

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 10 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 27. Jahrgang



Hochverarbeitete Lebensmittel und Übergewicht

KI in der Medizin

Deutsch-italienisches
Fortbildungssymposium zum
Einsatz Künstlicher Intelligenz
im ärztlichen Alltag

Daten zur Weiterbildung

Vergleichender Blick auf
die Weiterbildungsregister
der Landesärztekammern
Hessen und Bayern

Hessenweite Befragung

Einflussfaktoren auf die
Verordnung von Antibiotika
von niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzten



Hessisches
Krebsregister

Onkologische Versorgungssituation in Hessen – Landesqualitätskonferenz Schilddrüsenkarzinom 2026

Mittwoch, 02.12.2026
15:30 – 18:30 Uhr

Programm

- 15:30 Uhr Begrüßung und Einführung**
- 15:35 Uhr Kennzahlen zum Schilddrüsenkarzinom in Hessen**
Dr. Katharina Bernhardt, Hessisches Krebsregister
- 15:55 Uhr Neues aus der (molekular-)pathologischen Diagnostik des Schilddrüsenkarzinoms**
Prof. Dr. Peter Wild, Universitätsmedizin Frankfurt
- 16:10 Uhr Präoperative Diagnostik und operatives Vorgehen**
Dr. Anne Kauffels-Sprenger, Universitätsklinikum Gießen
- 16:25 Uhr Leitlinien Up to Date: Behandlung des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms**
Dr. Christian Vorländer, Bürgerhospital Frankfurt
- 16:40 Uhr Pause**
- 17:10 Uhr Versorgungsrealität des Schilddrüsenkarzinoms in Hessen – Was sagen die Krebsregisterdaten?**
Dr. Soo-Zin Kim-Wanner, Hessisches Krebsregister
- 17:30 Uhr Chirurgie des medullären, schlecht differenzierten und anaplastischen Schilddrüsenkarzinoms**
Prof. Dr. Katharina Holzer, Universitätsklinikum Marburg
- 17:45 Uhr Nuklearmedizinische Therapieoptionen beim Schilddrüsenkarzinom**
PD Dr. Friederike Eilsberger, Universitätsklinikum Marburg
- 18:00 Uhr Aktuelle Aspekte zur systemischen Therapie beim Schilddrüsenkarzinom**
Dr. Viktoria Köhler, Universitätsmedizin Frankfurt
- 18:15 Uhr Zusammenfassung und Ausblick**

Änderungen vorbehalten



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Veranstaltungsort

Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt

Die Veranstaltung ist mit drei Fortbildungspunkten durch die Landesärztekammer Hessen anerkannt.

Weitere Informationen

www.hessisches-krebsregister.de



HESSEN



Hessisches Landesamt
für Gesundheit und Pflege

In Kooperation mit:

uct
Frankfurt – Marburg

Universitäres Centrum
für Tumorerkrankungen
University Cancer Center

**UNIVERSITÄTS
MEDIZIN FRANKFURT**
GOETHE-UNIVERSITÄT



**KRANKENHAUS
NORDWEST**

UKGM
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
GIESSEN UND MARBURG

Zurück zum Wesentlichen

Wenn wir in Deutschland selbst genügend Medizinstudierende ausbilden würden, bräuchten wir zukünftig weniger Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland, die dann dort in der Versorgung fehlen. Es gibt mehr als genug Bewerbungen für das Medizinstudium. Für Jahre hinaus ist klar, dass die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung – sei es in der Medizin oder in der Pflege – ohne die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund schlicht und ergreifend unmöglich wäre. Wir brauchen diese Menschen. Dafür müssen wir ein verlässliches Arbeits-, aber auch ein positives gesellschaftliches Umfeld bieten. Für uns alle, ob mit oder ohne deutschen Pass gilt, dass wir uns an die Gesetze, Pflichten und Spielregeln in unserem Land halten müssen. Das halte ich für eine Selbstverständlichkeit.

Leider hat der kürzlich erfolgte Hackerangriff auf die Berliner Senatsverwaltung gezeigt, dass Kriminelle sich natürlich nicht daranhalten. Auch wenn der Datenschutz in Deutschland meiner persönlichen Meinung nach in vielen Bereichen zu hochgehalten und gerne als Totschlagargument verwendet wird und damit auch zu einem Hemmnis für Fortschritt werden kann, so gibt es doch Bereiche, die absolut schützenswert sind. Dazu gehört das Arzt-Patientengeheimnis. Die geplante Reform des Nachrichtendienstes sieht zwar einen Schutz anwaltlicher Kontakte vor nachrichtendienstlichen Zugriffen vor, nicht aber den Schutz von Arzt-Patienten-Kontakten. Das ist Missachtung der Ärzteschaft und untergräbt das zwingend notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Doch wir müssen auch selber achtsam sein. Unser deutsch-italienisches Symposium „Chancen und Risiken von KI in der Medizin“ (siehe S. 524) hat das nochmals verdeutlicht. Künstliche Intelligenz kann außerordentlich hilfreich sein, wenn wir uns ihrer Risiken, aber auch ihrer Begrenzungen bewusst sind. Im Zusammenhang mit KI und Medizin höre ich immer wieder, dass KI uns viel Zeit ersparen kann, in dem sie zum Beispiel große Teile der Dokumentation übernimmt. Das ist zweifelsohne richtig. Dennoch sehe ich diese Lobpreisung mit sehr gemischten Gefühlen, verstellt sie doch den Blick auf eine wesentliche Frage, die zunehmend in den Hintergrund zu rücken droht. Was muss denn überhaupt dokumentiert werden? Was ist zwingend notwendig, um die Patientengeschichte valide zu dokumentieren? Es galt einmal der Grundsatz, dass nur pathologische Befunde dokumentiert werden. Daher stammen die Abkürzungen o.B. bzw. o.p.B. Welche Daten werden für eine sinnvolle Qualitätssicherung wirklich gebraucht? Welche Daten dienen dem Grunde nach nur einem immer größer werdenden Kontrollzwang, der zwar den Kostenträgern zu Rechnungskürzungen verhelfen mag, aber nicht zu einer besseren Patientenversorgung führt? Von fehlenden Schnittstellen und immer noch erfolgenden Mehrfacherfassungen in unter-

schiedlichen Systemen ganz zu schweigen. Vermutlich dürfte die Pareto-Regel auch für die Dokumentation in Medizin und Pflege gelten, d. h. mit 20 % des heutigen Aufwands ließen sich wahrscheinlich 80 % der Ergebnisse erzielen. Mit diesen Ergebnissen sollte dann aber auch vernünftig gearbeitet werden. Vorschläge gibt es sowohl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Hier wünsche ich mir Mut von unserem Bundesgesundheitsminister getreu seinem Motto „Einfach mal machen“.

Kürzlich wurde bekannt, dass die ersten Medizinstudierenden, die ihren Studienplatz über die sogenannte Landarztquote erhalten hatten, Klage eingereicht haben. Darin wenden sie sich gegen die Verpflichtung, nach ihrer Weiterbildung in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin beziehungsweise Öffentliches Gesundheitswesen im Anschluss zehn Jahre lang auf dem Land zu arbeiten und bei Verstoß dagegen, eine Vertragsstrafe von bis zu 250.000 Euro zahlen zu müssen. Eine Klage, die aus meiner Sicht, alles andere als überraschend ist. Welche Studierenden wissen denn schon vor der ersten Vorlesung, welche Fachrichtung für sie die passende ist? Ganz zu schweigen von den Änderungen der Lebensumstände, die sich über einen so langen Zeitraum ergeben können und nicht immer selbst gewählt sind. Die bessere Lösung ist und bleibt es, das Landarzt-dasein attraktiver zu gestalten. Das gilt natürlich auch für den ärztlichen Beruf in seiner Gesamtheit. Dazu gehört auch der oben erwähnte Abbau von überflüssiger und in Teilen sogar sinnloser Bürokratie.



Foto: M. Joppen GmbH

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Industrieblick – stock.adobe.com

CME: Hochverarbeitete Lebensmittel

Immer mehr Länder berücksichtigen in ihren Ernährungsempfehlungen den Verarbeitungsgrad von Lebensmitteln, um unter anderem Übergewicht vorzubeugen. Zertifizierter Fortbildungsbeitrag zu Evidenz, Mechanismen und Einordnung des NOVA-Konzepts.

511



Foto: © andragan – stock.adobe.com

Verordnung von Antibiotika

Zehn Jahre nach der hessischen Studie zu den Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) und fast 20 Jahre nach der bundesweiten EVA-Studie wurde die Online-Umfrage 2026 in Hessen wiederholt. Die Autorinnen präsentieren nun die wesentlichen Ergebnisse.

520

Editorial: Zurück zum Wesentlichen	507
Aus dem Präsidium: Verantwortung als blinder Fleck	510

Ärzttekammer

Zehn Jahre Zusammenarbeit mit der DGE im Verpflegungsbereich	518
Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium in Frankfurt: Chancen und Risiken von KI in der Medizin	524
Die Weiterbildungsregister von Bayern und Hessen im Vergleich	542
Aufruf: Ehrenamtliche Richter für das Heilberufsgericht beim Verwaltungsgericht Gießen gesucht	553

Fort- und Weiterbildung: CME – Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und Übergewicht	511
Anästhesie „State of the Art“ – Talk-Update	523
Spotlight: Bis wann muss das Weiterbildungszeugnis ausgestellt sein?	533
Frauengesundheit im Fokus	544
Webseminare des Hessischen Krebsregisters	548
Suizidalität erkennen, vorbeugen, behandeln: Evidenzbasierte Versorgung junger Menschen, Serie Teil 4	549

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	534
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	540
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	556

Ansichten und Einsichten

Primärarztsystem... oder was?	519
-------------------------------------	-----

Nachruf

Die Landesärztekammer Hessen trauert um Dott. Bruno Ravera	555
--	-----



Foto: Peter Böhm

Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium
Mit dem Einfluss von KI auf die Medizin befasste sich das deutsch-italienische Fortbildungssymposium in Frankfurt. Seit 2017 verbindet die Landesärztekammer Hessen und die Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz Salerno eine enge Partnerschaft.

524



Foto: © Toowonga - stock.adobe.com

Weiterbildungsregister im Vergleich
Anhand eines Weiterbildungsregisters können z. B. fachärztliche Entwicklungstrends im Kammerngebiet erkannt und somit frühzeitig Maßnahmen initiiert werden. Der Artikel wirft einen vergleichenden Blick auf die Entstehung und die Daten der Register in Bayern und Hessen.

542

Forum

Die neuen DGE-Empfehlungen „Gut essen und trinken“	517
Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in Hessen	520
Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark – Teil 2 (A)	528
Warum gibt es keinen Digital-Oberarzt?	531
Im Gedenken der Kinder. Die Kinderärzte und die Verbrechen an Kindern in der NS-Zeit	545
Warum die Debatte über Sterbewünsche und Suizidassistent mehr Ambivalenz braucht	546
Freiberuflichkeit braucht eine starke Stimme	552
Warum medizinische Information mehr ist als Dokumentation	554

Aus den Bezirksärztekammern: MFA Absolventenfeier Gießen & Medizin-Examensfeiern in Marburg 558/559

Personalia 558

Impressum 560

Bücher



Ernährungs- medizin

Hans K. Biesalski,
Stephan C. Bischoff
et al.

S. 555

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)

Verantwortung als blinder Fleck

Noch nie wurde so viel über Kooperation, Teamarbeit, Digitalisierung, Vernetzung, Patientensteuerung, multiprofessionelle Versorgung gesprochen wie heutzutage, und jeder neue Gesetzentwurf verspricht bessere Abläufe, mehr Effizienz, intelligentere Strukturen, die das Gesundheitswesen moderner, flexibler und zugleich bezahlbarer machen sollen.

Dabei scheint mit jeder Reform etwas leiser zu werden, worauf ein funktionierendes Versorgungssystem letztlich angewiesen ist: die Bereitschaft eines Menschen, Verantwortung für einen anderen Menschen zu übernehmen. Verantwortung ist ein eigentümlicher Begriff. Sie lässt sich weder digitalisieren noch delegieren. Man kann Aufgaben verteilen, Prozesse standardisieren und Informationen teilen. Aber am Ende jeder medizinischen Behandlung steht immer dieselbe Frage: Wer entscheidet? Wer trägt die Konsequenzen? Wer steht dafür gerade, wenn etwas schiefgeht? Während immer mehr Akteure einzelne Aufgaben übernehmen, scheint die Gesamtverantwortung unsichtbar geworden zu sein. Patientinnen und Patienten sehen dies nicht als Organisationsproblem. Vielmehr empfinden sie eine tiefe Verunsicherung. Denn im medizinischen Alltag wird man konfrontiert mit Krankenhausbriefen, einer Reihe von Facharztbefunden, dazu Empfehlungen aus der Apotheke, möglichen Hinweisen einer Gesundheits-App und weiteren Ratschlägen aus dem Internet. Jeder dieser Bausteine mag sinnvoll sein. Aber keiner beantwortet die eigentliche Frage, die Menschen im Krankheitsfall nicht loslässt: Was bedeutet das alles für mich?

Diese Einordnung und Wertung ist medizinische Arbeit. Sie besteht nicht darin, Informationen zu sammeln, sondern sie zu gewichten. Denn nicht jede Auffälligkeit verlangt eine Therapie, und nicht jede theoretische Wechselwirkung ist klinisch relevant. Es muss auch nicht unbedingt eine bessere Versorgung bedeuten, wenn alles technisch Machbare abgegriffen wird. Das medizinische Handeln ist dort sinnvoll, wo Wissen und Verantwortung miteinander harmonisieren.

Gerade deshalb ist es bemerkenswert, dass sich die gesundheitspolitische Debatte häufig um einzelne Leistungen dreht, aber immer seltener um korrekt zugeordnete Verantwortung. Diskutiert wird über eine Vielzahl digitaler Anwendungen, neue Beratungsangebote, erweiterte Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen oder auch neue Vergütungsmodelle. Erstaunlich selten wird jedoch gefragt, wie all diese Komponenten am Ende wieder zu einer konsistenten Behandlung zusammenfinden sollen und wer eigentlich die Verantwortung trägt. Komplexe Systeme leben nicht davon, dass jeder möglichst viel tut. Sie leben davon, dass jemand



Foto: Peter Jülich

„Am Ende jeder medizinischen Behandlung steht immer dieselbe Frage: Wer entscheidet? Wer trägt die Konsequenzen? Wer steht dafür gerade, wenn etwas schiefgeht?“

den Überblick behält. Und in der Medizin scheint genau diese Frage zunehmend unbequem geworden zu sein. Vielleicht deshalb, weil Verantwortung eigentlich teuer ist. Sie benötigt Zeit. Sie verlangt Ausbildung, Erfahrung und Kompetenz. Bei Übernahme der Verantwortung erzeugt sie Haftung. Sie lässt sich schlechter messen als einzelne Prozessschritte und schlechter vergüten als klar definierte Einzelleistungen. Die Verantwortung produziert keine spektakulären Innovationen. Sie verhindert vielmehr, dass aus vielen sinnvollen Einzelmaßnahmen ein unübersichtliches Nebeneinander entsteht.

Gerade deshalb gerät sie leicht aus dem politischen Blick. Die hausärztliche Medizin ist dafür ein gutes Beispiel. Ihr Wert besteht selten in spektakulären Eingriffen, sondern darin, Zusammenhänge zu erkennen, Prioritäten zu setzen und den Patienten durch ein immer komplexeres Versorgungssystem zu begleiten. Gute Hausärztinnen und -ärzte verhindern Krankenhausaufnahmen, vermeiden Doppeluntersuchungen und helfen Menschen, vernünftige Entscheidungen zu treffen und Verunsicherungen aufzulösen. Das erzeugt

seltene Schlagzeilen und bildet vor allem etwas, was in politischen Debatten kaum Aufmerksamkeit bekommt: Stabilität im Gesundheitssystem. Je komplexer Medizin wird, desto wichtiger wird jemand, der Komplexität reduziert. Nicht indem er Wissen begrenzt, sondern indem er Orientierung schafft. Digitalisierung, künstliche Intelligenz und multiprofessionelle Zusammenarbeit machen diese Aufgabe nicht überflüssig. Sie machen sie wichtiger denn je.

Deshalb sollte die aktuelle Debatte nicht nur fragen, welche Berufsgruppe künftig welche Leistung erbringen darf. Sie sollte fragen, wie Verantwortung für die einzelnen Patienten organisiert wird.

Eine funktionierende Versorgung entsteht nicht automatisch aus der Summe guter Einzelleistungen. Sie entsteht dort, wo aus vielen Perspektiven wieder ein gemeinsamer Blick auf den Patienten wird. Vielleicht ist das die eigentliche Aufgabe der Medizin im 21. Jahrhundert: nicht immer neue Wege durch das Gesundheitssystem zu eröffnen, sondern dafür zu sorgen, dass der Mensch auf ihnen nicht verloren geht.

Jutta Willert-Jacob

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

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

Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und Übergewicht

Evidenz, Mechanismen und Einordnung des NOVA-Konzepts

VNR: 2760602026218530008

Dr. oec. troph. Svenja Fedde, Prof. Dr. oec. troph. Dr. med. Anja Bosy-Westphal

Einleitung

In jüngerer Zeit zeichnet sich ein klarer Trend ab, bei dem immer mehr Länder in ihren nationalen Ernährungsempfehlungen den Verarbeitungsgrad von Lebensmitteln berücksichtigen. Ein aktuelles Beispiel sind die neuen Ernährungsempfehlungen der USA, die eine stärkere Orientierung an gering verarbeiteten Lebensmitteln, im Englischen sogenannten „whole foods“, betonen und zugleich empfehlen, den Konsum sogenannter „hoch verarbeiteter“ Produkte zu reduzieren [1]. Ähnliche Entwicklungen finden sich unter anderem in Frankreich und Brasilien [2, 3]. Dies steht im Kontext eines sich deutlich verändernden Lebensmittelangebots, bei dem die Verarbeitung weitgehend von den Haushalten auf die Lebensmittelindustrie verlagert wurde [4, 5].

Lebensmittelverarbeitung ist grundsätzlich von großer Bedeutung, da sie zur Ernährungssicherung beiträgt, Haltbarkeit und Lebensmittelsicherheit verbessert und die Bioverfügbarkeit von Nährstoffen erhöhen sowie sensorische Eigenschaften optimieren kann [6–8]. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich jedoch Art, Ausmaß und Zielsetzung der Verarbeitung und Formulierung von Lebensmitteln grundlegend verändert [4, 9]. Dabei entstehen vermehrt Produkte, die durch eine hohe Energiedichte, einen hohen Gehalt an schnell verfügbaren Kohlenhydraten, Zucker und Salz sowie durch eine geringe Nährstoffdichte gekennzeichnet sind [10]. Auch haben die Produkte häufig eine weiche Lebensmitteltextur, die eine hohe Essgeschwindigkeit begünstigt [11]. Hinzu kommt, dass hochverarbeitete Lebensmittel nahezu ubiquitär verfügbar, verzehrfertig oder einfach zuzubereiten sind; darüber hinaus sind sie oft kostengünstig, lange haltbar und besonders schmackhaft



[10]. Die hohe Nachfrage nach diesen Produkten wird auch durch zentrale Merkmale des modernen Lebensstils begünstigt. Dazu zählen unter anderem Zeitknappheit, eine Entstrukturierung des Tagesablaufs und ein zunehmender Außer-Haus-Verzehr [12].

NOVA: Einteilung von Lebensmitteln nach dem Verarbeitungsgrad

Die brasilianische Arbeitsgruppe um Carlos Monteiro entwickelte im Jahr 2009 die sogenannte NOVA-Klassifikation zur Einteilung von Lebensmitteln nach dem Verarbeitungsgrad [13]. Ausgangspunkt für dieses ursprünglich als Public-Health-Instrument konzipierte Klassifikationssystem war die Beobachtung, dass sich in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen Brasiliens Mangelernährung in Übergewicht wandelte und von einem Anstieg nichtübertragbarer Erkrankungen (NCDs) wie Typ-2-Diabetes begleitet

wurde. Monteiro führte diese Entwicklung auf Veränderungen im Lebensmittelangebot zurück, insbesondere auf das vermehrte Auftreten industriell stark verarbeiteter, preisgünstiger Produkte [13].

Dabei zeigte sich, dass viele dieser Produkte trotz vermeintlich günstiger Nährstoffprofile gemessen am Fett-, Zucker- und Kaloriengehalt mit einem erhöhten Risiko für Überernährung assoziiert waren. Monteiro folgerte daraus, dass nicht nur die Nährstoffzusammensetzung, sondern vor allem der Grad und Zweck der industriellen Verarbeitung ein zentraler Einflussfaktor für Ernährungsverhalten, Ernährungsqualität und Gesundheit sein könnte [13]. Diese Hypothese wird heute durch zahlreiche epidemiologische Studien gestützt, die einen Zusammenhang zwischen dem Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und dem Auftreten von NCDs zeigen [14].

Die NOVA-Klassifikation unterscheidet vier Gruppen [10], vgl. Tabelle 1.

Foto: © Industrieblick – stock.adobe.com

Bei hochverarbeiteten Lebensmitteln der NOVA-Gruppe 4 handelt es sich nach Carlos Monteiro et al. [15] um:

Industriell hergestellte Formulierungen aus überwiegend kostengünstigen Zutaten, industriellen Energie- und Nährstoffquellen und Zusatzstoffen. Hochverarbeitete Lebensmittel der NOVA-Gruppe 4 durchlaufen zahlreiche Verarbeitungsschritte; sie sind typischerweise gekennzeichnet durch einen hohen Energiegehalt, ein ungünstiges Fettsäuremuster sowie einen hohen Gehalt an raffinierten Kohlenhydraten, Zucker und Salz, während sie arm an hochwertigem Eiweiß, Ballaststoffen und Mikronährstoffen sind. Hochverarbeitete Lebensmittel sind gezielt so konzipiert, dass sie besonders schmackhaft, optisch ansprechend und lange haltbar sind – und sich jederzeit und überall leicht konsumieren lassen. Ihre Zusammensetzung, Verpackung und Vermarktung sind für Verbraucher*innen attraktiv und können einen übermäßigen Verzehr fördern.

Die NOVA-Gruppe 4 stellt jedoch keine homogene Lebensmittelkategorie dar, sondern umfasst sehr unterschiedliche Produkte, die sich hinsichtlich ihrer Nährstoffzusammensetzung, Energiedichte und potenziellen gesundheitlichen Auswirkungen teils erheblich unterscheiden. Tabelle 2 veranschaulicht die Unterschiede zwischen den NOVA-Kategorien anhand ausgewählter Beispiele aus den Gruppen NOVA 3 und NOVA 4.

Trotz der zunehmenden Evidenz bleibt die NOVA-Klassifikation umstritten. Ein zentraler Diskussionspunkt betrifft ihre wissenschaftliche Fundierung. So wird darauf hingewiesen, dass die Einteilung von Lebensmitteln teilweise nicht ausreichend präzise definiert ist und Interpretationsspielräume zulässt [16–18]. Beispielswei-

se enthält das System keine festgelegten Grenzwerte für Inhaltsstoffe wie Zucker, gesättigte Fettsäuren oder Salz. Dadurch fehlt eine objektive und eindeutig reproduzierbare Grundlage für die Zuordnung von Lebensmitteln zu den einzelnen Kategorien, was die Vergleichbarkeit und Interpretation von Forschungsergebnissen erschweren kann [19, 20]. Darüber hinaus wird diskutiert, ob hochverarbeitete Lebensmittel tatsächlich ein eigenständiges Konzept darstellen oder im Wesentlichen lediglich die bereits bekannten Merkmale von „Junk Food“ beschreiben [16–18].

Beziehung zwischen dem Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und Übergewicht

Zahlreiche Studien zeigen, dass hochverarbeitete Lebensmittel nach NOVA 4 in vielen Ländern einen erheblichen Anteil an der täglichen Energiezufuhr ausmachen. In Kanada beträgt dieser Anteil bis zu 48 %, im Vereinigten Königreich 54 % und in den USA 56 % [21–23]. Auch in Deutschland weisen aktuelle Daten auf eine hohe Relevanz hin. So zeigen zwei in Kiel durchgeführte Kohortenstudien, dass bei jungen Erwachsenen hochverarbeitete Lebensmittel zu rund 50 % der täglichen Energieaufnahme beitragen [24, 25].

Seit der Einführung der NOVA-Klassifikation durch Monteiro wurde eine Vielzahl epidemiologischer Studien publiziert, die konsistent eine Assoziation zwischen einem hohen Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und einem erhöhten Risiko für Übergewicht und Adipositas zeigen (Übersicht bei [26]). In Querschnittsstudien aus Brasilien, den USA und Großbritannien konnte gezeigt werden, dass Personen mit hohem Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel im Vergleich zu Perso-

nen mit niedrigem Konsum einen höheren Body-Mass-Index und einen größeren Taillenumfang aufweisen [21, 27, 28].

Dabei war der höchste Konsum im Vergleich zum niedrigsten mit einer um 31–48 % erhöhten Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und einer um 41–90 % erhöhten Wahrscheinlichkeit für Adipositas verbunden. Zudem zeigte sich eine Dosis-Wirkungsbeziehung, bei der ein Anstieg des Konsums hochverarbeiteter Lebensmittel um 10 % mit einer erhöhten Prävalenz von Adipositas einherging [21]. Aufgrund des Studiendesigns ist bei Querschnittsstudien eine umgekehrte Kausalität nicht auszuschließen. Prospektive Kohortenstudien aus Spanien, Brasilien und Frankreich bestätigen jedoch diese Zusammenhänge und zeigen, dass ein hoher Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel über Beobachtungszeiträume von 4 bis 9 Jahren mit einem um 20–26 % erhöhten Risiko für die Entwicklung von Übergewicht oder Adipositas verbunden ist [29–31].

Zu berücksichtigen ist, dass der überwiegende Teil der Evidenz aus Beobachtungsstudien stammt und aufgrund des Studiendesigns ein residual confounding nicht auszuschließen ist. Merkmale eines ungesunden Lebensstils (z. B. niedrige körperliche Aktivität, Rauchverhalten) korrelieren miteinander und könnten die beobachteten Zusammenhänge teilweise erklären. Zudem wird kritisch diskutiert, ob die beobachteten Zusammenhänge gleichermaßen für alle hochverarbeiteten Lebensmittel gelten. Mehrere Studien deuten darauf hin, dass insbesondere zucker gesüßte Getränke sowie bestimmte verarbeitete Fleischprodukte einen wesentlichen Beitrag zu den beobachteten Risiken leisten könnten, während für andere Untergruppen die Evidenz weniger eindeutig ist (siehe Review [32]).

Tabelle 1		
NOVA 1	Unverarbeitete bzw. minimal verarbeitete Lebensmittel	z. B. Obst, Gemüse, Milch, Fleisch
NOVA 2	Kulinarische Zutaten	z. B. Öl, Salz, Zucker
NOVA 3	Verarbeitete Lebensmittel	z. B. Käse, Konserven, Brot
NOVA 4	Hochverarbeitete Lebensmittel (engl. ultra-processed foods)	z. B. Softdrinks, Fertigsaucen, Ready-to-eat- und Ready-to-heat-Produkte

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und Übergewicht – Evidenz, Mechanismen und Einordnung des NOVA-Konzepts“ von Dr. oec. troph. Svenja Fedde und Prof. Dr. oec. troph. Dr. med. Anja Bosy-Westphal finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist nur online über das

Portal vom 25.09.2026 bis 24.03.2027 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. Der Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es gibt kein Sponsoring und es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

Bisher gibt es nur wenige randomisierte kontrollierte Interventionsstudien, die Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und einer positiven Energiebilanz liefern [33, 34]. In diesen Cross-over-Studien führte eine ad libitum-Ernährung auf Basis hochverarbeiteter Lebensmittel im Vergleich zu einer hinsichtlich

Energie und Makronährstoffen weitgehend gematchten Ernährung aus gering verarbeiteten Lebensmitteln (mit gleichem Gehalt an Zucker, Salz und Ballaststoffen) zu einer signifikant höheren Energieaufnahme von etwa 500–800 kcal pro Tag. Dies ging mit einer Gewichtszunahme von 0,9 kg innerhalb von zwei Wochen [33] bzw. 1,1 kg innerhalb einer Woche [34] einher.

Tabelle 2: Beispiele für NOVA3 und NOVA 4 Lebensmittel im Vergleich

NOVA 3	NOVA 4
Naturjoghurt mit Früchten: JOGHURT mild, 9 % Blaubeere, Rübenzucker	Joghurterzeugnis mit Fruchtzubereitung: 63 % JOGHURTERZEUGNIS, Wasser, Zucker, Heidelbeerpüree, Heidelbeersaftkonzentrat, modifizierte Stärke, Speisegelatine (Schwein), färbende Pflanzenkonzentrate (Karotte, schwarze Johannisbeere, Traube), Säureregulator Natriumcitrate, Säuerungsmittel Citronensäure, Emulgator E 472 b, Schaummittel Stickstoff, Stärke, Aroma
Vollkornbrot: ROGGENVOLLKORNSCHROT, Wasser, Sauerteig (ROGGENVOLLKORNSCHROT, Wasser), Speisesalz	Vollkorntoast: WEIZENVOLLKORNMEHL, Wasser, WEIZENMEHL, Hefe, Rapsöl, Zucker, Speisesalz, Säureregulator (Natriumacetate), WEIZENGLUTEN, Säuerungsmittel (Zitronensäure), Emulgator (Natriumstearoyl-2-lactylat)
Tomatensuppe (Dose): Wasser, geschnittene Tomaten (Tomaten 60%, Tomatensaft, Salz), Tomatenmark (Wasser, Tomatenmark, Salz), Reis, Olivenöl, Zwiebeln, Reismehl, Maismehl, Zucker, Steinsalz, Basilikum, Liebstöckel, Pfeffer.	Instant-Tomatensuppenpulver: Tomatenpüreepulver, Maltodextrin, modifizierte Kartoffelstärke, Zucker, Salz, Hefeextrakt, Molkenweiß (MILCH), Zwiebelpulver, Palmfett, Geschmacksverstärker (E621), Gewürze (Pfeffer, Knoblauchpulver), Laktose (MILCH), Trennmittel (E551, E552), WEIZENmehl, Petersilie, Rote-Beete-Saftpulver, Aromastoffe

Mechanismen für den Einfluss von hochverarbeiteten Lebensmitteln auf die Gesundheit

Lebensmittelverarbeitung kann auf mehreren Ebenen zur Entstehung von NCDs beitragen. Zum einen kann sie die Blutzuckerwirksamkeit von Kohlenhydraten erhöhen [35]. Zum anderen kann die Energieaufnahme erhöht werden, indem durch einen geringeren Gehalt an Wasser und Ballaststoffen die Energiedichte (also die Kalorienmenge pro Gramm Lebensmittel) steigt oder die Verarbeitung die Textur und die Lebensmittelmatrix so verändert, dass Produkte schneller verzehrt werden können [33, 36, 37].

Während der Einfluss dieser Faktoren auf die Regulation der Energiebilanz gut belegt ist, zeigt sich die Evidenz für weitere diskutierte Mechanismen weniger konsistent. Hierzu zählen insbesondere Effekte der Verarbeitung und Formulierung auf die Schmackhaftigkeit von Lebensmitteln, zentrale Steuerungsmechanismen der Nahrungsaufnahme sowie das Mikrobiom. Ob diese Faktoren eigenständig zu gesundheitlichen Auswirkungen beitragen oder überwiegend mit anderen Eigenschaften hochverarbeiteter Lebensmittel assoziiert sind, ist bislang nicht abschließend geklärt und Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen.

Ein wesentliches Ziel der Lebensmittelverarbeitung ist es, die sensorische Attraktivität von Produkten zu erhöhen. Dies kann nach Ansicht einiger Wissenschaftler*innen dazu führen, dass Lebensmittel „überaus schmackhaft“ („hyperpalatable“) werden. Der Begriff ist jedoch noch nicht eindeutig definiert. Nach Fazzino et al. [38] umfasst er unter anderem bestimmte Kombinationen von Fett, Zucker und Salz [38, 39]. Darüber hinaus können auch Süße durch Süßstoffe, intensive Aromen oder eine spezifische Textur – etwa „crispy“, „crunchy“ oder „soft“ – zu einer erhöhten Schmackhaftigkeit beitragen [40]. Welche Faktoren diese im Detail bestimmen, ist derzeit noch Gegenstand der Forschung, und eine besonders hohe Schmackhaftigkeit wurde nicht in allen Studien häufiger bei hochverarbeiteten Lebensmitteln beobachtet [41–43].

Eine Interventionsstudie zeigte, dass der tägliche Verzehr süßer, fettreicher Snacks

die Präferenz für fettarme Lebensmittel reduziert und neuronale Belohnungsnetzwerke so verändert, dass die Reaktion auf hochschmackhafte Lebensmittel verstärkt wird [44]. Daten der UK-Biobank zeigen zudem, dass ein hoher Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel mit strukturellen Veränderungen in subkortikalen Hirnarealen assoziiert ist, die an der Regulation der Nahrungsaufnahme beteiligt sind [45]. Diese Effekte lassen sich nur teilweise durch klassische Risikofaktoren erklären, sodass Veränderungen zentraler Steuerungsmechanismen sowohl Folge als auch Treiber eines erhöhten Konsums hochverarbeiteter Lebensmittel sein könnten.

Die NOVA-Klassifikation verfolgt einen holistischen Ansatz, indem es bei der Einstufung eines Lebensmittels als „hoch verarbeitet“ nicht nur um die ernährungsphysiologischen Folgen der Prozessierung und Formulierung eines Lebensmittels geht, sondern ebenso um deren sozioökonomische und soziokulturelle Auswirkungen. Monteiro weist darauf hin, dass der zunehmende Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel mit Veränderungen des Essverhaltens einhergeht, wobei gemeinsame Mahlzeiten an Bedeutung verlieren [15]. Stattdessen wird häufiger allein, zu unregelmäßigen Zeiten und nebenbei gegessen, etwa im Gehen, bei der Arbeit oder vor Bildschirmen [15]. Hochverarbeitete Lebensmittel können somit nicht nur durch ihre Geschmackhaftigkeit, Textur oder Energiedichte, sondern auch durch ihren ausgeprägten Convenience-Charakter und einen durch sie beeinflussten ungesunden Lebensstil zur Entstehung von Übergewicht beitragen.

Homogene und lange haltbare Zutaten von hochverarbeiteten Lebensmitteln kommen meist aus globalisierten agroindustriellen Wertschöpfungsketten, die stark auf Produktivität und Effizienz ausgerichtet sind, wodurch sogenannte Skaleneffekte (d. h. Vorteile der Massenproduktion) entstehen [46]. Hinzu kommt oft ein hoher Preisdruck, der zu einer Reduktion wertgebender Inhaltsstoffe wie Obst und Gemüse, Nüsse oder Kakao führen kann, die durch preisgünstige Füllstoffe und künstliche Aromen ersetzt werden. Dieses Phänomen, bekannt als „Skimpflation“, wird von Verbraucherschützer*innen kritisiert [47]. Hochverarbeitete Le-

bensmittel sind aufgrund von Skaleneffekten und Sparmechanismen wie der Skimpflation pro Kalorie oft deutlich günstiger zu produzieren als geringer verarbeitete Produkte. Eine Analyse von über 50.000 Lebensmitteln aus US-amerikanischen Supermärkten konnte zeigen, dass innerhalb derselben Produktkategorie der Preis pro Kalorie bei den 10 % am stärksten verarbeiteten Produkten im Durchschnitt um 52 % niedriger lag als bei den 10 % am wenigsten verarbeiteten Produkten [48]. In Kombination mit ihrer langen Haltbarkeit macht dies hochverarbeitete Lebensmittel besonders attraktiv für einkommensschwache Verbraucher*innen [49].

Kritikpunkte am NOVA-Konzept und ihre Einordnung

Trotz der Evidenz für die Bedeutung von hochverarbeiteten Lebensmitteln für NCDs ist die NOVA-Klassifikation nicht unumstritten. Ein zentraler Kritikpunkt besteht darin, dass der Verarbeitungsgrad stärker gewichtet wird als das Nährwertprofil. Tatsächlich können einzelne hochverarbeitete Lebensmittel ein günstiges Nährstoffprofil aufweisen, während umgekehrt auch gering verarbeitete Lebensmittel ernährungsphysiologisch ungünstig bewertet werden können.

Nährstoffzusammensetzung und Verarbeitungsgrad beschreiben unterschiedliche Dimensionen der Lebensmittelqualität, die beide zur gesundheitlichen Wirkung von Lebensmitteln beitragen können. Gleichzeitig betrachtet das NOVA-Konzept von Monteiro den Verarbeitungsgrad nicht isoliert, sondern gemeinsam mit der Formulierung (d. h. Rezeptur) eines Lebensmittels [15]. Viele Eigenschaften hochverarbeiteter Lebensmittel, die mit gesundheitlichen Risiken in Verbindung gebracht werden, hängen mit ihrer Rezeptur bzw. Formulierung zusammen und lassen sich nicht ausschließlich auf den Verarbeitungsgrad selbst zurückführen. Zutaten und Zusatzstoffe wie modifizierte Stärke, Maltodextrin oder Xanthan, die beispielsweise zur Optimierung von Textur, Haltbarkeit oder Geschmack eingesetzt werden, sind ihrerseits Produkte mehrstufiger industrieller Verarbeitung. Dadurch lassen sich die Effekte von Verarbeitung und Formulierung

konzeptionell nicht vollständig voneinander trennen.

Ergebnisse aus Interventionsstudien relativieren jedoch eine rein nährwertbasierte Bewertung [50]. So zeigte eine kontrollierte Cross-over-Studie aus Großbritannien mit zwei jeweils achtwöchigen Interventionsphasen, dass eine Ernährung auf Basis hochverarbeiteter Lebensmittel im Vergleich zu einer Ernährung mit gering verarbeiteten Lebensmitteln zu einer geringeren Gewichtsabnahme führte, obwohl beide Diäten an den britischen Ernährungsempfehlungen ausgerichtet waren [50]. Dies deutet darauf hin, dass Eigenschaften hochverarbeiteter Lebensmittel, die über das Nährwertprofil hinausgehen – wie eine weichere Textur oder eine gesteigerte Geschmackhaftigkeit – die Energieaufnahme und damit die Körpergewichtsregulation beeinflussen können. Gleichzeitig zeigt die Studie, dass auch mit hochverarbeiteten Lebensmitteln eine Gewichtsreduktion möglich ist, sofern die Ernährungsempfehlungen konsequent eingehalten werden. Die Umsetzung solcher Empfehlungen im Alltag ist jedoch gering, wobei weniger als 0,1 % der Erwachsenen in Großbritannien alle Empfehlungen erfüllen und fast 70 % weniger als die Hälfte davon [51]. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Verarbeitungsgrad als zusätzliche Orientierungshilfe bei der Bewertung der Ernährung heranzuziehen, ohne die Bedeutung des Nährwertprofils zu vernachlässigen.

Ein weiterer Einwand betrifft die wissenschaftliche Fundierung der NOVA-Klassifikation. Kritisiert wird vor allem, dass die Kategorisierung von Lebensmitteln teilweise uneinheitlich und subjektiv erfolgt [19]. Insbesondere in der frühen Phase der Entwicklung lag der Fokus auf der Anzahl der Inhaltsstoffe und den eingesetzten Verarbeitungstechniken. Diese Kriterien erwiesen sich jedoch als begrenzt trennscharf, da bestimmte Verfahren mehreren Kategorien zugeordnet werden können und die Abgrenzung zwischen industrieller und zu Hause stattfindender Verarbeitung nicht eindeutig ist [19, 20]. Auch bleibt unklar, ab welcher Anzahl oder Art von Zutaten ein Produkt als hochverarbeitet gilt [19, 52].

Als Reaktion darauf wurde der Verarbeitungszweck als zentrales Kriterium er-

gänzt. Damit geht die NOVA-Klassifikation über den technologischen Verarbeitungsgrad hinaus und berücksichtigt auch Aspekte wie etwa die Steigerung der Rentabilität durch kostengünstige Rohstoffe, die gezielte Erhöhung der Schmackhaftigkeit, die Förderung von Convenience sowie die breite Verfügbarkeit im Alltag [53]. Gerade diese Erweiterung trägt dazu bei, zentrale Merkmale moderner Ernährungssysteme abzubilden, die in klassischen Nährwertprofilen nicht erfasst werden.

Um den von Monteiro intendierten Zweck als Public-Health-Instrument zu erfüllen, muss die NOVA-Klassifikation nicht wissenschaftlich präzise sein. Ihr primärer Nutzen liegt weniger in der Abbildung biochemischer Mechanismen als vielmehr in der praxisnahen Erfassung und der verständlichen Kommunikation gesundheitsrelevanter Ernährungsmuster auf Bevölkerungsebene. Public Health zielt darauf ab, Krankheiten zu verhindern, Leben zu verlängern und Gesundheit durch gemeinschaftliche Anstrengungen zu fördern [54]. In diesem Kontext ermöglicht die Einfachheit der NOVA-Klassifikation eine breite Anwendung – sowohl in der epidemiologischen Forschung als auch in der Prävention ernährungsmitbedingter Erkrankungen durch gesundheitspolitische Maßnahmen und Verbraucherkommunikation.

Trotz möglicher Ungenauigkeiten der NOVA-Klassifikation durch subjektive Kriterien zeigt die epidemiologische Evidenz konsistent, dass ein hoher Konsum von

Lebensmitteln der NOVA-Gruppe 4 mit diversen ernährungsmitbedingten Erkrankungen assoziiert ist [14]. Der NOVA-Ansatz ist damit vergleichbar mit etablierten Public-Health-Instrumenten wie dem Body-Mass-Index (BMI), der auf individueller Ebene ebenfalls Einschränkungen aufweist. Wie beim BMI steht auch der NOVA-Klassifikation nicht die exakte Bewertung einzelner Produkte im Vordergrund, sondern die Risikostratifizierung großer Bevölkerungsgruppen und eine Rationale für Präventionsprogramme [55]. Angesichts der zunehmenden Verbreitung von Übergewicht und Adipositas sowie des hohen Konsums hochverarbeiteter Lebensmittel kommt der NOVA-Klassifikation daher eine erhebliche Public-Health-Relevanz zu.

Fazit

Hochverarbeitete Lebensmittel stellen in westlichen Ernährungsmustern einen wesentlichen Bestandteil der täglichen Energiezufuhr dar und sind mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht, Adipositas und weitere nichtübertragbare Erkrankungen assoziiert. Die vorliegende Evidenz legt nahe, dass die beobachteten Zusammenhänge nicht vollständig durch die Nährstoffzusammensetzung erklärt werden können und möglicherweise auch mit Eigenschaften zusammenhängen, die durch Verarbeitung und Formulierung entstehen, wie eine hohe Energiedichte, veränderte Textur, gesteigerte Schmackhaftigkeit und eine ubiquitäre Verfügbar-

keit. Die NOVA-Klassifikation hat wesentlich dazu beigetragen, diese Zusammenhänge sichtbar zu machen und die Perspektive von einer rein nährstoffbasierten auf eine am Ernährungssystem orientierte Betrachtung zu erweitern. Die Stärke von NOVA liegt daher weniger in der präzisen Bewertung auf individueller Ebene als in der Anwendbarkeit als Public-Health-Instrument, das eine praktikable Erfassung von Ernährungsmustern auf Bevölkerungsebene und gesundheitspolitisch relevante Entwicklungen abbilden kann.

**Prof. Dr. oec.
troph. Dr. med.
Anja Bosy-
Westphal**



Foto: © Universität Kiel

**Dr. oec. troph.
Svenja Fedde**



Foto: Privat

beide: Institut für
Humanernährung
und Lebensmittel-
kunde

Düsternbrooker Weg 17, 24105 Kiel
E-Mail: abosyw@nutrition.uni-kiel.de

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

Multiple-Choice-Fragen: Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und Übergewicht

Evidenz, Mechanismen und Einordnung des NOVA-Konzepts

VNR: 2760602026218530008

(je eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage beschreibt am zutreffendsten den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zur Beziehung zwischen dem Konsum hochverarbei-

teter Lebensmittel und nichtübertragbaren Erkrankungen (NCDs)?

1) Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Konsum hochverarbeiteter

Lebensmittel und dem Risiko für NCDs, solange die Nährstoffzufuhr ausgeglichen ist.

- 2) Ein hoher Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel ist in zahlreichen epidemiologischen Studien mit einem erhöhten Risiko für Adipositas, Typ-2-Diabetes und andere NCDs assoziiert.

- 3) Hochverarbeitete Lebensmittel sind ausschließlich aufgrund ihres Fettgehalts mit NCDs verbunden.

- 4) Der Zusammenhang zwischen dem Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und NCDs konnte bisher nur in Tierstudien gezeigt werden.

- 5) Hochverarbeitete Lebensmittel haben unabhängig von Menge und Ernährungsweise keinen Einfluss auf die Gesundheit.

2. Welche Aussage zur NOVA-Klassifikation trifft zu?

- 1) Sie basiert primär auf der chemischen Zusammensetzung von Lebensmitteln.
- 2) Sie klassifiziert Lebensmittel nach ihrem glykämischen Index.
- 3) Sie berücksichtigt den Grad und Zweck der Verarbeitung.
- 4) Sie dient ausschließlich der klinischen Diagnostik.

3. Welche Aussage beschreibt die sogenannte „hyperpalatability“ am besten?

- 1) Lebensmittel mit hohem Proteinanteil.
- 2) Lebensmittel mit geringer Energiedichte.
- 3) Sensorisch optimierte Kombinationen aus Fett, Zucker und Salz.
- 4) Lebensmittel mit hohem Wasseranteil.

4. Welcher lebensstilbezogene Mechanismus trägt am ehesten zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen einem hohen Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel und einem erhöhten Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen (NCDs) bei?

- 1) Hochverarbeitete Lebensmittel sind kostengünstig, jederzeit verfügbar und bequem konsumierbar, was häufiges Snacking und eine erhöhte Energieaufnahme im Alltag begünstigt.
- 2) Hochverarbeitete Lebensmittel sind überwiegend teuer und fördern daher eine reduzierte Nahrungsaufnahme.
- 3) Hochverarbeitete Lebensmittel erfordern eine aufwendige Zubereitung und führen dadurch zu regelmäßigeren Essenszeiten.
- 4) Hochverarbeitete Lebensmittel werden ausschließlich zu Hauptmahlzeiten

konsumiert und beeinflussen das Essverhalten nicht.

- 5) Hochverarbeitete Lebensmittel haben keinen Einfluss auf Lebensstilfaktoren wie Essfrequenz oder Essumgebung.

5. Welche Aussage beschreibt am zutreffendsten die Bedeutung des Verarbeitungsgrads im Vergleich zum Nährwertprofil für die Bewertung von Lebensmitteln?

- 1) Der Grad der Verarbeitung ist vollständig durch das Nährwertprofil eines Lebensmittels erklärbar.
- 2) Lebensmittel mit günstigem Nährwertprofil sind per Definition nicht hochverarbeitet.
- 3) Der Verarbeitungsgrad kann gesundheitlich relevante Eigenschaften erfassen (z. B. Struktur, Zusatzstoffe, Essverhalten), die im Nährwertprofil nicht abgebildet sind.
- 4) Lebensmittelverarbeitung hat keinen Einfluss auf gesundheitliche Effekte, solange Makronährstoffe ausgewogen sind.
- 5) Hochverarbeitete Lebensmittel unterscheiden sich ausschließlich durch ihren Zuckergehalt von unverarbeiteten Lebensmitteln.

6. Welche Aussage beschreibt am zutreffendsten das Verhältnis zwischen Nährwertprofil und Verarbeitungsgrad als Bewertungskonzept?

- 1) Nährwertprofil und Verarbeitungsgrad sind identisch und können austauschbar verwendet werden.
- 2) Beide Konzepte erfassen unterschiedliche Ebenen (Zusammensetzung vs. Verarbeitung), weisen jedoch teilweise Überschneidungen und Interaktionen auf und liefern gemeinsam komplementäre Informationen.
- 3) Ein günstiges Nährwertprofil schließt eine hohe Verarbeitungsstufe grundsätzlich aus.
- 4) Der Verarbeitungsgrad ist ausschließlich durch den Gehalt an Fett, Zucker und Salz definiert.
- 5) Nur das Nährwertprofil ist wissenschaftlich relevant, der Verarbeitungsgrad nicht.

7. Welches der folgenden Lebensmittel ist am ehesten der NOVA-Gruppe 4 (hochverarbeitete Lebensmittel) zuzuordnen?

- 1) Frischer Naturjoghurt ohne Zusatzstoffe.
- 2) Selbstgekochte Linsensuppe aus frischen Zutaten.
- 3) Vollkornbrot aus Mehl, Wasser, Hefe und Salz.
- 4) Aromatisierter Fruchtjoghurt mit zugesetzten Aromen, Süßstoffen und Verdickungsmitteln.

8. Wodurch erreichen hochverarbeitete Lebensmittel typischerweise eine hohe Energiedichte?

- 1) Durch einen hohen Gehalt an Wasser und Ballaststoffen.
- 2) Durch die Kombination von raffinierten Kohlenhydraten und Fetten bei gleichzeitig geringem Wassergehalt.
- 3) Durch den hohen Gehalt an Zucker und Salz.
- 4) Durch einen hohen Proteingehalt.
- 5) Durch den Einsatz von Zusatzstoffen.

9. Was beschreibt der Begriff „Skimpflation“ im Zusammenhang mit hochverarbeiteten Lebensmitteln am zutreffendsten?

- 1) Eine Reduktion der Portionsgröße bei gleichbleibendem Preis.
- 2) Der Ersatz hochwertiger Zutaten durch kostengünstigere Bestandteile bei gleichbleibendem Produktpreis.
- 3) Eine Steigerung des Nährstoffgehalts durch technologische Innovation.
- 4) Eine Erhöhung der Haltbarkeit durch zusätzliche Konservierungsstoffe.

10. Warum muss die NOVA-Klassifikation nicht im streng naturwissenschaftlichen Sinne exakt sein, um ein sinnvolles Public-Health-Instrument darzustellen?

- 1) Weil Public-Health-Instrumente grundsätzlich keine wissenschaftliche Grundlage benötigen.
- 2) Weil die NOVA-Klassifikation ausschließlich auf subjektiven Einschätzungen basiert.
- 3) Weil sie als pragmatisches Instrument zur Beschreibung von Ernährungsmustern dient und relevante Gesundheitsrisiken auf Bevölkerungsebene abbildet.
- 4) Weil sie nur für einzelne Lebensmittel und nicht für Ernährungsmuster angewendet wird.
- 5) Weil sie ausschließlich für experimentelle Studien entwickelt wurde.

Die neuen DGE-Empfehlungen „Gut essen und trinken“



In Deutschland ist jeder zweite Erwachsene übergewichtig und rund jeder Fünftes adipös. Zahlreiche Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen einem hohen Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel (Ultra Processed Foods) und dem Auftreten von Adipositas sowie Folgeerkrankungen.

Zur Förderung der Gesundheit hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) im Frühjahr 2024 ihre Empfehlungen überarbeitet: Aus den bisherigen „10 Regeln“ wurden die lebensmittelbezogenen Empfehlungen „Gut essen und trinken“ und der DGE-Ernährungskreis. Diese berücksichtigen neben der Nährstoffversorgung und Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen erstmals auch Umweltbelastungen. Das Ergebnis ist eine pflanzenbetonte Ernährung – mit einem Anteil von über drei Vierteln pflanzlicher und weniger als einem Viertel tierischer Lebensmittel. Damit basieren die DGE-Empfehlungen auf der 2019 von der EAT-Lancet-Kommission entwickelten Planetary Health Diet, einer globalen Referenz für eine gesunde und nachhaltige Ernährung.

Der DGE-Ernährungskreis

Als Orientierungshilfe für eine optimale Lebensmittelauswahl dient der DGE-Ernährungskreis. Dieser stellt dar, wie eine gesundheitsfördernde und umweltverträglichere Ernährung aussehen kann: Je

größer der Anteil einer Lebensmittelgruppe am Kreis, desto mehr kann davon gegessen werden.

Im Zentrum stehen Getränke, gefolgt von den pflanzlichen Lebensmitteln – Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Nüsse, Samen, Getreide, Kartoffeln und pflanzliche Öle. Sie bilden die Basis einer optimalen Lebensmittelauswahl. Die DGE empfiehlt dabei Vielfalt und Abwechslung. Tierische Lebensmittel ergänzen den Speiseplan in geringeren Mengen. Der Ernährungskreis dient als flexibler Richtwert und legt den Fokus auf eine ausgewogene Wochenbilanz.

Die DGE-Empfehlungen „Gut essen und trinken“

Unter dem Motto „Bunt und gesund essen und dabei die Umwelt schonen“ zeigen die DGE-Empfehlungen, welche Lebensmittelgruppe in welcher Menge verzehrt werden kann und wie sich ein gesundheitsfördernder Lebensstil gestalten lässt:

1. Am besten Wasser trinken

Mindestens 1,5 Liter täglich. Idealerweise Wasser oder kalorienfreie Getränke wie ungesüßter Tee. Zuckerhaltige oder alkoholische Getränke sind nicht empfehlenswert.

2. Obst und Gemüse – viel und bunt

Mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag, da diese reich an Vitaminen, Mi-

neralstoffen, Ballaststoffen und sekundären Pflanzenstoffen sind.

3. Hülsenfrüchte und Nüsse regelmäßig essen

Hülsenfrüchte wie Bohnen oder Linsen mindestens einmal pro Woche und Nüsse täglich in kleiner Menge. Diese liefern neben Eiweiß wichtige Vitamine, Mineralstoffe, Ballaststoffe, sekundäre Pflanzenstoffe sowie lebensnotwendige Fettsäuren, die zur Herzgesundheit beitragen.

4. Vollkorn ist die beste Wahl

Bei Getreideprodukten wird Vollkorn bevorzugt: mehr Ballaststoffe, längere Sättigung und bessere Mikronährstoffversorgung.

5. Pflanzliche Öle bevorzugen

Pflanzliche Öle wie Raps, Lein, oder Olivenöl und daraus hergestellte Fette sind gegenüber tierischen Fetten zu bevorzugen, da sie gesunde Fettsäuren und Vitamin E liefern.

6. Milch und Milchprodukte jeden Tag

Täglich zwei Portionen Milch oder Milchprodukte. Wenn pflanzliche Alternativen genutzt werden, ist auf die Versorgung mit Calcium, Jod, Vitamin B₂ und B₁₂ zu achten.

7. Fisch jede Woche

1 bis 2 Portionen fettreicher Fisch pro Woche, wie z. B. Lachs oder Makrele, als Quelle für Omega-3-Fettsäuren.

8. Fleisch und Wurst – weniger ist mehr

Maximal 300 g Fleisch und Wurst pro Woche liefern Eisen, Selen und Zink. Zu viel Fleisch belastet dagegen die Umwelt und erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

9. Süßes, Salziges und Fettiges – besser stehen lassen

Produkte mit hohem Zucker-, Salz- oder Fettanteil, wie z. B. Fertiggerichte oder Süßwaren, möglichst selten konsumieren.

COS: Lehrgang Ernährungsmedizin für MFA

Termin: In Planung. Wir nehmen Sie gerne auf unsere Interessentenliste.

Information: 120-stündiger Qualifizierungslehrgang der Carl-Oe-le-mann-Schule (COS) auf der Grundlage des Fortbildungs-curriculums „Ernährungsmedizin“ der Bundesärztekammer im Blended-Learning-Konzept.

Anmeldung: Julia Werner, Fon: 06032 782-185,

E-Mail: julia.werner@laekh.de, Kurzlink: <https://t1p.de/lcrnj>



10. Mahlzeiten genießen

Zeit nehmen, bewusst essen, Gemeinsamkeit pflegen – langsames Essen unterstützt das Sättigungsgefühl.

11. In Bewegung bleiben und auf das Gewicht achten

Ernährung und körperliche Aktivität gehören zusammen. Regelmäßige Bewegung ist zentral für die Gesundheit.

Im Vergleich zu den früheren Empfehlungen ergeben sich mehrere wesentliche Änderungen:

- Die DGE-Empfehlungen werden nicht nur gesundheitsbezogen gedacht, sondern berücksichtigen zusätzlich die Umweltauswirkungen der derzeitigen Ernährungssysteme.

- Die genaue Aufteilung von drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst entfällt zugunsten des Ziels von mindestens fünf Portionen.

- Besonders hervorgehoben werden Hülsenfrüchte und Nüsse, als Quellen von pflanzlichem Eiweiß und gesunden Fetten.

- Der Anteil tierischer Lebensmittel wurde reduziert.

Eine pflanzenbetonte Kost fördert die Gesundheit – vorausgesetzt, sie besteht überwiegend aus hochwertigen, unverarbeiteten Lebensmitteln. Die DGE-Empfehlungen sind dabei als flexible Leitplanken zu verstehen, die sowohl Chancen als auch Herausforderungen bieten. Für die Gemeinschaftsverpflegung liefern die DGE-Qualitätsstandards darauf aufbauend konkrete

Unterstützung, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der Tischgäste zu gewährleisten.

Dr. Anna Kaiser

Geschäftsführerin

Sektion Hessen –

DGE e. V.

Taunusstr. 151

61381 Friedrichsdorf

E-Mail: sektion@dge-hessen.de

Internet: www.dge-hessen.de



Foto: DGE/Celebi Linden

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

Ärzttekammer

Zehn Jahre Zusammenarbeit mit der DGE im Verpflegungsbereich

Die DGE-Zertifizierung im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ist ein bedeutender Meilenstein, der die Qualität der Verpflegung nachhaltig verbessert und den hohen Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entspricht. Bereits im Jahr 2015 wurde der Prozess zur Zertifizierung gestartet und nach kontinuierlicher Arbeit und Optimierung des Verpflegungskonzeptes konnte dieses Ziel im Februar 2016 mit einem Auditergebnis von 96 % erfolgreich erreicht werden. Dieses Erfolgsergebnis zeigt das Engagement der Mitarbeitenden im Verpflegungsbereich und der

LÄKH für eine gesündere und nachhaltigere Ernährung für alle Teilnehmenden der Bildungsveranstaltungen in Akademie und Carl-Oelemann-Schule.

Die DGE-Zertifizierung steht für eine Verpflegung, die den aktuellen ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen entspricht. Sie umfasst Kriterien wie ausgewogene Mahlzeiten, die Verwendung frischer, saisonaler und regionaler Zutaten, die Reduktion von Fett, Zucker und Salz sowie die Berücksichtigung von Nachhaltigkeitsaspekten. Der Standard ist die Umsetzung der nationalen Ernährungsstrategie des Bundes.

Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeitenden im Verpflegungsbereich und die enge Zusammenarbeit mit der DGE Sektion Hessen Dr. Ulrike Kreinhoff (ehemals) waren zentrale Elemente zur Umsetzung. Die Dokumentation aller Schritte und die Einhaltung der DGE-Kriterien wurden kontinuierlich überprüft, um die Anforderungen für die Zertifizierung zu erfüllen. Zum Ende des Jahres 2027 steht ein Re-Audit mit einem externen DGE-Auditor an, um die DGE-Vorgaben zur Verpflegung am Standort Bad Nauheim zu überprüfen. So dass auch in Zukunft das Bildungszentrum eine qualitativ hochwertige, nachhaltigere und gesundheitsfördernde Verpflegung ihren Gästen anbieten kann. Zudem stärkt die Zertifizierung das Image der LÄKH Hessen als moderne und verantwortungsbewusste Einrichtung, die Gesundheit ganzheitlich fördert.

Neuer Leiter des Gästehauses

Jörg Nimmerfroh (Foto) ist neuer Leiter des Gästehauses der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim und folgt auf Andreas Strothmann, der Ende 2025 in den Ruhestand ging. Der gelernte Koch und Küchenmeister sammelte umfangreiche Erfahrungen in der Hotellerie, im Menüdesign des Airlinecaterings sowie als Krankenhaus-Gastronomieleiter.

Im Gästehaus möchte Nimmerfroh gemeinsam mit seinem Team an die erfolgreiche Arbeit seines Vorgängers anknüpfen und die hohe Qualität und Service sichern. (red)



Andreas Strothmann

ehemaliger Leiter
des Gästehauses
der Carl-Oelemann-
Schule
in Bad Nauheim



Fotos: Isolde Asbeck/Peter Böhm

Primärarztsystem ... oder was?

„Nach A trommeln und nach B marschieren“ (Sun Tse um 500 v. Chr.)

Auf den ersten Blick scheint die Politik verstanden zu haben, was die Bevölkerung braucht und sich wünscht: nämlich eine wohnortnahe, tatsächlich erreichbare, strukturierte ärztliche Versorgung mit langjährig gewachsenem persönlichen Vertrauen und Verantwortung – also ein Primärarztsystem.

Aus diesem Erkenntnisgewinn ist nach dem langen Marsch durch die Parteien, Institutionen, Lobbyistengruppen und Gremien ein sogenanntes Primärversorgungssystem geworden. Doch gemacht! Primärarzt und Primärversorgung sind zweierlei! Während der Primärarzt für ein „unselektiertes Patientengut“ als erste Anlaufstelle zu Verfügung steht, bedeutet für mich das Wort Primärversorgung so etwas wie den Verbandskasten an der Wand im Supermarkt oder in der Apotheke.

Der junge, eigentlich gesunde Patient braucht mal eine Krankmeldung für ein paar Tage, um eine akute Erkrankung auszukurieren und die Gewissheit, dass nichts übersehen wird. Diese Sicherheit bekommt er durch den persönlichen Kontakt beim Arzt. Der ältere, meist multimorbide Patient braucht eine individuelle Langzeitbehandlung. Verbunden mit der Sorgfalt und der Gewissheit, dass nichts übersehen wird beziehungsweise, dass die Behandlung individuell und angemessen erfolgt. Seine Bezugsperson ist sein langjähriger Hausarzt. Die Problemstellung einer effizienten Patientenversorgung durch ein hausärztliches, durch die Allgemeinmedizin geprägtes Primärarztsystems ist eigentlich schon längst gelöst und immer wieder beschrieben, wie zum Beispiel durch Jutta Willert-Jacob im Hessischen Ärzteblatt Ausgabe 9/2025 (Seite 470). Es heißt Hausarztzentrierte Versorgung (HZV).

Die HZV nach § 73b SGB V funktioniert bereits seit über 15 Jahren, sie hat sich millionenfach bewährt. Wenn man denn nun anfängt, die Begrifflichkeiten neu definieren (durcheinanderbringen?) zu wollen, dann geschieht es kaum zufällig. Mit dem Wort „Primär-“ macht man gut Werbung, während man unbeirrt an den alten Konzepten festhängt. Also nach A getrommelt und nach B marschiert!

Distanzmedizin ante portas

Die Politik will reformieren, um zu sparen, und spricht vorgeblich von Modernisierung, Entbürokratisierung, Qualitätssteigerung und Effizienz. Wenn aber in den Turbulenzen der Gesetzgebungsverfahren Schall und Rauch mal schwinden, dann erkennt man, dass im Wesentlichen nur die altbekannten Dogmen und Projekte munter weiter realisiert werden, nämlich Digitalisierung, Zentralisierung und Mittelentzug aus den Töpfen und zu Lasten der GKV. Man brauche ja das Geld woanders ...

Bei jedem sich bietenden Anlass wird viel Hoffnung an den Einsatz von Digitalisierung geknüpft: ob Notfallzentren, Terminbeschaffung, Telenotarzt, Telemedizin, Pflege-App, Gesundheits-App, Entbürokratisierung ..., die KI wird es schon richten! Eine Art Distanzmedizin ante portas!

Ob die überall angepriesene Zentralisierung der ärztlichen Versorgung gerade in den dünn besiedelten Gebieten der Peripherie ein realistisches Ansinnen ist, das wage ich zu bezweifeln. In den vergangenen 30 Jahren (!) hat dieses Konzept versagt, die Probleme gerade in den ländlichen Regionen sind geblieben und sind nach wie vor ungelöst.

Und das wird so bleiben, solange, wie die, oft investorengetragenen MVZ und Großpraxen für identische Leistungen systemisch eine höhere Vergütung bekommen als die einzelnen Landärzte. Da hilft kein Lamentieren über den Zeitgeist, Work-Life-Balance, Feminisierung des Arztberufes und auch kein Laptop beim Hausbesuch. Ein Gebäude kann nur so stabil bleiben, wie seine Grundmauern sind. In einigen Bundesländern – so auch in Hessen – hat der Gesetzgeber dies schon mal – ansatzweise – erkannt. Das Gesetz der Landesregierung zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen weist in die richtige Richtung: seit 2022 existiert eine Förderung von jährlich ca. 65 Studienplätzen für angehende Ärzte für Allgemeinmedizin, die sich verpflichten, später als Hausarzt tätig zu sein. Eine Erweiterung dieses Programms, auch unter Einbeziehung der späteren Weiterbildungsphase, zusammen mit dem System der HZV, könnte wegweisend zur Festigung der Versorgungsstabilität und der Belastbarkeit der Fundamente beitragen. Schließlich und zuletzt sei die gesellschaftliche Akzeptanz erwähnt.

Michael Andor

Mitglied des
Präsidiums der
Landesärztekammer
Hessen



Foto: Peter Jülich

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



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/Main.

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in Hessen

Ergebnisse einer hessenweiten Befragung von 2026 im Vergleich zu 2016 und zu einer bundesweiten Erhebung von 2008

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon, PD Dr. Katrin Steul

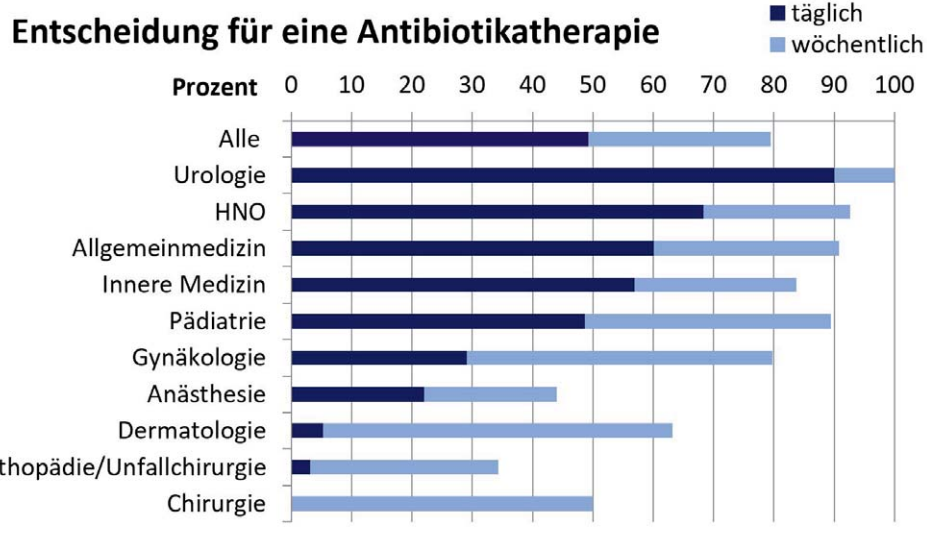


Abb. 1: EVA-Studie: Entscheidung für eine Antibiotika-Therapie aller teilnehmenden niedergelassenen Ärzte – sowie nach Fachgebieten mit häufiger Antibiotika-Therapie (2026).

Zehn Jahre nach der hessischen Studie zu den Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) [1–3] und fast 20 Jahre nach der bundesweiten EVA-Studie [4] wurde die Online-Umfrage 2026 in Hessen wiederholt. Mit diesem Beitrag möchten wir über die wesentlichen Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen informieren und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Umfrage danken.

Im Frühjahr 2026 wurden 7.913 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hessen per E-Mail angeschrieben und u. a. zu ihren Erfahrungen mit dem Einsatz von Antibiotika, Einstellungen zum Umgang mit Antibiotika und Verbesserungsvorschlägen befragt.

Es nahmen 892 (11 %) fristgerecht an der Online-Umfrage teil, darunter jeweils 19 % der FÄ für Gynäkologie und Pädiatrie, 14 % der FÄ für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin sowie 17 % der HNO-Ärzte.

Ärzterschaft verschreibt Antibiotika seltener als 2016 und 2008

Gefragt wurde nach der Häufigkeit der Entscheidung für den Beginn einer Antibiotikatherapie. Dabei gaben 49 % der Ärzteschaft an, täglich und 30 % wöchentlich über eine Antibiotikatherapie zu entscheiden – mit deutlichen Unterschieden nach Facharztgruppe (Abb. 1). 2016 hatten noch 54 % der niedergelassenen Ärzte in Hessen angegeben, täglich eine Entscheidung für eine Antibiotika-Therapie zu treffen, 2008 waren es noch 63 % in Deutschland.

Auf Nummer sicher gehen: Einflussfaktoren auf die Antibiotikaverschreibung

Hinsichtlich der psychologischen Einflussfaktoren auf die Verschreibung von Antibiotika wurde am häufigsten das Bedürf-

nis genannt, auf der sicheren Seite stehen zu wollen (19 %), gefolgt von der Angst vor juristischen Konsequenzen (11 %), wenn eine Patientin oder ein Patient ein Antibiotikum fordert oder wenn sie oder er unbedingt arbeiten möchte (je 8 %). Bezüglich der organisatorischen Einflussfaktoren wurde die Angabe der erschwerten Verlaufsuntersuchung wegen eines weiten Anfahrtswegs für den Patienten am häufigsten genannt (12 %), aber auch Zeitmangel und Arbeitersparnis (3 % und 5 %). Im Vergleich zu den früheren Erhebungen nahm die Nennung der eher psychologischen Einflussfaktoren ab, die der organisatorischen jedoch leicht zu (Abb. 2). Ersteres kann einerseits als zunehmende Sicherheit in der Entscheidung für oder gegen Antibiotika gewertet werden. Letzteres könnte auf einen zunehmenden Arbeitsdruck in den Praxen hindeuten.

Harnwegsinfektionen: Der häufigste Grund für eine Antibiotikatherapie

Am häufigsten wurden Harnwegsinfektionen (40 % insgesamt; Urologen 100 %, Gynäkologen 68 %), Atemwegsinfektionen (30 % insgesamt; Allgemeinmedizin und Innere Medizin je 42 %, Pädiatrie 35 %) und Infektionen des HNO-Bereichs (12 % insgesamt; HNO 98 %, Pädiatrie 49 %) als Grund für eine Antibiotikatherapie angegeben.

Bei **Atemwegsinfektionen** hat die Nennung von Cephalosporinen im Vergleich zu 2016 um zwei Drittel abgenommen (von 28 % auf 11 %), während sich der Einsatz der Penicilline fast verdoppelt hat (von 40 % auf 71 %). Die Unterschiede waren in der Pädiatrie besonders deutlich, hier nahm der Einsatz von Cephalospori-

nen von 58 % auf 12 % ab. Fluorchinolone wurden 2016 noch von 3 % der Ärztinnen und Ärzte eingesetzt, im Jahr 2026 nur noch von 0,4 % (1x Levofloxacin in der Allgemeinmedizin).

Auch bei den **HNO-Infektionen** zeigte sich eine deutliche Zunahme des Penicillin-Einsatzes (insgesamt von 59 % auf 83 %; HNO von 39 % auf 78 %, Pädiatrie von 73 % auf 97 %) und eine Abnahme des Einsatzes von Cephalosporinen (insgesamt 29 % auf 10 %; HNO von 43 % auf 16 %; Pädiatrie von 13 % auf 3 %).

Bei **Harnwegsinfektionen** ergaben sich im Vergleich zu 2016 sehr starke Veränderungen: Während der Einsatz von Fosfomycin 2016 bei etwa einem Drittel lag, wurde das 2026 bereits am zweithäufigsten eingesetzte Pivmecillinam damals noch kaum eingesetzt. Waren 2016 Fluorchinolone noch von 21 % der Ärzteschaft (63 % der Urologinnen und Urologen) als die am häufigsten eingesetzte Wirkstoffgruppe angegeben worden, wurden diese von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Jahr 2026 gar nicht mehr zur Therapie von Harnwegsinfektionen eingesetzt.

Vergleich mit den ambulanten Antibiotika-Abgaben an GKV-Versicherte in Hessen 2013–2025

Die Antworten der ca. 900 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der EVA-Studie Hessen von 2026 stimmen mit den Antibiotika-Abgaben von öffentlichen Apotheken der Jahre 2013–2025 an GKV-Versicherte aus Hessen überein, die dem MRE-Netz Rhein-Main von dem Marktforschungsinstitut Insight Health auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt wurden [5]. Über die vergangenen Jahre wurde in den Leitlinien empfohlen, zunehmend Penicilline einzusetzen und auf die mehr resistenzfördernden Cephalosporine zu verzichten. In Rote Hand-Briefen wurde auf die Risiken von Fluorchinolonen hingewiesen, weshalb diese nur noch eingesetzt werden sollen, wenn Alternativen fehlen. Die Abgabedaten zeigen, dass diese Empfehlungen zunehmend umgesetzt werden (Abb. 3).

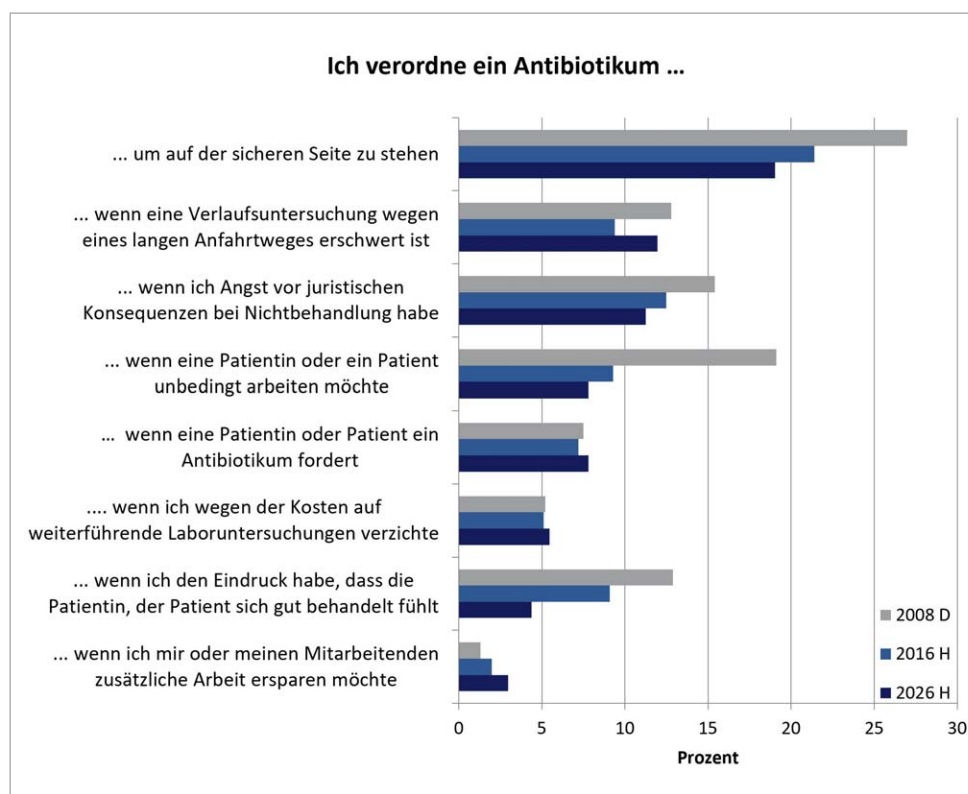


Abb. 2: EVA-Studie: Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika bei niedergelassenen Ärzten in Hessen 2026 im Vergleich mit Hessen 2016 [1–3] und mit Deutschland 2008 [4].

In den Pandemie Jahren 2020 und 2021 kam es zu einer starken Abnahme der Antibiotika-Abgaben insgesamt von 2.298.037 im Jahr 2019 auf 1.545.870 im Jahr 2021, d. h. minus 33 %; bis 2025 nahmen die Antibiotika-Abgaben dann wieder zu auf 2.211.290. Der Rückgang in der Pandemie betraf insbesondere die Antibiotika-Gruppen, die auch für Atemwegsinfektionen eingesetzt werden (β -Laktam Antibiotika Penicilline und andere β -Laktam Antibiotika, also Cephalosporine) (Abb. 3). Nach der Pandemie nahmen diese Antibiotika-Abgaben wieder zu. Als positiv zu werten ist jedoch, dass zunehmend mehr Penicilline als Cephalosporine eingesetzt werden, da Letztere wegen ihrer größeren resistenzauslösenden Wirkung möglichst gegen Penicilline ausgetauscht werden sollen. Der Quotient Penicillin/Cephalosporin, der vor der Pandemie unter 1 gelegen hatte, hat über die letzten Jahre – wie angestrebt – zugenommen und lag 2025 erstmals über 2. Der Einsatz von Chinolonen nahm wahrscheinlich auch wegen der Rote Hand Briefe seit 2019 deutlich ab und bleibt seither auf niedrigem Niveau (Abb. 3).

Abbildung 4 zeigt die Antibiotika-Abgaben der laut S3-Leitlinie [6] zur Behandlung der unkomplizierten ambulant erworbenen Harnwegsinfektionen empfohlenen Wirkstoffe, einschließlich Co-Trimoxazol, das bei Kenntnis der konkreten Resistenzsituation eingesetzt werden kann. Nach der sehr starken Zunahme der Abgaben an Fosfomycin mit einem Maximalwert im Jahr 2019 (133.361 Abgaben) nahmen die Fosfomycin-Abgaben bis 2025 wieder deutlich ab (102.261). Im gleichen Zeitraum nahmen die Abgaben an Penicillinam sehr deutlich zu (von 12.161 auf 87.446) und die von Co-Trimoxazol ab (von 135.746 auf 104.641), sodass Fosfomycin, Co-Trimoxazol und Pivmecillinam die mit Abstand am häufigsten eingesetzten Antibiotika für die unkomplizierte ambulant erworbene Harnwegsinfektion sind. Vor dem Hintergrund, dass Fosfomycin intravenös für die Behandlung schwerer Infektionen im Krankenhaus eingesetzt wird und seine Wirksamkeit nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden sollte [7], ist die Abnahme der Fosfomycin-Verordnungen zu begrüßen. Darüber hinaus hat sich in aktuel-

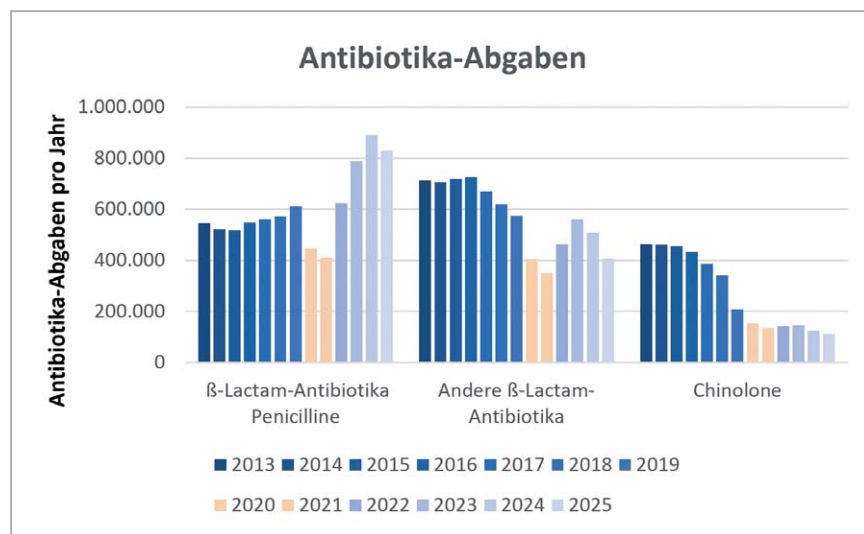


Abb. 3: Ambulante Antibiotika-Abgaben an GKV-Versicherte in Hessen 2013–2025, GKV-Abrechnungsdaten, Insight Health

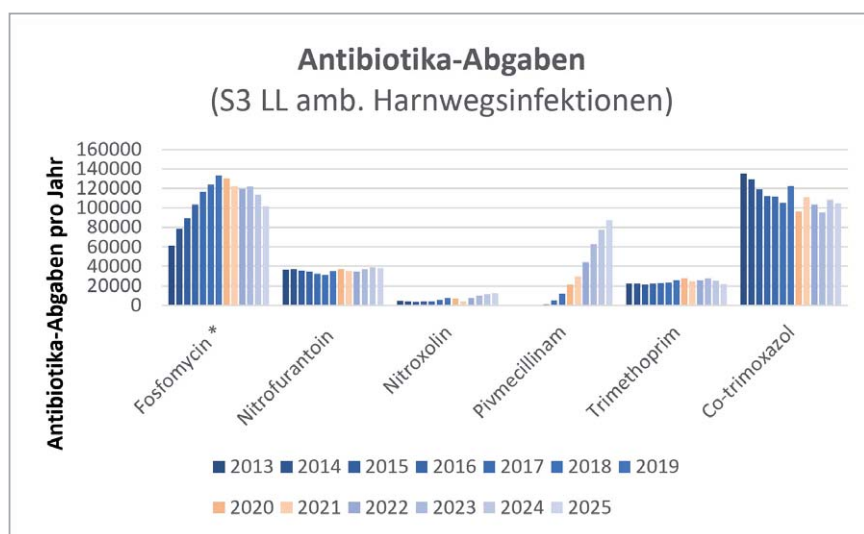


Abb. 4: Antibiotika-Abgaben an GKV-Versicherte in Hessen 2013–2025 zur Behandlung unkomplizierter ambulant erworbener Harnwegsinfektion gemäß [6], GKV-Abrechnungsdaten, Insight Health

len klinische Daten eine höhere Wirksamkeit von Pivmecillinam und Nitrofurantoin im Vergleich zu Fosfomycin bei unkomplizierten Harnwegsinfektionen bei Frauen gezeigt [8].

Erfassung regionaler Antibiotika-Resistenzen als Verbesserungsvorschlag

Im Rahmen der EVA-Studie Hessen 2026 wurde auch nach Verbesserungsvorschlägen für die Antibiotikatherapie gefragt. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden u. a. genannt: Erfassung regionaler Antibiotika-Resistenzen, Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bakterieller Infektionen, Beseitigung finanzieller Nachteile durch Laboruntersuchungen sowie mehr praxisorientierte Fortbildungen. Letzteres greifen die Landesärztekammer Hessen und das MRE-Netz Rhein-Main auf und laden zu einer **Fortbildungs- und Diskussionsveranstaltung** hierzu ein am **Mittwoch, 4. November 2026 15–18 Uhr in der Landesärztekammer Hessen**.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Antworten und Zeit, den Onlinebogen auszufüllen.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf¹
Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon²
PD Dr. Katrin Steul¹

¹ MRE-Netz Rhein-Main,
www.mre-rhein-main.de

² Landesärztekammer Hessen

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

Antibiotikaeinsatz in der Arztpraxis sowie Aktuelles zu Sepsis

Termin: Mi., 4. November 2026,
15 bis 18 Uhr
Ort: Landesärztekammer Hessen
Veranstalter: MRE-Netz Rhein-Main
Anmeldung über die Website

www.mre-rhein-main.de →
Veranstaltungen, Kurzlink:
<https://t1p.de/h2148>
Der QR-Code führt direkt
dorthin.
Zertifizierung ist beantragt.



Anästhesie „State of the Art“ – Talk-Update

Vier Themen des perioperativen Alltags – im Talk-Show-Format am 21. Oktober

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

Termin: Mittwoch, 21.10.2026, 18–19:40 Uhr in Präsenz und als Live-Webinar

Klassische Fortbildungen folgen meist einem festen Muster: Vortrag, kurze Frageunde, nächster Vortrag. Das „Talk-Update“ der Akademie bricht dieses Muster bewusst auf. Zwei Moderatoren und zwei Expertinnen und Experten nehmen gemeinsam auf dem Podium Platz. Jedes der vier Themen wird zunächst in einem kompakten Kurzreferat von rund 15 Minuten eingeführt – bewusst nicht erschöpfend, sondern als Ausgangspunkt. Anschließend übernehmen die Moderatoren: Sie fragen nach, hinterfragen, bringen Fälle aus der eigenen Praxis ein und holen das Publikum von Beginn an ins Gespräch.

Das Ziel ist ein Wissenserwerb durch Fragen und Diskussion statt durch reine Wissensvermittlung. Die Teilnehmenden sollen nicht nur zuhören, sondern eigene Erfahrungen, Zweifel und Fragen einbringen – im Saal ebenso wie per Chat und Wortmeldung im Webinar. Die Schwelle zwischen Publikum und Podium wird dabei so niedrig wie möglich gehalten: Es gibt keine „dummen Fragen“, die Referierenden stehen ausdrücklich für Nachfragen zu Detailproblemen des eigenen klinischen Alltags zur Verfügung.

Um möglichst vielen Interessierten die Teilnahme zu ermöglichen, findet die Veranstaltung hybrid statt: vor Ort bei der Landesärztekammer Hessen oder als Live-

Webinar über Zoom – mit gleichwertiger Möglichkeit zur Beteiligung an der Diskussion.

Die vier Themen im Überblick

I. Cell Saver und Patient Blood Management in der Geburtshilfe.

Peripartale Blutungen gehören zu den gefürchteten Notfällen im Kreißaal. Die maschinelle Autotransfusion galt in der Geburtshilfe lange als kontraindiziert – heute wird sie zunehmend eingesetzt. Welche Evidenz trägt diesen Wandel, wo liegen die praktischen Hürden, und wie fügt sich der Cell Saver in ein PBM-Konzept für Schwangere ein? (Prof. Dr. med. Vanessa Neef, Frankfurt)

II. Postpunktionsschmerzen nach PDA – Epiduraler Blutpatch und alternative Therapieoptionen.

Der Blutpatch ist etabliert, aber invasiv und nicht bei jeder Patientin die erste Wahl. Zugleich gewinnen alternative Verfahren – von Sphenopalatinum-Blockaden bis zu medikamentösen Ansätzen – an Aufmerksamkeit. Wann abwarten, wann patchen, wann welche Alternative? Ein Thema, das direkt in die tägliche Entscheidung am Bett führt. (Prof. Dr. med. Vanessa Neef, Frankfurt)

III. SGLT2-Inhibitoren in der perioperativen Medizin.

Gliflozine sind längst nicht mehr nur Antidiabetika, sondern fester Bestandteil der Herzinsuffizienz- und Nierentherapie –



Foto: privat

Prof. Dr. med. Thorsten Steinfeldt leitet die Talkrunde.

und damit bei immer mehr operativen Patientinnen und Patienten im Medikationsplan. Die euglykämische Ketoazidose ist die relevante perioperative Gefahr. Wie lange pausieren, wen besonders überwachen, und was bedeutet das für Ambulanz und Prämedikation? (Prof. Dr. med. Michael Sander, Gießen)

IV. GLP-1-Rezeptoragonisten in der perioperativen Medizin.

Semaglutid und Co. verzögern die Magenentleerung – mit der Folge unerwartet voller Mägen trotz eingehaltener Nüchternzeiten und einem erhöhten Aspirationsrisiko. Die Empfehlungen der Fachgesellschaften sind in Bewegung. Absetzen oder nicht? Magensonografie als Routine? Welche Narkoseeinleitung ist angemessen? Ein Feld, in dem sich Wissen derzeit fast im Monatsrhythmus verändert. (Prof. Dr. med. Michael Sander, Gießen)

Auf dem Podium

Veranstaltungsleitung: Prof. Dr. med. Thorsten Steinfeldt, Frankfurt
Tagesleitung und Moderation: Prof. Dr. med. Haitham Mutlak, Offenbach
Expertise: Prof. Dr. med. Vanessa Neef, Frankfurt; Prof. Dr. med. Michael Sander, Gießen

Prof. Dr. med. Thorsten Steinfeldt

Anästhesie „State of the Art“ – Talk-Update

Termin: Mittwoch, 21.10.2026, 18–19:40 Uhr Hybridveranstaltung

Information und Anmeldung: Jennifer Konert, M.A.
Fon: 06032 782-219
E-Mail: jennifer.konert@laekh.de

Kurzlink: <https://t1p.de/1n08j>



www.akademie-laekh.de

Chancen und Risiken von KI in der Medizin

Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium in Frankfurt

Wie verändert Künstliche Intelligenz die Medizin? Welche Chancen eröffnet sie für Diagnostik und Therapie, und wo liegen ihre Grenzen und Risiken? Mit diesen Fragen befasste sich das deutsch-italienische Fortbildungssymposium „KI in der Medizin / L'intelligenza artificiale nella medicina“ am 28. August 2026 in Frankfurt. Seit 2017 verbindet die Landesärztekammer Hessen und die Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz Salerno (Ordine dei Medici, Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Salerno) eine enge Partnerschaft. Im Mittelpunkt stehen der regelmäßige wissenschaftliche und kulturelle Austausch sowie die gemeinsame Fortbildung. Alle zwei Jahre finden abwechselnd in Frankfurt und in Salerno deutsch-italienische Symposien statt. In diesem Jahr war die Landesärztekammer Hessen Gastgeberin und richtete die Veranstaltung mit Unterstützung ihrer italienischen Partnerkammer aus. Deutsche und italienische Expertinnen und Experten aus Klinik und Praxis beleuchteten in Vorträgen und Diskussionen die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten Künstlicher Intelligenz in der Medizin.

Medizinisch geleitet und eröffnet wurde das Symposium von dem Präsidenten der Landesärztekammer Dr. med. Edgar Pinkowski. Neben den technologischen Möglichkeiten standen die damit verbundenen Herausforderungen im Mittelpunkt. Wie lässt sich Künstliche Intelligenz sinnvoll mit ärztlicher Expertise verbinden? Welche regulatorischen Anforderungen sind zu berücksichtigen? Und wie können die Chancen der Technologie genutzt werden, ohne ihre Risiken aus dem Blick zu



Foto: Peter Böhm

Die langjährige Ärztekammer-Partnerschaft feiern (von links) Massimo Darchini, Dott. Attilio Maurano, Dr. med. Edgar Pinkowski, Dott. Giovanni D'Angelo, Stefan Sydow und Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt.

verlieren? Diese Fragen stellte Pinkowski in seiner Begrüßung an den Anfang des Symposiums. Zugleich dankte er seinem italienischen Kollegen Dott. Giovanni D'Angelo, Präsident der Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz von Salerno, Vizepräsident Dott. Attilio Maurano sowie Prof. Caterina Pepe für die engagierte Unterstützung und Katja Möhrle für Idee und Organisation der Veranstaltung.

„Europa muss zusammenrücken“

Auch angesichts der weltpolitischen Lage müssten die Anwendungsgebiete von Künstlicher Intelligenz (KI) über Grenzen und Versorgungsbereiche hinweg betrachtet werden, ohne dabei in erster Linie über Regularien nachzudenken, betonte Stefan Sydow, Leiter der Abteilung Gesundheit des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege in seinem Grußwort. Beson-

ders wichtig sei die Weiterentwicklung von KI in der Medizin – insbesondere auch für die Prävention. Das Ziel müsse lauten: weg von der Reparaturmedizin, hin zu einer stärker präventiv ausgerichteten Gesundheitsversorgung.

Das Gesundheitswesen stehe vor einem grundlegenden Umbruch, der unter anderem die Primärversorgung sowie die Krankenhaus- und Apothekenreform umfasse. Gleichzeitig müsse das gesamte System resilient sein – bis hin zu einem möglichen Kriegsfall. Dafür brauche es sichere Versorgungs- und Datenstrukturen sowie verlässliche Datenflüsse. „Wir Europäer müssen noch näher zusammenrücken.“

Massimo Darchini, Generalkonsul der italienischen Republik in Frankfurt, hob die Bedeutung der Partnerschaft zwischen beiden Ärztekammern hervor. Es handle sich um eine der fruchtbarsten Partnerschaften zwischen Deutschland und Italien, die er kenne. Gerade in Medizin und Pflege sei

Fotos: Böhm (2), Reus (2)



Grußworte (von links): Dr. med. Edgar Pinkowski, Stefan Sydow, Dott. Giovanni D'Angelo sowie Massimo Darchini



Fotos: Lukas Reus (2), Peter Böhm (2)

Von links: Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt, Prof. Gennaro Galasso (per Video), Prof. Dr. med. Sebastian Kuhn und Dott. Attilio Maurano

eine enge Zusammenarbeit von großer Bedeutung. KI verändere unsere Welt des Denkens in allen Bereichen grundlegend – auch in der öffentlichen Verwaltung und vor allem auch in der Medizin.

Der wissenschaftliche, ärztliche und kulturelle Austausch zwischen beiden Ärztekammern sei ein Schlüssel für die Zukunft, erklärte Dott. Giovanni D' Angelo, Präsident der Ärztekammer von Salerno, in seinem Grußwort. Wer über Gesundheitsversorgung spreche, müsse berücksichtigen, dass KI völlig neue Möglichkeiten eröffne. Die Herausforderung bestehe darin, sich mit dem Wissen auseinanderzusetzen, das durch KI künftig über den heutigen Wissensstand hinaus verfügbar werde.

„Nicht auf verlorenem Posten“

Künstliche Intelligenz stelle vielfach noch eine Black Box dar, werfe unter anderem datenschutzrechtliche Fragen auf und berge ethische Dilemmata, die klare Grenzen und Stoppregeln notwendig machten, erklärte Univ.-Professor Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt (Trier) in seinem Vortrag „Chancen und Risiken der Digitalisierung durch KI“. Goldschmidt, Medizininformatiker, Biometriker und Gesundheitsökonom, u. a. seit 2018 Gastwissenschaftler am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (IASU) der Goethe-Universität Frankfurt und Leiter der Präsidiumskommission Ethik der Fachgesellschaft GMDS (Deutsche Fachgesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie) beschrieb Medizininformatik eingangs als methodisches Bindeglied zwischen den Natur- und Ingenieurwissenschaften und den Lebenswissenschaften.

Zu den positiven Auswirkungen von KI zählte Goldschmidt, der das zweisprachige,

simultan gedolmetschte Symposium auch moderierte, eine bessere Gesundheitsförderung, eine optimierte Diagnostik und Therapie sowie die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten bei Routineaufgaben. Demgegenüber verwies er auf zahlreiche risikobehaftete Anwendungen. Dazu gehörten die Erstellung problematischer Anleitungen, wie zum Beispiel zum Suizid, wissenschaftlicher Betrug, die Erfindung von Daten und sogenannte „Halluzinationen“ der KI, die von Anwendern unkritisch übernommen werden könnten. Goldschmidt betonte zudem die Notwendigkeit klarer Regelungen zur Produkthaftung und solider Verträge mit KI-Anbietern. Patienten seien kein „Spielplatz“ für KI.

Dass sich KI inzwischen auch der menschlichen Sprache bediene, bezeichnete Goldschmidt als große Gefahr. Menschen vertrauten sich zunehmend der Künstlichen Intelligenz an und gäben dabei mehr Informationen preis, als angebracht. „Hier muss man ihnen sagen: Tut das nicht“, unterstrich Goldschmidt: „Gebt der Schatten-KI* nicht alle Daten. Vor allem: Gebt ihr niemals Patientendaten.“ Gleichzeitig verwies er auf die wachsende Bedeutung lokaler KI-Systeme und leistungsfähiger Computer. Lokal gespeicherte Datenbanken stünden häufig als Open Source zur Verfügung. Auf diesem Gebiet werde die Technologie zunehmend effizienter.

„Wir sind nicht auf verlorenem Posten in Europa, sondern auf einem guten Weg. Wir haben tolle Fachleute in Deutschland, Italien und in ganz Europa.“ Es sei deshalb an der Zeit, sich von der Faszination für die USA zu lösen und eine eigene, leistungsfähige europäische KI zu entwickeln. Ja, KI erzeuge auch Angst, räumte Goldschmidt ein. Und es lasse sich nicht leugnen, dass einige Arbeitsplätze durch KI

verloren gingen. Gleichzeitig entstünden neue, hoch qualifizierte Tätigkeiten. Gerade die Übergangsgeneration, die heutige junge Generation also, stünde vor großen Herausforderungen. Umso wichtiger sei es daher, junge Menschen – insbesondere auch an medizinischen Fakultäten – endlich für die neuen Anforderungen zu qualifizieren. Goldschmidt schloss mit einer pointierten Feststellung: „Die allgemeine KI verblödet gerade.“ Der Grund: Es werde kaum mehr neues Wissen hinzugefügt, während ein erheblicher Teil der neu entstehenden Inhalte bereits KI-generiert sei. Anders sehe es beim Einsatz fachgebundener KI, etwa in der Medizin, aus. Diese sei zielgerichtet, überprüfbar und werde kontinuierlich weiterentwickelt.

KI in der Kardiologie

„Warum sind wir hier?“, fragte Prof. Gennaro Galasso, Facharzt für Medizin und Chirurgie sowie u. a. Leitender Arzt der Abteilung für Herzkrankheiten an der Universität von Salerno, der sich mit seinem Vortrag „Künstliche Intelligenz in der Herz-Kreislauf-Medizin“ per Zoom am Symposium beteiligte. Die Antwort fasste er selbst in einem Satz zusammen: „Mit 1,7 Millionen Toten im Jahr sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD) Europas größter Killer.“

Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen damit eine enorme Krankheitslast und hohe Sterblichkeitsrate in Europa, wobei erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestünden. Sie basierten unter anderem auf Alter, Geschlecht, Ethnie, sozioökonomischem Status und regionalen Faktoren. Mit Blick auf Frauen sprach Galasso gar von der Notwendigkeit eines Weckrufs. So sei die weibliche Sterblichkeitsrate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

* Schatten-KI beschreibt die Nutzung von offen im Internet zugänglicher Künstlicher Intelligenz z. B. durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, ohne dass diese lokal geschützt ist, die Krankenhaus- oder Praxisleitung davon weiß, diese genehmigt oder offiziell bereitgestellt hat. Die Nutzung von Schatten-KI entspringt z. B. dem verständlichen Wunsch nach Effizienzsteigerung. Allgemeine, offen zugängliche KI-Tools wie ChatGPT oder Claude sind auf jedem modernen Mobiltelefon in Klinik und Praxis zugänglich.



Fotos: Lukas Reus (2), Peter Böhm (2)

Weitere Referenten (von links): Dr. med. Christoph Polkowski, Michaela Neff, Dott. Vincenzo Verrone sowie Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi

kungen höher als bei Krebs. Frauen machten 40 % aller CVD-bedingten Todesfälle aus. Die Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt sei bei Frauen zudem um 20 % höher als bei Männern.

Laut Galasso verbessert die KI-gestützte Datenverarbeitung die Phänotypisierung von Krankheiten, die Diagnose und Prognose sowie die Entscheidungsfindung bei der Behandlung. Das EKG stelle beispielsweise eine ideale Grundlage für KI-Anwendungen dar: Es sei weit verbreitet und reproduzierbar, lasse sich einfach speichern und digital übertragen. Galasso fasste zusammen, dass Algorithmen Trainingsdaten gut verarbeiten, spezifische Merkmale eines Datensatzes erkennen und in der Entwicklungsphase eine hohe Leistungsfähigkeit erreichen könnten. Allerdings nehme die Genauigkeit ab, wenn die KI auf andere Populationen oder veränderte Anwendungskontexte übertragen werde.

Integration von Algorithmen

Prof. Dr. med. Sebastian Kuhn, Direktor des Instituts für Digitale Medizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, sprach über die Integration von Algorithmen und ärztlicher Expertise. Kuhn beschrieb die Digitalisierung und künstliche Intelligenz als grundlegende Transformation der Medizin. Digitalisierung müsse dabei kein Selbstzweck sein, sondern vor allem dem Ziel dienen, die Versorgung von Patienten zu verbessern. Großes Potenzial sah er entlang des gesamten Behandlungsprozesses: Digitale Anwendungen können Anamnese und Terminvergabe unterstützen, Smartphones medizinische Messgeräte ergänzen und KI große Datenmengen für Diagnosen und Prognosen auswerten. Beispiele wie die EKG-Funktion einer Smartwatch, digitale Anwendungen bei Herzinsuffizienz oder Diabetes

und KI-gestützte Bilddiagnostik zeigten, dass digitale Medizin bereits konkrete Verbesserungen ermöglichen könne. Besonders leistungsfähig sei dabei nicht die KI allein, sondern die Kombination aus ärztlicher und Künstlicher Intelligenz. Gleichzeitig warnte Kuhn vor übermäßigem Vertrauen in die Technologie. Es drohten „Deskilling“ und „Never Skilling“, wenn Ärzte durch hochautomatisierte Systeme eigene diagnostische und manuelle Fähigkeiten verlieren. Deshalb müsse die Ausbildung angepasst und digitale Kompetenz stärker vermittelt werden. Sein Fazit: Die Zukunft sei nicht „Arzt oder KI“, sondern der Arzt mit KI. Die medizinischen Aufgaben blieben dieselben, doch den Ärztinnen und Ärzten stünden dafür neue Werkzeuge zur Verfügung.

Endoskopische Diagnostik

Mit dem Aufkommen der modernen Elektronik habe sich die vor fast zwei Jahrhunderten entstandene gastrointestinale Endoskopie grundlegend weiterentwickelt, führte Dott. Attilio Maurano, Facharzt für Chirurgie, Gastroenterologie und u. a. Leiter der UOC für Operative Endoskopie des Universitätsklinikums Salerno in seinem Vortrag aus. Während die ersten Endoskope noch große Instrumente gewesen seien, deren Anwendung für den Patienten mit Schmerzen verbunden gewesen sei, könnten endoskopische Untersuchungen heute nahezu problemlos durchgeführt werden. Einen weiteren Fortschritt in der endoskopischen Diagnostik habe die bildgestützte Künstliche Intelligenz ermöglicht. Die Systeme zur Unterstützung der menschlichen Fähigkeiten hätten dabei bislang zwei wesentliche Wege eingeschlagen. Der erste bestehe darin, Läsionen hervorzuheben, die dem menschlichen Auge entgehen könnten, weil sie

sehr klein oder kaum erhoben seien. Der zweite Ansatz liege in der Typisierung endoskopischer Läsionen. Der Einsatz neuronaler Netze, die Tausende gespeicherter Bilder analysieren und mit dem aktuellen endoskopischen Befund vergleichen, ermögliche eine präzisere Einschätzung der festgestellten Läsion und könne damit bei der Wahl der geeigneten Therapie helfen. Die KI könne den Arzt beispielsweise dabei unterstützen zu beurteilen, ob eine Operation erforderlich sei oder ob eine Läsion „in situ“ belassen werden könne, weil sie keine Gefahrenmerkmale aufweise. Das Anwendungsspektrum reiche vom Barrett-Ösophagus über Polypen im Rektum und Kolon bis hin zu Läsionen der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse. In diesen Bereichen könne KI eine diagnostische Orientierung bieten und damit die Therapieentscheidung unterstützen. Als weiteren Anwendungsbereich nannte Maurano die Echoendoskopie, die insbesondere bei Pankreasläsionen mit unklarer Befundinterpretation eingesetzt werden könne. Zusammenfassend bezeichnete der Referent Künstliche Intelligenz derzeit als ein nützliches Instrument im „Werkzeugkasten“ des Endoskopikers.

Governance von KI

Dr. med. Christoph Polkowski, Oberarzt am Institut für Neuroradiologie und stv. Chief Medical Informatics Officer der Universitätsmedizin Frankfurt, referierte über KI-Governance. Während die technischen Möglichkeiten rasant wachsen, hinke die praktische Umsetzung in den Krankenhäusern häufig hinterher, so Polkowski. KI benötige hochwertige, digital verfügbare und standardisierte Daten. Zudem müssen unterschiedliche IT-Systeme im Krankenhaus miteinander kommunizieren können. Datenschutz, Cybersicherheit und die eu-



ropäische KI- sowie Medizinprodukte-Regulierung erhöhen die Anforderungen zusätzlich. Krankenhäuser sollten klare Zuständigkeiten schaffen, KI-Anwendungen erfassen, Mitarbeitende schulen und den Einsatz kontinuierlich überwachen. Entscheidend sei dabei die Zusammenarbeit von Medizin, IT, Datenschutz, Ethik, Informationssicherheit und weiteren Bereichen. Trotz aller Regulierung plädierte er für einen ausgewogenen Umgang mit KI: Innovation müsse möglich bleiben, gleichzeitig müsse die Patientensicherheit gewährleistet sein. KI solle Ärzte unterstützen, die Verantwortung für Entscheidungen bleibe eine menschliche Aufgabe.

Seltene Erkrankungen

Über den Einsatz von KI bei seltenen Erkrankungen sprach Michaela Neff, Mitarbeiterin am Institut für Medizininformatik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt. Neff referierte stellvertretend für Prof. Dr. rer. med. Jannik Schaaf. KI könne Ärzten dabei helfen, aus Symptomen mögliche Diagnosen abzuleiten, passende Spezialzentren zu finden und große Mengen genetischer oder klinischer Daten auszuwerten. Forschungsprojekte setzen zudem auf die Technik, um unstrukturierte Patientenakten zu analysieren und künftig Fallkonferenzen vorzubereiten. Großes Potenzial bieten auch standardisierte und synthetische Daten, da bei seltenen Erkrankungen häufig nur wenige auswertbare Fälle vorliegen. Gleichzeitig bleiben Datenschutz, Datenqualität und Interoperabilität zentrale Herausforderungen. Neff betonte: Besonders wichtig seien transparente Systeme, gute Daten und ausreichend geschulte Anwender. Denn trotz beeindruckender Fähigkeiten könne KI halluzinieren, Vorurteile aus Daten übernehmen oder durch den sogenannten Automation Bias, d. h. der behandelnde Arzt vertraue blind der Antwort der KI, zu falschen Entscheidungen verleiten.

Primärversorgung

In seinem Vortrag „Künstliche Intelligenz in der medizinischen Grundversorgung“ legte Dott. Vincenzo Verrone, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Dozent an

der ASL Salerno, dar, dass künstliche Intelligenz bereits heute ein operatives Instrument im klinischen Denkprozess, im Informationsmanagement und in der Entscheidungsunterstützung in der Primärversorgung sei. Im Mittelpunkt stehe eine Aufteilung der kognitiven Arbeit: Der Maschine werde das übertragen, was sie am besten könne, wie Muster erkennen, große Datenmengen analysieren, Dokumente zusammenfassen oder die Recherche beschleunigen, dem Arzt das, was nicht delegierbar sei, weiterhin lassen, wie den Kontext interpretieren, mit Mehrdeutigkeiten umgehen, kausale Urteile fällen, Vertrauen aufbauen oder Verantwortung übernehmen. Verrone zeigte auf, dass jeder Vorteil der KI ein spiegelbildliches Risiko mit sich bringe – Automatisierungsverzerrung, kognitive Dequalifizierung, Leistungsdrift, Rechenschaftslücke – und warum der menschliche Anteil exakt mit den strukturellen Grenzen der aktuellen Modelle zusammenfalle, insbesondere im Bereich der Komplexität (Gebrechlichkeit, Polypharmazie, Dekomprimierung). Seine abschließende These: „Wir müssen lernen, die KI zu steuern, bevor die KI unsere kognitiven Prozesse steuert.“

Möglichkeiten für die Radiologie

Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Geschäftsführer der Klinik im Forum Neulenburg und ehem. Leitender Oberarzt der Radiologie der Universitätsklinik Frankfurt, zeigte auf, welche erheblichen Möglichkeiten künstliche Intelligenz in der Radiologie eröffne: Untersuchungen könnten beschleunigt, Bildqualität verbessert und Strukturen wie Tumore, Gefäßveränderungen oder Lungenveränderungen präziser erkannt und vermessen werden, dies unterstrich Jacobi mit konkreten Fällen aus der Praxis. Besonders bei der automatisierten Bildanalyse, Verlaufskontrolle und Quantifizierung biete KI deutliche Vorteile. Gleichzeitig warnte er vor überzogenen Erwartungen. Entscheidend bleiben daher medizinische Erfahrung, kritische Kontrolle und die Verantwortung des Arztes. Datenschutz, Kosten und die Abhängigkeit von Technik sind zentrale Herausforderungen. Auch Jacobi unterstrich die Bedeutung der KI als Werkzeug bzw. Instrument des Arztes.

Vom ärztlichen Handeln zur KI-gestützten Medizin

Zum Abschluss des Symposiums spannte Dott. Giovanni D'Angelo, Facharzt für Kardiologie, ab 2002 Leiter der Kardiovaskulären Abteilung der ASL, seit 2005 zunächst Leiter der Kardiologie, dann Leiter der Notaufnahme und bis zu seiner Pensionierung 2021 Leiter der Abteilung für Notfallmedizin, einen breiten Bogen von den Anfängen der Medizin bis heute – und damit bis zur Rolle der KI in der modernen Medizin. Ursprünglich sei die Geschichte der Medizin von religiös-empirischen Vorstellungen geprägt gewesen und habe sich hin zu einer rationalen, wissenschaftlich fundierten und ethisch verantworteten ärztlichen Tätigkeit entwickelt.

Mit der wissenschaftlichen Weiterentwicklung habe sich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis gewandelt. Die ärztliche Behandlung habe sich zu einer therapeutischen Allianz entwickelt, die auf Evidenz, informierter Einwilligung, Autonomie und der Würde des Patienten beruhe. Dabei verbinde die ärztliche Entscheidungsfindung wissenschaftliche Erkenntnisse, klinische Erfahrung, Leitlinien und die individuellen Bedürfnisse des Patienten.

Die Einführung Künstlicher Intelligenz stelle eine weitere Entwicklungsstufe dar, erklärte D'Angelo. Doch sie ersetze nicht das ärztliche Urteil. Im Sinne des Prinzips „Human-in-the-Loop“ („Mensch in der Schleife“: Konzept, bei dem Menschen aktiv in die Abläufe von KI eingebunden sind) verblieben die letzte Entscheidung und die Verantwortung bei Ärztinnen und Ärzten.

Daraus ergäben sich neue Anforderungen an Qualifikation, menschliche Aufsicht, Dokumentation und Haftung, erklärte D'Angelo. Ärztinnen und Ärzte müssten algorithmische Empfehlungen kritisch prüfen und sie mit klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Evidenz abgleichen. KI sei somit als Instrument der Entscheidungsunterstützung zu verstehen, während der Arzt weiterhin die zentrale Vermittlerrolle zwischen Technologie und Patient einnehme.

**Katja Möhrle
Lukas Reus**

Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark – Teil 2 (A)

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

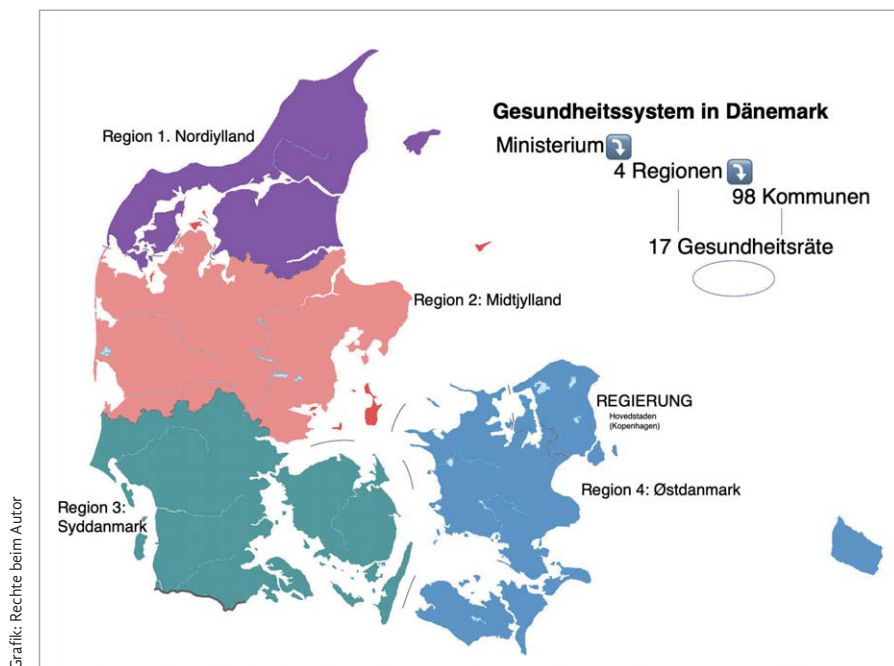


Abbildung 1: **Das Gesundheitssystem in Dänemark:** Unterhalb des Gesundheitsministeriums der Regierung in Kopenhagen sind vier Regionen und 98 Kommunen mit klar verteilter Verantwortung für Krankenhausversorgung (Regionen) und Langzeitpflege/Rehabilitation (Kommunen) zuständig. 17 Gesundheitsräte sollen als Vertreter der Regionen und Kommunen sicherstellen, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern (Regionen) und der häuslichen Pflege/Rehabilitation (Kommunen) reibungslos funktioniert; sie übernehmen auch die gemeinsame Verantwortung für Finanzierung und Organisation der Gesundheitsdienste.

In diesem Teil 2 (A) werden die strukturellen Rahmenbedingungen, die demografischen Indikatoren sowie die ökonomischen Grundlagen der Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark beleuchtet. Eine Reihe von Indikatoren gibt entscheidende Hinweise, welchen Einfluss nationale Unterschiede auf den Umfang und Erfolg der Versorgung von Patientinnen und Patienten haben. Hinzu kommt deren persönliche Wahrnehmung und die der Ärztinnen und Ärzte sowie der sonstigen Gesundheitsberufe.

Struktur, Kosten und ökonomische Grundlagen

Dieser Teil konzentriert sich auf das „Was ist?“: Wie sind die Systeme aufgebaut, wie

sieht die Demografie aus und wie viel Geld fließt hinein?

Vergleich

Auch in Dänemark besuchten wir ein führendes Krankenhaus und befassten uns mit den Veränderungen bzw. Strukturformen der dänischen Gesundheitsversorgung zwischen 2007 und 2016 (vgl. Abbildung 1 mit Erläuterungen im 1. Teil dieses Artikels, siehe HÄBL 09/2026 [1]). Dänemark als Vorbild für das deutsche Gesundheitssystem? Ja, denn wie in Spanien leben die Menschen in Dänemark etwas länger, ernähren sich teils gesünder und dies bei scheinbar wesentlich weniger Kosten (ca. 9,59 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) Stand heute). Ist das dänische Gesundheitssystem daher ein geeig-

netes Modell zur Nachahmung für Deutschland? Vorab ein klares „Ja“. Es gibt darin viel Gutes, einiges, aber nicht alles davon ist sinnvoll übertragbar. Es gibt aber auch einige Schattenseiten, die oft verschwiegen, aber nicht übersehen werden sollten. Je nach Bundesland kann in unserem föderalen Staat mehr oder weniger vom dänischen Gesundheitssystem gelernt werden. Vor allem aber kann für die Pflege mit Blick auf Verantwortungsübernahme, Mitarbeit in interdisziplinären Teams, Gestaltungsmöglichkeit und Kompetenz und das bei deutlich weniger Fachkräften sehr viel gelernt werden.

Dänemark befindet sich wegen diverser Verbesserungsnotwendigkeiten, ähnlich wie Deutschland, in einem erneuten Reformmodus, den es sehr transparent kommuniziert. Siehe auch den späteren Absatz „Reform der Reform“ („Health close to you“). Und Dänemark hat seit 3. Juni 2026 mit Ida Auken ebenfalls eine neue Gesundheitsministerin.

Systembedingungen

Im 1. Teil dieser Serie wurden schon kurz die Unterschiede zwischen den Ländern Spanien, Dänemark und Deutschland hinsichtlich des Bruttoinlandsproduktes (BIP) pro Kopf, der Gesamtbevölkerung, der Arbeitslosenquote und der Rolle des Staates im Gesundheitssystem (Bismarck vs. Beveridge) skizziert.

Das Gesundheitssystem in Dänemark operiert auf drei politischen und administrativen Ebenen: dem Staat, den Regionen und den Kommunen (nationale, regionale und lokale Ebene).

(1) Der Staat trägt die übergeordnete regulatorische und aufsichtsführende Funktion im Bereich der Gesundheit und der Altenpflege.

(2) Die fünf (gem. Reform 2025 noch vier, siehe Abbildung 1) Regionen sind primär für die Krankenhäuser, die Hausärztinnen und Hausärzte sowie die psychiatrische Versorgung verantwortlich.

(3) Die 98 Kommunen sind für eine Reihe von primären Gesundheitsdiensten sowie für die Altenpflege zuständig. Neu hinzu kommen 17 Gesundheitsräte (sundhedsråd) als Vertreter von Regionen und Kommunen gem. Reform 2025, welche die lokale Entwicklung des Gesundheitswesens steuern. Weitere wichtige Faktoren sind u. a. die politischen, geografischen und Umwelt- sowie Klimabedingungen: In Dänemark ist der Westen klimatisch rau und viel dünner besiedelt als der Osten mit der Hauptstadt Kopenha-

gen und einigen abgelegenen Inseln. Solche Bedingungen haben direkte oder indirekte Auswirkungen auf die Ausgestaltung und Qualität der Gesundheitssysteme der betrachteten Länder.

Gesundheitsindikatoren

Besonders aufschlussreich sind die Bevölkerungs- und Gesundheitsindikatoren (vgl. Tabelle 1). Auch wenn man darauf hinweisen muss, dass andere Quellen zum Teil abweichende Angaben ausweisen, so

sind die großen Trends statistisch stets vergleichbar.

Demografie:

Die Bevölkerungsdichte ist in Deutschland 2,5 x höher als in Spanien und 1,6 x höher als in Dänemark. In allen drei Ländern beträgt der Anteil über 60-Jähriger gut 1/5 der Bevölkerung. Die Prognosen sind jedoch sehr unterschiedlich: Deutschland schrumpft und überaltert bis 2060 angeblich stärker als Spanien, Dänemark verändert sich kaum. In Anbetracht der noch niedrigeren Geburtenziffer in Spanien be-

Weitere wichtige Gesundheitssystemparameter von Spanien, Dänemark und Deutschland im Vergleich				
Allgemeine Systemparameter:	Spanien	Dänemark	Deutschland	Quelle
Fläche	502.654 qkm	41.987 qkm	353.260 qkm	[Destatis 14. Juli 2026]
Staats- und Regierungsform	Parlamentarische Monarchie	Parlamentarische Monarchie	Parlamentarischer Bundesstaat	
Bevölkerungs-/Gesundheitsindikatoren:	Spanien	Dänemark	Deutschland	
Gesamtbevölkerung (aktuell)	49,1 Mio.	6,0 Mio.	83,6 Mio.	[Destatis/Eurostat für 2025 Stand 7.5.2026]
Bevölkerungsdichte (Menschen je qkm)	97 (2023)	149 (2023)	240 (2023)	[Destatis/Div. Quellen, Abruf: 3. Aug. 2026]
Anteil über 60-Jähriger	21,1 % (2024)	20,9 % (2024)	23,2 % (2024)	[Destatis/Div. Quellen, Abruf: 3. Aug. 2026]
Bevölkerung in 2060 (geschätzt)	53,5 Mio. (+4,4 Mio.)	6,3 Mio. (+0,3 Mio.)	78,5 Mio. (-5,1 Mio.)	[Destatis/Eurostat/Europop 2025]
Kinder je Frau (EU-Durchschn.: 1,40)	1,10	1,47	1,36	[Destatis/Eurostat 2024]
Lebenserwartung bei Geburt [Jahre]	84 (w:86,5/m:81,4)	82 (w:83,9/m:80,2)	81 (w:83,6/m:79,1)	[Destatis/Eurostat 2025, Stand 5. Mai 2026]
Säuglingssterblichkeit (je Tsd. Lbg.)	3 (2023)	3 (2023)	3 (2023)	[Destatis/Abruf 3.8.2026]
Ärztedichte je 10.000 (EU-Durchschn.: 43)	44 (2023)	45 (2023)	47 (2023)	[OECD Country Health Profiles 2025]
Pflegekräfte je 10.000 (EU-Durchschn.: 85)	59 (2023)	105 (2023)	123 (2023)	[OECD Country Health Profiles 2025]
Krankenhausbetten je 10.000 (OECD)	29 (2024)	24 (2024)	77 (2024)	[Destatis/Abruf 3.8.2026]
Quellen: [1] und [2]				

Tabelle 1: Die allgemeinen Systemparameter von Spanien und Dänemark unterscheiden sich in vielerlei Aspekten von Deutschland, z. B. das politische System, die Fläche und die Lage auf dem europäischen Kontinent sowie die sehr unterschiedliche Verteilung der Bevölkerung innerhalb des jeweiligen Staates in Stadt und Land. Besonders aufschlussreich sind die Bevölkerungs- und Gesundheitsindikatoren [2] und [3].

deutete dies aber vor allem mehr Zuwanderung.

Krankenhausbetten:

Deutschland hat viel mehr Krankenhausbetten je 10.000 Einwohnern als Spanien (2,6 x) und als Dänemark (3,2 x). Der Anteil der stationären Behandlungen ist konsequent in Spanien und Dänemark sehr viel geringer als in Deutschland.

Ärztliche Versorgung:

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ist mit ca. 44–47 pro 10.000 Einwohner in allen drei Ländern in etwa gleich, während die Anzahl der Pflegekräfte von Spanien mit 59 über Dänemark mit 105 bis hin zu Deutschland mit 123 pro 10.000 enorm auseinander liegt. Allen drei Ländern ist gemeinsam, dass ein Großteil der Hausärztinnen und -ärzte lieber in den Städten als in ländlichen Regionen arbeitet, was für letztere, insbesondere nach dem flächendeckenden Wegfall kleiner Krankenhäuser in Dänemark, ein großes Problem darstellt.

Kosten

Funktioniert gute oder gar bessere Gesundheitsversorgung in Dänemark mit so viel weniger finanziellem Aufwand als bei uns? Welchen anderen „Preis“ muss die Bevölkerung dafür „bezahlen“? Die gesamten Gesundheitsausgaben betrugen 2024 in Dänemark 9,59 % am BIP, sie lagen also um fast 3 % unter dem Wert in Deutschland mit 12,4 % (Spanien lag 2023 mit 9,22 % am BIP ganz ähnlich) [4]. Der Verband der Ersatzkassen hat am 8. August 2024 das deutsche Gesundheitswesen mit europäischen Ländern verglichen. Natürlich spielte bei diesem Vergleich aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen der finanzielle Ressourcenaufwand in Deutschland eine dominierende Rolle. Zumal die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland in Kaufkraftparitäten gerechnet mit 5.300 Euro Stand 2022 schon ein Spitzenwert im Vergleich zu allen anderen Ländern im EU-Raum waren [5]. Das statistische Bundesamt geht für Deutschland Stand 2024 sogar bereits von 6.444 Euro je Einwohner

aus. Bei gesamten Gesundheitsausgaben von 538 Mrd. Euro entspricht das einem Anteil am BIP von 12,4 % [6].

Investitionen

Der dänische Staat investiert seit 2007 viele Milliarden Euro in den Umbau seines Gesundheitssystems, vor allem in die Erneuerung der gesamten Krankenhausinfrastruktur mit Schließung fast aller kleinen Krankenhäuser und modernisierten, zentral liegenden großen Krankenhäusern (sog. „Qualitätsfondsgebäuden“), in neueste Medizintechnik, in aktuelle Informationstechnologie, innovative Mobilitätskonzepte und Anreize für Ärztinnen und Ärzte sowie alle Gesundheitsberufe.

Zu beachten ist zudem, dass das um den Faktor 1,3 höhere BIP/Kopf den dänischen Anteil von 9,59 % am BIP – auch in Kaufkraftparität gerechnet – in einem ganz anderen Licht erscheinen lässt. Dieser entspricht dann nämlich proportional ziemlich genau den Ausgaben in Deutschland – trotz höherer Löhne und Gehälter (in Städten) je nach Region, aber eben bei nicht zwangsläufig höheren Preisen für Produkte und Grundstücke.

Hinzu kommt ein weiterer entscheidender Unterschied: Für die Krankenhäuser wendet der dänische Staat seit der Reform 2007 bis 2025 mit Unterstützung eines neu geschaffenen „Qualitätsfonds“ (dessen Gesamtbudget nicht überschritten werden darf) jedes Jahr etwa die Hälfte seiner gesamten Gesundheitsausgaben auf (Beispiel: 4,2 % von ca. 9,5 % des BIP im zur Verfügung stehenden Berichtsjahr 2022). Dies allerdings zum großen Nachteil der ambulanten Versorgung vor allem in den ländlichen Regionen durch Hausärztinnen und -ärzte sowie Pflegedienste, was zur erneuten Reform seit 2025 führte. Doch dazu im Detail später.

Deutschland gibt dagegen seit Jahren im europäischen Vergleich mit am wenigsten für die Krankenhausversorgung aus, nämlich nur ca. ein Viertel der Gesundheitsausgaben (z. B. 3 % von gut 12 % des BIP im vergleichbaren Berichtsjahr 2022) [7].

Aufgrund der im EU-Vergleich großen Anzahl an Krankenhäusern ist dies sozusagen eine doppelte Katastrophe für die einzelnen Häuser. Ein strukturell auch nur annähernder Umbau der Krankenhauslandschaft wie in Dänemark bedeutete proportional Stand heute übertragen auf Deutschland einmal sehr grob hochgerechnet ca. 80 Mrd. Euro an staatlichen Fördermitteln (14-fache Bevölkerung mal 6,5 Mrd. Euro für dänische Umbauinvestitionen für die Reform 2007–2025 geteilt durch 1,3 wg. schwächerer Kaufkraft mal Inflationsbereinigung). Gerade in der aktuellen Situation ist es aber undenkbar, dass Bund und Länder in Deutschland auch nur annähernd so viel Geld in die Hand nehmen (können), um unser eigenes Gesundheitssystem in ähnlichem Umfang innerhalb der kommenden zehn Jahre zu modernisieren. Aber genau das wäre eigentlich nötig. Daher scheint man die prekäre Situation unserer Krankenhäuser in vielen Fällen lieber „dem Markt zu überlassen“ und verfolgt mit offenen Augen, wie auch systemrelevante Krankenhäuser nach und nach in die Insolvenz rutschen und verschwinden. Das Land Hessen beschreitet im Rahmen seiner planerischen Möglichkeiten allerdings gerade einen konstruktiveren Weg, der hoffentlich zum Erfolg führt.

Aber nun wieder zurück zu Dänemark im nächsten Teil dieser Serie als Unterkapitel B mit den Themen: „Reformanpassung 2025, Digitalisierung und kritische Bilanz“.

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

Warum gibt es keinen Digital-Oberarzt?

Warum die Digitalisierung in Kliniken nicht voran- und die KI nicht ankommt

Prof. Dr. med. Rainer Röhrig, Prof. Dr. med. Christian Hinske, Prof. Dr. Kurt Marquardt, Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch

Zusammenfassung

Digitale Systeme und KI sind im Krankenhaus verfügbar. Ihr Nutzen in der Versorgung bleibt jedoch häufig begrenzt [1]. Nicht nur das IT-System oder Modell, sondern die sogenannte „letzte Meile“ ist oft die größte Herausforderung, d. h. die Integration in die klinischen Prozesse, die Verantwortlichkeiten und ein verlässlicher Dauerbetrieb mit kontinuierlichen Systemanpassungen. Zudem werden Nutzenbehauptungen zu medizinischer KI oft aus technischer Performance abgeleitet, nicht aber aus dem klinischen Mehrwert und den Effekten aus dem Arbeitsablauf. Unbeabsichtigte Schäden müssen vermieden werden. Dazu bedarf es einer kontinuierlichen Überwachung nach der Einführung der KI-Module. Diese Aufgabe kann eine entsprechend mandatierte Ärztin oder Arzt wahrnehmen: die oder der Clinician Informatician (kurz: CInformatician). Ergänzend fungiert eine Digital-Oberärztin oder Digital-Oberarzt als Organisationsanker in der Klinik und ist für Digitalisierung/KI fachlich der oder dem Chief Medical Information Officer (CMIO¹) zugeordnet.

Einführung: Die Herausforderung ist die „letzte Meile“

Kliniken stehen unter Druck: Durch Personalmangel, hohe Dokumentationslast, steigende Komplexität und wachsende Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit. Die Erwartung ist, dass KI-Systeme hier helfen können, aber nur, wenn sie verständlich, handlungsleitend und sicher in den klinischen Workflow integriert sind. Reine Leistungskennzahlen (z. B. zur Diskriminationsfähigkeit einer KI) belegen die Leistung, nicht aber die Versorgungswirkung einer KI. Selbst ein gut validiertes

Modell kann in der Praxis scheitern, wenn es schlecht in die Prozesse und IT-Infrastruktur integriert ist, Mehrarbeit erzeugt, falsch verstanden wird oder sogar Fehlanreize setzt [1].

Hinzu kommt ein Evidenzproblem. Je höher der Anspruch ist (Ergebnisverbesserung, Kostensenkung, erhöhte Sicherheit), desto stärker muss die passende Evidenz sein. Technische Validierung allein reicht nicht; entscheidend sind Anwendbarkeit, Machbarkeit, Sicherheit und Wirksamkeit im Alltag. Weil Modelle sich über Zeit und Kontext verändern können, sind kontinuierliche Überprüfung, Messung und Analyse zwingend. [1, 2]

Digitale Transformation wird zudem oft als reines IT-Projekt behandelt. Tatsächlich geht es primär um Prozessdesign und die kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität und damit um originär medizinische Führungs- und Verantwortungslinien.

Viele Ärztinnen und Ärzte nutzen „Generische KI“ bereits heute – informell oder formal. Doch wie stellen sie sicher, dass (a) das passende System (z. B. ein geeignetes LLM) für die richtige Aufgabe eingesetzt wird, (b) die Eingaben (Prompts) fachlich korrekt, vollständig und datenschutzkonform sind und (c) die Ergebnisse zuverlässig in klinische Entscheidungen übersetzt werden?

Besonders kritisch ist dabei die Frage der menschlichen Aufsicht. Bei der KI-gestützten Zusammenfassung einer ärztlichen Anamnese prüft die Ärztin oder der Arzt häufig nur noch die Plausibilität der Zusammenfassung. Bei der Epikrise bzw. Arztbriefschreibung hingegen müssen Vollständigkeit und Konsistenz der Information aktiv sichergestellt werden, obwohl die Prüfung ohne saubere Struktur, Referenzen auf Primärdaten und gute Systemintegration extrem zeitaufwendig sein



kann. Genau hier entstehen neue, teils versteckte Risiken bis hin zur schleichenen Qualitätsminderung. [1]

Ein weiterer, oft unterschätzter Effekt ist der Kompetenzverlust (Deskilling), mangelnder Kompetenzaufbau (Never Skilling) oder das Erlernen falscher Verhaltensmuster (Mis-Skilling). Wenn KI wiederkehrende Bewertungen und Formulierungen übernimmt, kann klinische Routinekompetenz langsam erodieren. Wird z. B. die Differenzialdiagnostik bei häufigen Symptomen wie Dyspnoe/Thoraxschmerz regelmäßig durch KI-Vorschläge vorstrukturiert, sinkt mittelfristig die Fähigkeit, eigene Hypothesen systematisch aufzubauen und „rote Flaggen“ aktiv zu prüfen. Die Abhängigkeit vom System wächst und damit auch die Gefahr, dass seltene, aber kritische Konstellationen übersehen werden, insbesondere, wenn die KI im konkreten Kontext, z. B. durch schlechte Datenqualität im KIS/KAS schlechter performt oder sich ihr Verhalten über die Zeit verändert (Model Drift, Data Drift, Concept Drift).

Foto: Rechte bei den Autoren – mit KI erstellt

¹ Inzwischen sind auch andere Namen geläufig, die mehr die Digitalisierung hervorheben, z. B. Chief Medical Digitalization Officer (CMDO). Das Konzept bleibt das gleiche: Eine Person, die mit spezifischen Kenntnissen und operativer Erfahrung Strategieentwicklung und Umsetzung unter dem Vorstand verantwortet.

Ohne klare Regeln drohen zusätzlich „Workshops“, d. h. minderwertige Ergebnisse. Was zunächst wie Arbeitserleichterung wirkt, eskaliert in Korrekturen, Nachrecherche und Qualitätskontrolle. Am Ende entsteht mehr Belastung statt Entlastung. Wenn die Zeit für die erforderliche Nacharbeit im klinischen Alltag fehlt, resultieren sogar Patientenrisiken.

Daher ist es entscheidend, Kompetenzen aufzubauen und vorzuhalten, um die richtigen Systeme auszuwählen und einzuführen, sowie die klinischen Anwender anzuleiten und zu begleiten.

Lösungsansatz: CInformaticians

Ein Lösungsansatz könnte die Schaffung einer neuen Position sein: der/die CInformatician, eine Ärztin bzw. ein Arzt, die/der gemeinsam mit den leitenden Ärztinnen und Ärzten, insbesondere den Chef- und Oberärztinnen und Ärzten, Prozesse verbessert und anschließend gezielt durch IT- und KI-Systeme unterstützt. CInformaticians sind niedrigschwellige Ansprechpartner vor Ort, die durch eine strukturierte Weiterbildung (Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik) und praxisorientierte Anleitung durch „Digital Oberärztinnen und -ärzte“ über die erforderliche Qualifikation verfügen. Wichtig: CInformatician ist keine „IT-Rolle“, sondern Versorgungsarbeit mit klarer Verantwortung in der Klinik.

Kernaufgaben:

1. Prozessoptimierung mit klinischem Zielbild (Qualität, Sicherheit, Effizienz) und messbaren Endpunkten.
2. Systemgestaltung: KIS/Subsysteme konfigurieren, Parameter und Regeln kliniknah anpassen, Redundanz reduzieren, Interoperabilität praktisch nutzbar machen.
3. KI im Betrieb: lokale Validierung und Bewertung der klinischen Evidenz und lokalen Erfahrung, Leitplanken (Indikation, Patientenkollektiv, Nutzerkreis), Schulung und kontinuierliche Überwachung von Leistung, Sicherheit, Nutzen und Risiken.
4. Risikomanagement: Workarounds, Automation Bias, Deskillung und neue Fehlerketten erkennen, adressieren und dokumentieren (vom **Deskillung**, Never-

skilling und Mis-Skilling zum **Reskilling** und Upskilling).

Die Digital-Oberärztinnen und -ärzte koordinieren die Digitalisierungs- und KI-Aktivitäten einer Klinik mit definiertem Zeitanteil, Budget/Portfolio und Delegationsbefugnissen für digitale Themen. Sie delegieren an Ärztinnen und Ärzte (CInformaticians) in der Zusatzweiterbildung Medizinische Informatik und leiten diese in der Praxis strukturiert an.

Krankenhausweit übernimmt die Aufgabe der Entwicklung und Umsetzung der krankenhauses- bzw. unternehmensweiten Digitalisierungs- und KI-Strategie die oder der Chief Medical Information Officer (CMIO). Die oder der CMIO untersteht direkt dem Vorstand, der der oder dem CMIO ein robustes Mandat erteilt und die benötigten Ressourcen zur Verfügung stellt.

Das größte mögliche Hindernis: Das fehlende Anreizsystem und fehlende Karrierepfade für CInformaticians

Größtes mögliches Hindernis sind nicht nur fehlende Kompetenzen, sondern fehlende Anreize: Wer Digitalisierung gestaltet, macht sie heute meist „on top“ – mit weniger OP- und Stationszeit, späterem Facharzt und damit Nachteilen in Klinik und Wissenschaft. Translation wird selten als Leistung gewertet; zugleich entsteht die Unersetzbarkeitsfalle. Wer als Einzige oder Einziger die Konfigurationen, Datenflüsse, Schnittstellenlogik oder das KI-Monitoring beherrscht, wird für die Abteilung (Klinik/Institut) unverzichtbar und damit faktisch „festgehalten“: Beförderung, Rotation oder Wechsel sind für die Klinik unattraktiv, weil die Lücke nicht und vor allem nicht kurzfristig zu schließen ist. Im Ergebnis wird das Engagement zum Karriereblocker, notwendige Expertise wird nicht aufgebaut.

Benötigt werden daher verbindliche Karrierepfade und Stellenprofile für CInformaticians in Weiterbildung (definierter Zeitanteil, strukturierte Ausbildung in Theorie und Praxis) und Digital-Oberärztinnen und -ärzte (klinisch bei Klinik-/Institutsdirektorinnen oder -direktoren verankert, fachlich an den/die CMIO angebunden, mit Delegations- und Bud-

get-/Portfolioverantwortung) bis zum/zur CMIO. Dazu gehören geschützte Zeit im Dienstplan, klare Zielgrößen, sowie eine Leistungsbewertung, in der Versorgungsimpact, sicherer Betrieb und Nachwuchsweiterbildung wertgeschätzt und belohnt werden.

Kritische Diskussion und Abgrenzung von den bestehenden Strukturen

Es ist unwahrscheinlich, dass alle Ärztinnen und Ärzte in jeder Situation zuverlässig die „richtige“ KI auswählen, korrekt interpretieren und die Grenzen der Modelle berücksichtigen – daher sollten diese mit entsprechender Expertise unterstützt werden [2].

Klinischer, d. h. medizinischer und organisatorischer Kontext, Integration und Konfiguration der Systeme, Schulung, Monitoring, Risiko- und Incident-Management sowie kontinuierliche Bewertung und Verbesserung der Systeme sind permanente Aufgaben. Dieses klinische Ownership muss im Haus verfügbar sein und ärztlich – auch im Vorstand – verantwortet werden, weil digitale Systeme medizinische Entscheidungen und Prozesse beeinflussen.

Warum ist dies nicht nur die Aufgabe der IT-Abteilung?

Ohne klinische Übersetzer entstehen Funktionswüsten oder Schatten-IT. CInformaticians sind die notwendige Kopplung zwischen Klinik und IT. Damit wandelt sich IT stärker in Richtung Standardisierung, Koordination und Produkt-/Projektorganisation.

Die oder der CMIO verantwortet gegenüber dem Vorstand die Digitalisierungs- und KI-Strategie, die oder der CIO (Chief Information Officer) die IT-Strategie. Die Strategien müssen aufeinander abgestimmt sein und gemeinsam umgesetzt werden.

Kosten-Nutzen-Verhältnis

Warum wird das plausibel klingende Konzept nicht umgesetzt? Weiterbildung, strukturierte Qualifizierung und Freistellung kosten Geld – denn Qualität gibt es nicht umsonst. Genau diese Investition ist

jedoch der Hebel, um aus einer „Tool-Einführung“ einen verlässlichen klinischen Betrieb zu machen. CInformaticians gab es bereits in den frühen 2000er Jahren, und in den USA ist es bis heute ein etabliertes Modell mit professionalisierten Ausbildungswegen; auch CMIO-Rollen sind als Erfolgsfaktor für Health-IT beschrieben. [3, 4]

CInformaticians bleiben klinisch tätig und können je nach Bedarf (Go-Live, Stabilisierung, Optimierung, Sicherheits-/Drift-Signal) flexibel mehr oder weniger freigestellt werden. On-Top ist zu vermeiden. Investiert werden sollte in Vorhaben mit plausiblen, messbaren Endpunkten (Adoption, Sicherheit, Outcome/Prozessqualität) und klarer Governance im Betrieb. Akzeptanz steigt, wenn Priorisierung dort liegt, wo Aufgabe, Verantwortung und Kompetenz zusammenlaufen: In den Kliniken und Instituten – in enger Abstimmung mit CMIO sowie IT- und Medizintechnikabteilungen.

Fazit

Damit die Krankenhäuser die digitale Transformation und KI-Einführung erfolgreich absolvieren, benötigen sie eine ärztlich geführte Brücke zwischen Medizin, Prozess und Technik. Das CInformatician-Konzept mit einer strukturierten Weiterbildung, klinikseitig verankerte Verantwortung bei Digital-Oberärztinnen und -ärzten und eine strategische Führung durch eine oder einen CMIO machen aus Technik sichere, wirksame und nachhaltige Versorgung.

Hinweis:

Welche Skills für CInformatician, Digital-Oberärztinnen und -ärzte und CMIO erforderlich sind, geeignete Organisationsformen und Karrierepfade erarbeitet u. a. das GMDS Forum „Digitale Medizin und KI“. **Nächste Termine:** Workshoptag Digitale Medizin und KI auf der gmds 2026 – www.gmds2026.de

Prof. Dr. med. Rainer Röhrig

Institut für Medizinische Informatik,
Uniklinik RWTH Aachen

Prof. Dr. med. Christian Hinske

Institut für Digitale Medizin,
Universitätsmedizin Augsburg

Prof. Dr. Kurt Marquardt

Medizinische Fakultät
der Justus Liebig Universität Gießen

Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch

Lehrstuhl für Medizinische Informatik,
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg;
Präsident der GMDS e. V.

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



Fort- und Weiterbildung

Serie: Spotlights Weiterbildung

Bis wann muss das Weiterbildungszeugnis ausgestellt sein?

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Das Weiterbildungszeugnis muss auf Antrag der/des Weiterzubildenden bzw. auf Anforderung der Landesärztekammer Hessen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten ausgestellt werden.

Nach Ausscheiden der/des Weiterzubildenden muss das Weiterbildungszeugnis unverzüglich ausgestellt werden. Unver-

züglich bedeutet ohne schuldhaftes Ver-zögern.

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

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

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © VanHope – stock.adobe.com



Mehr erfahren

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

Die Präsenzveranstaltung in Kooperation mit der Berufsfeuerwehr Kassel richtet sich an leitende Notärztinnen und Notärzte, die ihr Wissen aktualisieren und auf dem neuesten Stand sein möchten. Seit 2022 sieht die Satzung der LÄKH keine Befristung der Qualifikation zur/zum LNA mehr vor. Dennoch müssen sich LNAs nach § 17 Abs. 2 S. 2 der HRDG-VO „regelmäßig fortbilden“ und den Nachweis darüber der zuständigen Rettungsdienststelle vorlegen.

Termin: 14.11.2026
Gebühr: 399,00 €
 359,10 €*
Kursleitung: Dr. med. A. Appel,
 T. Winter
Kontakt: laura.wahl@laekh.de

Akupunktur

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 15. & 16.01.2027, 19.02.2027	Kurs-Weiterbildung Akupunktur – Modul I (G1-G3) (24 CME) Dr. med. J. Viereg	Neuer Kurs: Integrieren Sie die Akupunktur in Ihr medizinisches Gesamtkonzept: Es erwarten Sie ausgewogene Anteile von Theorie, praktischen Übungen, Akupunkturbehandlungen und Fallbeispielen. Kontakt: claudia.loeffler@laekh.de	auf Anfrage

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 30.–31.10.2026 & 06.–07.11.2026, E-Learning: ab 12.10.2026	Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe (42 CME) Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein	Die Veranstaltung bündelt die zentralen Themen aus Gynäkologie, Endokrinologie, Reproduktionsmedizin, gynäkologischer Onkologie, Urogynäkologie sowie Geburtshilfe und Pränataldiagnostik. Kontakt: jennifer.konert@laekh.de	798,00 € 718,20 €*

Innere Medizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Hybrid: 23.–27.11.2026	Repetitorium Innere Medizin (52 CME) Prof. Dr. med. K. U. Chow et al.	Ideal zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Aktualisierung Ihres Wissens: Mit dem Repetitorium erneuern Sie gezielt Ihre Kenntnisse in allen Teilgebieten der Inneren Medizin und der internistischen Intensivmedizin. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	925,00 € 832,50 €*
Präsenz: 05. & 06.02.2027	Kurs-Weiterbildung Ernährungsmedizin – Modul I (12 CME) Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Dr. med. K. Winckler	Start der neuen Kursreihe: Die Veranstaltung vertieft Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten für die Behandlung und Prävention ernährungsbedingter Krankheitsbilder. Modul I thematisiert die Grundlagen der Ernährungsmedizin. Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	347,00 € 312,30 €*

Sportmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 16.11.2026, Präsenz: 17.11.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 3 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 3 thematisiert sportmedizinische Aspekte der einzelnen Sinnesorgane und vermittelt Grundlagen zur Ernährung im Sport. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
Präsenz: 18. & 19.11.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 10 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 10 widmet sich den zentralen pneumologischen, nephrologischen und urologischen Fragestellungen in der Sportmedizin. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*
Präsenz: 20.11.2026, Live-Webinar: 21.11.2026	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul 15 (16 CME) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul 15 legt den Schwerpunkt auf spezielle Aspekte in der Sportmedizin, wie z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Pharmaka und Doping sowie rechtliche und ethische Rahmenbedingungen. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	412,00 € 370,80 €*

Anästhesiologie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Hybrid: 21.10.2026	Anästhesie „State of the Art“ (2 CME) Prof. Dr. med. T. Steinfeldt	Kompakt und anwendbar: Die neue Veranstaltungsreihe widmet sich aktuellen Themen aus der klinischen Praxis der Anästhesiologie. Kontakt: jennifer.konert@laekh.de	32,00 €

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	In der Veranstaltungsreihe erwarten Sie hochaktuelle Inhalte aus dem gesamten Fachgebiet der Pädiatrie – orientiert an Leitlinien und Weiterbildungskatalogen. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	96,00 € gebührenfrei*

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 Kurs legt seinen Schwerpunkt auf die Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	699,00 € 629,10 €*
Live-Webinar: 25.11.2026, Präsenz: 27.11.2026	Schilddrüse: Modul II (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Bojunga	Modul II umfasst vertiefende Kenntnisse zu Erkrankungen der Schilddrüse und perithyreoidalen Läsionen sowie verschiedene Untersuchungsmethoden und deren Befunde. Aktuelle Leitlinien werden eingeordnet und angewendet. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €*
Präsenz: 02.12.2026	Interventioneller Ultraschall (INVUS): Modul I (10 CME) Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust	Von den Grundlagen und der Punktion von Körperhöhlen und Gefäßen bis hin zu Drainagen: die DEGUM-zertifizierte Veranstaltung vermittelt Ihnen wichtige Kenntnisse und Fähigkeiten zur Vervollständigung Ihres Fachwissens. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €*

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	Die praxisorientierte Veranstaltung legt ihren Schwerpunkt auf die sichere Nutzung und Integration von Künstlicher Intelligenz (KI) in Praxen und Kliniken. Kontakt: jennifer.konert@laekh.de	240,00 € 216,00 €*
On-Demand: jederzeit abrufbar	Train the Trainer für Weiterbildungsbefugte D. Libertus	Im Video- und Podcast-Format vermittelt Ihnen der Kurs die wichtigsten Grundlagen und Pflichten für die korrekte Durchführung der ärztlichen Weiterbildung in Hessen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Notfall- und Intensivmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 11.11.2026	Notfallmedizin machbar machen (8 CME) Prof. Dr. med. R. Merbs	Der Kurs verbindet theoretischen Input mit praktischen Notfallübungen und richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die ihr Wissen für den sicheren Umgang mit Notfallsituationen auf dem neuesten Stand halten möchten. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	280,00 € 252,00 €*
On-Demand: jederzeit abrufbar	„Hessenspezifika“ (6 CME) Dr. med. G. Appel, J. Blau	In fünf flexibel abrufbaren E-Learning-Modulen erhalten rettungsdienstlich tätige Führungskräfte wichtige Einblicke in die landesspezifischen Regelungen in Hessen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

Qualitätsmanagement

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 05.–06.11.2026	Peer Review in der Medizin (PRiM) (16 CME) Prof. Dr. med. H. Mutlak	Im Kurs erfahren Sie alles Wichtige rund um das Qualitätssicherungsverfahren. Das PRiM zielt auf die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Stärkung der Qualitätskultur in der Patientenversorgung und kann in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt werden. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	525,00 € 475,20 €*

Foto: © Stock Source Studio – stock.adobe.com, mit KI



Mehr erfahren

Repetitorium Neurologie – Modul I und II (22 CME je Modul)

Die Präsenzveranstaltung bietet eine umfassende Vorbereitung auf die Facharztprüfung und richtet sich zugleich an Ärztinnen und Ärzte, die ihr Fachwissen gezielt auffrischen möchten. In zwei Modulen vermitteln erfahrene Referentinnen und Referenten klinische Zusammenhänge und praxisnahe Strategien – von neurologischen Notfällen und Epilepsie, MS und Schlaganfall bis hin zu Neurodegeneration und Demenz.

Termin:	Modul I: 17.–19.11.2026 Modul II: 01.–03.12.2026
Gebühr:	je Modul: 480,00 € 432,00 €*
Kursleitung:	Prof. Dr. med. M. Kaps
Kontakt:	adelheid.zinkl@laekh.de

EKG-Refresher (CME beantragt)

EKG-Wissen gezielt auffrischen, Kenntnisse vertiefen und Befundungssicherheit stärken: In der interaktiv gestalteten Blended-Learning-Veranstaltung erwartet Sie eine Kombination aus E-Learning, Live-Webinar, praxisnahen Übungen und zahlreichen Fallbeispielen. Im Kurs wiederholen Sie die wichtigsten Bereiche der EKG-Befundung gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen – ideal für alle interessierten Ärztinnen und Ärzte mit Vorerfahrung, die ihr Wissen umfassend auf den neuesten Stand bringen oder gezielt erweitern möchten.

Termin: Live-Webinar: 10.02.2027
E-Learning: ab 20.01.2026

Gebühr: 183,00 €
164,70 €*
Kursleitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich
Kontakt: susanne.holler@laekh.de



Foto: ©The Stock Photo Girl – stock.adobe.com, mit KI



[Mehr erfahren](#)

Allgemeinmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 07.–11.12.2026	Repetitorium Allgemeinmedizin (40 CME) Prof. Dr. med. A. Wunder	Die Veranstaltung präsentiert die zentralen Themen des Fachgebiets und legt ihren besonderen Schwerpunkt u. a. auf häufige Beratungsanlässe und Erkrankungen, Notfälle, Wundmanagement und den Umgang mit Leitlinien. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	792,00 € 712,80 €*

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 21.10.2026	Impfen im fortgeschrittenen Alter (CME beantragt) Dr. med. M. Trost	In Kooperation mit dem HMFG: Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die Informationen über die aktuellen Impfeempfehlungen der STIKO für ältere Menschen, deren Umsetzung in der (Hausarzt-) Praxis sowie praxisnahe Kommunikationsstrategien erhalten möchten. Kontakt: katja.baumann@laekh.de	gebührenfrei

Transfusionstherapie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 10.11.2026, E-Learning: ab 20.10.2026	Transfusionsverantwortliche/r, Transfusionsbeauftragte/r, Leiter/in Blutdepot (16 CME) Dr. med. A. Opitz	Mit der erfolgreichen Teilnahme am Kurs erwerben Sie die Qualifikation als Transfusionsbeauftragte/r bzw. Transfusionsverantwortliche/r und für die Leitung eines Blutdepots. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	480,00 € 432,00 €*
Live-Webinar: 19.02. & 22.–24.02.2027, E-Learning: ab 01.02.2027	Qualitätsbeauftragte/r Hämotherapie (40 CME) Dr. med. A. Opitz	Die Blended-Learning-Veranstaltung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die die Qualifikationsvoraussetzungen für Qualitätsbeauftragte in der Hämotherapie nach dem Curriculum der BÄK erwerben möchten. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.284,00 € 1.155,60 €*

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. Trittmacher	Der Kurs richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz aktualisieren möchten (eine Aktualisierung ist alle fünf Jahre verpflichtend). Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	276,00 € 248,40 €*

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: © FrameFlex/peopleimages.com – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Nicht-ärztliche Praxisassistent (NäPa)

Die Fortbildung vermittelt die Kompetenzen zur Übernahme delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten Versorgung. Damit kann die Praxisassistent die Ärztin/den Arzt entlasten und auf Anweisung Aufgaben wie selbstständige Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen übernehmen. Die Qualifizierungslehrgänge „Patientenbegleitung und Koordination“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ sind inhaltliche Bestandteile der Fortbildung „Nicht-ärztliche/-r Praxisassistent/-in“.

Informieren Sie sich zum Fortbildungsumfang auf unserer Website.

Termine: ab 05.11.2026
Gebühr: 1925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: karin.jablotschkin@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 16.11.2026	Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung (FAW) – Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für ambulante medizinische Versorgung	Die höherqualifizierende Berufsbildung baut auf dem Wissen der MFA auf und qualifiziert in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie nähere Informationen über den Aufbau des Pflichtteils und die möglichen Wahlteile. Kontakt: tanja.oberwallner@laekh.de	2500 € (Pflichtteil)
ab 02.12.2026	Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden	Die Kommunikation mit Schwerkranken stellt neben der medizinischen Betreuung eine besondere Herausforderung dar. Die Einbindung von MFA in die Versorgung der Patienten soll die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen. Informieren Sie sich zum Inhalt und Aufbau auf unserer Website. Kontakt: christiane.hollstein@laekh.de	1050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 29.01.2027	Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden	Der Qualifizierungslehrgang wird auf Grundlage des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer durchgeführt. Theorie und praktische Anwendungsübungen wechseln sich ab. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	455 € inkl. Lernerfolgskontrolle



Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 29.01.2027	Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	530 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
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 €
21.11.2026	Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 2) 8 Stunden	Die Fortbildung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt und richtet sich an Teilnehmer/-innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen möchten. Kontakt: christian.haas@laekh.de	125 €

Prüfungsvorbereitungskurse

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 16.10.2026	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur /zum MFA (PVK)	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

Kontakt:

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

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

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



@landesaeztekammer_hessen



@LAEKHessen



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

[Mehr erfahren](#)



Die Weiterbildungsregister von Bayern und Hessen im Vergleich

Dr. sc.hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon, Dr. med. Bettina Kollmannsberger

Quelle: Stabsstelle Qualitätssicherung, LÄKH



Abbildung 1: Ziele des Weiterbildungsregisters

Geburtsstunde des Hessischen Weiterbildungsregisters

Bis 2013 gab es bundesweit keine strukturierten Daten über die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Um diese Lücke zu füllen, wurde 2013 von der Landesärztekammer Hessen ein Weiterbildungsregister etabliert, das die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) einmal jährlich erfasst (Stichtags-erhebung).

Doch wozu benötigt man ein Weiterbildungsregister? Anhand des Registers können z. B. fachärztliche Entwicklungstrends im jeweiligen Kammergebiet erkannt und somit frühzeitig Maßnahmen, u. a. bei Versorgungsengpässen, initiiert werden. Abbildung 1 konkretisiert die Ziele des Weiterbildungsregisters.

Über die aktuellen Daten der Erhebungswelle 2025 aus dem Hessischen Weiterbildungsregister berichtete das Hessische Ärzteblatt [1].

Etablierung eines Weiterbildungsregisters in Bayern

Nach einigen Beratungsgesprächen zwischen der Landesärztekammer Hessen

(42.005 Mitglieder – Stand: 01.07.2026) und der Bayerischen Ärztekammer (100.249 Mitglieder – Stand: 30.07.2026) sowie in den Anfangszügen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, wurde 2025 erstmals das Weiterbildungsregister in Bayern etabliert. Dabei orientierte sich die Bayerische Landesärztekammer eng am hessischen Verfahren, das sich seit der Einführung bewährte und ständig verbessert wurde.

Für die Erhebung wurden alle bayerischen Weiterbildungsbefugten für eine Facharztbezeichnung kontaktiert und um Mitteilung ihrer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gebeten, die zum Stichtag 1. Oktober 2025 an einer Weiterbildungsstätte tätig waren. Falls bei einer Befugten/einem Befugten zum Stichtag keine Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in ihrer/seiner Weiterbildungsstätte be-

schäftigt waren, musste sie/er dies ebenfalls der Ärztekammer mitteilen (sog. „Nullmeldung“). Über die zentralen Ergebnisse dieser erstmaligen Erhebung wurde im Bayerischen Ärzteblatt 5/2026 berichtet [2].

Meldeverfahren und Rücklaufquote

Rückblickend auf das Meldeverfahren in Hessen waren in den ersten Jahren die Meldungen nur postalisch oder per Fax möglich. Seit 2015 ist eine Meldung auch über das Portal der Landesärztekammer Hessen durchführbar, was das Prozedere für alle Beteiligten praktikabler gestaltet. Die Weiterbildungsbefugten werden um folgende Daten zu ihren Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung gebeten: Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN), vertragliche Wochenarbeitszeit und ob zum Stichtag Mutterschutz oder Elternzeit vorlag. Um Vergleiche zu ermöglichen, erfasst Bayern dieselben Daten wie Hessen. In Bayern erfolgte die jüngste Erhebung über ein externes Online-Umfragetool. In Bayern lag die Rückmeldequote im Jahr 2025 bei 90 %, in Hessen bei 92 %. Seit Erhebungsbeginn liegt die durchschnittliche Rückmeldequote in Hessen bei 90 %, sodass die Daten als eine valide Vollerhebung gewertet werden können.

Daten zu den Weiterbildungsbefugten und Befugnissen

In Bayern (BY) wurden zum Stichtag 1.10.2025 insgesamt 11.233 Weiterbildungsbefugte angeschrieben, in Hessen (HE) waren es 4.916. Richtet man sein

	Bayern (N=11.233)		Hessen (N=4.916)	
	Alter [Mittelwert]	Anteil [%]	Alter [Mittelwert]	Anteil [%]
männlich	57 J.	66%	57 J.	66%
weiblich	54 J.	34%	56 J.	34%
Gesamt	56 J.	100%	57 J.	100%

Abbildung 2: WB-Befugte nach Anteil, Altersdurchschnitt und Geschlecht

Quelle: BLÄK / LÄKH



Augenmerk auf die soziodemographischen Daten, verdeutlicht Abbildung 2 nahezu identische Zahlen bezüglich der Altersstruktur und Geschlechterverteilung. Sowohl in Bayern als auch in Hessen war die Mehrheit der Weiterbildungsbefugten männlich (66 %). Das Durchschnittsalter lag in Bayern insgesamt bei 56 Jahren und in Hessen bei 57, wobei in beiden Bundesländern die männlichen Befugten etwas älter waren (Durchschnittsalter 57 Jahre) als ihre weiblichen Kolleginnen (BY: 54 J.; HE: 56 J.).

Doch wie viele Befugnisse haben einen Weiterzubildenden beschäftigt? Während in Bayern 38 % der jeweiligen Befugten keine Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beschäftigt hatten, war dies in Hessen bei der Hälfte aller Befugten der Fall (50 %). Dabei zeigte sich an der Spitze der „Nullmelder“ in Bayern die Allgemeinmedizin (58 %) und in Hessen die Kinder- und Jugendmedizin (61 %), gefolgt von der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BY) und Allgemeinmedizin (HE) mit jeweils 57 % (HE). Allerdings bleibt es abzuwarten, ob sich die Daten speziell zu den Nullmeldungen aus Bayern in den zukünftigen Erhebungswellen bestätigen werden, da die Methodik in Bayern für die nächste Erhebung weiterentwickelt wurde.

Hinsichtlich des Tätigkeitsbereichs stammte die Mehrheit der Nullmeldungen aus dem ambulanten Sektor (BY: 87 %; HE: 91 %). Jedoch gilt zu beachten, dass in Hessen nach „ambulant“, „stationär“ und „sonstige Einrichtungen“ (z. B. Ärztevereine, Arbeitsmedizinischer Dienst) unterschieden wurde. In Bayern hingegen wurde „ambulant“, „stationär“ und „beides“ erhoben.

Informationen zu den Weiterzubildenden

Abbildung 3 verdeutlicht, dass in Bayern 15.164 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gemeldet wurden und in Hessen 7.031. Davon war die Mehrheit weiblich (BY: 62 %; HE: 58 %). Das Durchschnittsalter lag in beiden Bundesländern bei 34 Jahren.

Hinsichtlich der Staatsangehörigkeit zeigten sich auch hier die Daten nahezu identisch: Bayern verzeichnet 29 % Weiterzu-

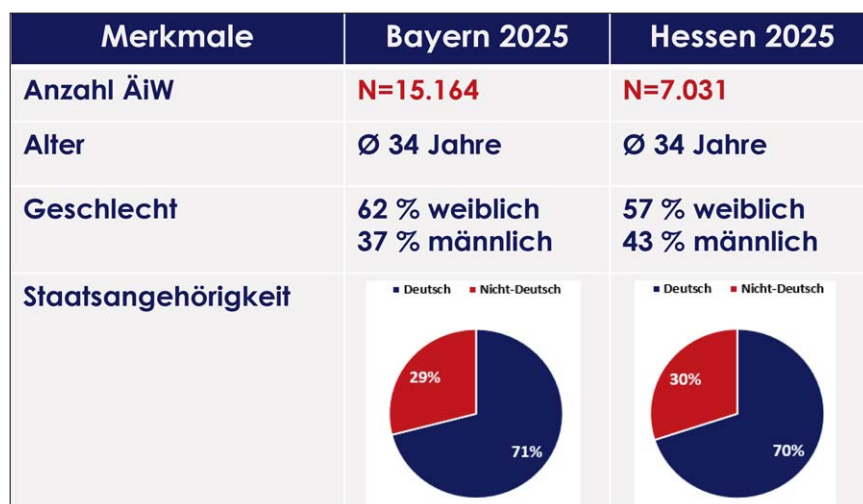


Abbildung 3: Angaben zu den Weiterzubildenden (Stichtag 1.10.2025)

bildende mit ausländischem Pass und Hessen 30 %.

Abbildung 4 zeigt die Top 10 der Verteilung der Weiterbildenden nach Fachgebieten. Die Mehrheit arbeitet sowohl in Bayern als auch in Hessen im Gebiet Innere Medizin, gefolgt von der Chirurgie und Anästhesiologie.

Ausblick

Die Etablierung eines Weiterbildungsregisters in Bayern, das dem hessischen Vorgehen angelehnt ist, und die erfolgreiche Zusammenarbeit beider Ärztekammern ermöglichen es, zukünftig valide Vergleiche zwischen den Länderdaten ziehen zu können.

Die erste gemeinsame Meldewelle verdeutlicht, dass die Ergebnisse bezüglich soziodemographischer Merkmale wie Alter, Geschlecht sowie Staatsangehörigkeit Ähnlichkeiten aufweisen. Um zukünftig weitere Merkmale der beiden Register vergleichen zu können, bedarf es in einigen Punkten methodischer Änderungen bzw. Anpassungen seitens Bayern (z. B. bezüglich der Tätigkeitsbereiche/Nullmeldungen). Hinsichtlich der Abfrage der Meldungen wird sich Bayern zukünftig am hessischen Vorgehen orientieren und die Meldung über ein neues internes Portal ermöglichen.

Die Landesärztekammer Hessen blickt bereits auf eine 13-jährige Erhebungshistorie zurück, die wichtige Daten und Einbli-

Gebiet	Bayern [%]	Hessen [%]
Innere Medizin	25%	26%
Chirurgie	13%	15%
Anästhesiologie	11%	11%
Allgemeinmedizin	9%	7%
Psychiatrie und Psychotherapie	7%	7%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5%	5%
Kinder- und Jugendmedizin	5%	5%
Neurologie	5%	6%
Radiologie	3%	2%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2%	2%
Urologie	2%	2%
Sonstige Gebiete	11%	13%

Abbildung 4: Anteil der Weiterzubildenden nach Fachgebiet (Stichtag 1.10.2025)



cke für die Versorgungslandschaft lieferte. So sollen auch in Bayern durch eine längerfristige Erhebung der Daten der Verlauf und mögliche Tendenzen der ärztlichen Versorgung untersucht werden.

Stichtagserhebung des Weiterbildungsregisters 2026

Zum Stichtag 1. Oktober 2026 starten Bayern und Hessen wieder mit der Erhebung für das Weiterbildungsregister. Zur Fortsetzung eines aussagekräftigen Weiterbildungsregisters benötigen beide Ärztekammern weiterhin die Mitwirkung aller Weiterbildenden. Deshalb möchten wir hiermit alle Befugten aufrufen, ihre Meldung für das Register nach Aufforderung

fristgerecht und vollständig einzureichen. Nur so können wir verlässliche Aussagen aus dem Weiterbildungsregister gewinnen, fachärztliche Entwicklungstrends im jeweiligen Kammergebiet erkennen sowie länderübergreifende Vergleiche ziehen. Somit können wir die Ergebnisse nutzen, um die zukünftige fachärztliche Versorgung zu sichern. Ferner können gezielt Evaluationen zur fachärztlichen Weiterbildung anhand der gemeldeten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung durchgeführt werden, ohne einen „Umweg“ über den Befugten gehen zu müssen.

Die Vertreterinnen der Landesärztekammern Bayern und Hessen bedanken sich für die wertvolle Mitwirkung aller Weiterbildungsbefugten. Wir werden auch zu-

künftig regelmäßig über die Ergebnisse informieren!

Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon¹

Dr. med. Bettina Kollmannsberger²

¹ Landesärztekammer Hessen

² Bayerische Landesärztekammer

Literatur

[1] I. Natanzon: Zahl der Hessischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erneut angestiegen. Hessisches Ärzteblatt 7/8 2026, S. 404–405

[2] Qualitätssicherung in der Weiterbildung (BLÄK): Etablierung eines Weiterbildungsregisters in Bayern. Bayerisches Ärzteblatt 05/2026, S. 184–186

Fort- und Weiterbildung

Frauengesundheit im Fokus

Aktuelle Erkenntnisse zur Verhütung – Evidenz, Beratung und interdisziplinärer Austausch: Einladung zur digitalen Fachtagung am 21. Oktober 2026

Verhütungsberatung ist ein zentraler Bestandteil der reproduktiven Gesundheit und eine anspruchsvolle Aufgabe. Sie erfolgt unter jeweils eigenem professionellen Auftrag in der ärztlichen Praxis, in der Schwangerschafts- und Familienberatung sowie in der sexuellen Bildung.

Wissenschaft und interprofessioneller Dialog

Vor diesem Hintergrund widmet sich die digitale Fachveranstaltung „Frauengesundheit im Fokus – Aktuelle Erkenntnisse zur Verhütung: Evidenz, Beratung und interdisziplinärer Austausch“ wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und dem interprofessionellen Dialog gleichermaßen. Im Rahmen der Veranstaltung erwarten

die Teilnehmenden drei Fachvorträge: Frau Dr. med. Nassir wird einen Überblick über die S2K-Leitlinie zur nicht-hormonalen Empfängnisverhütung geben.

Im Anschluss wird Frau Mannebach (Cornelia Helfferich Institut für Geschlechter- und Familienforschung) unter dem Titel „Selbstbestimmte Verhütungsentscheidungen und Hormonkritik in der Verhütungsbiographie“ aus der Wissenschaft berichten.

Den Abschluss bildet der Vortrag von Frau Erath (Dipl.- und Sexualpädagogin, systemische Supervisorin, Dozentin beim Institut für Sexualpädagogik), die zum Thema „Verhütung im Wandel – mehr als Pille, Spirale & Co“ referieren wird. Den Fachvorträgen schließen sich zwei Workshops an, die zeitlich parallel zur Auswahl ste-

hen. So freut sich das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit unter der Überschrift „Entscheidungshilfe – Welche Verhütung passt zu mir? – Präsentation und Austausch zum digitalen Tool und weiteren Praxishilfen“ über Feedback.

Zeitgleich stellen Frau Dr. Nassir und Frau Häfner (pro familia Hessen) jeweils den Ablauf einer Verhütungsberatung in der gynäkologischen Praxis bzw. in der Beratungsstelle vor und bieten ein Forum zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung.

Gemeinsam für Frauengesundheit

Die Fachveranstaltung wurde vom Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege initiiert und gefördert. Die Umsetzung erfolgt in bewährter Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Auch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit unterstützt die Veranstaltung.

Dr. Kristina Altmann

Referat IV 2 (Gesetzliche Krankenversicherung, Vertragsarztrecht, Schwangerschaftskonfliktgesetz), Abteilung IV, Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege

Frauengesundheit im Fokus: Aktuelle Erkenntnisse zur Verhütung – Evidenz, Beratung und interdisziplinärer Austausch

Termin: Mittwoch, 21.10.2026
Live-Webinar via Zoom

Infos und Anmeldung: Laura Wahl
Fon: 06032 782-222
E-Mail: laura.wahl@laekh.de

Kurzlink: <https://t1p.de/f3j7s>



www.laekh.de

Im Gedenken der Kinder. Die Kinderärzte und die Verbrechen an Kindern in der NS-Zeit



Wanderausstellung vom 1. Oktober bis 13. November in Kassel

Landeswohlfahrtsverband Hessen

Ständehaus Kassel

Ständeplatz 6–10

34117 Kassel

Montag bis Donnerstag: 10–16 Uhr

Freitag: 10–14 Uhr, Eintritt frei

In der Zeit des Nationalsozialismus waren behinderte und psychisch kranke Menschen umfangreichen Verfolgungs- und Vernichtungsmaßnahmen ausgesetzt. Über 400.000 Männer und Frauen wurden ab 1934 gegen ihren Willen sterilisiert, mehr als 300.000 Menschen zwischen 1939 und 1945 als „lebensunwert“ im Rahmen der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen ermordet. Zu den Verfolgten zählten nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche. An ihr Leiden und Sterben erinnert die Wanderausstellung „Im Gedenken der Kinder“, welche 2010 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) konzipiert worden ist. Die Ausstellung benennt die Täter und dokumentiert die Strukturen, die die Verbrechen der sogenannten „Kindereuthanasie“ möglich gemacht haben. Gleichzeitig werden Einzelschicksale vorgestellt, um an die Opfer zu erinnern.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) wird die Ausstellung vom 1. Oktober bis 13. November 2026 an seinem Hauptsitz im Kasseler Ständehaus präsentieren. Kooperationspartner sind u. a. die Stadt Kassel, die Universität Kassel und die Landesärztekammer Hessen. Führungen durch die Ausstellung sind auf Anfrage buchbar. Ein besonderes Programm gibt es für Schulklassen ab Jahrgangsstufe 9.

Programm im Ständesaal

1. Oktober 2026 um 19 Uhr:

Eröffnung und Einführungsvortrag von Prof. Dr. Maike Rotzoll (Marburg) über „Kinder als Opfer der Patient:innenmorde im Nationalsozialismus“

Zum Auftakt der Ausstellung „Im Gedenken der Kinder“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Kassel gibt die Medizinhistorikerin Maike Rotzoll einen Überblick über Kinder als Opfer der „Euthanasie“-Verbrechen. Im Vordergrund steht dabei die sogenannte „Kindereuthanasie“, geplant und durchgeführt von dem „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“, die aufgrund der Beteiligung von Kinderärzten in der Ausstellung intensiv vorgestellt wird. Doch auch im Rahmen der vorwiegend gegen psychiatrische Anstaltspatient:innen gerichteten „Aktion T4“ und der dezentralen „Euthanasie“ wurden zahlreiche Minderjährige ermordet. Abschließend geht der Vortrag auf Forschung im Kontext der „Kindereuthanasie“ ein.

14. Oktober 2026 um 19 Uhr:

Prof. Dr. Petra Fuchs (Berlin) mit dem Thema „Kinder mit Behinderungen in der NS-Zeit: Objekte ableistischer Medizin – Subjekte ableismuskritischen Gedenkens“

Der Vortrag beleuchtet, wie Kinder mit Behinderungen in der NS-Zeit durch eine ableistisch geprägte Medizin zu Objekten der Forschung gemacht wurden. Im Zentrum steht die Rekonstruktion ihrer Perspektiven und Lebensrealitäten, die durch wissenschaftliche Denkweisen sowie durch administrative, diagnostische und experimentelle Routinen systematisch entwertet und ausgelöscht wurden. Aus einer ableismuskritischen Haltung heraus werden die Kinder als Subjekte und Individuen erinnert, deren individuelle Würde und Geschichte im Gedenken sichtbar bleiben müssen.

28.10.2026 um 19 Uhr:

Lisa Caspari (Gedenkstätte Hadamar) zur „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft – die Geschichte der „Kinderfachabtei-

lung“ Kalmenhof und die Entwicklung eines Gedenk- und Lernortes“

In der Heilerziehungsanstalt Kalmenhof in Idstein starben zwischen 1939 bis 1945 über 700 Menschen. Darunter viele Kinder und Jugendliche, die im Zuge der nationalsozialistischen „Kindereuthanasie“ ermordet wurden. Haupttatort war das damalige Krankenhausgebäude. Als Ort der medizinischen Behandlung gebaut, entwickelte es sich nach Kriegsbeginn zu dessen Gegenteil. Es wurde zum Dreh- und Angelpunkt der „Euthanasie“-Verbrechen auf dem Kalmenhof, zu einem Ort, an dem die nationalsozialistische Idee der Bewertung eines Menschenlebens anhand seiner Leistungsfähigkeit radikal umgesetzt wurde.

Heute entsteht auf dem Gelände rund um und im Krankenhausgebäude ein neuer Gedenk- und Lernort, der zukünftig an die Verfolgten und Ermordeten der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Verbrechen in Idstein erinnern soll.

11.11.2026 um 19 Uhr:

Prof. Dr. Jan Erik Schulte (Gedenkstätte Hadamar) zum Thema „Von der ‚Euthanasie‘ zum Holocaust? – Brüche und Kontinuitäten; zum Verhältnis zweier nationalsozialistischer Massenverbrechen“

Die „Euthanasie“ und der Mord an den europäischen Juden gehören zu den zentralen NS-Massenverbrechen. Der Vortrag hinterfragt, ob und inwieweit diese Großverbrechen miteinander verbunden waren, wann es gemeinsame oder parallele Radikalisierungsschübe gab, welche Institutionen die Verbrechen durchführten, wer die Opfer und wer die Täter und Täterinnen waren.

Im Anschluss an alle Veranstaltungen laden die Veranstalter ein zum Austausch und gemeinsamen Ausstellungsbesuch (barrierefrei).

(red)



Erst wenn Symptome behandelt, psychosoziale Belastungen erkannt und realistische Handlungsoptionen aufgezeigt wurden, lässt sich beurteilen, ob ein Sterbewunsch Ausdruck behandelbaren Leidens oder Ergebnis einer tragfähigen Entscheidung ist.

Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge

Warum die Debatte über Sterbewünsche und Suizidassistenz mehr Ambivalenz braucht

Sechs Jahre nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist die Suizidassistenz in Deutschland weiterhin nicht gesetzlich geregelt. Während das Recht auf selbstbestimmtes Sterben höchstrichterlich bestätigt wurde, gibt es nach wie vor keine verbindlichen Rahmenbedingungen für Beratung, ärztliche Verantwortung und die Prüfung der Freiverantwortlichkeit. Die Debatte konzentriert sich häufig auf die Frage, ob Suizidassistenz ermöglicht oder begrenzt werden soll. Die Versorgung schwerkranker Menschen zeigt jedoch, dass diese Gegenüberstellung der klinischen Realität nur bedingt gerecht wird.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 hat das Recht jedes Menschen auf selbstbestimmtes Sterben einschließlich der Inanspruchnahme freiwilliger Hilfe Dritter ausdrücklich anerkannt. Seitdem wird intensiv darüber diskutiert, wie dieses Recht gesetzlich ausgestaltet werden sollte. Mehrere Gesetzesentwürfe scheiterten bislang im Bundestag.

Gleichwohl ist absehbar, dass die politische Diskussion erneut aufgenommen

wird. Die Debatte wird dabei häufig als Gegensatz zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz geführt. Aus der Perspektive der Menschen mit komplexen Todeswünschen greift diese Gegenüberstellung jedoch zu kurz. Todeswünsche schwerkranker Menschen sind selten eindeutig. Sie entstehen im Spannungsfeld von körperlichem Leiden, psychischer Belastung, existenziellen Fragen und sozialen Beziehungen. Wer gesetzliche Regelungen schaffen will, sollte diese klinische Realität stärker berücksichtigen.

Sterbewünsche sind häufig – und häufig ambivalent

Der Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, gehört inzwischen zum Alltag in der Versorgung schwerkranker Menschen. Internationale Studien zeigen, dass zwischen 8 % und 20 % der Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen irgendwann einen Sterbewunsch äußern; bei einem kleineren Teil handelt es sich um einen anhaltenden und ernsthaften Wunsch [1]. Ein solcher Wunsch darf jedoch nicht vorschnell als Ausdruck

eines eindeutigen Todeswillens verstanden werden. Die palliativmedizinische Versorgung zeigt vielmehr, dass Lebens- und Sterbewünsche häufig gleichzeitig bestehen können. Patientinnen und Patienten können unter schwerer Symptomlast leiden und dennoch konkrete Zukunftspläne entwickeln oder sich auf Begegnungen mit Angehörigen freuen. Dieses Nebeneinander widersprüchlicher Empfindungen wird in der Fachliteratur als „Double Awareness“ (etwa: doppeltes Gewahrwerden) beschrieben und ist Ausdruck einer fortlaufenden Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit [2].

Sterbewünsche sind deshalb häufig dynamisch. Sie verändern sich mit der Symptomlinderung, der psychischen Verfassung, familiären Entwicklungen oder dem Gefühl, ausreichend unterstützt zu werden. Für die ärztliche Praxis folgt daraus, dass einzelne Äußerungen weder bagatellisiert noch vorschnell als endgültige Entscheidung interpretiert werden sollten. Vielmehr bedürfen sie einer sorgfältigen Exploration und wiederholten Einordnung im Krankheitsverlauf.

Zwischen Autonomie und Fürsorge

Viele schwerkranke Menschen verbinden ihren Todeswunsch nicht primär mit der Angst vor dem Tod, sondern mit der Sorge vor dem Sterben. Kontrollverlust, Abhängigkeit, unerträgliche Symptome oder die Vorstellung, Angehörigen zur Last zu fallen, gehören zu den am häufigsten genannten Beweggründen [3]. Hinter diesen Äußerungen steht häufig ein akzentuiertes Bedürfnis nach Selbstbestimmung.

Damit berührt die Diskussion einen zentralen Konflikt moderner Medizin. Während ärztliches Handeln traditionell vom Fürsorgeprinzip geprägt ist, hat die Autonomie der Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen. Beide Prinzipien stehen jedoch nicht zwangsläufig im Widerspruch. Selbstbestimmung setzt vielmehr voraus, dass Entscheidungen auf der Grundlage umfassender Information, guter medizinischer Versorgung und einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung getroffen werden können.

Gerade deshalb kommt der Palliativversorgung eine besondere Rolle zu. Sie verfolgt das Ziel, Leiden nicht nur körperlich, sondern auch psychisch, sozial und spirituell zu lindern. Eine frühzeitige palliativmedizinische Mitbetreuung verbessert nachweislich die Lebensqualität und kann unnötige belastende Therapien am Lebensende vermeiden [4]. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass entsprechende Behandlungsangebote rechtzeitig erfolgen. Noch immer bestehen erhebliche regionale Unterschiede beim Zugang zu spezialisierter Palliativversorgung und hospizlichen Angeboten.

Aus der Versorgungspraxis lässt sich zugleich ableiten, dass Gespräche über Sterbewünsche weder tabuisiert noch ausschließlich als Ausdruck einer Suizidgefährdung verstanden werden sollten. Vielmehr eröffnen sie häufig die Möglichkeit, bisher unbeachtete Belastungen zu erkennen und therapeutisch anzugehen. So gibt es neben der Möglichkeit einer Todeswunschkklärung im stationären Setting eine niedrigschwellige ambulante Sprechstunde für Palliativpatient:innen mit anhaltenden Todeswünschen [5].

Solche Gesprächsangebote können dazu beitragen, Motive besser zu verstehen, Behandlungsoptionen aufzuzeigen, Vertrauen zu stärken und die Entscheidungsfindung über einen längeren Zeitraum zu begleiten.

Entscheidend ist dabei ein Faktor, der im Gesundheitswesen häufig knapp ist: Zeit. Die Klärung eines Sterbewunsches lässt sich nicht in einem einzelnen Gespräch abschließen. Sie erfordert Kontinuität, Vertrauen und die Bereitschaft, Ambivalenzen auszuhalten. Gerade hierin liegt einer der wichtigsten Ansätze palliativmedizinischer Begleitung.

Grenzen der Palliativmedizin und Missverständnisse in der Debatte

So wichtig die Palliativversorgung für die Begleitung schwerkranker Menschen ist, sie vermag nicht jedes Leiden aufzulösen. Beschwerden lassen sich heute meist wirksam lindern.

Schwieriger sind existenzielle Belastungen wie der Verlust von Autonomie, Identität oder Zukunftsperspektive. Manche Patientinnen und Patienten empfinden bereits das dauerhafte Angewiesensein auf Hilfe als unerträglich – selbst dann, wenn Schmerzen und andere Symptome gut kontrolliert werden. Die Vorstellung, Palliativmedizin könne jeden Sterbewunsch verhindern, wird weder der Evidenz noch der klinischen Erfahrung gerecht. Gerade deshalb sollten Palliativversorgung und Suizidassistentz nicht ausschließlich als konkurrierende Konzepte verstanden werden. Gute Palliativversorgung ist keine Alternative zur offenen Auseinandersetzung mit einem Sterbewunsch, sondern deren Voraussetzung. Erst wenn Symptome behandelt, psychosoziale Belastungen erkannt und realistische Handlungsoptionen aufgezeigt wurden, lässt sich beurteilen, ob ein Sterbewunsch Ausdruck behandelbaren Leidens oder Ergebnis einer tragfähigen Entscheidung ist.

In der öffentlichen Diskussion werden zudem gezielte Sedierung bei anderweitig therapierefraktärem Leid und Suizidassistentz häufig miteinander vermischt. Beide verfolgen jedoch unterschiedliche Ziele. Die gezielte Sedierung dient ausschließlich der Linderung anderweitig nicht beherrschbarer Symptome; eine mögliche

Lebensverkürzung wird allenfalls als unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen. Bei der Suizidassistentz dagegen ist die Herbeiführung des Todes Folge einer autonomen Entscheidung der betroffenen Person. Diese Unterscheidung ist medizinisch, ethisch und rechtlich grundlegend und sollte in der Debatte klarer herausgearbeitet werden.

Welche Rolle kommt Ärztinnen und Ärzten zu?

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat sich der rechtliche Rahmen verändert. Offen geblieben ist jedoch die Frage, welche Rolle die Ärzteschaft künftig einnehmen soll. Die Bundesärztekammer betont weiterhin zu Recht, dass Suizidprävention und der Ausbau palliativer Versorgungsangebote Vorrang haben müssen [6]. Gleichzeitig erleben Ärztinnen und Ärzte in ihrem klinischen Alltag, dass Patientinnen und Patienten Beratung zur Suizidassistentz nachfragen – viele fühlen sich darauf weder rechtlich noch fachlich ausreichend vorbereitet.

Diese Unsicherheit ist problematisch. Wo behandelnde Ärztinnen und Ärzte Gespräche über Sterbewünsche meiden, entstehen Versorgungslücken. Nicht selten wenden sich Betroffene dann an externe Organisationen oder kommerzielle Anbieter, ohne dass die langjährig behandelnden Ärztinnen und Ärzte in die Entscheidungsfindung einbezogen sind. Damit geht wertvolles Wissen über Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und familiären Kontext verloren – Informationen, die für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit von erheblicher Bedeutung sein können.

Gerade Hausärztinnen und Hausärzte könnten hier eine Schlüsselrolle übernehmen. Sie kennen ihre Patientinnen und Patienten häufig über viele Jahre und genießen besonderes Vertrauen. Voraussetzung dafür sind jedoch ausreichende Zeit, Qualifikation im Umgang mit Todeswünschen sowie größtmögliche Rechtssicherheit. Die Begleitung von Patient:innen mit Todeswünschen darf keine individuelle Gewissensentscheidung Einzelner sein, sondern benötigt verlässliche professionelle und strukturelle Rahmenbedingungen. Ob eine Suizidassistentz im konkreten

Einzelfall begleitet wird, bleibt selbstverständlich eine persönliche Gewissensentscheidung. Gleichwohl wäre auch in diesen Fällen eine vertrauensvolle, langjährige Arzt-Patienten-Beziehung dem Kontakt mit einer Sterbehilfeorganisation nach möglicherweise nur zweimaligem persönlichem Treffen vorzuziehen.

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Die Diskussion über eine gesetzliche Regelung der Suizidassistentz sollte sich deshalb nicht auf Verfahrensfragen oder Zugangsvoraussetzungen beschränken. Erforderlich ist ein Gesamtkonzept, das Selbstbestimmung und Schutz vulnerabler Menschen gleichermaßen berücksichtigt. Aus Sicht der Versorgung sind dafür mindestens vier Elemente notwendig: ein flächendeckender Zugang zu menschenwürdiger Pflege sowie allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung; qualitätsgesicherte, ergebnisoffene Beratung vor einer Entscheidung zur Suizidassistentz; transparente Kriterien zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit sowie mehr Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte, die Betroffene beraten oder begleiten.

Suizidprävention und Suizidassistentz dürfen dabei nicht als Gegensätze verstanden werden. Suizidprävention bedeutet nicht, jede Entscheidung zum assistierten Suizid grundsätzlich auszuschließen. Ebenso wenig bedeutet die Anerkennung eines Rechts auf Suizidassistentz, auf sorgfältige Beratung oder die Behandlung beeinflussbarer Belastungen zu verzichten. Beide Ansätze verfolgen letztlich dasselbe Ziel: Menschen in existenziellen Krisen zu ermöglichen, informierte und freiverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Fazit

Die politische Debatte über die Suizidassistentz wird bislang zu häufig als Entscheidung zwischen Autonomie und Lebensschutz geführt. Die Versorgung schwerkranker Menschen zeichnet jedoch ein differenzierteres Bild. Sterbewünsche sind häufig ambivalent, verändern sich im Krankheitsverlauf und entstehen im Zusammenspiel körperlicher, psychischer, sozialer und existenzieller Belastungen. Daraus folgt, dass weder die ausschließliche Betonung individueller Selbstbestimmung noch ein paternalistisches Fürsorgeverständnis der Realität gerecht werden.

Eine tragfähige gesetzliche Regelung wird sich deshalb nicht allein daran messen lassen, ob sie den Zugang zur Suizidassistentz ermöglicht oder begrenzt. Entscheidend ist vielmehr, ob sie Rahmenbedingungen schafft, in denen Selbstbestimmung verantwortungsvoll gelebt werden kann: durch einen verlässlichen Zugang zur Palliativversorgung, qualifizierte Beratung, eine sorgfältige Prüfung der Freiverantwortlichkeit und ausreichend Zeit für Gespräche. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann die notwendige Balance zwischen Autonomie, Fürsorge und dem Schutz vulnerabler Menschen gelingen.

Prof. Dr. med. Martin Neukirchen

Vorstandsmitglied
Deutsche
Gesellschaft für
Palliativmedizin
Kontakt:
martin.neukirchen
@palliativmedizin.de



Foto: © UKD

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



Hessisches
Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

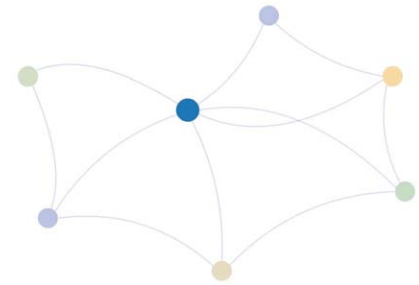
Webseminare des Hessischen Krebsregisters

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

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 21.10.2026, 13:30–15:45 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Schulungsvideos auf YouTube	In dem YouTube-Kanal des Hessischen Krebsregisters stehen einige Schulungsvideos für die Tumordokumentation zur Verfügung.	YouTube-Kanal: @hessisches-krebsregister
Informationen auf LinkedIn	Auf LinkedIn informiert das Krebsregister über die hessenweite Krebsregistrierung.	LinkedIn-Profil: www.linkedin.com/company/hessisches-krebsregister

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





Evidenzbasierte Versorgung junger Menschen

Suizidalität erkennen, vorbeugen, behandeln – Serie Teil 4

Prof. Dr. Susanne Knappe, Dr. phil. Arne Bürger, Prof. Dr. med. Marcel W. Romanos – LitVZ online unter HÄBL 10/2026

Einleitung

Suizid war 2021 weltweit die dritthäufigste Todesursache bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 29 Jahren [1]. In Deutschland war Suizid 2023 die häufigste Todesursache im Jugendalter und machte 18 % der Todesfälle zwischen dem 10. bis 24. Lebensjahr aus [2].

Während Suizide vor der Pubertät vergleichsweise selten auftreten, nehmen suizidale Gedanken, Suizidversuche und Suizide ab dem frühen Jugendalter deutlich zu [3,4]. Angaben zur Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken bei Jugendlichen variieren zwischen 14,4 % und 39,4 % [5, 6] bzw. zwischen 6,5–9 % für Suizidversuche [6,7]. Der Suizid eines jungen Menschen betrifft weit mehr Personen als die hinterbliebene Familie. In einer Befragung von Suizidhinterbliebenen schätzten Eltern nach dem Suizid ihres Kindes, dass durchschnittlich ca. 80 weitere Personen tiefgreifend betroffen waren [8]. Nach Studien an betroffenen Schulen kannten 45,3 % der Schüler:innen den verstorbenen Schüler als Bekannten, Freund oder engen Freund [9]. Damit stellt Suizidalität – zusammenfassend für suizidales Erleben und Verhalten einschließlich Suizidversuchen und Suiziden – eine erhebliche Herausforderung für Angehörige und das soziale Umfeld sowie für die öffentliche Gesundheit und die beteiligten Versorgungssysteme dar.

Die hohe individuelle und gesellschaftliche Relevanz von Suizidalität unterstreicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung sowie des Einsatzes wirksamer Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Erkenntnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren [10] sowie zu möglichen Erklärungsmodellen [11] tragen dazu bei, Suizidalität frühzeitig zu erkennen, in der Forschung geeignete Maßnahmen zu entwickeln, auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und in der klinischen Praxis auszuwählen [12–14], um Kinder und Jugendliche leitliniengerecht zu unterstützen [15,16].

In diesem Beitrag werden Maßnahmen zur Früherkennung, Prävention, Intervention und Postvention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit suizidalem Erleben und Verhalten entlang des Versorgungsprozesses zusammengestellt und hinsichtlich ihrer empirischen Evidenz eingeordnet. Dabei ist zwischen Maßnahmen zur Bewältigung akuter Suizidalität i. S. einer Krisenintervention und Maßnahmen zur mittel- und langfristigen Reduktion suizidalen Erlebens und Verhaltens zu unterscheiden. Die Argumentation beruht auf einer Literaturrecherche im Juni 2026 in der Clarivate Datenbank Web of Science, die mit dem Suchterm (suicid* [Title] and (detect* OR assess OR diagn [Title]) and (prevent* OR intervent*[Title])) durchgeführt wurde. Es wurden 21 Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2013–2025 identifiziert (k=3 Metaanalysen und/oder -reviews, k=8 systematische Reviews, k=2

Scoping Reviews, k=9 narrative Reviews). Einschlusskriterium waren Review-Artikel in englischer oder deutscher Sprache, ohne Limitationen hinsichtlich des Alters der Teilnehmenden oder des Publikationsjahres. Ergänzend wurden ein vergleichbarer Suchterm in PubMed verwendet, eine Handsuche nach Übersichtsarbeiten zur Prävention, Pharmakotherapie und Psychotherapie durchgeführt sowie die Konsultationsfassung der S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität [16] herangezogen.

Identifikation und Exploration

Die Exploration von Suizidalität ist eine wichtige Grundlage für die klinische Praxis und zugleich Gegenstand verbreiteter Mythen. So besteht z. B. die Sorge, dass das direkte Erfragen von Suizidgedanken diese verstärken oder sogar suizidales Verhalten begünstigen könnte. In einer Übersichtsarbeit mit 21 Studien bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand die Mehrzahl der Arbeiten keine Hinweise auf iatrogene Effekte im Zusammenhang mit Befragungen zu Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten [17]. Gould et al. [18] zeigten darüber hinaus, dass das Erfragen von Suizidalität weder die berichtete Belastung noch Suizidgedanken erhöhte; bei Jugendlichen mit erhöhtem Risiko zeigten sich teilweise sogar Hinweise auf geringere Belastung bzw. Suizidgedanken. Für die klinische Praxis ist maßgeblich, Suizidgedanken und -versu-

che direkt anzusprechen und neben ihrem Vorliegen auch deren Ausprägung und Dynamik sowie relevante auslösende, aufrechterhaltende und handlungsbegünstigende Faktoren zu erfassen [16]. Suizidale Äußerungen und Versuche sollten dabei unabhängig von ihrer möglichen Funktion als Ausdruck psychischer Belastung ernst genommen und bei der weiteren Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Fragebögen und Skalen besitzen nur begrenzte individuelle Vorhersagekraft; auch KI-basierte Verfahren können die klinische Exploration, menschliche Krisenintervention und die verlässliche Einleitung notwendiger Notfallmaßnahmen nicht ersetzen [19–23]. Suizidalität ist zudem ein dynamischer Prozess, bei dem sich das Risiko innerhalb weniger Stunden oder Tage verändern kann; die klinische Beurteilung sollte daher im Verlauf wiederholt werden.

Prävention

Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind universelle, selektive und indizierte Präventionsansätze unterschiedlich gut belegt. Suizidversuche oder Suizide werden aufgrund ihrer vergleichsweise geringen Häufigkeit und der damit verbundenen methodischen Herausforderungen seltener als Endpunkte untersucht als z. B. Wissen, Einstellungen oder Hilfesuchverhalten. Die geringe Häufigkeit erschwert damit zwar den Nachweis präventiver Effekte, sollte angesichts der schwerwiegenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen jedoch kein grundsätzliches Argument gegen universelle Präventionsansätze darstellen.

Die Einschränkung von Verfügbarkeit, Erreichbarkeit bzw. des Zugangs zu letalen Mitteln oder Orten gilt als eine wirksame bevölkerungsbezogene Strategie der Suizidprävention [24–27]. Darüber hinaus empfiehlt die WHO [28] universell angebotene psychosoziale Maßnahmen, die sozial-emotionales Lernen, Emotionsregulation, Problemlösefertigkeiten und interpersonelle Fertigkeiten, Achtsamkeit und Stressregulation fördern.

Für universelle schulbasierte Suizidprävention liegen Wirksamkeitsnachweise vor. Besonders gut untersucht ist das Youth Aware of Mental Health Programme (YAM) im Rahmen der europäischen

SEYLE-Studie [29]: In einer cluster-randomisierten Studie mit über 11.000 Jugendlichen reduzierte YAM nach zwölf Monaten sowohl Suizidversuche als auch schwere Suizidgedanken. Weitere universelle schulbasierte Programme zeigen positive Effekte u. a. auf Wissen, Einstellungen, Hilfesuchbereitschaft und einzelne Risikofaktoren (z. B. 30–32]. Gatekeeper-Ansätze können Wissen, Selbstwirksamkeit und die Fähigkeit von Lehrkräften und anderen Bezugspersonen zur Erkennung gefährdeter Jugendlicher verbessern [33]. Offen bleibt noch, ob dies tatsächlich zu einer verbesserten Identifikation und Weiterleitung gefährdeter Jugendlicher und letztlich zu einer Reduktion von Suizidalität führt. In der Praxis ist die Auswahl evidenzbasierter Programme, deren qualitätsgesicherte Implementierung sowie eine angemessene Schulung der Durchführenden von besonderer Bedeutung. Insgesamt erscheinen Mehrebenenansätze vielversprechend, die universelle Prävention mit Früherkennung und gezielten Maßnahmen für Risikogruppen, niedrigschwelliger Weiterleitung, evidenzbasierter Behandlung sowie Maßnahmen zur Methodenrestriktion verbinden.

Psychotherapeutische Behandlung

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen umfasst die psychotherapeutische Versorgung neben spezifischen Interventionen zur Reduktion suizidalen Erlebens und Verhaltens [34–36] auch Sicherheits- bzw. Notfallplanung [37, 38] und Psychoedukation [38].

Im Kindes- und Jugendalter liegt derzeit die stärkste Evidenz für die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) vor, die inzwischen als gut etablierte Intervention insbesondere zur Reduktion von Suizidversuchen und selbstschädigendem Verhalten bei Jugendlichen gilt [36, 39, 40]. Für weitere psychotherapeutische Ansätze bestehen Hinweise auf Wirksamkeit, die Evidenz ist jedoch weniger konsistent bzw. bedarf weiterer Replikation. Hierzu zählen u. a. familienbasierte Ansätze [41] sowie Intervention mit Schwerpunkt auf Emotionsregulation, Achtsamkeit und den Erwerb von Skills [38, 39, 42, 43]. Derzeit werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme wie

Attempted Suicide Short Intervention Program for Adolescents [44] und Brief Cognitive-Behavioral Therapy [45] beforscht. Nicht bewährt haben sich bindungstheoretische oder bibliotherapeutische Ansätze [46].

Die psychotherapeutische Behandlung suizidaler Kinder und Jugendlicher erfordert eine kontinuierliche klinische Beurteilung suizidalen Erlebens und Verhaltens. Suizidalität sollte dabei in der Hierarchie der individuellen Behandlungsziele eine hohe Priorität einnehmen und im Behandlungsverlauf regelmäßig überprüft werden. Das offene Ansprechen und die Analyse vorausgehender und aufrechterhaltender Bedingungen von Suizidgedanken und -versuchen sind wichtige Voraussetzungen, um potenziell lebensgefährdende Zustände frühzeitig zu erkennen und gemeinsam mit den Patient:innen angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Unsicherheiten auf Seiten der Behandelnden bei der Risikoeinschätzung und der Entscheidung über das weitere Vorgehen sind angesichts der hohen Verantwortung nachvollziehbar. In solchen Situationen sind fachliche Rücksprache, Intervention oder Supervision zu empfehlen. Dies dient sowohl der Sicherheit der Patient:innen als auch der Entlastung der Behandelnden.

Pharmakologische Behandlung

Eine spezifische evidenzbasierte pharmakologische Behandlung von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter existiert nicht. Suizidalität kann nach aktuellem Wissensstand durch eine Behandlung der Primärerkrankung wie z. B. affektiver Störungen oder ADHS beeinflusst werden.

Bei der leitliniengerechten Behandlung einer Depression mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern ist eine initiale antriebssteigernde und damit suizidfördernde Wirkung zu berücksichtigen. Bei entsprechender Indikation sollten Antidepressiva deshalb jedoch nicht grundsätzlich vorenthalten werden; erforderlich ist eine engmaschige klinische Beobachtung [3]. Für Clozapin, Lithium und Ketamine besteht derzeit keine ausreichende Evidenz für eine spezifische antisuizidale Behandlung im Kindes- und Jugendalter [16] bzw. geht ihr Einsatz nicht über experi-

mentelle oder Off-Label-Strategie im Einzelfall hinaus [47–49].

Methylphenidat ist nicht zur Behandlung von Suizidalität indiziert. Bei der Behandlung einer ADHS gibt es keine Hinweise auf eine suizidsteigernde Wirkung von Methylphenidat, vielmehr ist durch eine effektive Behandlung mit Reduktion der ADHS-Symptomatik ebenfalls eine Reduktion der Suizidalität zu erwarten [50, 51].

Postvention

Der Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid kann bei Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität einhergehen [52]. Entsprechend kommen der Betreuung, Unterstützung und Nachsorge nach einem Suizid eine wichtige sekundärpräventive Bedeutung zu. Die Postvention richtet sich dabei nicht nur an unmittelbar Hinterbliebene, sondern auch an betroffene soziale Gemeinschaften einschl. Eltern, Geschwister, Mitschüler:innen, Freund:innen, Lehrkräfte und weitere Bezugspersonen. Ziel ist es, Trauernde zu unterstützen, besonders gefährdete Personen zu identifizieren und ihnen bedarfsgerechte Unterstützung anzubieten.

Bislang existieren nur wenige empirisch evaluierte Postinterventionsprogramme für Kinder und Jugendliche. Ein systematisches Review [53] zu schulischer Postven-

tion fand zwar Hinweise auf positive Effekte von kurzen Informations-/Psychoedukationsangeboten sowie von Screeningmaßnahmen bei Schüler:innen und Schulungen des Schulpersonals; die Studienqualität war jedoch insgesamt niedrig. Insbesondere ist bislang unzureichend belegt, ob solche Maßnahmen längerfristig Suizidgedanken, Suizidversuche oder weitere Suizide reduzieren.

Auch für die Unterstützung von Familien nach dem Suizid eines Kindes oder Jugendlichen bestehen relevante Versorgungslücken. Ein systematisches Review mit 25 Studien beschreibt erhebliche Belastungen bei Eltern sowie einen Bedarf an kontinuierlicher und klinisch verankerter Unterstützung durch das Versorgungssystem für betroffene Familien [54].

Krisenintervention

Bei akuter Suizidalität stehen die unmittelbare Sicherung und Stabilisierung sowie eine zeitnahe klinische Einschätzung im Vordergrund. Je nach Ausmaß der Gefährdung und den individuellen psychosozialen, familiären und schulischen Rahmenbedingungen können eine engmaschige ambulante Betreuung oder eine stationäre Behandlung erforderlich sein. Eine gesicherte Weiterbehandlung ist Bestandteil der Krisenintervention.

Hinweise für die ärztliche Praxis zur Versorgung von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen

Identifikation & Exploration: Suizidalität wiederholt und direkt ansprechen – Nachfragen erhöht das Risiko nicht. Bei der Exploration Ausprägung, Dynamik sowie relevante Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigen.

Prävention: Evidenzbasierte universelle und zielgruppenspezifische Präventionsprogramme einsetzen und qualitätsgesichert durch geschulte Personen durchführen. Den Zugang zu potenziell tödlichen Mitteln begrenzen und gefährdete Jugendliche frühzeitig geeigneten Hilfen zuführen.

Pharmakologische Behandlung: Psychische Komorbiditäten leitliniengerecht behandeln; eine spezifische antisuizidale

Pharmakotherapie ist bei Jugendlichen bislang nicht etabliert.

Psychotherapeutische Behandlung: Suizidalität im Behandlungsverlauf wiederholt überprüfen. Für die Reduktion von selbstschädigendem und suizidalen Verhalten bei Jugendlichen weist die DBT-A derzeit die stärkste Evidenz auf.

Postvention: Nach Suizidversuch oder Suizid Hinterbliebene und das soziale Umfeld unterstützen, besonders gefährdete Jugendliche identifizieren und bedarfsgerechte Hilfe vermitteln.

Krisenintervention: Bei akuter Suizidalität Sicherheit herstellen, Gefährdung klinisch einschätzen und eine lückenlose Weiterbehandlung sicherstellen.

Fazit

Suizidalität kann als Ergebnis eines komplexen biopsychosozialen Entwicklungsprozesses verstanden werden. Angesichts der begrenzten Vorhersagbarkeit suizidalen Verhaltens sollte der Schwerpunkt weniger auf einer detaillierten Risikoprognose als auf Prävention, frühzeitiger Erkennung, wiederholter klinischer Beurteilung und einem raschen Zugang zu evidenzbasierten Hilfen liegen. Hierzu gehören universelle und zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen einschließlich der Einschränkung des Zugangs zu letalen Mitteln. Für die psychotherapeutische Behandlung suizidaler Jugendlicher weist insbesondere die DBT-A eine etablierte Evidenzbasis auf, während die Wirksamkeitsbelege für pharmakologische Behandlungen im Jugendalter bislang begrenzt sind. Postvention ist ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Suizidprävention; Entscheidend sind die qualitätsgesicherte Umsetzung und Verknüpfung dieser Maßnahmen über Präventions- und Versorgungsebenen hinweg sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Systeme, insbesondere von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung.

Prof. Dr.

Susanne Knappe
Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Technische Universität Chemnitz



Foto: privat

Dr. phil.

Arne Bürger
Bürger & Romanos: Zentrum für Psychische Gesundheit, Universitätsklinikum Würzburg



Foto: privat

Prof. Dr. med. Marcel W. Romanos

Kontakt: Susanne.knappe@psychologie.tu-chemnitz.de



Foto: privat

Freiberuflichkeit braucht eine starke Stimme

Der Verband Freier Berufe in Hessen und die Bedeutung gemeinsamer Interessenvertretung

Die Freien Berufe gehören zu den tragenden Säulen unseres Gemeinwesens. Sie sichern medizinische Versorgung, Rechtsstaatlichkeit, Planung, Beratung, Bildung und kulturelle Teilhabe. Was sie verbindet, ist ein besonderes Berufsverständnis: persönliche Verantwortung, fachliche Unabhängigkeit und Gemeinwohlorientierung. Gerade die Ärzteschaft verkörpert dieses Prinzip in besonderer Weise. Ärztliches Handeln darf nicht primär wirtschaftlichen Interessen folgen, sondern muss dem Wohl der Patientinnen und Patienten verpflichtet bleiben. Freiberuflichkeit ist deshalb keine bloße Organisationsform ärztlicher Tätigkeit, sondern Grundlage ärztlicher Unabhängigkeit und des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Umso wichtiger ist eine starke gemeinsame Interessenvertretung der Freien Berufe — auf Landes-, Bundes- und europäischer Ebene.

Der Verband Freier Berufe in Hessen: gemeinsame Stimme der Freiberufler

Der Verband Freier Berufe in Hessen (VFBH) wurde 1949 als Arbeitsgemeinschaft der Kammern und Verbände der hessischen Freiberufler gegründet. Bis heute bündelt er die gemeinsamen Interessen der Freien Berufe gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit.

Der Verband verfolgt dabei weder parteipolitische noch berufsgruppenspezifische Ziele. Seine Aufgabe ist vielmehr die Wahrung jener Grundlagen, die die Freien Berufe verbinden: Selbstverwaltung, fachliche Unabhängigkeit, berufsrechtliche Qualitätssicherung und die besondere Verantwortung gegenüber Gesellschaft und Gemeinwohl.

Gerade darin liegt seine Bedeutung. Denn politische Prozesse reagieren heute zunehmend auf abgestimmte Positionen und geschlossenes Auftreten — weniger auf Einzelinteressen einzelner Berufsgruppen.

Der VFBH schafft hierfür die notwendige Plattform.

Freiberuflichkeit als demokratisches Prinzip

Die Entstehung der Freien-Berufe-Organisationen nach 1945 war eng mit dem Wiederaufbau demokratischer Strukturen verbunden. Nach den Erfahrungen staatlicher Vereinnahmung während der NS-Zeit bestand ein zentrales Anliegen darin, berufliche Verantwortung bewusst in unabhängigen und selbstverwalteten Strukturen zu verankern.

Auch deshalb verstanden sich die Freien Berufe früh als eigenständige gesellschaftliche Kraft. Während andere Verbände entweder die Wirtschaft oder die Gesellschaft im Fokus haben, vereint der BFB als Dachmarke der Freien Berufe beides.

Mit der Gründung des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) im Jahr 1949 entstand neben der Deutschen Industrie- und Handelskammer (DIHK) und dem Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) die dritte zentrale Dachorganisation, die gemeinsam die gesamte deutsche Wirtschaft aus Kammerperspektive abbilden.

Von den Ländern bis nach Berlin und Brüssel

Bis heute erfüllt der Bundesverband der Freien Berufe eine wichtige strategische Funktion: Er bündelt die Anliegen der Freien Berufe und bringt sie in die politische Debatte sowie in Gesetzgebungsverfahren auf Bundes- und europäischer Ebene ein. Dabei vertritt er ihre Interessen gegenüber Ministerien, Deutschem Bundestag, Parteien und europäischen Institutionen. Die Landesverbände wie der VFBH ergänzen diese Arbeit auf Landesebene.

Dadurch entsteht ein durchgängiges Netzwerk politischer Interessenvertretung — von den Ländern bis nach Berlin und Brüssel.

Warum die Ärzteschaft starke Dachstrukturen braucht

Die Herausforderungen für die Heilberufe werden zunehmend berufsübergreifend. Bürokratie, Fachkräftemangel, Digitalisierung, Nachwuchsgewinnung, regulatorische Verdichtung und die zunehmende Ökonomisierung betreffen längst nicht mehr nur einzelne Professionen.

Hinzu kommt ein wachsender Einfluss kapitalorientierter Investorenstrukturen im Gesundheitswesen. Damit stellt sich eine grundlegende Frage: Wie lässt sich freiberufliche Unabhängigkeit langfristig sichern? Genau hier liegt die besondere Bedeutung gemeinsamer Dachorganisationen wie des VFBH und des BFB.

Sie verteidigen das „freiberufliche Tafelsilber“:

- die Freiberuflichkeit,
- die Selbstverwaltung
- die Gebühren- und Honorarordnungen,
- die berufsständischen Versorgungswerke,
- sowie die Unabhängigkeit professioneller Entscheidungen gegenüber rein ökonomischen Interessen.

Für die Ärzteschaft ist dies von zentraler Bedeutung. Denn medizinische Entscheidungen müssen frei von sachfremden wirtschaftlichen Vorgaben bleiben.

Die besondere Rolle der Heilberufe

Die Heilberufe gehörten bereits zu den prägenden Kräften bei der Gründung des BFB. Bis heute bilden sie die größte Gruppe innerhalb der Freien Berufe.

Die Freien Berufe leisten dabei weit mehr als einen wirtschaftlichen Beitrag. Sie sind standorttreu, schaffen Ausbildungsmöglichkeiten, sichern wohnortnahe Versorgung und übernehmen gesellschaftliche Verantwortung.

Gerade in Zeiten wachsender gesellschaftlicher Polarisierung gewinnt dieser Aspekt wieder an Bedeutung: Freiberuflichkeit stärkt Vertrauen, Eigenverantwortung und demokratische Stabilität.

Sichtbarkeit und Nachwuchsförderung

Der VFBH beschränkt sich nicht auf klassische Interessenvertretung. Durch Formate wie die Bestenehrung, Präsidententreffen oder Nachwuchsveranstaltungen schafft er Sichtbarkeit für die Bedeutung der Freien Berufe in Hessen.

Auch auf Bundesebene verfolgt der BFB ähnliche Ansätze — etwa mit dem „Tag der jungen Freien Berufe“, Gründerinnenkonferenzen oder dem „Demokratie Campus“.

Diese Initiativen zeigen: Freiberuflichkeit ist kein statisches Modell vergangener Jahrzehnte, sondern eine moderne und zukunftsfähige Form verantwortlicher Berufsausübung.

Gemeinsame Interessenvertretung bleibt unverzichtbar; die Freien Berufe stehen heute vor tiefgreifenden Veränderungen

Gerade deshalb brauchen die Heilberufe starke Netzwerke und funktionierende Dachstrukturen. Viele politische Entscheidungen entstehen heute nicht mehr innerhalb einzelner Berufsgruppen, sondern in übergeordneten gesundheits-, wirtschafts-, bundes- oder europapolitischen

Zusammenhängen. Dabei geraten zunehmend auch klassische Zuständigkeits- und Kompetenzgrenzen der Heilberufe in Bewegung.

Der VFBH ergänzt die berufspolitische Arbeit der einzelnen Kammern und Verbände dort, wo Herausforderungen berufsübergreifend werden. Gemeinsam entstehen mehr Gewicht, mehr Sichtbarkeit und mehr politische Wirkung.

Die ärztliche Profession beruht auf einer umfassenden wissenschaftlichen Ausbildung, einer ganzheitlichen Diagnostik sowie einer besonderen Verantwortung für komplexe Therapieentscheidungen. Eine moderne Gesundheitsversorgung lebt zugleich von der engen Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Zuständigkeiten, Qualifikationen und Verantwortlichkeiten transparent geregelt und aufeinander abgestimmt sind. Nur so können Versorgungsqualität, Patientensicherheit und die Kontinuität der Behandlung langfristig gewährleistet werden.

Es braucht starke freiberufliche Strukturen und gemeinsame berufspolitische Plattformen wie den Verband Freier Berufe in Hessen und den Bundesverband der Freien Berufe. Sie ermöglichen es, Ent-

wicklungen frühzeitig gemeinsam zu identifizieren, zu bewerten und berufsübergreifend tragfähige Lösungen zu entwickeln — nicht im Sinne von Konkurrenz oder Abgrenzung, sondern im Interesse einer kooperativen und qualitätsorientierten Versorgung.

Die Zukunft liegt in einem partnerschaftlichen und verlässlich abgestimmten Zusammenwirken der Professionen. Wo Verantwortung, Qualifikation und Kompetenzen transparent geregelt sind, können die Stärken der einzelnen Professionen optimal zusammenwirken. Voraussetzung dafür bleibt jedoch, dass die Eigenständigkeit und fachliche Unabhängigkeit der einzelnen freien Heilberufe gewahrt werden. Freiberuflichkeit bleibt damit nicht nur ein Berufsmodell, sondern ein wichtiger Bestandteil einer freiheitlichen und verantwortungsorientierten Gesellschaftsordnung.

**Dr. med.
Michael**

Weidenfeld

Präsident des
Verbandes Freier
Berufe in Hessen,
E-Mail via: haebl@laekh.de



Foto: Peter Jülich

Ärzttekammer

Aufruf: Ehrenamtliche Richterinnen und Richter für das Heilberufsgericht beim Verwaltungsgericht Gießen gesucht

Das Heilberufsgericht beim Verwaltungsgericht Gießen nimmt bei den berufsgerechtlichen Verfahren als Gericht erster Instanz eine bedeutende Rolle in der ärztlichen Selbstverwaltung wahr. Es ist zuständig für die Ahndung von Verstößen von Kammermitgliedern gegen die in der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen geregelten standesrechtlichen Pflichten.

Die Landesärztekammer Hessen sucht hessische Ärztinnen und Ärzte, die Interesse haben, sich ab dem 1. Januar 2028 als ehrenamtliche Richterinnen und Richter für den ärztlichen Berufsstand zu engagieren.

Folgende Anforderungen sind zu erfüllen:

- Sie müssen das 30. Lebensjahr vollendet haben.
- Sie haben ausreichende zeitliche Kapazitäten für die ehrenamtliche Tätigkeit (vss. Teilnahmefrequenz drei Verhandlungstage/Jahr)
- Sie dürfen nicht Mitglied des Präsidiums bzw. der Delegiertenversammlung oder Angestellte/-r der Landesärztekammer Hessen sein. Ebenso dürfen Sie nicht Medizinischbeamte oder -beamtin sein.
- Ebenso dürfen Sie nicht bereits bei dem Landesberufsgericht für Heilberufe bei dem Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel ernannt sein.

Die ehrenamtlichen Richterinnen und Richter werden vom Hessischen Justizministerium im Benehmen mit dem Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege für die Dauer von vier Jahren ernannt. Sie werden einer Vorschlagsliste entnommen, die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen im März 2027 beschlossen wird.

Bewerbungen für die Aufnahme auf die Vorschlagsliste der Delegiertenversammlung können bis zum 1. Februar 2027 an die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen, Mail: rechtsabteilung@laekh.de gerichtet werden.

Rechtsabteilung, LÄKH

Warum medizinische Information mehr ist als Dokumentation

Aus der Antrittsvorlesung von Prof. Dr. med. Roland Koch „Von KI zur ärztlichen Kunst – Wege der Allgemeinmedizin“, der die Professur für Allgemeinmedizin am Campus Fulda übernimmt, am 9. Juni 2026.

Eine alltägliche Begegnung in der Praxis: Eine Patientin berichtet über Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und diffuse Schmerzen. Im Gespräch wird deutlich, dass vor wenigen Monaten ihr langjähriger Lebensgefährte verstorben ist.

Für die Patientin und ihre Ärztin ist dieser Zusammenhang von zentraler Bedeutung. Es ergibt sich ein Gespräch über die aktuelle Situation. Die Patientin fühlt sich verstanden, die Ärztin ist zufrieden. In der späteren ICD-Kodierung bleibt von dieser Begegnung möglicherweise nur eine Anpassungsstörung übrig. Diese Diagnose beschreibt den Befund, aber nicht den Kontext, in dem er entstanden ist.

Mit der fortschreitenden Digitalisierung gewinnen strukturierte Daten zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig erleben viele Ärztinnen und Ärzte, dass ein erheblicher Teil dessen, was für die Versorgung relevant ist, in solchen Daten nicht abgebildet wird. Was nicht messbar ist, läuft Gefahr, als bedeutungslos eingeordnet zu werden und damit für die moderne datengetriebene Medizin nicht zur Verfügung zu stehen. Aber wie entstehen medizinische Informationen überhaupt? Und was passiert auf dem Weg zu ihrem Ziel?

Am Anfang vieler medizinischer Informationen im ambulanten Bereich steht die Empfindung eines Menschen. Der oder die Betroffene empfindet eine Veränderung im Körper und bewertet diese. „Das ist ernst.“ – „Das hatte ich noch nie.“ Im Gespräch mit dem Arzt – oder als Eingabe in den Symptomchecker – wird diese Bewertung in Worten, Gestik oder Mimik ausgedrückt. In der Interaktion mit der Ärztin entsteht eine sinnhafte Einordnung der Symptome auf dem Spektrum zwischen Krankheit und Gesundheit. Das ist weit mehr als die Über-

tragung rein objektiver Fakten. Es ist ein gemeinsamer Zeichenprozess, in dem Bedeutung konstruiert wird.

Im nächsten Schritt werden diese vielschichtigen Informationen verdichtet. Die Ärztin nimmt die Rolle eines Übersetzers zwischen der Domäne der bio-psycho-sozialen Komplexität eines Menschen und medizinisch-funktioneller Daten ein. Aus einer individuellen Lebensgeschichte und leiblichen Empfindungen werden Zeichen (Symptome, Befunde, Diagnosen) und schließlich Codes, die gängigen Taxonomien entnommen werden (z. B.: ICD-10, EBM).

Es gibt nicht die eine optimale Dokumentationsform

Ohne diese Verdichtung wären Kommunikation, Abrechnung, Qualitätssicherung oder Forschung kaum möglich. Gleichzeitig geht jedoch immer ein Teil des ursprünglichen Bedeutungszusammenhangs verloren. Informationsverdichtung ist Interpretation. Sie darf also kein Selbstzweck sein, sondern muss mit gut überlegten und ethisch vertretbaren Zwecken einhergehen.

Daraus ergeben sich wichtige Konsequenzen für unser Verständnis von Datenqualität. Qualität bedeutet nicht automatisch maximale Standardisierung. Vielmehr hängt Qualität davon ab, wie gut eine Information ihren jeweiligen Zweck erfüllt („Fitness for Purpose“). Für die unmittelbare Patientenversorgung kann ein prägnanter Freitext hilfreicher sein als eine lange Liste kodierter Einträge. Für Forschung oder Qualitätsmanagement werden dagegen strukturierte und vergleichbare Daten benötigt. Es gibt daher nicht die eine optimale Dokumentationsform, sondern unterschiedliche Formen der Informationsverdichtung und -spezifikation für unterschiedliche Zwecke.



Zentrale Herausforderungen der Digitalisierung liegen in der Übersetzung zwischen verschiedenen Auflösungen der Informationen und in der Spezifikation der Zwecke.

Zentrale Herausforderungen der Digitalisierung liegen in der Übersetzung zwischen verschiedenen Auflösungen der Informationen (z. B. Übersetzung von Freitextfeldern in kategorisierte Felder oder in strukturierte Daten) und in der Spezifikation der Zwecke. Werden Informationen zu früh oder zu stark verdichtet, können für den intendierten Zweck relevante Inhalte unwiederbringlich verloren gehen. Umgekehrt erschwert eine narrative, unstrukturierte Dokumentation die Weiterverarbeitung für Forschung, Qualitätsmanagement oder den Einsatz künstlicher Intelligenz. Es entsteht ein Spannungsfeld zwischen den Anforderungen ärztlicher Kunst und datengetriebener Medizin. Das Spannungsfeld kann nur dann aufgelöst werden, wenn es uns gelingt, den Informationsfluss von der Quelle bis zum intendierten Zweck nachzuvollziehen und in einer gemeinsam erarbeiteten medizinischen Begriffswelt (Ontologie) abzubilden. Hier gibt es schon Vorarbeiten, an denen wir uns orientieren können.

Der Nutzen der Digitalisierung mit ihren neuen Werkzeugen wie künstliche Intelligenz wird davon abhängen, ob die Komplexität und der semantische Bezug medizinischer Informationen im ambulanten Sektor angemessen berücksichtigt werden. Gerade deshalb sollte die ambulante Perspektive die Entwicklung von Dokumentations- und Datenstrukturen aktiv mitgestalten.

Prof. Dr. med. Roland Koch

Marburger Institut für Allgemeinmedizin, Campus Fulda
Pacelliallee 33a,
36043 Fulda
E-Mail: roland.koch@uni-marburg.de



Foto: © Andrey Popov – stock.adobe.com

Foto: Fereshteh Arman

Die Landesärztekammer Hessen trauert um Dott. Bruno Ravera

Mit großer Trauer haben wir vom Tod Dott. Bruno Raveras im Alter von 97 Jahren erfahren, einer der bedeutendsten Persönlichkeiten der italienischen Ärzteschaft und des öffentlichen Lebens in Salerno.

Als renommierter Kardiologe und langjähriger Chefarzt prägte er die medizinische Versorgung seiner Heimat. Mehr als 35 Jahre stand er als Präsident an der Spitze der Ärztekammer von Salerno und vertrat die Ärzteschaft auch auf nationaler Ebene. Darüber hinaus war er Bürgermeister von Salerno und setzte sich maßgeblich für die Gründung der Medizinischen Fakultät der Universität Salerno ein. Für Generationen von Ärztinnen und Ärzten war er Lehrer, Mentor und berufliches Vorbild.

Vor zehn Jahren durften wir Bruno Ravera persönlich kennenlernen: einen großen Mann mit grauem Haar, einer tiefen, unverwechselbaren Stimme und einem noch größeren Herzen. Er war damals bereits 86

Jahre alt – aber keineswegs alt. Wach, neugierig und voller Tatkraft blieb er offen für neue Gedanken und jede sinnvolle Neuerung.

Gemeinsam mit ihm konnten wir den Grundstein für eine bis heute bestehende und lebendige Partnerschaft zwischen der hessischen Ärzteschaft und den Kolleginnen und Kollegen aus Salerno legen. Mit seiner Herzlichkeit, seiner Weitsicht und seiner verbindenden Persönlichkeit hat Bruno Ravera diese Freundschaft entscheidend geprägt. Er wird uns als außergewöhnlicher Arzt, als herausragender Repräsentant der italienischen Ärzteschaft und vor allem als besonderer Mensch in Erinnerung bleiben.

Wir sind dankbar und stolz, dass wir ihn kennenlernen und ein Stück seines Weges gemeinsam mit ihm gehen durften. Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie, seinen Weggefährten sowie den Kolle-



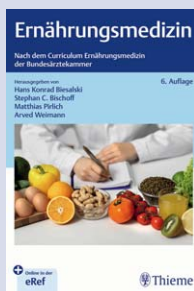
Foto: Katja Möhrle

Dott. Bruno Ravera

ginnen und Kollegen der Ärztekammer von Salerno. Wir werden Dott. Bruno Ravera ein ehrendes und herzliches Andenken bewahren.

Landesärztekammer Hessen

Bücher



**Hans Konrad Biesalski,
Stephan C. Bischoff,
Matthias Pirlich, Arved Weimann**

**Ernährungsmedizin
Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin
der Bundesärztekammer**

Georg Thieme Verlag Stuttgart, 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2026, 1.232 S., 226 Abb., 120 €
ISBN 9783132445956, auch als E-Book

Mit der Neuauflage des Buches „Ernährungsmedizin“ festigt das Herausgeber-Quartett Biesalski, Bischoff, Pirlich und Weimann den Status dieses Werkes als unangefochtenes Referenzwerk zum Thema im deutschsprachigen Raum bereits in der sechsten Auflage. Das Buch orientiert sich eng am Curriculum der Bundesärztekammer und vereint wissenschaftliche Tiefe mit klinischer Relevanz. Das Werk ist primär für Mediziner konzipiert, die die Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin anstreben oder bereits in diesem Bereich tätig sind. Ebenso dient es aber auch Ernährungswissenschaftlern, Diätassistenten und Studierenden als fun-

dierte Wissensquelle. Wer eine Brücke zwischen biochemischen Grundlagen und praktischer Therapie sucht, findet hier das nötige Rüstzeug.

Eine wichtige Botschaft des Werkes ist, dass Ernährung keine Randerscheinung ist, sondern eine tragende Säule der Prävention und Therapie. Das Buch vermittelt klar und wissenschaftlich fundiert, dass evidenzbasierte Ernährungsinterventionen die Genesung beschleunigen und chronische Krankheiten maßgeblich beeinflussen können. Besonders positiv hervorzuheben ist die Aktualität. Es werden alle medizinischen Gebiete, bei denen Ernährungsmedizin relevant ist, umfassend dargestellt. Auch die Integration neuester Erkenntnisse zum Mikrobiom und zur personalisierten Ernährung überzeugt auf ganzer Linie. Die klare Struktur und hochwertige grafische Aufarbeitung erleichtern den Zugang zu komplexen Stoffwechselprozessen. Wenn es überhaupt einen kleinen Wermutstropfen gibt, dann ist es das beachtliche Gewicht und der Umfang der gebundenen Ausgabe, was sie eher zum Nachschlagewerk für den Schreibtisch als zum Begleiter für die Kitteltasche macht.

Fazit: Ein unverzichtbares Standardwerk, das Kompetenz und Aktualität perfekt vereint.

Prof. Dr. med. Jörg Bojunga

- 02.11.: Gabriele Bermel,
Frankfurt, 70 Jahre
- 04.11.: Ltd. Med.-Dir. i. R.
Ingrid Schipp-Hommen,
Frankfurt am Main, 85 Jahre
- 05.11.: Dr. med. Dieter Rostock,
Frankfurt, 85 Jahre
- 06.11.: Dr. med. Thomas Richard Schade,
Walchwil/Schweiz, 65 Jahre
- 07.11.: Barbara Schreiber,
Bad Homburg, 65 Jahre
- 07.11.: Dr. med. Gabriele Dämgen-von
Brevorn, Hanau, 70 Jahre
- 07.11.: Dr. med. Cordula Penzel,
Frankfurt, 70 Jahre
- 08.11.: Dr. med. Susanne Degens,
Frankfurt, 65 Jahre
- 08.11.: Dr. Dimitrios Stathakopoulos,
Mainz, 65 Jahre
- 08.11.: Dr. med. Eckhard Brüning,
Langen, 70 Jahre
- 08.11.: Dr. med. Michael Ksoll,
Eppstein, 80 Jahre
- 11.11.: Dr. med. Maria Haas-Weber,
Hanau, 75 Jahre
- 11.11.: Dr. med. Kurt Klinger,
Hanau, 90 Jahre
- 12.11.: Zuzana Pastyrik,
Frankfurt, 65 Jahre
- 13.11.: Slawomir Blaszcak,
Hanau, 65 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Fabian Schön,
Kronberg, 65 Jahre
- 14.11.: Dr. med. Dipl.-Phys.
Konrad Metza,
Liederbach, 75 Jahre
- 14.11.: Dr. med. Friederike Knolle,
Kronberg, 85 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Michael Hentschel,
Oberursel, 70 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Athanasios Stefanidis,
Frankfurt, 95 Jahre
- 17.11.: Dr. med. Günter Preuß,
Eschborn, 80 Jahre
- 18.11.: Dr. med. Dieter Spranger,
Bad Soden, 90 Jahre
- 20.11.: Dr. med. Olaf Wölfe,
Eppstein, 70 Jahre
- 22.11.: Andrea Herok, Eschborn, 65 Jahre
- 22.11.: Barbara Wilk, Frankfurt, 75 Jahre
- 26.11.: Dr. med. Colmar Hellwig,
Frankfurt, 75 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Einladung

173. Bad Nauheimer Gespräch

27.10.2026, 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Tipps für gesunde Ernährung und zur Vermeidung von Schadstoffen

In Deutschland sehen sich die Menschen heutzutage nicht nur einem Überangebot an Lebensmitteln, einem großen Markt für Lebensmittelergänzungstoffe, sondern auch einer Fülle von Informationen, Gesundheits- und Ernährungstipps in Medien und Sozialen Medien gegenüber.

Was hat es mit ultraprozessierten Lebensmitteln und NOVA-Score, low carb-Diät, Paläo-Diät, Planetary Health Diet, veganer Ernährung etc. auf sich? Was ist eher Mode und was hat einen realen, wissenschaftlichen und evidenzbasierten Hintergrund? Für wen sind die vielen angebotenen Lebensmittelergänzungstoffe tatsächlich sinnvoll? Und was ist mit Schadstoffen in der Nahrung, einschließlich Weichmachern oder Nanopartikel bzw. Mikroplastik aus Verpackungsmaterialien?

Letztlich: Wie gelingt eine gesunde, krankheitspräventive und ökologisch nachhaltige Ernährung? Eine Frage, die nicht nur den Einzelnen sondern die Gesellschaft betrifft, denn ernährungsbedingte Erkrankungen belasten nicht nur den Einzelnen, sondern das Gesundheitssystem im Ganzen. Hierzu werden zwei Experten referieren und mit den Teilnehmern diskutieren.



Foto: privat

Prof. Dr. Bernhard Watzl

Ökotrophologe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (2022–2025), Professor am Karlsruher Institut für Technologie Bereich „Ernährung und Prävention“



Foto: privat

Prof. Dr. Gunter P. Eckert

Lebensmittelchemiker und Fachpharmakologe DGPT, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Ernährungswissenschaft der Universität Gießen

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

Zum Vormerken

17.11.2026: Künstliche Intelligenz im Alltag und in der Medizin – Chancen und Risiken.
Mit Prof. Dr. Gerd Gigerenzer und Prof. Dr. Andreas Goldschmidt

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

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



Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Klaus-Dieter Birck,
Neu-Isenburg
* 23.08.1943 † 04.11.2024

Dr. med. Hans Christian Maximilian
Bona, Wiesbaden
* 01.04.1939 † 23.07.2026

Dr. med. Ulrich Cornelius, Gießen
* 20.04.1937 † 09.06.2026

Dr. med. Hans-Dieter Erbe, Petersberg
* 29.12.1934 † 30.07.2026

Prof. Dr. med. Eberhard Frömter,
Frankfurt
* 11.07.1935 † 24.06.2026

Dr. med. Gero Güttler, Vellmar
* 11.05.1941 † 17.07.2026

Ute Erna Katharina Haas, Alsfeld
* 06.04.1956 † 28.07.2026

Dr. med. Ekkehart Hülsemann, Herborn
* 03.09.1939 † 18.08.2026

Amr Khayat, Frankfurt
* 26.05.1985 † 11.07.2026

Dr. med. Guillaume Prosper Joseph Klein,
Marburg
* 04.06.1950 † 12.08.2026



Dr. med. Gerda Linke-Kaiser, Frankfurt
* 17.08.1946 † 02.05.2026

Holger Marquardt, Linsengericht
* 19.01.1954 † 24.07.2026

Dr. med. Peter Raasch, Kassel
* 19.11.1943 † 04.02.2023

Dr. med. Rolf-Michael Schneider,
Bad Hersfeld
* 16.12.1941 † 18.07.2024

Dr. med. Petra Brigitta Stauder,
Rüsselsheim
* 29.12.1964 † 01.06.2026

Friedrich-Karl Stork, Kassel
* 02.08.1948 † 10.08.2026

Dr. med. Konstantin Zachariadis,
Dieburg
* 28.12.1936 † 21.04.2023

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 27.11.: Dr. med. Toni Avellini,
Frankfurt, 80 Jahre
27.11.: Dr. med. Helga Basel,
Bad Homburg, 85 Jahre
28.11.: Dr. med. Sylvia Wiedemann,
Frankfurt, 70 Jahre
29.11.: Prof. Dr. med. Markus Düx,
Bad Homburg, 65 Jahre
29.11.: Dr. med. Gabriele Grabiger,
Steinbach, 65 Jahre
30.11.: Prof. Dr. med. Michael Almeling,
Frankfurt, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 03.11.: Viktor Agranovski,
Kassel, 65 Jahre
05.11.: Dr. med. Hans Schultheis,
Bad Wildungen, 85 Jahre
06.11.: PD Dr. med. habil.
Achim Siemens,
Göttingen, 75 Jahre
07.11.: Dr. med. Hartmut Vogell,
Korbach, 70 Jahre
08.11.: Dr. med. Sigrid Andrea Neubauer,
Kassel, 65 Jahre
09.11.: Dr. med. Walter Flotho,
Breuna, 85 Jahre
09.11.: Dr. med. Bernd Wengler,
Kassel, 85 Jahre
12.11.: Dr. med. Andreas Holweg,
Dransfeld, 65 Jahre
15.11.: Dipl.-Med. Hermann-Josef Begau,
Ahnatal, 65 Jahre
16.11.: Dr. med. Uwe Nießner,
Lohfelden, 65 Jahre
20.11.: Dr. med. Asta Klarner,
Calden, 75 Jahre
21.11.: Paul Heinrich Geller,
Witzenhausen, 65 Jahre
21.11.: Werner Holtermann,
Gersfeld, 65 Jahre
26.11.: Jolante Lafery,
Baunatal, 70 Jahre

Die Abteilung MFA-Ausbildungswesen informiert:

Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftlicher Ausbildungsnachweis

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt im dualen System, das heißt Ausbildungsstätte und Berufsschule wirken bei der Berufsausbildung zusammen. Die beiden Lernorte

haben dafür gesonderte Grundlagen, die inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind (basierend auf der Ausbildungsverordnung vom 26. April 2006). Weitere Informationen im Internet unter: www.laekh.de/aktuelles

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 02.11.: Dr. med. Elisabeth Langmann-Murray, Darmstadt, 70 Jahre
05.11.: Dr. med. Raimund Förster, Mörfelden-Walldorf, 75 Jahre
06.11.: Dr. med. Cornelia Freifrau von Gruben, Rüsselsheim, 65 Jahre
08.11.: Dr. med. Lutz Bergau, Mörfelden-Walldorf, 85 Jahre
15.11.: Dr. med. Bernd Eichhorn, Rüsselsheim, 80 Jahre
25.11.: Dr. med. Michael Tempel, Darmstadt, 75 Jahre
25.11.: Dr. med. Gottfried Reuter, Breuberg, 80 Jahre
29.11.: Dr. med. Winfried Grätz, Lorsch, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 21.10.: Dr. med. Katharina Voßmeyer, Butzbach, 65 Jahre
01.11.: Hasan Soydan, Bad Nauheim, 65 Jahre
02.11.: Dr. med. Peter Bittner-Dersch, Gießen, 75 Jahre
02.11.: Dr. med. Brigitte Ende, Buseck, 75 Jahre
03.11.: Dr. med. Uwe Budiner, Alsfeld, 85 Jahre
05.11.: Dr. med. Oliver Jessen, Marburg, 65 Jahre
07.11.: Dr. med. Wolfgang Michael Cibis, Wöllstadt, 75 Jahre
17.11.: Joachim Dettmer, Wetzlar, 75 Jahre
19.11.: Dr. med. Lutz Kube, Leun, 80 Jahre
20.11.: Felicitas Schemann, Gießen, 65 Jahre
21.11.: Dr. med. Hans-Peter Oerke, Bad Nauheim, 85 Jahre
26.11.: Dr. med. Michael Beck, Friedberg, 70 Jahre
26.11.: Dr. med. Ioannis Simogiannis, Bad Nauheim, 75 Jahre

Aus den Bezirksärztekammern

Absolventenfeier des Kammerbezirks Gießen

Im Rahmen einer Feierstunde im Bildungszentrum in Bad Nauheim hat der Kammerbezirk Gießen 95 Absolventinnen aus ihren Ausbildungsverhältnissen zur Medizinischen Fachangestellten verabschiedet. Angetreten waren 113 Prüflinge. „Sehr gut“ erreichten Elaine Mercedes Stenzel (Willy-Brandt-Schule Gießen) und Natalie Weber (Berufliche Schulen am Gradierwerk Bad Nauheim). 11 weitere Absolventinnen haben im praktischen Teil die Note „sehr gut“ erzielt. Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Gießen Dr. med. Hans-Martin Hübner wünschte allen für ihren weiteren beruflichen Lebensweg viel Freude und Erfolg.

Oberstudienrätin Dr. Rebecca Traurig, Lehrerin an der Willy-Brandt-Schule in Gießen und Mitglied des Prüfungsausschusses, hob in ihrer Ansprache die hohe Verantwortung und die Gewissenhaftigkeit des Berufes hervor.

Für über 40-jährige Tätigkeit als MFA wurde Iris Kosch ausgezeichnet. Das Gesangsensemble Vocalicious der Musikschule Bad Nauheim sorgte für den festliche Rahmen.



Elaine Mercedes Stenzel, Natalie Weber



Absolventinnen der Willy-Brandt-Schule Gießen (oben) und der Käthe-Kollwitz-Schule Wetzlar.

Fotos: Sandina Gall – 1 Bild mit KI

Personalia

Dr. med. Mohamed Ishaq Amer (Foto rechts) wird zum 1. Oktober 2026 neuer Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie am Herz-Kreislauf-Zentrum Rotenburg. Der erfahrene Herzchirurg wechselt vom Universitätsklinikum Wuppertal nach Rotenburg, wo er derzeit die Sektion für minimalinvasive Herzchirurgie leitet. Er folgt auf **PD Dr. Hasan Bushnaq**.

Foto: Klinikum Hersfeld-Rotenburg



Wechsel an der Spitze der Anästhesiologie am Klinikum Darmstadt: Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin hat seit dem 1. Juli 2026 einen neuen Direktor: **Prof. Dr. med. Christian Koch** (Foto rechts) wechselte vom Universitätsklinikum Gießen und Marburg ans Klinikum Darmstadt. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Martin Welte** (Foto links), der nach über 24 Jahren in den Ruhestand geht.

Fotos: Klinikum Darmstadt

Medizin-Examensfeiern in Marburg

Fotos: Annika Kappes



Zwei Examensfeiern in Marburg im Sommer 2026: Prof. Dr. med. Steffen Ruchholtz, Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf, Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf und Dr. med. Paul Otto Nowak (von links, erste Reihe).



Bei den Examensfeiern erhöhte sich der Frauenanteil von 62,4 % im vergangenen Jahr auf 71,3 % in diesem Jahr 2026.

Zum Sommer dieses Jahres haben an der Philipps-Universität Marburg alle 150 Medizinstudierenden erfolgreich ihr Medizinexamen bestanden, davon 107 Frauen und 43 Männer. Dabei erhöhte sich der Frauenanteil von 62,4 % im vergangenen Jahr auf 71,3 % in diesem Jahr 2026.

Bei den zwei Examensfeiern konnte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak als Vertreter der Landesärztekammer Hessen allen Absolventinnen und Absolventen zu ihrem Examen gratulieren. Er stellte die Ärztekammer vor und wünschte den neuen Kolleginnen und Kollegen viel Glück und Erfolg für ihren weiteren Weg. Während der beiden würdigen Feiern, wieder in der Aula der Philipps-Universität, wurden den festlich in Talaren gekleideten angehenden Ärztinnen und Ärzten, die stolz ihren Doktorhut trugen, die Urkunden durch den Studiendekan Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf, Prof. Dr. med. Rainer Moos-

dorf, Prof. Dr. med. Steffen Ruchholtz und Dr. med. Paul Otto Nowak überreicht. Den Festvortrag zum spannenden Thema „Aktuelle Herausforderungen in der Schwerverletztenversorgung“ hielt Prof. Dr. Steffen Ruchholtz (Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie). Für die Studierenden hielten die Absolventinnen Laura Butennandt und Tristan Degener sowie Marie Unverzagt berührende Ansprachen mit Rückblick auf Studienzeit, Herausforderungen und gemeinsame Erfahrungen. Musikalisch begleitet wurde die Veranstaltung von Chantal Anwari (Gesang) und Philipp Stauzebach (Gitarre und Schlagzeug). Mit mittlerweile über 400 Studienanfängern pro Jahr hat die Universitätsmedizin Marburg weiterhin die höchste Studienquote aller Medizin-Universitäten in Hessen, möglich geworden durch den Campus Fulda.

Bezirksärztekammer Marburg

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

- 03.11.: Dr. med. Eckart Wengeler, Wetter, 75 Jahre
- 12.11.: Johannes Brunzema, Niederaula, 70 Jahre
- 12.11.: Dr. med. Irmgard Uebelacker, Marburg, 70 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Richard Gronemeyer, Fritzlar, 80 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 02.11.: Dr. med. Jutta Stahl, Wiesbaden, 90 Jahre
- 12.11.: Heike Pape, Wiesbaden, 70 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Walter Müller, Taunusstein, 70 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Detlef Schulte-Hürmann, Taunusstein, 65 Jahre
- 16.11.: Prof. Dr. med. Burkhard Schütz, Bad Marienberg, 65 Jahre
- 18.11.: Dr. med. Brigitte Reichert, Bad Schwalbach, 65 Jahre
- 27.11.: Dr. med. Andreas Roth, Wiesbaden, 65 Jahre

Goldenes Doktorjubiläum

- 03.11.: Dr. med. Reinhold Dutz, Darmstadt
- 05.11.: Dr. med. Elke Therre-Staal, Marburg
- 08.11.: Dr. med. Bernhard Diefenbach, Beselich
- 13.11.: Dr. med. Wolfgang Noell, Marburg
- 24.11.: Dr. med. Peter Reinheimer, Seeheim-Jugenheim
- 24.11.: Dr. med. Rainer Kindt, Wiesbaden
- 24.11.: Dr. med. Brigitte Maaß-Rühl, Grävenwiesbach
- 24.11.: Prof. Dr. med. Christian Milewski, Kelkheim
- 29.11.: Dr. med. Rolf-Dieter Krebser, Wiesbaden

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 Böhnel, 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 11
vom 24.10.2026
ist am Mittwoch, dem 07.10.2026**

Erreichbar sind wir unter:

Tel: 02234 7011 – 290

E-Mail: kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Ihre Chiffrezuschrift senden Sie bitte an:

Chiffre HÄ

Deutscher Ärzteverlag GmbH

Chiffre-Abteilung

Postfach 1265

59332 Lüdinghausen

(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

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

Stellenangebote

MVZ Wiesbaden / Rheingau-Taunus

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

Unsere inhabergeführte Praxis mit 17 Kollegen wächst. Für unsere in 2026 neu bezogenen Praxisräume auf über 1000m² mit modernster Ausstattung suchen wir ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

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

Was wir bieten

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

Ihr Profil & Ihre Kompetenzen

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

Ihre Aufgaben

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

Diskretion & Bewerbung

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

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

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

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**

FÄ/FA o. WB Assistent/in für Anästhesie gesucht

Wir sind eines der größten MVZs für Anästhesiologie im Rhein-Main Gebiet und Bereich Mz-Bingen und suchen ab sofort Verstärkung, Anstellung in VZ/TZ möglich

Wir bieten: keine Dienste, kein WE, attraktive Vergütung, ein eingespieltes Team bestehend aus 10 Arzt*innen, Weiterbildungsermächtigung für 12 Monate und ein breites Spektrum von Kinderanästhesie bis Endoprothetik.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung

Mail: info@dolormedics-anaesthesia.de

Mobil: 0178/5806072

Ihre Karriere soll mit einem Traumstart beginnen? Oder Sie sind schon länger im Geschäft und suchen neue Herausforderungen? Was Sie auch vorhaben: Kommen Sie zu uns ins Team!

Für unsere moderne Frauenarztpraxis in **Eltville am Rhein** suchen wir **zum nächstmöglichen Zeitpunkt** einen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Teil- und Vollzeit (m/w/d)

Wir bieten ein breites Spektrum an Fachbereichen, modernste medizinische Geräte, interne u. externe Entwicklungsmöglichkeiten, eine attraktive Vergütung sowie viele weitere Vorteile.

Sie fühlen sich angesprochen? Dann bewerben Sie sich jetzt!

DIE GYN-PRAXIS 

DGP DIE GYN-PRAXIS MVZ RHEINGAU GmbH

Kiliansring 7 I 65343 Eltville am Rhein

E-Mail: bewerbung@diegyn-praxis.de

<https://www.diegyn-praxis.de/karriere>

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

Hessisches Ärzteblatt



MEHR ZEIT FÜR MENSCHEN. MEHR LEBEN FÜR SIE.

Landarzt gesucht (m/w/d) Grebenhain | Vogelsberg

Stellen Sie sich vor: Keine langen Pendelwege, keine anonyme Medizin. Stattdessen echte Beziehungen zu Patientinnen und Patienten, ein starkes Team und eine Region, in der Lebensqualität zum Alltag gehört.

Nach Feierabend warten Wälder, Natur, kurze Wege, bezahlbarer Wohnraum und Zeit für Familie und Freunde. Im Vogelsberg können Sie Ihren Beruf so ausüben, wie Medizin gedacht ist: mit Menschlichkeit, Sinn und ausreichend Zeit.

Das erwartet Sie: Unbefristete Festanstellung mit attraktiver Vergütung, flexible Arbeitszeitmodelle und echte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Fokus auf Medizin statt Bürokratie („Sie machen Medizin – wir kümmern uns um den Rest), Fortbildungsurlaub und Zuschüsse, Kollegiales multiprofessionelles Team, Moderne Praxis und Telemedizin

Ihr Profil: Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (hausärztlich), Freude an Teamarbeit und Interesse an moderner Versorgung.

Jetzt bewerben: zentrale@mvz-vogelsberg.de | Ansprechpartner: Steven Renner | Tel. 040 226 211 49 51

Fachärztin/Facharzt für Neurologie (w/m/d) in Teilzeit

Neurologische Praxis in Bad Soden am Taunus (BAG) im Sodenia Gesundheitszentrum mit umfassendem diagnostischem und therapeutischem Angebot, Pflegeheimbetreuung und ASV. Wir bieten flexible Arbeitszeiten in modernen, klimatisierten Räumen, Unterstützung durch ein hochmotiviertes, eingearbeitetes Team, vollständig digitalisierte Praxisabläufe inkl. Spracherkennung und KI-basierter Dokumentation, attraktive Vergütung (gemäß Oberarzt-Tarif Kliniken), gute Erreichbarkeit mit nahem S-Bahn-Anschluss. Weitere Informationen unter: www.neurologie-badsoden.de Wir freuen uns über Ihre Bewerbung an: info@neurologie-badsoden.de

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



Praxisabgabe

Psychiatrisch-psychotherapeutische-Praxis im Rheingau-Taunus-Kreis

Etablierte Praxis mit voller Kassenzulassung aus
Altersgründen abzugeben.

psychpraxisrktk@web.de

Praxisräume

Moderne Praxisflächen in Geisenheim

Klimatisierte Praxisräume, verteilt auf ca. 193 qm, verfügbar ab
01.11.2026. Sehr helle und geräumige Räumlichkeiten in einer Ge-
werbeimmobilie in Geisenheim. Schnelle Anbindung an die Bundes-
straße B42 und den öffentlichen Nahverkehr. Ideal, um schnell er-
reicht zu werden. Mietpreis auf Anfrage.

Kontakt HÄ 060274

Assmus & Lauer Ges. f. Praxisvermittlung KG

vermittelt Ihre Praxis zuverlässig und diskret.

Unsere Geschäftsführerin, **Frau Martina Ulrich**, ist seit Jahren eine
erfahrene und engagierte Ärztepartnerin. Wir beraten und arbeiten
in Kooperation mit **Herrn Rechtsanwalt Peter Kröll**.

Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung KG

Nahestr. 28, 55593 Rüdesheim/Nahe Tel. 0671 92035840

ulrich@assmus-lauer-kg.de

www.assmus-lauer-kg.de

Rufen Sie
uns an!



Engagiert. Verlässlich.

Solidarisch.

Gemeinsame Nothilfe,
die von Herzen kommt.
Dank Ihrer Solidarität!

Aktion-Deutschland-Hilft.de



Aktion 25 Jahre
Deutschland Hilft
Bündnis der Hilfsorganisationen

Verschiedenes

Flyer, Visitenkarten, Grafikdesign für Praxen, Kliniken & MVZ
Anfragen an ddesignconsulting@protonmail.com

Praxiseinrichtung



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

Alles aus einer Hand: Systemhaus für
Medizintechnik und Praxiseinrichtung

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

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

Unsere Leistungen:

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



Kurse/Seminare/Veranstaltungen

VASOSONO ▶ Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie

▶ **Aufbau- & Abschlusskurse:** extracraniell: 06.11.-07.11.2026 |
peripher: 22.01.-23.01.2027 | intracraniell: 05.03.-06.03.2027 |
retrop./mediast./abdom.: 06.03.-07.03.2027

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

Anzeigenservice

Wir sind für Sie da!

Telefon +49 (0) 2234 7011-290

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

aerzteverlag.de/anzeigenservice



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.

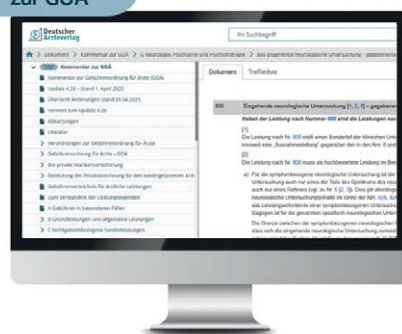
Das sind Ihre Vorteile:

- 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.