

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 9 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 27. Jahrgang



125 Jahre Mathildenhöhe Darmstadt

Foto: © travelview — stock.adobe.com

Symposium zum Ehrentag

Zur Krisenresilienz referierten Expertinnen und Experten aus Politik, Gesundheitswesen und Bundeswehr

Management der Insomnie

Folgen, Diagnostik und Therapie der chronischen Insomnie, ein unterschätztes öffentliches Gesundheitsproblem

Systeme im Vergleich

Eine vergleichende Analyse der Gesundheitssysteme von Spanien, Dänemark und Deutschland



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

Aufzeichnung vom 10.06.2026 – **JETZT ONLINE VERFÜGBAR!**

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

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

Jetzt anschauen lohnt sich!

Unsere Expertin und Experten:

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

Moderation:

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



**IMPFSYMPOSIUM & INTERVIEWS
VERFÜGBAR AUF:**
aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2026

Mit freundlicher Unterstützung



MSD



Pfizer

sanofi

In Kooperation mit

**Deutsches
Ärzteblatt**

Veranstaltet von



**Deutscher
Ärzteverlag**

Es braucht sehr langen Atem

Es sind bewegte Zeiten, nicht nur welt- und sicherheitspolitisch, sondern auch in der Bundesregierung. Die kürzlich erfolgte Kabinettsumbildung hat das einmal mehr gezeigt. Obwohl Carsten Linnemann es noch im Mai 2025 für wenig wahrscheinlich hielt, als Gesundheitsminister erfolgreich zu sein, und sagte: „Die Leute hätten gesagt, warum wird der Gesundheitsminister, was hat der damit zu tun“, übernahm er jetzt doch das Amt des Gesundheitsministers.

Nun gut, in der Zwischenzeit hat er im Koalitionsausschuss auch die Gesundheitsthemen verhandelt und einen erheblichen Reformdruck im Gesundheitswesen gesehen. Das ist zweifelsohne zutreffend. Er war auch so klug, auf Instagram um Einarbeitungszeit zu bitten, da er sich noch tiefer einarbeiten müsse. Auch das ist zweifelsohne zutreffend. Vermutlich war es nicht Leidenschaft, sondern vielmehr sein Pflichtbewusstsein, als braver Parteisoldat in die Bresche zu bringen, die sich nach dem Wechsel von Nina Warken in das Kanzleramt auftat.

Zudem wurde Tino Sorge, ein ausgewiesener Gesundheits- und Pflegepolitiker, durch Christiane Schenderlein, im Amt des Parlamentarische Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium abgelöst, gleichfalls keine Gesundheitsexpertin. Schon Nina Warken war keine ausgewiesene Gesundheitspolitikerin und benötigte Einarbeitungszeit. Sicher kann man argumentieren, dass ein unvorbelasteter Blick neue Perspektiven ermöglicht. Aber können wir uns die aus dem Wechsel mit Sicherheit resultierenden Verzögerungen, dass Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen, wirklich erlauben?

Kaum angekündigt, wird die erst kürzlich beschlossene Zuckersteuer erneut in Frage gestellt. Nein, es ist keine Verbotsteuer, sondern ein hoffentlich erfolgreicher Versuch, den viel zu hohen Zuckerkonsum in der Bevölkerung zumindest beim Genuss zuckergesüßter Getränke zu senken. Sie gilt übrigens nicht für Säfte. Nun will ich mich nicht im Klein-Klein verlieren, sondern diese Debatte als ein Symptom für mangelnde Weitsicht sehen. Kurzfristige Kostenbremsen verschaffen im besten Fall Zeit für die dringend notwendigen Strukturreformen, die sich s. o. jetzt womöglich weiter verzögern. Wir brauchen endlich auch mehr Einsatz für Prävention und zwar nicht nur in Sonntagsreden. Prävention zahlt sich leider in den wenigsten Fällen kurzfristig – sprich bis zur nächsten anstehenden Wahl – aus. Vielmehr braucht es einen langen oder sogar sehr langen Atem für den gewünschten Erfolg.

Das ist übrigens nicht nur in Deutschland zwingend nötig. Wie eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigt, steigt die Lebenserwartung weltweit. Leider steigt zugleich auch fast überall die sogenannte Morbiditätslücke – die Differenz zwischen der gesamten Lebenserwartung und der gesunden Lebenserwartung. Wir werden also älter, aber mit einem steigenden Anteil an kranken Lebensjahren. In unserem Land wuchs die Morbiditätslücke von 10,1 Jahren im Jahr 1990 auf 11,9 Jahre im Jahr 2023 an. Worauf führen die Forscher dies zurück? Sie ahnen oder wissen es schon. Ein erheblicher Anteil dieser größtenteils nicht tödlichen chroni-

schen Erkrankungen steht in Verbindung mit Risikofaktoren, die nicht schicksalsgegeben sind: Hohe Blutzuckerwerte, erhebliches Übergewicht, Rauchen und Unterernährung bei Kindern und Müttern. Letzteres gibt es erfreulicherweise in Deutschland kaum, ganz anders hingegen Fehlernährung. Wenn ein Fertiggericht weniger kostet als eine frisch zubereitete Mahlzeit, betrifft dies sozial schwache Schichten ungleich stärker als wohlhabendere Bevölkerungsgruppen. Die stetig steigende Zahl der Diabeteserkrankungen und der (stark) übergewichtigen Menschen, der weiterhin zu hohe Tabakkonsum, all dies hat seinen Preis und zwar nicht nur für die Betroffenen mit einer verminderten Lebensqualität, sondern eben auch für die Gesundheitsversorgung. Es reicht nicht, nur an die Vernunft des Einzelnen zu appellieren. Wir wissen doch selbst, wie leicht es fällt, einer süßen Verlockung nachzugeben, den schnellen Snack auf dem Weg zu verspeisen oder den Abend gemütlich auf dem Sofa zu verbringen, statt einen Apfel zu essen, ein belegtes Vollkornbrot mitzunehmen oder gar zu joggen. Wir brauchen Lebensumstände, die es erleichtern oder sogar belohnen, gesund zu leben.

Das ist übrigens ein ureigenes ärztliches Interesse. Wir wollen, dass die Menschen so gesund wie möglich sind. Für uns bliebe auch bei guten Präventionserfolgen genügend Arbeit, zumal es keinen Überfluss an Ärztinnen und Ärzten gibt. Die sogenannte Ärzteschwemme der Neunziger Jahre geht nun nach und nach in den Ruhestand.

Apropos Ruhestand: Hat nicht Carsten Linnemann, noch als Generalsekretär der CDU, Rentnerinnen und Rentner ermahnt, länger zu arbeiten? Zur Erinnerung: Die Aktivrente gilt nicht für Selbstständige oder Freiberufler auf Honorarbasis, mithin auch nicht für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Ob er sich nun für eine diesbezügliche Änderung einsetzt?



Foto: M. Joppen GmbH

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Peter Böhnel

Geburtstag im Zeichen der Krisenresilienz

Expertinnen und Experten aus Politik, Gesundheitswesen und Bundeswehr referierten bei einem Symposium zur zivil-militärischen Zusammenarbeit und zur Krisenresilienz anlässlich des 70. Geburtstags von Ärztekammer-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.

447



Foto: © StockPhotoPro – stock.adobe.com

Management der Insomnie

Chronische Insomnie ist nicht nur eine der häufigsten Schlafstörungen, sondern auch ein erheblich unterschätztes Public-Health-Problem. Der zertifizierte Fortbildungsartikel befasst sich unter anderem mit den Folgen, der Diagnostik und der Therapie.

454

Editorial: Es braucht sehr langen Atem	443
Aus dem Präsidium: Dialog der Ärzteschaft mit der Politik – nicht immer ganz einfach	446
Ärztekammer: Geburtstag im Zeichen der Krisenresilienz	447
Bernhard-Christoph-Faust-Medaille für Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach	451
Abteilungen der Landesärztekammer Hessen stellen sich vor – Die Stabsstelle Kommunikation	452
Hitzeschutz: Best-Practice-Beispiele aus dem Gesundheitswesen, mit Kommentar	484
Forum: Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark – Teil 1	460
Der Schaden wird unterschätzt – Bad Nauheimer Gespräch über stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte	468
„Meine Bildungsreise ist noch nicht zu Ende“ – Nour Alhuda Erksousi kam aus Syrien, will jetzt Medizin studieren	488
Krebsregister auf dem Hessentag 2026 in Fulda	490
Ansichten und Einsichten: Vertrauensverlust und Entfremdung	463

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	470
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	476
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	492
Parlando: Die Ausstellung „A Step Ahead – 125 Jahre Mathildenhöhe“ in Darmstadt	464
Die Naxos-Halle in Frankfurt/Main	465
Recht: Die Vorsorgevollmacht im ärztlichen Alltag – Rechtliche Hinweise für Ärzte	482

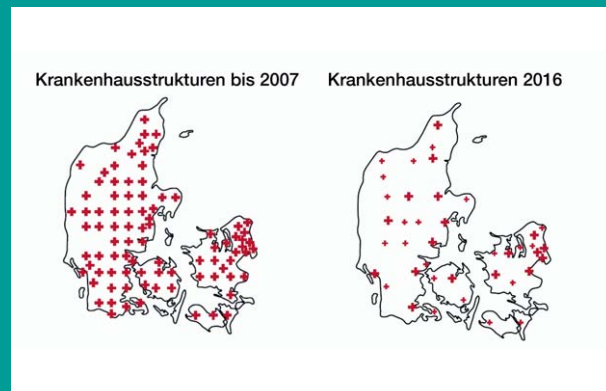


Foto: © travelview – stock.adobe.com

125 Jahre Mathildenhöhe Darmstadt

Die Ausstellung „A Step Ahead“ (Einen Schritt voraus) nimmt in vier thematisch gegliederten Hallen die vier visionären Ausstellungen von 1901, 1904, 1908 und 1914 in den Blick, die zur Aufnahme der Mathildenhöhe in die UNESCO-Welterbeliste geführt haben.

464



Systeme im Vergleich

Beim Blick auf andere Gesundheitssysteme gilt es, viele Aspekte zu berücksichtigen, bevor sich daraus sinnvolle Vorbilder für das eigene ableiten lassen. Ob dazu beispielsweise eine Zentralisierung der stationären Versorgung gehört, soll in dieser Artikelserie diskutiert werden.

460

Copyright: Carolina Lohfert Praetorius: Strukturkonzepte als Grundlage moderner Leistungserbringung im Krankenhauswesen (Präsentation). Kopenhagen/Dänemark, 2016

Fort- und Weiterbildung: CME Management der Chronischen Insomnie	454
Schlafstörungen in der Hausarztpraxis: „Aufklärung statt Medikamente“	466
Delir bei älteren Menschen	478
Live-Webinar: „Altersmedizin – Gesundheitsversorgung 65+“	480
Zwischen Pflicht und Patientenwillen (Teil II) – „Auflösung“ zum Fallbeispiel Hessisches Ärzteblatt 7/8 2026	481
Kinder und Jugendliche mit Störungen der Emotionsregulation und selbstverletzenden Verhaltensweisen – Teil 3	487
Generative KI für Ärztinnen und Ärzte: Mehr Zeit für Medizin?	491
Aus den Bezirksärztekammern: Ausbildungsmesse Ansage Zukunft 2026	494
Nachruf: Erinnerung an Dr. med. Gabriel Nick	490
Impressum	500

Bücher



Burnout

Wulf Rössler/
Katja Cattapan

S. 486

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)

Dialog der Ärzteschaft mit der Politik – nicht immer ganz einfach

Auf dem Symposium zu Ehren unseres Kammerpräsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski sprach auch die hessische Gesundheitsministerin Diana Stolz und bedankte sich in ihrem Grußwort für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit der hessischen Ärztekammer. Die Kammer habe das Ministerium bereits während der Coronapandemie kompetent beraten. Auch jetzt bei den anstehenden gesundheitspolitischen Gesetzgebungen gelinge ein vertrauensvoller Austausch. Zwar gebe es auch Meinungsverschiedenheiten, die jedoch offen angesprochen werden könnten.

Schon in der Delegiertenversammlung im vergangenen Herbst betonte Stefan Sydow, Abteilungsleiter Gesundheit des Ministeriums, in seinem Grußwort die enge Zusammenarbeit von Kammer und Ministerium sowie die kompetente Beratung durch die Kammer.

Ich denke, hier zeigen wir, wie eine seriöse angemessene Interessenvertretung der Ärzteschaft gelingen kann. Dies bedeutet nicht, dass jede Empfehlung der Kammer auch umgesetzt wird, da die Politik immer auch eine andere Perspektive hat und viele diverse Interessen verbinden muss.

Das hessische Beispiel findet leider bei den aktuellen politischen und gesundheitspolitischen Diskussionen auf Bundesebene keine Nachahmer.

Die Kürzungen und Reformen des Bundes, die nur wenig mit der Ärzteschaft abgestimmt wurden, führen und führten zu lauten Tönen, die meiner Ansicht nach deutlich über das Ziel einer angemessenen Interessenvertretung hinausschießen.

Während Dr. med. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover eine nüchterne Kritik der damals geplanten Gesetzgebungen einbrachte und betonte, dass die deutsche Ärzteschaft Verständnis für Reformen und Einsparungen habe und bereit sei, sich an diesem Prozess aktiv und konstruktiv zu beteiligen, gibt es vor allem von Verbänden sehr schrille Töne.



Foto: Peter Jülich

„Nur wenn wir konstruktiv auf unsere Partner in der Politik zu gehen und selbst seriöse und durchdachte Vorschläge einbringen, haben wir eine Chance, etwas Gehör zu finden.“

In Interviews drohen Hausärzte, die Versorgung werde zusammenbrechen und Ärzte würden das System massenhaft verlassen. Verbände der Fachärzte sehen die Versorgung der Bevölkerung akut bedroht. Fachärzte würden nur noch das gesetzliche Minimum arbeiten und die Praxen häufig ganz geschlossen werden. Auch Vertreter der Krankenhäuser sehen einen Kollaps der stationären Versorgung.

Diese öffentlich weit verbreiteten Äußerungen erreichen aus meiner Sicht das exakte Gegenteil dessen, was die jeweiligen Autoren anstreben. Sie zeigen die Ärzteschaft als egoistische und kurz-sichtige Lobbyisten der jeweiligen Partikularinteressen und schwächen so den Einfluss der Ärzteschaft im Dialog mit der Politik.

Nur wenn wir konstruktiv und maßvoll auf unsere Partner in der Politik zu gehen und selbst seriöse und durchdachte Vorschläge einbringen, haben wir eine Chance, wenigstens etwas Gehör zu finden. Der Prozess für die Entwicklung einer neuen GOÄ ist hierfür ein gutes Beispiel; sicher nicht perfekt, aber der bestmögliche Weg.

Unsere Landesärztekammer und die Bundesärztekammer leisten hier Herausragendes – und so können wir am ehesten in einem uns wenig gewogenen Umfeld halbwegs vernünftige Lösungen anstreben.

Bei der anstehenden Krankenhausreform in Hessen werden wir sehen, inwieweit die Ärzteschaft mithelfen kann, eine angemessene Lösung zu finden, die im Einzelnen schmerzhaft sein kann, aber im Ergebnis zu einer besseren Struktur und einer adäquaten Versorgung auf hohem Niveau führen sollte.

Ein wenig Optimismus schadet hier nicht.

Dr. med. Peter Zürner

Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen

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

Neue Mitgliedschaft aufgrund Wohnsitzes in Hessen

Durch das sogenannte Erste Bürokratieabbaugesetz vom 22. Dezember 2025 wurde u. a. das Hessische Heilberufsgesetz zum 23. Dezember 2025 geändert.

Neu ist, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit aufgeben, z. B. durch Eintritt in den Ruhestand, aber weiterhin in Hessen wohnhaft sind, bzw. nach Hessen ziehen, ohne in der Bundesrepublik ärztlich tätig zu sein, kraft Gesetzes Mitglieder der Landesärztekammer Hessen bleiben bzw. werden. Es ist für

diesen beschriebenen Personenkreis daher nicht mehr möglich, auf eine Kammermitgliedschaft zu verzichten oder freiwilliges Mitglied zu werden.

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat diese Gesetzesänderung umgesetzt und beschlossen, dass auch die Ärztinnen und Ärzte, die nicht ärztlich tätig sind aber ihren Wohnsitz in Hessen haben, rückwirkend als Mitglieder erfasst werden.
(Rechtsabteilung der LÄKH)

Geburtstag im Zeichen der Krisenresilienz

Symposium zur zivil-militärischen Zusammenarbeit zum Ehrentag von Ärztekammer-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski



Foto: Peter Böhmel

Nach jedem Abschnitt des Symposiums kamen die Referenten mit LÄKH-Präsident (2. von links) zusammen: Hier Generalstabsarzt Dr. med. Johannes Backus (von rechts), Stefan Sydow, Dr. med. Klaus Reinhardt und Dr. med. Christian Schwark. Dabei wurden auch die Gäste im Saal eingebunden.

Nicht nur die Landesärztekammer Hessen feiert in diesem Jahr ihr 70-jähriges Bestehen (siehe Ausgabe 4/2026 Hessisches Ärzteblatt, S. 198): Auch ihr Präsident, Dr. med. Edgar Pinkowski, Jahrgang 1956, begeht diesen runden Geburtstag. Zu diesem besonderen Anlass fand in den Räumen der Landesärztekammer an der Hanauer Landstraße in Frankfurt ein Symposium statt, das sich einem seiner zentralen Anliegen widmete: der zivil-militärischen Zusammenarbeit (ZMZ). Unter dem Titel „Resilienz – Wo stehen wir heute?“ diskutierten Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen, der Politik und der Bundeswehr aktuelle Entwicklungen und die Frage, wie sich das Gesundheitssystem und die Gesellschaft besser auf multiple Krisen vorbereiten lassen.

Resilienz durch Zusammenspiel

Dr. med. Christian Schwark, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen, eröffnete das Symposium und begrüßte Gäste aus Politik, Militär und Gesundheitswesen. In seiner Ansprache würdigte er insbesondere Pinkowskis Engagement für die ZMZ und betonte die Bedeutung einer engen Verzahnung ziviler und militärischer Strukturen, gerade in Krisen- und Katastrophenlagen. Mit Blick auf aktuelle Konflikte und historische Erfahrungen hob Schwark hervor, dass funktionierende Infrastruktur und Logistik entscheidend für Sicherheit und Versorgung seien: „Für die Infrastruktur und unsere Versorgung ist es völlig egal, ob es eine Überschwemmung, ein Stromausfall oder ein Angriff ist – das

Ergebnis ist das gleiche.“ Entsprechend stellte er das Symposium unter das Leitmotiv, sich umfassend auf unvorhersehbare Krisen vorzubereiten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, würdigte in seinem Grußwort die Veranstaltung als wichtigen Impulsgeber für eines der zentralen Zukunftsthemen im Gesundheitswesen. Er plädierte für einen konsequenten „All-gefahrenansatz“ und eine enge Verzahnung aller Versorgungsbereiche: von Kliniken über den öffentlichen Gesundheitsdienst bis hin zu Hilfsorganisationen. Resilienz entstehe, so Reinhardt, nur durch das Zusammenspiel aller Akteure und durch vorausschauend gestaltete, belastbare Strukturen. In einem späteren Vortrag unterstrich er zudem, dass es zu-

Fotos: Lukas Reus



Moderation und Grußworte: Dr. med. Christian Schwark, Staatsministerin Diana Stolz, Dr. med. Klaus Reinhardt und Dr. med. Günther Matheis.



Fotos: Lukas Reus

Stefan Sydow, Prof. Dr. René Gottschalk, Prof. Dr. Matthias Münzberg und Dr. med. Stephan Hofmeister (von links)

gleich an gesellschaftlichem Bewusstsein für Krisenszenarien fehle, weshalb eine besonnene Kommunikation notwendig sei. Resilienz erfordere neben Strukturreformen auch ein Umdenken hin zu mehr Vorbereitung und Redundanz.

Auch die hessische Gesundheitsministerin Diana Stolz (CDU) hob in ihrem Grußwort Pinkowskis langjähriges berufspolitisches Engagement hervor und betonte dessen Einsatz für die zivil-militärische Zusammenarbeit. Hessen arbeite bereits an belastbaren Strukturen, etwa durch eine intensivere Kooperation mit der Bundeswehr und neue Steuerungsmechanismen in der Krankenhausplanung. Eine verlässliche Gesundheitsversorgung sei dabei nicht nur eine Frage der Infrastruktur, sondern auch eine zentrale Voraussetzung für Vertrauen in Staat und Demokratie, so Stolz.

Dr. med. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, griff die Argumente seiner Vorredner auf und ergänzte weitere Aspekte: So seien etwa die Diversifizierung von Lieferketten sowie die Stärkung der Gesundheits- und Krisenkompetenz in der Bevölkerung entscheidend, um die Resilienz nachhaltig zu erhöhen.

Heißer Draht

Der erste Vortrag wählte ein besonderes Format: In einem fiktiven Telefonat diskutierten Generalstabsarzt Dr. med. Johannes Backus und Generaloberstabsarzt Dr. med. Ralf Hoffmann eine zugespitzte Krisenlage. Das Szenario umfasste Sabotageakte, Spionage, Drohnenüberflüge und Cyberangriffe auf Gesundheitseinrichtungen. Der Operationsplan Deutschland (OPLAN), ein nationaler Verteidigungsplan der Bundeswehr, der als Reaktion auf die veränderte Sicherheitslage in

Europa erarbeitet wurde, sei bereits aktiviert, der Sanitätsdienst der Bundeswehr in Bewegung. Im Zentrum des Gesprächs stand die enge zivil-militärische Zusammenarbeit, von der Unterstützung verbündeter Truppen über den Aufbau von Kommandostrukturen bis zur Einbindung von Ländern und Hilfsorganisationen. Die Zwischenbilanz fiel gemischt aus: Fortschritte etwa bei Blutversorgung, Lagebildern und Übungen standen noch bestehenden Defiziten bei Bevorratung und Transport gegenüber. Zugleich wurde deutlich, dass im Ernstfall mit deutlich höheren Verwundetenzahlen, Fluchtbewegungen und einer erheblichen Belastung des Gesundheitssystems zu rechnen sei. Anders als in klassischen Katastrophenlagen wäre die Bundeswehr dabei in besonderem Maße auf zivile Unterstützung angewiesen. Zum Abschluss vereinbarten die Gesprächspartner ein kurzfristiges Treffen in Bonn mit weiteren zivilen Akteuren, darunter auch Ärztekammerpräsident Pinkowski. Backus: „Komm am besten mit Edgar nach Bonn, und dann besprechen wir gemeinsam, welche Schritte jetzt notwendig sind, um mit dieser Krise fertig zu werden.“

Balanceakt im System

In seinem anschließenden Vortrag skizzierte Stefan Sydow, Leiter der Abteilung Gesundheit im Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) die Krankenhausreform als Balanceakt

zwischen Effizienz und Resilienz und ordnete sie in eine umfassende Neuausrichtung des Gesundheitssystems ein. Dabei betonte er, dass Reformen im stationären Bereich, in der Notfallversorgung und im Rettungsdienst nur im Zusammenspiel funktionieren könnten und stärker vernetzt gedacht werden müssten. Zentral sei zudem die Digitalisierung, die künftig über die Leistungsfähigkeit und Krisenfestigkeit der Versorgung entscheide. Hier hänge Deutschland noch anderen Ländern weit hinterher. Ziel sei ein System, das im Alltag effizient arbeite und zugleich auch unter außergewöhnlichen Belastungen stabil bleibe, so Sydow.

Infektionsgeschehen im Krisenfall

Prof. Dr. med. René Gottschalk, ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt, schilderte die infektiologischen und epidemiologischen Risiken in Krisen- und Kriegszeiten. Neben natürlichen Ursachen für Infektionen und Epidemien sei deren Ausbruch in seltenen Fällen auch durch den Menschen ausgelöst, beispielsweise durch Bioterrorismus. Daneben könne



Foto: Manuel Maier

Initiator und Jubilar: Dr. med. Edgar Pinkowski



auch das Aussetzen von Gesundheitsprogrammen als Gefahrenquelle angesehen werden. So seien laut der Infektionsmathematikerin Brooke Nichols rund eine halbe Millionen Kinder zusätzlich durch die Streichung von USAID durch die Trump-Regierung gestorben. Der Zusammenbruch von Infrastruktur und medizinischer Versorgung begünstige die Ausbreitung von Viren und Bakterien in Kriegsgebieten. Gottschalk erläuterte an Beispielen wie der Ukraine, Gaza und Syrien, welchen Einfluss Krieg auf die Gesundheitsversorgung eines Landes habe. Flüchtlinge stellten für ein aufnehmendes Land meist nur eine geringe Gefahr dar, da auf den Fluchtrouten die Inkubationszeit in der Regel bereits überschritten sei. Solange die Gesundheitsversorgung noch aufrecht erhalten werden könne, ließe sich auch mit Infektionen umgehen.

Akutmedizin und Rehabilitation

Im Folgenden arbeitete Prof. Dr. med. Matthias Münzberg von der BG-Unfallklinik Frankfurt heraus, wie die BG-Kliniken seit 2019 mit der Bundeswehr kooperieren. So gebe es beispielsweise das Extremitätenboard, in dem man komplizierte Fälle bespreche und von der Expertise beider Institutionen profitiere – ähnlich einem Tumorboard. In Deutschland gebe es gerade einmal knapp über 130 Betten in den Verbrennungszentren. Bei einem großen Krieg könnten 1.000 zum Teil Schwerverletzte anfallen, davon geschätzt 10 % mit Verbrennungen. Neben der Vorhaltung von Infrastruktur sei auch die Übung von solchen Szenarien unter verschiedenen Bedingungen erforderlich.

Münzberg berichtete beispielsweise von einer Übung der BG Kliniken mit 250 fiktiven Verletzten.

Bei der Betrachtung werde zudem oft vernachlässigt, dass die Patienten nach der Akutbehandlung auch ausreichend Reha brauchen. Gerade die Verzahnung von Akutmedizin und Rehabilitation sei entscheidend, um Menschen wieder zurück ins Leben zu bringen. Nicht zuletzt müsse man sich Gedanken machen, wie man genug medizinisches Material vorhalte, da man in einem Ernstfall aktuell nur wenige Tage durchhalten könne.

Ambulante Versorgung

Über die ambulante Versorgung in Krisen- und Kriegszeiten referierte Dr. med. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Um sich auf einen Ernstfall vorzubereiten, benötige man zunächst ein umfassendes Lagebild. Doch in der ambulanten Versorgung fehle ein solches bisher. Die dezentrale Organisation der Praxen mache das System bundesweit zwar sehr resilient, doch gebe es bisher keine flächendeckende ZMZ im ambulanten Sektor. Zwar lägen viele Daten zur ambulanten Versorgung vor, doch verhielten sich eine fehlende gesetzliche Grundlage und der strenge Datenschutz eine sinnvolle Zusammenführung. Anzustreben sei ein System, dass in Echtzeit Daten liefere über Personalauslastung, Ausstattung oder Aufgabengebiet der Praxen, um so beispielsweise in einem Krisenfall Flüchtlinge zu koordinieren und in die passenden Regionen zu schicken.



Fotos: Lukas Reus

Dr. med. Diana Sauer, Dr. Tobias Bräunlein und Markus Bensmann (von oben)

Verbluten eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen bei schweren Verletzungen sei. Eine frühzeitige und logistisch effiziente Hämotherapie, insbesondere durch den Einsatz von Vollblut und Trockenplasma, könne entscheidend zur Senkung der Mortalität beitragen. Gleichzeitig verwies sie auf erhebliche strukturelle Herausforderungen: Bereits im Normalbetrieb sei die Versorgungslage angespannt, in Krisenszenarien drohten massive Engpässe bei gleichzeitig enorm steigendem Bedarf. Neben medizinischen Aspekten rückte der Vortrag vor allem logistische und organisatorische Fragen in den Fokus. Dazu zählen die internationale Interoperabilität, der grenzüberschreitende Austausch von Blutprodukten sowie der Aufbau strategischer Reserven mit lang haltbaren Produkten. Auch kurzfristige Lösungen wie Notfallspenden vor Ort, digitale Spendergewinnung und alternative Transportwege wurden thematisiert. Insgesamt wurde deutlich, dass eine resiliente Blutversorgung nur durch vorausschauende

Blutversorgung in der Krise

Oberstarzt

Dr. med. Diana Sauer vom Sanitätsdienst der Bundeswehr hob die zentrale Bedeutung einer funktionierenden Blutversorgung für die Krisen- und Kriegsmedizin hervor und zeigte, dass



Foto: Lukas Reus

Lagebesprechung: Dr. med. Ralf Hoffmann und Dr. med. Johannes Backus

Planung, internationale Kooperation und ein eng verzahntes Zusammenspiel erreicht werden kann.

Umsetzung in Hessen

Ministerialdirigent Dr. Tobias Bräunlein vom Hessischen Ministerium des Innern, für Sicherheit und Heimatschutz setzte im Vortrag einen besonderen Fokus auf die praktische Umsetzung von Resilienz: Hessen bündele bestehende Maßnahmen in einer eigenen Resilienzstrategie, identifiziere systematisch Schwachstellen und entwickle darauf aufbauend konkrete Handlungspläne. Dazu gehörten unter anderem Übungen, kommunale Programme wie „Kompass Resilienz“ sowie der Ausbau von Bevölkerungsschutz und Selbsthilfekompetenzen. Gleichzeitig betonte Bräunlein, dass funktionierende Versorgungsstrukturen, etwa das Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung, nur durch konsequente Vernetzung entlang der gesamten Versorgungskette gewährleistet werden können. Darüber hinaus unterstrich er im Vortrag die Bedeutung kritischer Infrastrukturen (KRITIS) und ihrer wechselseitigen Abhängigkeiten.

Besondere Rolle des Ehrenamts

Markus Bensmann, Bereichsleiter Notfallvorsorge der Malteser in Deutschland, betonte die zentrale Rolle von Hilfsorganisationen wie der Malteser im Bevölkerungsschutz und in der Gesamtverteidigung. Ihre Aufgabe reiche von klassischem Zivilschutz über Gesundheitsversorgung bis hin zur Unterstützung der Bundeswehr. Gleichzeitig werde deutlich, dass dafür eine hohe organisatorische, personelle und logistische Resilienz notwendig sei: Sowohl innerhalb der Organisation als auch in der Zusammenarbeit mit staatlichen und militärischen Akteuren. Besonderes Augenmerk liege auf der Weiterentwicklung von Krisenmanagementstrukturen, der Skalierbarkeit von Leistungen und der Stärkung von Personal und Ehrenamt. Herausforderungen bestünden vor allem bei rechtlichen Rahmenbedingungen, der langfristigen Verfügbarkeit von Helfern (die beispielsweise in mehreren Organisationen parallel ehrenamtlich engagiert



Ein Geburtstagspräsent übergibt Referent Peter Beuth (links) an Dr. med. Edgar Pinkowski.

Foto: Peter Böhm



Das Duo „Double Tree“ sorgte für den musikalischen Ausklang des Symposiums.

Foto: Peter Böhm

sein können) und der Einbindung von Bevölkerung und privatem Sektor wie etwa Unternehmen.

Eigenverantwortung von Bürgern

Peter Beuth, Staatsminister a. D., sagte im abschließenden Vortrag, dass staatliches Handeln allein nicht ausreiche: Eigenverantwortung von Bürgern, Unternehmen und Institutionen sei entscheidend, da der Staat im Ernstfall nicht überall gleichzeitig helfen könne. Letztlich erfordere Resilienz nicht nur Ressourcen, sondern vor allem ein verändertes Mindset und mehr Bewusstsein in der Bevölkerung. Diese Anstrengung lohne sich, weil sie dem Erhalt unserer freiheitlichen Gesellschaft diene.

Pinkowski dankte zum Abschluss des Symposiums allen für die Organisation, Geschenke und lehrreichen Beiträge. Er betonte noch einmal die Bedeutung des Datums: am 17. Juni war der Volksaufstand in der DDR im Jahr 1953, ein Symbol für das „Eintreten für die Freiheit“, so Pinkowski. Er unterstrich zudem anhand seines eigenen Lebenslaufs, welchen Wandel es hinsichtlich der zivil-militärischen Zusammenarbeit gebe.

Das Symposium endete bei gemeinsamen Gesprächen und der musikalischen Begleitung des Duos „Double Tree“ auf der Terrasse der Landesärztekammer Hessen.

Lukas Reus

Bernhard-Christoph-Faust-Medaille für Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Das Land Hessen hat den Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, mit der Bernhard-Christoph-Faust-Medaille ausgezeichnet. Gesundheitsministerin Diana Stolz überreichte die Auszeichnung persönlich am 25. Juni 2026 bei einer Feierstunde im Georg-Büchner-Saal der Hessischen Staatskanzlei in Wiesbaden. Mit der Medaille wurde der Arzt für seine langjährigen und herausragenden Verdienste um die Gesundheitsförderung, Prävention sowie die Weiterentwicklung einer menschenorientierten Gesundheitsversorgung in Hessen ausgezeichnet, wie das Gesundheitsministerium bekannt gab.

„Eine gute Gesundheitsversorgung braucht Menschen, die Verantwortung übernehmen, Strukturen weiterentwickeln und dabei stets den Menschen in den Mittelpunkt stellen“, sagte Stolz bei der Verleihung. „Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach hat dies über Jahrzehnte hinweg in herausragender Weise getan. Sein Wirken verbinde medizinische Fachlichkeit mit Menschlichkeit, Prävention mit Versorgung und Engagement mit Weitblick.“



Foto: Hessische Staatskanzlei/Andreas Mann

Gesundheitsministerin Diana Stolz verleiht die Bernhard-Christoph-Faust-Medaille an Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Ehrenpräsident der Landesärztekammer Hessen.

Der Facharzt für Innere Medizin war über viele Jahre in der ambulanten Versorgung tätig und setzte früh einen Schwerpunkt in der Palliativmedizin. Besondere Verdienste erwarb er sich beim Aufbau, der Weiterentwicklung und der Vernetzung von Palliativ- und Hospizstrukturen in Hessen. Er ist Mitbegründer und Vorsitzender der Ambulanten Ethikberatung Hessen e. V., die Patientinnen und Patienten sowie Angehörige in schwierigen Entscheidungssituationen begleitet. Auch in der Prävention setzte er Akzente, etwa mit Initiativen zur Alkohol- und Diabetesprävention. In der Aus- und Fortbildung engagierte er sich unter anderem für die Weiterentwicklung der Ausbildung medizinischer Fachangestellter und die Integration palliativmedizinischer Inhalte. Bereits seit den 1970er-Jahren ist er in der Gesundheitsbildung aktiv, unter anderem mit landesweiten Vorträgen für die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE), deren stellvertretender Vorstandsvorsitzender er von 2012 bis 2022 war.

Beim Festakt zur Medaillenverleihung trat Dr. med. Thomas Sitte als Laudator ans Rednerpult. Sitte ist Mitbegründer und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativstiftung. In seiner Laudatio näherte er sich dem Preisträger mit einem Augen-

zwinkern, indem er auf dessen Spitznamen anspielte: Wer im Internet nach „Knobi Doc“ suche, lande zunächst bei Obi-Wan Kenobi – was aber durchaus passe. Denn auch der Geehrte stehe für Weitblick, Haltung und die Fähigkeit, Menschen Orientierung zu geben.

Im anschließenden Festvortrag „Menschenrechte im Gesundheitswesen – eine gesellschaftliche Aufgabe?“ beleuchtete Prof. Dr. Hendrik Graßme von der Frankfurt University of Applied Sciences, welche Rolle Menschenrechte gerade dort spielen, wo Menschen besonders verletzlich sind – bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder wenn weitreichende Entscheidungen anstehen. Dabei schlug er auch den Bogen zum Namensgeber der Medaille: Der Arzt Bernhard Christoph Faust (1755–1842) gilt als Pionier der medizinischen Volksaufklärung und schuf schon im 18. Jahrhundert Strukturen für gesundheitliche Bildung und Vorsorge. Überregional bekannt wurde Faust übrigens durch seinen „Gesundheits-Katechismus“ (1794). Die nach ihm benannte Medaille wird alle zwei Jahre verliehen. Organisation und Vergabe liegen in den Händen der HAGE und des Hessischen Gesundheitsministeriums.

Peter Böhnel



Foto: Manuel Maier

Laudator Dr. med. Thomas Sitte, Mitbegründer und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Palliativstiftung.



Peter Böhnel leitet die Stabsstelle Kommunikation. Er betreut vor allem die Pressearbeit in enger Abstimmung mit dem Präsidium, arbeitet als leitender Redakteur fürs Hessische Ärzteblatt (HÄBL), erstellt Medien aller Art, hat ein Auge auf sämtliche Kommunikationskanäle der Kammer und mischt sich auch sonst in fast alles ein, was irgendwie mit Kommunikation zu tun hat. Er trat 2025 die Nachfolge von Katja Möhrle an, die unserem Blatt auch im Ruhestand weiterhin als freie Autorin erhalten bleibt.



Maren Siepmann ist Referentin der Stabsstelle Kommunikation, stellvertretende Stabsstellenleiterin und stellvertretende leitende Redakteurin des Hessischen Ärzteblatts. Neben der Redaktionsarbeit betreut sie vor allem die Konzeption und Weiterentwicklung von (laien)verständlichen Informationsangeboten der LÄKH, darunter Web-Inhalte. Sie hat auch unseren Newsletter mit ins Leben gerufen. Im HÄBL finden Sie aus ihrer Feder hauptsächlich Interviews sowie Beiträge auf der Kulturseite „Parlando“.



alle Fotos: M. Joppen GmbH

Lukas Reus ist Referent der Stabsstelle Kommunikation, wo er sich die Funktion der stellvertretenden Stabsstellenleitung und stellvertretenden Redaktionsleitung mit seiner Kollegin Maren Siepmann teilt. Arbeitsschwerpunkte sind die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts, die Pressearbeit sowie der regelmäßige Newsletter. Seine Fotos und Videos sehen Sie in unseren Print- und Digitalmedien. Er hat auch das Cannabis-Präventionsprojekt mitentwickelt, das aktuell in den Schulen Hessens läuft.

Blick hinter die Kulissen der Stabsstelle Kommunikation

Von Redaktion bis Prävention

Im Rahmen unserer Serie lernen Sie die Abteilungen der Landesärztekammer Hessen kennen. Heute stellt sich die Stabsstelle Kommunikation vor.

Das Aufgabenspektrum unserer siebenköpfig besetzten Stabsstelle ist breit gefächert. Dazu gehören die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes sowie das Gestalten von Kommunikationsmitteln aller Art. Kein Wunder, dass auch die Ausbildungswege und die beruflichen Vorgeschichten unserer Stabsstellenmitarbeitenden das Prädikat „ausgesprochen vielfältig“ verdienen: Von industriekaufmännischer Qualifikation über Internationales Management, Anglistik und Buchwissenschaft, Medizinische Soziologie und Gesundheitspolitik, Lehramt für Geschichte, Politik und Wirtschaft, evangelische Theologie und Publizistik bis hin zu Gesellschafts- und Wirtschaftskommunikation ist alles dabei. Auch wertvolle Erfahrungen in Zeitungsredaktionen und im Verlagswesen sowie diverse Fortbildungen im multimedialen Bereich fließen in die tägliche Arbeit mit ein. Betrachten wir die unterschiedlichen Aufgabenfelder einmal näher:

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Der Bürotag beginnt schon vor der ersten Tasse Kaffee mit der Presse- und Medienschau, um bei medizinischen und gesundheitspolitischen Themen immer auf dem neuesten Stand zu sein und um zu erfahren, wenn irgendwo die LÄKH genannt wird. Fast täglich treffen Presseanfragen ein. Mal ist es eine Recherche zu einem medizinischen Thema, mal die Bitte um ein Statement zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, mal die Nachfrage zu einer von uns veröffentlichten Pressemeldung und vieles mehr. Hier sieht sich die Stabsstelle Kommunikation grundsätzlich als Unterstützerin der Fach- und Qualitätsmedien in Deutschland. Schließlich wissen wir aus eigener Erfahrung den Wert gut recherchierter Publikationen zu schätzen. Dabei stimmen wir uns mit den jeweils zuständigen Fachabteilungen der Kammer, mit unseren Ombudspersonen und in jedem Fall ganz eng mit dem Präsidium ab. Nicht selten müssen Informationen auch mit den Kollegen der Bundesärztekammer oder weiteren Länderkammern koordiniert werden. Da kann es dann gerne auch mal ziemlich

hektisch zur Sache gehen, denn viele Medien arbeiten sehr schnell und kurzfristig, insbesondere Rundfunkreporter und die Tagespresse. Und es gibt immer wieder auch schwierige Fälle, die ein sorgfältiges Abwägen erfordern, wie etwa bei Fragen zu einzelnen Kammermitgliedern. Hier steht einem möglichen Interesse der Öffentlichkeit oftmals das Persönlichkeitsrecht der betreffenden Person entgegen, das es zu schützen gilt.

Häufig sind Journalisten auf der Suche nach einem Ansprechpartner für ein Interview. Hier helfen wir gerne weiter. Schließlich fungiert die Ärztekammer auch als Expertengremium, das sich mit seiner Expertise gerade auch bei gesundheitspolitischen Fragen und Vorhaben konstruktiv einbringt. Damit kommen wir zu einer weiteren Säule der Pressearbeit, sozusagen zum aktiven Part: Verfassen und Verbreiten von Pressemitteilungen mit aktuellen Statements, Resolutionen und Neuigkeiten von öffentlichem Interesse. Insbesondere nach den Delegiertenversammlungen der LÄKH werden eine Vielzahl von Mitteilungen zu den Redaktionen gemailt. Hinzu kommen spezielle Presse-Events, um bestimmte The-



men etwas ausgiebiger beleuchten zu können. In diesem Jahr sorgte zum Beispiel eine gemeinsame Presserunde mit der Deutschen Stiftung Organspende bundesweit für große Aufmerksamkeit.

Ärzteblatt

Zu den Kernaufgaben der Stabsstelle Kommunikation zählt die Redaktion und Produktion des Hessischen Ärzteblatts, gerne auch HÄBL genannt. Es erscheint stets in einer gedruckten und einer digitalen Ausgabe, wobei das gedruckte Heft nur auf Wunsch zugestellt wird – für Kammermitglieder kostenfrei. Die monatliche Erscheinungsweise (ausgenommen August) erfordert einen strengen Zeitplan und jede Menge Koordinationsarbeit. Insbesondere was die CME-zertifizierten Fortbildungsartikel betrifft, eine beliebte Besonderheit unseres Blatts. Schließlich müssen die Fachbeiträge vor Redaktionsschluss durchs Peer Review und von der kammereigenen Fortbildungsabteilung anerkannt werden. Regelmäßig finden Redaktionskonferenzen statt, in die auch die weiteren Geschäftsbereiche und Stabsstellen der LÄKH mit einbezogen werden. Ganz vorne mit dabei: Dr. med. Peter Zürner, Verantwortlicher Redakteur (i. S. d. Presserechts) und sein Stellvertreter Dr. med. H. Christian Piper, beides Mitglieder des Präsidiums und erfahrene Ärzte. So gewährleisten wir, dass die Themenauswahl und die inhaltliche Qualität ganz auf die Interessen und Bedürfnisse der ärztlichen Leserschaft zugeschnitten sind.

Events

Als Außenstehender ahnt man es vielleicht nicht, aber auch das Eventmanagement ist ein wichtiges Aufgabenfeld der Stabsstelle Kommunikation. Veranstaltungen wie etwa der jährliche Sommerempfang der Heilberufe (Bündnis Heilen & Helfen) gehören dazu, ebenso die sehr erfolgreichen Präventionsangebote für Schülerinnen und Schüler zu Alkohol und Cannabis. Das Konzept, in dem ehrenamtliche Experten Schulklassen über diese weit verbreiteten Drogen aufklären, erzielt bei Umfragen unter den Schülerinnen und Schülern große Zustimmung.



Katja Kölsch hat als Content-Managerin und Online-Redakteurin nicht nur die LÄKH-Website mit aufgebaut, sie zeichnet für das aktuelle Layout des Ärzteblatts verantwortlich, stellt jede HÄBL-Ausgabe ins Netz und sorgt in allen Bereichen der Kammer für ansprechende Kommunikationsmittel, vom Anstecker bis zur Messewand. Auch in der Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern laufen bei ihr die Fäden zusammen.



Isolde Asbeck widmet sich voll und ganz der HÄBL-Redaktion. Als Heftkoordinatorin redigiert und korrigiert sie nicht nur Beiträge, sie koordiniert auch das Heft-Layout, fotografiert und sorgt dafür, dass die Zusammenarbeit mit den internen und externen Autoren reibungslos und auf hohem Niveau funktioniert, einschließlich Peer Reviews der CME-Fortbildungen.

Digitales

Die Stabsstelle Kommunikation produziert eine Vielzahl von Drucksachen, vom Fortbildungsprogramm über Prüfungsaufgaben bis hin zu Namensschildern. Stark aufgenommen haben natürlich die digitalen Medien. Allen voran die Website, mittlerweile ergänzt durch unsere Social-Media-Präsenzen auf LinkedIn, Facebook, Instagram und YouTube. Insbesondere unser kammereigener Newsletter gewinnt im-



Viktoria Jakobs ist der jüngste Neuzugang der Stabsstelle, kam nach einem multilingualen Masterabschluss und diversen Praktika und Auslandssemestern direkt zu uns nach Frankfurt. Als Referentin für multimediale Kommunikation gestaltet und betreut sie vorwiegend die Social-Media-Kanäle der Kammer und begegnet Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, auch regelmäßig als Redakteurin hier im HÄBL.



Beate Völker als Sekretärin und Sachbearbeiterin zu bezeichnen, greift eigentlich zu kurz: Sie kümmert sich neben der Betreuung des Stabsstellen-Sekretariats auch maßgeblich ums Eventmanagement, betreibt Medienmonitoring, betreut unsere Präventionsprojekte, fungiert zusätzlich als gute Seele der Abteilung und weiß stets, wer in der Kammer wofür zuständig ist.

mer mehr an Bedeutung. Gerade in Zeiten, in denen viele Leserinnen und Leser aus Datenschutzgründen einen Bogen um Social Media machen. Daher möchten wir allen, die noch nicht zum gut informierten Empfängerkreis gehören sollten, ein Abonnement unseres Newsletters ausdrücklich ans Herz legen (S. 462). Exklusiv erstellt und versendet von der Stabsstelle Kommunikation der Landesärztekammer Hessen.

Peter Böhnel



Management der Chronischen Insomnie

VNR: 27606020262340007

Prof. Dr. med. Ingo Fietze, Dr. med./HöH.Attestationskomm. Sofia Anelia Todorova-Rudolph,
Markus B. Specht, Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf

Definition und Klassifikation

Die Insomnie ist in den medizinischen Klassifikationssystemen als eigenständige Erkrankung anerkannt, die sich mit persistierender Störung der Schlafinitiierung und/oder Schlafaufrechterhaltung charakterisiert und mit einem subjektiven Leidensdruck oder relevanter Beeinträchtigung des Tagesbefindens einhergeht. Sowohl die schlafmedizinische ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders [1]), das psychiatrische DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [2]) als auch die neue ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [3] weisen die Insomnie als eigenständige Diagnose aus – unabhängig von der Komorbidität.

In der klinischen Praxis wird die ICSD-3 am häufigsten genutzt [1]. Hier wird zwischen Kurzzeitinomnie und chronischer Insomnie unterschieden. Eine chronische Insomnie liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Symptome besteht:

- Einschlafstörung, Durchschlafstörung oder frühmorgendliches Erwachen, obwohl ausreichende Gelegenheit zum Schlaf gegeben ist,

- die Symptome an mindestens drei Nächten pro Woche über mindestens drei Monate bestehen und
- eine relevante Tagesbeeinträchtigung vorliegt.

Zusätzlich gibt es verschiedene Subtypen, etwa die psychophysiologische Insomnie, die paradoxe Insomnie (Fehlwahrnehmung des eigenen Schlafs), Insomnie durch inadäquate Schlafhygiene, die Insomnie mit mehr oder weniger als sechs Stunden Schlaf oder verhaltensinduzierte Insomnie im Kindesalter, die zum Beispiel zu einem verzögerten Schlafphasensyndrom führt oder aber auch Insomnie im Rahmen organischer Erkrankungen. Betroffene, die subjektiv über längere Zeiträume „gar nicht mehr schlafen“, haben oft ein Tiefschlafdefizit bzw. Tiefschlafverlust, vgl. [4].

Pathophysiologie der chronischen Insomnie

Die moderne Insomnieforschung betrachtet die chronische Insomnie nicht mehr als bloße Folge ungünstiger Lebensgewohnheiten oder psychischer Belastungen – sie ist eine komplexe Störung mit neurobiolo-

gisch-pathophysiologischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Komponenten [5].

Ein zentrales Erklärungsmodell ist das sogenannte Hyperarousal-Modell. Umgangssprachlich kann man auch sagen, das Wach-System dominiert über dem Schlafsystem. Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Insomnie begünstigen, sind das Alter, das weibliche Geschlecht und genetische Voraussetzungen.

Trigger für eine Insomnie sind u. a. alle Arten von Stress, Stillzeit, Menopause, Schichtarbeit, Komorbiditäten, Drogen und Alkohol [6]. Aber wichtig – eine Insomnie kann auch ohne Trigger beginnen, plötzlich unerwartet oder langsam schleichend [7]. Es wird von einer anhaltenden Hyperaktivierung zentraler Stress- und Arousal-Systeme ausgegangen, die sowohl neurobiologische als auch kognitive und behaviorale Prozesse umfasst. Verstärkt werden kann dieser Prozess durch die Entwicklung einer Angst vor dem Schlafproblem. Es gibt verschiedene, zunehmend untersuchte Subtypen der Insomnie [7–10]. Dauert eine Schlafstörung länger als drei Monate, dann ist sie per De-

inition chronisch und hält sie länger als zwölf Monate an, dann beginnen potenzielle zusätzliche Gesundheitsrisiken.

Folgen der Insomnie

Die unmittelbare Folge einer schlechten Nacht können „schlechte Laune“ mit Reizbarkeit, Müdigkeit und eine Einschränkung der mentalen und körperlichen Leistungsfähigkeit sein. Ein dauerhaftes Schlafproblem birgt weitere Risiken. Der Schlaf, insbesondere die Tiefschlafphasen, ermöglicht es dem glymphatischen System (das eigene Abfallentsorgungssystem des Gehirns), intensiver zu arbeiten und die Abfallprodukte des Zellstoffwechsels abzutransportieren, u. a. auch das Beta-Amyloid [11, 12].

Somit steigt als Folge des Schlafmangels das Risiko für neurodegenerative Erkrankungen, an erster Stelle Erkrankungen wie Demenz, insbesondere Demenz vom Alzheimer Typ sowie Parkinsonkrankheit, aber auch Depression und andere ZNS-Erkrankungen. Insbesondere für demenzielle Erkrankungen ist heute gut bekannt, dass die Insomnie ein provozierender Faktor ist. Ebenso bedeutend sind die Auswirkungen von schlechtem Schlaf auf das Immunsystem. Es erhöht sich dadurch das Risiko für jegliche entzündliche und für Krebs-Erkrankungen. Weitere wissenschaftlich nachgewiesene Risiken sind metabolische Folgen wie Adipositas und Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzrhythmusstörungen, Hypertonus), Haarausfall, Schwangerschaftsrisiken und eine beeinträchtigte Lebenserwartung [9, 13, 14].

Epidemiologie und Versorgungslage

Die chronische Insomnie ist nicht nur eine der häufigsten Schlafstörungen, sondern auch ein erheblich unterschätztes öffentliches Gesundheitsproblem [15, 16]. Circa 15 % der erwachsenen Bevölkerung leiden an einer klinisch relevanten chronischen Insomnie, wobei Frauen etwas häufiger betroffen sind als Männer [17]. Provoziert werden kann sie im Alter durch inadäquate Schlafhygiene, wenn Senioren tagsüber schlafen und nachts nicht zur Ruhe finden. Alarmierend ist eher die Zu-

nahme von Schlafproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Nicht nur, dass sie statistisch zu kurz schlafen, sie haben auch zunehmend Ein- und Durchschlafstörungen [18]. Hier spielen Verhaltensfehler (Internet, Spiele, Filmserien) aber auch gesamtgesellschaftliche Probleme eine Rolle, so z. B. die Angst vor Corona, Krieg, Kriminalität, Existenz, Klimaveränderungen und mehr.

Diagnostik

Die Diagnose einer chronischen Insomnie erfolgt unabhängig von komorbiden Erkrankungen und basiert primär auf klinischen Kriterien. Eine apparative Diagnostik ist in der Regel nicht erforderlich.

Einige Kernpunkte der Anamnese sollten sein:

- Beginn der Erkrankung, Zusammenhang mit einschneidenden Ereignissen bzw. Erlebnissen oder Änderungen der Lebensweise
- Art der Insomnie (Ein-, Durchschlafstörung, frühmorgendliches Erwachen), wie oft in der Woche
- Verlauf
- Schlaf-Medikamenten-Anamnese
- Bisherige Verhaltensmaßnahmen? (Schlafhygiene, App, Psychotherapie etc.)
- Familiäre Prädisposition
- Job (unregelmäßige Arbeitszeiten/ Schichtarbeit?)
- Schlaf am Wochenende und im Urlaub
- Nappen am Tage möglich? (Müdigkeit oder Schläfrigkeit)
- Fragen zu Bewegung und Fitness
- Fragen zu Drogen und Alkohol
- Komorbidität und Medikamente

Ergänzend werden Fragebögen genutzt, an erster Stelle der ISI (Insomnia Severity Index, [19–21]). Er besteht aus sieben Items und bewertet die Schwere der Insomnie (0–28 Punkte). Ein Wert ab 15 Punkte spricht für eine klinisch relevante Symptomatik. Mit 7–14 Punkten ist der Hinweis auf eine milde Insomnie. Zusätzliche Fragebögen, auch zum Ausschluss bzw. zur Detektion anderer Erkrankungen sind der BDI-II, der Stop-Bang, der RLS-DI, der Münchner Chronotyp-Fragebogen (MCTQ, der Chronotyp und Social Jetlag erfasst), und ggf. der PSQI, eine QoL-FB oder andere Depressionsskalen.



Eine apparative Diagnostik im Schlaflabor (Polysomnographie) ist nur bei Verdacht oder zum Ausschluss anderer schlafbezogener Erkrankungen bei Therapieerfolglosigkeit der Insomnie trotz ausreichender Therapieadhärenz indiziert, z. B. bei Berufskraftfahrern, und wird von den Krankenkassen selten vergütet. Auch für eine ambulante häusliche Messung gibt es keine Abrechnungsziffer, obwohl es hierfür die technischen Voraussetzungen gibt. Viele Betroffene über- oder unterschätzen ihre Schlafqualität. So wie für Schlafapnoe-Patienten eine ambulante Messung obligat ist, sollte dies auch für Insomnie-Patienten möglich werden. Das ist nicht nur wichtig für die Betroffenen, sondern auch für die behandelnden Ärzte. Beispiel dafür ist, dass ein schlechter Schlaf mit jedoch ausreichend Tiefschlaf keine tiefschlaffördernde Medikation benötigt. Die Gadgets und Wearables sind bisher nicht geeignet, um die Schlafqualität verlässlich zu objektivieren.

Die Therapien der Insomnie

In der klinischen Praxis zeigt sich, dass viele Betroffene erst sehr spät eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. In der Regel haben sie bereits verhaltenstechnisch ihren Schlaf und die Umgebung optimiert, haben sich beleasen, kennen die Schlafhygiene, haben Geld für Matratze, Kissen und Hilfsmittel investiert oder haben sich im Internet informiert oder Apps genutzt. Besteht hier jedoch noch Bedarf an Information und Hilfe, dann gibt es in Deutschland digitale Angebote wie Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, „Apps auf Rezept“) und einige Angebote für eine ko-

Foto: © matucha12 – stock.adobe.com

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Management der Chronischen Insomnie“ von Prof. Dr. med. Ingo Fietze und Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf 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 25.08.2026 bis 24.02.2027 möglich. Die Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. 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.

gnitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I). Letztere beinhaltet Psychoedukation, Schlafhygiene, Stimuluskontrolle, Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung und Schlafrestriktion. Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) stellt die evidenzbasierte Erstlinientherapie dar und sollte unabhängig von Alter, Geschlecht oder Komorbidität primär eingesetzt werden (S3-Leitlinie, [22–24]. Allerdings gibt es in Deutschland diesbezüglich ernst zu nehmende Versorgungsprobleme. Als Begleitmaßnahme bei einer medikamentösen Therapie sollte sie ebenfalls Berücksichtigung finden [25]. Konkret umfasst die KVT-I die folgenden Elemente:

- Entspannung I (körperlich: z. B. Progressive Muskelrelaxation, PMR)
- Entspannung II (gedanklich: z. B. Ruheschild)
- Psychoedukation (Info zu Schlaf, Schlafachtsamkeit)
- Stimuluskontrolle (Bett = Schlaf)
- Schlaf- oder Bettzeitenrestriktion (z. B. max. sechs Stunden Bettzeit)
- Kognitive Techniken I (Teufelskreis erkennen)
- Kognitive Techniken II (kognitive Umstrukturierung)

Pharmakotherapie

Pharmakologische Therapien sollten nur dann eingesetzt werden, wenn eine KVT-I nicht verfügbar ist, nicht ausreichend wirkt oder ergänzend notwendig ist [26–29]. Die Auswahl des Medikaments erfolgt indikationsbezogen und unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und

Komorbiditäten (S3-Leitlinie, [22]). Für die Behandlung von Insomnie stehen verschiedene Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche Arzneimittel und pharmakologische Optionen zur Verfügung [30, 31], vgl. Tabelle 1.

Bei der Erstanwendung von schlaffördernden Mitteln empfiehlt sich ein abgestuftes Vorgehen, von leichten schlaffördernden zu stärkeren Mitteln [29, 32].

Zunächst sollte abgefragt werden, ob Nahrungsergänzungsmittel wie Magnesium, Zink, Glycin, Tryptophan u. a. schon ausprobiert wurden. Zusätzlich sollte nach den pflanzlichen Alternativen wie Baldrian, Hopfen, Melisse und Co. gefragt werden. Zwar besteht für diese Mittel keine Evidenz für die Behandlung der Insomnie, aber wenn sie nach einem regelmäßigen Einsatz für ca. 4–8 Wochen helfen, das gilt auch für die Nahrungsergänzungsmittel, dann kann diese Einnahme fortgeführt und die Therapie muss nicht eskaliert werden.

Nächster Versuch wäre verschreibungspflichtiges Melatonin, auch wenn die frei verkäuflichen Mittel nicht geholfen haben. Verordnen kann man Melatonin für Kinder mit seltenen Erkrankungen (SMS, Autismus) und alle Erwachsenen ab dem 55. Lebensjahr. Sie können aber auch bei jüngeren Erwachsenen helfen [32], das Melatonin bei Einschlafstörungen und das retardierte Melatonin auch bei Durchschlafstörungen. Nächste Stufe wäre Agomelatin, ein mildes schlafförderndes Antidepressivum. Wirkungsstärker sind die Antihistaminika, die man jedoch nur bei Bedarf (max. 2/Wo) einnehmen sollte

und die häufig als Nebenwirkung einen Überhang bewirken.

Danach folgen die schlaffördernden Psychopharmaka, wie z. B. Trimipramin, Mir tazapin, Doxepin, Trazodon, Quetiapin, Hydroxyzin.

Zu den häufigen Nebenwirkungen sedierender Antidepressiva zählen der morgendliche Überhang, Gewichtszunahme und auch eine Progression oder Auslösung eines Restless-Legs-Syndroms (RLS) sowie periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMD). Zusätzlich besteht eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit für einen Wirkungsverlust im Verlauf der Therapie, zudem erfolgt der Einsatz sedierender Antidepressiva off-label und sollte individuell kritisch geprüft werden.

Die nächste Stufe wäre das zurzeit beste Ein- und Durchschlafmittel, wenn es wirkt, Daridorexant [33]. Dieser Wachblocker, ein dualer Orexin-Rezeptor-Antagonist, gibt dem Schlafsystem die Möglichkeit, sich wieder zu entfalten. So die Theorie. Zu beachten sind drei Aspekte: Die Wirkung kann sofort oder retardiert erst nach einigen Wochen auftreten. (Nur) in den ersten Nächten können Alpträume auftreten und in Ausnahmefällen, wenn die Wirkung die geringen Nebenwirkungen überwiegt, kann man auf 25 mg übergehen. Die Praxis hat gezeigt, dass es Responder und Non-Responder gibt. Hilft es, dann sollte man es regelmäßig nutzen, da es auch für die Dauertherapie zugelassen ist. Bei Wirkungsverlust sollte der Arzt kontaktiert werden. Die Orexin-Antagonisten können auch einen positiven Effekt hinsichtlich der Vermeidung von Demenz und Alzheimer haben [34].

Letzte Stufe sind die sogenannten Z-Substanzen wie Eszopiclon, Zopiclon und Zolpidem. Für Eszopiclon gibt es auch Langzeitstudien mit gutem Erfolg [35]. Auch für Z-Substanzen sind längere Einnahmezeiten möglich und bei schwerer, mit anderen Mitteln nicht behandelbarer Insomnie auch notwendig. Doch die Betreuung dieser Patienten sollte Spezialisten bzw. erfahrenen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sein. Die Gefahr ist der Missbrauch bei Wirkungsverlust. Vorteil der Z-Substanzen ist die Provokation von Tiefschlaf, vor allem bei Betroffenen mit einem ausgeprägten Tiefschlaf-Defizit. Nachteil ist der dabei abnehmende Traumschlaf. We-

**Tab. 1: Ausgewählte Medikamente zur Pharmakotherapie der Chronischen Insomnie bei Erwachsenen
(häufig off-label Gebrauch, geringe Evidenz)**

Substanz	Dosis*	Angriffsort	Indikation	Kontraindikationen
Melatonin	2–4 mg oral	Agonisten der MT1- und 2-Rezeptoren	primäre Insomnie bei Patienten älter 55 Jahre	Leberschäden
Agomelatin	25–50 mg oral (abends)	Agonist der MT1/2 Rezeptoren Antagonist des 5-HT _{2C} Serotonin Rezeptors	Depressionen mit Schlafstörungen	Leberschäden
Quetiapin	12,5–50 mg	Blockade zentraler Dopamin-D ₂ - und Serotonin-5HT _{2A} -Rezeptoren	Bipolare Störungen, Schizophrenie	gleichzeitiger Gebrauch von CYP3A4 Inhibitoren, schwere Leberinsuffizienz
Daridorexant	25–50 mg	Dualer Orexin (OX1/OX2) Rezeptor-Antagonist	chronische Insomnie bei Erwachsenen	Narkolepsie, gleichzeitiger Gebrauch von starken CYP3A4-Inhibitoren
Doxepin	5–30 mg	Hemmung postsynaptischer 5HT _{2A} und 2C-Rezeptoren	Depressionen mit Schlafstörungen	Manie, schwere Lebererkrankung, Glaukoma, Urinretention
Trimipramin	12,5–50 mg	Affinität zu 5-HT ₂ / 5-HT ₁ , D ₂ /D ₁ , α ₁ / α ₂ -Rezeptoren	Depressive Verstimmung mit Schlafstörungen	Myocardinfarkt, Arrhythmien, Manie
Mirtazapin	7,5–15 mg	α -2-Antagonist, Blockade der 5-HT ₂ /3-Rezeptoren	Angstzustände, Schlafstörungen	gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern, Schwangerschaft, Stillzeit
Hydroxin	12,5–50 mg	kompetitive Hemmung an H ₁ -Histaminrezeptoren	Angstzustände bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (5–11 Jahre), Ein- und Durchschlafstörung	Verlängertes QT interval, Asthma, Porphyrie, Schwangerschaft
Trazodon	25–50 mg	Reuptake-Hemmer von 5HT und NA, Antagonisten von H ₁ /H ₂ und 5-HT _{2A} -Rezeptoren	Depressionen mit und ohne Angststörungen, Schlafstörungen	Alkoholintoxikation, Herzinfarkt, Behandlung mit MAO-Hemmern
Eszopiclon	1–3 mg	Interaktion mit den α -1, 2, 3 und 5 Untereinheiten des Gaba-Rezeptor-Komplexes	Ein- und Durchschlafstörungen	Myasthenia gravis, schwere respiratorische und hepatische Insuffizienz
Zopiclon	3,75–7,5 mg	Interaktion mit der α - und γ -Untereinheit des GABAA-Rezeptors	Schwere Insomnie, Ein- und Durchschlafstörung	Myasthenia gravis, schwere respiratorische und hepatische Insuffizienz
Zolpidem	5–10 mg	Agonisten des GABAA- Rezeptors	Schwere Insomnie, Einschlafstörung	schwere Leberschäden, Schwangerschaft, Stillen

Tabelle in Anlehnung an [30] und [31]. * Die exakte (off-label) Dosis und Verordnungsdauer für die chronische Insomnie sollte von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten festgesetzt werden.

gen der Tiefschlafprovokation sind Z-Substanzen nicht geeignet bei Personen mit Hang zum Schlafwandeln. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet, ob die Z-Therapie über die empfohlenen vier Wochen hinaus gehen sollte.

Ergänzende Anmerkungen zur medikamentösen Therapie

Es liegt in den Händen des Arztes und der Betroffenen selbst, ob sie, vor allem bei den stärkeren Mitteln, eine Bedarfstherapie (1–3x/Wo) bevorzugen, weil dies noch ausreichend ist, oder eine Dauertherapie. Die milden schlaffördernden Mittel und Daridorexant sind in der Regel nur für eine Dauertherapie geeignet.

Schlaffördernde Mittel können bei fast allen komorbiden Erkrankungen wie Tumorerkrankungen, entzündliche Erkrankungen, neuropsychiatrische Erkrankungen, Schlafapnoe u. a. eingesetzt werden [36–40].

Die Anwendung erfordert stets eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung. Auch Schwangere müssen bei Bedarf schlafmedizinisch begleitet werden, da die Gesundheit des ungeborenen Kindes auch vom Schlaf der Mutter abhängt.

Ist eine Therapie erfolgreich, dann sollte sie in der Regel nicht abrupt beendet werden. Langsames Ausschleichen kann ärztlich begleitet nach längerer erfolgreicher Therapiephase erfolgen.

Jegliche medikamentöse Therapie kann zusätzlich mit KVT-I begleitet werden [26].

Schlafmittel können auch kombiniert werden. Ist selbst eine Kombinationstherapie nicht erfolgreich, sind die Patienten sozialmedizinisch zu betreuen und abzusichern, ähnlich der schwer bzw. nicht behandelbaren Depression.

Neurostimulation kann eine neue alternative Therapiemethode werden, ist derzeit aber noch im Forschungsstadium.

Benzodiazepine sollten bei der Behandlung chronischer Insomnien nicht zum Einsatz kommen und sind daher hier nicht adressiert.

Fazit

Die chronische Insomnie ist eine häufige und behandlungsbedürftige Erkrankung. Eine leitliniengerechte Versorgung erfordert insbesondere den Ausbau niedrigschwelliger Angebote für die kognitive Verhaltenstherapie sowie eine differenzierte und indikationsgerechte Pharmakotherapie. Die Betreuung von Insomnie Betroffenen ist in Deutschland jedoch flächendeckend nicht gegeben. Es fehlt an Spezialisten und an erfahrenen Fach- und Hausärzten. Hier können Fortbildungen helfen und die Etablierung schlafmedizinischer Inhalte in der Humanmedizinlehre. Die chronische Insomnie ist aber auch eine Erkrankung, der man vorbeugen kann, mit Wissen, mit konkreten lebensstiländernden Maßnahmen und Verhaltenstechniken. Dazu gehören Bewegung, keinen Mittagsschlaf halten und ein zu frühes zu Bett gehen vermeiden, insbesondere in Pflegeheimen.

Auf dem Feld der Prävention sind wir noch nicht so gut aufgestellt wie bei Fitness- und Ernährungsprogrammen.

Beginn einer Therapie ist die kognitive Verhaltenstherapie, die jedoch mit Ausnahme der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) flächendeckend in Deutschland nicht zur Verfügung steht.

Ist die Insomnie einmal ausgebrochen und chronisch, dann ist sie meist auch chronisch zu behandeln, ob mit Verhaltensmaßnahmen, Pflanzenpräparaten, Supplements oder Medikamenten.

Eine schwere und schwer zu behandelnde Insomnie ist mit ärztlicher Expertise zu begleiten.

Prof. Dr. med. Ingo Fietze

Interdisziplinäres
Schlafmedizinisches
Zentrum, CC12,
Charité-Universitäts-
medizin Berlin



Foto: privat

Dr. med./HöH. Attestationskomm.

**Sofia Anelia
Todorova-Rudolph**
Klinik für Neurologie
Weilmünster,
Kreiskrankenhaus
Weilburg,
Weilmünster



Foto: Anke Illing

Markus B. Specht

Zentrum für
interdisziplinäre
Schlafmedizin,
DKD Helios Klinik
Wiesbaden



Foto: DKD Helios Klinik Wiesbaden

Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf

Medizinische
Fakultät der
Heinrich Heine Uni-
versität Düsseldorf,
Institut Anatomie 1
Universitätsstr.1



Foto: privat

40225 Düsseldorf,
bis 2017 Fachbereich Medizin
der Goethe Universität Frankfurt,
Dr. Senckenbergische Anatomie und
Dr. Senckenbergisches
Chronomedizinisches Institut

Kontakt zu den Autoren per E-Mail via:
haebl@laekh.de

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

Multiple-Choice-Fragen:

Management der Chronischen Insomnie

VNR: 2760602026262340007

(je eine Antwort ist richtig)

1. Wie wird die chronische Insomnie in dem Artikel bewertet?

- 1) Als eigenständige Erkrankung.
- 2) Als Folge ungünstiger Lebensgewohnheiten.
- 3) Als obligat von Komorbiditäten abhängige Erkrankung.
- 4) Als nicht therapierbare Erkrankung.
- 5) Als Erkrankung, deren Symptome für mindestens drei Jahre bestehen.

2. Die moderne Forschung betrachtet die chronische Insomnie ...

- 1) ... als komplexe Störung mit neurobiologischen und pathophysiologischen Komponenten.
- 2) ... als Erkrankung, die stets auf den Verlust kognitiver Fähigkeiten zurückzuführen ist.
- 3) ... als Erkrankung, die mit einer Hyperakusis vergesellschaftet ist.
- 4) ... als Erkrankung, bei der das Schlafsystem dominiert.
- 5) ... als Erkrankung, die nur bei Frauen vorkommt

3. Zu den Folgen einer chronischen Insomnie zählen:

- 1) Euphorische Stimmungslage
- 2) Stärkung des Immunsystems
- 3) Aktivierung des glymphatischen Systems (hirneigenes Abfallentsorgungssystem)
- 4) Erhöhtes Risiko für neurodegenerative Erkrankungen (M. Alzheimer, M. Parkinson)
- 5) Kachexie

4. Die Diagnose einer chronischen Insomnie erfordert:

- 1) Aufwendige Bildgebende Verfahren (z. B. PET-CT des Gehirns).
- 2) Umfangreiche Anamnese (Beginn der Erkrankung, Schlafmedikamenten-

Anamnese, familiäre Disposition, Arbeitszeiten, Drogen, Alkohol).

- 3) Einsatz des aus 10 Items bestehende Insomnia Severity Index (ISI).
- 4) Die Befragung mit dem Münchener Chronotyp Fragebogen (MCTQ) als Depressionsskala.
- 5) Die Bestimmung von Amyloid im Liquor cerebrospinalis.

5. Wie viel Prozent der erwachsenen deutschen Bevölkerung entwickeln eine klinisch relevante chronische Insomnie?

- 1) 2 %
- 2) 8 %
- 3) 15 %
- 4) 30 %
- 5) 45 %

6. Bei Verdacht auf eine chronische Insomnie ...

- 1) ... ist eine Polysomnographie zwingend erforderlich.
- 2) ... wird die Polysomnographie regelmäßig durch die Krankenkassen vergütet.
- 3) ... wird eine Polysomnographie zum Ausschluss anderer schlafbezogener Erkrankungen benötigt.
- 4) ... liefern Wearables verlässliche Daten zur Schlafqualität.
- 5) ... suchen Patienten in der Regel sehr früh ärztliche Hilfe auf.

7. Zur Therapie der chronischen Insomnie ...

- 1) ... sollte primär die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) eingesetzt werden.
- 2) ... kommt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) besonders für ältere Patienten in Frage.
- 3) ... kommt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) besonders für Frauen in Frage.

- 4) ...kommt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) besonders für Jugendliche in Frage.

- 5) ...wird die Versorgung mit einer kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) in Deutschland ausreichend gesichert.

8. Falls eine Melatonintherapie (verschreibungspflichtig) der chronischen Insomnie erfolgt, sollte sie initial in folgender Dosis appliziert werden ...

- 1) ... zweimal täglich 4 mg oral.
- 2) ... einmal täglich 2 mg oral.
- 3) ... dreimal täglich 4 mg oral.
- 4) ... einmal täglich 1 mg oral.
- 5) ... einmal täglich 2 mg intramuskulär.

9. Für eine medikamentöse Dauertherapie der chronischen Insomnie sind – neben Nahrungsergänzungsmitteln – geeignet:

- 1) schlaffördernde Psychoopharmaka (z. B. Trimipramin)
- 2) duale Orexin-Rezeptor-Agonisten
- 3) Z-Substanzen bei Personen mit Hang zum Schlafwandeln
- 4) Sympathomimetika
- 5) hochkalorische Diäten

10. Schlaffördernde Mittel ...

- 1) ... sind bei Schwangeren kontraindiziert.
- 2) ... können bei fast allen Komorbiditäten eingesetzt werden.
- 3) ... werden bei Jugendlichen nicht eingesetzt.
- 4) ... können bei Therapieerfolg abrupt abgesetzt werden.
- 5) ... führen zu einem erhöhten Risiko neurodegenerativer Erkrankungen.

Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark – Teil 1

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

Quelle/Copyright: Carolina Lohfert Praetorius: Strukturkonzepte als Grundlage moderner Leistungserbringung im Krankenhauswesen (Präsentation). Kopenhagen/Dänemark, 2016

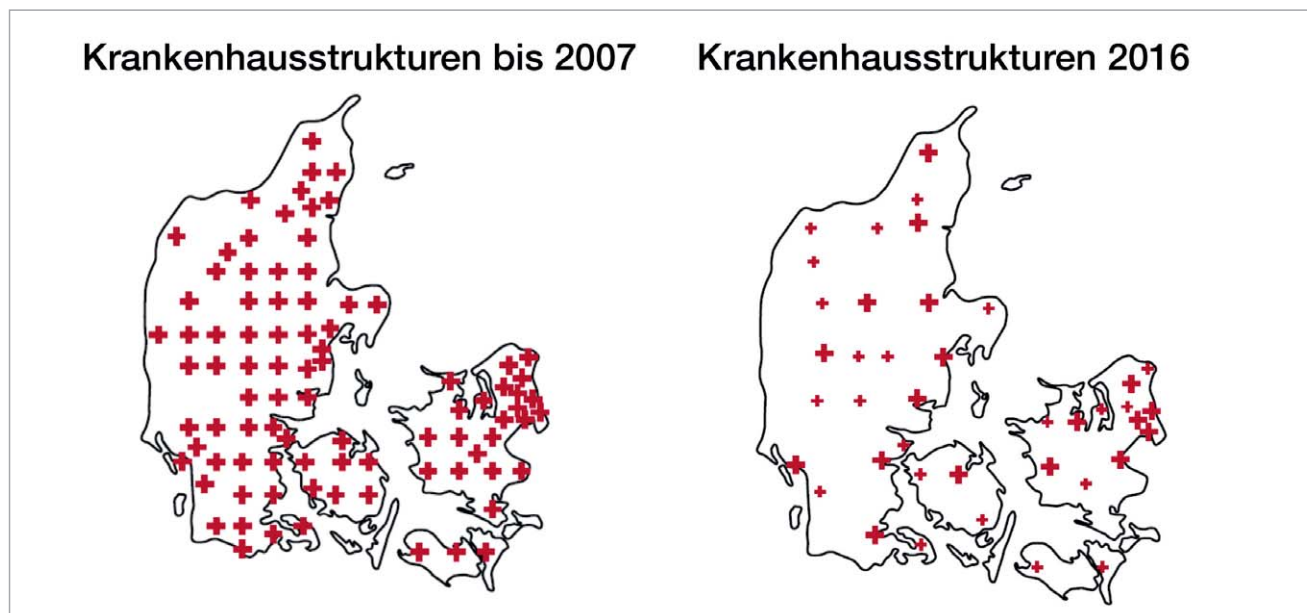


Abbildung 1: Beim Blick in andere Gesundheitssysteme sind viele Aspekte zu beachten, bevor daraus sinnvolle Dinge als Vorbild für unser eigenes übernommen werden können. Ob dazu z. B. die Zentralisierung der stationären Versorgung in immer größere Krankenhäuser mit der enormen Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser in der Fläche dazu gehört, wie hier im Beispiel aus Dänemark zwischen 2007 und 2016 eindrucksvoll zu erkennen ist, soll in dieser Artikelserie vorgestellt und diskutiert werden.

Zwei Studienreisen, nach Spanien vor 20 und nach Dänemark vor zehn Jahren, sowie ein aktueller Podcast des Deutschlandfunks erlauben in Anbetracht der Reformen bei uns einen interessanten Blick auf die Entwicklung der dortigen Gesundheitssysteme in den vergangenen zehn bis 20 Jahren.

Als Arzt und Lehrstuhlinhaber am International Health Care Management Institute (IHCI) der Universität Trier hatte ich die Gelegenheit, an mehreren Studienreisen teilzunehmen. Eine führte 2006 nach Spanien und eine andere 2016 nach Dänemark. Bereits damals wie auch heute (siehe Tabelle 1) gab und gibt es große Unterschiede zwischen Deutschland, Spanien und Dänemark, vor allem in den Gesundheitssystemen [1].

Spanien

In Spanien besuchten wir ein Krankenhaus und befassten uns mit dem spanischen

Gesundheitswesen. Spanien als Vorbild für das deutsche Gesundheitssystem? Ja, denn die Menschen dort leben länger, ernähren sich gesünder und das bei wesentlich weniger Kosten (knapp 10 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) Stand heute). Die vergleichsweise hohe Lebenserwartung bei Geburt von aktuell ca. 84 Jahren (Frauen 86,5 und Männer 81,4; in Deutschland 83,5 und 78,9 Jahre Stand 2025) bzw. deren Anstieg um ca. 2,5 bis 3 Jahre seit 2006 ist aber nicht nur das Ergebnis der kurativen Versorgung, sondern multifaktoriell bedingt (Lebensstil, Ernährung, Klima). Und natürlich muss die Qualität der Lebensjahre betrachtet werden, nicht nur die bloße Länge. Das gesetzliche spanische Gesundheitssystem besteht aus drei Teilversicherungen: Neben dem allgemeinen nationalen Gesundheitssystem (Sistema Nacional de Salud, SNS) gibt es gesonderte Systeme für Beamte, Streitkräfte und Justiz sowie zwei Sozialversicherungen für Unfälle und Berufskrankheiten. Mehr als 95 % der

spanischen Bevölkerung haben aktuell Anspruch auf SNS-Versorgung. Ausgenommen davon sind Freiberufler und Selbstständige [2].

Jeder Versicherte erhält eine/n feste/n Hausärztin/-arzt bzw. Familienärztin/-arzt, „Médico de Familia“, in einem der aktuell über 13.000 steuerfinanzierten Gesundheitszentren. Sie entscheiden über Überweisungen zu Fachärztinnen und -ärzten und fungieren als „Gatekeeper“ des Systems.

Langfristige Patientenbeziehungen ermöglichen eine ganzheitliche Betreuung (familiäre, soziale Situation). Die Digitalisierung war bereits 2006 in vollem Gange. Heute werden dort alle Untersuchungen, Diagnosen und Behandlungen digital erfasst und sind für alle beteiligten Ärzte (Hausärzte, Fachärzte in Krankenhäusern) einsehbar. Dies reduziert Kommunikationsaufwand und vermeidet Doppeluntersuchungen. Die hausärztliche Kompetenz wurde bis heute ausgeweitet: Moderne Diagnostika (z. B. Magnetresonanzenz-

tomographie) können von Hausärztinnen und -ärzten direkt angeordnet werden, was früher nur mit fachärztlicher Kompetenz möglich war. Zudem gibt es zunehmend fachärztliche Sprechstunden direkt in den Gesundheitszentren [3]. Viele Fachärztinnen und -ärzte in Spanien arbeiten hybrid: Sie haben eine Festanstellung in einem öffentlichen Krankenhaus (für die materielle Grundabsicherung und das Prestige) und betreiben daneben eine private Praxis oder arbeiten in einer privaten Klinik, um ihr Einkommen aufzubessern.

Die Krankenhausstruktur besteht aus einem flexiblen Zwei-Säulen-System: Öffentliche Krankenhäuser (z. B. Universitätskliniken) für hoch spezialisierte, komplexe Behandlungen mit besserer Ausstattung und Erfahrung bei lebensbedrohli-

chen Erkrankungen. Daneben private Kliniken, die z. B. bei Kapazitätsengpässen öffentlicher Krankenhäuser genutzt werden – ohne Zuzahlung für gesetzlich Versicherte. Die Notfallversorgung bei akuten, schweren Erkrankungen funktioniere nach Aussage der Befragten in einem aktuellen Podcast „sehr gut“ mit schneller Diagnostik und operativer Versorgung [3]. Es ist aber auch Kritik aus den Experteninterviews herauszuhören. So seien z. B. laut des Gesundheitsexperten Rafael Bengoa von durchschnittlich 22–23 verbleibenden Lebensjahren einer 65-jährigen Spanierin nur etwa zehn Jahre „gute Jahre“ (Vitalität). Und es fehle an einer langfristigen Präventionsstrategie: Chronisch Kranke sollten engmaschiger ambulant bzw. zu Hause betreut werden, um Wartezeiten in den Gesundheitszentren

zu reduzieren. Denn die gesetzliche Maximalwartezeit von 90 Tagen für Vorsorgeuntersuchungen wie Darmspiegelungen würde in der Praxis regelmäßig überschritten. Als Reaktion darauf habe die Zahl der privaten Zusatzversicherungen (Mutua) um 30 % zugenommen.

„Ein stilles Privatisierungsphänomen ohne formellen Systemwechsel“, wie es der Gastroenterologe Sergio Romero beschreibt [3].

Die zahnärztliche Versorgung ist von der Regelversorgung ausgeschlossen: Zahnärztliche Behandlungen (Füllungen, Kronen, Implantate, Wurzelbehandlungen) sind für Erwachsene nicht Teil der öffentlichen Versorgung und müssen privat oder über eine Zusatzversicherung (Mutua) finanziert werden. Ausnahmen davon bilden zahnärztliche Behandlungen von Not-

Gesundheitssysteme von Spanien und Dänemark im Vergleich (Stand Ende 2025)

Basisdaten:	Spanien	Dänemark	Deutschland	
BIP pro Kopf (€)	34.210 €	69.550 €	53.520 €	[Destatis/Div. Quellen für 2025 Stand 14.05.2026]
Gesamtbevölkerung	49,1 Mio.	6,0 Mio.	83,6 Mio.	[Destatis/Eurostat für 2025 Stand 7.5.2026]
Arbeitslosenquote	11,5 %	6,6 %	3,2 %	[Destatis/Div. Quellen für 5/2026 Stand 19.7.2026]

Die Rolle des Staates	Spanien	Dänemark	Deutschland	
Beveridge*- oder Bismarck-Prinzip**	Bismarck***	Beveridge	Bismarck	

*Beveridge=Steuerfinanzierung vs. **Bismarck=Beitragsfinanzierung (Gesetzl. Krankenversicherung etc.)

***Spanien
 (a) Gesundheitsministerium (Ministerio de Sanidad, Madrid): Entwicklung der Gesundheitspolitik
 (b) Koordination über den SNS-Rat (Consejo Interterritorial), in dem der nation. Gesundheitsminister und alle 17 regionalen Ressortchefs sitzen; z. B. zur Regelung der ärztlichen Weiterbildung
 (c) Ministerium legt nationalen Basisleistungskatalog und übergeordneten Finanzierungsrahmen fest, die Umsetzung bzw. Gesundheitszuständigkeit erfolgt regional in den 17 autonomen Regionen

Quellen:

[Destatis/Div. Quellen für 2025, Stand 14.05.2026]

<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Basistabelle/Allgemeines-Regionales.html?templateQueryString=landfläche>

[Destatis/Eurostat für 2025 Stand 7.5.2026]

<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Basistabelle/Bevoelkerung.html>

[Destatis/Div. Quellen für 5/2026 Stand 19.7.2026]

<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Arbeitsmarkt/EUArbeitsmarktMonat.html>

Tabelle 1: Grundlegende Unterschiede zwischen Deutschland, Spanien und Dänemark, die bei einem Vergleich der Sozial- und Gesundheitssysteme zu beachten sind. Dazu zählen auch die politischen, geografischen und Umwelt- sowie Klimabedingungen. Es gilt also, nicht „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

fällen und bei Kindern (allerdings regional unterschiedlich geregelt) [3]. Kosteneffizienz im spanischen System wird also teilweise auch durch explizite Leistungsaus-schlüsse erreicht.

Dänemark

Eine weitere Studienreise führte vor zehn Jahren nach Dänemark. Das Gesundheitssystem in Dänemark ist in europäischen und weltweiten Rankings seit vielen Jahren ganz oben angesiedelt. In 2014, also zwei Jahre vor unserer Studienreise, gab es auf einem offiziellen Dänemark-Stand anlässlich der conhIT-Tagung in Berlin einen Film über das dortige Gesundheitssystem, der viele Gesundheitsexperten und -politiker geradezu „elektrisierte“ [4]: In Dänemark sei es gelungen, die Qualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den Gesundheitsleistungen zu verbessern und dennoch die Ausgaben unter Kontrolle zu halten. Dänemark hatte bereits 2014 mit 4,5 Tagen die kürzeste durchschnittliche Verweildauer im Kran-

kenhaus im Vergleich zu den anderen 28 Ländern der EU. In ca. 90 Prozent aller Fälle wurde (und wird) eine Behandlung vom Hausarzt eingeleitet und auch zu Ende geführt. So könnten sich die hoch spezialisierten Krankenhäuser ausschließlich auf Akutfälle oder schwer erkrankte Patienten konzentrieren. Die Ärzte arbeiteten dabei patientenorientiert miteinander und setzten neueste Technologie und neuestes Know-how ein. Ein hervorragendes Beispiel hierzu sei die auf privater Basis entwickelte nationale Patientenakten-Online-Datenbank. Hier sind alle Informationen zu jeder einzelnen Krankengeschichte eines Patienten gespeichert und bis ins Jahr 1977 zurückverfolgbar. Über dieses Tool haben alle Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Apothekerinnen und Apotheker und anderes medizinisches Personal Zugang zu vollständigen Patientenprofilen.

Ein weitere entscheidende Veränderung im Gesundheitssystem war, dass zu diesem Zeitpunkt bereits ein Drittel der bestehenden Krankenhauskapazitäten in

Dänemark erneuert und modernisiert wurde (siehe Abbildung 1). Dänemark hat sein ohnehin stark steuerfinanziertes, hausarztzentriertes System in den letzten zehn Jahren weiter digitalisiert, stärker zentralisiert und auf integrierte, ambulante und wohnortnahe Versorgung ausgerichtet. Darum soll es dann mit einem Blick im 2. Teil in das Gesundheitssystem unseres Nachbarn weitergehen.

**Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Andreas Goldschmidt**

E-Mail:
goldschmidt@
uni-trier.de



Foto: Manuel Maier

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

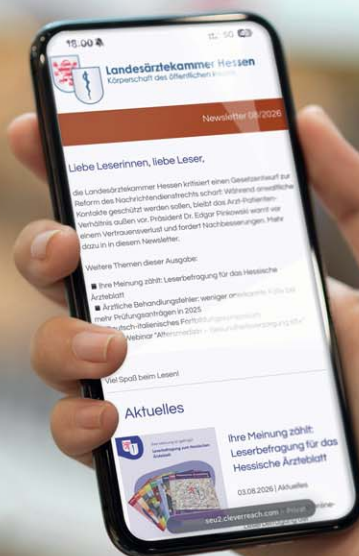
Früher Bescheid wissen

mit dem Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Sie möchten auf dem Laufenden bleiben? Abonnieren Sie jetzt die perfekte Ergänzung zum Hessischen Ärzteblatt: unseren Newsletter! Mit dem Neuesten aus der Kammer, mit Pressemeldungen, aktuellen Lese- und Veranstaltungstipps. Schnell, kostenlos und sicher. Ihre E-Mail-Adresse genügt. Folgen Sie einfach dem Link (QR-Code) zur Anmeldeseite, geben Sie Ihre Mail-Adresse ein, und nach ein paar Mausklicks gehören auch Sie zum gut informierten Kreis unserer Abonentinnen und Abonnenten.



www.laekh.de/newsletter



Vertrauensverlust und Entfremdung

Der Verfall der ärztlichen Vergütung führt zu einer neuen Situation für Ärztinnen, Ärzte und ihre Patienten

Die aktuelle Gesetzgebung im Gesundheitsbereich beschädigt viele medizinische Versorgungsbereiche auf unterschiedliche und perfide Weise. Der Staat kommt seinen bekannten Verpflichtungen gegenüber der GKV und den Krankenhäusern nicht nach. In der Folge werden medizinische Leistungen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich sowie in den Kliniken budgetiert und darüber hinaus nicht mehr vergütet.

Der Entzug der Basis wirtschaftlichen Handelns in der Medizin führt über eine gewollte Rationierung und Mangelversorgung zu einer neuen Situation für die Ärzteschaft. Die jahrelangen Kompensationsmechanismen und Quersubventionierungen der KV'en und der Kliniken haben ausgedient. Die Vergütungen werden inzwischen knallhart reduziert und so knapp kalkuliert, dass medizinische Diagnostik und Therapie über das Budget hinaus auf der Strecke bleiben. Wer macht noch eine unbezahlte Zusatzleistung, wenn die ärztliche Versorgung eines Patienten für ein Quartal lediglich fünf Erdbeereisbecher wert ist? Wer versorgt noch einen zusätzlichen Patienten, wenn diese Leistung gar nicht mehr vergütet wird? Wer fährt noch in ein Altenheim, wenn dies nicht mehr bezahlt wird?

Ärztinnen und Ärzte müssen sich rechtfertigen

Patientinnen und Patienten spüren das bereits jetzt. Sie werden bei den Hausärzten immer häufiger nicht mehr angenommen, erhalten bei Fachärzten keine zeit-

nahen Termine oder werden bei den Psychotherapeuten auf die lange Bank geschoben. Kliniken fokussieren sich auf die letzten lohnenden Eingriffe und werden in den Notfallambulanzen überrannt.

Und wer erklärt das Desaster? Die Ärztinnen und Ärzte „an der Front“. Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungsebenen müssen sich rechtfertigen und verlieren dabei Zeit und das Vertrauen ihrer Patienten. Sie müssen die zunehmende Mangelversorgung und Kontingentierung gegenüber Patientinnen und Patienten vertreten, sozusagen den Kopf dafür hinhalten. Am Termintresen, in der Notaufnahme oder bei der vorzeitigen Entlassung aus der Klinik. Diese von der Politik bewusst in Kauf genommene Schuldzuweisung an die Ärzteschaft für eine medizinische Mangelversorgung ist ein bisher einmaliges Phänomen der Gesundheitspolitik.

Einvernehmliche Regelungen von Sparansätzen sind nicht gefragt. Der inhaltslose, kompromisslose und patientenfeindliche Vortrag der Bundesministerin auf dem Deutschen Ärztetag hat sich tief in das Bewusstsein des Autors eingegraben. Dagegen ist die Zwietracht der Gesundheitsberufe politisch erwünscht. Dazu gehören die Instrumentalisierung der Krankenkassen und die willigen Helfer aus der Pharmazie, die aufgewerteten und autarken Notdienste und andere substituierende Gesundheitsberufe. Die Gesundheitspolitik hat vorgesorgt: IT und alle anderen Gesundheitsberufe sollen ärztliche Ressourcen ersetzen, das Vertrauensverhältnis zum Arzt und zur Ärztin wird aufgelöst.

Neben dem Vertrauensverlust erwarten uns lange Wartezeiten, verzögerte Therapien, Auslassen von Heilungschancen und damit noch Mehrkosten für Krankengeld. Die sofortige und persönliche ärztliche Krankschreibung wird der Versorgungslandschaft den Rest geben. Die medizinischen und sozialen Folgen sind über den gewollten Vertrauensverlust hinaus nicht abschätzbar.

Neues Spiel und neues Glück? Wird der neue Gesundheitsminister Linnemann die Folgen seiner Gesundheitspolitik besser abschätzen? Der neue Minister könnte ja mal nach Niedersachsen schielen. Ministerpräsident Olaf Lies spricht auf dem Deutschen Ärztetag im Mai sehr realistisch und betont „Zusammenhalt“, „Zeit nehmen“ und „Konsens“ mit der Selbstverwaltung. Intensive Gespräche zwischen Politik und Ärzteschaft sind mehr denn je erforderlich, um Unsinniges zu vermeiden und neue Perspektiven für die Patientenversorgung umzusetzen. Sonst ist das Vertrauen weg.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und Vorsitzender des BDI-Landesverbandes Hessen



Foto: Alex Kraus

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

Foto: Werner Hilpert – stock.adobe.com



Schreiben Sie uns!

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

Vergangenheit und Gegenwart im Dialog

Die Ausstellung „A Step Ahead – 125 Jahre Mathildenhöhe“ in Darmstadt

Die Inszenierung wirkte wie ein lebendig gewordenes Gemälde. Spektakulär und anmutig zugleich: In langen wehenden Gewändern huldigten Tänzerinnen und Tänzer zur Eröffnung der ersten Ausstellung auf der Darmstädter Mathildenhöhe im Jahr 1901 dem Geist des Jugendstils. Von Großherzog Ernst Ludwig initiiert und unter der Leitung des Architekten Joseph Maria Olbrich wurde die Künstlerkolonie als Gesamtkunstwerk aus Architektur, Malerei und Handwerk präsentiert, das eine neue Lebensform hervorbringen sollte.

125 Jahre später fragt die Darmstädter Ausstellung „A Step Ahead“ (Einen Schritt voraus) nach der Zukunft jener Idee, Kunst und Alltag in einem ganzheitlichen Konzept miteinander zu verschmelzen. Und dies mit überschaubaren, eindrucksvoll in Szene gesetzten Exponaten, die in den Dialog mit zeitgenössischen Positionen aus Kunst und Design treten. Vier thematisch gegliederte Hallen nehmen die vier visionären Ausstellungen von 1901, 1904, 1908 und 1914 in den Blick, die zum Eintrag der Mathildenhöhe in die UNESCO-Welterbeliste geführt haben.

Minimalistischer Charakter

Schon die erste Halle im Ausstellungsgelände der Mathildenhöhe hat minimalistischen Charakter. Leicht erhöht auf einem



Mädchenzimmer im Jugendstil

Podest dominiert ein Jugendstilmädchenzimmer von eleganter Leichtigkeit den Raum: Schrank, Bett und ein filigraner Schreibtisch – das restaurierte, nie zuvor in dieser Vollständigkeit gezeigte Interieur aus hellem Holz stammt von dem Jugendstilkünstler Patriz Huber. Im Hintergrund dokumentiert eine historische Schwarz-Weiß-Aufnahme die ursprüngliche Umgebung des Ensembles.

Auf der Rückseite des Mädchenzimmers öffnet sich eine zweite künstlerische Ebene. Aus historischen Fotografien entwickelt, flimmert die Mathildenhöhe in einer farbigen, dreidimensionalen Rekonstruktion über den Bildschirm und entführt den Betrachter in ein fast real erscheinendes, imaginiertes Gestern. Möglich wird dies durch künstliche Intelligenz als Werkzeug historischer Annäherung.

Vor weißer Hallenwand rahmt ein ornamentaler Jugendstilplakatständer von 1901 eine moderne Installation ein – ein interaktives, digitales Plakat. Wer sich vor dieses Plakat stellt, wird von einer Kamera erfasst, die ein elektronisches Bild generiert. Ausgehend von Körperhaltung und Farbigkeit der Kleidung präsentiert das digitale Plakat schließlich eine Art Analyse, die in großen Lettern über den Bildschirm läuft. So erfährt etwa ein schwarz geklei-

deter Besucher, eine herausragende Persönlichkeit zu sein. Die verspielt anmutende Installation von intolight & friends verweist zugleich auf die wachsende Bedeutung von Interaktion in der heutigen Außenwerbung.

Verbesserung durch Gestaltung

Die Darmstädter Künstlerkolonie hat Gestaltung nie als rein dekorative Disziplin verstanden. Daher korrespondieren auch in „A Step Ahead“ die Exponate der Vergangenheit mit Kunst, Design und digitalen Technologien der Gegenwart. Eine streng reduzierte, von Jonathan Radetz und Akpene Therése Gbogo entworfene Küche, die entfernt an die funktionalen Raumkonzepte Ernst Mays erinnert, steht Jugendstilplakaten und kunstvoll gestalteten Küchentextilien gegenüber. Der Kontrast macht sichtbar, wie unterschiedlich Epochen auf dieselbe Frage antworten: Wie lässt sich das tägliche Leben durch Gestaltung verbessern?

Beitrag zur World Design Capital 2026

Die Darmstädter Schau, in der unter anderem Arbeiten der Künstlerkolonienmitglieder



Steile Hochzeitsturm, interaktiv

© Gregor Schuster

© Gregor Schuster

der Olbrich, Patriz Huber, Peter Behrens und Bernhard Hoetger sowie zeitgenössische Werke von Andrea Zittel, Michael Jantzen, Akpene Therése Gbogho oder intolight & friends gezeigt werden, ist offizieller Beitrag zur World Design Capital 2026 (WDC 2026) im Rhein-Main-Gebiet. Die World Design Organisation mit Sitz im kanadischen Montreal hat die Region Frankfurt RheinMain zur WDC 2026 ernannt. Unter dem Motto „Design for Democracy. Atmospheres for a better life“ (Design für die Demokratie. Umgebungen für ein besseres Leben) finden in diesem Jahr über 2.000 Veranstaltungen statt, die sich mit der gesellschaftlichen Rolle und Wirkung von Design in unterschiedlicher Formgebung auseinandersetzen. Eingebunden in das Programm der WDC 2006 knüpft „A Step Ahead“ an die internationale Strahlkraft Darmstadts im Bereich Architektur, Kunst und Design um 1900 an.

Hochzeitsturm als offener Entwurf

Blickfang und Mittelpunkt der Ausstellung ist eine hoch aufragende digitale Bildschirmstele, deren Konturen den Darmstädter Hochzeitsturm (Architekt: Joseph Maria Olbrich) nachzeichnen. Über ein Bedienerpult lassen sich Ansichten und einzelne Bauelemente nach Gusto verändern. Damit werden Besucher zum Teil der Inszenierung und das Wahrzeichen der Stadt Darmstadt vom historischen



Ornamentaler Plakatständer

Bauwerk zum offenen Entwurf. Hinter dieser vom Institut Mathildenhöhe konzipierten Station mit dem Titel „Wir bauen einen Turm“ treffen ein hölzernes Harmonium und ein elektronisches Keyboard aufeinander. Zeuge der Vergangenheit das eine, Instrument der Gegenwart das andere. Während aus den Lautsprechern sphärische Klänge ertönen, können Besucher auf dem Bildschirm kreisförmige Gebilde verschieben und damit die musikalische Untermalung modifizieren.

Raum für Assoziationen

Den Abschluss bildet ein kinoähnlicher Raum. Auf schlichten Hockern verfolgen Besucher einen animierten Film über die

historische Mathildenhöhe, deren programmatischer Anspruch überraschend modern geblieben ist. Gestaltung als zeitüberdauernde gesellschaftliche Verantwortung: „A Step Ahead“ lässt die Reformidee der Mathildenhöhe nicht als abgeschlossenes Kapitel der Kulturgeschichte, sondern als Ausgangspunkt gegenwärtiger Fragen erscheinen. Dabei bieten die großzügigen Ausstellungshallen mit den sparsam platzierten Exponaten Luft zum Atmen und Raum für Assoziationen.

Die Ausstellung „A Step Ahead“ ist noch bis zum 31. Januar 2027 zu sehen. Informationen unter: www.mathildenhoehe.de

Katja Möhrle

Die Naxos-Halle in Frankfurt/Main

Hinter dem Frankfurter Zoo an der Waldschmidtstr. 19 gelegen, ist die Naxos-Halle ein imposantes „Überbleibsel“ der Industrialisierung und gleichzeitig ein Mahnmal, weil dahinter auch eine Enteignungsgeschichte einer jüdischen Familie steht. Die Geschichte der ehemaligen Werkhalle der NAXOS-Union, erbaut 1906/1907 als Produktionsstätte für Schleifmittel, kann dort selbst nachgelesen werden. Ein Graffiti in einem nahe gelegenen Hofeingang zum Areal stellt die Porträts der Unternehmerfamilie Julius Pfungst dar.



Heute beherbergt die denkmalgeschützte Halle eine Kulturstätte für Theater, Film und Tanz. Das Theater Willy Praml bietet dort seit 1991 ein buntes Programm, im Frühjahr feierte dort Oscar Wildes Stück „Bunbury“ Premiere. Bei einem Besuch kann die eindrucksvolle „Industriekathedrale“ zeigen, was als Bühne und barrierefreier Zuschauerraum alles an Inszenierung möglich ist.

Internet: www.theaterwillypraml.de

Isolde Asbeck

Foto: Wolfgang Minich

Schlafstörungen in der Hausarztpraxis: „Aufklärung statt Medikamente“

Schlafstörungen zählen zu häufigen Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis. Doch nicht jede unruhige Nacht ist behandlungsbedürftig. Wie gehen Hausärztinnen und Hausärzte dabei vor? Darüber sprachen wir mit Monika Buchalik, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Erste Beisitzerin im Präsidium der Landesärztekammer Hessen.

Wie gehen Sie vor, wenn Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen zu Ihnen in die Praxis kommen?

Monika Buchalik: Das Wichtigste ist zunächst eine ausführliche Anamnese. Man muss sich wirklich mit den Patientinnen und Patienten beschäftigen: Welche psychosozialen Belastungen bestehen? Welche Medikamente werden eingenommen? Gibt es Alkohol- oder anderen Substanzkonsum? Ebenso wichtig sind mögliche Auslöser der Schlafstörung, frühere Schlafprobleme sowie die berufliche und familiäre Situation.

Sehr hilfreich ist außerdem ein Schlaftagebuch beziehungsweise ein Abend-Morgen-Protokoll der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin). Die Patientinnen und Patienten dokumentieren ihren Schlaf über zwei Wochen. So lassen sich Schlafverhalten und Veränderungen gut beurteilen. Anschließend kann man viel gezielter beraten. Denn grundsätzlich gilt für mich bei Schlafstörungen: Aufklärung statt Medikamente.

Wann wird schlechter Schlaf überhaupt zu einer behandlungsbedürftigen Schlafstörung?

Buchalik: Es gibt Menschen, die haben ganz bestimmte Vorstellungen davon, wie viel Schlaf sie unbedingt brauchen und wie Schlaf zu sein hat. Das entspricht aber nicht immer der physiologischen Wirklichkeit. Häufig werden sieben bis neun Stunden als Orientierungsgröße genannt. Entscheidend ist aber nicht allein diese Zahl. Man muss den Patientinnen und Patienten vermitteln, dass sich das Schlafverhalten

im Laufe des Lebens verändert. Gerade im Alter ist ein anderes Schlafmuster ganz normal. Wenn jemand nachts einmal länger wach ist, aber morgens ausschlafen kann, muss das nicht gleich behandlungsbedürftig sein.

Nach meiner Erfahrung hat nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten, die wegen Schlafproblemen in die Praxis kommen, tatsächlich relevante Beeinträchtigungen am Tag, etwa Müdigkeit, Konzentrationsstörungen oder eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Dann ist das natürlich ein ernstzunehmendes Problem.

Welche Maßnahmen empfehlen Sie zunächst?

Buchalik: Ziel ist es, die Schlafhygiene zu optimieren. Das ist das A und O. Dazu gehört ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, also möglichst zur gleichen Zeit zu Bett zu gehen. Man sollte abends nicht lange vor dem PC oder Handy sitzen, auf helle Bildschirme verzichten und tagsüber körperlich aktiv sein. Aktivität am Tag macht grundsätzlich müde. Koffeinhaltige Getränke sollte man ab dem Nachmittag möglichst vermeiden, Alkohol nicht als Schlafmittel einsetzen und auf schwere Mahlzeiten am Abend verzichten. Hilfreich können außerdem feste Einschlafrituale und eine ruhige, abgedunkelte Schlafumgebung sein.

Das sind alles relativ einfache Dinge, die man den Patientinnen und Patienten mitgeben kann. Aber man sollte sie nicht unterschätzen. Wichtig ist, diese Maßnahmen ausführlich zu besprechen und gemeinsam zu schauen, was sich im Alltag tatsächlich umsetzen lässt. Es reicht nicht, einfach einen Zettel mit Schlafregeln mitzugeben.

Und wenn solche Maßnahmen allein nicht ausreichen?

Buchalik: Dann kommt die Verhaltenstherapie bei Insomnie ins Spiel. Eine medikamentöse Langzeittherapie sollte dagegen möglichst vermieden werden.

Im Grunde geht es immer um die Frage: Wie kann ich mein Verhalten verändern?



Foto: Peter Jülich

Allgemeinmedizinerin Monika Buchalik

Genau dabei unterstützt die Verhaltenstherapie. Das Schlaftagebuch kann helfen, Veränderungen sichtbar zu machen und gemeinsam zu besprechen. Bei ausgeprägten chronischen Schlafstörungen kann zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich sein.

Wie verändert sich das Vorgehen, wenn Schlafprobleme akut auftreten?

Buchalik: Gerade bei akuten Schlafstörungen ist die psychosoziale Anamnese besonders wichtig. Häufig gibt es einen konkreten Auslöser oder eine aktuelle Belastungssituation. Das können zum Beispiel Schlafstörungen vor einer geplanten Operation sein, einfach aus Sorge. Dann kann man auch kurzfristig medikamentös unterstützen. Aber da reichen vielleicht ein oder zwei Tage. Länger nicht. Man muss sehr vorsichtig sein, damit daraus keine längerfristige Behandlung wird.

Nicht jedes vorübergehende Schlafproblem benötigt die gleiche Diagnostik und

Zur Person

Monika Buchalik ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und war von 1991 bis Juni 2024 in eigener hausärztlicher Praxis in Maintal-Hochstadt niedergelassen.

Seit vielen Jahren engagiert sich Buchalik berufspolitisch, unter anderem im Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hessen. Sie gehört seit 2004 dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an und ist seit 2023 Erste Beisitzerin.

Therapie wie eine länger bestehende Insomnie.

Welche Rolle spielen Medikamente bei Schlafstörungen?

Buchalik: Ich war mit der Verordnung immer extrem vorsichtig. Benzodiazepine habe ich überhaupt nicht mehr verordnet, auch Z-Substanzen habe ich möglichst vermieden. Das ist gerade bei älteren Menschen wichtig. Durch den langsameren Stoffwechsel können Medikamente trotz kurzer Halbwertszeit am nächsten Morgen noch nachwirken. Dann drohen Verwirrtheit, Stürze und kognitive Einschränkungen.

Wenn in einer akuten Problemsituation kurzfristig etwas notwendig war, habe ich beispielsweise niedrig dosiertes Amitriptylin in Tropfenform eingesetzt und vorsichtig auftitriert. Sobald sich die Schlafqualität wieder stabilisiert hatte oder die Belastungssituation vorüber war, konnte man es auch wieder absetzen. Ganz wichtig ist für mich: keine abhängig machen den Substanzen.

Man muss die Patientinnen und Patienten außerdem gut informieren. Bei Amitriptylin nutzen wir in diesem Fall die sedierende Nebenwirkung und nicht die antidepressive Wirkung. Das muss man erklären, sonst lesen die Patientinnen und Patienten den Beipackzettel und wundern sich, was man ihnen da verordnet hat. Man muss viel erklären, damit das nicht in die falsche Richtung läuft. Medikamente sollten grundsätzlich erst dann eingesetzt werden, wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen nicht ausreichen oder nicht möglich sind.

Können auch Medikamente selbst Schlafstörungen verursachen?

Buchalik: Ja, und das wird auch mal vergessen. Deshalb gehört die bestehende Medikation immer zur Anamnese. Ein Beispiel ist Cortison. Da muss man möglichst den zirkadianen Rhythmus einhalten und es früh morgens geben. Bei bestimmten

Erkrankungen, etwa einem akuten Rheumaschub, kommt man um eine abendliche Gabe manchmal nicht herum. Dann braucht man zwar die Wirkung, muss die Patientinnen und Patienten aber darauf vorbereiten, dass darunter Schlafstörungen auftreten können.

Grundsätzlich lohnt sich bei neu aufgetretenen Schlafstörungen ein Blick auf die gesamte Medikation. Schlafstörungen können beispielsweise auch im Zusammenhang mit antriebssteigernden Antidepressiva, bestimmten Blutdruck- oder Asthamedikamenten, Diuretika sowie Hormonpräparaten wie Thyroxin auftreten.

Welche Red Flags sollten Hausärztinnen und Hausärzte bei Schlafstörungen im Blick behalten?

Buchalik: Die psychische Situation ist für mich eigentlich das Wichtigste. Schlafstörungen können ein Symptom einer Depression sein. Man sollte auch daran denken, ob sich bei einer manisch-depressiven Erkrankung vielleicht eine manische Phase entwickelt. Chronische beziehungsweise schlecht eingestellte Schmerzen sind ebenfalls ein häufiger Grund für schwere Schlafstörungen.

Darüber hinaus können auch organische Erkrankungen dahinterstecken, etwa Herz-Kreislauf-, Lungen-, neurologische oder endokrinologische Erkrankungen. Es geht aber nicht darum, bei jedem Patienten das komplette diagnostische Programm abzuarbeiten. Entscheidend ist, anamnestisch Hinweise auf eine mögliche organische Ursache zu erkennen und dann gezielt weiter zu untersuchen.

Und der dritte wichtige Bereich ist der Substanzkonsum. Dabei geht es nicht nur um Alkohol. Gerade bei jüngeren Menschen muss man auch an Cannabis und Partydrogen denken. Stimulanzien wie Speed können den Schlafrhythmus erheblich beeinflussen. Deshalb sollte man bei neu aufgetretenen schweren Schlafstörungen gezielt danach fragen. Auch Koffein und Nikotin sollte man im Blick behalten.

Wann ist eine weiterführende Diagnostik sinnvoll?

Buchalik: Wenn jemand über massive Schlafstörungen klagt und am Folgetag deutliche Konzentrationsprobleme hat, ist das abklärungsbedürftig. Besonders wichtig ist das bei Menschen, die sich oder andere gefährden könnten, etwa Berufskraftfahrer. Dann würde ich gegebenenfalls ins Schlaflabor überweisen.

Eine schlafmedizinische Diagnostik kommt außerdem bei therapieresistenter Insomnie oder bei Hinweisen auf eine organische Schlafstörung infrage, etwa bei Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom oder periodische Beinbewegungen im Schlaf. Auch die Fremdanamnese kann hilfreich sein, wenn Angehörige beispielsweise über Atempausen oder auffällige Beinbewegungen berichten.

Wenn eine Schlafapnoe diagnostiziert wird und die Betroffenen eine CPAP-Maske bekommen, ist die Akzeptanz nicht immer einfach. Aber wenn jemand vorher morgens völlig zerschlagen war und danach wieder leistungsfähig ist, erkennt er meist auch den Nutzen.

Was ist für Sie letztlich das Entscheidende im hausärztlichen Umgang mit Schlafstörungen?

Buchalik: Wir behandeln Menschen. Und dazu gehört immer, den ganzen Menschen zu sehen. Genau das ist für mich das Schöne an der Allgemeinmedizin. Je spezialisierter die Medizin wird, desto wichtiger wird jemand, bei dem alles zusammenläuft. Wenn fünf Subspezialisten immer nur auf ihren Bereich schauen, muss am Ende jemand das Ganze wieder zusammenführen und einordnen.

Das gilt auch für Schlafstörungen. Man muss die medizinischen Ursachen im Blick haben, aber genauso die psychosoziale Situation. Und man muss den Patientinnen und Patienten die Zusammenhänge in einfachen Worten vermitteln und immer wieder schauen: Was ist eigentlich angekommen? Das ist für mich ein ganz wesentlicher Teil der hausärztlichen Behandlung.

Schlafprotokoll für die hausärztliche Praxis

Die DEGAM stellt ein standardisiertes Abend-Morgen-Protokoll zur Verfügung, mit dem Patientinnen und Patienten

ihren Schlaf über zwei Wochen dokumentieren können: www.degam.de
Kurzlink: <https://t1p.de/6cmkb>

Interview:
Maren Siepmann &
Dr. med. Peter Zürner

Der Schaden wird unterschätzt

Bad Nauheimer Gespräch über stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte



Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Klaus Wölfling, Prof. Dr. Ursel Heudorf, Dr. med. Mathias Luderer (v. l.)

„Jedes Suchtmittel ist ein Verlustgeschäft für die gesamte Gesellschaft“, fasst es der Referent Dr. med. Mathias Luderer zusammen. Beispiel Alkoholkonsum: Rund 57 Milliarden Euro koste er die Bundesrepublik Jahr für Jahr an direkten und indirekten Folgen. An Steuern nehme der Staat etwa 3,2 Milliarden Euro ein. Bei Tabak und Nikotin stehen knapp 16 Milliarden Euro Einnahmen fast 100 Milliarden Euro Kosten gegenüber. Und die Rechnung sei nur die ökonomische Seite eines Problems, das medizinisch wie gesellschaftlich unterschätzt werde.

Bereits auf dem vergangenen Deutschen Ärztetag in Hannover war Suchtmedizin ein großes Thema gewesen. Die Veranstaltungsreihe „Bad Nauheimer Gespräche“ griff es nun erneut auf. Unter dem Titel „Sucht in unserer Gesellschaft – von Cannabis und Lachgas bis zu Internet und Medien“ setzten sich zwei Referenten mit Substanzkonsum und Verhaltenssüchten auseinander: Dr. med. Mathias Luderer, Oberarzt und Leiter des Bereichs Suchtmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt sowie Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen, und Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Klaus Wölfling, Leiter der Forschungsgruppe Verhaltenssüchte an der Universitätsmedizin Mainz. „Sucht

ist kein Randphänomen, sondern ein Thema mit großer Relevanz“, betonte Moderatorin und Gastgeberin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf zur Eröffnung. Betroffen seien nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch ihre Familien, ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft insgesamt.

Alkohol: allgegenwärtig und akzeptiert

Luderer eröffnete seinen Vortrag mit Werbemotiven. Alkohol werde als naturnah (Beispiel Krombacher-Brauerei), als attraktiv, sexy und als Statussymbol inszeniert „und je teurer, desto hochwertiger. Damit kann man auch angeben, wie mit einem Auto.“ Wie tief die Verankerung in Vereinsleben, Feiertage und Geselligkeit reicht, zeigt ein Befund, der zunächst überrascht: „Einer der größten Risikofaktoren für Jugendliche, ein Alkoholproblem zu entwickeln, war lange Zeit, Mitglied in einem Sportverein zu sein.“ Ein weiterer Faktor sei die leichte Verfügbarkeit. An Tankstellen stehe Alkohol rund um die Uhr zur Verfügung, direkt auf Augenhöhe. Die medizinische Bilanz dieser Normalität: Weltweit gehen rund 20 % der Suizide und der interpersonellen Gewalt auf Alkohol zurück sowie etwa 10 % der vorzeitigen Todesfälle in Europa, mit einem Gipfel bei den 20- bis 25-Jährigen. In Deutschland sorgt Alkoholkonsum für 45 % der tödlich verunglückten unbeteiligten Dritten – wobei auch hier Nichtkonsumierende zu den Leidtragenden zählen.

Wenn der Preis über die Sterblichkeit entscheidet

Beim Steuerniveau liege Deutschland international zurück, so Luderer: Ein Liter Bier ist hierzulande mit neun Cent besteuert, in Schweden mit 92 Cent. Dabei hänge die Rate alkoholbedingter Leberzirrhosen eng mit dem Preisniveau zusammen. Luderers Empfehlung: Mindestpreise. Sie wirkten vor allem bei Niedrigverdienern. Schottland habe mit einem gesetzlichen Mindestpreis je Alkoholeinheit innerhalb

von nur drei Jahren die alkoholbedingte Mortalität signifikant gesenkt.

Bei der Frage, warum die Politik nicht mehr tue, wies Luderer auf Interessenkonflikte hin. Parteitage, die von Spirituosen-, Tabak- und Glücksspielunternehmen mitfinanziert werden, oder die Kooperation der Deutschen Sporthilfe mit einem Sportwettenanbieter seien nicht hinnehmbar.

85 % der Alkoholabhängigen ohne suchtspezifische Behandlung

Von den 1,6 bis 1,9 Millionen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in Deutschland würden nur etwa 15 % suchtspezifisch behandelt. Die übrigen suchten regelmäßig Haus- und Klinikärzte auf, ohne dass ihre Grunderkrankung angesprochen werde. Der Preis sei eine um 20 bis 25 Jahre verkürzte Lebenserwartung. „Ein Vierteljahrhundert Lebenszeit verloren. Und wir sagen nur dazu: Das ist die Freiheit.“ Eine suchtspezifische Behandlung von 40 % könnte rund 2.000 Todesfälle jährlich vermeiden – etwa die Zahl der Verkehrstoten in Deutschland.

Als strukturelle Benachteiligung kritisierte Luderer die Abstinenzauflage der Psychotherapie-Richtlinien, nach der die Behandlung endet, wenn bis zur 24. Sitzung keine Abstinenz erreicht ist. „Man stelle sich vor, jemand hat Suizidgedanken, Sitzung 24, immer noch Suizidalität – dann können Sie jetzt nicht mehr weitermachen. Würde keiner auf die Idee kommen.“

Stigmatisierung auch im Gesundheitswesen

Mehr als 60 % der Bevölkerung assoziieren Alkoholabhängigkeit mit einem „schlechten Charakter“, deutlich mehr als bei Depression oder Schizophrenie. Auch innerhalb der Gesundheitsberufe sei die Haltung problematisch, berichtete Luderer: 98 % der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bezeichneten diese Patienten-Gruppe als schwierig. Bemerkenswert sei die Richtung der Entwicklung: „Assistenz-

ärzte sind noch deutlich offener gegenüber Suchterkrankungen eingestellt als Fachärzte oder Oberärzte.“ Doch später lernten sie eben von ihren Vorgesetzten und übernahmen deren Einstellung. Die Folgen sind messbar: In einer eigenen Untersuchung gab die Hälfte der Befragten an, den Substanzkonsum gegenüber Ärztinnen und Ärzten zu verschweigen; fast ein Drittel hatte schon einmal eine dringend notwendige somatische Behandlung wegen erlebter Stigmatisierung abgebrochen. Ein Rettungssanitäter etwa habe einem Patienten gesagt: „Es ist deine Schuld. Wegen dir muss ich früh aufstehen, weil du dich nicht zusammenreißen kannst.“ Luderer veranschaulichte diese Stigmatisierung mit einem Vergleich zu somatischen Erkrankungen: „Jemand mit einem Schlaganfall hätte nicht gehört: Reiß dich zusammen, die eine Hälfte kannst du noch bewegen.“ Mit Blick auf die eigene Berufsgruppe mahnte er: „Oft geht es gar nicht so sehr um die Worte, sondern eher um die Haltung, die wir non-verbal transportieren.“

Lachgas: Was koordiniertes Handeln bewirkt

Wie wirksam abgestimmtes Vorgehen sein kann, zeigte Luderer am Beispiel Lachgas. In der Klinik häuften sich bleibende neurologische Schäden bei jungen Männern als Folge von Lachgasmissbrauch. „Ich habe einen Patienten, der war früher Leistungssportler – der kommt jetzt nicht mehr über die Treppe in den ersten Stock zu mir hoch. Der muss den Aufzug nehmen, weil er eine Lähmung im Fuß hat.“

Weil Schülerbefragungen sinkende Konsumzahlen auswiesen, die Klinik aber das Gegenteil erlebte, begann das Forschungsteam um Luderer gemeinsam mit der Stadt Frankfurt, die Anzahl der Lachgasflaschen im Abfall auszuwerten. Der von der Stadt Frankfurt initiierte Arbeitskreis Lachgas nutzte anschließend die Gefahrostoffverordnung als Hebel: Da die Druckflaschen bei Hitze bersten können, ließen sich Lagerbestände in Kiosken beschlagnahmen. Hinzu kamen Abgabebeschränkungen, örtliche Konsumverbote und Aufklärungskampagnen. „All das hat

dazu geführt, dass unser Lachgaskonsum deutlich weniger angestiegen ist als der in Hamburg“, berichtete Luderer. „Und das ist das erste Mal, dass man den Effekt eines koordinierten Vorgehens bei der Lachgasproblematik wirklich messen kann.“ Zwei Punkte gingen auf Frankfurter Initiative in die Bundesgesetzgebung ein: das Verbot von Behältnissen über acht Gramm und die Beschränkung der Abgabemenge.

Cannabis: zu früh für Entwarnung

Der Zeitraum seit der Cannabisteillegalisierung sei zu kurz für ein abschließendes Urteil, sagte Luderer. Entscheidend sei ohnehin: Etwa 10 % derjenigen, die im vergangenen Jahr Cannabis konsumiert hätten, täten dies täglich oder nahezu täglich – „ein ziemlich guter Indikator für eine Abhängigkeitserkrankung“. Derzeit gebe es in Deutschland 1,6 Millionen Menschen mit problematischem Cannabiskonsum. Belegt seien erhöhte Raten von Depressionen, Suizidalität und Psychosen sowie – unabhängig vom begleitenden Tabakkonsum – Schlaganfall und Herzinfarkt. Auch unter medizinischem Cannabis entwickle bis zu ein Viertel der Behandelten eine Abhängigkeit; Metaanalysen gäben keinen Anlass, psychische Erkrankungen damit zu behandeln. Luderer forderte eine verpflichtende Risikoaufklärung nach Art einer Packungsbeilage sowie Werbe- und Sponsoringverbote.

Verhaltenssüchte: schon per Design darauf angelegt

An die Ausführungen von PD Dr. med. Dipl.-Psych. Kerstin Paschke beim Bad Nauheimer Gespräch im Mai anknüpfend, widmete sich Klaus Wölfling den nicht stoffgebundenen Süchten, im Speziellen der Internetsucht. „Die Zunahme von Digitalisierung führt eben auch im Sinne von Verfügbarkeit zu einer Zunahme des Problemverhaltens“, lautete seine Ausgangsthese. Zwischen 2019 und 2023 habe sich die riskante Nutzung sozialer Medien bei 14- bis 17-Jährigen verdreifacht, die pathologische Nutzung verdoppelt. Verantwortlich seien bewusst eingesetzte Mechanismen: algorithmische Verstärkung,

intermittierende Belohnungspläne nach dem Muster operanter Konditionierung, automatische Wiedergabe und endloses Scrollen.

Ein verbreitetes Missverständnis sei der Begriff Smartphone-Abhängigkeit. „Die gibt es aber wissenschaftlich eigentlich nicht.“ Es gehe statt dessen um das Verhalten. Die Erfolgsquote der abstinenorientierten Gruppentherapie bei Computerspielsucht bezifferte er auf 55 bis 60 %. Auffällig war eine Parallele zu Luderers Kritik: Auch in der ambulanten Rehabilitation verlangen Kostenträger einen frühen Abstinenznachweis. „Wenn sich schon jemand aufgerafft hat, in die Therapie zu kommen, ist es ein großes Manko, die Therapie nach zehn Sitzungen abzubrechen, weil die Person es noch nicht geschafft hat, abstinent zu werden“, so Wölfling.

Fragen und Forderungen bei der abschließenden Diskussion

Wie bei den Bad Nauheimer Gesprächen üblich, bekam das Publikum Gelegenheit zur moderierten Diskussion mit den Referenten. Aus dem Publikum kritisierte eine Kinderärztin die Selbstverständlichkeit, mit der in Fernsehfilmen Alkohol konsumiert werde und die Stigmatisierung derer, die ablehnten. Luderer bestätigte diesen Eindruck. Dabei warnte er jedoch vor Absolutismus. „Ganz ohne Risiko lebt es sich irgendwie auch blöd. Es ist vielleicht auch mal okay, Alkohol zu trinken. Aber man sollte sich darüber bewusst sein, dass Alkohol ein Risiko ist.“ Auch sei die Annahme genereller Chronizität nicht evidenzbasiert: Etwa ein Drittel der Betroffenen erfülle später die Abhängigkeitskriterien nicht mehr – ohne Behandlung. Eingewandt wurde auch, die Ausstiegssorientierung passe nicht zu einer chronischen Erkrankung. Luderer widersprach. Konsumräume und Abstinenzorientierung seien kein Widerspruch. „Da wird es von 100 vielleicht fünf geben, bei denen es klappt. Aber diese fünf sind den Aufwand wert.“

Fazit: Notwendig seien klare rechtliche Vorgaben, eine wirksamere Besteuerung, Werbeverbote und vor allem eine bessere Ausbildung.

Peter Böhnel

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © STEEXBuyout/ peopleimages.com – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Anästhesie „State of the Art“ – Talk Update (CME beantragt)

Die neue Hybrid-Veranstaltung bietet hochaktuelle, praxisnahe Inhalte der Anästhesiologie – kompakt, modern und direkt anwendbar. Expertinnen und Experten liefern kurze Impulse, die in moderierten Diskussionen und durch aktive Beteiligung der Teilnehmenden vertieft werden. Die Auftaktveranstaltung widmet sich zwei aktuellen Themen aus der klinischen Praxis: dem Umgang mit postpunktionellen Kopfschmerz und MAT in der geburtshilflichen Anästhesie sowie dem präoperativen Management von Patienten mit Dauermedikation, insbesondere neuer Antidiabetika.

Termin: 21.10.2026
Gebühr: 32,00 €
Kursleitung: Prof. Dr. med. T. Steinfeldt
Kontakt: jennifer.konert@laekh.de

Aktuell und Interdisziplinär

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 07.11.2026, Live-Webinar: 20.11.2026	Workshop „KI im ärztlichen Alltag“ – sicher und effizient (CME beantragt) D. Ziedorn	Es erwartet Sie ein praxisorientierter Kurs zur sicheren und effizienten Nutzung von KI-Tools im ärztlichen Alltag. Der Fokus liegt auf der systematischen Erstellung von Prompts und der Integration von KI in klinische Arbeitsprozesse. Kontakt: jennifer.konert@laekh.de	240,00 € 216,00 €* 216,00 €*

Psychosomatische Medizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 23.–26.11.2026, E-Learning: ab 03.11.2026	Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde (50 CME) Prof. Dr. med. C. Christ	Die interdisziplinäre Veranstaltung vermittelt Ihnen die zentralen Grundlagen der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychosomatik und beleuchtet dabei Themen wie z. B. Psychokardiologie, Psychogynäkologie, Psychoonkologie und Schmerzmedizin. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	1.235,00 € 1.111,50 €*

Arbeitsmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 07.10.2026, 18.11.2026	Alternative bedarfsorientierte BuS-Betreuung – MIMA (Erstschulung) (6 CME) Dr. med. A. Rauch	Eine praxisorientierte Fortbildung mit vielen Fallbeispielen – die Schulung qualifiziert Sie zur Teilnahme am Unternehmermodell nach DGUV Vorschrift 2 (Anlage 3). Kontakt: laura.wahl@laekh.de	192,00 € 172,80 €*

Qualitätsmanagement

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 16.09.2026	Fortbildungsreihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ (5 CME) K. Israel-Laubinger	Im kommenden Termin erwarten Sie Einblicke in das Thema „Altersmedizin – Gesundheitsversorgung 65+“. Neben theoretischen Inhalten zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und Polypharmazie werden neue Forschungsthemen und aktuelle Entwicklungen in der interprofessionellen Versorgung älterer Menschen aufgegriffen. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	169,00 € 152,10 €*
Präsenz: 01. & 02.10.2026 E-Learning: ab 01.09.2026	Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen (M&M-K) (20 CME) Dr. med. K. Schneider	Anhand von theoretischen Inputs, praktischen Übungen und interaktiven Diskussionen erweitern Sie gezielt Ihre Kommunikations- und Moderationstechniken. Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	624,00 € 561,60 €*
Präsenz: 05.–06.11.2026, E-Learning: ab 12.10.2026	Peer Review in der Medizin (PRiM) (16 CME) Prof. Dr. med. H. Mutlak	Mit Ihrer Teilnahme am Kurs legen Sie den Grundstein für die Qualifizierung als Peer im Rahmen der freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahme „Peer Review in der Medizin (PRiM)“ gemäß Curriculum der BÄK. Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	528,00 € 475,20 €*

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 30. & 31.10.2026, 06. & 07.11.2026	Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (CME beantragt) Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein	Neue Impulse treffen auf bewährte Grundlagen – in prägnanten Fachvorträgen und interaktiven Diskussionen vermittelt Ihnen das Repetitorium den „State of the Art“ in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Kontakt: jennifer.konert@laekh.de	798,00 € 718,20 €*
On-Demand: jederzeit abrufbar	Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung PD Dr. med. H. L. Graß	In Zusammenarbeit mit dem Frauennotruf Frankfurt e. V.: Das interdisziplinäre Angebot richtet sich insbesondere an in der Zentralen Notaufnahme tätige Ärztinnen und Ärzte. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Strahlenschutz

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 28.11.2026	Strahlenschutz: Aktualisierungskurs (8 CME) Prof. Dr. med. N. Naguib, Dr. med. S. Tittmacher	Die Fachkunde im Strahlenschutz muss alle 5 Jahre fristgerecht erneuert werden. Das Live-Webinar ermöglicht Ihnen eine in Hessen anerkannte Aktualisierung. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	276,00 € 248,40 €*
On-Demand: jederzeit abrufbar	Lungenkrebs-Früherkennung (nach G-BA) Dr. med. A. Althoff	Mit der Teilnahme am Kurs erlangen Sie die Qualifikation für Zuweiserinnen und Zuweiser für die Lungenkrebs-Früherkennung mit Niedrigdosis-CT nach LuKr-FrühErkV. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	30,00 €

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	Im Kurs erhalten Sie einen Überblick über die vielfältigen Aufgaben der Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens und erlangen fundierte Fachkenntnisse, um Ihre Rolle als Hygienebeauftragte/r Ärztin/Hygienebeauftragter Arzt kompetent und souverän auszufüllen. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.223,00 € 1.100,70 €*
Präsenz: 26.–30.10.2026	Antibiotic Stewardship – Modul II: Aufbaukurs Antiinfektiva (CME beantragt) Dr. med. J. Kessel, PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, u. a.	Um für die Aufgaben in einem ABS-Team gewappnet zu sein, erlangen Sie mit dieser Fortbildung vertieftes Wissen zu Infektionsdiagnostik und -prophylaxe, zum rationalen Einsatz von Antibiotika, zu Surveillance-Methoden und zum Qualitätsmanagement in der Infektionsmedizin. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.372,00 € 1.234,80 €*
Präsenz: 31.10.2026	Impfkurs (9 CME) Prof. Dr. med. S. Wicker	Die Veranstaltung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Impfen erwerben oder ihr Wissen auffrischen möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	288,00 € 259,20 €*

Neurologie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 17.–18.11.2026, Live-Webinar: 19.11.2026	Repetitorium Neurologie – Modul I (22 CME) Prof. Dr. med. M. Kaps	Von Intensiv- und Notfallneurologie über Schwindel, Epilepsie und Hirnnervenerkrankungen bis hin zu MS, Rückenmarkspathologien, vaskulärem Ultraschall und Hirntumoren – Modul I bietet Ihnen einen kompakten Rundumblick über die häufigsten neurologischen Krankheitsbilder. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	480,00 € 432,00 €*

Palliativmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 19.09.2026	Refresher Palliativmedizin (9 CME) Dr. med. L Fendel	Die gemäß § 87 Abs. 1b SGB V anerkannte Fortbildung (KBV und GKV) richtet sich an palliativmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte, die die Kurs-Weiterbildung abgeschlossen haben und ihr Wissen auffrischen möchten. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	251,00 € 225,90 €*

Transfusionstherapie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 21.10.2026	Refresher Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leiter/in Blutdepot (5 CME) Dr. med. A. Opitz, Prof. Dr. med. T. Tonn	Die Veranstaltung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die ihr Wissen im Bereich der Hämotherapie anhand von Fachvorträgen und praxisnahen Fallbeispielen aus dem klinischen Alltag auf den neuesten Stand bringen möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	192,00 € 172,80 €*
Live-Webinar: 10.11.2026, E-Learning: ab 20.10.2026	Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leiter/in Blutdepot (16 CME) Dr. med. A. Opitz	Eine qualifizierende Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation als Transfusionsbeauftragte/r bzw. -verantwortliche/r und für die Leitung eines Blutdepots – rein digital, inklusive E-Learning und Live-Webinar. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	480,00 € 432,00 €*

Notfallmedizin machbar machen (8 CME)

Mit lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen kompetent und sicher agieren, bis der Rettungsdienst übernehmen kann: Die Präsenzfortbildung vermittelt Ihnen praxisbewährte Strategien und klare Abläufe für den Umgang mit lebensbedrohlichen Notfallsituationen – inklusive vieler praktischen Übungen an Übungsphantomen, die Ihre Handlungssicherheit nachhaltig stärken. Im Fokus der Veranstaltung stehen kritische Notfälle bei Kindern (wie z. B. hohes Fieber, Krampfanfälle oder Luftnot) kardiologische und pulmonologische Akutsituationen bei Erwachsenen, Anaphylaxie sowie Reanimation.

Termin: 11.11.2026
Gebühr: 280,00 €
 252,00 €*
Kursleitung: Prof. Dr. med. R. Merbs
Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de



Foto: © Graphicroyalty – stock.adobe.com



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Repetitorium Allgemeinmedizin (40 CME)

Das Live-Webinar richtet sich an Ärztinnen und Ärzte in Vorbereitung auf die Facharztprüfung sowie an interessierte und langjährig tätige Kolleginnen und Kollegen, die das Repetitorium zur Wissensaktualisierung nutzen möchten. In der Veranstaltung erhalten Sie einen kompakten Überblick über zentrale allgemeinmedizinische Themen und Vorgehensweisen – von typischen Beratungsanlässen und häufigen Erkrankungen in der Hausarztpraxis über Notfallmanagement und moderne Wundversorgung bis hin zum sicheren Umgang mit Leitlinien.

Termin: 07.–11.12.2026
Gebühr: 792,00 €
 712,80 €*
Kursleitung: Prof. Dr. med. A. Wunder
Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Hybrid: 02.12.2026	Pädiatrie „State of the Art“ (CME beantragt) PD Dr. med. L. Schrod, PD Dr. med. H. Buxmann	Praxisnah, vielseitig aufbereitet und auf den Punkt erhalten Sie anhand von Fachvorträgen und Fallbeispielen Einblicke in den aktuellen Stand der Pädiatrie. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	96,00 € gebühren- frei*

Ultraschall

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 13. & 14.11.2026	Abschlusskurs: Gefäße (CME beantragt) Prof. Dr. med. V. Hach- Wunderle	Nach den Richtlinien der DEGUM und der KBV: Der Ab- schlusskurs thematisiert die Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	699,00 € 629,10 €* 437,00 € 393,30 €* 437,00 € 393,30 €*
Live-Webinar: 25.11.2026, Präsenz: 27.11.2026	Schilddrüse: Modul II (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Bojunga	Interaktiv gestaltet und zu 50 % aus praktischen Übungen bestehend: In der DEGUM-zertifizierten Veranstaltung ver- tiefen und intensivieren Sie Ihre in Modul I erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	

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	Im Modul 13 stehen sportmedizinisch relevante Aspekte der kindlichen und jugendlichen Entwicklung im Mittelpunkt. 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	Der Schwerpunkt von Modul 12 liegt auf sportmedizinisch relevanten alters- und geschlechtsspezifischen 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 13 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Im Modul 11 stehen sportmedizinische Besonderheiten bei onkologischen sowie neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern im Mittelpunkt. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

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: © blackday – stock.adobe.com



[Mehr erfahren](#)

Dermatologie

Der Qualifizierungslehrgang richtet sich an Medizinische Fachangestellte (MFA) und Angehörige anderer medizinischer Fachberufe, die ihre berufliche Rolle erweitern und dermatologische Praxen gezielt entlasten möchten.

Die Fortbildung wird in Zusammenarbeit mit der Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL durchgeführt und beinhaltet Online-Module und Präsenztermine.

Die Präsenzzeiten werden als Modul in der Carl-Oelemann-Schule angeboten und sind zusätzlich zu den Online-Modulen zu buchen. Bitte informieren Sie sich zu Ablauf und Anmeldung auf unserer Website.

Termine DER: Präsenzzeiten ab 18.12.2026

Gebühr: 310 €

Kontakt: christian.haas@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 29.10.2026	Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden	MFA können sich für die Assistenz bei ambulanten Operationen qualifizieren. Informationen zum Inhalt, Ablauf und den zu erwerbenden Handlungskompetenzen finden Sie auf unserer Website. Beachten Sie die Anerkennungsmöglichkeiten. Kontakt: ilona.preuss@laekh.de	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
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 16.11.2026	Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung (FAW) – Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für ambulante medizinische Versorgung	Die höher qualifizierende 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
31.10.2026	Refresher: GOÄ und UV GOÄ (PAT 13) 7 Stunden	Die Fortbildung gibt einen Überblick über die Regelwerke und deren aktuelle Änderungen. Durch praktische Übungen wird die Anwendung erläutert. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €
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 €

Prüfungsvorbereitungskurse

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 16.10.2026	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK) 8 Stunden	Anmeldungen für die Kurse zur gezielten Vorbereitung auf die Winterprüfungen sind ab sofort möglich. Alle Informationen und Termine finden Sie auf unserer Website. Kontakt: claudia.hell-kneipp@laekh.de	siehe Website

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
Prüfung Aufstiegs- fortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung	Schriftliche Prüfung: Modulprüfung 1a, Do. 12.11.2026, Anmeldeschluss: 22.10.2026 Modulprüfung 1b, Do. 17.12.2026, Anmeldeschluss: 26.11.2026 Praktisch-mündliche Prüfung: Fr., 23.10.2026 / Sa., 07.11.2026 / Sa., 18.12.2026	siehe Website

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)

Delir bei älteren Menschen

Dr. med. Johannes Trabert

Fallbeispiel

Der 83-jährige Klaus T. wird notfällig nach einem Sturz ins Krankenhaus eingewiesen, wo eine Schenkelhalsfraktur festgestellt wird. Bei Aufnahme wird eine intakte Orientierung dokumentiert. Die Tage nach der Operation ist der Patient überwiegend schläfrig und desorientiert. Dies wird zunächst als Demenzerkrankung eingeschätzt. Als der Sohn zu Besuch kommt, gibt er auf Nachfrage an, dass der Vater deutlich verwirrter sei als vor dem Krankenhausaufenthalt. Tatsächlich habe es bislang diesbezüglich keine Auffälligkeiten gegeben. Der Sohn betont, dass sein Vater hör- und sehgemindert sei. Hörgeräte und Brille wurden bislang nicht getragen.

Es wird ein strukturiertes Delir-Konzept erarbeitet: Das Team wird auf die Wichtigkeit des Tragens der Brille und des Hörgerätes hingewiesen. Der perioperativ gelegte Blasenkathe- ter wird entfernt, auch um Mobilisierung zu ermuntern. Der Sohn wird ermuntert, länger zu Besuch zu kommen und dabei darauf zu achten, dass sein Vater häufiger an die Bettkante kommt

und ausreichend isst und trinkt. Zudem wird er informiert, dass er orientierende Informationen in die Gespräche einfließen lassen kann und vertraute Gegenstände wie beispielsweise ein Bild von zu Hause mitbringen darf. Unter diesen Maßnahmen bessert sich der kognitive Zustand des Patienten zunehmend, begleitend bessert sich auch die Mobilität. Der Patient wird schließlich mit dem Pflegedienst nach Hause entlassen.

Was ist ein Delir?

Ein Delir ist eine schwere neuropsychiatrische Erkrankung, die gekennzeichnet ist durch akut auftretende kognitive Auffälligkeiten mit Störung der Orientierung und der Aufmerksamkeit sowie einer Antriebsarmut oder -steigerung [1]. Tab. 1 zeigt die Definition nach DSM-5-Kriterien [2].

Ein Delir wird verursacht durch Akuterkrankungen oder sonstige Stressoren, welche in Tab. 2 dargestellt sind. Im Fallbeispiel tritt das Delir zum Beispiel im Rahmen der Operation auf in Verbindung mit anderen delirbegünstigenden Fakto-



ren wie Umgebungswechsel, dem Blasenkathe- ter und nicht getragener Brille bzw. Hörgerät.

Es tritt gerade bei älteren Menschen im Krankenhaus häufig auf, so sind auf internistischen bzw. geriatrischen Stationen 18–35 % und auf Intensivstationen bis zu 80 % der Patienten betroffen [1]. Außerhalb des Krankenhauses ist ein Delir zwar sehr selten, bei älteren Menschen aber häufig das führende Symptom einer schweren Erkrankung [1].

Wie im Fallbeispiel dargestellt, kann ein Delir häufig rein hypoaktiv sein, also allein mit einer Antriebsarmut einhergehen. Ähnlich häufig ist die gemischte Verlaufsform mit Wechsel zwischen Antriebsarmut und gesteigertem Antrieb. Die rein hyperaktive Form mit durchgehender Antriebssteigerung wird zwar im klinischen Alltag viel beachtet, da die Patienten sich durch Unruhe bemerkbar machen, macht jedoch nur einen kleinen Teil aus [3, 4]. Leider wird gerade die häufige hypoaktive Verlaufsform häufig übersehen [3].

Die Tatsache, dass das Delir im Fallbeispiel erst im Verlauf und mit Hilfe des Sohnes diagnostiziert wurde, ist leider ein häufiges Problem. Gerade bei antriebsgeminderten Patienten wird ein Delir zu oft übersehen bzw. als vorbestehende Demenz eingeordnet. Insbesondere bei Menschen mit Demenz fällt die Einschätzung schwer, ohne den vorherigen Zustand zu kennen [5].

Im Alltag finden sich unterschiedliche Begrifflichkeiten wie z. B. „Durchgangssyndrom“, „hirnorganisches Psychosyndrom“, „akute cerebrale Dysfunktion“ und viele weitere. Diese sollten zu Gunsten des Begriffs Delir vermieden werden, auch um Verwirrungen im allgemeinen Verständnis

Tab. 1: Definition Delir nach DSM V Kriterien (European Delirium Association/ American Delirium Society)

- A. Störung des Bewusstseins (d. h. verminderte Klarheit des Bewusstseins der Umwelt) mit verminderter Fähigkeit, sich zu konzentrieren, aufrechtzuerhalten oder zu wechseln
 - B. Die Störung entwickelt sich innerhalb eines kurzen Zeitraums (normalerweise Stunden bis zu wenigen Tagen), stellt eine akute Veränderung gegenüber der Ausgangslage von Aufmerksamkeit und Bewusstsein dar und neigt dazu, im Laufe eines Tages in ihrer Schwere zu schwanken.
 - C. Eine Veränderung der Kognition oder die Entwicklung einer Wahrnehmungsstörung, die nicht besser durch eine bereits bestehende, etablierte oder sich entwickelnde Demenz erklärt werden kann.
- Die Störungen in Kriterien A und C werden nicht besser durch eine bereits bestehende, etablierte oder sich entwickelnde neurokognitive Störung erklärt und treten nicht im Zusammenhang mit einem stark verminderten Erregungszustand wie Koma auf.
- Es gibt Hinweise aus der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder den Laborbefunden, dass die Störung durch die direkten physiologischen Folgen einer allgemeinen medizinischen Erkrankung verursacht wird.

zu diesem wichtigen Krankheitsbild zu vermeiden. Die Form des Delirs, welche in diesem Artikel behandelt wird, unterscheidet sich in Symptomatik und Therapie von dem Alkoholentzugsdelir, welches hier nicht behandelt wird.

Wer ist gefährdet? Was sind Risikofaktoren und Auslöser eines Delirs?

Risikofaktoren und Auslöser des Delirs sind in absteigender Reihenfolge in Tab. 2 dargestellt.

Was sind Folgen?

Wie erwähnt, wird ein Delir bei bis zu 67 % der Patienten nicht erkannt [6]. Dies ist relevant, da ein Delir grundsätzlich reversibel ist, sofern es erkannt und die auslö-

sende Ursache behandelt wird. Wird ein Delir nicht erkannt und somit nicht behandelt, führt dies zu einer höheren Sterblichkeit, einer längeren Liegedauer im Krankenhaus, einer höheren Wahrscheinlichkeit, in ein Pflegeheim entlassen zu werden oder an einer Demenz zu erkranken [6]. Neben diesen schwerwiegenden Komplikationen ist ein Delir eine erhebliche Belastung für die Patienten, aber auch für die Angehörigen sowie die Pflegekräfte [7].

Insbesondere das hypoaktive Delir hat eine schlechte Prognose [4]. Dies kann u. a. dadurch erklärt werden, dass ein hypoaktives Delir seltener erkannt wird [3], aber auch durch die Immobilität als Folge des hypoaktiven Delirs, wie z. B. Thrombose, Aspirationen oder Verlust von Muskelmasse.

Wie erkenne ich ein Delir?

Die Kernsymptome eines Delirs wurden zu Beginn genannt mit akut auftretenden kognitiven Auffälligkeiten mit Störung der Orientierung und der Aufmerksamkeit sowie einer Antriebsarmut oder -steigerung. Akut bedeutet in diesem Sinne, dass die Symptomatik innerhalb von Stunden bis Tagen aufgetreten sein kann. Typischerweise ist die Symptomatik fluktuierend, mit Antriebsminderung bzw. erheblicher Schläfrigkeit beispielsweise am Tag und Unruhe in der Nacht.

Unterschiedliche Delir-Screening-Tools haben gemeinsam, dass bereits eine gestörte Wachheit, zum Beispiel die erwähnte erhebliche Tagesschläfrigkeit oder aber neu (innerhalb von Stunden bis Tagen) auftretende kognitive Auffälligkeiten, den Verdacht auf ein Delir zulassen [8, 9]. Bezüglich der Kognition ist im Wesentlichen die Aufmerksamkeit betroffen, hier kann der Patient zum Beispiel gebeten werden, das Wort Radio rückwärts zu buchstabieren. Durch die Kombination der gestörten Wachheit und Aufmerksamkeit kann ein Delir bei unauffälligen Befund nahezu sicher ausgeschlossen werden [9].

Eine weitere einfache Möglichkeit zur Erkennung eines Delirs ist zum Beispiel die „Single Question in Delirium“ (SQiD): „Ist Ihr Angehöriger aktuell verwirrter als vor dem Krankenhausaufenthalt?“

Wie im Fallbeispiel dargestellt, konnte hierdurch ein Delir vermutet werden, da die Antwort „ja“ auf diese Frage mit hoher Wahrscheinlichkeit das Vorliegen eines Delirs nahelegt [8]. Die SQiD ist damit sehr einfach und schnell durchführbar und benötigt keine wesentliche Einarbeitung. Es wird lediglich eine mit dem Patienten vertraute Person benötigt, was im hektischen Alltag manchmal trotzdem schwierig umzusetzen sein kann. Vgl. dazu auch Tab. 2 mit DSM-5-Kriterien. Es ist aber wichtig zu betonen, dass alleine der Verdacht auf das Vorliegen eines Delirs diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie unten dargestellt zur Folge haben sollte.

Wie kann ich ein Delir behandeln?

Es gibt keine allgemeine, kausale, medikamentöse Delirtherapie. Es ist daher essen-

Tab. 2: Risikofaktoren und Auslöser eines Delirs (adaptiert nach Inouye et al.)

Risikofaktoren	Relatives Risiko
Alter	4.0
Demenzerkrankung	2.3–4.7
Delir in der Vorgeschichte	3.0
Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	4.0
Sehminderung	2.1–3.5
Hörminderung	1.3
Multimorbidität	1.3–5.6
Depression	3.2
Alkoholabusus	5.7
Auslösende Faktoren	
Operationen	3,5–8,3
Infektionen	3,1
Entgleisung von Elektrolyten oder Glucose	3.4
Neubeginn vieler Medikamente	2.9
Sedierende Medikamente	4,5
Fixierende Maßnahmen	3.2–4.4
Transurethrale Blasenkatheter	2.4
Schmerzen, z. B. im Rahmen von Frakturen	–
Anämie, z. B. im Rahmen von akuten Blutungen	–
Exsikkose	–

ziell, die in Tab. 2 genannten auslösenden Ursachen des Delirs zu identifizieren und zu behandeln [1]. Im Fallbeispiel ist das Delir im Rahmen einer Operation aufgetreten, als beeinflussbare verstärkende Faktoren lagen eine Hör- und Sehminde- rung sowie ein liegender Blasenkatheter vor.

Neuroleptika, die immer wieder als „Delir- therapie“ benannt werden, sind lediglich zur Behandlung von hyperaktiven Phasen des Delirs sinnvoll, aber nicht allgemein als Delirtherapie. Menschen mit Delir, die mit einem Neuroleptikum behandelt werden, werden lediglich von der hyperaktiven Form in die hypoaktive Form überführt. Dies ist wichtig zu betonen, da, wie bereits erwähnt, die hypoaktive Form eine schlechtere Prognose hat.

Neben der Behandlung der auslösenden Ursache sind allgemeine nicht medika- mentöse Maßnahmen essenziell. Dies beinhaltet orientierende Ansprache genauso wie aktivierende bzw. mobilisierende Maß- nahmen. Es sollte darauf geachtet werden, dass Hilfsmittel wie Brille oder Hörgeräte getragen werden und Fremdkörper wie Blasenkatheter vermieden werden. Eben- falls sollten Schmerzen gezielt erfragt, ab-

geklärt und behandelt werden und auf ausreichende Nahrungs- bzw. Flüssigkeits- aufnahme geachtet werden [1].

Wie vermeide ich ein Delir?

Wie bereits erwähnt, gibt es keine allge- mein gültige medikamentöse Therapie des Delirs. Umso wichtiger sind die Identi- fikation von Risikopatienten und die ge- zielte Prävention. Hierbei sollten die in Tab. 2 genannten Risikofaktoren sowie auslösende Faktoren berücksichtigt und gezielt im präventiven Sinne kritisch über- prüft werden.

Eine essenzielle Rolle bei der Prävention, aber auch der Therapie spielen die Ange- hörigen. Sie sind Vertrauenspersonen, die zu den in Tab. 2 genannten Risikofaktoren Hinweise geben und sämtliche allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen um- setzen können. Einfache Maßnahmen, die Angehörige übernehmen können, sind in Tab. 3 dargestellt.

Die Effektivität der Einbeziehung von An- gehörigen konnte in verschiedenen Studi- en eindrücklich belegt werden, mit einer Delirreduktion um bis zu 80 % [10, 11]. Daher ist es essenziell, Angehörige gerade

bei Menschen mit erhöhtem Delirrisiko konsequent einzubeziehen und Angehöri- ge zu dem Krankheitsbild zu informieren. Hierzu gibt es z. B. ein Schulungsvideo, welches explizit Angehöri- ge adressiert und infor- miert. Das Video kann kos- tenlos unter dem QR-Code abgerufen und für nicht- kommerzielle Zwecke ver- wendet werden.



Zusammenfassung

Das Delir ist ein hoch relevantes Krank- heitsbild, welches mit erheblichen Komplika- tionen sowie psychischer Belastung ein- hergeht. Drei Dinge sind daher von we- sentlicher Bedeutung:

- 1) Risikopatienten zu identifizieren
- 2) Gezielte Delirprävention, insbesonde- re (aber nicht ausschließlich) bei die- ser Patientengruppe unter Einbezie- hung von Bezugspersonen
- 3) Strukturiertes Delirscreening, um im Falle eines Delirs, dieses frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Dr. med. Johannes Trabert

Sektionsleiter Neurogeriatrie

Medizinisch-
Geriatrische Klinik
Agaplesion Markus
Krankenhaus,
Wilhelm-Epstein-
Straße 4,
60431 Frankfurt/M.



Foto: Samira Schulz

E-Mail: johannes.trabert@agaplesion.de

Die Literaturhinweise finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Tab. 3: Einfache Maßnahmen, durch die Angehörige zur Delirprävention oder -behandlung beitragen können

Mobilisierung und Aktivität fördern (sofern keine ärztliche Einwände bestehen)

- Zum Sitzen an der Bettkante oder am Tisch ermuntern
- Kurze Spaziergänge unternehmen

Orientierung fördern

- Orientierende Ansprache: Im Gespräch Informationen zu Ort, Zeit und Situation geben
- Sicherstellen, dass Brille und/oder Hörgerät vorhanden sind und getragen werden

Zur ausreichenden Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme ermuntern

Medizinisches Personal bei Anzeichen von Delir alarmieren

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

Zwischen Pflicht und Patientenwillen (Teil II)

„Auflösung“ zum Fallbeispiel Hessisches Ärzteblatt 7/8 2026, S. 423

Beim Praxisfall aus dem Sommerheft ging es um eine alte Dame, die nachts im Ärztlichen Bereitschaftsdienst besucht wird. Sie war unmittelbar vital gefährdet und nicht mehr ansprechbar. Weder Vollmacht noch Verfügung lagen vor. Die Familie war sich einig, dass sie nicht mehr ins Krankenhaus will und eine Sterbebegleitung gewünscht sei.

Es wurden fünf mögliche Vorgehensweisen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) vorgeschlagen. Hierzu gab es erfreuliche 21, meist sehr differenzierte Rückmeldungen (diese können online unter dem Literaturverzeichnis zu dieser Ausgabe komplett eingesehen werden, der QR-Code führt direkt dorthin).



Die **Vorgehensweisen A) und B)** bevorzugen die eher juristische Absicherung.

Vorgehen A: RTW anfordern, unter Maximaltherapie ins Krankenhaus.
Keine Stimme

Vorgehen B: nach Rücksprache mit dem Hausarzt wird die Patientin gegen den Willen der Angehörigen ins Krankenhaus gebracht.
1 Stimme

Vorgehen C: Bis zum Morgen Therapie zu Hause, Betreuung einleiten.
Keine Stimme

Vorgehen D) und E) neigen eher dazu nach medizinischer Indikation und ärztlichem Anspruch einem mutmaßlichen Patientenwillen zu folgen auch ohne ausreichende rechtliche Absicherung.

Vorgehen D primär eine Palliativversorgung zu Hause in Absprache mit der Familie und wenig invasivem Versuch der Lebensrettung.
3 Stimmen

Vorgehen E: Nach dem mutmaßlichen Patientenwillen reine Palliation zu Hause.
15 Stimmen

Zwischen D und E schwankten zwei Kollegen und fünfmal wurde genannt, dass man doch auch die Ehegattennotvertretung anwenden könnte.

Vorweg

Der vorliegende Fall kommt in der täglichen Praxis immer wieder in ähnlicher Weise vor. Das betonten die Antworten. Der Fall war realitätsnah so konstruiert, dass es keine eindeutige juristisch und ärztlich unangreifbare Lösung gibt. Das ist unser ärztlicher Alltag.

Dabei entsprachen die möglichen Antworten durchaus den verschiedenen realistischen Vorgehensweisen.

Wirkliche Patienten, echte Fälle können meist nicht in Normen gepresst werden.

Zur Ehegattennotvertretung (EGNV)

Die juristisch korrekte (!) Anwendung einer EGNV nachts im Notfall hält auch der Autor für sehr problematisch. Hierzu nimmt der LÄKH-Justitiar Andreas Wolf im folgenden Artikel Stellung. Gerne hören wir von den Lesern, ob und wie bei Ihnen das EGNV zu Hause im Notfall schon zur Anwendung kam. Ein relativ einfaches Formular zur EGNV finden Sie unter <https://palliativstiftung.com/de/shop/gedrucktes/vorsorgemappe>
Kurzlink: <https://t1p.de/s4ayc>

Wir stecken als Ärzte in der Behandlung des unmittelbaren Notfalls immer in der Klemme zwischen ethisch, ärztlich angemessenem Handeln und den juristischen, strafrechtlichen Anforderungen, Bedrohungen. Die Mehrheit der Leser hat sich, wie es auch der Autor täte, dafür entschieden, dass man versucht, schnell und dennoch angemessen möglichst valide Informationen einzuholen, um die Situation UND den mutmaßlichen Patientenwillen einzuschätzen und dann eine Therapie vorzuschlagen.

Jede Therapie setzt aber die Einwilligung voraus.

In dubio pro vita?

Eine Feststellung zur EGNV kann rechtssicher jetzt schwerlich bei der hochgradigen Erregung der Beteiligten vorgenommen werden, deswegen wäre ein Transport in die Klinik rechtlich angemessen, dort könnte dann unverzüglich das EGNVR festgestellt oder wenn der Ehegatte durch Alter, Kognition oder Emotion dazu nicht in der Lage ist, die notwendige Betreuung eingeleitet werden.

In der Praxis wird sowohl bei Notfällen wie auch bei erwartbaren Verschlechterungen des Allgemeinzustandes rechtlich meist nicht korrekt regelhaft von diesem Vorgehen abgewichen, sei es zu Hause oder im Pflegeheim. Auch im Heim liegen bei deutlich weniger als 50 % der Bewohner ausreichende Vorsorgeunterlagen bereit. So ist es Alltag, dass Behandler vor Ort auch ohne rechtlich sichere Einwilligung, die ein (mögliches) Sterben-Zulassen erlaubt, es ärztlich als geboten sehen, im mutmaßlichen Sinne des Patienten zu handeln!

Eine mögliche Lösung?

Einfache und sichere Lösungen gibt es in Notfällen selten. Aber die Einwilligung in Behandlungen kann leicht rechtssicher durch die Vorsorgevollmacht geregelt werden.

Deshalb: Sprechen Sie Ihre Patienten immer wieder darauf an. Sie müssen nicht selbst dazu beraten, das ist in der Praxis oft zu aufwendig und kann delegiert werden. Die Patientenverfügung ist für Ihr ärztliches Vorgehen im Notfall zweitrangig. **Entscheidend im Notfall ist das Vorliegen einer gültigen Vorsorgevollmacht für medizinische Entscheidungen.**

Dr. med.
Thomas Sitte
E-Mail via
haebl@laekh.de



Foto: Valentin Sitte

Die Vorsorgevollmacht im ärztlichen Alltag

Rechtliche Hinweise für Ärzte

Der Beitrag von Dr. med. Thomas Sitte in der Ausgabe 7/8 des Hessischen Ärzteblatts (S. 423) schildert einen Fall, der Ärztinnen und Ärzten insbesondere im Bereitschafts- und Notfalldienst vertraut sein dürfte. Eine hochbetagte Patientin ist nicht mehr einwilligungsfähig. Weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht liegen vor. Angehörige berichten übereinstimmend, die Patientin habe wiederholt geäußert, nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden zu wollen; der langjährige Hausarzt bestätigt diese Angaben. Gleichwohl bleibt die Frage, welche Behandlung rechtlich geboten ist. Die im Beitrag dargestellten Handlungsalternativen machen deutlich, wie groß die Unsicherheit in der Praxis sein kann.

Aus juristischer Sicht sprechen gewichtige Gründe dafür, insbesondere die Lösungsansätze D) und E) näher in Betracht zu ziehen. Beide Lösungsansätze orientieren sich am mutmaßlichen Willen der Patientin, der Maßstab für das ärztliche Handeln sein sollte. Maßgeblich ist insofern nicht, welche Behandlung theoretisch medizinisch möglich ist, sondern welche Behandlung dem Willen des Patienten entspricht.

Der Fall verdeutlicht zugleich, dass viele dieser Unsicherheiten vermeidbar wären, wenn rechtzeitig eine Vorsorgevollmacht errichtet worden wäre. Sie schafft klare Vertretungsverhältnisse und erleichtert die Umsetzung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Für Ärztinnen und Ärzte stellt sich daher regelmäßig die Frage, welche rechtliche Bedeutung einer Vorsorgevollmacht zukommt und welche Konsequenzen sich daraus für die Behandlung ergeben.

Selbstbestimmung durch Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist Ausdruck des verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrechts der Patientinnen und Patienten. Mit ihr bestimmt eine geschäftsfähige Person selbst, wer ihre Angelegenheiten wahrnehmen soll, wenn sie hierzu infolge Krankheit oder altersbedingter Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist. Im medizinischen Bereich umfasst dies regelmäßig Entscheidungen über Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe.

Mit der Reform des Betreuungsrechts zum 1. Januar 2023 hat der Gesetzgeber den Vorrang der Vorsorgevollmacht gegenüber der rechtlichen Betreuung hervorgehoben. Besteht eine wirksame Vorsorgevollmacht und ist der Bevollmächtigte bereit und geeignet, die Angelegenheiten des Betroffenen wahrzunehmen, besteht für eine gerichtliche Betreuung grundsätzlich kein Anlass. Hierbei ist zu beachten, dass die Patientinnen und Patienten selbst entscheiden, solange sie einwilligungsfähig sind. Erst wenn sie hierzu nicht mehr in der Lage sind oder die Vollmacht eine entsprechende Regelung enthält, handelt die bevollmächtigte Person an ihrer Stelle.

Welche Bedeutung hat dies für die ärztliche Praxis?

Für Ärztinnen und Ärzte besteht keine Verpflichtung zu einer umfassenden rechtlichen Prüfung der Vorsorgevollmacht. Zu prüfen ist jedoch insbesondere, ob die handelnde Person durch eine Vorsorgevollmacht legitimiert ist, ob diese Gesundheitsangelegenheiten umfasst und ob konkrete Anhaltspunkte für einen Widerruf oder Missbrauch bestehen.

Soweit möglich sollten sich Ärztinnen und Ärzte die Vorsorgevollmacht im Original oder in Kopie vorlegen lassen. Die Vorlage und die wesentlichen Feststellungen sollten in der Patientenakte dokumentiert werden.

Bitte beachten Sie, dass für die Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten eine notarielle Beurkundung grundsätzlich nicht erforderlich ist. Für bestimmte besonders eingriffsintensive Maßnahmen verlangt das Gesetz allerdings eine schriftlich erteilte Vollmacht.

Bitte beachten Sie auch, dass nicht der Wille der bevollmächtigten Person maßgeblich ist. Aufgabe der bevollmächtigten Person ist es, den geäußerten oder mutmaßlichen Willen der Patientinnen und Patienten umzusetzen. Eigene Wertvorstellungen dürfen die Entscheidung nicht bestimmen.

Gerade deshalb empfiehlt sich in Zweifelsfällen eine frühzeitige Kommunikation zwischen den Ärztinnen und Ärzten, den bevollmächtigten Personen und – soweit erforderlich – den Angehörigen. Ziel ist nicht die Suche nach einer „richtigen“ medizinischen Entscheidung, sondern die möglichst zuverlässige Ermittlung des Patientenwillens. Eine sorgfältige Dokumentation der Entscheidungsgrundlagen trägt zugleich wesentlich zur Rechtssicherheit bei.

Wenn keine Vorsorgevollmacht vorliegt

Der von Dr. Sitte geschilderte Praxisfall macht deutlich, dass die größten rechtlichen Schwierigkeiten häufig nicht bei einer vor-

Auskunft aus dem Zentralen Vorsorgeregister

Über das Zentrale Vorsorgeregister (ZVR) kann die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt rund um die Uhr im automatisierten Abrufverfahren prüfen, ob für einen nicht ansprechbaren Patienten Vorsorgeverfügungen vorliegen. Die Abfrage ist zulässig, sofern sie für die Entscheidung über eine dringende medizinische Behandlung erforderlich ist (§ 78b Abs. 1 Satz 2 BNotO). Das Register gibt Auskunft über registrierte Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen sowie Widersprüche gegen das Ehegattennotvertretungsrecht. So können Ärztinnen und Ärzte im Notfall unverzüglich die eingetragene Vertrauensperson kontaktieren, um die relevanten Schriftstücke anzufordern. Weitere Informationen hierzu bietet die Website des Zentralen Vorsorgeregisters: <https://www.vorsorgeregister.de/aerzte>

Rechtsabteilung der LÄKH

handenen Vorsorgevollmacht entstehen, sondern gerade dann, wenn sie fehlt. In dem vorliegenden Fall kommt das Ehegattennotvertretungsrecht nach § 1358 BGB in Betracht. Ehegatten oder auch eingetragene Lebenspartner können ihre jeweiligen Partnerinnen bzw. Partner unter bestimmten Voraussetzungen in gesundheitlichen Fragen vertreten und die ärztliche Versorgung im akuten Situationen erleichtern. Wichtig ist jedoch, dass auch in diesem Fall der Wille der betroffenen Patientinnen und Patienten maßgeblich ist.

Ohne eine nach § 1358 BGB berechnigte Person oder eine entsprechende Bevollmächtigung sind Angehörige grundsätzlich nicht vertretungsberechtigt. Gleichwohl kommt ihren Angaben erhebliche Bedeutung zu. Sie bilden häufig gemeinsam mit den Erkenntnissen des langjährigen Hausarztes die wichtigste Grundlage für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die im Ausgangsfall dargestellten Lösungsansätze D) und E) unter juristischen Aspekten vorzugswürdig. Beide stellen den mutmaßlichen Patientenwillen in den Mittelpunkt und vermeiden eine schematische Orientierung an einer maximalen Lebenserhaltung.

Für den unter D) dargestellten Lösungsweg spricht, dass symptomlindernde Maßnahmen – etwa eine Fiebersenkung, eine subkutane Flüssigkeitsgabe oder auch eine antibiotische Therapie – nicht von vorn herein ausgeschlossen werden, sofern sie in erster Linie dem Wohlbefinden der Patientin dienen und ihrem mutmaßlichen Willen nicht widersprechen. Der unter E) dargestellte Ansatz einer ausschließlich palliativen Behandlung kann ebenso rechtlich vertretbar sein, wenn er auf einer tragfähigen Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens beruht. Entscheidend ist letztlich insofern, ob sie dem Willen des Patienten entspricht.

Verhalten im Notfall

Nicht selten liegt eine Vorsorgevollmacht im Zeitpunkt der Erstversorgung noch nicht vor oder kann zunächst nicht aufgefunden werden. In einer akuten Notfallsituation dürfen und müssen Ärztinnen und Ärzte daher zunächst die medizinisch erforderlichen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr ergreifen. Sobald die akute Situation beherrscht ist, sind vorhandene Vorsorgeunterlagen beizuziehen und der Patientenwille zu ermitteln. Besteht eine wirksame Vorsorgevollmacht, ist der Bevollmächtigte unverzüglich in die weiteren Behandlungsentscheidungen einzubeziehen.

Häufige Irrtümer

In der Praxis begegnen Ärztinnen und Ärzten immer wieder Missverständnisse im Zusammenhang mit der Vorsorgevollmacht:

- Angehörige dürfen nicht automatisch für einen einwilligungsunfähigen Patienten entscheiden.
- Sofern keine Vorsorgevollmacht und keine Betreuung vorliegen, könne Ehepartner nach § 1358 BGB ihre Partnerinnen und Partner unter Umständen in Gesundheitsfragen vertreten.
- Eine Vorsorgevollmacht ersetzt keine Patientenverfügung.
- Für Gesundheitsangelegenheiten ist eine notarielle Beurkundung grundsätzlich nicht erforderlich.
- Auch bei bestehender Vorsorgevollmacht bleibt stets der Wille des Patienten maßgeblich.
- In einer akuten Notfallsituation dürfen zunächst die medizinisch erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden, bis der Patientenwille zuverlässig festgestellt werden kann.

Fazit

Die Vorsorgevollmacht ist weit mehr als ein juristisches Vorsorgeokument. Sie sichert das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, schafft klare Vertretungsverhältnisse und erleichtert Ärztinnen und Ärzten rechtssichere Behandlungsentscheidungen. Der von Dr. Sitte geschilderte Fall zeigt, dass die größten Unsicherheiten häufig nicht wegen einer bestehenden Vorsorgevollmacht entstehen, sondern gerade dann, wenn eine solche fehlt. Wer frühzeitig Vorsorge trifft, entlastet nicht nur Angehörige, sondern auch das Behandlungsteam und trägt entscheidend dazu bei, dass der eigene Wille auch in Situationen gewahrt bleibt, in denen eine persönliche Entscheidung nicht mehr möglich ist.

Ausblick

Die Vorsorgevollmacht berechnigt den Bevollmächtigten regelmäßig auch zur Wahrnehmung von Informations- und Auskunftsrechten gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Welche Auswirkungen dies auf die ärztliche Schweigepflicht, die Einsicht in die Patientenakte und den datenschutzkonformen Umgang mit Gesundheitsdaten hat, soll in einem weiteren Beitrag näher dargestellt werden.

Andreas Wolf

Stellv. Justitiar Landesärztekammer Hessen

Hinweise zu den Abkürzungen zum Fallbeispiel

In dem Fallbeispiel in Ausgabe 7/8 von Dr. med. Thomas Sitte (S. 423, der QR-Code führt direkt dorthin, Kurzlink: <https://t1p.de/k8lq5>) wurden fünf mögliche Vorgehensweisen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) vorgeschlagen zum Thema Vorsorgevollmacht und Palliativversorgung. Die Vorgehensweisen **A)** und **B)** bevorzugen die eher juristische Absi-



cherung. **Vorgehen A:** Rettungswagen anfordern, unter Maximaltherapie ins Krankenhaus. **Vorgehen B:** nach Rücksprache mit dem Hausarzt wird die Patientin gegen den Willen der Angehörigen ins Krankenhaus gebracht. **Vorgehen C:** Bis zum Morgen Therapie zuhause, Betreuung einleiten. **Vorgehen D) und E)** neigen eher dazu nach medizinischer Indikation und ärztlichem Anspruch einem mutmaßlichen Patientenwillen zu folgen auch ohne

ausreichende rechtliche Absicherung.

Vorgehen D: Primär eine Palliativversorgung zuhause in Absprache mit der Familie und wenig invasivem Versuch der Lebensrettung. **Vorgehen E:** Nach dem mutmaßlichen Patientenwillen reine Palliation zuhause.

Die Auflösung lesen Sie in dieser Ausgabe auf S. 481. Im Literaturverzeichnis zu dieser Ausgabe sind alle Antworten anonym noch einmal zusammengefasst.



Hitzeschutz: Best-Practice-Beispiele aus dem Gesundheitswesen

Svenja Krück

Am diesjährigen bundesweiten Hitzeaktionstag am 11. Juni hat sich auch die Landesärztekammer Hessen wieder beteiligt. Ziel des 2023 ins Leben gerufenen Konzepts ist es, auf die gesundheitlichen Gefahren zunehmender Extremtemperaturen aufmerksam zu machen und Präventions- sowie Anpassungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Initiiert von der Bundesärztekammer und der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG), finden zusammen mit inzwischen über 150 Kooperationspartnern zahlreiche Veranstaltungen statt: Fortbildungen für Gesundheitsfachpersonal, Infoveranstaltungen für Bürgerinnen und Bürger, Stadtpaziergänge zu baulicher Hitzeresilienz, Vorstellungen kommunaler Hitzeaktionspläne, Veranstaltungen zum Hitzeschutz am Arbeitsplatz und vieles mehr.

Motto des diesjährigen Hitzeaktionstages war „Gemeinsam vorsorgen gegen Extremhitze“ – hochrelevant, wie sich bereits zwei Wochen später zeigte: An drei aufeinanderfolgenden Tagen wurden Rekordtemperaturen in Deutschland gemessen, mit einem Maximum von 41,8°C in Sachsen-Anhalt. In Hessen wurden am

27.06.26 in der Wetterau 41,3°C erreicht, im Rhein-Main-Gebiet gab es während dieser Hitzewelle acht tropische Nächte mit Temperaturen über 20°C. Dass es sich hierbei um eine Katastrophenlage handelte, bestätigen die Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI), wonach allein Ende Juni 5.100 Sterbefälle auf Hitze zurückzuführen waren. Bis zum 12. Juli waren es bereits 7.900 in diesem Jahr, dabei hatte der meteorologische Sommer gerade erst begonnen.

Anlässlich des Hitzeaktionstages führte die Landesärztekammer Hessen ein Social-Media-Quiz durch und rief Gesundheitseinrichtungen mit Hitzeschutzkonzept zur Einreichung auf. Zwei wurden von der AG Klimaschutz als Best-Practice-Modelle ausgewählt.

Beispiel 1: Maurische Architektur als Vorbild

Das erste Best-Practice-Modell wurde eingereicht durch Cordula von Brandis, ärztliche Psychotherapeutin in Marburg. Sie betreibt ihre Praxis unter einem Flachdach mit großen Fensterflächen nach Osten und Süden, einer Dachterrasse sowie ei-

nem Nordfenster. Ohne Klimaanlage oder Ventilator hält sie die Räume über drei ineinandergreifende Ansätze kühl: Abschirmen der Sonneneinstrahlung, Luftzirkulation und Verdunstungskälte. Diese Methoden übernahm von Brandis, die den Beginn ihrer ärztlichen Laufbahn in Südspanien verbrachte, von maurischer Architektur (verschattete und dennoch luftdurchlässige Fronten, begrünte Innenhöfe, Verdunstungskälte durch Brunnen).

Neben verstärkter Dachdämmung und einer seit fünf Jahren bestehenden Drei-

Klimaquiz

Welche Medikamente zeigen in Hitzeepisoden eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und müssen gegebenenfalls angepasst werden?

- a. Antipsychotika
- b. Diuretika
- c. L-Thyroxin
- d. Laxanzien
- e. Antiarrhythmika / **Auflösung auf S. 498**



fachverglasung geht sie situativ vor: Fenster werden je nach Sonnenstand mit dämenden Vorhängen verdunkelt, gegenüberliegende vor allem nachts geöffnet. Zusätzlich werden, möglichst stündlich, Terrasse und Dachziegel mit kaltem Wasser besprengt, ein Aromabrunnen sorgt für Verdunstungskälte. Von Brandis schätzt pro Maßnahme eine Reduktion der Innenraumtemperatur um 1–2°C. So lag das Maximum lange bei 24°C. Während der Hitzewelle Ende Juni 2026 waren es maximal 27°C. Das ist ein starkes Ergebnis für ein überwiegend passives und somit klimaschonendes Konzept.

Beispiel 2: Hitzevulnerabilität von Senioren – Arbeitskreis

Das zweite Best-Practice-Modell wurde eingereicht von Nadine Hofmann, Fachbereichsleitung Senioren der AWO Gießen. Zu dieser gehören fünf stationäre Senioreneinrichtungen, zwei Seniorentages-

zentren und der ambulante Pflegedienst. Aufgrund der Hitzevulnerabilität der Betreuten wurde 2024 ein Arbeitskreis Hitze gegründet, der bestehende Maßnahmen evaluierte und laufend neue erarbeitete. Bei der AWO Gießen leitet ein Mail-Verteiler Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes automatisch ans Personal weiter. Es wurden Thermometerbänder für alle Bewohnerzimmer und relevanten Räume angeschafft. Bewohner, Angehörige, Gäste, Klienten und Personal erhalten jeweils für sie zugeschnittene Infoflyer zum Thema Hitzeschutz. Zudem werden kurz vor dem Sommer Bewohner und Angehörige auf die Notwendigkeit von Sonnenschutz hingewiesen und das Personal jährlich zu hitzebedingten Erkrankungen geschult.

Baulich verfügen alle sonnenseitigen Zimmer über Beschattung durch nachgerüstete Sonnensegel und Terrassenüberdachungen. Zentrale Gemeinschaftsräume sind teilweise klimatisiert und dienen so-

mit als Kälteinseln. Wasserspiele und fußkühlende Bäder im Garten sorgen für Abkühlung, zudem werden gezielt Schattenplätze geschaffen. Im Pflegealltag kommen kühlende Waschungen, ein angepasster Speiseplan mit leichten, wasserreichen Mahlzeiten sowie Trinkoasen, alkoholfreie Cocktailnachmittage und Trinkprotokolle oder Bilanzierungen zum Einsatz.

Teilweise umgesetzt ist leichte Arbeitsbekleidung für das Personal in Hitzeepisoden. Geplant sind die Weiterbildung einer Pflegedienstleitung zur Hitzeexpertin sowie, sobald die Software eine Schnittstelle bietet, die automatische Einspeisung der Zimmertemperaturen in die digitale Bewohnerakte samt automatisch eingeleiteter Schutzmaßnahmen.

Der Erfolg ist deutlich: Trotz der Rekordtemperaturen Ende Juni musste in der Hitzeepisode kein Bewohner wegen hitzebedingter Erkrankungen im Krankenhaus behandelt werden. Für den zusätzlichen baulichen sowie pflegerischen Aufwand

Hitze und Katastrophenschutz – ein Kommentar

Das Aktionsbündnis zum Hitzeaktionsstag am 11.06.2026 hält in seinem Positionspapier fest, dass Deutschland „auf Krisenlagen durch Extremhitze bislang nicht ausreichend vorbereitet“ ist. Es fordert u. a. „klare Zuständigkeiten und die Integration von Extremhitze in Krisenvorsorge und Katastrophenschutz“ sowie „Ein vorbereitetes und gestärktes Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen“ sowie die Sicherstellung der Finanzierung dieser Maßnahmen.

Dr. med. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, bringt es auf den Punkt: „Hitzeschutz muss deshalb verbindlich in Krisenvorsorge und Katastrophenschutz integriert werden. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen müssen auch unter Extrembedingungen leistungsfähig bleiben.“ [1]

Laut dem Katastrophenschutzplan des hessischen Innenministeriums in der aktualisierten Form vom 1.1.2024 wird „Hitze“ erstmals unter „Wetterereignisse“ neben Starkregen, Sturm, und Hochwasser als Katastrophe im Allgemeinen Teil erwähnt. [2] Dies müsste zur Folge

haben, dass die vielen Aktionen zu Hitzewellen nicht mehr auf freiwilliger Basis, sondern verbindlich und per Verordnung erfolgen, schrieben Ärzte schon 2025. [3]

Das Beispiel Frankreich zeigt, wie vorbeugender Katastrophenschutz angesichts des Klimawandels bei Hitzefolgeschäden, zu dem auch Waldbrände gehören, funktionieren kann.

So hatte die Region Gironde, die im Juli die schlimmsten Waldbrände ihrer Geschichte nach der diesjährigen Hitzekatastrophe erlebte, bereits im Juli 2025 die Evakuierung der Halbinsel Cap Ferret an der Atlantikküste in einem Großmanöver trainiert. Allein am 24. Juli dieses Jahres konnten 1.200 Personen mit Schiffen und 36.000 Personen auf dem Landweg vor den Feuern evakuiert werden, ein Krankenhaus und mehrere Pflegeeinrichtung inklusive, wobei niemand verletzt wurde. [4] Auf solche Hitzekatastrophen ist Deutschland nach Ansicht von Experten nicht vorbereitet.

Vorschlagen möchte ich der Landesärztekammer Hessen, die Ärztinnen und

Ärzten in den besonderen Anforderungen des Katastrophenschutzes fortzubilden. [5]

Erhebungen bei Krankenhäusern und Arztpraxen sind zwar keine originären Aufgaben unserer Kammer, anzuregen wären aber auch hier vielleicht freiwillige Umfragen und die Ausarbeitung entsprechender Empfehlungen, beispielsweise durch die AG „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“. Denn nach der Hitzekatastrophe ist vor der Hitzekatastrophe.

Pierre E. Frevert



Foto: privat

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



gibt es derzeit keine Gegenfinanzierung. Die Leistung des Personals, das dies trotz der Belastung durch körperliche Arbeit bei Hitze zum Wohle der ihnen Anvertrauten gestemmt hat, verdient besondere Anerkennung.

Fazit nach der aktuellen Hitzeepisode

Das gilt für alle Gesundheitseinrichtungen. Besonders eindrücklich waren Schilderungen der Hitzewelle Ende Juni aus Rettungsdienst, Notaufnahmen und stationären Einrichtungen ohne ausreichendes Hitzeschutzkonzept: Durch die Kombination aus erhöhtem Patientenaufkommen und überhitzten Arbeitsplätzen arbeiteten viele Kolleginnen und Kollegen an der Grenze der körperlichen und psy-

chischen Erschöpfung. Die hessische Gesundheitsministerin würdigte diese Leistung, politische Konsequenzen blieben jedoch aus.

Dabei ist bekannt, dass solche Hitzeepisoden künftig häufiger und extremer auftreten werden. Resultierende Herausforderungen können durch die aktuellen Maßnahmen nicht bewältigt werden und führen vorhersehbar zu höherer Hitzemortalität. Die Organisatoren und Kooperationspartner des Hitzeaktionstags 2026 forderten daher bereits Anfang Juni, Hitzeschutz in Krisenvorsorge und Katastrophenschutz zu integrieren.

Trotz der folgenden Hitzewelle mit hoher Sterblichkeit scheiterten entsprechende Gesetzesvorhaben bislang auf Bundesebene wie gewohnt an Finanzierungsfragen zwischen Bund und Ländern. Das Thema

ist inzwischen wieder in den Hintergrund gerückt. Ohne staatliche Investitionen in bauliche Maßnahmen im öffentlichen Raum und in Gesundheitseinrichtungen wird effektiver Hitzeschutz jedoch nicht gelingen. Hält die Politik am Status quo fest, drohen in den kommenden Jahren nicht nur weitere Rekordtemperaturen, sondern auch traurige Rekorde bei der Hitzemortalität.

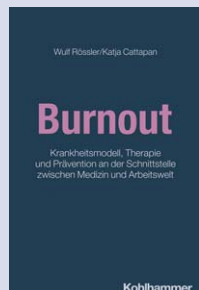
Svenja Krück

Klimaschutzbeauftragte der Landesärztekammer Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic

Bücher



Wulf Rössler/Katja Cattapan: Burnout Krankheitsmodell, Therapie und Prävention an der Schnittstelle zwischen Medizin und Arbeitswelt

Kohlhammer 2024. 2024. 115 Seiten mit 6 Abb., kartoniert, 26 € ISBN 9783170206793

Das Büchlein macht schon nach wenigen Zeilen mit der problematisierenden Frage, warum „der Begriff (Burnout) eine so schwer verstehbare Popularität in der westlichen Welt erlangt“, Hoffnung auf einen anspruchsvollen, die bestehenden nosologischen Unklarheiten ergänzenden Inhalt. Kompakt und fundiert stellen die beiden Autoren im ersten Teil dann auch die Komplexität des „Begriffs Burnout“ dar – ausgehend von seinem Erscheinen in der Mitte des letzten Jahrhunderts über seine unklare medizinische Einordnung (auch im ICD-11 noch als Zusatzdiagnose) hin zu dem zwingenden (?) Zusammenhang mit der Arbeitswelt bis zu den gesellschaftlichen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte.

Eine Fülle von Aspekten (so individuelle, gesellschaftliche, medizinische, neurobiologische und soziologische) wird Interesse weckend angeschnitten, so dass sich auch Laien und Organmediziner – eine gewisse Lesefreudigkeit angesichts des nur durch wenige Schaubilder unterbrochenen Textes vorausgesetzt – angesprochen und zum Weiterdenken angeregt fühlen dürften. Auch

um diagnostisch zu sensibilisieren, wird ein Überblick über Symptomatik und die schwierige Diagnosestellung gegeben.

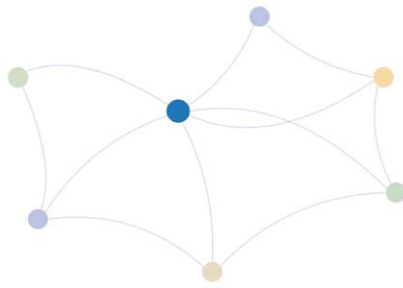
Wer mit (möglicherweise) Betroffenen zu tun hat, bekommt durch Beispiele eher leichter Verläufe eine Orientierung über erste hilfreiche Maßnahmen. Wer psychotherapeutisch über Erfahrung mit den nicht seltenen komplexen Verläufen verfügt, wird durch die Fokussierung ursächlicher Aspekte auf die individuelle Stressverarbeitung und auf Belastendes im Arbeitsumfeld wenig Neues finden.

Entsprechend begrenzend empfehlen die Autoren überwiegend Behandlungselemente des kognitiv-behavioralen Verfahrens. Sie begründen dies zwar mit der spärlichen Studienlage, jedoch wird m. E. dadurch dem zu recht beklagte Mangel einer „von allen akzeptierte(n) Definition von Burnout“ nicht entgegen getreten. Ergänzend stellen sie die ihrer Meinung nach auch von Nicht-Fachkräften anwendbare Methode der Supportiven Psychotherapie (SPT) dar – schulenübergreifend zur Stabilisierung allgemein sowie zur Behandlung chronisch-psychiatrisch Erkrankter anerkannt. Insofern wird auch hiermit keine Idee geboten, die sehr wichtigen psychodynamischen Ansichten zu Burnout zu integrieren.

Nach anregender und gehaltvoller Lektüre bleiben somit Fragen mancher Leser*innen nach den Auswirkungen der Beziehungsstörungen unserer Zeit offen.

Annette Meyer-Vogt

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytikerin



Kinder und Jugendliche mit Störungen der Emotionsregulation und selbstverletzenden Verhaltensweisen

Bedeutung für die Suizidprävention und klinische Praxis Serie Teil 3

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) ist bei Kindern und Jugendlichen häufig und klinisch relevant. Studien zeigen, dass bis zu 20 % der Jugendlichen zumindest einmal im Leben NSSV berichten [1, 6]. NSSV ist nicht gleichbedeutend mit Suizidalität, stellt jedoch einen wichtigen Risikofaktor für suizidale Gedanken und Handlungen dar. Für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen ergibt sich daraus eine zentrale Rolle in der Früherkennung und Prävention.

Klinische Einordnung und Funktion

NSSV tritt häufig im Kontext von Störungen der Emotionsregulation auf. Betroffene berichten von intensiven, schwer steuerbaren Gefühlen wie Anspannung, Leere oder innerer Unruhe. Das Verhalten dient meist der kurzfristigen Entlastung, etwa durch Spannungsabbau oder Affektregulation.

Diese funktionale Perspektive ist zentral: Wer NSSV vorschnell als „manipulativ“ einordnet, verkennt die meist zugrunde liegende psychische Not. Gleichzeitig zeigen aktuelle Übersichtsarbeiten, dass wiederholtes NSSV mit einem erhöhten Risiko für spätere Suizidversuche einhergeht [2, 6].

Risikofaktoren und entwicklungsbezogene Aspekte

Neben Emotionsregulationsdefiziten spielen komorbide Störungen (v. a. depressive Störungen, Angststörungen, externalisierende Störungen), belastende Lebensereignisse und familiäre Konflikte eine wichtige Rolle [2].

Im Jugendalter kommen entwicklungsbedingte Faktoren hinzu: erhöhte Impulsivität, eine noch nicht ausgereifte Emotionsregulation sowie ein starker Einfluss von

Peers und sozialen Medien. Suizidale Krisen entwickeln sich oft rasch und verlaufen situativ. Gerade deshalb müssen auch scheinbar vorübergehende Krisen ernst genommen werden.

Bedeutung für die somatische Praxis

Viele betroffene Jugendliche stellen sich zunächst in allgemeinmedizinischen oder pädiatrischen Settings vor. Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen nehmen daher eine Schlüsselrolle ein.

Wichtig ist, aktiv und wertfrei nachzufragen. Offene Fragen („Hast Du dich in letzter Zeit selbst verletzt, dich zum Beispiel geschnitten?“ oder „Gab es Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen?“) erhöhen nicht das Suizidrisiko, sondern eröffnen häufig erstmals einen Zugang zum Gespräch [1].

Warnsignale sind u. a. wiederholte ungeklärte Verletzungen, sozialer Rückzug, ausgeprägte Stimmungsschwankungen oder Hinweise auf innere Anspannung. NSSV isoliert stellen keine Indikation für eine sofortige psychiatrische Abklärung dar. Entscheidend ist die Einschätzung der aktuellen Suizidalität. Bei konkreten Suizidgedanken oder eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit sollte umgehend eine fachpsychiatrische Abklärung erfolgen.

Suizidprävention und Behandlung

Zentral für die Suizidprävention ist eine tragfähige therapeutische Beziehung. Validierung wirkt häufig bereits deeskalierend. Auch kurze Interventionen können helfen, etwa Strategien zur Spannungsreduktion oder das Aktivieren von Unterstützungssystemen.

Evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren stehen zur Verfügung. Für die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Ado-

leszente (DBT-A) zeigen randomisiert kontrollierte Studien eine Reduktion von NSSV und suizidalen Symptomen [4, 5]. Wichtig ist jedoch eine differenzierte Indikationsstellung: Nicht jedes NSSV ist behandlungsbedürftig – und nicht jede Behandlung erfordert DBT-A. Entscheidend sind Schweregrad, Funktion des Verhaltens und Komorbiditäten. Häufig genügen zunächst niedrigschwellige und psychosoziale Interventionen [1, 2].

Fazit

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten ist bei Kindern und Jugendlichen häufig und klinisch bedeutsam. Es dient meist der Emotionsregulation und ist ein wichtiger Risikofaktor für Suizidalität. Für die Praxis gilt:

- NSSV aktiv und wertfrei ansprechen
- Suizidalität konsequent mit erfassen
- Warnsignale ernst nehmen
- frühzeitig weitervermitteln

Eine strukturierte, zugewandte und interdisziplinäre Versorgung kann wesentlich zur Suizidprävention beitragen.

Charlotte Sachs

Fachärztin für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -
psychotherapie,
Leitung DBT-
A-Station,
Universitätsmedizin
Frankfurt,



Foto: privat

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters

E-Mail via: haebl@laekh.de

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

„Meine Bildungsreise ist noch nicht zu Ende“

Nour Alhuda Erksousi kam aus Syrien hierher und will jetzt Medizin studieren

Flüchtling aus Syrien, Kopftuch tragende Muslima, fünffache Mutter: Attribute, über die Frauen wie Nour Alhuda Erksousi negativ bewertet werden. Gerade der Werdegang dieser jungen Frau verdeutlicht, wie sehr Vorurteile aufgrund von Herkunft und Religionszugehörigkeit in die Irre führen können. In flüssigem und grammatikalisch korrektem Deutsch erzählt Nour über Privates und Berufliches – und dies in der Hoffnung, dass Entscheidungsträger den einzelnen Menschen im Blick haben und Frauen wie ihr berufliche Entfaltung ermöglichen.

Die Sprache des Landes, in das Nour vor elf Jahren mit ihrem Mann und drei Söhnen flüchtete, lernte sie anfangs nur übers Selbststudium. Zeit für Kursbesuche hatte

Vorstellungskraft, als sie mit ihrer Familie in Kassel ein neues Leben begann.

Die erste Zeit sei es ihr in der „total fremden Umgebung“ sehr schlecht gegangen; nicht nur die Sprache, sondern so vieles andere habe sie nicht verstanden. „Ich war körperlich und emotional am Ende“, so Nour. „Es gab zum Glück Menschen, die uns zur Seite standen“, betont die fünffache Mutter. In der Zeit, in der sie in einer Gemeinschaftsunterkunft lebten, habe sie ein deutsches Ehepaar kennengelernt: Rüdiger und Barbara. Nour erinnert sich noch sehr genau an diesen Moment in der Kirche: „Ich bin auf Barbara zugegangen, habe meine Hand auf den Tisch gelegt und – in einfachem Englisch – um Hilfe gebeten.“ Es sei kein geplanter Schritt gewesen, sondern eine spontane Handlung, weil sie in ihrer Not keine andere Möglichkeit mehr gesehen habe.

In der Gemeinschaftsunterkunft lebte die Familie – damals noch fünfköpfig – in einem Zimmer und teilte mit vielen anderen Küche und Bad. „Die Situation war sehr belastend, besonders weil ich zu dieser Zeit schwanger war und kurz vor der Geburt meiner Zwillinge stand“, erzählt Nour.

Das deutsche Ehepaar habe sie und ihre Familie mit großer Offenheit unterstützt und dabei geholfen, eine Wohnung zu finden und einzurichten. „Nur 16 Tage vor der Geburt konnten wir in unsere eigene Wohnung einziehen“, so Nour. Inzwischen seien Barbara und Rüdiger zu einem Teil ihrer Familie geworden.

„Wir feiern gemeinsam Feste wie Weihnachten und Ostern. Die Begegnung mit den beiden hat mein Vertrauen in Menschen und in neue Anfänge nachhaltig geprägt.“ Es gab aber auch Erlebnisse, an die sich Nour ungern erinnert. Damit es nachvollziehbar wird, wie schlimm eine bestimmte Situation war, erzählt sie davon: Es war der erste Elternabend, an dem sie „hochschwanger“, im Januar 2016 teil-



nahm. „Ich saß da und lächelte immerzu, ich nickte und klatschte mit den anderen Eltern, damit ja nicht auffällt, dass ich nichts verstand.“ Nach diesem Elternabend empfand sie Scham. Sprachlos zu sein, das sei ihr so peinlich gewesen, dass sie sich vorgenommen habe, so schnell wie möglich Deutsch zu lernen. „Tagsüber war ich Mutter und Hausfrau, abends meine eigene Lehrerin“, sagt Nour. Mit Wörterbuch und Videos im Internet habe sie angefangen, Deutsch zu lernen.

Ein Jahr später saß Nour im selben Klassenzimmer, diesmal verlief der Elternabend ganz anders. Sie meldete sich immer wieder zu Wort und wurde sogar in den Elternbeirat gewählt. Inzwischen engagiert sie sich sogar im Stadtelternbeirat. „Mir geht es nicht im Titel und Position, sondern eine Stimme für meine und andere Kinder zu sein, mich für sie einzusetzen“, betont die 32-Jährige.

Mutter und Hausfrau sein: Das reichte Nour nicht. Die Freiheit, die sie in Deutschland hat, wollte sie dafür nutzen, mehr aus sich zu machen. Sie bewarb sie sich um Ausbildungsplätze – in medizinischen Berufen, weil sie sich für alles, was mit Medizin zu tun hat, auch schon in Syrien interessierte. Eine Berufsausbildung, geschweige ein Studium war aber dort nicht vorgesehen gewesen für die Tochter einer Schneiderin und eines Kaufmanns. „Einen Monat nach meiner Abschlussprüfung der Oberschule war meine Hochzeit“, erzählt sie. Der Bräutigam war 28 und sie 17 Jahre alt.

Nour sagt, sie führe eine glückliche Ehe, werde von ihrem Mann unterstützt und darin bestärkt, ihre beruflichen Ziele zu



MFA Nour Alhuda Erksousi mit ihrer Mentorin Dr. med. Mareile Wilsch aus Kassel.

die Mutter von kleinen Kindern nicht. Zwei, vier und fünf Jahre alt waren die Söhne, als sich die Familie im Sommer 2015 von Damaskus aus auf den Weg nach Europa machte. „Meinem Mann und mir war klar, dass wir weggehen müssen, uns in Sicherheit bringen müssen. Einen genauen Plan hatten wir aber nicht“, erzählt Nour. Dass sie einmal Deutsch sprechen, ja sogar deutsche Staatsbürgerin werden würde: Das war fern ihrer

verfolgen. Weil sie auf ihre vielen Bewerbungen – etwa als Arzthelferin, Laborassistentin, Zahnmedizinische Helferin – nur Absagen bekam, habe er ihr gesagt, sie könne doch das Tuch ablegen, von ihm aus müsse sie es nicht tragen. Eine Frau mit arabischem Namen, die Kopftuch trägt, Mutter von fünf Kindern ist und deren Deutsch nicht perfekt ist: Das wecke nun mal keine positiven Assoziationen, sagt Nour in einem ganz sachlichen Ton.

„Ich kann und möchte aber das Kopftuch nicht ablegen“, sagt die fromme Muslima. Seit ihrem elften Lebensjahr trage sie ein Kopftuch, sie habe sich so sehr daran gewöhnt, dass sie sich mit offenem Haar so fühle, als sei sie nackt.

Eines Tages, Nour war wegen einer weiteren Absage sehr niedergeschlagen, erzählte sie während eines Termins bei der Kinderärztin von ihrem Frust. Und davon, wie

gerne sie einen medizinischen Beruf erlernen wolle. An die Reaktion von Mareile Wilsch erinnert sich Nour sehr genau: „Wenn Sie möchten“ habe sie gesagt, „können Sie bei mir eine Ausbildung machen. Ich suche eine Auszubildende.“ Nour erzählt, gar nicht überlegen zu haben. „Ja, würde ich gerne“ habe sie geantwortet.

Die Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten hat Nour fünf Jahre nach ihrer Ankunft in Deutschland begonnen und längst abgeschlossen, in der Kinderarztpraxis von Dr. Mareile Wilsch ist sie weiterhin tätig. Einmal die Woche arbeitet sie ganztags und viermal die Woche nur vormittags, damit sie genug Zeit für ihre Kinder hat.

Nach ihrer Ausbildung absolvierte die ehrgeizige und wissbegierige Muslima mehrere Fort- und Weiterbildungen – alle an der Carl-Oeilemann-Schule der Landesärz-

tekammer Hessen in Bad Nauheim; so etwa zu Impfmanagement, Qualitätsmanagement, Ernährungsmedizin und zuletzt zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung. „Während der Präsenzzeiten, meist waren sie montags bis freitags, hat sich mein Mann um die Kinder gekümmert“, sagt Nour. Er habe vor ihr eine Ausbildung gemacht und sei bei einer Firma als Dachdecker angestellt.

Ohne die Unterstützung ihres Mannes und ihrer Eltern, die vier Jahr später aus Syrien flüchteten und ebenfalls in Kassel leben, sei das alles nicht möglich gewesen, sagt Nour. Und schon gar nicht ohne Mareile Wilsch, der Kinderärztin, betont sie. Denn von den gängigen Vorurteilen über Geflüchtete und Kopftuchträgerinnen habe sich diese Medizinerin nicht in die Irre führen lassen und ihr es ermöglicht, sich zu entfalten. „Ich liebe es, zu lernen“, sagt Nour. Ihre „Bildungsreise“ sei längst nicht zu Ende. Ihr nächstes Ziel: Medizin studieren.

Canan Topçu

E-Mail:
c.topcu@
schreibenund
sprechen.eu



Foto: Hans-Ulrich Weitz

Die Autorin (Jahrgang 1965) ist in der Türkei geboren und ausgebildete Journalistin. Sie schreibt seit mehr als 30 Jahren vor allem über Themen zu Migration und Muslime in Deutschland.

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung

Termin:	Beginn 16.11.2026	 www.carl-oeilemann-schule.de
Information und Anmeldung:	Mit der höherqualifizierenden Berufsbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ bauen Sie auf Ihrem Wissen als Medizinische/r Fachangestellte/r auf und qualifizieren sich in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Tanja Oberwallner Fon: 06032 782-131 E-Mail: tanja.oberwallner@laekh.de	
Kurzlink:	https://t1p.de/xn90t	

Landesdelegiertenversammlung des Hartmannbund-LV Hessen

Termin: Samstag, 5. September 2026
von 10–12 Uhr, Präsenzsitzung

Ort: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, Mainzer Landstr. 275, 60326 Frankfurt am Main, 1. OG.

Referent: Prof. Dr. Martin Hirsch, Leiter des Instituts für KI in der Medizin an der Universität Marburg. Er setzt sich seit



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Jahren wegweisend für ethische Leitlinien und den verantwortungsvollen KIEinsatz im Klinikalltag ein.

Anmeldung per E-Mail an:
jeannette.hristov@hartmannbund.de

Erinnerung an Dr. med. Gabriel Nick

* 23.06.1938 † 03.05.2026

Foto: Wachendörfer

Im Mai mussten wir uns von unserem langjährigen Kollegen Gabriel Nick verabschieden, der sich um die Belange seiner Patienten und die der hessischen Ärzteschaft immer engagiert verdient gemacht hat. 1938 in Britisch-Palästina geboren – seinen Eltern war in diesem Jahr gerade noch die Ausreise aus NS-Deutschland geglückt –, nach dortiger und im späteren Israel verbrachter Schul- und Militärzeit ab 1958 in Berlin mit Unterstützung durch ein Stipendium (wegen bester Chemieprüfung aller ausländischen Studenten jemals) Medizin studierend, war er nach kurzer Assistenzarztzeit ab 1970 Landarzt in Hessen, von 1974 bis zu seinem Ruhestand 2005 in Braunfels, ab 1986, dem Jahr seiner Promotion, in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis, in der ich von Anfang an trotz seines immensen Erfahrungsvorsprungs immer gleichberechtigt und auf Augenhöhe behandelt wurde.

Dies als schon Verheirateter und glücklicher Vater eines Sohnes, eine Tochter und ein weiterer Sohn sollten folgen, schließlich noch drei Enkelkinder – die Familie ging ihm über alles.

Engagement für die Patientenversorgung war sein Leitmotiv, der Aufbau einer Notfalldienstzentrale, Lehrbeauftragter der Uni



Gießen, 1995 die Facharztanerkennung, viele Jahre berufspolitische Tätigkeit in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, später in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen, auch als Mitglied in deren Finanzausschuss, und Mitgründer (mit Prof. Jakob Altaras) sowie auch späterer Vorsitzender der Jüdischen Gemeinde Gießen sind Wegmarken seines Lebens, zu dem auch der Einsatz für den Erhalt des als „Falkeneck“ bekannten Kreiskrankenhauses in Braunfels im Vorstand der Interessengemeinschaft zählt. Eine verdiente Würdigung erhielt er 2023 durch die Verleihung der Ehrenplakette der Kammer in Silber.

Meinen in der Patientenversorgung überaus engagierten und im positiven Sinne streitbaren Kollegen (etwas, das vor allem bei seinem berufspolitischen Einsatz wiederholt missverstanden wurde), immer für die Sache unterwegs, immer aufrecht und geradlinig, werde ich nicht vergessen können – als Verfechter der Interessen der hessischen Ärzteschaft vermissen wir ihn alle.

Martin Leimbeck
für die Landesärztekammer Hessen

Krebsregister auf dem Hessentag 2026 in Fulda



Vom 12. bis 21. Juni 2026 fand der Hessentag in Fulda statt. Die Veranstaltung stand in diesem Jahr im Zeichen des 80-jährigen Bestehens des Landes Hessen und bot zahlreiche Gelegenheiten für Information und Austausch.

Am „Treffpunkt Hessen“ präsentierten hessische Ministerien, Organisationen und Vereine ihre Arbeit. Auch das Hessische Krebsregister war erneut vertreten und informierte am Eröffnungstag über die Aufgaben und Ziele der klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung. Am Stand des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) erhielten Besucherinnen und Besucher Einblicke in die Arbeit des Krebsregisters sowie in aktuelle Auswertungen zum Krebsgeschehen in Hessen. Parallel informierten Dr. Matthias Trost, Referatsleiter „Infektionsschutz, Medizinische Ge-

fahrenabwehr“ im HMFG, und sein Team über das Thema Impfen. Weitere Schwerpunkte lagen auf der FamilienApp Hessen und der Organspende. Mitten im Geschehen: Familien- und Gesundheitsministerin Diana Stolz (Foto 3. v.r.) nutzte die Gelegenheit vor Ort für den direkten und persönlichen Austausch mit den Besucherinnen und Besuchern.

Die Gespräche zeigten ein großes Interesse an den Krebsdaten und an der Bedeutung der Krebsregistrierung für Forschung, Gesundheitsberichterstattung und Versorgung. Dr. med. Gunther Rexroth, Martin Rapp und Vera Reinhard, Mitarbeitende der bei der Landesärztekammer Hessen angesiedelten Vertrauensstelle, blickten auf einen gelungenen Veranstaltungstag zurück und sind sich einig: „Die Gespräche mit den Besucherinnen und Besuchern haben uns gezeigt,

wie wichtig diese Form der Öffentlichkeitsarbeit für das Krebsregister ist. Im kommenden Jahr sind wir gerne in Idstein dabei.“

Hessisches Krebsregister



Mitarbeitende aus dem HMFG und Krebsregister gemeinsam mit Diana Stolz am Stand des HMFG.

Generative KI für Ärztinnen und Ärzte: Mehr Zeit für Medizin?

Angebot der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Ärztinnen und Ärzte verbringen einen erheblichen Teil ihres Arbeitsalltags mit Dokumentation, Korrespondenz und der Aufbereitung medizinischer Informationen. Generative künstliche Intelligenz, kurz GenKI, kann dabei unterstützen: Sie erstellt Entwürfe für Arztbriefe und Verlaufsnotizen, strukturiert Befunde, vereinfacht Fachsprache und hilft bei Patienteninformationen oder SOPs. Der derzeit am besten belegte Nutzen liegt nicht in einer autonomen Diagnostik oder Therapieentscheidung, sondern in der Entlastung bei sprachlichen und administrativen Aufgaben. Entscheidend ist dabei der Begriff Entwurf: Die KI kann vorbereiten und formulieren, die fachliche Prüfung und die medizinische Verantwortung bleiben jedoch bei der Ärztin oder dem Arzt.

Was Studien zeigen

Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass KI-gestützte Dokumentationssysteme den Zeitaufwand reduzieren können. In einer Studie sank die durchschnittliche Bearbeitungszeit einer klinischen Notiz von 6,2 auf 5,3 Minuten. Eine weitere Untersuchung zeigte eine um rund 20 % kür-

zere Bearbeitungszeit pro Notiz sowie weniger Dokumentationsarbeit nach Dienstschluss.

Der Nutzen besteht nicht nur in eingesparten Minuten. Statt Texte vollständig neu zu verfassen, können Ärztinnen und Ärzte strukturierte Entwürfe prüfen und korrigieren. Dadurch kann mehr Aufmerksamkeit für medizinisch relevante Inhalte und das persönliche Gespräch bleiben.

Die Evidenzbasis ist allerdings noch jung. Viele Studien liefen nur über kurze Zeiträume oder beruhten teilweise auf Selbsteinschätzungen.

Gute Prompts und sorgfältige Prüfung

Nicht jeder automatisch erzeugte Text spart Zeit. Unklare Aufträge können zu langen, unvollständigen oder unübersichtlichen Entwürfen führen. Gute Prompts sollten deshalb Aufgabe, Zielgruppe, erlaubte Informationen und gewünschte Struktur klar festlegen. Ebenso wichtig ist die Anweisung, keine fehlenden medizinischen Angaben zu erfinden und Unsicherheiten sichtbar zu machen. Generative KI kann sprachlich überzeugende Texte er-

zeugen, die dennoch Fehler enthalten. Diagnosen, Medikamente, Dosierungen, Allergien, Laborwerte und Therapieempfehlungen müssen daher besonders sorgfältig kontrolliert werden. Auch der Datenschutz ist zentral. Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nur in technisch, organisatorisch und rechtlich geprüften Systemen verarbeitet werden. Die informelle Nutzung frei zugänglicher KI-Tools, oft als „Schatten-KI“ bezeichnet, birgt erhebliche Risiken.

Fazit

Generative KI ersetzt weder ärztliche Expertise noch klinische Urteilskraft. Richtig eingesetzt kann sie jedoch Dokumentations- und Formulierungsaufgaben erleichtern und mehr Zeit für die persönliche Patientenversorgung schaffen. Der größte Nutzen entsteht durch klare Anwendungsfälle, präzise Prompts, sichere technische Rahmenbedingungen und eine konsequente ärztliche Prüfung.

Patrick Merke

Akademieleiter bei frankfurter akademie für neue arbeitskultur und neue führung & Geschäftsführer bei „Fit für KI GmbH“



Foto: privat

Doreen Ziedorn

Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin, Leitende Ärztin Krankenhaushygiene, Lahn-Dill-Kliniken Wetzlar



Foto: privat

Workshop „Generative KI im ärztlichen Alltag einsetzen“ – sicher und effizient

Termin:	Samstag, 07.11.2026, 9–17 Uhr Präsenzveranstaltung
	Freitag, 20.11.2026, 15–17:30 Uhr Follow-Up als Live-Webinar via Zoom
Information und Anmeldung:	Jennifer Konert, M.A. Fon: 06032 782-219 E-Mail: jennifer.konert@laekh.de
Kurzlink:	https://t1p.de/rrgpl



www.akademie-laekh.de

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 12.09.: Dr. med. Ralph Neukirch,
Weiterstadt, 65 Jahre
- 24.09.: Dr. med. Gisela Koulen,
Frankfurt, 65 Jahre
- 01.10.: Hader Becker, Frankfurt, 65 Jahre
- 02.10.: Dr. med. Otto Kern,
Obertshausen, 75 Jahre
- 05.10.: Hubert Grzesiek, Frankfurt,
70 Jahre
- 05.10.: Dr. med. Edeltraut Fritz, Bad
Homburg, 80 Jahre
- 05.10.: Lieselotte Hildegard Fuckel,
Bad Orb, 85 Jahre
- 06.10.: Ltd. Med. Dir. i. R. Dr. med.
Helmut Ernst, MPH,
Langenselbold, 70 Jahre
- 08.10.: Prof. Dr. med. Rainer Seitz,
Langen, 75 Jahre
- 10.10.: Dr. med. Heinz-Dieter Büttner,
Offenbach, 80 Jahre
- 12.10.: Med.-Dir. i. R. Dr. med. Mihaly
Hegedüs, Langen, 85 Jahre
- 13.10.: Dr. med. Mechthild Dahlhausen,
Kronberg, 65 Jahre
- 15.10.: Thomas Henkel, Frankfurt,
65 Jahre
- 19.10.: Dr. med. Ortwin Joch,
Bad Homburg, 90 Jahre
- 20.10.: Dr. med. Thorsten Walther,
Darmstadt, 65 Jahre
- 22.10.: Dr. med. Thomas Hardt,
Wiesbaden, 70 Jahre
- 23.10.: Dieter Hanfstingl, Erlensee,
80 Jahre
- 24.10.: Eva Simon-Blum, Offenbach,
70 Jahre
- 27.10.: Arno Kemmler, Königstein,
65 Jahre
- 27.10.: PD Dr. med. Martin Graubner,
Fernwald, 80 Jahre
- 29.10.: Dr. med. Hans Wehrheim,
Maintal, 70 Jahre

Interessenkonflikt

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

Einladung zur 12. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 17. Wahlperiode 2023–2028

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 12. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2023–2028 lade ich Sie ein für
Mittwoch, 23. September 2026, 17:00 Uhr s. t.,
in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der
11. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 21. März 2026
4. Versorgungswerk
 - a) Jahresabschluss 2025
 - b) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2026
5. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
Beitragsordnung
6. Sachstandsbericht Immobilienstandort Bad Nauheim
(Projekt Campus Bad Nauheim)
7. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

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

Frankfurt am Main, 1. Juli 2026

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski

– Präsident –



Aus der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Die Landesärztekammer Hessen gibt
hiermit folgendes Ergebnis der Nach-
wahl zu den Ämtern der Vorsitzenden
und stv. Vorsitzenden der Prüfungs- und
Widerspruchsausschüsse im Weiterbil-
dungswesen in der Delegiertenver-
sammlung am 21. März 2026 (Wahlperi-
ode 2023–2028) bekannt:

Dr. med. Peter Dahl

Frankfurt, 4. August 2026

gez. Dr. med. Edgar Pinkowski,
Präsident der
Landesärztekammer Hessen

Landesärztekammer Brandenburg hat neuen Vorstand

Dr. med. Steffen König, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist neuer Präsident der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB). Seit 2021 war er bereits Vizepräsident der LÄKB, er ist Mitglied des Marburger Bundes.

Neue Vizepräsidentin der LÄKB ist Dr. med. Karin Harre. Sie ist stellvertretende Vorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Brandenburg und Hausärztin in Walsleben.

Als wichtigste Herausforderung der kommenden Jahre bezeichnete König die Weiterbildung unter den veränderten Rahmenbedingungen der Krankenhausreform. Ärztinnen und Ärzte müssten dabei unterstützt werden, sich im komplexen



Dr. med. Steffen König, neuer Präsident der Landesärztekammer Brandenburg, und die neue Vizepräsidentin Dr. med. Karin Harre.



Fotos: LÄKB

System des Kompetenzerwerbs zurechtzufinden. Zugleich müsse sich die Weiterbildungsordnung stärker an den tatsächlichen Bedingungen der Versorgung orientieren. Ein weiteres Schwerpunktthema sei für ihn der Bürokratieabbau.

Der vorherige Präsident der LÄKB, Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, trat nach neun Jahren als Präsident nicht mehr an, ist aber auch in der 10. Legislaturperiode gewähltes Mitglied der Kammerversammlung.

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zehnten und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Katharina Anli, seit 15 Jahren tätig im Augenärztlichen MVZ, Hünfeld;

Daniela Uhlworm, seit 10 Jahren und **Sabrina Sauer**, seit 20 Jahren, beide tätig im MVZ Altstadt Carree, Fulda.

Wir gratulieren zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Katja Seng, seit 25 Jahren tätig, zuletzt im Augenärztlichen MVZ Hünfeld, vormals in verschiedenen Praxen tätig;

Jessica Meuser, seit 25 Jahren tätig in der Praxis Dilltal, Herborn-Burg;

Sabine Thiel, seit 29 Jahren tätig in der Praxis Dr. med. S. Mokhtare, M. Gulde und A. Pöllath, Frankfurt.

Wir gratulieren zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

Iris Kosch, seit 40 Jahren tätig in der Praxis Julia Gründler, Lahnau, vormals Herrn Dr. med. D. Frey und Herrn R. Matuschka, vormals Praxis Dr. med. D. Frey, R. Matuschka und P. Schlosser, vormals Dr. med. M. Rossi, P. Schlosser und R. Matuschka, vormals Praxis Dr. M. Rossi, Dr. Bangert und P. Schlosser, Langgöns;

Martina Waldschmidt, seit 40 Jahren tätig in der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. Martina Bruno und Felix Maximilian Heßland, Dillenburg.

Bezirksärztekammer Wiesbaden mit neuer Adresse

Bezirksärztekammer Wiesbaden
ecos work spaces Wiesbaden
Klingholzstraße 7
65189 Wiesbaden

Fon: +49 611 97748-0
E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 02.10.: Uwe Willi Mayer, Viernheim, 65 Jahre
- 06.10.: Dr. med. Albrecht Bärenz, Grasellenbach, 75 Jahre
- 07.10.: Dr. med. Marion Petri, Bensheim, 70 Jahre
- 07.10.: Dr. med. Stefan Hoenisch, Groß-Umstadt, 85 Jahre
- 08.10.: Dr. med. Joachim Wowra, Darmstadt, 70 Jahre
- 13.10.: Dr. med. Ursula Günther, Viernheim, 80 Jahre
- 16.10.: Dr. med. Matthias Wörner, Griesheim, 70 Jahre
- 19.10.: Vitalij Jugaj, Höchst, 70 Jahre
- 21.10.: Dr. med. Benjamin Simonis, Mannheim, 65 Jahre
- 23.10.: Dr. med. Barbara Klotz, Darmstadt, 65 Jahre
- 29.10.: Dr. med. Dietmar Kalb, Heppenheim, 75 Jahre
- 31.10.: Dr. med. Reinhold Büchler, Höchst, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 10.10.: Ltd. Med.-Dir. Dr. med. Holger Meireis, Wiesbaden, 75 Jahre
- 11.10.: Dr. med. Giuliana Lenci Gartenschläger, Mainz, 65 Jahre
- 13.10.: Axel Reif, Walluf, 70 Jahre
- 14.10.: Dr. med. Anemone Strasser, Wiesbaden, 70 Jahre
- 15.10.: Dr. med. Reinhold May, Weilburg, 90 Jahre
- 16.10.: Dr. med. Dieter Claus, Friedrichsdorf, 70 Jahre
- 16.10.: Dr. med. Viola Sieben, Sörrenloch, 65 Jahre
- 17.10.: Prof. Dr. med. Frank Strutz, Wiesbaden, 65 Jahre
- 19.10.: Dr. med. Martina Heier, Wiesbaden, 65 Jahre
- 21.10.: Monika Resch, Schlangenbad, 85 Jahre
- 28.10.: Dr. med. Annette Drozd, Wiesbaden, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 01.10.: Dr. med. Matthias Hintz, Kirchhain, 85 Jahre
- 05.10.: Jörg Kley, Jesberg, 65 Jahre
- 09.10.: Siegfried Mehrer, Marburg, 65 Jahre
- 13.10.: Dr. med. Ulf-Christian Müller, Marburg, 70 Jahre
- 17.10.: Dr. med. Thomas Lutzmann, Marburg, 65 Jahre
- 21.10.: Otto Schumacher, Neustadt, 80 Jahre
- 25.10.: Bernhard Miermeister, Wabern, 70 Jahre
- 27.10.: Dr. med. Michael Bismarck, Fritzlar, 85 Jahre
- 31.10.: Prof. Dr. med. Gerd Richter, Marburg, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 26.08.: Dr. med. Karl Schröder-Rosenstock, Wettengel, 75 Jahre
- 01.09.: PD Dr. med. Andreas Käbisch, Linden, 70 Jahre
- 02.09.: Dr. med. Stefan Stertkamp, Gießen, 80 Jahre
- 06.09.: Dr. med. Ulrich Groh, Bad Nauheim, 65 Jahre
- 06.09.: Dr. med. Gerd Albert, Büdingen, 80 Jahre
- 07.09.: Dr. med. Ralph Ruwoldt, Herborn, 65 Jahre
- 08.09.: Dr. med. Walter Staaden, Leun, 75 Jahre
- 08.09.: Dr. med. Jutta-Christiane Maria Tammi, Fernwald, 80 Jahre
- 11.09.: Dr. med. Martina Weber, Rosbach, 70 Jahre
- 11.09.: Dr. med. Petra Pingel-Döring, Lollar, 75 Jahre
- 14.09.: Dr. med. Manfred Leistner, Pohlheim, 75 Jahre
- 19.09.: Dr. med. Matthias Roth, Gießen, 75 Jahre
- 20.09.: Dr. med. Jens Bockel, Gießen, 90 Jahre
- 25.09.: Dr. med. Klaus-Detlef Müller, Bad Nauheim, 75 Jahre
- 27.09.: Dr. med. Roland Mader, Dillenburg, 75 Jahre
- 29.09.: Gabriele Goubeaud-Gräb, Driedorf, 65 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Ausbildungsmesse Ansage Zukunft 2026



Foto: Claudia Wiekhorst

Reges Interesse am Messestand (von links): Leonie Heinrich (MFA-Auszubildende), Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg), Volker Breustedt (Vorsitzender der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit Marburg), Leonie Bayer (MFA-Auszubildende)

Im Mai fand zum 15. Mal wieder die erfolgreiche Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ im Foyer des Marburger Cineplex Kinos statt. Organisiert wurde die Messe von der Kreishandwerkerschaft Marburg, der IHK Kassel-Marburg, dem Medienhaus Hitzeroth und der Agentur für Arbeit. Als verlässlicher Partner der Veranstaltung war die Bezirksärztekammer Marburg wieder mit einem Stand vertreten und stellte den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor.

Auszubildende des dritten Lehrjahres der Kaufmännischen Schule Marburg (KSM), die Mitarbeiterinnen der Marburger Bezirksärztekammer, der Vorsitzende Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak sowie die Studiendirektorin Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt beantworteten die Fragen der interessierten Schülerinnen und Schüler.

Wie jedes Jahr lockte der Dummy-Arm, bei dem die Blutentnahme geübt werden konnte, zahlreiche Interessenten an. Diesmal durfte der Vorsitzende der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit Marburg, Volker Breustedt, punktieren und die Blutentnahme durchführen, was ihm bereits im ersten Versuch erfolgreich gelang. Über 100 regionale Unternehmen und Organisationen aus Verwaltung, Handwerk, Industrie, Dienstleister, Medienunternehmen sowie sozialen Einrichtungen und Organisationen präsentieren über 130 Ausbildungsberufe, Duale Studienberufe, Freiwilligendienste und Praktika. Auch in diesem Jahr war die Veranstaltung wieder ein voller Erfolg. Allein am Freitag informierten sich über 1.000 Schülerinnen und Schüler über ihre beruflichen Möglichkeiten.

Bezirksärztekammer Marburg

Hinweis Lösungen Kreuzworträtsel

Noch nie hatten wir eine Sommerausgabe mit so vielen quasi „interaktiven“ Beteiligungsmöglichkeiten wie die Ausgabe 7/8 2026. Und so konnten Rätselfans die Fragen zum medizinischen Kreuz-

worträtsel nur online im Literaturverzeichnis dieser Sommerausgabe finden. Die Lösungen finden Sie hier in 09/2026 an gleicher Stelle im Literaturverzeichnis, ebenfalls nur online. (red)

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2027/2028

Zwischenprüfung 2027 Mittwoch, 24. März 2027

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2027

Schriftliche Prüfung: Dienstag, 27. April 2027
Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche
Prüfung: 5. Juni bis 31. Juli 2027
(Prüfungsblock in Bad Nauheim vom
5. Juni bis 17. Juli 2027)

Winterprüfung 2027/2028

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 24. November 2027
Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche
Prüfung: 8. Januar bis 1. Februar 2028
(Prüfungsblock in Bad Nauheim
vom 8. bis 29. Januar 2028)

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Eignungstest für den Beruf Medizinische/r Fachangestellte/r

Um hessische Ärztinnen und Ärzten bei der Bewerberauswahl für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r zu unterstützen, stellt die Landesärztekammer einen Eignungstest zur Verfügung.

Der Eignungstest gliedert sich in:

- Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
- Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
- Testaufgaben/Lösungen

Der Test ist kostenfrei und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter +49 69 97672-581/-164 oder per E-Mail: Med.Fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir Ihnen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Bekanntmachungen der Abteilung MFA-Ausbildungswesen

Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2026 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 809 Prüflinge teilgenommen, von denen 604 bestanden haben. 837 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 613 bestanden haben.

Die detaillierten statistischen Angaben zu der Sommerprüfung 2026 können demnächst im Internet unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Fortsetzung

- 01.10.: Dr. med. Siegmund Bergfeld, Braunsfeld, 70 Jahre
04.10.: Herwig Groß, Biebertal, 75 Jahre
06.10.: Dr. med. Stephan Harlfinger, Feldatal, 75 Jahre
11.10.: Dr. med. Klaus Döring, Gießen, 70 Jahre
17.10.: Dr. med. Carmen Brosig, Gießen, 70 Jahre
19.10.: Prof. Dr. med. Georg Bachmann, Biebertal, 70 Jahre
19.10.: Dr. med. Gerhard Salzmann, Bad Nauheim, 85 Jahre
23.10.: Karl-Heinz Blättel, Braunsfeld, 75 Jahre
23.10.: Dr. med. Willi Roskopf, Fernwald, 75 Jahre
23.10.: Prof. Dr. med. Hilmar Stracke, Wetztenberg, 75 Jahre
28.10.: Dr. med. Erdmuth Faber, Gießen, 75 Jahre
29.10.: Susanne Apel, Lauterbach, 65 Jahre
29.10.: Dr. med. Holger Lehinant, Friedberg, 85 Jahre
30.10.: Dr. med. Peter Martin, Gießen, 75 Jahre
31.10.: Ulrike Jung, Buseck, 70 Jahre
31.10.: Dr. med. Detlef Rupp, Lich, 70 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 30.08.: Dr. med. Jürgen Lauf, Kassel, 85 Jahre
02.10.: Thorsten Dietz, Eschwege, 65 Jahre
03.10.: Dr. med. Sabine Bremer, Kassel, 65 Jahre
06.10.: k.m.n./OAK Moskau Inna Paseka, Kassel, 70 Jahre
06.10.: Dr. med. Wolfgang Mummert, Kassel, 85 Jahre
06.10.: Dr. med. Werner Schmidt, Kassel, 85 Jahre
07.10.: Dr. Ulrike Neumayer, Meran, 65 Jahre
07.10.: Ltd. Med Dir. i. R. Dr. med. Katharina Müller, Kassel, 70 Jahre
07.10.: Dr. med. Peter Rainer, Petersberg, 70 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Fortsetzung

- 07.10.: Dr. med. Hubert Bußmann,
Naumburg, 80 Jahre
- 09.10.: Dr. med. Emil Didovic,
Petersberg, 80 Jahre
- 10.10.: Dr. med. Maria Wereta-Kubek,
Bad Karlshafen, 80 Jahre
- 14.10.: Tatyana Arunova,
Marburg, 65 Jahre
- 15.10.: Dr. med. Wilfried Gerland,
Rosdorf, 65 Jahre
- 18.10.: Dr. med. Burkhard Block,
Hünfeld, 65 Jahre
- 18.10.: PD Dr. med. Markus Gehling,
Kassel, 65 Jahre
- 18.10.: Stefan Mennemeier,
Kassel, 65 Jahre
- 21.10.: M.D./Univ. Damaskus Hizar
Richter, Bad Hersfeld, 75 Jahre
- 22.10.: Dr. med. Hannelore Freudenberg,
Kassel, 85 Jahre

Goldenes Doktorjubiläum

- 01.10.: Dr. med. Iris Kusch,
Mörfelden-Walldorf
- 01.10.: Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf,
Marburg
- 01.10.: Dr. med. Klaus Heipel,
Vellmar
- 01.10.: Dr. med. Hans-Ulrich
Neuenfeldt, Obertshausen
- 15.10.: Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf,
Pohlheim
- 15.10.: Dr. med. Gerhard Schilling, Lich
- 19.10.: Prof. Dr. med. Ulrike Blum, Ronne-
burg
- 20.10.: Dr. med. Valentin Palau,
Usingen
- 20.10.: Prof. Dr. med. Wolfgang Schnei-
der, Darmstadt
- 21.10.: Dr. med. Reinhard Hollweg, Bad
Brückenau

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Hans Bauerle, Kassel
* 06.05.1934 † 08.06.2026

Adolf Brosig, Bad Emstal
* 13.12.1956 † 09.05.2026

Malgorzata Danuta Chojnowski,
Biebergemünd
* 01.01.1956 † 19.06.2026

Dr. med. Gottfried Thomas Geiler, Jena
* 18.03.1962 † 14.03.2026

Dr. med. Diana Elisabeth Gerhartz,
Bad Schwalbach
* 30.06.1948 † 26.06.2026

Barbara Groß, Kassel
* 08.10.1936 † 02.07.2023

Dr. med. Bernd-Ludwig Heier, Kassel
* 21.05.1955 † 26.05.2026

Dr. med. Ursula Kaufmann, Wetzlar
* 19.01.1943 † 30.06.2026

Dr. med. Gerd Otto Konradin Langhoff,
Jossgrund
* 11.11.1941 † 16.06.2026

Dr. med. Gerda Lemberg-Spalke,
Marburg
* 25.01.1942 † 22.06.2026

Dr. med. Peter Konrad Linzbach,
Bad Vilbel
* 25.09.1946 † 05.07.2026

Dr. med. Helmut Luft, Hofheim
* 11.11.1924 † 20.04.2026

Elfriede Marks, Oestrich-Winkel
* 14.03.1930 † 01.07.2026

Gustav Peter Burckhard Meyer,
Bensheim
* 15.02.1947 † 04.06.2026

Dr. med. Gabriel Nick, Braunfels
* 23.06.1938 † 03.05.2026

Dr. med. Uwe Niemeier, Kassel
* 18.05.1958 † 29.05.2026

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Nöske,
Biebertal
* 06.07.1938 † 08.06.2026



Foto: Isolde Asbeck, Schlosspark Bad Homburg

Dr. med. Heinz Friedrich Pitschner,
Reichelsheim
* 08.08.1946 † 24.05.2026

Dr. med. Hermann Pless, Schlitz
* 02.09.1936 † 07.06.2025

Dr. med. Reiner Pollok, Frankfurt
* 31.10.1956 † 20.06.2026

Dr. med. Dr. rer. nat. Hans Freiherr
von Rechenberg, Reiskirchen
* 08.02.1944 † 11.04.2026

Dr. med. Helmut Ernst Reh,
Bad Hersfeld
* 13.04.1943 † 12.07.2026

Dr. med. Stephan Maria Richard
Remy, Buseck
* 15.05.1957 † 28.05.2026

Dmitri Sverdlov, Baunatal
* 11.10.1970 † 21.04.2026

Inna Unger, Usingen
* 08.08.1978 † 25.11.2025

Vivek Varde, Rödermark
* 29.10.1946 † 11.02.2023

Dr. med. Gerd Helmut Weisner,
Bad Homburg
* 25.11.1941 † 21.12.2023

Dr. med. Volker Weisswange,
Bad Homburg
* 09.07.1939 † 08.06.2026

Dr. med. Bernhard Wolters,
Oestrich-Winkel
* 23.12.1949 † 20.04.2026

Aufgrund §§ 2, 3 und 11 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Dezember 2025 (GVBl. Nr. 110, S. 33), i.V.m. §§ 2, 5 Absatz 6 Buchstabe „r“, 13 Absatz 2 und 16 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen vom 1. Juli 1996 (HÄBL 8/1996, S. 262–264), zuletzt geändert am 26. November 2024 (HÄBL 1/2025, S. 72–75), wird wie folgt neu gefasst:

1) § 1 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Jede/r Ärztin/Arzt, die/der in Hessen ihren/seinen Beruf ausübt (Ärztliche Tätigkeit) ist verpflichtet, sich binnen eines Monats, bei vorübergehender Berufsausübung in fünf Tagen nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit bei der Landesärztekammer anzumelden. Entsprechendes gilt, falls sie/er ihren/seinen Beruf nicht ausübt, aber in Hessen ihren/seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Hiervon ausgenommen sind nur berufsfremde Tätigkeiten, die in keinerlei Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung und den medizinischen Fachkenntnissen stehen. Den in der Aufsichtsbehörde tätigen Berufsangehörigen steht der freiwillige Beitritt offen.

2) § 4 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

„(5) Das Kammermitglied wird der für seinen Tätigkeitssort bzw. in Ermangelung dessen für seinen Hauptwohnsitz zuständigen Bezirksärztekammer zugeordnet. Bei mehreren Tätigkeitsorten in Hessen richtet sich die Zuordnung nach der überwiegenden Tätigkeit.

Für Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 Heilberufsgesetz gilt entsprechendes. Besteht im Falle der freiwilligen Mitgliedschaft kein Tätigkeitsort, erfolgt die Zuordnung nach dem zuletzt in Hessen innegehabten Tätigkeitsort.“

3) § 8 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 8 Freiwillige Mitgliedschaft

(1) Berufsangehörigen steht die freiwillige Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Hessen offen, wenn sie:

- a) in der Aufsichtsbehörde tätig sind (§ 2 Abs. 1 HeilbG) oder
- b) ihren Beruf zuletzt in Hessen ausgeübt haben und nun außerhalb der Bundesrepublik Deutschland tätig sind.

(2) Die freiwillige Mitgliedschaft entsteht durch entsprechende schriftliche Erklärung des Berufsangehörigen. Die Erfassung von Mitgliederdaten einer freiwilligen Mitgliedschaft erfolgt unter Nutzung des elektronischen Meldebogens nach § 2 Abs. 1.

(3) Die freiwillige Mitgliedschaft erlischt,
a) wenn ihre Voraussetzungen entfallen oder
b) durch schriftliche Erklärung gegenüber der Bezirksärztekammer mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende oder
c) zum Ende des Jahres, in welchem das freiwillige Mitglied in zwei aufeinanderfolgenden Jahren seiner Beitragspflicht nicht nachkommt.

(4) Die §§ 2, 3, 4, 6 und 7 sind auf freiwillige Mitglieder anzuwenden. § 5 gilt mit der Einschränkung, dass vor einer Abgabe der Mitgliedsakte an eine außerhessische Ärztekammer im Bundesgebiet die Zustimmung des freiwilligen Mitgliedes eingeholt werden muss.“

II.

Übergangsbestimmung:

Wer bei Inkrafttreten dieser Satzung in der Mitgliederdatenbank der Landesärztekammer Hessen als freiwilliges Mitglied geführt wird und nach Maßgabe des Art. 72 des ersten Bürokratieabbaugesetzes vom 16.12.2025 (GVBl. Nr. 110) zwischen dem 23.12.2025 und Inkrafttreten dieser Satzung die Voraussetzung einer Mitgliedschaft erworben hat, wird mit dem Zeitpunkt dieses Erwerbs als Mitglied in der Mitgliederdatenbank der Landesärztekammer Hessen geführt.

Wer bei Inkrafttreten dieser Satzung in der Mitgliederdatenbank als freiwilliges Mitglied mit Wohnsitz in der Bundesrepublik, aber außerhalb Hessens, geführt wird, kann solange weiterhin freiwilliges Mitglied bleiben, wie deren Voraussetzungen vor Inkrafttreten dieser Satzungsänderung vorliegen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2026 in Kraft.

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

Frankfurt, 31. März 2026
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –



Aufgrund §§ 10 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 6 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Dezember 2025 (GVBl. Nr. 110, S. 33), i. V. m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 folgende Satzung beschlossen:

**Satzung zur Änderung
der Beitragsordnung der
Landesärztekammer Hessen**

I.

Die Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 1. Januar 2026 (HÄBL 1/2026 S. 49–53), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 2 wird Buchstabe a) wie folgt neu gefasst:

„a) die keine ärztliche Tätigkeit ausüben und in Hessen ihren Hauptwohnsitz haben (§ 1 (4) 1. Halbsatz bleibt unberührt),“

2. In § 2 Abs. 2 wird Buchstabe c) wie folgt neu gefasst

„c) die freiwilliges Mitglied der Landesärztekammer Hessen sind,“

3. In der Anlage gemäß § 2 Absatz 1 (Beitragstabelle) wird die Angabe zur Beitragsstufe 1 wie folgt ergänzt:

Beitragsstufe	Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in €	Beitrag
1	Pflichtmitglieder aufgrund Hauptwohnsitz gemäß § 2 Abs. 2a (sowie freiwillige Mitglieder gemäß § 2 Absatz 2c)	75,00 €

II.

Übergangsbestimmung:

Wer am 01.02.2026 als Freiwilliges Mitglied bereits zum Beitrag veranlagt wurde, obgleich am 01.02.2026 aufgrund des ersten Bürokratieabbaugesetzes vom 16.12.2025 (GVBl. Nr. 110) eine (Pflicht-)Mitgliedschaft kraft gewöhnlichen Aufenthaltes in Hessen vorlag, wird aufgrund identischer Beitragshöhe von 75 Euro in 2026 nicht nochmals neu veranlagt.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2026 in Kraft.

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

Frankfurt, 31. März 2026



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

0453-V2–018b0120–00008#2008–00004

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 beschlossene Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 23. April 2026
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Auflösung zum Klimaquiz auf S. 484:

Alle Antworten sind richtig. Häufige Gründe sind durch die Medikamente aggravierte Elektrolytstörungen, Exsikkose, Temperaturregulationsstörungen oder eine verringerte therapeutische Breite bei Flüssigkeitsmangel. Für den Arbeitsalltag wertvolle

Übersichten stellen die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (Kurzlink: <https://t1p.de/lc2bv>, der QR-Code führt dorthin) sowie das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Köln (<https://calor-liste.de/>) zur Verfügung.



Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Dezember 2025 (GVBl. Nr. 110, S. 33), i. V. m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 15. April 2025 (HÄBL 7–8/2025, S. 446) wird wie folgt geändert:

In § 2 wird Abs. 3 gestrichen und wie folgt neu gefasst:

„§ 2 Kammerangehörige

- (1) Angehörige der Landesärztekammer sind alle Ärztinnen und Ärzte, die in Hessen ihren Beruf ausüben (Ärztliche Tätigkeit) oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Ausgenommen sind die in der Aufsichtsbehörde tätigen Berufsangehörigen; diesen steht der freiwillige Beitritt offen. Ebenso können Berufsangehörige, die zuletzt ihren Beruf in Hessen ausgeübt haben und außerhalb der Bundesrepublik Deutschland tätig sind, freiwilliges Mitglied werden.
- (3) Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Hiervon ausgenommen sind nur berufsfremde Tätigkeiten, die in keinerlei Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung und den medizinischen Fachkenntnissen stehen.
- (4) Die freiwillige Mitgliedschaft entsteht im Regelfall durch entsprechende schriftliche Erklärung der/des Berufsangehörigen. Soweit die Voraussetzungen nach Absatz 1 entfallen und gleichzeitig die Voraussetzungen nach Absatz 2 eintreten, entsteht die freiwillige Mitgliedschaft auch ohne schriftliche Erklärung mit der Möglichkeit des Widerrufs innerhalb von drei Monaten. Sie erlischt, wenn ihre Voraussetzungen entfallen, durch schriftliche Erklärung gegenüber der Bezirksärztekammer mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende oder zum Ende des Jahres, in welchem das freiwillige

Mitglied in zwei aufeinanderfolgenden Jahren seiner Beitragspflicht nicht nachkommt.“

II.

Übergangsbestimmung

Wer bei Inkrafttreten dieser Satzung in der Mitgliederdatenbank der Landesärztekammer Hessen als freiwilliges Mitglied geführt wird und nach Maßgabe des Art. 72 des ersten Bürokratieabbaugesetzes vom 16.12.2025 (GVBl. Nr. 110) zwischen dem 23.12.2025 und Inkrafttreten dieser Satzung die Voraussetzung einer Mitgliedschaft erworben hat, wird mit dem Zeitpunkt dieses Erwerbs als Mitglied in der Mitgliederdatenbank der Landesärztekammer Hessen geführt.

Wer bei Inkrafttreten dieser Satzung in der Mitgliederdatenbank als freiwilliges Mitglied mit Wohnsitz in der Bundesrepublik, aber außerhalb Hessens, geführt wird, kann solange weiterhin freiwilliges Mitglied bleiben, wie deren Voraussetzungen vor Inkrafttreten dieser Satzungsänderung vorliegen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2026 in Kraft.

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

Frankfurt, 31. März 2026



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

0453-V2-018b0120-00008#2008-00002

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2026 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 23. April 2026

Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

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: DAAEDED

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 12, gültig ab 01.01.2026

Druckauflage: 11.587 Ex.; Verbreitete Auflage: 11.441 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 Fremdbeiträge 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 10
vom 25.09.2026**

ist am Mittwoch, dem 02.09.2026

Erreichbar sind wir unter:

Tel: 02234 7011 – 290

E-Mail: kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Ihre Chiffrezuschrift senden Sie bitte an:

Chiffre HÄ

Deutscher Ärzteverlag GmbH

Chiffre-Abteilung

Postfach 1265

59332 Lüdinghausen

(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

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

Stellenangebote



**Facharzt für Arbeitsmedizin /
Arzt in Weiterbildung (m/w/d)**
ab sofort in Voll- oder Teilzeit (mind. 50%), unbefristet
am Standort Kassel

Die **ias-Gruppe** ist mit 110 Standorten und rund 1.500 Mitarbeitenden bundesweit einer der führenden Anbieter betrieblicher und persönlicher Gesundheit und Sicherheit.

Als Facharzt für Arbeitsmedizin/Arzt in Weiterbildung (m/w/d) bei der **ias AG** sind Sie ausschließlich **präventiv tätig**, führen **Untersuchungen** von Mitarbeitenden durch, **betreuen und beraten** Ihre Kunden in unseren Räumen oder vor Ort zu **arbeitsmedizinischen Fragestellungen** sowie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention.

Wir bieten zeitgemäße und familienfreundliche **Arbeitszeitmodelle ohne Wochenend- und Schichtdienste**, ein **kollegiales und faires Miteinander**, zahlreiche in- und externe **Weiterbildungsmöglichkeiten**. Gern stellen wir unter bestimmten Voraussetzungen einen **Dienstwagen, auch zur privaten Nutzung** zur Verfügung.



Eine detaillierte Stellenbeschreibung finden Sie unter www.mtj.jobs/3581362

Für Informationen und Hospitationsmöglichkeiten kontaktieren Sie bitte Lisa Pacyna unter lisa.pacyna@ias-gruppe.de.

ias AG, Wilhelmshöher Allee 294, 34131 Kassel

Werden Sie ein Teil unseres Teams und bewerben Sie sich!
www.ias-gruppe.de/karriere

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

Für unsere modernen Hausärztlichen/kinderärztlichen 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

Zeit zum Umdenken

**Wir suchen
eine Fachärztin/einen Facharzt (m/w/d)
für Allgemeinmedizin
oder Innere Medizin**

- in Weilmünster und Selters-Münster
- ab sofort
- Voll-/Teilzeit (mind. 30 Stunden)
- überdurchschnittliche Vergütung
- Leistungszulage
- modernste Geräte
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- sehr freundliches und kollegiales Arbeitsklima
- keine Haftung und Verwaltung
- 30 Tage Urlaub
- 5 Tage Fortbildung
- Firmenfahrzeug

Kontakt

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

E-Mail: verwaltung@medicum-mittelhessen.de

MVZ medicum.mittelhessen
EHM GmbH





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/Homberg (Efze)** suchen wir einen

Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin

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
- 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

Chiffre-Anzeigen

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

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

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

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

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

Vielen Dank!

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

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**

Keine Lust mehr auf Klinik?

Biete Einstieg in renommierte **Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in Mainz** ab Januar 2027 als **Weiterbildungsassistent/in** (2 Jahre WB-Befugnis).

Dr. Melanie Grindel, kontakt@institut-dr-grindel.de

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gesucht

Für unser modernes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Frankfurter Innenstadt suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt für Ki-Ju Medizin zur Anstellung.

Teilzeit oder Vollzeit möglich.

Bei Interesse melden Sie sich unter der Tel.: **0163 77 66 494**

Augenarzt (mwd) zur Anstellung

in Voll- oder Teilzeit in Offenbach gesucht. Überwiegend konservative Praxis, keine Kette. Geeignet auch für berentete Augenärzte (mwd), die noch stundenweise arbeiten wollen.

Kontakt: **Dr. Weiler, NN1088@gmx.de**

Das MVZ Kinderwunsch- und Endometriose Zentrum am Büsing Park in Offenbach sucht zur Verstärkung des Teams eine (n):

Assistenzarzt/-ärztin Gynäkologie (m/w/d) im vorletzten Weiterbildungsjahr zum Facharzt/-ärztin zur Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit evtl. Option für Verlängerung zur Schwerpunktweiterbildung gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (WB-Ermächtigung vorhanden)

oder

FÄ/FA Frauenheilkunde mit SB Gyn-Endo-Repro (m/w/d) mit Erfahrung zur Mitarbeit und Unterstützung.

Wir sind ein MVZ mit Schwerpunkt in der Reproduktionsmedizin und Gynäk.- und Kinderendokrinologie mit eigenen Hormonlabor. Teilzeit-/Vollzeittätigkeit möglich. Diskretion und Vertraulichkeit gegeben. **Bewerbungen erbeten an info@offenbach-kinderwunsch.de**

FA Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie gesucht

Orthopädisch-schmerztherapeutisches MVZ im Main-Taunus-Kreis möchte amb. Schmerztherapie erweitern. Überbairliches Gehalt, flexible Arbeitszeiten

Tel.: **06145-5452095**, Mail: verwaltung@orthopaedie-rhein-main.de, Web: orthopaedie-rheinmain.de

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

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

Wir beraten Sie gerne:

Verkauf Stellenmarkt, Telefon 02234 7011-250
stellenmarkt@aerzteverlag.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

Kooperation

HNO Praxis Stadtzentrum FFM

Suche Kollege/in für meine gut gehende HNO Praxis mit Eingriffsraum in FFM. Gerne Praxisgemeinschaft oder ähnliches.
ol.hauser@gmx.de

FA Phoniatrie/Pädaudiologie/HNO

su. Kooperation für privatärztl. Tätigkeit Raum Ffm
paedaudioprivat@gmx.de

Praxisabgabe

Gyn-Praxis im Hochtaunuskreis abzugeben

Etablierte, alteingesessene Frauenarztpraxis im Hochtaunuskreis mit voller Kassenzulassung aus Altersgründen abzugeben.

kolbcoaching@email.de

HNO-Sitz in 3er BAG abzugeben

in operativ tätiger Praxis im Rhein-Neckar-Gebiet.
praxisabgabe_hno@gmx.de

Praxisräume

Praxisfläche in einem etablierten Ärztehaus in zentraler Lage

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

Praxisflächen -provisionsfrei- von 100m² bis 600m² in **Frankfurt, Offenbach, Bad Homburg, u.w. Standorten** für alle Facharzt-Richtungen;

Atrium Immobilien GmbH - Tel. 069/294981

atriumimmobilien@gmx.de

Vertragsarztsitze

Praxis mit einem 1/2 KV Sitz Neurologie u./o. Psychiatrie in Wiesbaden abzugeben. Hoher Privatanteil.

HÄ 060202

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.