

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 5 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 87. Jahrgang



11. ordentliche Delegiertenversammlung

Teil 2: Akutes Abdomen
Zweiter Teil des zertifizierten Fortbildungsartikels zum akuten Abdomen sowie dessen Ursachen

Mentale Gesundheit
Umfrage der LÄKH zur mentalen Gesundheit in hessischen Kliniken – ein Symposium diskutiert die Resultate

Sehnsuchtsort Étretat
Bis in den Juli zeigt das Städel Frankfurt die beeindruckende Ausstellung „Monets Küste – Die Entdeckung von Étretat“



56. Internationaler Seminarkongress 23.08. – 28.08.2026 in Grado/Italien



**Hier geht's
zur Anmeldung**

Eröffnung am Sonntag, 23. August 2026 um 17:30 Uhr

Eröffnungsvortrag

„Künstliche Intelligenz in der medizinischen Versorgung“
Philipp Stachwitz, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Schwerpunkthemen der Seminare vom 24. bis 28. August 2026:

- **Notfallversorgung nach aktuellen Richtlinien**, Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg
- **Begleitung in Grenzgängen und Grenzsituationen – Fragen der Medizinischen**
- **Anthropologie**, Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, Heidelberg
- **Das kritisch kranke Kind – Frühzeitige Erkennung: Von Vorbeugung zum akuten Notfall**, Dr. Burkhard Wermter, Schlanders
- **Prävention in der Frauenheilkunde**, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hans Rudolf Tinneberg, Gießen
- **Praxis-nahe Dermatologie – Refresher & Up-date zu Diagnostik und Therapie: Was ist wichtig für die tägliche Praxis**, Prof. Dr. Bernd Bonnekoh Univ.-Hautklinik Magdeburg
- **Vaskuläre Anomalien im Fokus – Diagnostik, Therapie und ganzheitliche Versorgung im Praxisalltag**, Medizinaloberrätin Dr. Ulrike Metzger, Salzburg
- **Medizin meets Social Media – zwischen Evidenz und Nonsense**, Dr. Svenja Krück, junge Ärztinnen und Ärzte, Bad Oeynhausen
- **Notfallmedizin – praktischer Teil**, Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg
- **Abend-Panel „Künstliche Intelligenz, Praxisabgabe, -gründung“**

Kontakt:

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
CMIG e.V.
c/o Bundesärztekammer
10623 Berlin, Herbert-Lewin-Platz 1
Fon: +49 (0)1717793484
E-Mail: kontakt@cmig.de
www.cmig.de

Fortbildungspunkte werden bei der Landesärztekammer Hessen beantragt. Die Österreichischen Ärztekammern, die Ärztekammer Salerno und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an. Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Die romantische venezianische Altstadt, die im Ortsbild integrierten Ausgrabungen aus römischer Zeit, der lange, gepflegte Sandstrand – und vieles mehr – bieten jedem Gast Möglichkeiten für eine anregende, erholsame und/oder sportliche Freizeit. Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest ist eine gute halbe Stunde, Venedig knapp zwei Autostunden entfernt.



© Katja Möhrle



© Massimo Crivellari



© Katja Möhrle

Veranstalter:



Kooperationspartner:



Symbol der Hoffnung

Editorial

Sicher erwarten Sie nun, dass ich in den vielstimmigen Chor der Kritiker einstimme, die kein gutes Haar am kürzlich veröffentlichten Bericht der Finanzkommission Gesundheit lassen. 66 Maßnahmen listet der Bericht, von denen man mit Sicherheit über jede einzelne trefflich streiten kann. Ohne die einzelnen Vorschläge hier detailliert zu bewerten, lässt sich doch festhalten, dass die Kommission keine Seite verschont. Um unser Gesundheitssystem zu konsolidieren, werden auch alle Seiten ihren Beitrag leisten müssen. Kurzfristige Maßnahmen halte ich für unvermeidbar, um genügend Luft für die Planung und Umsetzung grundlegender Reformen zu gewinnen. Ein System, das im vergangenen Jahr Schätzungen des Bundesamts für Statistik zufolge 597,5 Milliarden Euro ausgegeben hat, kann mit Sicherheit so nicht weitergeführt werden. Allein der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung lag im Jahr 2024 bei 300,8 Milliarden Euro. Staat und Gesellschaft, aber auch jede einzelne Bürgerin und jeder einzelne Bürger sind hier gefordert. Neben konkreten Einsparungen gehören dazu natürlich Maßnahmen, die erst in einigen Jahren Früchte tragen werden. Prävention muss selbstverständlich eine dieser Maßnahmen sein. Präsidiumskollege Dr. Lars Bodammer hat mit seiner Aussage, dass wir diesbezüglich als Medizinerinnen und Mediziner im Sinne einer wissenschaftlich basierten Aufklärung Einfluss auf Politik und Gesellschaft nehmen sollten (siehe S. 254) vollkommen recht, zumal das Robert-Koch-Institut gerade berichtete, dass 81 % der Erwachsenen in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz haben. Die höchste Gesundheitskompetenz fand sich – wenig überraschend – bei den Erwachsenen mit dem höchsten Bildungsstand. Geringe Gesundheitskompetenz ist jedoch mit höheren Versorgungsbedarfen und ungünstigem Gesundheitsverhalten assoziiert. Die Forschenden wiesen daher auf einen erheblichen Handlungsbedarf zur Förderung von Gesundheitskompetenz hin, der nicht nur auf individuelle Fähigkeiten setzen sollte, sondern auch auf die Gestaltung von Angeboten und Strukturen zielen sollte, mit denen gesundheitskompetentes Handeln ermöglicht wird. Handeln tut also not und so müssen wir endlich vom Reagieren zum Agieren kommen. Nicht jede Krankheit und nicht jeder Unfall sind vermeidbar, das ist völlig klar. Doch wir alle können viel mehr tun als es gegenwärtig der Fall ist.

Dazu gehört auch zu Lebzeiten, das Einverständnis für eine Organspende zu geben. Am 11. März war ich Gastgeber eines Pressegesprächs mit Vertreterinnen und Vertretern aus Medizin und Politik gemeinsam mit Betroffenen. Dabei stand die Situation der Angehörigen von postmortalen Organspendern im Mittelpunkt. Neben dem Dank an alle Mitarbeitenden, die sich in den Kliniken für die Organspende einsetzen, galt der Dank selbstredend besonders den Organspendern und ihren Familien. Vielen Empfängerinnen und Empfängern eines Organs ist es ein tief empfundener Wunsch, diesen Familien ihren Dank auszudrücken. Es gibt die Möglichkeit, diesen Dank in Worte zu fassen und einen Brief zu schreiben, der den Familien der Organspender in anonymisierter Form zugestellt wird. Einen Einblick dazu bietet die Website

www.dankesbriefe-organspende.de. Sascha Brandhorst, der eine Lunge erhalten hat, schrieb einen solchen Brief. Lea Jantschke wiederum hatte einer Organspende bei ihrer verstorbenen Mutter zugestimmt und berichtete, wie sie die Situation erlebt hatte und was sie bis heute bewegt. Sie erhielt den Dankesbrief eines Nierenempfängers und schilderte, wie wichtig es für sie war, zu erfahren, welche Auswirkung ihre Entscheidung hatte. Obwohl ich als Anästhesist über mehrere Jahrzehnte ärztlicher Berufserfahrung verfüge und viele Grenzsituationen erlebt habe, war diese Veranstaltung für mich keineswegs eine Routineangelegenheit, sondern berührte mich sehr tief. Der Blick in die Augen der anderen Teilnehmenden, ob ärztliche Kolleginnen und Kollegen oder Journalistinnen und Journalisten, zeigte, dass auch sie alle tief bewegt waren. Ich kann der Staatssekretärin im hessischen Gesundheitsministerium Dr. Sonja Optendrenk nur beipflichten, dass sich die Diskussion eigentlich um das Leben und nicht um den Tod drehe. Schon vor Jahren habe ich vorgeschlagen, dass Transplantationsbeauftragte besser Organspendebeauftragte heißen sollten und zwar im Sinne von Lebensbeauftragte. Daran musste ich auch wieder denken, als ich die erste Osterbotschaft des neuen Papstes Leo XIV hörte: „Ostern ist ein Sieg: der Sieg des Lebens über den Tod, des Lichts über die Finsternis, der Liebe über den Hass.“ Auch eine Organspende ist ein kleines Fest der Auferstehung. Deshalb werbe ich unermüdlich für die Widerspruchslösung. Das bisherige Organregister sollte daher in ein Widerspruchsregister umgewandelt werden. Ein einzelner Organspender kann bis zu sieben Leben retten. Gerade in so bewegten Zeiten, wie wir sie jetzt erleben, ist das ein Symbol der Hoffnung.



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Peter Böhmel



Foto: © Nenad – stock.adobe.com

Reformdruck, Resilienz und Resolutionen

Die 11. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen stand im Zeichen einer gewaltigen Reformdichte. Nach konstruktiven und kontroversen Diskussionen hatten die Delegierten am Ende zahlreiche Beschlüsse und Resolutionen verabschiedet.

256

Teil 2: Akutes Abdomen

Der zweite Teil des zertifizierten Artikels bespricht die verschiedenen Ursachen und Differenzialdiagnosen des akuten Abdomens. Die Autoren gehen auch auf den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Diagnosestellung und Entscheidungsfindung ein.

264

Editorial: Symbol der Hoffnung	251
Aus dem Präsidium: Warum fällt uns Prävention so schwer?	254

Ansichten und Einsichten: WBO – Der Spezialisierungsfalle entkommen	255
--	-----

Ärzttekammer

Reformdruck, Resilienz und Resolutionen – Bericht von der Delegiertenversammlung	256
Noch mehr Sicherheit – Bericht des Versorgungswerkes zur Delegiertenversammlung	262
Gute Noten für neues Präventionsprojekt	263
Förderung der mentalen Gesundheit – Umfrageergebnisse unter stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten in Hessen	272
Best Practice-Modelle zum Hitzeschutz	277
Resolution zum Dr. Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	287
Ukrainehilfe: Schnelle Hilfe auch im Einzelfall	297

Recht: Pflicht zum Widerspruch in kritischen Behandlungssituationen	290
--	-----

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	278
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	284
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	304

Fort- und Weiterbildung

CME: Akutes Abdomen – Teil 2	264
Leitsymptom Rückenschmerz: Einordnung in der hausärztlichen Praxis	276
Klinische Studien zu Arzneimitteln – Vom Umgang mit fehlenden Daten	294
Spotlight: Was muss im Weiterbildungszeugnis enthalten sein?	302



Foto: © Dregana Gordic – stock.adobe.com

Mentale Gesundheit in hessischen Kliniken

Vorstellung der Ergebnisse einer Umfrage der Landesärztekammer Hessen unter stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten zur mentalen Gesundheit in hessischen Kliniken. Bei einem Symposium des Marburger Bundes wurden die Resultate sowie Lösungsansätze diskutiert.

270, 272



Städel Museum Frankfurt, Foto: © Norbert Miguletz

Monets Küste im Städel Frankfurt

Bis zum 5. Juli 2026 zeigt das Städel in einer beeindruckenden Ausstellung, wie ein Küstenstreifen in der Normandie die Malerei der Moderne beeinflusste. Die Felsen von Étretat zogen im 19. Jahrhundert viele Künstler in ihren Bann.

300

Forum

Durcharbeiten statt durchatmen – Symposium „Mentale Gesundheit im ärztlichen Berufsalltag“ in Frankfurt	270
Warum die tägliche Fahrt mit dem Fahrrad zur Arbeitsstätte mehr hilft, als uns vielleicht lieb ist	275
Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus – Vereinsvorstellung	286
Ein (fast) vergessenes Kapitel: Die Schließung des medizinhistorischen Seminars der Goethe-Universität 1933, [...]	288
Diphtherie-Fälle in Deutschland – Wichtige Impfung bietet Schutz vor gefährlicher Infektion	291
Hessische Praxen besser an das Krebsregister angebunden	292
Verdacht auf med. Behandlungsfehler – Sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Hessen	298

Parlando: Sehnsuchtsort Étretat – Monets Küste im Frankfurter Städel Museum	300
--	-----

Leserbrief: Das „Zauberwort“ heißt innerärztliche Solidarität	291
--	-----

Aus den Bezirksärztekammern: Freisprechungsfeiern in Kassel, Wiesbaden, Gießen und Frankfurt	303
---	-----

Impressum	309
------------------------	-----

Bücher



Arbeitsplatz Kinderwunschzentrum

M. Bals-Pratsch et al.

S. 307

Sprache im Hessischen Ärzteblatt

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

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

Warum fällt uns Prävention so schwer?

In der jüngst von der Finanzkommission Gesundheit vorgelegten Liste an möglichen Einsparungen – primär zur Deckung des GKV-Defizits – werden unter anderem eine Zuckersteuer und eine erhöhte Steuer auf Tabakwaren und Spirituosen gefordert. Warum wird Prävention mittels Lenkungssteuer mit einer solchen Schiefelage und Gewichtung von Argumenten der finanziellen Belastung oder einer Einschränkung individueller Freiheiten diskutiert?

Ein Grund dürfte darin liegen, dass die Ärzteschaft in der Vergangenheit sich nicht deutlich genug für mehr Prävention gegenüber der Politik und der öffentlichen Meinungsbildung Gehör verschafft hat. Wirtschaft und Lobbyvertreter waren erfolgreicher.

So ist es gekommen, dass Deutschland in der Prävention von sucht- und ernährungsbedingten Erkrankungen gegenüber einem Großteil der Länder in Europa, aber auch global weit zurückgefallen ist. Und dies, obwohl wir wissen, dass Folgeerkrankungen zukünftig eine größere Belastung verursachen als jene von Vorsorgemaßnahmen. Bereits in über 100 Ländern (z. B. „Soft Drink Industry Levy“, Großbritannien) ist die Zuckersteuer eingeführt und nachweislich ein wirksames Instrument zur Verbesserung der Ernährung und Prävention von Übergewicht und Insulinresistenz.

Nun kann man anführen, dass wir bereits 2018 auf dem Deutschen Ärztetag (DÄT) in Erfurt die Bundesregierung aufgefordert hatten, geeignete Maßnahmen zu ergreifen (Drucksache 1c – 37, 121 DÄT).

Richtig Fahrt aufgenommen hat das Thema aber erst auf dem DÄT 2025. Auf Anträge der Marburger Bund Hauptversammlung folgte eine ausgiebige Diskussion auf dem DÄT mit einem erfreulich großen Medienecho.

Aber mal ehrlich: Brauchen wir erst ein ordentliches Defizit der GKV, um mit sinnvollen Präventionsmaßnahmen mehr Geld in die Kasse zu bringen? Natürlich sollten die Einnahmen einer Lenkungssteuer dem Gesundheitswesen zufließen – aber auch ohne Defizit müssen wir nachhaltig für mehr Prävention eintreten. Lieber Gesetzgeber: Prävention ist ein langfristiges Mittel für Beitragsstabilität – nur nicht so aktivistisch!

Ein besonders bedauerliches Beispiel zeigt die Verbreitung von E-Zigaretten (auch Vapes, Verdampfer genannt). Dass es zu einer solch raketenhaften Nachfrage dieser suchterzeugenden „Tabakalternative“ unter Jugendlichen gekommen ist, ist primär ein politisches Versagen. Die institutionelle Ärzteschaft, mit ihren Fachgesellschaften und Körperschaften muss sich aber auch kritisch fragen, ob sie diese Entwicklung unterschätzt hat. Vielleicht hoffte man zu Beginn noch, hier sei eine weniger schädliche Alternative zum Tabak gefunden worden. Mittlerweile ist es eine



Foto: privat

„Prävention ist ein langfristiges Mittel für Beitragsstabilität – nur nicht so aktivistisch!“

Einstiegsdroge, welche hunderttausende Jugendliche in die Abhängigkeit treibt und teils zu zukünftigen Tabakrauchern macht. Offenbar fehlte es uns an Vorstellungskraft, mit welchem Einfallsreichtum das Marketing die Nikotinverdampfer über Social Media etc. an Kinder und Jugendliche heranführen würde.

Mit der Beimischung von süßlichen Fruchtaromen und bunten Verpackungen, wie bei Süßigkeiten üblich, werden gezielt jugendliche Konsumenten angesprochen. Produziert in Ländern, in denen der Verkauf selbst verboten ist, profitieren Händler und Firmen vom Vertrieb mit aggressiver Vermarktung.

Warum lassen wir uns dies gefallen? Warum wird dieser „Großfeldversuch“ an Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit dem Hinweis auf fehlende Langzeitstudien zugelassen? Ein halbherziges Werbeverbot oder in der Gesetzgebung avisierte

Zusatzstoff-Verbote reichen nicht. Es gibt sicher Möglichkeiten, sich der unkontrollierten Verbreitung entgegenzustellen. Rechtsrahmen, in welchen eine Beweislastumkehr einer (un-)schädlichen Wirkung für das Inverkehrbringen von inhalierbaren Chemikalien gefordert werden kann, gibt es bereits. Am Beispiel der Lachgas-Problematik konnten Maßnahmen im Sinne einer Gefahrenabwehr ohne langwierige Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden.

Nehmen wir uns ein Beispiel an Ländern wie Norwegen, Australien oder Japan und gestalten entschieden eine Prävention, welche Lobbyinteressen selbstbewusst ignoriert und nur den Gesundheitsschutz als Handlungsmotiv hat. Die Zahlen der Entwicklung zum Nikotinkonsum sind erschütternd: ca. 760.000 18 bis 24-Jährige konsumierten 2024/2025 E-Zigaretten (DEBRA-Studie). Viele davon mit einem Konsumbeginn vor dem 18. Lebensjahr. Aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht ist eine nikotinfreie Gesellschaft ohne Zweifel ein ideologiefreies, sinnvolles Ziel. Konsequenter müssen wir auch Prinzipien einer zuckerarmen Ernährung vertreten. So können wir unsere Aufgabe als Medizinerinnen und Mediziner in Fachgesellschaften und Körperschaften am besten wahrnehmen: Einfluss auf Politik und Gesellschaft nehmen – im Sinne einer wissenschaftlich basierten Aufklärung, insbesondere zum Kinder- und Jugendschutz.

Dr. med. Lars Bodammer

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

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

WBO – Der Spezialisierungsfalle entkommen



Foto: Peter Böhnel

Dr. med. Christian Schwark

Der nachfolgende Kommentar ist aus einem Redebeitrag des Vizepräsidenten der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Christian Schwark, auf der Delegiertenversammlung entstanden (DV-Bericht ab S. 256).

Die aktuellen Diskussionen über die Anpassung der (Muster)Weiterbildungsordnung erinnern mich an einen Bericht über Schulbildung in Finnland. Ein Kollege sagte dazu, dass die finnischen Schüler auf das Jahr 2025 vorbereitet würden, während Deutschland sich auf das Jahr 1995 vorbereite. Ich habe gerade das Gefühl, dass wir in die gleiche Richtung gehen. Mit den Weiterbildungsordnungen begleiten wir unsere Ärztinnen und Ärzte, die jetzt ihre Weiterbildung beginnen. Darin spiegeln sich weiter diese ganze Hierarchie und die ganze Struktur der Medizin vor 1995. Heute und in Zukunft werden aber tatsächlich auch andere Fähigkeiten benötigt.

Immer mehr Zersplitterung

Wir sehen immer mehr Zersplitterung. Acht Fachärzte für Innere Medizin, sieben Fachärzte mit weiteren Schwerpunktbildungen in der Chirurgie. Wir haben uns in der Neurologie noch zurückgehalten, aber auch da gibt es diese Zentrifugalkräfte. Aktuell liegen in Hessen im Schnitt zehn Jahre von der Approbation bis zur Erteilung der Facharzturkunde. Teilzeittätig-

keiten werden immer häufiger gewählt, so dass sich diese Zeitspanne voraussichtlich nochmal um ein Fünftel bis ein Viertel verlängern wird. Dann sind wir bei 12 bis 13 Jahren.

Dazu kommt das Problem der Leistungsgruppen. Die Orte der Weiterbildung werden eher weniger, weil nicht alle Leistungsgruppen an Orten erteilt werden können, wo jetzt (noch) Weiterbildung stattfindet. Die vollumfängliche Erteilung wird nicht erfolgen, so dass Wechsel erfolgen müssen. Jeder Wechsel ist zwangsläufig mit Zeitverlust verbunden. Trotz aller Bemühungen gehen mindestens zwei bis drei, eher sechs Monate ins Land, bis alles geregelt ist, bis alle Verwaltungshürden überwunden sind. Ein zweimaliger Wechsel verursacht also nochmal bis zu einem Jahr. Damit sind wir bei bis zu 15 bis 16 Jahren. Ja, und was ist dann? Wann haben wir denn die Kolleginnen und Kollegen, die wir brauchen? Sie haben dann sechs Jahre Studium und ungefähr 15 Jahre Weiterbildung und sind irgendwann mit Mitte 40 so weit, vielleicht irgendwann eine Praxis zu übernehmen. Aber wir brauchen diese Kolleginnen und Kollegen schon zehn Jahre früher.

Was brauchen wir denn eigentlich?

Deshalb plädiere ich dafür, so schwierig es auch ist, alles tatsächlich einmal auf links zu drehen und zu fragen: Was brauchen wir denn eigentlich? Wir brauchen in der Zukunft jemanden, der eine fundierte Grundausbildung in den großen Fächern hat und der sich nach links und rechts orientieren kann. Dann kann er über eine mögliche Spezialisierung entscheiden. Warum brauche ich denn jemanden, der vom ersten Tag an nur videoendoskopische Lungenoperationen macht und sonst nichts? Das ist doch kein Chirurg. Das kann man in einer Ausbildung machen. Ganz ernsthaft. Operationstechnische As-

sistenten machen das qualitativ hervorragend, wenn sie manuell geschickt sind. Das haben Alfred Blalock und Christiaan Barnard mit ihren nicht-ärztlichen Assistenten Vivien Thomas und Hamilton Niki bereits ab den 1930er-Jahren exemplarisch bewiesen.

Was wir aber brauchen, ist jemand, der den Patienten sieht, die Symptome einordnet, und zwar am ganzen Menschen, und dann die richtigen Fragen stellen kann, auch an die Expertensysteme. Und das lerne ich nicht, wenn ich sechs Jahre lang lerne, per Roboter zu operieren. Das ist das Problem, vor dem wir im Moment stehen. Wir bilden Leute für 1995 aus und laufen aber auf 2040 mit all den Entwicklungen zu, die uns bevorstehen. Wir müssen die ärztliche Tätigkeit wieder als eine sehen, die an erster Stelle der Befähigung bedarf, grundsätzlich alle Beschwerden des Patienten einzuordnen und nicht als eine, die bereits zu Beginn maximal spezialisiert ist. Diese Spezialisierung erfolgt in einem zweiten Schritt mit der Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildung. Und darüber reden wir zu wenig. Wir reden zu viel über kleinteilige Änderungen von Monaten und Tagen in der Weiterbildungsordnung. Wenn wir diesen Weg so weiterbeschreiten, schaffen wir uns als Ärztinnen und Ärzte kurz- bis mittelfristig ab, denn je isoliert spezialisierter eine Tätigkeit ist, desto weniger bedarf sie eines aufwendigen Studiums, desto weniger benötigt sie eine akademische Ausbildung. Die Medizin verlöre dann aber den ganzen Menschen mit seinen individuellen Problemen und Bedürfnissen aus dem Blick. Sie würde damit aus meiner Sicht schlechter.

Dr. med. Christian Schwark
Vizepräsident der LÄK Hessen

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.



Reformdruck, Resilienz und Resolutionen

Bericht von der Delegiertenversammlung

Die 11. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztkammer Hessen am 21. März 2026 in Bad Nauheim stand im Zeichen einer gewaltigen Reformdichte. Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski ging in seinem Bericht auf über zwanzig Gesetzesvorhaben ein und warnte vor einer schleichenden Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen. Als Gast stellte Stefan Sydow vom hessischen Gesundheitsministerium fünf Großprojekte vor. Nach konstruktiven und kontroversen Diskussionen hatten die Delegierten am Ende zahlreiche Reformbeschlüsse und Resolutionen verabschiedet.

Sydow: „Wir müssen in die Umsetzung kommen“

Stefan Sydow, Leiter der Abteilung Gesundheit im HMFG, berichtete über die wichtigsten Vorhaben seines Hauses.

Krankenhausreform: Das KHAG näherte sich einem „Showdown“, so Sydow. Nach der erneuten Öffnung des HeKIS-Antragsportals könnten die Krankenhäuser bis Ende April ihre Anträge vor dem Hintergrund der KHAG-Änderungen modifizieren, zurückziehen oder neu stellen. Danach folge die Prüfung durch den MD bis Ende Juli. Ab Oktober würden Bescheidentwürfe erstellt, die Anhörungsphase laufe bis Ende Oktober, und Mitte Dezember sollten die endgültigen Bescheide zugestellt werden. Kritisch ging Sydow auf den Änderungsantrag zur Pflegepersonaluntergrenze ein: Würde man diese Regelung wörtlich anwenden, würden über 50 % der hessischen Krankenhäuser (einschließlich Unikliniken) im vergangenen Jahr die Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppenzuteilung nicht erfüllen. „Das mutet gerade zu absurd an“, sagte Sydow. Für Hessen stünden aus dem Transformationsfonds von 2026 bis 2035 rund 3,5 Milliarden Euro zur Verfügung.

Rettungsdienstgesetz und Notfallreform: Parallel zur Krankenhausreform arbeite das Ministerium an der Novellierung des



Monika Buchalik, Dr. med. Christian Schwark, Stefan Sydow (als Gast), Dr. med. Edgar Pinkowski

Rettungsdienstgesetzes. Um das Krankenhausplanungsreferat zu entlasten, werde dieses Vorhaben zusammen mit der Notfallreform und der Luftrettung vorangetrieben.

Primärarztsystem: Bei diesem Großprojekt gebe es leider noch keinen Austausch mit dem Bund. „Ich habe früher gedacht, wenn die Farbe des Ministeriums sich ändert, spricht man vielleicht anders mit uns. Das war ein Irrglaube.“

Apothekenreform: Auch die Apothekenreform stehe in diesem Jahr an, ebenso die Stabilisierung der Kassenbeiträge.

Resilienz und Bevölkerungsschutz: Sydow verwies auf die Petersberger Gespräche der Landesgesundheitsministerien mit der Bundeswehr. Hessen gehöre zum „Cluster West“ gemeinsam mit Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Die Länder arbeiteten acht zentrale Bereiche ab.

Fragen und Diskussion

In einer anschließenden Diskussionsrunde griff Dr. med. Susanne Johna, Vizepräsidentin der Bundesärztkammer, einen Änderungsantrag zum KHAG auf, der eine physische Präsenzpflcht von Fachärztinnen und Fachärzten auch im Bereitschaftsdienst vorsehe. Sie bat Sydow, sich für eine Klarstellung einzusetzen, dass die Rufbereitschaft ausreiche.

Stefanie Minkley (LDÄÄ) fragte nach dem im Koalitionsvertrag zugesagten Hilfsfonds für Menschen ohne Krankenversicherung und nach der Zukunft der ÖGD-Stellen. Sydow antwortete zum ersten Punkt, das Land habe Clearing-Stellen aufgebaut. Zu Punkt zwei habe auf dem jüngsten Treffen der Abteilungsleiter der Obersten Gesundheitsbehörden der Bund ein klares Nein zur weiteren Finanzierung signalisiert – die Länder hätten dagegen einstimmig votiert. Gerade im Hinblick auf die Resilienz hielten die Länder das Vorgehen des Bundes für ein fatales Signal.

Dr. med. Hansjoachim Stürmer (Ältere Ärztinnen und Ärzte) kritisierte die geplante Ausweitung ärztlicher Kompetenzen auf Apotheker. Sydow teilte teilweise die Bedenken.



Dr. med. Susanne Johna



Dr. med. Hansjoachim Stürmer

Christian Sommerbrodt (Die Hausärzte) bemängelte die fehlende sektorenübergreifende Kommunikation. Sydow stimmte zu: „Zu glauben, da kommt schon was Gutes aus Berlin – dazu fehlt mir ehrlich gesagt der Glaube.“ Um so wichtiger, „dass wir in Hessen einen sektorenübergreifenden Ansatz und Kommunikation miteinander statt übereinander pflegen.“ Dr. med. Birgit Wollenberg (ÖGD) fragte nach der Rolle des ÖGD in Krisenszenarien. Sydow: „Wir brauchen Handlungssicherheit für alle Beteiligten.“ Wo neue Aufgaben auf den ÖGD zukämen, müsse dies in Gesetzesform gebracht werden. Auch werde mit Spannung erwartet, welche Vorstellungen der Bund im Gesundheitssicherstellungs-Gesetz von den einzelnen Aufgaben der einzelnen Akteure im Kriegsfall habe.

Präsident Pinkowski dankte Sydow für den offenen Austausch und ergänzte: „Ich hoffe, Sie nehmen auch das eine oder andere mit nach Wiesbaden. Wir als hessische Ärzteschaft stehen Ihnen, Ihrer Regierung, Ihren Mitarbeitern jederzeit mit Rat und



Stefanie Minkley

Tat zur Verfügung. Und wir tun das gerne im Sinne unserer Patienten und im Sinne unserer Kollegen, die wir vertreten.“

Bericht des Präsidenten: Gesundheitspolitik im Reformstau

Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski spannte in seinem Bericht einen weiten Bogen von europäischen Regulierungsfragen über die großen Bundesgesetzgebungsvorhaben bis hin zu hessischen Themen.

Medizinprodukte und Ethanol: Auf EU-Ebene berichtete Pinkowski über die Revisionsvorschläge zur Medizinprodukteverordnung, die auf effizientere Verfahren und weniger Bürokratie insbesondere für kleine Unternehmen und Nischenprodukte abzielten. Beim Dauerbrenner Ethanol als Desinfektionsmittel konnte er zumindest erste Fortschritte vermelden: Der Ausschuss für Biozidprodukte der Europäischen Chemikalienagentur habe im Februar empfohlen, Ethanol weiterhin zuzulassen. Die bekannten karzinogenen und reproduktionstoxischen Eigenschaften von Ethanol seien aus dem oralen Konsum alkoholischer Getränke bekannt, doch über die Hautwirkung bei der Desinfektion gebe es keine Untersuchung. Nun bleibe zu hoffen, dass die EU-Kommission der Empfehlung folge.

Zuckersteuer und Tabakpolitik: Während Europa um ein unverzichtbares Desinfektionsmittel ringe, gehe in Deutschland die Debatte um eine Zuckersteuer weiter. Trotz Empfehlungen von Bundesärztekammer, Deutschem Ärztetag und der Leopoldina setze Bundesgesundheitsministerin Warken auf Freiwilligkeit. Der CSU-Gesundheitspolitiker Theiss schlage vor, Mehreinnahmen aus einer höheren Tabaksteuer für die Senkung der Mehrwertsteuer auf Medikamente von 19 auf 7 Prozent zu nutzen – eine Idee, die Pinkowski ausdrücklich unterstützte.

Befugnisserweiterung in der Pflege: Das seit Januar 2026 geltende Gesetz befuge Pflegefachkräfte zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung nach ärztlicher Erstdiagnose. Pinkowski kritisierte, dass die Bertelsmann Stiftung behaupte, 12.000 Assistenzkräfte könnten 8.200 Hausärzte ersetzen: „Ich halte das Ganze

für eine Milchmädchenrechnung. Vielmehr ist es ein weiterer Versuch, ärztliche Aufgaben an Nichtärzte zu verschieben. Substitution lehnt die Ärzteschaft ab!“

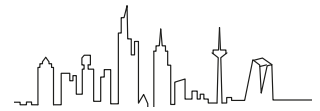
Lachgas-Verbot: Ab dem 12. April 2026 gilt ein bundesweites Verbot von Lachgas und K.o.-Tropfen. Ausnahmen gelten für Industrie, Wissenschaft und Arzneimittel. Online-Handel und Automatenverkauf werden generell verboten.

Krankenhausreform: Breiten Raum nahm das am 6. März vom Bundestag beschlossene Krankenhausreformenpassungsgesetz ein. Die volle Finanzwirksamkeit verschiebe sich auf 2030, der Transformationsfonds werde mit bis zu 50 Milliarden Euro ausgestattet, die Zahl der Leistungsgruppen sinke von 65 auf 61. Länder erhielten mehr Gestaltungsspielraum bei



Dr. med. Peter Zürner

Ausnahmen, bis zu sechs Jahre könnten Übergangsregelungen gelten. Noch nicht geregelt seien die Berechnung des Vorhaltebudgets, die ärztliche Weiterbildung und die ausführliche Definition der Leistungsgruppen. Pinkowski: „Unsere immer wieder erhobenen Forderungen, die ärztliche Weiterbildung zu fördern, sind leider noch nicht umgesetzt.“ Problematisch sei auch ein Änderungsantrag, der offenbar unbeabsichtigt eine 24/7-Anwesenheitspflicht von Fachärzten impliziere. Eine Einigung auf das Leistungsspektrum der neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen solle die wohnortnah ambulante und nichtkomplexe stationäre Versorgung mit Schwerpunkt auf internistischen und geriatrischen Behandlungen ermöglichen.



Dr. med. Thomas Sitte

Digitalisierung und ePA: Zum Beschlagnahmenschutz für die elektronische Patientenakte erarbeite das Bundesjustizministerium eine gesetzliche Klarstellung. In diesem Zusammenhang stellte Pinkowski die grundsätzliche Frage, wo eigentlich die Server für KI-Anwendungen in Praxen und Kliniken stünden, und begrüßte den Schritt Schleswig-Holsteins, die Verwaltung auf Open-Source-Programme zu migrieren – als Schutz vor Abhängigkeiten. Die neue Digitalisierungsstrategie sehe die ePA als dritte Säule des Primärversorgungssystems vor, KI solle die Behandlungsqualität erhöhen und bei der Dokumentation entlasten. „Ich halte es für unzumutbar, dass Patienten ausgeschlossen werden, weil sie keinen Internetzugang haben oder diesen nicht bedienen können“, sagte Pinkowski unter Zustimmung aus dem Plenum. Für bedenklich halte er es zudem, wenn Patienten bei persönlicher Vorsprache in der Praxis eine Terminvergabe verweigert werde.

Resilienz: Mit dem KRITIS-Dachgesetz würden erstmals bundeseinheitliche Mindeststandards für den Schutz kritischer Infrastrukturen festgelegt. Für das Gesundheitssicherstellungsgesetz habe das BMG einen Referentenentwurf für den Sommer angekündigt. Pinkowski mahnte: „Es muss die Vorbereitung auf krisenhafte Situationen ermöglichen, bevor die Krise eintritt. Andernfalls ist es schlicht und ergreifend zu spät.“

Notfallreform und Primärversorgung: Zum dritten Anlauf bei der Notfallreform forderte Pinkowski: „Das Wichtigste ist die Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene. Auf keinen Fall darf eine konkurrierende

Säule parallel zu den üblichen Praxisöffnungszeiten etabliert werden.“ Beim Primärversorgungssystem bezweifelte er, dass das Ziel einer besseren Steuerung erreicht werde – die oft zitierten neun Arztbesuche pro Jahr schrumpften nach Herausrechnung von Präventions- und Substitutionsfällen auf rund vier.

Weitere Vorhaben: Das Medizinregistergesetz schaffe einen einheitlichen Rechtsrahmen für medizinische Register. Die Novellierung des Transplantationsgesetzes ermögliche die Überkreuz-Lebendniere spende. Dennoch ergänzte Pinkowski: „Ceterum censeo: Wir brauchen ein Widerspruchsgesetz.“ Beim Berufsanerkennungsverfahren begrüßte Pinkowski die regelhafte Kenntnisprüfung, lehnte aber den partiellen Berufszugang ab: „Der Arztberuf ist nicht teilbar!“ Die Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes beschränke Erstverordnungen auf den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und verbiete den Versandhandel mit Cannabisblüten. Pinkowski: „Es kann einfach nicht sein, dass Cannabis relativ einfach über Online-Rezepte und Online-Apotheken für den privaten Konsum verfügbar ist, und das womöglich sogar auf Kosten der Solidargemeinschaft.“

Apothekenreform: Besonders deutlich wurde der Präsident bei der geplanten Apothekenreform, die unter anderem Impfungen mit Totimpfstoffen und die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept in Apotheken vorsehe. „Aus ärztlicher Sicht ist die Ausweitung heilkundlicher Tätigkeiten auf Apothekerinnen und Apotheker problematisch.“ Die hessische Apothekerkammer sehe dies in großen Teilen genauso: „Es gilt: Schuster,



Manuel Maier

bleib bei deinen Leisten.“ Zu dem Plan, pharmazeutisch-technische Assistenten als temporäre Notfallvertretung der Apothekenleitung einzusetzen, zitierte er aus einem gemeinsamen Brief mit Dr. Christian Ude, dem Präsidenten der hessischen Apothekerkammer, an Ministerin Warken: „Der geschützte freiberufliche Raum der persönlichen Arzt-Patienten- und Apotheker-Patienten-Beziehung wird dadurch aufgeweicht.“

GOÄ: Ministerin Warken habe die GOÄ-Novellierung noch für dieses Jahr angekündigt.

Angriffe auf medizinisches Personal sollen nach einem Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums künftig mit Freiheitsstrafen von drei Monaten bis zu fünf Jahren geahndet werden können – Pinkowski warb erneut für das Meldeportal der LÄKH für Gewaltbetroffene, dem sich bereits mehrere Landesärztekammern angeschlossen hätten.

Fortbildungsvorgaben zur Lungenkrebsfrüherkennung: Hier kritisierte er: „Für Ärztinnen und Ärzte werden zum Teil nicht nachvollziehbare Qualifikationsforderungen gestellt, während für die Übernahme ärztlicher Aufgaben durch andere Berufsgruppen nur ein paar Schulungsmaßnahmen reichen.“

Hessen und die Kammer: Zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz verwies Pinkowski auf den später zu behandelnden Antrag des Präsidiums. Die Aufträge der DV zu Vertreterregelung und Hybridsitzungen habe das Präsidium geprüft und abgelehnt. Erfreulich sei, dass die MFA-Ausbildung 2025 bei Frauen auf Platz eins der beliebtesten Ausbildungsberufe vorgezogen sei. Die LÄKH werde erneut Kooperationspartnerin des Krebspräventionsprojekts „Du bist kostbar“, und bei einer Spendenaktion seien 40 Laptops sowie weiteres IT-Material an die Medizinhilfe Karpato-Ukraine übergeben worden.

Diskussion zum Präsidentenbericht

Dr. med. Susanne Johna, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, mahnte dringend eine Lösung bei der Arbeitnehmerüberlassung für die Verbundweiterbildung an. Durch die Krankenhausreform werde es viel häufiger nötig, dass Kolleginnen



Dank konstruktiver Diskussionen gab es bei den Abstimmungen klare Ergebnisse mit eindeutigen Mehrheiten.

und Kollegen in Weiterbildung zwischen Kliniken und Praxen rotierten. Trotz Aktivitäten auf allen Ebenen bewege sich nichts. „Alle sagen: man sollte, man könnte, man hätte – ich kann die Konjunktive nicht mehr hören“, kritisierte sie. Johna schlug vor, dass jede Ärztekammer monatlich eine Presseerklärung zum Thema herausgebe, bis der politische Druck ausreiche.

Dr. med. Detlef Oldenburg (Fachärztinnen und Fachärzte) verlas ein mit anwaltlicher Hilfe vorbereitetes Manuskript. Er vermisste eine Darstellung der Präsidiumsentscheidungen, der Personalsituation und spezifischer Kammerangelegenheiten im Präsidentenbericht. Die Ablehnung der Vertreterregelung erschließe sich ihm nicht. Die Zusage, Rechtsstreitigkeiten der Kammer mit Einzelmitgliedern im Bericht aufzuführen, sei nicht eingehalten worden. In seine Kritik schloss Oldenburg auch das Hessische Ärzteblatt mit ein: Die Berichte über die Delegiertenversammlung seien „langweilig“ und kontroverse Diskussionen würden nie dargestellt. Zum Hinweisgeberschutzgesetz in

der LÄKH wollte er wissen, wie die Unabhängigkeit der Meldestelle gewährleistet sei, welche Regelungen bei Interessenkonflikten bestünden und ob ein externer Ombudsmann geprüft worden sei.

Dr. med. Christian Schwark wies als erstes darauf hin, dass er bei so einem langen Schriftstück (wobei die Geschäftsordnung freie Rede verlangt) erwarte, dieses vorab zu erhalten, um angemessen reagieren zu können. Schwark sicherte zu, sich mit allen Fragen ausführlich zu befassen.

Der juristische Geschäftsführer Manuel Maier erklärte, die beschriebenen Rechtsstreitigkeiten seien im Protokoll der März-Sitzung für alle nachlesbar. Zum Hinweisgeberschutzgesetz: Die Meldestelle sei durchaus in der LÄKH eingerichtet, die Dokumentation im internen Wiki für alle Mitarbeitenden zugänglich und die Hinweisgeberschutzstelle erreichbar. Oldenburg dankte für diese rasche Antwort.

Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund Hessen) ging ebenfalls auf die Kritik von Oldenburg ein. Die Fragen würden eine Intransparenz implizieren, die er nicht nachvollziehen könne. Informationen über die Arbeit des Präsidiums seien zugänglich. Als Mitglied der Redaktionskonferenz könne er sagen, im Hessischen Ärzteblatt bestehe durchaus die Möglichkeit, seine Meinung zu äußern und auch Dissens abzubilden.

In der Folge wurden unterschiedliche Themen und aktuelle Probleme angesprochen: Dr. med. Klaus Doubek (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen) fragte nach der Konkretisierung des Primärarztsystems und kritisierte die mangelhafte Funktionalität der digitalen Prozesse der Gematik. Sydow antwortete, die frühere Verbindlichkeit von Koalitionsverträgen

sei auf Bundesebene nicht mehr erkennbar; Deutschland solle aufhören, „die Welt immer wieder neu erfinden“ zu wollen, und europaweit funktionierende Lösungen adaptieren.

Svenja Krück (Liste Jung.Nachhaltig.Fair) lenkte den Blick auf die jungen Ärztinnen und Ärzte, eine Generation, die unter Corona-Bedingungen ihren Schulabschluss gemacht habe, mit einer seit 2002 nicht novellierten Approbationsordnung arbeite und nun durch die Krankenhausreform zusätzlich belastet werde. Politik und Kammern müssten auf diese Generation einen besonderen Fokus legen.

Dr. med. Brigitte Ende (LDÄÄ) erinnerte an das Genfer Gelöbnis und an die ärztliche Verantwortung für Frieden und die Versorgung von Menschen in Kriegsgebieten. Sie verwies auf den verstorbenen Prof. Gottstein, der gemeinsam mit Prof. Richter die IPPNW in Deutschland vertreten und den Friedensnobelpreis für die Organisation entgegengenommen habe.

Vizepräsident Schwark schloss die Diskussion mit einem Verweis auf die Lachgas-Problematik. In Frankfurt habe Vincent



Dr. med. Detlef Oldenburg



Svenja Krück



Dr. med. Wolf Andreas Fach, Daniel Libertus, Dr. med. H. Christian Piper (von links)

Staat vom Ordnungsamt in akribischer Eigeninitiative dafür gesorgt, dass Lachgas weitgehend von der Straße verschwunden sei – unter anderem durch Verhandlungen mit Onlinehändlern. Schwark appellierte, nicht zu verzweifeln: Es seien immer einige wenige, die anfangen.

Satzungsänderungen

Manuel Maier erläuterte die Satzungsänderungen, ausgelöst durch eine Änderung des Heilberufsgesetzes. Durch das am 23. Dezember 2025 in Kraft getretene Erste Bürokratieabbaugesetz werden Ärztinnen und Ärzte, die in Hessen wohnen, aber nicht ärztlich tätig sind, künftig Pflichtmitglieder der Kammer. Rund 7.250 bisher freiwillige Mitglieder würden dadurch zu Pflichtmitgliedern, deren Zahl dann von rund 33.700 auf 41.877 ansteige. Maier erarbeitete Übergangsbestimmungen für Sonderfälle, etwa für freiwillige Mitglieder mit Wohnsitz außerhalb Hessens, die der Kammer weiterhin verbun-



Dr. med. Lars Bodammer

den bleiben wollen. Die Änderungen an Hauptsatzung, Beitragsordnung und Meldeordnung wurden jeweils mit den erforderlichen Mehrheiten angenommen. Das Inkrafttreten wurde auf den 1. November 2026 festgelegt.

Fortbildungsordnung aktualisiert

Ebenfalls angenommen wurden eine Ergänzung der Fortbildungsordnung zur Zuständigkeit für Veranstaltungen im europäischen Ausland sowie eine Neufassung der Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Akademie, die Dr. med. Eve Craigie, stellvertretende ärztliche Geschäftsführerin, vorstellte. Drei neue Kategorien ersetzen die bisherige kleinteilige Systematik, die Sätze wurden erstmals seit 2012 bzw. 2017 angehoben.

Musterweiterbildungsordnung

Dr. med. Wolf Andreas Fach (FÄ) und Dr. med. H. Christian Piper (MB) berichteten zur Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung bei der Bundesärztekammer (BÄK), die als generelle Vorlage für die Landesärztekammern benötigt wird. Beim Ärztetag in Leipzig 2025 waren die Zusatzweiterbildungen bereits überarbeitet und erheblich vereinfacht beschlossen worden. Nach klaren Vorgaben des 128. Ärztetages 2024 in Mainz für die Facharztgebiete und Schwerpunkte wurden seither mit wiederholten Fachverbandsgesprächen und Arbeitssitzungen Anpassungen der Gebiete vorbereitet, um Weiterbildungszeiten zu verkürzen, Inhalte im Sinne grundständiger Facharztwei-

terbildungen zu straffen und ggf. neue didaktische Methoden und Prüfungsverfahren einzuführen. Diese Fortschritte seien aber nach Intervention von Berufsverbänden und Fachgesellschaften vom BÄK-Vorstand für den kommenden Ärztetag in Hannover in wesentlichen Teilen nicht konsentiert worden. Die hessischen Vertreter sowie weitere LÄK hätten der mangelnden Umsetzung des Ärztetagsauftrags in den BÄK-Gremien mehrfach widersprochen.

Nach diesem Sachstandsbericht wurde in der Delegiertenversammlung ausgiebig und kontrovers diskutiert, auch zur Zielorientierung des DÄT-Auftrages und den aktuellen Umsetzungshindernissen guter Weiterbildung. Daniel Libertus, Leiter der Weiterbildungsabteilung, konnte einige kritische Fragen konstruktiv beantworten und Missverständnisse ausräumen. Zugleich wurde erneut deutlich, dass Anspruch und Wirklichkeit bei der Weiterbildungsordnung auseinander klaffen. Die Weiterbildung, so Fach, müsse fokussiert und gestrafft werden. Daraufhin beschloss die DV mit großer Mehrheit eine Resolution, die die BÄK auffordert, den Vorgaben des 128. DÄT weiterhin den notwendigen Raum zu geben sowie dem 130. Ärztetag in Hannover die bereits ausgearbeiteten, zukunftsstragenden Änderungsvorschläge der Kammergremien nicht vorzuenthalten. Die DV forderte alle Beteiligten auf, die Strukturveränderungen zu unterstützen und möglichst bald umzusetzen. Beachten Sie hierzu auch den **Kommentar** auf S. 255.

Musterberufsordnung

Manuel Maier stellte den aktuellen Entwurf der Musterberufsordnung vor, der auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover zur Abstimmung kommt. In zwei Jahren Arbeit sei die Agenda auf fünf Paragraphen geschrumpft. Wesentliche Änderungen betrafen den Begriff „Vertrauenspersonen“ statt „Angehörige“ bei Untersuchungen, das Recht auf kostenlose Erstkopie der Patientenakte gemäß EuGH-Urteil sowie eine Stärkung des Fremdbesitzverbots. Beim Thema Telemedizin warnte Maier vor einem „Wildwuchs“ durch unkontrollierte Online-Angebote.



Berufsbildungsausschuss und Standort Bad Nauheim

Einstimmig gewählt wurden die sechs ordentlichen Mitglieder und deren Stellvertreter für den Berufsbildungsausschuss der neuen Amtsperiode 2026–2030.

Christoph Berger (kaufmännischer Geschäftsführer) und Susanne Florin (Akademieleiterin) berichteten über den Campus Bad Nauheim. Der Umzug der Akademie in ein Interimsgebäude bei laufendem Betrieb sei im Zeitplan erfolgt, die Sanierung des Akademiegebäudes habe begonnen. Im Jahresbericht 2025 hob Florin Verbesserungen hervor wie die kundenfreundlich überarbeitete Website, die das Veranstaltungsangebot übersichtlicher und zugänglicher mache. Die neuen On-Demand-Webinare ermöglichten eine flexible, ortsunabhängige Teilnahme und erweiterten das Angebot deutlich. „Auch durch digitale Handouts, cloudbasierte Materialien sowie erstmals vollständig digitale Evaluationen treibt die Akademie ihre Digitalisierung weiter voran“, berichtete Florin.

Silvia Happel, Leiterin der Carl-Oelemann-Schule, berichtete über die erfolgreiche Rezertifizierung nach DIN ISO 9001, das Pilotprojekt „SECoTrain“ zur Kommunikationskompetenz in der MFA-Ausbildung und den neuen Kurzlehrgang „Fit für den Einstieg“ für Quereinsteiger in Arztpraxen.

Wahlen und Nachwahlen

Bei den Ersatzabgeordneten zum 130. Deutschen Ärztetag in Hannover rückte Michael Waldeck (Ältere Ärztinnen und Ärzte) für Prof. Dr. Ulrich Finke nach.

Anträge und Beschlüsse

Therapie stärken statt Stigmatisierung ausbauen: Das Präsidium legte eine Resolution gegen die neue Änderung des hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes vor. Seit Dezember 2025 schreibt § 28 Abs. 4 PsychKHG vor, Personen, die wegen Fremdgefährdung untergebracht waren, vor ihrer Entlassung den Polizeibehörden zu melden. Die Delegierten forderten einstimmig die Streichung dieser Regelung. In der Diskussion wurde daran erinnert, dass die Kammer bei der Anhörung

im Landtag nicht einmal eingeladen worden sei. (Antrag 1, Präsidium)

Honorarkürzung bei Psychotherapeuten: Einstimmig kritisierten die Delegierten die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) vom 11. März 2026, die Vergütung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen um 4,5 % abzusenken. (Antrag 5.1, Dr. med. Barbara Jäger, LDÄÄ, et al.)

Pakt für den ÖGD verlängern: Die DV forderte die Landesregierung auf, nach Auslaufen des Bundespaktes Ende 2026 eigene Mittel bereitzustellen, um den Personalstand in den Gesundheitsämtern zu halten. (Antrag 6, Dr. med. Birgit Wollenberg, ÖGD, et al.)

Schutz medizinischen Personals in Kriegsgebieten und Bereitstellung von Behandlungsplätzen: Die Delegierten forderten die Einhaltung der Genfer Konventionen und den ungehinderten Zugang humanitärer Hilfe in Kriegsgebieten. In einem ergänzenden Antrag wurde die Aufnahme schwer verletzter Menschen aus Kriegsgebieten in Deutschland gefordert. (Anträge 8 und 15, LDÄÄ/Marburger Bund/Ältere Ärztinnen und Ärzte)

Pflicht zur Weiterbildungskooperation für Kliniken: Einstimmig forderten die Delegierten eine gesetzliche Verankerung verpflichtender Weiterbildungskooperationen im hessischen Krankenhausgesetz, erweitert um den ambulanten Bereich. (Antrag 10, Dr. med. Jörg Focke, Marburger Bund, et al.)

Ärztliches Bekenntnis zu Demokratie und Pluralismus: Einstimmig bekräftigte die Versammlung ihre Resolution von 2024 „Demokratie und Pluralismus als Fundament für ein menschliches Gesundheitswesen“. (Antrag 11, Dr. med. Jörg Focke, Marburger Bund, et al.)

Erhalt des Senckenbergischen Instituts: Einstimmig sprachen sich die Delegierten für den Erhalt und Ausbau des Dr. Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin in Frankfurt aus. (Antrag 13, Dr. med. Barbara Jäger, LDÄÄ, et al.)



Susanne Florin, Christoph Berger

Berichte aus den Bezirksärztekammern:

Kontrovers diskutiert wurde der Antrag auf einen festen DV-Tagesordnungspunkt für Berichte der Bezirksärztekammern. Ein Änderungsantrag, die Berichte lediglich schriftlich ans Präsidium zu geben, hatte keinen Erfolg. Der Originalantrag wurde mehrheitlich angenommen. (Antrag 7, Dr. med. Michael Weidenfeld, Fachärztinnen und Fachärzte, et al.)

Hilfsfonds für Nichtversicherte: Einstimmig bei einer Enthaltung forderten die Delegierten die Umsetzung des im Koalitionsvertrag zugesagten Hilfsfonds für Menschen ohne Krankenversicherung sowie die Schaffung einer ausreichenden Anzahl von Clearingstellen in Hessen. (Antrag 9, Stefanie Minkley, LDÄÄ, et al.)

Weitere Anträge: Ans Präsidium überwiesen wurden die Anträge zur Verbesserung der ÖGW-Kursweiterbildung, gegen illegale Botox-Anwendungen und zur freiwilligen Mitgliedschaft für PJ-ler. Einstimmig angenommen wurden das Ermöglichen der Außendarstellung für Kammerausschüsse und die Öffnung der Balintgruppenleiter-Anerkennung für alternative Qualifikationswege.

Abschließend dankte Präsident Pinkowski den Teilnehmenden und Vizepräsident Schwark verwies auf den kürzlich verstorbenen Jürgen Habermas: Was die Delegierten heute praktiziert hätten – inhaltlicher Diskurs und fundierte Meinungsbildung – sei das Wesen der Demokratie.

Peter Böhnel

Fotos: Peter Böhnel (12), Viktoria Jakobs (1)



Noch mehr Sicherheit

Bericht des Versorgungswerkes zur Delegiertenversammlung am 21.03.2026



Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Die Delegiertenversammlung hat am 21.03.2026 auf Vorschlag des Vorstandes des Versorgungswerkes mehrere Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung beschlossen. Außerdem berichtete der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg über die aktuellen Entwicklungen im Versorgungswerk.

Mehr Möglichkeiten bei der Teilrente

Vor einigen Jahren hat das Versorgungswerk den Mitgliedern ein weiteres Angebot für die eigene Altersrente gemacht: Neben der vorgezogenen, regulären und aufgeschobenen Rente können sich die Ärztinnen und Ärzte seitdem auch für eine Teilrente entscheiden. Bei diesem Modell werden zunächst 30, 50 oder 70 % der Anwartschaft in eine Rente umgewandelt. Der zweite Teil der Anwartschaft bleibt bestehen und die Mitglieder können weiterhin Beiträge einzahlen, um die verbliebene Anwartschaft zu erhöhen. Zu einem frei wählbaren späteren Zeitpunkt (spätestens vor Vollendung des 75. Lebensjahres) kann auch der zweite Teil in eine Rente umgewandelt werden. Der Vorteil einer Teilrente besteht darin, dass

der Übergang in die Rentenphase fließender gestaltet werden kann. Außerdem kann die Teilrente auch aus steuerlichen Gründen attraktiv sein, weil der steuerfreie Anteil der Rente sinkt und der zu versteuernde Anteil steigt – solange bis die Rente ab dem Jahr 2040 komplett der Steuer unterliegt.

Allerdings bleibt der im Jahr der ersten Rentenzahlung

geltende Besteuerungsanteil für den gesamten Ruhestand stabil. Die Teilrente wird insofern wie eine Vollrente behandelt; d. h. man kann sich dadurch einen niedrigeren Besteuerungsanteil sichern, der dann auch für den zweiten Teil der Rente gilt. Neu ist nun, dass der erste Teil der Teilrente nicht mehr nur als vorgezogene, sondern auch als reguläre oder aufgeschobene Rente beantragt werden kann. Das bedeutet, dass die Teilrente nicht nur zwischen 62 und 67 Jahren, sondern auch noch zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist.

Aufstockung des Eigenkapitals

Als weitere Satzungsänderung beschloss die Delegierten, die Obergrenze der Verlustrücklage von 7 auf 10 % der Deckungsrückstellung anzuheben. Die Mittel der Verlustrücklage sind das Eigenkapital des Versorgungswerkes. Damit können risikoreichere Anlagen mit Risikokapital unterlegt werden. Je nach Risikostufe der Kapitalanlage ist die Unterlegung mit Risikokapital nach dem Anlage- und Risikokonzept des Versorgungswerkes zwingend erforderlich. Ausreichend Eigenkapital ist also für einer erfolgreiche Kapitalanlage notwendig. Bei Kapitalmarktkrisen

können mit der Verlustrücklage auch negative Geschäftsergebnisse ausgeglichen werden, ohne dass dies Konsequenzen für die Anwartschaften und Renten der Mitglieder hat. Das Eigenkapital ist damit der zentrale Risikopuffer. Die Mittel der Verlustrücklage sind Teil der gesamten Kapitalanlagen des Versorgungswerkes und erwirtschaften auch eine Rendite. Zum 31.12.2024 war die Verlustrücklage mit rund 742 Mio. € dotiert; das waren 7 % der Deckungsrückstellung. Damit war die Obergrenze bereits erreicht. Durch die Neuregelung können der Verlustrücklage in den nächsten Jahren weitere Gelder zugeführt werden.

Überschuss auch im Jahr 2025

Der Vorstandsvorsitzende informierte die Delegierten darüber, dass das Versorgungswerk auch das Geschäftsjahr 2025 aller Voraussicht nach mit einem Überschuss abschließen wird. Man rechne mit mehr als 100 Mio. €, so Dr. von Schenck. Das sei zwar weniger, als im Jahr davor, allerdings sei das Jahr 2024 kein Vergleichsmaßstab, weil damals die Voraussetzungen für fast alle Anlageklassen quasi optimal gewesen seien.

Im vergangenen Jahr hingegen hätten geopolitische Entwicklungen und insbesondere die disruptive Politik der neuen US-Administration die Stimmung an den Märkten spürbar verschlechtert. Auch das laufende Jahr werde keine einfache. Der Krieg im Nahen Osten und am Persischen Golf sowie die stark gestiegenen Preise für Öl könnten eine neue Inflationswelle auslösen. Das Versorgungswerk sieht der Vorstand gleichwohl gut gerüstet, weil schon vor Jahren der Diversifikationsgrad der Anlagen deutlich erhöht wurde und das Versorgungswerk über ein ausgefeiltes Risikomanagementsystem verfügt.

Johannes Prien

Leiter Recht des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen



Gute Noten für neues Präventionsprojekt

Erste Auswertungen zeigen: Teilnehmende Schülerinnen und Schüler geben „Cannabis: Kiffen, bis der Arzt kommt?“ positives Feedback

Die Resonanz kann sich sehen lassen: Von den 769 Schülerinnen und Schüler aus Hessen, die bisher am Präventionsprojekt „Cannabis: Kiffen, bis der Arzt kommt?“ der Landesärztekammer Hessen teilgenommen sowie einen Fragebogen ausgefüllt haben, gibt eine große Mehrheit dem Projekt positives Feedback. Das zeigen erste Auswertungen der Stabsstelle Qualitätssicherung, Patientensicherheit und Analysen im Gesundheitswesen. Die fortlaufende Evaluierung soll die Qualität des Projekts sichern und weitere Verbesserungen ermöglichen.

Besonders positiv schneidet das Projekt beim subjektiv erlebten Wissenszuwachs ab: 87 % der Befragten gaben an, dass die Aktion ihr Wissen sicher beziehungsweise eher vergrößert habe. Ein ebenso großer Anteil würde das Projekt tendenziell anderen Klassen oder Schulen weiterempfehlen. Insgesamt 59 % stimmten der Aussage zu bzw. eher zu, dass ihnen einige Gefahren von Cannabis zuvor nicht bewusst waren.

77 % der Schülerinnen und Schüler bewerteten den Vortrag als gut verständlich, 18 % als teilweise verständlich. Lediglich 5 % gaben an, dass die Inhalte unverständlich waren. Auf erste Rückmeldungen reagierte die Stabsstelle Kommunikation, die das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für Drogen und Sucht der Landesärztekammer Hessen entwickelt hat, bereits und ergänzte Materialien in leichterer Sprache.

Ärzte besonders vertrauenswürdig

Gut ein Drittel der Schülerinnen und Schüler gab an, sich bereits im Vorfeld über Cannabis informiert zu haben, rund zwei Drittel hingegen nicht. Unter den Informierten ist das Internet mit 52 % die häufigste Informationsquelle. Aber auch Freunde (34 %), Familie (20 %) und Schule (43 %) werden als wichtige Wissensquellen genannt.

Auch nach Vertrauenspersonen bei möglichen Drogenproblemen wurde gefragt.

Würdest Du die Veranstaltung für andere Klassen/Schulen weiterempfehlen?

	Anz	% Beob.
ja, unbedingt	357	47%
ja, vielleicht	304	40%
eher nein	50	7%
auf keinem Fall	48	6%
Summe	759	100%

Der Vortrag hat mein Wissen über Cannabis vergrößert.

	Anz	% Beob.
sicher ja	344	45%
eher ja	320	42%
eher nein	64	8%
sicher nein	34	4%
Summe	762	100%

Ausgewählte Ergebnisse aus dem Evaluationsbogen für das Präventionsprojekt „Kiffen, bis der Arzt kommt?“ (Werte gerundet)

Am wichtigsten sind für die Schülerinnen und Schüler – wenig überraschend in diesen Jahrgangsstufen – ihre Freunde: 72 % der Befragten würden sich in einem solchen Fall an sie wenden.

Ein besonders hohes Vertrauen genießen jedoch auch Ärztinnen und Ärzte: 58 % der befragten Schüler würden bei Problemen sicher beziehungsweise eher mit ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt sprechen, bei spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten steigt dieser Wert sogar auf 64 %. Damit liegen Ärzte vor den eigenen Eltern (56 %), Geschwistern (46 %) oder einer Vertrauenslehrkraft (24 %).

Projektstart im Juni 2024

Vor fast zwei Jahren feierte das Präventionsprojekt „Cannabis: Kiffen, bis der Arzt kommt?“ an der Wöhlerschule in Frankfurt Premiere. Im Oktober 2024 startete das Projekt dann in der Fläche. Bis zum aktuellen Zeitpunkt nahmen 22 Schulen und über 1.200 Schülerinnen und Schüler teil. Das Projekt richtet sich vorrangig an Klassen der Jahrgangsstufen sieben bis neun.

„Cannabis: Kiffen, bis der Arzt kommt?“ orientiert sich am erfolgreichen Schwesterprojekt „Hackedicht“ zur Alkoholprävention. Ärztinnen und Ärzten wird ein „Werkzeugkasten“ mit Methoden und Materialien zur Verfügung gestellt, den sie individuell an die jeweilige Lerngruppe anpassen können. Den Referentinnen und Referenten stehen dabei eine Präsentation, verschiedene didaktische Methoden wie Arbeitsblätter, ein Kurzfilm sowie ein Cannabis-Quiz zur Verfügung. Die Ärztinnen und Ärzte werden von der Landesärztekammer auf Anfrage an die Schulen vermittelt und klären – in Abstimmung mit Fach- und Beratungslehrkräften – im Unterricht, bei Projekttagen oder auf Informationsveranstaltungen auf.

Am Ende jeder Veranstaltung können die Schülerinnen und Schüler über einen QR-Code einen Evaluationsbogen aufrufen. Die Teilnahme daran ist freiwillig. Abgefragt werden unter anderem Einschätzungen zu den Inhalten, zur referierenden Ärztin bzw. zum referierenden Arzt sowie eine persönliche Selbsteinschätzung.

Lukas Reus

Akutes Abdomen

Teil 2 – VNR: 2760602026139340008

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

Der 1. Teil des Beitrags ist in Ausgabe 04/2026 abgedruckt. Die CME-Fragen finden sich in dieser Ausgabe 05/2026 auf Seite 268f.

Akute Appendizitis

Die akute Appendizitis ist die häufigste Ursache des akuten Abdomens in Deutschland. Die Inzidenz der akuten Appendizitis beträgt ca. 100 Erkrankungen / 100.000 Einwohner. Das Lebenszeitrisko, an einer akuten Appendizitis zu erkranken, beträgt ca. 8 % [9, 10]. Eine akute Appendizitis zu diagnostizieren, ist keineswegs einfach. Auch heute noch handelt es sich um eine potenziell lebensgefährliche Erkrankung [11]. Nach den Erfahrungen der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen handelt es sich sehr häufig um den Vorwurf der Verzögerung der operativen Behandlung der akuten Appendizitis aufgrund von Diagnosefehlern [12].

Die klassische Anamnese beschreibt peri-umbilikale Schmerzen, die in den rechten Unterbauch wandern, verbunden mit Appetitlosigkeit und Übelkeit mit oder ohne Erbrechen. Bei der klinischen Untersuchung des Abdomens können eine Reihe von Zeichen ausgelöst werden, die als typisch für eine akute Appendizitis gelten:

- McBurney Zeichen – Druckschmerz am lateralen Drittel einer gedachten Linie vom Bauchnabel zur Spina iliaca anterior superior rechts
- Lanz-Zeichen – Druckschmerzen am rechts-lateralen Drittel einer gedachten Linie, welche die beiden Spinae iliacae anteriores verbindet
- Rovsing-Zeichen – retrogrades Ausstreichen des Colon descendens oder des Colon ascendens zum Coecum hin provoziert Schmerzen
- Psoas-Zeichen – Beugung des rechten Beins im Hüftgelenk gegen Widerstand löst Schmerzen aus (v. a. bei retrozökaler Lage des Appendix)

- Blumberg-Zeichen – kontralateraler Loslassschmerz, d. h. tiefe Palpation im linken Unterbauch und dann plötzliches Loslassen.

Keines dieser Zeichen ist spezifisch, dennoch sollten sie erhoben und dokumentiert werden als Nachweis einer gründlichen, symptomorientierten Untersuchung.

Die klinische Diagnose einer akuten Appendizitis wird erleichtert durch die Verwendung von Scores. Einer der am weitesten verbreiteten Scores ist der Alvarado Score (Tab. 4). Der Alvarado Score setzt sich zusammen aus wenigen systematisch erhobenen und dokumentierten Symptomen und Befunden sowie einem Differenzialblutbild [13].

Eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens kann die Diagnose einer Appendizitis bestätigen, aber nicht immer mit hinreichender Sicherheit ausschließen. Vor allem die Unterscheidung zwischen unkomplizierter und komplizierter Appendizitis (Perforation, Abszess, Peritonitis) gelingt mit hinreichender Sicherheit nur mit der Computertomographie. In vielen Ländern (USA, Südkorea) kommt die CT mit verminderter Strahlendosis (low-dose CT) als Goldstandard in der Diagnostik der akuten Appendizitis zur Anwendung. Durch einen diagnostischen Algorithmus bestehend aus regelhafter konsiliarischer Vorstellung von Patientinnen beim Gynäkologen, standardisierter Befunderhebung und Berechnung des Alvarado Scores und selektiver Durchführung einer low-dose CT (bei unter 20 % der Patienten) konnte eine negative Appendektomiequote von < 6 % erzielt werden [14]. (Als negative Appendektomiequote wird der Anteil der Operationen bezeichnet, bei denen die histologische Aufarbeitung des entfernten Appendix einen Normalbefund ergibt).

Tab. 4: Alvarado Score (n. Andric 2021)[13]

Klinisches Merkmal	Score
Schmerzmigration in den rechten Unterbauch	1
Appetitlosigkeit	1
Übelkeit oder Erbrechen	1
Schmerzhafte Abwehrspannung im rechten unteren Quadranten	2
Loslassschmerz (Blumberg)	1
Erhöhte Temperatur > 37,3° C	1
Leukozytose > 10.000/µl Blut	2
Linksverschiebung im Differenzialblutbild. Neutrophile > 70 %	1
Gesamt (Max)	10

Beurteilung: 0–4 Punkte: Appendizitis wenig wahrscheinlich, ambulante Kontrolle;
 5–6 Punkte: nicht eindeutig;
 7 – 8: Punkte: Appendizitis wahrscheinlich;
 9–10 Punkte: Appendizitis hoch wahrscheinlich

Akute Cholezystitis

Eine akute Cholezystitis tritt in aller Regel auf, wenn Gallensteine vorhanden sind. Ei-



Abb. 3: Mechanischer Dünndarmileus verursacht durch einen impaktierten Gallenstein. Der Dünndarm ist bereits längs eröffnet und der Gallenstein wird aus dem Darm hervor luxiert.

ne akute Cholecystitis ohne Nachweis von Gallensteinen (acalculöse Cholezystitis) ist bei ambulanten Patienten assoziiert mit dem Vorhandensein von Diabetes, Gefäß-erkrankungen und arterieller Hypertension [15]. Bekannte Risikofaktoren für das Auftreten von Gallensteinen sind Alter, weibliches Geschlecht, Multiparität, Adipositas, und Hypercholesterinämie. Die Unterscheidung von Cholecystitis und Gallenkoliken ist wichtig (Abb. 1, siehe Teil 1 in Ausgabe 04/2026). Bei einer akuten Cholecystitis liegt eine bakterielle Entzündung der Gallenblase vor, die unterschiedliche Ausprägung haben kann (phlegmonös, gangränös, nekrotisierend – bis hin zur Perforation). Neben möglichen Entzündungszeichen (Fieber, Leukozytose, erhöhtes CRP) ist ein inspiratorisch ausgelöster Schmerz bei Palpation unterhalb des rechten Rippenrandbogens charakteristisch (positives Murphy Zeichen). Bei fortgeschrittener Entzündung kann ein lokaler Klopfschmerz unterhalb des rechten Rippenrandbogens ausgelöst werden als Zeichen der peritonealen Reizung.

Die Tokyo-Guidelines haben diagnostische Kriterien und eine praktikable Einteilung der akuten Cholecystitis in drei Schweregrade etabliert [16]. Diese Einteilung hat therapeutische Konsequenzen [17]. Die Tokyo-Einteilung der Schweregrade der akuten Cholecystitis wird in den aktuellen Leitlinien zur Behandlung von Gallensteinen im Kommentar erwähnt. Eine akute Cholezystitis sollte innerhalb von

24 Stunden nach stationärer Aufnahme laparoskopisch operiert werden [18].

Typisch für Gallenkoliken hingegen sind Schmerzen mit einer Dauer von mehr als 15 Minuten im rechten Oberbauch oder Epigastrium. Ausstrahlung in die rechte Schulter und den Rücken ist häufig, ebenso wie Übelkeit, gelegentlich tritt Erbrechen auf – in der Regel

handelt es sich nicht um ein akutes Abdomen. Es besteht eine Indikation zur elektiven Cholezystektomie, die auch früh-elektiv durchgeführt werden kann. Eine akute Cholezystitis kann innerhalb von zwölf Stunden dramatisch aggravierend.

Ileus

Ein Ileus ist als Verschluss der Darmpassage definiert. Im deutschen Sprachgebrauch wird zwischen mechanischem und paralytischem Ileus unterschieden. Im Englischen wird zwischen „bowel obstruction“ (mechanischer Ileus) und „ileus“ (paralytischer Ileus) unterschieden.

Im Folgenden geht es um den mechanischen Ileus als Ursache des akuten Abdomens. In diesem Zusammenhang kann der paralytische Ileus, wenn er denn auftritt, Folge eines mechanischen Ileus oder Folge einer generalisierten Peritonitis sein. Ein Ileus ist gekennzeichnet durch Erbrechen und Stuhlverhalt. Beim Dünndarmileus steht das Erbrechen im Vordergrund.

Beim Dickdarmileus (und intakter Bauhinscher Klappe) steht der Stuhlverhalt im Vordergrund, Erbrechen ist hier ein relatives spätes Symptom. Patienten berichten häufig über einen zunehmend geblähten Bauch. Die Gefahr der Darmperforation steigt, wenn der Durchmesser des Coecums größer als 10–12 cm ist.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt das geblähte Abdomen auf. Die Peristaltik

ist anfänglich vermehrt und hochgestellt, der Klopfeschall tympanitisch.

Elektrolytveränderungen sind häufig, insbesondere Hypokaliämie, welche eine hypokaliämische Alkalose zur Folge haben kann.

Die frühzeitige Anlage einer Magensonde ist obligat, um einer Aspiration vorzubeugen.

Laut einer systematischen Übersicht aus den USA [19] sind die häufigsten Ursachen des **Dünndarmileus**

- Verwachsungen (65 %)
- Hernien (10 %)
- Tumore (5 %)
- M. Crohn (5 %)
- andere Ursachen (15 %).

Verwachsungen können auch ohne vorherige Bauchoperationen ursächlich für den Ileus sein. Auch viele Jahre nach vermeintlich kleinen Operationen wie einer Appendektomie im Kindesalter kann ein Bridenileus auftreten.

Laut einer prospektiven Studie aus der Schweiz [20] waren die häufigsten Ursachen des **Dickdarmileus**

- kolorektales Karzinom (38 %)
- andere Karzinome (19 %)
- Volvulus (13 %)
- Hernien (10 %)
- Divertikulitis (7 %)
- andere (13 %).

Die Computertomographie des Abdomens ist der Goldstandard in der Diagnostik des Ileus, da hierdurch häufig die Ursache und der Ort der Obstruktion dargestellt werden kann (im Gegensatz zum konventionellen Röntgen des Abdomens). Die Verabreichung eines oralen, wasserlöslichen Kontrastmittels (Gastrografin®) bietet den Vorteil, dass hierdurch beim Verwachsungsileus eine konservative Therapie gelingen kann [21].

Gynäkologische Ursachen

Bezüglich der gynäkologischen Ursachen bzw. Krankheiten mit Ursprung in den weiblichen Fortpflanzungsorganen sollte unterschieden werden zwischen Ursachen bei Nicht-Schwangeren und Schwangeren. Der Ausschluss bzw. Nachweis einer Schwangerschaft mittels β -HCG-Test sollte fester Bestandteil der Abklärung des akuten Abdomens bei Frauen im gebärfähigen Alter sein.



Abb. 4: Gallige 4-Quadranten Peritonitis bei Perforation eines Ulcus im Bereich des Duodenums. Der Dünndarm ist ubiquitär mit gallig tingierten Fibrinbelägen verklebt.



Abb. 5: Mesenteriale Ischämie. Die Dünndarmschlingen sind gangränös.

Fotos Abb. 3–5: PD Dr. med. Teresa Schreckenbach

Häufige Gründe für ein akutes Abdomen aufgrund gynäkologischer Ursachen nach Ausschluss einer Schwangerschaft sind:

- Adnexitis (Salpingo-Oophoritis bzw. pelvic inflammatory disease (PID))
- Ovarialtorsion
- Rupturierte Ovarialzyste

Bei schwangeren Frauen sind ektope Schwangerschaft und Fehlgeburt die häufigsten Ursachen für ein akutes Abdomen [22]. Bei schwangeren Frauen mit Unterleibsschmerzen sollte immer ein Gynäkologe konsiliarisch hinzugezogen werden – meist stellen sich diese Patientinnen bereits primär beim Gynäkologen vor.

Im Fall von akuten Unterleibsschmerzen bei Frauen im gebärfähigen Alter, nach Ausschluss einer Schwangerschaft und Ausschluss der häufigsten Ursachen des akuten Abdomens wird eine konsiliarische Hinzuziehung eines Gynäkologen empfohlen. Dies wird nicht auf jeder Versorgungsstufe rund um die Uhr (24/7) möglich sein. Es ist daher möglich, dass bei einer laparoskopischen Abklärung des akuten Abdomens pathologische Befunde der weiblichen Fortpflanzungsorgane entdeckt werden. Der Chirurg sollte daher mit den häufig anzutreffenden pathologischen Befunden vertraut sein, falls es nicht möglich sein sollte, intraoperativ ein gynäkologisches Konsil einzuholen.

Akute Pankreatitis

Die akute Pankreatitis tritt in Deutschland mit einer Inzidenz von 13–43/100.000 Einwohnern auf. Hauptursachen sind Gal-

lensteinleiden (biliäre Pankreatitis) und Alkoholmissbrauch. Die Inzidenz der biliären Pankreatitis nimmt mit steigendem Alter ab dem 55. Lebensjahr zu und erreicht den Altersgipfel bei über 75-Jährigen. Die alkoholinduzierte Pankreatitis hingegen zeigt einen Altersgipfel bei Frauen zwischen dem 25. und 34. Lebensjahr, bei Männern zwischen dem 35. und 44. Lebensjahr.

Eine akute Pankreatitis liegt vor, wenn zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind:

1. Akut beginnende, anhaltende Oberbauchschmerzen, häufig mit gürtelförmiger Ausstrahlung in den Rücken
2. Erhöhung der Serum-Lipase ($> 3 \times$ des oberen Normalwerts)
3. Charakteristische bildmorphologische Befunde.

Da zwei von drei Kriterien ausreichen für die Diagnose, bedeutet dies, dass eine Bildgebung für die Diagnose nicht zwingend erforderlich ist. Zum Nachweis bzw. Ausschluss einer biliären Genese wird neben einer Oberbauchsonographie die Bestimmung von ASAT, ALAT, Bilirubin, alkalischer Phosphatase und gamma-GT empfohlen. Darüber hinaus sollten Triglyceride und albuminkorrigiertes Kalzium im Serum bestimmt werden zum Ausschluss einer hypertriglyceridämie- oder hypercalcämie-induzierten Pankreatitis. Bei weiter unklarer Ursache wird eine Endosonographie bzw. alternativ eine MRT/MRCP-Untersuchung empfohlen zur Beurteilung des Gallengangs- und Pankreasgangsystems [23]. Der Schweregrad der Pankrea-

titis wird eingeteilt in mild, moderat und schwer gemäß der revidierten Atlanta-Klassifikation (RAC) oder in mild, moderat, schwer und kritisch gemäß der Determinanten-basierten Klassifikation (DBC). Für weitere Einzelheiten wird auf die S-3-Leitlinie Pankreatitis verwiesen [23].

Urologischer Fokus

Die häufigsten Ursachen akuter Bauchschmerzen, deren Ursprung im Harntrakt liegt, sind:

- Akuter Harnverhalt durch Obstruktion bei benigne Prostatahyperplasie (BPH)
- Nieren- und Harnleitersteine (Urolithiasis)
- Pyelonephritis

Der **akute Harnverhalt** ist eine typische Erkrankung älterer Männer und zumeist Folge einer benignen Prostatahyperplasie. Die prall gefüllte Harnblase kann bis zum Bauchnabel reichen, selten kann eine Ruptur der Harnblase auftreten. Die Verdachtsdiagnose lässt sich durch klinische Untersuchung und eine Ultraschalluntersuchung leicht sichern. Ein transurethraler Katheter verschafft rasche Linderung. **Cave:** Gelegentlich kann eine Harnröhrenstriktur Ursache der Harnretention sein, daher ist Vorsicht geboten bei der Katheterisierung.

Urolithiasis tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf, mit einem Altersgipfel für das erste Auftreten zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr. Klassisch treten starke kolikartige Schmerzen auf (siehe Abb. 1 in

Ausgabe 04/2026). Ein häufiger Befund im Harnstreifentest ist die Hämaturie. Die Diagnose kann durch eine Sonographie weiter eingegrenzt werden. Bei Nachweis eines gestauten, erweiterten Nierenbeckenkelchsystems gilt jedoch auch hier die low-dose-Computertomographie des Abdomens ohne Kontrastmittel als Goldstandard zur Steinlokalisation.

Pyelonephritis ist in der Regel eine Folge einer aufsteigenden Harnwegsinfektion, im Falle einer obstruktiven Uropathie kann sich eine lebensbedrohliche Urosepsis entwickeln [24].

Die **Hodentorsion** kann, vor allem bei männlichen Kindern und Jugendlichen, akute Bauchschmerzen verursachen [25]. Die Untersuchung des äußeren Genitales bei Männern wird daher als Bestandteil der klinischen Untersuchung in der Abklärung akuter Bauchschmerzen empfohlen.

Ulkus Perforation

Seitdem *Helicobacter pylori* als Ursache der Ulkuskrankheit identifiziert wurde, sind elektive Ulkusoperationen nur noch selten indiziert. Die Inzidenz von Notfallchirurgie aufgrund perforierter Ulzera, meist Magenulzera, hat sich jedoch nicht verändert [26].

Risikofaktoren wie Rauchen und chronische NSAID-Einnahme sollten in der Anamnese erfragt werden. Der Untersuchungsbefund des Abdomens ergibt häufig eine eindrucksvolle Abwehrspannung („bretthartes Abdomen“) aufgrund der Entleerung des sauren Mageninhalts in die Bauchhöhle. Die Diagnose lässt sich durch den Nachweis freier Luft in der CT sichern. Es besteht eine Indikation zur umgehenden Operation, da mit zunehmender Zeit bis zur Operation die Letalität steigt.

Onkologische Ursachen

Bei Patienten mit Krebserkrankungen gibt es eine Vielzahl von Ursachen eines akuten Abdomens, zu den häufigsten zählen

- Perforation im Gastrointestinaltrakt (z. B. Folge einer Cortisontherapie)
- Mechanischer Ileus (Verwachsungen, Peritonealkarzinose)
- neutropene Enterokolitis.

Multiple Choice-Fragen Teile 1 & 2

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Akutes Abdomen, Teil 1 (HÄBL 04/2026) und Teil 2 (HÄBL 05/2026)“ von Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein und PD Dr. med. Teresa Schreckenbach finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblatts (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.04.2026 bis 24.10.2026

möglich. Die Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Der Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

Eine enge Abstimmung mit dem behandelnden Onkologen sollte im Hinblick auf Prognose und Therapieziele erfolgen. In der Palliativsituation sollte in solchen Fällen auch eine partizipative Entscheidungsfindung mit dem Patienten gesucht werden.

Divertikulitis

Die Prävalenz der Divertikulose nimmt, nicht nur mit dem Alter, sondern auch bei Jüngeren. Die Divertikulitis sollte als Differenzialdiagnose auch bei unter 40-Jährigen überprüft werden. Typisch sind linksseitige Unterbauchschmerzen. Die akute Divertikulitis wird daher häufig als „Linksappendizitis“ apostrophiert. Die Diagnose stützt sich auf Anamnese und Untersuchungsbefund. Fieber kann auftreten, in der Regel bestehen eine Leukozytose und eine CRP-Erhöhung. Die Diagnose soll durch eine Schnittbildgebung (Ultraschall oder CT) gesichert werden. Die Therapie richtet sich nach dem Stadium der Divertikulitis. Die Stadien reichen von phlegmonöser Entzündung über Mikro- und Makroabszesse bis hin zur freien Perforation mit kotiger Peritonitis, einem lebensbedrohlichen Krankheitsbild [27].

Abdominelle (mesenteriale) Ischämie

Die Inzidenz der akuten mesenterialen Ischämie beträgt 0,63–12,9 Fälle pro 100.000 Einwohner. Unterschieden wird zwischen arterieller und venöser mesenterialer Ischämie [28]. Die Schmerzsymp-

tomatik tritt häufig schlagartig auf und kann sich dann bessern („Fauler Friede“). Untersuchungsbefunde sind anfänglich uncharakteristisch und nicht wegweisend, häufig wird dies auch als „typisch-untypisch“ beschrieben. Arterielle mesenteriale Ischämie kann embolisch oder arteriosklerotische Ursachen haben – hier ist die Anamnese wichtig:

- besteht Vorhofflimmern?
- gibt es Hinweise für Arteriosklerose in anderen Körperregionen (KHK?, pAVK? Carotisstenose?)

Die venöse mesenteriale Ischämie kann Erstmanifestation einer bis dahin unbekanntem angeborenen oder erworbenen Neigung zu venösen Thrombosen (Thrombophilie) sein. Andererseits sollte bei bekannter Thrombophilie bzw. Thrombose in der Anamnese beim akuten Abdomen immer an die mesenteriale Ischämie gedacht werden.

Die Diagnose wird gesichert durch eine kontrastmittelverstärkte CT. Eine enge Abstimmung zwischen Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie und interventioneller Radiologie (Intestinal Stroke Center) ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

Seltene Differenzialdiagnosen des akuten Abdomens

Eine akute Aortendissektion bzw. ein rupturiertes Aortenaneurysma kann heftigste abdominelle Schmerzen verursachen, es fehlen jedoch häufig Befunde der peritonealen Reizung. Die Diagnose wird durch ein kontrastmittelverstärktes CT gestellt.

Weitere „internistische“ Ursachen akuter Bauchschmerzen können sein:

- Myokardinfarkt
- Pneumonie
- Diabetische Ketoazidose (Pseudoperitonitis diabetica)
- Addison-Krise
- Akute intermittierende Porphyrie
- Münchhausen-Syndrom

Fehldiagnosen in der initialen Beurteilung des akuten Abdomens sind häufig [4]. Wichtig ist daher eine offene Einstellung und wiederholtes Hinterfragen des eigenen Urteils, um nicht einem „confirmation bias“ zu verfallen. Hierbei handelt es sich um eine kognitive Verzerrung, (auch Bestätigungsfehler genannt), bei der Menschen dazu neigen, verfügbare Informationen selektiv auszuwählen und zu interpretieren, eigene Überzeugungen zu bestätigen und gegenteilige Informationen abzuwerten oder zu ignorieren. Hiervor schützt interdisziplinäre Zusammenarbeit (wenn man grundsätzlich geneigt ist, zu glauben, dass auch der andere Recht haben könnte).

Künstliche Intelligenz in der Diagnosestellung und Entscheidungsfindung

Mit der Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit größerer Rechenleistung (Personal Computer) gab es in den 1990er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts mehrere Versuche, Computerprogramme für die Diagnose des akuten Abdomens einzusetzen [8, 29]. Die aktuellen Entwicklungen der künstlichen Intelligenz beschäftigen sich vor allem mit automatisierter Bildanalyse (Röntgenthorax, Mammographie, histopathologische Bildanalysen, Detektion des malignen Melanoms auf Fotografien der Haut). Die Bonner Arbeitsgruppe um Hanno Matthaei konnte zeigen, dass maschinelles Lernen als Entscheidungshilfe beim akuten Bauchschmerz vorhersagen kann, welcher Patient wahrscheinlich operiert werden wird. Allerdings ging es hier nur um die Entscheidung zur Operation, nicht die Diagnose [30].

Wir selbst konnten zeigen, dass die Verwendung einer öffentlich zugänglich Gesundheits-App (ADA) zusätzlich zur klassischen Arzt-Patienten-Interaktion die diagnostische Genauigkeit erhöht [31]. In Zukunft ist zu erwarten, dass Large-Language-Modelle (LLM) wie z. B. ChatGPT bei der Diagnose des akuten Abdomens hilfreich sein können.

Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein
Ehem. Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60598 Frankfurt am Main
E-Mail: bechsteinwolf@gmail.com

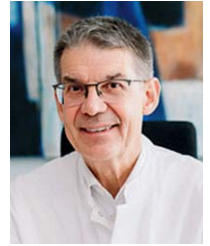


Foto: Julia Sidorenkova

PD Dr. med. Teresa Schreckenbach
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt
E-Mail: teresa.schreckenbach@unimedizin-ffm.de



Foto: privat

Abb. 1 & 2 sowie die Tabellen 1–3 siehe Ausgabe 04/2026. Die Literatur findet sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Multiple-Choice-Fragen zu Teil 1 (siehe 04/2026) & 2 Akutes Abdomen

VNR: 2760602026139340008

(je eine Antwort ist richtig)

1. Ein 67-jähriger Patient wird in Ihrer Notaufnahme mit Bauchschmerzen vorgestellt. Da die Notaufnahme bereits gut gefüllt ist, wird der Patient triagiert. Welche anamnestischen Angaben sollten Sie neben dem Alter des Patienten am ehesten als „red flag“ werten?

- 1) Thorakale Voroperation, Glinide in der Medikation
- 2) Abdominelle Voroperation, mTor-Inhibitoren in der Medikation

- 3) Abdominelle Schmerzen seit vier Wochen, Demenz
- 4) Thorakale Voroperation, abdominelle Schmerzen seit vier Wochen
- 5) Demenz, Angiotensin-II-Rezeptorblocker in der Medikation

2. Zum Erkennen eines septischen Krankheitsbildes können neben dem Schockindex auch andere Scores verwendet werden. Einer der am häufigsten verwendeten Scores ist der quickSOFA Score. Welche der nachfolgenden Kri-

terien implizieren am ehesten ein erhöhtes Risiko im Sinne des quickSOFA Scores?

- 1) Atemfrequenz > 12/min, systolischer Blutdruck < 130 mmHg
- 2) Glasgow Coma Scale = 15, Atemfrequenz < 15/min
- 3) Diastolischer Blutdruck > 50 mmHg, Atemfrequenz > 12/min
- 4) Atemfrequenz ≥ 22/min, systolischer Blutdruck ≤ 100 mmHg
- 5) Diastolischer Blutdruck ≥ 65 mmHg, Glasgow Coma Scale = 15

3. Eine 47-jährige Bankerin wird vom Rettungsdienst mit einem akuten Abdomen eingeliefert. Die Beschwerden bestehen seit zwei Stunden. Sie erheben eine systematische Anamnese und verwenden dabei das OPQRST-Schema. Für welche Bestandteile steht das Akronym?

- 1) Origin, Pain, Quantity, Response, Scale, Tension
- 2) Outbreak, Palpation, Quietness, Redness, Spasm, Temperature
- 3) Onset, Provocation/Palliation, Quality, Radiation, Severity, Time
- 4) Operation, Pressure, Quantification, Relief, Strength, Tenderness
- 5) Oedema, Progression, Query, Rebound, Stress, Tachycardia

4. Die akute Appendizitis ist eines der häufigsten Krankheitsbilder in der Chirurgie, welches mit einem akuten Bauchschmerz oder einem akuten Abdomen einhergeht. Wie hoch ist die Inzidenz?

- 1) 50/100 Einwohner
- 2) 100/10.000 Einwohner
- 3) 50/1.000 Einwohner
- 4) 1000/100.000 Einwohner
- 5) 100/100.000 Einwohner

5. Eine 53-jährige Patientin wird mit rechtsseitigen Unterbauchschmerzen in Ihrer Ambulanz vorstellig. Die Anamnese ist sonst unauffällig. Bei der körperlichen Untersuchung ergibt sich der Verdacht auf eine Appendizitis. Welches Appendizitiszeichen ist nachfolgend korrekt beschrieben?

- 1) Blumberg: Druckpunkt im rechten Drittel einer geraden Linie zwischen den Spinae iliaca anteriores superiores.
- 2) McBurney: Druckpunkt auf einer geraden Linie zwischen der rechten Spina iliaca anterior superior und dem Nabel.
- 3) Rovsing: Druckpunkt im linken Unterbauch in Kombination mit kontralateralem Loslassschmerz im rechten Unterbauch.

4) Lanz: Druckpunkt auf einer geraden Linie zwischen der rechten Spinae iliaca anterior superior und dem M. psoas.

5) Psoas: Druckpunkt bei der digital rektalen Untersuchung in Richtung Spina iliaca anterior superior.

6. Der mechanische Ileus ist eine mögliche Ursache eines akuten Abdomens. Es wird zwischen Dünn- und Dickdarmlleus unterschieden. In wie viel Prozent der Fälle ist eine Tumorerkrankung die Ursache für einen Dickdarmlleus?

- 1) > 50 %
- 2) < 25 %
- 3) 10–15 %
- 4) 25 %
- 5) < 5 %

7. In Ihrer Notaufnahme stellt sich eine 24-jährige Patientin mit akut einsetzenden rechtsseitigen Unterbauchschmerzen vor. Die Patientin war schmerzbedingt in der Straßenbahn kurz kollabiert. Sie ist tachykard, es zeigt sich ein deutlicher Druckschmerz mit Abwehrspannung im rechten Unterbauch. Welche Diagnose sollten Sie am ehesten zuerst ausschließen?

- 1) Appendizitis acuta
- 2) Perforierte Sigmadivertikulitis
- 3) Rupturierte Ovarialzyste
- 4) Nekrotisierende Pankreatitis
- 5) Akute Zystitis

8. Ein 82-jähriger Patient kommt in Begleitung seiner Ehefrau mit Bauchschmerzen, die seit vier Stunden bestehen, in die Notaufnahme. Die Beschwerden werden initial mit einem NRS 07/10 angegeben und aktuell mit 04/10. Welche anamnestischen Angaben lassen Sie am ehesten eine akute mesenteriale Ischämie differenzialdiagnostisch in Betracht ziehen?

- 1) Arterieller Hypertonus, Ramipril in der Medikation, Kniegelenksarthrose
- 2) Vorhofflimmern, Markumar in der Medikation, Z. n. Carotisoperation

3) Z. n. Cholezystektomie, Metformin in der Medikation, Diabetes mellitus Typ II

4) Z. n. Appendektomie, Ramipril in der Medikation, Diabetes mellitus Typ II

5) AV-Block Grad I, Bisoprolol in der Medikation, Z. n. Poplitealaneurysma

9. Eine 55-jährige Diabetikerin wird mit abdominellen Schmerzen vorstellig. Klinisch zeigt sich eine Druckdolenz im Epigastrium ohne eine eindeutige Abwehrspannung. In der durchgeführten Labordiagnostik zeigen sich zunächst keine erhöhten Infektionsparameter. Welche Differenzialdiagnose des akuten Abdomens sollten Sie hier am ehesten ebenfalls abklären.

- 1) Pyelonephritis
- 2) Adnexitis
- 3) Refluxösophagitis
- 4) Myokardinfarkt
- 5) Lumboischalgie

10. In der Medizin stehen bereits einige medizinische Apps für das Smartphone, z. B. für die Erhebung von Scores, zur Verfügung. Wissenschaftlich wird daneben auch die Anwendung von KI zur Diagnostik erprobt. Welche Aussage zur Nutzung von KI-Applikationen, wie LargeLanguageModellen, trifft am ehesten zu?

- 1) Ihre Nutzung wird in der klinischen Praxis die ärztliche Entscheidungsfindung ersetzen.
- 2) Ihre Nutzung ist datenschutzrechtlich unbedenklich und bereits zugelassen.
- 3) Ihre Nutzung kann zur Erhöhung der diagnostischen Genauigkeit beitragen.
- 4) Ihre Nutzung führt regelmäßig zu unvorhersehbaren Therapiefehlern und ist daher nicht empfehlenswert.
- 5) Ihre Nutzung basiert auf festen Entscheidungsalgorithmen und erlaubt keine individuelle Anpassung.

Durcharbeiten statt durchatmen

Symposium „Mentale Gesundheit im ärztlichen Berufsalltag“ in Frankfurt

Traumatische Erlebnisse, hohe Arbeitsdichte sowie die Verantwortung über Leben und Tod: Die mentale Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten wird täglich teils extremen Belastungen ausgesetzt. Die Suizidraten liegen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höher. Dennoch führt das Achten auf die eigene mentale Gesundheit vielerorts noch immer ein Schattendasein. Auf Initiative des Netzwerks Junge Ärztinnen und Ärzte wollte der Marburger Bund mit dem Symposium „Mentale Gesundheit im ärztlichen Berufsalltag – Herausforderungen, Prävention und Perspektiven“ im Diakonissenhaus Frankfurt Licht auf dieses zentrale Thema werfen. Die Referentinnen und Referenten stellten aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse vor und diskutierten praxisnahe Strategien zur Prävention und Bewältigung psychischer Belastungen.

Die Psyche gleichstellen

Dr. med. Christian Schwark, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), steht vor dem gefüllten Saal im Diakonissenhaus und hält einen kleinen grauen Kasten in die Luft. „Das ist ein Radio aus unserer neurologischen Intensivstation“, sagt Schwark, der auch Oberarzt in einer Klinik ist. „Darauf sind zwei TÜV-Sticker: Dieses Radio wird alle zwei Jahre gründlich überprüft, ob es noch sicher funktioniert. Den eigenen Betriebsarzt sieht man bestenfalls alle drei Jahre. Mit anderen Problemen wird man auch oft alleingelassen.“ Schwark, ebenfalls Landesverbandsvorsitzender des Marburger Bundes Hessen, will damit auf die weiterhin bestehende Unterversorgung und Bagatellisierung psychischer Belastungen, insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten, aufmerksam machen. In jüngerer Zeit sei jedoch ein positiver Trend zu beobachten: Immer mehr Menschen legten Wert auf ihre psychischen Ressourcen. Das Symposium, initiiert vom Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte des Marburger Bundes, solle hierfür ein weiterer Schritt sein. „Uns allen muss



Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen und Landesverbandsvorsitzender des Marburger Bundes in Hessen: Dr. med. Christian Schwark

klar sein: Das, was wir als Ärztinnen und Ärzte jeden Tag leisten, schafft man nicht als Einzelkämpfer“, betonte Schwark.

Luxusgut: Pausenraum

Die erste Referentin des Abends war Nina Walter, Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen. Sie stellte Ergebnisse einer LÄKH-Umfrage zum Bekanntheitsgrad und zu vorhandenen Hilfsangeboten für Ärztinnen und Ärzte vor. Es handele sich um ein wichtiges und zugleich belastendes Thema, das glücklicherweise zunehmend in den Fokus rücke, eröffnete Walter.

Befragt wurden alle in hessischen Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte, insgesamt rund 16.400. Die Rücklaufquote lag bei 21 Prozent – für eine Online-Umfrage ein erstaunlich guter Wert, so Walter. Zentrale Erkenntnisse waren unter anderem: Für eine Mehrheit (58 %) sei das Thema mentale Gesundheit in ihrer Einrichtung wenig bis gar nicht präsent. Fast die Hälfte der Befragten (44 %) gab an, dass es in ihrer Einrichtung keine Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit gebe; weitere 32 % wussten nicht, ob entsprechende Angebote existieren. Bei den Belastungsfaktoren sei, etwas überraschend, mangelnde Kollegialität/Zusammenarbeit mit 81 % auf Platz

drei genannt worden. Häufiger seien nur Personalausstattung (Platz eins, 89 %) und Schichtdienst (Platz zwei, 83 %) erwähnt worden. Als hilfreich für die mentale Gesundheit seien vor allem niedrigschwellige Maßnahmen wie klare Pausenstrukturen oder Supervision angegeben worden. „Schon so etwas scheinbar Banales wie ein eigener Pausen- und Ruheraum, in dem man ungestört Pause machen kann, würde viel bewirken“, sagte Walter. „Wichtig ist, dass Maßnahmen und Fortbildungen auch vor Ort angeboten und umgesetzt werden.“ Eine ausführliche Besprechung der Ergebnisse der LÄKH-Befragung finden Sie auf Seite 272 dieser Ausgabe.

Wenn Helfende Hilfe benötigen

Prof. Dr. Reinhard Strametz von der Hochschule RheinMain in Wiesbaden widmete seinen Vortrag dem Second-Victim-Phänomen, zu dem er selbst forscht. Dabei handele es sich um Situationen, in denen beispielsweise Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte unbeabsichtigt einen Behandlungsfehler begehen und einem Patienten schaden – dieser ist in diesem Szenario das „First Victim“. Auch ein „Third Victim“ kann betroffen sein, etwa wenn Institutionen oder andere Mitarbei-



Nina Walter, Ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen, stellte Ergebnisse der Umfrage der LÄKH zu Bekanntheitsgrad und vorhandenen Hilfsangeboten für Ärztinnen und Ärzte vor.

tende unter einem solchen Fall leiden und unter Generalverdacht geraten. Nicht nur tatsächlich eingetretene Schäden können zu diesem Phänomen führen, sondern auch sogenannte „Near Misses“, wie Strametz erläuterte: „Auch Fälle, in denen ein Kollege sagt: ‚Stell dich nicht so an, es ist doch noch einmal alles gut gegangen‘ – selbst das kann bereits dazu führen.“

Das Problem bestehe darin, dass Ärztinnen und Ärzte Vertrauen in ihre eigene Fachkompetenz verlören und eine gesteigerte Angst vor zukünftigen Fehlern entwickelten. Dies könne so belastend sein, dass manche nur noch die Aufgabe des Berufs oder sogar den Suizid als Ausweg sähen. In eigenen Studien (SeViD-I) habe gezeigt werden können, dass nur etwa 10 % der befragten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung überhaupt vom Second-Victim-Phänomen wüssten. Nach Aufklärung hätten jedoch 6 von 10 angegeben, selbst bereits betroffen gewesen zu sein. Rund 9 % berichteten, sich nie vollständig von einem solchen Vorfall erholt zu haben. Studien im Pflegebereich lieferten ähnliche Ergebnisse. Spätere Studien (SeViD-A1; SeViD-X) zeigten erhöhte Werte unter Pädia-terinnen und Pädia-tern sowie Anästhesistinnen und Anästhesisten. Bei Kinder- und Jugendärzten sei der häufigste Auslöser der Suizid eines Patienten gewesen. Es handle sich nicht um ein homogenes Phänomen, vielmehr wirkten verschiedene Faktoren zusammen.

Strametz' Kernaussage: Second Victims brauchen Hilfe, keine Bestrafung. Es sei eher eine Frage des „Wann“ und „Wie oft“ als des „Ob“, dass Ärztinnen und Ärzte betroffen seien. Er betonte, dass es sich nicht um eine klassische F-Diagnose oder per se um ein Trauma handele. Vielmehr um eine menschliche Reaktion, die jedoch in ein Trauma übergehen könne, wenn Unterstützung ausbleibe. Strametz berichtete von einem Kollegen, der sich nach 30 Jahren Leidensdruck erstmals auf einem Kongress öffnen konnte. Bei unzureichender Unterstützung könnten zwei von drei Betroffenen dysfunktionale Bewältigungsstrategien entwickeln, etwa defensive Medizin, Depressionen, Angst, Substanzmissbrauch oder Isolation, bis hin zur Berufsaufgabe oder Suizid. „Als Patient möchte ich nur von Ärztinnen und Ärzten behandelt werden, um die sich



Prof. Dr. Reinhard Strametz von der Hochschule RheinMain in Wiesbaden referierte über die wissenschaftliche Datenlage zum Second Victim Phänomen.

auch mental gekümmert wird“, so Strametz.

Peer-Support sei die wichtigste und effektivste Maßnahme, ebenso eine gute Fehlerkultur. Dies habe auch einen ökonomischen Nutzen: Stehen dem Gesundheitspersonal psychosoziale Unterstützungsprogramme zur Verfügung und werde auf das Wohlbefinden geachtet, könnten bis zu 2 % der Gesamtgesundheitsausgaben eingespart werden. Für einzelne Kliniken bezifferte Strametz eine mögliche Einsparung von rund 6.600 Euro pro Pflegekraft und Jahr durch weniger Krankheitstage und Kündigungen.

Gemeinsam stark

Anknüpfend daran referierte Dr. med. Andreas Schießl, Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin an der Schön Klinik München-Harlaching sowie Ärztlicher Leiter des Vereins PSU-Akut (Psychosoziale Kompetenz und Unterstützung in der Akutmedizin), über die Chancen kollegialer Unterstützung. Zunächst ging er auf die Vielschichtigkeit psychischer Belastungen im Gesundheitswesen und deren weitreichende Auswirkungen ein. Bei Traumareaktionen könnten Betroffene beispielsweise vermeintlich sicheres Wissen nicht mehr zuverlässig abrufen. Lösungen seien jedoch nur möglich, wenn drei Ebenen berücksichtigt würden: Auf der Ebene der Gruppe beziehungsweise des Umfelds seien Supervision, Intervention und eine konstruktive Gesprächskultur entscheidend. „Es ist erschreckend, dass kollegiale Unterstützung derzeit nicht als

Ressource wahrgenommen wird – dabei müsste sie es sein“, so Schießl. Kollegen sprächen die gleiche fachliche Sprache und könnten Probleme sowie mögliche Lösungen oft präziser verstehen als Außenstehende. Auf persönlicher Ebene könne der Einzelne durch Resilienz und Stressmanagement beitragen. Auf institutioneller Ebene seien Führungsverhalten, der Ausbau von Hilfsstrukturen sowie ein klares Bekenntnis zu Mitarbeiterfürsorge und Patientensicherheit entscheidend.

Im weiteren Verlauf ging Schießl auf neurobiologische Verarbeitungsmechanismen bei belastenden Ereignissen ein und stellte die Angebote des Vereins PSU-Akut vor. So ist unter der Nummer 0800 0 911 912 eine bundesweite kostenfreie Helpline erreichbar, über die Betroffene und Peers aus dem Gesundheitswesen belastende Ereignisse besprechen können.

Diskussion

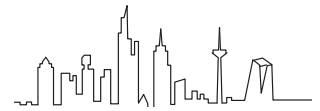
In der anschließenden Diskussions- und Fragerunde wurde unter anderem gefragt, wie sich Peer-Gespräche zeitlich in den Arbeitsalltag integrieren lassen. Schießl berichtete von einer Klinik, in der es in der Anästhesie wechselnd einen „Peer des Tages“ gebe. Wichtig sei, dass solche Strukturen institutionell unterstützt würden und sich niemand für Gespräche „verstecken“ müsse. Teilweise müssten Gespräche auch nach der Arbeit stattfinden, jedoch reichten häufig bereits zehn bis 15 Minuten aus, so Schießl.

Lukas Reus



Fotos: Lukas Reus

Dr. med. Andreas Schießl, Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin der Schön Klinik München-Harlaching sowie Ärztlicher Leiter des Vereins PSU-Akut, sprach über die Chancen kollegialer Unterstützung im Gesundheitswesen.



Förderung der mentalen Gesundheit

Umfrageergebnisse unter stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten in Hessen

Zum World Mental Health Day am 10. Oktober 2025 führte die Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit dem Marburger Bund und der Hessischen Krankenhausgesellschaft eine Umfrage zur Förderung der mentalen Gesundheit in hessischen Kliniken durch. Ob das Thema mentale Gesundheit an hessischen Krankenhäusern präsent ist und welche Erkenntnisse gewonnen wurden, erläutert der folgende Artikel.

Die mentale Gesundheit in der Arbeitswelt rückte in den vergangenen Jahren immer mehr in den Fokus. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (dgppn) hat festgestellt, dass mehr als jeder vierte Erwachsene von einer psychischen Erkrankung betroffen sei, dies entspricht fast 18 Millionen Betroffenen pro Jahr in Deutschland.¹

Psychische Erkrankungen verursachen oft langzeitige Ausfälle in den Betrieben und Einrichtungen und bedeuten nicht nur persönliches Leid für jeden Einzelnen und seine Umgebung, sondern sind auch mit erheblichen Kosten verbunden.

Im DAK-Psychreport liegen die psychischen Erkrankungen mit 342 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versicherten p. a. auf dem dritten Platz aller Erkrankungsgruppen.²

Die jährlichen Produktionsausfallkosten aufgrund von psychischen Störungen sowie Verhaltensstörungen werden laut Statista in der Bundesrepublik mit über 17 Milliarden Euro beziffert.

Mentale Gesundheit in medizinischen Berufen

In jüngster Zeit wird der Fokus beim Thema mentale Gesundheit zunehmend auf verschiedene Berufsgruppen gerichtet. Mehrere Quellen weisen darauf hin, dass vor allem soziale und medizinische Berufe mit dem Auftreten psychischer Erkrankungen korrelieren.

Mit 476 Fehltagen je 100 Versicherte pro Jahr rangiert der Bereich Gesundheitswesen hier an erster Stelle.³

Die bisher noch wenig aussagekräftige Studienlage deutet darauf hin, dass lange Arbeitszeiten als einer der wichtigsten Stressoren angegeben werden, die sich auf die mentale Gesundheit auswirken. Ferner wirken sich die atypischen Arbeitszeiten (Wochenend-, Schichtarbeit, Nachtdienste, fehlende Regenerationszeiten) negativ aus – die typisch in den Gesundheitsberufen sind.

Die langen Ausfallszeiten verbunden mit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen könnten den bereits existierenden Ärztemangel weiter vertiefen und somit die Patientenversorgung gefährden. Die Arbeitsverdichtung wiederum kann weitere Ausfälle nach sich ziehen, was einer Negativspirale entspricht.

Daher sind vor allem präventive Maßnahmen auch in den Kliniken unumgänglich. Zu diesen Maßnahmen gibt es aber bisher kaum Erkenntnisse.

Mentale Gesundheit in Kliniken

Im Arbeitsschutzgesetz (§ 4f ArbSchG) wurde bereits 2013 festgelegt, dass die psychischen Belange in der Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber verpflichtend zu berücksichtigen sind. Dabei stehen klar präventive Maßnahmen im Vordergrund.

Die WHO veröffentlichte 2022 Leitlinien zur psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz (WHO Guidelines on mental health at work).⁴ Diese beinhalten zwölf Empfehlungen für die Gestaltung des Arbeitslebens unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung psychischer Erkrankungen.

Inwieweit solche Maßnahmen in hessischen Krankenhäusern und Kliniken existieren und unter der Ärzteschaft bekannt sind und ob eine Nutzung erfolgt, ist bisher unklar.

Befragung zu den Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit

Die Landesärztekammer Hessen hat in Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund und der Hessischen Krankenhausgesellschaft zum World Mental Health Day im Herbst 2025 alle stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte in Hessen befragt, ob in ihren Arbeitsstätten Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit durchgeführt werden und ob sie diese nutzen. Dabei wurden nicht nur Daten zu den bereits vorhandenen Maßnahmen erfasst, sondern auch zu möglichen die mentale Gesundheit gefährdenden Gegebenheiten sowie zu hilfreichen Maßnahmen erhoben.

Grafik: LÄKH, Stabsstelle Qualitätssicherung

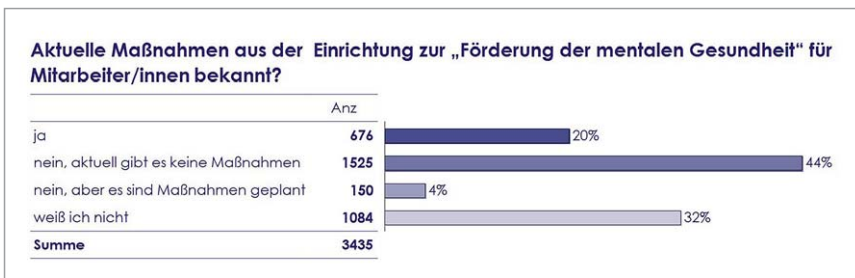


Abb. 1: Aktuelle Maßnahmen in den Einrichtungen

¹ Basisdaten Psychische Erkrankungen (dgppn, Stand: Februar 2025).

² Update Psychreport 2025 (DAK, iges, Stand: 11.04.2025).

³ Update Psychreport 2025 (DAK, iges, Stand: 11.04.2025).

⁴ WHO guidelines on mental health at work (Geneva: World Health Organization; 2022).



Befragt wurden alle 16.402 zu diesem Zeitpunkt stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte in Hessen. N = 3.441 nahmen an der Online-Befragung teil. Somit beträgt die Rücklaufquote 21 %.

Das (erwartete) unterschiedliche Interesse an dem Thema lässt sich bereits aus der Anzahl der Antworten erkennen. Die Rücklaufquote in der Untergruppe der befragten Frauen betrug 24 %, während diese bei den männlichen Befragten bei 17 % lag. Interessant und vielleicht weniger erwartet war, dass das Thema vor allem bei Ärztinnen und Ärzten mit Leitungsfunktion relevant zu sein scheint. In dieser Untergruppe betrug der Rücklauf 33 %.

Maßnahmen zur Förderung mentaler Gesundheit in stationären Einrichtungen

Im ersten Teil der Befragung wurde erfasst, wie die Befragten das Thema mentale Gesundheit in den Einrichtungen wahrnehmen und inwieweit Maßnahmen in diesem Themenbereich durchgeführt werden.

58 % der Befragten gaben an, dass sie sich bislang „wenig bis gar nicht“ mit dem Thema „Förderung der mentalen Gesundheit“ in der eigenen Einrichtung beschäftigt haben. 15 % der Befragten war das Thema gut vertraut. 4 % hielten das Thema für „nicht relevant“ und bei 23 % wurde hin und wieder über dieses Thema gesprochen.

Abbildung 1 verdeutlicht, dass das Vorhandensein von aktuellen Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit von 44 % der Befragten verneint wurde, 32 % wussten nicht, ob Maßnahmen vorhanden seien. Nur 20 % bejahten diese Frage und 4 % gaben an, dass entsprechende Maßnahmen geplant seien.

Von denjenigen Befragten, deren Einrichtungen solche Maßnahmen anbieten (n = 654), gaben lediglich 28 % an, dass sie diese auch nutzen würden. Die übrigen 72 % (n = 468) gaben in den Freitextantworten unter anderem folgende Gründe für die Nichtnutzung an: Kein Bedarf (33 %), Zeitmangel (29 %) sowie arbeitszeitlich ungünstige Durchführung (20 %). Erwähnt wurde ebenfalls, dass die Maßnahmen nicht sinnvoll oder die Themen nicht passend seien, man anderweitig ver-

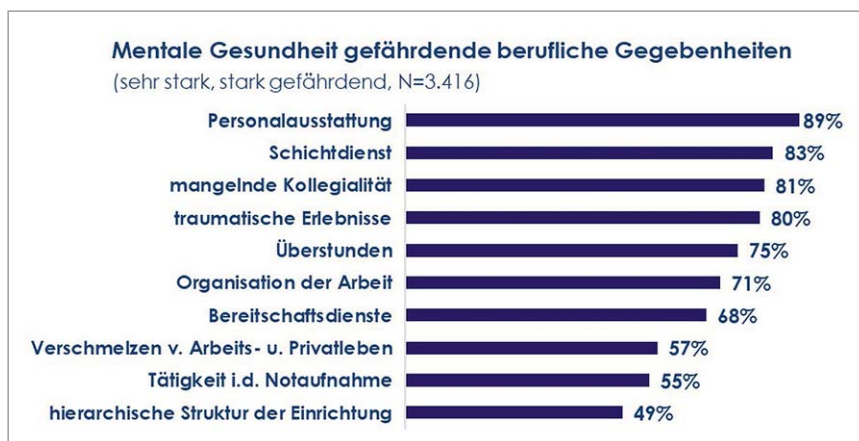


Abb. 2: Mentale Gesundheit gefährdende berufliche Gegebenheiten

sorgt sei, oder Angst vor Stigmatisierung am Arbeitsplatz habe.

Berufliche Gegebenheiten, die die mentale Gesundheit gefährden

Im zweiten Teil der Befragung wurde nach den beruflichen Gegebenheiten gefragt, die – nach Wahrnehmung der Befragten – die mentale Gesundheit gefährden können. Die Frage wurde halboffen gestellt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Wahrnehmung stärker einzubringen.

Wie in der Abbildung 2 ersichtlich, wurden bei den vorgegebenen Antworten in erster Linie Personalausstattung (89 %, sehr stark oder stark belastend), Schichtdienst (83 %) oder traumatische Erlebnisse (80 %) angegeben.

Als sehr belastend oder belastend wurde aber auch die mangelnde Kollegialität/Zusammenarbeit empfunden (81 %).

Als weniger belastend wurden das Verschmelzen von Arbeits- und Privatleben

(57 % nur wenig oder überhaupt nicht belastend), Tätigkeit in der Notaufnahme/Versorgung von Notfällen (55 %) oder hierarchische Struktur der Einrichtung (49 %) angegeben. Dabei ist nicht zu vernachlässigen, dass auch diese weniger belastenden Gegebenheiten von mindestens der Hälfte der Befragten als (sehr) belastend wahrgenommen wurden.

Bei den offenen Fragen (n = 645, Mehrfachantwort) wurden Arbeitsverdichtung/Druck (19 %), strukturelle Probleme /Arbeitsorganisation (15 %) oder Probleme mit Vorgesetzten/Verwaltung (11 %) angegeben.

Bei den Belastungsfaktoren nicht zu unterschätzen sind die psychosozialen Faktoren. So wurde von 13 % der Befragten mangelnde Wertschätzung und von 8 % Diskriminierung/Mobbing/Aggression am Arbeitsplatz erwähnt. Weiter wurden unter anderem Bürokratie/Dokumentation (7 %) und Erwartungshaltung/Ansprüche der Patienten (7 %) genannt.



Abb. 3: Als hilfreich erachtete Maßnahmen zur mentalen Gesundheit



Auch die Konfrontation mit mental belastenden Situationen spielt im Klinikalltag eine wichtige Rolle und kann die mentale Gesundheit negativ beeinflussen.

Mental belastende Ereignisse wurden bei 8 % „immer“, bei 25 % „öfter“ besprochen. „Selten“ geschah dies bei 35 % und „nie“ bei 32 %.

Nur 27 % der Befragten gaben an, dass es bei belastenden Situationen betriebsinterne Anlaufstellen gebe. Weitere 30 % gaben an, dass solche Stellen nicht vorhanden seien. In Planung seien solche Stellen bei 3 % der Befragten. 40 % der Befragten wussten nicht, ob in ihrer Einrichtung ein solches Angebot existiere.

Genannt wurden unter anderem folgende Anlaufstellen: Psychologe/Psychologin (17 %), kollegiale Ersthelfer/-helferinnen (15 %), Seelsorge (14 %), aber auch Mitarbeitervertretung/Betriebsrat (13 %), Vorgesetzte (12 %) sowie betriebsärztlicher Dienst (12 %).

Außerbetriebliche Anlaufstellen in belastenden Situationen waren lediglich 24 % (n = 833) der Befragten bekannt. Genannt wurden am häufigsten Psychotherapeuten (22 %), Psychologen (12 %) sowie telefonische Hilfe (Seelsorge, Krisentelefon) (12 %).

Innerbetriebliche Maßnahmen für die Stärkung der mentalen Gesundheit

Im letzten Teil sollten die Befragten die Maßnahmen bewerten bzw. weitere Maßnahmen angeben, die sie als Betroffene für sinnvoll erachten.

Bei den vorgegebenen Antworten (siehe Abb. 3) wurden folgende Maßnahmen als hilfreich oder sehr hilfreich erachtet: Klare Pausen- und Überstundengestaltung (92 %), Kommunikationstraining (79 %) oder Supervision (78 %). Als am wenigsten hilfreich wurden der Ruheraum (54 %) sowie eine unabhängige Online-Plattform mit Maßnahmen zur mentalen Gesundheit (37 %) angegeben.

Bei den Freitexten zu den Maßnahmen (n = 535, Mehrfachantworten) wurden als hilfreich angegeben: eine höhere Personalausstattung (24 %), Arbeitsorganisation (17 %), Arbeitszeitregelungen wie Überstundenregelungen und Einhaltung der Arbeitszeitgesetze (16 %). Ferner

wurden Wertschätzung (8 %), Supervision (7 %), (getrennte) Zeit für Aufgaben (7 %), soziales/gesellschaftliches Miteinander (7 %) sowie Pausen zum Abschalten (ohne Störungen) (7 %) als hilfreich erwähnt.

Rückzugsmöglichkeiten und weniger Lärm

Aus den Freitexten zur Arbeitsplatzgestaltung (n = 712, Mehrfachantwort) wurde klar ersichtlich, dass ein Arbeitsplatz mit Rückzugsmöglichkeit (44 %) für (sehr) wichtig erachtet wird. Ferner wurden eine Modernisierung der Diensträume bzw. eine bessere technische Ausstattung (36 %) gewünscht. Generell wurde deutlich, dass Rückzugsmöglichkeiten und weniger Lärm in Diensträumen wichtige Faktoren für die Befragten sind. Aber auch ansprechendere Räumlichkeiten, z. B. mit etwas Dekoration oder eine Teeküche in Reichweite (11 %) wurden als hilfreiche Maßnahmen erwähnt.

Aus den Freitexten wurde außerdem deutlich, dass ein Ruheraum nur dann sinnvoll sei, wenn eine „richtige“ Pause zum Abschalten und ohne Störungen ermöglicht werde. Den meisten Befragten ging es dabei auch nicht um einen separaten Raum, sondern um einen ungestörten Platz für eine Pause oder um z. B. Arztbriefe zu schreiben.

In diese Ergebnisse wurden Befragte aller Fachrichtungen einbezogen. Die Befragung gibt Hinweise darauf, dass in den Fachrichtungen mit Bezug zur psychischen Gesundheit wie Psychosomatik und Psychiatrie dieses Thema bewusster angegangen wird und dort mehr Maßnahmen angeboten werden. Würden die Ergebnisse dieser Subgruppe aus der Gesamtauswertung ausgenommen, lägen das Angebot und die Teilhabe an den Maßnahmen zur mentalen Gesundheit noch niedriger.

Trotz der unterschiedlichen Rücklaufquoten von weiblichen und männlichen Befragten fielen die Ergebnisse bei der Auswertung nach Geschlecht ähnlich aus.

Markantere Unterschiede gab es eher zwischen den betrachteten Altersgruppen bzw. hierarchieabhängig bezogen auf die berufliche Stellung.

Viel Verbesserungspotenzial

Aus der Befragung geht hervor, dass auch dreizehn Jahre nach der Einführung gesetzlicher Verpflichtungen das Thema mentale Gesundheit häufig weiterhin als Randthema behandelt wird – vor allem im arbeitsreichen Klinikalltag mit seinen ökonomischen Gegebenheiten und dem vielerorts herrschenden Personalmangel. Dabei kann die Beschäftigung mit Maßnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung der mentalen Gesundheit langfristig dabei helfen, weiteren finanziellen Belastungen und einem sich weiter vertiefenden Personalmangel vorzubeugen.

Unsere Untersuchung zeigt, dass der Mehrheit der Befragten existierende oder geplante Maßnahmen zur Stärkung der mentalen Gesundheit innerhalb ihrer Einrichtung nicht bekannt sind. Hier könnten gezielte Informationen an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen, um auf das Thema mentale Gesundheit aufmerksam zu machen, das Thema zu entstigmatisieren und bei Bedarf unterstützende Angebote aufzuzeigen.

Berufliche Anerkennung, Wertschätzung und Kollegialität auf allen Ebenen könnten das Thema mentale Gesundheit ebenso voranbringen wie gezielte Präventionsmaßnahmen und -angebote oder bauliche und organisatorische Unterstützung wie adäquate Rückzugsmöglichkeiten und die Einhaltung von Pausenzeiten.

Hierbei sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden, um individuelle Bedarfe zu erkennen. Zudem muss eine offene Kommunikations- und Fehlerkultur etabliert werden, in der das Reden über kritische Ereignisse und die eigene Belastung ermöglicht und als Motivation zur Weiterentwicklung betrachtet werden können.

**Liina Baumann, Dr. Iris Natanzon,
Katrin Israel-Laubinger**

Stabsstelle Qualitätssicherung,
Patientensicherheit und Analysen im
Gesundheitswesen,
Landesärztekammer Hessen

Nina Walter
Ärztliche Geschäftsführerin der
Landesärztekammer Hessen



Studien und Metaanalysen postulieren einen eindeutigen lebenszeitverlängernden Effekt des Radfahrens.

A bike ride a day keeps the doctor away?

Warum die tägliche Fahrt mit dem Fahrrad zur Arbeitsstätte mehr hilft, als uns vielleicht lieb ist

„Jedes Mal, wenn ich einen Erwachsenen auf einem Fahrrad sehe, verzweifle ich nicht mehr an der Zukunft der Menschheit.“ gab, zugegeben etwas bedeutungsschwer, einst H. G. Wells zum Besten, ergriffen von einer akuten Episode Welterschmerz. Was Wells damals intuitiv spürte, verdichtet sich in aktueller und zurückliegender Studienlage – ganz in Tradition der Gründerväter kardiovaskulärer Präventionsforschung.

Wenn wir ehrlich sind, könnten auch wir Ärzte für die Strecke zur Praxis oder Klinik häufiger das Fahrrad nehmen. Practise what you preach – tue selbst, was du anderen predigst, würde uns der Brite ermahnen. Neben der Förderung der körperlichen Fitness und damit einhergehendem Training des kardiovaskulären Systems wirkt sich Radfahren nämlich auch positiv auf das psychische Wohlbefinden und sogar das Immunsystem aus [1].

Bereits zehn Minuten moderates Radfahren verbrennen außerdem ca. 97 Kalorien. Studien und Metaanalysen postulieren zudem einen eindeutigen lebenszeitverlängernden Effekt des Radfahrens. In einer niederländischen Studie mit 50.000 Teilnehmern wurde bei einem Radfahren von 75 Minuten pro Woche eine Lebenszeit-

verlängerung um etwa sechs Monate kalkuliert [2]. Eine Forschergruppe aus Dänemark berechnete eine Erhöhung der Lebenserwartung bei einem Ersatz kurzer Autofahrten durch das Rad um drei bis 14 Monate [3].

Zur Beantwortung der Frage, welche Pendler gesünder leben, ob Auto- oder Radfahrer, betrachtete eine Forschergruppe des Imperial College London Zensusdaten von 300.000 Personen aus Wales und England. Die Ergebnisse wurden 2020 im Lancet Planet Health publiziert und zeigten, dass Autofahren die ungesündeste Art des Pendelns ist. Das Pendeln mit dem Fahrrad ist mit einem um 20 % geringeren Mortalitätsrisiko, einem um 24 % geringeren Mortalitätsrisiko für Herz-Kreislauferkrankungen und einem 11 % niedrigeren Risiko für Krebserkrankungen assoziiert [4]. E-Bikes (Pedelec) erreichten die-

Die Landesärztekammer Hessen beteiligt sich 2026 zum zweiten Mal mit einer großen Mitarbeitergruppe am „Stadtradeln“ (www.stadtradeln.de). Organisiert wird dies vom Arbeitskreis Gesundheit der LÄKH. (red)

se Effekte zwar nicht in diesem Ausmaß, stellen aber für Pendler dennoch eine wesentlich gesündere Alternative zum Autofahren dar [5].

Diese Studienergebnisse stehen in der gleichen Tradition wie die damals bahnbrechende Vergleichsstudie von Jerry Morris, der trotz mangelnder Forschungsmittel im NachkriegsEngland eine der wichtigsten kardiovaskulären Erkenntnisse publizierte. Er verglich die immer sitzenden Fahrer der Londoner Doppeldeckerbusse mit den immer laufenden Schaffnern der gleichen Busse und konnte so erstmalig, auf großer Datenbasis fußend, den wichtigen Effekt von Bewegung auf das kardiovaskuläre Risiko aufzeigen.

Als Ärztinnen und Ärzte sollten wir deshalb versuchen, präventiv uns selbst und unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Radfahren zu motivieren – und vielleicht auch ein bisschen Vorbild sein.

Dr. med. Cornelius Weiß
Dr. med. Andreas Hoheisel

Die Literatur findet sich auf der Webseite www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Leitsymptom Rückenschmerz: Einordnung in der hausärztlichen Praxis

Zwischen Abwarten, Aktivierung und gezielter Diagnostik

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen Versorgung. Für Hausärztinnen und Hausärzte bedeutet das vor allem eines: Sie müssen zwischen harmlosen, selbstlimitierenden Beschwerden und potenziell ernsthaften Ursachen unterscheiden. Im Gespräch erläutert Petra Hummel, hausärztlich niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bad Homburg, wie diese Einordnung in der Praxis gelingt – vom Erkennen von Warnzeichen bis zur Entscheidung, wann weiterführende Diagnostik erforderlich ist.

Frau Hummel, mit welchen Rückenschmerzen kommen Patientinnen und Patienten typischerweise in Ihre Praxis?

Petra Hummel: Rückenschmerzen sehen wir tatsächlich sehr häufig, und die Beschwerden sind sehr unterschiedlich. Häufig kommen Patientinnen und Patienten mit akuten, unspezifischen Rückenschmerzen in die Praxis, etwa nach ungewohnter körperlicher Belastung wie Gartenarbeit oder mit plötzlich aufgetretenen Nacken- oder Rückenschmerzen am Morgen.

In der hausärztlichen Praxis begegnet uns dabei ein breites, unselektiertes Patientenspektrum. Menschen kommen aus ganz unterschiedlichen Lebenssituationen – vom Bauarbeiter über Büroangestellte bis hin zur Mutter mit kleinen Kindern oder zur Rentnerin. Viele wünschen sich vor allem, dass die Schmerzen möglichst schnell verschwinden, nicht selten verbunden mit der Erwartung einer Spritze oder einer passiven Behandlung.

Unsere zentrale Aufgabe ist es, diese Beschwerden zunächst klinisch einzuordnen und zu prüfen, ob Hinweise auf eine ernsthafte Ursache vorliegen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich jedoch um unspezifische Rückenschmerzen.

Wie gehen Sie bei der ersten Abklärung vor und worauf achten Sie besonders, um ernsthafte Ursachen auszuschließen?

Hummel: Am Anfang steht eine sorgfältige Anamnese. Ich frage nach möglichen Auslösern in den vergangenen Tagen oder Wochen, etwa nach ungewohnter körperlicher Belastung, Stürzen oder Unfällen. Wichtig sind auch Vorerkrankungen, zum Beispiel Osteoporose, Tumorerkrankungen oder eine langfristige Kortisontherapie. Besonders achte ich auf sogenannte Red Flags – etwa Fieber, Gewichtsverlust, Nachtschweiß oder neurologische Symptome.

Rückenschmerzen können in seltenen Fällen Ausdruck schwerwiegender Erkrankungen sein. Ich erinnere mich an einen Patienten, bei dem sich hinter den Rückenschmerzen letztlich ein Prostatakarzinom mit Knochenmetastasen verbarg. Aber auch internistische Ursachen spielen eine Rolle: So stellte sich bei einer Patientin mit zunächst typischen Rückenschmerzen heraus, dass Gallensteine die Beschwerden ausgelöst hatten.

In etwa 90 bis 95 Prozent der Fälle handelt es sich jedoch um unspezifische Rückenschmerzen.

Welche Bedeutung hat die klinische Untersuchung bei Rückenschmerzen und wann ist eine apparative Diagnostik erforderlich?

Hummel: Die klinische Untersuchung ist aus meiner Sicht der wichtigste Schritt und sollte immer vor apparativer Diagnostik stehen. Ich prüfe Beweglichkeit, Muskelhartspann und neurologische Funktionen wie Reflexe oder Sensibilitätsstörungen. Entscheidend ist vor allem, Warnzeichen auszuschließen – etwa Paresen oder Störungen von Blasen- und Mastdarmfunktion. Wenn solche Hinweise fehlen, ist eine Bildgebung zunächst meist nicht erforderlich.

Bildgebende Verfahren sollten generell zurückhaltend eingesetzt werden. Wenn man zu früh ein Röntgenbild oder ein MRT veranlasst, findet man häufig Veränderungen an der Wirbelsäule – gerade bei Menschen über 40 Jahren. Viele dieser Befunde



Foto: HHÄV Hessen

Petra Hummel, Fachärztin für Allgemeinmedizin

stehen jedoch nicht im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, werden aber häufig so interpretiert. Wenn Patientinnen und Patienten solche Veränderungen sehen, fühlen sie sich schnell „krank“ und beginnen, ihren Rücken zu schonen. Das kann im schlimmsten Fall sogar zur Chronifizierung beitragen.

Wenn sich keine ernsthafte Ursache zeigt: Welche Behandlungsstrategien haben sich in Ihrem Praxisalltag bewährt?

Hummel: Die wichtigste Botschaft ist: aktiv bleiben. Viele Patientinnen und Patienten wünschen sich zunächst eine eher passive Behandlung, etwa eine Spritze oder eine Massage. Ich erkläre dann, dass die Beschwerden in den meisten Fällen selbstlimitierend sind und Bewegung eine zentrale Rolle spielt.

Wenn eine Blockierung vorliegt – beispielsweise im Bereich des Iliosakralgelenks – kann eine manualtherapeutische Behandlung helfen. Häufig spüren die Betroffenen danach bereits eine deutliche Besserung. Zusätzlich empfehle ich Wärme, gegebenenfalls kurzfristig ein Analgetikum (z. B. ein nichtsteroidales Antirheumatikum oder Metamizol) und vor allem Bewegung – etwa Spaziergänge oder leichte Übungen.

Ich erkläre den Patientinnen und Patienten auch, was physiologisch passiert: Ein großer Teil der Schmerzen entsteht durch verspannte Muskulatur. Muskeln müssen benutzt werden, damit sie sich wieder entspannen können. Während eine Massage kurzfristig angenehm sein kann, hilft langfristig vor allem Bewegung.

Welche Rolle spielen psychosoziale Faktoren und wie arbeiten Sie in solchen Fällen mit anderen Berufsgruppen zusammen?

Hummel: Die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten hat oft einen erheblichen Einfluss auf das Beschwerdebild. Bei einer Mutter mit kleinen Kindern stellt sich zum Beispiel schnell die Frage, wer sie im Alltag entlasten kann, damit sie nicht ständig heben und tragen muss. Auch beruflicher Stress, familiäre Belastungen oder depressive Erkrankungen können Rückenschmerzen verstärken oder chronifizieren.

Physiotherapie ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. In der Regel verordne ich Krankengymnastik, gegebenenfalls ergänzt durch manuelletherapeutische Maß-

nahmen. Wenn Red Flags vorliegen oder neurologische Symptome auftreten, erfolgt selbstverständlich eine gezielte weiterführende Diagnostik und gegebenenfalls eine Überweisung zum Facharzt.

Häufig sehen sich Hausärztinnen und Hausärzte auch mit Erwartungen aus dem Umfeld der Patienten konfrontiert. Viele hören von Bekannten oder Familienmitgliedern schnell den Rat: Da muss doch ein MRT gemacht werden oder du musst unbedingt zum Orthopäden. In solchen Situationen gehört es auch zur hausärztlichen Aufgabe, Patienten vor unnötiger Diagnostik oder Überversorgung zu schützen, den weiteren Verlauf zunächst zu begleiten und einzuordnen.

Welche Rolle spielen Leitlinien und Prävention im Umgang mit Rückenschmerzen?

Hummel: Die Leitlinie zum unspezifischen Kreuzschmerz deckt sich sehr gut mit meinen praktischen Erfahrungen. Sie betont die Bedeutung der klinischen Untersuchung, empfiehlt eine zurückhaltende Bildgebung und setzt vor allem auf die Aktivierung der Betroffenen. Genau hier

setzt auch die Prävention an: Bewegung spielt eine zentrale Rolle und sollte möglichst früh im Alltag verankert werden. Viele Kinder bewegen sich heute deutlich weniger als früher. Umso wichtiger ist es, Bewegung in Schule, Beruf und Freizeit selbstverständlich zu integrieren.

Wie wirksam das sein kann, zeigt auch ein Beispiel aus meinem Praxisalltag: Eine über 90-jährige Patientin klagt im Winter regelmäßig über Rückenschmerzen. Sobald sie im Sommer wieder täglich im Garten arbeitet, verschwinden die Beschwerden.

Für mich ergibt sich daraus eine klare Botschaft: Die meisten Rückenschmerzen sind unspezifisch und profitieren von Aktivität. Entscheidend ist, die wenigen ernsthaften Ursachen frühzeitig zu erkennen. Dabei bleibt die klinische Untersuchung der wichtigste Schritt und die Hausarztpraxis der zentrale Ort für diese Einordnung zwischen notwendiger Abklärung und unnötiger Überdiagnostik.

**Interview: Dr. med. Peter Zürner
& Maren Siepmann**

Best Practice-Modelle zum Hitzeschutz

Liebe Kolleginnen und Kollegen, teilen Sie mit uns Best Practice-Modelle zum Hitzeschutz! In Anbetracht der vielen Herausforderungen unserer Zeit ist der Klimawandel zuletzt aus dem Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Das hält ihn nicht auf – auch nächsten Sommer sind sehr heiße Tage zu erwarten.

Für vulnerable Gruppen wie alte Menschen, Personen mit chronischen Erkrankungen sowie Schwangere und Kinder kann das schwere gesundheitliche Folgen haben. Da sich diese vermehrt in Gesundheitseinrichtungen aufhalten, kommt dem Hitzeschutz hier eine besondere Bedeutung zu.

Aber nicht nur unsere Patientinnen und Patienten brauchen Schutz, sondern auch alle Berufsgruppen, die im Gesund-

heitssystem oft komplexen geistigen oder schweren körperlichen Aufgaben nachkommen müssen.

Daher möchte die AG Klimaschutz der Landesärztekammer Hessen anlässlich des nationalen Hitzeaktionstags am 11. Juni 2026 Best Practice-Modelle zum Hitzeschutz sammeln. Zeigen Sie uns, wie in Ihrer Praxis, Klinik oder Pflegeeinrichtung Hitzeschutz gelebt wird! Ganz gleich ob konventionelle Methoden, kreative Lösungen, bauliche Änderung oder Verhaltensmaßnahmen, wir sind gespannt und freuen uns über Ihre Einsendung.

Teilen Sie uns Ihre bereits umgesetzten oder geplanten Maßnahmen mit. Die zwei herausragendsten Modelle werden im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht.

Um Ihren Aufwand überschaubar zu halten, bitten wir um eine kurze Beschreibung Ihrer Maßnahmen mit einem Maximalumfang von 500 Wörtern. Grafiken oder Fotos sind ebenfalls willkommen. Senden Sie diese bitte bis zum 11. Juni an:

Landesärztekammer Hessen

Klimaschutzbeauftragte

Dr. med. Svenja Krück

Hanauer Landstraße 152

60335 Frankfurt am Main

Oder per Mail an:

Klimaschutzbeauftragte@laekh.de

Weitere Fragen beantwortet die Klimaschutzbeauftragte der Kammer ebenfalls gerne unter obiger Mailadresse.

(red)

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © volha_r – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Ultraschallkurs Schilddrüse – Modul I (CME beantragt)

Mit dem innovativen Modul-System der DEGUM erweitern Sie gezielt Ihre fachlichen Kompetenzen in der Ultraschalldiagnostik. Jedes Modul ist darauf ausgerichtet, spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten strukturiert zu vermitteln und zu vertiefen. Im Modul I des Ultraschallkurses „Schilddrüse“ erwarten Sie die wichtigsten Grundlagen in der Schilddrüsenultraschallsonographie, häufige Erkrankungen sowie zentrale Aspekte der Differentialdiagnostik und des Methodenvergleichs.

Termin: Live-Webinar: 06.05.2026
Präsenz: 08.05.2026

Gebühr: 437,00 €
393,30 €*

Kursleitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga

Kontakt: juliane.schwab@laekh.de

Psychosomatische Medizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 23.-26.11.2026, E-Learning: ab 03.11.2026	Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde (CME beantragt) Prof. Dr. med. C. Christ	Dieser kompakte Wochenkurs vermittelt Ihnen die zentralen Grundlagen der Erwachsenen- und Kinderpsychosomatik, der Psychokardiologie, Psychogynäkologie, Psychoonkologie sowie der Schmerzmedizin. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	1.235,00 € 1.111,50 €*

Arbeitsmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 24.06.2026, 07.10.2026	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – MIMA (Erstschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	In diesem Kurs erfahren niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, wie sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in ihrer Praxis kompetent und selbstständig organisieren können. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €*

Transfusionstherapie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 10.11.2026, E-Learning: ab 20.10.2026	Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leitung Blutdepot (16 CME) Dr. med. A. Opitz	Der Kurs vermittelt rechtliche Grundlagen bei der Anwendung von Blutprodukten, thematisiert die Bedeutung von Blutgruppen und Antikörpern für eine sichere Transfusion und beleuchtet Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	480,00 € 432,00 €*

Innere Medizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 30.05.2026, E-Learning: ab 18.05.2026	EKG-Kurs (14 CME) Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Prof. Dr. med. D. Leistner	Der interaktive Kurs vermittelt zunächst in einem E-Learning die Grundlagen des EKGs. Im anschließenden Präsenztage werden gemeinsam EKGs befundet – Basiswissen in der EKG-Befundung wird daher vorausgesetzt. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	427,00 € 384,30 €*
Live-Webinar: 30.09.2026	Aktuelle Diabetologie – Teile 3 + 4 (5 CME) Dr. med. I. Martin, Dr. med. B. Fischer	Die Veranstaltung bietet Ihnen in sechs Modulen praxisbezogene Einblicke in die wichtigsten Themen in der Diagnostik und Behandlung des Typ 2 Diabetes mellitus – das nächste Mal mit den Schwerpunkten Insulintherapie und technische Hilfsmittel. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	145,00 € 130,50 €*
Live-Webinar: 28.10.2026	Rheuma an einem Tag (5 CME) Prof. Dr. med. U. Lange	Kompakt und praxisnah: Das Live-Webinar führt Sie durch die wichtigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und zeigt Ihnen, wie Sie diese im Praxisalltag sicher erkennen und gezielt behandeln können. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	96,00 € gebührenfrei*

Strahlenschutz

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 09.05.2026, 28.11.2026	Strahlenschutz: Aktualisierungskurs (8 CME) Prof. Dr. med. N. Naguib, Dr. med. S. Trittmacher	Ärztinnen und Ärzte, die Röntgenstrahlen am Menschen anwenden, benötigen eine gültige Fachkunde im Strahlenschutz – eine Aktualisierung ist alle fünf Jahre notwendig. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	276,00 € 248,80 €*
Präsenz: 15.08.2026, E-Learning: ab 15.07.2026	Fachkunde im Strahlenschutz: Grundkurs (19 CME) Dr. med. S. Trittmacher	Der Weg zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz erfolgt über aufeinander aufbauende Kurse – der erste Schritt ist der Grundkurs. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	626,00 € 563,40 €*



Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

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

Qualitätsmanagement

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 16.09.2026	Patientensicherheit und Qualitätssicherung (CME beantragt) K. Israel-Laubinger	Die Fortbildungsreihe greift regelmäßig aktuelle Themen auf – von Arzneimitteltherapiesicherheit über Qualitätssicherungsverfahren und gesetzliche Grundlagen bis hin zu Kommunikation und Schnittstellenmanagement. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	169,00 € 152,10 €*
Präsenz: 05.+06.11.2026, E-Learning: ab 12.10.2026	Peer Review in der Medizin (PRiM) (16 CME) Prof. Dr. med. H. Mutlak	Sie erhalten umfangreiches Wissen über ein Qualitätssicherungsverfahren, das auf die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Stärkung der Qualitätskultur in der Patientenversorgung zielt und in verschiedenen medizinischen Fachbereichen durchgeführt werden kann. Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	525,00 € 475,20 €*

Sportmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 15.06.2026, Präsenz: 16.06.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 9 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 9 findet im Bootshaus des Ski- und Kanu-Clubs Gießen e. V. statt und verbindet metabolische, endokrinologische und gastrointestinale Schwerpunkte mit praxisnaher Sportmedizin direkt auf dem Wasser. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
Präsenz: 17.+18.06.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 14 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Sie lernen die Auswirkungen des Alterns auf Körper und Organsysteme kennen, verstehen den therapeutischen Wert von Aktivität und erhalten Einblicke in passgenaue Sportangebote für Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

Allgemeinmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Hybrid: 15.-19.06.2026	Repetitorium Allgemeinmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. A. Wunder	Im Repetitorium erwartet Sie ein kompakter Einblick in die Allgemeinmedizin – thematisiert werden z. B. typische Beratungsanlässe und häufige Erkrankungen, Notfälle und Wundmanagement und der Umgang mit Leitlinien. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	792,00 € 712,80 €*

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 07.09.2026, Präsenz: 08.-10.09.2026, E-Learning: ab 24.08.2026	Kurs-Weiterbildung Krankenhaushygiene – Modul I: Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (CME beantragt) D. Ziedorn	Dieser Kurs befähigt Sie, die Aufgaben einer Hygienebeauftragten Ärztin/eines Hygienebeauftragten Arztes wahrzunehmen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.223,00 € 1.100,70 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 30.05.2026, Präsenz: 12.+13.06.2026, E-Learning: ab 04.05.2026	Einführung in die Schlafmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. R. Schulz et al.	Der Kurs kombiniert 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 €*
Präsenz: 27.06.2026	Aggression und Gewalt im Praxisalltag (9 CME) Dr. agr. Dr. med. R. Schmidt, Dipl. Sozialpädagogin J. Mosig-Frey	In Kooperation mit der Carl-Oelemann-Schule: Die Veranstaltung richtet sich an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und ihre Teams, die Strategien zur Deeskalation von Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz erlernen möchten. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	252,00 € 226,80 €*

Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen (M&MK) (20 CME)

Es erwartet Sie ein lebendiger Kurs mit theoretischen Inputs, praktischen Übungen und kollegialem Austausch, der sowohl Methoden vermittelt als auch den Blick für das große Ganze schärft. In der Veranstaltung erfahren Sie, wie Sie M&MK sinnvoll in Qualitätsmanagement und Klinikalltag einbetten können und welche zentrale Rolle eine professionelle Moderation dabei spielt. In abwechslungsreichen Übungen erweitern Sie darüber hinaus gezielt Ihre Moderationskompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Perspektivwechsel und Organisation.

Termin:	Präsenz: 01.+02.10.2026 E-Learning: ab 01.09.2026
Gebühr:	624,00 € 561,60 €*
Kursleitung:	Dr. med. K. Schneider
Kontakt:	adiela.candelo-roemer@laekh.de



Foto: ©Khalil Mustapha – stock.adobe.com, mit KI



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (CME beantragt)

Neue Impulse treffen auf bewährte Grundlagen: Dieses Repetitorium bietet Ihnen eine kompakte, hochaktuelle Auffrischung des gesamten Fachgebiets – fundiert, praxisnah und perfekt zugeschnitten auf die Anforderungen der Facharztprüfung. Die Schwerpunktthemen umfassen Gynäkologie, Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, gynäkologische Onkologie, Urogynäkologie, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik.

Termin:	Live-Webinar: 30.–31.10.2026, 06.–07.11.2026
Gebühr:	798,00 € 718,12 €*
Kursleitung:	Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein
Kontakt:	jennifer.konert@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
On-Demand: jederzeit abrufbar	Einführung in landesspezifische Regelungen für rettungsdienstlich tätige Führungskräfte in Hessen (6 CME) Dr. med. G. Appel, J. Blau	In fünf E-Learning-Einheiten erfahren Sie zeit- und ortsunabhängig alles Wissenswerte über die gesetzlichen Grundlagen im Bevölkerungsschutz, Rettungsdienst und Katastrophenmanagement in Hessen. Das Angebot richtet sich insbesondere an leitende Notärztinnen und Notärzte. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei
Präsenz: 08.-10.10.2026	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (25 CME) M. Leimbeck, Prof. Dr. med. R. Merbs	Der Kurs verbindet theoretische Inhalte mit vielen praktischen Übungen. Schritt für Schritt trainieren Sie die wichtigsten Notfallszenarien – ideal für alle, die im ärztlichen Notdienst schnell, sicher und souverän handeln wollen. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	724,00 € 651,60 €*

Kinder- und Jugendmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Hybrid: 10.06.2026, 16.09.2026	Pädiatrie „State of the Art“ (6 CME) PD Dr. med. L. Schrod et al.	Die Veranstaltungsreihe bietet Ihnen ein kompaktes Update zu den aktuellen Standards in der Diagnostik und Therapie der Kinder- und Jugendmedizin. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	96,00 € gebührenfrei *



Veranstaltungen



Foto: © LÄKH



[Mehr erfahren](#)

Arbeits- und Betriebsmedizin

Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Der Qualifizierungslehrgang im Blended-Learning-Konzept vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen.

Inhalte u. a.:

- Die Arbeitsmedizin im System der sozialen Sicherung
- Gefährdungsbeurteilung, arbeitsmedizinische Vorsorge und weitere Untersuchungen
- Gesundheitliche Prävention und Management im Betrieb
- Administration und Koordination
- Grundlagen Diagnostische Verfahren

Termine: Beginn 07.08.2026
Gebühr: 1.875 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: christiane.hollstein@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 04.09.2026	Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden	Der Qualifizierungslehrgang wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Theorie und praktische Anwendungsübungen wechseln sich ab. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	455 €
ab 12.10.2026	Onkologie (ONK) 120 Stunden	Informationen zum Inhalt, Ablauf und den zu erwerbenden Handlungskompetenzen finden Sie auf unserer Website. Der Qualifizierungslehrgang basiert auf dem aktuellen Curriculum der Bundesärztekammer. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	1050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 23.10.2026	Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden	Der Qualifizierungslehrgang im Blended-Learning-Konzept wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Kontakt: julia.werner@laekh.de	1300 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 19.06.2026	Aktualisierungskurs/Aufbaufortbildung für Nicht-ärztliche Praxisassistenten 16 Stunden	Gemäß Delegationsvereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä) ist es erforderlich, den Wissensstand im Zeitabstand von drei Jahren zu aktualisieren. Kontakt: karin.jablotschkin@laekh.de	205 €
ab 24.08.2026	Fit für den Einstieg – Arztpraxis (MED 21) 30 Stunden	Die viertägige Blockveranstaltung richtet sich an Personen, die neu in einer Arztpraxis angestellt sind, keinen Berufsabschluss z. B. als MFA haben und ausgewählte medizinische Aufgabenbereiche nach Delegation übernehmen sollen. Ebenso an Arzthelfer/-innen und MFA, die als Wiedereinsteiger/-innen in den Beruf zurückkehren möchten. Kontakt: carina.hoffmann@laekh.de	500 €

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Prüfung	Schriftliche Prüfung	Gebühren
Aufstiegsfortbildung	Modulprüfung 1a, Do. 09.07.2026, Anmeldeschluss: 18.06.2026	siehe
Fachwirt/-in für ambulante medizinische Verordnung	Praktisch-mündliche Prüfung: Sa., 30.05.2026 Sa., 22.08.2026 Fr., 04.09.2026 + Sa., 05.09.2026	Website

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaerztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)

Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus

Mitgliederversammlung 2026 in Frankfurt am Main – Vereinsvorstellung

Nach dem Terrorangriff vom 07. Oktober 2023 gründeten Kolleginnen und Kollegen aus Israel die Initiative der Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus, welcher sich kurz darauf jüdische wie nicht-jüdische Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierende aus Deutschland, Österreich und der Schweiz anschlossen. Die Vereinsgründung erfolgte 17.9.2024.

Der Verein setzt sich dafür ein, antisemitische Tendenzen im medizinischen Kontext zu erkennen und ihnen entschieden entgegenzutreten. Zudem möchte er die gesundheitlichen Folgen von Antisemitismus stärker in Aus-, Weiter- und Fortbildungen verankern, damit jüdische Patientinnen und Patienten angstfrei und gut versorgt werden können.

Mitgliederversammlung in Frankfurt

Anfang Februar 2026 fand die Mitgliederversammlung des Vereins in Frankfurt am Main statt. Am Vorabend besuchte eine Gruppe von Mitgliedern historische jüdische Orte in der Stadt – von der Judengasse über die Gedenkstätte Neuer Börneplatz bis zum Jüdischen Museum. Die Auseinandersetzung mit dem reichen jüdischen Leben in Frankfurt bis zur Shoah war eindrücklich und zugleich Mahnung. Die eigentliche Mitgliederversammlung fand in den Räumen der jüdischen Gemeinde im Frankfurter Westend statt, auf deren Gelände auch der jüdische Kindergarten und die Lichtigfeldschule unterge-

bracht sind. Bereits der Zugang zu den Räumlichkeiten – geprägt von Sicherheitskontrollen wie Identitätsüberprüfung und Metalldetektoren sowie weiteren Schutzmaßnahmen (Polizei, Mauern mit Stacheldraht, Videoüberwachung, usw.) – machte deutlich, unter welchen Bedingungen jüdisches Leben in Deutschland heute stattfindet.

Antisemitismus und Gesundheit

Ein zentraler Schwerpunkt der Versammlung war die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen von Antisemitismus.

Was bedeutet es für Menschen, die bereits als Kinder lernen müssen, ihre jüdische Identität aus Angst zu verschweigen?

Was bedeutet es für Erwachsene, religiöse Symbole aus Sicherheitsgründen nicht öffentlich tragen zu können und im sozialen Miteinander ihre Herkunft verleugnen zu müssen?

Welche psychischen Belastungen und körperlichen Folgen entstehen durch dauerhafte Unsicherheit, gesellschaftliche Zuschreibungen oder Rechtfertigungsdruck? Chronischer Stress, soziale Isolation und Angst wirken sich nachweislich auf psychische wie körperliche Gesundheit aus. Als Ärzteschaft sind wir der Gesundheit aller Menschen verpflichtet – unabhängig von Herkunft oder Religion. Antisemitismus ist daher keine abstrakte politische Frage, sondern berührt unmittelbar unser berufliches Ethos und den mit ihnen verbundenen Behandlungsauftrag.

Ärztliche Selbstverwaltung

Der Verein hat Landesärztekammern und Fachgesellschaften eingeladen, sich institutionell zu engagieren. Die Landesärztekammern Hessen und Rheinland-Pfalz sind bereits dem Verein als Fördermitglieder beigetreten. Andere Kammern beriefen sich auf Neutralitätsüberlegungen.

Wir vertreten die Auffassung, dass Antisemitismus im Gesundheitswesen keine parteipolitische Positionierung darstellt, sondern eine berufsrechtlich relevante Versorgungs- und Verantwortungsthematik. Der Schutz vor Diskriminierung und die Sicherstellung einer angstfreien medizinischen Versorgung gehören zum Kern ärztlicher Selbstverwaltung.

Austausch mit dem Netzwerk jüdischer Hochschullehrender

Im Rahmen der Mitgliederversammlung fand zudem ein Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern des Netzwerks jüdischer Hochschullehrender – Bündnis gegen Antisemitismus an Hochschulen – statt. Geschildert wurden zunehmende antisemitische Vorfälle im Hochschulbereich seit dem 7. Oktober 2023. Jüdische Studierende und Lehrende berichten von Verunsicherung, Rückzug und dem Bedürfnis, ihre Identität im universitären Alltag zu verbergen.

Auch hier stellt sich die Frage nach den langfristigen psychosozialen Folgen kontinuierlicher Bedrohungserfahrungen.

Unsere Anliegen

Der Verein setzt sich ein für:

- Forschung zu gesundheitlichen Folgen von Diskriminierung aufgrund von Antisemitismus
- eine klare Benennung von und Einsatz gegen antisemitische Tendenzen im Gesundheitswesen
- Thematisierung von gesundheitlichen Folgen von Antisemitismus in medizinischer Aus-, Weiter- und Fortbildung

Foto: Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus



Am Vorabend der Mitgliederversammlung besuchte eine Gruppe historische jüdische Orte in Frankfurt – hier das Jüdische Museum.

- einen respektvollen und dialogorientierten Austausch innerhalb der Ärzteschaft

Unser Ziel ist ein berufliches Umfeld, in dem jüdische Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten ohne Angst leben und arbeiten können.“

Dr. med. Christine Hidas

Fachärztin Innere Medizin und Nephrologie am Klinikum Darmstadt, Leitende OÄ Zentrale Notaufnahme,

1. Vorsitzende der Frankfurter Gruppe des Deutschen Ärztinnenbundes,

Mitglied Verein Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus, Mitglied Präsidium LÄK Hessen

Dr. med. Dr. med. univ.

(UBFM/Belgrad) Eva See

Ärztin in Weiterbildung in der Radiologie,

Delegierte der LÄK Hessen

(Liste der Fachärztinnen und Fachärzte),

Mitglied im Ausschuss Ärztliche Weiterbildung der LÄKH,

Mitglied im Verein Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus

PD Dr. med. habil. Enrico Ullmann

Vorstandsmitglied des Vereins Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus

Internet: www.aegas.de

Stimmen aus dem Verein

Prof. Dr. med. Ulrike Schulze, Vorstandsvorsitzende

„Im Mittelpunkt steht für uns jüdisches Leben heute in Deutschland, vor allem seit den Vorfällen vom 7. Oktober 2023. Es geht darum, wahrzunehmen, welchen Herausforderungen Menschen dort begegnen – auch jenseits einzelner, klar benennbarer Vorfälle. Vieles zeigt sich nicht offen, sondern in einer veränderten, für Betroffene spürbaren Atmosphäre.

Dabei ist uns wichtig, unser Anliegen klar von politischen und kriegerischen Auseinandersetzungen zu trennen. Wir möchten den Fokus bewusst auf das Benennen und die konkreten Auswirkungen von Antisemitismus richten.

Wir möchten auch darauf aufmerksam machen und benennen, wo Antisemitismus innerhalb des medizinischen Systems eine Rolle spielt und den Finger dort

in die Wunde legen, wo es im Hinblick auf den Schutz unserer jüdischen Mitbürger*innen unabdingbar scheint und ist. Dabei erleben wir durchaus Unterstützung, aber auch Zurückhaltung – häufig mit Verweis auf eine angestrebte Neutralität. Umso wichtiger sind für uns Signale wie der Beitritt der Landesärztekammer Hessen, die deutlich machen, dass dieses Thema auch als Teil ärztlicher Verantwortung verstanden wird.“

Boris Oratovski, Vorstandsmitglied

„Aus medizinischer Sicht ist bekannt, dass dauerhafte Belastungen – etwa durch Unsicherheit, Stress oder Diskriminierung – nicht folgenlos bleiben. Sie können sich sowohl psychisch als auch körperlich auswirken und damit auch die Versorgung betreffen.

Gerade weil diese Belastungen oft nicht offen sichtbar sind, ist es wichtig, sie im medizinischen Alltag mitzudenken.

Wenn Menschen dauerhaft in einer Situation leben, in der sie sich anpassen oder zurückhalten müssen, kann das langfristig Einfluss auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit haben.

Ein wichtiger nächster Schritt ist deshalb, das Bewusstsein für diese Entwicklungen zu schärfen und das Thema stärker in der Aus- und Weiterbildung zu verankern.“

(red)

Der Verein „Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus“ informiert über seine Arbeit und aktuelle Aktivitäten auf seiner Website sowie auf LinkedIn:

<https://www.aegas.de/>

<https://www.linkedin.com/company/ae-gegen-antisemitismus/>

Die Pressemitteilung der Landesärztekammer Hessen zum Beitritt zum Verein finden Sie unter folgendem Kurzlink:

<https://t1p.de/lwe9u>

Resolution zum Dr. Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen spricht sich öffentlich und nachdrücklich für den Erhalt und Ausbau des Dr. Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Standort Frankfurt aus.

Die LÄKH-Delegierten erklären, Frankfurt am Main nehme innerhalb der deutschen Medizingeschichte eine besondere und bisher wissenschaftlich nicht vollständig ausgeforschte Stellung ein. Die Geschichte der medizinischen Einrich-

tungen vor Ort – insbesondere im Kontext der NS-Zeit und des Instituts für Rassenhygiene – begründe eine nachhaltige Verantwortung zur wissenschaftlichen Aufarbeitung und zur institutionellen Verankerung dieser Arbeit. Die bisher in dieser Hinsicht geleistete Arbeit des Instituts sollte sichtbar gemacht sowie fortgeführt und durch auskömmliche Ausstattung in materieller und personeller Hinsicht ausgebaut werden, so die LÄKH. Hierbei sei insbesondere eine di-

rekte Integration der Forschungstätigkeit und ihrer Ergebnisse in die Ausbildung von Medizinstudierenden von großer Bedeutung, aber auch die kontinuierliche Reflexion innerhalb der medizinischen Fakultäten.

Nach Ansicht der hessischen Ärztinnen und Ärzte sei beides nur durch eine Verankerung des Instituts vor Ort und im Fachbereich Medizin nachhaltig und kontinuierlich zu gewährleisten. Die Unterstützung durch die Stadtgesellschaft und die Dr. Senckenbergische Stiftung ermöglichen dabei die Nutzung von Synergieeffekten.

Peter Böhnell

Ein (fast) vergessenes Kapitel

Die Schließung des medizinhistorischen Seminars der Goethe-Universität 1933, die Entrechtung des jüdischen Professors Richard Koch (1882–1949) und die Wiederöffnung als Institut für Geschichte der Medizin

Fotos: Rechte beim Autor



Prof. Dr. med. Richard Koch (1882–1949)

Der Artikel wurde auf Anfrage der Redaktion für das Hessische Ärzteblatt verfasst.

Warum erscheint gerade jetzt dieser Artikel über die die Schließung des Seminars für Geschichte der Medizin an der Goethe-Universität im Jahre 1933? Gerade in Zeiten eines wachsenden rechten Populismus, Antisemitismus und gezielter Falschinformationen ist es umso wichtiger, angehende Ärztinnen und Ärzte für die Geschichte und ethische Fragen zu sensibilisieren. Dies wird in den Approbationsordnungen für Ärzte und Zahnärzte ausdrücklich gefordert.

Im Falle der 1914 neu gegründeten Goethe-Universität geht die Geschichte des heutigen Dr. Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin bis in das Jahr 1916 zurück. In diesem Jahr hielt der jüdische Internist Prof. Dr. med. Richard Koch (1882–1949) erstmals Vorlesungen über die Geschichte der Medizin und über die „philosophischen Grundlagen der Medizin“. In Anerkennung dieser Tätigkeit wurde er 1926 zum „nichtbeamteten außerordentlichen Professor“ ernannt. Auf Kochs Initiative hin wurde das „Seminar für Geschichte der Medizin“ gegründet, zu dessen Leiter er 1927 ernannt

wurde. Neben seiner Lehrtätigkeit war er weiterhin in Frankfurt als Hausarzt tätig, unter anderem behandelte er seit 1921 den an einer schweren neurologischen Erkrankung leidenden jüdischen Philosophen Franz Rosenzweig (1886–1929). Der medizinischen Fakultät gelang es 1924, die Bibliothek des bedeutenden Berliner „Spezialarztes für Haut- und Sexualleiden“ Dr. Iwan Bloch (1872–1922) zu erwerben. Dieser Büchernachlass bildet die Keimzelle der heutigen Institutsbibliothek des Dr. Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, die über 70.000 Bände umfasst und die umfangreichste Spezialbibliothek zur Geschichte und Ethik der Medizin in Deutschland darstellt. Das ist ein Alleinstellungsmerkmal dieses Institutes.

Entlassungen nach Machtergreifung

Bereits wenige Wochen nach der „Machtergreifung“ durch die Nationalsozialisten (1933) wurde der aus einer jüdischen Familie stammende Prof. Koch als Leiter des medizinhistorischen Seminars zunächst „beurlaubt“, dann „entlassen“, wie die offizielle Sprachregelung damals lautete. Nach außen hin wurden diese Entlassungen der jüdischen Mitarbeitenden der Universität teilweise auch mit der „Preussischen Sparverordnung vom 12.9.1931“ begründet. Die „Beurlaubung“ des aus einer jüdischen Familie stammenden Kochs erfolgte jedenfalls aus „rassischen Gründen“, wie sich aus den internen Schriftwechseln der Universität mit dem Berliner Kultusministerium eindeutig ergibt.

Gleichzeitig plante man, die durch die Entlassungen frei werdenden Planstellen, Gelder und Räumlichkeiten anderen Instituten zuzuteilen, die dem damaligen Zeitgeist besser entsprachen als die Geschichte der Medizin. Der Dekan und die Lehrstuhlinhaber der Frankfurter medizinischen

Fakultät glaubten damals, auf diese Fächer in ihrem Bereich ganz verzichten zu können, da diese – im Gegensatz zu heute – noch nicht in der Prüfungsordnung als Studieninhalte verbindlich vorgeschrieben waren.

1935 wurde das medizinhistorische Seminar aufgelöst, nachdem der im Juni 1933 auf Vorschlag Kochs von der Fakultät zum kommissarischen Leiter („Stellvertreter“) des Seminars für Geschichte der Medizin ernannte, bereits emeritierte Orthopädieprofessor Karl Ludloff (1864–1945), endgültig in den Ruhestand getreten war. Gleichzeitig wurde 1934/35 auf Antrag der medizinischen Fakultät an das „Preussische Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung“ ein „Institut für Erbbiologie und Rassenhygiene“ eingerichtet. Als Direktor wurde von der Fakultät Prof. Dr. med. Otmar Freiherr von Verschuer (1896–1969) vorgeschlagen, seinerzeit international bekannt wegen seiner Forschungen an Zwillingen. 1935 erfolgte dann die Ernennung dieses Rassenhygienikers zum ordentlichen Professor der J. W. Goethe-Universität und zum Institutsdirektor. Dem neuen Institut wurden vergleichsweise luxuriös 58 (!) Räume im II. Stock des „Hauses der Volksgesundheit“ (auch „AOK-Gebäude“ genannt) am südlichen Mainufer (seinerzeit Gartenstraße 140; späteres „AEG-Hochhaus“) zur Verfügung gestellt.

Einer der Assistenten Verschuers war Dr. phil. Dr. med. Josef Mengele (1911–1979), der 1938 am Institut mit einer Arbeit über „Sippenuntersuchungen der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“ zum Dr. med. promoviert wurde. Mengele war 1937–1940 als Doktorand bzw. als Assistent am Institut tätig, bevor er als Reservist zur Wehrmacht eingezogen wurde und später zur SS wechselte. Er wurde noch bis 1945 als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität geführt.

1943–1945 war er „SS-Hauptsturmführer der Reserve“ beim „SS-Standortarzt“ des



Blick in das Archiv des Instituts mit dem Glasplattenschrank aus dem Besitz des Rassenhygienikers Prof. v. Verschuer mit zahlreichen Karteikästen, die etwa 2.000 Glasplatten enthalten, die u. a. als Diapositive zu Vorlesungen und Fortbildungsveranstaltungen benutzt wurden. Als Beispiel eine Darstellung eines javanischen Prinzenpaares (um 1927) als Vertreter der von Verschuer sog. „malaischen Schicht“.



KZ Auschwitz. Nach dem Krieg wurde er aufgrund seiner dort begangenen Verbrechen per Haftbefehl wegen „vollendeten und versuchten Mordes ... aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch und grausam“ gesucht; er hatte sich aber bereits nach Südamerika abgesetzt und verstarb dort 1979.

Richard Koch sah sich 1936 zur Emigration gezwungen und gelangte 1937 über Belgien in die Sowjetunion, wo er mit seiner über 5.000 Bände umfassenden Privatbibliothek 1937 eintraf. Er starb 1949 in Jessentuki im Kaukasus, nachdem er dort „an Einsamkeit, Hunger, Holzangel, Kälte und Läusen“ gelitten hatte. Verbittert schrieb Koch 1946: „Von Ethik, Moral, Sittlichkeit, Religion, Frömmigkeit, Schuld und Kriminalistik versteht nur etwas, der wie der Schreiber dieser Zeilen in viel späterer Zeit den Hunger am eigenen Leib kennengelernt hat. Alle anderen sind, sie mögen noch so rechtschaffen, geistvoll und gelehrt sein, Dilettanten und nicht zuständig in diesen Fragen, um mitsprechen zu können...“.

Währenddessen stellte der auch medizinisch publizierende Frankfurter Arzt Dr. med. August de Bary (1874–1954) als Vorsitzender der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung der Universität erhebliche Stiftungsgelder zur Wiederbesetzung eines medizinischen Lehrauftrages zur Verfügung.

Der Frankfurter Arzt Dr. med. Johann Christian Senckenberg (1707–1772), der Begründer der heute noch bestehenden Frankfurter Stiftung, hatte in seinen Kommentaren zum Stiftungsbrief seine letzten Wünsche und Ziele erläutert. Unter anderem fand sich in Senckenbergs handschriftlichen Erläuterungen der Hinweis,

dass besonders auch die Erforschung der Geschichte der Medizin in Frankfurt von seiner Stiftung zukünftig zu fördern sei („Primo Historia Medicinae Francofurtensis“). Dieses Vermächtnis wurde 1938 erfüllt. Aus politischen Gründen wurde das Wirken Kochs nicht erwähnt und nur von einer „Neuerrichtung“, nicht aber korrekterweise von einer Wiederbesetzung des Lehrauftrages gesprochen. Die Besetzung des Institutsleiters, der wie Koch nur als „Lehrbeauftragter“ und nicht als ordentlicher Professor eingeplant war, machte allerdings Schwierigkeiten, da keiner der wenigen in Frage kommenden (aus Sicht der Nationalsozialisten) „erkonservativen“ Medizinhistoriker seinerzeit Mitglied der NSDAP war. Die Wahl fiel 1938 auf Dr. med. dent. Dr. med. habil. Dr. phil. Walter Artelt, der zu dieser Zeit Privatdozent am Berliner medizinhistorischen Institut war. 1942 trat Artelt dann der NSDAP bei, um eine Chance bei der Berufung auf den Berliner Lehrstuhl seines früheren Chefs Diepgen zu haben, den er aber trotzdem nicht erhielt (sondern ein SS-Hauptsturmführer). Wegen dieser Mitgliedschaft wurde er 1946 vorübergehend aus den Diensten der Frankfurter Universität entlassen, dann aber 1948 als Leiter des „Senckenbergischen Instituts für Geschichte der Medizin“ wieder eingesetzt, da er im Spruchkammerverfahren nur als „Mitläufer“ eingestuft worden war.

Aufarbeitung der Historie

Heute sind Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin fester Bestandteil der Approbationsordnungen für Ärzte und für Zahnärzte und Zahnärztinnen und damit integraler Bestandteil der Ausbildung von Me-

dizinstudierenden. Die seit 2004 „Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik“ genannte Einrichtung hat bis heute, insbesondere durch die Forschungen seiner früheren Direktoren Prof. Dr. med. Helmut Siefert (1939–2012) und Prof. Dr. med. Dr. phil. Udo Benzenhöfer (1957–2021) wichtige Beiträge zur Aufarbeitung der Geschichte der Frankfurter medizinischen Fakultät während des Nationalsozialismus geliefert. Noch erhaltene Akten aus der NS-Zeit wurden im Archiv des Instituts gesammelt und ausgewertet, darunter auch die Glasdiasammlung (über 2.000 Stück aus der Zeit vor 1945) aus dem Nachlass des Rassenhygienikers von Verschuer.

Geschichte und Ethik in der Medizin spielen heute eine zunehmend größere Rolle in den medizinischen Fachbereichen durch ihre enge Verzahnung mit klinischen Fächern. Deshalb gibt es seit den 1960er-Jahren an jedem größeren Fachbereich für Medizin einen Lehrstuhl für diese Fächer. Ein vergleichbares medizinethisches Institut ist deshalb gerade an der Universität Marburg eröffnet worden. Dass die medizinhistorische und medizinethische Forschung in diesem Bereich auch in Bezug auf die Goethe-Universität noch nicht abgeschlossen ist, zeigte jüngst die Diskussion um die Umbenennung des nach dem Frankfurter Internisten Prof. Dr. med. Franz Volhard (1872–1950) benannten Hörsaales.

Mögen in der Zukunft nicht wieder Bestrebungen aufkommen, wegen kurzfristiger politischer oder insbesondere ökonomischer Interessen Institute zu schließen, die wichtig sind, durch eine kritische Betrachtung der Vergangenheit mitzuhelfen, den rechten Standpunkt in der Gegenwart zu finden.

Prof. Dr. med. Michael Sachs

Kommissarischer
Leiter
Dr. Senckenbergisches
Institut für
Geschichte und
Ethik der Medizin



Foto: Monika Schmitz

Universitätsmedizin

Goethe-Universität Frankfurt,
Paul-Ehrlich-Str. 20–22
60590 Frankfurt am Main

Pflicht zum Widerspruch in kritischen Behandlungssituationen

Insbesondere in Krankenhäusern, aber auch in Arztpraxen herrscht häufig eine strenge Hierarchie. Praxisinhaber, angestellte Mediziner, Chefarzte, Oberärzte und Assistenzärzte – jeder hat seine Rolle. Doch gerade eine solche Hierarchie birgt die Gefahr, dass nachgeordnete Kollegen Anordnungen befolgen, die sie für riskant oder gar als falsch erachten. Aus diesem Grund gilt im Arztrecht die Remonstrationspflicht¹. Danach ist ein nachgeordneter Arzt verpflichtet, den Anweisungen seines Vorgesetzten zu widersprechen, wenn Zweifel hinsichtlich der Patientensicherheit aufkommen.

Mit Urteil vom 27.01.2025 hat sich das OLG Köln [1] mit der Frage der Reichweite der Pflicht von Oberärzten und Assistenzärzten, Anweisungen vorgesetzter Ärzte zu widersprechen, auseinandergesetzt. Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zugrunde: Nach einer Unterleibsoperation verstarb eine Patientin an Multiorganversagen, weil Ober- und Assistenzärztin trotz Zweifel aufgrund einer angeblichen Anweisung ihres Chefarztes destilliertes Wasser als Spüllösung einsetzten, das in den Blutkreislauf geriet. Ohne die Verwendung von destilliertem Wasser und dessen Eindringen in den Blutkreislauf wäre der Tod der Patientin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vermieden worden. Laut dem Kölner Senat haften die Ärztinnen persönlich, da sie sich nicht gegen die Anweisung ihres Chefarztes – der nur die Unbedenklichkeit der Verwendung destillierten Wassers äußerte, zur Wehr gesetzt haben. Während des Eingriffs plagten die Oberärztin Zweifel, ob sie das Spülmittel überhaupt einsetzen sollte. Sie ging am Ende aber von einer Anweisung des Chefarztes aus, um die Geräte vor Korrosion zu schützen. Die Assistenzärztin hatte ebenfalls Zweifel, schwieg aber. Der Senat sah die ärztliche Remonstrationspflicht als verletzt an.

Zur Remonstrationspflicht allgemein führt der Senat wörtlich aus: „Ein Assistenzarzt darf auf die vom Facharzt angeordneten Maßnahmen vertrauen, sofern nicht für ihn erkennbare Umstände hervortreten, die ein solches Vertrauen nicht gerechtfertigt erscheinen lassen [2]. ... Der nachgeordnete ärztliche Dienst ist in eine hierarchische Struktur eingebunden, die ihn auch haftungsrechtlich schützt und die, soweit er sich im Rahmen dieser Unterordnung bewegt, die deliktische Verantwortung einschränken kann. Bei der sogenannten vertikalen Arbeitsteilung ist der nachgeordnete Arzt an die Anweisungen des ihn leitenden Arztes gebunden. Der nachgeordnete Arzt haftet daher nur bei einem allein von ihm zu verantwortenden Verhalten, etwa, weil ihm eine Behandlung zur selbstständigen Ausführung überlassen wird, wenn er durch voreiliges Handeln einer ihm erteilten Anweisung der ärztlichen Leitung zuwiderhandelt, er pflichtwidrig eine gebotene Remonstration unterlässt oder ihm ein Übernahmeverschulden vorgehalten werden kann [3]. ... Diese Grundsätze gelten entsprechend für das Verhältnis zwischen Chefarzt und Oberarzt.“

Die Einholung eines Sachverständigengutachtens ergab im Streitfall, dass die Verwendung von destilliertem Wasser grob

fehlerhaft war und den medizinischen Standards widersprach. Die Gynäkologinnen haben ihre Remonstrationspflicht verletzt, indem sie die Anweisung nicht hinterfragt haben. Es gehört zum Basiswissen jedes erfahrenen Arztes, dass Wasser nicht in den Blutkreislauf gelangen darf.

Selbst wenn von einem Handeln auf Anordnung des vorgesetzten Chefarztes auszugehen wäre, schütze die Anweisung von oben die nachgeordneten Ärztinnen nicht vor einer persönlichen Belastung, so der Senat. Denn es gab Anhaltspunkte, die für eine fehlerhafte Vorgehensweise sprachen und eine Remonstrationspflicht begründeten. Die Gefährlichkeit von destilliertem Wasser und insbesondere von dessen Eindringen in die Blutbahn ist bereits Medizinstudenten bewusst. Diese Gefahr hätte der Oberärztin im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe bekannt sein müssen, auch wenn sie den Eingriff zum ersten Mal durchführte. Sie hätte auf eine Änderung der Anweisung drängen müssen.

Auch die Assistenzärztin hat gegen ihre Remonstrationspflicht verstoßen, da ihr bekannt war, dass die Oberärztin eine derartige Operation – ebenso wie sie selbst – zuvor noch nicht durchgeführt hatte. Laut ihren Angaben hat die Oberärztin ihr mitgeteilt, dass der Oberarzt Dr. ... die Verwendung des operativen Hysteroskops mit Wasser als unbedenklich angesehen habe. Sie habe es als ausreichend erachtet, dass der erfahrene Oberarzt keine Bedenken gehabt habe. Sie habe das, was der Oberarzt gesagt habe, wegen der Hierarchie auch nicht infrage gestellt. Hätte sie ihre Zweifel gegenüber ihrer Kollegin geäußert, hätte dies die Oberärztin wahrscheinlich vom Einsatz einer üblichen Spüllösung überzeugt.

Fazit: Wenn ein von einem Vorgesetzten angeordnetes Vorgehen in der konkreten Behandlungssituation von der bisherigen Praxis des Krankenhauses abweicht, gegen medizinisches Basiswissen verstößt und erkennbar erhöhte Risiken ohne Vorteile für den Patienten begründet, treffen sowohl einen Oberarzt als auch einen Assistenzarzt Remonstrationspflichten. Bei deren Verletzung haften sie persönlich.

Der Gesichtspunkt eines Handelns auf Anordnung eines vorgesetzten Arztes im Rahmen vertikaler Arbeitsteilung ist für die Frage, ob ein festgestellter Behandlungsfehler als grob zu qualifizieren ist und zu einer Beweislastumkehr führt, nicht von Bedeutung. Insoweit ist – anders als bei der Feststellung des Behandlungsfehlers als solchem – allein eine objektive Betrachtungsweise maßgeblich.

Das Urteil ist mittlerweile rechtskräftig.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de

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

¹ Das Wort „Remonstration“ leitet sich vom lateinischen „remonstrare“ ab, was „aufzeigen“ oder „hinweisen“ bedeutet. In diesem Kontext bezieht es sich auf die Pflicht, auf mögliche Bedenken oder Probleme im Interesse des Patientenwohls hinzuweisen.

Diphtherie-Fälle in Deutschland

Wichtige Impfung bietet Schutz vor gefährlicher Infektion

Die Diphtherie galt in vielen Teilen Europas lange als nahezu besiegt. Im Jahr 2022 kam es jedoch zu einem deutlichen Anstieg sowohl der Diphtherieverdachts- als auch der tatsächlichen Krankheitsfälle. In den Folgejahren gingen die Fallzahlen zwar wieder zurück, liegen jedoch weiterhin über dem Niveau der Jahre vor 2022. Als Ursache dafür werden vor allem Impflücken in der erwachsenen Bevölkerung gesehen.

Die wirksamste Schutzmaßnahme ist und bleibt die Impfung. Die Impfung gegen Diphtherie ist seit Jahrzehnten erprobt, hoch effektiv und bietet einen zuverlässigen Schutz gegen die durch das Diphtherietoxin verursachten Symptome. Sie wird ausschließlich in Form von Kombinationsimpfstoffen angeboten, die ebenfalls vor Tetanusinfektionen, Pertussis und Polio schützen können. Die Grundimmunisierung erfolgt im Kindesalter. Im Erwachsenenalter empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) alle zehn Jahre Auffrisch-

impfungen. Dennoch zeigen aktuelle Daten, dass viele Erwachsene ihren Impfschutz nicht mehr auf dem neuesten Stand halten.

Kommt es zu einer symptomatischen Infektion, spielt die Verabreichung von Diphtherie-Antitoxin-Antikörpern eine entscheidende Rolle. Wichtig und notwendig ist in solchen Fällen eine frühzeitige Verabreichung. Für den Ausnahmefall werden geringe Mengen Diphtherie-Antitoxin im Notfalldepot am Universitätsklinikum Frankfurt am Main vorgehalten.

Auch das Robert Koch-Institut (RKI) warnt in einem aktuellen Epidemiologischen Bulletin vor einem deutschlandweiten Ausbruch von Diphtherie (Sequenztyp ST-574). Aktuelle Genomsequenzanalysen legen nahe, dass von einer vermehrten Übertragung innerhalb Deutschlands ausgegangen werden muss.

Aus diesem Grund ruft das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege Ärztinnen und Ärzte eindringlich dazu auf, den

Impfstatus von Patientinnen und Patienten zu überprüfen und ggf. Impflücken zu schließen. Je nach Alter und Impfstatus empfiehlt die STIKO die Verwendung von Kombinationsimpfstoffen mit Diphtherie-Komponente (z. B. Td, Tdap oder Tdap-IPV). Insbesondere in Notfallambulanzen sollte nach Möglichkeit auf die isolierte Gabe von Tetanusimpfstoffen z. B. nach Verletzungen verzichtet, sondern immer auch der Schutz gegen Diphtherie mitgedacht werden.

Die Diphtherie ist keine Krankheit der Vergangenheit. Sie bleibt ein reales Risiko – aber eines, dem wir mit konsequentem Impfschutz wirksam begegnen können.

Dr. Julia Andrea Horstmann

Hess. Landesamt für Gesundheit
und Pflege,

Abteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst
E-Mail: julia.horstmann@hlfpgp.hessen.de

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbriefe

Zum Artikel „Gemeinsinn in Zeiten von Unsicherheit und Krisen“, Rubrik „Aus dem Präsidium“, von Dr. med. Christian Schwark, *Hessisches Ärzteblatt* 03/2026, S. 126.

Das „Zauberwort“ heißt innerärztliche Solidarität

Als ich den Artikel des Vizepräsidenten der LÄK Hessen, Dr. med. Christian Schwark, las, war mein erster Gedanke: Vielleicht bin ich mit meinen Einstellungen gar nicht so allein. Und auch: Da schaut einer über den „Suppentellerrand“ der Ärzteschaft weit hinaus und strapaziert keinesfalls mit Allgemeinplätzen.

In Zeiten vorherrschender neoliberaler Ideologie und Politik (die uns noch gewaltig „auf die Füße fallen“ wird) kann man gar nicht oft genug darauf hinweisen, dass wir soziale Wesen sind. An dieser Stelle möchte ich gern noch hinzufügen, dass der Mensch das einzige Tier ist, das aus dem Wissen und den Erfahrungen vieler zurückliegender Generationen lernen kann und darauf aufbauend zur Entstehung neuer Erkenntnisse beitragen kann.

Kein Tier kann ein Buch lesen oder im Netz recherchieren und daraus neue Schlüsse ziehen.

Am Schluss sagt der Autor, „dass einer allein nichts, wenige einiges, aber alle zusammen so gut wie alles erreichen können.“ Das ist richtig. In der Realität ist es aber leider meist noch so, dass die meisten Ärzte zwar unter dem Joch jahrzehntelanger neoliberaler Gesundheitsreformen jammern, stöhnen und schimpfen. Wenn man das bei Gelegenheit im kleinen Kreis tut, ändert das nichts. Das „Zauberwort“ heißt innerärztliche Solidarität. Wie kann man diese unter den vielen, meist selbstständigen „Einzelkämpfern“ herstellen? Ich denke, dass die wirtschaftliche Einbindung in die Selbstständigkeit eines der größeren Hemmnisse für innerärztliche

solidarische Gegenwehr gegen restriktive Einschränkungen unserer Arbeit darstellt. (Ich fürchte, hier möglicherweise einen „shitstorm“ losgetreten zu haben.) Aber es ist doch so, wenn man als niedergelassener Kassenarzt/-ärztin streikt, zahlt einem keiner die Umsatzeinbußen. Ich rede hier aber auch nicht einer Anstellung in einem MVZ das Wort, in dem Shareholder das Sagen haben und Rendite sehen wollen. Das wäre noch schlimmer als „der eigene Herr“ am Gängelband.

Um wieder auf den Artikel von Herrn Schwark zurückzukommen: Es ist ein wohlthuendes Gefühl, wenn man weiß, dass es Kollegen gibt, deren Gedanken ähnlich sind wie meine, und ich hoffe, dass es derer vielleicht doch recht viele sein mögen.

Dr. med. Harald Knigge

Hessische Praxen besser an das Krebsregister angebunden

Potenzial der Digitalisierung bleibt dennoch unausgeschöpft

Ein zentrales Qualitätsmerkmal eines klinisch-epidemiologischen Krebsregisters ist eine möglichst vollzählige und vollständige Datenerfassung. Das bedeutet für das Hessische Krebsregister, dass mindestens 90 % aller Krebsneuerkrankungen in Hessen „vollzählig“ erfasst sind und alle relevanten Informationen zu Diagnostik, Therapie und Krankheitsverlauf „vollständig“ vorliegen. Sind diese Kriterien erfüllt, lässt sich das Krebsgeschehen in Hessen flächendeckend nachvollziehen. Dadurch verfügen die Registerdaten über die notwendige Aussagekraft, um belastbare Krebsauswertungen zu erstellen.

Eine Herausforderung ist, dass noch nicht alle hessischen Behandlungseinrichtungen ihrer gesetzlichen Meldepflicht nachkommen. Dies betrifft insbesondere Einrichtungen der ambulanten Versorgung. Gründe dafür sind unter anderem der hohe bürokratische Aufwand bei der Meldetätigkeit, die gleichzeitig mit einer geringen Aufwandsentschädigung verbunden ist, sowie das Fehlen komfortabler digitaler Übermittlungswege. Das Krebsregister stellt ein kostenloses Meldeportal zur Verfügung, das im Oktober 2025 zwar umfassend modernisiert wurde (siehe Artikel im HÄBL 11/2025). Dennoch ist die „Online-Erfassung“ vieler Behandlungsdaten über das Portal aufwendig. Eine weitere Ausweitung der Digitalisierung könnte die Meldung für Praxisteams deutlich vereinfachen – etwa durch die Möglichkeit, die Krebsmeldung direkt aus dem Praxissystem heraus zu übermitteln.

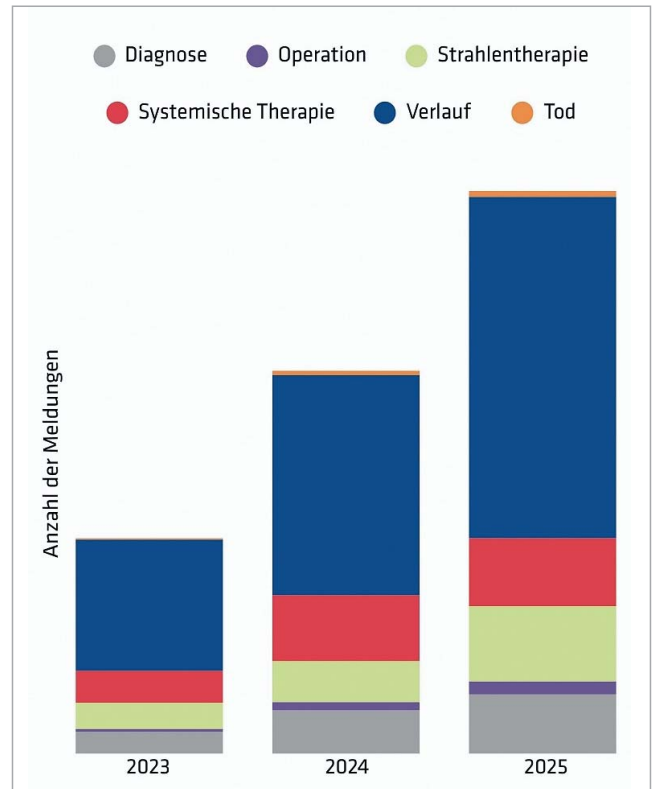
Krebsmeldung aus dem Praxissystem

Das Praxissystem ist der zentrale Dreh- und Angelpunkt eines Praxisteams. Terminplanung, Dokumentation und Abrechnung sind nur einige Beispiele für die Aufgaben, die darüber gesteuert werden. Auch die Krebsmeldung kann über das Praxissystem erfolgen, sofern Erfassungsmulare gemäß dem onkologischen Ba-

sisdatensatz (oBDS) und eine entsprechende Schnittstelle vorhanden sind. Durch diese Integration ergeben sich mehrere Vorteile: Die Datenerfassung findet im vertrauten System statt, Erinnerungsfunktionen unterstützen eine fristgerechte Meldung, bereits vorhandene Daten können weiterverwendet werden und mehrere Meldungen lassen sich gebündelt exportieren. Wie die Nutzung des Praxissystems die Krebsmeldung erleichtert, schildern Mitarbeitende der Praxis Urologie Lauterbach im HÄBL 4/2024.

Fördervorhaben für Softwarehersteller

Da zum Zeitpunkt der Initiierung des Fördervorhabens im Jahr 2022 nur wenige Softwarehersteller die Möglichkeit zur Krebsmeldung in ihren Praxissystemen anboten, starteten die Landesärztekammer Hessen und das Hessische Krebsregister im August 2023 das Fördervorhaben „Anschluss des ambulanten Sektors“. Dieses wurde finanziell vom Hessischen Ministerium für Digitales und Innovation gefördert und fachlich vom Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege begleitet. Das Land Hessen stellte Fördermittel bereit, damit Softwarehersteller die Krebsmeldung in ihren Praxissystemen ermögli-



Meldungseingang ambulanter Sektor 2023–2025

© Hessisches Krebsregister

chen. In der ersten Phase des Vorhabens lag der Schwerpunkt auf der Entwicklung oder Optimierung von Erfassungsmularen sowie der oBDS-Schnittstelle. Die einmalige Zuwendung belief sich auf 10.000 Euro. In der zweiten Phase erhielten die teilnehmenden Softwarehersteller eine Zuwendung (750 Euro) für jede hessische Praxis, die über die oBDS-Schnittstelle meldet. Im Staatsanzeiger für das Land Hessen erschien im August 2023 und im Juni 2024 ein Förderaufruf, worüber Softwarehersteller zur Teilnahme an dem Fördervorhaben eingeladen wurden. Das Krebsregister hat wiederholt potenzielle Softwarehersteller kontaktiert, um sie für eine Teilnahme am Fördervorhaben zu gewinnen. Zudem wurden Ärztinnen und Ärzte darauf hingewiesen, ihre jeweiligen Softwarehersteller gezielt auf die oBDS-Schnittstelle anzusprechen, um die Entwicklung und Bereitstellung eines entspre-

chenden Angebots zu unterstützen. An dem Vorhaben, das am 6. Februar 2026 endete, beteiligten sich vier Hersteller:

- abasoft EDV-Programme GmbH (Praxissystem EVA)
- Duria eG (Praxissystem DURIA)
- zollsoft GmbH (Praxissystem tomedo®)
- FREY ADV GmbH (Praxissystem QUINCY)

Fortschritte beim Anschluss des ambulanten Sektors

Zum Abschluss des Fördervorhabens zeigen die Krebsregisterdaten einen deutlichen Fortschritt beim Anschluss des ambulanten Sektors. Die Zahl der registrierten Praxen stieg um 116 %. Obwohl nicht alle Meldestellen über ihr Praxissystem melden (können) und deshalb die Online-Erfassung im Meldeportal nutzen, verzeichnet das Krebsregister im Vergleich zu 2023 für das Jahr 2024 einen Meldungsanstieg um 78 % und für das Jahr 2025 um 161 %.

Die gestapelten Balkendiagramme in Abb. 1 zeigen die Anteile der Meldungen zu verschiedenen Meldeanlässen für die Jahre 2023, 2024 und 2025. In allen Kategorien stiegen die Meldungen von 2023 bis 2025 an, besonders deutlich bei den Meldeanlässen „Diagnose“, „Strahlentherapie“ und „Verlauf“. Der Anstieg der Mel-

dungen ist unter anderem auf eine verstärkte Meldeakquise und -kommunikation des Krebsregisters im Zusammenhang mit dem Fördervorhaben und der Novellierung des Hessischen Krebsregistergesetzes im August 2023 zurückzuführen. Letztere eröffnet nämlich die Möglichkeit, Verstöße gegen die Meldepflicht mit Geldbußen zu ahnden. Interaktive Diagramme mit detaillierteren Informationen sind auf der Website des Krebsregisters verfügbar: www.hessisches-krebsregister.de/anschluss-ambulanter-sektor.

Potenzial der Digitalisierung bleibt unausgeschöpft

Das Vorhaben verdeutlicht, dass Digitalisierung wirksam zur Entlastung administrativer Prozesse beitragen kann. Gleichzeitig zeigt sich, dass das vorhandene Potenzial noch nicht vollständig ausgeschöpft ist. Insgesamt hätten mit den Mitteln des Landes Hessen 15 Praxissoftwarehersteller finanziell unterstützt werden können. Darüber hinaus wäre es möglich gewesen, etwa 12 Prozent der hessischen Praxen die kostenlose Nutzung der Schnittstelle für 24 Monate anzubieten. Nur wenige Softwarehersteller bieten freiwillig ein Modul für die Krebsmeldung in ihrem Praxissystem an. Vor diesem Hintergrund sind ergänzende Ansätze jen-

seits klassischer Fördermodelle sinnvoll, um Praxen langfristig bei bürokratischen Aufgaben wie der Krebsmeldung zu unterstützen – und so die flächendeckende Krebsregistrierung in Hessen und in der Folge für ganz Deutschland nachhaltig sicherzustellen. Das Krebsregister unterstützt daher den Beschluss (TOP 3.10) der 97. Gesundheitsministerkonferenz vom 12. bis 13. Juni 2024, in dem das Bundesministerium für Gesundheit unter anderem darum gebeten wird, die Integration der oBDS-Schnittstelle in Praxissysteme verpflichtend vorzuschreiben.

Das Krebsregister bedankt sich beim Hessischen Ministerium für Digitales und Innovation und beim Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege für die Unterstützung bei der Realisierung des Fördervorhabens. Ebenso gilt der Dank der Landesärztekammer Hessen sowie den Softwareherstellern abasoft, Duria, FREY ADV und zollsoft für die erfolgreiche Zusammenarbeit in den vergangenen zweieinhalb Jahren. Zudem sei allen hessischen Praxisteams gedankt, die durch ihre regelmäßigen Meldungen zu einem deutlichen Qualitätsanstieg der Krebsregisterdaten beitragen.

Ausbau des Monitorings

Intern arbeitet das Krebsregister mit Nachdruck daran, seine Abläufe zu verbessern, um die Bearbeitung der Meldungen und damit auch die Auszahlung der Meldevergütung zu beschleunigen. Neu ist außerdem, dass seit September 2025 im Krebsregister das Team Meldemonitoring aufgebaut wird. Dieses Team hat das Ziel, Meldende durch Erinnerungen und gezielte Hinweise noch besser bei ihrer Meldetätigkeit zu unterstützen. Weitere Informationen folgen auf der Website und im Newsletter des Krebsregisters sowie auf dessen neuem LinkedIn-Auftritt: linkedin.com/company/hessisches-krebsregister.

Martin Rapp
Vera Reinhard
Vertrauensstelle
des Hessischen Krebsregisters
E-Mail: info@hessisches-krebsregister.de

Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen



Ich danke den Softwareherstellern abasoft, Duria, FREY ADV und zollsoft für ihre Teilnahme an unserem Fördervorhaben. In den vergangenen Jahren wurden erfreulicherweise zwar mehr Krebsregistermodule in Praxissysteme integriert, doch die Marktdurchdringung bleibt weiterhin gering. Für Softwarehersteller ist die Bereitstellung dieser Schnittstelle nach wie vor freiwillig – ein Zustand, der dringend geändert werden muss! Nur mithilfe des ambulanten Sektors lässt sich ein

vollständiges Bild des Krebsgeschehens zeichnen. Dafür braucht es eine kluge und gut durchdachte Digitalisierung, um die Bürokratie in den Praxen endlich spürbar zu entlasten. Wäre es nicht längst an der Zeit, diesen Schritt zu gehen? Für die meisten Softwarehersteller scheint finanzielle Förderung wenig attraktiv zu sein. Deshalb appelliere ich an die Gesetzgebung, aktiv zu werden. Andernfalls bleibt die flächendeckende Krebsregistrierung in Deutschland – die für uns alle von großer Bedeutung sein sollte – nur ein politisches Wunschdenken.

Dr. med. Edgar Pinkowski (Foto)
Präsident der Landesärztekammer
Hessen

Klinische Studien zu Arzneimitteln – Wo ist der Haken?

Verloren, aber nicht unersetzlich? – Vom Umgang mit fehlenden Daten

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

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis“, Band 52, Heft 2, September 2025. Im Internet unter www.akdae.de oder via Kurzlink <https://t1p.de/h3wyi>

Wer evidenzbasiert argumentiert, bezieht sich auf den aktuellen Wissensstand aus Studien, nicht nur auf persönliche Erfahrungen oder auf die Meinung von Experten. Das bloße Zitat einer Studie ist aber noch keine evidenzbasierte Argumentation. Studien bieten keine unumstößlichen Wahrheiten, sondern Ergebnisse statistischer Analysen. Jeder Studientyp hat dabei spezifische Stärken und Schwächen. Diese Artikelreihe in AVP konzentriert sich auf klinische Studien, die experimentell Wirksamkeit und Verträglichkeit von Arzneimitteln prüfen. In kurzen Beiträgen möchten wir Sie mit dem nötigen „Werkzeug“ ausstatten, um klinische Studien zu Arzneimitteln kritisch zu lesen und sich Ihre eigene, evidenzbasierte Meinung zu bilden. Im HÄBL 12/2025 findet sich ein weiterer Teil dieser Serie, Link: <https://t1p.de/5pnp6> – der QR-Code führt direkt dorthin.



Rückblick: Per-protokoll, As-treated oder Intention-to-treat: Was machen wir mit den „Abtrünnigen“? (siehe HÄBL 12/2025, Link siehe oben)

In Studien weichen Teilnehmer häufig von den geplanten Therapieschemata ab. Diese Abweichungen können durch Patientenmerkmale bedingt sein, die gleichzeitig den Krankheitsverlauf oder die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Arzneimittels beeinflussen (z. B. vorbestehende Allergien). Bei einer Intention-to-treat(ITT)-Analyse werden Studienteilnehmer auch dann entsprechend ihrer ursprünglichen Zuteilung ausgewertet, wenn sie die Studienmedikation nicht wie vorgesehen einnahmen. Dadurch bleibt die durch die Randomisierung erzeugte Strukturgleichheit von Kontroll- und Interventionsgruppe erhalten. Bei As-treated(AT)- oder Per-protocol(PP)-Analysen ist dagegen nicht gewährleistet, dass die ausgewerteten Gruppen strukturgleich sind. Die Aussagesicherheit von AT- und PP-Analysen ist deshalb geringer als die Aussagesicherheit von ITT-Analysen.

Im Beispiel unserer Artikelserie möchten Sie herausfinden, ob die medizinische Handcreme Supersoft das Risiko für Hand-

ekzeme bei Pflegepersonal stärker reduziert als in Drogerien erhältliche Handcremes. Dafür führen Sie eine kontrollierte randomisierte Studie durch, in der sie die Teilnehmer zufällig einer von zwei Behandlungen zuteilen¹: Die Studienteilnehmer tragen dreimal täglich entweder Supersoft (Interventionsgruppe) oder ihre bisher genutzte Handcreme (Kontrollgruppe) auf. Durch die Randomisierung haben Sie (tendenziell) strukturgleiche Kontroll- und Vergleichsgruppen erreicht, beispielsweise hinsichtlich der Häufigkeit vorbestehender Allergien. Damit diese Strukturgleichheit erhalten bleibt, wollen Sie eine Intention-to-treat(ITT)-Analyse durchführen: Sie möchten alle Studienteilnehmer entsprechend ihrer ursprünglichen Zuteilung auswerten („once randomized, always analyzed“ bzw. „analysiert wie randomisiert“). Sie laden deshalb alle 16 Teilnehmer ein Jahr nach Studienbeginn zur Abschlussvisite ein, auch diejenigen, die ihre zugeteilte Handcreme nicht wie vorgesehen benutzen.

Das Ergebnis der Abschlussvisite ist in Abbildung 1 dargestellt und scheint eindeutig für die Handcreme Supersoft zu sprechen: In der Abschlussvisite weist kein Patient der Interventionsgruppe, aber fast

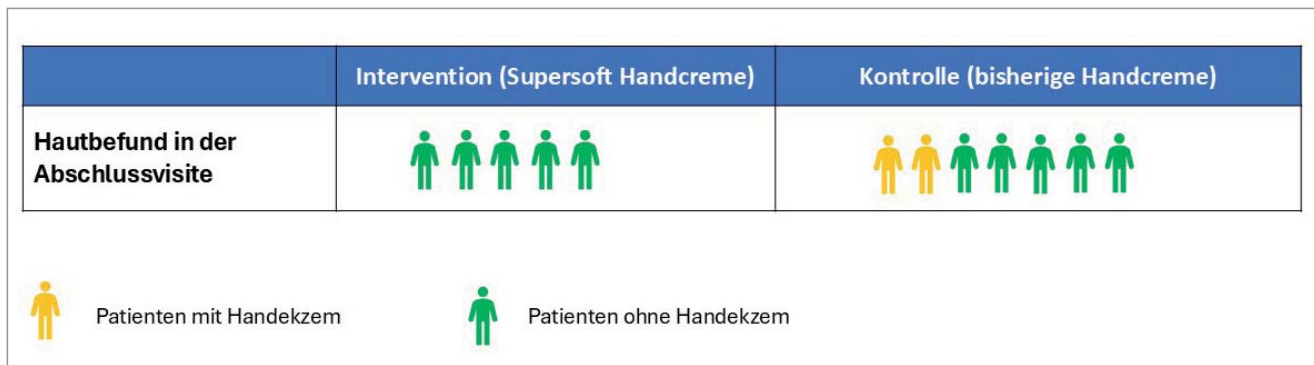


Abb. 1: Zur Abschlussvisite erscheinen zwölf Studienteilnehmer. Bei der Untersuchung wird festgestellt, dass in der Interventionsgruppe kein Teilnehmer ein Handekzem aufweist, während in der Kontrollgruppe bei zwei Teilnehmern ein Handekzem besteht.

¹ Bei diesem Gedankenexperiment klammern wir statistische Fragen zur Errechnung der geeigneten Stichprobengröße ebenso aus wie die notwendige Bewilligung Ihrer Studie durch die Ethikkommission.

	Intervention (Supersoft Handcreme)	Kontrolle (bisherige Handcreme)
Hautbefund zu Studienende		
Erscheinen zur Visite		
	Patienten mit schwerem Handekzem	Patienten mit leichtem Handekzem Patienten ohne Handekzem

Abb. 2: Jeweils drei Teilnehmer der Interventions- und der Kontrollgruppe haben ein Handekzem entwickelt. Bei den Teilnehmern aus der Interventionsgruppe war das Handekzem so stark ausgeprägt, dass sie bei Studienende ihren Arbeitsplatz gewechselt hatten und nicht zur Abschlussvisite erschienen. In der Kontrollgruppe bestanden nur leichte Handekzeme. Lediglich ein Teilnehmer aus der Kontrollgruppe fehlte bei der Abschlussuntersuchung.

30 % der Kontrollgruppe ein Handekzem auf. Wo könnte hier der Haken sein?

Offensichtlich sind nicht alle Teilnehmer ihrer Einladung zur Abschlussvisite gefolgt. Bei 25 % der Studienteilnehmer wissen Sie deshalb nicht, ob bei ihnen zum Studienende ein Handekzem bestand. Es sind viele Gründe denkbar, warum Untersuchungsdaten fehlen. Denkbar sind beispielsweise folgende Szenarien:

1. Der Studienassistent war erkrankt und geplante Untersuchungen sind ausgefallen.
2. Studienteilnehmer haben aufgrund allergischer Reaktionen nicht nur die Studienmedikation abgesetzt, sondern ihre Teilnahme gänzlich abgebrochen.
3. Studienteilnehmer konnten nicht kontaktiert werden, weil sie den Arbeitsplatz gewechselt haben.

Fehlende Daten verzerren nur dann die Beurteilung der untersuchten Endpunkte, wenn 1. bestimmte Merkmale der Studienteilnehmer zu ihrem Fehlen führten und wenn 2. diese Merkmale durch die Wirksamkeit oder Verträglichkeit der Studienmedikation beeinflusst wurden. In Szenario 1 (Erkrankung des Studienassistenten) kann davon ausgegangen werden, dass die Eigenschaften der Studienteilnehmer keinen Einfluss darauf hatten, ob die Abschlussuntersuchung stattfand oder nicht; in Szenario 2 (Studienabbruch aufgrund unerwünschter Ereignisse) erscheint es plausibel, dass das Auftreten allergischer

Reaktionen durch die Studienmedikation verursacht wurde. Komplizierter ist dagegen die Beurteilung von Szenario 3: Ein Arbeitsplatzwechsel kann durch gänzlich von der Studienmedikation unabhängige Gründe motiviert sein (beispielsweise durch Konflikte mit der Stationsleitung), aber auch auf eine unzureichende Wirksamkeit der Studienmedikation zurückzuführen sein (höheres Risiko für das Auftreten von Handekzemen). Die Beurteilung, ob Daten „zufällig“ (d. h. unabhängig von der untersuchten Intervention) fehlen, basiert somit immer auf mehr oder weniger sicheren Annahmen.

Abbildung 2 stellt ein Szenario dar, in dem mehrere Teilnehmer ihren Arbeitsplatz aufgrund eines Handekzems gewechselt haben. In beiden Behandlungsgruppen erkrankten im Studienverlauf drei von acht Teilnehmern an einem Handekzem. Unter Supersoft war das Handekzem so stark ausgeprägt, dass nach einem Jahr alle drei Pflegekräfte eine andere Tätigkeit ausübten und deshalb die Einladung zur Abschlussvisite nicht erhielten.

In der Kontrollgruppe war das Handekzem deutlich leichter ausgeprägt. Nur ein Studienteilnehmer hatte aufgrund des Handekzems seinen Arbeitsplatz gewechselt, die beiden anderen Teilnehmer waren weiterhin in ihrer Station tätig und nahmen an der Abschlussuntersuchung teil. Die erfassten Daten suggerieren in diesem Szenario fälschlicherweise, dass unter Supersoft der Entwicklung von Handekze-

men deutlich besser vorgebeugt wird als unter einer handelsüblichen Handcreme.

Wie kann eine solche Verzerrung durch fehlende Daten vermieden werden? Im besten Fall gelingt es, das Fehlen von Daten weitestgehend zu vermeiden. Anstatt die Studienteilnehmer nur über die dienstliche E-Mail anzuschreiben, könnte beispielsweise auch ein Brief an die Meldeadresse verschickt werden – dann würde die Einladung zur Abschlussvisite auch diejenigen Studienteilnehmer erreichen, die zwischenzeitlich ihre Arbeitsstelle gewechselt haben.

Insbesondere bei langen Studiendauern ist es allerdings unvermeidlich, dass Untersuchungsdaten fehlen, weil Patienten aufgrund gesundheitlicher oder persönlicher Gründe nicht mehr an den Erhebungen teilnehmen können bzw. wollen. Es gibt keinen allgemein anerkannten Grenzwert, bis zu welchem die Aussagesicherheit der Studie nicht gefährdet ist. Im Risk-of-Bias (RoB) Tool von Cochrane [1] wird für kontinuierliche Endpunkte eine (potenziell) reduzierte Aussagesicherheit bereits bei mehr als 5 % Datenverlust angenommen und für dichotome Endpunkte² auf eine Festlegung verzichtet (die Anzahl beobachteter Ereignisse sollte hier laut Cochrane „deutlich größer“ sein als die Anzahl der Teilnehmer mit fehlenden Ereignisdaten, siehe auch [2]).

Fehlende Daten werden in der Statistik als „missing completely at random“, „missing at random“ oder „missing not at random“

² Kontinuierliche Endpunkte sind Ergebnisse, die auf einer kontinuierlichen Werteskala gemessen werden, wie zum Beispiel die Höhe des Blutdrucks. Dichotome Endpunkte sind Ereignisse, die für einen Patienten nur entweder eintreten oder nicht eintreten können (beispielsweise haben Teilnehmer entweder einen Herzinfarkt oder sie haben keinen Herzinfarkt) [3].

bezeichnet, je nachdem, ob die Daten zufällig fehlen und ob ihr Fehlen durch vorhandene Informationen erklärt werden kann. Bei einem vollständig zufälligen Fehlen (**missing completely at random**) beeinflussen die fehlenden Daten nicht das Studienergebnis, da die nicht zur Abschlussvisite erschienenen Patienten sich nicht systematisch von den untersuchten Patienten unterscheiden (Szenario 1: Erkrankung des Studienassistenten). Falls die „missing completely at random“-Annahme adäquat erscheint, kann deshalb eine Complete Case Analyse durchgeführt werden, bei der nur diejenigen Patienten analysiert werden, für die vollständige Daten vorliegen.

Wenn Daten nicht zufällig fehlen, würde eine Complete Case Analyse das Studienergebnis verzerren (siehe Abb. 2). Eine Lösungsstrategie ist die sogenannte **Imputation**: Hierbei werden fehlende Daten durch plausibel erscheinende Werte ersetzt, indem man Informationen aus den vorhandenen Daten verwendet. Die Schätzung für die Imputation ist umso genauer, je mehr man über die Studienteilnehmer weiß, bevor sie „verloren“ gehen. Im Alltag gehen wir ähnlich vor, wenn wir

das zukünftige Verhalten einer bestimmten Person vorhersagen wollen. Vor Ihrem mündlichen Staatsexamen hatten Sie beispielsweise ein großes Interesse daran, möglichst viel über Ihnen zukünftigen Prüfer zu erfahren. Sobald Sie die „Baseline“-Daten Ihres Prüfers kannten, also seinen Fachbereich und seine Forschungsschwerpunkte, konnten Sie abschätzen, welche Themen er bei Ihrer Prüfung mit einiger Wahrscheinlichkeit abfragen würde. Noch besser ließ sich eine Vorhersage treffen, wenn Sie wussten, welche Fragen er in der Vergangenheit bei Prüfungen gestellt hatte – weshalb Prüfungsprotokolle bei Medizinstudenten von Jahrgang zu Jahrgang weitergegeben werden. Aus dem gleichen Grund ist es in klinischen Studien wichtig, dass sowohl umfangreiche Baseline-Charakteristika erhoben werden als auch regelmäßige Zwischenerhebungen erfolgen.

Bei der Auswertung klinischer Studien ist die Nutzung von Imputationsverfahren nur zulässig, wenn davon ausgegangen wird, dass die nicht zufällig fehlenden Daten vollständig mit Hilfe der vorhandenen Daten erklärt werden können. Unter dieser Annahme der Ersetzbarkeit werden

nicht zufällig fehlende Daten (verwirrenderweise) von Statistikern als **missing at random** (zufällig fehlend) beschrieben. Dagegen bezeichnen Statistiker Daten als **missing not at random** (nicht zufällig fehlend), wenn sie vermuten, dass unbekannte Faktoren die Datenerhebung beeinflussten, die mit den vorhandenen Daten nicht aufgeklärt werden können.³ In Szenario 3 wären fehlende Abschlussdaten somit „missing at random“, wenn der Arbeitsplatzwechsel und vorausgegangene Krankschreibungen dem Studienleiter bekannt wären (z. B. über eine Abfrage bei der Personalverwaltung) und sie wären „missing not at random“, wenn diese Informationen nicht für die Ersetzung der fehlenden Werte verwendet werden könnten.

Patienten teilen im Regelfall nicht detailliert mit, warum sie eine Studie abbrechen bzw. an einzelnen Datenerhebungen nicht teilnehmen. Studienleiter und Statistiker können somit oft nur mutmaßen, ob Daten zufällig fehlen und ob in ihre Imputation alle wesentlichen Faktoren einfließen. Zur Überprüfung der „missing completely at random“- und „missing at random“-Annahme sollten deshalb Sensitivitätsanaly-

Tabelle 1: Wo gibt es Informationen zum Umgang mit fehlenden Daten?

Methodische Frage*	Fundort in der Primärpublikation
Unterscheidet sich der Anteil fehlender Daten zwischen den Armen?	Der Anteil fehlender Daten sollte pro Endpunkt und Erhebungszeitpunkt angegeben werden. Sofern publiziert, finden sich diese Informationen am ehesten in der tabellarischen Darstellung der Ergebnisse (Achtung: in der Kopfzeile der tabellarischen Endpunktdarstellung wird in der Regel die Anzahl der randomisierten, nicht die Anzahl der in der Auswertung berücksichtigten Patienten genannt.) Sofern keine endpunktbezogenen Informationen verfügbar sind, kann orientierend die Anzahl der Studienabbrecher pro Arm verglichen werden. Diese Information findet sich in der Regel in der Grafik „Flow of patients“ und/oder im Fließtext zu Beginn des Ergebnisteils („Results“). Insbesondere bei Patient-Reported Outcomes (PRO), z. B. zur Lebensqualität, kann sich die Antwortrate jedoch deutlich von der Anzahl der Studienabbrecher unterscheiden.
Unterscheiden sich die Gründe für die Studienabbrüche zwischen den Armen und könnte dies mit der Studienintervention in Zusammenhang stehen?	Die Gründe für den Studienabbruch werden zumeist in der Grafik „Flow of patients“ aufgeführt. Interessant ist insbesondere, wie viele Patienten die Studie aufgrund von Ereignissen im Zusammenhang mit der Studienintervention abgebrochen haben, z. B. aufgrund unzureichender Wirksamkeit („lack of efficacy“) oder aufgrund unerwünschter Ereignisse („adverse event“). Leider sind die genannten Gründe aber oft nicht hilfreich für die Beurteilung, ob ein Zusammenhang zur Studienintervention besteht („consent withdrawn“, „physician decision“, „other“).

* Diese Fragen orientieren sich am Risk of Bias (RoB) 2 Tool von Cochrane [10]. Das RoB 2 Tool wird in einem späteren Artikel dieser Reihe ausführlich vorgestellt.

³ Diese Begriffe werden praxisnah in dem Artikel „What is the difference between missing completely at random and missing at random?“ [4] anhand eines fiktiven Gesprächs zwischen einem Kliniker und einem Statistiker erläutert.

sen durchgeführt werden. Sensitivitätsanalysen prüfen, ob sich das Ergebnis der primären Analyse (Complete case oder Imputation) verändert, wenn bei den fehlenden Daten z. B. der schlechtestmögliche Fall („worst case scenario“), der bestmögliche Fall („best case scenario“) oder ein als plausibel eingeschätztes Szenario („base case“) angenommen wird.⁴ Abb. 2 illustriert annähernd ein „worst case scenario“: In der Interventionsgruppe hatten alle Personen, die nicht zur Abschlussvisite erschienen sind, ein Handekzem entwickelt, während in der Kontrollgruppe die meisten Personen mit Handekzem an der Untersuchung teilnahmen.

Die Auswahl des Imputationsverfahrens kann das Studienergebnis erheblich beeinflussen [6]. Die CONSORT-Leitlinie [7] gibt deshalb Empfehlungen, wie der Umgang mit fehlenden Daten bei randomisierten Studien berichtet werden soll. Leider finden sich bislang in Studienpublikationen häufig nur äußerst rudimentäre Informationen zum Umgang mit fehlenden Werten (z. B. keine Diskussion der Plausibilität der „missing at random“-Annahme). Oftmals bleibt sogar unklar, ob überhaupt eine Imputation oder Sensitivitätsanalyse angewandt wurde [8, 9]. Hinweise auf ein niedriges Verzerrungspotenzial durch fehlende Daten ergeben sich dann

Artikelserie aus Arzneiverordnung in der Praxis

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

- AVP 2/2024: Studientypen – Ohne Kontrolle geht nichts (Kurzlink: <https://tinyurl.com/39txa8hs>)
- AVP 4/2024: Randomisierung – Der reine Zufall (Kurzlink: <https://tinyurl.com/bdh7hdjy>)

- AVP 1/2025: Per-protokoll, As-treated oder Intention-to-treat: Was machen wir mit den „Abtrünnigen“? (Kurzlink: <https://t1p.de/15o0b>) HÄBL 12/25
- AVP 2/2025: Verloren, aber nicht unersetzlich? – Vom Umgang mit fehlenden Daten (Kurzlink: <https://t1p.de/h3wyyi>) HÄBL aktuelle Ausgabe

lediglich dadurch, dass der Datenverlust in den Studien armen ähnlich hoch ist und die Gründe für Studienabbrüche zwischen den Armen gleich verteilt sind (siehe Tabelle 1).

Zusammenfassung

Fehlende Daten können das Studienergebnis verzerren, wenn ihr Fehlen durch die Verträglichkeit oder Wirksamkeit der Studienmedikation beeinflusst wurde. Mit Hilfe von Imputationsverfahren können fehlende Daten durch plausibel erscheinende Werte ersetzt werden. Die Aussagesicherheit der Imputationsverfahren sollte durch Sensitivitätsanalysen über-

prüft werden. Leider wird in Publikationen oftmals nur rudimentär geschildert, wie mit fehlenden Daten umgegangen wurde. Hinweise auf ein hohes Verzerrungsrisiko sind ein unterschiedlicher Anteil fehlender Daten sowie unterschiedliche Gründe für den Studienabbruch zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

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

Prof. Dr. Tim Mathes, Köln

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

⁴ Informationen sowohl zu Imputationsverfahren als auch zu Sensitivitätsanalysen finden sich beispielsweise bei [5]. Allgemeinverständlicher führt [2] in die Thematik ein.

Ärztekammer

Ukrainehilfe: Schnelle Hilfe auch im Einzelfall

Wie in der vergangenen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes berichtet, gibt es jenseits der größeren Projekte in unserer Ukrainehilfe auch Gelegenheit für andere Hilfen: Anfang März erreichte uns über Vermittlung unseres Partners Hope for Ukraine e. V. (Non Profit Organisation, NPO) eine dringliche ärztliche Bitte um Unterstützung. Es wurde konkret das Zytostatikum Cytarabin in definierter Konzentration zur Herstellung mehrerer Infusionslösungen für die anstehende Behandlung eines neunjährigen Jungen mit einer akuten lymphatischen Leukämie aus Ternopil in der Westukraine erbeten. Auch diese vermeintlich kleine, individuelle Medikamentenausfuhr musste trotz der

Eile einige bürokratische Hürden überwinden: Zunächst musste das ukrainische Rezept zur eindeutigen Identifikation von Behandler, Patient und Medikation zeitnah fachkundig übersetzt werden. Danach konnte über eine geeignete Apotheke das Cytarabin in der richtigen Konzentration beschafft werden. Mit Einbindung der Rechtsabteilung unserer Kammer (meinen herzlichen Dank an Justitiar Manuel Maier und die Syndikusrechtsanwältin Katja Jörg!) wurde die beabsichtigte Ausfuhr dem zuständigen Gesundheitsamt angezeigt und um Gestattung gebeten. Abschließend musste der rasche Transport des Zytostatikums (der Autor wohnt in Düsseldorf) in die Wege geleitet werden.

Was einfach aufgezählt wurde, kann ein längerer bürokratischer Weg sein; erfreulicherweise jedoch nicht in diesem Fall. Das Übersetzungsbüro, die Apotheke, die Rechtsabteilung, das Gesundheitsamt und die NPO Hope for Ukraine e. V. haben sich alle „in die Kurve gelegt“, um das Kind zu versorgen: Meinen herzlichen Dank dafür!

Dr. med. Alexander Marković
Ehrenamtlicher Beauftragter für die
Zivil-Militärische Zusammenarbeit/
Ukrainehilfe
der Landesärztekammer Hessen

Verdacht auf medizinische Behandlungsfehler

Sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Hessen

Einleitung

Medizinische Behandlungsfehler stellen ein relevantes Qualitätsproblem in der medizinischen Versorgung dar, mit oft fatalen Konsequenzen für die Betroffenen und zudem hohen Folgekosten [1]. An die Begutachtungen anlässlich der Vermutung oder des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers werden deshalb inhaltlich umfängliche und formal spezielle Anforderungen gestellt [2]. Daher ist beim Medizinischen Dienst (MD) Hessen in seiner Funktion als unabhängige und unparteiische Qualitätsinstitution innerhalb des Gesundheitswesens ein spezialisiertes Team etabliert [3]. Eine wichtige Zahl vorab: Nur bei rund 25 % der Behandlungsfehlervorwürfe lässt sich tatsächlich ein Versäumnis nachweisen, so dass in 75 % der Fälle Behandlerinnen und Behandler von diesen Vorwürfen entlastet werden können.

„Innerhalb des Teams sind zahlreiche Fachrichtungen vertreten und für darüber hinausgehende Fragestellungen arbeiten wir mit externen Gutachterinnen und Gutachtern zusammen. Das bundesweit übergreifende Forum der Medizinischen Dienste zum Thema Behandlungsfehler ‚MedJur‘ steht außerdem als weiterer Ansprechpartner zur Verfügung. So können wir auf eine breite fachliche Expertise auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und viel Erfahrung im Umgang mit der Begutachtung bei Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers zurückgreifen.“

*Dr. med. Ralf Glake,
Leiter des Teams
Ersatzansprüche beim MD Hessen*

Wesentliche Regelungen – Rechtsgrundlagen

Gesetzliche Grundlage bilden §§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), wonach als Pflichtverletzung zwischen Behandlungs- und Aufklärungsfehlern unterschieden wird. Der Behandlungsfehler ist durch die Verletzung des medizinischen bzw. ärztlichen Standards gekennzeichnet.

Bei der Aufklärung wird unterschieden zwischen Fehlern bei der Sicherungsaufklärung (therapeutische Aufklärung) nach § 630c BGB im Sinne eines Behandlungsfehlers und Mängeln bei der Selbstbestimmungsaufklärung (Eingriffsaufklärung) nach § 630e BGB.

Dabei muss die Pflichtverletzung kausal zur Verletzung eines Rechtsgutes (Gesundheit, Körper, Leben) bzw. zu einem Schaden geführt haben, wenn ein Schadensersatzanspruch bestehen soll. Die Beweislast liegt grundsätzlich beim Patienten. Er muss nachweisen, dass eine fehlerhafte Behandlung erfolgte, er dadurch einen Schaden erlitten hat und der Schaden auch kausal durch den Behandlungsfehler verursacht wurde.

Die Beweislast verschiebt sich jedoch zu Lasten des Behandelnden, wenn ein voll beherrschbares Risiko vorlag, der Behandler für eine vorgenommene Behandlung nicht ausreichend befähigt war oder ein grober Behandlungsfehler begangen wurde. Auch unzureichende Aufklärung, fehlende Einwilligung oder Dokumentationsmängel können beweis erleichternd sein. Zur Dokumentationspflicht wird im § 630h Abs. 3 BGB ausgeführt, dass bei fehlender Dokumentation einer medizinisch gebotenen Maßnahme vermutet wird, dass diese Maßnahme nicht durchgeführt wurde [4].

Um die Behandlungsfehlerbegutachtung nach bundesweit einheitlichen Kriterien und Maßstäben auszurichten sowie eine hohe Qualität der Begutachtung zu gewährleisten, wurde mit juristischer Unterstützung ein allgemein verbindlicher Begutachtungslaufplan erarbeitet und von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte für die allgemein verbindliche Anwendung beschlossen [5].

Behandlungsfehlerbegutachtung durch den MD – wie ist der Ablauf?

Die Begutachtung findet in aller Regel auf der Grundlage der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Unterlagen

statt. Dabei werden folgende Fehlermöglichkeiten unterschieden [6]:

- Diagnosefehler
- Befunderhebungsfehler
- Therapiefehler
- Fehler bei der therapeutischen Information
- Organisationsfehler
- Dokumentationsmängel

Bei der Begutachtung geht es i. d. R. um die Haftungsfrage. Zusammenfassend sind daher im Gutachten die haftungsbegründenden Tatsachen – also das Vorliegen einer Pflichtverletzung, der entstandene Gesundheitsschaden sowie die haftungsbegründende Kausalität – darzulegen. Das Gutachten samt vorgelegter Unterlagen wird dann an die beauftragende Krankenkasse gesandt. Wurde die Begutachtung durch den Versicherten angestoßen (§ 66 SGB V), erhält dieser das Gutachten direkt vom MD zugesandt. Die Gutachten des MD werden nach bundesweit einheitlichen Kriterien qualitätsgesichert [7]. Dazu erfolgt, organisiert durch den Medizinischen Dienst Bund, ein anonymisiertes Verfahren zur Qualitätssicherung der Behandlungsfehlergutachten, bei denen Gutachten auch länderübergreifend hinsichtlich ihrer Qualität überprüft werden.

Ergebnisse der Begutachtung

Eine offizielle Bundesstatistik zu Behandlungsfehlern oder Behandlungsfehlervorwürfen existiert nicht. Stattdessen gibt es die jährlichen statistischen Erhebungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer (BÄK) sowie die Jahresstatistik der Behandlungsfehler-Gutachten der Medizinischen Dienste (MD) vom Medizinischen Dienst Bund [8]. Bei einer in den vergangenen Jahren recht konstanten Anzahl an Behandlungsfehlervorwürfen weist die BÄK-Statistik für 2024 etwa 4.100 und die der Medizinischen Dienste 2024 über 12.300 Fälle auf. Die Quote festgestellter Behandlungsfehler mit kausalem Schaden

ist 2024 bei den Schlichtungsstellen und den Medizinischen Diensten praktisch identisch mit 26,7 % bei der BÄK und 26,8 % bei den Medizinischen Diensten.

Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den sogenannten Never Events. Bei diesen handelt es sich um fehlerbedingte Schadenereignisse, die einerseits besonders folgenschwer sind und andererseits durch bekannte Maßnahmen zur Patientensicherheit (z. B. Checklisten, strukturierte Sicherheitsvorkehrungen) als vermeidbar gelten. Typische Beispiele sind Seitenverwechslungen bei Operationen oder intraoperativ vergessene Tupfer bzw. OP-Instrumente. Diese seltenen Einzelereignisse spielen jedoch eine besondere Rolle in der Sicherheitskultur. Das Auftreten eines Never Events zeigt dabei keineswegs einen besonders gravierenden Fehler eines Einzelnen an. Es weist vielmehr auf einen bestehenden systemischen Sicherheitsmangel bei der Versorgung vor Ort hin, der über verbesserte Prozesse vermieden werden kann. Schon ein einzelnes Ereignis kann somit einen unsicheren und entsprechend verbesserbaren Versorgungsprozess aufdecken. Im Jahr 2024 entfielen 4,7 % der durch den Medizinischen Dienst bestätigten Behandlungsfehler auf Never Events. Nicht bekannt sind sowohl die Anzahl aller Behandlungsfehlervorwürfe als auch die Gesamtmenge aller durchgeführten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen sowie pflegerischen Maßnahmen. Ferner ist davon auszugehen, dass zahlreiche Behandlungsfehler erst gar nicht erfasst werden, da sie als solche nicht erkannt und somit auch nicht angezeigt werden.

Andererseits gibt es Behandlungsfehler (zum Beispiel die oben genannten „Never Events“), die so eindeutig sind, dass sie auch ohne weitere Gutachten direkt von den Haftpflichtversicherungen reguliert werden. Auch diese Zahlen sind nicht bekannt.

„Insgesamt sind somit die Zahlen der Medizinischen Dienste und der Gutachterkommissionen der Landesärzte-

kammern nicht repräsentativ und erlauben daher auch keine aussagekräftigen Rückschlüsse hinsichtlich der Sicherheit in Krankenhäusern und Arztpraxen.“

Dr. med. Ralf Glake

Nur rund ein Viertel der Behandlungsfehlervorwürfe bestätigen sich

Tatsächlich ist die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler im Verhältnis zu den durchgeführten Behandlungen/Arztkontakten sehr gering und besonders schwere Behandlungsfehler, insbesondere solche mit Todesfällen, werden durch den MD Hessen lediglich in Einzelfällen festgestellt.

Nur in circa 25 % der Fälle mit Verdacht auf einen Behandlungsfehler wird eine Verletzung von Sorgfaltspflichten bestätigt. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass Behandlerinnen und Behandler in rund 75 % der Fälle von solchen Vorwürfen entlastet werden. Im Gegensatz zu den Begutachtungen durch die Gutachterkommissionen der Landesärztekammern können Behandlungsfehlerprüfungen durch den MD Hessen auch ohne Zustimmung oder Information des Behandlers erfolgen. Somit erfahren Behandler/-innen in diesen Fällen gar nicht, dass sie durch die Begutachtung des MD Hessen von vorliegenden Behandlungsfehlervorwürfen entlastet wurden.

Fazit

Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt häufig angestoßen durch die Betroffenen, nach Beauftragung einer Begutachtung durch deren Krankenkasse. Sie ist interessenneutral und für die Versicherten nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden. Damit sind die Begutachtungen bei Behandlungsfehlervorwürfen ein Instrument im Rahmen einer fairen Regulierung. In rund 75 % der Fälle wird der bestehende Verdacht nicht bestätigt, aber auch dieses Begutachtungsergebnis kann

für die betroffenen Patienten wichtig sein. Denn dann erhalten sie die Gewissheit, dass eine schicksalhafte Komplikation oder ein ungünstiger Heilungsverlauf einen Schaden verursacht haben, nicht aber ein Fehler in der Behandlung. Wird ein Behandlungsfehlervorwurf bestätigt, kann auf der Grundlage des Gutachtens eine Schadensersatzforderung geltend gemacht werden, wobei dann in vielen Fällen eine außergerichtliche Einigung der Parteien erreicht werden kann.

Die Begutachtungszahlen stellen nur einen Teil des zu vermutend erheblich umfangreicheren Fehleregeschehens dar, da – wie auch in anderen Ländern – von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen ist [9].

„Wie in allen unseren Begutachtungsbereichen handeln wir auch bei Verdachtsfällen auf eine mögliche Sorgfaltspflichtverletzung vollständig unabhängig, das heißt, unsere Begutachtung erfolgt ohne äußere Einflüsse und ohne eigene Interessen. Der Gesetzgeber hat für die Medizinischen Dienste mit dem Reformgesetz diese singuläre Rolle als kompetente und neutrale Institution des Gesundheitswesens weiter geschärft. Unsere Aufgabe ist es, diese Tag für Tag mit Leben zu füllen.“

Dr. med. Patrick Schunda

Dr. med. Ralf Glake

Leiter Team Ersatzansprüche,
Geschäftsbereich Ambulante Versorgung

Dr. med. Thomas Gaertner

Stabsstelle Sozialmedizinisches Wissens-
und Qualitätsmanagement (WQM)

Dr. med. Patrick Schunda

Leitender Arzt

alle: Medizinischer Dienst Hessen

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



„Die Steilküste von Aval“ ist eins von 24 Gemälden von Claude Monet im Städel Frankfurt.

Auftakt ist ein sinnliches Erlebnis, in dem die Grenzen zwischen Realität und Simulation zu verschwimmen scheinen: Auf einem Klangteppich aus Meeresrauschen und kreischenden Möwen fliegt der Besucher die normannische Steilküste rund um den einstigen Fischerort Étretat entlang, vorbei an den drei spektakulären Felsentoren Porte d'Amont, Porte d'Aval und Manneporte. Möglich wird die visuelle und akustische Reise durch eine Videoinstallation – einen dreidimensionalen Scan im Entrée der Ausstellung „Monets Küste – Die Entdeckung von Étretat“ im Frankfurter Städel Museum.

Die Felsen von Étretat zogen im 19. Jahrhundert viele Künstler in ihren Bann. Ab den 1850er-Jahren verwandelte sich Étretat vom Fischerdorf in eine exklusive Sommerfrische und Künstlerkolonie. Fasziniert von Wasser, Wind und der rauen, pittoresken Landschaft ließen sich Maler wie Eugène Delacroix, Gustave Courbet und Henri Matisse, aber auch Schriftsteller wie Alphonse Karr und Guy de Maupassant künstlerisch inspirieren.

Bis zum 5. Juli 2026 zeigt das Städel in der beeindruckenden Ausstellung, wie jener Küstenstreifen in der Normandie, den Maupassant einst literarisch zu einem Sehnsuchtsort erhob, die Malerei der Moderne beeinflusste. Im Laufe der Jahre trugen Maler und Schriftsteller zum „Mythos Étretat“ bei. Es sind jedoch die ikonisch gewordenen Bilder der Kreideklippen von Claude Monet (1840–1926), die bis heute die Vorstellung von Étretat prägen und die Entwicklung neuer Bildsprachen spiegeln. Und so liegt das besondere Augenmerk der Schau auf dem Begründer des Impressionismus.

Parlando

Sehnsuchtsort Étretat

Monets Küste im Frankfurter Städel Museum

Wechselnde Lichtstimmungen

Unter den rund 170 Gemälden, Zeichnungen, Fotografien und histori-

schen Dokumenten aus französischen, deutschen und weiteren internationalen Museen sowie aus Privatsammlungen befinden sich allein 24 Werke von Claude Monet. Während seiner Aufenthalte vor Ort zwischen 1864 und 1886 entstanden Zeichnungen, Pastelle und über 80 Gemälde, in denen er die Klippenformationen bei unterschiedlichen Lichtstimmungen in Motivreihen einfing.

Darunter eine Arbeit aus dem Jahr 1864: Wie die dunklen Umrisse einer Burgruine ragt hier ein Felsentor vor dem Hintergrund des von rosafarbenen Wolkenstreifen durchbrochenen, düsteren Abendhimmels in die Höhe. Schon in dieser frühen Darstellung („Étretat. Das Felsentor von Amont“; ehemals „Étretat. Tor und Felsen von Aval“) zeige sich Monets Anspruch, seine unmittelbaren Eindrücke der Natur, insbesondere der wechselnden Wetter- und Lichtstimmungen, direkt auf die Leinwand zu bannen, schreibt Kurator Alexander Eiling in dem Ausstellungskatalog.

Rund 20 Jahre später zeugt die Darstellung eines ähnlichen Motivs von der künstlerischen Weiterentwicklung des Impressionisten: Mit helleren Tönen, gebrochenen Farben und einer freien Pinselführung fängt er die jahres- und tageszeitliche Stimmung ein. Sommerliches Licht liegt auf der in rötlichen, grünen und grauen Tupfen komponierten „Steilküste von Aval“, die Monet 1885 malte. Leuchtend gelb überzieht ein Sonnenstreifen den Rücken des Felsens, der sich aus einer, in hellen Blautönen changierenden Meereroberfläche erhebt. Eines von zahlreichen seriellen Bildern der Steilküste zu unterschiedlichen Tageszeiten und bei wechselnden Wetterverhältnissen.

Variationen eines Themas

Doch: Monet war nicht der erste und nicht der letzte Künstler, der sich von Étretat betören ließ. Variation wird in der Musik eine Kompositionstechnik genannt, in der ein musikalisches Thema wiederholt, aber in seiner Struktur oder Melodieführung verändert wird. Auch die – in Zusammenarbeit mit dem Musée des Beaux-Arts de Lyon – konzipierte Ausstellung präsentiert „das Thema“ Étretat aus Perspektiven unterschiedlicher Künstler, in immer neuen Farben, Interpretationen und im zeitlichen Wandel.

In thematisch gegliederten Ausstellungsräumen, deren Wände jeweils in eine andere, den Bildern entlehnte Farbe getaucht sind, macht die Schau die facettenreiche Entwicklung und Veränderung des künstlerischen Blicks auf die charakteristische Küstenlandschaft von der Romantik bis zur klassischen Moderne erfahrbar.

Zugleich spannt die Ausstellung einen Bogen von der Entdeckung Étretats über den Bädertourismus und die zunehmende Popularisierung des Orts bis heute. So dokumentiert die virtuelle Projektion zum Auftakt den Ist-Zustand der Klippen, deren Existenz von Klimawandel und längst überbordendem Tourismus gefährdet ist. Auf diese Weise vermengten sich soziologische, kulturhistorische und kunsthistorische Aspekte in der Ausstellung auf besondere Weise, fasste Städeldirektor Philipp Demandt auf der Pressekonferenz zusammen.

„Voyages pittoresques“

Schon um 1786 entstand die erste bekannte Darstellung Étretats – ein Aquarell des Malers Alexandre Jean Noël – vermutlich als Auftragsarbeit, die verkaufsfördernd für Austern werben sollte. Wenige Jahre später setzte die Französische Revolution den unternehmerischen Ambitionen ein Ende und Étretat geriet in Verges-

senheit, bis 1820 eine neue Malergeneration an den entlegenen Ort kamen.

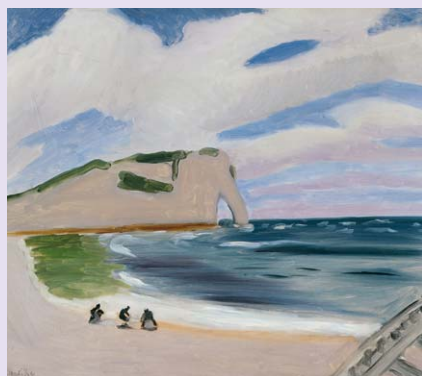
Motiviert von dem Projekt „Voyages pittoresques“, dessen Initiatoren Künstler damit beauftragten, ihnen Zeichnungen von Naturlandschaften als Vorlagen für Lithographien zu liefern, reiste Horace Vernet in die Normandie, unter anderem nach Étretat. Um 1819/20 entstand hier sein Ölgemälde „Der Sturm“.

Skizzen vor Ort

Auch der Maler Eugène Isabey besuchte die Atlantikküste im Kontext der „Voyages pittoresques“. Regelmäßig kam er nach Étretat, wo er bei einem Kapitän logierte und vor Ort Studien anfertigte, vor allem Aquarelle, etwa den „Blick auf Étretat“ (um 1840–1845) in nuancierten Rot- und Gelbtönen. Wie Kuratorin Eva Mongi-Vollmer auf der Pressekonferenz hervorhob, nutzte er die Studien, um auf ihrer Grundlage in seinem Atelier große Ölgemälde zu malen, die erfolgreich auf dem Salon in Paris ausgestellt wurden. Dies galt ebenso für Eugène Le Poittevin, der in seinem detailverliebten Panorama „Seebad in Étretat“ den frühen Badetourismus zeigte.

Deutsche Künstler in Étretat

Zu den besonderen, vor 1850 entstandenen Werken gehören die Arbeiten des deutschen Landschaftsmalers Johann Wilhelm Schirmer, der die imposanten Felsformationen Étretats in Skizzenbüchern einfing, um sie zu Hause seinen Schülern zu zeigen. Wie Schnipsel fanden die grandiosen, mit wissenschaftlichem Blick zu Papier gebrachten Skizzen Eingang in größere Werke.



Henri Matisse, Étretat. Die Wäscherinnen, 1920

Begeistert von Étretat war auch Anselm Feuerbach, der sich vermutlich nie in Étretat aufhielt. Dass sein Gemälde 1860 „Das Felsentor Manneport bei Étretat“ dennoch so naturgetreu wirkt, als habe er mit seiner Leinwand vor der Felsformation gesessen, lässt Kunsthistoriker vermuten, dass sich Feuerbach von einer Schwarz-Weiß-Fotografie inspirieren ließ.

Motiv für Fotografen

Schon wenige Jahre nach der Erfindung der Fotografie wurde Étretat zu einem Motiv für Pioniere der Fotografie. Eine der ersten Fotoserien von Étretat entstand 1852 und geht wohl auf den Chemiker Alphonse Davanne zurück. Zehn Jahre später hielt er die eindrucksvolle Landschaft, den wachsenden Ort und den dicht mit Booten belegten Strand fest. Paul Gaillard experimentierte parallel mit verkürzten Belichtungszeiten, um die Bewegungen von Wellen und Badegästen festzuhalten.

Bis heute berufen sich Fotografen auf Gemälde von Étretat: Während sich Elger Esser (geb. 1967) in seinen nostalgischen Fotografien unter anderem auf den Maler Johann Wilhelm Schirmer bezieht, näherte sich Balthasar Burkhard (1944–2010) mit seinen Momentaufnahmen von Wellen den Bildern Courbets an.

Courbet – Maler der Wellen

Gustave Courbet (1819–1877), dem Schöpfer der Meerlandschaften, und seinen berühmten Wellenbildern ist in der Ausstellung ein eigener Raum vorbehalten. Während seines mehrwöchigen Aufenthalts in „Étretat“ im Spätsommer 1869 entfaltete der Maler eine ungeheure Produktivität, die durch die Lage seine Ateliers direkt am Strand und einen spektakulären Wirbelsturm, einen „äquinoktialen Orkan“, begünstigt wurde. In einer Reihe von rund zwanzig Gemälden konzentrierte sich Courbet ausschließlich auf die Darstellung der Klippen und der sturmgepeitschten Wellen.

Courbet verfremdete die Bilder durch Perspektivwechsel und schuf damit bewusst eine künstlerische Realität. Auch seine krustige Malweise – er trug die Farbe mit einem Palettenmesser auf die Leinwand

auf – brach mit den damaligen Regeln der Malerei. Die Wellen wirken wie erstarrt, so dass Kritiker von einem „versteinerten“ Ozean sprechen. Wie von dem Spuk des Unwetters befreit, präsentiert sich die nach dem Sturm gemalte „Felsenküste bei Étretat“ (1869/70) in hellem, kristallem Licht.

Im Pariser Salon von 1870 erzielte Courbet mit seinen Gemälden „Das stürmische Meer“ und „Die Klippe von Étretat nach dem Sturm“ (1869/1870) „einen ungeheuren Erfolg“, der auch auf das Novum zurückzuführen war, dass Courbet erstmals nur Landschaftsgemälde präsentierte.

„Ich werde versuchen, es anders zu machen“

Nachfolgende Künstler – darunter Claude Monet – maßen sich an Courbets Werken. Nach seinen ersten Aufenthalten 1864 und 1868/69, bei denen eines der Hauptwerke der Städel-Sammlung, „Das Mittagessen“ (1868/69) entstand, kehrte Monet Anfang der 1880er-Jahre nach Étretat zurück. Meist außerhalb der Badesaison nahm er Domizil im Hotel Blanquet, wo er dank der Aussicht auf die Umgebung auch an regnerischen Tagen arbeiten konnte.

Er habe vor, ein großes Gemälde der Klippen zu schaffen, obwohl es „schrecklich gewagt“ sei, dies nach Courbet zu tun, schrieb Monet an seine Lebensgefährtin. „Aber ich werde versuchen, es anders zu machen“. Blickfang der Ausstellung sind seine zahlreichen, 1883 entstandenen Darstellungen der Klippen von Étretat – ein Motiv, das gute Absatzmöglichkeiten bei Sammlern versprach. Mit seiner dynamischen Pinselführung ließ Monet die Kraft der Elemente spürbar werden, so dass man beim Betrachten die Luft des Atlantiks zu riechen meint, und gab seine Eindrücke in wechselnden Lichtstimmungen wider.

Während einige seiner Gemälde räumlich mit den Arbeiten anderer Maler in Korrespondenz treten – so etwa seine Wellenbilder mit jenen Courbets – ist der zentrale, eiförmige Ausstellungsraum („Monets Auge“) ausschließlich Monets Werken gewidmet. Neben dem „Mittagessen“ sind dort auch Landschaftsbilder aus der Umgebung Étretats zu sehen, unter ihnen das

Ölgemälde „Die Elster“ (1868/69), das die Farbwirkungen des Schnees bei unterschiedlichen Lichtbedingungen einfängt.

Von Boudin bis Matisse

Da gegen Ende des 19. Jahrhunderts Étretat-Bilder zum festen Repertoire französischer Galerien zählten, brachen immer mehr Künstler zu der Küste auf. Anders als Monet, der meist menschenleere Motive malte, nahm Eugène Boudin (1824–1898) Szenen aus dem Alltag der lokalen Bevölkerung in seine Landschaftsgemälde auf.

Einzigste Malerin, deren Arbeiten in Frankfurt zu sehen sind, ist die Schweizerin Sophie Schaeppi. Auch sie malte und zeichnete die berühmten Felsformationen bei unterschiedlichen Wetterbedingungen.

Émile Schuffenecker (1851–1934) interpretierte die Klippenlandschaft in seiner impressionistisch formauflösenden Malerei, während Gustave Caillebotte (1848–1894) den „Mann im Arbeitskittel“ (1884) ohne Bezug auf die Klippenlandschaft malte. Zu den besonderen Anziehungspunkten der Ausstellung gehört das Ölbild „Étretat. Die Wäscherinnen“

aus dem Jahr 1920 von Henri Matisse (1869–1954). Im Sommer 1920 schuf er mehr als 40 Gemälde und zahlreiche Zeichnungen, in denen er sich in bewusster Auseinandersetzung mit den Gemälden von Courbet und Monet der Küste von Étretat aus verschiedenen Perspektiven widmete.

Katja Möhrle

Informationen:

www.staedelmuseum.de/de/monets-kueste

Fort- und Weiterbildung

Serie: Spotlights Weiterbildung

Was muss im Weiterbildungszeugnis enthalten sein?

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Das Weiterbildungszeugnis muss den Fortgang der Weiterbildung enthalten. Dabei ist darauf einzugehen, was wie vermittelt wurde. Unterbrechungen sind anzugeben. Die LÄKH entscheidet dabei darüber, ob die Zeiten der Unterbrechung anerkannt werden können. Besondere Situationen – etwa eine Sondersituation wie zu Zeiten der Covid-19-Pandemie – und damit verbundene organisatorische Maßnahmen sollten erklärt werden, um sich Nachfragen zu ersparen. Sollten Zeiten explizit nicht mit einbezogen werden, muss dies vermerkt sein (siehe Checkliste:

www.laekh.de/Checkliste-Weiterbildungszeugnis oder via Kurzlink: <https://t1p.de/zwk7z> – der QR-Code führt direkt dorthin.

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

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



Foto: Isolde Asbeck



Freisprechungsfeier im Kammerbezirk

Frankfurt: Bezirksärztekammervorsitzender Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci, konnte rund 70 Absolventinnen und Absolventen persönlich das Zeugnis überreichen. Insgesamt haben 124 Prüflinge bestanden. Erstmals sprach auch eine Absolventin, Eda Özer aus Offenbach, persönliche Dankesworte. Jutta Hartmann vom Verband Medizinischer Fachberufe und Studiendirektorin Doreen Beyer von der Julius-Leber-Schule Frankfurt überbrachten ebenfalls Grußbotschaften. Für die Musik sorgte gekonnt das Duo „Felissima“.

Im Kammerbezirk Wiesbaden haben 37 Prüflinge ihre MFA-Ausbildung abgeschlossen. Die Feier, an der 12 Absolventinnen und ein Absolvent teilgenommen haben, wurde von Dr. Adelheid Rauch (l.) moderiert. Glückwünsche überbrachte Jutta Hartmann im Namen des Verbandes medizinischer Fachberufe. Musik: Männer-WG, Leitung: Tilman Jerrentrup.



Foto: Nina Reifschneider

Foto: Sandina Gall



Absolventenfeier: Der Kammerbezirk Gießen hat 50 angehende Medizinische Fachangestellte aus ihren Ausbildungsverhältnissen verabschiedet. Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, gratulierte den Prüflingen zum erfolgreichen Abschluss der Berufsausbildung. Die Ansprache für die Berufsschulen hielt Studienrätin Dr. Rebecca Traurig, Lehrkraft der Willy-Brandt-Schule in Gießen und Mitglied des Prüfungsausschusses. Musikalisch eingerahmt wurde die Feier durch das Querflöten-Trio der Musikschule Bad Nauheim.

Der Kammerbezirk Kassel verabschiedete 47 Absolventinnen und drei Absolventen aus ihrem Ausbildungsverhältnis. Im Rahmen der Abschlussfeier überreichte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Kassel, Stephan Bork, die Prüfungszeugnisse. 24 MFA nahmen ihre Zeugnisse persönlich entgegen, zwei erzielten die Note 1 im praktischen Teil und eine sogar die Note 1 im schriftlichen und praktischen Teil. Weitere Grußworte folgten von dem Schulleiter der Willy-Brandt-Schule, Oberstudiendirektor Rainer Büchter.



Foto: Bettina Bach

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.06.: Dr. med. Markus Harwart, Liederbach, 65 Jahre
- 02.06.: Dr. med. Marika Köberich, Frankfurt, 80 Jahre
- 02.06.: Dr. med. Hans-Paul Lang, Ochtrup, 80 Jahre
- 03.06.: Dr. med. Manfred Peikert, Frankfurt, 70 Jahre
- 04.06.: Dr. med. Iwona Heckl, Bad Homburg, 75 Jahre
- 06.06.: Dr. med. Winfried Blum, Offenbach, 70 Jahre
- 07.06.: Dr. med. Bernhard Günkel, Dreieich, 75 Jahre
- 10.06.: Henner Hemprich, Frankfurt, 70 Jahre
- 12.06.: Dr. med. Elisabeth Günther, Frankfurt, 80 Jahre
- 13.06.: Verena Meyer zum Wischen, Bruchköbel, 65 Jahre
- 13.06.: Patric Schwan, Lollar, 65 Jahre
- 14.06.: Dr. med. Dipl.-Psych. Assia Brandrup-Lukanow, Hellerup/Dänemark, 70 Jahre
- 14.06.: Dr. med. Heinrich Wetzels, Sulzbach (Taunus), 75 Jahre
- 14.06.: Dr. med. Bernd Viehmann, Oberursel, 80 Jahre
- 16.06.: Cornelia Lang, Hofheim, 70 Jahre
- 16.06.: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans Josef Böhles, Frankfurt, 80 Jahre
- 17.06.: Sabine Ballenberger, Rodgau, 65 Jahre
- 17.06.: Dr. med. Wolfgang Kroh, Friedrichsdorf, 70 Jahre
- 17.06.: Dr. med. Margret Hartmann, Wiesbaden, 75 Jahre
- 18.06.: Dr. med. Ulrich Beier, Schlüchtern, 65 Jahre
- 18.06.: Dr. med. Elisabeth Heise-Reinecker, Langen, 80 Jahre
- 19.06.: Florin Krombacher, Bad Vilbel, 70 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Esther Werner-El-Gindi, Mainz, 70 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Dr. med. dent. Peter Schmid, Bad Homburg, 75 Jahre
- 19.06.: Dr. med. Gerlind Weiler, Frankfurt, 80 Jahre
- 22.06.: Dr. med. Martina Scheufler, Bruchköbel, 70 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Lösungen des Kreuzworträtsels aus 04/2026

Waagrecht: 1 Aitken-Einteilung | 7 Os | 9 Prehn-Zeichen | 11 Endometrium | 12 inert | 14 Lyophilisat | 15 Ott-Maß | 16 Azan-Färbung | 17 Riolan-Anastomose | 19 Loslassschmerz | 20 ASR | 21 Ebola-Virus | 24 Leitsymptom | 28 Xenotransplantation | 29 Anurie | 30 Nahvisus | 31 Amiodaron | 32 Pel-Ebstein-Fieber

Senkrecht: 1 Apomorphin | 2 Iritis | 3 Tentorium cerebelli | 4 Enophthalmus | 5 Das große Netz | 6 Anhidrose | 7 Odynophagie | 8 Soor | 10 Henle-Schleife | 13 Raab-Variante | 14 Lallen | 15 oral | 18 Noxe | 22 anal | 23 Sammelrohr | 25 Enalapril | 26 Trisomie 21 | 27 Biotin | 29 Abduktion

Lösungswort: Lippenbremse

Else Kröner-Fresenius-Stiftung schreibt erstmals Else Kröner Forschungskollegs für Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin aus

Die Else Kröner-Fresenius-Stiftung (EKFS) schreibt erstmals Else Kröner Forschungskollegs in der Allgemeinmedizin aus. Mit dieser neuen Ausschreibung sollen Ärztinnen und Ärzte während oder nach ihrer Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin dabei unterstützt werden, Forschungsprojekte umzusetzen und somit Patientenversorgung und Forschung zu verbinden. Die Stiftung stellt dafür 1,5 Millionen Euro zur Verfügung. Gefördert werden zwei Forschungskollegs mit jeweils 750.000 Euro für zunächst drei Jahre. Eine Verlängerung um weitere drei Jahre ist bei erfolgreicher Evaluation möglich. Es geht

darum, Forschung näher an die hausärztliche Versorgung bringen.

Die Ausschreibung erfolgt in einem zweistufigen Verfahren. Antragsskizzen können bis zum 18. Juni 2026 bei der Else Kröner-Fresenius-Stiftung eingereicht werden. Nach einer Vorauswahl werden ausgewählte Antragstellende zur Einreichung eines Vollertrags eingeladen. Die endgültige Förderentscheidung trifft der Stiftungsrat der EKFS voraussichtlich bis Ende 2026.

Weitere Informationen zur Ausschreibung und zu den Anforderungen für Antragstellende sind unter www.ekfs.de verfügbar. (red)

Aggression und Gewalt im Praxisalltag

– eine gemeinsame Veranstaltung der Akademie der LÄKH und Carl-Oelemann-Schule (COS) für Ärztinnen, Ärzte und Medizinische Fachangestellte

Termin:	Samstag, 27.06.2026, 9:00–17:15 Uhr
Information und Anmeldung:	<p>Akademie: Susanne Schubert-Wallmeyer Fon: +49 6032 782-202, E-Mail: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de</p> <p>COS: Tanja Oberwallner Fon: +49 6032 782-131 E-Mail: tanja.oberwallner@laekh.de</p>
Kurzlink:	https://t1p.de/mgdtk



www.akademie-laekh.de

Einladung

172. Bad Nauheimer Gespräch

02.06.2026, 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Sucht in unserer Gesellschaft

Von Cannabis und Lachgas bis zu Internet und Medien

In Deutschland starben im Jahr 2023 ca. 99.000 Menschen an den Folgen des Tabakrauchens, ca. 47.500 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums und über 2200 Menschen durch den Konsum illegaler Drogen. Cannabis-Konsum nimmt insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu. Auch die „neue Partydroge“ Lachgas birgt hohe Gesundheitsrisiken bis hin zu bleibenden neurologischen Schäden.

Bislang noch weniger wahrgenommen sind die „Internetsüchte“, die zunehmend ein gesellschaftliches Problem darstellen. Während die suchtartige Nutzung von Online-Spielen häufig (junge) Männer betrifft, sind bei der sozialen-Netzwerke-Nutzungsstörung mehr Mädchen und Frauen betroffen. Auch Senioren sind betroffen: In der Pandemie war bei ihnen Einsamkeit ein großer Treiber für Digitalisüchte.

Was können wir tun? Als Einzelne, als Therapeuten und als Gesellschaft? Zwei erfahrene Experten auf diesem Gebiet werden Ihnen einen Überblick die Präventions-, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten geben und hierzu mit Ihnen diskutieren.



Foto: Unimedizin Frankfurt

Dr. med. Mathias Luderer

Facharzt für Psychiatrie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main; Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Klaus Wöfling

Diplom-Psychologe, Einrichtungsleitung der Therapeutischen Gemeinschaft Jenfeld der Alida Schmidt-Stiftung, Hamburg

Um Voranmeldung wird gebeten: Über die Website www.bad-nauheimer-gespraech.de/Veranstaltungen oder per E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de
 Die Veranstaltung ist öffentlich und kostenlos. Sie ist von der LÄKH mit 3 Punkten zertifiziert, ist produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet und wird ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter und der Referenten bestehen nicht.

Zum Vormerken

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

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

info@bad-nauheimer-gespraech.de

www.bad-nauheimer-gespraech.de



Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

25.06.: Dr. med. Michaela Börnke-Bopp, Offenbach, 70 Jahre

25.06.: Dr. med. Marianne Theobald, Seligenstadt, 70 Jahre

30.06.: Dr. med. Stefan Böttger, Frankfurt, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

05.06.: Dr. med. Brigitte Dudek, Obersdorf, 65 Jahre

09.06.: Dr. med. Ursula Blaum, Darmstadt, 80 Jahre

12.06.: Dr. med. Rudolf Jung, Abtsteinach, 75 Jahre

12.06.: Dr. med. Shahram Sahebajami, Michelstadt, 80 Jahre

13.06.: Hermann Volk, Michelstadt, 70 Jahre

22.06.: Katharina Till, Weinheim, 65 Jahre

22.06.: MOR Dr. med. Georg Hoffmann, Reinheim, 75 Jahre

24.06.: Prof. Dr. med. Hubertus Wenisch, Gornheimertal, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

09.06.: Dr. med. Eva-Christiane Rumpf, Aßlar, 70 Jahre

14.06.: Günter Rudolf Antl, Heidelberg, 65 Jahre

15.06.: Dr. med. Paul Wepler, Alsfeld, 75 Jahre

16.06.: Dagmar Weyhnecht, Bad Nauheim, 75 Jahre

20.06.: Dr. med. Rolf Klingler, Wetzlar, 70 Jahre

21.06.: Dr. med. Focko Weberling, Lahnu, 70 Jahre

23.06.: Margarethe Best, Biebertal, 65 Jahre

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder, Kürzungen vorbehalten. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/Main.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

- 03.06.: Reiner Platte, Fritzlar, 70 Jahre
20.06.: Dr. med. Volker Duda,
Cölbe, 70 Jahre
22.06.: Jürgen Kleebach, Kassel, 65 Jahre
22.06.: Dr. med. Lutz Räder,
Künzell, 70 Jahre
24.06.: Helmut Gömpel,
Marburg, 75 Jahre
24.06.: Dr. med. Dagmar Lang,
Cölbe, 75 Jahre
28.06.: Dr. med. Hans-Jürgen Gruß,
Shiplake Oxon, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 05.06.: Dr. med. Helga Brenneis,
Wiesbaden, 75 Jahre
06.06.: Dr. med. Nicolette
Fritsch-Wagner, Mainz, 65 Jahre
09.06.: Dr. med. Thomas Gräf,
Tausenstein, 75 Jahre
10.06.: Dr. med. Gisela Rink, Wiesbaden,
75 Jahre
20.06.: Dr. med. Thomas Kampmann,
Mainz, 65 Jahre
20.06.: Dr. med. Hans-Dieter Schulz,
Limburg, 85 Jahre
21.06.: Dr. med. Alois Putze, Limburg,
90 Jahre
27.06.: Dr. med. Angelika Vitalini, Diez,
65 Jahre
28.06.: Dr. med. Christine Linkert,
Waldems, 75 Jahre

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
sicher gibt es unter den zahlreichen
Neuerscheinungen jedes Jahr den ein-
oder anderen Titel, den Sie weiteremp-
fehlen wollen. Sie sind herzlich ingeladen,
dies in Form eines kurzen Buchtipps
an die Redaktion weiterzugeben.
Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!

E-Mail: haebl@laekh.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Larissa Gabriela Abel, Weinfeldern
* 06.09.1958 † 25.08.2025

Dr. med. Elisabeth Maria Franziska
Berendes, Fulda
* 17.03.1935 † 22.01.2026

Dr. med. Gerd Karl Eppel, Viernheim
* 28.12.1951 † 22.08.2025

Peter Johann Fitschen, Gelnhausen
* 12.04.1953 † 17.02.2026

Dr. med. Hans-Christoph Günther,
Viernheim
* 12.06.1947 † 03.12.2025

Dr. med. Andreas Haack, Schauenburg
* 01.06.1946 † 09.01.2026

Dagmar Hackenberg, Lampertheim
* 11.06.1941 † 30.11.2024

Dr. med. Frank Hirt, Bad Wildungen
* 02.09.1962 † 20.10.2025

Dr. med. Susanne Kölsch, Bad Hersfeld
* 11.02.1970 † 26.02.2026

Prof. Dr. med. Peter Konold,
Heusenstamm
* 13.06.1936 † 28.08.2025

Carsten Karl-Johann Kummerow, Fulda
* 18.01.1981 † 24.02.2026

Dr. med. Kerstin Lesener, Offenbach
* 17.07.1961 † 08.02.2026

Elken Lindquist, Frankfurt
* 23.06.1941 † 20.06.2018

Dr. med. Andreas Löhr, Rüsselsheim
* 24.08.1969 † 20.02.2026

Dr. med. Renate Mahler-Heckmann,
Melsungen
* 10.12.1956 † 20.09.2024



Foto: © lotharhahler – stock.adobe.com

Dr. med. Peter Neubauer, Frankfurt
* 06.12.1948 † 18.02.2026

Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Guenter
Neupel, Dreieich
* 04.11.1935 † 06.02.2026

Dagmar Rellensmann, Langgöns
* 25.07.1951 † 10.01.2026

Sabine Riese, Berlin
* 04.02.1952 † 17.02.2026

Dr. med. Detlev Russ, Rödermark
* 09.06.1939 † 29.01.2026

Dr. med. Wolfhard Scholz, Hadamar
* 25.09.1938 † 24.02.2026

Dr. med. Jörg Schwab, Marburg
* 01.11.1954 † 02.03.2026

Dagmar Stuhldreher, Schwarzenborn
* 01.04.1951 † 02.03.2026

Dipl.-Med. Volker Urbach, Mühlheim
* 17.02.1954 † 05.10.2025

Michael Vasileiadis, Langen
* 18.03.1973 † 02.01.2026

Natalia Zaytseva, Heppenheim
* 06.05.1961 † 08.06.2025

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

Checkliste

Empfehlungen für die Einstellung von
auszubildenden Medizinischen Fachan-
gestellten. Die komplette A4-Seite der
Checkliste kann im Internet unter:

[https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufs-
ausbildung/berufsausbildungsvertrag-
und-vorschriften](https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufs-ausbildung/berufsausbildungsvertrag-und-vorschriften) → Merkblätter heruntergeladen werden.
Kurzlink: <https://t1p.de/1npu9>



**Monika Bals-Pratsch,
Stefan Dieterle, Frank Nawroth:**

**Arbeitsplatz Kinderwunschzentrum
Wissen für Medizinische Fachangestellte und Pflegeberufe**

Springer Berlin, Heidelberg 2025,
ISBN 9783662716588, 290 S.,
49.99 €, auch als E-Book

Das Werk „Arbeitsplatz Kinderwunschzentrum“ unter Federführung von Prof. Dr. med. Monika Bals-Pratsch hat das Potenzial, zu einem Standardwerk zu werden. In der Absicht, ein Handbuch für den praktischen Alltag in einem Kinderwunschzentrum zu schaffen, ist ein Kompendium der gesamten Reproduktionsmedizin und angrenzender Gebiete entstanden. Durch die umfängliche Darstellung der Reproduktionsmedizin inklusive der Embryologie und Andrologie sowie

der diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen und Abrechnungsbeispielen hat es ein Alleinstellungsmerkmal in diesem Bereich.

Es ist verständlich und gut strukturiert abgefasst und eine absolute Empfehlung sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für medizinisches Fachpersonal einschließlich der Diabetesassistenz.

**Prof. Dr. med. Dr. hc. mult.
Hans-Rudolf Tinneberg**

Für MFA: Gute Deutschkenntnisse sind unerlässlich für die Ausbildung

Die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist eine anspruchsvolle Ausbildung im dualen System, das heißt: Ausbildung in der Praxis und in der Berufsschule. Gute Deutschkenntnisse sind dafür eine wichtige Voraussetzung: Aus Gründen des Patien-

tenschutzes wurde als Eingangsvoraussetzung das Niveau B2 festgelegt. Eine ausführliche Information für Ärztinnen und Ärzte als Arbeitgeber dazu findet sich online in den Literaturverzeichnissen zur aktuellen Ausgabe. (red)

Goldenes Doktorjubiläum

- | | |
|---|--|
| 02.06.: Dr. med. Klaus-Dieter Jasch,
Wiesbaden | 11.06.: Dr. med. Doris Settnik,
Marburg |
| 02.06.: Dr. med. Hubert Kämpf,
Weiterstadt | 18.06.: Dr. med. Christiane Pöhls,
Hofgeismar |
| 07.06.: Dr. med. Dieter Gragert,
Weinheim | 21.06.: Dr. med. Manfred Klein,
Seeheim-Jugenheim |
| 11.06.: Dr. med. Christoph Berkling,
Wiesbaden | 29.06.: Dr. med. Reinhard Martin
Prein,
Alsbach-Hähnlein |
| 11.06.: Dr. med. Udo Brecht, Aßlar | 30.06.: Dr. med. Horst-Eberhard
Gerlach, Viernheim |
| 11.06.: Dr. med. Michael Hocke,
Dillenburg | |

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

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

- 11.05.: Dr. med. Gero Güttler,
Vellmar, 85 Jahre
- 01.06.: Prof. Dr. med. Eide-Dittmar Lübs,
Kassel, 90 Jahre
- 03.06.: Dr. med. Christoph Wiedemann,
Calden, 75 Jahre
- 03.06.: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Richard
Bauer, Wettengel, 80 Jahre
- 05.06.: Jan-Christopher Walbeck,
Kassel, 65 Jahre
- 05.06.: Dr. med. Dipl.-Chem. Wolfram
Hofmann, Wuppertal, 75 Jahre
- 05.06.: Dr./Univ. Budapest Maher
Chaker, Petersberg, 80 Jahre
- 06.06.: Konstanze Garcia Albinini,
Bad Hersfeld, 65 Jahre
- 07.06.: Dr. med. Eva Träuble,
Wetter, 65 Jahre
- 09.06.: Dr. med. Tanja Liedtke,
Korbach, 65 Jahre
- 09.06.: Karl-Friedrich Rüger,
Petersberg, 80 Jahre
- 10.06.: Tatjana Dith, Korbach, 70 Jahre
- 11.06.: Dr. med. Johannes Kutzenberger,
Bad Zwesten, 75 Jahre
- 12.06.: Dr. med. Theophil Strobel,
Kassel, 75 Jahre
- 13.06.: Elisabeth Müller-Harhoff,
Kassel, 65 Jahre
- 16.06.: Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss.
Hans-Herbert Vater,
Bad Wildungen, 65 Jahre
- 18.06.: Dr. med. Detlev Schellenberg,
Bebra, 70 Jahre
- 21.06.: Dr. med. Norbert-Johannes Wirtz,
Bad Arolsen, 75 Jahre
- 22.06.: Dr. med. Matthias Schmidt,
Künzell, 75 Jahre
- 23.06.: MUDr./Univ. Prag Jitka Komeda,
Kassel, 75 Jahre
- 28.06.: Dr. med. Claudio Garcia,
Bad Hersfeld, 80 Jahre
- 30.06.: Dr. med. Gabriele Kahle, Davos/
Dorf, Schweiz, 70 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)

Aufgrund von § 5 Abs. 5 Satz 2 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) vom 23. November 2019 (HÄBL 6/2020 – Online-Sonderausgabe Weiterbildung 2020 – www.laekh.de Rubrik Weiterbildung), zuletzt geändert am 25. November 2023 (HÄBL 1/2024, S. 69–73), hat das Präsidium in seiner Sitzung am 2. Juli 2025 folgende Änderung der Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung beschlossen:

Änderung der Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung

I.

Die Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung vom 11. Dezember 2024 (HÄBL 1/2025, S. 75–80) werden wie folgt geändert:

1.) Punkt „II. 1. Mehrjährige Tätigkeit – Gebiete“ wird wie folgt neu gefasst:

„Das Erfordernis der „mehrjährigen Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung“ nach § 5 Absatz 2 der Weiterbildungsordnung (sog. „Stehzeit“)

beträgt für Gebiete 3 Jahre nach der entsprechenden Anerkennung.“

2.) Punkt „II. 4. Niedergelassene Ärzte“ wird gestrichen und bleibt unbesetzt.

II. In-Kraft-Treten

Die Änderungen der Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung treten am 1. Oktober 2025 in Kraft.

Die vorstehende, vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 2. Juli 2025 beschlossene Änderung der Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, 10. März 2026

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 Nr. 2 und 17 Absatz 1 Satz 1 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes 16. Dezember 2025 (GVBl. Nr. 110, S. 33), i.V.m. § 5 Abs. 6d der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 22. März 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 451), zuletzt geändert am 25. November 2025 (HÄBL 1/2026, S. 46) wird wie folgt geändert:

In § 9 wird nach Satz 2 folgender neuer Satz 3 angefügt:

„Darüber hinaus ist für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen im europäischen Ausland die Landesärztekammer Hes-

sen zuständig, wenn die wissenschaftliche Leitung Mitglied der Landesärztekammer Hessen ist und zu erwarten ist, dass die Teilnehmenden Mitglieder von Ärztekammern im Bundesgebiet sind.“

II. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. April 2026 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 beschlossene Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 31. März 2026

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

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

Redaktion:

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

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

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

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

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Joachim Herbst

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

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

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

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

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

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

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

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

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

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:
kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 6
vom 22.05.2026
ist am Mittwoch, dem 06.05.2026**

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

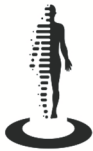
Postfach 1265

59332 Lüdinghausen

(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

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

Stellenangebote



DIE RADIOLOGEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF

**Raus aus der Angestelltenrolle.
Rein in echte Perspektive.**

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine **Fachärztin oder einen Facharzt für Radiologie (m/w/d)** für den Einstieg als **Gesellschafterin bzw. Gesellschafter**.

Praxis etabliert seit über 30 Jahren, großes Einzugsgebiet, voller KV-Sitz, sehr gute Ertragslage, leistungsfähige und effiziente Infrastruktur, hoher Digitalisierungsgrad, familiäres Team mit kurzen Entscheidungswegen, sehr gute Erreichbarkeit aus RLP, NRW und Hessen, Anstellungsphase vor dem Einstieg möglich.

Wenn Sie nicht nur mitarbeiten, sondern mitentscheiden und am wirtschaftlichen Erfolg partizipieren möchten, freuen wir uns auf ein vertrauliches Gespräch: kontakt@blickdiagnose.de

FÄ/FA Frauenheilkunde mit SB Gyn-Endo-Repro (m/w/d)

in einem großen IVF-Zentrum mit eigenen Hormonlabor gesucht.
Teilzeit-/Vollzeittätigkeit möglich. Diskretion und Vertraulichkeit gegeben.
Bewerbungen erbeten an info@offenbach-kinderwunsch.de

Suchen chirurgischen Facharzt (w/m/d) für Varizenchirurgie und/oder Prokto-/Hernienchirurgie mit Endoskopieerfahrung

zur Anstellung in Chirurgischer Praxis mit proktologischem, endoskopischem und phlebologischem Spektrum in Frankfurt (60313) & Offenbach (63065).
josef.degel@panaceum.de | www.panaceum.de

Anzeigenservice

Wir sind für Sie da!

Telefon +49 (0) 2234 7011-290

kleinanzeigen@aerzteverlag.de
aerzteverlag.de/anzeigenservice



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 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

HAUTÄRZTIN / HAUTARZT GESUCHT! Standort Bitterfeld-Wolfen

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt sucht eine/n FÄ/FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten (w/m/d).
Zusage einer Mindestumsatzgarantie möglich.

Informationen und Bewerbung

0391 627-6338 oder

niederlassungsberatung@ksa.de



SACHSEN
ANHALT

Stellengesuche

Erfahrene **Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie** sucht neue berufliche Herausforderung in **Praxis oder MVZ im Rhein-Main Gebiet**. Umfangreiche Erfahrungen in der Endoskopie, Sonographie, CED Betreuung - DGVS zertifiziert und der ambulanten Versorgung liegen vor. Teilzeit bevorzugt. **HÄ 059939**

Praxisabgabe

Kinderarztpraxis

Nähe Giessen, alteingesessen mit gut eingearbeitetem Personal **abzugeben**. Fortführung Neuropädiatrie möglich. Gemeinde ist behilflich bei der Wohnungssuche etc.

Kontakt: 0173 5415534

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

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

Wir beraten Sie gerne:
Verkauf Stellenmarkt
Telefon 02234 7011-250
stellenmarkt@aerzteverlag.de



Praxisräume

Praxisfläche in einem etablierten Ärztehaus in zentraler Lage Offenbachs zu vermieten mit Beteiligung an den Umbaukosten nach Mieterwunsch, wenn gewünscht. 550 qm, mehrere Zimmer, flexible Aufteilung und repräsentativer Eingangsbereich, Aufzug, ausgestattete Teeküchen, Datenverkabelung für EDV. Auf Wunsch Klimaanlage, Dauermietparkplätze, Besucherparkplätze im öffentlichen Parkhaus in unmittelbarer Umgebung. **Tel. 0172-7536709**

Ambulante/Stationäre Kooperation

DOC^{OP}

Moderne OP-Kapazitäten in Ludwigshafen – von Chirurgen für Chirurgen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, suchen Sie für Ihre ambulanten Operationen eine moderne, voll ausgestattete Infrastruktur ohne die Fixkosten eines eigenen OP-Zentrums? In meinem etablierten, kassenzugelassenen OP-Zentrum in DOC OP biete ich Fachkollegen ab sofort die Möglichkeit, unsere Räumlichkeiten stundenweise oder tageweise zu mieten.

Was wir Ihnen bieten:

- **Zulassung:** Volle Kassenzulassung sowie Privatliquidation möglich.
- **Ausstattung:** Moderner OP-Saal (Reinraumklasse B1), hochwertiges Instrumentarium und Aufwachraum.
- **Service:** Auf Wunsch Unterstützung durch unser erfahrenes OP- und Anästhesie-Team. Instrumentenaufbereitung durch fachkundigen Personal.
- **Flexibilität:** Unkomplizierte, stundenweise Buchung – ideal für spezialisierte Chirurgen, Orthopäden, Urologen, Gynäkologen-HNO Ärzte, Augenärzte oder Neurochirurgen.
- **Lage:** Zentrale Lage in Ludwigshafen mit guter Anbindung für Ihre Patienten.

Konzentrieren Sie sich voll und ganz auf Ihre operativen Eingriffe – wir kümmern uns um das sterile Umfeld und die Logistik. Habe ich Ihr Interesse geweckt? Gerne zeige ich Ihnen die Räumlichkeiten persönlich und bespreche mit Ihnen die individuellen Konditionen.

Mit kollegialen Grüßen

Ahsam DIN

www.oc-praxis.de, a.din@oc-praxis.de

Vertragsarztsitze

KV-Sitz Anästhesiologie Wiesbaden

zum Jahresende 2026 abzugeben. Kontakt zu operierenden Kooperationspartnern wird gerne hergestellt

perspektive2027@posteo.de

Praxiseinrichtung



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

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

Unsere Leistungen:

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

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

Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung



KI-gestützte
Sonographie

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.