

Systemische Sklerose



Das Titelbild zeigt das typische Bild einer Nägelfalzkapillaroskopie bei einer Patientin mit langjähriger systemischer Sklerose. Neben deutlichen Gefäßrarefazierungen zeigen sich Riesenkapillaren und Einblutungen. Fotos: © Dr. Walter Hermann, Kerckhoff-Klinik

Suizidprävention

Mit dieser Ausgabe startet eine neue Serie zur Suizidologie

Physician Assistants

Wie kann dieses Berufsbild strukturiert eingebunden werden?

Familie neu denken

Die Ausstellung „Mishpocha“ im Jüdischen Museum



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

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

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

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

Bringen Sie Ihre Fragen ein!

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



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

Unsere Expertin und Experten*:

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

Moderation:

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

On-Demand verfügbar nach der Veranstaltung

*Änderungen vorbehalten

Mit freundlicher Unterstützung



MSD



sanofi

In Kooperation mit

Deutsches
Ärzteblatt

Veranstaltet von



Deutscher
Ärzteverlag

Was brauchen wir eigentlich?

Bei Drucklegung der vorliegenden Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts waren die Entscheidungen des diesjährigen Ärztetags bezüglich der Änderungen unserer (Muster-)Weiterbildungsordnung noch nicht bekannt. Ich hoffe sehr, dass sich die Abgeordneten des Deutschen Ärztetags entschließen, der Spezialisierungsfalle zu entkommen, wie es mein Kollege und Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark in der Mai-Ausgabe äußerst treffend formulierte.

Seine Frage „Was brauchen wir eigentlich?“ sollten wir uns nicht nur für die Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung stellen, sondern auch für die tägliche Arbeit für und mit unseren Patientinnen und Patienten. Gilt nicht auch hier das Sprichwort „Weniger ist manchmal mehr“? Nicht jede (Maximal-)Therapie ist für jeden Patienten sinnvoll oder auch nur für jede Patientin geeignet. Gerade bei der Behandlung von Frauen haben wir darüber hinaus erhebliche Wissenslücken, wurden doch in der Vergangenheit Studien überwiegend mit männlichen Teilnehmern durchgeführt. Das gilt auch für Kinder und Ältere. Hier müssen die Forschungsanstrengungen erheblich gesteigert werden. Nach meiner persönlichen Auffassung wäre das wesentlich zielführender als das hundertachtundzwanzigste Biologikum zu entwickeln, das zwar möglicherweise statistisch einen minimalen Vorteil aufweist, der sich jedoch klinisch unter Alltagsbedingungen kaum bemerkbar macht. Und zu allem Überfluss (wir scheinen ja immer noch über Mittel im Überfluss zu verfügen) zu Preisen, die für meine Begriffe bei allem Verständnis für die forschende und entwickelnde Pharmaindustrie maßlos überzogen sind.

Keytruda (Wirkstoff Pembrolizumab) ist – so eine Meldung des Deutschen Ärzteblatts vom 13. April 2026 – das umsatzstärkste Medikament der Welt. Allein in Deutschland lagen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in 2025 bei mehr als zwei Milliarden Euro. 100 Milligramm kosten derzeit 2.039,27 Euro. Nach Berechnungen des Internationalen Krankenversicherungsverbands AIM läge ein fairer Preis bei 40 Euro. Ich maße mir nicht an, den „richtigen“ Preis beziffern zu können. Dieser mag durchaus mehr als 40 Euro betragen. Aber dieses Beispiel zeigt, dass es sehr wohl Bereiche in unserem Gesundheitssystem gibt, die dringend geändert werden müssen. Wohlgermerkt bestreite ich die Wirksamkeit von Pembrolizumab keineswegs.

Dennoch frage ich mich, ob wir immer die richtigen Prioritäten setzen. Vermutlich haben auch Sie mehr als einmal gedacht, sofern Sie selbst oder einer Ihrer Angehörigen sich schon in der Rolle eines Patienten wiederfanden: Wie gut, dass ich mich im Gesundheitssystem einigermaßen gut auskenne! Wie ist das aber für Menschen, die vielleicht nicht mehr ganz jung und keine Akademiker sind und keine Angehörigen haben, die sich für sie einsetzen können. Wenn hier Ohnmachtsgefühle entstehen, kann

ich das verstehen. Wir brauchen Strukturen, die tatsächlich ineinandergreifen und in der Lage sind, die Behandlung zu koordinieren und möglichst auch Hilfeleistungen einleiten zu können, die über das SGB V hinausgehen. Wo eine solche Stelle anzusiedeln ist, kann gerne diskutiert werden. Ich bin fest davon überzeugt, dass die Finanzierung derartiger Stellen unter dem Strich mehr einsparen würde als sie kostet. Das wäre eine echte Hilfe für Patientinnen und Patienten und würde zudem vermutlich einiges an Bürokratie ersparen.

Was brauchen wir eigentlich? Diese Frage stellt sich natürlich auch bei der Umsetzung der Krankenhausreform. Wird die Antwort den Insolvenzverwaltern überlassen, bevor die Reform überhaupt greifen kann? Und welche Krankenhäuser und/oder Abteilungen brauchen wir für die zu Recht geforderte Resilienz? Antworten auf diese Fragen vermisse ich immer noch schmerzlich. Das gilt leider auch für die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Wir brauchen Antworten und Entscheidungen, die zumindest mittelfristig die Basis unserer Gesundheitsversorgung stabilisieren.



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Rechte bei den Autoren



Foto: Uwe Dettmar

CME: Leitlinie systemische Sklerose

Die neue deutsche S2k-Leitlinie zur systemischen Sklerose bündelt aktuelle Evidenz zu Diagnostik, Prognose und Therapie der Erkrankung. Der Beitrag erläutert differenzierte Empfehlungen für Haut-, Muskel-, Gefäß- und Organmanifestationen sowie den Stellenwert kombinierter physikalischer Therapieansätze.

326

Neue Serie zur Suizidologie

Mit diesem Beitrag startet im Hessischen Ärzteblatt eine Reihe zu aktuellen Fragen der Suizidprävention. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. Ute Lewitzka werden praxisrelevante medizinische, gesellschaftliche und präventive Aspekte des Themenfelds dargestellt.

319

Editorial: Was brauchen wir eigentlich?	315
Aus dem Präsidium: Steuerung stärkt Versorgung	318

Ansichten und Einsichten

Konflikt, Pandemie, Klinikabbau: Das Dreifachrisiko, das Deutschland unterschätzt: „Bedingt einsatzbereit“ revisited **340**

Junge Ärzte und Medizinstudierende:

Ein Halbzeit-Resümee zur aktuellen Wahlperiode 2023–2028 von und für die jungen KollegInnen **325**

Fort- und Weiterbildung:

Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprävention – Auftakt einer Serie zur Suizidologie	319
CME: Leitlinie systemische Sklerose – Detaillierte Empfehlungen für die verschiedenen Organmanifestationen	326
Spotlights Weiterbildung (Serie): Was bedeutet „fachliche Eignung“?	337
Therapie des Typ-2-Diabetes: Leitlinienbasierte Individualisierung	350

Carl-Oelemann-Schule:

Gutes weiterentwickeln: MFA Qualifizierungslehrgang „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“

359

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	342
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	348
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	360
■ Bekanntmachungen des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen	366

Personalia: **363**



Foto: SLÄK

Physician Assistants strukturiert verankern

Der Einsatz von PAs gewinnt im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Erik Bodendieck, Präsident der Ärztekammer Sachsen, spricht über Chancen und Grenzen des Berufsbilds sowie über die Position der Bundesärztekammer zur strukturierten Integration in die Versorgung.

323



Foto: Jüdisches Museum Frankfurt

Kunst als gemeinschaftliche Praxis

Mit „MISHPOCHA. The Art of Collaboration“ zeigt das Jüdische Museum Frankfurt eine Ausstellung, die Familie als etwas Prozesshaftes versteht. Interaktive Musikstationen, immersive Klangräume und künstlerische Arbeiten thematisieren Zugehörigkeit jenseits klassischer Familienbilder.

334

Forum:

Physician Assistants in der Versorgung strukturiert verankern: Gespräch mit Erik Bodendieck	323
Geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung in der Medizin am Beispiel des Herzinfarkts	338
„Einst kam Hippokrates aus Kos, jetzt kommt er aus Montpellier“ – Geschichte der ältesten medizinischen Fakultät	354
In Memoriam Dr. med. Alfred Lipstein (1876–1942)	357
Der Förderverein FUSE Hessen stellt sich vor	358
Marburger iGEM-Team entwickelt Plattform zur Entdeckung neuartiger Antibiotika gegen multiresistente Erreger	360
Ehrenamtliche Lebensretter gesucht: Rheingau-Taunus-Kreis baut Projekt der „Mobilen Retter“ aus	365
Organspende in Hessen: Weniger Spender, steigende Transplantationszahlen	331

Recht: Die Herausgabe der Patientendokumentation – Was ist hierbei zu beachten?	336
--	-----

Parlando: The Art of Collaboration: Wie „Mishpocha“ im Jüdischen Museum Frankfurt Familie neu denkt	334
--	-----

Impressum	368
------------------------	-----

Save the Date

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

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

Wann? Fr., 28. August 2026, 10–18 Uhr

Wo? Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt

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

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

Steuerung stärkt Versorgung

Die Gesundheitspolitik liefert derzeit reichlich Stoff. Das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG), Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), Notfall- und Krankenhausreform, Primärversorgung, ePA, Telematikinfrastruktur, GKV-Finanzierung:

Wöchentlich entstehen neue Entwürfe, die wir parallel zu unserer eigentlich ärztlichen Tätigkeit einordnen und kommentieren sollen. Klar ist: Die Fragen der ambulanten Versorgung betreffen das gesamte System. Der GVSG-Entwurf formuliert richtige Ziele, bleibt in der Umsetzung aber zu bürokratisch und oft versorgungsfern. Wir brauchen Regelungen, die im Alltag funktionieren.

Primärarztsystem

Zunehmend begegnet uns der Begriff „Primärversorgungssystem“. Er klingt kooperativ und harmlos. Aber Begriffe entscheiden über Zuständigkeiten, Struktur und Geld. Klar: Teamarbeit ist notwendig. Multiprofessionelle Ansätze sind sinnvoll – und wir schaffen selbst die Grundlagen dafür, mit Modellen wie HÄPPI auf Bundesebene, dem Gesundheitsnetzwerk Port Willingen-Diemelsee e. V. oder Curandum e. V. in Wiesbaden.

Doch wenn ein Primärversorgungssystem ohne die Hausärztin und den Hausarzt als koordinierende Instanz gedacht wird, verlieren wir die Praxen. Diese Lücke füllen dann andere: renditeorientierte MVZ-Strukturen, Versorgung als Produkt. Am Ende wird es teurer – und schlechter für die Patientinnen und Patienten.

Die Evidenz spricht für Kontinuität, Koordination und einen klaren ersten ärztlichen Ansprechpartner. Genau dafür steht das Primärarztsystem. Und wir haben – mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) – den Beweis, dass es funktioniert: Mehr als 800.000 eingeschriebene Patientinnen und Patienten in HZV-Verträgen in Hessen und über 12 Millionen in Deutschland.

Der Bedarf an besserer Steuerung im System ist unstrittig. Auch der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, sieht die unkoordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Problem und plädiert dafür, die erste ärztliche Anlaufstelle zu stärken und Patientinnen und Patienten gezielter durch die Versorgung zu führen.

Ein Primärarztsystem hätte spürbare Effekte auf die Kliniken: Kolleginnen und Kollegen könnten sich endlich wieder auf die Behandlung schwer kranker Patientinnen und Patienten konzentrieren. Fälle, die ambulant gut gesteuert werden können, wür-



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

„Eine stabile hausärztliche Versorgung ist Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesen“

den gar nicht erst stationär gebunden. Das entlastet, verbessert die Versorgung auf beiden Seiten. Fest steht: Die Belastung in Praxen und Kliniken ist real: Bürokratie, Dokumentationspflichten, Regressandrohungen. Doch das eigentliche Problem liegt tiefer: Es ist die politische Inkonsistenz – die Selektivität, mit der entschieden wird, was Hausärztinnen und Hausärzten zumutbar ist und was nicht.

Steuerung zulassen

Zusätzliche Aufgaben, neue Nachweispflichten, Terminsteuerung – zumutbar. Wir erinnern uns: In der Coronapandemie waren es die Hausarztpraxen, die binnen kürzester Zeit Millionen von Impfungen organisiert und durchgeführt haben. Auch das war zumutbar, wurde erwartet. Und wir haben geliefert.

Wenn wir nun folgerichtig sagen: Lasst uns Lotsen sein, baut mit uns ein Primärarztsystem – dann heißt es: zu belastend, zu heikel, politisch nicht vermittelbar, damit seid ihr Hausärztinnen und Hausärzte überfordert.

Nein, sind wir nicht. Diese Logik ist herabwürdigend. Unsere Kolleginnen und Kollegen verlassen die Niederlassung nicht wegen der Arbeit am Patienten, sondern wegen der Rahmenbedingungen. In Hessen bleiben Sitze unbesetzt – Vorboten realer Versorgungslücken.

Was wir brauchen, ist klar: weniger Bürokratie, verlässliche Vergütung und politische Rückendeckung für hausärztliche Steuerung. Die Strukturen existieren längst: In der HZV werden sie täglich gelebt.

Eine stabile hausärztliche Versorgung ist Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesen. Hausärztinnen und Hausärzte sind keine Bittsteller: Wir tragen dieses System – und wir sind bereit, Verantwortung zu übernehmen. Man muss uns nur lassen.

Monika Buchalik

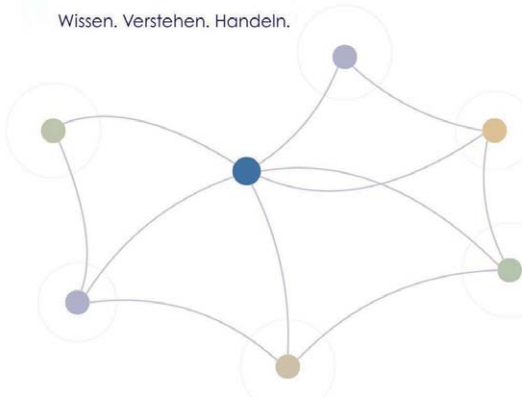
Erste Beisitzerin des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen

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

SERIE

Suizidprävention

Wissen. Verstehen. Handeln.



Mit diesem Beitrag beginnt im Hessischen Ärzteblatt eine Serie zur Suizidologie. Koordiniert von Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie und Suizidprävention (Goethe-Universität Frankfurt am Main), beleuchtet die Serie verschiedene Aspekte der Suizidologie und Suizidprävention und zeigt deren Relevanz für die ärztliche Praxis auf.

Einleitung

Für das Jahr 2024 registrierte das Statistische Bundesamt in Deutschland 10.372 Suizide. Damit sterben hierzulande deutlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und HIV/AIDS zusammen [1]. Diese Zahl verdeutlicht, dass Suizid nicht nur ein gesellschaftliches, sondern auch ein zentrales medizinisches Problem darstellt. Zugleich gehört die Selbsttötung anthropologisch und historisch zu den Möglichkeiten menschlichen Handelns; wo eine Entscheidung tatsächlich frei, wohlervogen und unbeeinflusst von behandelbaren Erkrankungen, akuter Not oder äußerem Druck getroffen wird, steht nicht ihre Verhinderung im Zentrum ärztlichen Handelns. „Suizidalität stellt ein komplexes Phänomen dar. Sie umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die auf eine selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens zielen, wobei der innere Druck, suizidale Gedanken in Handlungen umzusetzen, entscheidend ist. Suizidalität zielt auf eine Veränderung unerträglich empfundenen Leids; angestrebt werden Ruhe und Leidensfreiheit. Suizidalität ist

Möglichkeiten und Grenzen der Suizidprävention

Auftakt einer Serie zur Suizidologie

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, Dipl.-Pflegerin Christian Petzold,

Dr. phil. Dipl.-Ing. Katharina König

nicht identisch mit Todeswünschen. Beide Phänomene überschneiden sich jedoch“ [2]. In der Realität des Versorgungssystems begegnen Ärztinnen und Ärzte vor allem Menschen in Krisen, unter dem Eindruck psychischen Schmerzes, von Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Krankheit oder Überforderung. Für die ärztliche Praxis ist entscheidend, dass Suizidalität keine Randerscheinung einzelner Spezialdisziplinen ist, sondern eine klinisch relevante Querschnittsdimension der Versorgung [3].

Ein relevanter Anteil der Menschen in suizidalen Krisen nimmt im Vorfeld hausärztliche, fachärztliche oder notfallmedizinische Leistungen in Anspruch [4]. Daraus ergibt sich für Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen die Notwendigkeit, suizidale Warnzeichen zu erkennen, Suizidalität aktiv zu explorieren und entsprechende Hinweise konsequent in diagnostische und therapeutische Entscheidungen einzubeziehen. Suizidpräventive Interventionen können wirksam sein; zugleich sind ihrer individuellen Vorhersagbarkeit und praktischen Umsetzbarkeit im Einzelfall Grenzen gesetzt [5–8].

Suizidprävention basiert auf einer klinisch bedeutsamen Beobachtung: Suizidale Krisen sind häufig ambivalent. Viele Betroffene wollen nicht primär sterben, sondern einen Zustand psychischen Schmerzes, der Hoffnungslosigkeit oder subjektiv erlebter Ausweglosigkeit beenden [9]. Gerade in dieser Ambivalenz liegt die Chance präventiven Handelns. Wo Belastung reduziert, Hoffnung wieder zugänglich, Behandlung ermöglicht und Sicherheit hergestellt wird, kann Suizidprävention wirksam werden. Sie ist daher nicht nur Krisenintervention, sondern zugleich Beziehungs-, Sorge-, Versorgungs- und Strukturarbeit [5].

Mit dem vorliegenden Beitrag beginnt im Hessischen Ärzteblatt eine lose Folge suizi-

dogischer Beiträge, die in den kommenden Heften zentrale Facetten von Suizidalität und Suizidprävention aus unterschiedlichen medizinischen und versorgungspraktischen Blickwinkeln aufgreifen wird. Es beginnt mit vertiefenden Beiträgen zu besonders relevanten klinischen Konstellationen: den Auftakt bilden Christine M. Freitag über Kinder und Jugendliche mit neuromentalen Entwicklungsstörungen und Charlotte Sachs über Störungen der Emotionsregulation und selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter. Danach folgen Mathias Luderer und Kollegen über Suizidalität bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Substanzkonsumstörungen sowie Christine Reif-Leonhard über affektive Erkrankungen und Suizidalität. Weitere Beiträge widmen sich dem Umgang mit Todeswünschen und dem Wunsch nach assistiertem Suizid in der Onkologie (Christina Sauer) und den Besonderheiten im höheren Lebensalter (Peter Wagner). Den Schluss bildet die Perspektive von Angehörigen auf die Suizidprävention (Martha Wahl). Die Reihe soll damit nicht nur die Breite des Themas sichtbar machen, sondern auch konkrete Anregungen für eine sensible und fachlich fundierte Versorgungspraxis geben.

Suizidprävention als fachübergreifende Aufgabe

Für die ärztliche Praxis außerhalb der Psychiatrie ist ein Befund besonders relevant: Viele Menschen, die später durch Suizid sterben, hatten zuvor Kontakt zum Gesundheitssystem. Eine systematische Übersichtsarbeit fand im Jahr vor dem Suizid eine durchschnittliche Kontaktquote zur Primärversorgung von 80 %, im letzten Monat noch von 44 %. Hausarztpraxis, fachärztliche Sprechstunde und Notaufnahme sind damit zentrale Orte der Früherkennung [4]. Eine qualitative Studie

zu der Behandlung von suizidalen Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis betont die Bedeutung von Gesprächskompetenzen und dem Austausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen [8].

Suizidalität präsentiert sich dabei selten in Form eines offen artikulierten Sterbewunsches. Im Vordergrund stehen häufig Schlafstörungen, Angst, Schmerzen, Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug, Erschöpfung oder diffuse Überforderung. Gerade bei Menschen mit depressiven Symptomen, Substanzkonsumstörungen, chronischen Schmerzen sowie neurologischen oder onkologischen Erkrankungen sollte eine suizidale Entwicklung differenzialdiagnostisch mitbedacht werden. Die Nationale Suizidpräventionsstrategie sowie auch die Leitlinie für unipolare Depression betonen ausdrücklich, dass Gesundheitsberufe im Erkennen und Ansprechen suizidaler Krisen stärker qualifiziert werden müssen [3, 10].

Auch im professionellen Hilfskontext besteht häufig die Annahme, das direkte Ansprechen von Suizidgedanken könne suizidales Verhalten verstärken oder überhaupt erst auslösen. Hinzu kommen Haltungen, wonach sich ein Mensch, der sich das Leben nehmen wolle, ohnehin nicht aufhalten lasse oder suizidales Erleben vorschnell als Ausdruck einer freien, der Intervention nur begrenzt zugänglichen Entscheidung verstanden werde. Solche Positionen sind auch Ausdruck eines Versorgungsproblems: Suizidalität ist in Aus-, Weiter- und Fortbildung vieler Gesundheitsberufe bei weitem noch immer nicht so verankert, wie es bei anderen vital bedrohlichen Zuständen selbstverständlich wäre. Für die Annahme, dass die Exploration von Suizidgedanken schadet, gibt es keine belastbare Evidenz. Im Gegenteil: Das direkte, ruhige und nicht wertende Ansprechen kann entlasten, Isolation reduzieren und ein therapeutisch relevantes Gespräch überhaupt erst ermöglichen. Eine adäquate Exploration beschränkt sich daher nicht auf die Frage nach einem allgemeinen Todeswunsch, sondern umfasst aktive Suizidgedanken, konkrete Pläne, Vorbereitungshandlungen, verfügbare Mittel, vorausgegangene Suizidversuche sowie aktuelle Schutzfaktoren [10, 11]. Praktisch bewährt sich dabei eine klare Gesprächslogik: zunächst die subjektive

Not anerkennen, dann konkret nach Suizidalität fragen und anschließend die jeweils angemessene weitere Hilfe festlegen. Das kann ein kurzfristiger Folgetermin sein, die Einbeziehung von Angehörigen, eine Krisenplanung, eine psychiatrische Miturteilung oder eine stationäre Sicherung. Für den klinischen Alltag ist dabei weniger Perfektion als Konsistenz entscheidend. Hilfreich ist, dass mittlerweile auch praxisnahe Materialien mit Gesprächshinweisen, Formulierungsbeispielen und Beispielfragen verfügbar sind; die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention stellt hierzu für Fachpersonen konkrete Hinweise für Krisengespräche bereit [12]. Gleichwohl scheitert Suizidprävention im Alltag nicht selten an Zeitmangel, Unsicherheit oder am Ausweichen vor dem Thema.

Wo Suizidprävention nachweislich wirksam ist

Eindrücklich belegt sind bevölkerungsbezogene Maßnahmen der Methodenrestriktion. Gemeint ist die Erschwerung des Zugangs zu hochletalen Suizidmethoden, etwa durch Sicherungen an Hochrisiko-Orten, Restriktionen für Schusswaffen oder sichere Arzneimittelpackungen. Die aktuelle Evidenz spricht klar dafür, dass solche Maßnahmen Suizide verringern [13]. Ebenso bedeutsam ist, dass die häufig geäußerte Annahme, Betroffene würden regelhaft auf andere Methoden oder Orte ausweichen, durch die Evidenz nicht gestützt wird. Für die Praxis folgt daraus, dass Suizidprävention nicht nur Gespräch und Therapie ist, sondern auch eine Aufgabe von Umwelt-, Infrastruktur- und Gesundheitspolitik [3, 14].

Eine weitere zentrale Ebene ist das Erkennen und die leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen. Depressionen, bipolare Störungen, Schizophrenien, Substanzkonsumstörungen und Persönlichkeitsstörungen sind mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko assoziiert [15]. Zugleich wäre es verkürzt, Suizidalität ausschließlich als Symptom einer psychiatrischen Diagnose zu verstehen. Klinisch relevant sind vor allem aktuelle Dynamiken wie Hoffnungslosigkeit, Einengung, psychischer Schmerz, Agitiertheit, Impulsivität, Schlafstörung, sozialer Rückzug und der Zugang zu letalen Mitteln. Ebenso be-

deutsam ist das systematische Mitdenken psychosozialer Belastungsfaktoren, etwa Einsamkeit, Beziehungskrisen, Verlustergebnisse, Überforderung, finanzielle oder berufliche Konflikte sowie das Erleben von Entwertung oder Ausweglosigkeit. Gerade diese Dimension bleibt im ärztlichen Alltag häufig untererfasst, obwohl sie für die suizidpräventive Einschätzung und das weitere Vorgehen von erheblicher Bedeutung sein kann. Suizidprävention darf sich daher nicht in der Behandlung zugrunde liegender Diagnosen erschöpfen, sondern muss die aktuelle Gefährdungslage in ihrem psychopathologischen und psychosozialen Kontext erfassen und in universelle, selektive und indizierte Präventionsansätze eingebettet sein [5, 10, 16].

Besondere Aufmerksamkeit verdienen Übergänge im Versorgungssystem, da sie mit einer erhöhten Vulnerabilität für suizidales Verhalten assoziiert sind. Insbesondere nach einem Suizidversuch sowie nach Entlassung aus einer psychiatrischen stationären Behandlung besteht eine ausgeprägte Risikokonzentration. Eine aktuelle Metaanalyse bestätigt, dass die Suizidrate in der frühen Phase nach Entlassung besonders hoch ist, im weiteren Verlauf zwar abnimmt, jedoch über einen längeren Zeitraum gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht bleibt [17]. Für die Versorgungspraxis folgt daraus, dass Entlassung nicht als Abschluss, sondern als hochkritischer Übergang zu verstehen ist. Rasche Wiedervorstellung, verbindliche Nachsorge, telefonische Kontaktangebote und kurze strukturierte Interventionen sind in dieser Phase klinisch besonders relevant [17, 18].

Gerade für somatisch tätige Ärztinnen und Ärzte ist dies bedeutsam, weil viele Betroffene nach einer Krise nicht unmittelbar in spezialisierten Strukturen ankommen. Wer nach einem Suizidversuch, einer Intoxikation, einer akuten Belastungsreaktion oder einer psychiatrischen Entlassung weiterbehandelt, übernimmt damit immer auch eine suizidpräventive Funktion [17].

Grenzen prädiktiver Verfahren

So wichtig Exploration und Risikoeinschätzung sind: Die individuelle Vorhersage von Suiziden bleibt begrenzt. Struktu-

rierte Skalen und Risikomodelle können das Gespräch ordnen, sie ersetzen aber weder klinische Einschätzung noch therapeutische Beziehung. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zu Vorhersagemodellen zeigte, dass nur ein kleiner Teil der entwickelten Modelle extern validiert wurde und viele Modelle für den klinischen Alltag nur eingeschränkt nutzbar sind. Moderne Suizidprävention verschiebt den Fokus deshalb von der scheinbar exakten Vorhersage hin zu therapeutischer Einschätzung, gemeinsamer Sicherheitsplanung und konsequentem Risikomanagement [5, 6].

Diese Grenze muss professionell reflektiert und ausgehalten werden. Nicht jeder Suizid ist trotz guter Versorgung vermeidbar. Ein Suizid ist trotz Behandlung nicht automatisch als Beleg ärztlichen Versagens zu werten. Umgekehrt darf die begrenzte Vorhersagbarkeit nicht zur Relativierung von Versorgungslücken führen. Erforderlich ist vielmehr eine Haltung, die weder auf Überschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten noch auf therapeutischen Nihilismus hinausläuft, sondern auf sorgfältiger Exploration, Dokumentation, Sicherung, Vernetzung und verlässlicher Nachsorge beruht [5].

Medien, Sprache und Entstigmatisierung

Suizidprävention ist auch Kommunikationsarbeit. Die WHO weist in ihren aktualisierten Empfehlungen für Medienschaffende darauf hin, dass detaillierte, dramatisierende oder romantisierende Berichte suizidales Verhalten beeinflussen können, während Berichte über bewältigte Krisen und Hilfesuche eher protektiv wirken. Für Ärztinnen und Ärzte folgt daraus vor allem eines: Suizidalität sollte weder tabuisiert noch sensationalisiert werden. Eine klare, nüchterne und respektvolle Sprache ist Teil der Prävention [19].

Auch im medizinischen Alltag ist Entstigmatisierung mehr als ein Begleitthema. Wer befürchten muss, mit suizidalen Gedanken als schwach, nicht belastbar oder beruflich ungeeignet zu gelten, sucht später Hilfe. Das gilt für Jugendliche ebenso wie für ältere Menschen, für Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen ebenso wie für Angehörige

der Gesundheitsberufe. Suizidprävention ist deshalb immer auch Kulturarbeit gegen Schweigen, gegen Moralisation und gegen die Abwertung psychischer Krisen [20].

Suizidalität in der Ärzteschaft

Ein Schwerpunkt, der in den vergangenen Jahren zu Recht mehr Aufmerksamkeit erhalten hat, ist die Ärzteschaft selbst. Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur Helfende, sondern auch eine vulnerable Berufsgruppe. Internationale Daten zeigen, dass das Suizidrisiko in der Ärzteschaft nicht einheitlich verteilt ist: Eine große Metaanalyse aus 20 Ländern fand für männliche Ärzte insgesamt keine erhöhte standardisierte Suizidrate mehr, für Ärztinnen hingegen weiterhin ein erhöhtes Risiko; eine neuere US-Analyse stützt diesen Befund [21, 22].

Für Deutschland ist die Datenlage allerdings deutlich begrenzter. Da die amtliche Todesursachenstatistik Suizide nach Ursache, Alter und Geschlecht, nicht aber nach Beruf ausweist, lassen sich Suizide in der Ärzteschaft bislang nicht aus einer bundesweit validen amtlichen Statistik beziffern; verfügbare Angaben bleiben daher auf Schätzungen oder indirekte Annäherungen angewiesen.

Die Gründe des erhöhten Suizidrisikos unter Medizinerinnen und Medizinern sind nicht nur individueller Natur. Hohe Verantwortung, Perfektionsanspruch, Arbeitsverdichtung, Schichtarbeit, Hierarchien und eine Kultur, die psychische Belastung noch immer zu häufig als Schwäche missversteht, erschweren die Hilfesuche. Eine aktuelle qualitative Analyse beschreibt als zentrale Barrieren Stigma, Angst vor beruflichen Konsequenzen, Sorge um Approbation oder Karriere sowie den mangelnden Zugang zu vertraulicher Hilfe [14].

Ein systematisches Review zu Suizidalität bei Medizinerinnen und Medizinern beschreibt als Schutzfaktoren: soziale Unterstützung, Resilienz (Anpassungsfähigkeit), Mental Health Trainings, ein gutes Arbeitsklima, Self-Care und Aktivitäten außerhalb des Berufes (Sport, Hobbies etc.) [23].

Prävention in der Ärzteschaft darf sich nicht in Appellen zur individuellen Resi-

lienz erschöpfen. Eine aktuelle Metaanalyse zu Interventionen für Ärztinnen und Ärzte zeigt zwar Nutzen persönlicher, gruppenbasierter und kompetenzorientierter Angebote. Zugleich betonen die Autorinnen und Autoren, dass es an Evidenz zu strukturellen und organisationsbezogenen Maßnahmen weiterhin fehlt [24]. Für Kliniken und Praxen bedeutet das: Es braucht vertrauliche Hilfsangebote, Peer-Support, Supervision, klare Notfallpfade bei akuter Suizidalität und eine Organisationskultur, in der psychische Krisen mit derselben Selbstverständlichkeit thematisiert und behandelt werden wie substanzbezogene Störungen. Gerade im Umgang mit Suchterkrankungen ist die Sensibilität in vielen Einrichtungen bereits stärker ausgeprägt, auch wenn weiterhin Verbesserungsbedarf besteht; für suizidale Krisen sollte Vergleichbares gelten. Führungskräften kommt in diesem Kontext eine besondere, wenngleich nicht alleinige Verantwortung zu. Sie prägen durch Haltung, Sprache und den Umgang mit Offenlegung psychischer Belastungen wesentlich, ob Hilfe frühzeitig in Anspruch genommen werden kann oder aus Angst vor Stigmatisierung, Karriereachteilen oder Loyalitätskonflikten unterbleibt. Ein konkreter, wenn auch noch punktueller Ansatz niedrigschwelliger Unterstützung ist in Deutschland etwa die PSU-Helpline, die für Mitarbeitende und Verantwortliche im Gesundheitswesen eine anonyme, kostenfreie und vertrauliche psychosoziale Beratung anbietet [25].

Hinzu kommt, dass auch der Suizid einer Patientin/eines Patienten oder einer Kollegin/eines Kollegen für Behandlungsteams hoch belastend sein kann. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass Patientensuizide bei Gesundheitsfachpersonen häufig mit emotionalen und professionellen Belastungen einhergehen und dass formalisierte Unterstützungsangebote, Supervision und strukturierte Nachbesprechungen vielfach als unzureichend erlebt werden. Postvention ist deshalb nicht nur Fürsorge für Hinterbliebene, sondern auch Prävention weiterer Krisen im Versorgungssystem. Teams benötigen nach solchen Ereignissen strukturierte Nachbesprechungen, Supervision und eine Kultur, die diffe-

renziert aufarbeitet, statt vorschnell Schuldige zu suchen [26–28].

Suizidassistenz: eine Grenze zwischen Autonomie und Schutz

Die Auseinandersetzung mit Suizidassistenz wird für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen sowie für Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend noch relevanter. Sie betrifft nicht nur einzelne Grenzbereiche der Medizin, sondern die ärztliche Praxis insgesamt: im individuellen Gespräch mit Patientinnen und Patienten, im institutionellen Umgang mit Todeswünschen und suizidalen Krisen sowie im Hinblick auf gesellschaftliche und rechtspolitische Entwicklungen, die zu einer Verschiebung von Erwartungen, Deutungsmustern und Verantwortungszuschreibungen führen können. Schon deshalb ist eine frühzeitige fachliche und ethische Befassung mit dem Thema erforderlich [29].

Die Bundesregierung hat 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie vorgelegt [3]; zudem wurde im Dezember 2024 ein Gesetzentwurf zur Stärkung der nationalen Suizidprävention im Kabinett beschlossen [29] und im Februar 2025 erst-

mals im Bundesrat beraten. Aus suizidpräventiver Perspektive ist entscheidend, dass Hilfe zum Leben strukturell Vorrang behält. Wo Suizidassistenz gesellschaftlich als Option diskutiert wird, muss umso sorgfältiger geprüft werden, ob ein Sterbewunsch tatsächlich freiverantwortlich ist oder ob Depression, Einsamkeit, Demoralisierung, Druck oder Versorgungslücken mitwirken.

Die Haltung der Bundesärztekammer markiert hier einen wichtigen Orientierungsrahmen. Der Deutsche Ärztetag hat wiederholt betont, dass Suizidhilfe nicht als regulärer Bestandteil ärztlicher Berufsausübung gesetzlich verankert werden sollte. Zugleich hebt die Bundesärztekammer hervor, dass es Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist, Patientinnen und Patienten mit Suizidgedanken oder Todeswünschen mit Empathie und Gesprächsbereitschaft zu begegnen; das vertrauensvolle Gespräch über Todeswünsche oder Lebensmüdigkeit sei ein zentraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Ebenso wird betont, dass in diesem hochsensiblen Bereich weder Zwang noch Erwartungsdruck Platz haben dürfen. Für die Versorgungspraxis folgt daraus eine

doppelte Verpflichtung: einerseits Offenheit für das Gespräch, andererseits besondere Wachsamkeit gegenüber nicht freiverantwortlichen, krisenhaften oder durch Krankheit geprägten Entscheidungsprozessen [2]

Fazit für die Praxis

Suizidprävention ist evidenzbasiert möglich, bleibt jedoch in Diagnostik, Intervention und Verlauf ein komplexes und herausforderndes Handlungsfeld. Für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen bedeutet dies, Suizidalität aktiv zu explorieren, Warnzeichen und Hochrisikophasen konsequent zu berücksichtigen, die Aussagekraft prädiktiver Instrumente realistisch einzuordnen und mit lokalen Krisen-, Notfall- und Nachsorgestrukturen vertraut zu sein. Dazu gehört auch, die eigene Berufsgruppe als potenziell vulnerable Population mit in den Blick zu nehmen. Suizidprävention ist damit kein auf wenige spezialisierte Expertinnen und Experten begrenztes Aufgabenfeld, sondern integraler Bestandteil ärztlicher Handlungskompetenz und professioneller Versorgungspraxis [4, 5, 21].



Foto: Uwe Dettmar

**Prof. Dr. med.
Ute Lewitzka**^{1,2}



Foto: privat

**Dipl.-Pflegerwirt
Christian Petzold**³



Foto: Roger Günther

**Dr. phil. Dipl.-Ing.
Katharina König**^{1,4}

¹ Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Frankfurt –
Goethe Universität,
Frankfurt, Hessen,
Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, TU Dresden,
Dresden, Sachsen,
Deutschland

³ Bundesärztekammer, Dezernat 8 –
Public Health, Berlin, Deutschland

⁴ Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e. V., Dresden,
Zentrum für Psychische Gesundheit,
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
E-Mail: lewitzka@med.uni-frankfurt.de

Das Literaturverzeichnis findet sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Physician Assistants in der Versorgung strukturiert verankern

Gespräch mit Erik Bodendieck über die Position der Bundesärztekammer und notwendige Rahmenbedingungen



Foto: SLÄK

Erik Bodendieck ist Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Er ist Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Physician Assistant“ der Bundesärztekammer, die das Positionspapier zum Berufsbild fachlich begleitet hat.

Physician Assistants (PA) sollen Ärztinnen und Ärzte im medizinischen Alltag unterstützen und so zur Stabilisierung der Patientenversorgung beitragen. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie dieses Berufsbild sinnvoll und strukturiert eingebunden

werden kann. Über notwendige Rahmenbedingungen, aktuelle Entwicklungen und die Position der Bundesärztekammer spricht Erik Bodendieck im folgenden Interview.

Herr Bodendieck, die Bundesärztekammer hat sich 2025 erneut zur Physician Assistance positioniert. Was war der Anlass dafür und wie bewerten Sie die Entwicklung des Berufsbildes insgesamt?

Erik Bodendieck: Dieses Berufsbild hat sich in den vergangenen Jahren deutlich entwickelt. Wir haben inzwischen mehrere tausend Absolventinnen und Absolventen und eine stetig wachsende Zahl an Studiengängen. Gleichzeitig zeigt sich ein sehr dynamisches, aber auch heterogenes Bild: Viele Angebote sind entstanden, bislang jedoch ohne einheitliche Standards oder eine klare rechtliche Einordnung.

Genau darin liegt die Herausforderung. Diese Entwicklung muss so gestaltet werden, dass keine Parallelstrukturen entstehen, sondern eine sinnvolle Integration in das ärztlich verantwortete System erfolgt.

Ziel der Positionierung der Bundesärztekammer ist es daher, klare Rahmenbedingungen zu formulieren, damit sich das Berufsbild qualitätsgesichert und im Interesse der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln kann.

Welche Rolle können Physician Assistants im Gesundheitssystem übernehmen?

Bodendieck: Physician Assistants können ein wichtiger Bestandteil einer arbeitsteiligen, teamorientierten Medizin sein. Es geht ausdrücklich nicht darum, Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen, sondern sie im medizinischen Alltag zu unterstützen. Hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte sollten sich auf komplexe diagnostische und therapeutische Entscheidungen konzentrieren können – also auf genau die Aufgaben, für die sie über viele Jahre aus- und weitergebildet werden. Standardisierbare Tätigkeiten können dagegen von entsprechend qualifizierten Fachkräften übernommen werden, selbstverständlich unter ärztlicher Verantwortung.

Kernthesen des Positionspapiers der Bundesärztekammer

Physician Assistants sind ein akademischer Gesundheitsberuf im ärztlichen Team:

PAs arbeiten in enger Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und übernehmen medizinische Aufgaben im Rahmen der Delegation und unter ärztlicher Supervision. Die Ausübung der Heilkunde bleibt dabei grundsätzlich ärztliche Aufgabe.

Das Berufsbild hat sich in Deutschland etabliert und entwickelt sich weiter: PAs haben sich in den vergangenen Jahren dynamisch entwickelt und etablieren sich zunehmend sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Delegation ärztlicher Tätigkeiten steht im Mittelpunkt der Tätigkeit: PAs übernehmen ärztliche Tätigkeiten im Delegationsverfahren, sofern diese nicht zu den höchstpersönlich von Ärztinnen oder Ärzten zu erbringenden Leistungen gehören oder gesetzlich unter ärztlichem Vorbehalt stehen.

Ziel ist eine strukturierte Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team: Die Tätigkeit von PAs soll Ärztinnen und Ärzte bei delegierbaren Aufgaben unterstützen und damit zur Arbeitsteilung im medizinischen Team beitragen.

Einheitliche Ausbildungsinhalte und Tätigkeitsrahmen sind notwendig: Das Positionspapier weist darauf hin, dass derzeit weder einheitliche Studieninhalte noch ein klar definierter Tätigkeitsrahmen existieren. Ziel ist daher die Festlegung einheitlicher Zugangsvoraussetzungen, Studieninhalte und Kompetenzprofile.

Kompetenzen entwickeln sich stufenweise im Berufsverlauf: Das Papier beschreibt ein Kompetenzmodell mit Grundkompetenzen, erweiterten Kompetenzen und speziellen Kompetenzen, die sich mit zunehmender Erfahrung und zusätzlicher Qualifikation entwickeln.

Quelle: Bundesärztekammer: Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen, Positionspapier, April 2025.

Delegation findet in der Praxis bereits statt, häufig allerdings ohne klar definierte Strukturen. Deshalb brauchen wir transparente Aufgabenbeschreibungen, eindeutige Tätigkeitsprofile und eine klare Zuordnung der Verantwortung. Dann wissen alle Beteiligten, wer welche Aufgaben übernimmt, und die Zusammenarbeit wird verlässlicher – auch im Sinne der Patientensicherheit.

Einsatzmöglichkeiten sehen wir überall dort, wo Abläufe gut strukturierbar sind, etwa im stationären Bereich oder in größeren Organisationseinheiten – beispielsweise bei der Vorbereitung und Begleitung von Behandlungen oder bei standardisierten Prozessen. Grundsätzlich ist das auch im ambulanten Bereich denkbar, wenn die Einbindung in die Praxisabläufe klar geregelt ist.

Die Bundesärztekammer hat mit ihrem Positionspapier einen Rahmen gesetzt. Welche Rolle können die Landesärztekammern bei der Weiterentwicklung der Physician Assistance übernehmen?

Bodendieck: Die ärztliche Selbstverwaltung hat hier eine wichtige gestaltende Rolle. Neue Qualifikationsprofile können

nicht losgelöst von bestehenden Strukturen entstehen, sondern müssen in das System eingebunden werden. Ärztekammern stehen traditionell für Qualitätssicherung, für Weiterbildung und für die Definition beruflicher Standards. Diese Erfahrung brauchen wir auch bei der Weiterentwicklung der Physician Assistance.

Dabei geht es darum, dieses Berufsbild sinnvoll in die ärztlich verantwortete Struktur des Gesundheitssystems einzubinden. Dazu gehört, Aufgaben, Qualifikationen und Verantwortlichkeiten klar zu beschreiben und entsprechende Standards zu entwickeln. Die Landesärztekammern können diesen Prozess begleiten und dazu beitragen, dass die Zusammenarbeit im Team verlässlich geregelt ist.

Am Ende gilt: Die medizinische Verantwortung liegt bei der Ärztin oder beim Arzt. Gleichzeitig brauchen wir Strukturen, die es ermöglichen, neue Qualifikationen sinnvoll einzubinden. Genau darin liegt eine klassische Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung – Entwicklungen aufzunehmen, zu ordnen und in tragfähige Regelungen zu überführen.

Welche Bedeutung haben Ausbildung, Standards und rechtliche Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung?

Bodendieck: Derzeit sehen wir eine Vielzahl von Studiengängen mit unterschiedlichen Ausrichtungen. Das zeigt zwar, wie dynamisch sich das Berufsbild entwickelt, führt aber auch zu einer gewissen Unübersichtlichkeit. Deshalb brauchen wir vergleichbare Standards bei Ausbildung, Prüfungen und Qualifikationszielen, damit klar ist, welche Kompetenzen vermittelt werden und worauf sich Einrichtungen verlassen können.

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach einer rechtlichen Einordnung des Berufsbildes. Zuständigkeiten, Aufgaben und Verantwortlichkeiten müssen verbindlich beschrieben werden. Ohne einen solchen Rahmen bleibt vieles im Ungefähren – und das schafft Unsicherheit sowohl in der Praxis als auch bei den Trägern.

Klare Regelungen schaffen Transparenz und eine verlässliche Grundlage für die Zusammenarbeit im medizinischen Team.

Mit Blick nach vorn: Welche Prioritäten sehen Sie für die kommenden Jahre?

Physician Assistants: Berufsbild und Aufgaben

Physician Assistants sind ein akademisch qualifizierter Gesundheitsberuf, der in Deutschland seit den 2000er-Jahren entwickelt wurde. Sie arbeiten im ärztlich geleiteten Behandlungsteam und übernehmen im Rahmen der Delegation medizinische Aufgaben. Die medizinische Gesamtverantwortung bleibt dabei bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

Die **Qualifikation** erfolgt in der Regel über ein Bachelorstudium mit medizinischen Grundlagenfächern sowie klinischen Inhalten wie Diagnostik, Untersuchungsmethoden und Prozessorganisation. Ziel ist eine praxisorientierte Ausbildung für die Mitarbeit im medizinischen Team.

Quellen:

Bundesärztekammer: Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen, Positionspapier, April 2025.

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA): Berufsbild Physician Assistant. <https://www.pa-deutschland.de/berufsbild>

Beispiele für Aufgaben im klinischen Alltag

Diagnostik und Untersuchung

- Durchführung einer standardisierten, vorbereitenden Anamneseerhebung
- Durchführung standardisierter Untersuchungstechniken
- Übernahme von Leistungen im Bereich der Diagnostik

Behandlung und Betreuung

- Umsetzung ärztlich festgelegter Therapiepläne einschließlich Prozesssteuerung und Monitoring
- postoperative Betreuung von Patientinnen und Patienten

Unterstützung im klinischen Alltag

- Unterstützung und Durchführung von Visiten
- zweite Assistenz bei Operationen
- Durchführung diagnostischer Verfahren wie Sonographie oder Echokardiographie
- Legen von Zugängen oder Durchführung von Punktionen

Dokumentation und Organisation

- Vorbereitung von Arztbriefen, Entlassungsbriefen und OP-Berichten
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs und ärztlicher Anordnungen
- Organisation diagnostischer Untersuchungen und Konsile

Kommunikation

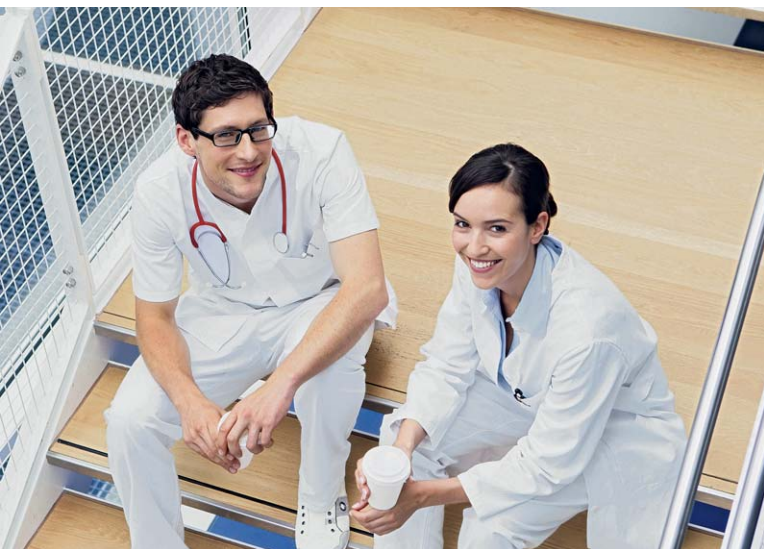
- Vermittlung und Erläuterung standardisierter Informationsmaterialien
- Datenerfassung sowie Kommunikation von Untersuchungs- und Therapieergebnissen

Bodendieck: Die Entwicklung ist bereits im Gang – jetzt geht es darum, sie aktiv zu gestalten. Dazu gehört, einheitliche Ausbildungsstandards zu etablieren, klare Delegationsmodelle zu definieren und das Berufsbild rechtssicher in das Gesundheitssystem einzuordnen. Das sind aus meiner Sicht die zentralen Aufgaben für die nächsten Jahre.

Wenn uns das gelingt, kann diese Form der Zusammenarbeit dazu beitragen, die medizinische Betreuung unter veränderten Rahmenbedingungen stabil zu halten. Es geht darum, ärztliche Kompetenz gezielt dort einzusetzen, wo sie wirklich gebraucht wird, und gleichzeitig verlässliche Strukturen im Team zu schaffen.

Richtig umgesetzt stärkt das die Qualität der Medizin – nicht, weil Aufgaben verlagert werden, sondern weil sie klar organisiert sind und alle Beteiligten innerhalb definierter Rollen zusammenarbeiten.

Interview:
Maren Siepmann & Dr. med. Peter Zürner



Junge Ärztinnen und Ärzte

Ein Halbzeit-Resümee

zur aktuellen Wahlperiode 2023–2028 von und für die jungen KollegInnen

Wir schreiben das Jahr 2026 und eines ist klar: Die Förderung des ärztlichen Nachwuchses in Zeiten des doppelten demografischen Wandels, der Krankenhausreform und der voranschreitenden Ambulantisierung ist wichtiger denn je.

Es wird nur von „Leistungsgruppen“ und „Hybrid-DRG“ gesprochen, aber über „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und „Sicherstellung der Weiterbildung nach Eingruppierung und Leistungsverschiebung in den ambulanten Sektor“ hüllt sich eine Decke des Schweigens. Die Baby-Boomer-Generation geht bald in ihre wohlverdiente Rente und die jungen Ärztinnen und Ärzte sollen die Lücken am besten fertig ausgebildet mit 150% Arbeitseinsatz auffüllen. Dass diese Annahme weit an der Realität vorbeigeht, ist mir und Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, bewusst. Doch was nun? – Eine Kernfrage für mich als junge Ärztin und Delegierte in der Kammer.

Meine jungen MitstreiterInnen und ich haben uns in den vergangenen Jahren mit einer Bestandsaufnahme der Ist-Situation der „neuen Generation Arzt“ beschäftigt,

gingen ins Gespräch mit Studierenden der Humanmedizin aller drei medizinischen Fakultäten des Landes Hessen, hörten Lebensgeschichten ausländischer Kolleginnen und Kollegen über die Hürden zur Erlangung einer Berufserlaubnis, Durchführung der Fachsprachprüfung und vieles mehr; diskutierten über die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, allen voran über das Thema Mutterschutz, sowohl im stationären als auch ambulanten Setting, und standen im ständigen Austausch mit entsprechenden Ausschüssen der Kammer. Insbesondere wird eine zeitgerechte Weiterbildung für viele Kolleginnen und Kollegen angesichts der Arbeitsverdichtung, der Krankenhausreform und der Ambulantisierung nahezu unmöglich. Bei vielen Reformen wird die fachliche und persönliche Zukunft des ärztlichen Nachwuchses sträflich vernachlässigt.

Was neben den ganzen Hürden bleibt, ist, so wie ich finde, etwas sehr Positives: Das Wissen über eine motivierte und für den ärztlichen Beruf in allen Facetten begeisterte Basis an jungen Kolleginnen und Kollegen jeglicher Couleur. Jetzt ist es an uns

den Weg für diese – unsere – Zukunft zu ebnen.

Allen voran die großen Kliniken, aber auch Arbeitgeber in der Niederlassung müssen ihre Arbeitszeitmodelle modernisieren, die Weiterbildung unserer nächsten Generation muss trotz der Krankenhausreform auf allen Ebenen gesichert werden und die Wichtigkeit einer besseren Ausstattung an Kinderbetreuungsmöglichkeiten gehört auf die große politische Bühne. Als Landesärztekammer ist es unser Auftrag, auch den jungen Ärztinnen und Ärzten eine Stimme zu geben und deren Anliegen an die Entscheidungsträger heranzutragen und somit eine Perspektive zu bieten.

Dr. med. Tanja Baumgarten
Delegierte der Landesärztekammer
für die Liste
Marburger Bund



Leitlinie systemische Sklerose

Detaillierte Empfehlungen für die verschiedenen Organmanifestationen

VNR: 2760602026189040003

Dr. med. Nils Schulz, Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

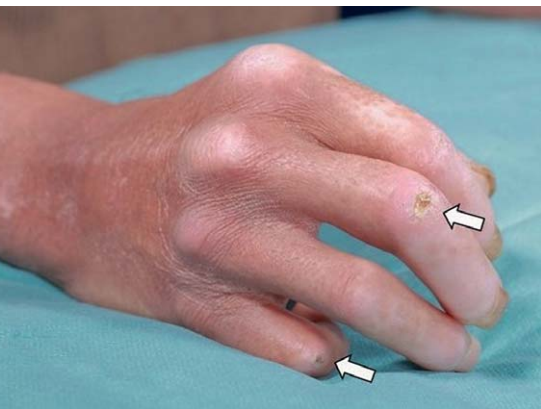


Abb. 1: Sklerodaktylie mit typischer Hautverhärtung der Finger. Deutlich sichtbar sind in Abheilung befindliche zwei digitale Ulzerationen streckseitig über den proximalen Interphalangealgelenken von Finger III und V (Pfeile). Es zeigt sich eine beginnende Gelenkkontraktur mit Beugstellung einzelner Finger durch die kutane Fibrose.

Ein Abkürzungsverzeichnis findet sich auf S. 332.

Hintergrund

Der Bedarf an zusätzlicher Evidenz zu Diagnostik, Prognose und Therapie der systemischen Sklerose (SSc) ist aufgrund ihrer Komplexität nach wie vor hoch. Die aktualisierten Empfehlungen der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) zur Therapie der SSc wurden 2025 publiziert [1]. Für die Versorgung in Deutschland existierte bislang keine Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der SSc. Diese Lücke wurde jetzt mit der neuen S2k Leitlinie geschlossen [2].

Epidemiologie

Die SSc ist eine seltene Systemerkrankung aus der Gruppe der Kollagenosen. Bei einer Prävalenz von etwa 300 Patienten/Million Einwohner sind in Deutschland et-

wa 20.000 Menschen von dieser Erkrankung betroffen, Frauen fünfmal häufiger als Männer. In Deutschland wird derzeit von 1.500 bis 3.000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgegangen [3, 4]. Die Pathogenese der Erkrankung ist komplex. Neben prädisponierenden genetischen Faktoren gibt es Hinweise für begünstigende Umwelteinflüsse [5]. Pathophysiologisch führen zelluläre und humorale Prozesse durch die Aktivierung von aberranten Fibroblasten zu einer Fibrosierung von Haut und Organen. Daneben bestimmen Entzündungen und Vaskulopathie die Morbidität und Mortalität [6, 7]. Mehr als 90 % der Patienten weisen antinukleäre Antikörper (ANA) auf. Von diesen spielen vor allem Anti-Zentromer (ACA) und Anti-Topoisomerase-I (Scl-70)-AK und eingeschränkt RNA-Polymerase-III-Antikörper eine wichtige Rolle bei Diagnose und Prognose. In der European Scleroderma Trial and Research Group (EUSTAR)-Kohorte wurde eine Sterblichkeit der SSc von 10 % über zwei Jahre dokumentiert. Die Gesamtsterblichkeit ist im Vergleich zur Normalbevölkerung somit um das 3- bis 4-Fache erhöht [8].

Klinische Symptome und Diagnostik

Als erstes klinisches Symptom tritt bei der SSc häufig das durch Kälte oder Stress getriggerte (sekundäre) Raynaud-Phänomen (RP) auf, welches sich bei Persistenz zu digitalen Ulzerationen (DU) entwickeln kann [9, 10]. Kapillarmikroskopisch kann das sekundäre RP durch eine vorliegende strukturelle Mikroangiopathie gut von einem primären RP abgegrenzt werden. Die typische Hautsklerose beginnt meist im Bereich der Finger (Sklerodaktylie, siehe Abbildung 1). Unterschieden wird im Verlauf die limitiert kutane (lc) SSc (Hautsklerose nur distal der Ellenbo-

gen- oder Kniegelenke) von der diffus kutanen (dc) prognostisch schlechteren SSc (Hautsklerose auch proximal der Ellenbogen- oder Kniegelenke) [11, 12]. Die Diagnosestellung erfolgt unter Zuhilfenahme der American College of Rheumatology (ACR)/EULAR Klassifikationskriterien (siehe Tabelle 1) [12].

Zu den häufigsten und nicht immer klinisch overtten Organmanifestationen, die auch unabhängig voneinander auftreten können, gehört die interstitielle Lungenerkrankung (ILD), die pulmonalarterielle Hypertonie (PAH), die Beteiligung des Gastrointestinaltrakts (GIT), die Nierenbeteiligung in Form der renalen Krise, Arthritiden und Tenovaginitiden, eine Herzbeteiligung sowie Zahn-/Mund- und Kieferprobleme [13, 14].

Übergeordnete Empfehlungen

Wie bei den meisten Leitlinien komplexer Erkrankungen soll auch die Versorgung der SSc interdisziplinär und wenn möglich unter Einbeziehung spezialisierter Zentren erfolgen. Eine Übersicht allgemeiner Empfehlungen zum Management bietet Abbildung 2.

Empfehlungen zu einzelnen Manifestationen/Organbeteiligungen

Diese Übersicht umfasst die wichtigsten Therapieoptionen der verschiedenen Organmanifestationen. Bezüglich Sondersituationen und Spezialfällen sei auf die Leitlinie verwiesen.

Hautsklerose

Die Hautsklerose sollte mit Hilfe des modifizierten Rodnan Skin Scores (mRSS) beurteilt werden (Link zum frei verfügbaren mRSS Lehrvideo: <https://t1p.de/v4csk>). Eine progrediente Hautsklerose soll immunsuppressiv behandelt werden.

Bei funktionellen Einschränkungen sollen frühzeitig Lymphdrainagen und Physiotherapie eingesetzt werden.

Es gibt derzeit keine explizit zugelassene Therapie für die Hautsklerose. Die sonst bei rheumatischen Erkrankungen übliche Akuttherapie mit systemischen Glukokortikoiden sollte dabei wegen des Risikos einer renalen Krise vermieden werden [1, 15]. Methotrexat kann das Fortschreiten der Hautsklerose in frühen Stadien der SSc vermindern [16, 17]. Daneben wird Mycophenolat mofetil (MMF) in einer Dosis von bis zu zwei Gramm pro Tag empfohlen. Cyclophosphamid (CYC) wird erst nach einem Fortschreiten der Hautmanifestation unter MMF empfohlen. Der CD20-Antikörper Rituximab (RTX) und der Interleukin-6 Hemmer Tocilizumab (TCZ) zeigten ebenfalls signifikante Effekte auf den mRSS [18–21]. In der frühen Phase der Erkrankung, mit einer auf

Hände und Unterarme bzw. Unterschenkel begrenzten Hautbeteiligung und einem langsamen Fortschreiten kann eine UVA-1 oder Bade-PUVA Therapie in Erwägung gezogen werden [22, 23]. Kontrollierte Studien liegen bisher jedoch nicht vor. Für die Wirkung der extrakorporalen Photopherese bzw. Lichttherapie auf die Hautsklerose liegen widersprüchliche Daten vor [22–25].

Die medikamentöse und nicht-medikamentöse Verbesserung der Perfusion stellt eine wichtige allgemeine Therapieempfehlung nicht nur für die DU, sondern auch für die Calcinosis cutis dar. Die Perfusionsverbesserung kann sich positiv auf Schmerzen, Prävention von infizierten Ulzera und die Calcinosis auswirken. Nichtmedikamentös kann diese durch Physiotherapie, Lymphdrainage oder auch durch Wärmeanwendung in Form von z.B. Paraffin- und Kohlendioxidbädern erreicht wer-

den [26]. Auch das Auftragen von Natriumthiosulfat 10 %–25 % in DAC Basiscreme einmal täglich auf die betroffenen Areale oder eine intraläsionale Injektion von Natriumthiosulfat wurden in Einzelfällen als wirksam beschrieben [27, 28]. Chirurgische Maßnahmen sind bei einer bestehenden oder drohenden Weichteilinfektion sowie bei mechanischen Reizzuständen indiziert [29, 30].

Medikamentöse Vasodilatation

Bei RP wird primär der Einsatz von Calciumkanalblockern vom Dihydropyridintyp empfohlen. Meist wird retardiertes Nifedipin eingesetzt. Andere Calciumkanalblocker (vor allem Dihydropyridine wie Amlodipin und das besser verträgliche Lercanidipin) können in Erwägung gezogen werden, wenn Nifedipin nicht ausreichend wirkt oder nicht vertragen wird [31–33]. Beim schweren RP oder bei DU sollen Phosphodiesterase (PDE)-5-Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil, [34–36]) oder i.v. Prostazyklinanaloga (präferentiell Iloprost) zum Einsatz kommen. Bei DU soll der Endothelinrezeptor-Antagonist (ERA) Bosentan zur Anwendung kommen, um neuen Ulzera vorzubeugen [37]. Da viele SSc Patienten einen niedrigen Blutdruck aufweisen, sollten die oben genannten Medikamente mit besonderer Vorsicht, aber dennoch konsequent eintitriert werden. Es sind weiterhin keine Studien verfügbar, die den therapeutischen Nutzen einer medikamentösen Thrombozytenaggregationshemmung bzw. einer therapeutischen Antikoagulation spezifisch auf die Entwicklung der Symptomschwere eines RP bzw. auf die Entstehung/Abheilung von DU untersucht haben.

Lungenbeteiligung bei SSc

Eine ILD kommt bei der SSc sehr häufig vor und ist neben der PAH die häufigste Todesursache [13]. Autopsiestudien berichten, dass bis zu 90 % aller Verstorbenen mit SSc eine Lungenfibrose aufweisen. Die Anzahl an Erkrankten, die tatsächlich eine klinisch relevante Lungenfibrose entwickeln, wird mit ca. 50 % angegeben [13]. CT-morphologisch manifestiert sich die ILD zumeist als nicht-spezifische interstitielle Pneumonie (NSIP). Seltenere kommen die Usual Interstitial Pneumonia (UIP), eine organisierende Pneu-

Tab. 1: ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der SSc.

Kriterien	Subkriterien	Wichtung
Hautverdickung Finger	Hautfibrose proximal der Metakarpophalangeal-Gelenke (MCP) beidseits (Befall über die Finger hinaus)	9
	Fingerödem („puffy fingers“)	2
	Nur Sklerodaktylie ganzer Finger (distal der MCP)	4
Läsionen der Fingerspitze	Digitale Ulzera	2
	Grübchen („pitting scars“)	3
Teleangiektasien	-	2
Pathologische Kapillarmikroskopie (avaskuläre Felder, Megakapillaren)	-	2
Pulmonal arterielle Hypertonie und/oder interstitielle Lungenerkrankung	-	2
Raynaud-Syndrom	-	3
SSc-spezifische AK (Anti-Zentromer-AK, Anti-Scl-70-AK, Anti-RNA-Polymerase-III-AK)	-	3

Tabelle 1: ACR/EULAR-Klassifikationskriterien. Bei einer Summe von mindestens 9 Punkten kann die Erkrankung als SSc klassifiziert werden [12].

monie (OP) oder pleuroparenchymale Fibroelastose vor [38–40]. Mortalitätsangaben der SSc-ILD liegen zwischen 20–40 % [13, 41]. Abbildung 3 zeigt eine ILD mit klassischem UIP-Muster.

Bei Erstdiagnose einer SSc sollen Auskultation, Lungenfunktion (mit DLCO-Bestimmung) und eine Dünnschicht-CT Thorax-Untersuchung ohne Kontrastmittel mit einer maximalen Schichtdicke von $\leq 1,5$ mm erfolgen. Der 6-Minuten Gehstest (6-MWT) erfasst die funktionelle Belastbarkeit der Betroffenen. Eine Deoxygenierung unter Belastung kann einen Hinweis auf eine klinisch relevante Lungenfibrose bieten, wird jedoch auch durch eine P(A)H und durch extrapulmonale Faktoren beeinflusst [40–42]. Bei einer nachgewiesenen Progression der SSc-ILD oder hierfür vorliegende Risikofaktoren soll eine immunsuppressive und ggf. antifibrotische Therapie durchgeführt werden.

Eine klare Vorgabe zur Abfolge der immunsuppressiven Therapien kann aufgrund der Datenlage derzeit nicht gegeben werden. Des Weiteren sind alle spezifisch immunsuppressiven Therapien bei der SSc off-label. Die initiale Therapie einer SSc-ILD kann sowohl mit MMF als

auch CYC begonnen werden, wobei das Nebenwirkungsprofil von MMF etwas günstiger ist und deshalb präferiert wird. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass Protonenpumpeninhibitoren (PPI) und H2-Antagonisten die Wirkspiegel von MMF um 33 % bzw. um 22 % reduzieren, weswegen MMF zeitversetzt zum PPI/H2-Antagonisten eingenommen werden sollte [43, 44]. Der B-Zellen-depletierende Antikörper RTX erreichte über sechs Monate eine Verbesserung der FVC und der Lebensqualität sowie der Hautsklerose. Der Interleukin-6-Rezeptorblocker TCZ ist von der FDA bei SSc-ILD mit einem Abfall der Lungenfunktion zugelassen [45]. Beide Substanzen (RTX und TCZ) werden daher in der neuen EULAR-Empfehlung bei der Behandlung der SSc-ILD aufgeführt, können aktuell in Deutschland aber nur off-label eingesetzt werden.

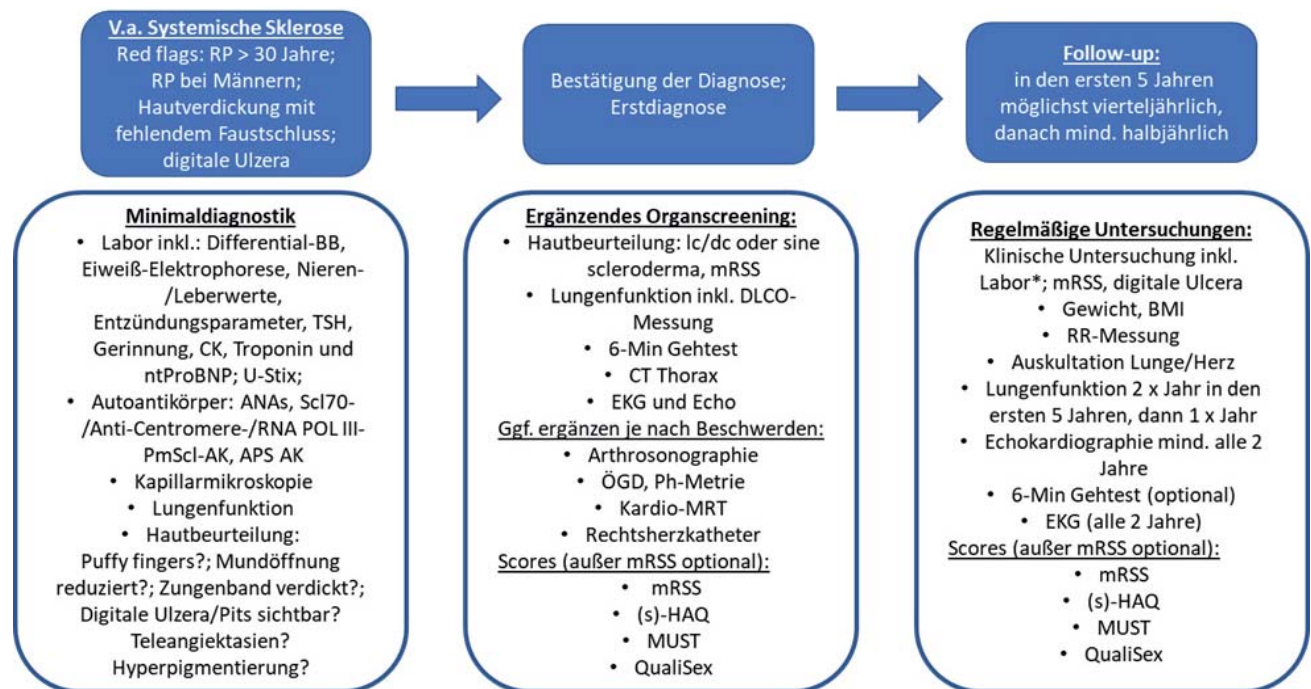
Nintedanib ist als einziges Antifibrotikum bei der SSc-ILD zugelassen [46]. Die Kombination mit einer immunsuppressiven Therapie entspricht aktuellen Therapieempfehlungen. Leitliniengerecht sollten bei der SSc-ILD wie auch bei anderen ILDs nicht-medikamentöse Maßnahmen wie

Impfungen zur Infektionsprophylaxe, die Rehabilitation, Raucherentwöhnungsmaßnahmen und eine eventuell indizierte Sauerstofflangzeittherapie durchgeführt werden [47, 48].

Beim Fortschreiten der Erkrankung trotz optimaler Therapie sollte die Indikation zur Lungentransplantation (LTX) an einem hierauf spezialisierten Zentrum diskutiert werden. Die Überlebensrate nach Lungentransplantation ist hierbei vergleichbar mit der bei anderen Fibrose-Entitäten [49, 50]. Entgegen der häufig geäußerten Einschätzung ist die Ösophagusmotilitätsstörung bzw. ein Reflux bei konsequenter Therapie kein „automatisches“ Ausschlusskriterium.

Pulmonal(arterielle) Hypertonie

Eine pulmonale Hypertonie (PH) tritt bei SSc häufig auf. Die Prävalenz der PAH liegt bei 5–19 % der SSc Patienten. Die präkapilläre PAH (Gruppe 1) ist häufig eine Manifestation bei sonst eher prognostisch günstiger lSSc (mit Zentromer-AK). Bei schwerer Lungenfibrose, die bevorzugt bei der dcSSc auftritt, kann es sekundär zu einer parenchymatös bedingten PH (Gruppe 3) kommen.



Grafik: Rechte bei den Autoren

Abb. 2: Allgemeine Empfehlungen des Managements von SSc Patienten. Diese beinhalten die körperliche Untersuchung, Organuntersuchungen, Labor und Scores bzw. Patientenfragebögen. DLCO = Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid; RP = Raynaudphänomen, mRSS = modifizierter Rodnan Skin Score; MUST = Malnutrition Universal Screening Tool; MRT = Magnetresonanztomographie, (s)-HAQ = scleroderma health assessment questionnaire; ÖGD = Ösophago-gastroduodenoskopie; *Minimal Empfehlung Labor bei Follow-up: Diff-BB, Krea, Harnstoff, Harnsäure, GOT/GGT, LDH, NT-proBNP, U-Stix.

Die PAH stellt auch eine der häufigsten Todesursachen bei SSc dar [51, 52]. Zur Risikobeurteilung sollten jährlich Anamnese, körperliche Untersuchung, Biomarker (z. B. NT-proBNP) und eine Echokardiographie durchgeführt werden. Bei hieraus resultierendem hochgradigem Verdacht auf eine PAH sollte die Indikation einer Rechtsherzkatheteruntersuchung überprüft werden (z. B. nach DETECT Algorithmus, [53]). Auch bei einer ungeklärten persistierenden Dyspnoe soll ein Rechtsherzkatheter durchgeführt werden. Das erhöhte Thromboserisiko bei SSc kann ebenfalls zu rezidivierenden Lungenembolien und damit zur chronischen thromboembolischen PH führen.

Die Therapie der PAH hat bei der SSc von den Entwicklungen der Pneumologie und Kardiologie profitiert. Insofern sollen SSc-Patienten mit PAH gemäß den Leitlinien kardiologischer und pneumologischer Fachgesellschaften diagnostiziert und behandelt werden. Die initiale Therapie einer PAH soll hierbei mit einer Kombination aus ERA und PDE-5-Inhibitor erfolgen.

Herzbeteiligung bei SSc

Eine Herzbeteiligung soll initial durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Biomarker (Troponin, BNP/NT-proBNP), EKG, Langzeit-EKG und Echokardiographie evaluiert werden. Bei Hinweisen auf eine SSc-Herzbeteiligung sollte ein Kardio-MRT durchgeführt werden. Eine Therapie mit Antiarrhythmika, medikamentöser Herzinsuffizienztherapie, KHK-Therapie, Schrittmacher- bzw. Kardioverter-Defibrillator-Therapie und elektrophysiologischen Ablationen sollten gemäß den kardiologischen Leitlinien erfolgen. Bei Erkrankten mit einer primären SSc-Herzbeteiligung sollte eine immunsuppressive Therapie durchgeführt werden.

Zahn-Mund-Kieferbeteiligung

Bei SSc-Erkrankten sollte insbesondere bei einer eingeschränkten Mundöffnung initial und mindestens einmal jährlich eine genaue Erhebung von Zahn- und Parodontalstatus sowie die Inspektion aller Mundschleimhautregionen erfolgen. Die Betroffenen leiden oft unter einer Hyposalivation oder Xerostomie, in deren Folge die Entstehung von Karies, einer Gingivitis oder Parodontitis begünstigt wird. Zudem

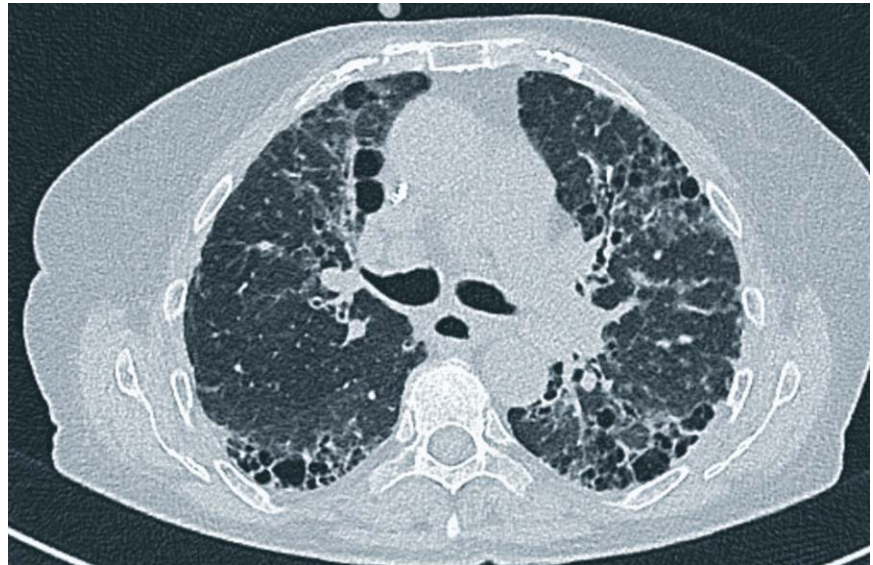


Foto: Rechte bei den Autoren

Abb. 3: HRCT-Thorax eines Patienten mit systemischer Sklerose und fortgeschrittener interstitieller Lungenerkrankung (SSc-ILD). Es zeigen sich subpleural betonte retikuläre Verdichtungen, Honigwabenstrukturen sowie Traktionsbronchiektasen, vereinbar mit einem UIP-Muster. Die Veränderungen sind typisch für ein fibrosierendes Endstadium der SSc-ILD. Nebenbefundlich erkennbar ist ein dilatierter, atonischer Ösophagus.

können sich Ulzerationen und Entzündungen an den Mundschleimhäuten ausbilden. Des Weiteren kann durch eine kutane und labiale Sklerose eine funktionelle Einschränkung des Kauapparates und eine damit einhergehende Dysphagie entstehen. Die Fibrose der perioralen Region mit der Retraktion der Lippen führt zur perioralen Fältelung („Tabakbeutelmund“) und im nachfolgenden Verlauf zu einer eingeschränkten Mundöffnung. Ein gehäuftes Auftreten oraler Karzinome wurde vor allem bei der diffusen Form der SSc beobachtet, weil durch die Mikrostomie eine dezidierte intraorale Inspektion häufig erschwert oder unmöglich ist [54–56]. Eine konsequente Schulung zur Zahnpflege sollte daher erfolgen. Bei Zahnverlust sollte auch bei SSc-Erkrankten das Kauorgan funktionell und ästhetisch mit konventionellem festsitzendem und/oder herausnehmbarem Zahnersatz versorgt werden. Die Vor- und Nachteile einer implantatchirurgischen und einer prothetischen Versorgung sollten im Rahmen einer interdisziplinären Risiko-Nutzen-Abwägung besprochen werden.

Gastrointestinale Beteiligung

Der GIT ist das am zweithäufigste betroffene Organsystem bei der SSc [57–63]. Alle Abschnitte des GIT können hierbei

betroffen sein. Hierzu gehört die Speiseröhre bei 90 % der Patienten mit führender gastroösophagealer Refluxerkrankung (GERD), Motilitätsstörungen mit Dysphagie und Regurgitation, Strikturen und Barrett-Ösophagus, der Magen bei etwa 30–50 % mit Gastraler Antraler Vaskulärer Ektasie (GAVE Syndrom) und dem Risiko der gastrointestinalen Blutung, einer Helicobacter pylori-Infektion, Gastroparese bzw. Störung der Magenakkommodation mit früher Sättigung, Übelkeit bzw. Erbrechen sowie der Dickdarm bis zum Anus mit chronischer Obstipation und Stuhlinkontinenz.

Es sollte daher auch bei SSc ein systematisches Screening auf Mangelernährung mit Einleitung einer Ernährungstherapie erfolgen. Die häufig schwierige Gesamtsituation kann durch die Beteiligung des GIT, insbesondere auch durch eine Stuhlinkontinenz zur Depression sowie zur reduzierten Lebensqualität führen.

Das Management der Erkrankten mit Hinweisen auf eine Refluxkrankheit (GERD), Dysphagie, intestinalen Motilitätsstörungen und Obstipation sollte nach einer umfassenden endoskopischen Diagnostik gemäß der aktuellen Reflux- sowie den Leitlinien für chronische Obstipation durchgeführt werden. PPI müssen hierbei häufig ausdosiert werden. An Prokinetika, die

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Leitlinie systemische Sklerose“ von Dr. med. Nils Schulz und Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das Portal vom 25.05.2026 bis 24.11.2026

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)

individuell ausgetestet werden müssen, stehen Dopamin-2-Antagonisten (Metoclopramid, Domperidon), der selektive Serotonin 5-HT₅ Rezeptor Agonist Prucaloprid, Motilin-Rezeptor-Agonisten (Erythromycin, Clarithromycin, Azithromycin, insbesondere für die kurzfristige Anwendung über 1–4 Wochen), Antiemetika wie 5-HT₃-Rezeptorantagonisten (z. B. Ondansetron), Somatostatinanaloga wie Octreotid, Neurokinin-Rezeptorantagonisten (z. B. Aprepitant), Neuroleptika (Phenothiazin-Derivate, Chlorpromazin oder Promethacin), Cannabinoide (z. B. Dronabinol) und nicht-medikamentöse Therapieverfahren wie Hypno- oder Achtsamkeitstherapie (Mindfulness), Pylorusdilatation, Botulinuminjektion, Gastrale Perorale Endoskopische Myotomie (G-POEM), eine gastrale Elektrostimulation (GES, „Magenschrittmacher“) und entsprechende hochkalorische Ernährungsvarianten einschließlich Magen-Darm-Sonden zur Verfügung. Einige der Methoden sind jedoch nicht überall verfügbar.

Für monatliche Immunglobulingaben gibt es auch positive Studien [64, 65]. Bei der schwersten Manifestation mit bis zu 50 % Letalität, der aktiven bakteriellen Dünndarmfehlbesiedlung (SIBO) [66–74] müssen symptomatisch Erkrankte umgehend antibiotisch behandelt werden, zumeist mit rotierenden Antibiotikakombinationen.

Nierenbeteiligung

Die Nierenfunktion (Kreatinin und ggf. Cystatin-C im Serum), Urinparameter (Protein-Kreatinin-Ratio) und Blutdruck

sollen bei Betroffenen mit SSc alle sechs Monate kontrolliert werden.

Bei Blutdruckanstieg um systolisch > 30 mm Hg beziehungsweise diastolisch > 20 mm Hg sollte stets eine renale Krise in Betracht gezogen werden. Aufgrund der unmittelbar drohenden rapiden Verschlechterung der Nierenfunktion mit Gefahr des akuten Organversagens muss sofort die Einweisung in ein entsprechendes Zentrum erfolgen. ACE-Inhibitoren (ACEi) sind die Therapie der Wahl und sollen bis zur maximal tolerablen Dosis rasch gesteigert werden, auch wenn sich die Nierenfunktion hierunter verschlechtert. Bei Intoleranz eines ACEi kann als zweite Wahl ein Sartan eingesetzt werden. Da das Risiko einer renalen Krise bei der SSc durch GC gesteigert wird, sollten GC-Dosierungen von > 10 mg Prednisolonäquivalent pro Tag vermieden werden.

Muskuloskeletale Manifestationen

Die Evidenzlage zur immunmodulierenden Therapie muskuloskelettaler Manifestationen bei Patienten mit SSc ist begrenzt. Bei Arthritiden, Tendinitiden, Enthesitiden und Myopathien soll eine immunmodulierende Therapie entsprechend der Therapieoptionen bei entzündlichen Gelenkerkrankungen und Kollagenosen durchgeführt werden.

Stammzelltransplantation und andere zelluläre Therapien

Die autologe hämatopoetische Stammzelltransplantation (aHSCT) stellt bei der progressiven SSc mit Haut- und Lungenbeteiligung eine etablierte und effektive Therapie für frühe und/oder rapid pro-

gressive Verläufe dar. Eine Diskussion dieser Therapieoption sollte bei entsprechender Risikokonstellation möglichst früh erfolgen. Wahrscheinlich wird diese aber in der Zukunft durch die neu entwickelten Zelltherapien (CAR-T, bispezifische Antikörper) abgelöst werden [75–77].

Depression und Fatigue

Nach bisheriger Studienlage liegt die Depressionsrate bei SSc Betroffenen zwischen 25 % und 50 % [78–81]. Bei den untersuchten Betroffenen nahmen im Verlauf der Erkrankung die Depressionsneigung, Schmerzen und körperliche Einschränkungen zu und die gesundheitsbezogene Lebensqualität und der subjektive Gesundheitszustand ab, was darauf hindeutet, dass eine frühzeitige Erkennung der Krankheit und eine präventive interdisziplinäre Behandlung der körperlichen und psychischen Symptome erforderlich ist.

Eine chronische Müdigkeit (Fatigue) betrifft mehr als die Hälfte der Erkrankten, wobei eine schwere Fatigue bei bis zu 50 % der SSc-Betroffenen vorkommt und genauso stark ausgeprägt sein kann wie bei anderen rheumatologischen Erkrankungen wie z. B. dem systemischem Lupus erythematoses. Häufiger wird Fatigue fast nur bei Fibromyalgie beschrieben. Therapeutisch ist die Fatigue schwer zu beeinflussen. Biologika wie Tocilizumab oder Rituximab zeigten in Studien keine Verbesserung der Symptomatik. Komplementär- und alternativmedizinische Ansätze wie Verwendung verschiedener Nahrungsergänzungsmittel, körperlich geistige Anwendungen (wie Yoga, Meditation oder Biofeedback), akupunkturähnliche Verfahren oder transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und besonders körperliche Aktivität führten zu einer geringen Verbesserung der Müdigkeitssymptomatik.

Supportivtherapien

Supportivtherapien sind integraler Bestandteil der interdisziplinären medizinischen Betreuung bei SSc und sollten frühzeitig in individuelle Behandlungskonzepte einbezogen werden. Ihr Ziel ist es, die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten oder zu verbessern

und Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Zusätzlich sollen sie den Erkrankten ein besseres Verständnis ihrer Situation ermöglichen und ihre aktive Teilnahme an der Behandlung fördern. Hierzu gehören patientenangepasste physiotherapeutische Maßnahmen, Atemtherapie und Logopädie, Schlucktherapie, manuelle Lymphdrainage, Ergotherapie und Podologie.

Sexualität und Fertilität

Viele Aspekte der SSc können sich auf die sexuelle Funktion auswirken. Zusätzlich zu den Krankheitsmanifestationen und Komorbiditäten, die auch bei anderen rheumatisch-entzündlichen Erkrankungen auftreten – wie Fatigue, Arthralgien oder Depressionen – haben bei der SSc spezifische Manifestationen wie Sklerodaktylie, Mikrostomie, Gelenkkontrakturen oder Vaginalsekrose einen erheblichen Einfluss auf Sexualität und Körperbild. Beeinträchtigung der Sexualität führt meist zu erheblichem Leidensdruck und reduzierter Lebensqualität. Vergleichbar ist die erektile Dysfunktion bei den Männern, wobei die Fertilität in der Regel nicht eingeschränkt ist. Die damit verbundenen Probleme werden in der Regel selten angesprochen und benötigen die Kooperation mit Gynäkologen, Urologen und ggf. Psychiatern und Psychotherapeuten. Gegenüber der Normalbevölkerung weist die

Studienlage bei SSc-Schwangerschaften auf ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburten, intrauterine Wachstumsrestriktion, niedriges Geburtsgewicht und hypertensive Schwangerschaftskomplikationen hin [82–87]. Grundsätzlich abraten von einer Schwangerschaft, wie es früher der Fall war (Verbot), muss man heutzutage bei gutem Allgemeinzustand und entsprechend überwachten Patientinnen aber nicht mehr.

Zusammenfassung

Die Diagnose und Therapie der SSc sollten möglichst früh erfolgen, abhängig von den jeweiligen Organmanifestationen in Kooperation mit den jeweiligen Fachkollegen. Die Empfehlungen zur immunmodulierenden Therapie der entzündlichen Hautveränderungen, der muskuloskelettalen Manifestationen und der Organbeteiligung erfolgen, wie in der Leitlinie ausgeführt, individuell auf die Patienten zugeschnitten. Neben der immunmodulierenden Behandlung sollte eine vasodilatierende Therapie zur Prophylaxe von DU (sowie zur Behandlung einer etwaigen PAH) frühzeitig eingeleitet werden, um Langzeitschäden zu vermeiden und Morbidität sowie Mortalität zu reduzieren. Neben der medikamentösen Therapie können Krankheitsverlauf und Le-

bensqualität der Betroffenen zusätzlich durch eine intensive kombinierte physikalische Therapie und Physiotherapie verbessert werden.

**Dr. med.
Nils Schulz**

Arzt
in Weiterbildung



Foto: privat

**Prof. Dr. med.
Ulf Müller-Ladner**

Professur für
Innere Medizin und
Rheumatologie der
JLU Gießen,
Campus Kerckhoff,
Benekestraße 2–8,

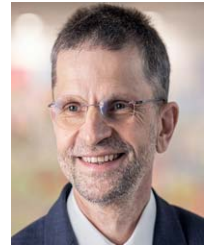


Foto: privat

61231 Bad Nauheim;
Direktor der Abt. Rheumatologie
& Klinische Immunologie
Kerckhoff-Klinik, E-Mail:
u.mueller-ladner@kerckhoff-klinik.de

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

Organspende in Hessen: Weniger Spender, steigende Transplantationszahlen

Die Organspendezahlen in Hessen haben sich im Jahr 2025 rückläufig entwickelt. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) spendeten 63 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe. Im Jahr 2024 waren es noch 88 Organspenderinnen und Organspender.

Parallel dazu ging auch die Zahl der organspendebezogenen Kontakte weiter zurück. Im Jahr 2025 wurden in Hessen 287 entsprechende Meldungen registriert, nach 310 im Vorjahr. In der Folge sank die Zahl der in Hessen postmortal entnommenen Organe deutlich von 255 im Jahr 2024 auf 192 im Jahr 2025. Die entnommenen Organe wurden nach festgelegten medizinischen und rechtlichen Kriterien über die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant vermittelt und anschließend in Deutschland oder im Ausland transplantiert.

Ungeachtet des Rückgangs bei den Spenderzahlen nahm die Transplantationsaktivität in Hessen wieder zu. 2025 wurden in

den hessischen Transplantationszentren insgesamt 122 Organe transplantiert, nach 95 im Jahr 2024.

Bezogen auf die Einwohnerzahl lag Hessen im Jahr 2025 mit 10,0 Organspendern je einer Million Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt von 11,8. Bundesweit registrierte die DSO im gleichen Zeitraum 985 Organspenderinnen und Organspender.

Der Bedarf an Spenderorganen bleibt unverändert hoch: Zum Jahresende 2025 standen in Hessen 601 Patientinnen und Patienten auf der aktiven Warteliste für ein Spenderorgan, der überwiegende Teil von ihnen wartete auf eine Nierentransplantation.

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Der Jahresbericht 2025 ist jetzt erschienen und über die Website der DSO abrufbar: www.dso.de

Maren Siepmann

Abkürzungsverzeichnis

6-MWT	6-minute walk test/Sechs-Minuten-Gehtest
ACA	Anti-Zentromer
ACE	Angiotensinkonversionsenzym
ACR	American College of Rheumatology, vgl. Tab. 1
BNP	B-Typ natriuretisches Peptid
CAR-T	CAR-T-Zell-Therapie: Krebsimmuntherapie, die auf gentechnisch veränderten T-Zellen mit synthetischen antigenspezifischen Rezeptoren basiert. CAR = chimärer Antigenrezeptor
CYC	Cyclophosphamid
Diff-BB	Differentialblutbild
DLCO	Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid
DU	digitale Ulzerationen
ERA	Endothelin-Rezeptorantagonist
EULAR	European Alliance of Associations for Rheumatology, vgl. Tab. 1
FDA	Food and Drug Administration
FVC	forcierte Vitalkapazität
GAVE-Syndrom	Gastrale Antrale Vasculäre Ektasie
GGT	Gamma-Glutamyltransferase
GIT	Gastrointestinaltrakt
GERD	gastroösophagealer Refluxerkrankung
GES	gastrale Elektrostimulation
GOT	Aspartat-Aminotransferase
G-POEM	Gastrale Perorale Endoskopische Myotomie
H2	Histamin Typ 2
KHK	Koronare Herzkrankheit
ILD	interstitielle Lungenerkrankung
LDH	Lactatdehydrogenase
mRSS	modifizierter Rodnan Skin Score
MMF	Mycophenolat mofetil
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NSIP	nicht-spezifische interstitielle Pneumonie
NT-proBNP	N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide
ÖGD	Ösophagogastroduodenoskopie
PAH	pulmonalarterielle Hypertonie
PDE	Phosphodiesterase
PH	pulmonale Hypertonie
PPI	Protonenpumpeninhibitoren
RP	Raynaud-Phänomen
RTX	Rituximab
Sci-70-AK	Anti-Topoisomerase I-Antikörper
(s)-HAQ	scleroderma health assessment questionnaire
SSc	systemische Sklerose
TCZ	Tocilizumab
UIP	gewöhnliche interstitielle Pneumonie
U-Stix	Urinteststreifen

Multiple-Choice-Fragen: Leitlinie systemische Sklerose

VNR: 2760602026189040003

(je eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage zur Epidemiologie der systemischen Sklerose (SSc) trifft zu?

- 1) Die Prävalenz der SSc beträgt weltweit etwa drei Patienten pro 100.000 Einwohner.
- 2) Männer sind etwa fünfmal häufiger betroffen als Frauen.
- 3) Es bestehen keine regionalen Unterschiede in der Inzidenzrate.
- 4) In Deutschland wird von etwa 1.500 bis 3.000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgegangen.
- 5) Die SSc tritt ausschließlich im Erwachsenenalter auf.

2. Welches Autoantikörperprofil ist bei der systemischen Sklerose prognostisch relevant?

- 1) Rheumafaktor und Anti-CCP
- 2) Anti-Zentromer-AK und Anti-Scl-70-AK
- 3) Anti-dsDNA und Anti-Sm
- 4) ANCA und Anti-MPO
- 5) Anti-SSA und Anti-SSB

3. Welche Maßnahme ist bei Verdacht auf eine pulmonal arterielle Hypertonie (PAH) bei SSc-Betroffenen entscheidend zur Diagnosesicherung?

- 1) Spiroergometrie
- 2) Lungenröntgen
- 3) Rechtsherzkatheter
- 4) Thorax-CT mit Kontrastmittel
- 5) 6-Minuten-Gehtest

4. Welches Medikament wird zur Prophylaxe digitaler Ulzera bei SSc empfohlen?

- 1) Nifedipin
- 2) Sildenafil
- 3) Methotrexat
- 4) Bosentan
- 5) Acetylsalicylsäure

5. Welche Aussage zur Therapie der Hautsklerose bei SSc ist korrekt?

- 1) Systemische Glukokortikoide in hoher Dosis sind Mittel der Wahl.
- 2) Methotrexat kann in frühen Stadien der Hautsklerose wirksam sein.
- 3) TNF-Blocker sind standardmäßig indiziert.
- 4) UVA-1-Therapie ist in späten Stadien besonders wirksam.
- 5) Supportive Therapien wie Physiotherapie und Lymphdrainage spielen keine Rolle in der Therapie der Hautsklerose.

6. Welcher Score dient der Beurteilung des Schweregrads der Hautsklerose bei SSc?

- 1) DAS28
- 2) BASDAI
- 3) mRSS
- 4) SLEDAI
- 5) HAQ-DI

7. Welche Nebenwirkung ist bei Nintedanib besonders zu beachten?

- 1) Hypertonie
- 2) Thrombozytopenie

- 3) Diarrhö und Gewichtsverlust
- 4) Psychosen
- 5) Hyperlipidämie

8. Wodurch ist eine renale Krise bei SSc am besten frühzeitig zu erkennen?

- 1) Rückenschmerzen
- 2) Gewichtsverlust
- 3) Blutdruckanstieg
- 4) Hämoptysen
- 5) Hautausschlag

9. Was ist bei Nachweis einer symptomatischen bakteriellen Dünndarmfehlbildung (SIBO) bei SSc zu tun?

- 1) Langfristige Probiotikatherapie
- 2) Bettruhe und Flüssigkeitsrestriktion
- 3) Immunmodulation mit Methotrexat
- 4) Umgehende antibiotische Behandlung
- 5) Laxantiengabe zur Entleerung

10. Welche Aussage zur Sexualität und Schwangerschaft bei Patienten mit SSc trifft zu?

- 1) Sexualstörungen treten bei SSc selten auf.
- 2) Schwangerschaften sollten grundsätzlich vermieden werden.
- 3) Sklerodaktylie und Vaginalsklerose können die Sexualfunktion beeinträchtigen.
- 4) Männer mit SSc entwickeln häufig Unfruchtbarkeit.
- 5) Eine Therapie mit Methotrexat kann bedenkenlos in der Schwangerschaft fortgeführt werden.

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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



Der dritte Raum „MIX“ verdichtet den Ausstellungsparcours zu einem multimedialen Erlebnis. Eine interaktive 360 Grad-Mehrkanal-Videoinstallation verbindet Klang, Licht und Projektionen zu einer immersiven Umgebung, die verschiedene musikalische Genres und die sie begleitenden Szenen, nämlich Punk, Riot Grrrl, Hip Hop und Rave erfahrbar macht. Im Zentrum des Raums lädt ein Mischpult die Besucherinnen und Besucher dazu ein, die Projektionen mit grafischen Elementen, farblichen Stimmungen und visuellen Effekten zu verändern.

The Art of Collaboration: Wie „Mishpocha“ im Jüdischen Museum Frankfurt Familie neu denkt

Es ist dunkel im ersten Raum. Stimmen sind zu hören, in verschiedenen Sprachen, ohne klare Zuordnung. Menschen spre-

chen darüber, was Familie für sie bedeutet. Manche erzählen von Nähe, andere von Verlust und Migration. Es gibt keine Einordnung, keine erklärenden Texte. Stattdessen: ein Raum, der zunächst nichts fordert außer Aufmerksamkeit.

Diese Eingangsszenierung – eine Soundinstallation von Jan Ove Hennig – setzt den Ton für die Ausstellung „MISHPOCHA. The Art of Collaboration“ im Jüdischen Museum Frankfurt. In ihr gehen rund 30 Stimmen in verschiedenen Sprachen der Frage nach, was „Mishpocha“ für sie bedeutet. Sie macht früh deutlich, wofür es hier nicht geht: nicht um eine Definition von Familie, nicht um eine historische Herleitung, sondern um ein Erleben, in dem Familie nicht vorausgesetzt, sondern erfahrbar wird.

Familie als etwas, das entsteht

Im Zentrum der Ausstellung steht eine Verschiebung. Familie wird nicht als gegebene Struktur verstanden, sondern als etwas, das sich bildet: durch Beziehungen,

Zusammenarbeit und gemeinsame Erfahrung. Diese „Mishpocha“ ist keine feste Größe. Sie entsteht dort, wo Menschen sich verbinden – freiwillig, situativ, oft jenseits klassischer Zuschreibungen. In einer Zeit, in der Zugehörigkeit zunehmend über Herkunft, Identität oder Abgrenzung definiert wird, setzt die Ausstellung einen anderen Akzent: Gemeinschaft als Praxis.

Dass diese Perspektive mehr ist als ein theoretisches Konzept, zeigt sich bereits in der Entstehung des Projekts. Maßgeblich geprägt wurde es von dem US-amerikanischen Musiker und Produzenten Mike D (ehemals Beastie Boys), der die künstlerische Leitung übernahm. Entwickelt wurde die Ausstellung in enger Zusammenarbeit mit dem Atelier Markgraph, der IMA Clique sowie dem kuratorischen Team des Museums um Franziska Krahe. Damit verhandelt die Ausstellung selbst, was sie zeigt: Gemeinschaft als kollektiver Prozess.

Kunst, Musik und Design greifen dabei ineinander. Entstanden ist eine Ausstellung mit zeitgenössischen Kunstwerken, inter-



Nirit Takele, Memory's Touch (Acryl auf Leinwand, 2025)

© Jüdisches Museum Frankfurt, Foto: Norbert Miguletz

© Nirit Takele

aktiven Musikstationen, immersiven Installationen und farbintensiven Räumen, die weniger auf Vermittlung als auf Erfahrung zielt.

Zwischen Erinnerung und Bruch

Der zweite Ausstellungsraum mit dem Titel „ROOTS“ rückt die Herkunftsfamilie in den Blick – nicht als stabile Größe, sondern als etwas, das von Brüchen, Verlusten und Verschiebungen geprägt ist. Künstlerische Arbeiten erzählen von Flucht und Migration, von Erinnerungen, die fragmentarisch bleiben, von Familiengeschichten, die sich nicht vollständig rekonstruieren lassen. Zerbrochene Teller, persönliche Gegenstände, filmische Erzählungen verweisen auf das, was fehlt und auf das, was dennoch weiterwirkt.



© Jüdisches Museum Frankfurt, S. Wanda

Shimon Wanda, von (Masa, hebräisch: Reise), Plastik (PLA, 3-D Druck, handbemalt mit Sprühfarben und Acryl, 2025)

Zu den beteiligten Künstlerinnen und Künstlern gehören unter anderem Nirit Takele und Shimon Wanda, deren Arbeiten von Migrationserfahrungen und Fragen von Zugehörigkeit geprägt sind, sowie Alica Khaet, die sich in einer aufwendig produzierten Stop-Motion-Arbeit mit Erinnerung und familiären Spuren auseinandersetzt.

Szenen, Sounds, Zugehörigkeit

Im weiteren Verlauf verschiebt sich der Fokus. Zwischen Herkunft und Erinnerung tritt eine andere Form von Gemeinschaft in den Vordergrund: die gewählte. Musik- und

Subkulturen wie Hip-Hop, Techno, Punk und Riot Grrrl erscheinen hier als soziale Räume, in denen Zugehörigkeit entsteht – oft jenseits klassischer Familienstrukturen. Im dritten Raum „MIX“ verdichtet sich dieser Gedanke zu einem intensiven Erlebnis. Eine interaktive 360-Grad-Mehrkanal-Videoinstallation verbindet Klang, Licht und Projektionen zu einer immersiven Umgebung. Unterschiedliche musikalische Strömungen und ihre kulturellen Kontexte werden hier erfahrbar gemacht. Im Zentrum des Raums steht ein Mischpult, mit dem die Besucherinnen und Besucher die visuellen und klanglichen Elemente selbst beeinflussen können. Es entsteht kein festgelegtes Bild, sondern ein offener Prozess. Die Installation versammelt unter anderem Arbeiten von Sandra Mann und Daniel Herrmann sowie Bildmaterial der Musikerin Jennifer Finch, die unterschiedliche musikalische Zusammenhänge dokumentieren und als soziale Räume erfahrbar machen. Gemeinschaft entsteht hier im Zusammenspiel von Klang, Bild und Beteiligung.

Diese Logik setzt sich im vierten Raum „PLAY“ fort. An interaktiven Musikstationen können Geräusche, Beats und Stimmen aufgenommen, kombiniert und weiterentwickelt werden. Die Grenze zwischen Ausstellung und Teilnahme löst sich dabei nahezu vollständig auf.

Diese Öffnung setzt sich über die Ausstellungsräume hinaus fort. Auf dem Vorplatz des Museums entsteht während der Laufzeit die „MISHPOCHA Open Stage“: Eine Bühne für Bands, Musikerinnen und Musi-



© Jüdisches Museum Frankfurt, Foto: Norbert Miguletz

Deborah Kass, OY/YO, 2016

kern, DJs, Spoken-Word-Poeten, Tänzerinnen und Tänzern sowie Schulbands für Musik, Tanz, Poetry und Performance. Das Museum versteht sich damit nicht als abgeschlossener Ort, sondern als sozialer Raum – als Plattform, auf der Gemeinschaft nicht nur thematisiert, sondern praktiziert wird.

Die Ausstellung ist Teil der World Design Capital Frankfurt RheinMain 2026, einem internationalen Programm, das Gestaltung als soziale Praxis versteht und die Rolle von Design für gesellschaftliche Prozesse in den Mittelpunkt stellt. „MISHPOCHA“ übersetzt diesen Ansatz in eine Ausstellung, die bewusst auf Erklärung verzichtet. Sie setzt auf sinnliche Erfahrung, auf Atmosphäre und auf Beteiligung.

Maren Siepmann

Zur Ausstellung: MISHPOCHA. The Art of Collaboration



**Jüdisches Museum
Frankfurt**

17. April bis
27. September
2026

Satellitenausstellungen: Ergänzend

finden zwei weitere Ausstellungen im Kunsthaus Wiesbaden („Memory in Action“: Marcelo Brodsky, 26. März bis 28.

Juni 2026) sowie in den Opelvillen Rüsselsheim („Unter die Haut: Tattoos im Blick“, 30. April bis 13. September 2026) statt.

Weitere Informationen:

Das begleitende Programm mit Konzerten, Workshops und Gesprächsformaten ist online sowie im Flyer zur Ausstellung einsehbar:

www.juedischesmuseum.de/mishpocha

§ Medizinrecht

Die Rechtsabteilung informiert:

Die Herausgabe der Patientendokumentation – Was ist hierbei zu beachten?

In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Eingaben von Patientinnen und Patienten, die die Herausgabe der sie betreffenden Patientendokumentation begehren, stetig angestiegen. Berufsrechtlich sind Ärztinnen und Ärzte nach § 10 Abs. 2 Berufsordnung verpflichtet, Patientinnen und Patienten Einsicht in die sie betreffende Patientendokumentation zu gewähren.

Im Rahmen des Behandlungsvertrages besteht auch nach § 630 g Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) grundsätzlich ein unverzügliches Einsichtsrecht in die vollständige Patientenakte. Darüber hinaus ergibt sich aus Art. 15 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) ein Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine Kopie der Patientendokumentation.

Wer kann Einsicht in die Patientendokumentation verlangen?

Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf Einsicht in die sie betreffende Patientendokumentation. Sofern eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt ist, kann diese bzw. dieser im Namen der Patientin und des Patienten Einsicht in die diese betreffende Patientendokumentation nehmen.

Wer kann Einsicht in die Patientendokumentation verlangen, falls die Patientinnen und Patienten verstorben sind?

Zur Wahrnehmung von finanziellen Interessen können die Erben und Erben Einsicht in die entsprechende Patientendokumentation nehmen und sich eine Kopie aushändigen lassen. Bitte beachten Sie, dass die Erbschaft im Zweifel mit einem Erbschein nachgewiesen werden muss.

Pflichtteilsberechtigte sind nicht Erben in diesem Sinne. Darüber können auch die nächsten Angehörigen Einsicht in die entsprechende Patientendokumentation nehmen, sofern sie immaterielle Interessen geltend machen können. Diese Einsichtsmöglichkeiten der Erben und der nächsten Angehörigen sind ausgeschlossen, sofern der ausdrückliche oder der mutmaßliche Wille der verstorbenen Patientinnen und Patienten der Einsichtnahme entgegensteht.

Bitte beachten Sie, dass der mutmaßliche Wille der Patientinnen und Patienten positiv festgestellt werden muss. Sollten Sie keine Anhaltspunkte haben, aus denen sich ein mutmaßlicher Wille ergibt, kann davon ausgegangen werden, dass der hypothetische Wille des Patienten mit dem übereinstimmt, was verständigerweise als der Wille eines vernünftigen Menschen unter den gegebenen Umständen angenommen werden kann. Abschließend

können auch Dritte, die weder Erben noch nahe Angehörige sind, einen Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientendokumentation von verstorbenen Patientinnen und Patienten haben, sofern die Einsichtnahme dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Patientinnen und Patienten entspricht. Auch in diesem Fall muss der mutmaßliche Wille positiv festgestellt werden. Ein Beispiel hierfür sind nach Ansicht der Rechtsprechung Fragen der Testierfähigkeit.

Wer trägt die Kosten für die Einsichtnahme in die Patientendokumentation sowie der Erstellung einer Kopie?

Die Kostenfrage für die Kopien der Behandlungsdokumentation hat der Europäische Gerichtshof in seinem Urteil vom 26.10.2023, Az.: C 307/22 entschieden. Danach haben Patientinnen und Patienten aus Art. 15 Abs. 3 DSGVO einen unentgeltlichen Anspruch auf Erstkopien.

Dies bedeutet, dass die Kosten der Erstkopie für die Patientinnen und Patienten von den Ärztinnen und Ärzten zu tragen sind. Sollten die Patientinnen und Patienten allerdings weitere Kopien fordern, können die Kosten wie gewohnt geltend gemacht werden. Mit der Neuregelung von § 630 g Abs. 1 Satz 4 BGB, die am 06.02.2026 in Kraft getreten ist, wird nun ausdrücklich auch im BGB klargestellt, dass die erste Abschrift der Patientendokumentation unentgeltlich zur Verfügung zu stellen ist. Zudem sind dem Patienten auf Verlangen auch elektronische Abschriften von der Patientenakte zur Verfügung zu stellen.

Die Kostenfreiheit der Erstkopie gilt jedoch nur für die Patientinnen und Patienten bzw. mögliche Betreuer. Sofern Dritte, wie beispielsweise Erben, Angehörige, Versicherungen, Rechtsanwälte etc. eine Kopie der Patientendokumentation verlangen, kann hierfür die Erstattung der Kosten verlangt werden.

Innerhalb welches Zeitraums muss die Einsichtnahme ermöglicht und die Kopien herausgegeben werden?

Zeitlich gesehen muss eine Einsicht und die Herausgabe von Kopien nach § 630 g BGB unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, ermöglicht werden. Konkreter ist in der DSGVO eine Frist für die Erledigung von einem Monat geregelt worden. Diese kann bei Vorliegen von Gründen auf maximal drei Monate verlängert werden.

Unter welchen Bedingungen kann die Einsichtnahme verweigert werden?

Die Einsichtnahme kann aufgrund erheblicher therapeutischer Vorbehalte oder erheblicher Rechte Dritter verweigert werden. Dies muss ggf. im konkreten Einzelfall begründet werden können. Der Anspruch auf Einsichtnahme bezieht sich auch auf die gesamte die Patientinnen und Patienten betreffende Patientendokumentation. Eine in früheren Zeiten noch gängige Unterscheidung zwischen rein subjektiven und objektiven ärztlichen Feststellungen in der Dokumentation ist dabei regelmäßig kein Grund mehr für eine Verweigerung. Auch der Hinweis auf Arztbriefen, diesen nicht an die Patientinnen und Patienten weiterzugeben, reicht alleine nicht aus, um eine Weitergabe zu verweigern. Auch in diesen Fällen muss die Verweigerung im Einzelfall therapeutisch begründbar sein.

Was ist sonst noch zu beachten?

Patientinnen und Patienten haben ein Wahlrecht, ob Kopien in Form von Papier oder Datenträgern (z. B. USB-Stick, CD) herausgegeben werden oder eine digitale Übermittlung via Internet/mobiler Netze erfolgen soll. Sichergestellt werden muss immer, dass der richtige (ggfs. der bevollmächtigte) Adressat die Kopien erhält. Eine Übergabe erfordert daher eine Identitätsprüfung, insbesondere bei unbekanntem Abholern durch Vorlage eines Ausweises nebst Vorlage einer Vollmacht im Original. Wenn

Dritte die Anfrage für Patientinnen und Patienten stellen, ist zudem das Erfordernis einer Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu prüfen.

Die digitale Übermittlung erfordert eine sichere Verschlüsselung des Transportweges. Die Übersendung einer E-Mail mit den enthaltenen sensiblen Patientendaten erfordert hierfür eine sogenannte Ende-zu-Ende-Verschlüsselung mittels einer speziellen Software oder eines zumindest mit Passwort geschützten Dokumentenanhangs mit separater Mitteilung des Passwortes an den Empfänger.

Ärztinnen und Ärzte sollten eine Herausgabe von Behandlungsunterlagen bzgl. Anlass, Zeit, Umfang und auch eventueller Besonderheiten, aber auch Gründe einer Verweigerung sorgfältig dokumentieren. Eine unrechtmäßige Verweigerung der Herausgabe von Behandlungsunterlagen kann nicht nur berufsrechtliche, sondern insbesondere auch zivilrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Andreas Wolf
Stellv. Justitiar

Daphne Schmitz
Syndikusrechtsanwältin, Rechtsreferentin

beide: Landesärztekammer Hessen

Fort- und Weiterbildung

Serie: Spotlights Weiterbildung

Was bedeutet „fachliche Eignung“?

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Die weiterbildungsbefugte Ärztin oder der weiterbildungsbefugte Arzt muss in der abschließenden Beurteilung klar bestätigen, dass die Ärztin bzw. der Arzt fachlich geeignet ist, eigenverantwortlich als Fachärztin oder Facharzt tätig zu sein. Wichtig ist eine eindeutige Formulierung.

Nicht ausreichend sind allgemeine Aussagen wie:

- „... kann sich zur Prüfung anmelden“

- „... hat die Vorgaben der Weiterbildungsordnung erfüllt“
- „... erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Bezeichnung“

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

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

Geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung in der Medizin am Beispiel des Herzinfarkts

Eine medizinethische Perspektive



1991 veröffentlichte Bernadine Healy, die erste weibliche Direktorin der National Institutes of Health der USA einen Übersichtsartikel im New England Journal of Medicine mit dem Titel: The Yentl Syndrome. Healy präsentierte in diesem Artikel Daten, die belegen, dass Frauen in der Behandlung des akuten Myokardinfarkts (AMI) und der koronaren Herzerkrankung Nachteile erfahren. Sie erlebten Verzögerungen bei der Behandlung, wurden häufig nicht korrekt diagnostiziert und therapiert. Healy betonte, dass jahrzehntelange geschlechtsspezifische Forschung den Mythos verstärkt habe, dass KHK und AMI ausschließlich männliche Erkrankungen seien. [1]

Seit den 1990er-Jahren wurden viele Anstrengungen unternommen, die geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung beim AMI zu überwinden. Unter Healy wurde 1992 die Womens Health Initiative in den USA ins Leben gerufen. 2001 gab die WHO eine Empfehlung zu geschlechtsspezifischen Präventionsstrategien heraus. Weltweit wurden diverse Institute für Gender Medizin gegründet (in

Deutschland bspw. an der Charité 2003). In der Folge ließ sich ein großer Wissenszuwachs verzeichnen. Schon bald setzte sich die Erkenntnis durch, dass die Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen sich von denen bei Männern unterscheiden können; in der Folge fand dieses Wissen Eingang in die medizinische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Ein aktueller Forschungsschwerpunkt liegt bspw. auf dem Einfluss hormoneller Faktoren auf die Herzgesundheit. Dies verdeutlicht, wie notwendig es ist, die spezifische Situation von Frauen in den Blick zu nehmen, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Ein Rückblick auf die vergangenen 35 Jahre der Forschung und Initiativen zur Frauengesundheit beim Myokardinfarkt veranschaulicht, dass das Bewusstsein für geschlechtsspezifische Unterschiede im Kontext des Myokardinfarkts gewachsen ist, dass Investitionen in die Forschung und Gründung von Instituten getätigt wurden und die Fachliteratur bestätigt einen enormen Wissenszuwachs.

Trotz der Vielzahl von Bemühungen zur Überwindung der geschlechtsspezifischen Ungleichbehandlung beim AMI lassen sich 35 Jahre später jedoch noch immer geschlechtsspezifische Nachteile feststellen. Frauen unter 50 Jahre, die einen STEMI erleiden, weisen bspw. eine erhöhte Krankenhaussterblichkeit auf. [2]

In Deutschland zeigen sich zudem Verzögerungen und Nachteile bei Diagnostik und Therapie des AMI. [3] Der Hinweis Healys von 1991, dass Männer als normativer Standard der Forschung gelten, verliert auch 2026 nicht an Gültigkeit. Die empfohlenen Dosierungen bestimmter Medikamente (bspw. ACE Hemmer und Beta Blocker) sind für Frauen zu hoch angesetzt. Die Dosis für Frauen müsste reduziert werden, um für Frauen sicherer und wirksam zu sein. [4] Es findet sich jedoch nicht standardmäßig eine geschlechtsspezifische Dosierungsempfehlung. Die geschlechtsspezifische Unge-

rechtigkeit beim Myokardinfarkt ist somit noch nicht überwunden. Der Status quo wirft hingegen Fragen auf: Betrifft diese Ungleichbehandlung auch andere Gruppen? Außerdem verleitet es zu der Frage, warum trotz großer Bemühungen die Ungleichbehandlung bislang nicht oder nur kaum überwunden werden konnte.

Rassismus, Armut und Intersektionalität im Kontext des AMI

Möchte man die Lage der Frauen beim AMI einordnen, lohnt sich die Betrachtung anderer Formen von Diskriminierung und Benachteiligung im Gesundheitswesen. Zunächst bestätigen Daten, dass andere Gruppen bei Prävention, Diagnostik und Therapie des AMI ebenfalls Nachteile erfahren. In den USA zeigt sich, dass People of Color im Kontext des AMI benachteiligt sind. [5, 6] Es gibt Hinweise auf eine Verstärkung dieser Ungleichbehandlung bei schwarzen und hispanischen Frauen. [7] Das Zusammenfallen von mehreren Merkmalen, die diskriminierend markiert werden, und die daraus resultierende Verstärkung der Diskriminierung werden als Intersektionalität bezeichnet.

Für Deutschland liegen kaum Daten zu rassistischer Diskriminierung im Kontext des Herzinfarkts vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass rassistische Diskriminierung auch beim Herzinfarkt in Deutschland zu finden ist. Der Rassismusmonitor Deutschland hat rassistische Diskriminierung auch im deutschen Gesundheitssystem nachgewiesen. [8] Im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt kann diese also nicht ausgeschlossen werden. Dass Zugang zu Prävention und Therapie innerhalb der Bevölkerung nicht gleich verteilt sind, ist zudem bekannt. So zeigt sich, dass ein Leben in Armut es erschwert, Prävention zu betreiben, und sozial benachteiligte Personen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines AMI aufweisen. [9]

Diese Betrachtung führt vor Augen, dass nicht allein Frauen benachteiligt sind. Das Geschlecht wird jedoch im Gegensatz zu anderen Merkmalen standardmäßig in empirischen Studien erfasst und so sind geschlechtsspezifische Benachteiligungen leichter zu detektieren. Der Blick auf geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung lädt somit ein, auch andere benachteiligte Gruppen in den Blick zu nehmen.

Hürden bei der Überwindung von Ungerechtigkeiten – medizinethische Perspektive

Warum ist es nun trotz jahrzehntelanger Forschung und eines großen Engagements der Forschenden so schwierig, die geschlechtsspezifische Ungleichbehandlung zu überwinden? Aus ethischer Perspektive kann es an dieser Stelle sinnvoll sein, die Ebene der strukturellen Diskriminierung in den Blick zu nehmen, die nicht allein die Medizin, sondern weitere gesellschaftliche Bereiche durchdringt. Ihre Überwindung gestaltet sich schwierig, da sie häufig implizit wirkt. In der Medizinethik hat sich das Konzept der epistemischen Ungerechtigkeit als ein Instrument bewährt, das einen Einblick in die Mechanismen struktureller Diskriminierungen geben kann. Epistemische Ungerechtigkeit nach Miranda Fricker [10] beschreibt eine Ungerechtigkeit im Zusammenhang mit Wissen. In der Medizin wirft sie Fragen auf, wem Glaubwürdigkeit zugesprochen wird, wessen Erfahrungen als Leiden ernst genommen werden und einen diagnostischen Code erhalten.

Gelten nur Atemnot, der linksseitige Thoraxschmerz und die Ausstrahlung des Schmerzes in den linken Arm als Symptome eines Herzinfarkts, wird der Kieferschmerz als zu unspezifisch gewertet. Kieferschmerzen oder Übelkeit übertreten somit nicht die Schwelle, um als medizinisches Symptom eines Herzinfarkts gewertet werden zu können. Das Wissen über den Herzinfarkt ist dann an einer (männlichen) Norm orientiert, die es verhindert, andere Leiden korrekt einzuordnen. Diese konkrete Problematik der Fehleinordnung weiblicher Symptome ist durch den Einsatz vieler Forschender und engagierter Mediziner:innen weitgehend überwunden. Doch zeigen auch die Dosisempfeh-

lungen bei ACE-Hemmern und Betablockern, dass das medizinische Wissen noch immer blinde Flecken aufweist, die auf epistemische Ungerechtigkeit verweisen und sich an einer männlichen Norm orientieren.

Die Frage, wer als glaubwürdig gilt, ist beim Herzinfarkt ebenfalls von Bedeutung. So wurde nachgewiesen, dass die Schmerzintensität bei Frauen teilweise niedriger bewertet wird als bei Männern. [11] Wenn die Schmerzdarstellung von Frauen als wenig glaubwürdig eingestuft wird, kann das dazu führen, dass Diagnostik und Therapie als weniger dringlich bewertet werden. Dieser Art der Einschätzung scheint ein strukturelles Problem zugrunde zu liegen, das unbewusst bzw. implizit wirksam wird.

Das Konzept der epistemischen Ungerechtigkeit kann eine Hilfestellung sein, wenn man Antworten darauf sucht, warum die Überwindung der Ungleichbehandlung in der Medizin sich derart schwierig gestaltet. Biomedizinische Forschung hat große Erkenntnisgewinne hervorgerufen. Neben diesen biomedizinischen Bemühungen kann jedoch auch der Blick in andere Disziplinen und benachbarte gesellschaftliche Bereiche sinnvoll sein, um die strukturellen Facetten dieser Ungerechtigkeiten im Blick zu behalten.

Lösungsansätze und Ausblick

Lösungsansätze zur Überwindung von Ungerechtigkeiten und Diskriminierung in der Medizin bauen einerseits auf eine vertiefte biomedizinische Forschung. Die Konzeption dieser Forschung sollte divers gestaltet sein. [12] Es zeigt sich, dass die Zusammensetzung von Forschungsgruppen Einfluss auf die Forschung haben kann. [13] Zudem muss die Datenerfassung derart konzipiert werden, dass andere Benachteiligungen neben der geschlechtsspezifischen Diskriminierung erfasst werden können. In der Folge können gezielte gruppenspezifische Risikovorhersagen und Präventionsstrategien entwickelt werden. [14, 15] Für den AMI haben sich zudem standardisierte STEMI-Protokolle als hilfreich erwiesen, um die geschlechtsspezifische Diskriminierung zu minimieren. [16] Sie wirken der Voreingenommenheit entgegen und können bei

der richtigen Einordnung der Anamnese und einer zügigen Zuführung zu weiterer Diagnostik und Therapie helfen. Auch in anderen Fachrichtungen zeigen sich Ansätze, die vielversprechend sind, um der strukturellen Ungerechtigkeit entgegenzuwirken. Patient-Reported-Outcomes, die die PatientInnenperspektive als Endpunkt in Studien integrieren, können die Erfahrung der PatientInnen stärken und diese in die empirische Datenerfassung integrieren. Medizinethische und sozialmedizinische Bestrebungen, die zum Patient-Empowerment beitragen – wie bspw. der Informed Consent – verweisen auf die strukturelle Ebene, um die Ungleichheiten im Wissen anzugleichen und die Erfahrungen der Betroffenen ernst zu nehmen. Neben Diagnostik und Therapie muss somit die soziale Interaktion in der Medizin im Fokus bleiben, um auch im Kontext der Anamnese Stereotypisierungen entgegenzuwirken.

Letztlich markiert die Aufmerksamkeit für geschlechtsspezifische Diskriminierung nicht den Endpunkt, sondern den Auftakt auf dem Weg zu einer diskriminierungsfreien Medizin. Die Beachtung der geschlechtsspezifischen Ungerechtigkeiten ist vielversprechend, wenn sie in eine strukturelle Analyse von Diskriminierungsverhältnissen eingebettet wird. Soziale Lage, Herkunft und Machtverhältnisse prägen Diagnostik, Behandlung und Versorgung. Zur Verwirklichung des Menschenrechts auf bestmögliche Gesundheit für alle [17] müssen diese Zusammenhänge berücksichtigt werden.

**Dr. med.
Antonia Sahn, M.A.**
Fellow
an der Professur
für Ethik in der
Medizin,



Foto: privat

Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
Schillerstr. 25, 91054 Erlangen

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

Konflikt, Pandemie, Klinikabbau

Das Dreifachrisiko, das Deutschland unterschätzt: „Bedingt einsatzbereit“ revisited

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch, Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf

Ausgangslage

Die Annahme, dass die Russische Föderation bis 2029/30 NATO-Gebiet angreifen könnte, ist keine Datumsprognose, aber eine belastbare Risikohypothese [1–4]. Für Deutschland hat diese Annahme besondere Bedeutung, weil Deutschland im Bündnisfall als logistische Drehscheibe fungiert [5]. Im Eskalationsfall muss Deutschland deshalb mit Fluchtbewegungen sowie mit zusätzlichen Verwundeten und Toten von der Front rechnen. Die Planungsgrößen des OPLAN Deutschland – bis zu 800.000 Soldatinnen und Soldaten sowie 200.000 Fahrzeuge in sechs Monaten – verdeutlichen die mögliche Zusatzlast [5].

Gesundheitssystem unter Mehrfachbelastung

Diese Zusatzlast trifft auf ein Gesundheitssystem mit begrenzten Reserven. Für 2024 melden die amtlichen Statistiken 1.841 Krankenhäuser mit 472.900 Betten, darunter 26.000 Intensiv- und 7.700 IMC-Betten; die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 72,0 % [6, 7]. Gleichzeitig sank die Bettenzahl gegenüber 2019 [6]. In einer Krise entscheidet daher nicht nur

die nominelle Bettenzahl, sondern vor allem die tatsächlich betreibbare Kapazität: verfügbares Personal, belastbare Logistik, verlässliche Transporte und funktionsfähige IT.

Wenn gleichzeitig eine Pandemiewelle auftritt (z. B. Influenza oder eine Covid-ähnliche Entwicklung), steigt der Druck auf dieselben Engpassfaktoren: Notaufnahme, Intensivversorgung, Rettungsdienst, Verlegung und Personal [10, 11]. Die WHO betont, dass Influenza-Pandemien zeitlich nicht präzise vorhersagbar sind, aber jederzeit auftreten können [12]. Als Orientierung für die Vorsorge kann man eine jährliche Grundwahrscheinlichkeit von etwa 4–5 % ansetzen. Daraus ergibt sich bis 2029/30 ein Risiko von etwa 15–23 % für mindestens eine Influenza-Pandemie (konservativ: 16–20 %) [12].

Bayes-Ansatz für die Entscheidungssteuerung

Die Lagebewertung sollte nicht auf starren Einmalprognosen beruhen, sondern auf einem Bayes-Ansatz: Man startet mit einer Anfangswahrscheinlichkeit für Engpässe (Prior) und aktualisiert sie laufend mit aktuellen Indikatoren (Posterior), et-

wa ICU-Auslastung, Personalausfälle, Verlegezeiten, Notaufnahmedruck und Infektaktivität [10, 11]. Der Bayes-Ansatz ist dabei keine exakte Vorhersagemaschine, sondern eine Entscheidungslogik unter Unsicherheit. Gerade in dynamischen Mehrfachkrisen ist er Einmalprognosen überlegen, weil neue Evidenz fortlaufend integriert werden kann.

Beispiel: Liegt das 14-Tage-Engpassrisiko zunächst bei 30 %, kann es bei gleichzeitiger Verschlechterung mehrerer Indikatoren schnell auf über 50 % steigen (z. B. bei einer Likelihood Ratio von ungefähr 3 auf rund 56 %). Der praktische Nutzen ist klar: Entscheidungsträger lösen Maßnahmen früh aus, nicht erst im Kollaps. Voraussetzung ist allerdings ein belastbares, tagesaktuelles Lagebild mit standardisierten Meldewegen und klar definierten Triggern.

Drei offene Kernprobleme

1) Strukturwandel der Krankenhauslandschaft

Der Gesetzgeber hat keine feste bundesweite Zielzahl für Krankenhausschließungen vorgegeben [8].

Dennoch ist der Konsolidierungstrend real [6, 7]. Daraus folgt: Weder pauschales Schließen noch pauschales Offenhalten ist sinnvoll. Stattdessen braucht es ein Hybridmodell: Zentren bündeln hochkomplexe Leistungen, strategisch relevante kleinere Standorte bleiben als Reserveknoten erhalten – mit betriebsfähiger Infrastruktur und aktivierbaren Personalmodellen (24/48/72 Stunden) [8, 9]. Solche kleinen Kliniken dürfen nicht als verkleinerte Maximalversorger missverstanden werden. Ihre Funktion läge vielmehr in Stabilisierung, Kurzaufnahme, regionaler Entlastung, definierter Basisversorgung und als Haltepunkte für Triage und Verlegung.

Gerade im Worst-Case-Szenario erscheint es wenig plausibel, dass etwa 100 Maximalversorger und rund 600 weitere Kran-

Biografisches zu den Autoren

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Von 2003 bis 2019 war er Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie an der Asklepios Klinik Langen. Er ist weiterhin als Notarzt im Kreis Offenbach tätig, Mitglied des Aufsichtsrates der Asklepios Klinik Langen und Vorsitzender der Alumni des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt. Als Sanitätsstabsoffizier (Oberfeldarzt) war er in der zivil-militäri-

schen Zusammenarbeit am Kreisverbindungskommando Darmstadt engagiert.

Prof. Dr. med. Hans-Bernd Hopf ist Facharzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Von 1995 bis 2021 war er Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, perioperative Medizin und interdisziplinäre Intensivmedizin; ECLS/ECMO-Zentrum an der Asklepios Klinik Langen. Von 2019 bis 2021 war er Ärztlicher Direktor der Asklepios Klinik Langen.

kenhäuser allein ausreichen, um gleichzeitig militärische Verwundete, zusätzliche zivile Verletzte, Tote, Fluchtbewegungen und eine schwere Atemwegswelle zu bewältigen [17]. Strategisch gelegene kleinere Häuser gewinnen deshalb als Reserveknoten eine eigenständige Resilienzfunktion – nicht aus Nostalgie, sondern als skalierbare Kapazitätsreserve.

2) Koordination zwischen Bund, Ländern, Militär und Zivilschutz

Die föderale Zuständigkeitsordnung ist verfassungsrechtlich begründet, erzeugt in Mehrfachkrisen aber Reibung, wenn ein eingeübter Führungsmechanismus fehlt [15, 16]. Erforderlich sind ein gemeinsames Lagebild, standardisierte Trigger, klare Priorisierung und geübte Verlege- sowie Ressourcensteuerung [14, 16]. Ohne diese Elemente verlieren Systeme in der Krise Zeit – und Zeit ist dann ein kritischer Versorgungsfaktor. Hinzukommen muss eine rechtssichere Daten- und Meldarchitektur, die Kapazitäten, Transporte, Personal, Blutprodukte, kritische Arzneimittel, Medizinprodukte und Infektionsgeschehen in ein integriertes Gesundheitslagebild überführt [17].

3) Gesellschaftliche Risikowahrnehmung

Wenn die Bevölkerung das Konfliktrisiko nicht als reale Vorsorgelage wahrnimmt, bleiben politische und operative Vorbereitungen fragil. Der Vergleich mit nordeuropäischen Staaten eignet sich als Lernmodell: Kontinuierliche, sachliche Risikokommunikation und regelmäßige Übungen stärken die Resilienz [1–4].

Quantitative Spannweite bis 2029/30

Da bundesweit keine fixe Schließungszahl vorliegt, ist eine Spannbreitenrechnung sachgerechter als eine scheinexakte Zahl [8, 9]. Bei einer jährlichen Nettoabnahme der Krankenhauszahl von 1,0 % (Best Case), 1,8 % (Base Case) und 3,0 % (Worst Case) ergeben sich bis 2030 Nettoverluste von etwa 108, 191 bzw. 307 Häusern (gerundet auch: 107, 188, 305) [6, 7]. Wenn davon 40–60 % kleinere, flächenrelevante Standorte betreffen, könnten im

Base Case rund 75–113 potenzielle Reserveknoten fehlen. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit regionaler Versorgungspässe im kombinierten Konflikt-/Pandemieszenario.

Gesamtbewertung

Deutschland ist nicht unvorbereitet. Für das kombinierte Szenario aus Konfliktbelastung, Fluchtbewegung, möglicher Pandemiewelle sowie Liefer- und Personalausfällen ist das System jedoch noch nicht durchgehend robust aufgestellt [14, 17]. Die zentrale Lücke liegt weniger in Einzelplänen als in der operativen Durchhaltefähigkeit unter gleichzeitiger Mehrfachbelastung.

Dies gilt nicht nur für den stationären Sektor. Die häufig erhobene Forderung, ambulante Praxen stärker einzubeziehen, ist im Grundsatz richtig, stößt aber schon im Regelbetrieb an enge Grenzen. Ein System, das vielerorts bereits heute Probleme mit zeitnahen Terminen, Personalknappheit und regionalen Versorgungspässen hat, kann im Krisenfall nicht ohne zusätzliche Vorsorge als verlässliche Reserve eingeplant werden [17].

Damit wird auch die Annahme fraglich, die derzeit diskutierte Architektur aus etwa 100 Maximalversorgern und 600 weiteren Krankenhäusern genüge im Worst Case. Diese Struktur mag eine notwendige Grundlage für den Bündnisfall darstellen; ihre Suffizienz für ein kombiniertes Szenario aus Verwundetenanfall, Flüchtlingsbewegung und Pandemie ist jedoch nicht belegt. Unter dieser Mehrfachbelastung sprechen Personalengpässe, Materialbedarf, Verlegelogistik und Infektdynamik eher gegen die Annahme, dass Zentren und zweite Reihe allein ausreichen.

Schlussfolgerungen

- Die Krankenhausreform muss eine verbindliche Resilienzachse enthalten (Reserveknoten statt pauschaler Schließungslogik).
- Bund und Länder müssen einen verbindlichen Führungs- und Eskalationsmechanismus für Mehrfachkrisen festlegen und regelmäßig üben.

- Die Lageführung muss Bayes-basierte Frühwarnlogik mit klaren Triggern (Gelb/Orange/Rot) verankern und auf einem integrierten Gesundheitslagebild aufbauen.
- Strategisch relevante kleinere Kliniken sollten als regional eingebundene Reserveknoten mit klarer Aktivierungs-, Ausstattungs- und Verlegelogik erhalten bleiben.
- Die Rolle des ambulanten Sektors muss realistisch geplant werden: nicht als abstrakte Reserve, sondern nur mit priorisierten Praxen, Ausfallkonzepten und gesicherter Infrastruktur.
- Resilienz erfordert zweckgebundene Finanzierung, Materialbevorratung, Ausbildung und verpflichtende Übungen außerhalb der regulären DRG-Logik [17].
- Kommunen und Länder müssen eine dauerhafte, verständliche Vorsorgekommunikation etablieren.
- Das System braucht jährliche Stresstests für das kombinierte Szenario Konflikt plus starke Atemwegswelle.

Prof. Dr. med.
Dr. med. dent.
Ernst Hanisch

E-Mail:
e.hanisch@
em.uni-frankfurt.de



Foto: privat

Prof. Dr. med.
Hans-Bernd Hopf

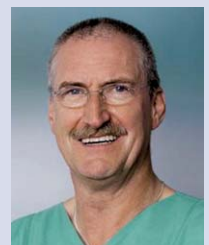


Foto: Asklepios Klinik Langen

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © timurlan999 – stock.adobe.com, mit KI



Mehr erfahren

Lungenkrebs-Früherkennung (CME beantragt)

Nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) des G-BA: Das flexibel abrufbare On-Demand-Webinar vermittelt Ihnen die offiziell geforderte Qualifikation, um als zuweisende Ärztin oder zuweisender Arzt am Niedrigdosis-CT-Programm zum Lungenkrebs-Screening gemäß Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKr-FrühErkV) teilzunehmen. Das Angebot richtet sich an Fachärztinnen und Fachärzte der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin sowie an Weiterzubildende in diesen Gebieten, die sich mindestens im dritten Jahr der Weiterbildung befinden.

Termin: jederzeit abrufbar
Gebühr: 30,00 €
Kursleitung: Dr. med. A. Althoff
Kontakt: andrea.floeren@laekh.de

Ultraschall

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 13. & 14.11.2026	Abschlusskurs: Gefäße (CME beantragt) Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve	Der Kurs vervollständigt Ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Doppler- und Duplex-Sonographie extrakranieller hirnversorgender Gefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	699,00 € 629,29 €* *

Arbeitsmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 24.06., 07.10. & 18.11.2026	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – MIMA (Erstschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	In Kooperation mit der BGW: Im Kurs erfahren Sie, wie Sie den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Ihrer Arztpraxis selbst organisieren und umsetzen können. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €* *

Notfall- und Intensivmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 08.–10.10.2026	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (25 CME) Prof. Dr. med. R. Merbs, M. Leimbeck	Das Seminar führt Sie durch das gesamte Spektrum notfallmedizinischer Herausforderungen und verbindet fundiertes Wissen mit Praxisübungen an Übungsphantomen. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	724,00 € 651,60 €*
Präsenz: 11.11.2026	Notfallmedizin machbar machen (8 CME) Prof. Dr. med. R. Merbs	Der kompakt aufbereitete Kurs richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die pädiatrische, kardiologische und pulmonologische Notfallsituationen sicher beherrschen möchten. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	280,00 € 252,00 €*

Innere Medizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 12.08.2026	EKG-Refresher (9 CME) Prof. Dr. med. J. Ehrlich	Ein abwechslungsreicher Kurs mit vielen Fallbeispielen für Ärztinnen und Ärzte, die bereits Erfahrungen in der EKG-Befundung haben und ihr Wissen auffrischen möchten. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	281,00 € 252,90 €*
Live-Webinar: 30.09.2026	Aktuelle Diabetologie – Teile 3 & 4 (5 CME) Dr. med. I. Martin, Dr. med. B. Fischer	Die Teile 3 und 4 der Veranstaltungsreihe legen ihren Schwerpunkt auf die Insulintherapie – inklusive der Möglichkeiten und Grenzen technischer 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	Die Fortbildung vermittelt Ihnen kompaktes Wissen, um entzündlich-rheumatische Erkrankungen im Praxisalltag sicher identifizieren und optimal behandeln zu können. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	96,00 € gebührenfrei*

Sportmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 19.06.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 1 (CME beantragt)	Modul 1 widmet sich den Grundlagen der Energiegewinnung und den aktuellen Methoden der Leistungsdiagnostik	412,00 € 370,80 €*
Live-Webinar: 20.06.2026	Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Die Kombination aus Theorie und Praxis macht die Veranstaltung besonders abwechslungsreich. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	
Live-Webinar: 07.09.2026, Präsenz: 08.09.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 13 (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 13 thematisiert geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten in verschiedenen Sportarten und legt seinen Schwerpunkt auf Sport für Seniorinnen und Senioren. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

Strahlenschutz

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 15.08.2026, E-Learning: ab 15.07.2026	Fachkunde im Strahlenschutz: Grundkurs (19 CME) Dr. med. S. Trittmacher	Der Erwerb der Fachkunde erfordert gemäß StrlSchV die erfolgreiche Teilnahme an aufeinander aufbauenden Kursen – der Grundkurs bildet den ersten Schritt und ist vor Beginn der praktischen Erfahrung zu absolvieren. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	626,00 € 563,40 €*
Live-Webinar: 28.11.2026	Strahlenschutz: Aktualisierungskurs (8 CME) Prof. Dr. med. N. Naguib, Dr. med. S. Trittmacher	Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz im verpflichtenden Fünfjahresintervall erneuern müssen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	276,00 € 248,40 €*

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.	Aktuelles Wissen auf den Punkt: Die Veranstaltung vermittelt den neuesten diagnostischen und therapeutischen Stand für Pädiaterinnen und Pädiater sowie hausärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen. Kontakt: claudia.lepka@laekh.de	96,00 € gebührenfrei*

Refresher-Modul Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt (CME beantragt)

Regelmäßig fortbilden, souverän führen: Das Refresher-Modul stärkt Ihre Qualifikation als Leitende Notärztin bzw. Leitender Notarzt und erfüllt die Anforderungen der Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG-VO). Praxisorientiert aufbereitet vermittelt Ihnen die Präsenzveranstaltung in Kooperation mit der Berufsfeuerwehr Kassel aktuelles Know-how und gibt Ihnen Einblicke in reale Fallbeispiele aus der Praxis.

Termin: 14.11.2026
Gebühr: 399,00 €
 359,10 €*
Kursleitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Kontakt: heike.cichon@laekh.de



Foto: © VanHope – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Allgemeinmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Hybrid: 15.–19.06.2026	Repetitorium Allgemeinmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. A. Wunder	Das Repetitorium bietet Ihnen ein strukturiertes und umfangreiches Update über alle relevanten Themenbereiche der Allgemeinmedizin. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	792,00 € 712,80 €*

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 30.–31.10.2026 & 06.–07.11.2026	Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (CME beantragt) Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein	Die Veranstaltung greift das gesamte Spektrum des Fachgebietes auf. Es erwartet Sie eine kompakte und praxisorientierte Auffrischung Ihres Wissens – ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Kontakt: jennifer.konert@laekh.de	798,00 € 718,12 €*
On-Demand: jederzeit abrufbar	Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung PD Dr. med. H. L. Graß	Das interdisziplinäre Angebot bietet Ihnen kompakte, praxisorientierte Handlungsempfehlungen für eine hochwertige Betreuung von Betroffenen nach einer Sexualstraftat. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Jetzt Förderin oder Förderer werden!

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

*** reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie**



Finden Sie die Veranstaltung, die Sie weiterbringt!

[Mehr erfahren](#)

Newsletter „Akademie Aktuell“

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

Zur Anmeldung:

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

Kontakt:

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

Fon: 06032 782-200

E-Mail: akademie@laekh.de

www.akademie-laekh.de

Besuchen Sie uns auf Social Media





Veranstaltungen

Foto: © Alla – stock.adobe.com



Ambulante Anästhesie

Der Lehrgang beinhaltet ein gemeinsames Modul mit dem Lehrgang „Ambulantes Operieren“. Über die Lehrgangsbau- steine, die Anerkennungsmöglichkeiten und die zu erwerben- den Handlungskompetenzen informieren wir Sie auf unserer Website.

Inhalte u. a.:

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anästhesie
- Kinder-Anästhesie
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung

Termin ANÄ: ab 29.10.2026
Gebühr: 785 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: ilona.preuss@laekh.de



[Mehr erfahren](#)

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 Praxisma- nagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie nähere Informationen über den Aufbau des Pflichtteils und die möglichen Wahlteile. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	2.500 € (Pflichtteil) zzgl. Prü- fungsgel- bühren
ab 15.08.2026	Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Kon- zept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	530 € inkl. Lernerfolgs- kontrolle
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 Cur- riculum der Bundesärztekammer. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgs- kontrolle



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. Informationen zum Inhalt und Ablauf finden Sie auf unserer Website. Kontakt: julia.werner@laekh.de	1.300 € zzgl. 60 € Lernerfolgs- kontrolle

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
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. Über die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen informieren wir Sie auf unserer Website. Kontakt: carina.hoffmann@laekh.de	500 €
22.11.2025	Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11) 7 Stunden	Für Berufsanfänger/-innen, Mitarbeiter/-innen und Wiedereinsteiger/-innen in der ärztlichen Praxis gibt dieser Kurs eine intensive Einführung in das Thema. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €
06.12.2025	EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens im ärztlichen Abrechnungswesen (PAT 12) 6 Stunden	Die Veranstaltung baut auf dem Kenntnisstand der Fortbildung „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen – EBM“ auf. Sie richtet sich auch an Personen, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)

Therapie des Typ-2-Diabetes

Leitlinienbasierte Individualisierung nach Risiko, Begleiterkrankungen und Nierenfunktion als Ergänzung zu Diät und Bewegung

Dr. med. Andreas Klinge

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis“, Band 52, Heft 3, Dezember 2025. Abrufbar unter www.akdae.de, Kurz-link zum Artikel: <https://t1p.de/lrhpv>

Therapie des Typ-2-Diabetes: Leitlinienbasierte Entscheidungswege

Die Behandlung von erwachsenen Personen mit einem Typ-2-Diabetes orientiert sich an der aktuellen Version der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes (1). Diese NVL ist auch Grundlage des Disease-Management-Programms (DMP) Typ-2-Diabetes, in das ein großer Teil der in der GKV versicherten Menschen mit Typ-2-Diabetes eingeschrieben ist.

Vor Beginn der Behandlung wird zwischen Arzt und Patient im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung ein individuelles Therapieziel vereinbart und dokumentiert. Dies beinhaltet sowohl technische Therapieziele (HbA_{1c} , Blutdruck, Lipidwerte u. a.) als auch medizinische Therapieziele (Vermeidung von mikro- und makrovaskulären Komplikationen, eine gute Lebensqualität) sowie die Freiheit von diabetesbezogenen Symptomen.

Die Qualität der Stoffwechsellage wird durch die Messung des HbA_{1c} -Wertes beurteilt, der jeweils die mittlere Glykämie der letzten drei Monate repräsentiert. Es lässt sich kein universell gültiger Zielkorridor für den HbA_{1c} -Wert festlegen. Vielmehr müssen patientenspezifische Kontextfaktoren berücksichtigt werden (siehe Abb. 1).

Nach den nichtmedikamentösen Maßnahmen zur Behandlung wird zusätzlich eine pharmakologische Therapie begonnen. Diese erfolgt als eine Stufentherapie. In der NVL [1] findet sich in Abb. 7 der zentrale Therapiealgorithmus (dieser ist hier als Abb. 2 abgedruckt):

Seit einigen Jahren stehen Arzneimittel zur Verfügung, die in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) bei bestimmten Patientengruppen – unabhängig von einer blutzuckersenkenden Wirkung – positive Wirkungen auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität gezeigt haben. Daher liegt der Fokus des Therapiealgorithmus nicht mehr primär auf einer Senkung der erhöhten Blutzuckerwerte, sondern schätzt zunächst das Risiko für diabetes-assoziierte kardiovaskuläre und/oder renale Ereignisse ab (siehe Abb. 2: zweiter Kasten von oben).

Für Patienten ohne hohes Risiko (siehe Abb. 2: linker Kasten in der dritten Zeile) wird der Beginn einer Therapie mit Metformin empfohlen. Diese Patientengruppe ist weniger durch das Risiko für das Auftreten von kardiovaskulären oder renalen Ereignissen belastet, sondern vielmehr durch das Risiko für mikrovaskuläre Folgeschäden (Retinopathie, Nephropathie) und eine Polyneuropathie. Sollte mit Metformin allein der individuell vereinbarte HbA_{1c} -Zielbereich nicht oder im Verlauf nicht mehr erreicht werden, wird ein zweites Arzneimittel entsprechend der Effekte auf priorisierte Endpunkte (vgl. Tabelle 24, Seiten 82–84 der Langversion der NVL [1]) eingesetzt.

Bei Patienten mit einer bereits bestehenden, klinisch manifesten kardiovaskulären Erkrankung (Z. n. Herzinfarkt, Z. n. Schlaganfall, pAVK) (siehe Abb. 2: rechter Kasten in der dritten Zeile von oben) empfiehlt die NVL den Beginn einer Kombinationstherapie aus Metformin und einem SGLT-2-Inhibitor oder GLP-1-Agonisten.

Diese Empfehlung basiert auf großen RCT für Empagliflozin, Dapagliflozin und Liraglutid, in denen Vorteile für Morbidität, die kardiovaskuläre Mortalität und teilweise auch für die Gesamtmortalität gezeigt werden konnten. In sämtlichen Studien erfolgte die Behandlung der Patienten mit

einer Kombination aus Metformin und einer der genannten Substanzen. Die NVL hat dieses Vorgehen daher als Kombinationstherapie in den Therapiealgorithmus integriert. Da die Studien nur Patienten mit einem HbA_{1c} von mindestens 7,0 % einschlossen, wurde dieser Wert ebenfalls als Grenzwert übernommen.

Im weiteren Verlauf der Therapie empfiehlt die NVL ebenfalls ein weiteres Arzneimittel entsprechend der Effekte auf priorisierte Endpunkte (vgl. Tabelle 24, Seiten 82–84 der Langversion der NVL [1]).

Schwieriger, weil kaum durch externe wissenschaftliche Evidenz gesichert, ist die Therapie der Gruppe von Patienten mit einem hohen Risiko, aber ohne ein vorangegangenes kardiovaskuläres Ereignis (siehe Abb. 2: mittlerer Kasten in der dritten Zeile von oben). Hier empfiehlt die NVL eine individuelle Bewertung und eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patient und Arzt.

Anders als in der vorherigen Version der NVL werden pharmakologische Dreifachtherapien (ohne den Einsatz von Insulin) im Verlauf ermöglicht. Die Insulintherapien wurden in der Stufentherapie zeitlich nach hinten verschoben.

Spätestens, wenn die individuell vereinbarte Therapie mit drei anderen Substanzklassen nicht erreicht werden kann, wird (zusätzlich) mit einer Insulintherapie begonnen.

Die Art der Insulintherapie ist vielfältig und unterscheidet sich nach der Anzahl der Injektionen:

- eine Injektion: Basalinsulin, zusätzlich zu oralen Antidiabetika
- zwei Injektionen: konventionelle Insulintherapie (CT) mit einem Mischinsulin vor dem Frühstück und dem Abendessen
- drei Injektionen: kurzwirksames Insulin, jeweils zu den Hauptmahlzeiten (SIT)
- vier Injektionen: intensivierete Insulintherapie (ICT), kurzwirksames Insulin zu den Hauptmahlzeiten, Basalinsulin zur Nacht

Zu Beginn einer Insulintherapie wird die Therapie mit Metformin und SGLT-2-Inhibitoren fortgeführt. Sulfonylharnstoffe werden bei der Gabe von Insulin tagsüber (CT, ICT, SIT) abgesetzt.

Therapie des Typ-2-Diabetes: Individualisierung nach Begleiterkrankungen und Risiko

Die Therapie des Typ-2-Diabetes ist derzeit sehr viel individueller als noch vor zehn Jahren. Das liegt daran, dass sich das Spektrum der verfügbaren pharmakologischen Therapie durch die Einführung neuer Substanzklassen (vor allem SGLT-2-Inhibitoren und GLP-1-Agonisten) erweitert hat. Hierbei haben große RCT gezeigt, dass vor allem Patienten mit einer manifesten kardiovaskulären oder renalen

Erkrankung von den neuen Substanzklassen profitieren. Dies gilt speziell für die SGLT-2-Inhibitoren Empagliflozin und Dapagliflozin und in geringerem Umfang auch für das GLP-1-Analogon Liraglutid. Der SGLT-2-Inhibitor Ertugliflozin konnte in einer großen RCT keinen Vorteil zeigen. Für die neueren GLP-1-Agonisten Semaglutid und Dulaglutid liegen bisher zu wenige RCT bei Menschen mit einem Typ-2-Diabetes vor, um einen Nutzen hinsichtlich der Reduktion von kardiovaskulären Folgeschäden zu beurteilen.

Den unterschiedlichen Behandlungsentscheidungen liegen somit Kriterien zugrunde, die in den Begleiterkrankungen und der individuellen Risikoabschätzung jedes einzelnen Patienten zu suchen sind. Insgesamt orientiert sich die Therapie an dem Algorithmus der NVL [1]. Diese ist

auch wissenschaftliche Grundlage des DMP Typ-2-Diabetes, das in Deutschland die Versorgung von Menschen mit einem Typ-2-Diabetes strukturiert.

Antidiabetische Therapie bei Typ-2-Diabetes unter Berücksichtigung der Nierenfunktion (eGFR)

Bei der Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Diabetes mellitus Typ 2 und moderater oder schwerer Einschränkung der Nierenfunktionen müssen bei den unterschiedlichen Antidiabetika die Grenzen der Zulassung für unterschiedliche Stadien der Niereninsuffizienz (entsprechend der eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate der Nieren) berücksichtigt werden.

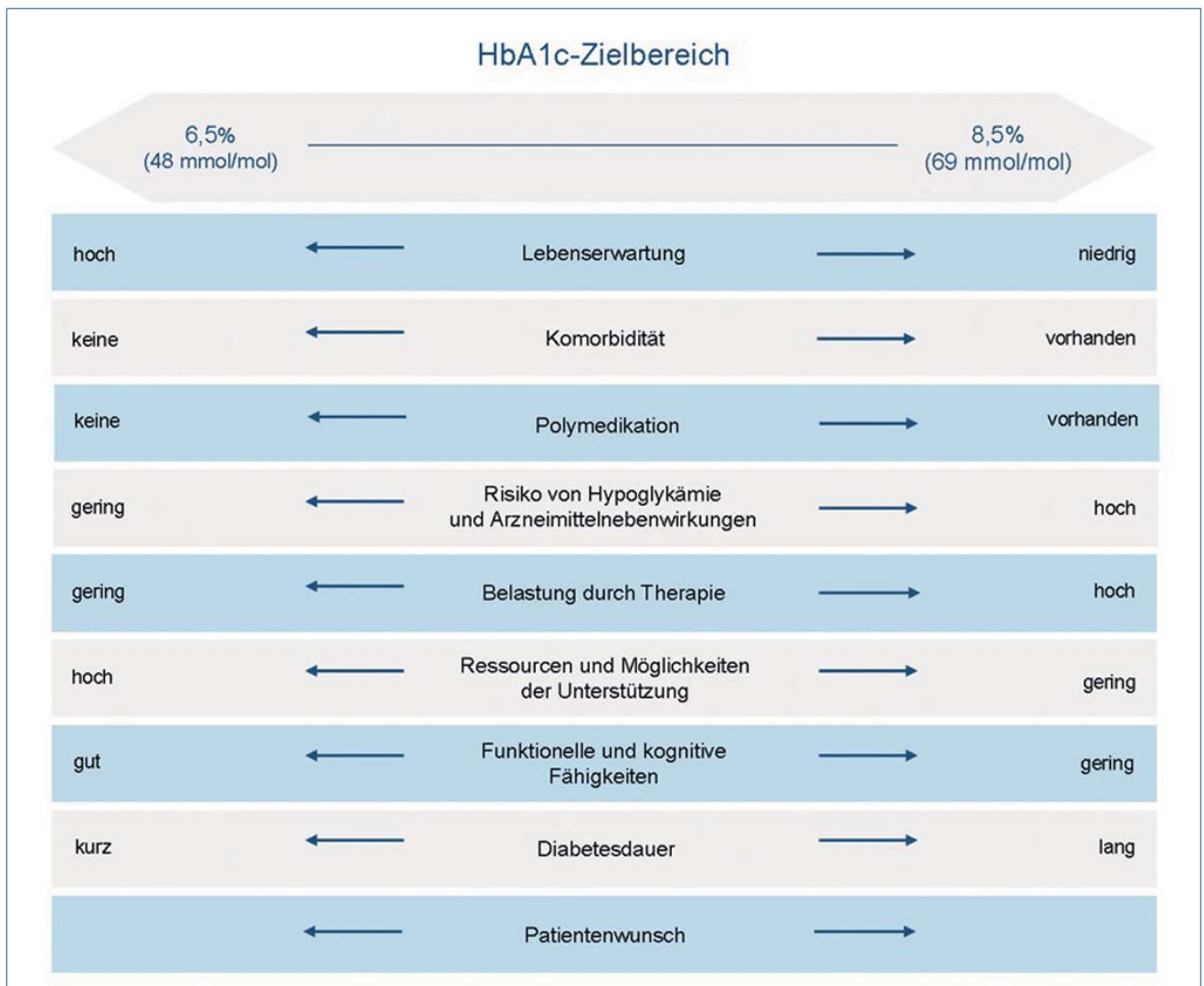


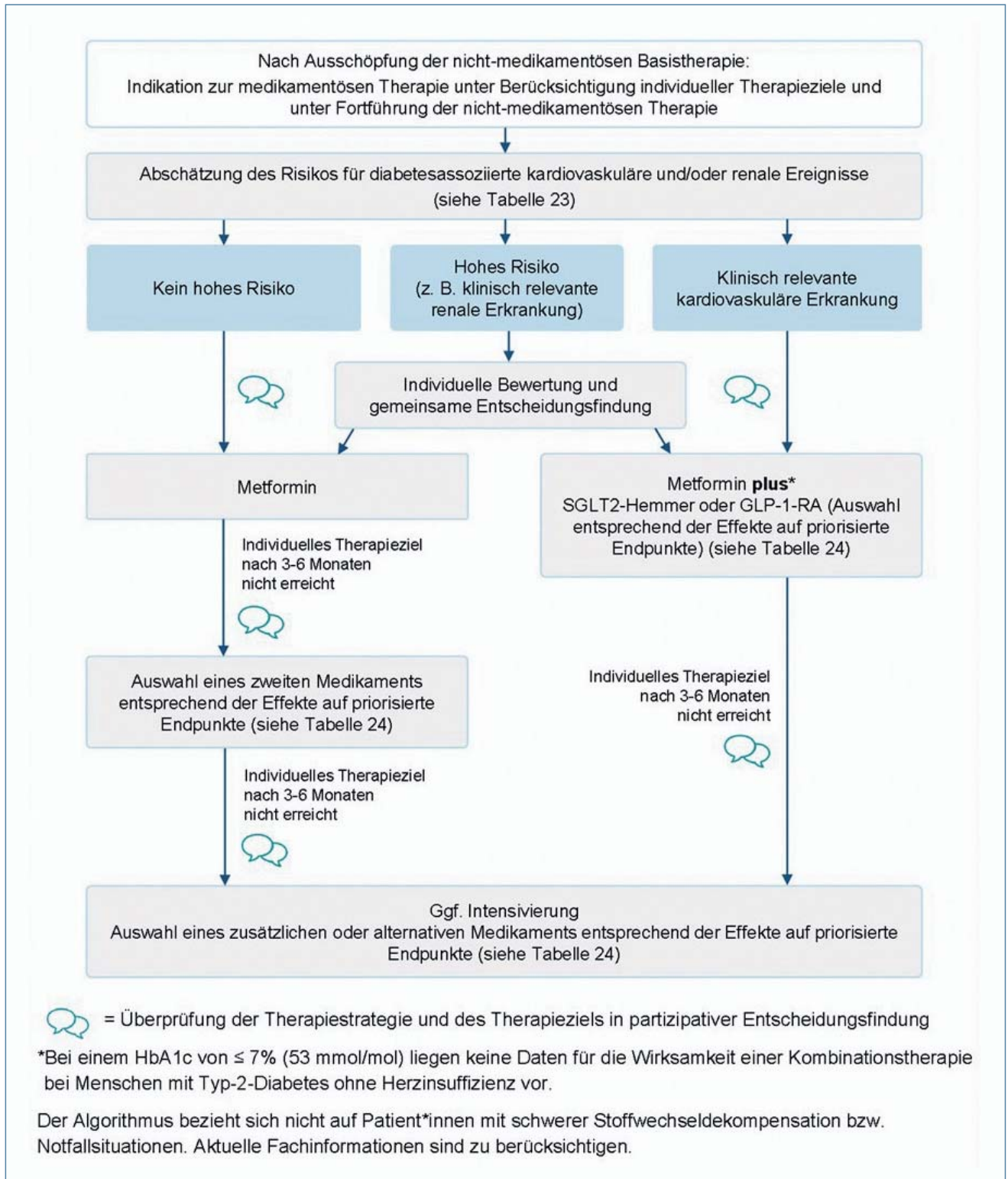
Abb. 1: HbA_{1c}-Zielkorridor. Die Abbildung bezieht sich nicht auf Patienten mit einer schweren Stoffwechseldekompensation.

Quelle: Abb. 9 der NVL [1]

Die Tabelle 4.2 aus Essentials Diabetes [2] zeigt für die einzelnen Substanzen die Möglichkeiten und Einschränkungen bei einer Therapie von Erwachsenen mit einer eingeschränkten Nierenfunktion (siehe Tabelle 1). Der Inhalt der Tabelle ist den ein-

zelnen Fachinformationen für die Indikation „Diabetes mellitus Typ 2“ entnommen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ab einer eGFR von < 60 ml/min bei fast allen Arzneimitteln eine Dosisreduktion erfolgen muss. Bei einer eGFR zwischen 15

und 29 ml/min und noch stärker bei einer schweren Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR von < 15 ml/min kommen nur noch wenige Wirkstoffe für die Behandlung erhöhter Blutzuckerwerte infrage.



Quelle: Abb. 7 der NVL [1]. Die Zahlen der Tabellen siehe NVL [1].

Abb. 2: Algorithmus Medikamentöse Therapie des Typ-2-Diabetes.

|| **Interessenkonflikte:** Der Autor gibt an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Fazit

Die Behandlung des Typ-2-Diabetes in Deutschland orientiert sich an der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) und bildet zugleich die Grundlage des Disease-Management-Programms (DMP). Zentrale Elemente sind die partizipative Festlegung individueller Therapieziele sowie eine stufenweise medikamentöse Behandlung.

- Metformin bleibt die Erstlinientherapie bei Patientinnen und Patienten ohne hohes Risiko.
- Kombinationstherapien mit SGLT-2-Inhibitoren oder GLP-1-Agonisten werden bei manifester kardiovaskulärer Erkrankung

empfohlen, gestützt durch große RCT.

- HbA_{1c}-Grenzwert: Ab einem Wert von $\geq 7,0\%$ orientieren sich die Empfehlungen an den Studiendaten.
- Hohes Risiko ohne Ereignis: Hier ist eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich.
- Insulintherapie wird erst eingesetzt, wenn mit oralen und nicht insulinbasierten Kombinationen keine ausreichende Kontrolle erreicht wird.
- Nierenfunktion (eGFR): Ab < 60 ml/min sind bei fast allen Antidiabetika Dosisanpassungen nötig; bei < 30 ml/min stehen nur noch wenige Wirkstoffe zur Verfügung.

Damit rückt die Therapie des Typ-2-Diabetes zunehmend von einer reinen Blutzuckersenkung ab und berücksichtigt stärker kardiovaskuläre und renale Risiken sowie patientenindividuelle Faktoren.

**Dr. med.
Andreas Klinge**



Foto: privat

Der Autor führt eine Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Diabetes in Hamburg-Eidelstedt, E-Mail:

klinge@diabetes-eidelstedt.de

Wirkstoff	Standarddosierung	CKD 3 GFR: 60–30 ml/min	CKD 4 GFR: 29–15 ml/min	CKD 5 GFR: < 15 ml/min
Acarbose	3 x 50–200 mg	möglich	nicht empfohlen	nicht empfohlen
Dapagliflozin	5–10 mg	vermeiden	vermeiden	vermeiden
Dulaglutid	0,75–1,5 mg/Woche	möglich	vermeiden	vermeiden
Empagliflozin	10–25 mg	möglich bis GFR < 45 ml/min	vermeiden	vermeiden
Exenatid	2 x 5–10 µg	reduzierte Dosis empfohlen	vermeiden	vermeiden
Glibenclamid	1,75–10 mg	Vorsicht empfohlen	nicht empfohlen	nicht empfohlen
Glimepirid	1–6 mg	Vorsicht empfohlen	nicht empfohlen	nicht empfohlen
Gliquidon	30–90 mg	Vorsicht empfohlen	nicht empfohlen	nicht empfohlen
Insulin	variabel	möglich	möglich	möglich
Liraglutid	0,6–1,8 mg	möglich	möglich	nicht empfohlen
Metformin	500–2000 mg	max. 2 x 500 mg	nicht empfohlen	nicht empfohlen
Repaglinid	0,2–12 mg	möglich	möglich	möglich
Pioglitazon	15–45 mg	möglich	nicht empfohlen bei Dialyse	nicht empfohlen bei Dialyse
Saxagliptin	2,5–5 mg	Dosisanpassung bei GFR < 45 ml/min	2,5 mg empfohlen	nicht empfohlen
Sitagliptin	50–100 mg	50 mg bei GFR < 45 ml/min	25 mg empfohlen	25 mg empfohlen
Semaglutid	0,25–0,5 mg	möglich	möglich	nicht empfohlen
Vildagliptin	2 x 50 mg	1 x 50 mg bei GFR < 50 ml/min	1 x 50 mg empfohlen	1 x 50 mg empfohlen

Quelle: In Anlehnung an Tabelle 4.2 „Antidiabetika bei Niereninsuffizienz“ aus Klinge & Müller: Therapie mit oralen Antidiabetika und GLP-1-Agonisten. Elsevier Essentials: Diabetes, 2021 [2]

Tabelle 1: Antidiabetika bei Niereninsuffizienz

Literatur:

- [1] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. AWMF-Register-Nr. nvl-001; Version 3.0; 2023. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-001>
- [2] Klinge A, Müller UA. Therapie mit oralen Antidiabetika und GLP-1-Agonisten. In: Müller UA, Egid G, Klinge A, Wolf G (Hrsg.). Elsevier Essentials: Diabetes. Das Wichtigste für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen. München: Elsevier GmbH; 2021. S. 27–35.

„Einst kam Hippokrates aus Kos, jetzt kommt er aus Montpellier“

Schlaglichter der Geschichte der ältesten medizinischen Fakultät

Luise Häder

Nachdruck aus dem Ärzteblatt
Thüringen, 7–8/2025, S. 52ff.

Die Geschichte der medizinischen Fakultät von Montpellier ist ebenso reich an schillernd-bizarren Persönlichkeiten, wie sie in die historisch-politischen Verwirrungen Frankreichs blicken lässt. Ein Schlaglicht auf den Werdegang der ältesten medizinischen Fakultät der Welt.

Hippokrates lässt Kos zurück

Es war der 17. August des Jahres 1220, als der päpstliche Legat des heutigen Languedoc, Kardinal Conrad d'Urach, die medizinische Universität in Montpellier einrichtete. Einrichten – das bedeutet, er verlieh ihr die Statuten der *Universitas medicorum, tam doctorum quam discipulorum, Montipessulani*¹. Anstelle desorganisierte Verbreitung medizinischen Halbwissens trat zentralisierte Wissensvermittlung nach akribisch geregelter päpstlicher Diktatur. Andere medizinische Schulen wie die von Salerno oder solche des arabischen Raumes hatten zwar schon 200 Jahre früher Bestand, doch war es in Montpellier, wo die wahre Gründungsstunde der universitären Medizin schlug. Die aus der Praxis geborene medizinische Lehre wurde dort zum ersten Mal Teil des voranschreitenden Institutionalisierungsprozesses europäischer Universitäten. Im westlichen Sinne liegt der Geburtsort akademischer medizinischer Lehre in Montpellier. Historisch ist dies wenig verwunderlich: In geografisch günstiger Lage an der Mittelmeerküste entwickelte sich die Stadt gänzlich konkurrenzlos zum französischen Handelszentrum der Méditerranée. Montpellier profitierte von einer beispiellosen Internationalität, die die medizinische Wissenschaft aufblühen ließ. Sie sollte über das gesamte Mittelalter hin-



Blick in den Innenhof der medizinischen Fakultät; rechts Kathedrale, zentral der Anatomiesaal.

weg bestehen bleiben. Vom schon früh gewonnenen Selbstbewusstsein zeugt die Devise, die sich die Universität gegeben hatte: *Olim Cous nunc Monspeiliensis Hippocrates* oder auch „Einst kam Hippokrates aus Kos, jetzt kommt er aus Montpellier“. So hatten es wohl auch die Mediziner der Universität Montpellier verinnerlicht: Bis ins 19. Jahrhundert weigerten sie sich kontinuierlich, als bloße Fakultät der allgemeinen Universität von Montpellier anzugehören. Dies, obwohl Letztere seit 1289 das Universitätsleben in Montpellier vervollständigte. Stattdessen bestand, einzigartig in der Geschichte der europäischen Universität, die eigene Universität für Medizin.

An der Peripherie von Papst und Pest

Auch in der ersten europäischen Blütezeit medizinischer Lehre im 14. Jahrhundert war Montpellier vorne mit dabei: Wie für die inzwischen gegründeten französischen Universitäten in Paris galt auch für

Montpellier, dass Nähe zu Zentren der Macht mit wissenschaftlichem Fortschritt einherging. An der geografischen Peripherie zu den Päpsten von Avignon war es erneut die günstige Lage MontPELLIERs, die die Universität prosperieren ließ. Auf das Ende des Papsttums in Avignon folgte jedoch kein Zusammenbruch: In ihrer Monopolstellung zwar geschwächt, blieb die medizinische Universität Vorreiterin in Sachen akademischer Lehre. Während der Renaissance war sie nicht nur die erste in Frankreich, die sich mit einem Hörsaal für die Sektion von Leichen ausstattete, sondern auch Heimat des ersten botanischen Gartens des Landes. Dort wurde 1795 der erste Ginkgo Biloba Frankreichs gepflanzt – Jahre bevor Goethe den Ginkgo in Thüringen ansiedelte. Aus heutiger Perspektive bemerkenswert erscheint außerdem, dass zu ihren Spezialitäten ein mitunter als modern verstandenes Fach zählte: Pierre Chirac, Superintendent der Universität, versuchte sich während der Pestwellen in Marseille mehr oder weniger erfolgreich auf dem Gebiet der Epidemiologie.

¹ „Die medizinische Universität, sowohl für Doktoren als auch für Studenten, von Montpellier.“

Dürfen Chirurgen Ärzte sein?

In der darauffolgenden Zeit der Aufklärung bis zur Französischen Revolution blieb die Universität gemeinsam mit jener von Paris die einzige des französischen Königreiches, an der Medizin regelmäßig gelehrt wurde. Häufig war es ein Kopf-an-Kopf-Rennen zwischen beiden Universitäten, welche den ersten Arzt im Staate würde stellen dürfen: Die Berufung zum Leibarzt des Königs war prestigeträchtig und begehrt.

Zu dieser Zeit ist vor allem die Lebensgeschichte einer Persönlichkeit hervorzuheben: Francois Gigot de Lapeyronie, Namensgeber eines der heutigen Montpellieraner Krankenhäuser. Lapeyronie, talentiertester und begabtester Student der medizinischen Fakultät, wollte, so wird bei der Führung durch das Gebäude der medizinischen Fakultät erzählt, statt der Laufbahn eines „wahren Arztes“ ausgerechnet jene des Chirurgen einschlagen. Dies ganz zum Leidwesen seines Vaters und sämtlicher Professoren. An Starrköpfigkeit nicht zu übertreffen, wählte er das Handwerk („chirurgien et barbier“, so hieß das entsprechende Diplom) statt der Wissenschaft. So war das Verständnis im Jahre 1695. Glücklicherweise war Lapeyronie als Chirurg nun aber so begabt, dass er bald an den französischen Königshof berufen wurde. Seine größte Ruhmesstunde sollte jedoch schlagen, als er mit einem päpstlichen Auftrag aus Rom betraut wurde: Der ans Bett gefesselte Papstvertraute Marquis de Vizzani litt an einer mit starken kognitiven und motorischen Funktionsstörungen einhergehenden Krankheit,



Porträt Lapeyronie in der medizinischen Fakultät (großes Porträt rechts).

die ihn im heutigen Sinne „berufsunfähig“ machte. (Worin genau die Krankheit bestand, bleibt der eigenen Vorstellungskraft überlassen.)

In Rom angekommen, stellte Lapeyronie nicht nur die Funktionalität des Papsttums wieder her, sondern adelte auch seine ganze Zunft von „Metzgern“ zu Ärzten. Während einer mehrstündigen OP ersetzte er die Schädeldecke des Marquis durch Silberplatten, einem der damals bekannten Antiseptika. Nach der Operation soll es dem Marquis noch für bemerkenswerte 15 Jahre möglich gewesen sein, vollständig beschwerdefrei zu leben – ein historischer Erfolg. Die Folgen von Lapeyrons Können sind auch heute noch in den Sälen der medizinischen Fakultät von Montpellier porträtiert: Als erster der in der medizinischen Fakultät von Montpellier dargestellten Chirurgen ist er sowohl mit dem edleren roten Gewand der Mediziner als auch dem schwarzen der Chirurgen dargestellt.

Die ihm nachfolgenden Chirurgen wurden schließlich gänzlich in Rot porträtiert.

Aneignung rettet

Wie eng Universitäts- und Staatsgeschichte miteinander verknüpft sind, zeigte sich in den Wirren des anschließenden französischen Revolutionszeitalters: Es war im Jahre 1792, als die französische Nationalversammlung beschloss, den Lehrbetrieb an sämtlichen Universitäten des Landes einzustellen. Was zuvor der Universität gehörte, wurde konfisziert und zu Staatseigentum gemacht – so auch der botanische Garten, der deswegen bis heute der Verwaltung der Stadt Montpellier unterliegt. Wo hier zunächst Aneignung vermutet werden könnte, ist Rettung zu verstehen: Insbesondere der damalige Dekan der Universität, Gaspard-Jean René, zugleich Mitglied des Stadtrates, setzte sich dafür ein, dass entscheidende Besitztümer der Universität von der Stadt in Besitz genommen wurden. Nur so war es möglich, sie vor den Verwüstungen und Plünderungen der Revolution zu retten. Als Zeugnis des Verantwortungsbewusstseins der Verwaltung des neuzeitlichen Montpellier blüht der botanische Garten auch heute noch.

Frauen als Studierende

Die Wiederaufnahme des Lehrbetriebs nach der Revolution ging mit großen Veränderungen einher: Die Universität für Medizin wurde zu einer Fakultät der Universität von Montpellier. Gegen das De-



Blick auf den botanischen Garten.

ket Napoleons zur Formierung der Université impériale hatte auch der jahrhundertelange Widerstand der Professoren-schaft kein Gewicht mehr. So wurden in ganz Frankreich Lehrstrukturen geschaffen, die im Kern bis heute bestehen: beispielsweise die Rolle der staatlichen Universität als eher laizistischer Bildungseinrichtung und Aufteilung des medizinischen Studiums in einen wissenschaftlichen und einen praktischen Teil. Und auch in anderen Bereichen brachte das 19. Jahrhundert bis heute nachwirkende Veränderungen mit sich: Nach 658 Jahren des Bestehens der medizinischen Universität Montpellier als Einrichtung der Männer erhielt im Jahr 1878 die erste Frau ein Diplom der Fakultät. Die gebürtige Schottin Agnes McLaren wählte Montpellier als Studienort, weil Frauen an den Universitäten für Medizin in Großbritannien zu diesem Zeitpunkt noch nicht zugelassen wurden. Die französischen Universitäten waren an dieser Stelle fortschrittlicher. Studieren entwickelte sich langsam, aber stetig zu einem Recht für alle. Dieses sollte erst in den Jahren der deutschen Besetzung wieder eine einschränkende Zäsur erfahren: Jüdische Studierende wurden deportiert und französische zur Zwangsarbeit verpflichtet.

Krieg erzwingt Forschungsfortschritt

Dass nicht nur solche Lehr- und Zugangsbedingungen einer Universität, sondern auch die Inhalte medizinischer Forschung den Zwängen historischer Umstände unterliegen, zeigte sich in Montpellier insbe-

sondere während des Ersten und Zweiten Weltkrieges. Der Lehrbetrieb blieb bestehen, wurde aber thematisch kriegsangepasst. Sieben der 59 Abschlussarbeiten, die in den Jahren 1914 bis 15 eingereicht wurden, befassten sich ausschließlich mit Kriegsverletzungen. Interessanterweise spiegelt sich auch unter diesen Themen die große Rolle wider, die insbesondere der Erste Weltkrieg für das Vorantreiben von Techniken zur Bluttransfusion spielte: Anstatt die Bluttransfusion wie zuvor von Arm zu Arm durchzuführen, sind in Montpellier genauso wie in zahlreichen anderen Krankenhäusern dieser Zeit Versuche belegt, die Blutgerinnung mit Soda-Citrat aufzuhalten. So konnte Blut transportierbar gemacht werden. Ziel dieser Neuerung war es, verletzten Soldaten an der Front zu helfen. Die Anfänge der Technik moderner Bluttransfusion waren, wie viele andere Innovationen auch, unter Kriegsdruck geboren.

800 Jahre Geschichte reichen für den Blick zurück

Die Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg waren und sind für die medizinische Fakultät von einer Kontinuität des Lehr- und Forschungsbetriebes geprägt. Einzig eine symbolische Zäsur brachte das Jahr 1968 mit sich, als die medizinische Fakultät endgültig ihre eigene Rechtspersönlichkeit verlor. Von nun an wurde sie auch formell-juristisch Teil der Université Montpellier.

Ein Gespür für die Besonderheit der eigenen Geschichte gibt es in Montpellier aber: Bis heute werden die Studierenden

der Medizin des zweiten Jahres im historischen Gebäude neben der Kathedrale unterrichtet, anstatt im eigentlich dafür vorgesehenen modernen Medizin-Campus am Stadtrand. Kein Wunder also, dass es sich die Université de Montpellier 2020 nicht nehmen ließ, zum 800-jährigen Bestehen ihrer medizinischen Fakultät als ältester der Welt ein ganzes Festjahr auszurufen. Noch heute ist Montpellier immerhin die drittgefragteste Universität für Medizin in Frankreich. Neben dem Blick auf eine reiche Vergangenheit kann die Fakultät also zuversichtlich in die Zukunft schauen. Inwieweit der moderne Universitätsbetrieb noch im Sinne Conrad d'Urachs ist, möge dahingestellt bleiben. Durch die Universitätsgründung unter päpstlicher Vorherrschaft hatte er vor allem vor, gegen die vermeintliche Ketzerei der Katharer vorzugehen.

Tipp: Wer die Luft der alten Gemäuer der medizinischen Fakultät schnuppern möchte, kann an einer der zahlreichen Führungen durch die medizinische Sammlung teilnehmen, inklusive Besichtigung des Anatomie- und Festsaaes. Sonstige medizinhistorische Orte sind in Montpellier über die Stadt verteilt zu entdecken.

Luise Häder
Heidelberg und
Montpellier
Kontakt per E-Mail
via: haebl@laekh.de



Literatur bei der Verfasserin.

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,
Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!

E-Mail: haebl@laekh.de



Foto: Thomas Bethge – stock.adobe.com

In Memoriam Dr. med. Alfred Lipstein (1876–1942)

Internist und Magen-Darm-Spezialist in Frankfurt/ 1942 in Theresienstadt ums Leben gekommen

Foto: Universitätsbibliothek Goethe-Universität Frankfurt am Main



Abb. 1: Dr. med. Alfred Lipstein 1899/1901

1942 starb Dr. med. Alfred Lipstein im KZ Theresienstadt. Lipstein war in Frankfurt als Arzt für Magen-Darmkrankheiten niedergelassen und wurde als Jude gemeinsam mit seiner Ehefrau Hilde 1942 deportiert.

Ausbildung und Wirkungsstätte

Geboren wurde Alfred Lipstein in Königsgberg und studierte Medizin in Freiburg, Heidelberg, München und Kiel. 1899 erfolgten nach bestandenem Staatsexamen in Heidelberg sowohl die Approbation als auch die Promotion über ein viszeralmedizinisches Thema mit dem Titel: „Beiträge

zur Kasuistik der Leberchirurgie“. 1907 heiratete er seine Frau Hilde Lipstein, geb. Sulzbach.

Aus der Ehe gingen vier Kinder hervor, die beiden Töchter Beate und Margot und die Söhne Kurt und Walter. Alle vier Kinder wurden im Jahr 1918 in Frankfurt christlich getauft. Der Sohn Kurt Lipstein, 1909 geboren, emigrierte nach England und wurde an der Universität Cambridge ein bekannter Rechtswissenschaftler. Eine besondere Laufbahn als Ärztin zeichnete die 1912 geborene und 2015 verstorbene Tochter Beate Lipstein-Davidson aus. Sie hatte in Frankfurt das Medizinstudium aufgenommen und 1933 politisch bedingt unterbrochen. Nach ihrer Flucht nach Rom beendete sie dort das Studium und emigrierte kurz vor Ausbruch des Krieges nach Palästina. Beate war als qualifizierte Gynäkologin tätig und engagierte sich für arabische und jüdische Frauen im Bereich der Geburtenkontrolle.

In Frankfurt war Lipstein zunächst Assistenzarzt am dortigen Pathologischen Institut und wechselte dann zur Weiterbildung und Spezialisierung an das Städtische Krankenhaus und die Poliklinik für Magen-Darmkranke in Berlin. Zurück in Frankfurt, war Lipstein Assistent von Paul Ehrlich und ließ sich 1907 als praktischer Arzt nieder.

Frühzeitig spezialisierte er sich für das neue Fachgebiet Gastroenterologie und war seit 1924 als Internist und eigenständiger Facharzt für Magen-Darmkrankheiten tätig. In Frankfurt wohnte die Familie in der Westendstraße 23, dann im Kettenhofweg 121 und zuletzt in der Gaußstraße 30.

1933–1942

Das Ehepaar Lipstein wurde 1942 im Zuge der neunten großen Deportation aus Frankfurt in das Durchgangs- und Konzentrationslager Theresienstadt verschleppt. Warum sie nicht vorher emigriert sind, hängt mit dem epilepsiekranken Bruder Edmund von Hilde Lipstein zu-



Abb. 2: Dr. med. Alfred Lipstein, 1920er-Jahre

sammen. So hatte Hilde ihren Eltern vor deren Tod versprochen, sich um ihn zu kümmern und daher in Frankfurt zu bleiben. Zwei Wochen nach der Deportation kam Alfred Lipstein am 1. Oktober 1942 mit 66 Jahren in Theresienstadt ums Leben. Seine Ehefrau Hilde verstarb bereits am 16. September 1942.

Geehrt wurden Hilde und Alfred Lipstein mit der Stolpersteinverlegung der Evangelischen Dreikönigsgemeinde in Frankfurt-Sachsenhausen in der Westendstraße 23 am 12. Mai 2011.

Prof. Dr. med. Daniel Jaspersen
 Fulda
 E-Mail: d.jaspersen@live.de

Foto: www.holocaust.cz

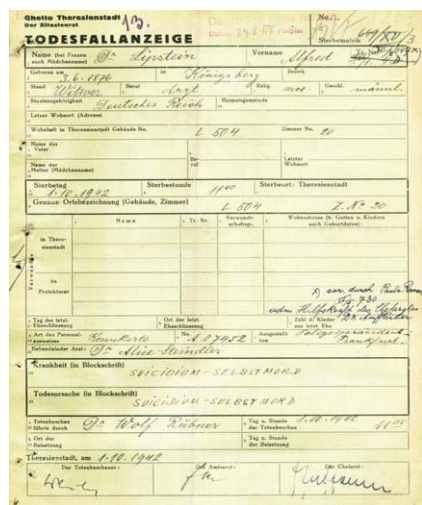


Abb. 3: Todesfallanzeige Dr. Alfred Lipstein



Abb. 4: Stolpersteine für Alfred und Hilde Lipstein

Foto: www.geni.com

Foto: Evangelisch-Lutherische Dreikönigsgemeinde Frankfurt am Main-Sachsenhausen

Der Förderverein FUSE Hessen stellt sich vor

Gemeinsam für bessere Forschung, Versorgung und Sichtbarkeit unerkannter und seltener Erkrankungen



Parlamentarischer Abend am 20.11.2025 in der Hessischen Landesvertretung in Berlin.

Trotz der insgesamt hohen Zahl an Betroffenen mit unerkannten oder seltenen Erkrankungen stehen diese im Gesundheitswesen oft am Rand von Wissenschaft und Forschung. Zu komplex die Diagnosefindung und zu vielfältig die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte. Der Förderverein für unerkannte und seltene Erkrankungen Hessen (FUSE Hessen e. V.) setzt sich daher seit seiner Gründung im Mai 2023 dafür ein, die Lehre, Forschung und Versorgung auszubauen, Bewusstsein zu stärken und Akteurinnen und Akteure zu vernetzen.

Struktur und Gremien

Der Verein wird von einem Vorstandsteam geleitet, in dem die Zentren für Seltene Erkrankungen in Frankfurt (FRZSE) und Marburg (ZusE) durch Prof. Dr. med. Thomas O. F. Wagner und Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer vertreten sind. Prof. Dr. rer. nat. Silke Kauferstein aus dem Zentrum für plötzlichen Herztod und Kardiogenetik sowie Dr. med. Alexandra Berger vom FRZSE vervollständigen den Vorstand. Als wesentliche Ressource des Vereins fungiert das Kuratorium mit Expertinnen und Experten u. a. aus den Universitätskliniken Frankfurt, Marburg und Gießen. Schirmherrin des Vereins ist Tanja Raab-Rhein, Gattin des Hessischen Ministerpräsidenten. Dank ihres großen Engagements erfüllt sie eine zentrale Rolle bei der strate-

gischen Ausrichtung des Vereins und sorgt dafür, dass dessen Projekte Aufmerksamkeit in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft erhalten.

Geförderte Projekte

FUSE Hessen e. V. fördert verschiedene Projekte, die auf die Verbesserung der Situation von Menschen mit unerkannten und seltenen Erkrankungen abzielen. Bislang wurden folgende Projekte gefördert:

Just Move It: Ein Programm für Jugendliche mit der seltenen Erkrankung Hämophilie („Bluterkrankheit“), das für verletzungsarmen Sport motiviert und gleichzeitig den Austausch unter Betroffenen fördert.

Wenn das Herz nicht mehr schlägt: Ein Projekt rund um den plötzlichen Herztod von jungen Menschen mit dem Ziel, Todesursachen aufzuschlüsseln und genetische Faktoren der meist seltenen Erkrankungen besser zu verstehen.

Weitere Projektförderungen: Kürzlich hat die Reinhard Wilhelm und Heidemarie Schmidt Stiftung eine großzügige Spende in Höhe von 89.200 Euro für die Unterstützung von vier Forschungsprojekten an FUSE Hessen überreicht.

Innovation im Fokus: ai4rare

Als bisher größtes Projekt von FUSE Hessen e. V. wird derzeit in den Unikliniken Frankfurt und Marburg unter Mitwirkung von Prof. Dr. rer. physiol. Martin Hirsch, Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, die Plattform ai4rare

entwickelt. Auf Basis eines lokalen Large Language Models innerhalb der Krankenhaus-Firewall soll die Auswertung von Patientendaten unterstützt und damit der oft lange Diagnoseweg bei seltenen Erkrankungen verkürzt werden. Mit insgesamt 368.000 Euro wurde die Entwicklung durch das Hessische Ministerium für Digitalisierung und Innovation gefördert.

Veranstaltungen und Vernetzung

Neben Informationsabenden und Patientenforen veranstaltet der Verein regelmäßig Parlamentarische Abende, um für die Seltenen Erkrankungen zu sensibilisieren. Bei dem Parlamentarischen Abend im November 2025 in Berlin waren u. a. der Hessische Ministerpräsident Boris Rhein und die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken präsent. An dem Abend hat FUSE Hessen e. V. zudem erstmals einen Ehrenpreis für das Lebenswerk im Bereich unerkannter und seltener Erkrankungen an Eva Luise Köhler verliehen.

Das wachsende Netzwerk mit der prominenten Unterstützung durch Tanja Raab-Rhein und politischen Entscheidungsträgern sowie großzügigen Spenderinnen und Spendern zeigt, dass das Thema der unerkannten und seltenen Erkrankungen in Hessen zunehmend als gesamtgesellschaftlich wichtig wahrgenommen wird.

Prof. Dr. med. Thomas O. F. Wagner
 Universitätsklinikum Frankfurt am Main
 c/o FRZSE, Haus 18,
 Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt/M.
 E-Mail: t.wagner@em.uni-frankfurt.de

Finanzierung, Mitgliedschaft und Unterstützung

FUSE Hessen e. V. lebt von der Unterstützung durch die Gemeinschaft: Spenden spielen eine zentrale Rolle. Die Bankverbindung lautet:
 IBAN: DE59 5005 0201 0200 7983 91
 bei der Frankfurter Sparkasse.

Wer mehr als Spenden geben möchte, kann auch Mitglied werden – den Antrag finden Sie auf www.fuse-hessen.de. Dort finden Sie auch die **Podcastfolge** mit FUSE Hessen e. V. der LÄKH.



Gutes weiterentwickeln

MFA Qualifizierungslehrgang „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“

„Wer aufhört, besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein“ – was Philip Rosenthal vor einem halben Jahrhundert postulierte, könnte aktueller nicht sein: In Zeiten des digitalen Umbruchs, künstlicher Intelligenz und Robotik bleibt stets die Frage, was es zu bewahren gilt, was weiterentwickelt wird und welche Chancen ein Neuanfang bietet. Zu diesem Prozess gehört auch die Würdigung der bereits geleisteten Arbeit. Vor diesem Hintergrund habe ich zum Beginn des Jahres 2026 die Seminarleitung des Qualifizierungslehrgangs „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ für MFA und andere medizinische Fachberufe an der Carl-Oelemann-Schule (COS) übernommen.

Zur Historie

Bereits seit 2002 bietet die COS Fortbildungslehrgänge im Tätigkeitsfeld der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin an. 2015 veröffentlichte die Bundesärztekammer (BÄK) ein Musterfortbildungscurriculum zur strukturierten Umsetzung. Die Landesärztekammer Hessen war an dieser Entwicklung beteiligt. Die COS stellte ihre Lehrgänge zeitnah auf das 140-stündige BÄK-Curriculum um und integrierte früh

E-Learning-Einheiten. Engagierte ärztliche Kolleginnen und Kollegen begleiteten diesen Prozess, sodass diese innovative Tradition fortgeführt werden kann.

Neue Impulse


Mein zentrales Anliegen ist es, die Weiterentwicklung in der COS aktiv mitzugestalten und einen Beitrag zur qualitativ hochwertigen Fortbildung der Mitarbeitenden in der Arbeitsmedizin zu leisten. In Zeiten des Fachkräftemangels ist die Förderung des Personals eine wesentliche Säule, um Fachkompetenzen zu stärken und Perspektiven für individuelle Weiterentwicklung zu schaffen. Im Fokus steht die Modernisierung und Erweiterung der E-Learning-Einheiten zur Reduzierung der Präsenzzeiten. Gleichzeitig sollen die Präsenzblöcke stärker auf praktische Anwendungsübungen ausgerichtet werden. Ein besonderer Vorteil der



Foto: LÄKH

Lehrgänge in Bad Nauheim ist, dass Teilnehmende u. a. reale Gefährdungsbeurteilungen durchführen können. Büroräume, Küchenbereich, Lagerräume und medizinische Fachräume bieten hierfür optimale Bedingungen. Die Verknüpfung von theoretischem Wissen und praktischem Handeln bleibt ein Grundpfeiler der medizinischen Aus- und Fortbildung. Abschließend ein Appell: Nachwuchs wird in allen Bereichen benötigt. Wer Interesse hat, als ärztliche/r Dozentin oder Dozent in den COS-Lehrgängen Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin mitzuwirken, kann sich gerne melden (E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de).

Fortbildung für MFA: Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin	
Termin:	Beginn 07.08.2026
Information und Anmeldung:	Christiane Hollstein Fon: 06032 782-176 E-Mail: christiane.hollstein@laekh.de
Kurzlink:	https://t1p.de/3j0z0



www.carl-oelemann-schule.de

**Dr. med.
Cornelius Weiß,
MPH**



Foto: Mara Monetti

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

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

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

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.07.: Dr. med. Christine Blindow, Schöneck, 75 Jahre
- 02.07.: Yixue boshi (Doktor der Medizin) SDUTCM Doris Lichtenfels, Maintal, 65 Jahre
- 02.07.: Monika Haverbeck, Hattersheim, 70 Jahre
- 03.07.: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. René Gottschalk, Liederbach, 70 Jahre
- 04.07.: Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt, Frankfurt, 70 Jahre
- 04.07.: Dr. med. Rüdiger Günther, Hanau, 75 Jahre
- 04.07.: Dr. med. Karola Marwedel-Meys, Frankfurt, 75 Jahre
- 06.07.: Dr. med. Peter Ripp, Oberursel, 70 Jahre
- 08.07.: Dr. med. Ulrich Scoralick-Neumann, Frankfurt, 70 Jahre
- 11.07.: Dr. med. Matthias Scholz, Dreieich, 65 Jahre
- 11.07.: Dr. med. Christa Brinkmann, Frankfurt, 75 Jahre
- 13.07.: Dr. med. Sören Timm, Offenbach, 65 Jahre
- 13.07.: Dr. med. Dieter Menzel, Neu-Anspach, 70 Jahre
- 17.07.: Dr. med. Erich Wutzke, Dietzenbach, 85 Jahre
- 19.07.: Vadim Kern, Frankfurt, 65 Jahre
- 20.07.: Dr. med./Univ.Strasbourg | Claude Faubert, Frankfurt, 70 Jahre
- 23.07.: Dr. med. Annette von Langenthal, Bad Soden, 70 Jahre
- 24.07.: Dr. med. Kurt Lankisch, Frankfurt, 95 Jahre
- 26.07.: Andrea Willamowski, Mühlheim, 70 Jahre
- 26.07.: Ingeborg Geyer-Sodemann, Heusenstamm, 75 Jahre
- 26.07.: Dr. med. Ursula Mattick, Frankfurt, 90 Jahre
- 27.07.: Dr. med. Margarethe Philipp, Frankfurt, 70 Jahre
- 27.07.: Dr. med. Hiltrud Pape, Frankfurt, 75 Jahre
- 28.07.: Dr. med. Stefan Meudt, Gelnhausen, 65 Jahre
- 30.07.: Dr. med. Dieter Nischwitz, Sulzbach, 70 Jahre

Marburger iGEM-Team entwickelt Plattform zur Entdeckung neuartiger Antibiotika gegen multiresistente Erreger

Mit ihrem Projekt „NRPieceS“ landet das Team unter den Top 10 bei internationalem Wettbewerb der Synthetischen Biologie (iGEM) in Paris

Antimikrobielle Resistenzen gelten als eine der größten Bedrohungen für die globale Gesundheit. Weltweit nehmen Infektionen zu, die sich mit etablierten Antibiotika nur schwer behandeln lassen. Nach aktuellen Schätzungen wird die Anzahl der jährlich durch multiresistente Keime geforderten Todesopfer bis zum Jahr 2050 auf zehn Millionen Menschen weltweit ansteigen. Klassische Antibiotikapipelines sind jedoch aus wirtschaftlichen Gründen weitgehend versiegt, und die herkömmliche Antibiotikaforschung stößt an ihre Grenzen.

Vor diesem Hintergrund hat das Marburger iGEM-Team 2025 ein Forschungsprojekt in Angriff genommen, das neue Perspektiven eröffnet und zugleich zeigt,

welches Innovationspotenzial in der universitären Nachwuchsforschung steckt. Im „international Genetically Engineered Machine“ (iGEM) Wettbewerb entwickeln Studierendenteams aus aller Welt eigenständige Projekte auf dem Gebiet der synthetischen Biologie. Dabei werden vorhandene biologische Bausteine umgebaut oder genetische Elemente neu kombiniert, um innovative biologische Funktionen und Eigenschaften zu erzeugen.

Das Marburger iGEM-Team entwickelte eine modulare Plattform zur Entdeckung neuer bioaktiver Wirkstoffe. Viele klinisch bedeutsame Antibiotika, darunter Penicillin, Vancomycin, Daptomycin und Colistin, werden von Mikroorganismen hergestellt. Dafür nutzen sie Enzyme, die als nicht-ri-



Foto: © iGEM Team Marburg 2025, Rowena-Elen Günther

Das iGEM-Team Marburg 2025 (von links nach rechts, von hinten nach vorne): Dr. Patrick Gonschorek, Dr. Christian Schelhas, Felix Künzer, Johannes Wichert, Simon Klute, Yaro Fokken, Hans Christian Groß, Joelina Gärtner, Melina Flakowski, Clemens Boehm, Vishal Amith Kannan, Lena Jakobi, Kardelen Şabanogolu, Zeynep Umut, Jannik Johannes, Rowena-Elen Günther, Anna-Sophia Rydzeck, Yaroslav Smetana, Jonghak Im, Lea Helfrich, Evmorfia Solakoudi. Nicht im Bild: Amalia Barsegian, Jaisaiarun Srinivasan, Namaz Davrishov, Pascal Lindemann, Yossr Salama.

bosomale Peptidsynthetasen (NRPS) bezeichnet werden. Im Zentrum des Projektes stand dabei die gezielte und flexible Veränderung dieser Enzyme, um neue naturstoffbasierte Wirkstoffkandidaten zu produzieren. Mit dieser Plattform gelang es dem 30-köpfigen Team, hunderte neuartige Peptidverbindungen herzustellen und auf ihre Aktivität gegenüber antibiotikaresistenten ESKAPE-Keimen zu untersuchen. Damit wurde nicht nur ein technisches Konzept vorgestellt, sondern dessen praktische Umsetzbarkeit eindrucksvoll demonstriert. Die internationale Jury würdigte diese Leistung und zeichnete das Team für das beste Projekt im Bereich Infektionskrankheiten aus. Darüber hinaus erreichte Marburg einen Platz unter den Top 10, ein bemerkenswerter Erfolg bei mehr als 400 Teams weltweit.

„Der Erfolg basiert vor allem auf dem interdisziplinären Charakter des Teams von Studierenden aus Molekularbiologie, Chemie, Pharmazie, Informatik und weiteren Fachrichtungen der Uni Marburg. Des Weiteren zeigt er, wie wichtig es ist, junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler frühzeitig in verantwortungsvolle, translation orientierte Projekte einzubinden“, erklärt Dr. Patrick Gonschorek, der das Team zusammen mit Dr. Christian Schelhas, Melina Flakowski und Simon Klute betreute. Unterstützt wurde das Team von

den Arbeitsgruppen des molekularen Pflanzenphysiologen Prof. Dr. Lars Voll, dem Naturstoffchemiker und Mikrobiologen Prof. Dr. Helge B. Bode, der klinischen Mikrobiologin Prof. Dr. Isabelle Bekeredjian-Ding und dem Biochemiker Dr. Adrian Bunzel.

Der Erfolg beim iGEM-Wettbewerb 2025 steht beispielhaft für eine fruchtbare Kooperation zwischen dem Max-Planck-Institut für terrestrische Mikrobiologie, der Philipps-Universität Marburg, dem Zentrum für Synthetische Mikrobiologie (SYNMIKRO) und dem Universitätsklinikum Gießen & Marburg (UKGM).

Link zum Projekt: :
<https://2025.igem.wiki/marburg/>

Dr. Patrick Gonschorek
Dr. Christian Schelhas

Ansprechpersonen:

Prof. Dr. Lars Voll, Fachgebiet Molekulare Pflanzenphysiologie; Fachbereich Biologie Philipps-Universität Marburg
E-Mail: lars.voll@biologie.uni-marburg.de

Prof. Dr. Helge B. Bode, Managing Director & Director Abteilung Naturstoffe in organismischen Interaktionen; Max-Planck-Institut für terrestrische Mikrobiologie, E-Mail: helge.bode@mpi-marburg.mpg.de

Goldenes Doktorjubiläum

05.07.: Dr. med. Jona Mikowski-Bach, Darmstadt
06.07.: Dr. med. Elsbeth Schuch, Weilburg
07.07.: Dr. med. Dieter Eckhardt, Mühlheim
08.07.: Dr. med. Erika Büchler, Höchst
08.07.: Dr. med. Reinhold Büchler, Höchst
08.07.: Dr. med. Astrid Gladisch-Martin, Wiesbaden
08.07.: Dr. med. Reinhold Striedter, Eppstein
08.07.: Dr. med. Christoph Weber, Riedstadt
12.07.: Dr. med. Thomas Gräf, Taunusstein

12.07.: Dr. med. Rainer Hartmann, Taunusstein
12.07.: Dr. med. Werner Tenbieg, Darmstadt
12.07.: Dr. med. Reinhold Wolf, Darmstadt
13.07.: Dr. med. Matthias Moreth, Eschborn
14.07.: Dr. med. Peter Gebhardt, Bensheim
19.07.: Dr. med. Axel Weber, Oberursel
20.07.: Prof. Dr. med. Dr. phil. Ulrich Müller, Wiesbaden
30.07.: Dr. med. Brigitte Koser, Maintal

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

07.07.: Dr. med. Veronika Rode, Marburg, 85 Jahre
28.07.: Dr. med. Arnold Köckerling, Biedenkopf, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

03.05.: Dr. med. Annegreth Kienle, Waldeck, 65 Jahre
11.06.: Dr. med. Bernd Künzel, Waldkappel, 85 Jahre
02.07.: Dr. med. Uwe Wolfgang Popert, Kassel, 70 Jahre
03.07.: Dr. med. Karin Berbalk, Kirchheim, 65 Jahre
04.07.: Dr. med. Ulrich Rüdell, Göttingen, 65 Jahre
04.07.: Dr. med. Thomas Saul, Ahnatal, 70 Jahre
06.07.: Friedrich Benzenberg, Bad Zwesten, 70 Jahre
08.07.: Dr. med. Waltraud Rasbach, Kassel, 65 Jahre
09.07.: Dr. med. Gerhard Anton Pernice, Bad Hersfeld, 75 Jahre
09.07.: Dr. med. Winfried Bleuel, Künzell, 85 Jahre
10.07.: Dr. med. Ulrike Mäthrich, Bad Hersfeld, 65 Jahre
11.07.: Prof. Dr. med. Ekkehard Schifferdecker, Kassel, 75 Jahre
12.07.: Dr. med. Christoph Pagel, Kaufungen, 65 Jahre
12.07.: Dr. med. Kiyoshi Shiratori, Kassel, 65 Jahre
13.07.: Dr. med. Wilfried Kreisel, Nieste, 75 Jahre
15.07.: Diego Enrique Huber-Petersen, Künzell, 70 Jahre
15.07.: Michail Scherba, Kassel, 75 Jahre
16.07.: Dr. med. Heinrich Litmeyer, Fulda, 70 Jahre
17.07.: Stephan Bork, Kassel, 65 Jahre
18.07.: Dr. med. Ullrich Bödicker, Eschwege, 70 Jahre
19.07.: Dr. med. Ulrich Walter, Fulda, 65 Jahre
21.07.: Dr. med. Justus Schultheis, Bad Arolsen, 80 Jahre
22.07.: Martin Dahle, Kassel, 65 Jahre
22.07.: Walter Malkmus, Fulda, 65 Jahre
22.07.: Dr. med. Joachim Stumpner, Bad Sooden-Allendorf, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Fortsetzung

- 23.07.: Dr. med. Gerhard Kromat,
Wabern, 70 Jahre
- 23.07.: Dr. med. Gerhard Eschenhagen,
Korbach, 75 Jahre
- 25.07.: Dr. med. Matthias Demuth,
Kassel, 70 Jahre
- 26.07.: dr. med. Erika Schwaiger,
Fulda, 65 Jahre
- 26.07.: Dr. med. Sabine Himmels-Körner,
Felsberg, 70 Jahre
- 27.07.: Dr. med. Ralf Keymer,
Kassel, 65 Jahre
- 27.07.: M.D.in General Medicine/
Univ.Kabul Ghulam
Jelani Negahban,
Lohfelden, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 03.07.: Dr. med. Martin Noelke,
Homburg, 75 Jahre
- 05.07.: Friedrich-Wilhelm Petry,
Wetzlar, 70 Jahre
- 09.07.: Dr. med. Corinna Frowein,
Braunfels, 65 Jahre
- 09.07.: Prof. Dr. med. Friedrich Lübbecke,
Uelzen, 75 Jahre
- 09.07.: Dr. med. Georg Haas,
Karben, 80 Jahre
- 10.07.: Renate Zimmer,
Grünberg, 65 Jahre
- 14.07.: Dr. med. Thomas Utrobicic,
Gedern, 65 Jahre
- 16.07.: Dietmar Zibelius,
Herborn, 85 Jahre
- 20.07.: Olaf Dietz, Solms, 70 Jahre
- 20.07.: Kornelia Frank, Gießen, 70 Jahre
- 20.07.: Prof. Dr. med. Erika Baum,
Biebertal, 75 Jahre
- 20.07.: Dr. med. Hildegard Denkhäus,
Wetzlar, 80 Jahre
- 21.07.: Dr. med. Ümmühan Özgen-Baser,
Lollar, 75 Jahre
- 22.07.: Jolanta Sowa, Solms, 75 Jahre
- 23.07.: Dr. med. Helmut Schulz,
Hohenahr, 80 Jahre
- 23.07.: Horst Günter Weppner,
Gießen, 80 Jahre
- 25.07.: Dr. med. Michael Linn,
Wöllstadt, 75 Jahre
- 26.07.: Dr. med. Veronika Glossmann,
Heuchelheim, 85 Jahre
- 28.07.: Prof. Dr. med. Wolfgang Künzel,
Gießen, 90 Jahre

Wir gedenken der Verstorbenen

M.D. (SYR) Gemma Adib,
Dayton Ohio
* 19.08.1951 † 04.04.2025

Costja Beetz, Nidda
* 20.09.1988 † 29.06.2025

Joanna Blak-Migowski, Bruchköbel
* 20.08.1954 † 10.06.2025

Med.-Dir. i.R. Dr. med.
Georg Breidert, Seeheim-Jugenheim
* 14.09.1932 † 22.03.2026

Dr. med. Fritz Flöte, Schwalbach
* 04.04.1934 † 25.01.2026

Susanne Geuckler, Langen
* 24.05.1962 † 28.10.2025

Dr. med. Martin Grieshaber, Dreieich
* 27.10.1958 † 09.09.2025

Dr. med. Ulrich Gunkel,
Seeheim-Jugenheim
* 25.09.1938 † 18.02.2026

Dr. med. Hans-Jürgen Klein,
Schöffengrund
* 25.03.1948 † 23.03.2026

Dr. med. Hans-Jürgen König,
Diemelstadt – OT Wrexen
* 10.05.1948 † 13.03.2026

Dr. med. Bernhard Lentz, Bad Nauheim
* 14.01.1940 † 21.12.2025



Foto: © Petr – stock.adobe.com

Dr. med. Karl Heinrich Meyer,
Bad Homburg
* 15.01.1939 † 29.01.2026

Dr. med. Rudolf Möhn, Hanau
* 03.12.1941 † 13.03.2026

Elke Liane Montag, Ober-Ramstadt
* 07.02.1966 † 08.03.2026

Siegmar Riehme, Bad Nauheim
* 09.07.1936 † 21.08.2025

Dr. med. Arndt Wilhelm-Heinz
Rosenthal, Frankfurt
* 12.04.1963 † 11.02.2025

Dr. med. Ferdinand Arno Schmitt,
Limburg
* 12.06.1948 † 03.08.2025

Bitte Ihre Kontaktdaten aktuell halten

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

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

Herzlichen Dank, Ihre Redaktion



PD Dr. med. Ferdinand Bohmann, MHBA (Foto links oben), hat im April die Leitung der Klinik für Neurologie am Sana Klinikum Offenbach übernommen. Er folgt auf **Dr. med. Karl-Heinz Henn**, der in den Ruhestand gegangen ist.

Foto: Sana Offenbach

Norman Faßbender (Foto unten) ist neuer stellvertretender Klinikdirektor der Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Herborn. Seit 2018 war Faßbender bereits als Oberarzt in verantwortlicher Funktion an der Klinik tätig.

Foto: Vitos Herborn



Prof. Dr. med. Roland Koch (Foto oben) hat zum 1. Oktober 2025 die neu eingerichtete W3-Professur für Allgemeinmedizin am Campus Fulda der Philipps-Universität Marburg übernommen.

Foto: Martin Engel

Prof. Dr. med. Kai Uwe Chow (Foto unten), Chefarzt der Medizinischen Klinik IV, Abteilung für Hämatologie und Onkologie am Sana Klinikum Offenbach, ist für die Landesärztekammer Hessen als delegiertes Vorstandsmitglied in die Hessische Krebsgesellschaft e. V. berufen worden. Chow lehrt seit 2006 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH und ist seit 2023 in der Kursleitung des Repetitoriums Innere Medizin.

Foto: privat



Prof. Dr. Alexandre Serra (Foto oben rechts) wird neuer Chefarzt der Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder am Klinikum Kassel. Er war zuvor Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderorthopädie an der St. Hedwig Klinik in Regensburg. **Dr. med. Kay Großer** (Foto oben links), der seit 2021 am Klinikum Kassel auf dieser Position tätig war, geht in den Ruhestand.

Foto: GNH/I. Eisel

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 04.07.: Dr. med. Amin Mortazawi, Darmstadt, 65 Jahre
- 04.07.: Dr. med. Gabriele Amadori, Darmstadt, 85 Jahre
- 05.07.: Wladimir Reinhardt, Niedernhausen, 65 Jahre
- 06.07.: Till Gaßner, Darmstadt, 65 Jahre
- 06.07.: Dr. med. Christoph Gepp, Darmstadt, 65 Jahre
- 06.07.: Dr. med. Reinhard Schreiber, Bensheim, 80 Jahre
- 07.07.: Dr. med. Heidi Junk, Darmstadt, 65 Jahre
- 07.07.: Dietmar Zacher, Heppenheim, 65 Jahre
- 09.07.: Dr. med. Hildegard Wandt, Nauheim, 80 Jahre
- 09.07.: Dr. med. Wolfgang Kauder, Darmstadt, 85 Jahre
- 14.07.: Dr. med. Erika Büchler, Höchst, 75 Jahre
- 14.07.: Dr. med. Günther Franzen, Heppenheim, 85 Jahre
- 15.07.: Dr.-medic Josef Birling, Erbach, 75 Jahre
- 22.07.: Dr. med. Andreas Bruckmeir, Heppenheim, 65 Jahre
- 26.07.: Dr. med. Regina Petermann, Heppenheim, 65 Jahre
- 27.07.: Dr. med. Stefan Roszinski, Hofheim, 65 Jahre
- 29.07.: Dr. med. Matthias Jansen, Seeheim-Jugenheim, 70 Jahre
- 30.07.: Dr. med. Hans-Dieter Nitschke, Mainz, 65 Jahre
- 30.07.: Dr. med. Frank Teichmann, Hofheim, 65 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)

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

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 01.07.: Prof. Dr. med. Peter Lorbacher, Wiesbaden, 90 Jahre
- 03.07.: Dr. med. Roland Hornung, Limburg, 80 Jahre
- 04.07.: Dr. med. Wolfgang Wagner, Hünfelden, 70 Jahre
- 04.07.: Dr. med. Monika Seidel, Wiesbaden, 80 Jahre
- 05.07.: Dipl.-Psych. Peter Zuhn, Wiesbaden, 75 Jahre
- 05.07.: Dr. med. Rüdiger Ernst, Wiesbaden, 85 Jahre
- 06.07.: Manfred Ziemendorff, Wiesbaden, 70 Jahre
- 09.07.: Dr. med. Dietrich-Gerhard Achenbach, Idstein, 90 Jahre
- 15.07.: Günter Freudenberg, Paderborn, 70 Jahre
- 15.07.: Dr. med. habil. Karl Friedrich Groebe, Wiesbaden, 75 Jahre
- 15.07.: Dr. med. Harald Schlun, Usingen, 75 Jahre
- 15.07.: Dr. med. Ulrich Mogwitz, Wiesbaden, 80 Jahre
- 23.07.: Dr. med. Hans-Michael Schmaltz, Wiesbaden, 80 Jahre
- 23.07.: Dr. med. Peter Oettel, Walluf, 90 Jahre
- 27.07.: Dr. med. Hans Christoph Noack, Runkel, 65 Jahre
- 27.07.: Dr. med. Ilona Schwarz, Idstein, 65 Jahre
- 29.07.: Dr. med. Guda Sichardt-Jaschke, Wiesbaden, 65 Jahre

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leser-



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

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

Externenprüfung

für den Erwerb des Abschlusses im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt als „Mindestvoraussetzung“ für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ein Ausbildungsabschluss/Berufsabschluss verbessert die Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine Ausbildung im dualen System durchlaufen haben, aber im Aufgabengebiet einer Medizinischen Fachangestellten beschäftigt waren.

Informationen zur „Externenprüfung“ können im Internet unter <https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/pruefungen> abgerufen werden. Kurzlink: <https://t1p.de/nk1rv>

Wichtige Ausbildungsbestimmungen

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung MFA der Landesärztekammer Hessen auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

- Berufsausbildungsvertrag
- Probezeit
- Freistellung (z. B. Prüfungen, Berufsschule)
- Ausbildungsmittel/Lehrmittel
- Überbetriebliche Ausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel zum Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) und zu Jugendarbeitsschutzuntersuchungen
- Tarifverträge (z. B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung)
- Berufskleidung
- Verbundausbildung

Diese „Kurzinformationen“ kann unter www.laekh.de/Kurzinfo-Berufsausbildung-MFA oder <https://t1p.de/lx9t6> abgerufen werden.



Büchertipps von Lesern für Leser



Hans-Peter Hutter, Raoul Mazhar:

Parasiten – Meister der Manipulation

Von ferngelenkten Fischen,

Zombie-Ameisen und willenslosen Menschen

Carl Ueberreuter Verlag Wien 2025
ISBN: 9783800078967, 25 €

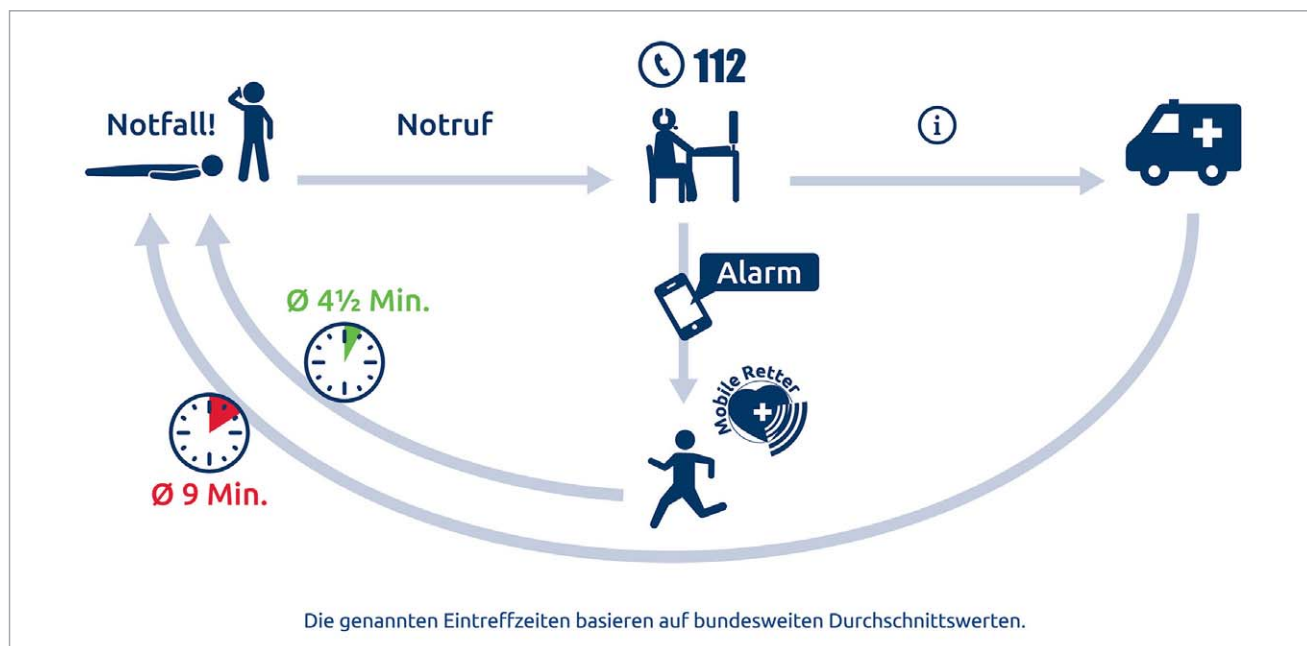
Die Welt der Parasiten: Ein Blick auf eine verborgene Welt, die gleichermaßen erschreckt, fasziniert und staunen lässt. Parasiten sind keine Randerscheinung – sie beeinflussen die Gesundheit, Evolution und das Zusammenleben von Menschen und Tieren. Das Buch zeigt, wie stark unser Alltag von ihnen geprägt ist,

ohne dass wir es bemerken. Eine Ameise erklimmt mit erstaunlicher Präzision die exakte Höhe eines Grashalmes, beißt zu und wartet – pünktlich wie ein Schweizer Uhrwerk – bis sie gefressen wird. Ein Fisch tauscht seine Zunge gegen einen blutsaugenden Untermieter und macht pflichtbewusst weiter. Die Regisseure dieser Szenen? Parasiten: unscheinbar, hochspezialisiert und erstaunlich angepasst.

In „Parasiten – Meister der Manipulation“ werfen Hans-Peter Hutter und Raoul Mazhar einen ebenso vergnüglichen wie kenntnisreichen Blick darauf, wie Mikroorganismen Verhalten umprogrammieren, Körper kapern und Evolutionsgeschichte mitschreiben: wissenschaftlich präzise, mit trockenem Witz und oft makaber komisch. (red)

Ehrenamtliche Lebensretter gesucht

Rheingau-Taunus-Kreis baut Projekt der „Mobilen Retter“ aus



Grafik: Mobile Retter

Die Initiative des Mobile Retter e. V., die bereits in Wiesbaden gestartet wurde (Hessisches Ärzteblatt 3/2023, S. 176), hat das Ziel, die Rettungskette zu ergänzen. Ende des vergangenen Jahres implementierte auch der Rheingau-Taunus-Kreis die Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung. Gesucht werden nun weitere medizinische Fachkräfte, die sich für eine Teilnahme am Projekt entscheiden und damit die regionale Notfallversorgung stärken wollen.

Das Projekt, das bereits in anderen Regionen erfolgreich etabliert ist, soll die Rettungskette insbesondere bei Herz-Kreislauf-Stillständen stärken und das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen professioneller Hilfe deutlich verkürzen. Geht zum Beispiel ein Notruf mit der Meldung Herz-Kreislauf-Stillstand in der Rettungsleitstelle ein, wird vom Disponenten der Alarm sowohl für den Rettungsdienst als auch über die Mobile-Retter-App ausgelöst. Es sollen immer zwei mobile Retter alarmiert werden. Diese können den Rettungseinsatz annehmen oder auch ablehnen, heißt es von Seiten des Kreises. Wenn sie ihn annehmen, bekommen sie automatisch die Koordinaten und Anfahrtsskizze des Einsatzortes zugesandt.

Schnelles Handeln erhöht Chancen

Mit diesem Vorgehen soll die übliche Zeit bis zum Einsatz medizinischer Maßnahmen am Notfallort auf durchschnittlich 4,5 Minuten verkürzt werden. „Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand zählt vor allem die Zeit: Frühzeitige Wiederbelebung und Defibrillation erhöhen die Überlebenschancen deutlich. Mobile Retter ermöglichen Ersthelfenden, lebensrettende Maßnahmen schneller zu starten – noch bevor der Rettungsdienst vor Ort ist“, sagt Matthias Nagel, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes des Rheingau-Taunus-Kreises.

In der Aufbauphase habe der Schwerpunkt im Kreis zunächst auf der Qualifizierung von Angehörigen der sogenannten Blaulichtfamilie, also Mitarbeitenden aus Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutzseinheiten gelegen. Durch dieses Engagement sollen bereits mehr als 300 qualifizierte Mobile Retter gewonnen worden sein. Ab dem zweiten Quartal 2026 soll der Kreis der teilnahmeberechtigten Berufsgruppen erweitert werden. Dann erhalten auch weitere medizinische Berufsgruppen die Möglichkeit, sich als Mobile Retter registrieren zu lassen. Ein

Vorteil bestehe für bereits registrierte Mobile Retterinnen und Retter aus Wiesbaden: Wer im Rheingau-Taunus-Kreis wohnt oder dort beruflich tätig ist, soll ohne erneute Schulung auch im Kreisgebiet alarmierbar werden. Hierfür sei lediglich eine entsprechende Anpassung im Nutzerportal erforderlich. Jeder Mobile Retter erhalte vor der Teilnahme eine initiale, ortsnahe und kostenfreie Schulung. Diese umfasse unter anderem eine Ersteinweisung in das System, die Einführung in die App, Informationen zu Versicherungs- und Rechtsfragen, die Teilnehmervereinbarung sowie ein praktisches Reanimations-training. Das System richte sich unter anderem an Ärztinnen und Ärzte, Rettungsdienstpersonal sowie weiteres medizinisches Fachpersonal, wie etwa Medizinische Fachangestellte.

Interessierte Ärztinnen, Ärzte oder anderes medizinisches Personal können sich bei Fragen per Mail an mobile.retter@rheingau-taunus.de wenden.

Infos zu Mobile Retter e. V. und weitere Regionen: mobile-rette.org

Lukas Reus

Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund § 17 Abs. 1 Nr. 10 des Hessischen Heilberufsgesetzes hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21.03.2026 mit der nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen erforderlichen Mehrheit von 2/3 aller gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung folgende Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen beschlossen:

1. Redaktionelle Änderungen

Artikel 1

Die Satzung wird wie folgt geändert:

- In **§ 1 Abs. 2 Satz 1** werden die Wörter „des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ durch die Wörter „des Gesetzes über das Berufsrecht und die Kammern der Heilberufe“ ersetzt.
- In **§ 2 Abs. 2** werden die Wörter „Glaskasten im Empfangsbereich“ durch die Wörter „Haupteingangsbereich im Erdgeschoss“ ersetzt.
- In **§ 4 a Abs. 11 Satz 1** werden die Wörter „§ 8 Abs. 3 Hessisches Personalvertretungsgesetz“ durch die Wörter „§ 6 Abs. 3 Hessisches Personalvertretungsgesetz“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.07.2026 in Kraft

2. Flexibilisierung der Teilrente

Artikel 1

§ 2 der Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

Der bisherige Absatz 3 a wird zu Absatz 5 und in dem neuen Absatz 5 wird in Satz 1 das Wort „vorgezogene“ gestrichen.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.07.2026 in Kraft.

3. Überprüfung der Geschäftsorganisation

Artikel 1

Die Satzung wie folgt geändert:

- § 4 a Absatz 8** wird wie folgt gefasst:

„(8) Der Vorstand hat folgende Aufgaben

- den Geschäftsablauf des Versorgungswerkes zu leiten und zu überwachen; der Vorstand kann Einzelanweisungen an die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, im Stellvertretungsfall an deren Stellvertretung erteilen,
- eine nach Art, Umfang und Komplexität der Tätigkeiten angemessene und wirksame Geschäftsorganisation sicherzustellen,
- ein angemessenes und wirksames internes Kontrollsystem sicherzustellen,
- die regelmäßige interne Überprüfung der Geschäftsorganisation,
- die Beschlüsse der Delegiertenversammlung umzusetzen,
- die Geschäftsführerinnen und die Geschäftsführer bzw. deren Stellvertretung zu bestellen und abzurufen,
- der Delegiertenversammlung die Prüferin oder den Prüfer für die Jahresrechnung vorzuschlagen; nach Bestimmung der Prüferin oder des Prüfers durch die Delegiertenversammlung bestellt der Vorstand sie oder ihn im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde,
- die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung, den Prüfbericht und den Geschäftsbericht der Delegiertenversammlung vorzulegen.“
- Richtlinien für die Vermögensanlage des Versorgungswerkes zu erstellen,
- über Erwerb, Veräußerung und Verwertung von Vermögenswerten und Grundstücken des Versorgungswerkes gemäß den nach Nr. 9 zu erstellenden Richtlinien zu beschließen,
- in dringenden Einzelfällen vorläufige Regelungen zu treffen und die hierfür notwendigen Änderungen und Ergänzungen der Satzung und der Versorgungsord-

nung der nächsten Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Die Delegiertenversammlung kann die vorläufig getroffenen Regelungen aufheben.

12. eine Treuhänderin oder einen Treuhänder für den Deckungsstock, falls die Aufsichtsbehörde dies verlangt, zu bestimmen; der Vorstand bestellt diese oder diesen im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde.

2. § 4 b wird wie folgt geändert

a) Der Wortlaut wird zu **Absatz 1**.

b) Dem neuen Absatz 1 wird folgender **Absatz 2** angefügt:

„(2) Die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Unternehmensstrategie umzusetzen,
2. die Beschlüsse des Vorstandes zu vollziehen,
3. an den Sitzungen der Organe teilzunehmen,
4. die risikobehafteten Prozesse zu steuern und zu überwachen und
5. ein wirksames internes Kontrollsystem zu betreiben.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.07.2026 in Kraft.

4. Stärkung der Verlustrücklage

Artikel 1

§ 15 Abs. 2 Satz 2 der Satzung wird wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Überschusses“ wird das Wort „einer“ durch das Wort „der“ ersetzt, nach den Wörtern „bis diese“ das Wort „Verlustrücklage“ gestrichen und die Zahl „7“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.07.2026 in Kraft.

Die vorstehenden von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21.03.2026 beschlossenen Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt.

Frankfurt am Main, 23.03.2026



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

Die vorstehenden von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21.03.2026 beschlossenen Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen wurden vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Integration, Jugend und Soziales am 22.04.2026 (Geschäftszeichen: 54a8010–00005_2026–00001) nach § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes i.V.m. § 4 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen genehmigt und werden hiermit im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, 29.04.2026



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



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)

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion:

Dipl.-Kommunikationswirt Peter Böhnelt, Leitender Redakteur

Dipl.-Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin

Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Eve Craigie (Stv. Ärztliche Geschäftsführerin)

Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)

Susanne Florin M.A., MBA (Leiterin Akademie)

Dipl.-Med.-Päd. Silvia Happel (Leiterin Carl-Oelemann-Schule)

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

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

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

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

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

Geschäftsführung: Joachim Herbst

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram

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

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

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

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

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

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

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt:

Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,

E-Mail: lang@aerzteverlag.de

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

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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

E-Mail: schlink@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Petra Schwarz,

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

E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Non-Health: Mathias Vaupel,

Tel.: +49 2234 7011-308

E-Mail: vaupel@aerzteverlag.de

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

E-Mail: heppner@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 12, gültig ab 01.01.2026

Druckauflage: 11.433 Ex.; Verbreitete Auflage: 11.260 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 7-8
vom 25.06.2026
ist am Montag, dem 01.06.2026**

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

MVZ Wiesbaden / Rheingau-Taunus

Gastro-Praxis  **Facharzt-Team**
Wiesbaden Eltville

Unsere inhabergeführte Praxis mit 17 Kollegen wächst, wachsen Sie mit uns.

Für unsere in 2026 neu zu beziehenden Praxisräume auf über 1000 m² mit modernster Ausstattung suchen wir ab dem 3. Quartal 2026 eine(n)

Facharzt / Fachärztin (m/w/d) für Gastroenterologie (angestellt) in Voll- oder Teilzeit

Was wir bieten

- Flexible Arbeitszeiten zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- Übertarifliche Vergütung
- Flache Hierarchie in einem wertschätzenden, kollegialen Umfeld
- Keine Nachtdienste, keine Rufbereitschaft
- Keine Verwaltungsaufgaben – voll fachbezogene Tätigkeit
- Inhabergeführte Praxis mit Entscheidungsspielräumen

Ihr Profil & Ihre Kompetenzen

- Abgeschlossene Facharzt Ausbildung in der Gastroenterologie
- Ausgeprägte Fachkenntnisse und Routine in Endoskopie und Sonographie
- Erfahrung in der Versorgung von Patienten mit Lebererkrankungen und CED
- Engagement, Verantwortungsbewusstsein, Teamfähigkeit
- Patientenorientiertes Denken und ärztliche Sorgfalt

Ihre Aufgaben

- Eigenständige Durchführung der gastroenterologischen Diagnostik und Therapie
- Schwerpunktmäßig Endoskopie, Sonographie und Sprechstunde
- Betreuung sowie Management von Lebererkrankungen und CED-Patient:innen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Team und externen Partnern

Diskretion & Bewerbung

Für eine vertrauliche Kontaktaufnahme und Einsendung Ihrer Unterlagen stehen wir Ihnen gerne unter ts@mvz-wiesbaden-rheingau-taunus.de zur Verfügung.

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

Allgemeinmediziner in Voll- oder Teilzeit gesucht

Unser modernes MVZ in der Frankfurter Innenstadt sucht einen Facharzt für Allgemeinmedizin zur Erweiterung unseres Teams. Wir bieten ein vielseitiges Tätigkeitsfeld, moderne Ausstattung und ein kollegiales Umfeld. Arbeitsbeginn ist nach Absprache am 1.7.26 oder 1.10.26 möglich. Werden Sie Teil einer patientenorientierten Praxis mit hoher medizinischer Qualität und langfristiger Perspektive. Bei Interesse rufen Sie uns gerne unter der 0163 77 66 494 an.

MVZ APRO GmbH, Kaiserstr. 37, 60329 Frankfurt am Main

Zeit zum Umdenken

Wir suchen

**eine Weiterbildungsassistentin/einen
Weiterbildungsassistenten (m/w/d)
für Allgemeinmedizin**

• in Weilmünster, Laubuseschbach
oder Selters/Münster

• ab sofort

• Voll-/Teilzeit (mind. 30 Stunden)

• überdurchschnittliche Vergütung

• Einblick in andere Fach-
bereiche möglich

• modernste Geräte

• interdisziplinäre Zusammenarbeit

• Betriebl. Altersvorsorge

• Übernahmemöglichkeit

• 30 Tage Urlaub

• 5 Tage Fortbildung

Kontakt

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

E-Mail: verwaltung@medicum-mittelhessen.de

MVZ medicum.mittelhessen
EHM GmbH

Im hessischen Justizvollzug

HESSEN



wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein/e

Ärztin und Arzt (m/w/d) für die medizinische Versorgung der Gefangenen in der Justizvollzugsanstalt Darmstadt gesucht.

Bei der Justizvollzugsanstalt Darmstadt handelt es sich um eine Justizvollzugsanstalt der Sicherheitsstufe II mit 422 Haftplätzen.

Arbeitsort ist die Justizvollzugsanstalt Darmstadt, Marienburgstraße 74 in 64297 Darmstadt.

Ihre Aufgaben:

Ihre Aufgabe ist die medizinische Behandlung, Betreuung und Versorgung der Inhaftierten. Ihr Einsatz erfolgt in komplett eingerichteten Praxisräumen in der Justizvollzugsanstalt. Unterstützung erhalten Sie durch andere Medizinerinnen und Mediziner sowie durch ein interdisziplinäres Team, welches sich aus erfahrenen und motivierten Kolleginnen und Kollegen der Justizvollzugsanstalt zusammensetzt.

Wir bieten Ihnen:

- Eine leistungsgerechte Vergütung bis max. Entgeltgruppe 16 TV-H.
- Fachkräftezulagen, die individuell für Sie berechnet werden.
- Eine Vollzugszulage in Höhe von 160 Euro/Monat zusätzlich zum Entgelt; für Bezieher von Kindergeld wird eine Kinderzulage pro Kind gewährt; für die kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV), beruflich wie auch privat, wird das Landes Ticket Hessen zur Verfügung gestellt.
- Ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis und die Möglichkeit der Verbeamtung bei Vorliegen der Voraussetzungen.
- Eine geregelte und flexibel gestaltbare Wochenarbeitszeit ohne Schicht-, Nacht- und Wochenenddienst für eine bessere Work-Life-Balance.
- Die Übernahme der Beiträge zur Berufshaftpflicht und die Pflichtbeiträge der Ärztekammer.
- Ein interessantes, breit gefächertes Aufgabengebiet und einen teamorientierten sowie IT-gestützten Arbeitsplatz.
- Vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten, Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision und Teamcoaching, ein behördliches Gesundheitsmanagement und einen betriebsärztlichen Dienst sowie diverse Unterstützungs- und Fitnessangebote.
- Eine Zukunft mit Sicherheit.

Vor Vertragsabschluss erhalten Sie die Möglichkeit, Ihren neuen Arbeitsplatz sowie das Arbeitsumfeld im Wege der Hospitation vollumfänglich kennenzulernen.

Ihr Profil:

- Gesucht werden (Fach-)Ärztinnen und -ärzte mit suchtmittelmedizinischer Qualifikation.
- Kenntnisse und Erfahrungen in der Therapie von HIV, Hepatitis, Tuberkulose und psychiatrischen Erkrankungen sind wünschenswert.
- Neben Belastbarkeit, Teamfähigkeit und Entscheidungskompetenz wird die Bereitschaft erwartet, sich engagiert und verantwortungsvoll den besonderen Anforderungen einer ärztlichen Tätigkeit im Justizvollzug zu stellen. Praktische Fertigkeiten in der Behandlung von verhaltensauffälligen Patientinnen und Patienten sowie interkulturelle Kompetenzen und Fremdsprachenkenntnisse sind von Vorteil.

Ausführliche Informationen zur Justizvollzugsanstalt Darmstadt und zum Aufgabengebiet im höheren medizinischen Dienst finden Sie unter <https://karriere.justiz.hessen.de/>.

Die hessische Justiz fördert aktiv die Gleichstellung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Erwünscht sind deshalb im Rahmen der rechtlichen Vorgaben für ausgeschriebene Stellen Bewerbungen von allen Menschen, unabhängig von rassistischen Zuschreibungen, ethnischer Herkunft, Geschlecht und geschlechtlicher Identität, Religion und Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexueller Identität. Das Land Hessen ist bestrebt, den Anteil von Frauen im Landesdienst zu erhöhen und fordert daher insbesondere Frauen zur Bewerbung auf. Bei gleicher Eignung werden schwerbehinderte Menschen bevorzugt berücksichtigt.

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen sind an das Hessische Ministerium der Justiz und für den Rechtsstaat, Referat IV/A1, Luisenstraße 13, 65185 Wiesbaden, bzw. elektronisch über Bewerbung.Justizvollzug@hmdj.hessen.de oder über das interne Bewerberportal in E-Recruiting zu übersenden.

Telefonische Auskünfte erteilt das Personalreferat der Abteilung Justizvollzug, Herr Fückert (Tel. 0611/32-142631).

HNO-Facharzt (m/w/d)

ab sofort zur Voll- od. Teilzeitanstellung gesucht
Bewerbung: verwaltung@hno-ab.de Info: www.hno-ab.de

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

Private Allgemeinpraxis

Etablierte Privatpraxis mit grossem Patientenstamm und breitem Diagnostik- und Therapiespektrum sucht Nachfolge, gerne zunächst auch als Juniorpartnerschaft.

privatpraxis-darmstadt@web.de

Aktuell gehören bundesweit 29 Hausarztpraxen zur voramedic Familie - werden auch Sie Teil des Teams in unserem Standort in **Bad Homburg** und gestalten gemeinsam mit uns die moderne Hausarzt-Medizin der Zukunft als **Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d)**
Ob in Voll- oder Teilzeit
wir finden einen Weg für eine individuelle Arbeitszeitgestaltung
Weitere Infos: 05141 4023716 oder bewerben Sie sich direkt unter bewerbung@voramedic.de

Fachärztin in Anstellung ab sofort gesucht!

Große gynäkologische Praxis in Gelnhausen sucht zur Verstärkung des Teams eine Fachärztin in Anstellung. Voll- oder Teilzeit möglich.

Wir sind ein chaotisch sympathisches, eingespieltes Team, bieten flexible Arbeitszeiten und natürlich einen Parkplatz in der Tiefgarage unter der Praxis. Ambulantes Operieren auf Wunsch möglich, Qualifikation zur Abklärungskoloskopie und zum Erstrimesterscreening vorhanden und entsprechende Weiterbildung möglich. Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre vorhanden.

Neugierig? Wir freuen uns über Ihre Bewerbungsunterlagen an:

bewerbung@gyn-mvz-mkk.de. Allgemeine Infos zu uns unter: www.gyn-mvz-mkk.de

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@aerzterverlag.de





Wir suchen Sie!

Facharzt für Augenheilkunde (m/w/d)

Mögliche Einsatzorte:
Wiesbaden, Eschborn, Bad Homburg

Vollzeit oder Teilzeit – ab sofort

Ihre Perspektive bei ARTEMIS:

OP-Ausbildung (nach 2 Jahren) und / oder
Ärztliche Leitung eines konservativen Standortes.

Ihre Aufgaben:

- Augenärztliche Untersuchungen, Behandlungen und Diagnostik
- Beratung der Patienten zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten
- Ggf. Standortleitung

Benefits:

- Moderne Infrastrukturen für optimale ambulante, operative und konservative Behandlungen
- Arbeiten in einem Team von über 10 Ärzten
- Modernes, flexibles Arbeitsumfeld mit Fokus auf optimale Patientenversorgung durch administrative und logistische Entlastung
- Bike-Leasing, BAV, Mitarbeiterprämien, Teamevents und Mitarbeitererrabatte

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf:

ARTEMIS Augenzentren GmbH
Claudia Haenzel – Senior Recruiterin
T: 02771 8717263 M: c.haenzel@artemiskliniken.de
www.artemiskliniken.de/facharzt-wi

**Der Leiter
der Justizvollzugsanstalt
Rockenberg**



sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine Honorarärztin bzw. einen Honorararzt für Nebentätigkeit (m/w/d)

Für die medizinische Versorgung der Gefangenen bei der Justizvollzugsanstalt Rockenberg wird eine Honorarärztin bzw. ein Honorararzt für Nebentätigkeit (m/w/d) gesucht. Ihre Klientel werden männliche Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 24 Jahren sein.

Hierbei handelt es sich um ärztliche Vertretung außerhalb der Geschäftszeiten, Urlaubsvertretung und zeitnahen Rufbereitschaftsdienst.

Gesucht wird eine approbierte Ärztin, ein approbierter Arzt, idealerweise Erfahrung im Justizvollzug bzw. Bereitschaft zur Einarbeitung in JVA-spezifische Abläufe, für kurze/operative Vertretung.

Die Vergütung erfolgt nach dem vereinbarten Honorarsatz.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Approbations- eventuell Facharzt-Nachweis, ggf. Referenzen und Angabe des frühestmöglichen Eintrittsdatums richten Sie bitte bis zum 30. Juni 2026 an:

Den Leiter der Justizvollzugsanstalt Rockenberg
Marienschloß 1
35519 Rockenberg oder poststelle@jva-rockenberg.justiz.hessen.de

Telefonische Auskünfte in vertragsrechtlichen Fragen erteilt Frau Bonarius (06033/998-1010), in fachlichen Fragen Frau Dr. Calvelli (06033/998-3310).

Praxisabgabe

Gyn.-Praxis FFM-West /Nachfolger(in) ges.,
gute verkehrsgünstige Lage, lange etabliert, organ.u.zeitl. flexibler
Übergang möglich (auch MVZ) nähere Info's unter:
praxis-ffmwest@gmx.net

1/2 KV-Sitz für Psychotherapie in 35683 Dillenburg
ab sofort aus Altersgründen einer gut gehenden
Psychotherapiepraxis abzugeben.
christos-charis@outlook.de oder **T.: 02771-801265**

Praxisabgabe

Urologische Praxis im Frankfurter Raum im Ärztehaus abzugeben
hb128@gmx.de

Praxisräume

Privatchirurg sucht zur gelegentlichen Nutzung Praxisräume
an ca. 5 Tagen/Quartal, auch am WE.
Tel. 0176 56333132

Vertragsarztsitze

1/2 kardiologischer Sitz in einer BAG (Kardiologie, Gastroenterologie, Allgemeinmedizin) in **Lahn-Dill-Kreis** zum 01.10.26 abzugeben. Perspektivisch Erweiterung auf vollen Sitz in 2-3 Jahren möglich. Barrierefreie Praxisräume und gut eingespieltes Team. Invasive Tätigkeit sowie belegärztliche Tätigkeit bei Interesse möglich. Kontaktaufnahme unter: **dr.khan.b@gmail.com**

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.