

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 87. Jahrgang



Akademie feiert Richtfest

Foto: Peter Böhnel

130. Deutscher Ärztetag

In Hannover berieten die Abgeordneten vier Tage lang über die großen Linien der Gesundheitspolitik

CME: Chemsex

Überblick über die Häufigkeit, eingesetzte Substanzen und Behandlungsstrategien

Serie Suizidologie

Im zweiten Teil geht es um Jugendliche mit neuromentalen Entwicklungsstörungen



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



**ordine dei medici
e degli odontoiatri**
della provincia di salerno

28.08.2026 - 9:30 – 18:30 Uhr / ore

Deutsch-Italienisches Symposium „KI in der Medizin“
Simposio italo-tedesco „L'intelligenza artificiale in medicina“

Ort / Luogo

Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt

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

Organizzatore: Ordine dei Medici dell'Assia in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Salerno, (Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Salerno / OMCEO Salerno)

Ärztliche Leitung / Direzione medica: Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH)

Moderation / Moderazione: Prof. Dr. med. Andreas Goldschmidt

Die Vorträge werden simultan gedolmetscht (italienisch ↔ deutsch) • Le conferenze saranno tradotte in simultanea (italiano ↔ tedesco)

Programm / Programma

09:30 – 10:15	Begrüßung / Benvenuto <ul style="list-style-type: none"> • Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH / Presidente LÄKH • Stefan Sydow, Leiter der Abteilung Gesundheit des Hess. Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege / Responsabile del Dipartimento della Salute del Ministero dell'Assia per la Famiglia, gli Anziani, lo Sport, la Salute e l'Assistenza • Massimo Darchini, ital. Generalkonsul in Frankfurt / Console Generale d'Italia a Francoforte (angefragt / richiesto) • Dott. Giovanni D' Angelo, Präsident der Ärztekammer der Provinz von Salerno / Presidente OMCEO Salerno
10:15 – 11:00	Univ.-Prof. Dr. med. habil. J. W. Andreas Goldschmidt Chancen und Risiken der Digitalisierung durch KI / Opportunità e rischi della digitalizzazione attraverso l'intelligenza artificiale
11:00 – 11:45	Dott. Enzo Verrone A.I. nelle cure primarie / Künstliche Intelligenz in der medizinischen Grundversorgung
11:45 – 12:30	Prof. Dr. med. Sebastian Kuhn Digitale Medizin und Künstliche Intelligenz – Die Integration von Algorithmus und ärztlicher Expertise / Medicina digitale e intelligenza artificiale – L'integrazione tra algoritmi e competenza medica
12:30 – 13:15	Dott. Attilio Maurano Endoscopia Digestiva ed. A.I. / Gastrointestinale Endoskopie und künstliche Intelligenz
13:15 – 14:15	Mittagspause / Pausa Pranzo
14:15 – 15:00	Dr. med. Christoph Polkowski KI Governance – zwischen technischen Möglichkeiten und regulatorischen Vorgaben / La governance di KI: tra possibilità tecniche e requisiti normativi
15:00 – 15:45	Prof. Dr. med. Jannik Schaaf AI in Rare Diseases- Present and Future / KI bei seltenen Krankheiten: Gegenwart und Zukunft / L'intelligenza artificiale nelle malattie rare: presente e futuro
15:45 – 16:30	Prof. Gennaro Calasso The Algorithmic Revolution: How AI is Redefining Cardiovascular Medicine / Die algorithmische Revolution: Wie KI die Herz-Kreislauf-Medizin neu definiert / La rivoluzione algoritmica: come l'intelligenza artificiale sta ridefinendo la medicina cardiovascolare
16:30 – 17:15	Prof. Dr. Volkmar Jacobi „KI in der Radiologie“ / „L'intelligenza artificiale in radiologia“
17:15 – 18:00	Dott. Giovanni D' Angelo Impiego della A.I. in campo medico / Einsatz von künstlicher Intelligenz im medizinischen Bereich
18:00 – 18:30	Abschlussworte / Conclusioni

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl wird um Anmeldung bis zum 14. August gebeten.

Weitere Infos zu **Anmeldung** und **Programm** finden Sie unter: www.events.laekh.de/deutsch-italienisches-symposium

Fortbildungspunkte für die Teilnahme am Symposium sind beantragt.



Mit freundlicher Unterstützung



ZMZ – Kein Tabu, sondern Notwendigkeit

Wenn ich das Thema zivil-militärische Zusammenarbeit (ZMZ) in der Medizin anspreche, erlebe ich – wie zuletzt beim Deutschen Ärztetag in Hannover – in der Ärzteschaft zwei Reaktionen: aufmerksames Nicken oder reflexartiges Unbehagen. Das Unbehagen kenne ich, ich respektiere es, und ich möchte es ernst nehmen. Aber ich halte es für falsch. Und ich möchte erklären, warum.

Ärztliches Handeln ist dem Schutz des Lebens verpflichtet – im Frieden wie in der Krise. Genau diese Maxime ist der Kern des ärztlichen Ethos, und sie ist es auch, die mich seit Jahren dazu bewegt, die Zusammenarbeit zwischen ziviler Medizin und Bundeswehrsaniättsdienst aktiv zu fördern. Nicht trotz des hippokratischen Eids, sondern seinetwegen. Das Genfer Gelöbnis gilt für alle Ärztinnen und Ärzte, auch für die Kolleginnen und Kollegen im Saniättsdienst der Bundeswehr.

Wir leben nicht mehr in einer Zeit, in der wir uns den Luxus leisten können, Szenarien wie Massenfälle von Verletzten, Katastrophen oder hybride Bedrohungen als abstrakte Planspiele zu behandeln. Die Flutkatastrophe an der Ahr, die Drohnenvorfälle über kritischer Infrastruktur, der Krieg mitten in Europa – sie zeigen: Unser Gesundheitssystem muss krisenfest werden. Es ist es derzeit nicht.

Der Bundeswehrsaniättsdienst verfügt über Expertise, die in der zivilen Medizin schlicht nicht in dieser Form vorhanden ist: Die Versorgung eines Massenfalls von Verletzten unter widrigen Bedingungen, Damage-Control-Chirurgie, Versorgungslogistik im Ausnahmezustand, psychische Resilienz unter extremem Stress. Gleichzeitig ist der Saniättsdienst auf die enge Verzahnung mit dem zivilen Gesundheitssystem angewiesen – für die Alltagsversorgung der Soldatinnen und Soldaten wie für den Ernstfall. Diese gegenseitige Abhängigkeit ist keine Schwäche. Sie ist ein struktureller Vorteil, den wir nutzen müssen.

Der gegenseitige Austausch dient dazu, vom Know-how der Bundeswehr zu lernen – und natürlich auch umgekehrt. Die Landesärztekammer Hessen hat deshalb die zivil-militärische Zusammenarbeit institutionell verankert. Unsere Symposien in Schloss Oranienstein – gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen des Saniättsdienstes und den zivilen Kolleginnen und Kollegen – haben gezeigt: Der Austausch, ein professioneller Dialog auf Augenhöhe, ist fruchtbar und bereichernd und erzeugt bei allen Beteiligten gegenseitigen Respekt.

Ich selber bin seit 1976 ehrenamtlich bei den Maltesern aktiv, zunächst als Pflegediensthelfer, später als Rettungssaniäter und schließlich als Rettungsassistent und Arzt. Unter anderem verrete ich die Malteser im Katastrophenschutz-Stab des Lahn-Dill-Kreises und übernahm später viele Jahre als Kreisbeauftragter Führungsverantwortung für die Malteser. Schon in dieser Zeit wurde mir bewusst, wie sehr auch die zivile Seite von einer Zu-

sammenarbeit mit dem Saniättsdienst der Bundeswehr profitiert. Denken Sie nur an die Flutkatastrophen an der Oder und im Ahr-tal oder an die Unterstützung während der Coronapandemie.

In diesem Zusammenhang ist es mir ein persönliches Anliegen, dass Bundeswehrangehörige, die im Dienst verletzt oder verwundet werden, automatisch die Versorgung und Leistungen nach SGB VII erhalten – so wie dies bei jedem normalen Arbeitsunfall der Fall ist. Meinem diesbezüglichen Antrag stimmte der Deutsche Ärztetag 2026 bereits zum zweiten Mal mit großer Mehrheit zu.

Ich möchte einer Befürchtung ausdrücklich entgegenreten: Zivil-militärische Zusammenarbeit bedeutet nicht, dass wir als Ärzteschaft zu einem Anhängsel militärischer Strukturen werden. Das Gegenteil ist wahr. Wir bringen unsere fachliche Unabhängigkeit, unsere ethischen Grundsätze und unsere Patientenorientierung in diesen Dialog ein. Genau das ist unsere Stärke.

Es braucht gesetzliche Grundlagen, die diese Zusammenarbeit verbindlich regeln – und zwar möglichst schnell und nicht erst, wenn sie akut gebraucht werden. Für Krisenszenarien, für die Ressourcenplanung, für die gemeinsame Fortbildung. Die Politik ist gefordert, diesen Rahmen zu schaffen. Wir als Kammer sind bereit, dabei beratend mitzuwirken. Selbstredend wünschen wir uns alle, dass es bei Vorbereitungen bleibt und kein Ernstfall eintritt.

Krisenfestigkeit ist keine Option. Sie ist eine ärztliche Pflicht.



Foto: F. Aschenbrenner/M. Joppen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Peter Böhmel

Die Akademie feiert Richtfest

Das vierte Obergeschoss existiert nicht mehr, von vielen Räumen sind nur noch die tragenden Wände erhalten. Nach dem Abbruch geht es um die Revitalisierung des Gebäudes. Das Richtfest signalisiert: Hier beginnt die Zukunft der unabhängigen ärztlichen Weiterbildung.

379



Foto: Peter Böhmel

130. Deutscher Ärztetag in Hannover

Mehrere Artikel beleuchten Themen sowie verschiedene Perspektiven des 130. Deutschen Ärztetages in Hannover. Von Suchtmedizin, der Zukunft der Selbstverwaltung bis hin zu emotionalen Reden und Diskussionen, die bundesweit Schlagzeilen machten.

380–400

Editorial: ZMZ – Kein Tabu, sondern Notwendigkeit	375
Aus dem Präsidium: Verbesserungen der Weiterbildung voranbringen!	378
Ärzttekammer	
Zwischen Abriss und Aufbruch – die Akademie feiert Richtfest	379
Eindrücke von der Eröffnung des 130. Deutschen Ärztetags in Hannover	380
Appelle im Angesicht der Krise – Der 130. Deutsche Ärztetag in Hannover	382
Suchtmedizin: Ärztetag fordert mehr Prävention, bessere Versorgung und klare Regeln	386
Vorgeschmack auf Wiesbaden: Die LÄKH warb in Hannover für den „historisch-herrlich-hessischen“ DÄT 2027	388
Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten zum Auftakt des 130. DÄT	390
Zwischen Sparpolitik, Reformdruck und Selbstkritik: Hessische Stimmen zum 130. Deutschen Ärztetag	392
Sommerempfang der hessischen Heilberufe: Miteinander reden – heute und in Zukunft	401
Zahl der hessischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erneut angestiegen	404

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	406
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	412
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen: Ukrainehilfe, die ankommt	430

Forum

Plädoyer für Geschichte in der Medizin	381
Bad Nauheimer Gespräch über problematischen Medienkonsum junger Menschen und Lösungsansätze	402
Sommerrätsel	431
Klimaquiz	431

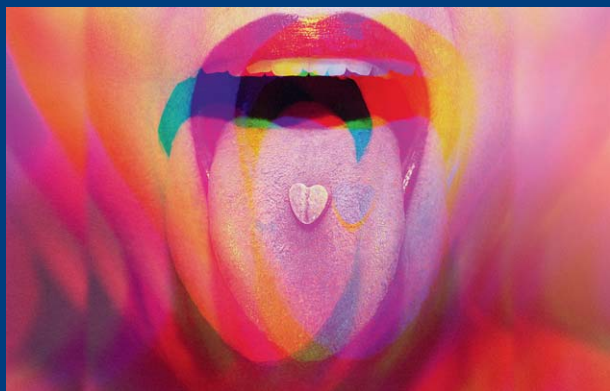


Foto: © blackday – stock.adobe.com



Grafik: LÄKH

CME: Chemsex

Sexualisierter Substanzkonsum (Chemsex) per se ist nicht pathologisch, jedoch mit gesundheitlichen Risiken assoziiert. Der Artikel gibt einen Überblick über die Häufigkeit und die gängigsten dabei eingesetzten Substanzen und zeigt mögliche Behandlungsstrategien auf.

414

Teil 2: Suizidalität bei Entwicklungsstörungen

Im zweiten Teil der Serie zur Suizidalität werden die Prävalenz von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten, Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden bei Jugendlichen mit ADHS oder Autismus-Spektrum-Störung (ASS) besprochen.

424

Fort- und Weiterbildung

Serie: Spotlights Weiterbildung Wer muss das Weiterbildungszeugnis unterzeichnen?	405
CME: Zwischen Lust und Risiko: Sexualisierter Substanzkonsum (Chemsex) – eine Übersicht	414
Zwischen Pflicht und Patientenwillen – wie würden Sie handeln?	423
Suizidalität bei Jugendlichen mit neuromentalen Entwicklungsstörungen/Serie Teil 2	424
Umgang mit Anfragen nach Suizidassistent in Deutschland	427

Personalia	429
-------------------------	------------

Kulturtipps: Museum Sinclair-Haus mit der Ausstellung „Vogelperspektiven“/„Tattoos im Blick“ in den Opelvillen	432
---	------------

Impressum	436
------------------------	------------

Bücher



**Klinikleitfaden
Hämatologie
Onkologie**

Jan Eucker,
Christian W. Scholz

S. 433

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)

Verbesserungen der Weiterbildung voranbringen!

Stolpern und manchmal hinfallen kommt im Leben vor. Es hilft nicht selten, bessere Wege zu finden und Ziele klarer zu formulieren. Was ist hier gemeint?

Der 128. Ärztetag in Mainz hat 2024 mit großer Mehrheit beschlossen, die Muster-WBO 2018 zu vereinfachen und strukturell zu verschlanken. Sie soll möglichst auf kürzere Mindestweiterbildungszeiten im EU-Raum hin angepasst werden. Es sollen neue didaktische Ansätze und Prüfverfahren überlegt werden. Beim 129. Ärztetag 2025 in Leipzig wurde das für die Zusatzweiterbildungen konsequent abgearbeitet. Die Struktur wurde in drei klare Bausteine gegliedert: vollzeitige Zusatzweiterbildungen, nebenberufliche Zusatzcurricula und einige, allein mit Kursverfahren umzusetzende Weiterbildungskonzepte.

Die Arbeitsaufgabe für die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK) zum 130. DÄT in Hannover war jetzt: Mehr als 50 Gebietsweiterbildungen und ca. 20 Schwerpunktweiterbildungen nach den fortbestehenden Beschlusskriterien des 2024er Ärztetags zu überarbeiten. Das haben wir beim 130. DÄT offensichtlich nicht erreicht. Es wurden sehr wenig punktuelle Veränderungen bei einzelnen Facharztgebieten festgemacht. Kein großer Wurf, nur ein Facelift. Bei der großen Mehrheit der Fachgebiete und Schwerpunkte gab es gar keine weiterführenden Änderungen.

Ja, die Aufträge des Deutschen Ärztetages (DÄT) von 2024 wurden zumindest stark verwässert. Bis Ende 2025 wurden von der Bundesärztekammer und den Berufsverbänden strukturelle Neuansätze für kürzere und einfachere Weiterbildungswege entwickelt und kommuniziert. Auftrag der BÄK ist dabei zugleich, berufspolitischer und bildungsstruktureller Verantwortung zu folgen und einen transparenten und ausgleichenden Prozess angesichts vieler legitimer Einzelinteressen zu führen. Fortschritt und Klarheit von Weiterbildung sollen so möglichst für fünf bis zehn Jahre gedacht und gesichert werden. Offenbar gab und gibt es jedoch Kräfte und Einflüsse, die sich diesem Anspruch auf Erneuerung auf der letzten Meile zum DÄT 2026 entgegengestellt haben. Dann kommt es jetzt darauf an, die den notwendigen Fortschritt verhindernden, bis dahin „unsichtbaren Elefanten im Raum“ wahrzunehmen und ihren Themen abzuwehren.

• **Elefant Kammerbürokratie:** ja, die Kammern sind bürokratisch im gesetzlichen Rahmen organisiert, damit alles und alle gleichbehandelt werden. Ja, der Staat verlangt per Gesetz, diese Rahmenbedingungen justiziabel zu halten. Ja, verwaltungsrechtliches Denken in den Kammern ist für viele Ärzte „ein Graus“. Ja, das eLogbuch ist kein attraktives Incentive-Instrument, sondern eine nüchterne Plattform für erworbene Kompetenzen. Ja, die Infomaterialien der Kammern, Podcasts, Medienauftritte und Online Seminare zur WBO werden oft nicht angenommen. Ja, be-



Foto: Peter Jülich



Foto: Alex Kraus

„Wir haben eine klare Aufstellung, jetzt gilt es, die ‚Elefanten‘ im Raum zu bearbeiten!“

ratende Begleitung seitens der Kammern ist im Personalschlüssel bisher nicht vorgesehen.

- **Elefant Arbeitslasten:** Ja, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung verbringen mehr als 30 % des Arbeitstages mit Bürokratie, Statistik und Prüfdocumentationen für die wirtschaftlichen Strukturen am Arbeitsplatz, aber nicht im eigentlich notwendigen Lernprozess der Patientenbetreuung.
- **Elefant Qualität der Weiterbildung:** Ja, es findet kaum systematisches und unkompliziertes Feedback zu den Kammern über die aktuelle Vor-Ort-Qualität der Weiterbildung statt. Ja, es gibt kaum oder nie Zufallsstichproben und regelmäßige Audits an den Weiterbildungsstätten. Ja, es fehlen oft erfahrene Weiterbildungs-Coaches am Arbeitsplatz des ärztlichen Nachwuchses. Ja, kaum ein befugter Weiterbilder hat bewusst und stetig seine eigenen Kompetenzen in Train-The-Trainer-Seminaren entwickelt und frisch gehalten.
- **Elefant wirtschaftlicher Druck:** Ja, viele Weiterbilder gehen gleichfalls in Bürokratie und wirtschaftlichen Zielsetzungen von Kliniken und Praxen unter. Ja, Geschäftsführungen der Kliniken und Praxen betrachten Aufwendungen für Weiterbildung kurzfristig als negativen Wirtschaftsfaktor.
- **Elefant Krankenhausreform und sektorübergreifende neue Versorgungsformen:** Ja, weder Landesbehörden noch Kliniken und ambulante Weiterbildungsstätten wissen nach fast fünf Jahren bundesweiter Debatte und politischem Personalwechsel, welche Weiterbildungsoptionen in näherer Zukunft stationär oder ambulant angeboten werden müssen oder bestehen bleiben können. Ja, niemand hat trotz vielfacher Nachfrage geregelt, wie Verbundweiterbildung finanziert und arbeitsrechtlich sicher über mehrere WB-Stätten hinweg geregelt werden kann.

Wir sollten nicht aufgeben, die Muster-WBO und die jeweiligen Rahmenbedingungen im politisch instabilen Umfeld auf essenzielle Inhalte zu fokussieren.

Retrospektiv zum DÄT in Hannover ist ziemlich klar: Es braucht Mut, Willen und Klugheit von „Elefantenjägern“, Wege für zielgerichtete Strukturverbesserungen und qualitätsbestimmende Umweltfaktoren bei der Weiterbildung zu glätten. Seien wir zuversichtlich, dass die Ärztetage 2027 in Wiesbaden und 2028 in Kiel damit bessere Chancen erhalten, die im Wesentlichen ausstehende Weiterentwicklung der Muster-WBO zu stemmen, um sie für 2035 fit zu machen.

Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Wolf Andreas Fach

Mitglieder des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen



Zwischen Abriss und Aufbruch – die Akademie feiert Richtfest



alle Fotos: Peter Böhmel

Auf den Neubau freuen sich (von links) Manuel Maier (Juristischer Geschäftsführer), Christoph Berger (Kaufmännischer Geschäftsführer), Akademieleiterin Susanne Florin, Nina Walter (Ärztliche Geschäftsführerin), LÄKH-Präsident Dr. Edgar Pinkowski und Dr. Eve Craigie (stellv. Ärztliche Geschäftsführerin). Der Abrissroboter (Foto oben) hat seine Arbeit bald getan.

Bereits beim Betreten des Rohbaus der Akademie an diesem Junimorgen wird deutlich: Die Zukunft hat hier längst begonnen. Die Orientierung im Gebäude fällt zunächst schwer. Die Treppe im Flur endet unvermittelt im Nichts. Das vierte Obergeschoss, zu dem sie einst führte, existiert bereits nicht mehr. Auch große Teile des dritten Obergeschosses sind abgetragen worden – von einem Abrissroboter, der nur bei trockenem Wetter zum Einsatz kommt, sowie in aufwendiger Handarbeit mit Pressluftschlämmern.

Im Blauen Hörsaal haben sich Vertreterinnen und Vertreter der Stadt Bad Nauheim, des Präsidiums, der Geschäftsführung, der Projektleitung, der Nachbarschaft sowie der beteiligten Gewerke versammelt. Von dem Raum sind nur noch die tragenden Wände erhalten geblieben – ein sichtbares Zeichen des tiefgreifenden Wandels, den das Gebäude derzeit durchläuft.

Es ist ein besonderer Tag in der mehr als 50-jährigen Geschichte der Akademie. Gefeierte werden nicht nur Holz, Stahl und Beton, betont LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski in seiner Ansprache, sondern auch ein Stück Zukunft der ärztlichen Fort- und Weiterbildung in Hessen. Die Akademie sei weit mehr als ein Gebäude: Sie stehe für ärztliche Selbstverwaltung, für Lernen, Austausch und kollegiale Begegnung.

„Die Akademie ist ein Statement. Die Ärzteschaft gestaltet ihre eigene Fortbildung selbst – frei von kommerziellen Interessen, frei von industrieller Einflussnahme“, so Pinkowski.

Auch die Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, Nina Walter, greift in ihrer Rede das Thema Wandel auf. Sie zieht eine Parallele zwischen dem Umbau der Akademie und dem medizinischen Behandlungsprozess: von der langwierigen Diagnose über die sorgfältige Therapieplanung bis hin zur intensiven Behandlung – inklusive überraschender Nebenbefunde. Ein solcher Prozess erfordere Ausdauer, Fachkompetenz und großes Engagement.

Den Mut zu diesem Vorhaben würdigt auch der Bad Nauheimer Bürgermeister Klaus Krefß. Er lobt die Entscheidung, nicht lediglich zu reparieren, sondern die Zukunft der medizinischen Fort- und Weiterbildung aktiv zu gestalten.

Architekt Jan-Benjamin Schäfer spricht von einer Revitalisierung des Gebäudes. Besonders hebt er die Lage am Waldrand hervor und den klaren architektonischen Dialog, den das revitalisierte Akademiegebäude künftig mit seiner Umgebung eingehen werde.

Während an diesem Tag die Werkzeuge auf der Baustelle ruhen und das bisher Erreichte gefeiert wird, läuft der Betrieb der Akademie uneingeschränkt weiter. Für die

Dauer der Bauarbeiten wurden die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ausgelagert. Die Auslagerung dauert an, bis die neuen Räume für die hessischen Ärztinnen und Ärzte bereit sein werden, um sie mit Leben zu füllen und die Zukunft der unabhängigen, ärztlichen Fort- und Weiterbildung aktiv gestalten zu können – in einem Gebäude, das die Tradition der Akademie mit der Zukunft der ärztlichen Fort- und Weiterbildung verbindet.

Susanne Florin, M.A., MBA

Leiterin der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen



Der Stadtverordnetenvorsteher Bad Nauheims, Oliver von Massow (links), überreicht zusammen mit Bürgermeister Klaus Krefß (rechts) ein Geschenk zum Richtfest an Dr. Edgar Pinkowski.



Die Ärzteschaft weist geschlossen das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz zurück

Eindrücke von der Eröffnung des 130. Deutschen Ärztetags in Hannover

Bereits in der Vorbesprechung der Fachärzte am Vorabend wurde deutlich, welche Stimmung die Eröffnung des Deutschen Ärztetages prägen würde. Die geplanten Spargesetze der Bundesregierung wurden heftig kritisiert. Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt bat die Teilnehmer dennoch um einen sachlichen Ton beim Auftritt von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken am nächsten Vormittag. Scharfe fachliche Kritik sei ausdrücklich willkommen – möglichst ruhig vorgetragen. Das wirke besser als Krawall, der gerne vor der Halle stattfinden könne.

Am Morgen der Eröffnung blieb es dann tatsächlich erstaunlich ruhig vor dem Kongresszentrum in Hannover. Keine größeren Protestgruppen, kein Pfeifen, Trommeln oder Protestgeschrei. Stattdessen standen vor dem Kuppelsaal mehrere kleinere Gruppen von Ärztinnen und Ärzten, die in ruhiger Atmosphäre auf ihre Sorgen aufmerksam machten und vor den Folgen pauschaler Kürzungen warnten.

Existenzängste in den Praxen

Besonders eindrücklich war das Gespräch mit jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich gerade erst niedergelassen haben und nun existenzielle Probleme auf sich zukommen sehen. Ein junger Arzt schilderte seine Situation sehr direkt: „Wir sind alle in die Niederlassung gegangen und haben viel investiert. Viele zahlen noch ihren Kassensitz ab. Gleichzeitig arbeiten wir unglaublich viel zusätzlich einfach zum Wohle der Patienten, weil uns das wichtig ist. Aber genau das wird jetzt ausgenutzt. Die aktuellen Maßnahmen sind unehrlich, unstrukturiert und unsozial. Es wird einfach Geld aus dem System gezogen, ohne zu sagen, wo eigentlich gespart werden soll. Am Ende werden genau die Strukturen kaputtgespart, die wir in der ländlichen Versorgung und in strukturschwachen Regionen am dringendsten brauchen.“



Foto: Peter Böhmel

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, mit Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU).

Die Sorge vieler Niedergelassener: Dass pauschale Kürzungen am Ende besonders jene Praxen treffen, die tarifgebundene Gehälter zahlen und ohnehin wirtschaftlich unter Druck stehen. Die Folge wäre eine schleichende Verschlechterung der Versorgung. Auch die Initiative KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit machte vor dem Kuppelsaal auf gesundheitliche Folgen des Klimawandels aufmerksam. Mit dabei war auch der hessische Delegierte Pierre E. Frevert. Die Initiative wolle auf dem Ärztetag Anträge einbringen, die die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels stärker berücksichtigen. Die aktuelle politische Entwicklung gehe jedoch eher in die entgegengesetzte Richtung und setze wieder stärker auf fossile Energieträger.

Viel Lob für die Ärzteschaft – wenig Inhalt von Warken

Die eigentliche Eröffnung des 130. Deutschen Ärztetages im Kuppelsaal wurde anschließend von ungewöhnlich langen Grußworten geprägt, die fast alle die aktuellen gesundheitspolitischen Konflikte aufgriffen.

Die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, sprach praktisch alle aktuellen berufspolitischen Themen an und beschrieb die Herausforderungen der Ärzteschaft. Sie betonte den Wert der ärztlichen Selbstverwaltung und forderte deren Stärkung. Die Ärzteschaft müsse gemeinsam auftreten, um politisch gehört zu werden.

Niedersachsens Ministerpräsident Olaf Lies gönnte sich anstelle eines klassischen Grußworts beinahe ein gesundheitspolitisches Grundsatzreferat. Er betonte die Verantwortung und Bedeutung der Ärzteschaft und sprach an vielen Stellen ausdrücklich Lob und Hochachtung für deren Arbeit aus. Immer wieder hob er hervor, dass der Sachverstand der Ärzteschaft politisch gehört werden müsse.

Der Vortrag des SPD-Ministerpräsidenten war dabei ein wohlthuender Gegensatz zur Haltung seiner Partei im Bundeskabinett. Der Auftritt von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken fiel dagegen ausgesprochen schwach aus. Inhaltliches blieb weitgehend Fehlanzeige. Sie verteidigte ihre Gesetzentwürfe mit bekannten Argumenten und vielen Plattitüden. Die Kunst,



eine halbe Stunde lang wenig zu sagen, hat sie offenbar rasch gelernt.

Dabei vermittelte sie indirekt selbst den Eindruck, im Kabinett kaum Gestaltungsspielraum zu besitzen. Der Subtext ihrer Rede lautete letztlich: Jetzt müsse zunächst gespart werden, um Beiträge und Lohnnebenkosten stabil zu halten, Reformen kämen später. Immerhin sagte sie die zeitnahe Umsetzung der neuen GOÄ sowie der Approbationsordnung zu.

Trotz aller Differenzen scheint es allerdings weiterhin eine konstruktive Gesprächsebene zwischen Bundesärztekammer und Ministerium zu geben – auch wenn die Verbände für die Stellungnahme zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz gerade einmal einen Tag Zeit bekamen, um 150 Seiten Gesetzesentwurf zu bewerten. Das relativiert manche Dialogangebote erheblich.

Zentraler Konflikt bleibt die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Da sich das Bundesfinanzministerium weiterhin weigert, die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, entstehen erhebliche Finanzierungslücken in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig sollen Zuschüsse weiter gekürzt werden. Dadurch entstehen politische Sachzwänge, die nun offenbar das Gesundheitsministerium ausbaden soll.

Reinhardt fordert Kurswechsel

Der eigentliche politische Höhepunkt der Eröffnung war daher die Rede von Bundesärztekammerpräsident Klaus Reinhardt. In einer inhaltlich wie rhetorisch starken Rede sprach er die zentralen Probleme des Gesundheitswesens offen an und forderte Ministerin Warken auf, die Spargesetze zunächst „auf hold“ zu setzen und gemeinsam mit der Ärzteschaft tragfähige Lösungen zu entwickeln.

Auch Reinhardt betonte den enormen finanziellen Druck auf das Gesundheitswesen sowie den zunehmenden Fachkräftemangel. Reformen seien dringend notwendig – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Das vorliegende GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz sei jedoch kein Reformgesetz, sondern ein reines Spargesetz.

Besonders deutlich wurde Reinhardt bei der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger. Es sei nicht hinnehmbar, dass diese Kosten von den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung getragen würden und nicht von der Allgemeinheit.

Noch schärfer kritisierte er die Haushaltspolitik des Bundes: Der Finanzminister erhöhe den Zuschuss für Bürgergeldempfänger zwar um 250 Millionen Euro, kürze gleichzeitig aber den allgemeinen Bundeszuschuss um zwei Milliarden Euro. Hier werde mit Taschenspielertricks der Bundeshaushalt auf Kosten von Beitragszahlern, Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen saniert.

Reinhardt bot der Bundesregierung erneut den Dialog an: „Bringen Sie alle Beteiligten aus der Patientenversorgung an einen Tisch. Holen Sie den Finanzminister

dazu. Formulieren Sie klare Zielmarken. Und lassen Sie uns gemeinsame Mittel und Wege finden, wie wir diese Ziele erreichen, ohne dass es zu gefährlichen Verwerfungen in der Patientenversorgung kommt.“

Ärzterschaft rückt zusammen

Bemerkenswert war während der gesamten Eröffnung die ungewöhnlich konfliktarme und fast harmonische Stimmung innerhalb der Ärzteschaft. Wo es auf früheren Ärztetagen oft scharfe innerärztliche Kontroversen gab, scheint die Ärzteschaft angesichts des politischen Drucks enger zusammenzurücken und deutlich geschlossener aufzutreten.

Diese Mischung aus klarer Kritik, Ernsthaftigkeit und demonstrativer Geschlossenheit prägte die Atmosphäre zum Auftakt des 130. Deutschen Ärztetages. Genau diese Geschlossenheit wird die Ärzteschaft vermutlich dringend brauchen, um in den kommenden Monaten überhaupt noch sachliche Lösungen durchsetzen zu können.

Dr. med. Peter Zürner

Präsidiumsmitglied
und Leitender
Redakteur
des Hessischen
Ärzteblattes,
E-Mail:
haebl@laekh.de



Foto: Peter Jülich

Plädoyer für Geschichte in der Medizin

Der Senat der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main hat sich mit großer Mehrheit für den Erhalt des Senckenbergischen Instituts für Geschichte in der Medizin ausgesprochen. Unser Autor und derzeit noch kommissarischer Leiter Prof. Dr. med. Michael Sachs hatte im Hessischen Ärzteblatt auf Anfrage der Redaktion über die wechselvolle Geschichte des Instituts berichtet. Auch der Präsident der Lan-

desärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski hatte sich in einer Pressemitteilung für den Erhalt des Instituts ausgesprochen (beide Artikel siehe Ausgabe 05/2026). Die seit Jahren vakante Professur soll wieder neu besetzt werden, hieß es in einer Meldung der FAZ. Und in einem dortigen Leserbrief schreibt Prof. Dr. med. Florian Bruns, Vorsitzender des Fachverbandes Medizingeschichte e. V. und Direktor des Instituts für Ge-

schichte der Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden: „Gerade erst haben Gutachter auch den Exzellenzuniversitäten mit auf den Weg gegeben, noch konsequenter ethische Kompetenzvermittlung zu betreiben. Dies wird für angehende Ärzte am besten durch Institute geleistet, die zum Fachbereich Medizin gehören und die Herausforderung in Klinik und Forschung genau kennen.“

Isolde Asbeck



Appelle im Angesicht der Krise

Der 130. Deutsche Ärztetag in Hannover

Vom 12. bis 15. Mai 2026 kam das deutsche Ärzteparlament zum 130. Deutschen Ärztetag in Hannover zusammen. Gastgeberin war die Ärztekammer Niedersachsen. Vier Tage lang berieten die Abgeordneten über die großen Linien der Gesundheitspolitik, über drohende Einschnitte und konkrete Änderungen des Berufs- und Weiterbildungsrechts. Ein fachlicher Schwerpunkt lag dieses Jahr auf der Suchtmedizin. Und angesichts des geplanten Sparpakets der Bundesregierung wurde mit Kritik nicht gespart – aber ohne Polemik und Gejammer, sondern konstruktiv, mit klaren Worten und Mehrheitsbeschlüssen.

Vortritt für die Jungen

Bereits am Vortag des DÄT traf sich der ärztliche Nachwuchs beim Dialogforum der jungen Ärztinnen und Ärzte im komplett ausgebuchten Blauen Saal des Congresscenters. Unter dem Motto „Einfach machen. Selbstverwaltung der Zukunft“ ging es um die Frage, wie die ärztliche Selbstverwaltung für kommende Generationen attraktiv und handlungsfähig bleibt. Lesen Sie dazu auch den Beitrag auf S. 390.

Eröffnung mit Wohlklang und Misstönen

Die feierliche Eröffnung am Dienstag begann vor dem Kongressgebäude mit pro-

testierenden Teilnehmenden, dann offiziell mit der erstaunlich guten Bigband der Käthe-Kollwitz-Schule, bot eine Bühne für die Verleihung der Paracelsus-Medaille und schließlich für bemerkenswerte Reden. Allen voran BÄK-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt. Er nutzte seine Redezeit für deutliche Kritik an den Sparplänen der Bundesregierung. Mit Blick auf die zum Teil als völlig praxisfern kritisierten Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit appellierte er an die anwesende Bundesgesundheitsministerin Nina Warken: „Stellen Sie diese Reform auf ‚Hold‘.“ Mehr dazu auf Seite 380.

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Im ersten Tagesordnungspunkt, der Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag, diskutierten die Abgeordneten die ganze Bandbreite der aktuellen Gesundheitspolitik. Im Mittelpunkt standen die geplanten Sparmaßnahmen und die Forderung nach einer gerechten Lastenverteilung. Weitere Beschlüsse betrafen den Schutz der freiberuflichen Arztpraxis, eine praxistaugliche Weiterentwicklung der Krankenhausreform und eine ebenso praxistaugliche Reform der Akut- und Notfallversorgung. Auch die Stabilität der Telematikinfrastruktur, der Datenschutz in der elektronischen Patientenakte und der Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Medizin wurden verhandelt.

Hinzu kamen Warnungen vor medizinischen Angeboten in Drogeriemärkten und Forderungen nach besserem Schutz Minderjähriger in sozialen Medien.

Abendlicher Ausklang

Zum Rahmenprogramm des DÄT gehörte ein Kirchenkonzert am Abend des Eröffnungstags. In der historischen Marktkirche präsentierte der Bachchor Hannover unter der Leitung von Christian Rohrbach gemeinsam mit Marktkirchenorganist Matthias Flierl Chor- und Orgelmusik aus vier Jahrhunderten. Die Resonanz der Zuhörerschaft war angesichts der makellosen Darbietung ausgesprochen positiv.

Mittwoch: Schwerpunkt Suchtmedizin

Der zweite Tagesordnungspunkt rückte die Suchtmedizin in den Fokus. In seinem Impulsreferat forderte der Sucht- und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. med. Hendrik Streeck, nicht weniger als einen radikalen Systemwechsel. Nach zwei Fachvorträgen folgten angelegte Debatten. Als Ergebnis stellte der Ärztetag klare Forderungen für eine bessere Suchtmedizin und Drogenpolitik auf. Gefordert werden eine wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Suchtmedizin, eine evidenzbasierte Sucht- und Drogenpolitik, eine stärkere Ausrichtung auf Prävention, eine nachhaltige Stärkung der



LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski (l.) mit Ehrenpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach.



Rechtes Bild: Standing Ovationen

Suchthilfe und suchtmmedizinischer Kompetenzen sowie der Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen. Eine vertiefende Darstellung des Schwerpunktthemas finden Sie in dieser Ausgabe ab Seite 386.

Neue Berufsordnung

Mit der Novellierung der (Muster-)Berufsordnung befasste sich der dritte Tagesordnungspunkt. Dr. med. Wolfgang Miller und San.-Rat Dr. med. Josef Mischo, die Vorsitzenden der zuständigen Ständigen Konferenz der Bundesärztekammer, stellten Vorschläge vor.

Der Ärztetag beschloss unter anderem das Recht auf eine kostenfreie Erstkopie der Patientenakte. Diese Änderung setzt ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom Oktober 2023 um. Außerdem stellte der Ärztetag klar, dass digitale Behandlungsformen grundsätzlich unter den Niederlassungsbegriff fallen, indem er tele-

medizinische Leistungen ausdrücklich aufnahm. Ein neuer Absatz soll zudem den Einfluss reiner Finanzinvestoren begrenzen. Wer nicht in der Praxis ärztlich tätig ist, darf demnach nicht am Gewinn beteiligt sein, soweit nicht andere Regelungen eine gemeinsame Praxisführung erlauben. Die Landesärztekammer Hessen wird die Änderungen in ihren Gremien beraten und voraussichtlich auf ihrer Delegiertenversammlung im November 2026 mit Wirkung zum Januar 2027 umsetzen.

Weiter mit der Weiterbildungsordnung

Am Donnerstag legten die Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer, Dr. med. Johannes Albert Gehle und Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der aktuell gültigen (Muster-) Weiterbildungsordnung aus 2018 vor.

Im Paragraphenteil sollen laut Beschluss des Ärztetages die möglichen Fehlzeiten in der ärztlichen Weiterbildung flexibilisiert werden. Pro Kalenderjahr sollen nun neben Urlaubszeiten bis zu sechs weitere Wochen Ausfallzeit – beispielsweise bei Krankheit, Schwangerschaft oder Elternzeit – auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden. Härtefallregelungen sind zudem möglich. Für das Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie wird künftig die Anrechnung von 24 Monaten oralchirurgischer Weiterbildung aus der Zahnmedizin auf die ärztliche Weiterbildung nach der Muster-WBO ermöglicht. Beide Regelungspunkte sind für Hessen und einige andere Landesärztekammern bereits ein seit Jahren gelebter Standard.

Neben rein redaktionellen Änderungen ist nun beschlossen worden, die allen Gebietsweiterbildungen vorangestellten, in jeweiliger gebietstypischer Ausprägung zu vermittelnden allgemeinen Inhalte anders zu fassen. Das neue Konzept greift



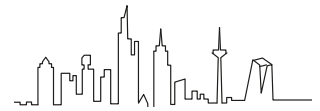
LÄKH-Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark



MUDr. Juraj Bena



Dr. med. Susanne Johna



LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski



Dr. med. Jörg Focke



Stefanie Minkley



Anne Kandler



Dr. med. Andreas Scholz



Dr. med. Lars Bodammer

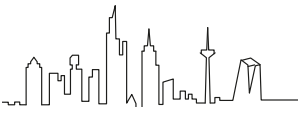
das kanadische Modell von beruflichen und fachlichen Rollen sowie arzttypischen Haltungen (CanMedS-Rollen) auf und formuliert jeweils gruppierte, konkrete Ziel- und Handlungsanweisungen. Beispielhaft zitiert: Ärztinnen und Ärzte als medizinische Expertinnen und Experten erkennen medizinische Notfallsituationen und führen lebensrettende Sofortmaßnahmen durch. Oder: Ärztinnen und Ärzte als Kommunikatoren kommunizieren wertschätzend und respektvoll mit Patienten, An- und Zugehörigen sowie allen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen. Näheres hierzu wird in einer der nächsten Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes ausführlicher erläutert werden. Im Weiteren hat der Ärztetag im Rahmen der Beschlüsse aus 2025 bisherige Zusatzweiterbildungen der Kinderheilkunde und der chirurgischen Facharztgebiete als Schwerpunkte den zugehörigen Fachgebieten zugeführt. Ausdrücklich wurden die Zeitanforderungen in allen WBO-Ab-

schnitten als Mindest-Weiterbildungszeiten umbenannt. In 8 von 52 Facharztweiterbildungen wurden diese Zeitvorgaben um 6 oder 12 Monate verkürzt, darunter Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pharmakologie. Der Facharzt für Biochemie wurde im Konsens mit der Fachgesellschaft aus der M-WBO herausgenommen. In der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie wurden die wechselseitigen Pflichtzeiten von 12 auf 6 Monate zugunsten der facheigenen Anforderungen gekürzt. Die Zusatzweiterbildung Geriatrie wurde für alle patientennahen Fachgebiete geöffnet und die geforderte Weiterbildungszeit von 18 auf 24 Monate erhöht. Über 50 weitere Anträge und Vorschläge zur Muster-Weiterbildungsordnung standen im Laufe des DÄT zur Diskussion. Sie wurden sodann quantitativ zur weiteren Bearbeitung an den BÄK-Vorstand und die Fachgremien überwiesen. Die Abgeordneten der Landesärztekammer Hessen appellierten dabei mehrfach, auf dem eben-

begonnenen Weg der Vereinfachung und Präzisierung nicht stehen zu bleiben. Die Reformen sollen weiter nach den Beschlüssen des 128. DÄT vorangetrieben werden. Die Weiterbildungsordnung müsse angesichts heftiger Umbrüche in Kliniken und Praxen flexibler und durch Bürokratieabbau leichter handhabbar werden. Siehe hierzu auch das Gasteditorial „Aus dem Präsidium“ auf Seite 378.

Finale mit Paukenschlag

Wer von den Beobachtern vorzeitig abgereist war, verpasste einiges: Am Freitagnachmittag kamen noch zwei Themen ins Plenum, die für emotionale Diskussionen sorgten. Zuerst das Thema Machtmissbrauch. Dieser Programmpunkt startete mit einer Überraschung: Eine Gruppe Medizinstudentinnen trat auf die Bühne und berichtete von übergriffigem Verhalten einiger Teilnehmer des Ärztetages. Die jungen Frauen bekamen sofort Rückende-



Gruppenbild der hessischen Delegation mit LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski (vorne 5. v. r.), Monika Buchalik (Erste Beisitzerin, hellblauer Blazer) sowie links dahinter Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark.

ckung vom Plenum. Die Bundesärztekammer und sämtliche Landesärztekammern bezeichneten das Beschriebene spontan und auch in einer späteren gemeinsamen Erklärung als inakzeptabel und mit dem Selbstverständnis des Berufs unvereinbar, würdigten den Mut der Betroffenen und sicherten ihnen Unterstützung zu. Unabhängig von der internen Aufarbeitung wurden von den Delegierten unter anderem verbindliche Verhaltenskodizes beschlossen, Awareness-Konzepte und die Benennung unabhängiger Vertrauenspersonen. Und das Thema „Machtmissbrauch, sexualisierte Gewalt und Diskriminierung“ wird ein Schwerpunkt des kommenden Deutschen Ärztetages sein.

Unerwünschte Nebenwirkung: Die Presse stürzte sich mehrheitlich auf das Thema Übergriffe, die leidenschaftliche gesundheitspolitische Diskussion geriet aus dem Fokus der Öffentlichkeit.

Danach rückten die Resilienz des Gesundheitssystem im Krisenfall und die zivil-militärische Zusammenarbeit in den Mittelpunkt. Die Landesärztekammer Hessen vertritt dabei eine klare Position pro Zusammenarbeit, verstanden als Beitrag zur Friedenssicherung. Doch bei diesen Themen gehen die Meinungen stets weit auseinander. LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski trat gleich zweimal ans Rednerpult und konnte die Mehrheit schließlich überzeugen. Ergebnis: Der Ärztetag forderte den Gesetzgeber auf, klare rechtli-

che Grundlagen für ein krisenfestes Gesundheitssystem zu schaffen. Auf Antrag von Pinkowski und zahlreichen weiteren Kammerpräsidenten und Abgeordneten beschloss der Ärztetag zudem die Forderung, die Versorgung verletzter und verwundeter Soldatinnen und Soldaten der gesetzlichen Unfallversicherung gleichzustellen. Sie soll künftig dem Leistungsrecht des Sozialgesetzbuchs VII zugeordnet werden und nicht wie bislang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bundesregierung soll daher einen Gesetzentwurf vorlegen, der die bewährten Strukturen der Unfallversicherung abbildet, und verwundeten Soldatinnen und Soldaten neben den Bundeswehrkrankenhäusern

gleichwertigen Zugang zu den BG-Kliniken sichern.

Ausblick

Zum Abschluss richtete der Ärztetag den Blick nach vorn. Der 131. Deutsche Ärztetag findet 2027 in Wiesbaden statt mit der LÄKH als Gastgeber (siehe auch S. 388), der 132. DÄT wird 2028 in den Norden nach Kiel wandern. Doch zuvor mögen die zahlreichen Beschlüsse aus Hannover, so hoffen die DÄT-Teilnehmenden inständig, in den Ländern und in der Politik ihre Wirkung entfalten.

Peter Böhnel



Unterstützt vom Vorstand der Bundesärztekammer prangerten Medizinstudentinnen Machtmissbrauch durch DÄT-Teilnehmer an.

alle Fotos: Peter Böhnel



Suchtmedizin: Rufe nach radikalen Reformen

Ärztetag fordert mehr Prävention, bessere Versorgung und klare Regeln

Der Tagesordnungspunkt „Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung“ bildete dieses Jahr den fachlichen Schwerpunkt des Ärztetages. Dabei hagelte es fundamentale Kritik am Status quo. Die Referenten und Delegierten lieferten aber auch eine ganze Reihe konkreter Verbesserungsvorschläge. Auch mit hessischer Unterstützung. Jetzt sind die politischen Entscheider gefordert.

In das Tagesthema führte BÄK-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt ein. Es folgten drei Vorträge, ein Impulsreferat von Prof. Dr. med. Hendrik Streeck sowie Fachvorträge von Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum (Essen) und Dr. med. Katharina Schoett (Mühlhausen).

Streeck: der Impuls zur radikalen Neuausrichtung des Gesundheitswesens

Politikern wird oft nachgesagt, dass sie gerne um den heißen Brei herumreden. Nach der Eröffnungsrede der Gesundheitsministerin am Vortag, die viele Teilnehmende als schwach empfanden, konnte der Impulsvortrag des Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesregierung Hendrik Streeck dieses Vorurteil entkräften. Er fand klare Worte und ließ mehr den Mediziner als den Politiker erkennen. Als Rahmen und Einstieg wählte Streeck ein konkretes Fallbeispiel, die Dietrich-Bonhoeffer-Klinik im niedersächsischen Ahlhorn. Die Einrichtung hält 60 Plätze für Kinder und Jugendliche vor, die gleichzeitig an Suchterkrankungen und psychischen Störungen leiden – was bei schwer betroffenen Jugendlichen eher die Regel als die Ausnahme sei, so Streeck. Bundesweit stünden dafür nur rund 85 stationäre Plätze zur Verfügung. Doch die Klinik soll Ende Juni schließen. Dann blieben noch 25 übrig. Fünfundzwanzig. Für ganz Deutschland. Dabei gehe es nicht um eine das System überfordernde Summe, sondern nur um 200 Euro, die pro Patient und Tag fehlten.



Fotos: Peter Böhnkel

„Es gibt selten ein zu früh, aber sehr leicht ein zu spät“: Prof. Dr. med. Hendrik Streeck, Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesregierung.

Für Streeck steht der Fall der Klinikschließung exemplarisch für ein Gesundheitswesen, das den späten Schaden besser finanziere als die frühe Hilfe und komplexe Fälle zwischen den Systemen hindurchfallen lasse.

Einen Schwerpunkt legte er auf Prävention und Jugendschutz. Eigenverantwortung junger Menschen entstehe aus Wissen und Können. Prävention dürfe nicht vom Engagement einzelner Lehrkräfte oder von befristeten Projekten abhängen, sondern müsse altersgerecht, wiederholend und praktisch verankert werden – als Lebenskompetenzförderung statt als moralischer Zeigefinger. Im digitalen Raum brauche es verlässliche Altersverifikation und Voreinstellungen, die Kinder auch vor dem manipulativen „Addiction Design“ mancher Angebote schützten.

Beim Thema Cannabis warnte Streeck vor verschobenen Normalitätsgrenzen, wenn der Konsum früh beginne und Cannabis im häuslichen Umfeld allgegenwärtig werde. Der Markt für Medizinalcannabis habe sich von der Medizin entkoppelt: Die Importe seien von acht Tonnen (2023) auf

über 200 Tonnen gestiegen, Verschreibungen erfolgten teils mit wenigen Klicks online. Nötig seien daher klare, durchsetzbare Regeln.

Schließlich hob Streeck die Bedeutung der frühen Hilfe hervor: Viele Betroffene kämen nicht aus Gleichgültigkeit zu spät in Behandlung, sondern aus Scham und Angst. Für die Suchtmedizin gelte deshalb der Grundsatz: „Es gibt selten ein zu früh, aber sehr leicht ein zu spät.“ Als Fazit forderte er einen grundlegenden Wechsel: eine präventionszentrierte Neuausrichtung des Gesundheitswesens. Gesundheit müsse vom Menschen her gedacht werden, nicht vom Abrechnungssystem. Das verlange den Mut zu radikalen Veränderungen im Wortsinn, also „an der Wurzel“ und eine Vergütungslogik, die frühes Handeln honoriere.

Scherbaum: die Datenlage

Die epidemiologische Grundlage lieferte Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum (LVR-Universitätsklinik Essen), Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Der Pro-Kopf-Konsum rei-



nen Alkohols liege bei 10,5 Litern jährlich – zwar rückläufig, aber weiter über dem EU-Durchschnitt. Rund 2 Mio. Erwachsene seien alkoholabhängig, 1,5 bis 1,9 Mio. medikamentenabhängig. Die Raucherquote der 18- bis 64-Jährigen liege bei 33,7%. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten bezifferte er für Alkohol auf rund 57 Milliarden Euro jährlich (Steuereinnahmen: gut 3 Milliarden), für Nikotin auf rund 97 Milliarden Euro (Tabaksteuer: knapp 16 Milliarden). Dass Verhältnisprävention wirkt, zeigte er am Beispiel Tabak: Der Anteil der Nie-Raucher unter den 12- bis 17-Jährigen ist von rund 38 % (1979) auf knapp 83 % (2023) gestiegen. Mit der WHO-Strategie SAFER skizzierte er Gegenmaßnahmen, von denen Deutschland aber noch weit entfernt sei. Scherbaum sprach sich grundsätzlich für Einschränkungen der Verfügbarkeit legaler Suchtmittel aus.

Schoett: die Versorgungsrealität

Dr. med. Katharina Schoett (Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen) bedankte sich, dass sich der DÄT nun dieses wichtigen Themas annehme. Sie schilderte die kritische Lage im klinischen Bereich. Die spezialisierten Betten reichten bei Weitem nicht. Allein an ihrem Haus stünden rund 200 Menschen auf der Warteliste. Komorbiditäten seien „die Regel, nicht die Ausnahme“ – etwa 40 % der Alkoholabhängigen litten zugleich an Depressionen, bei Abhängigen von harten Drogen nahezu die Hälfte. Als zentrales, aber gefährdetes Instrument benannte sie die Substitutionstherapie: Die Zahl substituier-



Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum (LVR-Universitätsklinik Essen) ist Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.

render Ärztinnen und Ärzte sinke, ein Großteil sei über 60 Jahre alt – Deutschland steuere hier auf eine Unterversorgung zu.

Aussprache und Beschlüsse

Nach den drei Vorträgen herrschte Konsens, dass es so nicht weitergehen kann. Den Rahmen der teils kontroversen Aussprache setzte der mit großer Mehrheit angenommene Leit Antrag des BÄK-Vorstands (Drs. II-01): Sucht- und Drogenpolitik solle einheitlich an wissenschaftlicher Evidenz und gesundheitlichen Zielen ausgerichtet werden, wirtschaftliche Interessen dürften diesen nicht vorgeordnet werden. Bund, Länder und Kommunen sollten die Suchthilfe strukturell stärken und Abhängigkeitserkrankungen sollen als behandelbare, häufig chronische Erkrankungen anerkannt und damit entstigmatisiert werden. Die Begründung stützt sich dabei übrigens auf eine hessische Arbeit: In einer aktuellen Studie der Universitätsmedizin Frankfurt, erschienen in *The Lancet Regional Health*, kam heraus, dass fast die Hälfte der Befragten den eigenen Konsum verschweigt – aus Sorge vor Stigmatisierung. Erstautor ist Dr. med. Mathias Luderer, Leiter der Suchtmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt und Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen.

Beim Tabak fielen die Forderungen der Delegierten deutlich aus: vollständiges Werbeverbot, deutliche Steuererhöhungen, neutrale Verpackungen, ein Verbot von Aromastoffen in E-Zigaretten sowie kein Verkauf mehr über Automaten und Onlinehandel. Auch hier brachte sich Hessen mit ein: Den angenommenen Antrag für ein Verbot von Einweg-E-Zigaretten („Disposable Vapes“, Drs. II-17) initiierten unter anderem Petra Hummel-Kunhenn (Bad Homburg) und Christiane Hoppe (Frankfurt). Für Alkohol verlangten die Delegierten die Abschaffung des „begleiteten Trinkens“ und die Anhebung des Mindestalters auf 18 Jahre.

Immerhin wurde die geplante Zuckersteuer – auch ein Erfolg des ständigen Drucks seitens der Kammern – allgemein als erster Fortschritt begrüßt. Wobei Erik Boddendieck aus dem BÄK-Vorstand anmerkte, dass eine zweckgebundene Zuckerabgabe (statt -steuer) noch sinnvoller wäre.

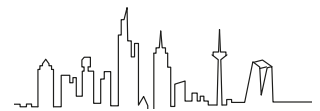


Dr. med. Katharina Schoett, Ökumenisches Hainich Klinikum Mühlhausen, schilderte die kritische Lage im klinischen Bereich.

Kontrovers wurde es bei Cannabis. Mehrheitlich forderte der Ärztetag, die Teillegalisierung zurückzunehmen – gegen den Widerspruch einzelner Delegierter, die ein Verbot für ebenso wirkungslos hielten wie einst die Alkoholprohibition. Beim Medizinalcannabis lehnte der Ärztetag die Verordnung außerhalb eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts ab und nahm kommerzielle Online-Plattformen ins Visier. Die Landesärztekammern sollen berufsrechtliche Verstöße ahnden. Auch hier zählten Hoppe und Hummel-Kunhenn zu den Antragstellern. An weiteren Anträgen wirkten mit Dr. med. Susanne Johna (Drs. II-22) und Dr. med. Klaus J. Doubek (Drs. II-23) zwei weitere Hessen mit.

In der Substitutionstherapie beschloss der Ärztetag Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung opioidabhängiger Menschen mit niedrigschwelligem Zugang und geschützten Arbeitsbedingungen. Einen eigenen Schwerpunkt bildete die Medienutzung: Gefordert wurde ein Verbot sozialer Medien für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre samt schärferer Pflichten der Plattformbetreiber gegen suchtfördernde Algorithmen und schädliche Inhalte. Der von Streeck geschilderte Fall der bedrohten Bonhoeffer-Klinik schlug sich auch in einem Beschluss nieder: Mit Blick auf eine „existenzbedrohte Fachklinik“ forderten die Delegierten, die strukturelle Unterfinanzierung der stationären Suchtmedizin im Kindes- und Jugendalter zu beenden (Drs. II-24).

Peter Böhnel



Vorgeschmack auf Wiesbaden

Die LÄKH warb in Hannover für den „historisch-herrlich-hessischen“ DÄT 2027

Nächstes Jahr findet der Deutsche Ärztetag (DÄT) in Wiesbaden statt. Als Gastgeberin des nächsten DÄTs bot die Landesärztkammer Hessen dieses Jahr in Hannover an ihrem Messestand einen kleinen Vorgeschmack auf das, was die Delegierten und Gäste vom 4. bis 7. Mai 2027 in der hessischen Landeshauptstadt erwartet.

Wussten Sie schon ...

... dass der erste Deutsche Ärztetag ebenfalls in Wiesbaden stattgefunden hatte?

Wissen Sie auch, in welchem Jahr das war?

- a) 1891
- b) 1873
- c) 1896
- d) 1887

(Lösung auf Seite 434)

Wiesbaden 2027 – der Ärztetag der kurzen Wege

Die Besucherinnen und Besucher des 131. Deutschen Ärztetags können sich auf ein vielseitiges Rahmenprogramm freuen. Moderne Kunstausstellung, historische Kinovorstellung, Gesellschaftsabend im prächtigen Wiesbadener Kurhaus oder doch lieber Karikaturen mit einem bisschen schwarzen Humor – hier ist für jeden etwas dabei!

Die Tourist Information der Stadt Wiesbaden stärkte uns am Stand den Rücken: Andrea Grzeschik informierte zu den Sehenswürdigkeiten unserer Landeshauptstadt.

Mehr als nur gesundheitspolitische Debatten

Obwohl die Gesundheitspolitik auf dem Ärztetag im Fokus stand, ging es natürlich

ebenso um den persönlichen Austausch. Unser Stand in Hannover wurde dabei zu einem lebendigen Treffpunkt: Hier fanden sich die Delegierten bei original hessischem Haddekuche, einem Glas Wein oder Ebbelwoi – selbstverständlich auch alkoholfrei – zusammen, kamen ins Gespräch, knüpften Kontakte und genossen die entspannte Atmosphäre.

Schön, dass so viele von Ihnen an unserem Stand vorbeigeschaut haben!

Wir freuen uns schon auf den kommenden Ärztetag – historisch, herrlich und voll hessischer Gastfreundschaft.

Viktoria Jakobs

Mehr Informationen zum Deutschen Ärztetag 2027 in Wiesbaden finden Sie online unter www.daet2027.de/.



Fotos: Peter Böhmel, Viktoria Jakobs, Manuel Maier

Der Messestand komplett aufgebaut mit dem Serviceteam Olaf und Ina Bender sowie Peter Rudhardt. Collage rechte Seite (im Uhrzeigersinn von links oben): Dr. med. Klaus Doubek, Monika Buchalik, Dr. med. Holger Michaelsen; Michael Weidenfeld & Dr. med. Hansjoachim Stürmer; Armin Ehl (Hauptgeschäftsführer Marburger Bund) & LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski; Dr. med. Christoph Polkowski, Doubek & LÄKH-Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark; Prof. Dr. med. Uwe Ebmeyer, Generaloberstabsarzt Dr. med. Ralf Hoffmann & Pinkowski; Dr. med. Peter Zürner; viel Publikum am Messestand; LÄKH-Ehrenpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach mit Milan Kubek (Präsident der tschechischen Ärztkammer) & MUDr. Juraj Bena; Präsident Pinkowski mit BÄK-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt sowie Dr. von Knoblauch zu Hatzbach mit Prof. Dr. med. Volker Harth.





„Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung“

Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten zum Auftakt des 130. DÄT

Nichts Geringerem als der „Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung“ widmete sich das Dialogforum der Bundesärztekammer (BÄK) für junge Ärztinnen und Ärzte zum Auftakt des 130. Deutschen Ärztetages.

Dieses Forum, das als Dialog junger Ärztinnen und Ärzte mit der BÄK gedacht ist und damit den Deutschen Ärztetag Kolleginnen und Kollegen näherbringen soll, die (noch) keine Ärztekammer-Delegierten sind, erfreute sich auch in diesem Jahr hohen Andrangs und großen Interesses. Die Schirmherrschaft übernahmen – wie bereits in den Vorjahren – Dr. med. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der BÄK, und Dr. med. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg.

Plädoyer für mehr Teilhabe

Lundershausen eröffnete das Forum mit einem Appell an die Kostbarkeit der ärztlichen Selbstverwaltung – hatte sie selbst als ehemalige DDR-Bürgerin eine zentrale gesetzliche Steuerung ohne ebendiese Möglichkeiten erlebt. Sie appellierte, die Partizipation in der Selbstverwaltung zu erhöhen und insbesondere den Frauenanteil sowie den Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit Migrationsgeschichte in Ämtern der Selbstverwaltung zu fördern. Schließlich werden aktuell nur zwei von 17 Ärztekammern von Präsidentinnen geleitet; die Repräsentation von Ärztinnen und Ärzten mit Migrationsgeschichte erscheint ähnlich gering.

Eine der Ärztekammer-Präsidentinnen ist die Gastgeberin des diesjährigen Ärztetages, Dr. med. Marion Renneberg. Mit warmen Worten sprach sie sich für ein Zukunftsbewusstsein aus. Es sei wichtig, Gremienarbeit schmackhaft zu machen, auf die Erwartungen von Kolleginnen und Kollegen konkret einzugehen und nicht nur den erfahrenen Modus operandi der Kammerarbeit fortzuführen. Insbesondere in der Zeit der Weiterbildung und nach

Abschluss der fachärztlichen Prüfung stellten sich viele Hürden gleichzeitig: etwa hohe Arbeitsbelastung, Familiengründung, Hausbau oder Weichenstellungen für Niederlassung oder Klinikkarriere. Sie motivierte dazu, den heutigen Dialog kontinuierlich über die Grenzen des Deutschen Ärztetages hinaus weiterzutragen. Emami fasste die Spannung zwischen demographischem Wandel und der Einbindung jüngerer Ärztinnen und Ärzte pragmatisch zusammen: „Wer übernimmt den Laden?“ Ein Erwartungsabgleich an die ärztliche Selbstverwaltung wäre ein guter Kick-off-Point – dem widmete sich im Folgenden das Forum.

Selbstverwaltung zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Zuvor lieferte Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, eine juristische Einordnung. Sachbezogen erklärte er die Termini und Grundlagen der ärztlichen Selbstverwaltung und betonte dabei auch die zwischenzeitlich eingeschränkteren, aber wichtigen Gestaltungsspielräume der ärztlichen Selbstverwaltung nebst gesetzlich festgelegten Strukturen. Ebenfalls hob er die Besonderheit einer berufsständischen Altersversorgung hervor.

Nach dieser Grundlageneinordnung startete der Dialog mit Theresa Buuck, Vorsitzende des Ausschusses für junge Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Voll Engagement sprach sie aus, was die ein oder andere Teilnehmerin des Forums ebenfalls kennen. „Viele jüngere Kolleginnen (...) haben die Selbstverwaltung bisher nicht als einen Ort erlebt, der sie selbstverständlich mitmeint. Eher als etwas, das weit weg ist. Formal. Zeitintensiv. Nicht immer leicht zugänglich. Mit Sitzungslogiken, Sprachcodes und Kulturformen, die nicht gerade einladend wirken. (...) Aber es ist ein strukturelles Problem.“

Buuck sprach sich für niedrigschwellige Angebote der Ärztekammern aus, beispielsweise Grillabende kombiniert mit

berufspolitischen Themenabenden. Häufig sei nicht mangelndes Interesse die entscheidende Hürde für Engagement, sondern die fehlende Vereinbarkeit mit Beruf und Familie. Dazu kämen Kulturfragen, wie etwa das Gefühl, sich zunächst „bewähren“ zu müssen, bevor man sprechen dürfe. Das Ziel moderner Selbstverwaltung sei in ihren Augen vor allem Gegennähe.

Wunsch nach moderner und offener Kammerarbeit

Diesen Impuls ergänzte Andrej Weissenberger, Arzt in Weiterbildung für Pädiatrie. Es sei ärztliche Aufgabe, Probleme rechtzeitig zu erkennen und zu lösen. Auf den ersten Blick wirke die ärztliche Selbstverwaltung mit ihren komplizierten Abläufen und undurchsichtigen Regeln wie das Gegenteil dieses Berufsverständnisses. Der Wunsch nach Beteiligung fordere eine doppelte Bringschuld – mitmachen, nicht nur zusehen sei gefordert. Zugang müsste also gefördert werden.

Dabei sei zu beachten, dass junge Ärztinnen und Ärzte in der Regel keine eigenen Sekretariate oder private Strukturen hätten, die sämtliche Care-Arbeit übernehmen. „Wir haben Familien, Hobbys und ein Verständnis für Selbstfürsorge, das unsere jahrzehntelange ärztliche Tätigkeit nachhaltig unterstützen sollte. Wenn man dies berücksichtigen möchte, liegt offen: Wir brauchen digitale, flexible Formate sowie Kommunikation in den Räumen, in denen wir uns tatsächlich bewegen, unter anderem den sozialen Netzwerken. Weiterbildung ist das Herzstück unserer Kammerarbeit, welches wir verteidigen sollten, insbesondere gegenüber zunehmenden wirtschaftlichen Erfordernissen.“

Jana Pannenbäcker, Co-Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, ergänzte, man dürfe die eigene Rolle als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Kammerarbeit nicht unterschätzen. Mentoringprogramme könnten helfen, die Partizipation in den Kammergremien zu fördern.



Fotos: Peter Böhnel



Die Diskussion auf dem Podium endete mit einer Beteiligung des Publikums im Fish-Bowl-Format.

Dr. med. Felix Lüdeke, Geschäftsführer der Arztammer Hamburg, hält auch das Außenbild der Kammern für entscheidend. Solange die Kammer als reiner Verwaltungsapparat gesehen werde, welcher im Zweifelsfall pro Kontaktpunkt einen Gebührenbescheid veranlasse, sei der Anreiz gering, sich in Formaten zu engagieren. Die Kammer sollte dagegen als Gesamterlebnis kreiert und präsentiert werden.

Fish-Bowl-Diskussion und World-Café

In der anschließenden Fish-Bowl-Diskussion vereinte vor allem ein Interesse die Kolleginnen und Kollegen, davon alle in der Facharztweiterbildung: der Wunsch nach Veränderung. Diese Wünsche wurden im anschließenden World-Café weitergetragen, wo in Kleingruppen Vorschläge für eine bessere Zukunftsförderung der Kammern gesammelt wurden. Genannt wurden Best-Practice-Beispiele wie „Kittel meets Kammer“ aus Hamburg oder das Begrüßen neuer Kammermitglieder mit gemeinsamem Vortragen des Genfer Gelöbnisses in der Ärztekammer Nordrhein. Ebenso hervorgehoben wurden der Wunsch nach einer bundesweiten Vernetzung junger Kammern sowie Konzepte, wie mehr junge Ärztinnen und Ärzte in Ausschüsse und Kammerversammlungen eingebunden werden könnten. Zusätzlich wurde Unterstützung seitens der Kammern bei Freistellungen durch Arbeitgeber angeregt.

Zu den niedrigschwelligen Angeboten könnten (teil-)öffentliche Ausschussit-

zungen und Kammerversammlungen gehören, regelmäßige Netzwerktreffen und interaktive Veranstaltungen. Diversität in den Gremienbesetzungen müsse aktiv gefördert werden. Amtszeitbegrenzungen sowie Altersgrenzen für bestimmte Themen, zum Beispiel Nachwuchs- oder Weiterbildungsgremien, wurden diskutiert. Ähnlich wie in medizinischen Leitungspositionen könne auch das Topsharing in Kammerspitzen eine Rolle spielen. Die digitalen Möglichkeiten sollten ausgebaut werden, beispielsweise durch Kammer-Apps – oder regelmäßig bespielte Social Media-Accounts.

Als Gesamtbild sollte sichtbar werden: Kammerarbeit macht Spaß. Auch das Image der Kammern ließe sich durch einladende Erstkontakte, digitale Mitgliederverwaltung und pragmatische Prozesse bei der Facharztprüfung positiver zeichnen.

Ein persönliches Fazit

Meiner Meinung nach lohnt sich das Engagement für den eigenen Beruf an vielen Stellen, auch wenn es nicht immer direkt messbar scheint. Das geduldige Weiterverfolgen von Themen erzielt nämlich Erfolge und kann politische Aufmerksamkeit auf die für uns wichtigen Themen lenken. Es spricht aus meiner Sicht vieles dafür, den Zugang zum Engagement in den Ärztekammern noch niedrigschwelliger zu gestalten. Ziel sollte sein, dass viele unterschiedliche Stimmen gehört und repräsentiert werden. Dadurch entsteht ein lebendiger Diskurs, der gegenwärtige Besonderheiten und Strukturen abbildet und

sich stetig erneuert. Selbstverständlich sind die Kammern auch Verwaltungsorgane. Es wäre jedoch schade, wenn sie in der Öffentlichkeit allein darauf reduziert würden. Gerade weil in den Ärztekammern vielfältige Projekte laufen, ist es wichtig, dass diese lebendig bleiben, dass Engagement auch über die eigenen Kammermedien hinaus sichtbar wird und Offenheit für Mitarbeit besteht.

Für junge Ärztinnen und Ärzte – oder auch ebendiese, die bisher kein Engagement in der Selbstverwaltung eingebracht haben – können formelle Strukturen, implizite Verhaltenskodizes und Veranstaltungskalender zunächst abschreckend wirken. Es würde helfen, bereits Studierenden die Projekte der Ärztekammern näherzubringen, Gastteilnahmen an Delegiertenversammlungen zu fördern oder freiwillige Mitgliedschaften zu ermöglichen.

Satzungen, Geschäftsordnungen und Legislaturperioden haben ihre Rolle als Säulen eines demokratischen Organs. Doch auch diese dürfen mitwachsen, dürfen ihre Flexibilität und zeitgemäße Struktur an die Bedürfnisse des 21. Jahrhunderts anpassen. Die Leidenschaft engagierter Kolleginnen und Kollegen möchte nicht fünf Jahre warten, bis die nächste Wahl ansteht. Als Ärztinnen und Ärzte sind wir akute Maßnahmen gewöhnt. Ähnlichen Einsatz wollen wir auch in der Berufspolitik zeigen. Wir wollen gemeinsam unseren Beruf und unser Gesundheitssystem verbessern. Dass dieser Antrieb vorhanden ist, zeigte sich auch im diesjährigen Dialogforum: Die engagierten Menschen sind hier, haben jetzt Interesse – und viele weitere haben am Montagnachmittag keine Dienstbefreiung oder keinen Sonderurlaub erreicht, aber wollen sich ebenfalls engagieren. Wir wollen nur wissen, welche Werkzeuge wir nutzen können. Wir sind bereitwillige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Pauline Graichen
Ärztin in
Weiterbildung für
Innere Medizin,
Frankfurt am Main
E-Mail: graichen@
marburger-bund.de





Zwischen Sparpolitik, Reformdruck und Selbstkritik: Hessische Stimmen zum 130. Deutschen Ärztetag

Wie in jedem Jahr hat das Hessische Ärzteblatt hessische Delegierte sowie Beobachterinnen und Beobachter des Deutschen Ärztetages um ihre Eindrücke gebeten. Noch nie erreichten die Redaktion so viele und so ausführliche Rückmeldungen wie nach dem 130. Deutschen Ärztetag in Hannover. Die Antworten zeigen eine Ärzteschaft zwischen wachsender Frustration über die Gesundheitspolitik, intensiven Debatten über Weiterbildung und Prävention – und großer Betroffenheit über die Diskussion zu Machtmissbrauch und sexualisierter Gewalt.

Nachfolgend veröffentlichen wir eine redaktionell gekürzte Auswahl der eingegangenen Beiträge. Alle Antworten finden Sie vollständig in der Online-Ausgabe der Ausgabe 7/8 2026 unter: www.laekh.de

Wie bewerten Sie die Rede der Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU)? Hat sie die derzeit drängenden Themen der Gesundheitspolitik überzeugend adressiert? Wo sehen Sie Fortschritte – und wo weiterhin offene Baustellen?

Dr. med. Klaus Doubek (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Die Rede von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken – auf mich kühl und distanziert wirkend – hatte durchaus die richtigen Überschriften – aber im Gesundheitswesen reicht es inzwischen nicht mehr, Probleme nur treffend zu beschreiben. Die Versorgung – ambulant und stationär – steht vielerorts unter massivem Druck, und viele Kolleginnen und Kollegen erwarten mittlerweile weniger Ankündi-

gungen – das kennen wir noch von KL – und mehr konkrete Entlastung.

Gerade beim geplanten GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz hatte ich schon den Eindruck, dass erneut sehr stark aus ministerieller Perspektive gedacht und ganz schnell im Alleingang agiert wird – weniger aus Sicht der Versorgung vor Ort. Wenn man die ambulante Versorgung wirklich stärken will, dann braucht es nicht noch mehr Regulierung, Steuerung und Dokumentationspflichten, sondern mehr Vertrauen in die ärztliche Selbstverwaltung und bessere und finanziell auskömmliche Rahmenbedingungen für Praxen.

Man merkt inzwischen vielerorts eine gewisse Reformmüdigkeit. Die Praxen arbeiten am Limit, gleichzeitig werden ständig neue Erwartungen formuliert. Das passt nicht zusammen. Wer möchte, dass junge Ärztinnen und Ärzte sich niederlassen, muss ihnen endlich das Gefühl geben, dass sie Medizin machen dürfen – und nicht primär Verwaltungsarbeit, Stichwort mehr Vertrauenskultur.

Positiv fand ich immerhin, dass Themen wie Bürokratieabbau, Fachkräftemangel und Versorgungssicherheit überhaupt klar benannt wurden. Aber zwischen Problembeschreibung und echter Strukturverbesserung liegt noch eine ziemlich große Strecke.

Yvonne Jäger (Liste Marburger Bund):

Der 130. Deutsche Ärztetag warnt eindringlich vor der Überlastung des Gesundheitssystems und legt konkrete Lösungen auf den Tisch: Digitalisierung, Primärver-

sorgung, Krankenhausreform, Bürokratieabbau. Die politische Antwort von Frau Warken wirkt dagegen erstaunlich schlicht: Sparen nach dem Rasenmäherprinzip. Dabei ist bekannt: Wer bei Prävention spart, zahlt später doppelt, sowohl medizinisch als auch finanziell.

Besonders irritierend ist, wie konsequent der Sachverstand der Ärzteschaft ignoriert wird. Paradebeispiel: die geplante Verdreifachung der MD-Prüfquoten im sogenannten „Spargesetz“. Das schafft keine Effizienz, sondern produziert vor allem Papier und gebundene Arztzeit. Zeit, die dann bei Patientinnen und Patienten fehlt und den Beitragszahler zusätzlich Geld kostet.

Monika Buchalik

(Liste Ärztinnen Hessen):

Bundesministerin Nina Warken begann ihre Rede mit der Aussage, die Versorgung verbessern zu wollen. Dieser gut gemeinten Absicht steht aber der Entwurf ihres Spargesetzes entgegen. Auch sie kündigt das Inkrafttreten der Neuen GOÄ bis Ende dieser Legislatur an. Zu häufig wurden wir bei Prophezeiungen dieser Art enttäuscht. Somit von realisierbarem Fortschritt keine Spur.

Petra Hummel-Kunhenn

(Liste Die Hausärzte):

Die Rede war uninspiriert und überschattet von Frau Warkens offensichtlichem Wissen darüber, dass die Entscheidungen im Kabinettsentwurf nicht veränderbar sind. Mir persönlich hat sie das Gefühl vermittelt, dass unter den wahrhaft notwendigen Einsparungen und Änderungen im Gesundheitswesen Frau Warken den Ärztinnen und Ärzten und auch den anderen Leistungserbringern, die hier große Einschnitte erleben werden, nicht zuhört und die Hand reichen will oder vielleicht auch nicht darf.

Dr. med. H. Christian Piper

(Liste Marburger Bund):

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hatte für ihre Rede gute Chancen. Sie



Fotos: Peter Böhmel (2), Marburger Bund



Dr. med. Klaus Doubek, Yvonne Jäger, Monika Buchalik (Erste Beisitzerin), v. l.



MUDr. Juraj Bena, Petra Hummel-Kunhenn, Dr. med. Lars Bodammer, v. l.

hätte der Ärzteschaft als zentralem Leistungsträger der Gesundheitsversorgung vermittelnde Gespräche zum kabinettstragenen Rasenmäherprojekt für die GKV-Kostenreduktion anbieten können. Das hat sie cool, wenn auch immer höflich, zu 100 % ausdrücklich vermieden. Die Bundesregierung steht offenbar vor der Bundestagsbefassung mit dem Rücken zur Wand. Ein saurer Gag für viele Ärzte kam kurz vor dem Schluss: Die neue GOÄ komme sicherlich bis zum Ende der laufenden Wahlperiode, wenn die ministeriellen Fachleute ausgeprüft hätten. Das war bisher für Ende 2026 angekündigt.

Wie beurteilen Sie die Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt? Welche Aussagen oder Forderungen waren aus Ihrer Sicht besonders wichtig?

Monika Buchalik (Liste ÄrztINNEN Hessen):

Der BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt betont zu Recht, dass gute Gesetzgebung nur im Miteinander mit der Ärzteschaft möglich ist. Er fordert die Koordinierung der Inanspruchnahme von Patientinnen und Patienten. Seiner Meinung nach bedarf es einer bedarfsgerechten Steuerung der Ressourcen.

MUDr. Juraj Bena (Liste Marburger Bund):

Ich habe die Rede von Dr. Reinhardt als wichtiges Signal verstanden, dass die notwendigen Reformen im Gesundheitswesen nicht weiter zulasten von Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten gehen dürfen. Besonders bedeutsam war für mich seine klare Kritik an einer einseitigen Sparpolitik und seine Forderung nach einer

fairen, solidarischen Finanzierung sowie nach praxisnahen Reformen.

Aus meiner Sicht muss dabei noch stärker betont werden: Medizin ist keine gewöhnliche Dienstleistung. Ärztliches Handeln braucht Zeit, fachliche Unabhängigkeit und Orientierung am Menschen – nicht primär an ökonomischen Vorgaben. In diesem Sinne war die Rede ein wichtiger Appell, das Gesundheitswesen nicht nur effizienter, sondern vor allem wieder werteorientierter zu gestalten.

Pierre E. Frevert (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Herr Reinhardt hat eine angemessene und klare Rede gehalten. Er hätte besser nach Frau Warken sprechen sollen, um die Sparorgie im Gesundheitswesen zulasten der Versicherten und Leistungserbringer zielgenauer auseinanderzunehmen. Dennoch hat er die wichtigsten Punkte benannt, die da wären: Kürzungen bei den Leistungen für die Versicherten und Kürzungen bei den Leistungserbringern bei gleichzeitiger Forderung nach mehr Leistungen (z. B. Notdienstregelung), das Fehlen der Aussagen zu den teuren versicherungsfremden Leistungen zulasten der GKV, die Konsolidierung des Haushaltes auf dem Rücken der Patienten, Intransparenz beim Bundeszuschuss und Inkaufnahme der Verschlechterung der Versorgung. Gut fand ich, dass er darauf bestand, dass bei der Digitalisierung die Ärzte eingebunden werden und nicht den Kassen erlaubt wird, sich in die Patientensteuerung einzumischen, denn das schaffe bei Patientinnen und Ärzt:innen kein Vertrauen. Neben dem Thema Notfallversorgung, die weiterhin unbefriedigend bleibt, war es wichtig, das Thema Prävention zu betonen, denn da tritt die Partei der Gesundheitsministerin massiv auf die Bremsen.

(...) Weniger folge ich dem Kammerpräsidenten beim Thema GOÄ, auch wenn ich einen Erneuerungsbedarf sehe, denn im Grunde ließen sich die Probleme des GKV-Systems besser lösen, wenn es eine einheitliche Krankenversicherung gäbe, in der alle Einkommensarten berücksichtigt würden und die ihre Leistungen nach dem gesundheitlichen Bedarf und nicht nach Kassenlage bzw. Priorisierung der jeweiligen Regierung orientieren müsste.

Wichtig fand ich, dass er die soziale Schiefelage der Reform, das Fehlen – oder müsste man schon sagen, das bewusste Verhindern der Prävention (siehe CDU-Parteitagbeschluss) – die verquere Digitalisierung und die sog. Reform als Kürzung der Versorgung der Bevölkerung ohne Konzept oder Struktur für die Zukunft entlarvt hat.

Michael Andor (Liste Die Hausärzte):

Die Bezugnahme auf christliche Sozialethik, bestehend aus Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung, ergab eine stabile Grundlage für seine weiteren Ausführungen. Den dezenten Hinweis „... wer mit Ressourcen plant, die gar nicht vorhanden sind ...“ empfand ich im Zusammenhang mit der aktuellen Gesetzgebung (Besetzung von Notfallzentren, ewiger Hausbesuchsdienst ...) richtig erfrischend.

Dr. med. Lars Bodammer (Liste Marburger Bund):

Die wichtigen Punkte und Belange der Ärzteschaft hat Klaus Reinhardt prägnant benannt. Die Forderung, den Beschluss der Reform zu verschieben, damit nachgebessert werden kann, hätte ich gerne noch detaillierter ausgeführt gesehen, damit die Presse und alle nicht mit der Materie vertrauten, unsere Belange besser nachvollziehen können.

Dr. med. Hansjoachim Stürmer (Liste Ältere Ärztinnen und Ärzte):

Präsident Dr. Reinhardt hat auf die Notwendigkeit einer koordinierten Inanspruchnahme im Rahmen der medizinischen Versorgung hingewiesen, weil ohne eigenverantwortliche Grundhaltung und Mitarbeit der Patientenschaft letztlich ein Kollaps des Systems droht. Generell hat er angemahnt, geplante/gewünschte Änderungen – auch hierzu – nicht ideologisch,



sondern unter fachbezogenen Gesichtspunkten zu entwickeln. Die anstehenden politischen Regelungen sind nur ein reines „Spargesetz“ – leider kein sachlicher Fortschritt.

Jutta Willert-Jacob (Die Hausärzte):

Die Rede von Dr. Reinhardt fasste sehr gut die Probleme des neuen Spargesetzes zusammen und zeigt deren Problematik auf. Stellungnahmen zu einem 150 Seiten langen Gesetzentwurf innerhalb 24 h einzufordern, sei nicht vertretbar. Das erweckt den Eindruck, dass eine Meinungsbildung dazu nicht gewünscht ist. GKV-Versicherte zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes heranzuziehen, und versicherungsfremde Leistungen nicht auszugleichen, ist eigentlich gesetzeswidrig, denn die Mitgliederbeiträge der Versicherten sind zweckgebunden. Hier ertete der Bundesfinanzminister Klingbeil scharfe Kritik. Dazu lautete der Vorschlag von Reinhardt einen Bundeszuschuss, der sich transparent und dynamisch an tatsächlichen Kosten versicherungsfremder Leistungen beteiligt, einzuführen. Negativ bewertet wurde auch die Streichung der TSVG-Regelungen. Der BÄK-Präsident sprach hier von einem Affront aller in der Patientenversorgung Tätigen. Die Änderung des Digitalgesetzes mit weitreichenden Zugriffsrechten auf die Daten der elektronischen Patientenakte durch Krankenkassen beurteilte der Präsident als übergriffig. Sein Appell, alle Beteiligten aus der Patientenversorgung an den Tisch zu bringen, und den Bundesfinanzminister hinzuzuziehen, ist sehr gut.

Dr. med. Michael Weidenfeld (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Eine wichtige und klare Rede. Er sieht den Reformbedarf im Gesundheitswesen als

unbestritten. Doch ein reines Spargesetz ersetzt keine nachhaltige Strukturreform. Ein Gesundheitssystem kann dauerhaft nicht funktionieren, wenn politische Leistungsversprechen unbegrenzt ausgeweitet werden, ohne gleichzeitig eine solide Finanzierung sicherzustellen. Die sozialen Sicherungssysteme müssen im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit unseres Landes betrachtet werden. Dr. Reinhardt spricht in seiner Rede die Prinzipien der christlichen Sozialethik an. Es sind die grundlegenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen von Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung.

Die Solidarität ist das Fundament unseres Gesundheitssystems. Sie bedeutet, dass Gesunde für Kranke, Starke für Schwache und Leistungsfähige für Hilfsbedürftige einstehen. Aber Solidarität kann nur dann dauerhaft bestehen, wenn sie als gerecht, nachvollziehbar und belastbar erlebt wird.

Subsidiarität bedeutet: Entscheidungen müssen nah an der Versorgung und nah an den handelnden Akteuren getroffen werden. Konkret heißt das: Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung, Abbau unnötiger administrativer Strukturen und eine Versorgung, die effizienter, praxisnäher und patientenorientierter organisiert ist.

Eigenverantwortung wiederum richtet sich an die Einzelnen. Sie ist mehr als eine finanzielle Beteiligung. Eigenverantwortung bedeutet, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, Prävention ernst zu nehmen und medizinische Leistungen bewusst und angemessen zu nutzen.

Er beschreibt mit Sorge die zunehmende Bürokratisierung und Überregulierung des Gesundheitswesens. Verwaltung, Kontrollmechanismen und immer neue Vor-

schriften binden Ressourcen, die in der Versorgung der Menschen fehlen. (...) Die Versorgungssicherheit der Menschen in Deutschland darf nicht durch kurzfristige Sparpolitik gefährdet werden.

Welche Themen, Debatten oder Anträge auf dem 130. Deutschen Ärztetag waren Ihnen persönlich besonders wichtig?

Dr. med. Susann Trittmacher (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Die Themenkomplexe „ärztliche Weiterbildung“ und „ärztliche Personalbemessung“ sind und waren für mich bedeutsam. Diese beiden Themen berühren wesentlich sowohl die Inhalte als auch die Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung. Beide Themen sind eng miteinander verbunden, denn die chronische Unterbesetzung in der stationären Patientenversorgung stellt nicht nur ein Risiko in der Patientenversorgung dar, sondern höhlt auch die Bereitschaft und Möglichkeit aus, sich Zeit für die Weiterbildung der jungen Kollegen und Kolleginnen zu nehmen und demotiviert diese Kollegen und Kolleginnen.

Dr. med. Detlev Steininger (Liste Die Hausärzte):

Der Bericht der Studierenden über die sexuell übergriffigen Grenzverletzungen durch männliche Kollegen im Rahmen der Veranstaltungen des Ärztetages in Hannover hat mich sehr erschüttert. (...) Dass Kollegen, die in einer besonderen Verantwortung für die gesamte deutsche Ärzteschaft auf dem Ärztetag zusammenkommen, sich in Wort und Handlung sexuell übergriffig weiblichen Studierenden gegenüber verhalten, ist beschämend. Machtmissbrauch und sexuell übergriffiges Verhalten ist auch im Bereich unserer hessischen Ärztekammer zu vermuten und da sind wir alle gefordert, hinzusehen und öffentlich zu machen, wo uns solch ein Verhalten begegnet oder zugetragen wird. Unter den geplanten Tagesordnungspunkten war mir das Thema Weiterbildung besonders wichtig. (...) Dieser ganze Tag Weiterbildung hat mir klar gemacht, dass die Ärzteschaft hier eine „Großbaustelle hat mit eigentlich veralteten Bauplänen“. Es ist dringend geboten,



Dr. med. Michael Weidenfeld, Michael Andor, Dr. med. Susan Trittmacher, v. l.

Weiterbildung neu zu denken: Welche Pfade braucht ein Weiterzubildender/einen Weiterzubildende organisatorisch und inhaltlich – und ich würde zuerst die zeitliche Dauer „Mindestweiterbildungszeit“ zur Seite stellen – um den Anforderungen im Umgang mit Patienten stationär und ambulant gerecht zu werden!

Dr. med. Barbara Jaeger (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Das Schwerpunktthema Sucht war sehr wichtig. Durch die Stigmatisierung der Patientengruppe wird diesem Thema sonst wenig Aufmerksamkeit gewidmet, obwohl sehr viele Kosten dadurch im Gesundheitssystem entstehen. (...)

Wichtig fand ich auch die Vielfalt der Diskussion zu Fragen der Gesundheits-, Sozial- und ärztlichen Berufspolitik. Es ging um Resilienz, Bevölkerungsschutz im Pandemie-, Katastrophen- und Kriegsfall, Digitalisierung, Machtmissbrauch, Psychotherapie, Menschenrechte, Klima und Gesundheit, Reproduktionsmedizin und vieles mehr.

Auch Signale zur Verbesserung der kindlichen Gesundheit mit Forderung nach Tempolimit 30 km/h in Städten wurden möglich. Der DÄT gibt uns die Möglichkeit zum Austausch zu diesen wichtigen Themen.

Dr. med. Jörg Focke (Liste Marburger Bund):

Der diesjährige Ärztetag hatte viele sehr wichtige Themen und Anträge. Die Beratung über die Musterweiterbildungsordnung und über die grundsätzliche Zukunft der ärztlichen Weiterbildung war leider zu kurz, und es stellt sich die Frage, wie es weitergeht.

Die Debatten und Anträge zur Gesundheitsreform und dem GKV-Spargesetz waren wichtig und haben Zeichen gesetzt. Die Debatte und die Anträge über sexualisierten Machtmissbrauch waren sehr wichtig. Der nächste Ärztetag wird sich diesem Thema nun mit einem eigenen Tagesordnungspunkt widmen, und das ist gut so!

Am Montag vor dem Ärztetag fand wie jedes Jahr das Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte statt. Das diesjährige Motto lautete: „Einfach machen. Selbstverwaltung der Zukunft.“ Auch das war ein sehr



Dr. med. Barbara Jaeger, Dr. med. Dr. med./Univ.Belgrad Eva See, Dr. med. Nils Lenz, v. l.

wichtiger Termin. Warum? Weil das Dialogforum gezeigt hat, dass der Wunsch, sich einzubringen, groß und nicht klein ist. Es gilt jedoch, Transparenz und Strukturen zu schaffen, die es letztendlich allen ermöglichen, sich aktiv zu beteiligen.

Dr. med. Dr. med. univ. (UBFM/Belgrad) Eva See (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Mir waren insbesondere Themen wichtig, die Verantwortung, Schutz und Zukunftsfähigkeit unseres Berufs betreffen. Dazu gehörten die Debatten über Ökonomisierung (siehe z. B. unser Antrag Ic-71), Machtstrukturen, Machtmissbrauch, sexualisierte Gewalt und Diskriminierung im Gesundheitswesen sowie die klare berufsethische Positionierung gegen Antisemitismus. Der hierzu aus organisatorischen Gründen an den Vorstand überwiesene Antrag zur Einrichtung einer bundesweiten Ansprechstruktur und zu verbindlichen Bildungsangeboten setzt ein wichtiges Zeichen, denn Antisemitismus ist mit dem ärztlichen Berufsethos unvereinbar (Antrag Ic-139).

Als angehende Radiologin war es mir außerdem ein Anliegen, mich für die Verbesserung der radiologischen Weiterbildung einzusetzen. Eine bundesweit einheitliche Anrechenbarkeit von Weiterbildungszeiten in den Schwerpunkten des Gebiets Radiologie auf die Facharztweiterbildung Radiologie stärkt die Qualität der Weiterbildung, erleichtert ÄiW-Einblicke in Spezialisierungen und kann helfen, dem Nachwuchsmangel entgegenzuwirken: in der Kinderradiologie bei ohnehin lückenhafter Versorgung von Kindern sowie in der Neuroradiologie, die etwa mit Thrombektomien in der Schlaganfallbehandlung in einer alternden Bevölkerung zunehmend an Bedeutung gewinnt (Antrag IVc-41).

Dr. med. Nils Lenz (Liste Marburger Bund):

Besonders wichtig waren mir die Beschlüsse zur verbindlichen Einführung von Reanimationsunterricht an Schulen und Steigerung der Laienreanimationsquote sowie die verbindliche bundesweite Einführung und Finanzierung App-gestützter Ersthelfer-Alarmierungssysteme. Diese beiden Beschlüsse setzen ein starkes Signal zur Verbesserung der Notfallversorgung und zur Stärkung der Laienreanimation in Deutschland.

Pierre E. Frevert (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Die Debatten zum Thema Prävention. Besonders wichtig fand ich, dass neben dem allgemeinen Antrag des Vorstandes auch Anträge diskutiert und beschlossen wurden, die sich zur Gesundheit der Kinder und ihrer Lebenswelt (Verkehr, Ernährung, Bewegung etc.) als wichtigster Pfeiler der Prävention positionierten. Was die Weiterbildung angeht, fand ich die Vorträge von Herrn Gehle und Herrn Herrmann sehr anregend. Der Blick in die Zukunft und über den deutschen Tellerand hinaus bot eine klare Orientierung, wie es mit der Weiterbildung in Zukunft weitergehen soll. Hier konnte ich sehen, dass sich der Vorstand im Vorfeld mit den Fachgesellschaften viel Mühe gegeben hat, gangbare Kompromisse zu ventilieren.

Die Vorträge und die Debatte zur Sucht und Suchtprävalenz fand ich sehr angemessen und wichtig. Aber am bewegendsten war für mich die Debatte über Machtmissbrauch und speziell zu sexualisierter Gewalt am Freitag. Eingeleitet durch vier Medizinstudentinnen, die während des laufenden Ärztetages (sic!) anzügliche Bemerkungen und sexualisierte

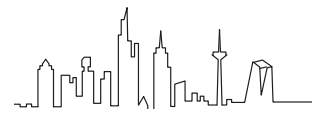


Foto: privat

Pierre Frevert, Dr. med. Christine Hidas, Dr. med. Detlev Steininger, v. l.

Übergriffe durch Tagungsteilnehmer erlitten hatten und dies vor dem Auditorium mutig bekannt gaben, wurde eine sehr emotionale, aber längst überfällige Debatte angestoßen, die das Thema als Dauerthema vor allem für Frauen auf die Agenda brachte. Dafür bin ich diesen jungen Kolleginnen sehr dankbar und ich hoffe, dass das der zitierte Ausruf „die Scham muss die Seite wechseln“ nachhaltig wirken möge. Bedauert habe ich, dass die Dringlichkeit des Themas Klima und Gesundheit mehr vor als im Saal adressiert wurde, auch wenn einige Anträge hierzu verabschiedet worden sind. Positiv ist in dieser Hinsicht, dass die Bundesärztekammer transparent dargestellt hat, wie sie den Beschluss der Abgeordneten zur CO₂-Reduzierung und Klimaneutralität bis 2030 konsequent und sehr erfolgreich umsetzt und sich dem gesteckten Ziel nähert. Davon ist unsere hessische Ärztekammer meilenweit entfernt, die sich das gleiche Ziel gesetzt hat. Wir in Hessen sollten uns an der Bundesärztekammer ein Beispiel nehmen.

Dr. med. Christine Hidas (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Das GKV-Spargesetz ist aufgrund der weitreichenden Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten, die Ärztinnen und Ärzte auch hinsichtlich Finanzierung von Weiterbildung sowie den Gang in die Niederlassung in diesem Jahr sicher ein sehr wichtiges Thema.

Die Weiterentwicklung der Weiterbildung ist in jedem Jahr wichtig, unsere jungen Kolleginnen und Kollegen wünschen sich bürokratiefreie, kammergrenzend überschreitende flexible Möglichkeiten, hier sind aus meiner Sicht nicht die möglichst rasche „Abarbeitung“ der Weiterbildungszeit vorrangig, sondern familienfreundli-

che und ressourcenschonende Arbeitsbedingungen – müssen sie doch den Beruf möglicherweise bis zum Alter von 70 Jahren ausüben.

Für mich persönlich war das Thema Antisemitismus im Gesundheitswesen schon im Vorfeld des Ärztetages sehr wichtig, der Verein Ärztinnen und Ärzte gegen Antisemitismus hatte einen Stand, dieser war gut besucht, es gab erfreulicherweise viel Zuspruch und Unterstützung dafür. (...)

Michael Andor (Liste Die Hausärzte):

Für mich persönlich war die Berufsordnung besonders wichtig. Auch wenn im Moment unspektakulär, sie gibt die Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung mit vor: Der Arztberuf muss weiterhin persönlich ausgeübt werden, selbst Telemedizin muss an einen realen Praxis-sitz (= und Verantwortung) gebunden sein. Externe Personen dürfen nicht am Praxisgewinn beteiligt werden.

Das Schwerpunktthema des diesjährigen Ärztetages lautet „Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung“. Welche Aspekte der Diskussion halten Sie für besonders relevant für den ärztlichen Alltag?

Dr. med. Christine Hidas (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Als Oberärztin in einer Notaufnahme eines Maximalversorgers haben wir häufig mit Patienten zu tun, die mit Intoxikationen mit Alkohol und/oder Drogen eingeliefert werden, manche verwahrlost, mit Wunden und Infektionen. Es ist für uns alle eine Herausforderung, sie zu betreuen, häufig, weil sie nicht kooperieren wollen, aggressiv werden, nicht verstehen, warum sie behandelt werden müssen. Wenn sie

die Notaufnahme wieder verlassen können, gibt es keine Möglichkeiten für uns, sie direkt weiterzuleiten, z. B. akut in eine Suchtklinik, wenn jemand doch zu einem Alkoholzug bereit ist. Außer frische Kleider, die wir aushändigen können aus unserer Kleiderkammer, können wir kaum unterstützen. Das macht betroffen, zumal diese PatientInnen häufig wiederkommen mit immer denselben Problemen.

Dr. med. Detlev Steininger

(Liste Die Hausärzte):

Beeindruckt hat mich der Vortrag von Frau Dr. Schoett. Sie hat für eine größere Sensibilität für psychiatrische Krankheiten geworben. Sie hat an vielen Beispielen dargestellt, dass Sucht als eigenständiges Krankheitsbild sehr häufig auch in der Komorbidität mit psychiatrischen Krankheiten auftritt. Mir hat der Schwerpunkt Sucht den Blick auf dieses Thema deutlich geweitet.

MUDr. Juraj Bena

(Liste Marburger Bund):

Besonders relevant für den ärztlichen Alltag ist aus meiner Sicht eine sachliche, medizinisch fundierte Aufklärung über Suchtgefahren – in der ärztlichen Beratung ebenso wie in der breiteren Gesundheitsbildung der Bevölkerung. Prävention ist wichtig, sollte aber nicht vor allem Angst erzeugen oder Lebensrealitäten moralisierend bewerten. Ärztliche Verantwortung heißt für mich, Risiken klar zu benennen, Abhängigkeit früh zu erkennen und Hilfe anzubieten, zugleich aber maßvoll und lebensnah zu bleiben. Nicht jeder gelegentliche Konsum ist bereits Ausdruck einer Suchterkrankung; entscheidend sind Differenzierung, Gesprächsbereitschaft und ein respektvoller Umgang mit den Menschen.

Christiane Hoppe

(Liste ÄrztInnen Hessen):

Mehr Prävention und Aufklärung über die „neuen“ Drogen.

Dr. med. Barbara Jaeger (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Leider gehen Plätze für die Behandlung insbesondere für Kinder laut Herrn Prof. Streek zurück. Durch Beimischen von Geschmacksstoffen (Vapes und e-Zigarette)

wird der Einstieg für Jugendliche erleichtert. Das Design ist ansprechend und wird als Lifestyle vermarktet. Die Märkte sind schneller geworden, unsere Reaktion muss auch schneller werden. Cannabis ist durch die Legalisierung auch für Jugendliche leichter zugänglich geworden. Prävention und Ausbau von Sucht- und Jugendhilfe müssen gestärkt werden. Dr. Scherbaum stellt heraus, dass der Alkoholkonsum von reinem Alkohol in Deutschland hoch ist (10,5 l pro Kopf/Jahr), dahinter folgen Nikotinkonsum von 33,7 % und Medikamentenabhängigkeit, Cannabis ist mit ca. 1 % noch nicht so bedeutend. Das Gesundheitssystem wird durch Alkoholmissbrauch belastet, dieser führt häufig zu Straftaten und sozialen Folgeschäden. Verfügbarkeit von Alkohol ist zu einfach, es gibt eine Trinkkultur, Werbung ist allgegenwärtig, dem muss entgegengetreten werden (Strategie SAFER der WHO). Dr. Schoett betont, dass synthetische Opioide immer potenter und leichter erreichbar (digitaler Markt) werden. (...) Erschreckend finde ich, dass in der Zukunft nicht nur durch Einsparungen im Gesundheitswesen, sondern auch durch fehlendes Personal (altersbedingtes Ausscheiden) die Suchtbehandlung und -prävention trotz Anstieg eher schwieriger wird.

Gefehlt haben mir bei den Vorträgen die Aspekte der nicht-substanzgebundenen Süchte, die in meiner Praxis zunehmen und zu massiven Einschränkungen in der Alltagsbewältigung führen.

Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Sucht kann jede und jeden treffen und es kann geholfen werden.

Dr. med. Jörg Focke (Liste Marburger Bund):

Wir müssen uns in diesen alltäglichen und gesellschaftlichen Diskussionen endlich ehrlich machen und nicht von Verboten und Bevormundung aus der Politik oder der Ärzteschaft sprechen. Ich will mit einem Zitat von Herrn Prof. Streeck verdeutlichen, was ich meine: „Nicht die Prävention ist zu teuer, sondern die Logik des Systems, das den Großteil seines Geldes in die Reparatur von Krankheiten stecke, statt in ihre Vermeidung“.

Petra Hummel-Kunhenn (Liste Die Hausärzte):

Die Erhöhung der Aufmerksamkeit für dieses wichtige und für die meisten von uns unangenehme Thema über alle ärztlichen Professionen hinweg ist dringend notwendig. Es gab wertvolle Informationen insbesondere zu Hilfemöglichkeiten und Unterstützung für die Betroffenen wie auch für uns Ärztinnen und Ärzte.

Der Ärztetag hat sich intensiv mit der Fortentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschäftigt. Wo sehen Sie aktuell den größten Handlungsbedarf in der ärztlichen Weiterbildung?

Dr. med. Susann Trittmacher (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Wegweisende Fortschritte in der Fortentwicklung der MWBO konnte ich nicht erkennen. Es konnten redaktionelle Änderungen und auch zeitliche Anpassungen konsentiert werden. Die inhaltliche Diskussion, wie Weiterbildung in Zukunft gestaltet werden kann und muss, ist nach wie vor von individuellen Beispielen geprägt; diese Zisierung findet sich dann auch in den Anträgen.

Die Kernfragen sind weiterhin offen: Welcher Anteil der Weiterbildung ist notwendigerweise vor Ort an der Weiterbildungsstätte abzuleisten? Wie und ggf. in welchem Umfang können Fallsammlungen, Simulationen, Kursfortbildung etc. integriert werden? Welchen Grad der Flexibilisierung kann die Verbundweiterbildung schaffen? Wir hängen noch sehr im Kleinklein fest.

Dr. med. Christoph Polkowski (Liste Marburger Bund):

Es sollten keine neuen Hürden aufgebaut werden. Anforderungen, die in der Theo-

rie vielleicht sinnvoll erscheinen, in der Praxis aber nicht umsetzbar sind, führen am Ende nur zu Unsicherheiten bei den Weiterzubildenden und zu längeren Weiterbildungszeiten.

Bei den anstehenden Reformen, insbesondere bei der Krankenhausreform, werden die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung bislang meiner Meinung nach zu wenig berücksichtigt. Hier muss die Ärzteschaft den politischen Akteuren klarmachen, welche Auswirkungen dadurch mittel- bis langfristig zu erwarten sind.

Stefanie Minkley (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Die größte Problematik sehe ich hinsichtlich der Qualität der Weiterbildung: Zwischen Personalmangel, Nachtdiensten und steilen Hierarchien leidet eine strukturierte und gründliche Weiterbildung – dass im Logbuch oft Eingriffe oder Kompetenzen abgezeichnet werden, die nicht erlernt wurden, hat eine Abfrage des Publikums beim Dialogforum bestätigt.

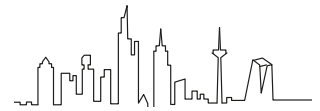
Nötig wären eine Evaluation und Qualitätssicherung der Weiterbildungsbefugten – und natürlich endlich auch die Vergütung von Weiterbildung im stationären Bereich. Auch hier spielt Machtmissbrauch eine große Rolle bei befristeten Verträgen und Abhängigkeit vom Weiterbildungsbefugten.

Dr. med. Nils Lenz (Liste Marburger Bund):

Aktuell sehe ich den größten Handlungsbedarf in der ärztlichen Weiterbildung im Bereich der Digitalisierung und Telemedizin. Es ist wichtig, dass angehende Ärztinnen und Ärzte auf die neuen Entwicklungen und Technologien vorbereitet werden.



Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci; Christiane Hoppe, Dr. med. Hansjoachim Stürmer, v. l.



**Dr. med. Hansjoachim Stürmer
(Liste Ältere Ärztinnen und Ärzte):**

Reine Verkürzung der Weiterbildungszeit ohne Berücksichtigung fachlich erforderlicher Mindestinhalte wäre einerseits kontraproduktiv unter dem Gesichtspunkt sachbezogener Gründlichkeit. Problematisch ist aus meiner Sicht aber immer noch generell die Tatsache föderaler, unter den Bundesländern unterschiedlicher, Regelungen.

**Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci
(Liste Marburger Bund):**

Vielleicht war der langfristig bedeutsamste angenommene Antrag die konsequente Änderung des Wortes „Weiterbildungszeit“ in „Mindestweiterbildungszeit“. Auch wenn das inhaltlich gar nichts ändert, hoffe ich, dass bei einer kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung der untergeordnete Punkt der Zeit als Mindestanforderung verständlicher wird. Und nun weitere Schritte folgen können.

Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Effektive Weiterbildung in disruptiven Zeiten der Gesundheitspolitik. Einbeziehung von zertifizierten Kursen, Delegationen und Verbundweiterbildung als Teile der Weiterbildung. Ehrlichkeit von Weiterbildungszeugnissen und Stichproben.

Welche Beschlüsse oder Diskussionen des Deutschen Ärztetages könnten aus Ihrer Sicht besondere Auswirkungen auf Hessen beziehungsweise die hessische Ärzteschaft haben?

Dr. med. Christine Hidas (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Die Diskussion um den Machtmissbrauch: Hier bewundere ich den Mut, den die Stu-

dentinnen aufgebracht haben, in so klaren und kurzen Sätzen das zu beschreiben, was schon lange hätte gesagt werden müssen. Der Ärztinnenbund hat bereits im Vorfeld des Ärztetages dieses Thema aufgegriffen (in vorherigen Ärztetagen wurden Anträge dazu mit „Nichtbefassung“ abgestimmt!), ebenso hat der Marburger Bund die Studie darüber kurz vor dem Ärztetag veröffentlicht.

Es ist an der Zeit, diese Missstände zu benennen bzw. den Betroffenen beizustehen, wenn sie endlich den Mut aufbringen, von solchen Vorfällen zu berichten – und zwar auf allen Ebenen der Ärzteschaft. Der Respekt, den wir von Patientinnen und Patienten sowie der Gesellschaft erwarten, den müssen wir untereinander scheinbar wieder zum Leben erwecken. Für mich ist es keine Überraschung – in den Ärztinnennetzwerken sprechen wir schon lange darüber, erfahren in persönlichen Gesprächen von Missbrauch vor allem verbal und körperlich den Kolleginnen gegenüber. Wir benötigen eine gemeinsame Anstrengung, unsere Befürsorgten zu schützen und diejenigen zu benennen und zur Rechenschaft ziehen, die Machtmissbrauch und sexualisierte Gewalt anwenden oder auch tolerieren.

**Dr. med. Lars Bodammer
(Liste Marburger Bund):**

Hessen sollte als Flächenland betrachtet werden. Unter diesem Aspekt gehört Hessen zu den Leidtragenden der Gesundheitsreform, da die Kliniken auf dem Land, als auch die ambulante Versorgung die Sparmaßnahmen besonders hart treffen.

Dr. med. Klaus Doubek (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Gerade für Hessen sind die Diskussionen über ambulante Versorgung und Nach-

wuchsgewinnung hochrelevant. Wir haben Ballungsräume mit hoher Verdichtung, gleichzeitig aber auch Regionen, in denen Nachbesetzungen immer schwieriger werden.

Viele hessische Kolleginnen und Kollegen beschäftigt außerdem die Frage, wie sich der zunehmende wirtschaftliche Druck auf kleinere und mittlere Praxen auswirkt. Die Sorge ist schon spürbar, dass inhabergeführte Strukturen langfristig verdrängt werden könnten.

Auch die Krankenhausreform wird in Hessen erhebliche Auswirkungen haben – insbesondere auf die Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulanter Versorgung.

Jutta Willert-Jacob (Liste Die Hausärzte):

Ich erwarte eine Überarbeitung des GKV-BStabG mit soliden Kenntnissen der Realität. Es gilt Vertragsfreiheit zu stärken, Fehlanreize zu beseitigen, Bürokratie abzubauen und Finanzierungsverantwortung klar zuzuordnen. Die Finanzierung von Fremdleistungen durch die GKV-Versicherten muss enden, und die Bürgergeld-Gesundheitskosten müssen vollständig steuerfinanziert werden. Die Aussagen im Koalitionsvertrag müssen umgesetzt werden.

Zentrales Thema ist auch die Patientensteuerung, das Primärarztversorgungssystem soll umgesetzt werden. Die HZV nach § 73b SGBV besteht und läuft bereits als gutes Beispiel. Die Vertragsautonomie muss erhalten bleiben. Die Fixkostendegression muss gestrichen werden. Kostenersparnisse werden schwerpunktmäßig im ambulanten System vorgenommen, jedoch gibt es noch Luft nach oben bei den Pharmakotherapien, den Krankenhäusern und, worüber bisher niemand spricht, den Krankenkassenverwaltungen. Die ePA-Pflicht bringt ab 2026 erheblichen Dokumentationsaufwand und Bürokratiewachstum statt Abbau. Das muss besser werden.

Welche Erwartungen haben Sie für die kommenden Monate an die Gesundheitspolitik der Bundesregierung?

**Dr. med. Sabine Olischläger
(Liste Die Hausärzte):**

Ich erwarte mutige Strukturreformen, die nicht nur kurzfristige Sparmaßnahmen



Dr. med. Sabine Olischläger, Dr. med. Wolf Andreas Fach, Dr. med. Jörg Focke, v. l.

und Kostendämpfung im Blick haben, sondern grundsätzliche Fehlentwicklungen in den Blick nehmen. Ich erwarte ein zügiges Einführen eines Primärarztsystems mit echter Steuerungswirkung. Ich erwarte eine klare Kommunikation der Politik gegenüber der Bevölkerung, an welcher Stelle Umsteuerung stattfinden kann ohne Nachteile für die Gesundheitsversorgung, damit dies nicht immer als Verschlechterung wahrgenommen wird und die Diskussionen nicht in die Arztpraxen verschoben werden. Hierzu hätte ich mir auf dem diesjährigen DÄT mehr Diskussionen gewünscht, was aus Sicht der Ärzteschaft von uns dazu an Ideen eingebracht werden kann.

Michael Andor (Liste Die Hausärzte):

Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen (Entrümpelung der altbekannten Verschiebebahnhöfe), klare Strukturierung durch ein verpflichtendes, echtes Primärarztsystem, die Vergütung von investorengetragenen MVZ darf nicht höher sein als die der Landärzte. Klärung der Finanzierung der Weiterbildung. Hier sehe ich Handlungsbedarf.

Christiane Hoppe (Liste ÄrztInnen Hessen):

Ich würde davon träumen, dass es eine konstruktive Diskussion mit ambulant tätigen KollegInnen gibt. Das nicht einfach nur alles darauf runtergebrochen wird: mehr Arbeit für weniger Geld.

Yvonne Jäger (Liste Marburger Bund):

Mein frommer Wunsch (leider keine echte Erwartung): endlich echte Strukturreformen unter echter Beteiligung der Ärzteschaft! Nicht noch mehr Symbolpolitik, Prüfquoten und Spargesetze, sondern Reformen, die Versorgung tatsächlich verbessern.

Dr. med. Dr. med. univ. (UBFM/Belgrad) Eva See (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Ich erwarte von der Bundesregierung, dass sie die Sorgen der Ärzteschaft bei der aktuellen Umstrukturierung des Gesundheitswesens ernst nimmt. Wenn politisch eine stärkere Ambulantisierung gewollt ist, dann müssen auch die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass inhaber-

geführte Praxen wirtschaftlich tragfähig sind und bleiben und junge Ärztinnen und Ärzte eine realistische Perspektive zur Niederlassung haben, auch in technisch, interventionell und operativ geprägten Fachgebieten. Dazu gehören aus meiner Sicht insbesondere die konsequente Regulierung investorengetragener MVZ, die strukturelle Stärkung inhabergeführter Praxen, verlässliche Investitions- und Finanzierungsbedingungen sowie eine stärkere Förderung der Weiterbildung im ambulanten Bereich.

Stefanie Minkley (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Die Notfallreform muss jetzt endlich aus der Schublade und ins Parlament gebracht werden. Verhältnispräventive Maßnahmen wie das Alkoholverbot für Minderjährige, Verbot von Tabak- und Alkoholwerbung, eine Zuckersteuer/-abgabe und im Gegenzug gerne Steuersenkungen für bspw. Obst und Gemüse, müssen jetzt kommen. Und auch das durch den DÄT empfohlene Social Media-Verbot für unter 16-Jährige sollte eingeführt werden.

Dr. med. Christoph Polkowski (Liste Marburger Bund):

Ich erwarte, dass die Ärzteschaft bezüglich des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes angehört wird. Ob die Reformen, wie vom Präsidenten der Bundesärztekammer gefordert, auf „Hold“ gesetzt oder angepasst werden, bleibt allerdings offen. Ich habe die Sorge, dass aufgrund des „Sparzwangs“ Entscheidungen getroffen werden, die nur sehr schwer wieder umkehrbar sind und dadurch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland haben.

Welche Aspekte haben Sie überrascht?

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci (Liste Marburger Bund):

Freitags besprechen wir traditionsgemäß unter TOP 1c alle Anträge, die nicht unter einen anderen Top fallen – in diesem Jahr ca. 180. Wie wir damit sinnvoll umgehen können, ist seit vielen Jahren ein nicht gelöstes Problem. Diese Anträge werden unter verschiedenen Themen-Überschriften geclustert. Seit dem vergangenen Jahr



Fotos: Lukas Reus, Peter Böhmel



Dr. med. Christoph Polkowski, Jutta Willert-Jacob

können die Abgeordneten durch Auswahl von bis zu zehn Überschriften entscheiden, in welcher Reihenfolge wir die Themen besprechen wollen – eine erste Verbesserung des Vorgehens. In diesem Jahr entschied sich die Mehrheit der Versammlung überraschenderweise direkt zu Beginn des TOPs 1c völlig auf eine Debatte der Themen und der Anträge zu verzichten und nur bei einer Gegenrede zu einem Antrag auch eine Unterstützungsrede zuzulassen. Wirklich überrascht hat mich, dass die Versammlung nach dem Thema „Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung“, das die meiste Zustimmung erhielt (als einziges Thema von über der Hälfte [61%] ausgewählt) und nicht diskutiert wurde, eine Rolle rückwärts machte und die nächsten Themen wieder diskutiert wurden.

Dr. med. Detlev Steininger (Liste Die Hausärzte):

Überrascht hat mich die bis zum Freitagmorgen unsichtbare Präsenz von Machtmissbrauch, sexueller Belästigung und sexueller Übergriffigkeit auf einem Deutschen Ärztetag. Damit hatte ich nicht gerechnet.

Frustriert und negativ überrascht war ich von der Flut der Anträge unter 1c – berufspolitische Anträge und dem teilweise hilflosen Versuch, diese Flut inhaltlich und zeitlich am letzten Sitzungstag zu bewältigen. Da braucht es neue Ideen, wenn wir zukünftig mit den Inhalten und der kritischen Auseinandersetzung mit diesen glaubwürdig bleiben wollen.

Dr. med. Jörg Focke (Liste Marburger Bund):

Dass wir ein wirklich sehr gutes Dialogforum junge Ärztinnen und Ärzte durchfüh-



Dr. med. H. Christian Piper, Stefanie Minkley

ren, die Ergebnisse aber nicht auf dem Deutschen Ärztetag präsentieren und nutzen.

Dr. med. Michael Weidenfeld (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Überrascht über die Haltung der Bundesgesundheitsministerin zu ihrer Einstellung zum GKV-Spargesetz und der Alternativlosigkeit, die sie dazu betonte.

Tatsächlich haben mich die positiven Ergebnisse im Bereich der Diskussion Digitalisierung im Gesundheitssystem überrascht.

Vorschlag: Manche Anträge ließen sich gut zusammenfassen und im Block abstimmen, um dadurch Zeit einzusparen und damit Zeit für die Diskussion gewinnen. Dieses Management fände ich sinnvoll.

Lange Diskussion über den Antrag Unfälle verhindern, kindliche Entwicklung fördern – innerörtliches Tempolimit von 30 km/h zum Standard machen; letztlich wurde dieser Antrag angenommen

Erschüttert: Bericht der Studentinnen zu verbalen Übergriffen und grenzüberschreitenden Berührungen auf dem Ärztetag. Und die sehr emotionale Diskussion

danach über Machtmissbrauch und sexualisierte Gewalt an der Arbeitsstelle.

Wie lautet Ihr persönliches Fazit des 130. Deutschen Ärztetages in Hannover?

Dr. med. H. Christian Piper (Liste Marburger Bund):

Herausragender Ärztetag, nicht nur politisch, sondern auch innerärztlich wurden brennende Fragen benannt. Sie wurden konstruktiv aufgenommen und so diskutiert, dass guter gemeinsame Wille und die notwendige Verbundenheit innerhalb verschiedenster ärztlichen Lebenswirklichkeiten nicht in Frage stand. Packen wir es so miteinander, zuversichtlich und engagiert weiter an!

Stefanie Minkley (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte LDÄÄ):

Die Hauptthemen Suchtmedizin und Weiterbildung hatten ihre Berechtigung, breit diskutiert zu werden. Um Machtmissbrauch und Diskriminierung einzudämmen, wurde ein weiterer Grundstein gelegt, auf den der 131. Deutsche Ärztetag in unserem Heimatbundesland aufbauen kann.

Dr. med. Sabine Olischläger (Liste Die Hausärzte):

Der 130. DÄT hinterlässt bei mir eine gewisse Sorge, dass die verfasste Ärzteschaft noch zu sehr am Status Quo festhält. In vielen Einzelgesprächen habe ich inhaltlich fachübergreifend und generationenübergreifend mehr Bewusstsein und Bereitschaft für Veränderung und ja – auch Bereitschaft für Einbußen erfahren, als sich in den Diskussionen widerspiegelt. Wir müssen in der Bevölkerung und damit

auch in der Politik mit unserer Expertise und unseren Interessen wahrgenommen werden, aber nicht als Besitzstandswahrer, sondern als Interessenvertreter für eine bessere Gesundheitsversorgung.

Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen):

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind politisch abgemeldet.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci (Liste Marburger Bund):

Nach einem guten Dutzend von Ärztetagen stellt sich eine gewisse Routine ein. Vieles ist absehbar. Nur sehr selten passiert etwas, das die Versammlung emotional aufwühlt. So ein Moment war, als Medizinstudentinnen in einer persönlichen Erklärung unmittelbar vor den Anträgen zum Thema „Machtmissbrauch“ davon berichteten, was ihnen im Rahmen des Ärztetages widerfahren ist – u. a. Einladungen aufs Hotelzimmer und Hände auf dem Gesicht. Ihr Mut, die Sprachlosigkeit zu beenden, führte zu teilweise fehlenden Worten bei den Abgeordneten, einer im gesamten Versammlungsraum fühlbaren Betroffenheit und der Entscheidung, bereits jetzt mit überwältigender Mehrheit den Schwerpunkt des nächsten Ärztetages in Wiesbaden festzulegen: „Machtmissbrauch, sexualisierte Gewalt und Diskriminierung“.

Christiane Hoppe (Liste Ärztinnen Hessen):

Die zunehmende Menge der Anträge ist schwierig. Wenn man da irgendwie einige Anträge im Vorfeld etwas zusammen fassen könnte – wäre schön. Goethe hat mal gesagt: „Wenn ich Zeit gehabt hätte, hätte ich mich kurzgefasst.“

**Zusammengestellt von
Maren Siepmann**



Mit dieser Sommer-Doppelausgabe Juli und August 2026 wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern einen schönen Sommer. Die nächste Ausgabe 09/2026 erscheint Ende August.

Foto: Monika Buchalik



Sommerempfang der hessischen Heilberufe: Miteinander reden – heute und in Zukunft



Foto: Michelle Spillner

Rund 150 Gäste aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Medien und Heilberufen trafen sich am 20. Mai auf dem Neroberg in Wiesbaden zum jährlichen Sommerempfang der hessischen Heilberufe. In seinem Impulsvortrag referierte der Arzt und Autor Prof. Dr. med. Jochen A. Werner zum Thema „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Was Maschinen leisten können – und was menschlich bleiben muss“. Diana Stolz (CDU), Hessische Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege, sprach ein Grußwort.

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer, eröffnete den Abend und hob das Bündnismotto „Heilen und Helfen“ als Versprechen hervor, das die Heilberufe in Hessen verbindet. Einen besonderen Dank richtete er an die Hessische Gesundheitsministerin Diana Stolz für eine stets vertrauensvolle und verlässliche Gesprächskultur.

Diesen Punkt griff Gesundheitsministerin Diana Stolz in ihrem anschließenden Grußwort auf. Die Offenheit, die ihr seit Beginn ihrer Amtszeit seitens der hessischen Heilberufe entgegengebracht werde, erwidere sie gerne. Hessen zeichne sich in der Gesundheitspolitik durch eine neue Debatte aus, die man mit allen Partnern gemeinsam etabliert habe und die bundesweit Beachtung finde. Ihre Tür stehe stets allen offen, die sich mit ihr gemeinsam für das beste Gesundheitswesen in Hessen einsetzen möchten. Die Ministerin schloss einen Ausblick auf die anstehenden Gesundheitsreformen an und hob die Bedeutung der Bundesländer hervor: Vorschläge aus dem Bund, die die Versorgung verschlechterten, werde man nicht mittragen. Nicht nur, aber gerade auch in herausfordernden Zeiten komme es darauf an, alle Betroffenen an einen Tisch zu bringen. Im Bereich der Digitalisierung gehe Hessen mit erfolgreichen Modellprojekten im Gesundheitswesen voran. KI berge große Potenziale für die medizinische Versorgung. Auch in diesem Bereich wolle Hessen mit

Projekten vorangehen. Dennoch werde Medizin für Menschen gemacht – deshalb bleibe bei allem Fortschritt die Menschlichkeit das zentrale Element.

Der HNO-Arzt, Klinikmanager und Autor Prof. Jochen A. Werner skizzierte in seinem Impulsvortrag die rasanten Entwicklungen in Diagnostik und Versorgungsprozessen durch Fortschritte in der Digitalisierung. Vieles, was noch vor wenigen Jahren in weiter Ferne schien, sei heute bereits möglich und werde genutzt. Die Potenziale von KI in der Medizin seien dagegen in Deutschland noch lange nicht ausgeschöpft.

Anbieter KI-gestützter Anwendungen seien bisher häufig privatwirtschaftliche Akteure. Besonders im Bereich der Prävention bestehe daher die Gefahr, dass die Heilberufe an Bedeutung verlieren. Dabei sei Menschlichkeit der Kern heilberuflichen Handelns. Digitale Technologien und im Besonderen KI könnten helfen, den Menschen wieder stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Das gelte sowohl für Patienten als auch für Beschäftigte. Prof. Werner rief die Heilberufe deshalb dazu auf, KI aktiv mitzugestalten.

Als Zukunftsaufgabe der Heilberufler und Heilberuflerinnen postulierte Prof. Werner, die Patientinnen und Patienten bei der Nutzung von KI-Assistenten zu unterstützen. Es gehe darum, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu erhöhen. Mediziner würden dabei zu Gesundheitslotsen auf dem Lebensweg ihrer Patienten. Insofern werde KI dazu beitragen, wieder mehr miteinander zu kommunizieren und somit eine ärztliche Kernaufgabe zu stärken. Beim Einsatz von KI in der Medizin gehe es nicht darum, Menschen ihre Jobs weg zunehmen, sondern den – weniger werdenden – Beschäftigten im Gesundheitswesen wieder mehr Empathie und Zeit für ihre Patienten zu ermöglichen. „Die Medizin der Zukunft wird von KI unterstützt und von Menschen getragen“, lautete Prof. Werners Prognose.

Austausch auf dem Neroberg in Wiesbaden (v. l. n. r.): Prof. Dr. Sabine Tacke, Präsidentin Landesärztekammer Hessen, Dr. Schamim Eckert, Vizepräsidentin Landesapothekerkammer Hessen, Else Döring, Vizepräsidentin Psychotherapeutenkammer Hessen, Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident Landesärztekammer Hessen, Carolina van der Bosch, stv. Vorstandsvorsitzende Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen, Diana Stolz, Hessische Ministerin für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (CDU), Dr. Doris Seiz, Präsidentin Landeszahnärztekammer Hessen und Prof. Dr. med. Jochen A. Werner, HNO-Arzt, Klinikmanager und Autor, Essen.

Dr. Doris Seiz, Präsidentin der Landeszahnärztekammer Hessen, sprach das Schlusswort. Empathie und Miteinander-Reden seien auch die Kernanliegen des hessischen Heilberufebündnisses. Auch sie hob noch einmal den konstruktiven Austausch der hessischen Politik mit den Heilberufen lobend hervor, der auch durch Gelegenheiten wie dem alljährlichen Sommerempfang des hessischen Bündnisses lebendig gehalten werde.

Das Bündnis „Heilen & Helfen“

Das Bündnis „Heilen & Helfen“ wurde im Jahr 2007 von den hessischen Körperschaften der Heilberufe ins Leben gerufen, um den Anliegen der Heilberufe mehr Gehör in der Politik und Aufmerksamkeit im gesellschaftlichen Diskurs zu verschaffen. Es setzt sich aus verschiedenen Verbänden und Kammern zusammen: Landesärztekammer Hessen, Landeszahnärztekammer Hessen, Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen, Landesapothekerkammer Hessen, Psychotherapeutenkammer Hessen und Landestierärztekammer Hessen. Informationen über das Bündnis Heilen & Helfen und seine Geschichte: www.heilberufehessen.de

Regina Lindhoff

Kontakt: peter.boehnel@laekh.de

Die digitale Welt ist im Kinderzimmer angekommen

Bad Nauheimer Gespräch über problematischen Medienkonsum junger Menschen und Lösungsansätze



PD Dr. med. Dipl. Psych. Kerstin Paschke vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen und Prof. Dr. med. Ursel Heudorf (r.), Moderatorin und 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e. V.

„Nur Gott weiß, was es mit den Gehirnen unserer Kinder macht“, konstatierte Sean Parker, erster Präsident von Facebook im November 2017. „Es“ bezog sich auf Algorithmen und mathematische Modelle, die gezielt darauf ausgerichtet sind, Nutzer so lange und intensiv wie möglich an eine digitale Plattform oder App zu binden. Digitale Medien prägen heute den Alltag von Kindern und Jugendlichen wie nie zuvor. Smartphones, soziale Netzwerke, Videoplattformen und KI-Chatbots begleiten junge Menschen vom Aufstehen bis zum Einschlafen. Doch mit der zunehmenden Digitalisierung wachsen auch die Sorgen über ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Unter dem Titel „Problematischer Medienkonsum im Kindes- und Jugendalter – und Lösungsansätze“ setzte sich PD Dr. med. Dipl. Psych. Kerstin Paschke vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters im Rahmen der Bad Nauheimer Gespräche am 5. Mai

2026 mit den Chancen, Risiken und gesellschaftlichen Herausforderungen problematischer Mediennutzung auseinander. Die zentrale Botschaft der Expertin für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Kinder und Jugendliche brauchen Schutz, Orientierung und echte soziale Beziehungen, um gesund aufzuwachsen.

Digitale Medien als Teil der Lebenswelt

Gleich zu Beginn ihres Vortrags machte Paschke deutlich, dass digitale Medien heute bereits tief in die Lebenswelt junger Menschen eingebettet sind. Man könne nicht mehr sagen: Das ist die digitale Welt und jenes die analoge Welt. Vielmehr seien beide vollständig miteinander verstrickt.

So gehören Plattformen wie WhatsApp, TikTok, YouTube und Instagram zum Alltag ebenso wie Online-Spiele oder Streamingangebote. Mehr als 90 % aller 10–17-Jährigen in Deutschland nutzen regelmäßig digitale Medien; bei den sozialen Netzwerken stehen WhatsApp, TikTok und Youtube an erster Stelle, gefolgt von Instagram und Co. Beliebt sind Video-Streamingdienste – darunter Prime Video oder Netflix – sowie der interaktive Austausch mit KI-Chatbots via ChatGPT, Meta Ai, Google Gemini und vielen mehr.

Entwicklung der Online-Nutzung

Die Entwicklung der täglichen Online-Nutzung sei bemerkenswert, sagte Paschke. Insbesondere seit der Corona-Pandemie hätten sich die täglichen Online-Zeiten stark erhöht: Im Jahr 2007 betrug die tägliche Nutzung knapp über 100 Minuten, in den folgenden Jahren kletterte die Kurve stetig aufwärts. Während sie 2012 noch bei 120 Minuten lag, wurden im Corona-Jahr 2020 bereits mehr als 220 Minuten täglich registriert. 2025 pendelte sich die Nutzungsdauer bei ca. 230 Minuten täglich ein.

Laut JIM-Studie (Jugend, Information, Multimedia), die das Mediennutzungsverhalten sowie die Freizeitgestaltung von Jugendlichen untersucht, besitzen 96 % aller 12–19-Jährigen in Deutschland ein eigenes Smartphone. Damit seien digitale Anwendungen potenziell immer und überall verfügbar, stellte Paschke fest. Die Nutzung von ChatGPT unter Kindern und Jugendlichen habe sich von 2023 bis 2025 – also innerhalb von nur zwei Jahren – mehr als verdoppelt. So belief sich die mindestens einmalige Nutzung von ChatGPT 2022 noch 38 %, 2025 lag sie bereits bei 84 %.

Wenn Medienkonsum problematisch wird

Digitale Medien seien nicht grundsätzlich problematisch, denn sie böten Information und Unterhaltung, auch unterstützten sie Kreativität und soziale Vernetzung. Problematisch werde es jedoch, wenn die Nutzung außer Kontrolle gerate, betonte Paschke. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) habe die sogenannte Computerspielstörung bereits als Erkrankung anerkannt. Zu deren typischen Merkmalen zählten Kontrollverlust über die Nutzungsdauer, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, Fortsetzung trotz negativer Folgen sowie soziale, schulische oder gesundheitliche Beeinträchtigungen. Wie Studien zeigten, habe die problematische Nutzung in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen.

Risiken für die psychische Gesundheit

Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, sozialer Rückzug, depressive Symptome, Angststörungen, schulische Leistungsprobleme, Konflikte in Familien: Die Auswirkungen problematischer Mediennutzung sind vielfältig. Dass digitale Medien oft genutzt würden, um negative Gefühle und Druck zu verdrängen, sei beson-

ders problematisch, erklärte Paschke. Zwar helfe die Ablenkung kurzfristig, doch langfristig entstünden neue Probleme, die zu noch größerem Medienkonsum führen könnten – ein Teufelskreis.

Jugendliche besonders gefährdet

Das Jugendalter ist eine Phase intensiver Entwicklung. Das Gehirn befindet sich im Umbau, Emotionen verstärken sich und soziale Anerkennung gewinnt an Bedeutung. Gleichzeitig erleben viele Jugendliche schulischen Leistungsdruck, soziale Unsicherheit, Einsamkeit, Stress oder psychische Belastungen. Digitale Medien böten scheinbar einfache Lösungen, Ablenkung, Anerkennung und soziale Zugehörigkeit, so Paschke. Jugendliche mit ADHS, Depressionen oder Angststörungen seien besonders gefährdet.

Die Macht der Plattformen

Warum fällt es vor allem Kindern und Jugendlichen so schwer, von digitalen Medien loszukommen? Die Antwort liege nicht nur im Verhalten der Nutzer, sondern auch im Design der Plattformen selbst. Viele Apps und Spiele seien gezielt darauf ausgelegt, Aufmerksamkeit möglichst lange zu binden, sagte Paschke. Zu den Mechanismen gehörten endloses Scrollen („Infinite Scroll“), automatische Wiedergabe von Videos, Likes Rankings und soziale Vergleiche, Belohnungssysteme in Spielen, personalisierte Inhalte durch KI-Algorithmen sowie zeitlich begrenzte Angebote oder Events.

Diese Mechanismen aktivierten das Belohnungszentrum im Gehirn, so Paschke. Es handele sich nicht um zufällige Mechanismen, sondern um wirtschaftlich motivierte Strategien der Digitalindustrie. Jugendliche seien besonders anfällig dafür, da ihr Belohnungssystem bereits sehr aktiv, ihre Fähigkeit zur Selbstkontrolle neurologisch jedoch noch nicht vollständig ausgereift sei.

Scheinbar verständnisvolle Begleiter

KI-Chatbots wie ChatGPT beurteilte Paschke besonders kritisch, da die Systeme jederzeit verfügbar seien, menschen-

ähnlich kommunizierten und verständnisvoll reagierten. Wie Studien zeigten, vertrauten viele Jugendliche (mehr als zwei Drittel) Chatbots persönliche Probleme an, manche (jeder Zehnte) fühlten sich von ihnen sogar besser verstanden als von realen Menschen. Jugendliche, die unter Depressionen, Ängsten oder Einsamkeit leiden, entwickelten häufiger emotionale Bindungen zu Chatbots. Auf diese Weise übernahmen KI-Systeme zunehmend soziale und emotionale Funktionen, ohne dass ausreichende Schutzmechanismen existierten, warnte Paschke.

In ihrem Vortrag erwähnte sie unter anderem die Klage von Eltern eines toten Teenagers gegen das US-amerikanische KI-Unternehmen Open AI – Vorwurf: ChatGPT habe ihren Sohn bei der Planung seines Suizids „beraten“ – sowie die Sammelklage von 41 US-Staaten gegen den US-amerikanischen Technologie- und Social-Media-Konzern Meta wegen der Gefährdung von Kindern. Meta locke Kinder und Jugendliche „in eine Falle“, warfen die US-Staaten dem Konzern vor. Sie forderten Geldstrafen und das Ende „manipulativer Taktiken“.

Eltern: Nicht wegschauen, sondern Interesse zeigen

Wie können Kinder und Jugendliche geschützt werden? Manche Eltern schauen aus Unkenntnis oder Überforderung weg, andere wollen sich nicht in die Freizeitaktivitäten der erwachsen werdenden Kinder einmischen. Doch beide Verhaltensweisen können sich negativ auf das Verhältnis von Eltern und Kindern und auf den Medienkonsum von Jugendlichen auswirken.

Wie Paschke hervorhob, spielen Eltern eine entscheidende Rolle für den Umgang junger Menschen mit Medien; nicht nur die von ihnen gesetzten Regeln seien wichtig, sondern vor allem Beziehung und Vorbildfunktion. Daher empfiehlt die Expertin Eltern, Interesse an der Medienwelt der Kinder zu zeigen und selbst verantwortungsvoll mit Medien umzugehen. Gemeinsam sollten Regeln vereinbart und medienfreie Zeiten festgelegt werden. Smartphones seien nachts außerhalb des Schlafzimmers aufzubewahren. Bei Kin-

dern, die sich in Therapien befinden, sollten die Eltern in die Behandlung integriert werden.

Die Rolle von Schule und Gesellschaft

Medienkompetenz dürfe kein Randthema bleiben, forderte Paschke. Dazu gehöre, Inhalte bewerten und Gefahren erkennen zu können. Auch Schulen müssten in diesem Zusammenhang eine stärkere Rolle übernehmen. Wichtig seien verbindliche Medienbildung, Aufklärung über Risiken und Manipulationsmechanismen, Förderung von Selbstkontrolle und Stressbewältigung, die Einbindung von Eltern, mehr psychosoziale Unterstützung, individualisierte Beratungen und klare Regeln für Smartphones im Schulalltag.

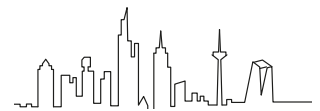
Entschieden sprach sich die Referentin für strengere gesetzliche Regelungen gegenüber Plattformbetreibern aus. Bereits existierende Schutzmechanismen würden nicht oder kaum konsequent umgesetzt.

Schutz, Befähigung und Teilhabe

Vorsorgen ist besser als heilen: Dieser Grundsatz gilt auch mit Blick auf den problematischen Medienkonsum. Da die therapeutische Versorgung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher bereits heute überlastet sei, müsse Prävention deutlich früher ansetzen, forderte Paschke, und zwar in den Familien, in Kindergärten, Schulen und im gesellschaftlichen Umgang mit digitalen Medien. Dabei gehe es nicht nur um eine Begrenzung der Medienzeiten, sondern darum, attraktive Alternativen wie Sport, Musik und reale soziale Begegnungen zu schaffen.

Kinder und Jugendliche benötigten Schutzräume, Orientierung und echte soziale Beziehungen, um gesund aufzuwachsen, so Paschke. Auch die Teilhabe und Befähigung zum Umgang mit sozialen Medien sei wichtig, denn diese gehörten zur modernen Welt und böten vielen Möglichkeiten. Die zentrale Frage sei daher nicht, ob Kinder digitale Medien nutzen sollten, sondern wie eine „gesunde Nutzung“ gelingen könne.

Katja Möhrle



Zahl der hessischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erneut angestiegen

Die Landesärztekammer Hessen hat die Ergebnisse des Hessischen Weiterbildungsregisters für das Jahr 2025 vorgestellt.

Die Rücklaufquote lag bei 92 %. Insgesamt 7.031 aktive Ärztinnen und Ärzte wurden von den Weiterbildungsbefugten in einer Gebietsbezeichnung gemeldet. 426 befanden sich in Mutterschutz oder Elternzeit. Im Vorjahr waren es 6.673 aktive Ärztinnen und Ärzte, sodass die Zahl der Weiterzubildenden wie in den Jahren zuvor gestiegen ist. 118 aktive Ärztinnen und Ärzte wurden in einer Schwerpunktbezeichnung gemeldet.

50 % der jeweiligen Befugnisse einer Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung haben keine sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte beschäftigt. Bei einer Befugnis handelt es sich um eine befugte Person oder, im Falle einer gemeinsamen Befugnis, um mehrere Personen.

Hinsichtlich Altersstruktur und Tätigkeitsgebiet weisen die Ergebnisse weiterhin keine großen Unterschiede auf.

Die Mehrheit aller gemeldeten Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befanden, war weiblich (Gebietsbezeichnung: 57 %; Schwerpunktbezeichnung: 74 %). Der Altersdurchschnitt unter den Ärztinnen und Ärzten in einer Gebietsbezeichnung betrug im Jahr 2025 rund 35 Jahre (Schwerpunktbezeichnung: 40 Jahre).

Die Mehrheit war im stationären Bereich tätig (Gebietsbezeichnung: 81 %; Schwerpunktbezeichnung: 88 %) gefolgt vom ambulanten Bereich (Gebietsbezeichnung: 13 %; Schwerpunktbezeichnung: 9 %). Der Rest der Weiterzubildenden war in „sonstigen Einrichtungen“ tätig. Darunter zählen u. a. Angestellte im Arbeitsmedizinischen Dienst oder in der Pharmaindustrie.

Spitzenreiter Innere Medizin und Neonatologie

Die Verteilung der Weiterzubildenden nach Fachgebieten entspricht ebenfalls den Vorjahren: Die größte Gruppe repräsentiert die Innere Medizin (26 %), gefolgt von den Gebieten Chirurgie (15 %) und Anästhesiologie (11 %). Spitzenreiter unter den Schwerpunktbezeichnungen waren die Fachbereiche Neonatologie und Spezielle Geburtshilfe sowie Perinatalmedizin mit jeweils 19 %.

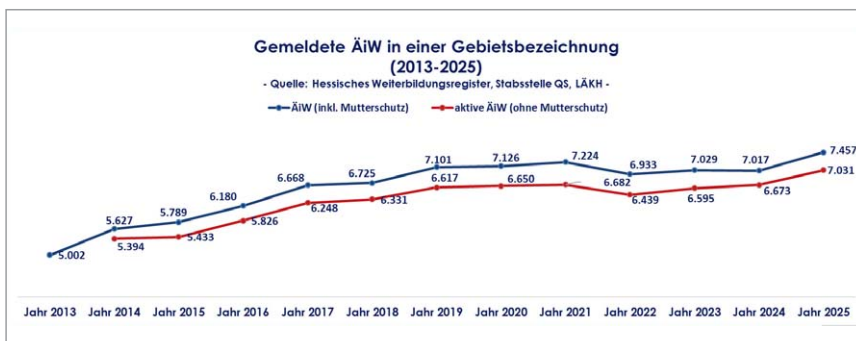
Die Daten verdeutlichen, dass der Anteil an Teilzeitbeschäftigten seit Erhebungsbeginn um 6 Prozentpunkte angestiegen ist (2025: 22 %; 2013: 16 %). Unter den Schwerpunktbezeichnungen war sogar die Mehrheit der gemeldeten Ärztinnen und Ärzte mit 59 % in Teilzeit tätig.

Anteil an Weiterzubildenden mit ausländischem Pass gestiegen

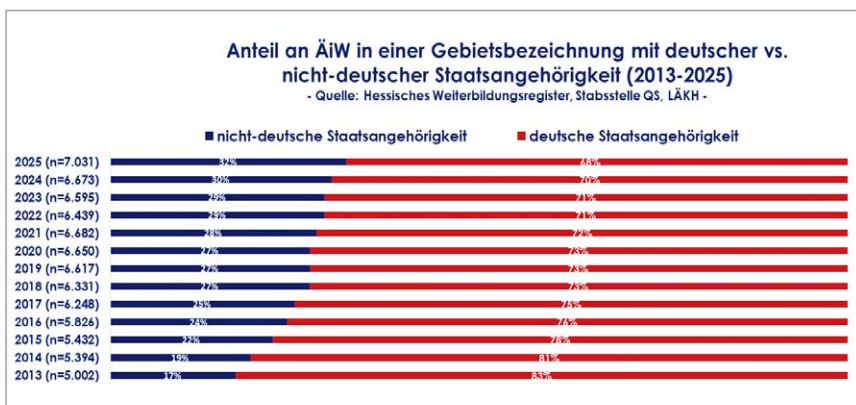
„Der Anteil der Weiterzubildenden mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist erneut gestiegen. Wir verzeichnen einen Anstieg von 16 Prozentpunkten seit Erhebungsbeginn. 2025 verfügten 32 % über einen ausländischen Pass. Dabei war knapp über die Hälfte der ausländischen Ärzte männlich. Besonders der Anteil an Nicht-EU-Bürgerinnen und -Bürgern ist seit 2023 mit 27 Prozentpunkten rasant gestiegen“, berichtet Dr. Iris Natanzon, Wissenschaftliche Referentin der Stabsstelle Qualitätssicherung und Projektkoordinatorin des Hessischen Weiterbildungsregisters. Unter den Schwerpunktbezeichnungen besaßen 19 % der gemeldeten Ärztinnen und Ärzte einen ausländischen Pass.

Hintergrund: Datenerfassung durch die LÄK Hessen

Die Landesärztekammer Hessen befragt Weiterbildungsbefugte einmal jährlich zu ihren Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Diese Daten bilden die Grundlage des Hessischen Weiterbildungsregisters.

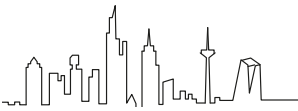


Grafik 1: Gemeldete Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in einer Gebietsbezeichnung (2013–2025).



Grafik 2: Anteil an Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in einer Gebietsbezeichnung mit deutscher vs. nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (2013–2025).

Grafiken: © LÄKH/Natanzon



Seit 2013 erfasst die Landesärztekammer Hessen die in Weiterbildung beschäftigten Ärztinnen und Ärzte in einer Gebietsbezeichnung. 2025 gab es eine Neuerung: Neben den Gebietsbezeichnungen wurden auch Weiterbildungsbefugte einer Schwerpunktbezeichnung in Hessen angeschrieben und um Meldung ihrer zum Stichtag 01.10.2025 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung aufgefordert.

Ergebnisse jetzt als Download verfügbar

Die zentralen Statistiken zum Weiterbildungsregister 2025 können Sie auf der Website der LÄKH unter www.laekh.de als PDF-Datei herunterladen. Direktlink: <https://t1p.de/6pncb>

Dr. Dipl.-Soz. Iris Natanzon

Wissenschaftliche Referentin, Stabsstelle Qualitätssicherung, Patientensicherheit und Analysen im Gesundheitswesen



Foto: Isolde Asbeck

E-Mail: qs@laekh.de

Fort- und Weiterbildung



Serie: Spotlights Weiterbildung

Wer muss das Weiterbildungszeugnis unterzeichnen?

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Unterschreiben müssen die Weiterbildungsbefugten in ihrer Funktion als Weiterbildungsbefugte. Ggf. kann der Bescheid zur Weiterbildungsbefugnis festlegen, dass noch weitere Personen unterschreiben oder ein zusätzliches Zeugnis auszustellen ist. Dies betrifft beispielsweise Leiter/-innen der Notfallaufnahme oder Verantwortliche für Pflichtrotatio-

nen auf der Intensivstation, sofern sie nicht ohnehin mitbefugt sind.

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

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

Rubrikenlogo: © Svitlana – stock.adobe.com

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: Studientipps, 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

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © volha_r – stock.adobe.com



Ultraschall: Aufbaukurs Abdomen und Retroperitoneum (CME beantragt)

Nach den Richtlinien der DEGUM: In der Präsenzveranstaltung vertiefen Sie Ihre theoretischen und praktischen Kenntnisse in der Ultraschalldiagnostik. Der Fokus liegt dabei auf typischen pathologischen Befunden im Bereich des Abdomen und des Retroperitoneums. Hinzu kommen zwei Praktikumstermine in einer Klinik oder niedergelassenen Praxis in Hessen, in der Sie Ihre Untersuchungstechniken weiter vertiefen. Die Praktika werden in Kleingruppen durchgeführt.

Termin: 21. & 22.08.2026
Gebühr: 962,00 €
 865,80 €*
Kursleitung: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
 Dr. med. T. Müller
Kontakt: juliane.schwab@laekh.de



[Mehr erfahren](#)

Arbeitsmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 07.10. & 18.11.2026	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – MIMA (Erstschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	Das Unternehmermodell ermöglicht es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeits- und Gesundheitsschutz in ihrer Praxis selbst zu organisieren – der erste Schritt hierfür ist die Teilnahme an einer Motivations- und Informationsmaßnahme (MIMA). Kontakt: laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €*

Neurologie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz und Live-Webinar: 17.–19.11. & 01.–03.12.2026	Repetitorium Neurologie – Modul I und II (22 CME je Modul) Prof. Dr. med. M. Kaps	Die Veranstaltung bietet Ihnen eine strukturierte Auffrischung zentraler neurologischer Inhalte – ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	je Modul: 480,00 € 432,00 €*

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 07.09.2026, Präsenz: 08.–10.09.2026, E-Learning: ab 24.08.2026	Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (40 CME) D. Ziedorn	Die Veranstaltung gibt Ihnen einen Überblick über die vielfältigen Aufgaben der Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens und befähigt Sie, die Aufgaben einer hygienebeauftragten Ärztin/eines hygienebeauftragten Arztes wahrzunehmen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.223,00 € 1.100,70 €*
Präsenz: 31.10.2026	Impfkurs (9 CME) Prof. Dr. med. S. Wicker	Im Impfkurs erweitern Sie Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Impfen und frischen Ihr Wissen gezielt auf. Neben den Grundlagen werden auch rechtliche Fragestellungen sowie aktuelle STIKO-Empfehlungen thematisiert. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	288,00 € 259,20 €*

Sportmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 07.09.2026, Präsenz: 08.09.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 13 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 13 legt seinen Schwerpunkt auf ausgewählte Aspekte im Kindes- und Jugendalter. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
Präsenz: 09. & 10.09.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 12 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 12 thematisiert alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten in verschiedenen Sportarten. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
Präsenz: 11.09.2026, Live-Webinar: 12.09.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 11 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 11 fokussiert sportmedizinische Aspekte im Kontext onkologischer sowie neurologisch/psychiatrischer Erkrankungen. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

Rechtsmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 02.09. & 16.09. & 23.09. & 30.09.2026	Leichenschau (CME beantragt) Prof. Dr. med. M. Verhoff	An vier Mittwochnachmittagen am Institut für Rechtsmedizin in Frankfurt lernen Sie eine große Bandbreite von Todesursachen kennen und bereiten sich so gezielt und effizient auf die Leichenschau vor. Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de	250,00 € 225,00 €*



[Mehr erfahren](#)

Repetitorium Innere Medizin (52 CME)

Die Hybrid-Veranstaltung bietet Ihnen ein kompaktes Update für das gesamte Fachgebiet der Inneren Medizin und bündelt aktuelle diagnostische und therapeutische Entwicklungen aller Teilgebiete – praxisnah, fallorientiert und konzentriert auf das Wesentliche. Damit eignet sich das Repetitorium ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung Ihres Wissens.

Der Kurs ist flexibel gestaltet: Sie können vor Ort, online oder auch nur an ausgewählten Tagen teilnehmen.

Termin:	23.–27.11.2026
Gebühr:	925,00 € 832,50 €* *
Kursleitung:	Prof. Dr. K. U. Chow et al.
Kontakt:	adiela.candelo-roemer@laekh.de

Strahlenschutz

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 15.08.2026, E-Learning: 15.07. bis 14.08.2026	Fachkunde im Strahlenschutz: Grundkurs (19 CME) Dr. med. S. Trittmacher	Der Kurs richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die Röntgenstrahlen am Menschen anwenden und gemäß StrSchV über eine Fachkunde im Strahlenschutz verfügen müssen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	626,00 € 563,40 €* *
On-Demand-Webinar: jederzeit abrufbar	Lungenkrebs-Früherkennung (nach GBA) Dr. med. A. Althoff	Der Kurs dient dem Erwerb der erforderlichen Qualifikation für Zuweiserinnen und Zuweiser für die Lungenkrebs-Früherkennung mit Niedrigdosis-CT nach LuKr-FrühErkV. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	30,00 €

Ultraschall

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 13. & 14.11.2026	Abschlusskurs: Gefäße (CME beantragt) Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle	Im Abschlusskurs widmen Sie sich der Doppler- und Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	699,00 € 629,10 €* *

Notfall- und Intensivmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 11.11.2026	Notfallmedizin machbar machen (8 CME) Prof. Dr. med. R. Merbs	Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die ihr Grundwissen auffrischen und in kritischen Notfallsituationen schnell, sicher und lebensrettend agieren wollen. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	280,00 € 252,00 €*
Präsenz: 14.11.2026	Refresher-Modul Leitende/r Notärztin/Notarzt (CME beantragt) Dr. med. G. Appel, T. Winter	Der Kurs aktualisiert Ihre Qualifikation als Leitende/r Notärztin/Notarzt und entspricht den Vorgaben des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG-VO). Kontakt: heike.cichon@laekh.de	399,00 € 359,10 €*

Allgemeinmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 23.–26.11.2026, E-Learning: ab 03.11.2026	Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde (50 CME) Prof. Dr. med. C. Christ	Die Veranstaltung vermittelt die Grundlagen in der Erwachsenen- und Kinderpsychosomatik sowie in Psychokardiologie, Psychogynäkologie, Psychoonkologie und Schmerzmedizin und stärkt Ihre Handlungskompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	1.235,00 € 1.111,50 €*

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: © Robert Kneschke – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)

Durchführung der Ausbildung

Gut ausbilden bedeutet, gut zu planen und regelmäßig den Ausbildungsstand zu überprüfen. In Arztpraxen und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, in denen Medizinische Fachangestellte ausgebildet werden, liegt die Verantwortung zur Ausbildung bei der Ärztin/dem Arzt.

Zur Entlastung der Verantwortlichen können sich bereits ausgebildete MFA fortbilden und damit die Ausbildungsbefähigung erwerben, um aktiv und sachkundig in der Ausbildung mitzuwirken.

Inhalte:

- Struktur und rechtliche Rahmenbedingungen der Berufsausbildung
- Jugendliche in der Ausbildung
- Organisation und Durchführung der Ausbildung
- Lernprozesse fördern

Termin PAT 20: ab 03.08.2026

Gebühr: 530 €

Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 04.09.2026	Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden	Der Qualifizierungslehrgang wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Theorie und praktische Anwendungsübungen wechseln sich ab. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	455 €
ab 12.10.2026	Onkologie (ONK) 120 Stunden	Informationen zum Inhalt, Ablauf und den zu erwerbenden Handlungskompetenzen finden Sie auf unserer Website. Der Qualifizierungslehrgang basiert auf dem aktuellen Curriculum der Bundesärztekammer. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
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 € Lernerfolgskontrolle



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 16.11.2026	Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung (FAW) – Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für ambulante medizinische Versorgung	Die höherqualifizierende Berufsbildung baut auf dem Wissen der MFA auf und qualifiziert in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie nähere Informationen über den Aufbau des Pflichtteils und die möglichen Wahlteile. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	2.500 € (Pflichtteil) zzgl. Prüfungsgebühren

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
22.08.2026	Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 2) 8 Stunden	Die Fortbildung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt und richtet sich an Teilnehmer/-innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen und erweitern möchten. Kontakt: christian.haas@laekh.de	125 €
24.10.2026	Injektionen/Infusionen (MED 3) 7 Stunden	Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion unter Beachtung hygienischer Maßnahmen steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €
14.11.2026	EBM – Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11) 7 Stunden Veranstaltungsort: Kassel	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 €

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](#)



Chemsex per se ist nicht pathologisch, jedoch mit gesundheitlichen Risiken assoziiert.

Zwischen Lust und Risiko: Sexualisierter Substanzkonsum (Chemsex) – eine Übersicht

VNR: 2760602026199480009

Dr. med. Ahmed Zaher, Fabian Silipigni, Dr. med. Deborah Scholz-Hehn, Dr. med. Siegmund Drexler, Dr. med. Mathias Luderer

Abstract

Das Phänomen „Chemsex“ tritt häufig im Kontext von Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, auf. Chemsex per se ist nicht pathologisch, jedoch mit gesundheitlichen Risiken assoziiert: sexuell übertragbare Krankheiten, Substanzgebrauchsstörungen und psychische Erkrankungen treten gehäuft auf. Der Artikel gibt einen Überblick über Häufigkeit von Chemsex und die gängigsten dabei eingesetzten Substanzen und zeigt mögliche Behandlungsstrategien auf.

Einleitung

Das Streben nach Befriedigung sexueller und psychischer Bedürfnisse ist ein grundlegendes menschliches Phänomen, das sich durch alle Kulturen und Epochen zieht. Menschen haben seit jeher verschiedene Strategien entwickelt, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen – sei es nach Nähe, Lust, Entspannung oder Selbstvergessenheit. Die Kombination von Sexualität und Substanzkonsum stellt dabei eine spezifische Form dar, bestimmte Bedürfnisse auszuleben, die im nüchternen Zustand

möglicherweise mit Scham, Angst oder Hemmungen verbunden sind.

Die Verbindung von Substanzkonsum und Sexualität zieht sich durch alle gesellschaftlichen Schichten. Eine Metaanalyse von 2023 zeigte, dass ca. ein Drittel der untersuchten jungen Erwachsenen unabhängig von sexueller Orientierung psychoaktive Substanzen in sexuellen Settings einsetzen [1]. An erster Stelle steht dabei mit großem Abstand Alkohol, gefolgt von Cannabis, Ecstasy und Kokain [1, 2].

„Chemsex“ bezeichnet den absichtlichen Konsum von Substanzen, um sexuelle Aktivitäten zu erleichtern, zu verlängern oder zu intensivieren, vor allem unter MSM [3]. Der Begriff „Chemsex“ entstand in den 1990er-Jahren innerhalb der MSM-Community (die MSM-Community inkludiert sowohl homosexuelle und bisexuelle Männer als auch heterosexuelle Männer, die beispielsweise als sexuelle Dienstleistung Sex mit anderen Männern anbieten) und ist heute weltweit verbreitet [4].

Für manche MSM bietet Chemsex auch einen Raum der Selbstakzeptanz und Zugehörigkeit zu einer Community, in der sexuelle Diversität offen gelebt wird. Die von Konsumenten berichteten positiven Effek-

te sind vielfältig und subjektiv bedeutsam: Viele beschreiben eine intensiviertere Körperwahrnehmung und gesteigerte Berührungsempfindlichkeit, die zu einem vertieften sinnlichen Erleben führt. Der Abbau von Hemmungen und Versagensängsten ermöglicht es manchen Personen erst, bestimmte sexuelle Wünsche oder Praktiken auszuleben, die sie nüchtern als zu intim, schambehaftet oder physisch herausfordernd empfinden würden. Zudem werden häufig ein gesteigertes Gefühl emotionaler Verbundenheit und Intimität mit Sexualpartnern sowie eine verlängerte Ausdauer und intensivierte Lustempfinden genannt. Diese positiven Aspekte können die Attraktivität von Chemsex erklären und bieten ein zentrales Verständnis, warum Menschen trotz bekannter Risiken diese Praktik fortführen.

Letztendlich ist das Ziel beim Chemsex, sexuelle Interaktionen (unabhängig von der sexuellen Orientierung) zu initiieren, zu erleichtern, zu intensivieren oder zu verlängern, einschließlich der Steigerung sexueller Leistungsfähigkeit, der Intensivierung von Lustempfinden, der Intensivierung oder Ermöglichung von bestimmten sexuellen Praktiken sowie der Reduk-

tion von Unsicherheiten oder Einsamkeitsgefühlen.

Chemsex im weiteren Kontext

Um das Phänomen Chemsex und seine Verbreitung zu verstehen, ist eine isolierte Betrachtung des Substanzgebrauchs nicht ausreichend. Das Verhalten ist tief in spezifische soziokulturelle Kontexte eingebettet, die grundsätzlich in der gesamten Gesellschaft sehr häufig anzutreffen sind: Das Glas Rotwein beim ersten Date, sich „in Stimmung trinken“ oder „locker werden“ sind sehr verbreitete Konsummuster. Auch die Einnahme von Sildenafil (es gibt inzwischen mehrere Alternativen) bei Angst vor Nachlassen der Erektion oder die Verwendung von Hormonpräparaten in den Wechseljahren, die Verwendung von Gleitgel oder von Kondomen mit anästhesierenden Materialien sind weit akzeptierte Maßnahmen zur Verbesserung der sexuellen Funktionen. Dadurch kann Leiden gelindert und Lebensqualität verbessert werden. Die Grenze zwischen „natürlichem“ Sex und „künstlich erhöhter sexueller Lust“ ist willkürlich. Dennoch gibt es einige Spezifika des Chemsexes, primär innerhalb von Subkulturen von MSM, oft in urbanen Zentren.

Eine zentrale Rolle bei der Etablierung, Organisation und Normenbildung von Chemsex spielen digitale Medien. Dating-Apps fungieren nicht nur als Kontaktmöglichkeit, sondern schaffen auch einen Raum, in dem dieser spezifische Konsumkontext normalisiert und von manchen Akteuren auch erwartet wird.

Gleichzeitig haben MSM im Durchschnitt oft deutlich mehr Sexualpartner als heterosexuelle Männer oder Frauen: In einer älteren US-Studie hatten MSM im Median 45 sexuelle Partner, heterosexuelle Männer acht und heterosexuelle Frauen sechs Partner im Leben [5]. Flüchtige sexuelle Kontakte sind unter MSM häufiger und akzeptierter, sodass hier eine kleine Subgruppe, die exzessiv Chemsex nutzt, zunächst auf weniger Vorurteile stößt.

Als ein wesentlicher Faktor für die Motivation zum Chemsex-Gebrauch wird das Konzept des Minderheitenstresses (Minority Stress) diskutiert [6, 7]. Gesellschaftliche Stigmatisierung, erlebte Diskriminierung und Homophobie wirken als chroni-

sche Stressoren. Die Auswahl möglicher Partner ist bei Angehörigen sexueller Minderheiten zwangsläufig geringer. Dies kann zur Verinnerlichung negativer gesellschaftlicher Einstellungen führen, bekannt als internalisierte Homophobie. Die daraus resultierenden psychischen Belastungen wie Scham, Selbstablehnung und ein vermindertes Selbstwertgefühl sind signifikante Prädiktoren für riskanten Substanzgebrauch [7].

Chemsex dient demnach für viele Konsumenten als psychosoziale Bewältigungsstrategie (Coping) [8, 9]. Der Konsum wird genutzt, um soziale Ängste, Gefühle von Einsamkeit oder depressive Stimmungen temporär zu lindern. Viele Chemsex-User berichten davon, dass sie sich nach einer Beziehung sehnen, aber keinen passenden Partner finden und sich ein kurzes Gefühl der Geborgenheit durch flüchtigere sexuelle Begegnungen holen. Bei solchen flüchtigen Begegnungen sind sexuelle Leistungsängste noch relevanter, da unbefriedigender Sex oder unzureichende Performanz „diese eine Chance für Nähe“ für alle Beteiligten zunichte machen können und somit auch das Risiko für Ablehnung bei als ungenügend empfundener Performanz erhöht ist. Gleichzeitig gibt es die Möglichkeit, sich durch besonders guten Sex für immer in das Gedächtnis des Partners zu brennen und somit unter all den anderen sexuellen Kontakten herauszuragen. Dabei spielen auch die Steigerung des Selbstwerts oder die Ermöglichung einer tiefgreifenden Enthemmung durch den Substanzkonsum eine Rolle. Durch intensive Intimität wird oft ein starkes Gemeinschaftsgefühl angestrebt, das im Alltag als fehlend empfunden wird.

Die Berücksichtigung dieser soziokulturellen und psychosozialen Dimensionen ist essenziell. Sie erklärt, warum sich problematische Konsummuster entwickeln können, und verdeutlicht, dass wirksame Interventions- und Behandlungsansätze die zugrunde liegenden Belastungen sowie identitätsspezifische Themen adressieren müssen.

Epidemiologie und Charakteristika

Obwohl die Forschung sich bislang primär auf MSM konzentriert hat, findet sexuali-

sierter Substanzkonsum auch in anderen Bevölkerungsgruppen statt, darunter heterosexuelle Männer und Frauen, Trans*-Personen und andere sexuelle Minderheiten. Die wissenschaftliche Datenlage zu Chemsex außerhalb der MSM-Community ist jedoch noch sehr begrenzt. Systematische Übersichtsarbeiten deuten darauf hin, dass ähnliche Konsummuster und Motivationen existieren, jedoch möglicherweise andere Substanzen bevorzugt und andere soziale Netzwerkstrukturen genutzt werden. Diese erhebliche Forschungslücke erschwert eine umfassende epidemiologische Einschätzung und die Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventions- und Behandlungsangebote für diese unterrepräsentierten Gruppen [10, 11].

Bei der MSM-Population wurde Chemsex intensiv untersucht. Die weltweite Prävalenz schwankt erheblich, abhängig von der Definition und den Rekrutierungsmethoden der Studien und dem Erhebungs-ort. Schätzungen über Praktizierende in Großbritannien reichen von 3 % bis 45 % der MSM bezogen auf die letzten 6-12 Monate [12]. Die Prävalenzschätzungen variierten erheblich aufgrund von Unterschieden in der verwendeten Definition und der untersuchten Population [12]. Eine neue Untersuchung zeigt, dass in Deutschland die Prävalenz bei 5 % liegt, in Hessen liegt sie bei 3,9 %, die Stadt Frankfurt wiederum zeigt eine ähnliche Prävalenz wie Deutschland [13].

Chemsex ist mit einer erhöhten Häufigkeit sexueller Aktivität, einer höheren Zahl an Sexualpartnern und riskanteren sexuellen Praktiken wie ungeschütztem Analverkehr oder Fisting verbunden und daher auch eng mit sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) wie z. B. höheren HIV- und Hepatitis-C-Raten verbunden [14, 15].

Das Phänomen von Chemsex wird häufiger unter jüngeren MSM mit höherem Bildungsniveau praktiziert [16]. Allerdings variiert dies je nach konsumierten Substanzen und den damit verbundenen Verhaltensweisen. Der intravenöse Konsum, auch als „slamming“ bezeichnet, ist häufiger bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status anzutreffen [15], tritt klinischen Berichten nach aber auch zunehmend bei gut situierten Personen auf, inklusive Ärzten. Ein signifikanter An-

teil der Chemsex praktizierenden Personen lebt in urbanen Gebieten, in denen sowohl die Verfügbarkeit von Drogen als auch die sozialen Netzwerke, die Chemsex fördern, besonders ausgeprägt sind [17]. Diese Netzwerke existieren sowohl digital, beispielsweise in Form verschiedener Dating-Apps, als auch analog, etwa in Clubs, Männer-Saunen oder auf speziellen Partyreihen [16].

Auf sex-orientierten Dating-Apps wie Grindr oder Gay Romeo verwenden Nutzer verschiedene Emojis in Profilenames und Texten, um potenzielle Interessenten anzusprechen. Hierzu zählen beispielsweise Diamanten für Methamphetamin (als Anspielung auf „Crystal“ als Kurzform für Crystal Meth) oder Schneeflocken („Schnee“ für Kokain) (siehe Tabelle 1; [16]).

Diese Emojis haben in der Szene oft eine hinreichend bekannte Bedeutung, allerdings werden diese Symbole auch wegen ihrer Uneindeutigkeit verwendet. Es gibt somit keinen verbindlichen Code, sodass sich Interpretationen unterscheiden und die Bedeutungen sich wandeln können.

Substanzen und Konsummuster

Alkohol zählt zu den Substanzen, die im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten aller Bevölkerungsgruppen besonders verbreitet sind [18]. Bestimmte Substanzen werden besonders häufig speziell mit Chemsex in Verbindung gebracht, diese werden im Folgenden erläutert.

Poppers (Alkyl-Nitrite)

„Poppers“ sind flüchtige Flüssigkeiten, meist auf Basis von Amylnitrit, Butylnitrit oder Isopropylnitrit, die inhaliert werden und innerhalb weniger Sekunden eine kurze, intensive Wirkung entfalten. Sie wirken über die Freisetzung von Stickstoffmonoxid (NO), was zu einer starken Vasodilatation führt. Dadurch kommt es zu einem kurzfristigen Blutdruckabfall mit begleitendem Wärmegefühl, Flush, Schwindel sowie einer Entspannung der glatten Muskulatur, insbesondere der Anal- und Vaginalmuskulatur. Diese Wirkung macht Poppers insbesondere im sexuellen Kontext, vor allem unter MSM, po-















Emoji	Mögliche Bedeutung
	Kokain („Schnee“)
	Methamphetamin ("Crystal Meth", "Tina")
	Cannabis
	MDMA ("Ecstasy", "Molly", "Candy")
	Medikamente, MDMA
	MDMA, Amphetamine, Kokain ("Schnelles")
	intravenöser Drogenkonsum ("Slamming"), oft Methamphetamin oder Mephedron.
	Ketamin ("K", "Special K", „Pferdebetäubungsmittel“)
	Heroin ("H", "Horse", „Braunes“).
	Methylendioxypropylvaleron (MDPV, „Monkeydust“)
	psychedelische Pilze ("Magic Mushrooms")
	GHB/GBL
	Dealer / Quelle
	besonders starke oder potente Substanzen

Tabelle 1: Emojis auf Dating-Plattformen mit möglicher Substanzbedeutung (aus klinischen Erfahrungen)

Foto: Rechte bei den Autoren

pulär [14, 15]. Die Effekte klingen in der Regel nach 1-2 Minuten ab.

Poppers werden typischerweise direkt aus kleinen Fläschchen inhaliert („gesniff“). Eine orale Einnahme ist hochtoxisch und potenziell tödlich. Akute Risiken beinhalten Kopfschmerzen, Übelkeit, Tachykardie, Kreislaufkollaps sowie – bei entsprechender Prädisposition – eine Methämoglobinämie, die zu einer verminderten Sauerstofftransportkapazität des Blutes führt [19]. Besonders kritisch ist der gleichzeitige Konsum mit PDE-5-Hemmern wie Sildenafil (Viagra), da dies einen lebensgefährlichen Blutdruckabfall verursachen kann. Bei wiederholtem oder exzessivem Gebrauch wurden zudem Schleimhautreizungen, Sehstörungen („Popper-Maculopathie“) und periorale Ekzeme beschrieben [14].

GHB/GBL (Gamma-Hydroxybutyrat/ Gamma-Butyrolacton)

Häufig bezeichnet als „G“ oder Liquid Ecstasy (obwohl keine Verwandtschaft zum Ecstasy-Wirkstoff MDMA besteht). Medizinisch wird es zur Behandlung der

Narkolepsie eingesetzt (hier unter dem Handelsnamen Xyrem®), während der Vorläuferstoff GBL in der Industrie als Lösungsmittel verwendet wird. GHB und GBL wirken primär als GABA-Analoga, die dämpfend auf das zentrale Nervensystem einwirken. Sie fördern Enthemmung und Euphorie, können jedoch bei Überdosierung zu Atemdepression und Koma führen. Die „therapeutische“ Breite ist gering – akute Intoxikationen treten bereits bei kleinsten Überdosierungen auf, weshalb die Substanz selbst an Orten, die sonst für eine liberale Drogenpolitik bekannt sind, häufig nicht toleriert wird. So hat sich z. B. die Berliner Clubkommission gegen die Verwendung von „G“ ausgesprochen und Menschen, die „G“ in die Berliner Clubs mitbringen, werden mit mehrwöchigem Hausverbot in allen Clubs belegt. Dieser Vorgang ist außergewöhnlich innerhalb der deutschen Clubszene [20].

GHB wird oral eingenommen, die Wirkung tritt innerhalb von 20-40 Minuten ein und hält bis zu vier Stunden an. Bei regelmäßigem Gebrauch kann eine psychische und physische Abhängigkeit mit Toleranzent-

wicklung entstehen. Entzugsserscheinungen treten dann innerhalb von wenigen Stunden nach der letzten Dosis auf. Bei schweren Verläufen müssen die Betroffenen auch nachts alle vier Stunden oder häufiger konsumieren, um Entzugssymptome zu vermeiden. Diese umfassen neben Insomnie und Angstzuständen auch vital bedrohliche Komplikationen wie generalisierte epileptische Anfälle, starke Blutdruckentgleisungen und Entzugsdelirien mit optischen Halluzinationen. Zur Behandlung der Entzugssymptomatik kommen meist Benzodiazepine zum Einsatz. Die notwendige Dosis ist oft hoch, Dosierungen von bis zu 100 mg Diazepamäquivalent sind möglich. Da der benzodiazepin-gestützte Entzug oft trotz hoher Dosen nicht erfolgreich verläuft (Delirien, Abbrüche), kann off-label ein Entzug mit dem Analogon Xyrem® oder Somsanit® durchgeführt werden. Die langfristige Rückfallquote nach erstmaligem Entzug liegt zwischen 50 % und 70 % [12, 15, 21].

Methamphetamin

Umgangssprachlich meist als „Crystal-Meth“ oder einfach „Meth“ bezeichnet. Bewirkt die Freisetzung von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, was zu Euphorie und gesteigerter subjektiver Leistungsfähigkeit führt. Es birgt jedoch schwerwiegende kardiovaskuläre Risiken, erhöht den Blutdruck und kann psychotische Episoden sowie Neurotoxizität verursachen. Methamphetamin gilt als deutlich potenter als andere Amphetamine. Dies liegt unter anderem an der zusätzlichen Methylgruppe, die die lipophile Eigenschaft verstärkt und dadurch die Passage der Blut-Hirn-Schranke erleichtert, sowie an der deutlich stärkeren Freisetzung von Dopamin. Darüber hinaus hat Methamphetamin mit etwa 12 Stunden eine doppelt so lange Halbwertszeit wie herkömmliche Amphetamine (4–6 Stunden) [22]. Im Freizeitkonsum wird Methamphetamin meist geraucht, seltener oral eingenommen. Im sexuellen Kontext, insbesondere unter MSM, wird es häufig in Wasser gelöst und intravenös appliziert („Slamming“). Diese Applikationsform führt zu einem besonders schnellen und intensiven Wirkungseintritt [14, 15], erhöht jedoch das Risiko für Komplikationen (Abszesse, Nekrosen, Infektionen mit HIV oder Hepatitis C)

Ketamin

Ketamin, häufig als „Keta“ oder „K“ bezeichnet, ist ein NMDA-Rezeptor-Antagonist, der halluzinogene und dissoziative Effekte hervorruft. Es besitzt analgetische Eigenschaften und wird daher in der Notfallmedizin eingesetzt. Ketamin wird in medizinischen Settings intravenös verabreicht, als Droge jedoch primär als Pulver geschnupft oder flüssig oral eingenommen [15, 16].

Kurzfristige Komplikationen umfassen Übelkeit, Erbrechen, Desorientierung, Angstzustände und Bewegungsstörungen (Ataxie). Sekundäre Komplikationen ergeben sich aus Unfällen infolge der Desorientierung sowie aus sexuellen und körperlichen Übergriffen aufgrund des hilflosen Zustands des Konsumenten. Langfristiger nicht-medizinischer Konsum kann die Blasenfunktion beeinträchtigen und zu irreversiblen kognitiven Einschränkungen führen [23, 24].

Kokain

Kokain setzt Dopamin und Noradrenalin frei und hemmt deren Wiederaufnahme im synaptischen Spalt. Die verstärkte dopaminerge Transmission im mesolimbischen System wird mit euphorisierenden Effekten in Verbindung gebracht, während die noradrenerge Aktivierung zu gesteigerter Erregbarkeit und erhöhter Aktivität führt. Dies kann eine erhöhte sexuelle Erregbarkeit hervorrufen, wobei interindividuelle Unterschiede sowie mögliche gegenteilige Effekte bei chronischem Konsum zu berücksichtigen sind [25].

Kokain erhöht den Blutdruck sowie das Risiko für Herzinfarkte, Schlaganfälle und Herzinsuffizienzen. Psychotische Symptome können durch den akuten Konsum verursacht werden, das Risiko steigt bei chronischem Konsum [26, 27]. In Deutschland, wie auch in Gesamt-Europa, steigt der Konsum von Kokain kontinuierlich an [19]. Die in Deutschland beschlagnahmte Menge Kokain erhöhte sich von 2010 zu 2023 von knapp zwei Tonnen auf über 23 Tonnen, während der Straßenpreis für Kokain konstant bei etwa 75 Euro pro Gramm blieb. Die höhere Verfügbarkeit wirkte sich also nicht auf den Preis pro Gramm aus, allerdings stieg der Reinheitsgehalt [19].

Kokain wird in zwei Formen konsumiert: als wasserlösliches Kokain-Pulver (Kokain-

Hydrochlorid) und als kristallines Crack-Kokain (Kokain-Base), das durch eine chemische Reaktion von Kokain mit Natrium oder Backpulver hergestellt wird. Kokain-Pulver wird primär intranasal konsumiert, seltener intravenös, während Crack meist geraucht wird [28]. Die Inhalation des Crackrauchs führt zu einem unmittelbaren Wirkeintritt innerhalb weniger Sekunden, während die intranasale Anwendung von Kokainpulver etwa 5–10 Minuten bis zum Wirkeintritt benötigt [29].

MDMA („Ecstasy“)

Als „Ecstasy“ wurde ursprünglich MDMA bezeichnet, heute enthält das meist in Pillenform gehandelte „Ecstasy“ meist Mischformen aus MDMA und D-Amphetaminen („Speed“). MDMA fördert die Freisetzung von Serotonin und führt zu Euphorie sowie einem Gefühl emotionaler Verbundenheit. Es kann die Körpertemperatur erhöhen und zu Dehydrierung oder Hyperthermie führen. Das Abhängigkeitspotenzial von MDMA wird als generell niedrig eingestuft. Die Risiken ergeben sich meist aus dem unmittelbaren Rauschzustand, etwa in Form von akuter Kreislaufinstabilität oder durch Übergriffe Dritter auf wehrlose Konsumenten.

Der Konsum erfolgt in der Regel oral mit einem Wirkungseintritt zwischen 30–60 Minuten, während pures MDMA gelegentlich nasal konsumiert wird. MDMA wird selten in seiner reinen kristallinen Form konsumiert. Stattdessen wird es überwiegend in Form von Ecstasy-Tabletten eingenommen. Es konnte festgestellt werden, dass der Wirkstoffgehalt von „Ecstasy“ stark schwankt – in den vergangenen Jahren sind wiederholt Tabletten mit lebensgefährlich hohem Gehalt von MDMA sichergestellt worden, teilweise ist es zu Todesfällen bei jungen Konsumenten gekommen [30]. Zudem befindet sich in den Tabletten oft ein Mix verschiedenster Substanzen, manchmal auch welche völlig ohne MDMA [14, 19, 31].

Mephedron

(4-Methylmethcathinon/4-MMC)

Mephedron gehört zur Gruppe der synthetischen Cathinone und ist strukturell mit Cathinon, dem psychoaktiven Hauptbestandteil der Khat-Pflanze, verwandt. Es wirkt stimulierend und empathogen,

ähnlich wie MDMA, wobei es die Freisetzung und Wiederaufnahmehemmung von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin beeinflusst [31]. Die Effekte treten rasch ein und umfassen Euphorie, gesteigerte Kontaktfreudigkeit, erhöhte Wachheit, sexuelle Enthemmung sowie eine subjektiv verbesserte Sinneswahrnehmung [15].

Mephedron wird meist nasal appliziert oder oral konsumiert. Intranasal tritt die Wirkung innerhalb weniger Minuten ein, oral nach ca. 15-30 Minuten. Die Wirkung hält etwa 2-3 Stunden an, ist jedoch oft mit ausgeprägtem Craving bei nachlassender Wirkung verbunden, was zu sehr häufigem Nachlegen („Redosing“) führen kann [32]. Die Substanz hat ein hohes psychisches Abhängigkeitspotenzial und kann bei chronischem Gebrauch zu Schlafstörungen, Reizbarkeit, Paranoia und Depressionen führen.

Insbesondere bei nasalem Konsum sind Schleimhautschäden häufig [33]. Kardiovaskuläre Risiken wie Tachykardie, Hypertonie und Herzrhythmusstörungen wurden ebenso beschrieben wie serotonerge Syndrome bei gleichzeitiger Einnahme serotonerger Substanzen [19]. Der Mischkonsum mit GHB, Ketamin oder Methamphetamin ist in bestimmten Szenen weit verbreitet und erhöht das Risiko für Intoxikationen erheblich [15].

Methylenedioxypropylammonium (MDPV, „Monkey dust“)

MDPV (3,4-Methylenedioxypropylammonium) ist ein sehr potentes Stimulans. Es macht aktiv, euphorisch, gesellig und erzeugt ein Gefühl von Empathie. Die Verstärkung der sexuellen Erregung ist vergleichbar mit Methamphetamin.

Zwanghaftes und ungeplantes Nachdosieren („Fiending“) wird von den Konsumenten berichtet. Besonders bei hohem und wiederholtem Konsum können sehr ausgeprägte Psychosen auftreten. MDPV-Psychosen sind oft gekennzeichnet durch extreme Agitation, Aggressivität und visuelle sowie akustische Halluzinationen, die teils mehrere Tage anhalten [34]. Das Nachlassen der Wirkung („Runterkommen“) wird als „hart“ und unangenehm beschrieben, was das Risiko des Nachdosierens erhöht.

Die kardiovaskulären Effekte sind ausgeprägt, in schweren Fällen kam es zu Rhab-

domyolyse (Muskelzerfall), Nierenversagen und Herzinfarkt [35]. Das Risiko für eine Abhängigkeit scheint dabei deutlich höher zu sein als bei Kokain [36].

Mehrfachsubstanzkonsum

Viele Chemsex-Praktizierende konsumieren mehrere Substanzen gleichzeitig, um die Wirkung zu verstärken, eine breitere Palette an Effekten zu erzielen oder die jeweiligen Nebenwirkungen abzufangen. Dieser Mehrfachkonsum birgt ein besonders hohes Risiko für gesundheitliche Komplikationen, da die Wechselwirkungen schwer vorhersehbar sind. Dies erhöht das Risiko von Überdosierungen sowie kardiovaskulären und neurologischen Nebenwirkungen [37, 38].

Die gleichzeitige Nutzung von Stimulanzien wie Methamphetamin oder Kokain zusammen mit sedierenden Substanzen wie GHB/GBL oder Alkohol kann zu einer gefährlichen Überlastung des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemfunktion führen. Zusätzlich haben die beteiligten Substanzen oft unterschiedliche Halbwertszeiten: Stimulanzien besitzen häufig eine deutlich kürzere Wirkdauer als Sedativa. Wenn die Wirkung der Stimulanzien nachlässt, kann es zu einer Übersiedierung mit potenziell tödlichen Komplikationen wie Atemdepression kommen [39]. Gleichzeitig konsumierte sedierende Substanzen ergänzen sich oft überadditiv.

Ein weiteres zentrales Problem des Mischkonsums ist die fehlende Klarheit über die tatsächlich konsumierten Substanzen. Die Konsumenten wissen oft nicht genau, welche Stoffe sie eingenommen haben, was die Anwendung von Safer-Use-Praktiken erheblich erschwert.

Rechtlicher Rahmen

Die rechtliche Situation der im Chemsex-Kontext konsumierten Substanzen in Deutschland und der EU ist heterogen und beeinflusst deren Verfügbarkeit erheblich: GHB unterliegt in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und ist als verschreibungspflichtiges Arzneimittel (Xyrem®) nur für die Behandlung der Narkolepsie zugelassen. Der nicht-medizinische Besitz und Handel sind strafbar. Die

Vorläufersubstanz GBL wird jedoch legal als Industriereiniger vertrieben und ist online sowie in Baumärkten relativ leicht erhältlich, was die faktische Verfügbarkeit deutlich erhöht. Allerdings wurde kürzlich durch den Bundestag eine Gesetzesnovelle verabschiedet, die den Umgang mit GBL strenger regeln soll.

Methamphetamin, Kokain und MDMA sind vollständig dem BtMG unterstellt. Poppers (Alkylnitrite) befinden sich in einer rechtlichen Grauzone: Sie dürfen nicht als Arzneimittel oder zur Inhalation verkauft werden, sind aber als „Raumduft“ oder „Reinigungsmittel“ teilweise legal erhältlich. Besondere Relevanz hat das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG), das seit 2016 ganze Stoffgruppen erfasst, darunter synthetische Cathinone wie Mephedron. Das NpSG verbietet Herstellung, Handel und Weitergabe, nicht jedoch den Besitz zum Eigenkonsum. Aktuell wird eine Reform des NpSG diskutiert, die u. a. eine Verschärfung der Strafbarkeit und eine Erweiterung der erfassten Stoffgruppen vorsehen könnte. Diese Gesetzesänderung könnte die Verfügbarkeit synthetischer Cathinone beeinflussen, birgt aber auch das Risiko einer Verdrängung in noch weniger regulierte und potenziell gefährlichere Substanzen. Die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen beeinflussen nicht nur die Verfügbarkeit, sondern auch die Qualität und Reinheit der Substanzen auf dem Schwarzmarkt sowie die Möglichkeiten für Harm-Reduction-Maßnahmen wie Drug-Checking-Angebote.

Psychiatrische Komorbidität

Es muss ausdrücklich festgehalten werden, dass Chemsex per se nicht pathologisch ist. Ein erheblicher Anteil der Praktizierenden konsumiert kontrolliert und zeigt keine negativen gesundheitlichen oder sozialen Konsequenzen. Psychische Erkrankungen können allerdings bei Chemsex-Usern ein häufiges Phänomen sein. Eine australische Studie fand eine Depression bei 28,3 % und eine Angststörung bei 17,9 % der Chemsex-praktizierenden MSM [16]. Oft können andere Störungen durch Substanzkonsum, insbesondere Alkohol und Tabak, vorliegen [12, 40].

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Zwischen Lust und Risiko: Sexualisierter Substanzkonsum (Chemsex) – eine Übersicht“ von Dr. med. Ahmed Zacher et al. finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglie-

der-Portal vom 25.06.2026 bis 24.12.2026 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

In einer deutschen Studie (n = 280) berichteten etwa 76,8 % der Chemsex-Praktizierenden von mindestens einem traumatisierenden Ereignis in ihrem Leben und 11,5 % erfüllten die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung [38]. Einerseits könnte Chemsex als Bewältigungsstrategie für präexistente Traumata fungieren, z. B. wenn Substanzen zur Linderung unangenehmer Affektzustände eingesetzt werden [41, 42]. Andererseits bergen die mit Chemsex verbundenen Risiken – wie Kontrollverlust, Grenzverletzungen und ungeschützter Geschlechtsverkehr – ein erhebliches Potenzial für neue traumatisierende Erfahrungen [43]. Wahrscheinlich liegt eine bidirektionale Beziehung vor, bei der ein selbstverstärkender Zyklus aus Trauma und riskantem Sexualverhalten entsteht [44]. In der Studie von Prestage et al. erlebten fast die Hälfte (47,2 %) der untersuchten Nutzer während des Chemsex sexuelle Gewalt oder das Überschreiten ihrer sexuellen Grenzen, was mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen und weiterem Substanzkonsum assoziiert ist [16].

Hypersexualität muss bei der Kombination von Substanzen und sexuellen Praktiken nicht zwangsläufig vorliegen [45], stellt jedoch durchaus einen relevanten Faktor dar: 23 % von N = 1130 MSM wiesen auffällige Werte in der Sexual Compulsivity Scale auf [46]. Personen mit hypersexuellem Verhalten neigen dabei häufiger zu multiplem Substanzkonsum [45]. In einer französischen Kohortenstudie wiesen 87 % der Chemsex-Nutzer unsi-

chere Bindungsstile auf. Diese stellen somit sowohl einen Risikofaktor als auch einen wichtigen Aspekt in der psychotherapeutischen Behandlung dar [47].

Im Kontext von Chemsex kann sich eine substanzbezogene Abhängigkeit entwickeln, bei der der Substanzkonsum zunehmend von der sexuellen Aktivität dissoziiert wird. Ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit besteht insbesondere bei Personen, die sexuelle Erregung und Befriedigung ohne psychoaktive Substanzen nicht mehr erleben können [45].

Somatische Komplikationen

Problematischer Chemsex ist mit einem drei- bis zehnfach erhöhten Risiko für ungeschützten Geschlechtsverkehr verbunden und ist ein nicht unerheblicher Faktor für den weltweiten Anstieg sexuell übertragbarer Infektionen (STI) [3].

Chemsex korreliert bei HIV-positiven MSM mit vermehrtem sexuellem Verhalten und STI-Diagnosen, was das Risiko einer HIV-Weitergabe erhöht. [15].

Die HIV-Prävalenz unter Chemsex-Nutzern in den USA liegt mit 41,2 % deutlich höher als in der allgemeinen MSM-Population (17,81 %) und übersteigt bei weitem die Prävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung (0,1 %) [14]. Dies stellt eine erhebliche Herausforderung für die Präventionsarbeit dar. Der Zusammenhang zwischen Chemsex und erhöhtem HIV-Risiko erklärt sich sowohl durch eine erhöhte Bereitschaft zu risikoreichen sexuellen Praktiken wie ungeschütztem Analver-

kehr („bareback“), Fisting oder BDSM (Bondage und Sadismus-Masochismus) unter Substanzeinfluss als auch durch den intravenösen Konsum einiger Substanzen. Bei Chemsex-Praktizierenden sind daher Präventionsmaßnahmen wie die PrEP (Prä-Expositions-Prophylaxe) indiziert [14].

Besonders beim intravenösen Konsum, dem „slamming“ besteht ein erhöhtes Risiko für Hepatitis-C-Übertragungen [37]. Die Prävalenz von Hepatitis C unter Chemsex-Praktizierenden ist allerdings mit etwa 2 % nicht signifikant höher als in der Nicht-Chemsexgruppe. Dies lässt sich dadurch erklären, dass mittlerweile die Mehrheit der Hepatitis-C-Infizierten im Verlauf der Erkrankung geheilt werden kann. Im Gegensatz dazu bleibt HIV bislang chronisch, wodurch jede Neuinfektion die Prävalenz kumulativ erhöht [16, 40].

Wechselwirkungen mit Medikamenten stellen eine besonders wichtige und den Chemsex-Praktizierenden meist unbekannt Herausforderung dar: Die Cytochrome P450 (CYP450) Enzyme, insbesondere CYP2D6, die am Stoffwechsel von Substanzen wie Methamphetamin, 3-MMC, 4-MEC, Mephedron und MDMA beteiligt sind, interagieren auch mit antiretroviralen Medikamenten und Anti-HCV-Mitteln. Bestimmte antivirale Wirkstoffe (wie Ritonavir, Cobicistat, Simeprevir, Paritaprevir, Gravoprevir) haben eine hemmende Wirkung auf diese Enzyme und können die Wirkung der konsumierten illegalen Substanzen potenzieren und zu Überdosierungen führen [48].

Insbesondere bei gleichzeitiger Einnahme von Phosphodiesterase-5-Hemmern (wie Sildenafil, Tadalafil oder Vardenafil) und Methamphetamin oder Cathinonen kann es zu Hypertonie, akuter und chronischer Myokardtoxizität, Schlaganfällen, koronarer Herzkrankheit und plötzlichem Herztod kommen [49, 50]. Oft werden sexuelle Aktivitäten unter Substanzeinfluss stundenlang bei verringertem Schmerzempfinden durchgeführt, was zu analen oder genitalen Verletzungen wie Schleimhautrissen, Fissuren und Abrasionen führen kann. Diese werden bedingt durch den analgetischen Effekt der konsumierten Substanzen oft zu spät bemerkt und behandelt, was zu lokalen Infektionen, ver-

stärktem Übertragungsrisiko für STIs und in schweren Fällen zu septischen Verläufen führen kann [51].

Daher sollten bei der Behandlung HIV-positiver Chemsex-Konsumenten möglichst HIV-Therapieregime ohne Ritonavir oder Cobicistat gewählt werden. Die Patienten müssen andernfalls über das erhöhte Überdosierungsrisiko aufgeklärt und engmaschiger kontrolliert werden. Bei einer notwendigen Hepatitis-C-Behandlung sollten mögliche Alternativen diskutiert werden.[52, 53].

Diagnostik und Assessment

Um problematischen Chemsex zu erkennen, bedarf es einer umfassenden multidimensionalen Bewertung, die mindestens vier Kernbereiche berücksichtigt:

- 1) das spezifische Substanzkonsumverhalten in sexuellen Kontexten,
- 2) die damit verbundenen Risikopraktiken und Gesundheitsfolgen,
- 3) zugrundeliegende psychische Vulnerabilitäten und
- 4) soziale sowie kulturelle Einflussfaktoren [45].

Es gibt keine speziellen Screeningverfahren für Chemsex. Jedoch sollten bei Risikogruppen der Substanzkonsum und damit assoziierte Probleme gezielt erfragt werden [54]. Die ausführlichere klinische Exploration sollte systematisch den Substanzkonsum im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten erfassen, einschließlich der Art und Menge der konsumierten Substanzen, der Frequenz und Dauer der Chemsex-Sessions sowie möglicher negativer Folgen. Besonderes Augenmerk muss dabei auf das Auftreten psychischer oder körperlicher Komplikationen, die Auswirkungen auf Alltag, Beruf und soziale Beziehungen sowie bisherige Veränderungsversuche gelegt werden. Die Behandlungsindikation ergibt sich letztlich aus der Gesamtschau der funktionellen Beeinträchtigungen und des persönlichen Leidensdrucks. Wichtig sind eine vollständige und vorurteilsfreie Anamnese von sexuellen Präferenzen und Aktivitäten, Beziehungsstatus, der sozialen Unterstützung und der psychiatrischen Vorgeschichte. Dazu gehören auch mögliche traumatische Erfahrungen, weiterer Substanzkonsum, sexuell übertragbare Er-

krankungen sowie die aktuelle Medikation und die Adhärenz [54].

Behandlungsansätze im deutschen Versorgungssystem

Es ist wichtig zu betonen, dass nicht jede Form von Chemsex problematisch oder gesundheitsschädlich sein muss. Viele Personen praktizieren sexualisierten Substanzkonsum kontrolliert und gelegentlich, ohne dass es zu negativen Konsequenzen kommt. Innerhalb der MSM-Community existieren ausgeprägte Safer-Use- und Safer-Sex-Kompetenzen, die durch Peer-Education und Community-Strukturen weitergegeben werden. Hierzu zählen Maßnahmen wie das Einhalten von Dosierungsgrenzen, das Vermeiden von Mischkonsum, die Verwendung steriler Injektionsutensilien, die Planung zeitlich begrenzter Sessions, das Praktizieren in vertrauensvollen Umgebungen sowie die konsequente Anwendung von Safer-Sex-Methoden. Die Behandlungsindikation von Chemsex ergibt sich nicht aus der Verbindung von Sexualität und Substanzkonsum an sich, sondern aus der Entwicklung von Kontrollverlust, funktionellen Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Folgeschäden.

Zentral ist bei der Behandlung die Schaffung eines diskriminierungsfreien, vertrauensvollen Umfelds, das die sexuelle Identität und Lebensweise der Klienten respektiert und in die Behandlung einbezieht.

Die Behandlung von Menschen mit problematischem Chemsex-Verhalten erfolgt idealerweise interdisziplinär und sollte alle Begleiterkrankungen – von psychiatrischen Erkrankungen bis hin zu Infektionen – einschließen. Psychotherapie, Aufklärung und Informationsvermittlung sind dabei wesentliche Elemente der Risikoreduktion [54].

Im ambulanten Setting spielen spezialisierte Suchtberatungsstellen eine zentrale Rolle, wobei der Mangel an Chemsex-spezifischen Beratungsangeboten häufig eine Behandlungsbarriere darstellt. Dabei ist die Vernetzung mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und der HIV-Behandlung wichtig [54].

Eine stationäre akutpsychiatrische Behandlung ist erforderlich z.B. bei schweren

Intoxikationen oder psychiatrischen Krisen, aber auch nach erfolglosen ambulanten Therapieversuchen oder aufgrund der Notwendigkeit der Distanzierung vom sozialen Umfeld. Stabilisierende Maßnahmen sollten die spezifischen Bedürfnisse, die in der Lebenswelt von MSM vermehrt auftreten können, unterstützen. Wünschenswert sind daher regelmäßige niederschwellige Gesundheitsscreenings für STI, Präventionsangebote für HIV/STI (PreP), kultursensible Beratung und Therapie sowie die Einbindung von LGBTQI-Community-Strukturen und Peer-Support.

Von besonderer Bedeutung ist die spezifische Psychotherapie mit dem übergeordneten Ziel, eine substanzfreie Sexualität zu entwickeln. Ein zentraler Therapiebestandteil ist die systematische Analyse der spezifischen Rolle, die psychoaktive Substanzen im sexuellen Erleben der Patienten einnehmen. Dabei wird gemeinsam erarbeitet, welche konkreten Unterschiede zwischen nüchternem und substanzgestütztem Sexualverhalten bestehen und welche emotionalen, physischen oder psychologischen Funktionen – wie Enthemmung, Angstreduktion oder Lustverbesserung – die Drogen dabei erfüllen. Während der Therapie sollen die Bedürfnisse, die durch Sexualität erfüllt werden (wie z. B. Nähe, Anerkennung, Autonomie/Selbstbestimmung) untersucht werden, um zu verstehen, wie der Konsum diese Bedürfnisse beeinflusst und welche psychischen Mechanismen dabei eine Rolle spielen. Die psychosexuelle Entwicklung und deren Auswirkungen auf das Sexualverhalten sowie auf den Konsum sollen unter individueller Berücksichtigung von Traumaerfahrungen, internalisierter Homophobie und deren Einfluss auf das Selbstverständnis und das Konsumverhalten betrachtet werden [43, 55].

Hinsichtlich pharmakologischer Behandlungsoptionen existieren bislang keine zugelassenen Medikamente für die Hauptsubstanzen des Chemsex. Einzelne Studien zeigen positive Ergebnisse z.B. für Mirzapin bei Methamphetaminkonsum [56, 57] oder für Baclofen bei GHB/GBL-Abhängigkeit [58], während die Behandlung mit SSRIs vor allem bei komorbider Depression oder Angststörung indiziert ist. Aufgeklärt werden müssen insbesondere sexuell aktive Männer über erektile

Dysfunktionen als potenziell auch irreversible Nebenwirkung. Bei Stimulanzienabhängigkeit kann off-label Bupropion (bis max. 450mg/d) ggf. in Kombination mit off-label Naltrexon unterstützend wirksam sein [59, 60]. Das Missbrauchspotenzial von Bupropion muss dabei beachtet werden [61, 62].

Prävention und Schadensminimierung

Als Strategie zur Schadensminderung haben sich besonders die Aufklärung über Substanzwirkungen und deren Wechselwirkungen sowie die Planung von Chemsex-Sessions mit zeitlicher und mengenmäßiger Begrenzung bewährt [54]. Eine wichtige Harm-Reduction-Maßnahme sind die von der STIKO für MSM empfohlenen Impfungen gegen Hepatitis A und B. Eine Impfung gegen Meningokokken C kann im Einzelfall sinnvoll sein, wird aber derzeit nicht von der STIKO spezifisch für diese Gruppe empfohlen. Die STIKO empfiehlt zudem die Mpox-Impfung für MSM mit häufig wechselnden Partnern. Zudem gehören auch regelmäßige STI-Screenings z. B. alle drei Monate und eine HIV-PrEP. Spezialisierte Beratungsstellen wie z. B. die Deutsche Aidshilfe empfehlen zahlreiche weitere Harm-Reduction-Maßnahmen wie das Desinfizieren von Sexspielzeugen zur Prävention von HIV oder das Führen von individuellen Dosierungsprotokollen zum Vermeiden von GHB/GBL-Überdosierungen.

Peer-Support, psychoedukative Gruppen und Selbsthilfe/Community-Gruppen spielen eine wichtige unterstützende Rolle bei der Risikoreduktion [54]. Die effektive Vernetzung verschiedener Behandlungsangebote und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Suchtmedizin, Psychiatrie, Infektiologie und psychosozialer Beratung ist dabei der entscheidende Faktor, um eine gute Versorgung der Betroffenen sicherzustellen. Besonderer Wert sollte auf die Vermittlung von Strategien zur Risikominimierung gelegt werden, wie die Verwendung steriler Injektionsutensilien, die Aufklärung über Überdosierungsrisiken (insbesondere bei GHB/GBL) sowie die Bedeutung von gegenseitigem Konsens bei sexuellen Praktiken [63].

In einem systematischen Review haben sich multidimensionale Behandlungsansätze für Chemsex als besonders wirksam erwiesen. Die Evidenz aus 12 Studien mit 1.379 Teilnehmern zeigt, dass integrierte Interventionen, die Harm-Reduction-Strategien (66,7 % der Studien), psychoedukative Komponenten (100 % der Studien) und kognitive Verhaltenstherapie kombinieren, zu signifikanten Verbesserungen führen. Besonders effektiv erwiesen sich gay-spezifische kognitive Verhaltenstherapie (GCBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) und Behavioral Activation, die jeweils hohe Akzeptanzraten (83,3 %) und Verbesserungen der sexuellen Selbstwirksamkeit (83,3 %) zeigten. Prophylaxestrategien wie PrEP und PEP

(Post Exposure Prophylaxe), multidisziplinäre Teams mit LGBTIQ+-Kompetenz sowie mobile Health-Interventionen ergänzen diese Ansätze erfolgreich. Die Implementierung sollte flexible Behandlungsformate (Einzel- und Gruppentherapie, Online- und Präsenzformate) umfassen und langfristige Nachbetreuung (bis zu 30 Monate) gewährleisten, wobei die Integration von sexueller Gesundheit, psychischer Betreuung und Suchtbehandlung in einem umfassenden Versorgungsmodell entscheidend für den therapeutischen Erfolg ist [3].

Die Bewältigung des pathologischen Chemsex-Phänomens erfordert letztendlich einen koordinierten Ansatz zwischen unterschiedlichen Gesundheitsakteuren, um stigmafremde, zugängliche und wirksame Unterstützung für alle Betroffenen zu gewährleisten und damit sowohl individuelle Gesundheit als auch die Gesundheit der Gemeinschaft zu fördern.

Dr. med. Ahmed Zaher

Bürgerhospital Frankfurt

Fabian Silipigni

Dr. med. Deborah Scholz-Hehn

Dr. med. Siegmund Drexler

Dr. med. Mathias Luderer

Kontakt: a.zaher@bhf.de

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

Multiple-Choice-Fragen:

Zwischen Lust und Risiko: Sexualisierter Substanzkonsum (Chemsex) – eine Übersicht

VNR: 2760602026199480009

1. Wie wird Chemsex im Dokument grundsätzlich definiert und bewertet?

1) Als eine pathologische Störung, die primär bei jungen MSM auftritt.

2) Als eine Praxis, die per se nicht pathologisch ist, jedoch mit signifikanten Gesundheitsrisiken assoziiert sein kann.

3) Als ein Synonym für intravenösen Drogenkonsum im sexuellen Kontext.

(je eine Antwort ist richtig)

4) Als ein globales Phänomen, das heterosexuelle Paare ebenso häufig betrifft wie MSM.

5) Als eine anerkannte Form der Psychotherapie zur Behandlung von Sexualstörungen.

2. Welche der folgenden Substanzen wird im Dokument als „G“ oder „Liquid Ecstasy“ bezeichnet und birgt aufgrund einer geringen therapeutischen Breite ein hohes Risiko für Überdosierungen (Atemdepression, Koma)?

- 1) 3-MMC
- 2) Methamphetamin („Crystal Meth“)
- 3) GHB / GBL
- 4) Poppers (Alkyl-Nitrite)
- 5) Ketamin

3. Welche schwerwiegende Interaktion wird im Dokument im Zusammenhang mit Poppers (Alkyl-Nitriten) genannt?

- 1) Gleichzeitiger Konsum mit SSRI, der zu einem Serotonin-Syndrom führt.
- 2) Gleichzeitiger Konsum mit PDE-5-Hemmern (z.B. Sildenafil), der zu einem lebensgefährlichen Blutdruckabfall führen kann.
- 3) Gleichzeitiger Konsum mit Alkohol, der zu irreversiblen Nierenschäden führt.
- 4) Gleichzeitiger Konsum mit GHB/GBL, der die neurotoxische Wirkung potenziert.
- 5) Gleichzeitiger Konsum mit Mephedron, der zu einer akuten Psychose führt.

4. Was versteht man unter dem Begriff „Slamming“, der im Dokument erwähnt wird?

- 1) Der nasale Konsum von Mephedron.
- 2) Der orale Konsum von GBL als Industriereiniger.
- 3) Der intravenöse Konsum von Substanzen, häufig Methamphetamin, im sexuellen Kontext.
- 4) Das Rauchen von Crack-Kokain.
- 5) Der rektale Konsum von Substanzen (auch „Booty Bumping“).

5. Welcher psychosoziale Faktor wird im Artikel als wesentlicher Treiber für problematischen Chemsex-Gebrauch diskutiert, der als Bewältigungsstrategie (Coping) dient?

- 1) Sozioökonomischer Status und Bildungsniveau.
- 2) Hypersexualität bzw. zwanghafte Sexualität.

- 3) Minderheitenstress (Minority Stress) und internalisierte Homophobie.
- 4) Die leichte Verfügbarkeit von Substanzen in urbanen Gebieten.
- 5) Eine nachgewiesene genetische Prädisposition für Suchterkrankungen.

6. Welche somatische Komplikation stellt laut Dokument eine besondere Gefahr bei der Einnahme von antiretroviralen Medikamenten (z.B. Ritonavir, Cobicistat) und Chemsex-Substanzen dar?

- 1) Eine Hemmung der CYP450-Enzyme (z.B. CYP2D6), die zu einer Potenzierung der Drogenwirkung und Überdosierung führen kann.
- 2) Eine beschleunigte Ausscheidung der Chemsex-Substanzen, was zu akuten Entzugssymptomen führt.
- 3) Ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für eine „Popper-Maculopathie“.
- 4) Eine direkte Auslösung von Entzugsdelirien durch die Interaktion.
- 5) Eine Neutralisierung der antiretroviralen Wirkung durch die Chemsex-Substanzen.

7. Welche Aussage zur Epidemiologie von Chemsex trifft laut Dokument zu?

- 1) Chemsex ist signifikant mit einer niedrigeren Prävalenz von HIV und Hepatitis C verbunden.
- 2) Chemsex ist eng assoziiert mit höheren Raten an STIs, einschließlich HIV und Hepatitis C.
- 3) Die Prävalenz von Hepatitis C unter Chemsex-Praktizierenden ist signifikant höher als die HIV-Prävalenz.
- 4) Chemsex tritt ausschließlich bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status auf.
- 5) Chemsex führt nachweislich zu einer Reduktion riskanter Sexualpraktiken durch erhöhte Selbstwahrnehmung.

8. Welches ist laut Dokument das übergeordnete Ziel der spezifischen Psychotherapie bei problematischem Chemsex?

- 1) Die vollständige Abstinenz von allen sexuellen Kontakten (sexuelle Abstinenz).

- 2) Die medikamentöse Einstellung mit Bupropion und Naltrexon als Standardtherapie.
- 3) Die Entwicklung einer substanzfreien Sexualität durch Analyse der Drogenfunktion und Bearbeitung von z.B. Trauma oder internalisierter Homophobie.
- 4) Die ausschließliche Behandlung der komorbiden Depression oder Angststörung, da der Substanzgebrauch als Symptom gilt.
- 5) Die schrittweise Reduktion der Dosis (Tapering) unter ärztlicher Aufsicht bis zur kontrollierten Nutzung.

9. Welche Substanz, die zur Gruppe der synthetischen Cathinone gehört, wird im Dokument als 4-MMC beschrieben und ist für ihre empathogene Wirkung und ausgeprägtes „Craving“ (Nachlege-Drang) bekannt?

- 1) Ketamin
- 2) Mephedron
- 3) Kokain
- 4) MDMA
- 5) GHB

10. Welcher Ansatz ist laut dem Artikel zentral für die Behandlung und Beratung von Personen mit problematischem Chemsex-Verhalten?

- 1) Ein konfrontativer Ansatz, der den Kontrollverlust in den Vordergrund stellt.
- 2) Die Schaffung eines diskriminierungsfreien, vertrauensvollen Umfelds, das die sexuelle Identität und Lebensweise respektiert.
- 3) Die sofortige stationäre Einweisung in allen Fällen von Chemsex-Gebrauch zur Krisenintervention.
- 4) Die Fokussierung auf den legalen Status der Substanzen (BtMG und NpSG) zur Abschreckung.
- 5) Die Verpflichtung zur Teilnahme an anonymen 12-Schritte-Programmen als Auflage

Zwischen Pflicht und Patientenwillen

Wenn keine Verfügung vorliegt, müssen Ärztinnen und Ärzte unter Zeitdruck entscheiden – wie würden Sie handeln?

Im ärztlichen Alltag gilt es immer wieder, unter Zeitdruck lebenswichtige Entscheidungen zu treffen. Es wäre gut, wenn (Ihre) Patienten dafür VORSORGEN! würden. Hier ist ein Fall aus dem ärztlichen Alltag. Wir bieten Ihnen fünf Lösungsmöglichkeiten an. Sie können diese im Kopf durchspielen oder sich mit einer E-Mail an haebel@laekh.de an einer Abstimmung dazu beteiligen. Wenn Sie mögen, teilen Sie uns auch Ihre Gedanken und Ihre Meinung unter Ihrem Klarnamen mit.

Die Lösungen werden wir in der nächsten Ausgabe diskutieren.

Der (wahre) Fall:

Sie haben ärztlichen Bereitschaftsdienst im Vogelsberg. Dabei haben Sie einen Dienst-Pkw mit einem Fahrer, der auch Rettungsassistent ist. Um 21 Uhr werden Sie zur 87-jährigen Rosa Wehner in Kleindorf gerufen. Sie kennen Frau Wehner von einigen Vertretungen und haben auch guten Kontakt zu ihrem Hausarzt. Als sie dort ankommen, ist Frau Wehner hoch fiebrig. Der Ehemann und ihre drei Kinder sind vor Ort und sehr aufgeregt. Frau Wehner hatte schon über Wochen stark abgebaut. Sie war immer eine starke, au-

tonome Bauersfrau. Über Vollmacht und Verfügung hat sie sich keine Gedanken gemacht. Aber ganz klar hat sie ihrem Mann vor fünf Jahren gesagt, so wie die Nachbarin wolle sie nicht sterben. Alt und mit Schläuchen im Krankenhaus.

Vor einer Stunde sei sie vergrippt gewesen, aber noch gut drauf. Dann hat sie ihre Kommunionskerze geholt, angesteckt und aus dem Gottlob den Abschnitt über schwere Krankheit und Sterben gebetet. Das Gesangbuch liegt noch auf dem Nachttisch. Jetzt hat sie einen Blutdruck von 85/40, das Herz ist deutlich tachyarrhythmisch. Sie hat wohl eine Pneumonie und im Rahmen der Exsikkose noch einen ausgedehnten zerebralen Insult erlitten. Sie schluckt noch etwas, aber mühsam. Sie bewegt eine Seite nicht mehr, kann nicht sprechen und zeigt keine Reaktion auf Ansprache. Die Atemfrequenz ist 44/min mit einer Sättigung von 82 %.

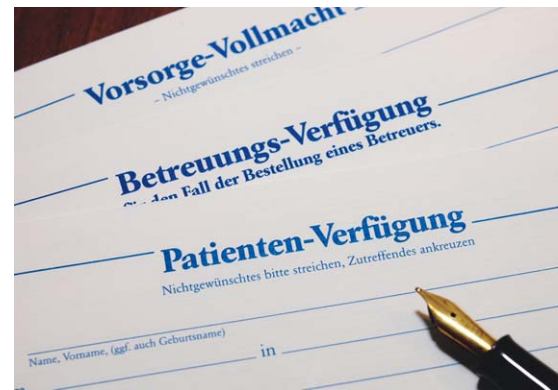
Die Familie ist aufgeregt und durcheinander.

Sie müssen jetzt entscheiden. Bis morgen hat es so sicher keine Zeit. Wie gehen Sie vor?

a) Grundlage: Ihr Rettungsassistent hat gleich schon nach der ersten Befunderhebung gefragt, ob er den RTW nachfordern soll. Er stellte völlig zu Recht eine akute Lebensbedrohung fest. Die Familie ist sich einig, dass die Ehefrau und Mutter zuhause in Ruhe sterben soll. Die Rechtslage ist eindeutig, hier darf keine Familie entscheiden, ja, nicht einmal Auskunft zu Ihrer ärztlichen Einschätzung bekommen.

Entscheidung: Sie lassen den RTW nachfordern, legen in der Zeit eine Infusion, versorgen die Patientin mit den notwendigen Medikamenten und bringen sie mit dem RTW auf die Intensivstation des Krankenhauses in der Nähe.

b) Grundlage wie Fall a. Sie kennen den Hausarzt aber gut. Sie wollen mehr Informationen. Sie rufen ihn zuhause an und er bestätigt, dass die Patientin vermutlich so nicht mehr ins Krankenhaus wollte. Sie



sind sich aber einig, dass hier ja nichts richtig reflektiert wurde und schriftlich festgelegt wurde.

Entscheidung: Die Patientin kommt also unter Maximaltherapie ins Krankenhaus und wird dann unverzüglich unter Betreuung gestellt, damit über weiteres Vorgehen entschieden werden kann.

c) Grundlage wie Fall b.

Entscheidung: Sie entscheiden jedoch, dass Frau Wehner jetzt zunächst zuhause bleibt und behandeln mit dem Hausarzt zusammen rein palliativ. Sie informieren am nächsten Morgen das zuständige Amtsgericht, dass eine Betreuung im Eilverfahren notwendig ist.

d) Grundlage wie Fall b.

Entscheidung: Der Hausarzt kennt Familie und Patientin sehr gut. Auch ohne Vollmacht und Verfügung wird entschieden, rein palliativ vorzugehen. Sie informieren den Pfarrer für die Krankensalbung, die noch nicht veranlasst worden war und senken medikamentös Fieber und Atemfrequenz. Dazu verordnen Sie ein Antibiotikum als Saft, um ihr eine Chance zu geben und legen eine subkutane Infusion als minimal invasive Maßnahme.

e) Grundlage wie Fall b.

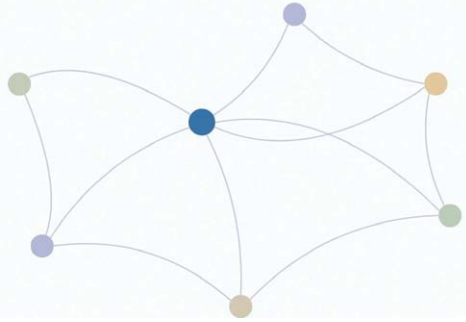
Entscheidung: Der Hausarzt kennt Familie und Patientin sehr gut. Auch ohne Vollmacht und Verfügung wird entschieden, rein palliativ vorzugehen. Sie informieren den Pfarrer für die Krankensalbung, die noch nicht veranlasst worden war und senken medikamentös Fieber und Atemfrequenz. Sie entscheiden mit der Familie und dem Hausarzt, nichts zu tun, was das Leben verlängern würde, sondern rein symptomatisch, leidenslindernd zu behandeln.

Dr. med. Thomas Sitte

Antworten an: haebel@laekh.de

Ärzte werden immer wieder um Hilfe beim Ausfüllen von Vorsorgeunterlagen gefragt. Eine Patientenverfügung zu besprechen dauert – gut gemacht – selten weniger als 90 min. Das ist nicht wirtschaftlich. Die noch wichtigere Vorsorgevollmacht geht immer in fünf oder maximal zehn Minuten. Die Deutsche PalliativStiftung versendet kostenlos Vorlagen und stellt Informationen zum Ausfüllen zur Verfügung: www.palliativstiftung.com

Auch die Bundesärztekammer informiert unter den Stichworten „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung“, Kurzlink: <https://t1p.de/g3um5>



Suizidalität bei Jugendlichen mit neuromentalen Entwicklungsstörungen

Serie Teil 2

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag

Koordiniert von Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, der ersten deutschen Professorin für Suizidologie und Suizidprävention (Goethe-Universität Frankfurt am Main), beleuchtet eine Serie (hier Teil 2) verschiedene Aspekte der Suizidologie und Suizidprävention und zeigt deren Relevanz für die ärztliche Praxis auf.

Abstract

Im vorliegenden Artikel wird ein Literaturüberblick über meta-analytische Evidenz zur Prävalenz von nicht-suizidalem selbstverletzenden Verhalten, Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden bei Jugendlichen mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) oder Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sowie untersuchte moderierende Faktoren gegeben. Einleitend erfolgt eine Einführung in das Thema, in der neuromentale Entwicklungsstörungen definiert werden (die neben

ADHS und ASS auch weitere psychische Störungen umfassen) und es wird auf die erhöhte Komorbiditätsrate mit weiteren psychischen Störungen bei Personen mit ADHS oder ASS hingewiesen. Abschließend werden effektive therapeutische Ansätze vorgestellt.

Einleitung

Neuromentale Entwicklungsstörungen nach ICD-11 umfassen Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS), Störungen der Intelligenzentwicklung, der sprachlichen und der motorischen Entwicklung sowie die im deutschen Sprachraum oft als „Teilleistungsstörungen“ zusammengefassten spezifischen Lernstörungen, nämlich die Lese-Rechtschreibstörung und die Rechenstörung. Empirische Daten zu Suizidalität und Suiziden liegen vor allem für ASS und ADHS vor, so

dass im vorliegenden Artikel auf Suizidalität und Suizidrisiko bei ADHS und ASS im Jugendalter eingegangen wird.

Eine wesentliche klinische Hintergrundinformation zu allen neuromentalen Entwicklungsstörungen (Englisch: „Neurodevelopmental Disorders“ = NDD) ist, dass NDD in der Regel nicht isoliert vorliegen, sondern in der Regel in Kombination mit anderen NDD oder auch anderen psychischen und Verhaltensstörungen sowie neurologischen Erkrankungen, wie z. B. Epilepsie (siehe Tabelle 1). Dies ist wesentlich, da der Schweregrad und der Verlauf von NDD in der Regel einerseits durch die kognitiven und sprachlichen Fertigkeiten, andererseits durch das Muster und die Chronizität der komorbiden Störungen bestimmt wird. Insbesondere bei Jugendlichen ohne Intelligenzminderung sind Suizidgedanken und Suizidrisiko dann erhöht, wenn chronische komorbide psychische Erkrankungen wie Angststörungen

Tabelle 1: Geschätzte Prävalenzrate ausgewählter komorbider psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit ausgewählten neuromentalen Entwicklungsstörungen

Komorbidität	ASD	ADHD	ODD	CD	SUD	ANX	DEP	OCD	PTSD	ESS	BIP	SCHIZ
Störung der Intelligenzentwicklung	k. A.	> 30 %	> 10 %	3–21 %	k. A.	> 30 %	ca. 4 %	k. A.	ca. 3 %	ca. 3 %	ca. 2 %	ca. 2 %
Autismus-Spektrum-Störung	–	ca. 30 %	10–20 %	k. A.	ca. 2 %	ca. 20 %	> 10 %	ca. 10 %	ca. 1 %	ca. 40 %	ca. 5 %	ca. 5 %
Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	ca. 8 %	–	ca. 35 %	ca. 11 %	ca. 3 %	ca. 18 %	ca. 9 %	ca. 2 %	k. A.	k. A.	ca. 4 %	k. A.
Allgemeinpopulation	ca. 1 %	ca. 3–5 %	ca. 4 %	ca. 2 %	ca. 1–2 %	ca. 7 %	ca. 2–4 %	ca. 0,5 %	ca. 0,1 %	ca. 0,5 %	ca. 0,5 %	ca. 0,5 %

Legende Tabelle 1: ADHD: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung; ANX: Angststörungen; ASD: Autismus-Spektrum-Störung; BIP: Bipolare Störung; CD: Störung des Sozialverhaltens mit dissozialem Verhalten; DEP: depressive Episoden; ESS: Essstörung; OCD: Zwangserkrankung; ODD: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Trotzverhalten; PTSD: Post-traumatische Belastungsstörung; SCHIZ: Schizophrenie/ Psychose; SUD: Substanzabhängigkeit; k. A.: keine Angaben in den verwendeten Meta-Analysen [5–12].

Tabelle 2: Geschätzte Prävalenzzahlen von selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidalität bei Jugendlichen mit ADHS oder ASS

	Jugendliche/Erwachsene mit ADHS [13, 14]	Jugendliche mit ASS [3]	Kontrollpopulation Jugendliche/Erwachsene [14]
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	Jugendliche: 0,28 (95 % CI 0,17–0,42)	k. a.	k. a.
Suizidgedanken	JU & E: 0,41 (95 % CI = 0,30–0,53)	0,25 (95 % CI 0,18–0,34)	0,15 (95 % CI 0,08–0,26)
Suizidversuche	JU & E: 0,19 (95 % CI 0,14–0,25)	0,08 (95 % CI 0,04–0,18)	0,09 (95 % CI 0,05–0,16)
Suizid (Tod)	JU & E: 0,007 (95 % CI 0,002–0,03)	0,002 (95 % CI 0,001–0,005)	0,002 (95 % CI 0,00–0,04)

gen, rezidivierende depressive Episoden, dissozial-aggressive Verhaltensstörungen oder Substanzabhängigkeit zusätzlich zur ADHS oder ASS vorliegen [1–4].

Fragestellung

Im vorliegenden Artikel wird ein Literaturüberblick über meta-analytische Evidenz zur Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidalität bei Jugendlichen mit ADHS oder ASS sowie die darin untersuchten Risikofaktoren gegeben.

Literaturüberblick

Es erfolgte eine systematische Literatursuche in pubmed mit den Schlagworten „suicide ADHD meta-analysis“ und „suicide ASD meta-analysis“. Es wurden systematische Reviews mit Meta-Analysen, die seit dem Jahr 2018 publiziert wurden, in den vorliegenden Artikel eingeschlossen. Die jeweiligen Abstracts wurden daraufhin durchgesehen, ob Studien zu Kindern und Jugendlichen in die jeweiligen systematischen Reviews und Meta-Analysen aufgenommen worden waren. Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien werden im Folgenden selektiv (Expertenauswahl) dargestellt.

Ergebnisse

Die geschätzte Prävalenz von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV), Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suizid mit Todesfolge bei ADHS und ASS ist Tabelle 2 zu entnehmen. Leider

wurden in den Studien zu ADHS die meta-analytisch berechneten Prävalenzangaben für Jugendliche nicht gesondert ausgewiesen. In Tabelle 3 sind die jeweiligen Odds Ratios aus anderen meta-analytischen Studien gezeigt. Das Odds Ratio ist ein Maß für die Risikoerhöhung, hier ADHS versus kein ADHS bzw. ASS versus kein ASS. Aus den Tabellen wird deutlich, dass insbesondere ADHS mit einer deutlich erhöhten Suizidalität in allen Bereichen inklusive NSSV einhergeht, während bei ASS nur NSSV und Suizidgedanken, jedoch nicht die Versuche oder Suizide gegenüber klinischen und populationsbasierten Kontrollgruppen erhöht sind.

In Moderationsanalysen wurden folgende assoziierte Faktoren gefunden: Bei Mädchen versus Jungen mit ADHS ist das Risiko für NSSV deutlich erhöht (OR 4,07 95 % CI 3,09–5,36; [13]). Wenn ADHS mit Methylphenidat behandelt wird, ist bei Jugendlichen das Risiko für Suizidversuche deutlich erniedrigt (OR 0,72 95 % CI 0,66 – 0,77, [15]). Bezüglich ASS konnten meta-analytisch für Jugendliche keine moderierenden Faktoren untersucht werden. Es ist anzunehmen, dass bei Jugendlichen mit ADHS oder ASS insbesondere Ausgrenzungserfahrungen durch Gleichaltrige einen wesentlichen Risikofaktor für Suizidalität darstellen, da dies allgemein für das Jugendalter gut gezeigt ist [16, 17] und Jugendliche mit ADHS oder ASS sehr häufig Ausgrenzungserfahrungen erleben, die gerade in dieser Gruppe auch mit erhöhten ängstlichen und depressiven Symptomen einhergehen [18].

Diskussion und Schlussfolgerungen

NSSV und Suizidalität sind wichtige Themen in der Behandlung von Jugendlichen mit ADHS oder ASS. Während NSSV und Suizidgedanken bei beiden Gruppen deutlich häufiger als bei klinischen und populationsbasierten Kontrollen vorkommen, sind Suizidversuche und Suizide nur bei Jugendlichen mit ADHS, aber nicht bei Jugendlichen mit ASS häufiger. Insgesamt kommen Suizide in beiden Gruppen, wie auch allgemein bei Jugendlichen, sehr selten vor. Es sollten deshalb keine präventiven Interventionen (mit Ausnahme einer Methylphenidatbehandlung bei ADHS), sondern ausschließlich effektive, gezielte Interventionen bei NSSV und Suizidgedanken erfolgen.

Hinsichtlich der assoziierten moderierenden oder Risikofaktoren konnte neben dem biologischen Geschlecht nur die protektive Wirkung von Methylphenidat bei ADHS auf Suizidversuche meta-analytisch nachgewiesen werden. Weitere assoziierte oder Risikofaktoren wie zusätzliche Angst- oder depressive Störungen, eine (chronische) posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), Substanzabusus/-abhängigkeit oder Ausgrenzungserfahrungen durch Gleichaltrige wurden nur in einzelnen Studien nachgewiesen, die meta-analytisch nicht aggregiert werden konnten. Aus klinischer Erfahrung ist aber zu bestätigen, dass insbesondere Jugendliche mit ADHS, PTSD und/oder Substanzabusus/-abhängigkeit sowie Jugendliche mit ASS und chronischen Angst- bzw. de-

Tabelle 3: Risikoerhöhung gegenüber gepoolten klinischen und populationsbasierten Vergleichsgruppen von Jugendlichen mit ADHS oder ASS

	Jugendliche mit ADHS Risikoerhöhung [Odds Ratio] [1, 13]	Jugendliche mit ASS Risikoerhöhung [Odds Ratio] [4]
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	2,40 (95 % CI 1,64–3,53)	3,18 (95 % CI 2,45–4,12)
Suizidgedanken	3,96 (95 % CI 2,00–7,84)	k. a.
Suizidversuche	3,34 (95 % CI 1,68–6,65)	k. a.
Suizid (Tod)	3,89 (95 % CI 2,1–7,20)	k. a.

Legende Tabelle 2 & 3: 95 % CI: 95 %-Konfidenzintervall; JU & E: Jugendliche und Erwachsene (keine Prävalenzdaten ausschließlich für das Jugendalter vorliegend); k. a. keine Angaben.

pressiven Störungen ein erhöhtes Risiko für Suizidalität aufweisen und deshalb auch häufiger akutstationär zur Krisenintervention aufgenommen werden müssen.

Leider liegen keine spezifischen Interventionsstudien zu NSSV oder Suizidalität bei ADHS oder ASS vor, so dass allgemeine, evidenzbasierte Therapieansätze gewählt werden sollten. Wesentlich erscheint bei ADHS (mit oder ohne ASS) eine Behandlung mit Methylphenidat, um das Risiko für Suizidversuche positiv zu beeinflussen (s. o.). Insbesondere bei jugendlichen Mädchen mit ADHS und weiteren komorbiden psychischen Störungen ist bei NSSV und Suizidalität ab dem Alter von ca. 14 Jahren eine DBT-A-Therapie zu überlegen [19], hinsichtlich derer in Frankfurt (DBT-A-Station für Jugendliche an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums) sehr gute Therapieerfolge gerade auch bei Mädchen, aber auch bei Jungen mit ADHS erzielt werden. Eine DBT-A-Therapie ist in der Regel für Jugendliche mit ASS nicht geeignet, da diese zu hohe Anforderungen an die eigene Introspektionsfähigkeit stellt. Hier sind einerseits achtsamkeitsbasierte Ansätze [20], andererseits gezielte Interventionen basierend auf einem sorgsam erarbeiteten funktionalen Stö-

rungsmodell unter Beachtung der individuellen komorbiden psychischen Störungen, kognitiver und sprachlicher Kompetenzen sowie aufrechterhaltender Mechanismen durch die soziale Umgebung zu empfehlen.

Zum professionellen Umgang mit NSSV und Suizidgedanken sind zudem die folgenden wesentlichen Aspekte zu beachten: NSSV und Suizidgedanken sind bei ADHS und ASS, aber auch allgemein im Kindes- und Jugendalter sehr viel häufiger als Suizidversuche [1–4, 21]. Im Umgang mit NSSV und Suizidgedanken ist deshalb grundsätzlich zu beachten, diese ernst zu nehmen und die Jugendlichen mit effektiven verhaltenstherapeutischen Methoden darin zu unterstützen, NSSV und chronische Suizidgedanken zu bewältigen. Beide sollten aber nicht durch Aufmerksamkeitszuwendung verstärkt werden. Falls im Rahmen einer Behandlung oder auch durch nahe Bezugspersonen auf NSSV regelhaft die Frage nach akuter Suizidalität erfolgt oder sogar systematisch exploriert wird, dann verstärkt dies die Häufigkeit von NSSV und auch von Suizidgedanken. Die zu häufige Exploration von Suizidalität bei NSSV oder im Rahmen chronischer Suizidgedanken ist aus klinisch-fachlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht eine iatrogen bzw. psychothe-

rapeutisch induzierte unerwünschte Wirkung, die zur Aufrechterhaltung, Chronifizierung und Verstärkung von Suizidalität bei Jugendlichen mit ADHS und ASS führen kann.

Zusammenfassend sind NSSV und Suizidalität wichtige Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen mit neuromentalen Entwicklungsstörungen verstärkt vorkommen, aber auch anhand evidenzbasierter Interventionen effektiv behandelt werden können.

**Prof. Dr. med. Dipl.-Theol.
Christine M. Freitag**

Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie
des Kindes- und
Jugendalters,
Universitätsklinikum
Frankfurt,
Goethe-Universität



Foto: privat

Frankfurt am Main
Kontakt per E-Mail via:
haebl@laekh.de

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

Umgang mit Anfragen nach Suizidassistentz in Deutschland

Empirische Untersuchungen und Anforderungen an eine verantwortbare Praxis

Prof. Dr. med. Jan Schildmann

Die Suizidassistentz ist in Deutschland rechtmäßig, wenn die Person, die ihr Leben selbst beenden möchte, freierantwortlich handelt. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 ist eine freierantwortliche Entscheidung zur assistierten Selbsttötung mit umfassenden Anforderungen verbunden [1]. Konkret ist bei der Prüfung der Freierantwortlichkeit zu prüfen, ob in Bezug auf die anstehende und irreversible Entscheidung Einschränkungen in Bezug auf

1. die Urteils- und Einsichtsfähigkeit,
2. die Kenntnis aller entscheidungserheblichen Gesichtspunkte wie beispielsweise Handlungsalternativen zur Suizidassistentz,
3. Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck sowie
4. innere Festigkeit und Dauerhaftigkeit des Wunsches, sich selbst zu töten, bestehen.

Im Unterschied zu anderen Ländern, wie beispielsweise Kanada oder Österreich, sind Erkrankung beziehungsweise jegliche Form des Leidens keine Voraussetzung für die rechtmäßige Suizidassistentz in Deutschland. Die Tötung auf Verlangen ist hierzulande weiterhin strafgesetzlich verboten. Eine gesetzliche Regelung zur Suizidassistentz, etwa hinsichtlich der im Urteil des Bundesverfassungsgerichts angeregten Konzepte zum Schutz von Menschen, die nicht freierantwortlich handeln, gibt es in Deutschland bislang nicht. Derzeit wird unter Federführung der Akademie für Ethik in der Medizin mit Mandatierten von etwa 30 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie weiteren Organisationen einschließlich Patient:innenvertreter:innen eine S2k-Leitlinie zum Umgang mit Anfragen nach Assistentz bei der Selbsttötung ent-

wickelt [2]. Diese soll im Herbst diesen Jahres fertiggestellt werden.

Praxis der Suizidassistentz – Empirische Daten und Defizite

Während einzelne Fallberichte zur Suizidassistentz in der Vergangenheit wiederholt medial aufbereitet wurden, mangelt es in Deutschland an systematischen empirischen Untersuchungen zur Praxis der Suizidassistentz. Die Gesamtzahl der dokumentierten Suizide in Deutschland betrug 2024 10.372 [3]. Für das gleiche Jahr berichteten drei Sterbehilfeorganisationen 977 Fälle von Suizidassistentz [4]. Allerdings werden in Deutschland, anders als etwa in der Schweiz, Fälle von Suizidassistentz – dort derzeit ca. 2 % aller Todesfälle – in der Statistik für Todesursachen nicht separat ausgewiesen. Die Zahlen von Sterbehilfeorganisationen, wie auch eine Untersuchung aus der Rechtsmedizin in München [5], deuten darauf hin, dass in den Jahren seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Deutschland die Anzahl assistierter Selbsttötungen angestiegen ist.

Erhebungen zur Gestaltung der Praxis deuten darauf hin, dass es derzeit erhebliche Defizite hinsichtlich des Umgangs mit Anfragen nach Suizidassistentz gibt. So konnte gezeigt werden, dass es bei der Prüfung der Freierantwortlichkeit, der Durchführung der Suizidassistentz sowie weiteren Prozessschritten im Kontext des Umgangs mit Anfragen nach Suizidassistentz keine Kontrolle beispielsweise im Sinne eines Mehr-Augen-Prinzips gibt. Weiterhin werden Substanzen bei der assistierten Selbsttötung verwendet, die mit Komplikationen im Verlauf des Sterbeprozesses verbunden sind [6]. Eine erste Aus-



wertung von Daten des am 1. November 2024 von Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen eingerichteten Bericht- und Lernsystems „Anfragen und Praxis bezüglich Assistentz bei der Selbsttötung“ (<https://www.forschungsnetzwerk-suizidassistentz.de/register/>) deutet weiterhin darauf hin, dass sich die Vorgehensweise bei der Information und Beratung von Anfragenden nach Suizidassistentz sowie bei der Prüfung der Freierantwortlichkeit erheblich unterscheidet [7].

Ethische und praktische Herausforderungen

Freierantwortliche Entscheidungen erfordern entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts Kenntnisse in Bezug auf entscheidungserhebliche Gesichtspunkte. Diese beziehen sich sowohl auf die Suizidassistentz als auch auf Hand-

Foto: © mauritius images – EIKEPX

¹ Zum Beispiel Lippe: <https://hospiz-lippe.de/mobile-ethikberatung-lippe/> oder Kurzlink: <https://t1p.de/w3i5i>;

² Zum Beispiel Sachsen-Anhalt: <https://www.umh.de/einrichtungen/institute/geschichte-und-ethik-der-medicin/buergerbeirat-und-kooperationen/netzwerk-suizidpraevention/-assistentz-sachsen-anhalt> oder Kurzlink: <https://t1p.de/f9ym7>

lungsalternativen. Zu bedenken ist allerdings, dass vor jeglicher Beratung zunächst die angemessene Exploration des Todeswunsches steht. Anfragen nach Suizidassistenten werden in der Praxis teils mehr und teils weniger konkret sowie in ganz unterschiedlichen Situationen geäußert. Der Hinweis eines schmerzgeplagten Patienten etwa, dass er doch etwas bekommen möchte, um dem Leben und Leiden ein Ende zu setzen, ist offensichtlich kein angemessener Ausgangspunkt für ein Beratungsgespräch zur Suizidassistenten. Es gilt vielmehr, die Ursachen beziehungsweise Gründe für den Todeswunsch zu eruieren und über Handlungsoptionen, wie die Umstellung der Schmerzmedikation oder als Ultima Ratio in der letzten Lebensphase, auch Optionen einer gezielten Sedierung zu sprechen. Sollte es sich im Verlauf der Exploration herausstellen, dass es sich um eine wohlüberlegte Anfrage nach Suizidassistenten handelt und es zumindest keine offenkundigen Hinweise auf fehlende Freiverantwortlichkeit gibt, stellen sich im nächsten Schritt praktische und auch aus ethischer Perspektive relevante Fragen hinsichtlich einer angemessenen Vorgehensweise bei der Beratung. Eine erste zu klärende Frage hinsichtlich der Regulierung einer Praxis ist die eines möglichen verpflichtenden Charakters von Beratung bei Anfragen nach Suizidassistenten. Während es einerseits auch unter praktischen Gesichtspunkten problematisch erscheint, Menschen, die sich selbst töten möchten, gegen ihren Willen bezüglich Handlungsalternativen zu beraten, muss bedacht werden, dass eine solche Diskussion über Handlungsalternativen notwendig ist.

Der Grund hierfür ist, dass andernfalls die Kenntnis entscheidungserheblicher Gesichtspunkte als Teil der Freiverantwortlichkeit nicht bestätigt werden kann. Im Unterschied zum Recht auf Nichtwissen, wie dies im medizinischen Behandlungskontext anerkannt ist, scheint eine Ablehnung jeglicher Erörterung von Handlungsalternativen im Gespräch nicht kompatibel mit den Voraussetzungen für eine Bestätigung von Freiverantwortlichkeit. Eine zweite offene Frage bezieht sich auf das Ziel der Beratung von Anfragen nach Suizidassistenten. Während die Vermeidung von Suizid angesichts des hohen Guts von

Leben und der Irreversibilität einer Suizidhandlung einen hohen Stellenwert hat, muss eine Beratung, die eine freiverantwortliche Entscheidung für einen assistierten Suizid konterkariert, als Verstoß gegen das ebenfalls verfassungsrechtlich geschützte Gut der Selbstbestimmung gewertet werden. Ein ethisch gut zu begründendes Ziel der Beratung ist es, die informierte und selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen einen Suizid zu stärken. Gegenstand der Diskussion ist die angemessene Vorgehensweise bezüglich Empfehlungen und Wertungen bei einer solchen Beratung. So bietet die Beschränkung auf Informationen den Vorteil, keinen Einfluss auf die Entscheidung durch etwaige Wertungen zu nehmen. Gleichzeitig bietet ein deliberatives Vorgehen, im Rahmen dessen beispielsweise suizidpräventive Maßnahmen explizit empfohlen werden, die Möglichkeit, das Für und Wider von Handlungsalternativen explizit zu erörtern. Entscheidend ist allerdings, dass entsprechende Empfehlungen immer mit dem Hinweis verbunden sind, dass jegliche freiverantwortliche Entscheidung unabhängig vom Inhalt respektiert wird.

Ärztliche Aufgaben bei Anfragen nach Suizidassistenten

Ärztinnen und Ärzte können, wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger auch, nicht zur Assistenten bei der Selbsttötung verpflichtet werden. Die Assistenten bei der Selbsttötung kann darüber hinaus auch nicht von den etablierten Zielen der Medizin, im Sinne von Heilung, Linderung von Leiden oder Prävention, abgeleitet werden. Gleichzeitig ist unbestritten, dass viele Ärzt:innen über Kompetenzen verfügen, die für den angemessenen Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenten wichtig sind.

In ihren 2021 veröffentlichten Hinweisen zum Thema Suizidassistenten unterscheidet die Bundesärztekammer „ärztliche Aufgaben“, wie etwa das Gespräch bei Todeswünschen und Suizidalität, von der „Mitwirkung bei der Selbsttötung“ im Sinne der „Unterstützung eines Suizidwilligen bei der konkreten Durchführung seiner Selbsttötung“ [8]. Zu bedenken ist, dass die spezifischen Anforderungen im Rah-

men der Beratung und der Prüfung der Freiverantwortlichkeit bei Anfragen nach Suizidassistenten in der Regel nicht in der medizinischen Aus- und Weiterbildung vermittelt werden. Vor diesem Hintergrund erscheinen Fortbildung und Qualifizierung einerseits und die Vernetzung mit fachlich kompetenten Kolleg:innen unterschiedlicher Berufsgruppen andererseits am ehesten sinnvoll, um den verantwortbaren Umgang mit entsprechenden Anfragen zu unterstützen. Die Zusammenarbeit zwischen Expert:innen für Suizidprävention mit Expert:innen zu Fragestellungen der Suizidassistenten, wie dies in verschiedenen Regionen in Deutschland derzeit geschieht^{1,2}, bietet weiterhin die Möglichkeit, Strategien zu entwickeln, die eine Balance zwischen dem Schutz des Lebens einerseits und dem Recht auf Selbstbestimmung andererseits ermöglichen. Ergänzend zum praktischen Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenten liegt ein weiterer möglicher Beitrag der Ärzteschaft in der Unterstützung des systematischen Monitorings der Praxis der Suizidassistenten. Es liegen bislang nur wenige Untersuchungen zur Suizidassistenten und anderen Handlungen am Lebensende in Deutschland vor [9]. Die Unterstützung, etwa im Rahmen einer freiwilligen Erfassung von Daten zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenten, wie sie derzeit im bereits erwähnten Bericht- und Lernsystem erfolgt oder in einem möglichen verpflichtenden Register, ist von zentraler Bedeutung dafür, dass die sich in Deutschland entwickelnde, moralisch kontrovers bewertete Praxis, empirisch fundiert, wissenschaftlich und gesellschaftlich erörtert werden kann.

Prof. Dr. med. Jan Schildmann

Institut für
Geschichte
und Ethik
der Medizin,
Martin-Luther-
Universität
Halle-Wittenberg
E-Mail:



Foto: Universität Halle-Wittenberg

jan.schildmann@medizin.uni-halle.de

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



PD Dr. med. Christian Sellin (Foto oben links) hat seine Antrittsvorlesung für das Fach Herzchirurgie am Campus Fulda gehalten und ist damit dort der erste Habilitand. Außerdem hat zum 1. Oktober 2025 **Prof. Dr. med. Roland Koch** (Foto oben rechts) die neu eingerichtete W3-Professur für Allgemeinmedizin am Campus Fulda der Philipps-Universität Marburg übernommen.

Fotos: Barbara Froese, Klinikum Fulda/Martin Engel



PD Dr. med. Ferdinand Bohmann (Foto unten) hat im April die Leitung der Klinik für Neurologie am Sana Klinikum Offenbach übernommen. Er folgt auf Dr. med. Karl-Heinz Henn, der nach langjähriger, erfolgreicher Tätigkeit am Klinikum in den Ruhestand gegangen ist. Foto: Sana Offenbach



Die psychosomatische Akutversorgung in der Hardtwaldklinik II in Bad Zwesten hat eine neue Leitung: **Dr. med. Ina H. Sprenger** (Foto unten) ist die neue Chefarztin der Krankenhausabteilung. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Zuletzt war sie als Leitende Oberärztin in der Akutpsychosomatik im Median Fachkrankenhaus Breuberg im Odenwald tätig.

Foto: Wicker-Kliniken

Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) beruft mit **Prof. Dr. med. Elke Roeb** erstmals in ihrer über 100-jährigen Geschichte eine Frau zur Kongresspräsidentin. Der DGVS-Kongress findet vom 14. bis 19. September 2026 im Congress Center Hamburg statt. Foto: privat



Im Rahmen der vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt initiierten Nationalen Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen wurde **Prof. Dr. med. Bernhard Schieffer** (Foto unten) in den zentralen Steuerungskreis gegen Postinfektiöse Erkrankungen berufen. Schieffer ist Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin der Philipps-Universität Marburg und des Universitätsklinikums Marburg.

Foto: Thomas Stoll



Auszeichnung: Die Biologin und Biochemikerin **Stefanie Dimmeler** (Foto oben), Professorin an der Goethe-Universität und Sprecherin des Exzellenzclusters Cardio-Pulmonary Institute (CPI), hat den mit 200.000 Euro dotierten Wissenschaftspreis der Hector Stiftung erhalten und wird in den Kreis der Hector Fellows aufgenommen. Die Jury würdigte die Forschungsleistungen Dimmeler, die neue Ansätze zur Reparatur geschädigter Herzen entwickelt. Foto: Unimedizin Frankfurt



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

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 25.06.: Dr. med. Jasmin Juraske, Hanau, 65 Jahre
- 21.07.: Prof. Dr. med. Werner Rettwitz-Volk, Dietzenbach, 75 Jahre
- 01.08.: Dr. med. Axel Derschow, Bad Duerkheim, 65 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Peter Simminger, Linsengericht, 75 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Jürgen Trillig, Mühlheim, 75 Jahre
- 02.08.: Dr. med. Jürgen Allmendinger, Oberursel, 80 Jahre
- 04.08.: Dr. med. Ingo Bierwagen, Hanau, 75 Jahre
- 06.08.: Ulrich Witzsch, Bad Soden, 65 Jahre
- 06.08.: Dr. med. Margit Pietruska-Preßel, Frankfurt, 75 Jahre
- 08.08.: Dr. med. Michael Schirmer, Oberursel, 70 Jahre
- 08.08.: PD Dr. med. Lucia Pötsch-Schneider, Dreieich, 75 Jahre
- 10.08.: Dr. med. Gabriela Angeli, Frankfurt, 65 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Folke Tamms-Knobloch, Ronneburg, 65 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Thomas Schäfer, Eppstein, 70 Jahre
- 12.08.: Prof. Dr. med. Wolfgang Schulz, Frankfurt, 80 Jahre
- 17.08.: Tip Dr./Univ.Istanbul Ara Arzuyan, Hanau, 80 Jahre
- 18.08.: Dr. med. Andreas Mösbauer, Kelkheim, 65 Jahre
- 19.08.: Dr. med. Reiner Wiedemann, Frankfurt, 70 Jahre
- 20.08.: Anita Schneider, Kelkheim, 75 Jahre
- 20.08.: Dr. med. Helmut Müller, Zollikon Schweiz, 90 Jahre
- 22.08.: Gabriele Schmidt, Eppstein, 75 Jahre
- 23.08.: Dr. med. Frank Weininger, Maintal, 65 Jahre
- 25.08.: Helge Hofmann, Offenbach, 70 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Herbert von Laer, Frankfurt, 70 Jahre
- 25.08.: Dr. med. Gerhard Ferdinand, Oberursel, 75 Jahre
- 26.08.: Dr. med. Andrea Piepenbring, Königstein, 70 Jahre

Ukrainehilfe, die ankommt: EKG-Monitore und Osteosynthesematerial

Wie bereits in früheren HÄBL-Beiträgen berichtet, gibt es jenseits der primären Projekte in unserer Ukrainehilfe-Partnerschaft immer wieder auch Gelegenheit für weitere großzügige Hilfen:

Zum Jahresanfang zeichnete sich in zwei klinischen Einrichtungen Hessens ab, zu Gunsten der inzwischen im fünften Jahr unter der russischen Aggression leidenden Zivilbevölkerung, aber auch zur Versorgung der verwundeten Soldaten und Soldatinnen der ukrainischen Streitkräfte dringend benötigte Medizinprodukte erhalten zu können.

In der Universitätsmedizin Frankfurt am Main wurden 17 funktionstüchtige EKG-Monitore mit zugehörigen Patientendatenmodulen im Rahmen der fortlaufenden Geräteaktualisierung aus dem Betrieb genommen. Die Geräte wurden unserer gemeinsamen Ukrainehilfe gespendet. Dies ist namentlich Prof. Dr. med. Jürgen Graf, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender, sowie den engagierten Mitarbeitenden der beiden Dezernate 3.6 (Operative Medizintechnik) und des Dezernats 3 (Materialwirtschaft und Dienstleistungen) zu verdanken.

Aus dem varisano Krankenhaus Bad Soden konnten wir durch Vermittlung meines Spiegelpartners in der zivilmilitärischen Zusammenarbeit (ZMZ) aus dem Landeskommmando Hessen, Oberstarzt d.R. Dr. med. Ulrich Jürgens, einen interessanten Kontakt herstellen: Dr. med. Ulf Waldmann, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme und sehr erfahrener Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie. Dieser konnte uns im Abgleich mit der Hausleitung eine beachtenswerte Menge an OP-Sieben mit Osteosynthesematerialien unentgeltlich für die Ukrainehilfe zur Verfügung stellen. Bei diesen Instrumenten handelt es sich z. B. um ein vollständiges Sieb einer Klingenplatte, die zur Versorgung der körpernahen oder -fernen Oberschenkelfraktur in Nähe der Gelenke gut geeignet ist. Insbesondere in der Kriegschirurgie kann dieses Implantat eingesetzt werden, um De-

фекte nach Konsolidierung des Weichteilmantels zu überbrücken. Das Implantat ist regulär im Handel und stellt eine kunstgerechte Versorgungsform der genannten Oberschenkelfraktur oder bei orthopädischen Umstellungsoperationen zur Achsenkorrektur dar, es ist lediglich in der traumatologischen Nutzung „etwas unmodern geworden“.

In der hiesigen Versorgungsrealität werden fast ausschließlich Titanimplantate und Kraftträger genutzt, die sich im Markraum verankern. Die aktuellen Zielinstrumente für die genannten Implantate sind im Alltag komfortabel zu nutzen, weil sie z. B. aus Carbon sind und damit während der Operation bequemer gehandhabt werden. Dies stellt allerdings in der Hand des Geübten keinen Nachteil bei der Nutzung dar. Sämtliche auf dem Sieb befindlichen Platten sind fabrikneu und unbezogen. Die Setzinstrumente und Präparationswerkzeuge sind solide gearbeitet und für den vielfachen Gebrauch ausgelegt. Die Materialien sind also voll einsatztauglich, werden aber hier nicht so gerne genutzt. Im künftigen Einsatz in der ukrainischen Verletztenversorgung sind diese Produkte jedoch sehr begehrt.

In bewährter Weise wurden die jeweiligen Spenden von unserem weiteren Partner, der Non-Profit-Organisation Hope for Ukraine e. V. in Dresden, abgeholt und in die Ukraine gebracht (mein besonderer Dank an die stets einsatzbereiten Herren Sonkin und Susla!). Die Monitore werden nun schwerpunktmäßig in Odessa und dessen Umland zur Anwendung kommen, die traumatologischen Medizinprodukte werden über eine fachliche Verteilstelle bevorzugt im Großraum Charkiv eingesetzt, namentlich in mobilen operativen Feldeinrichtungen.

Dr. med. Alexander Marković
Ehrenamtlicher Beauftragter ZMZ/
Ukrainehilfe
der Landesärztekammer Hessen

Sommerrätsel

Einen wunderschönen Sommer! Dies wünscht Dr. med. Natalie Yaldizli aus Basel mit diesem medizinischen Kreuzworträtsel. Die Redaktion schließt sich an und wünscht mit dieser Doppelausgabe fröhliches Knobeln vielleicht am Strand. Die Auflösung findet sich in der Ausgabe 09/2026.

1	2	3	4	5		6		7
	8		9		10		11	
12				13				
14					15			
16	17	18				19		20
21			22	23	24	25		
26				27				
28							29	
	30				31			

Klimaquiz

Die AG Klimaschutz der Landesärztekammer Hessen, die sich mit Fragen des Klimaschutzes innerhalb und außerhalb der Kammer beschäftigt, hat aus Anlass des diesjährigen Hitzeaktionstages am 11.06.2026 zu einem kleinen Social-Media-Quiz eingeladen ([instagram.com/landesaeztekammer_hessen](https://www.instagram.com/landesaeztekammer_hessen)). Auch in dieser und den folgenden Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes möchten wir Sie mit weiteren Fragen zu den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels herausfordern, um medizinische Aspekte näher beleuchten zu können.
Viel Spaß und Erfolg!
Die Lösung finden Sie auf Seite 433.

Was bedeutet der Begriff „Hitzeindex“?

- 1) Offizielle Liste der durchschnittlichen Hitzemesswerte deutscher Großstädte.
- 2) Maßeinheit, ab wann Hitzemesswerte für den Menschen kritisch werden und Behörden Warnungen aussprechen.
- 3) Kombination aus Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit, die beschreibt, wie sich die Luft für den Mensch anfühlt.
- 4) Maßeinheit, ab wann Sonnenschutzcremes mit welchem Lichtschutzfaktor bei Kindern angewendet werden sollen.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 26.08.: Prof. Dr. med. Matthias Elzer, Hofheim, 75 Jahre
- 27.08.: Silvia Luckgei, Frankfurt, 70 Jahre
- 27.08.: Dr. med. Detlef Pook, Schöneck, 85 Jahre
- 31.08.: Dr. med. Bettina Michels-Maisch, Hanau, 65 Jahre
- 31.08.: Dr. med. Walter Hugo Wolpert, Friedrichsdorf, 75 Jahre
- 31.08.: Dr. med. Angela Köhler-Weisker, Frankfurt, 85 Jahre

- 01.09.: Dr. med. Hans-Hermann Horst, Neu-Isenburg, 90 Jahre
- 02.09.: Dr. med. Hartmut Stein, Neuberg, 70 Jahre
- 02.09.: Dr. med. Erika Rosenthal, Frankfurt, 85 Jahre
- 02.09.: Dr. med. Elisabeth Hürthle, Bad Homburg, 90 Jahre
- 05.09.: Amer Edani, Homburg, 65 Jahre
- 05.09.: Dr. med. Sigrid Odenthal, Sinntal, 65 Jahre
- 08.09.: Dr. med. Ralf Berger, Frankfurt, 75 Jahre
- 08.09.: Prof. Dr. med. Rudolf Weiner, Wieck a. Darß, 75 Jahre
- 10.09.: Gerda Kleese-Raab, Frankfurt, 75 Jahre
- 12.09.: Igor Faynberg, Bad Homburg, 75 Jahre
- 13.09.: Dr. phil. nat. Thomas Werba, Offenbach, 80 Jahre
- 14.09.: Dr. med. Hans-Jürgen Scondo, Frankfurt, 70 Jahre
- 17.09.: Dr. med. Wolfgang Tacke, Steinbach, 70 Jahre
- 18.09.: Dr. med. Stefan Hinz, Steinau, 70 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Michael Fränkel, Gelnhausen, 75 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Hans-Jürgen Srocke, Bad Orb, 75 Jahre
- 20.09.: Dr. med. Karl-Heinz Schreiber, Rodgau, 80 Jahre
- 20.09.: Dr. med. Renate Konstantinidis, Maintal, 85 Jahre
- 22.09.: Dr. med. Bernhard Krackhardt, Frankfurt, 75 Jahre
- 28.09.: Dr. med. Elisabeth Herold, Frankfurt, 70 Jahre

Fortsetzung nächste Seite



Jan Eucker,
Christian W. Scholz (Hrsg.):

Klinikleitfaden Hämatologie Onkologie

Urban & Fischer Verlag/Elsevier,
3. Auflage München 2026, 656 S., 64 €

Der Leitfaden Hämatologie Onkologie beschreibt in 28 Buchkapiteln das breite Spektrum der Diagnostik und Therapie der wichtigsten hämatologischen und onkologischen Krankheitsbilder in übersichtlicher Form unter Einschluss pathophysiologischer und therapeutischer Neuerungen auf dem aktuellen Wissensstand. Wichtige Krankheitsentitäten werden nach speziellen Aspekten der Onkologie und Hämatologie – etwa der Anämien über chronische myeloproliferative Neoplasien und Plasmazellneoplasien, Malignome der Organsysteme bis hin zu hämorrhagischen Diathesen und Thrombophilie, thromboembolischen Erkrankungen und antithrombotischer Therapie – differenziert und strukturiert dargestellt. Ein Register gewährleistet die unkomplizierte Suche bei entsprechenden Fragestellungen. Ein aufschlussreiches Fachbuch als unverzichtbare Informationsquelle und Nachschlagwerk.

Dr. med. Paul Kokott

Live-Webinar: „Altersmedizin – Gesundheitsversorgung 65+“

Termin:	16.09.2026 (16:45 Uhr–21:00 Uhr)
Infos und Anmeldung:	Die CME-Zertifizierung der Fortbildung ist beantragt und die Veranstaltung ist gemäß § 2 Abs. 5 der Patientensicherheitsverordnung für Patientensicherheitsbeauftragte anerkannt. Christina Ittner Fon: +49 6032 782-223 Fax: +49 69 9767267-223 christina.ittner@laekh.de
Kurzlink:	https://t1p.de/xhmib



www.laekh.de

Lösung zum Klimaquiz

Antwort 3 ist richtig.

„Der Hitze-Index oder auch Temperatur-Feuchte-Index (T-F-Index) beschreibt den gemeinsamen Einfluss von Temperatur und Luftfeuchtigkeit auf das körperliche Wohlbefinden.

Je höher die Luftfeuchtigkeit ist, umso langsamer verdunstet Wasser auf der Hautoberfläche. Dies führt zu einer verlangsamten natürlichen Kühlung des Körpers, was zu einer Überhitzung mit Hitzestress- oder erhöhtem Hitzschlag-Risiko führen kann. Als Folge daraus wird

schwüle Hitze, also die stark mit Wasserdampf gesättigte Umgebungsluft bei hohen Lufttemperaturen, als wesentlich unangenehmer empfunden als trockene Hitze.

Zu den schwülsten Orten Deutschlands gehören die Städte, die in der Rheinebene liegen. Diese weist durch den Rhein und die Topografie immer eine sehr hohe Luftfeuchtigkeit auf. Zusätzlich treten dort im Sommer hohe Temperaturen auf, die oft zu Tropennächten führen.“

Quelle: Climate Service Center Germany (CERICS)

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Fortsetzung

- 14.09.: Dr./IMF Klausenburg Joan Csaba Miklosi, Wildeck, 70 Jahre
- 16.09.: Dr. med. Gabriele Münich, Kassel, 65 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Dieter Schröder, Eschwege, 80 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Jürgen Horn, Petersberg, 85 Jahre
- 22.09.: Brigitte Hartmann, Naumburg, 70 Jahre
- 24.09.: Geevarughese Chacko, Kassel, 80 Jahre
- 28.09.: Dr. med. Manfred Hermann Wappler, Borgentreich, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 04.08.: Dr. med. Ursula Falkenstein-Remer, Mörfelden-Walldorf, 70 Jahre
- 07.08.: Dr. med. Gabriele Emmerich, Darmstadt, 65 Jahre
- 08.08.: Christoph Debler, Wiesbaden, 65 Jahre
- 09.08.: Dr. med. Jürgen Raitz, Mosbach, 65 Jahre
- 14.08.: Dr. med. Antje Munkel, Mainz, 65 Jahre
- 14.08.: Dr. med. Roland Steinmetz, Darmstadt, 65 Jahre
- 15.08.: Dr. med. Karl-Heinz Jordan, Viernheim, 75 Jahre
- 17.08.: Dr. med. Gisela Burk, Mühlthal, 90 Jahre
- 18.08.: Norbert Rehmann, Darmstadt, 70 Jahre
- 20.08.: Dr. med. Helmut Hans Hoffmann, Erbach, 75 Jahre
- 21.08.: Prof. Dr. med. habil. Harald Hoensch, Rüsselsheim, 85 Jahre
- 25.08.: Moritz Hartfeil, Brensbach, 70 Jahre
- 26.08.: Dr. med. Henning Christoph Ohm, Darmstadt, 65 Jahre
- 26.08.: Dr. med. Kurt Matthes, Weiterstadt, 80 Jahre
- 29.08.: Lothar Schmitt, Erbach, 75 Jahre
- 01.09.: Dr. med. Baldur Hülsmann, Dieburg, 85 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Fortsetzung

- 03.09.: Ingrid Henni-Mansour,
Riedstadt, 70 Jahre
- 06.09.: Dr. med. Rudolf Thiele,
Plankstadt, 65 Jahre
- 08.09.: Nadda El-Nahawi,
Dieburg, 65 Jahre
- 09.09.: Dr. med. Zafer Akengin,
Trebun, 75 Jahre
- 11.09.: Dr. Georg Janda,
Balatonmagyaród, 75 Jahre
- 21.09.: Dr. med. Patricia Groß,
Darmstadt, 65 Jahre
- 24.09.: Alexander Chramov,
Erbach, 65 Jahre
- 24.09.: Dr. med. Mikael Jakubian,
Raunheim, 65 Jahre
- 26.09.: Dr. med. Heinz Klingler,
Michelstadt, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 22.05.: Dr. med. Dr. med. dent. Guenter
Nissen, Wiesbaden, 80 Jahre
- 05.08.: Dr. med. Michael Kraus,
Frankfurt, 65 Jahre
- 12.08.: Dr. med. Bernd Rainer Strobel,
Wiesbaden, 70 Jahre
- 21.08.: Dr. med. Andreas Kühn,
Wiesbaden, 65 Jahre
- 29.08.: Dr. med. Ute-Marie Kranz,
Wiesbaden, 90 Jahre
- 30.08.: M.D./Univ.Malta Mary Barth,
Wiesbaden, 80 Jahre
- 02.09.: Uwe Kantim, Hadamar, 70 Jahre
- 02.09.: Dr. med. Hans-Peter Rischke,
Selters, 90 Jahre
- 04.09.: Dr. med. Ekkehard Ehrlich,
Wiesbaden, 95 Jahre
- 06.09.: PD Dr. med. Dr. Christian Mey,
Wiesbaden, 75 Jahre
- 10.09.: Dr. med. Ingrid Busch,
Wiesbaden, 85 Jahre
- 12.09.: Dr. med. Christiane Graf-Dobber-
stein, Limburg, 65 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Bettina Oberman,
Hünstetten, 65 Jahre
- 20.09.: Werner Pollok,
Wiesbaden, 75 Jahre
- 21.09.: Dr. med. Christina Beckhaus,
Ginsheim-Gustavsburg, 65 Jahre
- 22.09.: Dr. med. Ingeborg Eisenach,
Heidenrod, 85 Jahre
- 26.09.: Dr. med. Ursula Schippers,
Wiesbaden, 65 Jahre

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Volker von Behren, Wiesbaden
* 24.06.1946 † 02.05.2026

Wolfgang Karl Bergmann, Neukirchen
* 05.11.1939 † 23.12.2025

Dr. med. Jutta Hildegard Knoth,
Hessisch Lichtenau
* 20.12.1952 † 20.02.2025

Dr. med. Paul Martin Lerch, Lauterbach
* 21.04.1929 † 10.01.2026

Dr. med. Volker Metz, Bad Nauheim
* 09.01.1943 † 27.04.2026

Dr. med. Bernd Meyenburg, Frankfurt
* 20.03.1949 † 04.11.2025

Dr. med. Klaus Müller, Gießen
* 11.11.1932 † 23.04.2026

Med.-Oberrätin a. D.
Maria-Elisabeth Pilcher, Marburg
* 27.04.1952 † 13.08.2025

Dr. med. Ernst Rau, Kronberg
* 02.03.1936 † 29.06.2024

Dr. med. Jürgen Reuter,
Linsengericht
* 13.09.1941 † 27.08.2022



Dr. med. Gerhard Stephan,
Darmstadt
* 09.06.1933 † 16.05.2026

Dr. med. Anette Stirn,
Wiesbaden
* 07.06.1968 † 11.05.2026

Dr. med. Klaus Wilbrand,
Eltville
* 26.08.1939 † 05.08.2025

Helga Wokoek, Hofheim
* 15.09.1941 † 19.07.2025

Dr. med. Ingrid Wolf-Zimper,
Bad König
* 18.08.1941 † 23.10.2025

Foto: Isolde Asbeck, im Garten vor der Orangerie beim Schloss Bad Homburg

Goldenes Doktorjubiläum

12.07.: Dr. med. Thomas Gräf,
Taunusstein

06.08.: Dr. med. Bernd Büdenbender,
Steffenberg

06.08.: Dr. med. Michael Wuttke,
Fulda

12.08.: Dr. med. Friederike Knolle,
Kronberg

13.08.: Dr. med. Joachim Stumpner,
Bad Sooden-Allendorf

02.09.: Dr. med. Elke Magnus,
Offenbach

07.09.: Dr. med. Stefan Menzel,
Reinheim

15.09.: Prof. Dr. med. Christian E. Ell,
Wiesbaden

20.09.: Dr. med. vet. Axel Langnes,
Künzell

20.09.: Dr. med. Klaus Dieter Wolke-
witz, Wetzlar

22.09.: Dr. med. Johannes Johannsen,
Darmstadt

28.09.: Dr. med. Josef Geisz, Wetzlar

29.09.: Dr. med. Karl-Otto Naunheim,
Gelnhausen

Lösung zum Rätsel auf S. 388:

Antwort b) ist richtig. Der erste Deutsche Ärztetag fand 1873 in Wiesbaden statt.

MFA-Winterprüfung 2026/2027

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2026/2027 vom 25.11.2026 bis zum 02.02.2027

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2026/2027 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

29. Juli und 5. August 2026

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden. Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2026/2027 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 2. April 2027 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des MFA/Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter www.laekh.de → Aktuelles

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen**

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

„Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B“

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztliche/n Arbeitgeber/in auf Ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen, Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu in-

formieren sowie gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten. Informationen können im Internet unter: www.laekh.de/aktuelles abgerufen werden.

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

Iris Kosch, seit 40 Jahren tätig in der Praxis Praxis Julia Gründler, Lahnuau, vormals Dr. med. D. Frey und R. Matuschka, vormals Praxis Dr. med. D. Frey, R. Matusch-

ka und P. Schlosser, vormals Dr. med. M. Rossi, P. Schlosser und R. Matuschka, vormals Praxis Dr. M. Rossi, Dr. Bangert und P. Schlosser, Langgöns.

Bezirksärztekammer Marburg

- 02.08.: Lidija Hempel, Marburg, 65 Jahre
02.08.: Annegrete Pasdzierny, Lahntal, 70 Jahre
06.08.: Alfred Boos, Schwalmstadt, 75 Jahre
08.08.: Prof. Dr. med. Eckhardt Koch, Marburg, 75 Jahre
09.08.: Prof. Dr. med. Michael Hertl, Marburg, 65 Jahre
12.08.: Dr. med. Sabine Gronen-Kern, Marburg, 75 Jahre
16.08.: Oberfeldarzt a. D. Wolfgang Heil, Borken, 75 Jahre
17.08.: Dr. med. Hans-Rainer Lange, Schwalmstadt, 85 Jahre
04.09.: Inge Lotz, Marburg, 85 Jahre
08.09.: Dr. med. Franziska Schwarzenberger-Kesper, Weimar, 70 Jahre
14.09.: Dr. med. Volkmar Günzler-Pukall, Marburg, 75 Jahre
26.09.: Dr. med. Konrad Goecke, Marburg, 80 Jahre
30.09.: Dr. med. Astrid Sendler, Niedenstein, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 03.08.: Dr. med. Adelheid Deuser, Bad Nauheim, 80 Jahre
04.08.: Jutta Schmidt-Besser, Niddatal, 75 Jahre
05.08.: Kristina Hänel, Linden, 70 Jahre
09.08.: Grazyna Barbara Czyzewski, Wetzlar, 70 Jahre
09.08.: Prof. Dr. med. Hans Heinrich Scheld, Wetzlar, 80 Jahre
11.08.: Dipl.-Med. Vera Schellenberg, Biebertal, 75 Jahre
17.08.: Dr. med. Dipl.-oec. troph. Sylvia Beykirch, Rosbach, 75 Jahre
25.08.: Dr. med. Wolfgang Kniepert, Lauterbach, 75 Jahre
26.08.: Dr. med. Michael Rahn, Bad Nauheim, 70 Jahre
29.08.: Dale Smith, Oberursel, 65 Jahre
29.08.: Dr. med. Roland Okrasa, Bischoffen, 75 Jahre
29.08.: Prof. Dr. med. Klaus Schmidt, Bad Nauheim, 90 Jahre

Die Geburtstage für September aus Gießen werden in der nächsten Ausgabe 09/2026 abgedruckt.

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, Stv. Ltd. Redakteur

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: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 12, gültig ab 01.01.2026

Druckauflage: 11.433 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 9
vom 25.08.2026
ist am Mittwoch, dem 05.08.2026**

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

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

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 Fachbereiche 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

MACH, WAS WIRKLICH ZÄHLT.

Supporten Sie uns als

ÄRZTIN/ARZT

(m/w/d) im Karrierecenter der Bundeswehr Mainz



Zivil

Mainz, Koblenz, Wiesbaden

Ihre Aufgaben

- Bewertung der gesundheitlichen Eignung für einen Dienst/Verwendung bei der Bundeswehr.
- Durchführung von gründlichen Anamnesen und klinischen Ganzkörperuntersuchungen.
- Weitere Aufgaben finden Sie in unserer Stellenanzeige.

Ihre Vorteile

- Einstellung als Beamtin/Beamter oder als Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer.
- Besoldungsgruppe A 13 bis A 14 (BBesG) bzw. E14 (TVöD) inkl. Prämie und Zulage.
- Planbare Arbeitszeiten in Vollzeit oder Teilzeit, keine Sonderdienste.

Starten Sie jetzt Ihre Karriere

Ausführliche Informationen:
bewerbung.bundeswehr-karriere.de

Fragen zum Bewerbungsverfahren: Frau Behnke (02203 105 2611), Herr Nusch (02203 105 2530)
ac-bewerbung-direkteinstieg@bundeswehr.org

Fragen zu Qualifikationserfordernissen oder zum Aufgabengebiet:
Frau MedDir in Schütz (06131 27750 3750)





Wir bieten Ihnen:



Vereinbarkeit von Familie und Beruf

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



Fester Kundenstamm
mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise



Attraktive Vergütung
Dienstfahrzeug – auch zur privaten Nutzung,
Möglichkeit zur Teilnahme am Bonussystem,
Vermögenswirksame Leistungen (VWL)



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



Legen Sie Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf?
Wünschen Sie sich wieder mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise?

Kommen Sie zu uns ins Team!

Wir sind der Arbeitsmedizinische Dienst der Baubranche.

Der AMD der BG BAU betreut bundesweit in seinen über 60 Zentren und im Außendienst die Versicherten des Bauhaupt- und Baunebengewerbes sowie große Reinigungs- und Serviceunternehmen.

Wir bieten unseren Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz mit Zukunftsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie flexible Arbeitszeiten durch unser Gleitzeitmodell und eine attraktive betriebliche Altersvorsorge (VBL).

Setzen Sie sich gemeinsam mit uns ein – für Sicherheit, Gesundheit und Prävention in einer spannenden Branche!

Für den **Großraum Kassel/Heiligenstadt/Korbach/Bebra/Eschwege/Eichsfeld/Homburg (Efze)** suchen wir einen

Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin

Sie ...

- sind präventiv tätig, betreuen und beraten unsere Mitgliedsbetriebe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- arbeiten in einem kollegialen Team in unserem arbeitsmedizinischen Zentrum und im Außendienst mit qualifiziertem Assistenzpersonal
- erkennen arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig und helfen diese zu verhindern
- sind Berater (m/w/d) beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen
- wirken bei der individuellen beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit

Ihr Profil

- Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder Arzt (m/w/d) mit der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin
- Sicheres und positives Auftreten
- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit und Engagement
- Pkw-Führerschein

Die Stelle ist ab sofort unbefristet in Vollzeit zu besetzen. Grundsätzlich ist die Stelle teilzeitgeeignet.

Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

Das klingt nach einer interessanten Aufgabe für Sie? Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Karriereseite www.amd.bgbau.de/karriere unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung.

Unsere Regionalleitung, Fr. Dr. David, steht Ihnen in fachlichen Fragen unter der Telefonnummer +49 151 68914862 gern zur Verfügung.

www.amd.bgbau.de

Augenarzt (mwd) gesucht

ab 1.7.26 oder später Augenarzt (mwd), Vollzeit oder Teilzeit, für konservative Tätigkeit in Offenbach gesucht. Keine Kette. Wir haben 2 Sitze, einer ist zu besetzen.

Kontakt: Dr. W. Weiler, per mail an NN1088@web.de

Anzeigenservice

Wir sind für Sie da!

Telefon +49 (0) 2234 7011-290
kleinanzeigen@arztverlag.de
arztverlag.de/anzeigenservice



**Ärztin/Arzt mit psychiatrischer Kompetenz,
gerne Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie (m/w/d)
zur Erstellung von Gutachten**

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

Kontakt

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

FÄ/FA Frauenheilkunde mit SB Gyn-Endo-Repro (m/w/d) in einem großen IVF-Zentrum mit eigenen Hormonlabor gesucht. Teilzeit-/Vollzeittätigkeit möglich. Diskretion und Vertraulichkeit gegeben. Bewerbungen erbeten an info@offenbach-kinderwunsch.de

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 Abklärungskolposkopie und zum Ersttrimesterscreening 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

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

Praxisräume

Flexible Büro- oder Praxisflächen in Bad Homburg

Das 2019 sanierte Büro- und Ärztehaus bietet insgesamt rund 16.270 m², wovon ab sofort etwa 3.560 m² flexibel als Büro- oder Praxisflächen zur Verfügung stehen. Teilflächen sind bereits ab ca. 200 m² realisierbar. Besonders hervorzuheben sind die hochwertigen, modernisierten Flächen, die individuell nach Mieterwunsch ausgebaut und flexibel gestaltet werden können. Ob klassische Büronutzung oder medizinische Nutzung, gestalten Sie Ihre Fläche nach Ihren persönlichen Anforderungen und profitieren Sie von effizienten Grundrissen und vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten. Bereits heute beherbergt das Objekt mehrere medizinische und therapeutische Nutzungen sowie eine Apotheke im Haus, wodurch ein etablierter Gesundheitsstandort entstanden ist. Gleichzeitig eignet sich die Immobilie ebenso für klassische Büronutzer. Neben den sanierten Innenflächen stehen ca. 280 PKW-Stellplätze in der Tiefgarage sowie im Außenbereich zur Verfügung.

**** Sie haben Interesse an den Flächen? Bei Fragen oder für ein Exposé kontaktieren Sie uns gerne direkt: Felix.Brodt@colliers.com Telefon +49 69 719192 275 | Mobil +49 151 70532320 | Fax +49 69719192-71 ****

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

Wir sind für Sie da!

Verkauf & Beratung Telefon +49 (0) 2234 7011-250
Anzeigenservice Telefon +49 (0) 2234 7011-290

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



Vertragsarztsitze

KV-Sitz Anästhesiologie Wiesbaden

zum Jahresende 2026 abzugeben.
Netzwerk an operativ tätigen Partnerpraxen seit Jahren etabliert.
perspektive2027@posteo.de

Kurse/Seminare/Veranstaltungen

VASOSONO > Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie
in Zusammenarbeit mit der *ÄK Sachsen-Anhalt* – nach KBV Richtlinien

- > **interdisziplinärer Grundkurs (alle Gebiete):** 18.09.-20.09.2026
- > **Aufbau- & Abschlusskurse:** extracraniall: 06.11.-07.11.2026 | peripher: 22.01.-23.01.2027 | intracraniall: 05.03.-06.03.2027 | retrop./mediast./abdom.: 06.03.-07.03.2027

Dr. T. Schilling • Gefäßzentrum/Angiologie • Klinikum Wernigerode
www.vasosono.de • Tel.: 03943/61-1595 • info@vasosono.de

Praxiseinrichtung



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

Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung

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

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

Unsere Leistungen:

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



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.