiken aus und sind geeignet, ihren Zweck zu erfüllen. Damit sind für das Berichtsjahr weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die LÄKH erkennbar.

4.5 Stabsstelle IT

Die Bedrohungslage durch Cyberangriffe hat sich deutlich verschärft. Es wurden viele Maßnahmen ergriffen, die den Schutz der EDV-Infrastruktur gewährleisten sollen. Dazu zählen erweiterte Filtermöglichkeiten des Datenverkehrs, Investitionen in den Ausbau der Datensicherung

(Offline-Datensicherung, Bandsicherungen) sowie Maßnahmen, um die Verfügbarkeit der Anwendungen und der Daten der Landesärztekammer sicherzustellen. Dazu zählt auch ein Notstromaggregat, um bei Stromausfall die Kernkomponenten der IT-Infrastruktur betreiben zu können.

Auch werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu dem Thema IT-Sicherheit kontinuierlich geschult.

Trotz aller EDV-Schutzmaßnahmen und einer Sicherheitsarchitektur, die an die Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) angelehnt ist, ist eine vollständige Sicherheit der elektronisch vorgehaltenen Daten auch in der Landesärztekammer Hessen nicht zu gewährleisten. Aus diesem Grund besteht zusätzlich eine Cyberversicherung.

4.6 Qualitätsmanagement

In der Carl-Oleemann-Schule wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001 implementiert.

5 Sonstige Angaben

5.1 Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz

In § 2 des Hessischen Krebsregistergesetzes (KRG HE) ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet ist. § 1 der Verordnung zum Hessischen Krebsregistergesetz regelt deren Aufgaben. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten. In ihm wurde vereinbart, dass das Land sämtliche Kosten für diese Vertrauensstelle übernimmt und die Landesärztekammer von den damit verbundenen Risiken der Finanzierung, der Beschäftigung und der Haftung weitgehend freistellt.

Demnach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes zu 100 %. Sie werden in einem separaten Haushalt ausgewiesen.

Im Jahr 2025 sind 54 Mitarbeiter (46,44 VZÄ) im Haushaltsplan vorgesehen und vom Land genehmigt worden.

Das Hessische Krebsregister arbeitet seit Oktober 2014 als klinisch-epidemiologisches Krebsregister und war zuvor ein rein epidemiologisches Krebsregister. Die Finanzierung des Hessischen Krebsregisters erfolgt zum überwiegenden Teil aus Geldern der GKV und PKV, welche durch so genannte Krebsregisterpauschalen pro registriertem Fall an das Land Hessen gezahlt werden. Durch ein solides betriebswirtschaftliches Vorgehen in den letzten Jahren konnte durch dieses Finanzierungsmodell gar ein Überschuss von mehreren Millionen Euro erwirtschaftet werden. In mehreren Abstimmungsrunden zw. Land und GKV-Landesvertretern wurde vereinbart, dass diese Überschüsse abgeschmolzen werden müssen. Dies wurde durch eine deutliche Reduzierung der Krebsregisterpauschale für die Jahre 2023 (5 Euro statt 110,05 Euro) und 2024 (55 Euro statt 114,05 Euro) eingeleitet. Die Vorgehensweise in den beiden Jahren war jedoch noch nicht ausreichend, um eine signifikante Reduzierung der erwirtschafteten Überschüsse zu erlangen. Daher ist auch für 2025 eine Reduzierung der Fallpauschale auf nun 88 Euro statt 121,40 Euro vorgesehen. Nach aktuellen Berechnungen ist davon auszugehen, dass Ende 2027 die Überschüsse größtenteils abgeschmolzen sein werden. Die Krankenkassen sind laut § 65c SGB V verpflichtet, 90 % der Betriebskosten der klinischen Landeskrebsregister in Deutschland zu finanzieren. Bei einer weiterhin soliden Fortführung der klinischen Krebsregistrierung ist davon auszugehen, dass diese Finanzierung auch über das Jahr 2027 hinaus sichergestellt sein wird.

Am 25. Oktober 2024 lud das Krebsregister anlässlich der zehnjährigen klinischen Krebsregistrierung in Hessen zu einer Jubiläumsfeier ein. Die Veranstaltung, die in den Räumen der Landesärztekammer Hessen stattfand, bestand aus verschiedenen Workshops und einem Symposium. Rund 130 Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Medizin, Krebsregistrierung und Tumordokumentation sind der Einladung des Krebsregisters gefolgt. In spannenden Vorträgen konnte aufgezeigt werden, was das Hessische Krebsregister bis

her erreicht hat und wo das Hessische Krebsregister einen wertvollen Beitrag leistet. So wurde aus der Praxis aufgezeigt, wie wichtig die Bedeutung von Krebsregisterdaten für das Mammographie-Screening und die onkologischen Früherkennungsprogramme (oKFE) sind. Der Blick nach vorn zeigte, dass die Krebsregister auch als Forschungsressource immer mehr wahrgenommen werden. Durch die stärkere Anbindung des ambulanten Sektors in der Krebsregistrierung werden auch zunehmend mehr Daten generiert, welche die Therapie und den Verlauf betreffen. Die Aussagekraft der Daten des Hessischen Krebsregisters nimmt weiter zu, Patientenströme werden sichtbar, die Versorgung von Tumorpatienten wird hessenweit und über die Landesgrenzen hinaus ersichtlich. Die Nutzbarmachung der Daten steht zunehmend im Fokus.

Die Jahresrechnung 2024 für die Vertrauensstelle wurde gem. öffentlich-rechtlichem Vertrag mit Schreiben vom 28.05.2025 dem Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege zugestellt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 3.650 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlten Abschlagszahlungen ergab sich ein Verbindlichkeitsbetrag in Höhe von T€ 1.047, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Ministeriums verrechnet werden soll.

5.2 Ethik-Kommission

Die Ethik-Kommission bewertet derzeit klinische Arzneimittelprüfungen sowohl nach AMG in der alten Fassung (Richtlinie 2001/20/EG über die Anwendung der guten klinischen Praxis (CTD)) als auch nach CTR/AMG (EK registriert mit Bescheid vom 29.09.2017).

Die EU hat am 31.07.2021 den Beschluss über die Übereinstimmung des EU-Portals und der EU-Datenbank für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln mit den Anforderungen gemäß Artikel 82 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 des Europäischen Parlamentes und Rates veröffentlicht. Die EU-Verordnung 536/2014 (CTR) trat am 31.01.2022 in Kraft. Zwischen dem 01.02.2022 und

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

31.01.2023 konnten initiale AMG-Studien wahlweise über das elektronische EU-Portal CTIS eingereicht werden, seit dem 01.02.2023 sind diese nur noch über CTIS einzureichen; die noch nach CTD genehmigten klinischen Prüfungen müssen bis zum 31.01.2025 in CTIS transitioniert werden. Die anhaltenden technischen Probleme (siehe z. B. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 08.03.2023) von CTIS führen auch weiterhin in der LÄKH zu einem erhöhten Personaleinsatz und -bedarf.

Mit dem Medizinforschungsgesetz, welches am 29.10.2024 verkündet wurde, ergeben sich sukzessive weitreichende Veränderungen für die Bewertung von Studien nach AMG/CTR, MPDG und StrlSchG. Diese Veränderungen treten jedoch in der überwiegenden Zahl erst ab 2025 in Kraft. So wird es u. a. zum 01.07.2025 die Spezialisierte Ethik-Kommission für besondere Verfahren beim BfArM geben, die zunächst als Bundes-Ethik-Kommission in der Diskussion war. Es ist davon auszugehen, dass dies bei der Landesärztekammer Hessen zu einem Rückgang der Studien nach AMG/CTR sowie zu einer Steigerung

der Anträge nach StrlSchG und IVDR (MPDG) führt.

Bei der Bewertung von klinischen Prüfungen von Medizinprodukten wurden das deutsche Medizinproduktegesetz (MPG) und seine Begleitverordnungen am 26.05.2021 durch die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte [Medical Device Regulation – MDR] und das nationale MPDG ersetzt. Die Ethik-Kommision bewertet somit laufende Verfahren nach altem Recht (MPG und MPKPV; § 99 Abs. 4 MPDG) weiter; neue Verfahren nun auch nach MDR und MPDG.

Bei der Bewertung von In-vitro-Diagnostika im Rahmen von Leistungsbewertungsprüfungen wurden das MPG und seine Begleitverordnungen zum 26.05.2022 durch die Verordnung (EU) 2017/746 über In-vitro-Diagnostika [IVDR] und das nationale MPDG ersetzt. Die Ethik-Kommission bewertet somit laufende Verfahren nach altem Recht (MPG und MPKPV; § 100 Abs. 3 MPDG) weiter; neue Verfahren nun auch nach IDVR und MPDG.

Bei der berufsrechtlichen Beratung nach § 15 der BO schreitet auf bundesweiter Ebene – BÄK und AKEK gemeinsam – die Harmonisierung des Beratungsverfahrens

weiter fort. Im Juni 2024 wurde ein gemeinsamer Verfahrensvorschlag von BÄK und AKEK zur Harmonisierung verabschiedet. § 15 der hess. BO wurde zum 01.01.2025 entsprechend angepasst. Die Anzahl der Zweitvoten wird sukzessive auf Null gehen, dafür wird die Prüfung der (Erst-)Voten intensiver und aufwendiger werden.

5.3 Sponsoringrichtlinie

Im Sinne von Complianceregeln hat die Landesärztekammer Hessen eine Sponsoringrichtlinie verfasst, die von der Delegiertenversammlung am 29.11.2014 verabschiedet wurde.

5.4 Wechsel in der Geschäftsführung

Der Wechsel in der ärztlichen Geschäftsführung fand wie vorgesehen zum 1. Januar 2024 statt. Frau Nina Walter folgte Herrn Dr. Alexander Marković als Geschäftsführerin nach.

Frankfurt am Main, 11. Juni 2025

Landesärztekammer Hessen
– Das Präsidium –

Bücher



**Gine Elsner/Peter Tinnemann:
Bevölkerungsmedizin
& öffentliche Gesundheit**

**Geschichte des Gesundheitsamtes
Frankfurt am Main**
VSA Verlag Hamburg 2025,
ISBN 9783964882417, 24.80 €

Zu den Autoren: Prof. Dr. med. Gine Elsner ist ehemalige Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin im Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, PD Dr. med. habil. Peter Tinnemann aktuell Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main.

Sich mit dem Gesundheitsamt zu beschäftigen, erscheint bei oberflächlichem Blick unnötig, was machen die eigentlich? Die Corona-Epidemie hat die Arbeit der Gesundheitsämter in das Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Das Buch befasst sich jedoch nicht in erster Linie mit der Corona-Epidemie. Es ermöglicht, sich mit deren Funktion bei Epidemien und in der Bevölkerungsmedizin auseinanderzusetzen. Zu dieser Geschichte gehört auch die Wahrnehmung dessen, was seit der Weimarer Zeit und in der nationalsozialistischen Diktatur an den Gesundheitsämtern geschah. Die Weimarer Republik initiierte viele Re-

formprojekte, die Aufgaben für die Gesundheitsämter, die nach 1917 (Frankfurt am Main) gegründet wurden. Zunehmend an Bedeutung gewannen die soziale Vorsorge und Fürsorge, Sozialhygiene und Medizin, insbesondere für die unteren Bevölkerungsschichten.

Das Aufkommen des Nationalsozialismus führte jedoch die Gesundheitsämter in die grausame Zwangspolitik der Ausgrenzung und Vernichtung. Die reformatorischen Ideen wurden zerstört, aktive Medizinerinnen und Mediziner entfernt. Die Ausrichtung einer „Züchtung“ einer deutschen arischen gesunden Bevölkerung entfernte deren Aktivitäten von der Sorge für die Bedürftigen in schlechten Wohnungen und mit schlechten materiellen Verhältnissen. Mit dem Ende der Nazizeit hatte auch das Frankfurter Gesundheitsamt Schwierigkeiten, sich von dieser Ausrichtung zu erholen. Aktuell ist die Stärkung der Bevölkerungsmedizin nicht nur wichtig, sondern auch für die soziale Funktion in der Gesellschaft, in den Schulen, Kitas, in der Wahrnehmung der Not von Menschen in schlechten Wohnquartieren überaus bedeutsam.

Das Gesundheitsamt hilft, Prävention aktiv zu betreiben. Immer noch sind wichtige Kapitel zur Funktion von Institutionen, wie den Gesundheitsämtern, in der Nazizeit nicht ausreichend erforscht. Das Buch leistet einen wichtigen Beitrag hinzu. Der aktuelle Leiter des Gesundheitsamtes und die renommierte Sozialwissenschaftlerin leisten einen wichtigen Beitrag hinzu.

Dr. med. Siegmund Drexler

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 Böhnel, 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-Oleemann-Schule)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;

Karl Klamp, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen

Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haeb@laekh.de

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

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

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

Geschäftsleitung: Joachim Herbst

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram

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

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

[Abo-Service@aerzteverlag.de](mailto:abo-service@aerzteverlag.de)

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

Ermäßiger 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: DAAEDEDD

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 12, gültig ab 01.01.2026

Druckauflage: 11.333 Ex.; Verbreitete Auflage: 11.165 Ex.

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

86. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln



Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:
Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:
kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 4
vom 25.03.2026
ist am Mittwoch, dem 04.03.2026**

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

SORGE FÜR DIE GESUNDE ENTWICKLUNG UNSERER STADT.

Bereit für eine Aufgabe für Herz und Verstand?
Dann bewirb dich im Stadt-Up Frankfurt.



Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt Frankfurt gehört mit über 300 Mitarbeitenden in acht Fachabteilungen zu den größten in Deutschland. Unsere Aufgaben sind vielfältig und gleichzeitig herausfordernd: wir wehren Gefahren ab, wir beraten und behandeln, wir impfen und untersuchen, wir forschen und sichern, wir sorgen vor und sind im Notfall zur Stelle.

Die Abteilung Psychische Gesundheit umfasst neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst auch Angebote für junge Menschen und die Psychiatriekoordination der Stadt Frankfurt am Main.

Für das Sachgebiet „Psychische Gesundheit für Erwachsene, ältere Menschen und vulnerable Gruppen“ suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine:n

**Fachärztin:Facharzt (w/m/d)
Psychiatrie und Psychotherapie
Vollzeit, Teilzeit, EGr. 15 TVöD + Zulage**

Die vollständige Stellenausschreibung finden Sie auf unserer Karriereseite
www.StadtFrankfurtJobs.de
oder scannen Sie einfach den QR-Code.
Bitte bewerben Sie sich **bis zum 08.04.2026**.



STADT FRANKFURT AM MAIN

Stadt Frankfurt am Main | DER MAGISTRAT
Römerberg 23 | 60311 Frankfurt am Main | www.frankfurt.de

Prof. Dr. med.

Thomas Weber

Psychiater/Psychiaterin (m/w/d) zur Erstellung von Gutachten

nach SGB II mit Untersuchung vor Ort in Wiesbaden, auf Honorarbasis oder zur (Teilzeit-)Anstellung gesucht.

KONTAKT

Prof. Dr. med. Thomas Weber
Facharzt für Arbeitsmedizin, Facharzt für Innere Medizin
Praxis in der Wilhelm Fresenius Klinik, Tel. 0611 98827283
Aukammallee 39, 65191 Wiesbaden
weber@professor-weber-wiesbaden.de
www.professor-weber-wiesbaden.de

Fachärzt/-in o. Weiterbildungsassistent/-in für Gynäkologie & Geburtshilfe (m/w/d)

Es erwartet Sie: Teilzeit oder Vollzeit – flexibel gestaltbar, Angestelltenverhältnis mit fairer Vergütung, Perspektive auf Praxistilehaberschaft bei Interesse, Tankgeld oder Jobticket, Beteiligung an IGEL-Leistungen, Strukturierte Abläufe, moderne Ausstattung, kleine ambulante Eingriffe, Stanzbiopsien, Dysplasiesprechstunde, kollegiales, wertschätzendes Team, attraktive Lage im Hochtaunus mit guter Anbindung an Frankfurt.

Mail: dr.gstettner@frauenaerzte-steinbach.de
oder telefonisch 0174-3741562

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

Zeit für den Menschen – Zeit zum Leben.

 **AMD.BG BAU**
Arbeitsmedizinischer Dienst



Wir bieten Ihnen:



**Vereinbarkeit von
Familie und Beruf**

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



Fester Kundenstamm
mehr Zeit für ärztliche
Tätigkeiten – ohne
Akquise



Attraktive Vergütung
Dienstfahrzeug – auch
zur privaten Nutzung,
Möglichkeit zur Teil-
nahme am Bonusystem,
Vermögenswirksame
Leistungen (VWL)



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



FÄ/FA Pädiatrie ggf. mit SB Kinderendokrinologie-Diabetologie (m/w/d) zur Anstellung in einem endokrinologischen MVZ im Rhein Main Gebiet gesucht. Flexible Arbeitszeiten/Teilzeit-/Vollzeittätigkeit bei guter Honorierung. Diskretion und Vertraulichkeit selbstverständlich. Bewerbungen erbeten an kv.sitz@gmx.net

www.amd.bgbau.de

Chiffre- Anzeigen

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

1. Fügen Sie alle Dokumente in eine PDF-Datei zusammen und senden Sie die PDF-Datei als Sammeldokument per E-Mail an:
chiffre@aerzteverlag.de

2. Achten Sie darauf, dass Ihre PDF-Datei eine Größe von 1 MB nicht überschreitet.

3. Geben Sie die entsprechende Kennziffer im Betreff-Feld ein.

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

Vielen Dank!

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Chiffre-Abteilung
Postfach 1265
59332 Lüdinghausen
chiffre@aerzteverlag.de



Wir sind für Sie da!

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

Anzeigenmanagement
Telefon +49 (0) 2234 7011-290

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



Assistenzarzt Gynäkologie (m/w/d) im letzten/vorletzten Weiterbildungsjahr zum Facharzt/Fachärztin zur Frauenheilkunde und Geburts hilfe mit evtl. Option für Verlängerung zur Schwerpunktweiterbildung gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. WB-Ermächtigung liegt vor. Bewerbungen per email an:
dr.manolopoulos@offenbach-kinderwunsch.de

Verstärkung gesucht

Haben Sie Lust in einem erfahrenen und gut eingespielten Team und wertschätzender Arbeitsatmosphäre zu arbeiten?

Wir sind eine etablierte hausärztliche Praxis im vorderen Rheingau und suchen zur Verstärkung unseres Teams eine/n **FA/FÄ für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätigen/n Internist/in** in Voll- oder Teilzeit oder auch **WBA** (bevorzugt letztes Ausbildungsjahr). Späterer Einstieg gewünscht /2,5 KV-Sitze). Breites allgemeinmedizinisches Spektrum.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: post@familienpraxis-eltville.de

Suche Hausarzt/in

Hausärztliches/Kinderärztliches MVZ in Kreis Groß-Gerau/Langen/Wiesbaden/Darmstadt mit mehreren Standorten sucht ab sofort oder später FA für Innere/Allgemeinmedizin/Kinderheilkunde Vollzeit/Teilzeit, übertarifliches Gehalt, flexible Arbeitzeiten
mob.: 01707723006, jobs@praxishayat.de, jobs@pan-medical.de

Gynäkologin/Gynäkologe gesucht Frankfurt Innenstadt

Das MVZ am Salzhaus sucht ab dem 1.7.26 eine Frauenärztin/ einen Frauenarzt zur Anstellung für die gynäkologische Sprechstunde in Teilzeit, ab 2027 auch Vollzeit möglich. Wir bieten ein gehobenes Arbeitsumfeld, flexible Arbeitszeiten und ein nettes Kollegium.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung an
f.geka@gynprenat.de

Praxisabgabe

Assmus & Lauer Ges. f. Praxisvermittlung KG

vermittelt Ihre Praxis zuverlässig und diskret.

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

Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung KG
Nahestr. 46, 55593 Rüdesheim/Nahe Tel. 0671 92035840
ulrich@assmus-lauer-kg.de www.assmus-lauer-kg.de

Rufen Sie uns an!

Kassen- und Privatpraxis kostenfrei abzugeben

Langbestehend etablierte Facharztpraxis für Anästhesie und Schmerzmedizin (KV-Sitz) am Wiesbadener Kurpark aus Altersgründen baldmöglichst abzugeben. **HÄ 059821**

H N O - Vertragsarztsitz einer Doppelpraxis ;

Großstadt Rhein-Main-Gebiet ; hoher Umsatz und Gewinn ; altershalber Ende 2026 abzugeben.
HÄ 059791

Praxis für **Anästhesiologie** in **Wiesbaden** abzugeben.
Im Kundenauftrag. **HÄ 059845**

Gut gehende HNO-Praxis im Raum Frankfurt a.M.
Flexibel und günstig abzugeben. Vollausstattung, mit Op-Möglichkeit.
HÄ 059844

Kurse/Seminare/Veranstaltungen

Weitere Psychosomatikkurse und Balintgruppen im Jahr 2026 unter www.medico-seminare.de/seminare/psychosomatische-grundversorgung/ (anerkannt durch die Ärztekammer)
christ@akademie-quellen.de

Praxisgesuche

Suche hälftigen psychotherapeutischen KV-Sitz (Psychosomatik) in Kassel zum 01.01.2027

Finanzierung und fachliche Voraussetzungen sind vorhanden.
Kontakt: esistpsychosomatisch@gmail.com

Praxisräume

Kettenhofweg

Praxisräume in Bestlage am Opernplatz – Jetzt verfügbar!

In der begehrtesten Lage der Innenstadt – direkt am Opernplatz – entstehen repräsentative, moderne Praxisflächen für Ärztinnen und Ärzte. Die Einheiten sind flexibel teilbar und eignen sich ideal für Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen oder interdisziplinäre Zentren.

Ihre Vorteile

- Erstklassige Erreichbarkeit (U-Bahn, Straßenbahn, Parkmöglichkeiten)
- Barrierefreier Zugang und Aufzug
- Bezugsfertig nach Sanierung

Lage:

Opernplatz – das Herz der Innenstadt Frankfurts
Perfekt für Patient:innen, die Wert auf Komfort und zentrale Erreichbarkeit legen.

Bezugsfertig: auf Anfrage (kurzfristig)

Freie Flächen:

- 1. Obergeschoss mit 487 m²
- 4. Obergeschoss mit 522 m²

Kontakt:

Felix Brodt | Colliers International
Telefon +49 69 719192 275 | Mobil +49 151 70532320
Felix.Brodt@colliers.com, www.colliers.de

Praxisfläche in einem etablierten Ärztehaus in zentraler Lage

Offenbachs zu vermieten. 550 qm, mehrere Zimmer, flexible Aufteilung und Umbau nach Mieterwunsch möglich mit Beteiligung an den Umbaukosten, Repräsentativer Eingangsbereich, Aufzug, ausgestattete Teeküchen, Datenverkabelung für EDV. Auf Wunsch Klimaanlage, Dauermietparkplätze, Besucherparkplätze im öffentlichen Parkhaus in unmittelbarer Umgebung. **Tel. 0172-7536709**

Praxiseinrichtung



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

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

Unsere Leistungen:

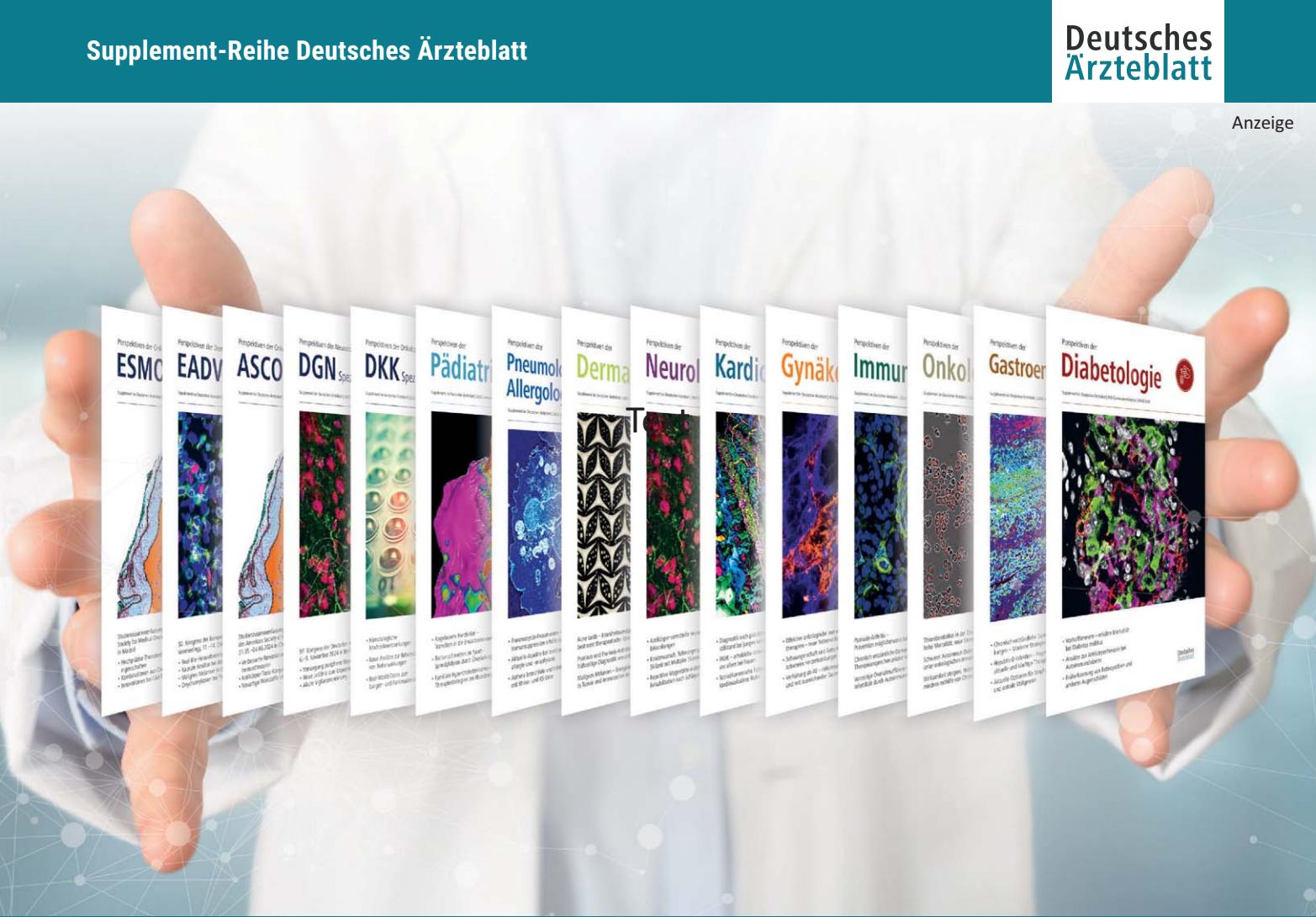
- Medizintechnik renommierter Hersteller
- Beratung, Planung, Einrichtung
- Teilweise und/oder komplett Einrichtung
- Umbau / Renovierung
- Baubegleitung
- Eigene Möbel- und Geräteausstellung

Dipl. - Ing. Keil + Kistler

GmbH u. Co. KG Medizintechnik

Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung





Fachwissen mit Relevanz

Die Supplements der Reihe Perspektiven des Deutschen Ärzteblattes fassen relevante und praxisorientierte Themen eines Fachgebietes für Sie zusammen.

Aktuell erscheinen: Perspektiven der ...

Dermatologie | Diabetologie | Gastroenterologie | Gynäkologie | Immunologie | Kardiologie
Neurologie | Onkologie | Pädiatrie | Pneumologie & Allergologie

Sonderausgaben zu Kongressen:

ASCO | EADV | ESMO | DGN | DKK

Ausgabe verpasst?

Alle ePaper finden Sie unter
www.aerzteblatt.de/epaper





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

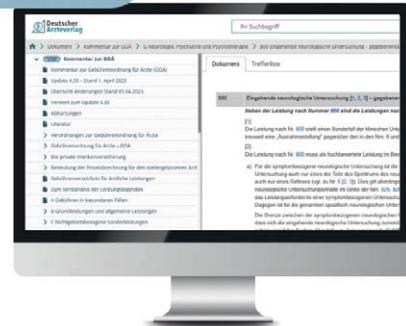
Privatliquidation stets aktuell und rechtssicher!



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

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

Kommentar zur GOÄ



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

**Einzelplatz-Lizenz mit 12-monatigem Zugang:
€ 109,99 inkl. MwSt.**

 **Mehrplatzlizenzen zu attraktiven Staffelpreisen – sprechen Sie uns gerne an:**

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

Jetzt 30 Tage gratis testen!