

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 4 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 87. Jahrgang



**70 JAHRE
LANDESÄRZTEKAMMER
HESSEN**



**100 JAHRE
HESSISCHES
ÄRZTEBLATT**



Foto: © Katja Kölsch | LÄKH | Collage: Lukas Reus

Akutes Abdomen

Überblick über Definition, diagnostisches Vorgehen und Differenzialdiagnosen des akuten Abdomens

Präsident im Gespräch

Im Interview spricht Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH, über aktuelle gesundheitspolitische Themen

Kataraktoperation

Die Entwicklungen von der Antike bis zu den heutigen Verfahren bei der Behandlung des Grauen Stars



Gut geschützt auf Reisen in Europa und weltweit – Impfungen für vorerkrankte und ältere Menschen

Livestream am Mittwoch, 10.06.2026, 16:30–18:00 Uhr

Damit Ihre Patientinnen und Patienten **von ihren Reisen gesund zurückkehren, braucht es eine individuelle Beratung zu den Reise-risiken** und einen sicheren und möglichst umfassenden Impfschutz. Unser Symposium bietet Ihnen wichtige Aspekte zu

- » sinnvollen Impfungen für Reisen in Europa und weltweit, insbesondere für vorerkrankte und ältere Menschen,
- » Reiseimpfungen bei immunschwächenden Vorerkrankungen sowie unter immunmodulierenden und -supprimierenden Therapien,
- » Herausforderungen und Lösungen für Reiseimpfungen in der allgemeinmedizinischen Praxis.

Bringen Sie Ihre Fragen ein!

Nutzen Sie die Gelegenheit, bereits vorab Ihre Fragen per E-Mail an events@aerzteverlag.de oder während des Symposiums live im Chat an die Experten zu richten.

Unsere Expertin und Experten*:

- » **Priv.-Doz. Dr. med. Silja Bühler**
Reisemedizinerin, Infektionsepidemiologisches Landeszentrum, Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg
- » **Prof. Dr. med. Tomas Jelinek**
Medizinischer Direktor des BCRT (Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin), Präsident der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin
- » **Prof. Dr. med. Jörg Schelling**
Facharzt für Allgemeinmedizin, Reisemedizin, Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin
- » **Dr. med. Mirko Steinmüller**
niedergelassener Rheumatologe und Infektiologe

Moderation:

- » **Dr. med. Susanna Kramarz**
Deutsches Ärzteblatt

On-Demand verfügbar nach der Veranstaltung



**JETZT KOSTENFREI
ZUM LIVESTREAM ANMELDEN**
aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2026

Mit freundlicher Unterstützung



MSD



Pfizer

sanofi

In Kooperation mit

**Deutsches
Ärzteblatt**

Veranstaltet von



**Deutscher
Ärzteverlag**

70 und quicklebendig

Longevity ist ja heutzutage in aller Munde. Apropos „in aller Munde“: Gesunde Ernährung ist ganz unbestritten ein wesentlicher Grundpfeiler, um ein langes und noch dazu möglichst gesundes Leben führen zu können. Zwei weitere entscheidende Faktoren sind Bewegung und soziale Kontakte.

Diese Aspekte der Lebensführung können wir in unserem Land zum Glück in wesentlichen Teilen selbst beeinflussen und damit unsere Selbstwirksamkeit deutlich unterstützen. Wie ist das eigentlich mit Institutionen, gelten die beiden letzten Empfehlungen nicht auch für diese?

Ich meine ja, denn auch eine altherwürdige Einrichtung wie unsere Landesärztekammer Hessen muss beständig in Bewegung bleiben und soziale, fachliche und politische Kontakte pflegen und unterhalten. Und das tut sie. Ich habe es schon in der Januar-Ausgabe gesagt: Stillstand bedeutet Rückschritt. So nimmt es daher nicht wunder, dass die Landesärztekammer Hessen im März ihren 70. Gründungstag sozusagen quicklebendig erlebte. Sieben volle Jahrzehnte, in denen viel passierte. Genaueres finden Sie auf den Seiten ab S. 198, die Ihnen einen Überblick über unsere Kammergeschichte geben. Der Blick zurück, auch wenn er Interessantes offenbart, genügt allerdings nicht, denn als Kammer wollen wir nicht nur verwalten, auch wenn dies ein Teil der uns gesetzlich auferlegten Aufgaben ist, sondern wir wollen im Rahmen unserer Möglichkeiten gestalten und mit guter politischer Arbeit ärztliche Arbeitsbedingungen und selbstredend die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten erhalten und verbessern. Die Frage nach den aktuellsten Herausforderungen beantworte ich in dem Interview auf S. 196.

Ungeachtet dieser Herausforderungen kann ich mit nun ebenfalls sieben Jahrzehnten Lebenserfahrung und 32 Jahren berufspolitischer Erfahrung sagen, dass Erfolg in der Berufspolitik einen langen Atem benötigt. Viele Argumente müssen immer wieder an vielen verschiedenen Stellen vorgebracht und selbstredend gut begründet werden. Dazu braucht es nicht nur Fach- und Sachkenntnisse, sondern eben auch eine gute Vernetzung. Und damit komme ich zu den (sozialen) Kontakten. Wie oft durfte ich erleben, dass Erläuterungen in einem persönlichen Gespräch mit der Gelegenheit für Rückfragen zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und vor allem zur Bereitschaft führen, gemeinsame Lösungen zu finden. So hilfreich und unverzichtbar Videokonferenzen auch sind, das persönliche Gespräch von Angesicht zu Angesicht ist nicht zu ersetzen, denn wir sind Menschen und damit soziale Wesen.

Das wirft die Frage auf, wie sozial die sogenannten Social Media denn wirklich sind? Eine vertiefte Erörterung an dieser Stelle wür-

de den Rahmen sprengen. Deshalb beschränke ich mich auf wenige Aspekte. Weder Kinder noch Jugendliche, aber auch nicht Erwachsene dürfen mit zweifelhaften Algorithmen zum Dauer-Scrollen verführt werden. Es tut uns allen nicht gut. Dennoch sollten wir die positiven Seiten von Social Media nutzen. Das tun wir auch als Kammer, denn Informationen lassen sich kaum schneller verbreiten als über diese bekannten Kanäle. Nicht zuletzt nutzen wir diese Wege, um gerade auch die jüngeren Kolleginnen zu erreichen und sie zu ermutigen, sich in der Kammer zu engagieren. Die ärztliche Selbstverwaltung lebt von der aktiven Beteiligung ihrer Mitglieder. Die Fortführung der langen Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung ist beileibe keine Selbstverständlichkeit, sondern muss vielmehr immer wieder von jeder Generation mit Leben erfüllt und verteidigt werden. Niemand kann die Geschichte der Ärztinnen und Ärzte sinnvoller lenken als wir selber. Wir wollen auch in Zukunft die Verantwortung für unsere Arbeit selbst übernehmen. Dafür stehe ich.



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

P.S. Fast hätte ich es vergessen: Das Hessische Ärzteblatt erschien vor 100 Jahren zum ersten Mal, siehe S. 195.



Foto: LÄKH

70 Jahre LÄKH & 100 Jahre Hess. Ärzteblatt
Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) feiert dieser Tage zwei besondere Jubiläen: Vor rund 100 Jahren erschien das erste Hessische Ärzteblatt und vor 70 Jahren wurde die LÄKH gegründet. Zeit für einen umfangreichen Blick auf die bewegende Geschichte.

195; 198



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

Präsident im Gespräch
Im Interview spricht der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Edgar Pinkowski, über aktuelle gesundheitspolitische Themen wie die Krankenhausreform, ärztliche Weiterbildung sowie das Hessische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz.

196

Editorial: 70 und quicklebendig	191
Aus dem Präsidium: Weiterbildung – Reduce to the Max: Ein Auftrag des deutschen Ärztetages	194
Ärztekammer: 100 Jahre Hessisches Ärzteblatt	195
Im Gespräch mit Dr. med. Edgar Pinkowski über aktuelle gesundheitspolitische Themen	196
70 Jahre Landesärztekammer Hessen	198
Ukrainehilfe: Klinikbettwäsche und Weiteres „kommt gut an“	207
„Das Medizinische Gutachten im Zivilprozess“: Interdisziplinäres Symposium für Ärzte und Richter	234
Fort- und Weiterbildung: Was ist der Unterschied zwischen Arbeitszeugnis und Weiterbildungszeugnis?	207
Akutes Abdomen, CME Teil 1	210
Webseminare des Hessischen Krebsregisters	213
Podcast zu Seltenen Erkrankungen: Kostenfreie CME-Fortbildung der Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH	217
Die Entwicklung und heutige Anwendung der Kataraktoperation	226
Lungenkrebsfrüherkennung	230
Rekonstruktion nach weiblicher Genitalverstümmelung – ein Fallbeispiel	236

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	218
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	224
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	240
Nachruf: Erinnerung an Sabine Riese	209
Nachruf auf Dr. med. Dipl.-Psych. Wolf Vogler	235
Leserbriefe: Über Jahrzehnte gesammelte Fachkompetenz an jüngere Kollegen weitergeben“	233



Foto: © Daniel – stock.adobe.com

Akutes Abdomen

Der zertifizierte Artikel, der in der nächsten Ausgabe fortgesetzt wird, gibt einen Überblick über Definition, diagnostisches Vorgehen und Differenzialdiagnosen des akuten Abdomens. Dieses wird häufig mit der Notwendigkeit einer dringlichen Operation gleichgesetzt.

210

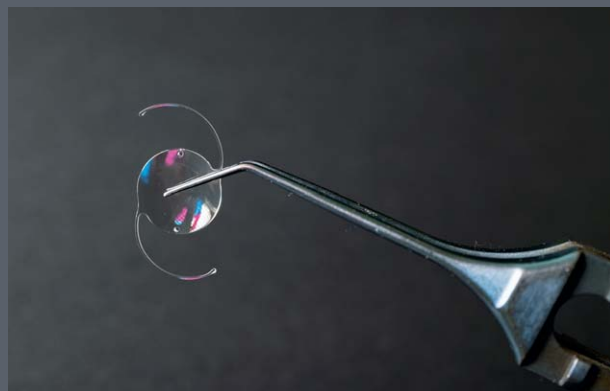


Foto: © wirestock – stock.adobe.com

Kataraktoperation

Der Graue Star (die Katarakt) ist eine der häufigsten Ursachen für Sehverlust weltweit, insbesondere bei älteren Menschen. Der Artikel befasst sich mit den Entwicklungen von der Antike bis zu den heutigen Verfahren bei der Behandlung des Grauen Stars.

226

Forum: Ärztliche Selbstfürsorge als Voraussetzung verantwortlicher Berufsausübung	208
Ergebnisse der Marburger Bund-Befragung PJ-Barometer 2025	214
Humanmedizin – Humane Medizin? 18. Ärztetag am Dom	216
Erfahrungsbericht: Vom Klinikalltag zum Rechtsverständnis	229
Kongress über viszeralmedizinische Themen	232
Medizin auf Rädern: Der Johanniter-Pflasterlaster im Frankfurter Bahnhofsviertel	237
Medizinisches Rätsel zu Ostern	240
Aus den Bezirksärztekammern: Medizin-Examensfeiern und Freisprechungsfeiern in Marburg und Darmstadt	238
Personalia: Hessischer Verdienstorden für Prof. Dr. Christian Jackisch	239
Impressum	244

Save the Date

Deutsch-Italienisches Symposium „KI in der Medizin“ am 28. August 2026

Veranstalter: Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer von Salerno (Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Salerno)

Wann? Fr., 28. August 2026, 10–18 Uhr

Wo? Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH

Moderation: Prof. Dr. med. Andreas Goldschmidt
Zertifizierung beantragt/Informationen zur Anmeldung folgen

Weiterbildung – Reduce to the Max

Ein Auftrag des deutschen Ärztetages

Die Autoren haben als Abgeordnete auf dem Deutschen Ärztetag 2024 den mehrheitlich angenommenen Antrag auf Straffung der Weiterbildung gestellt mit der Begründung:

Ziel ist ein besserer Kompetenzerwerb in kürzerer Zeit durch Priorisierung und Straffung der Weiterbildung und Verminderung von „leerer“ Stationsarbeit etc. Familienbedingte Verlängerungen der Weiterbildungszeit könnten vermindert werden. Arbeitsverdichtungen und ein „Arzt-light“ müssen vermieden werden.

Warum diese Forderung?

Die medizinische Wissenschaft schreitet stetig voran. Handlungskompetenzen werden immer differenzierter und spezieller. Grundfächer wie Chirurgie und Innere Medizin werden sukzessive durch die zunehmende Spezialisierung wie z. B. Kardiologie, Hämatonkologie, Gastroenterologie, Intensivmedizin u. a. mehr ersetzt. Und nach dem Facharzt fängt die Spezialisierung erst richtig an, in der Kardiologie gehören dazu Subspezialitäten wie z. B. interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Echokardiographie etc.

Es ist die Aufgabe von Bundesärzte- und Landesärztekammern, Rahmenbedingungen für die Weiterbildung zu definieren und so zu strukturieren, dass sie geordnet abläuft und die notwendigen Inhalte korrekt vermittelt werden. Nach den wiederholten Beschlüssen des Deutschen Ärztetages bedeutet das auch eine Fokussierung der Weiterbildung auf das Wesentliche. Unnötige Zeiten müssen vermieden werden, nur dann kann ausreichend früh mit einer weiteren Spezialisierung begonnen werden.

Dies ist kein einfaches Vorhaben. Viele unterschiedliche Interessen müssen untereinander sinnvoll ausgeglichen werden.

- Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf möglichst gut qualifizierte Ärztinnen und Ärzte.
- Krankenhäuser und Praxen möchten möglichst lange über gut qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung für die Regelversorgung und die Nacht- und Wochenenddienste verfügen.
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung haben Anspruch auf eine möglichst frühe Vermittlung von qualifizierenden Inhalten der Weiterbildung, seien es Narkoseführung, Ultraschall des Herzens oder Blasenspiegelung; dafür sollen klare Curricula zeitnah erarbeitet werden und einen zeitgerechten Abschluss der Weiterbildung erlauben.
- Die ärztlichen Berufsverbände wollen Neuerungen ihrer jeweiligen Fachgebiete in der Weiterbildung verankert wissen und er-



Fotos: Alex Kraus / Peter Jülich



„Perfektion ist nicht dann erreicht, wenn man nichts mehr hinzufügen, sondern wenn man nichts mehr weglassen kann.“

Antoine de
Saint-Exupéry

heben einen vermeintlich hoheitlichen Anspruch auf deren Definition.

- Weiterbilder sind im stressigen Tagesgeschäft herausgefordert, die in der Weiterbildungsordnung beschriebenen Kompetenzen zeitgerecht zu vermitteln.

Verbleibende Defizite der Weiterbildung nimmt das Papier der Zeugnisse geduldig zur Kenntnis.

Die gewünschte Straffung der Weiterbildung wird zum Teil auch von den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung kritisch gesehen:

- Fehlende Zeit, um alles genau kennenzulernen.
- Es ginge alles viel zu schnell, um gut durch die Rotation zu kommen.
- Warum ändern, wenn es erst vor acht bis zehn Jahren geändert wurde?
- „Es ist doch gut, so wie es ist.“
- Internisten (u. a. Fachärzte) müssen immer alles können, da können die Zeiten (nicht die Inhalte) gar nicht lange genug sein.

Allerdings: Die Vorgaben der Weiterbildungsordnung sprechen deutlich von einer Mindestweiterbildungsdauer. Reicht die Mindestzeit nicht, um die erforderlichen Kompetenzen für den Facharzt zu erarbeiten, verlängert sich die Weiterbildung. Kommt Elternzeit dazu oder wird die Arbeitszeit reduziert, kann die Weiterbildung ebenfalls nicht in der Mindestzeit abgeschlossen werden.

Weiterbildungszeit in der Medizin ist viel zu kostbar, um sie mit überflüssiger Bürokratie und Hilfsarbeiten auszufüllen. Eine straffe und modularisierte Weiterbildung, erforderlichenfalls mit curricularen Elementen, ist das gemeinsame Ziel. Was selten geleistet wird, auch weil es Personal und Ressourcen kostet, aber in der schnelllebigen Welt immer nötiger wird: regelmäßige Qualitätsprüfungen zur Durchführung von Weiterbildung, zum Beispiel durch freiwilliges Peer-Review und/oder stichpunktartige oder anlassbezogene Visitationen der Kammern.

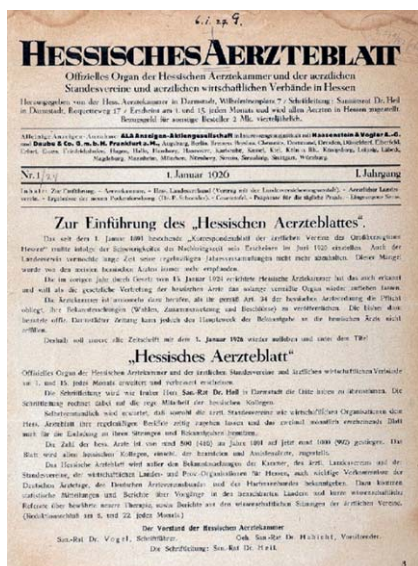
Das Motto Reduce to the Max, weniger ist mehr, würde allen Akteuren, Weiterbildenden wie Weiterzubildenden helfen. In diesem Sinn wünschen wir uns eine nüchterne und zielorientierte Diskussion für eine gute und zukunftsfähige Weiterbildung auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover im Mai 2026.

Dr. med. Wolf Andreas Fach (oberes Foto)
Dr. med. H. Christian Piper (unteres Foto)

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



100 Jahre Hessisches Ärzteblatt



Titelblatt der ersten Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes vom 1. Januar 1926.

Vor 100 Jahren wurde das „Hessische Ärzteblatt“ (HÄBL) aus der Taufe gehoben. Am 1. Januar 1926 erschien die erste Ausgabe des offiziellen amtlichen Mitteilungsorgans der Hessischen Ärztekammer, der ärztlichen Standesvereine und der ärztlichen wirtschaftlichen Verbände im Volksstaat Hessen. Hintergrund: Artikel 34 der hessischen Ärzteordnung von 1924 verpflichtete die Ärztekammer dazu, ihre Bekanntmachungen und Beschlüsse zu veröffentlichen.

Das Blatt war Nachfolgerin des 1891 gegründeten „Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine des Großherzogtums Hessen“, das sein Erscheinen im Juni 1920 aus wirtschaftlichen Gründen einstellen musste. Erster Schriftleiter des HÄBL wurde Sanitätsrat Dr. med. Karl Heil, der in der gleichen Funktion auch schon für das „Correspondenzblatt“ tätig gewesen war. Nach seinem Tod übernahm Dr. med. Carl Oelemann im Februar 1930 die Schriftleitung. Inhaltlich widmete sich das frühe HÄBL sowohl medizinischen Themen (Krankheiten und deren Therapie, Impfpflicht sowie Kampagnen zur Eindämmung des Alkohols und Nikotinmissbrauchs) als auch der Standespolitik. Außerdem informierte das Blatt über Fortbildungen, Kongresse, Ge-

bührenordnung und das Abrechnungswesen. Veröffentlicht wurden Erlasse und Verordnungen der Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege und Stellungnahmen der Kammer zu – die Ärzteschaft betreffenden – Gesetzen des Hessischen Landtages. Beiträge aus Wissenschaft, Kunst und Literatur rundeten die Themenpalette ab.

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten bedeutete auch für das Hessische Ärzteblatt eine Zäsur. Im September 1933 wurde das HÄBL eingestellt und durch den „Weckruf“, ein nationalsozialistisches Kampfblatt, ersetzt.

Neustart nach dem Krieg

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs plante die hessische Ärzteschaft die Einführung eines neuen Ärzteblattes und beauftragte Oelemann mit den Vorarbeiten. Am 20. Mai 1949 erschien die erste Ausgabe des neuen HÄBL mit Carl Oelemann als Schriftleiter. Nach Gründung der Landesärztekammer Hessen im Jahr 1956 hatte Oelemann die Schriftleitung des HÄBL noch bis 1957 inne. Nachfolger wurde Dr. med. Wilhelm Theopold. Neben einem standespolitischen und fachmedizinischen Teil befasste sich das Hessische Ärzteblatt inhaltlich auch in diesen Jahren mit medizinhistorischen Fragen und kulturgeschichtlichen Ereignissen.*

Mit dem Wechsel in der Chefredaktion des Hessischen Ärzteblattes im Jahr 1999 war eine Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes und der Inhalte verbunden. Als Hauptschriftleiter engagierte sich Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann, der viele Jahre wissenschaftlicher Leiter der Abteilung Klinische Literatur beim Springer Verlag in Heidelberg war, von 1999 bis 2014 für eine weitere Professionalisierung des Blattes. Bis 2010 stand ihm Dr. med. Michael Popović – seit 1987 Schriftleiter – zur Seite.

2014 und 2015 waren Jahre einschneidender Veränderungen: Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer, übernahm die Schriftlei-

tung des Hessischen Ärzteblattes. Zürner ist Verantwortlicher Redakteur des HÄBL und leitet die Redaktionskonferenz. Stv. Verantwortlicher Redakteur ist Dr. med. H. Christian Piper. Seit 2015 wird das HÄBL von der Stabsstelle Medien (heute: Stabsstelle Kommunikation) produziert, die sowohl ein neues Erscheinungsbild gestaltete als auch ein neues inhaltliches Konzept entwarf. Im Januar 2015 erschien die erste Ausgabe des HÄBL im neuen Gewand: Ein abwechslungsreiches Heft mit aktuellen Berichten und vertiefenden Hintergrundinformationen. Medizinische Fortbildungsartikel, Neuigkeiten aus der Kammer, gesundheitspolitische Kommentare, Interviews, Berichte aus der hessischen Ärzteschaft, kulturelle Highlights in Hessen und amtliche Bekanntmachungen machen den Themenmix aus. Und die Entwicklung schreitet voran: Das HÄBL wird digital. Seit Oktober 2023 erscheint das amtliche Mitteilungsorgan der LÄKH primär als Online-Ausgabe im Magazinformat. Mit Hessischem Ärzteblatt, Website, Newsletter, Social-Media-Kanälen und dem Portal bietet die Landesärztekammer ihren Mitgliedern ein breitgefächertes, interaktives Spektrum wichtiger und aktueller Informationen.

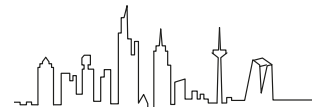
Katja Möhrle



Fotos: LÄKH

Neue Produktion mit der Ausgabe 01/2015 u. a. durchgehend im Farbdruck.

* Quelle: „Lest aber auch bitte unser Hessisches Ärzteblatt“, HÄBL 09/2016



„Einmal zerschlagene Strukturen lassen sich nur schwer wiederherstellen“

Im Gespräch mit Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, über aktuelle gesundheitspolitische Themen



Dr. med. Edgar Pinkowski

Zu Beginn des Jahres (Hessisches Ärzteblatt 1/2026, S. 14) warf Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), im Interview einen Blick auf umgesetzte Neuerungen und zukünftige Pläne der LÄKH. Im zweiten Teil spricht der Präsident über gesundheitspolitische Themen und Herausforderungen der Reformen im Gesundheitssystem.

Herr Dr. Pinkowski, welche gesundheitspolitischen Themen stehen aktuell auf Landesebene besonders im Fokus?

Dr. med. Edgar Pinkowski: Ein ganz zentrales Thema ist die Umsetzung der Krankenhausreform. Die Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung ist Teil der Daseinsvorsorge und für die Bürgerinnen und Bürger von erheblicher Bedeutung. Das zu gewährleisten, ist nicht nur für Hessen, sondern für ganz Deutschland eine gewaltige Herausforderung. Viel zu lange gab es im Grunde keine gezielte Krankenhausplanung. Solange ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung standen, fiel das kaum ins Gewicht.

Doch diese Zeiten sind vorerst vorbei. Unbestritten ist: Eine Gesellschaft ist umso leistungsfähiger und resilienter, je gesünder sie ist. Eine stabile und verlässliche Daseinsvorsorge ist nicht nur eine Beruhigung für die Bürger, sie ist auch eine Basis für soziale Ausgewogenheit und eine funktionierende Demokratie.

Was bedeutet das konkret für die

Krankenhauslandschaft?

Pinkowski: Krankenhäuser sind ein unverzichtbarer Bestandteil dieser Daseinsvorsorgen und müssen, je nach benötigter Behandlung, in einer zumutbaren Entfernung erreichbar sein. Das gilt auch für krisenhafte Situationen. Es muss gelingen, den Spagat zwischen Effizienz und Resilienz zu meistern, auch wenn es dabei zwicken könnte. Einmal zerschlagene Strukturen lassen sich nur schwer wiederherstellen. Zugleich nützt das modernste Krankenhaus in bester Lage nichts, wenn das erforderliche Personal fehlt – sowohl quantitativ als auch qualitativ.

Bezüglich des Personals ist auch die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses entscheidend. Welche Auswirkungen hat die Reform darauf?

Pinkowski: Die absehbare Schließung weiterer Krankenhäuser und die Beschränkung von Leistungen in anderen Häusern, denen nicht alle beantragten Leistungsgruppen zugewiesen wurden, stellen die ärztliche Weiterbildung vor erhebliche Herausforderungen. Es wird künftig ver-

mutlich weniger Einrichtungen geben, an denen eine Weiterbildung vollständig an einem Standort absolviert werden kann. Wechsel der Weiterbildungsstätte werden häufiger erforderlich sein. Wir werden uns deshalb auf allen Ebenen dafür einsetzen, dass diese Wechsel für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung so unkompliziert wie möglich gestaltet werden. Dafür braucht es Vereinfachungen oder Ausnahmen etwa für Weiterbildungsverbünde im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz sowie bei Anträgen auf Befreiung von der Deutschen Rentenversicherung.

Darüber hinaus benötigt gute Weiterbildung Ressourcen wie Zeit und Geld. Sie muss endlich adäquat refinanziert werden, im stationären ebenso wie im ambulanten Bereich. Die Weiterbildung zukünftiger Fachärztinnen und -ärzte ist eine Investition in die Zukunft, vor allem im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Sie haben sich auch kritisch zur Änderung des hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes geäußert. Warum?

Pinkowski: Seit dem 16. Dezember 2025 sieht die neue Gesetzesfassung vor, dass Personen vor Entlassung den örtlichen Ordnungs- und Polizeibehörden gemeldet werden müssen, wenn sie zuvor wegen Fremdgefahr untergebracht waren und aus medizinischer Sicht ohne Weiterbehandlung in absehbarer Zeit eine erhebliche Fremdgefährdung zu erwarten ist. Alternativ können sogenannte Fallkonferenzen unter Beteiligung dieser Behörden stattfinden.

Es ist zu befürchten, dass Ärztinnen und Ärzte aus haftungsrechtlichen Erwägungen solche Fallkonferenzen sehr niedrigschwellig einberufen. Diese Fallkonferenzen, zu denen alle potenziell zuständigen Stellen eingeladen werden müssen, binden personelle Ressourcen dann unnötigerweise. Eine psychiatrische Diagnose allein erlaubt keine verlässlichen Rückschlüsse auf die individuelle Gewaltbereit-



schaft. Solche Vorhersagen sind wie in vielen anderen Lebens- und Wissenschaftsbereichen nicht zuverlässig möglich.

Sind Meldungen oder Fallkonferenzen denn aus Ihrer Sicht geeignete Instrumente zur Gewaltprävention?

Pinkowski: Nein. Weder Meldungen an Ordnungs- und Polizeibehörden noch die sogenannten Fallkonferenzen sind geeignete Maßnahmen zur Verhinderung möglicher Gewaltvorfälle. Die Behörden sind schon rein personell nicht in der Lage, eine kontinuierliche Begleitung und wiederholte Kontaktierung zu gewährleisten. Auch sogenannte Gefährdungsansprachen sind bei psychisch erkrankten Menschen wenig hilfreich, da sich deren krankheitsbedingtes Verhalten nicht durch polizeiliche Ansprachen oder Überwachung beeinflussen lässt. Ein solches System suggeriert Sicherheit, bindet aber Ressourcen und könnte die ohnehin vielfach unterbesetzten sozialpsychiatrischen Dienste weiter schwächen. Die Gesetzesänderung mag ein Gefühl von Sicherheit erzeugen, verbessert jedoch weder die Sicherheitslage noch die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Entscheidend ist etwas anderes: Menschen mit psychischen Erkrankungen, bei denen unter bestimmten Umständen ein erhöhtes Risiko für Gewalttaten bestehen kann, etwa bei Suchterkrankungen oder Psychosen, benötigen eine frühzeitige und intensive Therapie. Hier müssen Ressourcen gezielt gestärkt werden. Die beste Prävention ist eine konsequente und adäquate Behandlung.

Im Mai steht die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf der Tagesordnung des Deutschen Ärztetages in Hannover an. Wo sehen Sie hier Handlungsbedarf?

Pinkowski: Ziel ist eine Entschlackung und Vereinfachung der Weiterbildung. Das ist eine Daueraufgabe, denn medizinisches Wissen und die Rahmenbedingungen entwickeln sich kontinuierlich weiter. Die Kunst besteht darin, Streichungen und Ergänzungen sorgfältig abzuwägen, ohne die Weiterbildungszeit unnötig zu verlängern oder unzulässig zu verkürzen. Aus meiner Sicht ist es in vielen Fachgebieten notwendig, einer zunehmenden Überspe-

zialisierung entgegenzuwirken. Fachärztinnen und -ärzte brauchen breite Grundkenntnisse und einen fundierten Überblick über ihr Fach, bevor sie sich zu früh subspezialisieren. Solche umfassenden Kenntnisse stärken auch die Resilienz der Versorgung in Krisensituationen.

Apropos Krisen: Welche Rolle spielt die Weiterentwicklung der zivil-militärischen Zusammenarbeit?

Pinkowski: Ihr reibungsloses Funktionieren ist nicht nur für den Bündnis- oder den hoffentlich nie eintretenden Verteidigungsfall relevant, sondern auch bei Naturkatastrophen wie im Ahrtal oder großflächigen technischen Störungen wie Stromausfällen. Wir müssen die Resilienz der ärztlichen Versorgung insgesamt stärken. Dazu gehören ganz praktische Fragen: Wie kann und sollte eine Praxis auf Katastrophenfälle vorbereitet sein? Welche Fortbildungsangebote sind notwendig? Wie wird der Informationsfluss gewährleistet? Wer steht im Ernstfall zur Verfügung? Diese und viele weitere Fragen müssen zeitnah und strukturiert geklärt werden.

Dazu wird das angekündigte Gesundheits-sicherstellungsgesetz hoffentlich die richtigen Weichen stellen. Dieses Gesetz muss die Vorbereitung auf krisenhafte Situationen ermöglichen, bevor die Krise eintritt. Andernfalls ist es schlicht und ergreifend zu spät. Der Führer ohne Reserve ist der Beobachter großer Ereignisse. Ein Befehlshaber ohne Reserven verliert die Kontrolle über das Geschehen und wird zum passiven Beobachter. Diese Aussage wird oft Moltke oder dem Umfeld von Clausewitz zugeschrieben.

Auch die Reform der Notfallversorgung steht erneut auf der Agenda. Was erwarten Sie?

Pinkowski: Ich hoffe sehr, dass der dritte Anlauf für ein entsprechendes Gesetz gelingt. Wir haben keine Zeit mehr für weitere Verzögerungen. Entscheidend ist eine wirksame Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene. Auf keinen Fall darf eine konkurrierende Säule parallel zu den üblichen Praxisöffnungszeiten etabliert werden. Auch wenn den Menschen vielfach eine gesundheitliche Flatrate vorgegaukelt wird, exis-

tiert diese einfach nicht. Dafür gibt es weder das Personal noch das Geld. Die Politik sollte sich am WANZ-Prinzip aus dem Sozialgesetzbuch orientieren: Leistungen müssen wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein.

Wie ist der Stand bei der Novellierung der GOÄ?

Pinkowski: Im Januar hat die Bundesärztekammer auf ihrer Website den Entwurf der Gebührenordnung für Ärzte mit ausführlichen Erläuterungen bereitgestellt. Diesem Entwurf hatte der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig mit großer Mehrheit zugestimmt. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat angekündigt, die Novellierung noch in diesem Jahr auf den Weg zu bringen. Wir werden alles daransetzen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Umsetzung in eine rechtsgültige Verordnung konstruktiv zu unterstützen.

Ziel von politischen Reformen soll nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern auch die Altersvorsorge werden. Wie bewerten Sie die Situation der berufsständischen Versorgungswerke?

Pinkowski: Die berufsständischen Versorgungswerke arbeiten ohne staatliche Zuschüsse und sind Organe der Selbstverwaltung, d. h. ihre Mitglieder bestimmen über ihre demokratisch legitimierten Vertretungen selbst über ihre Altersversorgung. Das ist ein Erfolg, doch der hat bekanntlich viele Neider. Immer wieder gibt es Bestrebungen, die Altersversorgung der freien Berufe in das System der Deutschen Rentenversicherung einzubeziehen. Dazu passen vermeintlich die vielfach schlecht und unzureichend recherchierten Presseartikel über die vorgeblich gefährdete Altersversorgung der freien Berufe. Ginge der Staat so verantwortungsvoll mit den Geldern der Versicherten um wie die berufsständischen Versorgungswerke, wären dessen Probleme deutlich kleiner. Wir müssen uns mit aller Kraft für den Erhalt unserer eigenen Altersversorgung einsetzen, denn unsere Eigenverantwortung hat sich bewährt.

Interview:
Dr. med. Peter Zürner
& Lukas Reus



70 Jahre Landesärztekammer Hessen

Katja Möhrle



Die neuen Räumlichkeiten an der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt konnten im Juni 2019 bezogen werden.

2026 wird die LÄKH 70 Jahre alt: Anlass für eine Rückschau, die ohne Anspruch auf Vollständigkeit Schlaglichter auf ausgewählte Entwicklungen und Ereignisse in den zurückliegenden Wahlperioden bis heute wirft.

„Gäbe es die Landesärztekammer nicht – man müsste sie erfinden“: So brachte der frühere Präsident und heutige Ehrenpräsident der hessischen Ärztekammer, Dr. med. Alfred Möhrle die Unverzichtbarkeit der Institution 2006 auf den Punkt. Eine Überzeugung, die Dr. med. Edgar Pinkowski, seit 2018 Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), teilt. Allerdings müsse die Existenzberechtigung der Ärztekammer kontinuierlich unter Beweis gestellt werden, machte Pinkowski 2023 auf der konstituierenden Delegiertenversammlung zu Beginn seiner zweiten Amtszeit deutlich: „Die Stärkung und Verteidigung der ärztlichen Selbstverwaltung ist eine Daueraufgabe.“ In einer Zeit vielfacher Herausforderungen sei eine starke Vertretung der Ärzteschaft durch ihre Kammer wichtiger denn je (HÄBL 01/26).

Tatsächlich erfüllt die LÄKH ein breites Aufgabenspektrum: Als Körperschaft des öffentlichen Rechts und zentrale Standesvertretung vertritt sie die Interessen der

Ärztinnen und Ärzte in Hessen und berät die Politik auf der Grundlage ärztlichen Sachverständs. Die Landesärztekammer überwacht die Qualität ärztlicher Berufsausübung. Als Dienstleisterin bietet sie ihren Mitgliedern Beratung, Information und Hilfe. Und damit nicht genug: Durch die Organisation ärztlicher Weiterbildung und die Förderung der ärztlichen Fortbildung – beides Kernaufgaben der LÄKH – sichert die Kammer die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der hessischen Bevölkerung. Die LÄKH ist außerdem zuständige Stelle für die Berufsausbildung Medizinischer Fachangestellter.

Wurzeln in der Vergangenheit

Die Aufgaben der Landesärztekammer Hessen wurzeln in der Vergangenheit, werden aber laufend den aktuellen Anforderungen angepasst und weiterentwickelt: U. a. der Ausbau der Serviceleistungen für Kammermitglieder, die Digitalisierung von Verwaltungsprozessen, aber auch von Fort- und Weiterbildungsangeboten, die Stärkung der Präventionsarbeit sowie Vorbereitung und Unterstützung des Gesundheitssystems in Krisensituationen. Mit neuen Aufgaben befindet sich das Profil der Ärztekammer in einem ständigen Wandlungsprozess. „Stillstand bedeutet Rückschritt. Unser Ziel ist die stete

Fortentwicklung unserer Angebote für unsere Mitglieder“, betont Pinkowski (HÄBL 01/2026).

1956: Gründung der Landesärztekammer Hessen

Der 10. März 1956 war ein besonderes Datum für die hessischen Ärztinnen und Ärzte. Dr. med. Carl Oelemann, der seit 1946 die Geschicke der hessischen Ärztekammer lenkte, leitete die erste ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim. In seinem Grußwort machte der hessische Minister des Innern, Heinrich Schneider, darauf aufmerksam, „dass die Ärzte zwar an diesem Tag de jure ihre Angelegenheiten wieder selbst in die Hand nehmen würden, die Ärztekammer jedoch de facto seit dem Kriegsende trotz der unklaren Rechtsbasis als Selbstverwaltungsorgan der hessischen Ärzte tätig gewesen sei“ (vgl. Thomas Gerst in „50 Jahre Landesärztekammer Hessen, S. 15). Was die organisierte Ärzteschaft betreffe, befände man sich in Bad Nauheim auf klassischem Boden, ergänzte Oelemann: „Denn hier ist fast alles gegründet worden, was in Deutschland nach dem Kriege die Ärzteschaft wieder repräsentiert hat.“ Allerdings, so fügte er hinzu, blicke man am Gründungstag der Landesärztekammer auf eine lange und schwierige Zeit zurück.

1956 bis 1964

Der Neuanfang

Oelemann, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und Präsident der Landesärztekammer Hessen, führte zwar die erste Delegiertenversammlung der LÄKH im März 1956 durch, musste jedoch noch am selben Tag aus gesundheitlichen Gründen seinen Abschied aus der aktiven Berufspolitik verkünden. Zu seinem Nachfolger als Präsident der Landesärztekammer Hessen wählten die Delegierten Dr. med. Franz Mündel. Der Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik in Frankfurt am Main hatte sich in der Nachkriegszeit für den Wiederaufbau der ärztlichen Versorgung der Bevöl-

kerung eingesetzt und war am Wiederaufbau des Gesundheitswesens und der ärztlichen Standesorganisation in Hessen beteiligt gewesen.

„Ungeheuer spannende Herausforderung“

Es sei „eine ungeheuer spannende Aufgabe und Herausforderung“ gewesen, die Kammer gegen alle Widerstände mit aufzubauen und zu einer starken öffentlichen Institution zu machen, erinnerte sich Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf, von 1956 bis 1992 Geschäftsführender Arzt und Hauptgeschäftsführer der LÄKH, in einem Interview, das 2006 in dem Band „50 Jahre Landesärztekammer Hessen“ (S. 31) erschien. Als „abenteuerlich“ beschreibt er darin die Situation im Jahr 1956. Es habe so gut wie keine Strukturen gegeben und alles neu entwickelt werden müssen.

Mit zwei Mitarbeiterinnen und einem Buchhalter begann Rheindorf seine hauptamtliche Arbeit in anderthalb Zimmern am Blittersdorffplatz (heute François-Mitterand-Platz) in Frankfurt. Für das Hessische Ärzteblatt, dessen Schriftleitung Prof. Dr. med. Wilhelm Theopold 1957 übernommen hatte, wurde eine Redaktionssekretärin eingestellt. Später zog das Team in das Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung in der Frankfurter Georg-Voigt-Straße um. Doch je mehr Konturen das facettenreiche Aufgabenprofil der Kammer annahm, desto höher wurde der Personalbedarf. Schließlich wurden die Räumlichkeiten so eng, dass die Kammer ein eige-

nes Haus in der Frankfurter Myliusstraße 30 erwarb.

Von Berufsordnung bis Weiterbildungswesen

In der Aufbauphase, in der Franz Mündel die Präsidentschaft innehatte, mussten die Grundlagen für die Arbeit der Landesärztekammer gelegt werden. Im Vordergrund standen dabei die Berufsordnung für Ärzte, Fortbildung, Berufsgerichtsbarkeit, die Neuordnung des Weiterbildungswesens, Arzthelferinnen-Ausbildung und die Fürsorgeeinrichtungen. Für die einzelnen Gebiete wurden Satzungen und Geschäftsordnungen beschlossen, die von der Delegiertenversammlung verabschiedet wurden. 1958 trat eine neue Facharztanerkennung in Kraft.

Schon in den 1950er-Jahren hatte sich Theopold, damals noch Vizepräsident der Landesärztekammer, für eine Zentralisierung des Weiterbildungswesens stark gemacht. Mit dem Ergebnis, dass die Weiterbildung von den Bezirksärztekammern alten Stils auf die Landesärztekammer Hessen übertragen wurde, die als treibende Kraft bei der Vereinheitlichung des Weiterbildungswesens der Ärztekammern der Länder galt.

Turbulente Zeiten

Auch die 1960er- und 70er-Jahre erwiesen sich als turbulente Zeiten: „Als um das Jahr 1960 die großen politischen Auseinandersetzungen um die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung entbrannten, ..., konnte die in Bedrängnis geratene Kassenärztliche Vereinigung auf Landes- und auf Bundesebene mit der tatkräftigen Unterstützung der hessischen Landesärztekammer rechnen“, erinnerte sich der ehemalige Ärztekammerpräsident Theopold – von 1957 bis 1999 auch Schriftleiter des Hessischen Ärzteblattes – in einem Interview, das 2006 in dem Band „50 Jahre Landesärztekammer Hessen“ (S. 42) erschien.

Die Ärzteschaft nahm den Kampf mit Theodor Blank, dem Sozialminister in der Adenauer-Ära, auf. Nach der großen Kundgebung der deutschen Ärzteschaft in der Frankfurter Paulskirche im Jahr 1960 endete der Konflikt mit der Entlassung Blanks durch Bundeskanzler Adenauer. Die Rechte der Kassenärztlichen



Foto: LÄKH

Die Kammer erwarb aufgrund des gestiegenen Personalbedarfs ein eigenes Haus in der Frankfurter Myliusstraße 30.

Vereinigung wurden gewahrt und der Kampf um den Erhalt der Berufsfreiheit war gewonnen.

1964 bis 1968

1964 wählten die Delegierten Theopold zum Präsidenten der Landesärztekammer Hessen; er hatte das Amt bis 1968 inne. Sein besonderes Interesse galt der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Auf Theopolds Initiative gingen neue Fortbildungsaktivitäten in Bad Nauheim zurück, die später zur Gründung der „Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung“ führten.

Mit der kontinuierlichen Ausweitung der Kammeraufgaben platzte das Haus an der Myliusstraße bald aus allen Nähten, so dass die LÄKH am 1. April 1966 in eine neu erworbene Immobilie in der Broßstraße 6 umzog. Die sechs regionalen Bezirksärztekammern – unselbstständige Einheiten der LÄKH – blieben dagegen über Hessen verteilt in Darmstadt, Frankfurt, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden als lokale Ansprechpartner für die Mitglieder.

Frühes Engagement für Prävention

Auch im Bereich der Prävention begann die Landesärztekammer Hessen eine wachsende Rolle bei der Mitgestaltung der gesundheitspolitischen Grundlagen



Foto: LÄKH

Ein Anfangs noch kleines Team zog in das Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung in der Frankfurter Georg-Voigt-Straße.

des Landes Hessen zu spielen. Theopold war Vorsitzender des Ausschusses „Vorbeugende Gesundheitspflege“ im Hessischen Landesgesundheitsrat. Dort entstand das Vorsorgeprogramm für Kinder, das regelmäßige Untersuchungen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern in den ersten Lebensjahren enthielt und dank Theopolds Engagements 1971 in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen wurde. Eine bahnbrechende Entscheidung, da zuvor präventive Leistungen nicht von den Krankenkassen bezahlt wurden.

Berufliche Altersversorgung seit 1968

Am 1. Januar 1968 wurde – zusätzlich zu der „Erweiterten Honorarverteilung“ der Altersversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung, von der die nicht kassenärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen waren – das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen gegründet.

1968 bis 1986

Gründung der Akademie

Von 1968 bis 1973 war Dr. med. Heinz Stroh Präsident der Landesärztekammer Hessen. Der praktische Arzt und Geburtshelfer zählte zu den Gründern des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte (NAV) und engagierte sich vor allem für die Belange der Allgemeinmedizin. Während seiner Amtszeit wurde die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH per Beschluss der Delegiertenversammlung gegründet. 1973 konnte das Akademiegebäude in Bad Nauheim eingeweiht werden. Im selben Jahr wurde der Orthopäde Dr. med. Wolfgang Bechthold zum Präsidenten der Landesärztekammer Hessen gewählt. Bechthold hatte das Präsidentenamt bis 1986 inne.

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Das Fort- und Weiterbildungsangebot der Akademie der Landesärztekammer Hessen umfasst ein breites Themenspektrum für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen. Dabei stehen Aktualität, Praxisrelevanz und interdisziplinäre

re Querverbindungen im Fokus. Das Programm umfasst Weiterbildungen, qualifizierende Fortbildungen, Refresher, Repetitorien und Training für junge Ärztinnen und Ärzte.

Gründung der Carl-Oelemann-Schule

Die Gründung der Carl-Oelemann-Schule (COS) geht auf den Beschluss der Delegiertenversammlung vom 14. Dezember 1974 zurück. Im Jahre 1975 wurden dann weitere grundlegende Voraussetzungen für die Schule geschaffen: Weiterbildungsordnung und Prüfungsordnung für Arztfachhelfer/-innen, der Kauf eines Grundstückes in Bad Nauheim mit Baubeginn der Schule und des Internates und der erste Weiterqualifizierungslehrgang für Arztfachhelfer/-innen zur Arztfachhelfer/-in.

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Die COS ergänzt und unterstützt die betriebliche Berufsausbildung von Arzthelfer/-innen, heute Medizinischen Fachangestellten, durch überbetriebliche Ausbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus bietet die Schule Fort- und Weiterbildung für Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen und Angehörige anderer nichtärztlicher medizinischer Fachberufe an. Auch wirkt die COS bei der zentralen Durchführung des praktischen Teils der Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten mit.

Gutachter- und Schlichtungsstelle

Seit 1977 prüft die Gutachter- und Schlichtungsstelle (GuS) bei der Landesärztekammer Hessen in einem für Patienten und Mitglieder der LÄKH freiwilligen und kostenlosen Verfahren, ob ärztliche Behandlungsfehler vorliegen.

Berufsgerichtsabteilung

Die fest in der Struktur der Kammer verankerte Berufsgerichtsabteilung untersucht Verstöße gegen die Berufsordnung, führt Verfahren und bereitet Anschuldigungen beim Berufsgericht vor.

Facharztprüfungen und Berufsbild Allgemeinmedizin

Mit der Änderung des Heilberufsgesetzes im Jahr 1979 wurden im Weiterbildungswesen die Facharztprüfungen in Hessen eingeführt.

1986 bis 1992

Als ein Wegbereiter des einheitlichen Berufsbildes Allgemeinmedizin galt Dr. med. Helmuth Klotz, der von 1986 bis 1992 als Präsident an der Spitze der Landesärztekammer Hessen stand. Zuvor hatte der Praktische Arzt u. a. von 1978 an das Amt des Vizepräsidenten der Europäischen Akademie für ärztliche Fortbildung inne und war von 1978 bis 1995 Vizepräsident der Bundesärztekammer.

Unterstützung nach der Wiedervereinigung

Im Rahmen des „Aufbau Ost“ unterstützte die LÄKH den Aufbau der Ärztekammer Thüringen und beriet weitere östliche Nachbarstaaten. Unter anderem unterstützte die LÄKH, auch dank des Engagements von Dr. med. Michael Popović, seit 1987 Hauptgeschäftsführer, die tschechischen Kollegen beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung.

Folgen der „Ärztenschwemme“

Von den 1980er- bis in die 1990er-Jahre hinein überstieg die Zahl der approbierten Ärztinnen und Ärzte die verfügbaren Stellen deutlich. Die LÄKH setzte sich für die Bekämpfung der negativen Folgen der



Foto: LÄKH

Mit zusätzlichen Aufgaben platzte das Haus an der Myliusstraße bald aus allen Nähten, so dass die LÄKH am 1. April 1966 in eine neu erworbene Immobilie in der Broßstraße 6 umzog.



„Ärztenschwemme“ wie Lohndumping oder Gastarztverträge ein. Außerdem brachte sie das Projekt „Deutsche Ärzte für Südafrika“ auf den Weg.

1992 bis 2004

Umzug und Umstrukturierungen

Von 1992 bis 2004 war der Orthopäde Dr. med. Alfred Möhrle Präsident der Landesärztekammer Hessen: Zwölf ereignisreiche Jahre, in denen u. a. der Umzug in ein neues Gebäude auf dem Plan stand. 1992 war die Zentrale der LÄKH in dem gut gelegenen, aber viel zu kleinen Gebäude in der Broßstraße untergebracht. Um alle Abteilungen der Kammer – mit Ausnahme von Akademie und COS sowie der Bezirksärztekammern – unter einem Dach zusammenzuführen, fand am 1. Juli 1994 der Umzug in das neu angemietete Gebäude Im Vogelsgesang 3 statt. Damit waren Umstrukturierungen auf der Verwaltungsebene sowie die Umverteilung von Aufgaben und Entscheidungskompetenzen verbunden.

Stärkere Serviceorientierung

Mehr Mitgliedernähe, Service und Beratung: Um die Ärztekammer serviceorientierter zu gestalten, wurden die Mitarbeitenden in kommunikativem Verhalten geschult, übermäßig bürokratische Verfahren abgebaut und Vorgänge schneller bearbeitet – unterstützt durch den konsequenten Ausbau der EDV und der Informationstechnik.



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Alfred Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen von 1992 bis 2004.

Fokus Öffentlichkeitsarbeit

Ein weiteres Augenmerk galt dem Ausbau und der Professionalisierung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, um die Arbeit der Kammer in der breiten Öffentlichkeit und innerhalb der Ärzteschaft besser bekannt zu machen. Regelmäßiger Austausch mit Journalisten, Pressemitteilungen und -konferenzen gehören seither zum breiten Aufgabenspektrum der Presseabteilung, die Anfang der 2000er-Jahre in Zusammenarbeit mit der EDV-Abteilung die erste Website der Kammer gestaltete.

Die Öffentlichkeit für die Bedeutung von Prävention sensibilisieren: Auch das zählt zu den Aufgaben: Neben der jährlichen Aufforderung zur Gripeschutzimpfung wurde 2002 der erste Präventionstag der LÄKH im Frankfurter Hauptbahnhof organisiert.

Anfang der 2000er-Jahre erfolgte eine Modernisierung des Hessischen Ärzteblatts. Um mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu gewinnen, wurde die Veranstaltungsreihe „Bad Nauheimer Gespräche“ von Bad Nauheim nach Frankfurt verlegt.

Neues Seminargebäude

Das 1973 eingeweihte Akademiegebäude in Bad Nauheim konnte zwar 1998/99 renoviert werden, doch das Seminargebäude, ein Fertighaus, war nicht mehr sanierbar. Daher beschloss die Delegiertenversammlung 1998, an seiner Stelle ein neues Gebäude zu errichten, das sowohl der Akademie als auch der Carl-Oelemann-Schule dienen sollte. Das neue Haus wurde 2000–2002 erbaut und am 31.8. 2002 eingeweiht. 2004 erfolgte der Abriss der über 25 Jahre alten Kongresshalle, deren Räumlichkeiten durch das neue Fortbildungszentrum ersetzt wurden.

Zum umfangreichen Angebotsspektrum der Akademie gehörten auch die ärztliche Fortbildung nicht unmittelbar betreffende Themen, wie die Stellung des Arztes im Dritten Reich: In insgesamt 16 Einzelveranstaltungen vermittelte Dr. med. Siegmund Drexler von 1994 bis 2001 die Vergangenheit in der Gedenkstätte Hadamar als Veranstaltungsort.

Beginnender Ärztemangel

Ende der 1990er-Jahre begann sich dann immer deutlicher ein künftiger Ärzteman-

gel abzuzeichnen, der u. a. mit gesellschaftlichem Wandel, dem wachsenden Anteil von Ärztinnen an der Ärzteschaft, insbesondere aber auch mit den belastenden Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis in Zusammenhang stand.

LÄKH: Vorreiterin bei Umfragen unter Ärzten und medizinischem Nachwuchs

2001 startete die LÄKH ihre erste Umfrageaktion mit dem Ziel, verlässlichere Daten über die tatsächlichen Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus zu gewinnen. Der überdurchschnittliche Rücklauf zeigte im Ergebnis, dass viele Überstunden nicht nur unentgeltlich geleistet wurden, sondern vielmehr in den meisten Kliniken überhaupt nicht erfasst wurden. Um die Auswirkungen der Arbeitsbelastung und -zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten auf den medizinischen Nachwuchs zu untersuchen und auf Landes- und Bundesebene zu dokumentieren, führt die Landesärztekammer seit den 2000er-Jahren repräsentative Umfragen unter Medizinstudierenden und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung durch.

2004 bis 2008

Einsatz für Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen

Als erste Frau wurde 2004 die Chirurgin Dr. med. Ursula Stüwe zur Präsidentin der Landesärztekammer Hessen gewählt. Deutlich prangerte sie die Missstände im Gesundheitswesen an. Wettbewerb sei keine Lösung der Probleme im Gesundheitswesen, anders als von Politikern, Ökonomen und Krankenkassen propagiert, betonte Stüwe. Im Namen der Landesärztekammer setzte sie sich mit Verve gegenüber Politik und Öffentlichkeit für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten ein.

Weiterbildung, elektronische Gesundheitskarte, Heilberufsausweis

Am 1.11.2005 trat in Hessen die neue Weiterbildungsordnung in Kraft. Die Delegiertenversammlung der LÄKH beschloss eine 5-jährige Weiterbildungszeit für den „Facharzt für Innere Medizin“, der die europäischen Anforderungen erfüllt.

Weitere Zukunftsprojekte, mit denen sich die Landesärztekammer ab 2004 beschäf-

tigte, waren u. a. die geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des Heilberufsausweises.

50 Jahre Landesärztekammer Hessen

2006 organisierte die Ärztekammer eine feierliche Veranstaltung anlässlich ihres 50-jährigen Bestehens; gleichzeitig erschien der Band „50 Jahre Landesärztekammer Hessen“.

Prävention weiter großgeschrieben

Weiterhin wurde und wird Prävention großgeschrieben: So fand der Auftakt der Aktion Impfaufklärung 2004 statt; außerdem gab die LÄKH einen Flyer über die notwendigen Impfungen und Auffrischungsimpfungen im Kindes- und Jugendalter heraus. 2007 startete das an Kinder und Jugendliche adressierte Alkoholpräventionsprojekt „Hackedicht – Besser geht's dir ohne“ der Landesärztekammer, das nach wie vor mit großem Erfolg an hessischen Schulen veranstaltet wird.

Anerkennungsstelle

Von der neu ins Leben gerufenen Anerkennungsstelle werden seither die Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert und die erworbenen Fortbildungspunkte gepflegt; dank weiterer Entwicklungen im EDV-Bereich konnten schon Anfang 2008 die ersten Fortbildungszertifikate ausgestellt werden.

Bündnis Heilen & Helfen

Gemeinsam stark: Um den Anliegen der Heilberufe mehr Gehör seitens der Politik und mehr Aufmerksamkeit im gesell-

schaftlichen Diskurs zu verschaffen, wurde 2007 das Bündnis Heilen & Helfen der hessischen Heilberufskörperschaften auf der Taufe gehoben. Vertreten sind die Landesärztekammer, die Landes Zahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Landesapothekerkammer, die Psychotherapeutenkammer sowie die Landestierärztekammer. Im Januar 2008 fand der erste Heilberufetag des Bündnisses in Wiesbaden statt.

COS: Überbetrieblichen Ausbildung und Gästehaus

Das neue Konzept in der Überbetrieblichen Ausbildung konnte im Jahr 2008 erfolgreich etabliert werden.

Am 19. Januar 2008 wurde das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule (ehemaliges Internatsgebäude) eingeweiht.

2008 bis 2018

Der Internist Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach wurde 2008 als Nachfolger von Dr. med. Ursula Stüwe gewählt und führte die Kammer über zwei Amtszeiten bis 2018. Eine ereignisreiche Zeit, in der viele Innovationen auf den Weg gebracht wurden.

Digitale Weiterentwicklung

Neben der neu aufgestellten Website mit zielgruppengerechten Online-Angeboten und der Einrichtung des ersten Social-Media-Kanals der LÄKH wurden das Mitglieder-Portal und das Kammer-Wiki eingerichtet. Außerdem entwickelte die EDV-Abteilung eine App für die ärztliche Fort-

bildung, die sogenannte Fobi@pp mit Anwendungen zur Punktekonteneinsicht für Ärztinnen und Ärzte und zur Punktemeldung für Anbieter von zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen.

Ein weiteres großes Plus für die Mitglieder der LÄKH: Viele Verwaltungsprozesse, u. a. rund um die Antragstellung in Weiterbildungswesen, wurden zunehmend digitalisiert.

LÄKH: Alleinige Herausgeberin des Hessischen Ärzteblattes

Die gemeinsame Herausgeberschaft des Hessischen Ärzteblattes durch die Landesärztekammer Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen wurde zum 31. Dezember 2007 von der Kassenzahnärztliche Vereinigung gekündigt. Seit 2008 ist die Landesärztekammer Hessen damit alleinige Herausgeberin des HÄBL.

Impulse für ärztliche Weiterbildung

Auch die Angebotspalette der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung wurde ständig weiterentwickelt, um ein umfangreiches Seminarprogramm auf hohem Niveau anbieten zu können. Ein besonderes Augenmerk galt der Verbesserung der Weiterbildung, da hier die Weichen für den ärztlichen Berufsweg gestellt werden. Die Landesärztekammer rief 2010 einen Runden Tisch Weiterbildung ins Leben, von dem entscheidende Impulse für die künftige Gestaltung der Weiterbildung ausgehen sollten.

Kongress in Grado

Von 2016 bis 2018 war die LÄKH für die

Historischer Rückblick

1887 bis 1945

Die Geschichte der hessischen Ärztekammer war nicht erst seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs wechselvoll. Um die historische Perspektive bis zur Gegenwart beleuchten zu können, bedarf es zunächst eines Überblicks über die Zeit vor 1956.

Wie haben sich die Ärztekammern in Hessen herausgebildet? Was waren die zentralen Themen, Ziele und Interessen der sich organisierenden Ärzteschaft? Gegenstand eines zweijährigen Forschungsprojekts, in dessen Rahmen sich die Autoren Benno Hafenegger, Marcus Velke und Lucas Frings in Zusammenarbeit

mit Präsidium, Beirat und Mitarbeitenden der LÄKH mit der Geschichte der hessischen Ärztekammern auseinandergesetzt hatten, war eine institutions- und regionalgeschichtliche Rekonstruktion der Standesgeschichte der organisierten Ärzteschaft in Hessen. Anlässlich des 60-jährigen Bestehens der Landesärztekammer Hessen im Jahr 2016 erschien ihr Buch „Geschichte der hessischen Ärztekammern 1887–1956“.

Von lokalen Vereinen zu Ärztekammern

Die Geschichte der Ärztekammern begann in den Achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts. Ärzte fingen an, sich zunächst in lokalen Vereinen, dann im Hessischen Landesverein zu organisieren, bis im Jahr 1887 – mit der preußischen Königlichen Verordnung – die



Organisation des Internationalen Seminarkongresses in Grado, Italien, zuständig.

Aufbau eines Weiterbildungsregisters

Um junge Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung in Zukunft direkt ansprechen zu können und von ihnen zu erfahren, wie die Weiterbildung in Hessen optimiert werden kann, baute die Landesärztekammer in von Knoblauchs Amtszeit ein Register der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf.

Neustrukturierung der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen

Nachdem der langjährige Hauptgeschäftsführer und Geschäftsführende Arzt der LÄKH Dr. med. Michael Popović 2010 in den Ruhestand getreten war, wurde die Geschäftsführung neu strukturiert: Seitdem wird die Kammer auf hauptamtlicher Ebene von einem ärztlichen, einem kaufmännischen und einem juristischen Geschäftsführer geleitet.

Runder Tisch Migration

Ein 2010 eingerichteter Runder Tisch Migration setzte sich mit den besonderen Anliegen von Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund, aber auch mit dem Umgang von Ärzten mit Patienten mit Migrationshintergrund auseinander.

TÜV-Zertifizierung

Für den Aufbau eines internen Qualitätsmanagement-Systems wurde die Carl-Oelmann-Schule 2011 durch den TÜV Hessen nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Palliativmedizin

Förderung und Ausbau der palliativen Versorgung in Hessen waren eines der Ziele in den Jahren 2008 bis 2018. So wurde die Reihe der Fachtagungen zur palliativen Versorgung in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung fortgesetzt. Außerdem machte sich die Landesärztekammer für die universitäre Forschung in der Palliativmedizin stark.

Ambulante Ethikberatung

Ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen waren Kammerpräsident von Knoblauch zu Hatzbach ein besonderes Anliegen. 2016 wurde auf seine Initiative hin der Verein „Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“ gegründet.

Hessische Ärztetage und 60 Jahre LÄKH

In den 2010er-Jahren wurde die Tradition der Hessischen Ärztetage wieder aufgegriffen. 2013 fand der erste Hessische Ärztetag mit dem Titel „Dschungel Gesundheitssystem“ in den Mainarcaden in Frankfurt statt. Anlässlich des 60-jährigen Jubiläums der LÄKH wurden die Ergebnisse des Forschungsprojekts zur Geschichte der hessischen Ärztekammern 2016 auf dem 2. Hessischen Ärztetag vorgestellt.

Weiteres Präventionsprojekt

2017 wurde das Alkohol-Präventionsprojekt „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“ zehn Jahre alt.

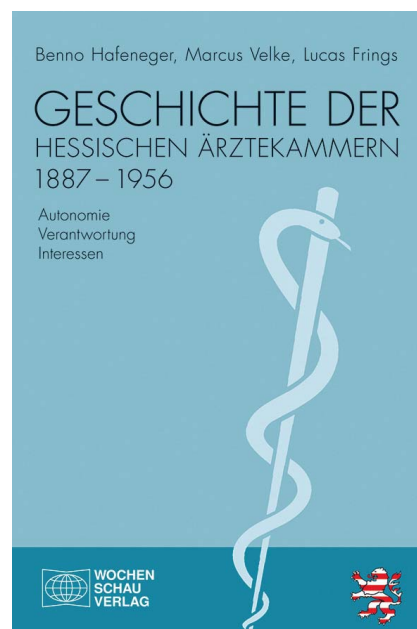
Mit ihrem neuen Diabetes-Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ wandte sich die LÄKH an Menschen ab dem mittleren Lebensalter.

Deutscher Ärztetag 2015

Ein Höhepunkt war der 118. Deutsche Ärztetag vom 12.–15. Mai 2015 in Frankfurt am Main. Als Gastgeberin war die Landesärztekammer Hessen für das Rahmenprogramm des mehrtägigen Kongresses verantwortlich, der in der Frankfurter Paulskirche eröffnet wurde.

Mitgliederbefragung

Wie zufrieden sind hessische Ärztinnen und Ärzte mit den Serviceangeboten der Landesärztekammer Hessen? 2017 führte die LÄKH erstmalig eine repräsentative Mitgliederbefragung durch.



Studie „Geschichte der Hessischen Ärztekammern 1887–1956, erschienen 2016.

Ärzttekammer der Provinz Hessen-Nassau gegründet wurde. Die lokalen Vereine dienten sowohl dem gesellschaftlichen Leben als auch der Fortbildung, der Mitarbeit in der kommunalen Gesundheitspolitik und der Formulierung ärztlicher Interessen. Staatlicherseits – vom deutschen Kaiserreich über die parlamentarisch-demokratische Demokratie bis zum demokratischen Verfassungsstaat – wurden die organisierten Ärzte als Verhandlungspartner und Akteure in medizinischen Fragen unterstützt (vgl. „Geschichte der hessischen Ärztekammern 1887–1956“, S. 70).

Fortsetzung der Interessenpolitik

Auch in der neu gegründeten Weimarer Republik (1919–1933) setzten die ärztlichen Standesvertreter in zwei Ärztekammern –

eine im Volksstaat Hessen, als Nachfolger des Großherzogtums Hessen, die andere in der preußischen Provinz Hessen-Nassau – ihre Interessenpolitik fort, die mit einem weiteren Professionalisierungsprozess (frei praktizierende und angestellte Ärzte) verbunden war (vgl. GdhÄ, S. 86).

Tiefer Einschnitt Nationalsozialismus

Rassenlehre, Antisemitismus und Gewalt: Die in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg entstandene Ideologie des Nationalsozialismus hatte mit der Machtübernahme der NSDAP auch einschneidende Folgen für die Gesundheits- und Ärztepolitik: Gleichschaltung der Ärztekammern bereits im Jahr 1933, verbunden mit ihrer Übernahme durch Funktionäre der NSDÄB

Foto: Monika Buchalik



Partnerschaft mit der Ärztekammer von Salerno.

Partnerschaft mit der Ärztekammer von Salerno

Am 10. Juni 2017 unterzeichneten die Präsidenten der Landesärztekammer Hessen und der Ärztekammer von Salerno (Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno) eine Vereinbarung zur gegenseitigen Anerkennung von ärztlichen Fortbildungspunkten. Zu den weiteren gemeinsamen Aktivitäten gehören seither der regelmäßige Erfahrungsaustausch und fachliche Symposien.

Neubau an Hanauer Landstraße

Bereits 2013 hatte sich abgezeichnet, dass die gemietete Immobilie Im Vogelsgang nicht mehr den Anforderungen der LÄKH an ein modernes, für die wachsenden Aufgaben und digitale Ausstat-

tung der Kammer gerüstetes Verwaltungsgebäude entsprach. Nachdem die Erweiterungs- und Umbaupläne mit dem Vermieter 2015 gescheitert waren, wurde nach intensiven Sondierungen 2016 ein geeignetes Objekt – damals noch in der Entwurfsplanung – an der Hanauer Landstraße 152 gefunden. Der Kaufvertrag wurde 2017 geschlossen und das Ziel, 2019 in das neue Kammergebäude einzuziehen, nach intensiven Vorbereitungen eines LÄKH-internen Planungsstabes und der erfolgreichen Zusammenarbeit mit Architekten und Bauträger erreicht.

2018 bis heute

2018 wurde Dr. med. Edgar Pinkowski, Anästhesist und Schmerzmediziner, zum Präsidenten der Landesärztekammer Hessen gewählt; Start einer ereignisreichen Zeit. Neun Monate nach der konstituierenden Delegiertenversammlung konnten die Räume an der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt im Juni 2019 bezogen werden. Zu diesem Zeitpunkt war noch nicht zu ahnen gewesen, dass Herausforderungen wie die Coronapandemie und der die Sicherheitslage in Europa verändernde russische Angriffskrieg gegen die Ukraine auch die Arbeit der Landesärztekammer massiv beeinflussen sollten.

Neue IT-Infrastruktur

Räumlich und technisch bot das neue Kammergebäude die Voraussetzungen, um die Arbeit für die Mitglieder auch in den herausfordernden Jahren der Pandemie aufrechtzuerhalten. Die Ausstattung

mit einer vollkommen neuen IT-Infrastruktur erlaubte es einem großen Teil der Mitarbeiterschaft, während des Lock-downs in der Hochphase der Pandemie von zu Hause aus mobil zu arbeiten. Wo dies – bspw. in der Hausverwaltung oder durch die Bearbeitung von Mitgliederakten – nicht möglich war, boten die Räumlichkeiten der Landesärztekammer durch Abstandsgebote und mehrfachen Luftaustausch sichere Arbeitsplätze.

Umgang mit Coronapandemie

Ein eigens für die Sicherheit von Mitgliedern und Belegschaft ins Leben gerufener Corona-Krisenstab sorgte dafür, dass die Coronaregeln umgesetzt wurden und wichtige Aufgaben der LÄKH für die Ärzteschaft, darunter die Organisation der



Foto: LÄKH

2013 zeichnete sich ab, dass seit 1994 angemietete Gebäude Im Vogelsgang 3 zu verlassen.

(Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund). Auch in den beiden hessischen Ärztekammern wurden Gleichschaltung und Übernahme durch den NSDÄB zügig umgesetzt. Von 1934 bis 1941 fungierte das „Ärzteblatt für Hessen“ als „Nachrichten- und Kampfblatt“ für völkisches Denken. Jüdische und politisch missliebige Ärztinnen und Ärzte wurden verfolgt und ihre berufliche Existenz zerstört (vgl. GdhÄ, S. 254).

1945 bis 1956

Nachkriegszeit

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs übernahmen die Alliierten die oberste Kontrolle in Deutschland, das in vier Besatzungs-

zonen aufgeteilt wurde. Die amerikanische Militärregierung in Deutschland wies den Ärztekammern auf Landesebene die Selbstverwaltung der ärztlichen Angelegenheiten unter Aufsicht der zuständigen Militärvertreter zu.

Bad Nauheim – wo alles begann

Im September 1945 war die Entscheidung über die territoriale Neuschöpfung des Landes Hessen getroffen worden, in dem die ehemalige preußische Provinz Kurhessen und Nassau sowie der ehemalige Volksstaat Hessen zusammengefügt wurden. Angetrieben von der Notwendigkeit, die ärztliche Versorgung der notleidenden Bevölkerung zu organisieren, vollzog sich der Neuaufbau der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekam-



Facharzt- und Kenntnisstandprüfungen, weiterhin geleistet werden konnten.

Dank minutiöser Planung war es während der Pandemie auch möglich, Fort- und Weiterbildungsangebote von Akademie und Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim mit Online-Angeboten und mit coronakonformen Präsenzveranstaltungen aufrechtzuerhalten. Unter Wahrung der Coronaregeln konnten auch die Prüfungen zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) erfolgen.

Unterstützung der Politik

Während der Pandemie unterstützte die Landesärztekammer die Politik aktiv bei ihren Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung. So rief die LÄKH im Dezember 2020 Ärztinnen und Ärzte, Studierende und Medizinische Fachangestellte dazu auf, sich für die Mitarbeit in den Corona-Impfzentren zu melden. Die Resonanz auf den Aufruf war überwältigend!

Digitalisierung und Servicequalität

Die Arbeit der Landesärztekammer wird immer digitaler. Arbeitsprozesse wurden und werden zunehmend digitalisiert. Eine Entwicklung, die durch die Coronapandemie noch beschleunigt wurde. Gleichzeitig wird die Servicequalität für die Mitglieder mit Hilfe digitaler Anwendungen kontinuierlich verbessert. Das Mitgliederportal ist mittlerweile die zentrale Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte in Hessen.

Kommunikation

Im August 2020 ging die neue Website mit völlig überarbeiteter Struktur, zukunfts-



Fotos: privat/Vera Friederich/F. Aschenbrenner_M. Joppen

Präsident und zwei Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer Hessen: Dr. med. Ursula Stüwe (Präsidentin von 2004–2008), Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Präsident von 2008–2018) und Dr. med. Edgar Pinkowski (Präsident seit 2018 bis heute), von links.

orientierter Technik und modernem Design online – ein weiterer Meilenstein in puncto Serviceorientierung der Landesärztekammer.

Wie die 2022 durchgeführte Mitgliederbefragung zeigte, sind das Hessische Ärzteblatt (Spitzenreiter mit 81 % der Mitglieder), die Website (68 %) sowie das Mitgliederportal (63 %) die am häufigsten genutzten Medien der Landesärztekammer. Außerdem baut die LÄKH seit Beginn der 2020er-Jahre die Kommunikation über ihre Social-Media-Kanäle kontinuierlich weiter aus.

Digitalisierte Arbeitsabläufe in der Weiterbildung

Die 2020 in Kraft getretene neue Weiterbildungsordnung bedeutete nicht nur für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Weiterbildungsbefugte eine Zeiten-

wende. Auch die Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer musste neu strukturiert werden, um den neuen Herausforderungen gerecht werden zu können. Dass viele Arbeitsabläufe digitalisiert, Anträge online gestellt und bearbeitet werden können, erleichtert die Prozesse für Mitglieder und Mitarbeitende gleichermaßen.

Digitalisierung des Hessischen Ärzteblattes

Um den Mitgliedern zeitgemäß, schnell und umweltschonender die relevanten Informationen in dem Mitteilungsblatt der Landesärztekammer zu bieten, beschloss die Delegiertenversammlung, die schon seit vielen Jahren zur Verfügung stehende digitale Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes ab dem 1. September 2023 zur führenden Version zu machen.

mern und der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bad Nauheim, der Wiege der Nachkriegs-Ärzttekammerstrukturen.

„Lange währendes Provisorium“

Als „ein lange währendes Provisorium“ bezeichnet der Historiker Thomas Gerst die Vorläufer der Ärztekammer Hessen in den Jahren 1945 bis 1955 in dem Band „50 Jahre Landesärztekammer Hessen (ebda S. 15), der 2006 anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der LÄKH erschien. Mit Dr. med. Paul Hofmann wählte die hessische Ärzteschaft im Dezember 1945 einen politisch unbelasteten, ehemals vom NS-Regime verfolgten jüdischen Arzt an die Spitze ihres ersten landesweiten Zusammenschlusses.

In Darmstadt, Frankfurt, Marburg, Gießen, Wiesbaden und Kassel nahmen ärztliche Standesorganisationen als Nachfolger ärztlicher Bezirksvereinigungen ihre Arbeit auf. 1949 wurde eine Landesärztekammer als eingetragener Verein ins Leben gerufen. Doch obwohl inzwischen die Hessische Landesregierung an die Stelle der amerikanischen Militärregierung getreten war, gab es zwischen Politik und Ärzteschaft, aber auch unter den ärztlichen Verbänden, Differenzen hinsichtlich der Etablierung einer Ärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit subsidiär übertragenen Aufgaben des Staates. Aber die Entwicklung war nicht aufzuhalten: Am 10. November 1954 wurde das „Kammergesetz“ erlassen und im März 1956 konstituierte sich die Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim.



Patientensicherheit und Fehlerkultur

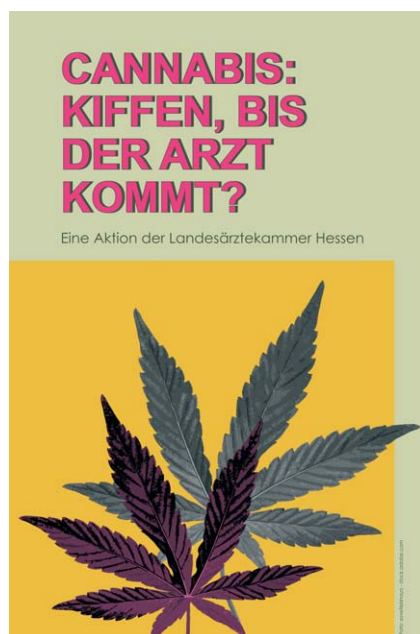
Auf Landes- und Bundesebene setzt sich die LÄKH für Patientenrechte und Patientensicherheit ein. U. a. wurden die Arbeitsgruppe „Sicherer Umgang mit digitaler Gesundheitsinformation“ eingerichtet, die Serie „Patientensicherheit“ im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht, Live-Online-Sonderveranstaltungen zum Welttag der Patientensicherheit organisiert und der Patientensicherheitspodcast „Sichere Medikation geht alle an“ produziert.

Ärztliche Arbeitsbedingungen und Nachwuchsförderung

Weiterhin engagiert sich die Kammer für gute Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit im Gesundheitswesen und die Förderung des beruflichen Nachwuchses. Die Freiheit des Arztberufs ist für die LÄKH unverzichtbar. Als Teil des Gemeinwesens stellt sie sich im Rahmen ihrer Aufgaben auch gesellschaftspolitischen Herausforderungen wie der demografischen Entwicklung und dem Klimawandel.

Deutsch-italienisches Symposium

Partnerschaft mit Ärztekammer von Salerno: Seit 2017 finden sowohl in Salerno als auch in Hessen gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen statt; im Juni 2022 in Frankfurt mit dem deutsch-italienischen Symposium „Kampf gegen das Virus: Wie Hessen und die Region Kampagnen die Coronapandemie bewältigen“.



Für August 2026 ist das gemeinsame Symposium „KI in der Medizin“ wieder in Frankfurt geplant.

Unterstützung der Ukraine

Neben der Einrichtung einer Webseite mit wichtigen Informationen sowohl für ukrainische Staatsangehörige in Hessen als auch für hessische Ärztinnen und Ärzte, die Hilfe leisten wollen, brachte die LÄKH im März 2023 mit Unterstützung des „Ukraine Medical Help Fund“ Arzneimittel für drei ukrainische Krankenhäuser auf den Weg. Eine weitere Hilfslieferung erfolgte im Mai 2024.

Neues Präventionsprojekt

Im Juni 2024 war Auftakt des neuen Präventionsprojektes „Cannabis: Kiffen, bis der Arzt kommt?“ der Landesärztekammer. Wie bei dem 2007 gestarteten Alkoholpräventionsprojekt informieren ärztliche Expertinnen und Experten Jugendliche an hessischen Schulen über die Risiken des Cannabis-Konsums.

2025: Jubiläum der Carl-Oelemann-Schule

Mit einem Fortbildungstag feierte die Carl-Oelemann-Schule 2025 ihr 50-jähriges Bestehen.

Zivil-militärische Zusammenarbeit

2026 fand das dritte Symposium zur zivil-militärischen Zusammenarbeit der LÄKH auf Schloss Oranienstein statt. Dr. med. Edgar Pinkowski: „Es ist ein Baustein, wie wir unserer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden wollen. Für eine gute Patientenversorgung ist ein resilientes Gesundheitssystem in Krisenzeiten unabdingbar“ (HÄBL 01/26).

Neuausrichtung der Akademie

Um die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung zukunftsfähig zu machen, entschied sich das Präsidium auch auf Grundlage der Analyse einer Unternehmensberatung zu einer Neustrukturierung. Zu der Veränderung der Organisationsstruktur gehörte die Umwandlung der zuvor doppelt aufgestellten Spitze in eine Leitungsspitze, die auch professionelles Marketing betreibt. Neben der Fokussierung auf kostendeckende Kurse und einen Ausbau des Kursangebots in Frankfurt

sind noch mehr Online-Angebote als bisher im Programm der Akademie enthalten: Grundlegende Veränderungen, die auf ein positives Echo der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stoßen.

Sanierung des Akademiegebäudes

Da das in den 1970er-Jahren entstandene Akademiegebäude in die Jahre gekommen war, beschlossen die Delegierten eine Sanierung, die das Gebäude technisch, energetisch und architektonisch auf den aktuellen Stand bringen soll. 2026 haben die Umbauten begonnen. Eine Herausforderung, zumal der Akademiebetrieb ohne Einschränkungen weiterläuft. Dazu wurden Räumlichkeiten in Bad Nauheim angemietet; ein Teil der Veranstaltungen findet in Frankfurt statt.

Ausblick: Deutscher Ärztetag 2027

Große Ereignisse werfen ihre Schatten voraus und erfordern umfangreiche Vorbereitungen: Die LÄKH ist Gastgeberkammer des Deutschen Ärztetages 2027 in Wiesbaden.

Katja Möhrle

Quellen:

- „50 Jahre Landesärztekammer Hessen“
- „Geschichte der hessischen Ärztekammern 1887–1956“ (GdhÄ)
- Tätigkeitsberichte der LÄKH
- Interview mit Dr. med. Edgar Pinkowski, HÄBL 01/2026





Serie: Spotlights Weiterbildung

Was ist der Unterschied zwischen einem Arbeitszeugnis und einem Weiterbildungszeugnis?

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Im Gegensatz zum Arbeitszeugnis, welches wohlwollend sein muss und einer codierten Sprache und bestimmten arbeitsrechtlichen Erfordernissen unterliegt, muss ein Weiterbildungszeugnis wahrhaftig den Stand der Weiterbildung darstellen. Dabei dürfen auch nicht wohlwollende Formulierungen gewählt werden, solange sie keine Formalbeleidigungen darstellen.

Zudem müssen auch der Tätigkeitsumfang (Wochenarbeitszeit) und die Fehlta-

ge aufgeführt werden, was in einem Arbeitszeugnis nicht sein darf.

Das Weiterbildungszeugnis ist allein zur Vorlage bei der Ärztekammer bzw. zur Verwendung durch diese bestimmt.

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

Rubrikenlogo: © Svitlana – stock.adobe.com



Ärztekammer

Ukrainehilfe: Klinikbettwäsche und Weiteres „kommt gut an“

Die Partner Landesärztekammer Hessen, das Frankfurter Universitätsklinikum und die Non-Profit-Organisation Hope for Ukraine e. V. erwerben mit Mitteln des Weltärztebundes in einem längeren Projekt neue und neuwertige Medizinprodukte aufgrund des Bedarfs in Odessa, aber auch in anderen klinischen Einrichtungen.

Dazwischen bietet sich vereinzelt auch Gelegenheit für andere Hilfen: Aufgrund eines notwendigen Systemwechsels im Wäschemanagement am Uniklinikum Frankfurt konnten eine durchaus große Menge an gut erhaltenen Kopfkissen- und

Bettbezügen, Bettlaken und Inkontinenzauflagen, ebenso Decken und Handtücher, aber auch einige funktionstüchtige Patientenbetten sowie Nachttische vor allem nach Charkiw abgegeben werden.

Der Transport ging von Frankfurt über den Verteiler von Hope for Ukraine e. V. in Dresden nach Polen und in die Ukraine; am 24. Februar kam der vollgepackte Lastwagen bei frostigem Wetter in Charkiw an.

Dr. med. Alexander Marković

Ehrenamtlicher Beauftragter Ukrainehilfe der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

Beim Ausladen in Charkiw: Gruß nach Deutschland mit einer die Hilfe zwischen den Ländern symbolisierenden Flagge.

Ärztliche Selbstfürsorge als Voraussetzung verantwortlicher Berufsausübung

Zum Meinungsbeitrag „Physician Care as a Moral Obligation in Health Care Practice“ im Journal of the American Medical Association (JAMA) und seiner Bedeutung für den ärztlichen Alltag.

Einführung: Warum das Thema uns betrifft

Ein Meinungsartikel im Journal of the American Medical Association (JAMA) lenkt den Blick auf ein Thema, das auch für unseren beruflichen Alltag von eminenter Bedeutung ist: die ärztliche Selbstfürsorge.

Während „Qualitätssicherung“ und „Patientensicherheit“ zunehmend mit bürokratischen Dokumentationspflichten verbunden sind, bleibt ein anderer Aspekt oft im Hintergrund: Der wichtige Fokus auf eine bestmögliche Patientenbetreuung verbunden mit einem ausgeprägtem beruflichen Idealismus führt bei vielen Ärztinnen und Ärzten nicht nur zu einem hohen Engagement, sondern auch dazu, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen dauerhaft hinten anstellen.

Ich habe über viele Jahre im Rahmen einer psychoonkologischen Weiterbildung Erfahrungen in Teamsupervision mit gemischten Berufsgruppen gesammelt. Dabei hat mich immer beeindruckt, wie gut viele Psychologinnen und Psychologen gelernt haben, auf ihre eigenen Grenzen zu achten, während selbst sehr erfahrene Ärztinnen und Ärzte Selbstfürsorge kaum eingeübt hatten. Häufig erfolgte eine Neuorientierung erst dann, wenn eine Weiterarbeit in der bisherigen Form nicht mehr möglich war.

Gerade deshalb ist es aus meiner Sicht auch berufspolitisch enorm wichtig, insbesondere junge Kolleginnen und Kollegen darin zu unterstützen, Selbstfürsorge als Voraussetzung zu verstehen, um Patienten gut und sicher zu betreuen. In vielen klinischen Strukturen geschieht jedoch noch immer das Gegenteil: Überforderung wird stillschweigend erwartet, das Wahrnehmen eigener Grenzen kaum gefördert. Abschätzige Äußerungen zur „Work-Life-



Foto: © Halfpoint – stock.adobe.com

Von einer individuellen Strategie zu einer gemeinsamen professionellen Verantwortung: Selbstfürsorge für Ärztinnen und Ärzte.

Balance“ tragen zusätzlich dazu bei, notwendige Veränderungen zu erschweren. So wundert es nicht, dass sich viele Kolleginnen und Kollegen überfordert fühlen, ein Burn-out befürchten oder ernsthaft überlegen, den eigentlich geliebten Beruf aufzugeben.

Selbstfürsorge als ethische Verpflichtung und Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Medizin sollte daher eine Selbstverständlichkeit sein – oder werden.

Zentrale Gedanken des im JAMA veröffentlichten Meinungsartikels

Unter dem Titel „Physician Care as a Moral Obligation in Health Care Practice“ entwickelt Michael Philip Atkinson eine ausdrückliche ethische Perspektive auf dieses Thema. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist das traditionelle Selbstverständnis der Heilberufe, das von Beginn der Ausbildung an die konsequente Ausrichtung am Patientenwohl betont. Dieses Ethos ist unverzichtbar, kann jedoch – so Atkinson – unbeabsichtigt dazu führen, dass das Wohlbefinden der Behandelnden aus dem Blick gerät.

Er warnt vor einer „systematischen Marginalisierung des eigenen Wohlbefindens von Gesundheitsfachkräften“ (sinngemä-

ße Übersetzung) als Folge einer einseitig verstandenen Patientenorientierung. Selbstfürsorge dürfe deshalb nicht als private Angelegenheit oder individuelle Resilienzleistung missverstanden werden, sondern müsse auch als Aufgabe der Institutionen und Systeme begriffen werden, in denen Medizin stattfindet.

Die Diskussion über ärztliches Wohlbefinden sei bislang häufig vor allem funktional geführt worden – etwa zur Vermeidung von Burn-out oder zur Sicherung von Leistungsfähigkeit. Atkinson argumentiert darüber hinausgehend, dass Selbstfürsorge „nicht nur unterstützend für die Patientenversorgung ist, sondern moralisch konstitutiv für sie“ (eigene Übersetzung). Wenn Arbeitsbedingungen vorhersehbar zu Erschöpfung, Fehleranfälligkeit und innerer Distanzierung führten, gerate das System selbst in Konflikt mit dem medizinethischen Grundsatz der Nichtschädigung. Damit verschiebt sich die Perspektive: Nicht allein individuelles Verhalten, sondern auch strukturelle Rahmenbedingungen werden zu einem Gegenstand ethischer Verantwortung. Ein System, dessen Bedingungen vorhersehbar zu Überlastung und Fehleranfälligkeit führen, wird damit selbst zu einem ethisch relevanten Faktor der Versorgung.

Zugleich betont Atkinson die Bedeutung beruflicher Vorbilder. Haltungen zur Selbstfürsorge würden weniger durch Leitlinien vermittelt als durch gelebte Praxis. Wenn erfahrene Ärztinnen und Ärzte Selbstaufopferung demonstrativ vorleben, könne dies als stillschweigende Norm wirken. Wird hingegen ein verantwortlicher Umgang mit den eigenen Ressourcen sichtbar praktiziert, könne Selbstfürsorge als Ausdruck professioneller Haltung verstanden werden und nicht als Zeichen mangelnder Einsatzbereitschaft.

Ein tragfähiges Verständnis ärztlicher Selbstfürsorge geht daher über individuelle Maßnahmen hinaus. Erforderlich sind auch organisatorische Rahmenbedingungen – angemessene Arbeitsbelastung, verlässliche Personalstrukturen und Zeiten der Regeneration –, die eine dauerhaft verantwortliche Berufsausübung ermöglichen. Einzelne Angebote wie Achtsamkeitsprogramme können hilfreich sein, bleiben jedoch begrenzt, wenn sie struk-

turelle Probleme nicht begleiten. Selbstfürsorge darf damit nicht als private Aufgabe delegiert werden, sondern verlangt auch nach organisatorischen Bedingungen, die verantwortliches ärztliches Handeln überhaupt ermöglichen.

Diese Überlegungen machen deutlich, dass ärztliche Selbstfürsorge nicht als individuelles Zusatzthema verstanden werden kann, sondern eng mit den strukturellen Bedingungen ärztlicher Tätigkeit verbunden ist.

Atkinson plädiert deshalb für eine kulturelle und institutionelle Verankerung von Selbstfürsorge in Ausbildung, Führung und Organisationsethik. Nur wenn Arbeitsbedingungen, Personalstrukturen und Führungsverhalten diese Haltung mittragen, kann Selbstfürsorge von einer individuellen Strategie zu einer gemeinsamen professionellen Verantwortung werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Initiativen zur Förderung ärztlicher Selbstfürsorge symbolisch bleiben, während sich

Überlastung und eine schleichende Erosion professioneller Standards fortsetzen. Ärztliche Selbstfürsorge erweist sich damit als wesentliche Voraussetzung verantwortlicher Berufsausübung und damit auch als Thema, das die ärztliche Selbstverwaltung im Blick behalten muss.

Dr. med. Peter Zürner

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Verantwortlicher
Redakteur Hessisches
Ärzteblatt



Foto: Peter Jülich

Literatur: Atkinson MP. Physician Care as a Moral Obligation. In: Health Care Practice. JAMA. Published online February 16, 2026. doi:10.1001/jama.2026.0390.

Erinnerung an Sabine Riese

* 04.02.1952 † 17.02.2026

Sabine Riese ist im Februar völlig unerwartet verstorben. Sie war als Gynäkologin und Psychoanalytikerin lange Mitglied der Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ) und Delegierte der Landesärztekammer Hessen von 2013 bis 2023. Sie verfolgte zwei Schwerpunkte in ihrer Arbeit: die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches und die Stärkung der ärztlichen Psychotherapie. So konnte Sabine Riese wesentlich zur Abschaffung des § 219a auf dem Deutschen Ärztetag in Erfurt beitragen und war Ende 2017 Mitbegründerin der „Solidaritätsinitiative für Kristina Hänel und andere wegen Verstoßes gegen Paragraph 219a angezeigte Ärztinnen und Ärzte“ sowie Gründungsmitglied des daraus entstandenen Vereins Pro Choice Deutschland e. V.

Im Ausschuss ärztliche Psychotherapie und in der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psy-

chosomatik und Tiefenpsychologie) brachte Sabine Riese Fragen der ärztlichen Psychotherapie voran. Außerdem war Riese in der Liste Sprechende Medizin auch stellvertretendes Mitglied in der Vertreterversammlung und anderen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, ferner als Leiterin der Sektion Ärztinnen und Ärzte Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der DGPT. Zudem war Sabine Mitbegründerin der AG Sexualmedizin Hessen, einer ärztlichen Arbeitsgemeinschaft, die sich seit 2019 für die Einrichtung der Zusatzweiterbildung Sexualmedizin an der Akademie der Landesärztekammer Hessen eingesetzt hat. Sie hat als Dozentin noch beim ersten Prototyp „Curriculum Sexualmedizin“ während der Pandemie mitgemacht und sich als Prüferin für Sexualmedizin für die LÄKH zur Verfügung gestellt.



Foto: privat

Sabine Riese

Sabine war in all den Jahren auf vielen Ebenen eine überaus engagierte, kompetente, immer solidarische, verbindende und verbindliche Mitstreiterin für unsere gemeinsamen Ziele. Wir vermissen sie schon jetzt schmerzlich.

Dr. med. Barbara Jaeger

für die LDÄÄ und das Präsidium der
Landesärztekammer Hessen

Nachruf

Akutes Abdomen

Teil 1 – VNR: 2760602026139340008

Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, PD Dr. med. Teresa Schreckenbach

„Listen to the patient, he is telling you the diagnosis“
William Osler (1849–1919)

Einführung und Lernziele

Der folgende Beitrag, der in der nächsten Ausgabe 05/2026 (dann mit CME-Fragen) fortgesetzt wird, gibt einen Überblick über

- Definition
- Diagnostisches Vorgehen und
- Differenzialdiagnose

des akuten Abdomens. Ausführungen über Indikationen und Durchführung von interventionellen und/oder operativen Verfahren würden den Rahmen dieses CME-Beitrags sprengen. Der Leser soll nach der Lektüre von Teil 1 und 2 im Stande sein, die häufigsten Ursachen des akuten Abdomens zu benennen, systematische Anamnese- und Befunderhebung durchzuführen sowie Laboruntersuchungen und apparative Untersuchungsmethoden gezielt einzusetzen.

Definition des Akuten Abdomens

Aus chirurgischer Sicht wird ein „akutes Abdomen“ häufig mit der Notwendigkeit einer dringlichen Operation gleichgesetzt. So schreibt Pichlmayr „Abdominelle Erkrankungen mit der Charakteristik eines akuten Abdomens müssen baldmöglichst operiert werden“ [1]. Ähnlich stellt Börner fest „Ein akutes Abdomen ist eine lebensbedrohliche Notfallsituation“ [2]. Sie wert hingegen definiert „akutes Abdomen als „eine durch Zeitnot diktierte vorläufige Bezeichnung für eine zunächst nicht exakt differenzierbare Erkrankung der Bauchhöhle bis zu deren endgültiger ätiologischer Klärung“ [3]. Ähnlich definiert Pemmerl das akute Abdomen als eine „vorläufige Bezeichnung für einen unklaren, abrupt einsetzenden oder rezidivierenden Bauchschmerz, bei dem meist eine peritoneale Beteiligung (= Abwehrspannung) vorliegt und aufgrund der potenziellen Gefahr lebensbedrohlicher Ursachen ein unmittelbarer diagnostischer und

therapeutischer Handlungsbedarf resultiert.“ [4]

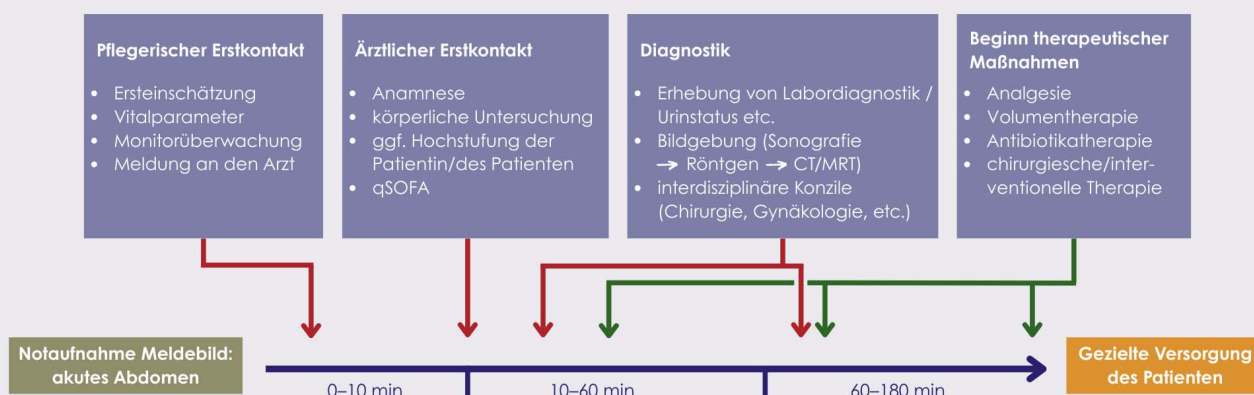
Gemeinsam ist allen diesen Definitionen, dass das akute Abdomen eine Arbeitshypothese ist, bei der zügig potenziell lebensbedrohliche Verläufe erkannt und abgewendet werden sollten. Das Kardinalsymptom des akuten Abdomens ist die Abwehrspannung/Peritonismus.

Nicht jeder akute Bauchschmerz impliziert ein akutes Abdomen, aber jedes akute Abdomen präsentiert sich mit akutem Bauchschmerz.

Ein Allgemein-/Viszeralchirurg sollte frühzeitig hinzugezogen werden.

Akute abdominelle Schmerzen werden definiert als nicht-traumatische Bauchschmerzen mit einer Anamnesedauer von weniger als sieben Tagen [5]. Zwischen 5–12 % aller Patienten, die sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses vorstellen, geben Bauchschmerzen als Leitsymptom an [2]. Patienten, die sich mit Bauchschmerzen in den Rettungsstellen der Charité vorstellten, wiesen ein Risiko

Abb. 1: **Anzustrebender Zeitablauf** vom Erstkontakt bis zur Versorgung der Patientinnen und Patienten



Legende:

CT: Computertomografie, MRT: Magnetresonanztomografie, qSOFA: Quick Sequential-Organ-Failure-Assessment, Grüne Pfeile: Beginn der therapeutischen Maßnahmen, rote Pfeile: Beginn der Anamnese und Diagnostik. Diagnostik und Therapie überschneiden sich und es ist ein fließender Prozess

von 5,1 % auf, im weiteren Verlauf des stationären Krankenhausaufenthalts zu versterben. Im Vergleich dazu betrug die Krankenhausletalität von Patienten, die sich mit Brustschmerzen vorstellten, nur 0,9 % [6].

Auch nach kleineren Notfalloperationen wie Appendektomie oder Cholecystektomie können selten tödliche Verläufe eintreten. Größere Bauchoperationen in der Notfallsituation aufgrund von Ileus, Hohlorganperforation oder Ischämie hingegen weisen eine 30- bzw. 90-Tagesletalität von 13 % bzw. 18 % auf [7].

Die häufigsten Ätiologien bei Patienten, die sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses mit dem Leitsymptom „Bauchschmerzen“ vorstellen, sind in Tab. 1 aufgeführt. Die Tatsache, dass es sich zu einem nicht unerheblichen Teil (30–41 %) um unspezifischen abdominalen Schmerz handelt, mag einer der Gründe dafür sein, dass auch heute noch potenziell lebensbedrohliche Verläufe nicht zeitnah erkannt werden.

Erkennen von Warnsignalen

Warnsignale („red flags“) sind umgehend zu erkennen und fordern sofortiges Handeln (Tab. 2). Hierzu gehört vor allem das Erkennen eines septischen Krankheitsbildes mit beginnendem Organversagen. Bewährt hat sich der quickSOFA score basierend auf den qSOFA Kriterien:

- Atemfrequenz > 22/min
- Verändertes Bewusstsein (Glasgow Coma Score < 15)
- Systolischer Blutdruck < 100 mmHg.

Sind zwei der drei Kriterien erfüllt, so impliziert dies ein deutlich erhöhtes Risiko. In dieser Situation kommt es nicht darauf an, eine abgesicherte, „richtige“ Krankheitsdiagnose zu stellen, sondern das Richtige möglichst schnell zu tun:

- gezielte Anamnese und Untersuchung;
- schnelle Labordiagnostik (Point-of-Care, POC);
- gezielte Bildgebung (Computertomographie, vorzugsweise Kontrastmittel verstärkt) und
- gleichzeitige Stabilisierung der Vitalfunktionen und Beginn der Sepsis-bundle-Therapie;
- Entscheidung, ob der vermutete Sepsis-Fokus im Abdomen liegt und ggf. Indika-

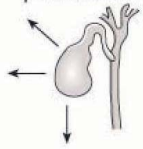
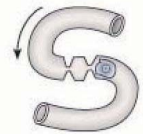
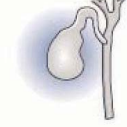
Schmerztyp		Diagnose	
 Perforation	Ulkusperforation 	Mesenterialinfarkt 	Gallenblasenperforation 
 Kolik	Gallenkolik 	Uretersteinkolik 	Ileus 
 Entzündung	Appendizitis 	Pankreatitis 	Cholezystitis 

Abb. 2: Unterschiedliche Schmerztypen können einen Hinweis auf die möglicherweise zugrundeliegenden Ursachen geben.

tion zur notfallmäßigen oder dringlichen Operation.

Aufgrund des Zeitdrucks bei potenziell lebensbedrohlichen Krankheitsbildern gibt es Vorschläge für die zeitlichen Abläufe der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die als Vorbild für das eigene Vorgehen genutzt werden können (Abb. 1).

Anamnese

Die Erhebung einer standardisierten Anamnese und klinischen Untersuchung kann die diagnostische Richtigkeit um mindestens 10 % verbessern [8]. Die Anamnese beginnt mit einer systematischen Schmerzanamnese nach dem Akronym OPQRST [4] (Tab. 3). Unterschiedli-

Tabelle 1: Häufigkeit der Ätiologie bei Patienten, die sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses mit akuten Bauchschmerzen vorstellen (nach Börner 2025, [2])

Ätiologie	Häufigkeit in der Notaufnahme
Unspezifischer abdominaler Schmerz	30–41 %
Akute Appendizitis	8–30 %
Akute Cholezystitis	9–11 %
Ileus	4–5 %
Gynäkologischer Fokus	1–4 %
Akute Pankreatitis	2–4 %
Urologischer Fokus	2–4 %
Ulcus pepticum (ggf. frei perforiert)	1–3 %
Onkologische Ursache	1–2 %
Divertikulitis (ggf. perforiert)	1–2 %
Abdominelle Ischämie	0–1 %

Grafik: © aus Zuhke V, Siewert R, Pölper H-J (1977) Das akute Abdomen. In: Zenker R et al. (Hrsg.) Chirurgie der Gegenwart. Urban & Schwarzenberg, München, Gemeinfrei.

Tabelle 2: Warnsignale („red flags“) beim akuten Abdomen

- Plötzlich eingetretene Schmerzen mit schneller Progredienz und stärkster Ausprägung (Abwehrspannung/Peritonismus)
- Eintrübung, Bewusstseinsstörungen
- Kreislaufinstabilität, Schocksymptomatik
- Ältere Patienten (> 65 Jahre)
- Abdominelle Voroperationen
- Immunsuppression

che Schmerztypen können einen Hinweis auf die möglicherweise zugrunde liegenden Ursachen geben (Abb. 2). Bei Hohlorganperforation geben Patienten häufig einen genauen Zeitpunkt (Uhrzeit) an, an dem die Schmerzen plötzlich mit starker Intensität begannen. Wellenförmige Schmerzen mit an- und abflauenden Schmerzattacken (Koliken) ähneln den Uteruskontraktionen während der Geburt und ein Vergleich damit drängt sich manchmal Frauen auf, die Kinder vaginal entbunden haben. Erschütterungsschmerz (beim Transport im Rettungswagen oder beim Fahren der Krankenliege über Türschwellen) kann ein Hinweis auf eine peritoneale Reizung bzw. Peritonitis sein. Die Schmerzintensität sollte nachvollziehbar mit Angabe des Zeitpunkts der Untersuchung dokumentiert werden, beispielsweise auf einer numerischen Rating Skala (NRS) von 0–10.

Die Vorgeschichte kann auf die wesentlichen Fragen beschränkt werden:

- Vorerkrankungen
- vorherige Bauchoperationen
- vorherige ähnliche Beschwerden
- Medikamentenanamnese (Marcumar, NOAK, ASS, Metformin, Insulin, NSAID etc.)
- Vorhandensein von Allergien

Die vegetative Anamnese umfasst Fragen nach Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, letztem Stuhlgang, Änderung der Stuhlgewohnheiten und Stuhlbeschaffenheit.

Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollten Fragen nach Regelmäßigkeit der Mens-

truation, letzter Periode, möglicherweise bestehender Schwangerschaft, einer etwaig vorhandenen intrauterinen Spirale (als Risikofaktor für Adnexitis) und Vaginalausfluss nicht fehlen.

Ebenso wenig fehlen sollte die Dokumentation von Körpergröße und Gewicht, möglichst auch mit Angabe des Body Mass Index (BMI). Der BMI wird häufig unterschätzt. Dieser ist aber ein bedeutender Risikofaktor, denn Adipositas erschwert die Beurteilung des akuten Abdomens deutlich.

Klinische Untersuchung

Der Ausgangspunkt der klinischen Untersuchung ist die Bestimmung und Dokumentation der Vitalzeichen Temperatur, Blutdruck und Herzfrequenz. Die Möglichkeit der pulsoximetrischen Messung der Sauerstoffsättigung ist praktisch ubiquitär vorhanden und sollte genutzt werden. Die Erfassung der Atemfrequenz kann hilfreich sein und ist für die Bestimmung des qSOFA unverzichtbar.

Der Stellenwert einer aufmerksamen und gründlichen klinischen Untersuchung wird häufig unterschätzt. Sie beginnt mit der Inspektion: Patienten mit peritonealer Reizung bzw. Peritonitis neigen dazu, jedwede Bewegung zu vermeiden, da dies die Schmerzen provoziert oder verschlimmert. Sie liegen häufig mit angezogenen Beinen auf dem Rücken oder in Fötusstellung, da so die Anspannung der Bauchdecke vermindert wird.

Die Inspektion der Zunge ist ein wichtiger Bestandteil der Untersuchung des Verdauungstrakts (Hydrationszustand? Verfärbung?). Ebenso sollten die Augen und Konjunktiven untersucht werden (Ikterus? Anämie?). Die Inspektion des Abdomens kann wichtige Hinweise liefern: Narben vorausgegangener Operationen? Aufgetriebener oder eingefallener Leib? Verfärbungen der Bauchdecke (bläulich-grünliche Verfärbungen der Haut periumbilikal (Cullen-Zeichen) oder an den Flanken (Grey-Turner-Zeichen) als Hinweis auf schwere akute Pankreatitis?

Die körperliche Untersuchung des Abdomens beginnt damit, dass das gesamte Abdomen der Untersuchung zugänglich gemacht wird, d. h. dass eine Exposition bis zu den Leistenregionen beidseits und

der Symphyse erfolgt. Bei Männern sollte das äußere Genital untersucht werden.

Der Patient wird gebeten, möglichst mit einem Finger den Punkt zu zeigen, an dem der Schmerz am stärksten wahrgenommen wird (Punctum maximum – PM). Hierauf folgt die Auskultation mit Dokumentation der Intensität, Frequenz und Art der Darmgeräusche (hochgestellt = klingend, nicht hochgestellt/nicht klingend), keine Darmgeräusche? („Totenstille des Abdomens“, z. B. bei Darmparalyse infolge von Peritonitis).

Ziel der klinischen Untersuchung beim akuten Abdomen ist nicht primär die Detektion etwaiger Resistenzen, sondern das vorsichtige Tasten zur Ermittlung des maximal auslösenden Schmerzpunkts (PM). Die Untersuchung beginnt daher mit dem lockeren Abklopfen der Bauchdecke fern des angegebenen PM. Abwehrspannung und Loslassschmerz nach tiefer Palpation sind Zeichen der peritonealen Reizung bzw. der Peritonitis. Das sprichwörtliche „brettharte Abdomen“ ist selten, außer bei initial chemischer Peritonitis (Reizung durch Magensäure nach Ulkusperforation) oder bei sekundärer Peritonitis (z. B. Anastomoseninsuffizienz nach vorausgegangener Operation am Verdauungstrakt). Spezifische Provokationsmanöver zur Auslösung von Schmerzen durch Palpation werden bei den jeweiligen Differenzialdiagnosen beschrieben.

Laboruntersuchungen

Die Möglichkeiten der vorhandenen point-of-care (POC)-Diagnostik sollten umfassend genutzt werden, da sie schnell verfügbar sind und zur groben Einschätzung wichtige Hinweise geben:

- Venöse Blutgasanalyse (BGA): Hämoglobin? Säure/Basenhaushalt? Azidose? Lactat? Glucose?
 - Harnstreifentest (Hämaturie? Leukozyturie? Nitrit?)
 - β -HCG zum Ausschluss einer Schwangerschaft
 - Troponin T (Ausschluss eines Myokardinfarkts bei epigastrischen Schmerzen)
- Darüber hinausgehende Laboruntersuchungen sollten beinhalten:
- Blutbild (wünschenswert ein großes Blutbild mit Bestimmung des Anteils der Neutrophilen bzw. polymorph kernigen

Tab. 3: Systematische Erhebung der Schmerzanamnese nach dem Akronym OPQRST (nach Pemmerl 2020, [4])

Onset	Schmerzbeginn
Provocation/Palliation	Schmerzverstärkung/Schmerzlinderung
Quality	Schmerzcharakter
Radiation	Ausstrahlung
Severity	Schmerzstärke, Schmerzintensität
Time	Schmerzdauer, Schmerzverlauf

Neutrophilen (PMN) – Linksverschiebung als Hinweis auf akute Infektion)

- Serumanalysen: Natrium, Kalium, Kreatinin, Harnstoff, ASAT, ALAT, Bilirubin, gamma-GT, Amylase, Lipase, c-reaktives Protein
- Gerinnung: PTT, INR
- β -HCG (falls Bestimmung im Urin nicht erfolgte).

Die Bestimmung von Procalcitonin (PCT) und ggf. Interleukin-6 als Hinweis auf eine Infektion ist wünschenswert, jedoch nicht überall rund um die Uhr (24/7) verfügbar und kann daher nicht als allgemeiner Versorgungsstandard gefordert werden.

Bildgebung

Ultraschallgeräte gehören zur Grundausstattung eines Krankenhauses. Die Ultraschalluntersuchung des Abdomens ist untersucherabhängig. Dennoch können auch weniger erfahrene Untersucher wichtige Befunde bei einer orientierenden Untersuchung des Abdomens entdecken bzw. ausschließen wie

- freie Flüssigkeit
- Darmdistension, ggf. fehlende Peristaltik
- Cholezystolithiasis, ggf. Wandverdickung der Gallenblase
- ggf. Darstellung eines verdickten Appendix

Der Goldstandard in der Bildgebung des akuten Abdomens ist die Computertomographie (CT), die in der Regel kontrastmittelverstärkt durchgeführt wird. Für spezielle Fragestellung wie Ausschluss einer Appendizitis stehen dosis-reduzierte Protokolle zur Verfügung. Die konsiliarische Absprache mit der Radiologie und die gezielte Fragestellung auf der schriftlichen Anforderung der Untersuchung erleichtern die Arbeit von Radiologen und röntgentechnischen Assistenten.

Die Röntgenübersichtsaufnahme des Abdomens (in Rückenlage und Linksseitenlage) hat ihren vormaligen Stellenwert verloren. Die Entdeckung freier Luft als Hinweis auf eine Hohlorganperforation gelingt besser mit einer CT des Abdomens ebenso wie die Darstellung eines Ileus, bei

dem häufig durch die CT der Ort der Obstruktion dargestellt werden kann.

Die Magnetresonanztomographie (MRT) kann zum Einsatz kommen bei Frauen in der Schwangerschaft, bei denen eine vorherige Ultraschalluntersuchung des Abdomens keine wegweisenden Befunde ergeben hat.

Teil 2 mit den CME-Fragen folgt in der Ausgabe 05/2026.

Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein

Ehem. Direktor der Klinik für Allgemein, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie,

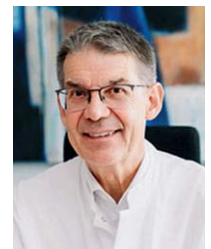


Foto: Julia Sidorenkova

Universitätsklinikum Frankfurt
E-Mail: bechsteinwolf@gmail.com

PD Dr. med. Teresa Schreckenbach

Klinik für Allgemein, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt



Foto: privat

E-Mail:
teresa.schreckenbach@unimedizin-ffm.de

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



Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

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

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mittwoch, 20. Mai 2026, 13:30 – 15:45 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Schulungsvideos auf YouTube	In dem YouTube-Kanal des Hessischen Krebsregisters stehen einige Schulungsvideos für die Tumordokumentation zur Verfügung.	YouTube-Kanal: @hessisches-krebsregister

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



Praktisches Jahr: Wachsende Zweifel beim ärztlichen Nachwuchs

Ergebnisse der Marburger Bund-Befragung PJ-Barometer 2025

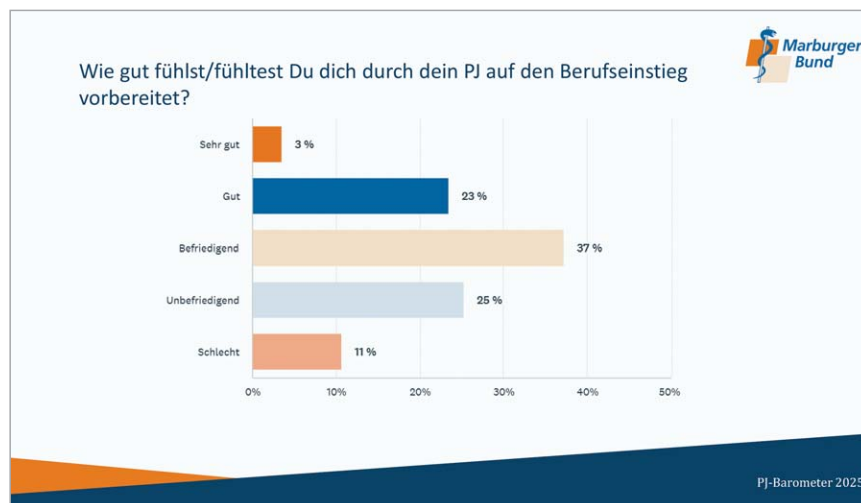
Die Rahmenbedingungen im Praktischen Jahr (PJ) haben sich in den vergangenen Jahren kaum verändert. Substanzielle Verbesserungen bleiben aus. Rund ein Drittel der PJ-ler denkt sogar darüber nach, die kurative Medizin zu verlassen und sich beruflich neu zu orientieren. Das geht aus dem PJ-Barometer 2025 des Marburger Bundes hervor.

An der Online-Befragung beteiligten sich im November/Dezember 2025 rund 1.800 Medizinstudierende im Praktischen Jahr sowie Ärztinnen und Ärzte, deren PJ nicht länger als drei Jahre zurückliegt; zwei Drittel der Befragten sind weiblich. Knapp die Hälfte befindet sich aktuell im PJ, die übrigen haben ihr Praktisches Jahr in den vergangenen drei Jahren abgeschlossen.

Wie sich die Rahmenbedingungen konkret im Alltag des Praktischen Jahres auswirken, zeigt sich bei Arbeitszeiten, Diensten und der täglichen Aufgabenverteilung. Fehlende Struktur, unzureichende Anleitung und ein hoher Anteil ausbildungsfremder Tätigkeiten sind häufig genannte Defizite. Diese Bewertung deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen der vorangegangenen Befragungen PJ-Barometer 2018 und PJ-Barometer 2023.

Unzureichende Anleitung und fehlendes Mentoring

Als zentrales Problem wird von vielen Umfrageteilnehmern die unzureichende Betreuung wahrgenommen. Ein erheblicher Teil der PJ-ler (39 %) muss bereits im ersten PJ-Tertial ohne verlässliche Ansprechpersonen wie Mentorinnen und Mentoren oder Lehrbeauftragte auskommen, die sie fachlich und persönlich unterstützen. Als besonders negativ und belastend empfinden PJ-ler, dass man von vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen lediglich als billige Arbeitskraft angesehen wird: „Manchmal fühlt man sich ausgenutzt, wenn nichts erklärt wird und man nur Haken



hält“, heißt es in einem Freitext-Kommentar.

Zwei Drittel der Teilnehmenden beklagen zudem, nicht ausreichend Zeit zum Selbststudium neben der praktischen Tätigkeit zu haben. Studientage sind zwar formal vorgesehen, können im klinischen Alltag jedoch häufig nicht wahrgenommen werden, weil dafür schlichtweg die Zeit fehlt. So verbringt mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) im ersten PJ-Tertial zwischen 40 und 50 Stunden pro Woche in der Lehrereinrichtung, bei 40 % sind es weniger als 40 Stunden. Knapp 42 % der Befragten haben im ersten PJ-Tertial Nacht- und Wochenenddienste geleistet, die meisten ein- oder zweimal pro Monat, jeweils etwa 9 % der Befragten auch drei- oder viermal im Monat. Die große Mehrheit dieser Dienste erfolgt ohne zusätzliche Vergütung außerhalb der PJ-Aufwandsentschädigung (bei 79 % der Befragten).

Unverändert hoch ist auch der Anteil der Studierenden, die im Praktischen Jahr eigenständig Aufgaben ohne ärztliche Anleitung oder Aufsicht übernehmen. Auf die entsprechende Frage konnten Mehrfachantworten gegeben werden. An erster Stelle (96 %) stehen delegationsfähige Leistungen (z. B. Blutentnahmen, Ver-

bandswechsel), danach kommen mit 80 % nichtmedizinische Tätigkeiten, die auch von anderen Berufsgruppen erledigt werden könnten, und an dritter Stelle ärztliche Kernaufgaben (z. B. Anamnese, Diagnosestellung, Aufklärung), von denen 72 % der Befragten sagen, sie hätten diese eigenständig ohne ärztliche Anleitung und Aufsicht übernommen.

Wunsch nach „verlässlicher Zuständigkeit statt Zufallsprinzip“

Auf die Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten fordern viele der Befragten feste Ansprechpartner, Mentorenmodelle, ärztliche Supervision und „verlässliche Zuständigkeit statt Zufallsprinzip“. Praktische Formate (Skills, Sonographie, Röntgen) und feste Lernzeiten bzw. Studientage sollten Standard sein. Besonders ärgerlich finden die Befragten die bestehende Regelung zu den 30 Fehltagen im Jahr, die alle Fehlzeiten inklusive Krankheitstage und Urlaub umfasst. Dadurch reduziert sich der Urlaubsanspruch, sobald Fehlzeiten durch Krankheit entstehen. „Es muss die Möglichkeit geben, sich krank zu melden, wenn man krank ist, und zuhause zu bleiben, um sich auszukurieren“, fordert einer der Befragten.

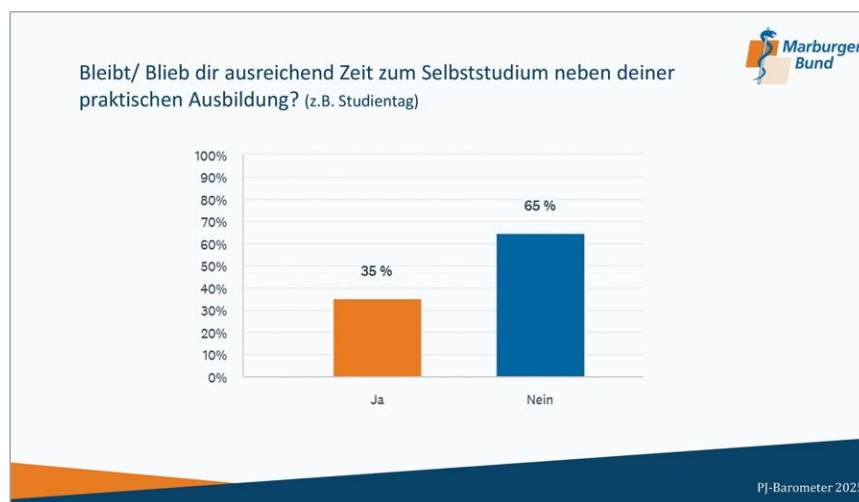
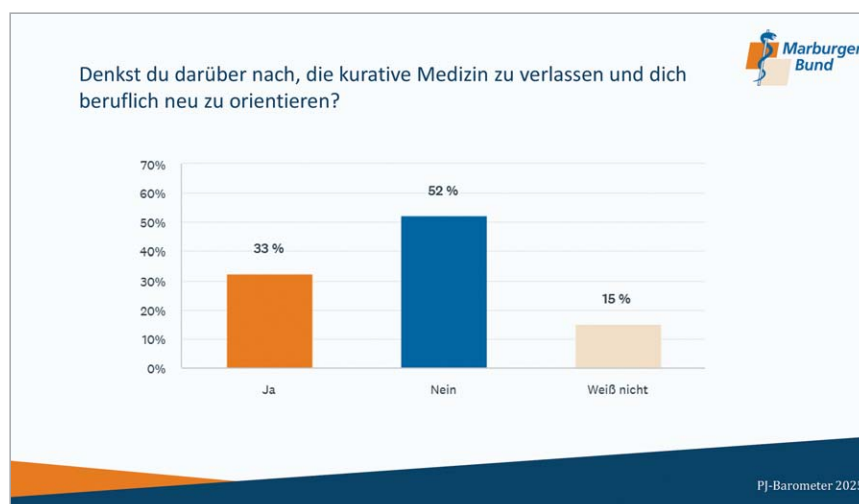
Die finanzielle Lage vieler PJ-Studierender bleibt angespannt. Ein Großteil der Befragten ist neben der Aufwandsentschädigung vor allem auf familiäre Unterstützung angewiesen, um den Lebensunterhalt zu bestreiten. Die Einschätzung der eigenen Vorbereitung auf den ärztlichen Berufsalltag fällt insgesamt verhalten aus. Ein Drittel fühlt sich durch das Praktische Jahr unbefriedigend (25 %) oder sogar schlecht (11 %) auf den Berufseinstieg vorbereitet, 37 % bewerten die Vorbereitung als befriedigend, 23 % als gut und 3 % als sehr gut.

Skepsis über den weiteren Berufsweg

Erstmals wurde gefragt, ob die Befragten darüber nachdenken, die kurative Medizin zu verlassen und sich beruflich neu zu orientieren. Rund ein Drittel der Teilnehmenden antwortete darauf mit Ja, 52 % mit Nein und 15 % hatten keine Antwort auf diese Frage. Damit äußert ein erheblicher Teil der angehenden Ärztinnen und Ärzte bereits am Ende des Studiums Zweifel daran, dauerhaft in der Patientenversorgung tätig zu sein.

Vor dem Hintergrund des altersbedingten Ausscheidens großer Jahrgänge aus dem ärztlichen Berufsleben ist diese Skepsis über den weiteren Berufsweg sehr ernst zu nehmen: Die seit Jahren weitgehend unveränderten Rahmenbedingungen im Praktischen Jahr wirken sich auf Dauer offenbar negativ auf die Berufsentscheidung vieler Nachwuchsärztinnen und -ärzte aus und können schon bestehende Versorgungsprobleme weiter verschärfen.

Für Dr. med. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, sind die Ergebnisse der Umfrage deshalb auch ein Weckruf: „Das Praktische Jahr ist



eine Bewährungsprobe – nicht nur für die Studierenden, sondern für das System insgesamt. Letztlich entscheidet sich im PJ, ob aus Begeisterung für den Arztberuf nachhaltige Motivation wird oder eben Ernüchterung.“

Alle Ergebnisse der Umfrage beim Marburger Bund:
www.marburger-bund.de → Newsportal
 → PM vom 18.02.2026 oder via Kurzlink:

<https://t1p.de/lxn02>
 Der QR-Code führt direkt dorthin.



Hans-Jörg Freese

Pressesprecher/Leiter Verbandskommunikation, Marburger Bund Bundesverband
 Reinhardtstr. 36, 10117 Berlin
 E-Mail: presse@marburger-bund.de

Resistenzentwicklung bei Pilzen

Das Robert Koch-Institut hat erstmals Daten zur Resistenzentwicklung bei Pilzen in Deutschland bis einschließlich 2024 veröffentlicht. Die Daten sind auf der Internetseite der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) verfügbar. Auch bei Pilzen zeigen sich Resistenzentwicklungen, die überwacht und bei Therapie-

empfehlungen berücksichtigt werden müssen. Unter amr.rki.de können nun für *Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Nakaseomyces glabratus* (syn. *Candida glabrata*) und *Aspergillus fumigatus* die Resistenzanteile gegen bestimmte Antimykotika abgerufen werden. (red)

Humanmedizin – Humane Medizin?

18. Ärztetag am Dom



Referentin Dr. med. Verina Wild bei ihrem Vortrag zu Vulnerabilität und gesundheitlicher Ungleichheit im Gesundheitswesen.

Im weltweiten Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem sehr gut ab. Trotz seiner hohen Leistungsfähigkeit ist der Zugang zu medizinischer Versorgung ungleich verteilt: Besonders stark betroffen sind Menschen mit prekärem sozialem Status und Personen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte.

Wie kann eine bessere und diskriminierungsfreie medizinische Versorgung sichergestellt werden? Was können Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und alle im Gesundheitswesen tätigen Menschen tun?

„Des Menschen Medizin ist der Mensch“

Mit dieser Aussage von Bischof Georg Bätzing begann der 18. Ärztetag am Dom, organisiert vom Haus am Dom in Kooperation mit dem Arbeitskreis „Ethik in der Medizin im Rhein-Main-Gebiet“ und der Landesärztekammer Hessen. Die Humanmedizin erfasse den Menschen in seiner Gesamtheit – Leib und Seele – und bewerte nicht nach Geschlecht, Herkunft oder anderem, so der Bischof.

Unter der freundlichen Moderation von Prof. Dr. med. Ulrich Finke drehte sich der Ärztetag um die Frage, wie Ungerechtigkeiten vermindert oder verhindert werden können. Rund 150 Teilnehmende füllten den Saal und lauschten den spannenden Fachvorträgen, in denen die Referentinnen und Referenten aktuelle Hürden beleuchteten und Lösungsansätze für eine diskriminierungsfreie medizinische Versorgung diskutierten.

„Es ist kein Randproblem“

Prof. Dr. med. Verina Wild eröffnete die Vortragsreihe mit Überlegungen zu Vulnerabilität und gesundheitlicher Ungleichheit. Sie kritisierte, dass Medizin sich häufig zu stark auf individuelle Verantwortung fokussiere, während gesundheitliche Ungleichheiten oftmals aus strukturellen Bedingungen und gesellschaftlichen Machtverhältnissen entstünden.

Doch Armut, Bildungsstand oder Wohnverhältnisse lassen sich nicht einfach „wegtherapieren“: Anhand eines Fallbeispiels verdeutlichte Wild, dass Marginalisierung nachweislich das Risiko für bestimmte Erkrankungen, etwa Herzleiden oder Depressionen, erhöhe. Für eine humanere Gesundheitsversorgung forderte sie von den Ärztinnen und Ärzten mehr Verständnis für Strukturen und kulturellen Kontext, nicht nur im individuellen Patientenkontakt, sondern auch als Kollektiv in der Mitgestaltung gerechter Rahmenbedingungen.

„Männer sind immer noch die Norm“

Am Beispiel des Herzinfarkts zeigte Dr. med. Antonia Sahm, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie seit Jahrzehnten bekannt, aber nicht überwunden sind. Der männliche Körper galt jahrzehntelang als medizinischer Maßstab und obwohl die Sensibilisierung für Frauengesundheit seitdem zugenommen habe, verzögere sich die Diag-

nosestellung bei Frauen weiterhin. Auch rassistische Ungleichheiten lassen sich nachweisen.

Sahm griff das Konzept der epistemischen Ungerechtigkeit auf und fragte, wessen Wissen im medizinischen Diskurs Gehör finde. Sie machte deutlich, dass Diskriminierung nicht nur in offenen Vorurteilen stecke, sondern strukturell in der Medizin verankert sei, in Datensätzen, Studienpopulationen und Routinen. Wer nicht in den Standard passe, laufe Gefahr, übersehen zu werden. Um das zu ändern, plädiert sie für diversifizierte Forschung, kultur- und geschlechtersensible Leitlinien sowie eine stärkere Einbindung der Patientenperspektive.

„Mein Kopf ist kaputt“

Sehr konkret wurde es im Beitrag von Dr. med. Gisela Volck vom Frankfurter Arbeitskreis für Trauma und Exil (FATRA). Eindrucksvoll schilderten sie und ihr Team die Leidensgeschichten mehrerer Menschen, die vor Gewalt flohen und nun mit den seelischen Folgen leben müssen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz deckt vor allem akute körperliche Erkrankungen ab, psychotherapeutische Versorgung bleibt häufig außen vor. Dolmetschleistungen sind ebenfalls nicht selbstverständlich, sodass viele Flüchtlinge mit ihrem Leid alleine bleiben. In FATRAS Beratungsstelle wird dennoch zugehört, übersetzt, geholfen.

„Die Arbeit ist belastend“, erzählte Volck, „aber auch sinnstiftend. Wenn jemand sagt, ‚Mein Kopf ist kaputt‘, dann geht es nicht nur um Diagnosen, sondern um Anerkennung, um das Gesehenwerden.“ Humane Medizin, so ihre Schlussfolgerung, beginne mit dem Respekt vor der Menschenwürde und umfasse auch die seelische Dimension von Gesundheit.

„Können wir uns das leisten?“

Krankenhäuser und Praxen stehen zunehmend unter Ökonomisierungsdruck. In seinem Vortrag unterschied Prof. Dr. phil.

Matthias Kettner dabei zwischen sinnvoller Wirtschaftlichkeit und einem Ökonomismus, der alles dem Effizienzdenken unterordnet. Problematisch werde es dort, wo Profitmaximierung professionsethische Maßstäbe verdränge. Dann drohe eine Objektivierung von Patientinnen und Patienten als Kundschaft und eine Standardisierung, die individuelle Bedürfnisse vernachlässige.

Kettner warnte zudem vor moralischem Stress, den viele Ärztinnen und Ärzte erleben, wenn sie zwischen Heilauftrag und Budgetvorgaben stehen. Zur Lösung des Problems schlägt er jedoch nicht die Abschaffung von Wirtschaftlichkeit vor, sondern fordert die Stärkung der arztethischen Orientierung als, wie er es nennt, „intellektuellen Impfstoff gegen verabsolutiertes Profitdenken in der medizinischen Versorgung“.

Die Einrichtung einer Ombudsstelle für Ökonomisierungsfolgen durch die Landesärztekammer Hessen wurde in diesem Zusammenhang als innovativer Schritt hervorgehoben.

Podiumsdiskussion: „Was ist der nächste Schritt?“

Den Abschluss des Ärztetags bildete die vortragsübergreifende Podiumsdiskussion, die von Stefan Hübner vom Hessischen Rundfunk geleitet wurde. Diskutiert wurden finanzielle Anreizsysteme, strukturelle Diskriminierung und die Rolle der Ausbildung. Aus dem Publikum kamen zahlreiche Wortmeldungen, die eigene Er-



Fotos: Viktoria Jakobs

Podiumsdiskussion aller Referentinnen und Referenten des 18. Ärztetags am Dom zum Thema Humanmedizin. Von links: Prof. Dr. med. Verina Wild, Dr. med. Gisela Volck, Stefan Hübner, Dr. med. Antonia Sahm, Prof. Dr. phil. Matthias Kettner.

fahrungen einbrachten und den Bedarf an Reformen unterstrichen.

Der rege Austausch brachte aber auch konkrete Lösungsansätze aufs Tapet und zeigte, dass es in der Ärzteschaft längst vorbildliche Initiativen gibt. Einige Mainzer Studierende organisierten beispielsweise eigenständig eine Ringvorlesung, weil ihnen das Thema gerechte medizinische Versorgung auf dem Lehrplan zu kurz kam. Am Ende waren sich jedoch alle einig, dass es das Wichtigste sei, die Menschenwürde nicht nur für einen imaginären Idealpatienten zu denken, sondern für alle.

Fazit: „Veränderung beginnt jetzt“

Was bleibt von diesem Ärztetag? Vielleicht die Erkenntnis, dass humane Medizin kein Zusatzmodul ist, das man bei Bedarf aktivieren kann, sondern ein universelles Menschenrecht. Es lässt sich nicht leugnen, dass es strukturelle Ungleichhei-

ten in der humanmedizinischen Versorgung gibt, doch gerade deshalb gilt es, dieses Problem zu lösen. Dafür braucht es einen ganzheitlichen Ansatz, der einerseits Reformen der institutionellen Strukturen und andererseits eine ethische Standfestigkeit sowie eine spezifische Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte erfordert.

Dabei gilt es, nicht zu vergessen, dass die Beseitigung struktureller Ungleichheiten nicht erst mit der großen Reform beginnt, sondern vielmehr im eigenen Umfeld. Wie sprechen wir mit Patientinnen und Patienten? Wen übersehen wir womöglich? Welche Abläufe in Praxis, Klinik oder Team lassen sich gerechter gestalten? Jede noch so kleine Veränderung kann Wirkung entfalten. Wenn Humanität zur bewussten Entscheidung im Alltag wird, wächst aus vielen einzelnen Schritten eine Bewegung.

Viktoria Jakobs

Podcast zu Seltenen Erkrankungen

Kostenfreie CME-Fortbildung der Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH

Zum Tag der Seltenen Erkrankungen am 28. Februar 2026 hat die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen diesem wichtigen Thema eine Podcastfolge im Rahmen der Serie „Sicher ist sicher“ gewidmet. Die Folge soll über das Thema der Seltenen Erkrankungen informieren und Zusammenhänge verständlich machen. In Gesprächen mit verschiedenen Fachleuten wird das Thema für die Zuhörerinnen und Zuhörer anschaulich aufbereitet und greifbar gemacht. Der Podcast sowie alle weiteren Informationen befinden sich online auf

unserer Webseite www.laekh.de unter der Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte“ → Qualitätssicherung → Patientensicherheit. Kurzlink:

<https://t1p.de/06szj>

Der Podcast ist mit **6 CME-Punkten** zertifiziert. Hierzu gehört neben dem Podcast eine Literatur-/Linkliste mit vertiefenden Informationen zur Thematik. Die Audio-datei (diese besteht aus zwei Teilen) sowie die Literaturliste finden Sie weiter unter „Podcast anhören“ – Teil 5. Um die CME-Punkte zu erwerben, müssen Sie die

dazugehörige Lernerfolgskontrolle absolvieren. Diese ist bis zum 31.08.2027 im Portal der LÄKH

(<https://portal.laekh.de>) abrufbar unter Fort- und Weiterbildung – CME-Fortbildung Hessisches Ärzteblatt.



**Stabsstelle Qualitätssicherung,
Patientensicherheit und Analysen
im Gesundheitswesen**

Fon: +49 69 97672-195

Mail: qs@laekh.de

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © VanHope – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Qualifikation Telenotärztin/Telenotarzt (CME beantragt)

Die Fortbildung richtet sich an im Rettungsdienst eingesetzte Notärztinnen und Notärzte und vermittelt die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, um Notfallpatientinnen und Notfallpatienten über Telemedizin aus der Ferne zu betreuen. Als Telenotärztin oder Telenotarzt arbeiten Sie in Echtzeit mit den Einsatzkräften vor Ort zusammen und gestalten die präklinische Versorgung effizienter, schneller und präziser.

Termin:	ab 21.04.2026: E-Learning 05.05.2026: Live-Webinar 07. & 08.05.2026: Präsenz
Gebühr:	1.587,00 € 1.428,30 €*
Kursleitung:	J. Blau
Kontakt:	heike.cichon@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
10.06.2026 Hybrid	Pädiatrie „State of the Art“ (CME beantragt) PD Dr. med. H. Buxmann	Die Veranstaltung vermittelt Fachärztinnen und Fachärzten sowie hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen kompakt den neuesten Stand zu Diagnostik und Therapie – wissenschaftlich fundiert, leitlinienorientiert und direkt in den Praxisalltag übertragbar. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	96,00 € gebührenfrei*

Begutachtung

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 25.03.2026: E-Learning, 25.04.2026: Präsenz	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Modul I bis III (40 CME) apl. Prof. Dr. rer. nat. J. Billino, Dr. med. B. Eusterschulte	In den ersten drei Modulen erhalten Sie Einblicke in die zentralen Grundlagen der verkehrsmedizinischen Begutachtung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Aspekten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und bestimmten Medikamenten. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	396,00 € 356,40 €*

Transplantationsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
20.05.2026 Präsenz	Curriculum Transplantationsbeauftragte – Teil B (8 CME) PD Dr. med. A. P. Barreiros, Dr. med. M. Heise	Gemäß § 9b Abs. 1 und 4 TPG: Das eintägige Kriseninterventionseminar vermittelt praxisnah, wie Angehörige im sensiblen Entscheidungsprozess zur Organspende begleitet werden können – mit Fokus auf wirkungsvolle verbale, para- und nonverbale Kommunikation. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	240,00 € 216,00 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
25.04.202 Live-Webinar	Medizinische Versorgung von Frauen und Mädchen nach weiblicher Genitalbeschneidung (4 CME) Dr. med. S. Adili	Die Veranstaltung thematisiert die gesundheitlichen Folgen von FGM/C, diagnostische und therapeutische Ansätze, den kultursensiblen Umgang mit Betroffenen sowie die Möglichkeiten der operativen Rekonstruktion. Kontakt: katja.baumann@laekh.de	30,00 €
ab 04.05.2026: E-Learning, 30.05.2026: Live-Webinar, 12.+13.06.2026: Präsenz	Einführung in die Schlafmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. R. Schulz et al.	Die Veranstaltung vereint internistische, neurologische und psychiatrische Aspekte und qualifiziert zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe. Die Teilnahme am Kurs ist Voraussetzung für die Abrechnung der ambulanten Polygraphie bei Schlafapnoe gemäß EBM. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	936,00 € 842,40 €*
jederzeit abrufbar On-Demand-Webinar	Train the Trainer für Weiterbildungsbefugte D. Libertus	Das Angebot vermittelt Weiterbildungsbefugten die zentralen Grundlagen und Pflichten für eine rechtssichere und professionelle Durchführung der ärztlichen Weiterbildung in Hessen – von den rechtlichen Rahmenbedingungen über Zeugnisse bis hin zum strukturierten Off-Boarding. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei
27.06.2026 Präsenz	Aggression und Gewalt im Praxisalltag (9 CME) Dr. agr. Dr. med. R. Schmidt, Dipl. Sozialpädagogin Jutta Mosig-Frey	Praxisnahes Deeskalationstraining für den medizinischen Alltag: Der Kurs zeigt Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und ihren Teams effektive Lösungsstrategien, um aggressiven Situationen souverän zu begegnen. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	252,00 € 226,80 €*

Rechtsmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
02.09. & 16.09. & 23.09. & 30.09.2026 Präsenz	Leichenschau Prof. Dr. med. M. Verhoff	An vier Nachmittagen erwarten Sie im Institut für Rechtsmedizin in Frankfurt wechselnde rechtsmedizinische Fälle aus einem breiten Spektrum an möglichen Todesursachen. Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de	250,00 € 225,00 €*

Ultraschall

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
06.05.2026: Live-Webinar, 08.05.2026: Präsenz	Schilddrüse – Modul I (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Bojunga	Mit vielen praktischen Übungen vermittelt Ihnen der Kurs die wichtigsten Grundlagen der Schilddrüsen-Sonographie, typische Krankheitsbilder und zentrale Punkte 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 Ihre Kompetenzen: Der Fokus liegt auf typischen pathologischen Befunden. Hinzu kommen zwei Termine in einer Klinik in Hessen, in der Sie Ihre praktischen Erfahrungen und Kenntnisse weiter vertiefen. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	962,00 € 865,80 €*

Allgemeinmedizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
15.–19.06.2026 Hybrid	Repetitorium Allgemeinmedizin (CME beantragt) Prof. Dr. med. A. Wunder	Ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder als Wissens-Update – das Repetitorium bringt Sie auf den neuesten Stand der Allgemeinmedizin. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	792,00 € 712,80 €*

EKG-Kurs (14 CME)

Dieser interaktive und neu konzipierte EKG-Kurs stärkt Ihre Kompetenzen und führt Sie Schritt für Schritt zu einer strukturierten und sicheren EKG-Befundung. In einem flexiblen E-Learning erwerben Sie zunächst online die wichtigsten Grundlagen, bevor Sie im Präsenztermin in Frankfurt gemeinsam mit Ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen EKG befunden – gerne auch Ihre eigenen Fälle aus der Praxis. Aufgrund der vielen praxisnahen Übungen wird Basiswissen in der EKG-Befundung vorausgesetzt.

Termin:	ab 18.05.2026: E-Learning 30.05.2026: Präsenz
Gebühr:	427,00 € 384,30 €*
Kursleitung:	Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Prof. Dr. med. D. Leistner
Kontakt:	susanne.holler@laekh.de



Foto: © Discover stocks – adobe.stock.com, mit KI



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Dr. med. KI – Seltene Erkrankungen (16 CME)

In diesem On-Demand-Webinar erhalten Sie in fünf flexibel abrufbaren E-Learning-Modulen einen praxisnahen Überblick darüber, wie Künstliche Intelligenz Ärztinnen und Ärzte bei der Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen unterstützen kann. Anhand von Fallbeispielen lernen Sie unter anderem, wie KI genetische Daten auswerten, Krankheitsmuster erkennen und komplexe Entscheidungsprozesse erleichtern kann – auch ethische Herausforderungen und datenschutzrechtliche Fragen bei der Nutzung moderner KI-Anwendungen werden dabei thematisiert.

Termin: jederzeit abrufbar
Gebühr: gebührenfrei
Kursleitung: PD Dr. med. N. Weiler
Kontakt: andrea.floeren@laekh.de

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
15.04.2026 Live-Webinar	Refresher Hygienebeauftragte Ärztin/Hygienebeauftragter Arzt (8 CME) D. Ziedorn	Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte müssen ihr Fachwissen gemäß HHyGVO jährlich aktualisieren – das Live-Webinar bietet dafür eine flexible Möglichkeit. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	240,00 € 216,00 €* 216,00 €
04.-08.05.2026 Präsenz	Antibiotic Stewardship – Modul I: Grundkurs Antiinfektiva (CME beantragt) Prof. Dr. med. T. Wichelhaus et al.	Der Kurs richtet sich an Krankenhausärztinnen und -ärzte, die die Rolle einer/ eines ABS-Beauftragten in interdisziplinären Teams wahrnehmen und die hierfür nötigen Grundlagen nach dem Curriculum der BÄK erwerben möchten. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	1.189,00 € 1.070,10 €* 1.070,10 €

Chirurgie

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
jederzeit abrufbar On-Demand-Webinar	Dr. med. KI – Chirurgie (12 CME) PD Dr. med. N. Weiler	Die flexibel nutzbaren E-Learning-Module geben innovative Einblicke in die Zukunft der Chirurgie. Sie erfahren z. B., wie KI in der Neurochirurgie, im Implantatdesign und bei geschlechtsangleichenden Eingriffen zu mehr Präzision und Effizienz beitragen kann. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Innere Medizin

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
20.-24.04.2026 Hybrid	Repetitorium Innere Medizin (52 CME) Prof. Dr. med. K. U. Chow et al.	In zahlreichen Fachvorträgen und interaktiven Diskussionen präsentiert das neu konzipierte Repetitorium punktuell den neusten Stand der Wissenschaft. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	925,00 € 832,50 €*
12.08.2026 Präsenz	EKG-Refresher (9 CME) Prof. Dr. med. J. Ehrlich	Ein Kurs mit vielen praktischen Übungen und kompakten Einblicken in das gesamte EKG-Spektrum – ideal für alle mit Grundkenntnissen, die ihr Wissen auffrischen oder einzelne Aspekte der EKG-Diagnostik vertiefen möchten. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	281,00 € 252,90 €*

Qualitätsmanagement

Termin/Format	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
ab 01.09.2026: E-Learning, 01. & 02.10.2026: Präsenz	Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen (M&MK) (20 CME) Dr. med. K. Schneider	Der Kurs gibt Ihnen relevante Werkzeuge an die Hand und vermittelt Trainingskonzepte zur professionellen Moderation von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK). Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	624,00 € 561,60 €*

Jetzt Förderin oder Förderer werden!

Wir laden Sie herzlich ein, Förderin oder Förderer der Akademie zu werden. Mehr als 4.000 Förderinnen und Förderer schenken der Akademie bereits ihr Vertrauen und genießen auf alle Veranstaltungen attraktive Rabatte.

*** reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie**



Finden Sie die Veranstaltung, die Sie weiterbringt!

[Mehr erfahren](#)

Newsletter „Akademie Aktuell“

Wir halten Sie auf dem laufenden: Mit unserem Newsletter informieren wir Sie regelmäßig über unsere Veranstaltungsangebote – als Live- oder On-Demand-Webinar, in Bad Nauheim oder anderswo in Hessen.

Zur Anmeldung:

<https://www.laekh.de/akademie-newsletter>

Kontakt:

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

Fon: 06032 782-200

E-Mail: akademie@laekh.de

www.akademie-laekh.de

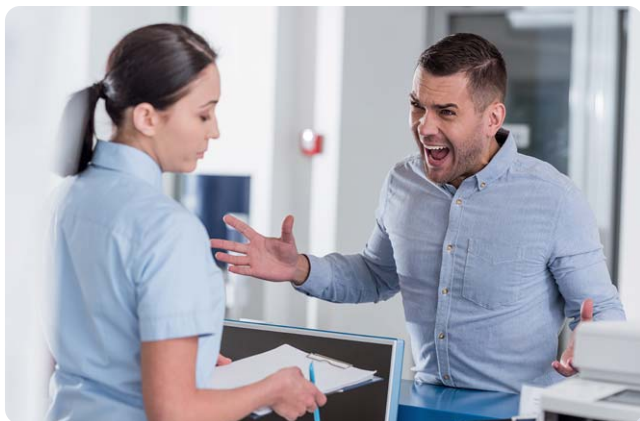
Besuchen Sie uns auf Social Media





Veranstaltungen

Foto: © Lightfield Studios – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Aggression und Gewalt im Praxisalltag

Die Präsenzveranstaltung in Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung richtet sich an Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und ihre Teams, die mit Aggression und Gewalt durch Patientinnen und Patienten konfrontiert werden.

Neben fachlichen Impulsen werden Fall- und Gruppenübungen durchgeführt, deren Ziel es ist, Frühwarnsignale zu erkennen, Deeskalationsstrategien im Dialog zu erarbeiten und eigene Grenzen in Risikosituation wahrzunehmen.

Inhalte:

- Aggression und Gewalt in der Abgrenzung
- Themenschwerpunkte im interaktiven Setting
- Sicherheit am Arbeitsplatz

Termine PAT 23: 27.06.2026

Gebühr: 125 € (MFA und nichtärztliches Praxispersonal)

Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 10.08.2026	Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung (FAW) – Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für ambulante medizinische Versorgung	Die höherqualifizierende Berufsbildung baut auf dem Wissen der MFA auf und qualifiziert in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie nähere Informationen über den Aufbau des Pflichtteils und die möglichen Wahlteile. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	2500 € (Pflichtteil) zzgl. Prüfungsgebühren
ab 15.08.2026	Assistenz Wundmanagement (40 Stunden)	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	530 € inkl. Lernerfolgskontrolle
ab 20.08.2026	Sachkenntniskurs Aufbereitung von Medizinprodukten (24 Stunden)	Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website. Kontakt: julia.werner@laekh.de	310 € inkl. Lernerfolgskontrolle



Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
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. In dieser Veranstaltung liegt der Schwerpunkt auf Gastroenterologie. Die nächste Fortbildung „Allgemeine Einführung“ findet am 02.09.2026 statt. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	125 €
20.05.2026	Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten (5 Stunden)	In der kompakten Fortbildung „Refresher“ werden Sie über die aktuellen Änderungen informiert. Kontakt: julia.werner@laekh.de	85 €
29.05.2026	Notfalltraining (9 Stunden)	Der Notfall in der Arztpraxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Das praxisorientierte Training schafft Anwendersicherheit für die Notfallversorgung. Kontakt: julia.werner@laekh.de	125 €
13.06.2026	Injektionen/Infusionen (7 Stunden)	Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion unter Beachtung hygienischer Maßnahmen steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €
04.07.2026	Refresher: GOÄ und UV GOÄ (7 Stunden)	Die Fortbildung gibt einen Überblick über die Regelwerke und deren aktuelle Änderungen. Durch praktische Übungen wird die Anwendung erläutert. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen

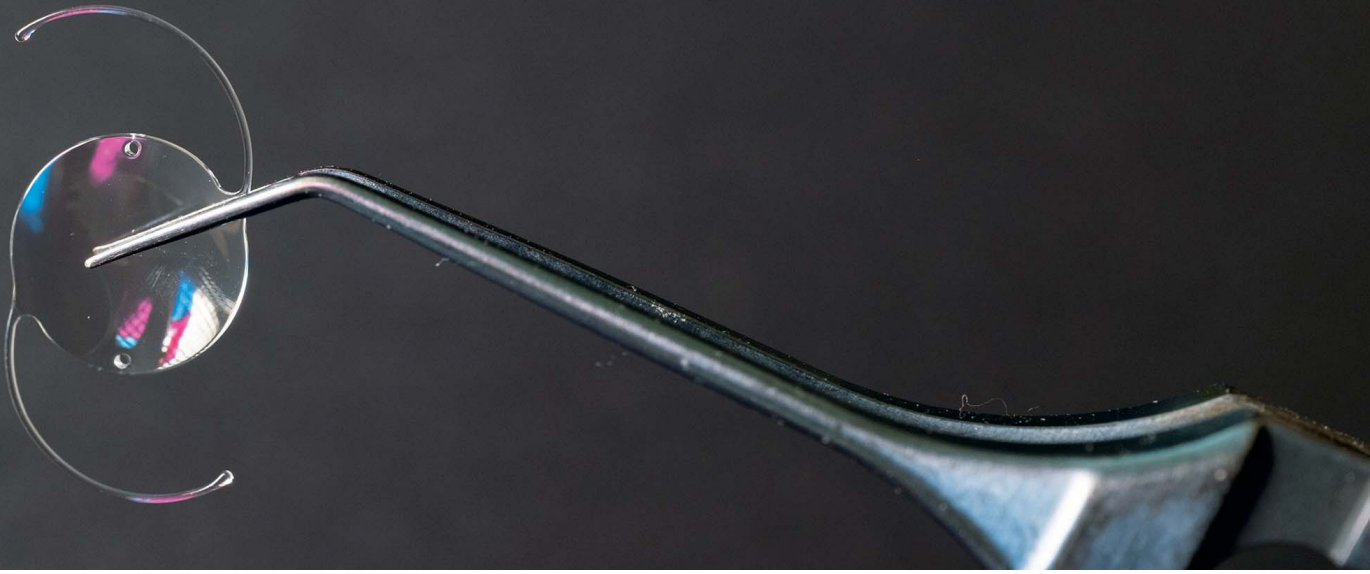


@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)



Die Entwicklung und heutige Anwendung der Kataraktoperation

Dirk Paulukat

Der **Graue Star** (die **Katarakt**) ist eine der häufigsten Ursachen für Sehverlust weltweit, insbesondere bei älteren Menschen. Die Erkrankung führt zu einer Trübung der Augenlinse, die das Sehen erheblich beeinträchtigt. Die Behandlung wurde über Jahrtausende hinweg enorm weiterentwickelt, von den frühen, gefährlichen Methoden der Antike bis hin zu den hochmodernen, sicheren chirurgischen Verfahren der Gegenwart. Heute ist die Kataraktoperation weltweit die häufigste Operation (außer der Beschneidung) und wird in Deutschland ca. 1 Million mal im Jahr durchgeführt.

Der Graue Star (Katarakt)

Der Graue Star ist eine Trübung der Augenlinse, die hinter der Pupille im Auge sitzt. Die gesunde Linse ist transparent und projiziert das Licht/Bild ohne Verzerrungen auf die Netzhaut, wo es in elektrische Signale umgewandelt wird, die an das Gehirn weitergeleitet werden. Die Linse leistet auch die Scharfstellung des Bildes in der Nähe (Akkommodation); bei einer Katarakt trübt sich die Linse und wird härter, was zu verschwommenem, unscharfem Sehen, Blendempfindlichkeit etc. führt. In schweren Fällen kann der Graue Star sogar zu vollständiger Erblindung führen, wenn er unbehandelt bleibt.

Der Graue Star entwickelt sich in der Regel langsam und betrifft vor allem ältere Menschen, da er ein natürlicher Bestandteil des Alterungsprozesses ist. Daneben gibt es auch andere Ursachen wie genetische Faktoren, Verletzungen, Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Nebenwirkungen von Medikamenten (u. a. Steroide), die zur Entstehung eines Grauen Stars führen können.

Geschichte der Kataraktoperation

Antikes Indien

Die ersten dokumentierten Versuche, die Katarakt zu behandeln, stammen aus dem antiken Indien. Der indische Arzt Sushruta (ca. 600 v. Chr.) beschrieb eine Methode zur Behandlung der Katarakt, die als „Couching“ („Starstechen“) bekannt wurde. Dabei wurde ein scharfer Metallstab in das Auge eingeführt, um die trübe Linse in den Glaskörper des Augeninneren zu schieben (Depressio/Reclinatio lentis). Diese Technik war extrem riskant, da sie zu schwerwiegenden Komplikationen wie Infektionen und Verletzungen führen konnte.

Antikes Griechenland und Rom

Auch in der antiken griechischen und römischen Medizin wurden Versuche unternommen, die Katarakt zu behandeln. Der

griechische Arzt Galen (ca. 130–200 n. Chr.) beschrieb die Trübung der Linse als Ursache für das Sehen von „grauen Flecken“ und die Notwendigkeit, die Linse zu entfernen, um das Sehen wiederherzustellen. Diese frühen chirurgischen Methoden waren mit hohen Risiken behaftet, da die Technologie und das medizinische Wissen zu dieser Zeit begrenzt waren.

Mittelalter und Renaissance

Im Mittelalter ging das Wissen über die Kataraktoperation in Europa größtenteils verloren, da das Studium der Medizin in dieser Zeit weitgehend von der Kirche beeinflusst war. Erst im 16. und 17. Jahrhundert begannen Ärzte in Europa, die Operation des Grauen Stars wieder durchzuführen, wobei sie sich stark an den frühen indischen Methoden orientierten. Doch die chirurgischen Techniken blieben rudimentär und gefährlich. Ein bekannter Starstecher war der Engländer John Taylor (1703–1770), ein „reisender Okulist“, der 1750 Johann-Sebastian Bach und 1758 Georg Friedrich Händel auf diese Weise behandelte; beide Patienten erblindeten dadurch, Bach starb drei Monate später, möglicherweise an den Folgen des Eingriffs. Am 8. April 1747 entfernte der französische Augenchirurg Jacques Daviel zum ersten Mal bei einem Patienten die getrübte Linse nach einer größeren Inzisi-

on ganz aus dem Auge. Es war nach heutigem Sprachgebrauch die erste Kataraktextraktion.

Moderne Entwicklung der Kataraktchirurgie

Das 19. Jahrhundert: Erste Fortschritte

Der Beginn der modernen Kataraktchirurgie kann im 19. Jahrhundert verortet werden. Die ersten Fortschritte, die Linse sicherer zu entfernen, wurden gemacht und die intrakapsuläre Extraktion (Entfernung der gesamten Linse samt Kapsel) wurde entwickelt sowie Asepsis (um 1870) und Kokain (1884) als lokales Anästhetikum eingeführt, was die Operation für Patient und Arzt erheblich erleichterte. Philip Syng Physick in Philadelphia führte 1815 die Absaugung von Linsenmaterial ein, eine frühe Form der Linsenentfernung.

William Bowman, ein britischer Augenarzt des 19. Jahrhunderts, führte Untersuchungen zur Entfernung der Linse durch und trug wesentlich zum Verständnis der Mechanik des Auges bei.

Das frühe 20. Jahrhundert: Entwicklung der Intraokularlinse (IOL)

Bei allen bisherigen Methoden wurde die getrübbte Linse irgendwie aus der Sehachse entfernt und der Patient war danach stark weitsichtig; dies wurde mit den sogenannten „Starbrillen“ ausgeglichen – starke Brillengläser mit ca. plus 15 dpt.

Ein entscheidender Durchbruch in der Kataraktchirurgie kam mit der Entwicklung der Intraokularlinse (IOL). Der britische Augenarzt Harold Ridley war der erste, der 1949 erfolgreich eine Kunstlinse aus Acrylglas in das Auge eines Patienten einsetzte, um die entfernte natürliche Linse zu ersetzen. Ridley wurde auf die Biokompatibilität dieses Materials dadurch aufmerksam, dass Splitter aus den durch Beschuss zerstörten Cockpitfenstern von Jagdflugzeugen in die Augen der Piloten ohne Fremdkörperreaktion einheilten, was die Grundlage für moderne IOL legte. Ridleys Arbeit führte zu einer grundlegenden Veränderung in der Behandlung des Grauen Stars, da die Patienten nun nach der Operation eine neue Linse erhielten und nicht mehr auf die dicken, schweren Starbrillen angewiesen waren.

1950er–1960er-Jahre: Einführung der Phakoemulsifikation

In den 1950er-Jahren entwickelte der amerikanische Augenchirurg Charles Kelman die Phakoemulsifikation, eine bahnbrechende Methode, bei der Ultraschallwellen verwendet werden, um die trübe Linse in kleine Fragmente zu zerbrechen, die dann abgesaugt werden. Diese Technik revolutionierte die Kataraktchirurgie, da sie weniger invasiv war als frühere Methoden und eine schnellere Heilung ermöglichte. Ab den 1960er-Jahren begannen Chirurgen, die Phakoemulsifikation zusammen mit der Implantation von IOL

zu kombinieren, wodurch die Operationen noch sicherer und effizienter wurden.

Die heutige Kataraktchirurgie

Heute ist die Kataraktoperation ein routinemäßiger und äußerst sicherer Eingriff, der in der Regel ambulant durchgeführt wird. Es gibt verschiedene moderne Techniken, die den Eingriff sehr schonend und effizient gemacht haben. Dazu gehören die extrakapsuläre Kataraktextraktion (ECCE) mit Erhalt der Kapsel und natürlichem Halteapparat der Linse, es werden faltbare Intraokularlinsen (z. B. aus Silikon-Hydrogel) verwendet und deshalb nur noch sehr kleine Schnitte durch die Hornhaut (Cornea) benötigt, die nicht mehr mittels Naht verschlossen werden müssen;

Die Phakoemulsifikation ist nach wie vor die am häufigsten verwendete Methode. Der Eingriff erfolgt unter örtlicher Betäubung (meist nur Augentropfen), die Chirurgen/der Chirurg präpariert einen kleinen cornealen Schnitt und zwei weitere kleine corneale Zugänge für die weiteren Operationsinstrumente; dieser „Clear Cornea Tunnel“ wird typischerweise mit einer Breite von 2,8 mm angelegt, kann aber je nach Chirurgen/Chirurg und benötigtem Zugang für die Linsenimplantation variieren; die Länge des Tunnels ist ebenfalls variabel, meist um die 2 mm, um eine selbstversiegelnde Inzision zu erhalten; nach Eröffnung der vorderen Linsen kapsel wird ein stiftartiger Ultraschall-Saug-Spül-

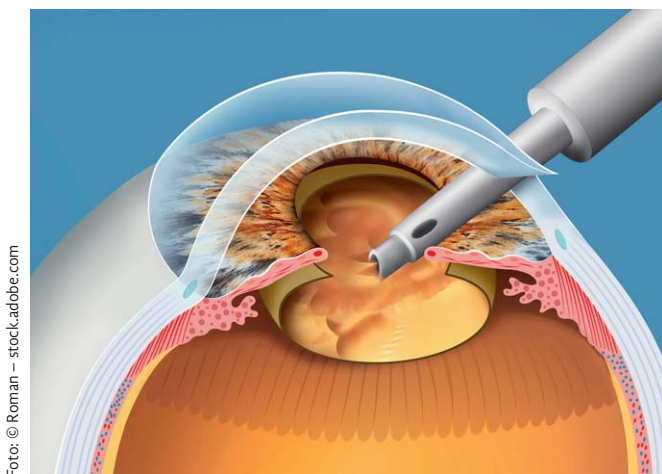
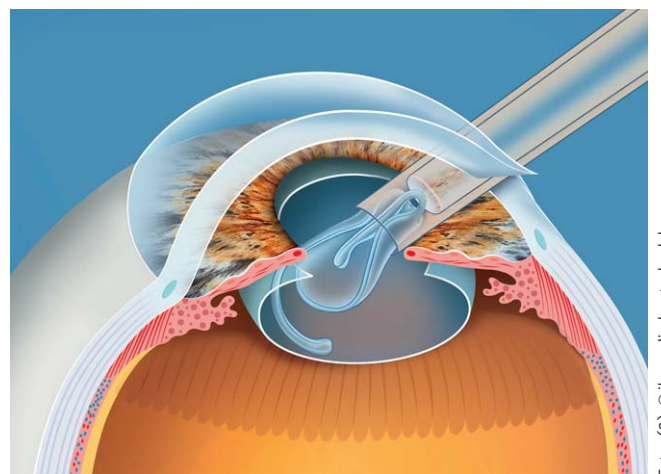


Foto: © Roman – stock.adobe.com



Fotos (2): © iilusmedical – stock.adobe.com

Dank kontinuierlicher Fortschritte in der Chirurgie, der Technik, bei den verwendeten Instrumenten und vor allem bei den Intraokularlinsen ist die Kataraktoperation eines der erfolgreichsten und sichersten chirurgischen Verfahren.

Ein stiftartiger Ultraschall-Saug-Spül-Tip wird in das Auge eingeführt, um die trübe Linse zu zerkleinern und abzusaugen (links). Anschließend wird in die vorhandene Kapsel der natürlichen Linse eine künstliche Intraokularlinse (IOL) implantiert.

Tip in das Auge eingeführt, um die trübe Linse zu zerkleinern und abzusaugen. Anschließend wird in die vorhandene Kapsel der natürlichen Linse eine künstliche Intraokularlinse (IOL) implantiert, die die natürliche Linse ersetzt. Diese Linsen gibt es in diversen verschiedenen Varianten und Stärken, sie sind meist faltbar, was kleinere Schnitte am Auge ermöglicht; der optische Teil hat einen Durchmesser von ca. 6 mm (Größe mit Haptik ca. 12 mm); die IOL können ein Leben lang im Auge verbleiben, werden nicht trüb, verschleissen nicht und müssen nicht gewechselt werden.

Femtosekundenlaserassistierte Kataraktchirurgie

Die femtosekundenlaserassistierte Kataraktchirurgie (FLACS) ist eine relativ neue Technik, bei der ein Laser verwendet wird, um präzise Schnitte zu setzen und die Linse zu zerkleinern. Diese Technik verbessert die Genauigkeit der Operation, insbesondere bei schwierigen Fällen wie bei sehr harten Katarakten oder unregelmäßig geformten Augen. FLACS kann auch den Einsatz von Ultraschall bei der Phakoemulsifikation verringern, was die Komplikationsrate weiter senken kann. Die Kosten sind allerdings deutlich höher.

Erholungszeit und Ergebnisse

Dank moderner Techniken ist die Erholungszeit nach einer Kataraktoperation heute sehr kurz. Der Eingriff wird regelmäßig ambulant durchgeführt und die Patienten können ihre normalen Aktivitäten in den meisten Fällen schon nach wenigen Tagen wieder aufnehmen. Die meisten Patienten erleben eine signifikante Verbesserung ihres Sehvermögens, mit einer sehr hohen Erfolgsrate.

Die Komplikationsrate bei der Katarakt-OP ist sehr gering (um 1 %) – die Operation ist eine der häufigsten und sichersten Operationen überhaupt; es bestehen geringe Risiken wie Infektion, Nachstar (Eintrübung der Hinterkapsel), Makulaödem oder selten eine Netzhautablösung; die meisten Komplikationen sind gut medikamentös oder chirurgisch behandelbar,

bzw. der Nachstar mittels Yag-Laser-Kapsulotomie; schwerwiegende Ereignisse wie Endophthalmitis oder expulsive Blutung treten nur noch in 0,01–0,05 % der Fälle auf (1:5.000–1:10.000)

Auswahl der Intraokularlinsen (IOL) und refraktive Chirurgie

Während früher vor allem die Therapie der Linsentrübung zur Wiederherstellung einer brauchbaren Sehschärfe im Vordergrund stand, kann heute im Rahmen der Kataraktoperation durch die sehr präzisen Messungen und Berechnungen und ggf. Implantation von speziellen Intraokularlinsen („Premium“-IOL) ein erheblicher Zusatznutzen für die Patienten bis hin zur weitgehenden Brillenfreiheit erreicht werden:

- mit den Standardlinsen (sphärische IOL) können bei entsprechender Berechnung und OP-Technik bereits Kurzsichtigkeit (Myopie) und Weitsichtigkeit (Hyperopie) weitgehend beseitigt werden, damit der Patient im Idealfall keine Fernbrille mehr benötigt;
- asphärische IOL bieten verbesserte Kontrastempfindlichkeit, höhere Sehschärfe und besseres Sehen bei schlechten Lichtverhältnissen (Dämmerung, Nacht), da sie u. a. optische Abbildungsfehler (sphärische Aberrationen) korrigieren;
- mit den sog. torischen IOL kann zusätzlich -falls vorhanden- eine „Hornhautverkrümmung“ (richtiger: Astigmatismus) des Patienten ausgeglichen werden, damit auch dieser Patient keine Fernbrille mehr benötigt;
- mittels multifokaler IOL oder den sog. „EDOF“-IOL (Extended Depth of Focus) kann zusätzlich das Sehen auf verschiedene Distanzen (Nah, Fern, Zwischen) ermöglicht werden, wodurch die Patienten nach der Operation auch keine Nahbrille mehr benötigen.

Aufgrund der großen Zuverlässigkeit und Präzision wird die Katarakt-Operation nicht mehr nur zur Behandlung von altersbedingten Trübungen der Linse eingesetzt, sondern zunehmend auch zur Behebung von Fehlsichtigkeiten, um für die Patienten „Brillenfreiheit“ zu erreichen; Im

Gegensatz zu den refraktiv-chirurgischen LASER-Behandlungen (z. B. LASIK, LA-SEK, SMILE) ist mit einer Multifokal-IOL nämlich auch für presbyope Patienten im mittleren Alter ein Lesen ohne Brille möglich, weshalb sich statt Laserbehandlung ein Linsenaustausch (Refractive Lens Exchange RLE) für alle Patienten empfiehlt, die bereits eine Lesebrille benötigen; dies ersetzt dann natürlich auch schon die Katarakt-OP einer altersbedingten Linsentrübung im späteren Leben.

Fazit: Kataraktchirurgie – Therapie oder Lifestyle-OP?

Neben besserem Lesen und mehr Teilhabe am Leben verringert ein gutes Sehen beim älteren Patienten auch die Sturzgefahr, eine gute Sehschärfe ist zudem Voraussetzung für den Erhalt der Fahrtauglichkeit; deshalb sollte die Indikation zur Operation nicht zu spät gestellt werden; die Operation der senilen Katarakt mit Standard-IOL ist Kassenleistung, andere IOL kosten eine Zuzahlung; bei jüngeren Patienten ohne Linsentrübung ist die Kataraktoperation ggf. sinnvoll, um für bestimmte Berufe, Hobbies, sportliche Aktivitäten oder auch aus Gründen des Komforts oder der Optik Brillenfreiheit zu erreichen; hier ist die OP meist keine Versicherungsleistung.

Dank kontinuierlicher Fortschritte in der Chirurgie, der Technik, bei den verwendeten Instrumenten und vor allem bei den Intraokularlinsen ist die Kataraktoperation eines der erfolgreichsten und sichersten chirurgischen Verfahren. Diese Operation liefert jährlich Millionen von Menschen weltweit eine erhebliche Verbesserung von Lebensqualität, Teilhabe, Verbesserungen für Gesundheit, Mobilität und im täglichen Leben.

Dirk Paulukat

Facharzt
für Augenheilkunde,
Bad Camberg



Foto: Katarina Ivanisevic

Vom Klinikalltag zum Rechtsverständnis

Erfahrungsbericht: Wie der berufsbegleitende Studiengang Pharmarecht mir geholfen hat, pharmazeutische und regulatorische Zusammenhänge zu verstehen

Warum Pharmarecht?

Kaum ein anderer Bereich ist so stark von rechtlichen und regulatorischen Vorgaben geprägt wie der Gesundheitssektor. Als Arzt bin ich tagtäglich mit der praktischen Anwendung medizinischer Innovationen konfrontiert: von neuen Arzneimitteln und Studienmedikamenten, über digitale Therapien bis hin zu Fragen der Versorgung und Erstattung. Dabei zeigt sich immer wieder, dass die entscheidenden Weichen für den Zugang zu Innovationen nicht allein im Labor oder im Behandlungszimmer gestellt werden, sondern auch im rechtlichen und regulatorischen Raum. Spätestens mit meinem Wechsel in die pharmazeutische Industrie wurde klar, wie essenziell es ist, die Strukturen und rechtlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ganzheitlich zu verstehen. Welche Regularien sind bei der Durchführung klinischer Prüfungen zu beachten? Wie gelangt ein neues Arzneimittel von der Forschung über die Zulassung bis zur Versorgung der Patienten? Und wie lassen sich wissenschaftliche Kooperationen rechtssicher gestalten? All diese Fragen begleiten meinen beruflichen Alltag in der Industrie. Genau hier hat mir der LL.M. Pharmarecht geholfen, die Zusammenhänge zu erkennen, zu strukturieren und ein vertieftes Verständnis für die komplexen Wechselwirkungen zwischen Medizin, Innovation und Regulierung zu entwickeln.

Aufbau und didaktische Konzeption des Studiengangs

Inhaltlich deckt der Marburger LL.M. Pharmarecht den gesamten Lebenszyklus von Arzneimitteln und Medizinprodukten ab: von der Produkteinordnung und Forschung über klinische Entwicklung, Herstellung und Zulassung bis hin zu Werbung, Vertrieb, Marktzugang und Pharmakovigilanz. Auch Compliance-Fragen und angrenzende Rechtsgebiete wie das Le-

bensmittel- und Kosmetikrecht werden in eigenen Modulen behandelt. So entsteht ein umfassendes und zugleich praxisnahes Verständnis des regulatorischen Rahmens wie man ihn sonst kaum findet.

Ein besonderes Merkmal des Studiengangs ist seine interdisziplinäre Zusammensetzung. Gerade für Teilnehmende aus der Medizin mag der Einstieg in juristische Denkweisen zunächst ungewohnt oder gar einschüchternd erscheinen. Doch die klare Struktur der Lehrveranstaltungen und die praxisnahen Beispiele erleichtern den Zugang und erlauben es auch Teilnehmenden ohne vorherige juristische Ausbildung, die Zusammenhänge zu verstehen. Den fachübergreifenden Austausch habe ich als großen Gewinn empfunden, weil unterschiedliche Perspektiven auf gemeinsame Fragestellungen treffen und sich gegenseitig bereichern.

Das Studium war größtenteils als Präsenzformat organisiert. Die Prüfungen fanden jeweils im Rahmen der regulären Vorlesungsblöcke statt. Ausgewählte Veranstaltungen wurden online angeboten, ein Modul fand in München statt. Der Studiengang ist als berufsbegleitende Weiterbildung konzipiert und die Struktur und Organisation der Vorträge ermöglichen es, das Studium gut mit einer beruflichen Tätigkeit zu vereinbaren, ohne dass Verständnis oder Lerntiefe darunter leiden.

Schwerpunkte und Lernerfahrungen des Studiums

Besonders bereichernd war für mich das Modul zu Marktzugang und Vertrieb, das praxisnah von Experten aus der Anwaltschaft, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gestaltet wurde. Für jemanden mit medizinischem Hintergrund war es beeindruckend zu verstehen, wie regulatorische, ökonomische und rechtliche Mechanismen gemeinsam bestimmen, ob und wann eine Therapie tatsächlich in der Versorgung ankommt. Zu-

gleich lernte ich während des Studiums Rechtsgebiete kennen, mit denen ich zuvor noch gar keinen Kontakt hatte, wie etwa das Heilmittelwerberecht.

Gleichzeitig konnte ich zu Themen, mit denen ich häufig in Berührung komme, mit praktischen Einblicken beitragen und mein Verständnis vertiefen. Gerade Themen wie Pharmakovigilanzrecht, Fragen der Compliance und der Kooperation zwischen Industrie und ärztlicher Praxis sind in der täglichen Arbeit in der pharmazeutischen Industrie von hoher Relevanz und erfordern ein solides rechtliches Fundament. Wer sich über die Grundlagen hinaus vertieft mit einem Spezialthema befassen möchte, hat im Rahmen der Masterarbeit Gelegenheit dazu. Dabei bietet der Studiengang die Freiheit, aktuelle Fragestellungen aus dem eigenen beruflichen Umfeld wissenschaftlich und praxisnah zu untersuchen. Zudem eröffnet das Studium wertvolle Vernetzungsmöglichkeiten. Der enge Austausch sowohl mit Lehrenden als auch mit Kommilitonen aus Industrie, Behörden und Wissenschaft schafft ein lebendiges Netzwerk, das weit über die Studienzeit hinaus Bestand hat. Die Kombination aus fachlicher Vertiefung, interdisziplinärem Dialog und persönlichem Austausch macht den Studiengang zu einer echten Bereicherung.

Für alle Interessierten

Informieren Sie sich über den Studiengang und die Anmeldung, die bis zum 31. Juli möglich ist, im Internet unter www.pharmarecht-master.de.

Dr. Lukas D. Spiller

Early Clinical
Development Leader
bei Boehringer
Ingelheim Pharma
E-Mail via:
haebl@laekh.de



Foto: privat

Lungenkrebsfrüherkennung

Foto: © peterschreiber media – stock.adobe.com

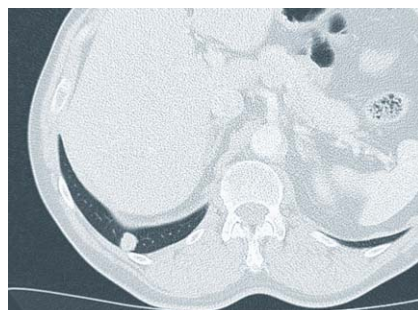


Das Lungenkarzinom zählt zu den häufigsten Krebsarten. In Deutschland erkranken jährlich knapp 60.000 Menschen an einem Lungenkarzinom, weltweit über 2,2 Millionen [1–4]. Bisher ist die Prognose sehr ungünstig: Ca. 75–80 % der Lungenkarzinompatienten versterben an ihrer Erkrankung, das sind ca. 45.000 Menschen pro Jahr in Deutschland. Das Lungenkarzinom repräsentiert somit die häufigste krebisbedingte Todesursache, jährlich sterben in Deutschland mehr Menschen an Lungenkrebs als an Darmkrebs und Brustkrebs zusammen [1–4]. Wichtigster Risikofaktor ist der Zigarettenkonsum, weitere Risikofaktoren umfassen berufliche Karzinogene (z. B. Asbest, Chromverbindungen), Umweltfaktoren (z. B. Radon) und chronische Lungenerkrankungen [5–8].

Lungenkarzinome verursachen im frühen Stadium meist keine Beschwerden, daher wird die Erkrankung oft erst im fortgeschrittenen, d. h. regional oder fernmetastasierten Stadium diagnostiziert, so dass kein operatives Vorgehen mehr möglich ist [5, 9]. In den fortgeschrittenen Stadien liegt die 5-Jahresüberlebensrate nur bei ca. 20–25 % (Stadium III) bzw. 5–10 % (Stadium IV), während im frühen Stadium I eine 5-Jahresüberlebensrate von ca. 65–75 % erreicht wird [10].

Vor diesem Hintergrund wurden in der jüngeren Vergangenheit mehrere große klinische Studien zur Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-CT bei

Hochrisikopatienten durchgeführt. In diesen Studien konnte durch das Screening eine deutliche Stadienverschiebung von den fortgeschrittenen zu den frühen Stadien und eine Reduktion der lungenkrebsassoziierten Sterblichkeit um 20–25 % nachgewiesen werden [11–14]. Das Ziel der Lungenkrebsfrüherkennung ist es daher, Tumore in einem frühen Stadium nachzuweisen und die Patienten einem kurativen, d. h. in der Regel operativen Behandlungskonzept zuzuführen. Hierbei kommen heutzutage meist sehr schonende, minimal-invasive thoraxchirurgische Verfahren zum Einsatz: VATS (Video-assistierte thorakoskopische Chirurgie) und zunehmend auch RATS (Roboter-assistierte thorakoskopische Chirurgie). Vorteile dieser Verfahren im Vergleich zu den offenen Lungenoperationen sind vor allem kleinere Inzisionen, geringere Schmerzen, geringerer Blutverlust sowie schnellere Mobilisierung, Krankenhausesentlassung,



Das CT-Bild zeigt einen peripheren Rundherd des rechten Unterlappens.

Genesung und somit Erhalt der Lebensqualität [15–17].

Rechtsgrundlage der Lungenkrebsfrüherkennung ist die „Verordnung über die Zulässigkeit der Anwendung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs bei rauchenden Personen (Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung – LuKrFrühErkV)“ des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) vom 15.5.2024 [18]. Durch diese wurde die Lungenkrebsfrüherkennung strahlenschutzrechtlich zulässig.

Für aktive und ehemalige starke Raucher

In seiner Sitzung am 18.6.2025 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) schließlich die Einführung einer neuen Früherkennungsuntersuchung auf Lungenkrebs mittels Niedrigdosis-CT in Deutschland für aktive und ehemalige starke Raucher als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen [19]. Da nach rechtlicher Prüfung seitens des Bundesgesundheitsministeriums keine Einwände bestanden, ist der Beschluss mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 5.9.2025 in Kraft getreten. Der erweiterte Bewertungsausschuss, bestehend aus GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, hat nun die Höhe der ärztlichen Vergütung nach EBM für diese Leistung innerhalb von sechs Monaten festzulegen. Zudem wurde vom GBA eine Versicherteninformation zur Lungenkrebsfrüherkennung verabschiedet [20]. Auch diese ist nach Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium inzwischen in Kraft getreten.

Bei der Lungenkrebsfrüherkennung handelt es sich um ein bundesweites Programm. Die Teilnahme ist freiwillig, d. h. eine Nichtteilnahme hat keine negativen Auswirkungen auf den Erhalt von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung [19–21]. Das Angebot richtet sich zunächst ausschließlich an starke aktive oder ehemalige Raucher und Raucherinnen (mindestens 25 Jahre lang geraucht; mindestens 15 Packungsjahre; weniger als

Foto: Dr. med. Nicolai Schramm

zehn Jahre Rauchstopp) im Alter zwischen 50 und 75 Jahren [19–21]. Gemäß der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung, des G-BA-Beschlusses und der genannten Versicherteninformation wird das Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm folgendermaßen ablaufen [18–21]: Beteiligt sein werden Fachpraxen und -kliniken, die besondere Voraussetzungen erfüllen (Genehmigung, Ausbildung und Erfahrung, Kooperation zwischen spezialisierten Praxen und Kliniken). Im Gegensatz zum Mammographie-Screening wird keine zentrale Einladung zur Teilnahme erfolgen. Bei Interesse stellen sich die Patienten initial in einer Praxis vor, die sich an der Früherkennung beteiligt (Hausärzte, Internisten, Lungenfachärzte, Arbeitsmediziner). Dort wird geprüft, ob die Voraussetzungen zur Teilnahme (z. B. Alter, Raucherstatus) erfüllt sind, außerdem wird – unterstützt durch eine schriftliche Versicherteninformation – ein Informationsgespräch über Schaden und Nutzen einer Niedrigdosis-CT zur Lungenkrebsfrüherkennung geführt. Die Ergebnisse werden in einem Bericht zusammengefasst und der Patient wird in eine radiologische Praxis überwiesen, die eine Genehmigung zur Früherkennung hat [19].

An die teilnehmenden radiologischen Praxen werden hierbei hohe Anforderungen gestellt (z. B. Mindestuntersuchungszahlen, Zertifizierung). Hierzu hat die Bundesärztekammer im Dezember 2025 Vorgaben zu den erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen für die Lungenkrebsfrüherkennung sowohl für Radiologen (Erstbefunder, Zweitbefunder) als auch für sogenannte erstberatende Ärzte (Hausärzte, Internisten, Arbeitsmediziner) veröffentlicht [22].

In der radiologischen Praxis wird – nach Überprüfung des Berichtes und der Teilnahmevoraussetzungen (z. B. kein Thorax-CT in den vergangenen 12 Monaten) – ein Untersuchungstermin zur Niedrigdosis-CT vergeben. Genaue Vorgaben für die Durchführung der Niedrigdosis-CT sind in der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung beschrieben [18]. So darf ein Volumen-Computertomographie-Dosisindex von 1,3 Milligray nicht oder nur im Einzelfall aufgrund der Körperstatur (z. B. bei Adipositas) überschritten werden. In der Verordnung zwingend vor-

geschrieben ist die Verwendung von Software zur computerassistierten Detektion zur Unterstützung des Radiologen. Nach Beurteilung der CT-Bilder und Überprüfung auf Auffälligkeiten in einer ersten Sitzung durch den Erstbefunder erfolgt durch diesen eine zweite, durch die Software unterstützte Befundung (Rundherderkennung, Volumenbestimmung, Volumenverdoppelungszeit etc.). Sollten sich auffällige Befunde ergeben, werden diese durch einen zweiten Radiologen (Zweitbefunder, in einem Lungenzentrum) begutachtet.

Hieraus ergibt sich eine gemeinsame abschließende Beurteilung. Die radiologische Auswertung erfolgt als strukturierte Befundung gemäß der sogenannten modifizierten Lung-RADS-Klassifikation mit Volumenverdopplungszeit [23]. Das weitere Vorgehen hängt vom Ergebnis ab, wobei es drei Kategorien gibt. Bei einem unauffälligen Befund wird nach 12 Monaten eine erneute Niedrigdosis-CT durchgeführt. Bei einem kontrollbedürftigen Befund (= mutmaßlich gutartig oder nicht verdächtig genug, um eine invasive Abklärung zu rechtfertigen) sollen z. B. vorzeitige Kontrollen mittels Niedrigdosis-CT nach drei oder sechs Monaten durchgeführt werden. Bei einem abklärungsbedürftigen Befund (= sehr verdächtiger Befund) soll eine zeitnahe klinische Abklärung erfolgen (Besprechung in Fallkonferenz, invasive Diagnostik (Biopsie)).

Anzumerken bleibt, dass es neben den offensichtlichen Vorteilen der Teilnahme an der Lungenkrebsfrüherkennung (Erkennung im Frühstadium, verbesserte Heilungschancen (z. B. durch Möglichkeit des operativen Vorgehens), reduziertes Risiko an Lungenkrebs zu versterben) auch potenzielle Nachteile und Limitationen gibt (falsch positive CT-Befunde, die weiterer Untersuchungen bedürfen und daher mit unnötigen Sorgen und Stress verbunden sind; Überdiagnosen, d. h. Entdeckung und Abklärung von Tumoren, die nie Probleme gemacht hätten, zum Beispiel weil sie sehr langsam wachsen oder weil der Teilnehmer vorher an einer anderen Erkrankung (z. B. Myokardinfarkt) verstorbt; mögliche Komplikationen durch Folgeeingriffe/invasive Diagnostik; falsch negative Befunde). Gemäß der Pressemitteilungen des G-BA kann das Screening, wenn die

Vergütung festgelegt ist, voraussichtlich Anfang April 2026 starten. Die Öffentlichkeit, die potenziellen Teilnehmer und Teilnehmerinnen und auch die Ärzteschaft müssen über die neue Lungenkrebsfrüherkennung weiter informiert werden, um die Bekanntheit zu steigern und möglichst hohe Teilnahmequoten zu erreichen.

Aufgrund der Komplexität des Programms und der Vielzahl der Akteure sind zur Etablierung der Lungenkrebsfrüherkennung noch zahlreiche Schritte und Details zu klären bzw. zu erledigen (z. B. Genehmigung durch zuständige Behörden hinsichtlich Strahlenschutz, Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, Kooperationsverträge zwischen Praxen und Lungenkrebszentren in Kliniken, Fortbildung der teilnehmenden Radiologen und zuweisenden Ärzte, Auswahl der Software, Qualitätssicherung, etc.).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass ein Lungenkrebsfrüherkennungsprogramm die Entstehung von Lungenkrebs nicht verhindern kann. Ganz entscheidend ist daher Prävention: Nur der Rauchstopp senkt das Lungenkrebsrisiko. Daher gehören auch Angebote und Informationen zur Raucherentwöhnung zu den Bestandteilen der schriftlichen Versicherteninformation und der ärztlichen Gespräche im Rahmen der Lungenkrebsfrüherkennung.

Prof. Dr. med.

Philipp Markart

Medizinische Klinik
V (Pneumologie),
Klinikum Fulda;
Universitätsmedizin
Marburg,
Campus Fulda



Foto: Klinikum Fulda

Dr. med. Nicolai Schramm

Radiologie und Nuklearmedizin
im Zentrum Vital, Fulda

Dr. med. Bora Kosan

Abteilung für Thoraxchirurgie,
Klinikum Fulda;
Universitätsmedizin Marburg,
Campus Fulda

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

Kongress über viszeralmedizinische Themen

Als Kongressnachlese der 7. Jahrestagung der „Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie“ (MGG) und der „Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung“ (MDCV) vom 23.–24.05.2025 wird nachfolgende Kasuistik veröffentlicht. Bei der gemeinsamen Austragung der jährlichen Kongresse der beiden Fachgesellschaften ist die Überlappung der viszeralmedizinischen Themenfelder das tragende Konzept – länderübergreifend für Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Hessen. Kongresspräsidenten waren PD Dr. med. Thadäus Till Wissniowski (Gastroenterologe aus Chemnitz) und Prof. Dr. med. Lutz Mirow (Viszeralchirurg aus Chemnitz).

Langstreckige Ösophagusdissektion als Komplikation der nasogastralen Sondenanlage

Erschienen bereits online in „Die Chirurgie 2025 (<https://doi.org/10.1007/s00104-025-02325-9>) [Epub, Jun 24, 2025]“ – Erlaubnis zur Zweitpublikation liegt vor.

Einleitung

Die nasogastrale Ablaufsonde (Magensonde) stellt in der Notfallbehandlung, insbesondere gastrointestinaler und viszeralchirurgischer/-medizinischer Krankheitsbilder wie der Ileuskrankheit, einen wichtigen Pfeiler der Erstversorgung dar, entlastet zügig als auch wirksam den oberen Gastrointestinal(GI)-Trakt und schützt bei korrekter Anlage die PatientenInnen vor Regurgitation, Erbrechen und Aspiration.

In der Intensivmedizin ermöglicht die nasogastrale Sonde zudem die frühzeitige enterale Ernährung für einen besseren Nahrungsaufschluss sowie Prävention einer früh einsetzenden mukosalen und Zottenatrophie.

Im Folgenden soll anhand eines seltenen Falles exemplarisch das Risikoportfolio der Magensondenanlage, die Diagnosestellung sowie das Konzept eines Komplikationsmanagements mit Hilfe eines wissenschaftlichen „case reports“ dargestellt werden.

Ergebnisse

Anamnese: Ein männlicher 72-jähriger Patient nach Aneurysmaausschaltung durch Bifurkationsprothesenimplantation als aorto-bifemorale Bypass mittels 18 x 9 mm durchmessender Gelsoft™Plus-Prothese (Vascutek Deutschland GmbH, Hamburg, Deutschland) bei einem Bauch-

aortenaneurysma (BAA) von über 5,5 cm Durchmesser mit prolongiertem postoperativen Weaning erhielt im Verlauf auf der Intensivtherapiestation (ITS) eine nasogastrale Sonde mit erschwelter Anlage zur Etablierung einer enteralen Ernährung. Nach Steigerung der kontinuierlichen Sondenkost fielen am zweiten Tag nach Anlage deutlich erhöhte Infektparameter auf.

Vorerkrankungen: Arterieller Hypertonus, chronische Niereninsuffizienz mit subtotaler Nierenarterienabgangsstenose rechts durch das bestehende BAA, Spinalkanalstenose mit chronischem Schmerzsyndrom, Arteriosklerose und aktiver Nikotinabusus (keine Voroperationen).

Diagnostik: Eine CT ergab eine extragastral liegende Magensondenspitze und ein Luft-Flüssigkeit-Gemisch intraabdominell im Oberbauch (Abb. 1).

In der Endoskopie auf der ITS zeigte sich der Verlauf der in situ liegenden Magensonde submukosal entlang des gesamten Ösophagus im Sinne einer Ösophagus(wand)dissektion. Intragastral konnten weder die Magensondenspitze noch eine Perforationsstelle eruiert werden. Durch die HNO-Kolleginnen und -Kollegen war in einer Laryngoskopie und flexiblen nasopharyngealen Endoskopie keine Schleimhautläsion zu finden.

Diagnose: Langstreckige Ösophagusdissektion als Komplikation der nasogastralen Sondenanlage.

Differenzialdiagnose: (iatrogene) Ösophagusperforation, ösophageale Wandverletzung.

Therapeutische Entscheidungsfindung: Indikation zur Notfalllaparotomie.

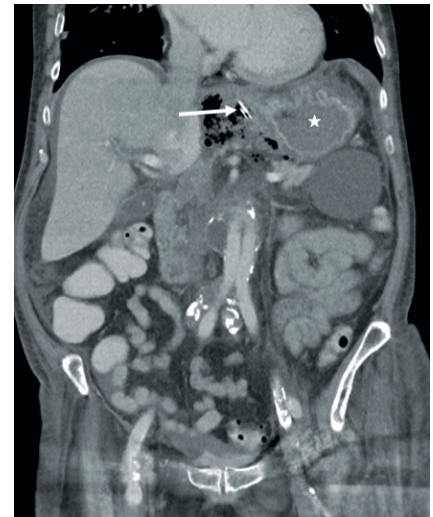


Foto: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: CT-morphologische Darstellung (Koronar-Scan) der fehlliegenden Magensonde (Pfeil) mit umgebender Sondenflüssigkeit und Luft einschlüssen neben dem Magen (Stern).

Therapie: Präoperativ erfolgte unter kalulierter Breitspektrumantibiotikagabe in der o. g. Endoskopie bereits die Entfernung der fehlliegenden Magensonde mit Anlage einer neuen in korrekter Lage. Intraoperativ zeigte sich keine freie Perforation oder Sondennahrung. Am ehesten lag die Spitze der Magensonde im Omentum minus oder der Magenwand kleinkurvaturseitig. Es erfolgte eine Lavage und Drainagenanlage.

Postoperativer Verlauf: Der Patient tolerierte die Operation gut mit folgender Verlegungsoption auf die „intermediate-care“ (IMC)-Station nach zügigem Weaning und Extubation.

Outcome: Der Patient befand sich zum Entlassungszeitpunkt in kardiopulmonal stabilem und beschwerdefreiem Zustand ohne klinische oder funktionelle Residuen.

Procedere: intensivmedizinische Komplexbetreuung, endoskopische Verlaufskontrolle; weitere ambulante Verlaufsbeobachtung der Rekonvaleszenz durch Hausärztin/Hausarzt und fachspezifische

Vorstellung in einem (GI)-Endoskopiezentrum.

Ausblick: Bei adäquater Behandlung und regelrechtem Verlauf ist eine vollständige funktionelle Erholung von der OP mit Erhalt der Lebensqualität zu erwarten.

Schlussfolgerung

Die rechtzeitige Etablierung einer Magenablaufsonde bei gastrointestinaler (GI-) Passagestörung oder Ileusbild kann durch die Vermeidung von Aspirationen Leben retten und ist daher im klinischen Alltag kaum entbehrlich. Ebenso ist die nasogastriale Sonde zur frühzeitigen enteralen Ernährung bei Patienten mit Langzeitbeatmung oder prolongiertem postoperativen Weaning geeignet.

Wie jede Intervention hat auch die nasopharyngeale Anlage einer Magensonde ein Risikoprofil mit entsprechenden Fol-

gen, nicht zuletzt die Fehlintonation der Bronchien – gefürchtet sind die Perforation mit drohend-konsekutiver Mediastinitis und der fatale Ausgang.

Der vorgestellte Kasus zeigt einen sicherlich besonderen und anschaulichen Fall der Fehlanlagenkomplikation mit dem entsprechenden individuell entschiedenen interdisziplinären (Viszeralchirurgie, Gastroenterologie/GI-Endoskopie, HNO/Endoskopie, Radiologie, Anästhesiologie/Intensivtherapie) fallspezifischen Komplikationsmanagement im angezeigten Notfall-Setting.

Bereits 2016 beschrieben Atig et al. (working group of Agrawal) eine „Esophageal wall dissection: an unknown adverse event of EUS“ in *Gastrointest Endosc.*

Kilian Doßow
Dr. med. Steffi Peglow
Prof. Dr. med. Frank Benedix

Dr. med. Ahmed Afifi¹
Mohammad Abdallah Alhababbeh²
Dr. med. Christine March, neu Rose³
Prof. Dr. med. Roland S. Croner
Prof. Dr. med. Frank Meyer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie;
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie ¹;
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie ²;
Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin ³;

Otto-von-Guericke-Universität
mit Universitätsklinikum,
Magdeburg, Deutschland

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Frank Meyer
E-Mail: f.meyer@med.ovgu.de

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbriefe

Leserbrief zum Artikel „Es gibt künstliche Intelligenz, die man täglich nutzen kann“ aus dem Hessischen Ärzteblatt 2/2026, S. 82

Über Jahrzehnte gesammelte Fachkompetenz an jüngere Kollegen weitergeben

Sehr beeindruckt und gefreut hat mich das Interview mit dem Kollegen Professor Bechstein, der als Chefarzt der Chirurgie sich jetzt noch als Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbildet und sich in die „Niederungen“ der Allgemeinmedizin begibt. Es ist bewundernswert, dass er einen Neuanfang macht und sich auf ein neues Terrain begibt, das von einigen Facharztkollegen nicht besonders hoch angesehen wird.

Ich denke, ich weiß, wovon ich rede, denn als Facharzt für Allgemeinmedizin mit 35 Jahren in eigener Praxis niedergelassen und nun Angestellter in einem MVZ ist es fast eine häufig wiederkehrende Erfahrung. Von Ambulanzen und von Facharztkollegen kehren Patienten zurück mit Bemerkungen wie: „Oh Gott, oh Gott, wie konnte der nur“, „Der hat doch absolut

keine Ahnung davon“ oder „Warum schickte er sie jetzt zu mir?“

Dieser Entschluss zur Weiterbildung nach solcher Berufserfahrung ist für mich die Bestätigung, dass ältere, erfahrene Kollegen neben dem neuen Erlernen auch ihre über Jahrzehnte gesammelte Fachkompetenz an jüngere Kollegen weitergeben können. So entsteht die Chance für beide Seiten: für die jüngeren Kollegen, durch den ständigen Austausch der Erfahrungen vieles zu lernen, und für die älteren Kollegen, ihre geliebte Medizin weiter betreiben zu können.

Nachdem ich 35 Jahre eine eigene Praxis als Allgemeinmediziner geführt hatte, löste ich diese auf und pausierte ein Jahr. Nach dieser Zeit bemerkte ich, dass die Medizin mir fehlte. Bei Bewerbungen wartete ich häufig vergeblich auf eine Rück-

antwort; selbst nach persönlichen Vorstellungen hielt man es leider nicht für nötig, mir irgendeine Art von Absage zu erteilen. Dies hielt mich aber nicht davon ab, mich weiterhin zu bewerben, und erfreulicherweise wurde ich in meinem Umfeld fündig und arbeite nun in einem MVZ im Landkreis Darmstadt. Hier schätzt man meine Erfahrung, und meine nur halbtags betriebene Tätigkeit macht mir Freude und Spaß.

Alle Kollegen, die sich frühzeitig in den Ruhestand begeben haben, sollten sich noch einmal fragen und überprüfen, ob sie nicht doch zumindest in Teilzeit sich noch einmal der Medizin widmen wollen, um den schönsten Beruf der Welt weiter auszuführen.

Dr. med. Jürgen Rabe
Heusenstamm

„Das Medizinische Gutachten im Zivilprozess“

Interdisziplinäres Symposium für Ärzte und Richter



Die Referenten Prof. Dr. med. Harald Knaepler, Nicola Schmitz, Petra Winterer und Prof. Dr. jur. Patrick Gödicke (von links).

Am 26. November 2025 konnte erstmalig die Veranstaltung „Das Medizinische Gutachten im Zivilprozess – Wege zu einer effektiveren Kommunikation von Ärzten und Juristen“ in der Akademie der Landesärztekammer in Bad Nauheim stattfinden. Im Fokus dieses interdisziplinären Symposiums für Ärzte und Richter standen die in der Praxis häufigen Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Gerichten und medizinischen Sachverständigen. Es wurden typische Missverständnisse aufgezeigt und Lösungsansätze für eine zügigere und reibungslosere Begutachtung entwickelt.

Durch die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Hessisches Heilberufsgesetz geregelte Aufgabe der Landesärztekammer Hessen, auf Ersuchen von Behörden Sachverständige namhaft zu machen, fungiert die Landesärztekammer hier als Schnittstelle zwischen den anfragenden, vorwiegend hessischen, Gerichten und den ausführenden medizinischen Sachverständigen, indem sie den Gerichten hinsichtlich der aufgeworfenen medizinischen Fragen entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte vorschlägt. Dies erfolgt durch die Rechtsabteilung, hier durch Syndikusrechtsanwältin Ruth Dorfinger-Marzell. Die Gerichte benennen sodann die Sachverständigen.

Im Rahmen dieser Aufgabe nimmt die Landesärztekammer am Qualitätszirkel Sachverständigenwesen Südhessen der In-

dustrie- und Handelskammer (IHK) Darmstadt teil. Der Qualitätszirkel Sachverständigenwesen Südhessen wurde von der IHK Darmstadt gegründet, um Herausforderungen im Sachverständigenbereich zu diskutieren und die Zusammenarbeit zwischen Richtern und Sachverständigen zu verbessern, mit dem Ziel, die Qualität der Gutachten zu steigern. Hierbei konnten Kontakte zur hessischen Justiz in Form aktiver Richterinnen und Richter am Landgericht, Oberlandesgericht und dem Bundesgerichtshof hergestellt werden. Erstmals wurde der Wunsch von Seiten der Justiz an die Landesärztekammer herangetragen, eine fachübergreifende Veranstaltung stattfinden zu lassen, die sich mit den zuvor erwähnten Themen beschäftigt.

Als Referent für die ärztliche Seite konnte der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. med. Harald Knaepler gewonnen werden. Die juristische Seite besetzten Nicola Schmitz (Richterin am Landgericht Darmstadt), Petra Winterer (Vorsitzende Richterin am Oberlandesgericht Frankfurt) und Prof. Dr. jur. Patrick Gödicke (Richter am Bundesgerichtshof). Die Veranstaltung wurde hybrid angeboten und war von beiden Seiten gut besucht. Gödicke verdeutlichte zunächst, dass dem Beweisbeschluss des Richters eine intensive rechtliche Vorprüfung vorausgehe, welche Tatsachenfragen des

Falls wirklich streitig und entscheidungsrelevant sind. Die hieraus folgenden Beweisfragen binden den Sachverständigen und müssen daher für diesen (als juristischen Laien) missverständnisfrei formuliert werden, um zeitraubende Verfahrensverzögerungen zu vermeiden. Gleiches gelte aber auch umgekehrt: Da die Ausführungen des Sachverständigen ihrerseits den Richter (als medizinischen Laien) weitgehend festlegen, müssen auch sie missverständnisfrei sein, um in eine korrekte rechtliche Bewertung des Falls einfließen zu können. Die prozessual vorgegebene Abfolge dieser juristisch-medizinischen Fallaufbereitung und deren typische kommunikative Fehlerquellen verdeutlichte Gödicke auf ihren einzelnen Stufen – von der eingehenden Klage bis zum Abschluss der Beweisaufnahme –, ergänzt durch Vorschläge für einen möglichst effizienten Gang der Begutachtung auf beiden Seiten.

Knaepler referierte aus Sicht des medizinischen Sachverständigen. Diese sind definitionsgemäß Gehilfen/Beweismittel des Gerichts. Ihnen kommt im Zivilprozess eine wichtige evtl. entscheidende Rolle zu, die entsprechende Fach- und Sachkenntnis, aber auch persönliche Integrität und insbesondere Neutralität voraussetzt. Im Zivilprozess muss der Sachverständige zu teilweise sehr verschiedenen Verfahren eine Bewertung abgeben. Beispielsweise:

1. Klagen bei Vermutung von Behandlungsfehlern: In Arzthaftungsfällen ist die fachgleiche Begutachtung wichtig, sowie die umfassende Fachkenntnis des zu begutachtenden Falles. Klagen betreffen hier vornehmlich den stationären Bereich sowie die Unfallchirurgie und Orthopädie.
2. Klagen im Versicherungsrecht: Hier sind insbesondere Unfallfolgen sowie Bewertungen von Berufs- und Erwerbsunfähigkeiten zu beurteilen.
3. Klagen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte.



Fotos: Claudia Schön



Ruth Dorfinger-Marzell

Gutachten können nur nach Vorlage sämtlicher Akten insbesondere der bildgebenden Dokumentation erstellt werden. Für die Vollständigkeit der Akten sind das Gericht bzw. die Parteien zuständig und nicht die Sachverständigen. Entscheidend ist letztlich, dass die Sachverständigen zu einer gerechten Beurteilung beitragen.

Schmitz gehört einer Kammer für Streitigkeiten aus Heilbehandlungen am Landgericht Darmstadt an. Sie verdeutlichte an Beispielfällen aus der Praxis, welche Probleme sich ergeben können, wenn die von

den Vorrednern dargestellten Anforderungen an die Abfassung des Beweisbeschlusses und des Gutachtens nicht eingehalten werden. Dabei wurde aufgezeigt, was genau sowohl auf Seiten des Gerichts als auch auf Seiten der Sachverständigen schief gelaufen war und jeweils zu erheblichem Mehraufwand und einer Verzögerung im Abschluss der Prozesse geführt hatte. Anschließend wurden Vorschläge unterbreitet, wie die aufgetretenen Probleme hätten vermieden werden können.

Abschließend erläuterte Winterer, die den Vorsitz in einem mit Versicherungssachen befassten Zivilsenat des Oberlandesgerichts Frankfurt/M. hat, anhand eines Falles, in dem es um die ärztliche Feststellung einer Berufsunfähigkeit ging, die Notwendigkeit eines präzisen Beweisbeschlusses und Reaktionsmöglichkeiten ärztlicher Sachverständiger bei unklaren Beweisfragen. Es wurde aufgezeigt, wie sich eine unklare Aufgabenstellung im Beweisbeschluss auf Qualität und Ergebnis des ärztlichen Gutachtens und die Verfahrensdauer auswirkt. Hierbei wurden an verschiedenen Stellen Richtern und ärztlichen Sachverständigen Vorschläge für die praktische Umsetzung der ihnen jeweils obliegenden Aufgaben – richterliche Verfah-

rensführung einerseits, ärztliche Feststellung andererseits – gegeben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Veranstaltung auf großes Interesse gestoßen ist und viel Zuspruch erhalten hat. Die Teilnehmer hatten sich nach der Veranstaltung bereits dahingehend geäußert, dass eine Fortsetzung der Veranstaltung in diesem Rahmen wünschenswert sei. Aus der Evaluation ergab sich überdies eine 100%ige Weiterempfehlung der Teilnehmer.

Ruth Dorfinger-Marzell

Syndikusrechtsanwältin
bei der Landesärztekammer Hessen

Prof. Dr. med. Harald Knaepler

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie
und Orthopädie

Prof. Dr. jur. Patrick Gödicke

Richter am Bundesgerichtshof

Nicola Schmitz

Richterin am Landgericht

Petra Winterer

Vorsitzende Richterin
am Oberlandesgericht

Nachruf auf Dr. med. Dipl.-Psych. Wolf Vogler

* 26.06.1935 † 16.02.2026

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von Dr. med. Dipl.-Psych. Wolf Vogler (Foto), ehemaliger Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg. Vogler ist am 16.02.2026 im Alter von 90 Jahren in Augsburg verstorben. Er war von 1972 bis zum Jahr 1988 Delegierter der Landesärztekammer Hessen. Von 1972 bis 1975 war er Beisitzer im Vorstand der Bezirksärztekammer Marburg, das Amt des Vorsitzenden hatte er von 1976 bis 1988 inne.

Neben dem Medizinstudium schloss er ein Studium der Psychologie ab. 1967 ließ er sich als praktischer Arzt in Marburg/Marbach nieder. Nebenberuflich war er von



Foto: privat

1968 bis 1971 als Arbeitsmediziner an den damaligen Behringwerken in Marburg tätig. Neben seiner Praxistätigkeit hat er

zahlreiche ehrenamtliche und berufspolitische Funktionen ausgeführt. Hier sei besonders seine Tätigkeit als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin im Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg erwähnt. Für die Landesärztekammer Hessen war er auch im Rahmen der Weiterbildung zur Abnahme von Prüfungen im Gebiet Allgemeinmedizin tätig. Die Richard-Hammer-Medaille wurde ihm im Jahr 1989 verliehen. Im selben Jahr verließ er Hessen.

Mit ihm geht ein außergewöhnlicher Mensch, der gerne auch mal streitbar war, sich aber in seiner Marburger Zeit über das Maß hinaus für seine ärztlichen Kolleginnen und Kollegen eingesetzt hat.

Dr. med. Dipl.-Chem.**Paul Otto Nowak**

Vorsitzender
der Bezirksärztekammer Marburg

Rekonstruktion nach weiblicher Genitalverstümmelung – ein Fallbeispiel

In Deutschland leben Schätzungen zufolge mehr als 104.000 Frauen und Mädchen, die von weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation/Cutting, FGM/C) betroffen sind. Ärztinnen und Ärzte begegnen dieser vulnerablen Patientinnengruppe zunehmend, insbesondere in der hausärztlichen, gynäkologischen, geburtshilflichen, pädiatrischen und auch chirurgischen Versorgung. Eine adäquate Betreuung erfordert neben medizinischer Fachkenntnis auch kultursensible Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Fallbeispiel

Als die 30-jährige Amira S. (aufgrund der Sensibilität des Themas haben wir den Fall anonymisiert) 2017 mit ihren beiden Töchtern aus Somalia nach Deutschland kommt, trägt sie eine lange Leidensgeschichte mit sich. In einer Frauenrechtsorganisation findet sie Unterstützung. Dort wird sie zum ersten Mal umfassend darüber aufgeklärt, was ihr durch die ihr zugefügte Beschneidung widerfahren ist.

Im Rahmen der Beratung wird ein fachärztliches Attest fürs Asylverfahren veranlasst. Die Untersuchung ergibt eine FGM Typ IIIa nach WHO-Klassifikation – Infibulation mit Entfernung der Klitoris Spitze, Resektion der kleinen Labien und Vernähung. Erstmals erhält Amira eine medizinische Erklärung für Beschwerden, die ihr Leben seit der Kindheit geprägt haben: Schmerzen beim Wasserlassen, dysmenorrhoeische Beschwerden mit erschwerter Abfluss, rezidivierende Infektionen sowie ausgeprägte Dyspareunie. Sexualität war für sie stets mit Angst und Schmerz verbunden.

Wie viele Frauen aus Somalia – Schätzungen zufolge sind dort etwa 98 % der Frauen betroffen – hatte sie den Eingriff als kulturelle Selbstverständlichkeit erlebt, ohne Kenntnis der tiefgreifenden körperlichen und psychischen Folgen.

Im Rahmen der Beratung erfährt sie von rekonstruktiven Behandlungsmöglichkeiten. Nach Abschluss ihres Asylverfahrens

stellt sie sich, begleitet von der ihr bekannten Sozialarbeiterin, in einer spezialisierten Sprechstunde vor. Dort erfolgt eine interdisziplinäre, kultursensible Aufklärung über Chancen und Grenzen einer OP. Nach sorgfältiger Abwägung entscheidet Amira sich für eine operative Rekonstruktion.

Der Eingriff umfasst die Freilegung und Bergung klotraler Reststrukturen aus der Tiefe mit Schonung und Readaption neuraler Anteile, Neuformung des Präputiums sowie Defibulation mit Eröffnung der narbigen Verschlusszone zur Wiederherstellung der anatomischen Verhältnisse von Introitus und Urethra.

Die postoperative Heilung verläuft komplikationslos. Bereits wenige Wochen nach dem Eingriff berichtet Amira über eine deutliche Reduktion der Miktionsbeschwerden und erstmals schmerzarmen Geschlechtsverkehr. Neben der funktionellen Verbesserung beschreibt sie eine neue Wahrnehmung ihres Körpers, ein wachsendes Gefühl von Selbstbestimmung und Lebensqualität.

Heute engagiert sich Amira selbst in der Aufklärungsarbeit innerhalb ihrer Community. Sie spricht offen über die Folgen von FGM/C, über therapeutische Möglichkeiten – und über Prävention: „Jedes Mädchen und jede Frau hat das Recht auf Unversehrtheit!“

Bedeutung für die ärztliche Praxis

Das Fallbeispiel unterstreicht die Bedeutung einer sensiblen Anamnese und fachkundigen Diagnostik. Viele betroffene

Frauen sprechen ihre Beschwerden nicht aktiv an. Ärztliche Aufklärung und niedrigschwellige Beratungsangebote sind daher von zentraler Bedeutung. Rekonstruktive Eingriffe können bei sorgfältiger Indikationsstellung zu funktionellen und psychosozialen Verbesserungen beitragen. Voraussetzung sind realistische Aufklärung, qualifizierte operative Durchführung und interdisziplinäre Begleitung. FGM/C ist eine schwerwiegende Menschenrechtsverletzung mit erheblichen medizinischen Folgen. Ärztinnen und Ärzte spielen eine Schlüsselrolle: durch Erkennen, Informieren und Behandeln – und durch respektvolle, patientenzentrierte Begleitung.

Dr. med. Stefanie Adili

Fachärztin für Plastische und
Ästhetische Chirurgie,
Praxis Alamuti & Scholz, Wiesbaden

Tanja Wunderlich

FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht

Angebote bei FIM

(www.fim-frauenrecht.de):

- Für Betroffene: Psychosoziale Beratung (in Erstsprache oder mit Sprachmittlung); Unterstützung im Zusammenhang mit Rekonstruktions-OP
- Für Fachkräfte: Kollegiale Beratung; Fortbildungen
- Kontakt per E-Mail: fgm_c@fim-beratungszentrum.de

Ein Schaubild zu FGM/C-Formen ist im Literaturverzeichnis zu dieser Ausgabe abrufbar unter www.laekh.de.

Medizinische Versorgung von Frauen und Mädchen nach weiblicher Genitalbeschneidung (FGM/C) – Wie kann eine gute Behandlung gelingen?

Termin:	Sa., 25. April 2026 von 10 bis 13 Uhr
Information und Anmeldung:	Katja Baumann Fon: +49 6032 782-281 E-Mail: katja.baumann@laekh.de
Kurzlink:	https://t1p.de/v9ljy



www.akademie-laekh.de

Medizin auf Rädern

Der Johanniter-Pflasterlaster im Frankfurter Bahnhofsviertel

Foto: Johanniter/Stephanie Kreuzer



Der Pflasterlaster in Aktion im Frankfurter Bahnhofsviertel.

Zwischen Glaspalästen und Notunterkünften zeigt sich im Frankfurter Bahnhofsviertel ein medizinischer Brennpunkt: viele der dort lebenden Menschen sind obdachlos, nicht krankenversichert oder meiden Arztpraxen aus Scham und Angst. Chronische Wunden, Infektionen und unbehandelte Erkrankungen gehören zum Alltag – mit oft dramatischen Folgen. Hier setzt seit Oktober 2025 ein neues Projekt der Johanniter-Unfall-Hilfe an: der „Pflasterlaster Frankfurt“, ein mobiler Behandlungswagen für medizinische Erstversorgung auf der Straße.

Der umgebaute Rettungswagen ist mit EKG, Blutzuckermessgerät, Verbandsmaterial und Medikamenten ausgestattet und zunächst zweimal wöchentlich im

Bahnhofsviertel im Einsatz unterwegs. Ehrenamtliche Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte und Rettungsdienstpersonal leisten dort erste Hilfe, behandeln kleinere Wunden, führen Impfungen durch und vermitteln bei Bedarf weiterführende Versorgung. Eine hauptamtliche Koordination sorgt für Einsatzplanung, Dokumentation und Qualitätssicherung.

Ziel des Projekts ist es, medizinische Hilfe dorthin zu bringen, wo sie am dringendsten gebraucht wird – und wo Menschen sonst durchs Raster fallen. Der Pflasterlaster soll akute Beschwerden lindern, Folgeschäden vermeiden und Vertrauen in das Gesundheitssystem wiederherstellen. Gleichzeitig entlastet er Notaufnahmen und Rettungsdienste, die häufig als letzte

Anlaufstelle für sozial benachteiligte Menschen fungieren.

Der Ansatz ist ausdrücklich kooperativ: In enger Abstimmung mit Einrichtungen wie der Bahnhofsmission, dem Franziskustreff und dem Frankfurter Verein wird der Pflasterlaster Teil eines wachsenden Netzwerks niedrigschwelliger Hilfe. Langfristig ist eine Ausweitung auf weitere Stadtteile geplant.

Für Ärztinnen und Ärzte eröffnet das Projekt neue Möglichkeiten ehrenamtlichen Engagements im öffentlichen Gesundheitswesen – praxisnah, wirksam und zutiefst menschlich (pro bono oder auf Spendenbescheinigung).

Weitere Informationen und Möglichkeiten zur Mitarbeit:

www.johanniter.de/rhein-main/pflasterlaster

Monika Gorny

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
Regionalverband Rhein-Main
Berner Straße 103–105

60437 Frankfurt am Main

E-Mail: monika.gorny@johanniter.de

Internet: www.johanniter.de/rhein-main

Die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes lädt weitere Hilfsorganisationen dazu ein, ähnliche Hilfsprojekte vorzustellen.

Berichtigung der Bekanntmachung

der Satzung zur Änderung der Kostensatzung vom 25. November 2025 (HÄBL 1/2026, S. 54)

Nach den Worten: „Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31); zuletzt geändert am 15. April 2025 (HÄBL 6/2025, S. 370), wird wie folgt geändert:“ und vor der Tabelle muss es lauten:

„Im Kapitel „7000 Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen“ des Kostenverzeichnisses werden nach der Gebührenziffer 7400 folgende neue Gebührenziffern 7500 bis 7530 eingefügt:“

Frankfurt, 10. März 2026

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –



Medizin-Examensfeiern in Marburg

Ende 2025 haben an der Philipps-Universität Marburg alle 149 Medizinstudierenden erfolgreich ihr Medizinexamen bestanden, davon 93 Frauen, 55 Männer und 1 Divers. Dabei lag der Frauenanteil mit 62,4 % wie in den vergangenen Jahren deutlich vorne. Bei den zwei Examensfeiern konnte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak als Vertreter der Landesärztekammer Hessen allen Absolventinnen und Absolventen zu ihrem Examen gratulieren. Er stellte die Ärztekammer vor und wünschte den neuen Kolleginnen und Kollegen viel Glück und Erfolg für ihren weiteren Weg. Die Urkunden wurden durch den Studiendekan Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf, dem Festredner und Nowak überreicht. Den Festvortrag „Digitale Medizin – Chancen, Risiken, Perspektiven“ hielt Prof. Dr. Ivica Grgic (Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie & Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin). Für die Studierenden blickten die Absolventinnen Bibiane Kronemann und Svenja Welzel auf die Studienzeit zurück.

Bezirksärztekammer Marburg



Fotos: Thomas Wagner

Die angehenden jungen Ärztinnen und Ärzte der ersten Abschlussfeier mit Dekan Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf, Bezirksärztekammervorsitzenden Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak und Prof. Dr. med. Ivica Grgic (oben links). Auf dem Foto rechts haben Grgic und Wulf die Plätze getauscht.



Foto: Nicole Heist

Mit einer Abschlussfeier hat die Bezirksärztekammer Marburg

vier junge Medizinische Fachangestellte nach erfolgreich bestandener Prüfung ins Berufsleben entlassen. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg konnte die Zeugnisse an Isabella Hinkelthein, Lena Marie Alayed und Angela Bleta (vorne von links) persönlich übergeben. Grußworte sprachen Oberstudiendirektorin Kerstin Büchsen-schütz (links hinten) und Studiendirektorin Dr. Brigitte Seefeldt-Schmidt (vorne rechts). Bei der Feier mit dabei waren Lehrkräfte der Kaufmännischen Schulen Marburg und Elena Brandt, Abteilungsleiterin MFA-Ausbildungswesen der Landesärztekammer Hessen (hinten rechts).



Foto: Birintha Balachanthiran

Bei einer Freisprechungsfeier am 20. Februar 2026 in der Bezirksärztekammer Darmstadt wurde 27 Prüflingen nach erfolgreicher Prüfung die Zeugnisse als Medizinische Fachangestellte überreicht. In seiner Festrede betonte der Vorsitzende die günstige Zukunftsperspektive mit guten Aufstiegschancen. Studienrätin Gabriele Schulz aus den beruflichen Schulen Odenwald gratulierte ebenfalls. Außerdem erhielt die Band „Felissima“ aus dem Odenwald viel Beifall.

Hessischer Verdienstorden für Prof. Dr. med. Christian Jackisch

Langjähriges Engagement in Krebsprävention, Versorgung und Forschung

Am 14. Januar 2026 wurde Prof. Dr. med. Christian Jackisch, ehemaliger Vorstandsvorsitzender und Ehrenmitglied der Hessischen Krebsgesellschaft e. V., mit dem Hessischen Verdienstorden ausgezeichnet. Die Aushändigung erfolgte durch die Hessische Gesundheitsministerin Diana Stolz, nachdem der Orden zuvor durch Ministerpräsident Boris Rhein verliehen wurde. Mit der Auszeichnung würdigt das Land Hessen das jahrzehntelange berufliche und ehrenamtliche Wirken von Jackisch im Bereich der onkologischen Versorgung, der Krebsprävention sowie der wissenschaftlichen Weiterentwicklung gynäkologischer Onkologie.



Staatsministerin Diana Stolz und Prof. Dr. med. Christian Jackisch

Impulse für Prävention und Versorgung in Hessen

In ihrer Laudatio betonte Ministerin Stolz die nachhaltige Wirkung dieses Engagements auf Landesebene. Initiativen wie „du bist kostbar“ sowie die Veranstaltungsreihe „Hessen gegen Krebs“ hätten wesentlich dazu beigetragen, Wissen, Vorsorgebereitschaft und gesellschaftliche Verantwortung im Umgang mit Krebserkrankungen zu stärken.

„Die Arbeit von Prof. Dr. Jackisch steht exemplarisch für eine enge Verzahnung von medizinischer Exzellenz, Prävention und öffentlicher Aufklärung – mit dem Ziel, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu etablieren“, sagte Stolz.

(red)

Foto: © Hessische Staatskanzlei/Paul Müller

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



PD Dr. med. Christian Knöchel (Foto oben) ist neuer Ärztlicher Direktor der Vitos Kliniken für forensische Psychiatrie Eltville und Riedstadt. Sein Vorgänger **Walter Schmidbauer** wurde in den Ruhestand verabschiedet.

Foto: Vitos Südhessen



Prof. Dr. med. Hilke Vorwerk (Foto oben) hat im Januar die Leitung der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Klinikum Wetzlar übernommen. Sie folgt auf Dr. med. Wolfram Wannack, der in den Ruhestand gegangen ist.

Foto: Anita Poth



PD Dr. med. Bara Barakat (Foto oben) hat zum 1. Dezember 2025 die Leitung der Klinik für Urologie, roboterassistierte Urologie und Uroonkologie am Klinikum Kassel übernommen. Er leitete die Klinik bereits seit Januar 2025 in kommissarischer Funktion bzw. als leitender Oberarzt.

Foto: GNH/Schoelzchen

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

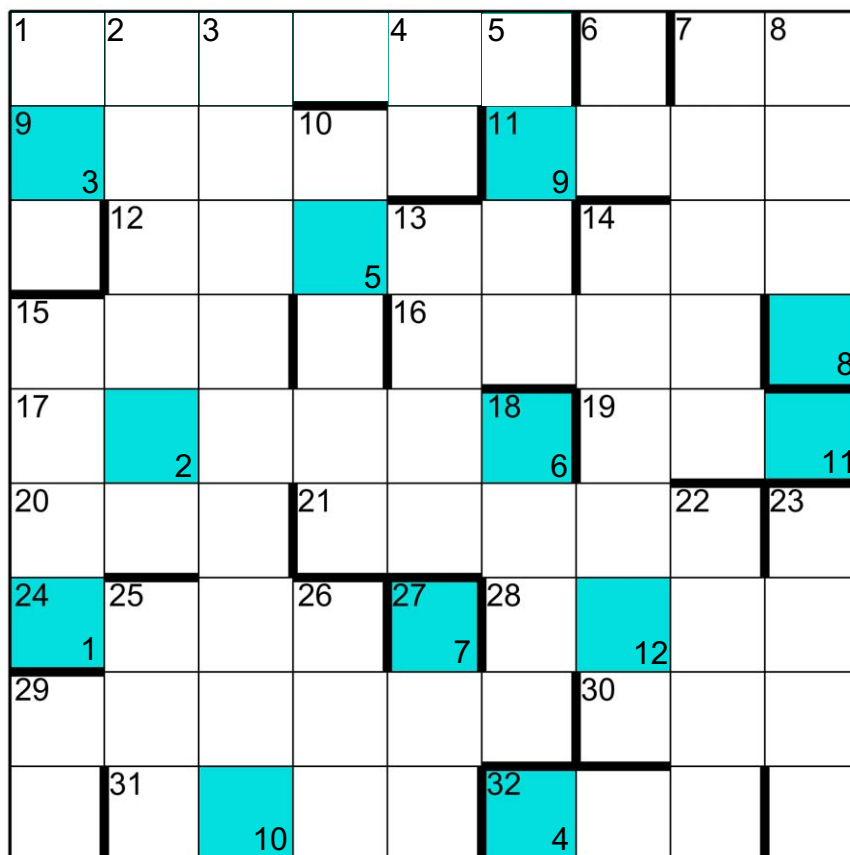
Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de
Gerne helfen wir bei den Formulierungen und geben Tipps fürs Layout.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.05.: Dr. med. Hartmut Fitz,
Bruchköbel, 75 Jahre
- 01.05.: Georg Rumin, Leimen, 75 Jahre
- 03.05.: Ulrike Drescher,
Wächtersbach, 70 Jahre
- 04.05.: Dr. med. Marianne Kammann,
Kelkheim, 80 Jahre
- 10.05.: Dr.-medic Daniel Georg,
Schlüchtern, 65 Jahre
- 12.05.: Dr. med. Brigitte Wiemann-
Djafari-Tehrani, Frankfurt,
75 Jahre
- 14.05.: Dr. med. Karsten Müller,
Frankfurt, 65 Jahre
- 14.05.: Dr. med. Wolf Hutzler,
Bad Homburg, 80 Jahre
- 14.05.: Dr. med. Rainer Block,
Langen, 90 Jahre
- 15.05.: Dr.-medic (R) Anca-Ileana Filitti,
Mühlheim, 85 Jahre
- 16.05.: Dr. med. Adrian Oberstein,
Maintal, 65 Jahre
- 16.05.: Beate Blasius, Frankfurt, 65 Jahre
- 17.05.: Dr. med. Thomas Heß,
Bad Vilbel, 65 Jahre
- 17.05.: Dr. med. Christian Hoh,
Offenbach, 65 Jahre
- 18.05.: Dr. med. Marieluise Hopf,
Dietzenbach, 80 Jahre
- 19.05.: Prof. Dr. med.
Hansjürgen Bratzke,
Frankfurt, 80 Jahre
- 20.05.: Dr. med. Gisela Kalandra-
Richards, Frankfurt, 70 Jahre
- 20.05.: Dr. med. Eckhard Kochte,
Frankfurt, 85 Jahre
- 21.05.: Dr. med. Susanne Noll,
Frankfurt, 65 Jahre
- 21.05.: Prof. Dr. med. Anton Valesky,
Hanau, 85 Jahre
- 22.05.: Dr. med. Guenther Mutsch,
Schöneck, 75 Jahre
- 28.05.: Dr. med. Werner Girgsdies,
Eppstein, 70 Jahre
- 28.05.: Dr. med. Dieter Klein,
Dietzenbach, 70 Jahre
- 29.05.: Dr. med. Andre-Robert Rotmann,
Frankfurt, 65 Jahre
- 29.05.: Bertram Thielmann,
Frankfurt, 80 Jahre
- 29.05.: Dr. med. Eva Cyrus,
Frankfurt, 90 Jahre
- 30.05.: Dr. med. Hans-Ludwig Schmidts,
Frankfurt, 75 Jahre
- 31.05.: Claudia Elzenheimer, Bad Soden,
70 Jahre

Medizinisches Rätsel zu Ostern



Das neue medizinische Kreuzworträtsel von Dr. med. Natalie Yaldizli soll Unterhaltung für die Osterfeiertage sein. Die Auflösung folgt im nächsten Heft.

Waagerecht

1 Klassifikation von Epiphysenverletzungen: ...-Einteilung (Eponym) | 7 Lateinische Bezeichnung für Knochen | 9 Schmerzlinderung beim Anheben des Hodens als Hinweis auf entzündliche Ursache : ...-Zeichen (Eponym) | 11 Schleimhautschicht, die das Innere der Gebärmutter auskleidet: ...metrium | 12 Chemisch reaktionsträge | 14 Gefriergetrocknete Substanz zur besseren Haltbarkeit: ...philisat | 15 Klinisches Maß für die Beweglichkeit der Brustwirbelsäule: ...-Maß (Eponym) | 16 Histologische Färbemethode zur Darstellung von Bindegewebe : ... -Färbung | 17 Gefäßverbindung zwischen Ästen der Arteria mesenterica superior und inferior: ... -Anastomose | 19 Befund bei einer Appendizitis: ...lassschmerz | 20 Abk. für den Achillessehnenreflex | 21 Hochpathogenes Virus, das hämorrhagisches Fieber verursacht : ... -Virus | 24 Hauptbeschwerde, die diagnostisch wegweisend ist: ...symptom |

28 Übertragung von tierischem Gewebe oder Organen auf den Menschen: ...transplantation | 29 Fehlende oder stark verminderte Urinausscheidung | 30 Maß für die Sehschärfe in kurzer Distanz: ...visus | 31 Antiarrhythmikum zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: ...daron | 32 Periodisch auftretendes Fieber, typisch bei Morbus Hodgkin: ...-Ebstein-Fieber

Senkrecht

1 Dopaminagonist, der bei Parkinson oder als Brechmittel verwendet werden kann: ...morphin | 2 Entzündung der Regenbogenhaut des Auges | 3 Duraduplikatur, die Grosshirn und Kleinhirn voneinander trennt: ... cerebelli | 4 Teil des Horner-Syndroms: ...ophthalmus | 5 Peritoneale Struktur, die den Darm bedeckt und Gefäße führt: das große ... | 6 Fehlende Schweißproduktion bei Schädigung des Grenzstranges: ...hidrose | 7 Symptom bei einer Angina tonsillaris: ...phagie | 8 Pilzinfektion der Schleimhäute durch Candida | 10 Teil des Nephrons zur Konzentration des Urins: ...-Schleife | 13 Verdicktes und erhöhtes Dorsum der Sella turcica: ... -Variante | 14 Unreife Sprachlaute im frühen Kindesalter | 15 Über den Mund erfolgreich

oder aufgenommen | 18 Schädigender Einfluss auf den Organismus; Gift | 22 Den After betreffend | 23 Teil des Nephrons: Sammel... | 25 ACE-Hemmer zur Behandlung von Hypertonie und Herzinsuffizienz: ...lapril | 26 Down-Syndrom = ...so-

mie 21 | 27 Vitamin wichtig für Haut, Haare und Stoffwechsel: ...tin | 29 Bewegung eines Körperteils weg von der Medianebene: ...duktion

Lösungswort: _____

Neue Kammerspitze in Niedersachsen

Dr. med. Marion Charlotte Renneberg ist neue Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen. Dr. med. Thomas Buck und Hans-Martin Wollenberg wurden von der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen im Januar für die 20. Wahlperiode als stellvertretende Präsidenten gewählt. Renneberg tritt die Nachfolge von Dr. med. Martina Wenker an, die sich nach 20 Jahren im Amt als Präsidentin nicht mehr zur Wahl gestellt hatte.



Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen (m.), Dr. med. Thomas Buck (l.) und Hans-Martin Wollenberg (r.), beide stellvertretende Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen.

Foto: Nancy Heusel/ÄKN

Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachange-

Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2025/2026 haben insgesamt 407 Prüflinge teilgenommen, wovon 296 bestanden haben.

Die detailliert aufgegliederten Ergebnisse des schriftlichen und praktischen Teils können Sie demnächst unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abrufen.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Goldenes Doktorjubiläum

05.05.: Dr. med. Sievert-Paul Seebens, Wiesbaden
07.05.: Dr. med. Axel Henke, Schwalbach
07.05.: Dr. med. Beate Weistroffer, Frankfurt
08.05.: Dr. med. Dorothea Römer, Kassel
11.05.: Dr. med. Notburg Glass, Darmstadt

11.05.: Dr. med. Friedhelm Siebert, Fritzlar
13.05.: Dr. med. Winfried Hoerster, Gießen
18.05.: Dr. med. Khai Dang, Wiesbaden
18.05.: Dr. med. Wido Goebels, Fulda
31.05.: Dr. med. Madjid Bayat, Liederbach

Verlustmeldungen der Arztausweise nur noch online

Das Hessische Ärzteblatt druckt künftig die Bekanntgabe der Verlustmeldungen der Arztausweise in der Printausgabe nicht mehr ab. Die Verlustmeldungen

finden sich jetzt nur noch online im Literaturverzeichnis der jeweiligen Ausgabe unter www.laekh.de. (red)

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

01.05.: Dr. med. Claudia Jacobi, Groß-Gerau, 65 Jahre
07.05.: Dr. med. Ulrich Suchner, Breuberg, 70 Jahre
08.05.: Dr. med. Heribert Fink, Darmstadt, 70 Jahre
09.05.: Monika Richter, Bensheim, 85 Jahre
12.05.: Holger Jung, Mühlthal, 70 Jahre
13.05.: Dr. med. Leonhard Scholz, Seeheim-Jugenheim, 65 Jahre
13.05.: Dr. med. Rainer Görich, Mühlthal, 70 Jahre
17.05.: Thomas Wons, Offenbach, 65 Jahre
17.05.: Ronald Balß, Rüsselsheim, 70 Jahre
18.05.: Dr. med. Heike Bause, Michelstadt, 70 Jahre
22.05.: Dr. med. Christian Köhler, Darmstadt, 80 Jahre
24.05.: Regine Bresler, Hofgeismar, 65 Jahre
25.05.: Dr. med. Xudian Du, Darmstadt, 65 Jahre
25.05.: Dr. med. Waldemar Lau, Bürstadt, 75 Jahre
28.05.: apl. Prof. Dr. med. Dimitri Flieger, Darmstadt, 65 Jahre
28.05.: Dr. med. Joachim Weiß, Groß-Gerau, 75 Jahre
30.05.: Dr. med. Hannelore Pohl, Darmstadt, 90 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

05.05.: Edgar Eiteneuer, Hünstetten, 75 Jahre
08.05.: Dr. med. Hans-Peter Hundemer, Wehrheim, 65 Jahre
17.05.: Dr. med. Tessa Miksch, Hofheim, 65 Jahre
17.05.: Hannelore Gal, Wehrheim, 75 Jahre
17.05.: Norah Espinoza Vargas de Camps, Wiesbaden, 85 Jahre
30.05.: Dr. med. Hans Benner, Oestrich-Winkel, 90 Jahre

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

- 02.05.: Dr. med. Marcel Goedecke,
Marburg, 70 Jahre
05.05.: Dr. med. Michael Eckardt,
Bad Zwesten, 65 Jahre
07.05.: Dr. med. Dorothee Kramer-
Schmidt, Courtaman, 65 Jahre
19.05.: Dr. med. Friedrich Stöhr,
Ebsdorfergrund, 75 Jahre
24.05.: Dr. med. Freya Wenzel-Voß,
Marburg, 70 Jahre
24.05.: Dr. med. Hannelore Puppel,
Marburg, 85 Jahre
29.05.: Prof. Dr. med. Udo Kroh,
Kirchhain, 75 Jahre
31.05.: Dr. med. Alexandra Göke,
Marburg, 65 Jahre
31.05.: Dr. med. Wiebke Harprecht,
Marburg, 85 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 01.05.: Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Reinhard Bretzel, Lahnu, 80 Jahre
02.05.: Dr. med. Christine Wahl,
Biebertal, 90 Jahre
07.05.: Dr. med. Albrecht Bietz,
Gießen, 90 Jahre
10.05.: Dr. med. Katharina Erb-Zohar,
Schotten, 65 Jahre
10.05.: Thilo Heitsch, Gießen, 75 Jahre
11.05.: Dr. med. Karl Piske,
Gießen, 70 Jahre
12.05.: PD Dr. med. Christian Schubring,
Gießen, 85 Jahre
13.05.: Dr. med. Markus Langhans,
Biebertal, 70 Jahre
14.05.: Ulrike Tillmann-Korn,
Haiger, 75 Jahre
17.05.: Dr. med. Hans Heinrich Klein-
schmidt, Bad Nauheim, 70 Jahre
17.05.: Prof. Dr. med. Günther Friedrich
Brobmann, Wetzlar, 85 Jahre
20.05.: Dr. med. Karl Jung,
Gießen, 75 Jahre
22.05.: Dr. med. Günther Odrasil,
Pohlheim, 80 Jahre
24.05.: Dr. med. Henrik Reygers,
Alsfeld, 65 Jahre
31.05.: Wolfgang Jende,
Biebertal, 80 Jahre

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Ahmed Banat, Darmstadt
* 10.11.1939 † 17.01.2026

Dr. med. Christiane Bassyouni, Bad Vilbel
* 14.12.1933 † 16.01.2026

Dr. med. Heinrich Bock, Königstein
* 22.05.1935 † 20.12.2025

Dr. med. Beate Maria Bux, Darmstadt
* 26.04.1958 † 11.12.2025

Dr. med. Wolf Diedrichson, Gießen
* 05.10.1943 † 04.12.2025

Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein,
Kronberg
* 28.11.1926 † 30.12.2025

Dr. med. Michael Hagen, Rodenbach
* 26.10.1941 † 15.10.2023

Matthias Hebel, Wiesbaden
* 14.07.1956 † 01.01.2026

Heinz Heinzer, Idstein
* 07.08.1953 † 07.10.2025

Dr. med. Helmut Heldmann, Kassel
* 25.07.1939 † 02.11.2025

Detlef Martin Herget, Bad Nauheim
* 07.12.1962 † 02.12.2025

Dr. med. Werner Emil Walter Horn,
Marburg
* 09.01.1939 † 30.11.2025

Prof. Dr. med. Wolfgang Kuhl,
Wiesbaden
* 09.06.1930 † 18.12.2025

Dr. med. Maria Lisitschkov Darmstadt
* 05.08.1940 † 30.01.2026

Dr. med. Fritjof Macht, Büdingen
* 26.08.1943 † 28.01.2025



Foto: Monika Buchalik

Cimitero del Verano, Rom

Dr. med. Stephan Merker, Neu-Isenburg
* 03.08.1953 † 12.07.2025

Prof. Dr. med. Gert Müller-Berghaus,
Ober-Mörlen
* 17.10.1937 † 06.01.2026

Dr. med. Ruth Peter, Bad Nauheim
* 18.01.1937 † 01.07.2023

Dr. med. Karin Schramm, Oberursel
* 12.04.1951 † 14.07.2025

Dr. med. Bettina Schulze, Florstadt
* 11.05.1963 † 18.11.2025

Dr. med. Dieter Sigel, Korbach
* 19.11.1948 † 02.04.2023

Harald Straubel, Kassel
* 25.11.1946 † 29.06.2024

Dr. med. Marianne Suchan, Bruchköbel
* 14.07.1954 † 02.02.2026

Dr. med. Wolfgang Valentin, Mainz
* 11.10.1951 † 09.01.2026

Dr. med. Wolfgang Hugo Siegfried Zorn,
Frankfurt am Main-Nied
* 11.04.1946 † 15.11.2025

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

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

Pascale Kramer, seit 25 Jahren tätig in
der Praxis Susanne Kegler & Timothy C.
Ginn, Rödermark.

**Wir gratulieren zum 40-jährigen
Berufsjubiläum:**

Elvira Sieling, seit 40 Jahren tätig in der
Praxis Dr. med. Christian Beier,
Wiesbaden.

Einladung

171. Bad Nauheimer Gespräch

05.05.2026, 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Problematischer Medienkonsum im Kindes- und Jugendalter und Lösungsansätze

Digitale Medien haben auch in Deutschland die Kinderzimmer erobert. Mehr als 90 % der Kinder und Jugendlichen nutzen regelmäßig soziale Online-Netzwerke, -Videos und -Spiele und sind fast vier Stunden täglich online. Die Risiken intensiver Nutzung digitaler Medien sind u. a. die Entwicklung von Aufmerksamkeitsstörungen, Realitätsverlust, Stress, Depression und zunehmende Gewaltbereitschaft. Die problematische Nutzung sozialer Medien nimmt zu: bis zu einem Viertel der jungen Nutzer entwickelt einen „risikanten Gebrauch“, 6 % erfüllen alle Kriterien einer Verhaltenssucht mit deutlichen Einschränkungen im Alltag.

Wie können und sollten wir als Einzelne, als Familien und als Gesellschaft reagieren? Neben Therapieangeboten wird mehr Prävention gefordert. Könnte ein Verbot sozialer Medien für Jugendliche unter 16 Jahren helfen? PD Dr. Paschke wird einen Überblick über die derzeitige Situation und die Therapie- und Präventionsmöglichkeiten geben und mit Ihnen diskutieren.



Foto: © Uke

PD Dr. med. Kerstin Paschke

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und -psychotherapie, Dipl. Psychologin –
 Ärztliche Leiterin des Deutschen Zentrum für
 Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters,
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

Zum Vormerken immer dienstags von 19–21 Uhr:

02.06.2026: Sucht in unserer Gesellschaft – Cannabis, Lachgas, Internet und Medien

27.10.2026: Tipps für gesunde Ernährung und zur Vermeidung von Schadstoffen

17.11.2026: Künstliche Intelligenz im Alltag und in der Medizin – Chancen und Risiken

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

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

Fon: 069 76 63 50

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

Fax: 069 76 63 50

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



Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

- 01.05.: Dr. med. Ralf Bentler, Kassel, 70 Jahre
- 02.05.: Dr. med. Klaus Uebelacker, Großenlüder, 65 Jahre
- 07.05.: Dr. med. Christiane Seip, Bad Arolsen, 70 Jahre
- 08.05.: Dr. med. Harald Ise, Bad Arolsen, 85 Jahre
- 10.05.: Dr. med. Stefan Muschelknautz, Frankfurt, 75 Jahre
- 10.05.: Dr. med. Horst Haferkamp, Kassel, 85 Jahre
- 11.05.: Dirk Rössel, Kassel, 75 Jahre
- 13.05.: Dr. med. Marie-Elisabeth Holzapfel, Kassel, 90 Jahre
- 14.05.: Dr. med. Wolfgang Hessenthaler, Kaufungen, 75 Jahre
- 16.05.: Dr. med. Gabriele Fröhlich-Gildhoff, Kassel, 70 Jahre
- 19.05.: Dr. med. Erika Vollmeyer, Hosenfeld, 75 Jahre
- 19.05.: Prof. Dr. med. Dieter Ohlmeier, Staufenberg, 90 Jahre
- 21.05.: Dr. med. Ferdinand Birke, Hünfeld, 75 Jahre
- 24.05.: Dagmar Wichmann-Schulte, Grebenstein, 75 Jahre
- 25.05.: Medizinaldirektor Dr. med. Jürgen Stroh, Petersberg, 80 Jahre
- 25.05.: Dr. med. Norbert Fleischmann, Bad Wildungen, 85 Jahre
- 26.05.: Dr. med. Thomas Sürig, Hofgeismar, 65 Jahre
- 30.05.: Dr. med. Dirk Gumbel, Wolfhagen, 65 Jahre
- 30.05.: Stefan Schiffhauer, Nüsttal, 65 Jahre
- 30.05.: Dr. med. Rainer Koch, Niestetal, 80 Jahre
- 30.05.: Dr. med. Horst Gürich, Kassel, 85 Jahre

Interessenkonflikt

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

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

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

Redaktion:

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

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

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

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

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Joachim Herbst

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

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

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

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

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

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

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

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

87. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:
kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Anzeigenschluss für Heft 5
vom 25.04.2026
ist am Mittwoch, dem 08.04.2026

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

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin (m/w/d)

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir eine engagierte Fachärztin bzw. einen Facharzt für Allgemeinmedizin in Vollzeit oder Teilzeit.

Wir bieten:

- Attraktive Vergütung: 8.000 – 10.000 € monatl. (je nach Qualifikation)
- Flexible Arbeitszeitmodelle für eine gesunde Work-Life-Balance
- Weiterbildung und fachliche Entwicklung innerhalb der Praxis
- Modernes Arbeitsumfeld, strukturierte Prozesse, kollegiales Miteinander
- Extras: Betriebliche Altersvorsorge, kostenfreie Getränke, eigener Parkplatz
- Unverbindlich: Kostenfreie und diskrete Vermittlung durch Sanovetis

Die Praxis ist eine etablierte Gemeinschaftspraxis mit erfahrenem Ärzteteam im Bereich Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Moderne Behandlungszimmer, flache Hierarchien und ein interdisziplinäres Team sorgen für effiziente, patientenzentrierte Versorgung. Zwei erfahrene MFAs kümmern sich am Empfang um einen freundlichen Ablauf und unterstützen die Ärzt:innen im Alltag.

Ihr Ansprechpartner: Herr Dr. med. Stefan Walther
+49 179 5214964 · jobs@sanovetis.de · www.sanovetis.de

Im Zentrum von **Mannheim** gelegene neurologisch-psychiatrische Praxis sucht eine/n **Fachärztin/-arzt für Psychiatrie/Nervenärztin/Nervenarzt bzw. erfahrene/n Assistenzärztin/-arzt zur Anstellung**. Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet Psychiatrie für 2 Jahre liegt vor. Flexible, individuell angepasste Arbeitszeiten.
Kontakt: praxis@neurologieimquadrat.de; Tel. 0621/86250421

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

Allgemeinmediziner (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit gesucht

Für unser Hausarztzentrum Hanau suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen engagierten Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d) oder einen Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlicher Tätigkeit in Voll- oder Teilzeit.

Hausarztzentrum Hanau, Mühlstr. 19, 63450 Hanau
Tel: 06181-90186262

Hessisches Ärzteblatt



GEZIelt REKRUTIEREN!

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

Wir beraten Sie gerne:

Verkauf Stellenmarkt

Telefon 02234 7011-250

stellenmarkt@aerzteverlag.de

Fachärztinnen / Fachärzte (m/w/d) für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin gesucht

Für unsere modernen Hausärztliches/kinderärztliches Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Kreis Groß-Gerau, Langen /Wiesbaden/ Darmstadt suchen wir engagierte Fachärzte Innere /Allgemeinmedizin
Telefon: 0170 7723006 / E-Mail: Jobs@pan-medical.de

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

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

Mail: bewerbung-anaesthesie@gmx.de
Mobil: 0178/5806072

Orthopäde/Unfallchirurg (w/m/d) zur Mitarbeit in Orthopädischer Praxis in Frankfurt Sachsenhausen 10-15 Std/Wo gesucht.

Hohe Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitszeit gegeben.
Praxis Dr. Oboth/Dr. Stratmann. Tel 0174/839 85 47

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

Praxisabgabe

1/2 KV-Sitz für Psychotherapie in 35683 Dillenburg

ab 04/26 bis 10/26 aus Altersgründen einer gut gehenden Psychotherapiepraxis abzugeben.
christos-charis@outlook.de oder
T.: 02771-801265.

Psychotherapeutische Praxis abzugeben

Kassenarztsitz psychom. Medizin 0,5 od. 1,0 Versorgungsauftrag, PLZ 64 auch an Psycholog/inn/en baldmöglichst abzugeben. € 20/40 Tsd.
HÄ 059884

Praxisgesuche

1/2 Sitz Psychosomatik Kassel

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich suche zum 01.01.2027 einen hängigen psychotherapeutischen Vertragsarztsitz (Facharztsitz Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) in Kassel. Eine vollständige Finanzierung sowie die fachliche Voraussetzung liegen vor.
Kontaktaufnahme unter:

esistpsychosomatisch@gmail.com

Praxisräume

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

Kurse/Seminare/Veranstaltungen

Was ist neu in der Medizin 2025/2026?

Hybrid-Weiterbildung für Internist*innen und Allgemeinmediziner*innen

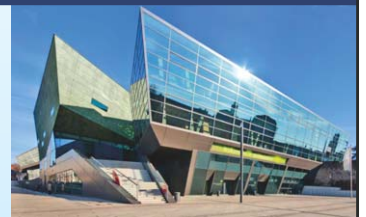
Alle Internistischen Fachbereiche werden einzeln durch Experten behandelt.

Keynote Lecture: CED
Prof. Dr. Irina Blumenstein, Frankfurt

09. Mai 2026, 9.00 - 16.15 Uhr im darmstadtium, Darmstadt

Wissenschaftlicher Leiter:
Prof. Dr. C. Schimanski,
Klinikum Darmstadt GmbH

Programm und Anmeldung unter
<https://gk-organisation.de>
→ „Was ist neu in der Medizin“



Gaby Kneissler - Veranstaltungsorganisation
E-Mail: gk_orga@t-online.de
Die Teilnahme ist kostenfrei!
Zur Zertifizierung bei der LÄKH eingereicht.



SCAN ME

VASOSONO > Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie

> interdisziplinärer Grundkurs (alle Gebiete): 18.09.-20.09.2026

> Aufbau-/Abschlusskurse aller Gebiete ab 11/26

Dr. T. Schilling • Gefäßzentrum/Angiologie • Klinikum Wernigerode
www.vasosono.de • info@vasosono.de

Anzeigenservice

Wir sind für Sie da!

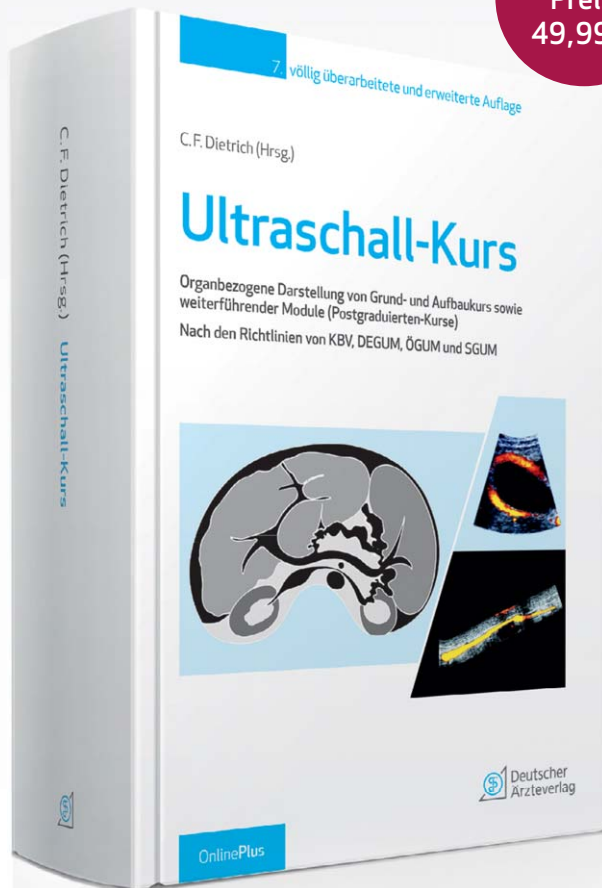
Telefon +49 (0) 2234 7011-290

kleinanzeigen@aerzteverlag.de • aerzteverlag.de/anzeigenservice



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

Jetzt neuer
Preis
49,99 €



7. vollst. überarb. und erw. Auflage 2021,
664 Seiten, 47 Tabellen,
über 2.000 Abbildungen, gebunden
inkl. OnlinePlus mit mehr als 100 Videos
ISBN 978-3-7691-0633-6
ISBN eBook 978-3-7691-3715-6
jeweils 49,99 €*

Das sind Ihre Vorteile:

- Übersichtlich: organbezogene, topografische Gliederung
- Komplet: 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

 **Deutscher
Ärzteverlag**

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

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

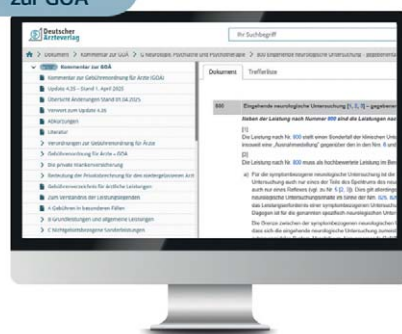
Das sind Ihre Vorteile:

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

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

Privatliquidation stets aktuell und rechtssicher!

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**



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

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

**Jetzt 30 Tage
gratis testen!**

Praxisbedarf
Der Shop des Deutschen Ärzteverlages.