

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 11 | 2026
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 87. Jahrgang



Neonatologie

Foto: © Iryna - stock.adobe.com

12. Delegiertenversammlung
Umbau der Akademie,
Schwerpunkt Versorgungswerk,
zwei Resolutionen,
Updates der WBO

ME/CFS und Long Covid
Fachleute und Betroffene diskutieren im Landtag, außerdem berichten Mitglieder einer Selbsthilfegruppe

Ehrungsfeier
Bei einem Festakt hat die Landesärztekammer sieben Persönlichkeiten ausgezeichnet

Zufriedenheitsbefragung T2

Zusammenarbeit zwischen meldenden Einrichtungen und Landeskrebsregistern

Wir, die Landeskrebsregister Hessen und Niedersachsen sowie die Universitätsmedizin Frankfurt und die Universitätsmedizin Göttingen, verfolgen im Rahmen des CCC-Verbundprojektes ONConnect¹ das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den meldenden Einrichtungen und den Landeskrebsregistern zu intensivieren.

Ihre Meinung zu der aktuellen Zusammenarbeit ist uns sehr wichtig, weshalb wir Sie einladen an der Befragung teilzunehmen.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung ist, dass Sie in den Meldeprozess der Daten an das Landeskrebsregister in **Hessen** oder **Niedersachsen** eingebunden sind.

Demnach richtet sich der Fragebogen an:

- Ärzt:innen
- medizinische Dokumentar:innen
- Leitungen
- weitere Beteiligte im Meldeprozess

Die anonyme Beantwortung der Fragen wird ca. 10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Hier geht es zur Umfrage:

<https://poll.ibdf-frankfurt.de/index.php/276177?lang=de>



Bitte leiten Sie den Fragebogen an Ihre Kolleg:innen in der Tumordokumentation und Ärzteschaft weiter, die in den Meldeprozess involviert sind.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Kontaktperson:

Annalena Hechler

E-Mail: hechler@med.uni-frankfurt.de

Geschäftsstelle ONConnect

Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (UCT)

Universitätsmedizin Frankfurt

¹ Weitere Informationen zum Verbundprojekt ONConnect finden Sie unter www.ccc-onconnect.de.

Offener Diskurs

Nicht selten werden im privaten Kreis, aber auch öffentlich Vorwürfe erhoben, man könne in Deutschland seine Meinung nicht mehr offen sagen. Das stimmt aus meiner Sicht nicht, denn gerade das Zeitalter der sozialen Medien erlaubt die schnelle und leider auch viel zu oft unkontrollierte oder vorschnelle Verbreitung von Meinungen und (vermeintlichen) Fakten. Dessen ungeachtet halte ich die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Positionen auch innerhalb der Ärzteschaft für wesentlich und für ein wichtiges Merkmal einer lebendigen Demokratie. Diesen Diskurs leben wir in der Landesärztekammer Hessen, sei es in der Delegiertenversammlung, unserem ärztlichen Parlament, oder auch hier im Hessischen Ärzteblatt.

Beispielhaft verweise ich auf den Beitrag der Kollegen Thielmann und Winter, die auf S. 606 in dieser Ausgabe ihre Sicht zur zivil-militärischen Zusammenarbeit beschreiben. Darin schlagen die Autoren vor, z. B. im Kriegsfall für die zivile Versorgung NGO-Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen anzufragen. Es ist richtig, dass diese Organisationen über wertvolle Erfahrungen in der Versorgung bei Naturkatastrophen oder kriegsähnlichen Auseinandersetzungen verfügen. Sollte es jedoch zu großen medizinischen Notfallsituationen – auch im Verteidigungsfall – in Deutschland kommen, ist dafür primär selbstverständlich unser reguläres Gesundheitssystem, d. h. die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Hilfsorganisationen wie die Malteser, Johanniter, DRK etc. in der Pflicht, die im Bedarfsfall auch den Sanitätsdienst der Bundeswehr unterstützen werden, so wie es im Grundgesetz verankert ist. Im Verteidigungsfall, der hoffentlich nie eintritt, obliegt die Weisungsbefugnis ohnehin dem Bund. Nichtkombattanten wie das zivile Sanitätspersonal sind gemäß der Genfer Konvention nur für die medizinische Versorgung zuständig und nehmen nicht an Kampfhandlungen teil. Wir alle wollen keine Kriege, sondern ein friedliches Miteinanderleben, ob in Deutschland oder in anderen Ländern.

Mit großer Zustimmung habe ich die auf dem World Health Summit geäußerte Anmerkung unseres neuen Bundesgesundheitsministers Linnemann wahrgenommen, dass kein Gesundheitssystem resilient sein könne, wenn die Menschen, die es am Laufen hielten, ständig überlastet seien. Zudem dürfe Krisenresilienz nicht auf der Annahme beruhen, dass die Beschäftigten noch größere Arbeitsbelastungen auf sich nähmen.

In den nächsten Monaten und Jahren wird sich zeigen, wie dieser Anspruch tatsächlich umgesetzt wird, denn vor uns liegen gewaltige Aufgaben, sei es das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz oder die Krankenhausreform. Vor wenigen Tagen hat das hessische Gesundheitsministerium die vorläufige Zuteilung der sogenannten Leistungsgruppen an die hessischen Krankenhäuser be-

kannt gegeben. Nun können die Häuser ihrerseits die Bescheide prüfen und ggf. Einspruch einlegen. So oder so kommen erhebliche Veränderungen auf die Bürgerinnen und Bürger, aber eben auch auf das Personal in den Krankenhäusern und nicht zuletzt in den Praxen zu.

Die Veränderungen der Krankenhauslandschaft haben auch – darauf haben wir schon vielfach hingewiesen – Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung. Weiterbildung wird zukünftig vermehrt an mehreren Weiterbildungsstätten stattfinden (müssen). Dazu muss der Gesetzgeber endlich die Hürden im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz beseitigen. An dieser Stelle appelliere ich auch an die Weiterbildungsbefugten, sich möglichst rasch um die Bildung von Netzwerken oder Verbünden zu bemühen. Weiterbildung ist unsere ärztliche Verantwortung und für die Zukunft der medizinischen Versorgung unerlässlich. Auch wir müssen unter geänderten Bedingungen zeigen, dass wir dieser Aufgabe gerecht werden. Wenn nicht, sehe ich die Gefahr einer staatlich geregelten Zuteilung von Weiterbildungsplätzen wie dies in anderen europäischen Ländern z. B. Großbritannien oder Spanien längst der Fall ist.

Es gibt einmal mehr herausfordernde Aufgaben für die Zukunft, die wir als Ärzteschaft gemeinsam bewältigen können und müssen.



Foto: M. Joppen GmbH

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Rechte bei den Autoren

CME: Neonatologie

Innerhalb von Minuten muss sich ein neugeborenes Kind an das Leben außerhalb des Mutterleibes umstellen und Atmung, Kreislauf und Körpertemperatur anpassen. Treten hier Probleme auf, unterstützt im besten Fall eine Neonatologin oder ein Neonatologe.

580



Foto: Peter Böhm

Bericht von der 12. Delegiertenversammlung

Traditionell steht bei der kürzeren Delegiertenversammlung der Jahresabschluss des Versorgungswerkes im Mittelpunkt. Berichtet wurde ferner vom guten Baufortschritt beim Akademiegebäude und zwei Resolutionen wurden jeweils einstimmig verabschiedet.

571

Editorial: Offener Diskurs	567
Aus dem Präsidium: Über Altersgrenzen	570

Ärzttekammer

Rollen und Haltungen statt der Allgemeinen Inhalte – Updates der hessischen Weiterbildungsordnung	575
Bericht von der Delegiertenversammlung	571
Bericht des Versorgungswerkes/Delegiertenversammlung am 23.09.2026	573
Ausgezeichnete Leistungen: Landesärztekammer Hessen ehrt vorbildliche Persönlichkeiten	578
„Sicher ist Sicher“ – Neue Folge des Patientensicherheitspodcasts	605

Fort- und Weiterbildung

Spotlights Weiterbildung	574
CME: Neonatologie	580
Curriculum „Leitende Notärztin/Leitender Notarzt“	585

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	592
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	598
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen mit Satzungsänderung der Beitragsordnung	608, 612

Impressum	613
------------------------	-----



Foto: Viktoria Jakobs

Zwei Berichte zu ME/CFS und Long Covid

Im hessischen Landtag diskutierten auf Einladung von Bündnis 90/Die Grünen Fachleute und Betroffene über die Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom und Long Covid. Ein zweiter Artikel berichtet über eine Selbsthilfegruppe im Wetteraukreis.

586/590



Foto: Peter Böhm

Ausgezeichnete Leistungen

Bei einem Festakt hat die Landesärztekammer sieben Persönlichkeiten ausgezeichnet, die sich um die Ärzteschaft und die Gesundheitsversorgung in Hessen verdient gemacht haben. Viermal wurde die Ehrennadel in Silber, dreimal die Ehrenplakette in Silber verliehen.

578

Forum

Versorgung zwischen Bedarf und Realität: Symposium zu ME/CFS und Long Covid	586
Wenn Angehörige die Versorgung mittragen: Ein Gespräch mit Mitgliedern einer ME/CFS-Selbsthilfegruppe	590
Ein zweiter Blick auf das Gesundheitssystem in Dänemark – Teil 2 (B)	600
Palliativmedizin im täglichen Alltag eines Hausarztes/Interview mit Dr. Johann Trutz	604
Medienkompetenz in der beruflichen Bildung mit dem Verband der Freien Berufe in Hessen	577

Ansichten und Einsichten

Zivil-militärische Zusammenarbeit: ärztliche Pflicht?	606
---	-----

Aus den Bezirksärztekammern: Freisprechungsfeiern für erfolgreiche MFA-Abschlüsse	607, 608
---	----------

Bücher



Die Frankfurter Universitätsaugenklinik

Müller/
Hennighausen

S. 603

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)

Über Altersgrenzen

In einigen Bundesländern dürfen schon Sechzehnjährige wählen. Die Ergebnisse lassen aufhorchen. Das vorzeitige Wahlrecht, ohne Reife und Erfahrung, kann womöglich zu anderen Resultaten führen, als erwartet. Hier sei Nachdenken angesagt. Mit achtzehn wird man in der Bundesrepublik volljährig. Man bekommt den Führerschein ausgehändigt, man kann sich zum Dienst an der Waffe bei der Bundeswehr verpflichten, auch für Auslandseinsätze, man wird voll geschäftsfähig. Abiturienten können sich verpflichten, um nach dem vom Land finanzierten Medizinstudium als Hausarzt auf dem Lande tätig zu werden (GHVÖG), und es ist gut so. Bei Nichteinhaltung von Verträgen folgen im Zivilrecht Vertragsstrafen.

Auch bei der Nutzung von öffentlich-rechtlichen Medien gilt eine Art Altersregelung, die FSK (freiwillige Selbstkontrolle). Für die Welt von „social media“ wird in Deutschland nichts vorgegeben. Die Protagonisten von IT & KI verkaufen sich als ubiquitäre Heilsbringer, wahrlich, von der Wiege bis zur Bahre. Während dessen hockt die Jugend, statt wie altersentsprechend im Sandkasten oder auf den Bäumen herumzuklettern, die gibt es auch noch, in der Stube, guckt auf den Schirm und klickt herum auf irgendeiner Tastatur. Übergewicht, Immobilität, Vereinsamung, psychische Störungen lassen nicht lange auf sich warten. An dieser Stelle von einer digitalen Verblödung zu sprechen, wäre sicher inadäquat, so sei nur dezent auf die Ergebnisse der aktuellen PISA-Studie verwiesen. Selbst im Musterlände der Digitalisierung, in Estland, bekommen die Kinder in der Grundschule zunächst Lesen und Schreiben an der Schiefertafel beigebracht und danach erst folgt der Rest.

In Australien hat man es begriffen, früh geschaltet und die Nutzung von „social media“ erst ab 15 Jahren zugelassen. In den Vereinigten Staaten, wen wundert es, laufen erst mal Klageverfahren. Die Franzosen versuchen, eine Regelung ab 13 einzuführen, man ist sich aber über eine evtl. notwendige EU-Konformität



Foto: Peter Jülich

„Kindliche Entwicklungsstufen überspringen zu wollen verursacht oft kaum korrigierbare, bleibende Folgestörungen.“

noch nicht voll im Klaren. Die EU-Präsidentin selbst hat neulich mal offenbart, man strebe eine Altersgrenze von 13 an, für die Entscheidungsfindung und Gesetzgebung würde man in Brüssel aber noch an die zwei Jahre (!) benötigen ...

Die Ontogenese sei die Wiederholung der Phylogenese, in der Welt der Biologie und der mentalen Entwicklung scheint alles seine strenge Reihenfolge zu haben. Kindliche Entwicklungsstufen überspringen oder überspielen zu wollen bedeutet Täuschung oder Selbsttäuschung und verursacht oft kaum korrigierbare, bleibende Folgestörungen.

Um es auf den Punkt zu bringen: In den Schulen müsste man den Kindern vorrangig Lesen, Schreiben, Rechnen, Sport und insbesondere das eigentlich lebenswichtige Schwimmen beibringen. Auch die Grundlagen für eine gesunde Lebens- und Ernährungsweise müssten verinnerlicht werden. Wer tut es, wer ist zuständig? Die Lehrerinnen und Lehrer verweisen auf die Verantwortung der Eltern, die Eltern sind aber oft beide berufstätig. Den Kindern verbleiben der Mikrowellenherd und

die Lila Kuh aus dem Internet, samt Künstlicher Intelligenz ... Vorsorgeprogramme im höheren Alter sind sicher sinnvoll, um Krankheiten früh zu erkennen und besser heilen zu können. Krankheiten zu heilen ist unsere originär ärztliche Aufgabe. Gesamtgesellschaftlich betrachtet wären Krankheiten, die gar nicht auftreten, die besten Krankheiten. Nach Clausewitz: Auch nicht geschlagene Gefechte zählen wie richtige.

Michael Andor
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

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

Einladung: 10 Jahre Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.

Seit nunmehr einem Jahrzehnt begleitet der Verein „Ambulante Ethikberatung in Hessen“ Menschen, Einrichtungen und Fachkräfte bei ethischen Fragestellungen im ambulanten Bereich.

Rückblicke • Impulse • Begegnung

Einladung zur Jubiläumsfeier am
Freitag, 27. November 2026
ab 17:30 Uhr (Beginn 18 Uhr)
im Landratsamt Marburg, EG, Raum 005
Im Lichtenholz 60, 35043 Marburg
Anmeldung bis zum 20. November 2026
per E-Mail an: lkmb@aebh.de
Fortbildungspunkte sind beantragt.

Bericht von der Delegiertenversammlung

Entbürokratisierte Beiträge, erfreuliche Baufortschritte und einmütige Forderungen

Konzentriert, konstruktiv und ohne kontroverse Diskussionen: Die 12. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. September 2026 in Bad Nauheim verlief reibungslos. Die Delegierten beschlossen eine Änderung der Beitragsordnung, die Geschäftsführung berichtete Erfreuliches vom Umbau der Akademie, das Versorgungswerk berichtete (siehe S. 573) und zum Abschluss verabschiedeten die Delegierten einstimmig zwei Resolutionen: eine für mehr Hitzeschutz und eine gegen die Aufweichung des Arzt-Patienten-Geheimnisses.

Beitragsordnung: Vernunftlösung spart Bürokratie

Der juristische Geschäftsführer Manuel Maier stellte eine kleine Änderung der Beitragsordnung vor. Hintergrund ist das Erste Bürokratieabbaugesetz, mit dem auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder der Kammer werden, die in Hessen wohnen, ohne ärztlich tätig zu sein. Die nötigen Änderungen von Hauptsatzung, Meldeordnung und Beitragsordnung hatte die Delegiertenversammlung bereits im März beschlossen. Mit deren Inkrafttreten zum 1. November würden rund 7.000 bislang freiwillige Mitglieder nun zu Pflichtmitgliedern, erklärte Maier. Da für beide Gruppen derselbe Beitrag von 75 Euro gelte, würden sie nicht neu veranlagt – nochmals 7.000 Bescheide zu verschicken, wäre unnötige Bürokratie. Nun komme eine weitere Gruppe hinzu: Ärztinnen und Ärzte, die früher auf die freiwillige Mitgliedschaft verzichtet hatten. Dieser Verzicht sei nicht mehr möglich, auch sie würden zum 1. November wieder Mitglied. Bekannt seien rund 700 solcher Fälle. Wie viele davon noch aktuell seien, wisse man allerdings nicht, so Maier. Eine neue Übergangsbestimmung sieht deshalb vor, diesen Personenkreis für 2026 nicht mehr zu veranlagern. Zudem öffnet eine Ergänzung von § 4 Abs. 1 den Weg zur digitalen Beitragsveranlagung,



Die Abstimmungen zeigten große Einigkeit unter den Delegierten.

bei der Mitglieder ihre Angaben künftig selbst eintragen können, soweit dies technisch bereits möglich ist. Die Änderungen treten zum 1. November 2026 in Kraft und wurden einstimmig beschlossen. Die Beitragsordnung für 2027 soll im November folgen.

Akademie-Umbau: weiterhin Zeitplan und Kosten im Griff

Zum aktuellen Fortschritt bei der Revitalisierung des Bad Nauheimer Akademiegebäudes berichteten Nina Walter (ärztliche Geschäftsführerin), Christoph Berger (kaufmännischer Geschäftsführer) und Susanne Florin (Akademieleiterin). Die Abbrucharbeiten seien abgeschlossen, so Walter, die beiden oberen Stockwerke abgetragen. Das habe einige Tage länger gedauert als geplant, alle Beteiligten seien aber optimistisch, wie vorgesehen Mitte 2027 einziehen zu können. Inzwischen laufe der Rohbau. Die Glasflächen werden aus Energiespargründen reduziert, Treppenhaus und Fahrstuhl entfernt und durch ein großzügiges Treppenhaus mit gläsernem Eingang und einem größeren Fahrstuhl ersetzt. Der höher liegende Haupteingang wird deutlich heller und freundlicher. Im Blauen Hörsaal bleiben die freigelegten Decken offen und werden farblich gestaltet. Die gesamte Haustechnik ein-

schließlich einer neuen Kühlung wird erneuert. Wie Walter erklärte, orientiere man sich bei der Ausstattung am Niveau des Frankfurter Kammergebäudes. Raumkonzept und Medientechnik sollten flexibel bleiben, um für künftige Fortbildungsformate anschlussfähig zu sein. Die Projektsteuerung habe so gut verhandelt, dass sich in einigen Gewerken Budgetunterschreitungen bei gleichbleibend guter Qualität ergeben hätten. Häufig wurden regionale Betriebe beauftragt.

Ausdrücklich dankte Walter der Leiterin und dem Akademie-Team. Dank Ausweichquartieren in Frankfurt und andernorts habe das Fortbildungsprogramm vollständig umgesetzt werden können, und keine Veranstaltung sei ausgefallen. Susanne Florin empfing dafür viel Applaus und gab den Dank an die Carl-Oelemann-Schule weiter, wo man zusammengedrückt sei und Platz gemacht habe.

Berger erläuterte den finanziellen Aspekt. In der Kostengruppe für technische Anlagen gebe es wegen gestiegener Preise (etwa für Kabel) und eingeschränkter Transportwege eine Überschreitung von rund 231.000 Euro. Dem stehe in der Kostengruppe für Baukonstruktion eine Unterschreitung von 137.000 Euro gegenüber. Mit weiteren kleineren Abweichungen ergebe sich ein Saldo von minus 121.000 Euro, der jedoch durch den Pos-



ten für Änderungen und Anpassungen von 157.000 Euro gedeckt sei. Unter dem Strich bleibe somit ein Plus von 36.000 Euro. Die beschlossene Risikorückstellung von 500.000 Euro sei davon unberührt. Erwartete Einsparungen von rund 60.000 Euro beim Trockenbau würden den Puffer auf 96.000 Euro erhöhen. Walter ergänzte noch mit einer sozusagen „druckfrischen“ Nachricht: Für die energetische Sanierung liege eine erste Förderzusage über gut 70.000 Euro vor. Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski dankte dem Projektteam und zeigte sich mit Blick auf die Erfahrungen aus der Hanauer Landstraße optimistisch, den Zeit- und Budgetplan weiterhin einzuhalten.

Zwei Resolutionen für Hitze- und Geheimnis-Schutz

Hitzeschutz: Einstimmig forderten die Delegierten die Landesregierung auf, als Lehre aus dem zurückliegenden Rekordsommer ein Förderprogramm für Hitzeschutzmaßnahmen in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Praxen aufzulegen. Zu den geforderten Maßnahmen zählen Mindeststandards für Gesundheitseinrichtungen, Fördermaßnahmen und ein gemeinsames Investitionsprogramm von Bund und Land. Erste Maßnahmen sollen bereits vor dem Sommer 2027 umgesetzt werden. Außerdem fordern die Delegierten eine langfristige Ursachenbekämpfung im Sinne eines konsequenten Klimaschutzes (Antrag 1, Präsidium).



Blick aufs Podium (von vorne): Dr. med. Edgar Pinkowski (Präsident), Dr. med. Christian Schwark (Vizepräsident), Monika Buchalik (Erste Beisitzerin), Nina Walter (Ärztliche Geschäftsführerin), Christoph Berger (Kaufmännischer Geschäftsführer) und am Mikrofon Manuel Maier (Juristischer Geschäftsführer).

Schutz der ärztlichen und psychotherapeutischen Vertraulichkeit: Die Delegierten schlossen sich den Forderungen von Bundesärztekammer, KBV, Bundespsychotherapeutenkammer und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften an: Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten sollen bei der Reform des Nachrichtendienstrechts in den absoluten Schutzbereich der Berufsgeheimnisträger aufgenommen werden. Das Patientengeheimnis müsse auch vor technischen und IT-gestützten Überwachungsmaßnahmen umfassend geschützt sein. Präsident Pinkowski unterstützte den Antrag und wies darauf hin, das er bereits unmittelbar

nach Bekanntwerden des Gesetzentwurfs mit einer Pressemitteilung Stellung bezogen hatte. Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark, der die Beratung leitete, erläuterte die Problematik des Gesetzentwurfs: Wenn Journalisten und Abgeordnete besonderen Schutz genießen würden, dürfe das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht dahinter zurückstehen. Er erinnerte an frühere Praxisdurchsuchungen im Zusammenhang mit § 218 – so etwas wolle niemand mit den Mitteln elektronischer Ermittlungen erneut erleben. Die Antragstellerin Stefanie Shead Minkley betonte, die geplante Regelung lasse sich noch abwenden, ein Beschluss der Delegiertenversammlung sei dafür ein starkes Zeichen. Der Antrag wurde daraufhin einstimmig angenommen (Antrag 2, Stefanie Shead Minkley, LDÄÄ, et al.). Abschließend dankte Präsident Pinkowski allen Teilnehmenden. Die nächste Delegiertenversammlung ist im November.

Peter Böhnel

Fotos: Peter Böhnel



Über den Baufortschritt bei dem Akademiegebäude in Bad Nauheim berichteten (von links:) Susanne Florin (Akademieleiterin), Nina Walter (Ärztliche Geschäftsführerin) und Christoph Berger (Kaufmännischer Geschäftsführer).

Die beiden Resolutionen finden Sie als Pressemitteilungen online im Literaturverzeichnis zu dieser Ausgabe. Link und QR-Code führen dorthin: www.laekh.de/Literatur112026





Bericht des Versorgungswerkes

Delegiertenversammlung am 23.09.2026

Foto: Julia Schwager



Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg,
Vorstandsvorsitzender des Versorgungswerkes

Die Delegiertenversammlung hat am 23.09.2026 den Jahresabschluss 2025 des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen förmlich festgestellt und den Vorstand entlastet. Der Abschluss wurde von den Wirtschaftsprüfern mit einem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen. Damit wurde dem Versorgungswerk bescheinigt, dass der Abschluss den für Kapitalgesellschaften geltenden handelsrechtlichen Vorschriften entspricht und ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens- und Finanzlage vermittelt.

In den meisten Anlageklassen lief es gut

Nach dem außergewöhnlich starken Vorjahr bewegten sich die laufenden Kapitalerträge 2025 weiterhin auf einem hohen Niveau. Mit 430 Mio. € lagen sie trotz eines leichten Rückgangs über dem Durchschnitt der vergangenen fünf Jahre. Grund für diesen leichten Rückgang war eine geringere Ausschüttung aus dem Masterfond, berichtete der Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg.

Die laufende Durchschnittsverzinsung sank von 4,00 % im Vorjahr auf jetzt 3,29 %; die aussagekräftigere Nettoverzinsung, welche auch Ab- und Zuschreibungen enthält, ging aufgrund außerplan-

mäßiger Abschreibungen auf ein Immobilienprojekt (siehe weiter unten im Text) von 3,35 % auf 2,24 % zurück. 2025 zeigte das Vermögen des Versorgungswerkes wieder eine kontinuierliche Aufwärtsentwicklung: Die Bilanzsumme stieg im Berichtsjahr von 11,52 Mrd. € auf 11,85 Mrd. €. Auch die Deckungsrückstellung (für die zugesagten Leistungen) stieg erneut und erreichte rund 11 Mrd. €. Darin spiegelt sich das Wachstum des Versorgungswerkes wider. Weiterhin wurde in Sicherheit investiert: So stieg die Verlustrücklage auf 769 Mio. € und beläuft sich somit weiterhin auf 7 % der Deckungsrückstellung.

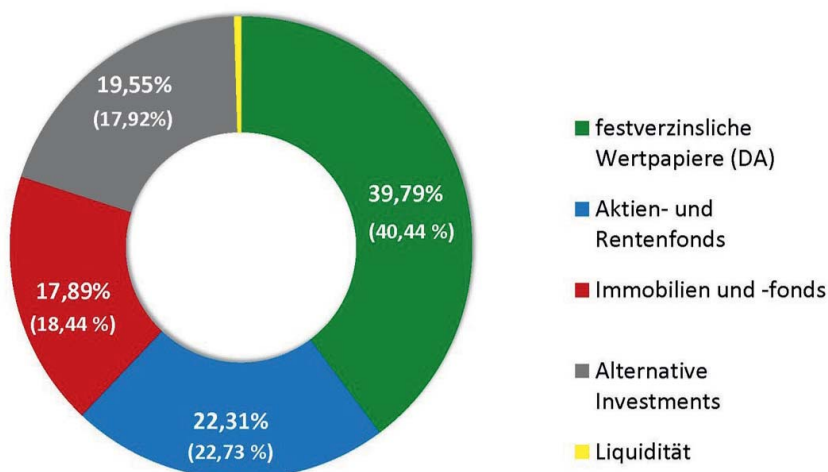
Der Anteil der Wertpapier-Direktanlage hat sich minimal verringert, sie bildet jedoch weiterhin mit knapp 40 % das größte Segment im gesamten Portfolio. Ihr Durchschnittskupon belief sich im Jahr 2025 auf 3,4 %.

Es folgen die Alternative Investments, welche insbesondere aus Private Equity, Private Debt und Infrastruktur bestehen. Hier hat das Versorgungswerk über zwei Luxemburger Gesellschaften (SICAV und HDGI) in entsprechende Fonds investiert. Das Volumen der SICAV wächst planmäßig an und die durchschnittliche jährliche Rendite beträgt weiterhin 10 %. Das Ver-

sorgungswerk nutzt Alternative Investments, um die Kapitalanlage zu diversifizieren und langfristig stabile Erträge zu erzielen. Von 2019 bis Ende 2025 beteiligte sich das Versorgungswerk an 155 verschiedenen Fonds.

Auch der Wert des Masterfonds des Versorgungswerkes, der in Aktien- und Rentenanlagen investiert, entwickelte sich positiv und erhöhte sich im Laufe des vergangenen Jahres um 7,96 %. Das Immobiliensegment stand dagegen weiter unter Druck und 2025 gab es auch außerplanmäßige Abschreibungen von insgesamt 168 Mio. €, vor allem bei dem Immobilienentwicklungsprojekt Main Yard in Frankfurt. Grund für diese außerplanmäßige Abschreibung war ein aktuelles Gutachten, wonach der aktuelle (Verkaufs-) Wert der Immobilie niedriger anzusetzen ist als beim Kauf 2020. Die Immobilie ist fast fertiggestellt und bereits zum größten Teil vermietet, zu den vom Versorgungswerk im Vorhinein kalkulierten Mieten. Wenn der Immobilienmarkt sich weiter erholt, wovon der Vorstand ausgeht, kann es in der Zukunft auch wieder zu Zuschreibungen kommen. Der Buchwert aller Immobilien der Direktanlage sank leicht von 1,22 Mrd. € auf 1,19 Mrd. € und der Zeitwert von 1,69 Mrd. € auf 1,65 Mrd. €.

Kapitalanlagen 2025 nach Anlageklassen



Hinweis: Die in Klammern genannten Zahlen beziehen sich auf das Vorjahr.

Grafik: Versorgungswerk



Mehr aktive Mitglieder und Leistungsempfänger

Die Grundlage, um Leistungen langfristig zu sichern, schaffen die Beiträge der Mitglieder. Die Zahl der aktiven Mitglieder ist auch 2025 weiter angestiegen von 30.188 auf 30.769 und die Beitragseinnahmen erhöhten sich auf 450 Mio. €; nicht zuletzt wegen der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Zahl der Anwärter (beitragszahlende und ausgeschiedene Mitglieder) erhöhte sich von 37.410 auf 38.354. Die wachsende Mitgliederzahl spiegelt sich auch in einem kontinuierlichen Anstieg des Leistungsvolumens wider: Immer mehr Mitglieder erreichen das Rentenalter und nehmen die Leistungen des Versorgungswerkes in Anspruch. Die Renten summierten sich im Jahr 2025 auf 349 Mio. €.

Qualifizierte Mitarbeiter sind eine zentrale Voraussetzung für exzellente Dienstleistungen und eine leistungsfähige Verwaltung. Der moderate Personalaufbau von 126 auf 134 Mitarbeiter war aufgrund des Wachstums des Versorgungswerkes sowie komplexerer Anforderungen erforderlich.

Das Versorgungswerk blickt auf ein insgesamt solides Geschäftsjahr 2025 zurück. Trotz eines anspruchsvollen wirtschaftli-



Dr. med. Susan Trittmacher, stellv. Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes

chen Umfelds entwickelten sich Vermögen, Mitgliederzahl und Beitragseinnahmen positiv, so der Vorstandsvorsitzende.

ABV-Prädikat & neuer Verhaltenskodex

Die ABV (Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V.) vergibt seit diesem Jahr ein Prädikat an Versorgungswerke, die strenge Anforderungen an Risikomanagement, Kapitalanlage und Unternehmensführung erfül-

len – bestätigt durch einen unabhängigen Wirtschaftsprüfer. Auch das Versorgungswerk strebt dieses Gütesiegel an, sämtliche Voraussetzungen werden schon geraume Zeit erfüllt. Corporate Governance, Risikomanagement und Compliance sind fest verankert und werden kontinuierlich optimiert. So wurde bspw. das Compliance-Management in den vergangenen Monaten gezielt weiterentwickelt und für die handelnden Personen ein Verhaltenskodex erarbeitet. Er bündelt die wesentlichen Regelungen und Verhaltensgrundsätze, schafft Transparenz und unterstützt Vorstand, Geschäftsführer und Beschäftigte dabei, regelkonform zu handeln.

Foto: Julia Schwager

Mitgliederportal

Das Angebot des Mitgliederportals wird nach wie vor gut angenommen. Dies zeigt ein Blick auf die Zahlen: Rund 7.600 Mitglieder haben sich bereits für das Mitgliederportal registriert. Viele Anliegen rund um die eigene Versorgung lassen sich heute bequem online erledigen.

Katharina Rackensberger

Referentin des Vorstandes
des Versorgungswerkes
der Landesärztekammer Hessen

Serie: Spotlights Weiterbildung

Was ist eine ICD-Statistik? Wie mache ich das und wie soll die aussehen?

Die wichtigsten Fragen zur ärztlichen Weiterbildung kompakt beantwortet.

Eine ICD-Statistik ist die Statistik aller behandelten Diagnosen nach ICD-Schlüssel im nachzuweisenden 12-Monats-Zeitraum. Die Liste muss sowohl die Codierung als auch die ausgeschriebene Diagnose enthalten. Sie muss nach Haupt- und Nebendiagnosen aufgeschlüsselt und in alphanumerischer Reihenfolge (A00.0 – Z 99.9) geordnet sein. Eine „Hitliste“, bei

der die Diagnosen nach der Anzahl sortiert sind, wird zurückgewiesen.

Weitere FAQ rund um die Weiterbildung:

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

Rubrikenlogo: © Svitlana – stock.adobe.com



Rollen und Haltungen statt der Allgemeinen Inhalte – Updates der hessischen Weiterbildungsordnung

Die hessische Weiterbildungsordnung (WBO) aus dem Jahr 2020 wird in den kommenden zwei Delegiertenversammlungen für die weitere Zukunft fit gemacht. Das Inkrafttreten der anstehenden Änderungen ist für Juli 2027 vorgesehen. Die bisherigen „Allgemeinen Inhalte“ des WBO-Abschnittes B für die Gebiete und Schwerpunkte sollen verändert werden. Es hat sich zunehmend als schwierig erwiesen, diese Forderungen „unter Berücksichtigung gebietspezifischer Ausprägung“ verbindlich zu ordnen und als jeweilige Einzelkompetenzen prüfbar zu machen. Der diesjährige Ärztetag hat dafür eine völlig neue Struktur beschlossen, die das international respektierte Rollenmodell der Canadian Medical Society (Can-MedS-Rollen) aufgreift. Ärztinnen und Ärzte sollen Kernrollen als fachliche Experten, Kommunikatoren, Teamarbeiter, Manager, Gesundheitsfürsprecher, lebenslang Lernende und professionelle Ärzte erlernen und annehmen. So soll ärztliches Selbstverständnis gestärkt und die Einbindung unseres Berufes in aktuelle gesellschaftliche Wertmaßstäbe so beschrieben werden, dass sich Lehrende und Lernende im Weiterbildungsprozess danach ausrichten können.

Viele genaue Zielpunkte und Handlungsschritte sind dazu in handlungsorientierten Kompetenzschritten ausformuliert worden. „Geprüft“ oder besser „anerkannt“ werden soll an diesen Leitbildern

Links zu den DÄT-Beschlussprotokollen

Beschlüsse 129. DÄT

Leipzig 2025: siehe TOP IIIa-01 und IIIa-02. Link zum Beschlussprotokoll: <https://t1p.de/xeoake>

Beschlüsse 130. DÄT

Hannover 2026: siehe TOP IVa-01 ff. Link zum Beschlussprotokoll: <https://t1p.de/bjppu>



Gebiet Neurologie

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

(Neurologe/Neurologin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Neurologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur.
Mindest-Weiterbildungszeit	60 Monate Neurologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon • müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung neurologischer Patienten abgeleistet werden • <u>müssen 6 Monate in der neurologischen Akutversorgung auf einer Stroke Unit abgeleistet werden</u> • müssen <u>42-6</u> Monate in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden

Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

(Psychiater und Psychotherapeut/Psychiaterin und Psychotherapeutin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und Störungen, die psycho-somatischen bzw. somato-psychischen Wechselwirkungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte.
Mindest-Weiterbildungszeit	60 Monate Psychiatrie und Psychotherapie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon • müssen 24 Monate <u>in Psychiatrie und Psychotherapie</u> in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden • <u>müssen 6-12</u> Monate in Neurologie abgeleistet werden - können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in <u>Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Neurologie</u> erfolgen - können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in <u>Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und/oder im Schwerpunkt Forensische Psychiatrie</u> erfolgen

Beispiele: „Kopfteiländerungen“ in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie

nicht jede denkbare Einzelkompetenz, sondern das Gesamtbild beruflich erworbener ärztlicher Haltungen und Rollen. Sie sollen dem facharztspezifischen Detailwissen vorwegstehen und gute Interaktionen zwischen Ärztin und Arzt und den anvertrauten Patienten stärken.

Im Weiteren werden wenige Formalparagrafen ergänzt und aktualisiert sowie einige Facharztdefinitionen und zeitliche Vorgaben in den sogenannten „Kopfteilen“ der Facharztkompetenzen zeitgemäß geändert. Manche Zusatzweiterbildungen (ZWB) werden inhaltlich unverändert als Gebietsschwerpunkte übernommen, z. B. die bekannten Spezialisierungen der Kinderheilkunde. Einige ZWB können statt mit kurzen oder alternativen Weiterbildungszeiten zukünftig allein durch von der LÄKH als Weiterbildungskurse anerkannte Kurse nach den BÄK-Curricula erworben werden.

Nicht alle Empfehlungen der 2025er und 2026er Muster-WBO-Updates der Ärzte-tage in Leipzig und Hannover passen nach

Beratung unserer Kammergremien für Hessen. Bei der Inneren Medizin soll das bewährte Wahlmodell für ambulante und stationäre Abschnitte nicht eingeengt werden. Bei der Zusatzweiterbildung (ZWB) Geriatrie wird eine Öffnung für alle Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung und eine Verlängerung der WB-Zeit auf 24 Monate tendenziell nicht unterstützt. Eine zusätzliche ZWB Klinische Palliativmedizin ist fachlich-inhaltlich von der bisherigen ZWB Palliativmedizin kaum unterscheidbar. Sie soll zurückgestellt werden, bis tragfähigere Präzisierungen zu klinischen Inhalten vorliegen.

Änderungsvorschläge für viele einzelne Fachgebietskompetenzen werden derzeit noch in der BÄK aufbereitet. Das wird voraussichtlich bis zur DV im März 2027 abgeschlossen werden und dann Beschlussreife erreichen.

Warum alle diese Änderungen? Die bisherige Muster-WBO 2018 der BÄK wurde inhaltlich und strukturell zwischen 2016 und 2017 konzipiert und ist somit ein



Jahrzehnt alt. Erfahrungswerte im Umgang mit den damals konzipierten Formalien und größere medizinisch-fachliche Entwicklungen müssen in die hessische WBO 2020 eingepflegt werden. Eine umfassendere Strukturnovelle sollte dann bis ca. 2035 nicht erforderlich werden.

Wer sich über die anstehenden Änderungen zu „seinen“ Fachinteressen noch einmal genauer informieren möchte, kann das in den Ärztetagsbeschlüssen aus den

Jahren 2025 und 2026 recherchieren (siehe Kasten).

Bis auf die oben genannten Ausnahmen wird die LÄKH die große Mehrheit der Änderungsvorschläge vollständig übernehmen, um zwischen den 17 Landesärztekammern größere WBO-Unterschiede zu vermeiden. Sie würden Stellenwechsel im Weiterbildungsgang vieler Ärztinnen und Ärzte belasten. Ohne der Beschlussfassung unserer Delegiertenversammlung

vorzugreifen, sollen diese Hinweise für Beteiligte und Betroffene im Vorfeld informativ verstanden werden. „Hessen vorn“ gilt weiter!

Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Wolf Andreas Fach
Daniel Libertus
Dr. med. Katrin Fuchs

Neustrukturierung der Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung – Ausschnitt aus dem Beschlussprotokoll zu TOP IVa vom 130. Deutschen Ärztetag 2026

Die allgemeinen Weiterbildungsinhalte definieren gebietsübergreifend relevante ärztliche Haltungen und Rollen, die für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sowie eine wertschätzende interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit – unter Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse – notwendig sind. Die für den ärztlichen Beruf essenziellen grundlegenden Haltungen und Rollen sind anhand ärztlicher Rollenverständnisse dargestellt. Sie sind Gegenstand der Weiterbildung, von allen Weiterbildungsbefugten zu vermitteln und im beruflichen Alltag vorzuleben.

Ärztinnen/Ärzte haben folgende Rollen:

als medizinische Experten

Als medizinische Experten integrieren Ärztinnen und Ärzte alle unten genannten Rollen und wenden medizinisches Wissen, klinische Fähigkeiten und berufliche Werte an, um eine hochwertige und sichere

patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten. Die Expertenrolle ist die zentrale ärztliche Rolle [...]

als Kommunikatoren

Als Kommunikatoren bauen Ärztinnen und Ärzte eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung auf. Sie kommunizieren empathisch [...] im Interesse der Patienten [...]

als Teamplayer

Als Kooperationspartner arbeiten Ärztinnen und Ärzte effektiv untereinander, mit anderen Gesundheitsfachkräften und Akteuren im Gesundheitswesen zusammen, [...]

als Führungskräfte

Als Führungskräfte leiten Ärztinnen und Ärzte Teams an und arbeiten mit anderen, um zu einer Vision eines patientenorientierten Gesundheitssystems beizutragen. [...]

als Vertretung des Patienten

Durch Gesundheitsfürsprache bringen Ärztinnen und Ärzte ihr Fachwissen und

ihren Einfluss ein, um die Gesundheit der Einzelnen und der Allgemeinheit zu verbessern. [...]

als Lehrende und Lernende

Als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zeigen Ärztinnen und Ärzte ein lebenslanges Engagement, um immer auf Höhe des aktuellen Wissens zu sein. [...]

in ihrer Professionalität

Als Fachleute setzen sich Ärztinnen und Ärzte für die Gesundheit und das Wohlergehen einzelner Patienten und der Allgemeinheit ein. Sie handeln ethisch, [...] und achten dabei auf ihre eigene Gesundheit.

im Kontext digitaler Medizin

Als Fachkräfte kennen Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeiten der digitalen Medizin und der Künstlichen Intelligenz mit ihren Chancen und Risiken. Sie setzen diese gezielt zur Information und Patientenversorgung ein und beteiligen sich an deren Weiterentwicklung.

Ärztinnen und Ärzte	
als medizinische Experten	führen eine hochwertige und patientenorientierte medizinische Versorgung durch.
	wenden Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten einschließlich psychosomatischer Grundlagen an.
	interpretieren das Basislabor und die Point-of-Care-Diagnostik.
	sind kundig in Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch.
	erkennen medizinische Notfallsituationen und führen lebensrettende Sofortmaßnahmen durch.
	haben Erfahrungen in Schmerzprävention und allgemeiner Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen.
[...]	

Die vollständige Tabelle zu den acht Rollen und Haltungen ist online im Literaturverzeichnis zu dieser Ausgabe dokumentiert.

Medienkompetenz in der beruflichen Bildung

Verband der Freien Berufe in Hessen bringt Schulleitungen, Politik und Medienexperten zusammen

Wie können junge Menschen besser darauf vorbereitet werden, sich sicher, kritisch und verantwortungsvoll in der digitalen Welt zu bewegen? Diese Frage stand im Mittelpunkt eines Treffens des Verbandes der Freien Berufe in Hessen (VFBH) mit Schulleiterinnen und Schulleitern hessischer Berufsschulen am 26. August in der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt. In einer offenen und konstruktiven Atmosphäre wurde intensiv darüber diskutiert, welchen Stellenwert Medienkompetenz in der beruflichen Bildung haben muss und wie sie noch stärker im Schulalltag verankert werden kann.

„Junge Menschen wachsen selbstverständlich mit digitalen Medien auf. Das allein bedeutet aber noch nicht, dass sie Informationen richtig einordnen, Desinformation erkennen oder die Möglichkeiten und Risiken künstlicher Intelligenz beurteilen können“, erklärte Dr. med. Michael Weidenfeld, Präsident des Verbandes der Freien Berufe in Hessen. „Medienkompetenz ist deshalb längst eine Schlüsselqualifikation – für den Beruf, für die Gesellschaft und für unsere Demokratie.“

Ein besonderer Schwerpunkt des Treffens lag auf den aktuellen Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz, Fake News, Desinformation und Deep Fakes. Ebenso

wurde darüber gesprochen, wie Schülerinnen und Schüler für einen sicheren Umgang mit digitalen Angeboten sensibilisiert werden können.

Impulse erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter anderem von Prof. Dr. Roland Imhoff von der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Dr. Christian Maatje vom Hessischen Rundfunk und Nadine Tepe von der Medienanstalt Hessen. Einen politischen Akzent setzte das Grußwort von Staatssekretär Dr. Manuel Lösel. Dabei wurde deutlich: Medienkompetenz lässt sich nicht durch eine einzelne Unterrichtsstunde oder ein einmaliges Projekt vermitteln. Sie muss dauerhaft, praxisnah und fächerübergreifend Bestandteil der beruflichen Bildung sein.

Gerade die Berufsschulen haben hierbei eine besondere Bedeutung. Sie erreichen junge Menschen in einer Lebensphase, in der der Übergang in die Arbeitswelt unmittelbar bevorsteht. Gleichzeitig erleben die Schülerinnen und Schüler dort die konkreten Anforderungen ihrer späteren beruflichen Tätigkeit.

„Wir wollen die Diskussion deshalb nicht bei dieser Veranstaltung enden lassen“, betonte Weidenfeld. „Der große Zuspruch und die vielen engagierten Beiträge haben gezeigt, dass hier ein echter Bedarf be-

steht. Wir wollen gemeinsam mit den Berufsschulen und dem Hessischen Kultusministerium überlegen, wie wir aus den Ideen konkrete Schritte entwickeln können.“

Der Verband der Freien Berufe in Hessen sieht in der Stärkung der Medienkompetenz zugleich einen wichtigen Beitrag zur Demokratiebildung. Wer Informationen kritisch prüfen, Quellen bewerten und zwischen Fakten, Meinung und gezielter Manipulation unterscheiden könne, sei besser in der Lage, sich eigenständig eine Meinung zu bilden und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Der Verband Freier Berufe in Hessen will die begonnene Arbeit daher fortsetzen. Ziel ist es, den Austausch mit den Berufsschulen weiterzuführen, erfolgreiche Ansätze zusammenzutragen und gemeinsam mit den Verantwortlichen in Politik und Bildung konkrete Möglichkeiten für eine nachhaltige Verankerung von Medienkompetenz in der beruflichen Bildung zu entwickeln.

„Das Treffen war ein wichtiger Auftakt. Die positive Stimmung, das lebhafte Interesse und der offene Austausch haben uns darin bestärkt, diesen Weg weiterzugehen“, so Weidenfeld abschließend.

(VFBH)



Foto: LÄKH/Isolde Asbeck

Diskussionsveranstaltung des VFBH zur Medienkompetenz: Gruppenfoto mit u. a. Dr. Christian Maatje (6.v.l., Hessischer Rundfunk), Prof. Dr. Roland Imhoff (8.v.l., Johannes Gutenberg-Universität Mainz), Nadine Tepe (9.v.l., Medienanstalt Hessen, in Vertretung für Prof. Dr. Murad Erdemir), Dr. med. Michael Weidenfeld (11.v.l., Präsident VFBH), Staatssekretär Dr. Manuel Lösel (10.v.r., Hessisches Ministerium für Kultus, Bildung und Chancen), Moderator Dr. Martin Kraushaar (6.v.r., Architekten- und Stadtplanerkammer), Johannes Hornung (5.v.r., Hessisches Ministerium für Kultus, Bildung und Chancen, Landeskoordinator Jugendmedienschutz) sowie Manuel Maier, Justitiar der Landesärztekammer Hessen (ganz rechts).

Ausgezeichnete Leistungen

Landesärztekammer Hessen ehrt vorbildliche Persönlichkeiten



Gruppenbild mit (von links): Dr. med. Klaus Jahn, Oberst a. D. Siegfried Zeyer, Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahn, Oberstarzt a.D. Dr. med. dent. Sven Funke, Vincent Staat, Ehrenpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Hans-Georg Jung, Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski, Erste Präsidiumsbeisitzerin Monika Buchalik, Dr. med. Carmen Brosig, Dr. med. Ulrich Jürgens, Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark.

Bei einem Festakt in Bad Nauheim hat die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) sieben Persönlichkeiten ausgezeichnet, die sich um die Ärzteschaft und die Gesundheitsversorgung in Hessen verdient gemacht haben. Dabei reichten die Leistungen der ärztlichen und nichtärztlichen Gelehrten von Errungenschaften im Rettungsdienst über die zivil-militärische Zu-

sammenarbeit und den Katastrophenschutz bis zur Suchtprävention mit deutschlandweiten Auswirkungen.

Kammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski, Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark, die Erste Präsidiumsbeisitzerin Monika Buchalik und Ehrenpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu

Hatzbach wechselten sich als Laudatoren ab. Grüße und Glückwünsche der Gesundheitsministerin überbrachte Dr. med. Klaus Jahn vom Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Für musikalische Umrahmung sorgte das Duo „DoubleTree“, in der Kammer bereits wohlbekannt, mit seinen jaz-zigen und poppigen Arrangements.



Hans-Georg Jung (l.) und LÄKH-Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark.



Oberstarzt a.D. Dr. med. dent. Sven Funke (l.) und LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.



Vincent Staat (l.) und Vizepräsident Dr. med. Christian Schwark.



Die LÄKH vergab viermal die Ehrennadel in Silber und dreimal die Ehrenplakette, ebenfalls in Silber.

Ehrennadel in Silber

Hans-Georg Jung entwickelte den Interdisziplinären Versorgungsnachweis IVENA und begleitete seine Einführung in Hessen, elf weiteren Bundesländern und Österreich. Zuvor prägte er Rettungsdienst und Krankenhausalarmplanung in Frankfurt.

Oberstarzt a. D. Dr. med. dent. Sven Funke führte bis März 2026 acht Jahre lang das Sanitätsregiment 2 „Westerwald“ in Rennerod. Geehrt wurde er für seinen Einsatz im Sanitätsdienst der Bundeswehr in der Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der LÄKH.

Vincent Staat, M.Sc., initiierte den Arbeitskreis Lachgas der Stadt Frankfurt. Er überredete den Online-Riesen Amazon zur Verkaufseinschränkung, trug maßgeblich zum Frankfurter Lachgasverbot bei und lieferte Impulse für das bundesweite Verkaufsverbot großer Lachgas-Kartuschen seit April 2026, um den oftmals folgenschweren Missbrauch dieses Rauschmittels einzudämmen.

Oberst a. D. Siegfried Zeyer, bis zu seinem Ruhestand Kommandeur des Landeskommandos Hessen, wurde für seinen Einsatz für das Land Hessen geehrt, insbesondere für die Amtshilfe der Bundeswehr während der Corona-Pandemie.

Ehrenplakette in Silber

Dr. med. Carmen Brosig war Ombudsfrau der LÄKH für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen und Mitglied im Ausschuss Ärztliche Psychotherapie. Sie engagierte sich im Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer Frankfurt/Gießen und als ehrenamtliche Richterin u. a. am Landesberufsgericht für Heilberufe.

Dr. med. Ulrich Jürgens, Oberstarzt der Reserve und langjähriger Leitender Notarzt im Main-Taunus-Kreis, wurde für sein Engagement in der Notfallmedizin und als



Oberst a. D. Siegfried Zeyer (l.) und Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.



Dr. med. Ulrich Jürgens (l.) und Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.



Dr. med. Carmen Brosig (l.) und Monika Buchalik, Erste Präsidiumsbeisitzerin.



Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahm (l.) und LÄKH-Ehrenpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach.



Für beschwingte Musik sorgte das Duo „DoubleTree“, Yvonne Roth und Ralf Olbrich.

Bindeglied der zivil-militärischen Zusammenarbeit zwischen Kammer und Bundeswehr geehrt.

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahm, ehemaliger Chefarzt am Ketteler Krankenhaus Offenbach, wurde für sein Wirken als Medizinethiker ausgezeichnet.

Er ist unter anderem Sachverständiger für Patientenverfügungen im Bundestag.

Nachdem der letzte Musiktitel verklungen war, konnten sich alle Beteiligten noch beim (alkoholfreien) Sektempfang im Foyer austauschen.

Peter Böhnel

alle Fotos: Peter Böhnel



Neonatologie

Neugeborene sind keine kleinen Kinder – Frühgeborene sind keine kleinen Neugeborenen

VNR: 2760602026310950005

Dr. med. Georg Frey, Dr. med. Ulrich Rochwalsky

Was ist die Neonatologie?

Die Lehre der Pathologie und Physiologie Neugeborener. Im Gegensatz zu anderen pädiatrischen Subdisziplinen hat die Neonatologie kein Pendant in der Erwachsenenmedizin. Pathophysiologie, Krankheitsbilder und Therapien unterscheiden sich zudem in vielem so sehr von der Pädiatrie wie die Pädiatrie von der Erwachsenenmedizin. Die Neonatologie ist in Weiterbildung und Versorgung elementarer Bestandteil der Pädiatrie.

Die Neonatologie ist Teil der Perinatalmedizin und wurde 1992 als Schwerpunktbezeichnung der Pädiatrie in Gesamtdeutschland etabliert. Der zielgerichtete Inhalt ist die Verbesserung des Langzeit-Outcomes Neu- und Frühgeborener.

Neonatologen und Neonatologinnen sind in Kinderkliniken und Kinderabteilungen, an Perinatalzentren und in Geburtskliniken tätig. Ihr Arbeitsfeld ist eng an die pädiatrische Intensivmedizin gekoppelt und häufig beginnt ihr Einsatz schon während oder vor der Geburt: Innerhalb von Minuten muss sich das neugeborene Kind an das Leben außerhalb des Mutterleibs umstellen und seine Atmung, seinen Kreislauf und die Körpertemperatur dem neuen Umfeld anpassen. Treten hier Probleme auf, unterstützt ein Spezialist diesen Prozess der Anpassung – das ist im besten Fall der Neonatologe.

Definition Neugeborene – Alter und Gewicht

Im Jahr 2023 wurden in Deutschland 692.989 Kinder geboren. Rund 9 % davon waren zu früh geboren. Insgesamt bedürfen etwa 10 % aller geborenen Kinder einer stationären Behandlung in der Neonatalzeit.

Die Neugeborenenperiode ist definiert vom 1. bis zum 28. Lebenstag (frühe Neugeborenenperiode: 1. bis 7. Lebenstag, späte Neugeborenenperiode: 8. bis 28. Lebenstag).

Geburtsgewicht

Ohne Berücksichtigung der Reife wird nach dem Geburtsgewicht eingeteilt in:

- Untergewichtige Neugeborene (**LBW**, „low birth weight infants“): Geburtsgewicht < 2.500 g. Je nach Region werden 5–15 % Lebendgeborene mit diesem Geburtsgewicht geboren.
- Sehr untergewichtige Neugeborene (**VLBW**, „very low birth weight infants“): Geburtsgewicht < 1.500 g. Je nach Population 0,8–1,5 % der Lebendgeborenen, jedoch bis zu 65 % der in der Neonatalperiode verstorbenen Kinder.
- Extrem untergewichtige Neugeborene (**ELBW**, „extremely low birth weight infants“): Geburtsgewicht < 1.000 g. Etwa 0,3–0,6 % der Lebendgeborenen, aber 50 % der in der Neonatalperiode Verstorbenen.

Gestationsalter und Reife

Gestationsalter: Damit ist der Zeitraum vom 1. Tag der letzten normalen Periode bis zur Geburt des Kindes gemeint und entspricht damit der Schwangerschaftsdauer, normal sind ca. 280 Tage. Die rechnerische und klinische Bestimmung des Gestationsalters hat eine Treffsicherheit von plus/minus zwei Wochen. Das Gestationsalter ist ein wichtiger Parameter zur Früherkennung von verzögertem Wachstum oder Mangelernährung.

Die Reife kann infolge unterschiedlicher Enzyminduktion als Ausdruck des biochemischen und funktionellen Entwicklungsstands eines Neugeborenen erheblich

vom Gestationsalter abweichen (Retardierung, Akzeleration).

Unterscheidung Gestationsalter und Reife

Frühgeborenes: Gestationsalter < 259 Tage (< 37 vollendete Wochen).

Reifes Neugeborenes: Gestationsalter 259–293 Tage (37–41 Wochen).

Übertragenes Neugeborenes: Gestationsalter 294 Tage oder mehr (vollendete 42 Wochen oder mehr).

Aus dem Verhältnis zwischen Gestationsalter und Geburtsgewicht werden definiert: eutroph, hypotroph, hypertroph:

- eutroph: Kinder mit einem Geburtsgewicht zwischen der 10. und 90. Perzentile,
- hypotroph: Kinder mit einem Geburtsgewicht < 10. Perzentile,
- hypertroph: Kinder mit einem Geburtsgewicht > 90. Perzentile.

Die Perzentile ist in der medizinischen Statistik ein Maß für die Streuung einer statistischen Verteilung, die nach Rang und Größe der Einzelwerte sortiert ist. Die Körpergröße oder das Gewicht eines Kindes in Perzentilen anzugeben, bedeutet, dass diese Werte in Relation zu den Werten von Kindern im gleichen Alter gesetzt werden.

Qualität in der Versorgung von Frühgeborenen

Qualität in der Versorgung von Frühgeborenen bedeutet u. a., dass ein Frühgeborenes eine geeignete und seinem individuellen Zustand entsprechende Behandlung erhält. Um dies zu gewährleisten, gibt es verschiedene Versorgungsstufen (siehe Infobox).

Perinatalzentren sind für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neuge-



Baby 1



Baby 2 –linke Seite oben ein Frühgeborenes

Fotos: Rechte bei den Autoren

borenen konzipiert und entsprechend den besonderen Bedürfnissen ausgelegt. Festgelegt wurde dies 2006 in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die fortlaufend aktualisiert wird. [1]

Eine Geburt sollte in einem Perinatalzentrum stattfinden, wenn es eine schwerwiegende Erkrankung der Schwangeren, Schwangerschaftskomplikationen, vorhersehbare Probleme bei der Geburt, eine Frühgeburt unter 32 Schwangerschaftswochen, ein geschätztes Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm, Fehlbildungen beim Ungeborenen oder absehbare Erkrankungen des Neugeborenen gibt.

Die Qualität im Outcome der Früh- und Neugeborenen wird kontinuierlich durch das IQTIQ (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) und LAGQH (Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen) erhoben. Die Ergebnisse sind aktuell für jeden auf der Internetseite www.perinatalzentren.org veröffentlicht.

Wie wichtig qualitätssichernde Maßnahmen sind, wurde in zahlreichen Studien belegt. Unter anderem wurde das hessische Kollektiv im Rahmen einer EU-weiten Studie eingebracht.

In der EPICE-Studie wurden 7.336 Frühgeborene eingeschlossen, die zwischen der 24.+0. und 31.+6. Schwangerschaftswoche im Jahr 2011/12 ohne schwerwiegende angeborene Anomalien geboren wurden und überlebten. [2]

Untersucht wurde die kombinierte Anwendung von vier evidenzbasierten Praktiken für Frühgeborene, die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden:

1. Geburt in einem Perinatalzentrum

2. Verabreichung von pränatalen Kortikosteroiden

3. Vorbeugung von Unterkühlung (Temperatur bei der Aufnahme in die Neugeborenenstation $\geq 36^{\circ}\text{C}$);

4. Surfactantgabe innerhalb von zwei Stunden nach der Geburt oder/und ein früher nasaler kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck.

Die Gruppe der Frühgeborenen, die alle vier evidenzbasierten Maßnahmen erhalten hatte, wies eine um die Hälfte geringere Rate an Mortalität oder schwerer Neugeborenenmorbidity auf.

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, wie wichtig die konsequente Anwendung evidenzbasierter Therapien sowie die Zentralisierung von Risikogeburten in Perinatalzentren ist, um die Versorgungsprozesse zu verbessern und die besten Ergebnisse zu erzielen.

Aus Hessen wurden 555 (7,6 % der Kohorte) Frühgeborene eingeschlossen, diese Gruppe zeigte die europaweit geringste Mortalität. Dies gilt insbesondere für die Kinder zwischen der 23+0 bis 26+0 Schwangerschaftswoche. [3]

Häufige Krankheitsbilder in der Neonatalperiode

In der Neonatologie tritt eine Vielzahl von Erkrankungen und klinischen Syndromen auf. Charakteristisch für dieses Fachgebiet ist, dass es sich mit Erkrankungen sämtlicher Organsysteme des Neugeborenen befasst. Diese Breite macht die Arbeit auf neonatologischen Stationen abwechslungsreich, zugleich aber auch anspruchsvoll. Zwei Themenbereiche, die in dem Bereich einen Großteil des Patientengutes

ausmachen, sind Infektionen und Frühgeburtlichkeit. Weitere Aufgabenfelder sind die Behandlung von Patienten mit angeborenen Fehlbildungen, von Herz- und Kreislauf, Nervensystem und allen weiteren inneren Organen sowie genetische und Stoffwechselerkrankungen.

1. Infektion

Folgende Abschnitte sind der Leitlinie „Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen“ [4] entnommen.

Weltweit sterben jährlich etwa 1,4 Millionen Neugeborene an Infektionen. In Ländern mit hohem medizinischen Versorgungsstandard beträgt die Inzidenz der Early Onset Sepsis (EOS) mit Erregernachweis in Blut und/oder Liquor ca. 0,08 % aller Lebendgeborenen und ca. 1,5 % aller Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht $< 1.500\text{ g}$ (very low birth weight, VLBW). [4]

Das Risiko für eine bakterielle Infektion des Neugeborenen ist erhöht bei vorzeitigem Blasensprung (> 18 Stunden vor Geburt), vorzeitigem Wehen, Fieber der Mutter unter der Geburt ($> 38,0^{\circ}\text{C}$ axillär) oder erhöhtem C-reaktiven Protein der Mutter $> 20\text{ mg/l}$. Auch wenn die genannten Hinweise fehlen, ist eine bereits intrauterin begonnene Infektion insbesondere bei Frühgeborenen nicht ausgeschlossen. Andererseits beweisen die Symptome bei der Mutter eine Infektion des Kindes nicht. [4]

Kein Hinweis auf eine Infektion ist alleiniges Auftreten von grünem/mekoniumhaltigem Fruchtwasser, welches damit auch keine Diagnostik auslösen sollte. Die klinischen Symptome einer Infektion des Neugeborenen sind unspezifisch und entspre-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Neonatalogie“ von Dr. med. Georg Frey, Dr. med. Ulrich Rochwalsky 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 25.10.2026 bis 24.04.2027 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)

chen eines SIRS (Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom). Typische Symptome der bakteriellen Infektion beim Reifgeborenen sind Störungen der Atmung (Tachypnoe, Apnoen mit Desaturierung oder Bradykardie) und des Kreislaufes (Zentralisierung mit verlängerter kapillärer Füllungszeit > 2 sec, arterieller Hypotonie, Tachykardie) sowie Veränderungen des Hautkolorits (von rosig nach blassgrau, von rosig-ikterisch nach grün-ikterisch). [4]

Ein reifes Neugeborenes mit Störung der Atmung sollte solange als an einer Infektion erkrankt betrachtet werden, bis das Gegenteil bewiesen ist. Weiter treten häufig neurologische Symptome wie Hypotonie, Lethargie, Hyperexzitabilität und intestinale Symptome wie geblähtes Abdomen, Trinkschwäche oder Nahrungsunverträglichkeit auf. Richtungsweisend können auch Temperaturinstabilität oder ein Anstieg der zentral-peripheren Temperaturdifferenz auf > 2,0 °C sein. Bei Frühgeborenen mit bakteriellen Infektionen können ähnliche Symptome auftreten, sie sind jedoch oftmals dezenter als beim Reifgeborenen; bei Frühgeborenen stehen im Vordergrund neurologische (z. B. Apathie, muskuläre Hypotonie im Vergleich zum vorherigen Zustand) und respiratorische Symptome (vermehrte Sauerstoffsättigungsabfälle, stimulationsbedürftige Apnoen, steigender Sauerstoffbedarf, Intensivierung der Beatmung), Hypoglykämien sowie abdominelle Probleme (distendiertes Abdomen, Magenreste). Eine rasche Progredienz einer bakteriellen Infektion zum septischen Schock ist

innerhalb von Stunden sowohl bei Früh- als auch bei Reifgeborenen möglich und bei nicht adäquater Therapie häufig. [4] Laboruntersuchungen haben zum Ziel, diejenigen Früh- und Neugeborenen zu identifizieren und frühzeitig zu behandeln, die an einer Infektion erkrankt sind und sie von Früh- und Reifgeborenen mit möglichen Differenzialdiagnosen (z. B. Anpassungsstörungen, Vitium cordis, Stoffwechselstörungen) abzugrenzen. Die Labordiagnostik sollte bereits bei geringem Infektionsverdacht eingeleitet werden, die Ergebnisse sollten schnellstmöglich vorliegen. [4]

Systemische bakterielle Infektionen des Früh- und Reifgeborenen können unterschiedliche Krankheitsbilder verursachen, und es gelten im Vergleich zu älteren Kindern einige Besonderheiten [4]:

- Zu Beginn ist die Symptomatik unspezifisch und entspricht einer systemischen Entzündungsreaktion (Systemic inflammatory response syndrome, SIRS).
- Eine eindeutige Eintrittspforte des Erregers lässt sich oft nicht finden.
- Eine rasche Progredienz zum septischen Schock innerhalb von wenigen Stunden ist möglich und bei nicht adäquater Therapie häufig.
- Bei verzögertem Therapiebeginn besteht ein hohes Risiko für eine Meningitis.

2. Frühgeburt

Bei der Versorgung von Frühgeborenen treten typische Komplikationen auf, die überwiegend auf die funktionelle und strukturelle Unreife der Organsysteme zurückzuführen sind.

ANS (Atemnotsyndrom)

Das RDS (respiratory distress syndrome; Atemnotsyndrom des Frühgeborenen; Surfactantmangelsyndrom) ist charakterisiert durch einen primären Surfactantmangel in einer strukturell unreifen Lunge. Daraus resultiert ein typisches klinisches Erscheinungsbild mit Tachy- und/oder Dyspnoe (Einziehungen, Nasenflügeln), Zyanose sowie expiratorischem Stöhnen. [5]

Der Surfactantmangel führt pathophysiologisch zu einem Kollaps der Alveolen und kleineren Atemwege. Dadurch entsteht eine Fehlventilation der Lunge: atelektatische Areale sind vom Gasaustausch ausgeschlossen, während ventilierte Bereiche überbläht werden. Die resultierenden mechanischen Belastungen verursachen Epithelläsionen und den Austritt von Plasma aus dem vaskulären Kompartiment über das Interstitium in die Gasaustauschräume. Das charakteristische histologische Bild der hyalinen Membranen ist die Folge. [6] Eine zentrale therapeutische Strategie in der Neonatalogie ist die sichere und schonende Beatmung bzw. Atemunterstützung von Frühgeborenen. Historisch entscheidend waren zwei Entwicklungen: Die Einführung exogenen Surfactants, das seit Mitte der 1980er-Jahre verfügbar ist, sowie die antenatale Corticosteroidgabe bei drohender Frühgeburtlichkeit. Ergänzt wurden diese Fortschritte durch erhebliche technische Weiterentwicklungen und neue, weniger invasive Strategien in der neonatologischen Intensivmedizin. Nur dadurch ist es uns möglich, auch extrem unreife Kinder zu versorgen. [7]

Intraventrikuläre Blutungen (IVH) sind eine der schwerwiegendsten Komplikationen bei Frühgeborenen und werden mit neurologischen Folgeerscheinungen und Mortalität in Verbindung gebracht. In den vergangenen Jahrzehnten ist die Rate der IVH aufgrund der verbesserten Intensivversorgung von Neugeborenen gesunken. Bis zu 15–25 % der sehr und extrem frühgeborenen Säuglinge (< 32 bzw. < 28. Schwangerschaftswoche) leiden jedoch immer noch an einer IVH.

Höheres Gestationsalter, antenatale Steroide und Kaiserschnitte vor Beginn der Wehen sind mit einer niedrigeren IVH-Rate verbunden, während RDS, Pneumotho-

rax und Katecholamine ein erhöhtes IVH-Risiko aufweisen. Unabhängig von Gestationsalter/Geburtsgewicht sind Sepsis und ein Persistierender Ductus Arteriosus (PDA) signifikant mit einer höheren IVH-Rate assoziiert. [8]

Apgar-Scores unter 5 nach 5 Minuten, BPD (Bronchopulmonale Dysplasie)/ROP (Retinopathie)/NEK (Nekrotisierende Enterocolitis), mechanische Beatmung und inhalatives Stickstoffmonoxid waren signifikant mit IVH assoziiert. Um die Inzidenz von IVH in dieser Kohorte zu reduzieren, ist eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Neonatologen zwingend erforderlich. [8]

Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

Die nekrotisierende Enterokolitis zählt zu den gefürchtetsten Komplikationen der Neonatologie. Sie stellt die häufigste Todesursache bei Frühgeborenen < 29. Schwangerschaftswoche im Zeitraum zwischen dem 8. und 120. Lebenstag dar [9] und ist mit einer Letalität von etwa 15–30 % verbunden [10]. Klinisch zeigen die betroffenen Kinder häufig ein septisches Krankheitsbild, kombiniert mit abdominalen Symptomen wie Nahrungsunverträglichkeit, Erbrechen und blutigen Stühlen.

Die Pathogenese der NEK ist bislang nicht vollständig geklärt. Gesichert ist jedoch, dass die Ernährung mit humaner Milch das Erkrankungsrisiko signifikant reduziert. Therapeutisch erfolgt, abhängig vom Schweregrad, eine konservative Behandlung oder ein chirurgisches Vorgehen. [11]

Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit

„Wenn Eltern den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen trotz sehr unsicherer Prognose wünschen, ist der konsequente Einsatz der verfügbaren Maßnahmen als Gesamtpaket (antenatale Steroide bei drohender Frühgeburt ggf. ab 21 5/7 Wochen, Tokolyse bis zu ihrem Wirkeintritt, Sectio auch aus kindlicher Indikation, verzögertes Abnabeln) indiziert.“ [12]

Die gelebte Realität ist ein ständiger Austausch zwischen den Eltern, der Geburtshilfe und der Neonatologie auf Augenhöhe. Insbesondere gilt dies für die Grauzone der Lebensfähigkeit zwischen der 22+0

und 23+6 Schwangerschaftswoche. Fester Bestandteil dieses Vorgehens ist das Einleiten einer Comfort-Therapie, wenn sich das Sterben oder ein Überleben mit schwersten Einschränkungen abzeichnet. Hierbei ist der Wille der Eltern führend.

Perspektiven

Kontinuierlich wird an der Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Neu- und Frühgeborenen gearbeitet. Dabei lassen sich mehrere zentrale Säulen identifizieren, die für eine zukunftsorientierte Neonatologie maßgeblich sind.

Umsetzung der Zentralisierung

Wie in vielen anderen Bereichen der Medizin ist auch in der Neonatologie die konse-

quente Durchführung der Zentralisierung von entscheidender Bedeutung, was die Qualität und die Ergebnisse verbessert. Die Einführung der Mindestmengenregelung durch den GBA, die zuletzt im Jahr 2024 verschärft wurde, schreibt diesen Weg verbindlich vor.

Fortschritte in der Intensivmedizin und Medizintechnik

Durch zahlreiche Innovationen hat sich in den vergangenen Jahren die Versorgung der Neugeborenen und insbesondere der Frühgeborenen erheblich verbessert. Beispielhaft sind hier die Applikation von Surfactant unter Spontanatmung, die Optimierung der Beatmungsgeräte sowie deutlich leistungsfähigere Ultraschallgeräte zu nennen. Einen weiteren zentralen

Infobox: Versorgungsstufen Neonatologie

Versorgungsstufe I:

Perinatalzentrum Level 1

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW.
- Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen.
- Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozenen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.

Versorgungsstufe II:

Perinatalzentrum Level 2

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1.250 bis 1.499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis ≤ 31 + 6 SSW.

- Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils.
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Versorgungsstufe III:

Perinataler Schwerpunkt

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 36 + 6 SSW.
- Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts).
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Versorgungsstufe IV:

Geburtsklinik, ohne neonatologische Versorgungseinheit:

- Schwangere ab 37 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen und ohne eines der genannten Kriterien für die Aufnahme in die Versorgungsstufen I bis III.

Zukunftsaspekt stellt die zunehmende Anwendung von Verfahren des maschinellen Lernens in der Medizin dar. Dieser Weg muss weiter beschritten werden.

Familienzentrierung

Eltern werden nicht als Besucher, sondern als integraler Teil des Behandlungsteams betrachtet. Dies zeigt sich u. a. in der Einbindung in die tägliche Pflege als auch in der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making). Dabei obliegt dem Fachpersonal die Aufgabe, die Familie anzuleiten und ihre Kompetenzen gezielt zu stärken.

Flächendeckende Etablierung von Frauenmilchbanken durch Netzwerke

Humane Milch ist unbestritten der Goldstandard für die Ernährung von Neugeborenen. Steht keine maternale Milch zur Verfügung, stellt gespendete Frauenmilch die adäquate Alternative dar. Dies erfordert jedoch den konsequenten Aus-

bau der Infrastruktur. Insbesondere die neue EU-SoHO-Verordnung stellt erhöhte regulatorische Anforderungen an die Banken. Diese logistischen und qualitätssichernden Hürden lassen sich effizient nur durch die Bündelung von Kompetenzen in überregionalen Netzwerken meistern.

Herausforderungen in der pflegerischen und ärztlichen Ausbildung

Bei der Ausbildung von pflegerischem und ärztlichem Personal müssen neue Wege ausgebaut werden. Notfälle treten verhältnismäßig selten auf. Durch immer verbesserte Trainingsmodelle und Simulatoren kann dies jedoch kompensiert werden. Um den besonderen Anforderungen des neonatologischen Patientenkontextes gerecht zu werden, sind gezielte Spezialisierung und Fachweiterbildungen in der Pflege und der ärztlichen Ausbildung unerlässlich.

Dr. med. Georg Frey

Direktor der Klinik
für Neonatologie,
Darmstädter
Kinderkliniken
Prinzessin Margaret



Foto: privat

Dr. med. Ulrich Rochwalsky

Klinik für Kinder-
und Jugendmedizin,
Neonatalogie
Universitätsmedizin
Frankfurt



Foto: Helmut Hahn

Kontakt via E-Mail: haebl@laekh.de

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

Multiple-Choice-Fragen: Neonatalogie

VNR: 2760602026310950005

(je eine Antwort ist richtig)

1. Welcher Faktor erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine Hirnblutung bei Frühgeborenen:

- 1) Antenatale Steroide
- 2) Kaiserschnitte vor Beginn der Wehen
- 3) Höheres Gestationsalter
- 4) Die Gabe von Katecholaminen

2. Welche der folgenden evidenzbasierten Praktiken trägt nicht zur Verbesserung der Mortalität und Morbidität extremer Frühgeborener bei:

- 1) Geburt in einem Perinatalzentrum.
- 2) Verabreichung von pränatalen Kortikosteroiden.
- 3) Vorbeugung von Unterkühlung (Temperatur bei der Aufnahme in die Neugeborenenstation $\geq 36^{\circ}\text{C}$).
- 4) Surfactantgabe innerhalb von zwei Stunden nach der Geburt oder/und ein

früher nasaler kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck.

5) Hypothermie-Behandlung.

3. Welche Schwangeren bedürfen nicht unbedingt einer Entbindung im Perinatalzentrum I?

- 1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm oder mit einem Gestationsalter $< 29 + 0$ SSW.
- 2) Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter $< 33 + 0$ SSW.
- 3) Schwangere mit pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist.

4) Schwangere in der 35. Woche mit fetaler Wachstumsretardierung zwischen dem 3. und 10. Perzentil.

4. Was ist kein Risikofaktor für die Entstehung einer Nekrotisierenden Enterokolitis?

- 1) Frühgeburtlichkeit
- 2) Langer Einsatz von Antibiotika
- 3) Lange Beatmung
- 4) Ernährung mit Muttermilch
- 5) Prolongierter Kostaufbau

5. Was erhöht die Wahrscheinlichkeit bei Frühgeborenen, eine IVH zu erleiden?

- 1) Reife
- 2) Kreislaufstabilität
- 3) Infektion
- 4) Ein geschlossener Ductus arteriosus am Lebenstag 3
- 5) Schneller enteraler Kostaufbau

6. Wie ist die Neugeborenenperiode definiert?

- 1) 1.–14. Lebenstag
- 2) 1.–21. Lebenstag
- 3) 1.–28. Lebenstag
- 4) 7.–35. Lebenstag
- 5) 1.–30. Lebenstag

7. Ab welchem Gestationsalter gilt ein Kind als Frühgeborenes?

- 1) < 35+0 Schwangerschaftswochen
- 2) < 36+0 Schwangerschaftswochen
- 3) < 37+0 Schwangerschaftswochen
- 4) < 38+0 Schwangerschaftswochen

5) < 39+0 Schwangerschaftswochen

8. Was ist die Hauptursache des Atemnotsyndroms (RDS) beim Frühgeborenen?

- 1) Infektionen
- 2) Lungenentzündung
- 3) Surfactantmangel
- 4) Herzfehler
- 5) Zwerchfellhernie

9. Welche Aussage zur neonatalen Sepsis ist korrekt?

- 1) Sie zeigt immer spezifische Symptome.

2) Sie betrifft nur Reifgeborene.

3) Sie verläuft meist langsam.

4) Sie kann innerhalb von Stunden zum Schock führen.

5) Sie ist selten lebensbedrohlich.

10. Was bedeutet „eutroph“ in Bezug auf das Geburtsgewicht?

- 1) Unterhalb der 5. Perzentile
- 2) Unterhalb der 10. Perzentile
- 3) Zwischen der 10. und 90. Perzentile
- 4) Oberhalb der 90. Perzentile
- 5) Oberhalb der 97. Perzentile

Curriculum „Leitende Notärztin/Leitender Notarzt“

Langjährige Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr Kassel wird fortgesetzt

Spätestens nach dem schweren Unglück beim Flugtag in Ramstein mit 70 Todesopfern im August 1988 wurde deutlich, dass notärztliche Führungskräfte mit entsprechender Ausbildung für solche und ähnliche Situationen flächendeckend und 24/7 zur Verfügung stehen müssen.

Seit mehr als 25 Jahren führt die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit der Berufsfeuerwehr Kassel die Grund- und Aufbau Seminare für Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte (LNÄ) gemäß den jeweils aktuellen Vorgaben der Bundesärztekammer (BÄK) durch.

Das aktuelle BÄK-Curriculum (seit 2024) ist auf 50 Unterrichtseinheiten angewachsen und berücksichtigt dabei auch regionale Besonderheiten.

In Hessen wird seit mehreren Jahren mit Blended Learning (integriertes Lernen) gearbeitet und klassischer Präsenzunterricht mit E-Learning effektiv kombiniert.



Foto: Gerd Appel

Demonstration und Hands-on: Rettungsmittel der Feuerwehr auf dem Hof der Feuerwache 1: Drehleiter, Kranrettungskorb, Höhenretter.

Nach einer dreiwöchigen E-Learning Phase werden den zukünftigen LNÄ auf der Feuerwache 1 in Kassel innerhalb einer Woche von erfahrenen Referentinnen und Referenten aus ganz verschiedenen Berei-

chen die erforderlichen medizinischen, taktischen, rechtlichen und technischen Kenntnisse vermittelt.

Dabei wird großer Wert auf Praxisnähe und kollegialen Austausch gelegt; die Kolleginnen und Kollegen im Kurs müssen Fachärztinnen bzw. Fachärzte mit umfangreicher notärztlicher und intensivmedizinischer Erfahrung sein, die hier ihr Wissen erweitern.

Wir müssen heute jederzeit mit Ereignissen rechnen, die unser Versorgungssystem auf das Äußerste fordern – hochqualifizierte Führungskräfte sind somit wichtiger denn je.

Dr. med. Gerd Appel

Seminar Leitende Notärztin/Leitender Notarzt

Termin: Präsenz: 05.–09.04.2027 in Kassel
E-Learning: ab 15.03.2027

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

Kurzlink: <https://t1p.de/2ah2l>



www.akademie-laekh.de

Versorgung zwischen Bedarf und Realität

Symposium zu ME/CFS und Long Covid



Fotos: Viktoria Jakobs

Gruppenfoto von der Podiumsdiskussion. Von links: MdL Kathrin Anders, Martin Till, Prof. Dr. Ulf Seifart, Dr. Patrick Schunda, Dr. Claudia Ebel, Dr. Harald Herholz und Dr. Peter Zürner.

Wie kann man die Versorgung von ME/CFS und Long Covid in Hessen verbessern? Über Versorgungslücken, Erfolgsbeispiele und Lösungsansätze diskutierten Vertreterinnen und Vertreter der betroffenen Interessensgruppen auf dem Symposium der Landtagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen Anfang September in Wiesbaden.

Mehr Sichtbarkeit für ME/CFS und Long Covid

Allein im Jahr 2025 kosteten Long Covid und ME/CFS den deutschen Staat laut einer Studie der ME/CFS Research Foundation 64,4 Milliarden Euro, das sind 1,44 % des Bruttoinlandsprodukts.¹ Doch trotz der großen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen wird immer noch viel zu selten über diese Erkrankungen gesprochen. Das wollte das Bündnis 90/Die Grünen in Hessen ändern und organisierte Anfang September ein Symposium zu ME/CFS und Long Covid. Im hessischen Landtag kamen Fachleute und Betroffene zusammen, um über die aktuelle Versorgungssituation und notwendige Verbesserungen zu diskutieren.

Doch was ist ME/CFS eigentlich? Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fati-

gue Syndrom ist eine meist lebenslange Erkrankung, die häufig nach einer Infektion beginnt. Kernmerkmal der Erkrankung ist die Post-Exertionelle Malaise (PEM), eine oft zeitverzögert eintretende und persistierende Zustandsverschlechterung nach bereits geringer körperlicher, emotionaler oder kognitiver Belastung. Weitere typische Symptome sind unter anderem Fatigue, Reizempfindlichkeit, kognitive Einschränkungen („Brain Fog“), Schmerzen und Kreislaufprobleme.

In Deutschland leben geschätzt 1,4 Mio. Menschen mit diesen postinfektiösen Krankheiten, davon rund 750.000 mit Long Covid und etwa 650.000 mit ME/CFS. Je nach Schweregrad der Erkrankung können die Betroffenen ihren Alltag mit wenigen Einschränkungen bewältigen oder sind dauerhaft an Haus und Bett gebunden sein.

Betroffene stärker einbinden

Doch die Behandlung von ME/CFS ist schwierig: Bislang gibt es kein zugelassenes Medikament und keine evidenzbasierte kurative Therapie. Während Rehabilitation zum Beispiel bei Long Covid hilfreich sein kann, kann sie bei Patientinnen und Patienten mit ME/CFS aufgrund von PEM

häufig zu anhaltender Verschlechterung führen, insbesondere, wenn die rehabilitierenden Maßnahmen bereits die individuellen Belastungsgrenzen überschreiten. Die Behandlung konzentriert sich daher meist auf Pacing, ein bewusstes Energiemanagement mit dem Ziel, die individuellen Belastungsgrenzen nicht zu überschreiten, und auf die Therapie individueller Symptome. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist hier eher schädlich.

Als Hauptproblem erleben Betroffene vor allem die späte oder fälschliche Diagnose. „Der Arzt oder die Ärztin sieht die Patientinnen und Patienten nie in ihrem schlimmsten Zustand“, erklärte Dr. med. Claudia Ebel vom Fatigatio e. V. Die Verschlechterung durch PEM trete erst zeitverzögert ein, wobei die Erkrankten dann oft zu erschöpft seien, um eine Arztpraxis aufzusuchen. Hinzu kommt, dass es bislang keinen spezifischen Biomarker gibt, mit dem sich ME/CFS eindeutig nachweisen lässt. Laut Einschätzung der Patientenverbände erschwere der unzureichende Wissensstand zu den Krankheiten in der Ärzteschaft die Diagnosestellung zusätzlich.

Dabei kann eine späte Diagnose oder ein Bagatellisieren der Symptome weitreichende Folgen für die Betroffenen haben.

¹ <https://mecfs-research.org/costreport-long-covid-and-mecfs/>

Ein großer Teil der ME/CFS-Erkrankten ist nicht oder nur bedingt arbeitsfähig, viele haben sogar einen Pflegegrad. Dabei belastet die Erkrankung nicht nur die Betroffenen selbst, denn häufig übernehmen Angehörige Pflege, Papierkram und Bewältigung des Alltags.

Gerade für Kinder ist eine Erkrankung mit ME/CFS oder Long Covid besonders folgeschwer. „Kindheit lässt sich nicht nachholen“, sagte Katharina Dietz-Michalski von Nichtgenesekids e. V. Betroffene Kinder können nicht regulär am Schulunterricht teilnehmen. Neben dem Verlust sozialer Kontakte und den Auswirkungen auf die soziale Entwicklung schmälert eine eingeschränkte Bildung auch die späteren beruflichen Chancen.

Die in Hessen bestehenden Versorgungsangebote leisteten wichtige Arbeit, reichten angesichts des Bedarfs jedoch nicht aus und seien teilweise nicht gut genug auf die Bedürfnisse der Erkrankten zugeschnitten, so Ebel. Aus Sicht der Patientenverbände besteht insbesondere beim Wissen über ME/CFS und Long Covid in der hausärztlichen Versorgung sowie bei telemedizinischen Angeboten für bettgebundene Betroffene weiterer Bedarf.

Die Verbände plädierten deshalb dafür, Betroffene stärker in die Entwicklung von Versorgungsstrukturen einzubinden. Ihre Erfahrung könne dazu beitragen, bestehende Versorgungslücken zu identifizieren und Angebote gezielter an den tatsächlichen Bedürfnissen der Erkrankten auszurichten.

Entscheidend sei dabei ein systemischer Blick auf die Erkrankung, so Ebel, denn die Versorgung von ME/CFS und Long Covid Erkrankten ende nicht beim einzelnen Arzt-Patientenkontakt. Sie müsse auch die Auswirkungen auf Schule bzw. Beruf, Familie und soziale Teilhabe berücksichtigen.

Ein Ansprechpartner statt vieler Schnittstellen

In Hessen existiert bereits ein Versorgungszentrum, das diesen systemischen Ansatz umsetzt: das PEDNET-LC Comprehensive Care Center für Kinder und Jugendliche am Klinikum Kassel.

Dr. med. Nina Kollmar, die Ko-Projektleiterin des durch Bundesmittel finanzierten Kompetenzzentrums, stellte beim Sympo-

sium den ganzheitlichen Ansatz der pädiatrischen Einrichtung vor: „Wir begleiten durch Diagnostik und Therapie und bieten mit unserem interdisziplinären Team Unterstützung für Fragen und Sorgen rund um Freizeit, Schule, Sozialrecht und Familie.“

Telemedizinische Angebote und Hausbesuche bei Bedarf ermöglichen eine bedarfsgerechte Versorgung. Aber auch für die Angehörigen der Betroffenen ist es eine große Entlastung, dass das Kompetenzzentrum als alleiniger Ansprechpartner für alle ME/CFS- und Long Covid-bezogenen Fragen beratend zur Seite steht. „Wir beraten aber auch Schulen und Ämter, sodass diese für den Umgang mit erkrankten Kindern und ihre besonderen Bedürfnisse sensibilisiert werden“, fügte Kollmar hinzu, „denn Bildung dürfe nicht an einer chronischen Krankheit scheitern.“

Für Hessen und darüber hinaus brauche es weitere Kompetenzzentren und insbesondere mehr aufsuchende Versorgung, um auch Betroffene zu erreichen, die den Weg in eine Arztpraxis nicht aus eigener Kraft bewältigen können. Gleichzeitig müsse die Finanzierung der bestehenden Zentren auch nach Ablauf des Förderzeitraums gesichert werden.

Zwischen Wartezeiten und Versorgungslücken

Für Kinder mit ME/CFS oder Long Covid gibt es in Hessen damit zumindest ein ganzheitliches Kompetenzzentrum. Für Erwachsene ist die Versorgungslage schwieriger. Abgesehen davon, dass ein Großteil der Betroffenen Off-Label Medikamente und Therapien selbst bezahlt,

Materialien und Fortbildungsangebote zu ME/CFS

Webinar am 4.11.2026: „ME/CFS erkennen und versorgen – Wissen kompakt“

von 18 bis 20 Uhr, Veranstalter: Charité Fatigue Centrum, wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. med. Carmen Scheibbogen (Charité Berlin). Die Teilnahme ist kostenlos, zertifiziert mit 4 CME-Punkten. Lernerfolgskontrolle online. Anmeldung unter: <https://www.mecfs.de/informationen-fuer-aerztinnen-und-aerzte/onlinefortbildung/> oder via Kurzlink: <https://t1p.de/5inca>

Ein On-Demand-Webinar „ME/CFS in Praxis und Forschung“ kann jederzeit abgerufen werden. Link: <https://www.mecfs.de/informationen-fuer-aerztinnen-und-aerzte/on-demand-fortbildung/> Kurzlink: <https://t1p.de/pdn2y>

Deutschsprachige Angebote:

- CME-Artikel im Hessischen Ärzteblatt: „Fatigue-Syndrom bei Covid-19-Patienten: Nur ein Symptom oder ein Krankheitskomplex?“, Heft 03/2023: Kurzlink: <https://t1p.de/0v10n>

- Materialien der Gesellschaft für ME/CFS
 - Daten und Fakten: <https://www.mecfs.de/was-ist-me-cfs>
 - Praxisleitfaden: <https://praxisleitfaden.mecfs.de/mecfs>
- Materialien der Medizinischen Universität Wien: <https://www.meduniwien.ac.at/web/forschung/projekte/computer-based-clustering-of-chronic-fatigue-syndrome-patients/allgemeine-informationen/>
- Materialien der österreichischen Gesellschaft für ME/CFS: <https://mecfs.at/aerztinnen/>
- Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00508-024-02372-y>

Weitere Links zu englischsprachigen Angeboten finden sich online im Literaturverzeichnis zu dieser Ausgabe.

Link und QR-Code führen dorthin:

www.laekh.de/Literatur112026





Dr. med. Peter Zürner, Landesärztekammer Hessen

sind Termine bei Fachärzten oder Kliniken schwer zu bekommen.

In der Post-Covid-Ambulanz des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UKGM) liegt die durchschnittliche Wartezeit beispielsweise bei 14 Monaten. Die Post-Covid-Ambulanz der Universitätsmedizin Frankfurt kann laut Prof. Dr. Maria Vehreschild etwa 100 Patientinnen und Patienten pro Quartal behandeln. Die vorhandenen Kapazitäten seien dabei größer, würden aber durch die Abrechnungsmöglichkeiten begrenzt.

Unter dem aktuellen Finanzdruck hätten die Ärzte bei weitem nicht genug Zeit, um auf die individuellen Symptome und Bedürfnisse der ME/CFS- und Long Covid-Erkrankten einzugehen. Dazu komme, dass Menschen mit ME/CFS oder Long Covid auf den meisten Stationen deutscher Krankenhäuser nicht adäquat behandelt werden könnten. Die starke Licht-, Reiz- und Berührungsempfindlichkeit, unter der viele Patientinnen und Patienten leiden, erschwerten die Untersuchungen und machten einen stationären Aufenthalt für viele Betroffene zur zusätzlichen Belastung. Dazu komme der interdisziplinäre Betreuungsaufwand – durch die Vielfalt an Symptomen und Komorbiditäten sei die Behandlung durch eine einzige Person oft nicht zu leisten.

Es brauche mehr ambulante Schwerpunktzentren und Versorgung, die zu den Erkrankten komme, forderte Dr. med. Elisabeth Schieffer vom UKGM. Aber auch für die besonderen Anforderungen schwer erkrankter und bettlägeriger Menschen fehlten aktuell die geeigneten stationären Strukturen.

Versorgung und Forschung zusammendenken

Wie solche Strukturen aussehen könnten, das müsse man erst erforschen. Doch obwohl die Krankheiten schon seit Jahrzehnten bekannt sind, steckt die Forschung zu ME/CFS und Long Covid noch in den Kinderschuhen. Ein Grund dafür ist die lange Zeit begrenzte Forschungsförderung.

Ende des Jahres 2025 rief die Bundesregierung die Nationale Dekade gegen postinfektiöse Erkrankungen aus. Zwischen 2026 und 2036 sollen 500 Mio. Euro in Forschungs- und Versorgungsprojekte fließen, um Ursachen und Krankheitsmechanismen zu erforschen und neue Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Einige der geförderten Forschungsprojekte wurden auch auf dem Symposium vorgestellt. Die MIRACLE-Studie des Zentrums für Postinfektiöse Syndrome (CEPIS) am UKGM untersucht unter anderem Ursachen und Krankheitsmechanismen von ME/CFS und sucht nach Biomarkern für eine Erleichterung der Diagnosestellung. Andere Forschungsprojekte befassen sich mit möglichen Therapien. Vehreschild stellte die Studien RAPID-REVIVE und RAPID-ELAPSE vor, die verschiedene Therapieansätze bei Long Covid untersuchen. Sowohl Vehreschild als auch Dr. med. Elisabeth Schieffer vom UKGM hoben in ihren Vorträgen die besondere Bedeutung von Universitätskliniken hervor. Das Zusammenspiel von Forschung und Versorgung an einem Standort berge enormes Potenzial für medizinischen Fortschritt. Daher dürften beide Faktoren nicht von einander getrennt gedacht werden.



Dr. Claudia Ebel, Fatigatio e. V.

Schieffer regte zudem an, an Universitätskliniken in Zukunft auch Modellstationen für die stationäre Versorgung sowie geeignete Pflege- und Wohnformen zu erproben.

Für eine gute Patientenversorgung reicht Forschung allein jedoch nicht aus. Entscheidend ist auch die Frage, wie das erworbene Wissen in die medizinische Praxis gelangt.

Wissen aufbauen, bündeln und verstetigen

Wie Wissen gebündelt und in wirksame Strukturen überführt werden kann, zeigt das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome der Medizinischen Universität Wien in Österreich.

Das seit 2024 bestehende Referenzzentrum ist nicht primär auf die direkte Patientenversorgung ausgerichtet. Stattdessen besteht die Hauptaufgabe des Zentrums in der Aufbereitung und Bereitstellung von Wissen zu postviralen Syndromen. Dazu gehören insbesondere die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, die Entwicklung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen für politische wie fachliche Entscheidungsträger sowie die Förderung der nationalen und internationalen Zusammenarbeit.

Prof. Dr. Kathryn Hoffmann aus dem Leitungsteam des Referenzzentrums teilte beim Symposium zentrale Erkenntnisse vom Aufbau der Einrichtung.

Neben einem klar definierten Aufgabenprofil und transparenten Rahmenbedingungen sei der Austausch zwischen Versorgung und Kostenträgern ein wichtiger Faktor ihrer Arbeit. In Österreich gebe es drei Sozialversicherungen, mit denen das Referenzzentrum unter anderem zu Abrechnungsmöglichkeiten, Zusatzuntersuchungen und bei langen Wartezeiten auf Termine in engem Kontakt stehe. In Deutschland sei ein solcher Austausch aufgrund der Vielzahl an Sozialversicherungen vermutlich etwas komplexer, mutmaßte Hoffmann augenzwinkernd.

Um gewonnenes Wissen aber nicht nur zu bündeln, sondern es nachhaltig in die Fläche zu bringen, sei zudem die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals von zentraler Bedeutung, betonte Hoffmann. Ärztinnen und Ärzte müssten

Erkrankungen und Symptome kennen und in der Lage sein, auch unterschiedliche Kombinationen von Symptomen als zusammenhängendes Krankheitsbild zu erkennen. Das Referenzzentrum setze deshalb auf Schulungen und Fortbildungen an Universitäten und Hochschulen.

Podiumsdiskussion: Viele Akteure, ein Versorgungssystem

Zum Abschluss diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus Ärzteschaft, Forschung, Versorgungszentren, Kostenträgern und Patientenvertretungen über die bestehenden Herausforderungen. Dabei wurde deutlich, dass die Versorgungsprobleme von Menschen mit ME/CFS und Long Covid nicht allein medizinischer Natur sind. Sie betreffen ebenso die Ausbildung, Begutachtung, Finanzierung und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen.

Ein zentraler Punkt der Diskussion war die medizinische Aus- und Weiterbildung und das aktuell mangelnde Wissen zu ME/CFS und Long Covid unter Ärztinnen und Ärzten. Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, verwies auf bestehende Fortbildungsangebote und kündigte weitere Formate an. Geplant sei unter anderem ein Runder Tisch zum Thema. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wolle die Erkrankung bei Hausärztinnen und Hausärzten stärker in den Fokus rücken und über bestehende Abrechnungs- und Behandlungsmöglichkeiten informieren. Ebel forderte darüber hinaus, ME/CFS stärker in die hausärztliche Ausbildung zu integrieren und Patientenorganisationen an der Entwicklung entsprechender Curricula zu beteiligen.

Auch die Begutachtung der Erkrankten stellt die beteiligten Institutionen vor besondere Herausforderungen. Dr. med. Patrick Schunda, Leitender Arzt Medizinischer Dienst Hessen, erklärte, dass eine punktuelle Begutachtung bei ME/CFS nicht ausreiche. Neben medizinischen Unterlagen würden deshalb auch die Dokumentation behandelnder Ärztinnen und Ärzte sowie Angaben von Angehörigen berücksichtigt.

Bei den Themen Rehabilitation und Erwerbsminderung wurde ebenfalls deut-



Dr. Nina Kollmar, PEDNET-LC Kompetenzzentrum Kassel

lich, dass bestehende Strukturen nicht ohne Weiteres auf Menschen mit ME/CFS übertragbar sind. Prof. Dr. med. Ulf Seifart, Ärztlicher Direktor der Klinik Sonnenblick in Marburg, sprach sich für Reha-Angebote aus, die stärker auf die individuellen Bedürfnisse und Belastungsgrenzen der Erkrankten ausgerichtet sind.

Ein letzter Schwerpunkt war die Finanzierung der Versorgung. Die Behandlung von Menschen mit ME/CFS erfordert häufig mehr Zeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein regulärer Arztkontakt. Gleichzeitig sind viele bestehende Strukturen projektbezogen und damit zeitlich begrenzt. Aus Sicht der Patientenverbände besteht deshalb die Gefahr, dass mit dem Ende einzelner Projekte auch aufgebautes Wissen und Versorgungsstrukturen verloren gehen. Vertreter der Kostenträger versprochen, bereits ihr Möglichstes zu tun, verwiesen jedoch auf beste-



Moderatorin MdL Kathrin Anders, Bündnis 90/Die Grünen

hende Prozesse und die damit verbundenen zeitlichen Anforderungen.

Trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten und Perspektiven zeigte die Diskussion auch gemeinsame Ansatzpunkte. Ebel appellierte abschließend an die beteiligten Akteure, stärker miteinander und mit den Erkrankten ins Gespräch zu kommen. „Wir wissen aus eigener Erfahrung, wo die Versorgung funktioniert und wo nicht“, stellte sie fest und schloss dann: „Wir alle hier wollen die Versorgung von ME/CFS und Long Covid verbessern. Jetzt ist es an der Zeit, den Worten Taten folgen zu lassen!“

Fazit: Was jetzt erforderlich ist

Das Symposium zeigte, dass in Hessen bereits erste Strukturen für die Versorgung von Menschen mit ME/CFS und Long Covid bestehen, der Bedarf jedoch weiterhin deutlich größer ist. Für eine nachhaltige Verbesserung braucht es insbesondere mehr medizinische Aus- und Weiterbildung, spezialisierte und aufsuchende Versorgungsangebote sowie eine engere Verzahnung von Versorgung und Forschung. Bestehende Modelle wie das PEDNET-LC Kassel oder die Post-Covid-Ambulanzen an den Universitätskliniken Frankfurt und Gießen-Marburg sollten verstetigt und ausgebaut werden. Eine stärkere Einbindung von Patientenorganisationen kann dabei helfen, Versorgungsangebote besser an den tatsächlichen Bedürfnissen der Erkrankten auszurichten. Entscheidend wird zudem sein, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheits- und Sozialsystem weiter zu verbessern und Wissen langfristig in der Versorgung zu verankern.

Seit der Corona-Pandemie haben ME/CFS und Long Covid deutlich mehr Aufmerksamkeit bekommen und auch die Versorgung hat sich weiterentwickelt. Nun gilt es, diese Strukturen langfristig zu sichern und weiter auszubauen.

Viktoria Jakobs

Programm, Folien und Links zu Videos aus dem Symposium finden sich unter: <https://www.gruene-hessen.de/landtag/mecfs-und-long-covid-symposium/>
Kurzlink: <https://t1p.de/1hdw4>

Wenn Angehörige die Versorgung mittragen

Ein Gespräch mit Mitgliedern einer ME/CFS-Selbsthilfegruppe im Wetteraukreis

Schwere ME/CFS betrifft nicht nur die Erkrankten selbst. Die Multisystemerkrankung kann mit einer erheblichen Einschränkung der körperlichen und kognitiven Belastbarkeit einhergehen. Charakteristisch ist die Post-Exertionelle Malaise (PEM), eine Verschlechterung der Symptomatik nach Belastung. Wenn alltägliche Aktivitäten kaum oder nicht mehr möglich sind, übernehmen Angehörige häufig einen erheblichen Teil der Versorgung und Organisation.

Im Wetteraukreis hat sich im Frühjahr 2026 eine Selbsthilfegruppe für Angehörige und Pflegende von schwer an ME/CFS erkrankten Menschen gegründet. Rund 15 Mitglieder tauschen sich regelmäßig über ihre Erfahrungen aus. Die Gruppe richtet sich an Angehörige von Menschen, die aufgrund ihrer schweren Erkrankung selbst kaum oder nicht mehr an Selbsthilfeangeboten teilnehmen können. Drei Mitglieder haben mit uns über ihren Alltag, die medizinische Versorgung und die Herausforderungen für ihre Familien gesprochen.

„Selbst als Arzt, der einigermaßen gut vernetzt ist, habe ich große Schwierigkeiten, adäquate Hilfe und Beratung zu erhalten.“

Initiiert wurde die Gruppe von Dr. med. Wolfgang Pilz und seiner Frau. Der Facharzt für Allgemeinmedizin kennt ME/CFS aus zwei Perspektiven. Bis vor einem Jahr war er in Friedberg-Ockstadt hausärztlich niedergelassen und betreute dort auch Menschen mit ME/CFS. Auch seine Tochter ist schwer erkrankt.

„Es gab in unserer Familie große Probleme, mit dieser Krankheit strukturiert umzugehen“, berichtet Pilz. „Selbst als Arzt, der einigermaßen gut vernetzt ist, habe ich große Schwierigkeiten, adäquate Hilfe und Beratung zu erhalten.“

Zu den Mitgliedern gehören Katharina Seidel, die ihren 25-jährigen, schwer an ME/CFS erkrankten Sohn pflegt, und Martina Bergmann, deren Ehemann seit 2023

erkrankt ist. Die Namen beider Frauen wurden auf ihren Wunsch geändert.

Ein Alltag, der sich nicht planen lässt

Katharina Seidel pflegt ihren Sohn seit rund drei Jahren zu Hause. „Unser Sohn liegt rund um die Uhr in einem vollständig abgedunkelten Zimmer mit weitgehender Geräuschreduktion. Wir kämpfen uns so durch den Alltag“, berichtet sie. Die Hausarztpraxis führe Hausbesuche durch, da ihr Sohn nicht transportfähig sei.

Auch die Pflege lasse sich kaum nach festen Zeiten organisieren. Ihr Sohn schlafe manchmal 13 Stunden am Stück, manchmal nur zweimal eine halbe Stunde mit unterschiedlich langen Pausen. Pflege, Essen und mögliche kurze soziale Kontakte richteten sich danach, wann er wach und dazu in der Lage sei: „Es ist nicht kalkulierbar, nicht einschätzbar. Wir können nichts planen.“

Ihr Sohn hat Pflegegrad 4. Einen Pflegedienst, der mit dem nicht planbaren Schlaf-Wach-Rhythmus umgehen könne, habe die Familie nicht gefunden. „Wir bräuchten eine Unterstützung – wobei ich kaum formulieren kann, was uns tatsächlich helfen würde. Auch die bestehenden Strukturen helfen nicht weiter, weil diese Patienten etwas anderes brauchen, als das System im Moment zu bieten hat.“

Martina Bergmann versorgt ihren seit 2023 erkrankten Ehemann allein. Sein Zustand habe sich schleichend verschlechtert. „Duschen ist vielleicht alle paar Monate mal möglich. Die längste Phase, in der gar nichts ging, dauerte ein halbes Jahr.“

Im Alltag versucht ihr Mann, seine Aktivitäten an die jeweils verfügbare Belastbarkeit anzupassen. Bergmann spricht vom Pacing, also dem bewussten Einteilen und Begrenzen von Aktivitäten, um Überlastungen und eine dadurch ausgelöste PEM möglichst zu vermeiden. Besonders schwierig sei das, wenn es ihm vorübergehend etwas besser gehe: „Wenn er einmal etwas mehr Energie hat, kommen sofort

tausend Ideen, was er machen könnte. Dann kann es passieren, dass er sich übernimmt – und anschließend wieder wochenlang unter schlimmsten Schmerzen, neuen Symptomen, Schluckbeschwerden, massiven Kopfschmerzen oder Schwindelattacken leidet.“

„Duschen ist vielleicht alle paar Monate mal möglich. Die längste Phase, in der gar nichts ging, dauerte ein halbes Jahr.“

Pflege, Beruf und finanzielle Belastung

Die Versorgung wirkt sich auch auf die Berufstätigkeit der Angehörigen aus. Bergmann könne aufgrund der Versorgungssituation kaum mehr arbeiten. Seidel arbeitet teilweise zwischen nächtlichen Pflegeeinsätzen für ihr Redaktionsbüro. „Wenn mein Piepser geht, dann stehe ich auf, und wenn es halb vier ist. Und zwischendurch lektoriere ich und mache meine Arbeit.“

Hinzu kommen finanzielle Belastungen. Seidel beziffert die monatlichen Kosten für Medikamente und spezielle Ernährung ihres Sohnes auf rund 1.000 Euro. Bergmann berichtet von selbst finanzierten Pflegehilfsmitteln. „Wir zahlen derzeit alles selbst und leben von unseren Ersparnissen.“

Für November hat Seidel eine Reha für pflegende Angehörige bewilligt bekommen. Währenddessen werde ihr Mann Urlaub nehmen und die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld werde während ihrer Abwesenheit nach ihrer Schilderung deutlich gekürzt.

Erfahrungen mit medizinischer Versorgung und Begutachtung

Probleme erleben die Angehörigen auch in der medizinischen Versorgung und bei Begutachtungen. Bergmann berichtet von Situationen, in denen Beschwerden ihres Mannes aus ihrer Sicht nicht ausreichend berücksichtigt oder vorschnell psychisch eingeordnet worden seien. Auch inner-

halb der Selbsthilfegruppe würden solche Erfahrungen immer wieder thematisiert, berichtet sie.

Seidel schildert ein Beispiel aus der Versorgung ihres Sohnes. Während einer Hitzeperiode habe er aufgrund von Schmerzen und Kraftlosigkeit nicht mehr selbstständig trinken können. Die Hausärztin verordnete eine Trinkhilfe mit Schlauch und Rückschlagventil. Im Antragsverfahren sei zunächst ein logopädisches Gutachten innerhalb von zehn Tagen verlangt worden – obwohl ihr Sohn nicht transportfähig gewesen sei. Später sei eine psychosomatische Ursache angenommen und Psychotherapie empfohlen worden.

„Es war heiß und ich bin stündlich zu meinem Sohn gegangen, um ihm zu trinken zu geben. Sechs Wochen lang, stündlich, tags wie nachts.“ Die Trinkhilfe sei schließlich abgelehnt worden. „Es ging ums Trinken, es ging um ein Grundbedürfnis.“

Auch Pilz berichtet von Situationen, in denen er Kenntnisse über ME/CFS vermisst habe. Bei einer Pflegebegutachtung seiner Tochter habe die Familie daher ausdrücklich um jemanden mit entsprechender Erfahrung gebeten. Auch bei ärztlichen Kontakten seiner Tochter habe er den Eindruck gewonnen, dass Kenntnisse über das Krankheitsbild nicht immer ausreichend vorhanden seien.

Neben der Versorgung von ME/CFS selbst ergeben sich für schwer Erkrankte weitere praktische Probleme. Seidels Sohn könne beispielsweise seit drei Jahren keine Zahnarztpraxis aufsuchen. „Da stehen wir ein bisschen ratlos davor: Kann mein Sohn jetzt sein Leben lang schlimmstenfalls nicht mehr zahnärztlich versorgt werden?“

Zwischen Therapieversuchen und fehlender Orientierung

Fehlende Orientierung erleben die Familien auch bei der Suche nach Behandlungen. Bergmann berichtet von unterschiedlichen Therapieansätzen, die innerhalb der Community diskutiert würden. Sie wünscht sich mehr Forschung zu möglichen Untergruppen von ME/CFS und gezielteren Behandlungsmöglichkeiten.

Pilz beschäftigt insbesondere die Vielzahl der ausprobierten Mittel. „Für mich ist die

Polymedikation ein großes Problem. Wir brauchen mehr Orientierung dazu, was evidenzbasiert ist und was nicht.“ Hinzu kämen hohe private Ausgaben für Off-Label-Medikamente, IGeL-Leistungen und Untersuchungen, die nach seiner Erfahrung schnell fünfstelligen Beträge erreichen könnten. Für Erkrankte ohne entsprechende finanzielle Unterstützung durch ihre Familien sieht er darin ein zusätzliches Problem.

Was Angehörige von Ärztinnen und Ärzten brauchen

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe wünschen sich mehr Wissen über ME/CFS bei Ärztinnen, Ärzten und Gutachtern sowie eine stärkere Berücksichtigung des Krankheitsbildes in der medizinischen Ausbildung. Bei schwer Erkrankten gehe es dabei auch um den unmittelbaren Umgang. Bergmann nennt Licht, Lautstärke und intensive Düfte als mögliche Belastungen und beschreibt, wie wichtig es sei, sich bei einem Hausbesuch auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten einzustellen.

„Wir wünschen uns, dass diese Erkrankung anerkannt und respektiert wird und Patienten und Angehörigen mit Wissen und auf Augenhöhe begegnet wird.“

„Wir haben auch Ärzte erlebt, die vor meinem Sohn saßen und sagten: ‚Ich habe keine Ahnung, aber ich werde mich da einarbeiten. Sagen Sie mir Ihre wichtigsten Probleme, darum kümmere ich mich zuerst.‘“

Seidel berichtet zugleich von positiven Erfahrungen mit Ärzten: „Wir haben auch Ärzte erlebt, die vor meinem Sohn saßen und sagten: ‚Ich habe keine Ahnung, aber ich werde mich da einarbeiten. Sagen Sie mir Ihre wichtigsten Probleme, darum kümmere ich mich zuerst.‘“

Diesen Ärzten hätten jedoch selbst Ansprechpartner gefehlt. „Die Kompetenzzentren müssen erreichbar sein. Sie sollten sich sowohl um Patienten als auch um anfragende Ärztinnen und Ärzte kümmern, Informationen weitergeben und Versorgung koordinieren können.“

Auch an die Landesärztekammer richtet die Gruppe die Bitte um Unterstützung.

Pilz sieht insbesondere Bedarf an mehr Orientierung für Ärztinnen und Ärzte und regt an, das Thema innerhalb der Kammer stärker zu bündeln. „Ich denke, wir brauchen eine Arbeitsgruppe oder ein ähnliches Format bei der Landesärztekammer, um hier stärker strukturierend tätig zu werden.“

Wenn das familiäre Netz fehlt

Nicht alle schwer Erkrankten können auf familiäre Unterstützung zurückgreifen. Seidels Sohn lebte zunächst allein in der Nähe von Kassel. Freunde brachten ihm Lebensmittel. „Er lebte von dem, was er neben sich auf dem Bett liegen hatte und mit der Hand erreichen konnte.“

Pilz beschäftigt unterdessen die langfristige soziale Absicherung seiner erwachsenen Tochter. Seine Frau versuche derzeit, für sie eine von den Eltern unabhängige finanzielle und sozialrechtliche Absicherung zu organisieren. Die dafür notwendigen Verwaltungsverfahren beschreibt er als äußerst komplex. Er hält eine stärkere Bündelung sozialrechtlicher Kompetenz für notwendig.

Austausch und Vernetzung

Die Selbsthilfegruppe ermöglicht den Austausch über Forschungs-, Behandlungs- und Versorgungsfragen. Zugleich möchte sie ihre Erfahrungen stärker nach außen tragen. Ihre Anliegen zur Versorgung und Unterstützung von Menschen mit ME/CFS und ihren Angehörigen hat sie in einem Positionspapier zusammengefasst.

Pilz beschreibt, was sich durch den Austausch für ihn verändert hat: „Plötzlich sind 15 Leute da, die alle diese Erfahrung machen, und es kommen viele Informationen und Erkenntnisse zusammen. Das ist schon ein großer Qualitätssprung.“

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

Das Positionspapier der Selbsthilfegruppe steht als PDF in der Online-Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts zur Verfügung.

Fortbildungen und Weiterbildung

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



Mehr erfahren

Startklar für den ersten Nachtdienst (CME beantragt)

Der erste eigene Nachtdienst, der Wiedereinstieg nach einer Pause oder der Start in einer neuen Fachdisziplin – kaum ein Bereich der Medizin fordert so viel wie die Notaufnahme. Wenn die Tür aufgeht zählen Sekunden, klare Kommunikation und ein kühler Kopf. Die neue Präsenzveranstaltung bereitet Sie gezielt auf diese entscheidenden Momente vor und bietet Ihnen gemeinsam mit zwei erfahrenen Notfallmedizinerinnen einen praxisnahen Blick weit über die Theorie hinaus.

Termin: 22. & 23.01.2027
Gebühr: 298,00 €
 268,00 €*
Kursleitung: Dr. med. B. Dilmaghani,
 Dr. med. Z. Khochfar
Kontakt: sandra.scherbel@laekh.de

Qualitätsmanagement

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 05.–06.11.2026, E-Learning: ab 12.10.2026	Peer Review in der Medizin (PRiM) (16 CME) Prof. Dr. med. H. Mutlak	Mit Ihrer Kursteilnahme starten Sie Ihre Qualifizierung zum Peer im Rahmen der freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahme „PRiM“ auf Grundlage des Curriculums der BÄK. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	528,00 € 475,20 €*

Aktuell und Interdisziplinär

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 10.03.2027	Patientensicherheit und Qualitätssicherung: Gendersensible Medizin (CME beantragt) K. Israel-Laubinger	Die Fortbildungsreihe beleuchtet aktuelle Fragestellungen aus Wissenschaft und Praxis – berufsgruppen- und sektorenübergreifend. Die nächste Veranstaltung legt ihren Schwerpunkt auf das Thema „Gendersensible Medizin“. Kontakt: christina.ittner@laekh.de	181,00 € 162,90 €*

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.	Das Repetitorium bringt Ihr Wissen in der gesamten Inneren Medizin und internistischen Intensivmedizin auf den neuesten Stand. Praxisnahe Fallbeispiele, kompakte Übersichten und aktuelle diagnostische und therapeutische Erkenntnisse vermitteln einen fundierten Überblick. Kontakt: adiela.candelo-roemer@laekh.de	925,00 € 832,50 €*
Live-Webinar: 10.02.2027, E-Learning: ab 20.01.2027	EKG-Refresher (CME beantragt) Prof. Dr. med. J. Ehrlich	Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die bereits Grundwissen in der EKG-Befundung haben. Die Veranstaltung ist als umfassende Wiederholung gedacht, kann aber auch gut genutzt werden, um in einzelnen Teilaspekten der EKG-Befundung das Wissen auszubauen. Kontakt: susanne.holler@laekh.de	183,00 € 164,70 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 14.11.2026	Refresher-Modul Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt (CME beantragt) Dr. med. G. Appel, T. Winter	In Kooperation mit der Berufsfeuerwehr Kassel: Der Kurs richtet sich an leitende Notärztinnen und Notärzte, die ihr Wissen aktualisieren und auf den neuesten Stand bringen möchten. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	399,00 € 359,10 €*
Präsenz: 05.–09.04.2027, E-Learning: ab 15.03.2027	Seminar Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt (CME beantragt) Dr. med. G. Appel, T. Winter	Die Blended-Learning-Veranstaltung kombiniert Theorie mit Praxisübungen und vermittelt Ihnen medizinische, taktische, rechtliche und technische Kenntnisse für die Tätigkeit als leitende Notärztin/leitender Notarzt. Kontakt: laura.wahl@laekh.de	1.557,00 € 1.401,30 €*
On-Demand: jederzeit abrufbar	„Hessenspezifika“ (6 CME) Dr. med. G. Appel, J. Blau	In fünf flexibel abrufbaren E-Learning-Modulen erhalten Führungskräfte im Rettungsdienst praxisnahe Einblicke in die relevanten landesspezifischen Regelungen Hessens – jederzeit und ortsunabhängig. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	gebührenfrei

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	Die Veranstaltungsreihe verbindet aktuelle Erkenntnisse aus dem gesamten Fachgebiet mit leitliniengerechter Praxis und relevanten Inhalten für die Facharztweiterbildung Kontakt: laura.wahl@laekh.de	96,00 € gebührenfrei*

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

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

Transplantationsmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 15.–17.03.2027 E-Learning: ab 15.02.2027	Curriculum Transplantationsbeauftragte gem. § 9b Abs. 1 u. 4 TPG: Modul I – III (32 CME) PD Dr. med. A. P. Barreiros, Dr. med. M. Heise	Die Veranstaltung vermittelt fundierte Theorie zu Transplantationsmedizin und -gesetz, Organspende und Hirntoddiagnostik, organprotektiver Intensivtherapie sowie zu Allokationsregeln und thematisiert darüber hinaus aktuelle ethische und gesellschaftliche Fragestellungen. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	937,00 € 843,00 €*
Präsenz: 21.04.2027	Kriseninterventionsseminar: Modul IV (8 CME) PD Dr. med. habil. Nina Weiler	Praxisnah und unmittelbar am Geschehen: Neben dem Theorieteil gehören ein eintägiges Kriseninterventionsseminar sowie die Begleitung einer Organspende zum Ausbildungscurriculum. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	250,00 € 225,00 €*

Sportmedizin

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 02.02.2027 Live-Webinar: 04.02.2027	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul V (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Modul V thematisiert (sport-) orthopädische Aspekte der Wirbelsäule und der oberen Extremitäten. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	424,00 € 381,60 €*
Präsenz: 03.02.2027 Live-Webinar: 05.02.2027	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Modul VI (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	In Modul VI stehen (sport-) orthopädische Aspekte der unteren Extremitäten sowie höhen- und umweltspezifische Aspekte im Mittelpunkt der Veranstaltung. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	424,00 € 381,60 €*
Live-Webinar: 06.02.2027	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin – Fallseminar Modul III (CME beantragt) Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer	Von der Diagnostik über die Verletzungsversorgung bis hin zu passenden Trainingskonzepten – im Fallseminar III erwarten Sie viele sportorthopädische Fallbeispiele aus der Praxis. Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	212,00 € 190,80 €*

Neurologie

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 17.–19.11.2026 (Modul I), 01.–03.12.2026 (Modul II)	Repetitorium Neurologie (22 CME je Modul) Prof. Dr. med. Manfred Kaps	In zwei Modulen erhalten Sie umfangreiches Wissen über klinische Zusammenhänge und praxisnahe Strategien – von neurologischen Notfällen und Epilepsie, MS und Schlaganfall bis hin zu Neurodegeneration und Demenz. Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	je Modul: 480,00 € 432,00 €*

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 Ärztinnen und Ärzte, die ihre Fachkunde im Strahlenschutz gemäß der gesetzlichen Vorgaben aktualisieren möchten. Die Aktualisierung ist alle fünf Jahre erforderlich. Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	276,00 € 248,40 €*

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 Kursteilnahme 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 Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die sich gezielt für die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie qualifizieren möchten – entsprechend dem Curriculum der Bundesärztekammer. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.284,00 € 1.155,60 €*

Intensiv-Seminar Diabetologie (12 CME)

Die Präsenzveranstaltung bietet insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzten in den ersten drei Jahren ihrer Weiterbildung, aber auch langjährigen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, ihr diabetologisches Wissen zu vertiefen und mehr Sicherheit für den klinischen und ambulanten Alltag zu gewinnen. Impulsvorträge, anschauliche Fallbeispiele und interaktive Fallbearbeitungen vermitteln Ihnen die wichtigsten Kenntnisse und Fertigkeiten für eine moderne, patientinnen- und patientenorientierte Therapie. Das Seminar findet in Kooperation mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HDG) statt.

Termin: 12. & 13.02.2027
Gebühr: 362,00 €
 325,80 €*
Kursleitung: Dr. med. M. Eckhard
Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de



Foto: ©Yadym Huzhva – stock.adobe.com



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung – Modul I & II (CME beantragt)

Suchterkrankungen stellen besondere Anforderungen an die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung. Im Live-Webinar erwerben Sie eingehende Kenntnisse und Fertigkeiten in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Frührehabilitation von Suchterkrankungen, die durch legale oder illegale Drogen verursacht wurden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf Aspekten des Kindes- und Jugendalters und der Opiat-Substitutionstherapie.

Termin: 17.02.2027
Gebühr: Modul I: 171,00 €, 153,90 €*
 Modul II: 114,00 €, 102,60 €*
Kursleitung: Dr. med. D. Scholz-Hehn et al.
Kontakt: caroline.winkler@laekh.de

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 22.–26.02.2027	Antibiotic Stewardship (ABS) – Modul III: Aufbaukurs (CME beantragt) Dr. med. J. Kessel et al.	Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die vertieftes Wissen zu Infektionsdiagnostik und -prophylaxe, zum rationalen Einsatz von Antibiotika, zu Surveillance-Methoden und zum Qualitätsmanagement in der Infektionsmedizin erhalten und bereits die Module I und II absolviert haben. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	1.374,00 € 1.236,60 €*
Live-Webinar: 14.04.2027	Refresher Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt (CME beantragt) D. Ziedorn	Der Refresher für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte vermittelt praxisnah aktuelles Wissen und erfüllt die jährliche Fortbildungsverpflichtung gemäß HHyGVO. Kontakt: heike.cichon@laekh.de	247,00 € 222,30 €*

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 beleuchtet die zentralen Themen des Fachgebiets – von häufigen Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Hausarztpraxis über Notfälle und Wundmanagement bis hin zum sicheren Umgang mit Leitlinien. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	792,00 € 712,80 €*

Ultraschall

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Präsenz: 02.12.2026	Interventioneller Ultraschall (INVUS) – Modul I (10 CME) Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust	Nach den Richtlinien der DEGUM: Mit einem hohen Praxisanteil von 50 % vermittelt das Modul die Grundlagen sowie praktische Fertigkeiten bei Punktionen von Körperhöhlen und Gefäßen und bei der Anlage von Drainagen. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	437,00 € 393,30 €*
Präsenz: 28.–30.01.2027	Gefäße: Interdisziplinärer Grundkurs (CME beantragt) Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle	Der Kurs vermittelt Ihnen u. a. physikalische Grundlagen, Physiologie und Pathophysiologie der Gefäße sowie Untersuchungstechniken der peripheren Arterien und Venen, der supraaortischen und der abdominalen Gefäße. Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	961,00 € 864,90 €*

Begutachtung

Format/Termin	Veranstaltung/Leitung	Was Sie erwartet	Gebühr
Live-Webinar: 12.02.2027 Präsenz: 13.02.2027 E-Learning: ab 29.01.2027	Medizinische Begutachtung – Modul Ia (12 CME) Prof. Dr. med. S. Hartwig	Der erste Kursteil der Fortbildung thematisiert die allgemeinen Grundlagen der Begutachtung, die Zustandsbegutachtung zur Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben, die Begutachtung in der Rehabilitation und im Schwerbehindertenrecht. Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	387,00 € 348,30 €*

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: © peopleimages.com – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Patientenbegleitung und Kommunikation

Die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen erfordern, dass MFA in der Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen über fundierte Kenntnisse verfügen. Professionelle Gesprächsführung und wertschätzende Kommunikation stärken die Patientenbegleitung und ermöglichen zugleich ein effizienteres Zeitmanagement für Patientengespräche.

Inhalte:

- Interaktion mit chronisch Kranken
- Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen

Die Bausteine Kommunikation und Gesprächsführung sowie Wahrnehmung und Motivation sind gesondert zu buchen.

Termin PBK 1: Mi., 03.02. bis Fr., 05.02.2027
Gebühr: 325 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: christian.haas@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 02.12.2026	Palliativversorgung	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	1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
ab 29.01.2027	Assistenz Wundmanagement (40 Stunden)	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	545 €
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	475 € inkl. Lernerfolgskontrolle



Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
22.01.2027	Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1), 7 Stunden	Die vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/-innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Kontakt: christian.haas@laekh.de	135 €
23.01.2027	Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) 8 Stunden	Die Teilnehmer/-innen werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und lernen, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen. Kontakt: christian.haas@laekh.de	135 €
30.01.2027	Aggression und Gewalt im Praxisalltag (PAT 20) 9 Stunden	In herausfordernden Situationen ist eine Sensibilisierung für erkennbare Frühwarnsignale seitens der Patienten eine wesentliche präventive Maßnahme. Die Fortbildung zielt auf eine Erweiterung der Kommunikations- und Handlungskompetenzen, ermöglicht das Erlernen von Deeskalationsstrategien und gibt Hinweise auf praxisorganisatorische Hilfsmaßnahmen. Kontakt: christian.haas@laekh.de	145 €
ab 22.03.2027	Fit für den Einstieg – Arztpraxis (MED 21) 30 Stunden	Die viertägige Blockveranstaltung richtet sich an Personen, die neu in einer Arztpraxis angestellt sind, keinen Berufsabschluss z. B. als Medizinische Fachangestellte haben und ausgewählte medizinische Aufgabenbereiche nach Delegation übernehmen sollen, ebenso an Wiedereinsteiger. Kontakt: carina.hoffmann@laekh.de	500 €

Prüfungsvorbereitungskurse

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
bis Dezember 2026	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK) 8 Stunden	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](#)

Ein zweiter Blick auf das Gesundheitssystem in Dänemark – Teil 2 (B)

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



Foto: © niyazz – stock.adobe.com

„Reformen, Digitalisierung und kritische Bilanz“

Nachdem im ersten Teil 2 (A) die strukturellen Rahmenbedingungen, die demografischen Indikatoren sowie die ökonomischen Grundlagen der Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark beleuchtet wurden, widmet sich der folgende Teil 2 (B) den aktuellen Reformprozessen in Dänemark, der digitalen Transformation sowie einer kritischen Bilanz der dänischen Entwicklungen.

Dieser Teil konzentriert sich auf das „Was passiert gerade in Dänemark?“ und „Was bedeutet das?“

Anpassungen 2016–2026

Wie und mit welchen Folgen hat sich das dänische Gesundheitssystem seit 2016, also innerhalb der vergangenen zehn Jahre, weiter verändert? Dänemark hat sein ohnehin stark steuerfinanziertes, hausarztzentriertes System weiter digitalisiert, noch stärker zentralisiert und auf integrierte, ambulante und wohnortnahe Versorgung ausgerichtet. Das Grundmodell blieb seitdem unverändert: Universelle, beitragsfreie Krankenversicherung für alle Einwohner, überwiegend steuerfinanziert,

mit Hausärztin oder -arzt als Gatekeeper. Organisatorisch gibt es, wie eingangs erwähnt, unterhalb der Regierung vier (vorher noch fünf) Regionen und 98 Kommunen mit klar verteilter Verantwortung für Krankenhausversorgung (Regionen) und Langzeitpflege/Rehabilitation (Kommunen) sowie (neu) 17 Gesundheitsräte (sundhedsråd) [8]. Mit diesem Modell soll die regionalisierte Versorgung verstärkt entwickelt werden (Reform „Sundhed tæt på dig“, „Gesundheit nah bei Ihnen“ („Health close to you“), Umsetzung ab 2027 [9, 10].

Reform der Reform

Dänemark setzt seit 2025 also weitere strukturelle Änderungen in seinem Gesundheitssystem um. Das Ziel ist eine intensivere ambulante Versorgung. Das heißt, die Gesundheitsversorgung soll näher zum Bürger gebracht werden, also verstärkt weg von den Krankenhäusern und hin zum eigenen Zuhause oder in vertraute Umgebungen (siehe Infokasten 1). Hintergrund war vor allem die Kritik, dass viele Menschen mit chronischen Krankheiten (wie COPD, Diabetes, Herzkrankheiten oder Demenz) nicht die notwendige Unterstützung im Alltag erhalten wür-

den. Dies führte oft dazu, dass sich deren Zustand verschlechterte und unnötige Krankenhausaufenthalte entstanden. Ein Hauptproblem war die mangelnde Koordination zwischen Hausarzt, Kommune und Krankenhaus. – Um den Ärztemangel in ländlichen Gebieten zu bekämpfen, sind neue Klinik- und Beschäftigungsmodelle geplant: Neben privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sollen auch öffentlich geführte Kliniken oder Kliniken privater Unternehmen möglich sein (Anm.: „Wenn Sie in einem öffentlichen Krankenhaus in Dänemark sind, sind Sie ein öffentlicher Patient. Es gibt private Zusatzversicherungen, zum Beispiel für Zahnbehandlungen oder Physiotherapie, die sind generell bei Erwachsenen in Dänemark nicht abgedeckt. Und es gibt auch ein paar private Kliniken für so etwas wie Brustvergrößerungen. Aber grundsätzlich ist der medizinische Standard für alle Dänen gleich hoch.“ Kjellberg J (2025) [13]).

Ärztinnen und Ärzte sollen die Möglichkeit haben, in kollegialen Umfeldern zu arbeiten, ohne die administrativen Belastungen eines selbstständigen Klinikinhabers (er)tragen zu müssen.

Entfernung zum Krankenhaus

Im Jahr 2023 betrug der Anteil der EU-Bevölkerung, der mit einer 15-minütigen Autofahrt ein Krankenhaus erreichen kann, 83,2 %. Mit großem Abstand betraf dies vor allem Regionen in Deutschland (96 von 124 der im EU-Raum am dichtesten mit Krankenhäusern versorgten Regionen) [11]. Nach den Niederlanden, wo dies vor deren Reformen ab 2006 ganz ähnlich war, hat sich Dänemark ca. zehn Jahre danach auch auf den Weg gemacht, um einen völlig anderen Weg für die stationäre Versorgung zu beschreiten. Vergleiche dazu auch die eindrucksvolle Abbildung 1 im 1. Teil dieses Artikels (HÄBL 09/2026): Reduzierung auf ein Drittel vergleichbarer deutscher Betten durch

Zentralisierung. Einige weitere aufschlussreiche Gesichtspunkte dazu greift der Podcast des Deutschlandfunks (DLF-Kultur) vom 19. Februar 2026 auf (siehe Infokasten 2).

Kritik

In einem besonders kritischen Kommentar greift Bernd Hontschik (Chirurg/Publizist) einige beachtenswerte Aspekte

heraus: Dänemark habe für 6,5 Milliarden Euro ein völlig neues Krankenhaussystem geschaffen. Das verlief selbstverständlich nicht ohne Widerstände durch die Fachkräfte sowie Patientinnen und Patienten vor Ort. Durch die enorme Zentralisierung gibt es nur noch sechzehn Superkrankenhäuser (sechs Neubauten, zehn Modernisierungen). Doch das Ziel „Qualität statt Nähe“ scheitert oft an der Realität: Personalmangel und Kostendruck führten zu

abgewiesenen werdenden Müttern, unnötigen Operationen oder abgelehnten Behandlungen. Außerhalb der Städte seien lange Anreisewege für Schwerkranke problematisch. Hinzu kämen Lücken in der digitalen Dokumentation und gestiegene Wartezeiten auf Behandlungen (von 30 auf 45 Tage), was in Dänemark für heftige Diskussionen sorgte. [14]

Jakob Kjellberg äußerte in einem Interview 2025 (hier nur auszugsweise): „Wir geben

Infokasten 1: Reform der Reform „Sundhed tæt på dig“ „Gesundheit nah bei Ihnen“ („Health close to you“)

Verabschiedet im Dez. 2024, Umsetzung seit 2025; damalige Gesundheitsministerin Sophie Løhde

Hintergrund: Während Dänemark über ein erstklassiges Krankenhauswesen verfügt, das in der Lage ist, spezialisierte und qualitativ hochwertige Behandlungen für Krankheiten wie Krebs und Herzkrankungen anzubieten, hinken die lokalen (ambulanten) Gesundheitsdienste deutlich hinterher. Diese Disparität betrifft viele Dänen, insbesondere diejenigen mit chronischen Erkrankungen.

Ziel: Die vorgeschlagene Reform zielt darauf ab, diese Lücke zu schließen und eine gerechte sowie effiziente Versorgung über Krankenhäuser, lokale Gesundheitszentren bis hin zum Zuhause der Bürger zu gewährleisten.

Maßnahmen: Struktur, Aufgabenverteilung und Finanzierung werden geändert, um die primäre (= ambulante) Gesundheitsversorgung zu stärken, damit chronische Krankheiten innerhalb der alternativen Bevölkerung besser bewältigt werden können. Das bedeutet eine umfassende Überarbeitung des Gesundheitssystems, einschließlich struktureller Änderungen, neuer Aufgabenallokationen und finanzieller Neuausrichtungen, um die (regionalen ambulanten) Gesundheitsdienste zu stärken und zukunftssicher zu machen.

Im Detail: Weiterbildung von 5.000 neuen Hausärzten: Erweiterte Kapazitäten an den medizinischen Fakultäten sollen die Ausbildung von mehr Hausärzten und Fachärzten ermöglichen.

Verbesserung der Verteilung von Fach- und Hausärztinnen und -ärzten: Maßnahmen sollen die ungleiche Verteilung von Spezialisten in unterversorgten Regionen beheben. Beispiel: in der Hauptstadtregion (Hovedstaden) gibt es etwa doppelt so viele niedergelassene Fachärzte pro Bürger wie in den übrigen Regionen. Die Kapazität des allgemeinmedizinischen Angebots soll durch mehr Ärzte gestärkt, und die Ärzte sollen landesweit besser verteilt werden.

(Anm.: „Bisher müssen Hausärzte 1.600 Patienten versorgen – egal ob es sich dabei in der Stadt um überwiegend junge, gesunde Menschen handelt oder auf dem Land um ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das wird sich mit der Reform ändern, auf dem Land werden die Hausärzte weniger Patienten versorgen müssen für das gleiche Geld – und das wird den Job dort attraktiver machen.“ – Kjellberg J (2025) [13]).

Neue Patientenrechte: Patienten erhalten schnelleren Zugang zu Fachärzten und zu digitalen Gesundheitsdiensten sowie eine erweiterte Wahlfreiheit bei ihrer Behandlung.

Integrierte Versorgung für chronische Krankheiten: Es werden Versorgungspakete für Erkrankungen wie COPD, Typ-2-Diabetes und Herzkrankheiten eingeführt sowie mobile Behandlungsteams zur Unterstützung älterer Patienten und Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen eingerichtet.

Die Region Seeland und die Hauptstadtregion (Hovedstaden) werden zu einer

neuen „Region Ostdänemark“ zusammengeführt, so dass es nur noch vier statt fünf Regionen gibt.

Es werden 17 neue Gesundheitsräte (sundhedsråd) eingerichtet (Vertreter von Regionen und Kommunen), die sicherstellen sollen, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern (Regionen) und der häuslichen Pflege/Rehabilitation (Kommunen) reibungsloser funktioniert. Diese übernehmen auch die gemeinsame Verantwortung für Finanzierung und Organisation der Gesundheitsdienste.

Die Verantwortlichkeiten der Regionen und Gesundheitsräte umfassen auch die Verwaltung von Übergangspflegeeinrichtungen sowie die notfallmäßige pflegerische Versorgung instabiler Patienten, um eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit des Dienstes zu gewährleisten.

Die Regierung hat sich zu erheblichen finanziellen Investitionen zur Unterstützung dieser Reform verpflichtet. Ein Gesundheitsfonds in Höhe von 24 Milliarden DKK (ca. 3,2 Mrd. Euro) soll Krankenhäuser und Gesundheitstechnologien modernisieren, während 3,5 Milliarden DKK (ca. 467 Mio. Euro) für die Verbesserung der Infrastruktur lokaler Gesundheitsinitiativen bereitgestellt werden. Bis 2030 sollen jährliche Investitionen in Höhe von 6,4 Milliarden DKK (ca. 853 Mio. Euro) diese Reformen unterstützen. [9, 10]

Infokasten 2: Gesundheit in Europa – Warum Spanien und Dänemark als Vorbild gelten

Quelle: Podcast des Deutschlandfunks (DLF-Kultur) vom 19. Febr. 2026 [12]

Prävention und Lebensstil: Dänemark setzt auf restriktive Gesetze gegen Rauchen (Zigaretten hinter Vorhängen, hohe Steuern) und Alkohol, was die Raucherquote senkte, bleibt aber hinter Norwegen/Schweden zurück – kulturell bedingt durch Betonung individueller Freiheit und Vorliebe für Gebäck/Alkohol. Bei der Krebsvorsorge „glänze“ man durch eine HPV-Impfquote von 82 % bei Mädchen und 80 % bei Jungen (EU-Durchschnitt 63 %). Hinzu komme eine hohe Teilnahme an Mammographie/Darm-Screening durch automatische digitale Einladungen und hohes Vertrauen in die zuständigen Gesundheitsbehörden seitens der Bevölkerung (geringe Korruption, Wohlfahrtsstaat). Alltagsbeobachtungen heben Fahrradwege und Fitnesskultur hervor, doch routinemäßige Vorsorge (z. B. Gynäkologie, Hautscreening) fehle aufgrund angeblich zu geringer Evidenz.

Hausarztrolle und Versorgungssteuerung: Sie fungieren als informierte Gatekeeper, die Facharztkontakte gezielt steuern. In Dänemark laufen nach einem Krankenhausaufenthalt alle Anschlussinformationen digital beim Hausarzt zusammen, der so die Koordination der Weiterbehandlung übernimmt. In Deutschland fehle diese systematische Bündelung häufig. Patienten müssten sich Facharzttermine oft selbst und mit langen Wartezeiten organisieren.

Pflege in multiprofessionellen Teams: Ergänzend zeigten dänische Gesundheitszentren mit multiprofessionellen Teams (Ärzte, Pflegekräfte mit erweiterten Kompetenzen, sogenannte „Nurse Practitioners“) ein Modell wohnortnaher, aber dennoch spezialisierter Versorgung, das in deutschen Diskussionen um „Gesundheitskioske“ oder Primärversorgungszentren aufgegriffen würde.

Digitalisierung: Dänemark liege im Digital-Health-Index der Bertelsmann Stiftung unter den Top 3 weltweit (nach Estland und Kanada), während Deutschland deutlich zurückliege. Zentrales Element ist das nationale Gesundheitsportal sundhed.dk, über das elektronische Patientenakte, Medikationslisten und E-Rezepte laufen und Daten zwischen Krankenhäusern, Hausärzten, Fachärzten, Laboren, Pflegeeinrichtungen und Behörden ausgetauscht werden. (Anm.: „Das dänische Gesundheitssystem ist in vielerlei Hinsicht digitalisierter als jedes andere Gesundheitssystem, das ich kenne. Ich kann als Forscher mit kompletten Datensätzen arbeiten, die bis in die 1970er-Jahre zurückreichen. Wenn man den Kern des Gesundheitssystems weiterentwickeln will, braucht man wirklich gute Daten.“ – Kjaelberg J (2025 [13])

Digitale Einladungen zu Screenings und verständliche Krankenhausbriefe in elektronischen Patientenakten förderten Akzeptanz und Selbstmanagement durch die Patientinnen und Patienten. Das genannte Vertrauen in die staatlichen Institutionen erleichtere deren Nutzung. Bürger erhalten klare Infos in allgemein verständlicher Sprache, also ohne medizinischen Fachjargon.

Zentralisierung der Krankenhausversorgung: Dänemark gelte hier explizit als Referenzmodell, weil es seit 2007 eine evidenzbasierte, ganzheitliche Krankenhausplanung mit Personal- und Spezialisierungsplanung umgesetzt habe. Zentral übertragbar sei das Prinzip „ambulant vor stationär“ mit klarer Durchlässigkeit zwischen den Versorgungssektoren, was in Deutschland traditionell durch starre Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär erschwert würde. Ein wichtiger struktureller Unterschied bleibe allerdings, dass dänische Krankenhäuser überwiegend in öffentlicher Hand sind, was eine konzertierte, zentral steuerbare Reform erleichtere – ein Vorteil, den Deutschland mit seiner gemischten Trägerlandschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) nicht habe. Komplexe Behandlungen (Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall) gebe es – trotz anfänglichem Widerstand – nur noch an wenigen Zentren, was durch die dort nun größeren Fallzahlen aber die Qualität gesteigert habe.

Expertenargumente: GesundheitsökonomInnen betonen Evidenzprüfung und kritisieren Grenzhandel-Risiko bei Tabak wegen hoher Steuern. – Hier einige Zitate: Signe Smith-Jervelund (Univ. Kopenhagen): „Wenn es eine Sache gibt, die in Sachen Prävention wirklich funktioniert, dann ist es eine restriktive Gesetzgebung.“ „Wir sind Bürger in einem Wohlfahrtsstaat, in dem es kaum Korruption gibt. Wir glauben daran, dass andere unser Bestes wollen.“

Jakob Kjellberg (dän. Gesundheitsökonom): „In Deutschland gibt es Versicherte, die Geld bezahlen. Das sind also Kunden, die man zufriedenstellen muss. Bei uns ist es eine andere Logik.“ – Reinhard Busse (TU Berlin) lobt die Anpassungen an moderne Medizin via Zentralisierung/Digitalisierung; er bewertet die Balance zwischen Leistung und Kosten als top und sieht Lernpotenzial für Deutschland hinsichtlich Rationalisierung. Er beschreibt die dänische Krankenhausreform der letzten 15 Jahre als bewusstes Umbauprojekt: Kleine Krankenhäuser wurden geschlossen, Spezialisierung konzentriert, da komplexe Behandlungen (Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall) eine Mindestfallzahl erfordern. Dänemark habe die Krankenhausbettenzahl auf ein Drittel des deutschen Niveaus reduziert. Busse betont: Die Bevölkerung akzeptiere dies heute, weil die Vorteile sichtbar seien – obgleich die Schließungen anfangs unpopulär waren.

die Hälfte unserer Gesundheitsausgaben in den Krankenhäusern aus, deutlich mehr als die meisten anderen Länder. Und das liegt daran, dass wir bisher nicht genug in den Ausbau der ambulanten Gesundheitsversorgung, in mehr Qualität, in leichtere Zugänge und kürzere Wartezeiten investiert haben. ... Im Dezember wurde (daher) ein Gesetz beschlossen, mit dem die Kapazitäten und die Qualität in den Hausarztpraxen verbessert werden sollen. Wir befinden uns also wieder in einer großen Umbruchphase. Diese Reform ist so grundlegend wie die Krankenhausreform, die wir 2007 beschlossen haben. Es wird nur nicht so viel darüber geredet.“ [13]

Fazit

Es gibt „eine“ zentrale Verantwortung und Steuerung des Gesamtsystems in der Regierung. Die integrierte Versorgung ist vergleichsweise vorbildhaft, der ambulante Bereich wurde bislang aber sträflich vernachlässigt und damit verbunden auch wesentliche Potenziale für die Prävention. Es gibt keine Zweiklassenmedizin. Für die

aktuelle Krankenhausreform in Deutschland sind besonders folgende dänische Entwicklungslinien mit ihren Auswirkungen als relevant zu beachten:

Die Zentralisierung der Kliniklandschaft mit oft längeren Wegen für eine stationäre Versorgung, konsekutiv noch anspruchsvollere, präklinische Anforderungen an die Notfallmedizin, die Notaufnahmen, die Rettungswagen, die Hubschrauber, die Digitalisierung über ein zentrales Gesundheitsportal und die starke koordinierende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte.

Gemeinsam ist unseren Gesundheitssystemen in ganz Europa die Belastung durch die steigenden Kosten für medizinischen, medizintechnischen, pharmazeutischen und IT- bzw. insbesondere KI-Fortschritt. Hinzu kommen noch ungenügend erforschte Einflüsse durch die erheblichen klimatischen und demografischen Veränderungen mit einerseits immer mehr multimorbiden, älteren Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig immer weniger Personal bzw. zunehmendem Fachkräftemangel. Die Gesundheitssysteme in Spa-

nien, Dänemark und Deutschland wurden oder werden nicht reformiert, um ein dichtes, nahtloses Versorgungssystem mit bestmöglicher Medizin und Pflege vor Ort zu gewährleisten, sondern um dem Widerspruch zwischen einerseits begrenzten Mitteln nebst schwierigen Rahmenbedingungen und andererseits einer optimalen Gesundheitsversorgung zu begegnen. Dabei ist aber bei weitem nicht alles von einem auf das andere System sinnvoll zu übertragen.

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

E-Mail:
goldschmidt@
uni-trier.de



Foto: Manuel Maier

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

Bücher



**Klaus Albert Müller/
Udo Hennighausen:**

Die Frankfurter Universitätsaugenklinik von ihren Anfängen bis zum Ende der Amtszeit von Wilhelm Doden (1987)

Zum 100-jährigen Bestehen der Universitätsaugenklinik in Frankfurt am Main (1914–2014). Weidmannsche Verlagsbuchhandlung, Hildesheim 2026. ISBN 9783615004946, 58 €

Mit dieser Monographie legen Klaus Albert Müller und Udo Hennighausen eine lange erwartete, umfassende Darstellung der Geschichte der Frankfurter Universitätsaugenklinik vor. Dieses Werk, dessen Grundlagen bereits vor über drei Jahrzehnten mit dem Ziel einer Dissertation gelegt wurden, erscheint nun in deutlich erweiterter Form und schließt damit eine wichtige Lücke in der deutschen ophthalmologischen Medizingeschichte.

Die Darstellung beginnt weit vor dem eigentlichen Gründungsdatum der Universitätsklinik. Bereits die Frankfurter Augenheilklinik von 1845 sowie die 1910 daraus hervorgegangene Städtische Augenklinik unter Otto Schnaudigel werden quellenbasiert aufgearbeitet. Mit der Universitätsgründung 1914 entfaltet das Buch dann seine eigentliche Stärke: Anhand von Archivmaterial aus Stadt-, Universitäts- und Dekanatsarchiven werden die Klinikdirektoren Otto Schnaudigel, Rudolf Thiel und Wilhelm Doden nicht nur als Administratoren, sondern als Ärzte, Wissenschaftler und Zeitgenossen ihrer jeweiligen Epoche porträtiert. Besonders verdienstvoll ist die differenzierte Aufarbeitung der Klinikgeschichte während des Nationalsozialismus.

Chronologische Zeittafeln, Personalbibliographien, Fotos und ein Personenverzeichnis erhöhen den wissenschaftlichen Nutzwert erheblich. Gelegentlich merkt man dem Text seine jahrzehntelange Entstehungsgeschichte an – manche Abschnitte wirken im Vergleich unterschiedlich dicht. Dies tut dem Gesamteindruck jedoch keinen Abbruch.

Dieses Werk ist uneingeschränkt zu empfehlen, da es einen wertvollen medizinhistorischen Beitrag zur regionalen Ophthalmologie leistet und auch die gesamtdeutsche Augenheilkunde dieser Zeit mit einbezieht.

Dr. med. Wolfgang Hanuschik, Augenarzt aus Berlin

Palliativmedizin im täglichen Alltag eines Hausarztes

Interview mit Dr. Johann Trutz

Dr. Johann Trutz ist der erste niedergelassene Hausarzt in Hessen, der von der Landesärztekammer Hessen die Weiterbildungsbefugnis für Palliativmedizin erhalten hat. Bisher verfügten ausnahmslos SAPV-Teams* und die Kliniken über die Weiterbildungsbefugnis Palliativmedizin – Trutz ist der erste niedergelassene Hausarzt in Hessen, der jetzt auch über die besondere Befugnis verfügt und das feste Ziel hat, interessierte junge Kolleginnen und Kollegen zu Palliativmedizinern weiterzubilden.

Warum ausgerechnet Palliativmedizin? Was ist Ihre Motivation, als Hausarzt palliativ tätig zu sein?

Dr. Johann Trutz: Palliativmedizin ist für mich eine Herzensangelegenheit und zugleich ein fester Bestandteil meines Alltags. Das Leben nicht zur Qual werden lassen, wenn Schmerzen und Krankheitszeichen die Herrschaft übernehmen und die üblichen Medikamente ausgeschöpft sind. In der Palliativmedizin geht es immer darum, eine möglichst gute Symptomkontrolle zu erreichen – zu lindern – wie es eben die Bedeutung des Wortes Pallium ist.

Für welche Diagnosen kommt die Palliativbehandlung in Frage?

Trutz: Die Diagnosen, die zur Palliativbehandlung führen, sind vielfältig: in der terminalen Phase befindliche Lungenerkrankungen wie beispielsweise COPD oder Lungenfibrose, Niereninsuffizienzpatienten, die aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr dialysewillig sind, in der Endphase befindliche Herzinsuffizienzpatienten, fortgeschrittene Leberzirrhose ohne Aussicht bzw. ohne Therapiewunsch auf Transplantation, sämtliche Krebserkrankungen im Endstadium.

Woher kommen Ihre Palliativpatienten? Wie treffen Sie mitunter heikle Entscheidungen in schwierigen Situationen?

Trutz: Seit Jahren betreue ich das Hospiz des Elisabethenstifts in Darmstadt, ein gu-

ter Ort, um die letzte Lebensphase in familiärer Atmosphäre würdig und medizinisch und pflegerisch bestmöglich betreut zu verbringen.

Aber nicht nur im Hospiz ist die palliativmedizinische Betreuung zuhause. In den Alten- und Pflegeheimen kommt bei vielen Patienten ebenfalls irgendwann die Palliativmedizin zum Tragen. Ich rate deswegen allen zu einer gut überlegten und durchdachten Vorsorgeerklärung: „Überlegen Sie sich, was Sie sich für den Notfall wünschen, wer eine Vorsorgevollmacht erhalten soll und wie Sie zu den unterschiedlich möglichen lebensverlängernden Maßnahmen stehen. Im Falle eines Falles hilft das ungemein – sowohl den Angehörigen als auch der Pflege und den behandelnden Ärzten, Entscheidungen in Ihrem Sinn treffen zu können.“

Auch bei meinen langjährigen Praxispatienten kommt es immer wieder vor, dass der Weg in die Palliativbehandlung unausweichlich ist. Wenn man Patienten jahrelang kennt und medizinisch betreut, begleitet man die Menschen und die Krankheitsgeschichte und kann dadurch gut einschätzen, wer was braucht – eine gut verfasste und klare Vorsorgeerklärung erleichtert vieles. [Siehe dazu auch HÄBL 7/8 2026, S. 423]

Wie genau sieht Ihr Alltag als Hausarzt/Palliativarzt aus?

Trutz: Palliativbehandlung bedeutet Hausbesuche und telefonische Erreichbarkeit auch außerhalb der Praxissprechzeiten. Ich bin quasi immer erreichbar, das Handy ist nie aus. Die Arbeitstage sind oft lang und nicht auf Montag bis Freitag begrenzt – auch ein Grund, weswegen ich gerne Kolleginnen und Kollegen weiterbilden möchte. Krankheitsverläufe und Sterbeprozesse halten sich nicht an vorgegebene Arbeitszeiten und sind überhaupt nicht planbar.

Manche Patienten kann man mit der passenden Medikation so gut einstellen, dass sie noch Monate bis Jahre ein menschenwürdiges Leben führen können. Es kommt auch immer wieder mal vor, dass Patien-



Foto: privat/Jörg Meisinger

Dr. Johann Trutz

ten im Hospiz so stabilisiert werden konnten, dass ein Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim möglich ist – das ist natürlich immer ein großer Erfolg und stets verbunden mit einer engmaschigen interdisziplinären Weiterbetreuung.

Warum war Ihnen die Weiterbildungsbefugnis Palliativmedizin so wichtig?

Trutz: Mein Team und ich verstehen uns als Hausarztpraxis für die ganze Familie und betreuen unsere Patienten von der Wiege bis zur Bahre. Wir betreuen ganze Familien über mehrere Generationen und haben es schon oft erlebt, dass erst die Eltern mit ihren Kindern in die Praxis kommen, irgendwann kommen diese Kinder wiederum mit ihren Kindern zu uns und dann später begleiten die Kinder ihre Eltern zu uns in die Praxis. Über all diese Zeit baut sich ein Vertrauensverhältnis auf und man wird erster Ansprechpartner für alle medizinischen Belange.

Wenn nun eine Diagnose kommt, die einen drastischen Einschnitt ins bisherige Leben bedeutet, können wir den Patienten und den Angehörigen sagen, wir betreuen sie weiter, sie müssen nicht den Arzt wechseln – wir wissen, was zu tun ist. Die Erleichterung ist in einem solchen Moment den Menschen anzusehen. Der Tod und die Begleitung der letzten Lebensphase gehören zum Leben, gehören zum Arztsein dazu. Patienten möglichst gut symptomkontrolliert in diesem besonders

* SAPV = Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

sensiblen Lebensabschnitt zu unterstützen und vor allem das Leiden der Kranken zu reduzieren – das ist die besondere Aufgabe eines Palliativmediziners.

Sie sind auch akademische Lehrpraxis für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main ...

Trutz: Blockpraktikanten oder Famulanten in meiner Praxis machen mindestens einen Besuch im Altenheim und einen Besuch im Hospiz mit – und als Akademische Lehrpraxis der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt kommen pro Semester etwa fünf Blockpraktikanten in meine

Praxen. Häufig ist das Praktikum der erste Kontakt mit der Palliativmedizin – und auch wenn die Studenten vorab die Akten- und Krankengeschichte studieren, so verlassen viele das Hospiz nach dem ersten Besuch etwas demütiger.

Selbstredend gibt es Fälle, die auch einen erfahrenen Arzt nicht kalt lassen. Es gab den Fall eines Mannes in den Vierzigern, der ein Glioblastom im Endstadium hatte und niemandem etwas von seiner Krankheit erzählte. Der besagte Patient hatte alles selbst vorbereitet, jeden Schritt hatte er geplant, sogar seine eigene Beerdigung. Seine Frau und die Kinder erfuhren

erst im Hospiz mit dem Tod von seiner Diagnose.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft im Hinblick auf die Palliativmedizin?

Trutz: Ich habe mich so für die Weiterbildungsbefugnis Palliativmedizin eingesetzt, weil ich dazu beitragen will, die Palliativmedizin bekannter und akzeptierter zu machen und gleichzeitig zu sensibilisieren, dass Palliativbehandlung nicht gleich Krebserkrankungen heißt, sondern viele andere Diagnosen als Grund haben kann. Leben und Sterben gehen untrennbar einher und wir als Ärzte sollten uns öfter zutrauen, Patienten von der Wiege bis zur Bahre zu begleiten – so wie es für unsere Vorgängergenerationen selbstverständlich war. Ich ermuntere jeden Kollegen und jede Kollegin, sich mit dem Thema Palliativmedizin näher auseinanderzusetzen – der Blick aufs Leben verändert sich.

Interview: Michael Andor
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin

Termin:	Kurs-Weiterbildung (Modul I–IV) Montag, 15.02.2027 bis Freitag, 19.02.2027	 www.akademie-laekh.de
Information und Anmeldung:	Susanne Schubert-Wallmeyer Fon: 06032 782-202 E-Mail: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	
Kurzlink:	https://t1p.de/1tmoj	

„Sicher ist Sicher“ – Neue Folge des CME-zertifizierten Patientensicherheitspodcasts

Peer Review in der Medizin – eine Chance für die Patientensicherheit



Zum Tag der Patientensicherheit am 17. September 2026 erschien eine neue Folge des Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Dieses Mal dreht sich alles um das Thema „Peer Review in der Medizin“. In spannenden Inter-

views und Berichten stellt die Stabsstelle Qualitätssicherung hessische und bundesweite Expertinnen und Experten und ihre verschiedenen Blickwinkel auf Peer Review als lebendige, kollegiale und praxisnahe qualitätsfördernde Maßnahme vor. Die Folge kann kostenfrei als CME-zertifizierte Fortbildung (8 CME-Punkte) über die Website der Landesärztekammer Hessen abgerufen werden: www.laekh.de unter der Rubrik „Für Ärztinnen und Ärzte“ – Qualitätssicherung – Patientensicherheit – Sicher ist sicher – Der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen – „Podcast anhören“ – Teil 6. Der QR-Code führt direkt dorthin. Zum Fortbildungsangebot gehören vier Audiodateien

sowie eine Literatur-/Linkliste mit vertiefenden Informationen. Um die CME-Punkte zu erwerben, muss die zugehörige Lernerfolgskontrolle absolviert werden. Diese ist bis zum 16.03.2028 im Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) abrufbar unter Fort- und Weiterbildung – CME-Fortbildung Hessisches Ärzteblatt. Außerdem kann der Podcast als Fortbildungsmaßnahme gemäß § 2 Abs. 5 Patientensicherheitsverordnung anerkannt werden und steht allen interessierten Berufsgruppen im Gesundheitswesen kostenfrei zur Verfügung.

**Stabsstelle Qualitätssicherung,
Patientensicherheit und Analysen
im Gesundheitswesen**

Fon: +49 69 97672-195

Mail: qs@laekh.de



Zivil-militärische Zusammenarbeit: ärztliche Pflicht?

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Herr Dr. med. Edgar Pinkowski, hat in dem Editorial zu Heft 7–8/2026 des Hessischen Ärzteblattes sehr engagiert die Notwendigkeit einer zivil-militärischen Zusammenarbeit als ärztliche Pflicht zur Sicherung einer Krisenfestigkeit formuliert. Es fällt auf, dass dies zeitgleich mit der von Bundesverteidigungsminister Pistorius geforderten „Kriegstüchtigkeit“ formuliert wird, begründet mit dem russischen Krieg in der Ukraine, von dem angeblich eine Ausweitung zum Angriff auf die NATO drohe.

Statt des verstärkten Einsatzes präventiver Maßnahmen erfolgt mit der Aussicht auf eine hoffentlich dadurch ausreichende Sicherung eine zunehmende Militarisierung der Gesellschaft, sowohl in allen Meinungsbildenden Medien als auch z. B. mit verstärkter Werbung in den Schulen – mit der Aufforderung an die potenziellen Soldaten, ihren Wehrdienst anzutreten.

Dies, bisher zwar ausführlich kommentiert, im wesentlichen jedoch widerspruchslos hingenommen, soll mit einer bis vor kurzem noch unvorstellbaren Erhöhung des Militäretats auf jährlich 150 Milliarden Euro bis 2029 erreicht werden, was nur u. a. durch die bereits jetzt eingeleiteten Einsparungen in der Bewältigung des Klimawandels sowie im Sozial- und Kulturbereich finanziert werden kann. Das sich nach dem Ende des sog. Kalten Krieges erneut verstärkende Wettrüsten wird

die Kriegsgefahr nicht mindern, sondern steigern.

Zweifelloso ist eine gut ausgestattete, trainierte und im Bedarfsfall möglichst reibungslos funktionierende Notfallmedizin unabdingbar für die Versorgung betroffener Patienten jeglicher Notfallkrisen. Wenn, wie durch Herrn Dr. Pinkowski herausgestellt, die Expertise des Bundeswehrsaniitätsdienstes als wertvolle Grundlage in der Bewältigung von medizinischen Notfallsituationen benannt wird, so ist zu fragen, wie z. B. im Kriegsfall die Versorgungsstruktur im Zivilbereich zu organisieren ist. Hierfür könnten auch zivile NGO-Organisationen wie z. B. die weltweit agierenden „Ärzte ohne Grenzen“, „medico international“ mit den Partnerorganisationen oder die „German Doctors“, die spendenfinanziert arbeiten, oder die Hilfsorganisationen der UNO, die einen erheblichen Rückgang der finanziellen Unterstützung durch die Bundesregierung beklagen, angefragt werden.

Es ist bekannt, dass es nur durch deren Einsätze gelingt, medizinische Versorgung in Regionen mit Naturkatastrophen, Kriegseignissen (u. a. Gaza) oder Infektionsepidemien zu bringen, und es kann als gesichert gelten, dass sie über wertvolle Erfahrungen, auch in der Zusammenarbeit mit der Zivilmedizin, verfügen. Sie könnten noch wirkungsvoller arbeiten, wenn sie nur einen Bruchteil des Betrages erhalten würden, der für den Wehretat

vorgesehen ist. Diese Forderung sollte die Landesärztekammer Hessen an die Bundesregierung richten.

Die IPPNW hat in ihrer 1. Vollversammlung am 08.05.1982 in der „Frankfurter Erklärung“ formuliert: „Deshalb erkenne ich als Arzt nur eine einzige auf den Kriegsfall bezogene Form der Prävention an, nämlich die Verhütung des Krieges selbst mit allen Anstrengungen, zu denen ich mein Teil beizusteuern entschlossen bin.“

Bertram Thielmann

IPPNW Regio Rhein-Main – Internationale Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzt*innen in sozialer Verantwortung e. V.



Fotos: privat

Dr. med.

Bernhard Winter
Vorstandsmitglied
Verein demokratischer Ärzt*innen, vdää*



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

Der Weg zur Approbation in Hessen für Antragstellende aus Drittstaaten

Das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) und das Pflegequalifizierungszentrum (PQZ) Hessen bieten folgende Informationsveranstaltungen an:

- 27.10.2026: 13:00 bis 14:30 Uhr
- 26.11.2026: 13:00 bis 14:30 Uhr
- 11.12.2026: 12:00 bis 13:30 Uhr
- 14.01.2027: 10:00 bis 11:30 Uhr
- 10.02.2027: 13:00 bis 14:30 Uhr

Die Veranstaltungen sollen Antragstellenden aber auch Arbeitgebenden Informationen über das Antragsverfahren geben. Wichtig: zu laufenden Verfahren können keine Auskünfte erteilt werden.

Eine separate Anmeldung ist nicht notwendig, die Veranstaltungen sind jedoch jeweils auf 250 Teilnehmende begrenzt.

Für alle Veranstaltungen gilt der gleiche Microsoft Teams Einwahllink:

<https://teams.microsoft.com/meet/378845733672965?p=y1RM7ID33AtHggD1VN>

Kurzlink: <https://t1p.de/h8y4e>

Besprechungs-ID: 378 845 733 672 965

Passcode: TW9KN9ni

Gegebenenfalls muss die Microsoft Teams App heruntergeladen und installiert werden.

Link zur Veranstaltung: <https://t1p.de/2atr4>



Foto: Leander Schulz

Im Kammerbezirk Darmstadt haben 94 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Prüfung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgreich bestanden. Bei der Abschlussfeier hob der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Darmstadt Erich Lickroth hervor, wie umfangreich das Tätigkeitsfeld von MFA heutzutage ist und dass diese zurecht stolz auf den erfolgreichen Prüfungsabschluss sein dürfen.

Abschlussfeier für Absolventinnen der MFA-Prüfung: Der Kammerbezirk Kassel verabschiedete Anfang September 116 erfolgreiche Prüflinge, davon haben 13 mit der Note 1 im praktischen Teil bestanden. Die Zeugnisse wurden im festlich geschmückten Saal der Stadthalle Baunatal von Stephan Hermann Bork, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Kassel, überreicht. Grußworte hielten Oberstudiendirektor Rainer Büchter, Schulleiter der Willy-Brandt-Schule-Kassel, sowie Arzu Görgec, eine der Absolventinnen.



Foto: Bettina Bach



Foto: privat

Im Bereich der Bezirksärztekammer Marburg sind 29 Medizinische Fachangestellte nach erfolgreich abgelegter Prüfung aus ihren Ausbildungsverhältnissen in den Beruf entlassen worden. Am 20.08.2026 erfolgte im feierlichen Rahmen die Übergabe der Prüfungszeugnisse durch Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg.

Die feierliche Freisprechung der Medizinischen Fachangestellten nach der Abschlussprüfung Sommer 2026 fand in Wiesbaden am 2. September statt. In seiner Festansprache würdigte Dr. med. Michael Weidenfeld, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden, die Leistungen der jungen Medizinischen Fachangestellten und gratulierte ihnen zu ihrem erfolgreichen Abschluss. Zugleich ermutigte er die Absolventinnen und Absolventen mit Zuversicht in ihren neuen beruflichen Lebensabschnitt zu starten.



Foto: Laura Zimpel

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 01.12.: Dr. med. Reinhard Pfeiler, Eschborn, 75 Jahre
- 04.12.: Dr. med. Reinhard Köber, Karben, 65 Jahre
- 04.12.: Dr.-medic./Univ.Timisoara Seyfeddin Pehlivan, Frankfurt, 65 Jahre
- 04.12.: Birgit Cremer, Heusenstamm, 75 Jahre
- 05.12.: Dr. med. Waltraud Lüer, Neu-Isenburg, 95 Jahre
- 05.12.: Dr. med. Otto Heinrich Gabel, Oberursel, 100 Jahre
- 07.12.: Dr. med. Michaela Kipper, Obertshausen, 65 Jahre
- 07.12.: Prof. Dr. med. Klaus Haag, Kriftel, 75 Jahre
- 08.12.: Dr. med. Kai Miesel, Frankfurt, 65 Jahre
- 08.12.: Dr. med. Karin Koller, Bad Homburg, 70 Jahre
- 08.12.: Dr. med. Dieter Erny, Bad Homburg, 80 Jahre
- 09.12.: Dr. med. Hans-Dieter Hüwer, Langenselbold, 75 Jahre
- 09.12.: PD Dr. med. Dr. med. habil. Hans Becker, Oberursel, 90 Jahre
- 11.12.: Dr. med. Bernd Schmude, Frankfurt am Main, 75 Jahre
- 12.12.: Dr. med. Rainer Schneider, Eschborn, 65 Jahre
- 13.12.: Dr. med. Sylvia von Rosenberg-Gruszczynski, Eschborn, 65 Jahre
- 15.12.: Dr. med. Mario Liebl, Frankfurt, 65 Jahre
- 15.12.: Dr. med. Axel Weber, Oberursel, 75 Jahre
- 16.12.: Dr. med. Bärbel Kunstreich-Grißmer, Hofheim, 70 Jahre
- 17.12.: Prof. Dr. med. Gottfried Lemperle, Frankfurt, 90 Jahre
- 18.12.: Dr. med. Gabriele Tille, Bad Homburg, 70 Jahre
- 19.12.: Dr. med. Heidrun Jost, Sulzbach, 70 Jahre
- 21.12.: Dr. med. Erika Sippel, Sinntal, 80 Jahre
- 21.12.: Ltd. Med.-Dir. Dr. med. Margarete Peters, Bad Vilbel, 90 Jahre
- 22.12.: Dr. med. Klaus-Peter Buxbaum, Neu-Isenburg, 85 Jahre



Foto: Lukas Reus

Im Rahmen der Abschlussprüfung im Sommer 2026 haben 207 Auszubildende aus dem Zuständigkeitsbereich der Bezirksärztekammer Frankfurt ihre Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten erfolgreich abgeschlossen. Am 4. September begrüßte der Vorsitzende Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci, 108 Absolventinnen und zwei Absolventen zur Freisprechungsfeier und überreichte jeweils das Prüfungszeugnis. Glückwünsche überbrachten ebenso Lena Urban im Namen des Verbandes medizinischer Fachberufe sowie Timo Glänzer, der als Lehrkraft an der Theodor-Heuss-Schule in Offenbach stellvertretend für al-

le Lehrerinnen und Lehrer den erfolgreichen Abschluss würdigte. Insgesamt hatten an der Prüfung 318 Frauen und 11 Männer teilgenommen. Für tolle Livemusik sorgte das Duo „Felix-sima“. Drei Absolventinnen erreichten die Note 1 im schriftlichen Teil der Abschlussprüfung, 14 Absolventinnen erzielten die Note 1 im praktischen Teil. Eine Absolventin konnte dabei eine besondere Leistung erzielen und schloss sowohl den schriftlichen als auch den praktischen Prüfungsteil jeweils mit der Note 1 ab.

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 24. März 2027

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 24. März 2027 teilnehmen wollen, sind zwischen dem **25. November und 2. Dezember 2026** bei dem zuständigen Kammerbezirk anzumelden – unter Vorlage des erforderlichen, vollständig ausgefüllten Anmeldeformulars. Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der **ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz**, spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Been-

digung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wir weisen darauf hin, dass Jugendliche nach Ablauf von 14 Monaten nach Aufnahme der ersten Beschäftigung (Berufsausbildung) nicht weiterbeschäftigt werden dürfen, solange die Auszubildenden die ärztliche Bescheinigung nicht vorgelegt haben (§ 33 Abs. 3 Jugendarbeitsschutzgesetz). Die Landesärztekammer Hessen ist verpflichtet, die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages zu löschen, wenn die ärztliche Bescheinigung nicht spätestens am Tag der Anmeldung zur Zwischenprüfung vorgelegt wird.

**Landesärztekammer Hessen
Abt. MFA-Ausbildungswesen**

Einladung zur 13. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 17. Wahlperiode 2023–2028

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 13. ordentlichen Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2023–2028 lade ich Sie für
Samstag, 21. November 2026, Beginn 10:00 Uhr s.t.,
in das Seminargebäude im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der
12. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 23. September 2026
4. Bericht des Präsidenten und Aussprache
5. Jahresabschluss 2025
 - a) Bericht der Wirtschaftsprüfer
 - b) Ergebnisverwendung und Feststellung des Jahresabschlusses
 - c) Entlastung des Präsidiums
6. Haushaltsplan 2027 und Änderung haushaltsrelevanter Rechtsquellen
der Landesärztekammer Hessen
 - a) Haushaltsplan 2027
 - b) Beitragsordnung
 - c) Kostensatzung
7. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
 - a) Hauptsatzung
 - b) Berufsordnung
 - c) Weiterbildungsordnung
 - d) Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbil-
dungsberuf Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte
8. Versorgungswerk
Bericht des Vorsitzenden/der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
9. Wahlen
 - a) Wahl der Abgeordneten zum 131. Deutschen Ärztetag 2027 in Wiesbaden
 - b) Wahl der Vorsitzenden und stv. Vorsitzenden der Prüfungs- und
Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
10. Sachstandsbericht Vorbereitung DÄT 2027 in Wiesbaden
11. Immobilienstandort Bad Nauheim (Campus Bad Nauheim)
12. Bericht aus den Bezirksärztekammern
13. Bericht Weiterbildungsstatistik
14. Sachstandsbericht der AG Klimaschutz
15. Anträge zum Bericht des Präsidenten
16. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Aktuelle Informationen zur Teilnahme an der Delegiertenversammlung finden Sie
unter: <https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung-2023-2028>

Frankfurt am Main, 07.10.2026

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 23.12.: Dr. med. Dipl.-Psych.
Stefan Kaatz,
Frankfurt, 70 Jahre
- 26.12.: Dr. med. Sibylle Haas-Brähler,
Langen, 65 Jahre
- 26.12.: Dr. med. Ildiko König,
Bad Homburg, 85 Jahre
- 27.12.: Christine Hegmann,
Frankfurt, 65 Jahre
- 29.12.: Dr. med. Patricia Nischwitz,
Frankfurt, 70 Jahre
- 29.12.: Elisabeth Wiesner von Jagwitz,
Frankfurt am Main, 75 Jahre
- 31.12.: Dr. med. Josef Franz,
Friedrichsdorf, 75 Jahre
- 31.12.: Prof. Dr. med. Johann-Georg
Doertenbach, Dreieich, 85 Jahre

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.12.: Dr. med. Peter Kopping,
Darmstadt, 75 Jahre
- 06.12.: Dr. med. Heidi Wieschen,
Dieburg, 65 Jahre
- 07.12.: Dr. med. Klaus Gißler,
Mühlthal, 80 Jahre
- 09.12.: Dr. med. Claudia Schäfer,
Lampertheim, 70 Jahre
- 12.12.: Dr. med. Joachim Sauer,
Mörfelden-Walldorf, 70 Jahre
- 15.12.: Prof. Dr. med. Martin Clemens
Heidt, Mühlthal, 65 Jahre
- 16.12.: Dr. med. Dr. rer. nat.
Paul Steinfeld,
Darmstadt, 80 Jahre
- 17.12.: Prof. Dr. med. Gerald Baier,
Seeheim-Jugenheim, 65 Jahre
- 17.12.: Dr. med. Helga Walter-Vitek,
Ladenburg, 65 Jahre
- 18.12.: Dr. med. Friedrich Schmitt,
Weinheim, 80 Jahre
- 21.12.: Dr. med. Peter Reinheimer,
Seeheim-Jugenheim, 75 Jahre
- 30.12.: Dr. med. Klaus Wiesberg,
Mainz, 75 Jahre
- 30.12.: Dr. med. Uwe Springer,
Darmstadt, 80 Jahre

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

- 02.12.: Dr. med. Eva Lenz, Alsfeld, 70 Jahre
05.12.: Dr. med. Andreas Schäfer, Wettenberg, 70 Jahre
09.12.: Hans-Jürgen Lautze, Gießen, 65 Jahre
13.12.: Hans-Peter Schwehn, Eschenburg, 70 Jahre
16.12.: PD Dr. med. habil. Peter Möhring, Wettenberg, 80 Jahre
18.12.: Ute Hiller, Mengerskirchen, 65 Jahre
25.12.: Reinhold Schäfer, Langgöns, 75 Jahre
31.12.: Dr. med. Hans-Jürgen Arndt, Friedberg, 65 Jahre
31.12.: Dr. med. Hilde Schreiner, Braunfels, 75 Jahre
31.12.: Dr. med. Guenter Arndt, Bad Vilbel, 85 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 05.12.: Dr. med. Manfred Glitsch, Marburg, 75 Jahre
08.12.: Dr. med. Rolf Seidel, Marburg, 80 Jahre
10.12.: Dr. med. Gisela Scharsich, Marburg, 80 Jahre
13.12.: Prof. Dr. med. M.H.Sc./Univ. of Toronto Norbert Donner-Banzhoff, Marburg, 70 Jahre
13.12.: Dr. med. Johannes Loewenstein, Schwalmstadt, 70 Jahre
23.12.: Medizinaloberrätin Dr. med. Elke Zelder, Marburg, 85 Jahre
27.12.: Dr. med. Ralf Waletzki, Neukirchen, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 06.11.: Dr. med. Rüdiger Wirth, Gießen, 70 Jahre
05.12.: Dr. med. Othmar Kubin, Eltville, 85 Jahre
11.12.: Bianka Petri, Eschenau, 65 Jahre
23.12.: Dr. med. Rainer Kindt, Wiesbaden, 75 Jahre
29.12.: Dr. med. Thomas Schultheis, Idstein, 65 Jahre
29.12.: Dr. med. Peter Koch, Idstein, 85 Jahre

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Dieter Bodenmüller, Hüttenberg
* 06.06.1956 † 26.05.2024

Dr. med. Dr. med. dent.
Bernd Rudolf Egon Bünger, Weimar
* 11.12.1942 † 18.08.2026

Dr. med. Rolf Frese, Diemelsee
* 12.12.1941 † 28.10.2023

Dr. med. Ursula Juliane Herber, Bad Camberg
* 20.10.1949 † 19.06.2026

Dr. med. Norman Ekkehart Hillenbrand, Marburg
* 03.08.1965 † 07.09.2026

Dr. med. Manfred Karhoff, Hadamar
* 15.03.1948 † 10.08.2026

Dr. med. Richard Kronauer, Groß-Gerau
* 07.12.1946 † 10.03.2025

Dr. med. Horst Lehning, Pfungstadt
* 14.07.1940 † 18.08.2026

Dr. med. Hans Löhmer, Kassel
* 30.11.1952 † 21.08.2026

PD Dr. med. Bernd Ludwig, Frankfurt
* 28.08.1940 † 07.07.2026

Dr. med. Petra Isabel Meermann, Grünberg
* 01.11.1965 † 12.08.2026

Dr. med. Monika Beate Mittas, Einhausen
* 21.11.1955 † 22.08.2026



Foto: © Tom Bayer – stock.adobe.com

Dr. med. Annemarie Müller-Andreesen, Hattersheim
* 25.08.1932 † 11.09.2026

Dr. med. Georg Nakrou, Fulda
* 07.12.1936 † 05.09.2023

Dr. med. Roland Riedl-Seifert, Kassel
* 16.11.1944 † 15.07.2026

Dr. med. Heinrich Stegmann, Hanau
* 26.12.1945 † 10.08.2026

Khemisti Torki, Frankfurt
* 22.04.1964 † 30.07.2026

Tip Doktoru Yasar Nabi Varinli, Schlüchtern
* 14.12.1931 † 13.06.2025

Dr. med. Nicolas Johannes von Waldthausen, Ebsdorfergrund
* 18.06.1975 † 12.09.2026

Dr. med. Rudolf Hans Ziegler, Heppenheim
* 15.09.1951 † 31.08.2026

Spenden für Kinder aus dem Flutgebiet in Nepal

Am 26. August 2026 hat eine schwere Sturzflut das Tal des Bhote Koshi in Nepal verwüstet. Der Stiftungsfonds Ekarka Nepal, verbunden mit der GLS Zukunftsstiftung Entwicklung, ist im Dezember 2025 gegründet worden, um die Ausbildung der Kinder einer Bergschule im Oberen Dolpo, einer der entlegensten Regionen des Himalaya, zu sichern. Aktuell unterstützt Ekarka Nepal auch die Unterbringung und Betreuung von Kindern aus dem Flutgebiet. Eine Zuflucht bietet das Internat der Surya Shikshya Sadan Stiftung in Kathmandu. Hier sollen die Kinder aufgenommen werden, die durch

die Flut ihre Eltern und ihr Zuhause verloren haben. Wie viele Kinder es sein werden und wie lange sie bleiben, ist noch offen. Für Unterkunft, Essen, Kleidung, Medizin, psychologische Hilfe und Schulbesuch rechnet die Stiftung mit Kosten von 105 Euro pro Kind und Monat.

Spendenkonto

GLS Zukunftsstiftung Entwicklung (DZI-Spendensiegel)

IBAN DE05 4306 0967 0012 3300 10

Verwendungszweck für die Kinder aus dem Flutgebiet: SF Ekarka Nepal – Sturzflut, Verwendungszweck für die Bergschule: SF Ekarka Nepal

Einladung

174. Bad Nauheimer Gespräch

17.11.2026, 19–21 Uhr, Präsenz und online
Landesärztekammer Hessen – Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Künstliche Intelligenz im Alltag und in der Medizin Chancen und Risiken

In jüngster Zeit gelangte Künstliche Intelligenz (KI) in die Schlagzeilen. Der Wettlauf um immer leistungsfähigere KI-Systeme geriet außer Kontrolle, sodass selbst die Entwickler ein Moratorium fordern. Es ist also höchste Zeit, sich intensiv mit dieser Thematik zu befassen, denn KI hat inzwischen in den Alltag der Menschen und zunehmend auch in der Medizin Einzug gehalten.

Wie betroffen sind wir als Ärzteschaft und als Gesellschaft? Was können wir tun? Hierzu haben die Bad Nauheimer Gespräche e. V. zwei ausgewiesene Experten eingeladen.



Foto: privat

Prof. Dr. Andreas Goldschmidt

Arzt, Medizininformatiker, Leiter der Präsidiums-kommission Ethik der Deutschen Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie



Foto: Arne Sattler

Prof. Gerd Gigerenzer

Psychologe, Neurowissenschaftler, Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz, Direktor em. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Prof. Gerd Gigerenzer, Autor des Buches „Klick. Wie wir in einer digitalen Welt die Kontrolle behalten und die richtigen Entscheidungen treffen“, zeigt, wie KI bereits heute viele Bereiche unseres Lebens beeinflusst, ohne dass wir es in seiner Bedeutung wirklich bemerken – letztendlich mit dem Risiko der (vollständigen) Überwachung und des Verlusts unserer persönlichen Freiheit und der Demokratie.

Prof. Andreas Goldschmidt, Herausgeber des Buches „KI in der Medizin: Folgenabschätzung für Forschung und Praxis“, beleuchtet die Möglichkeiten und Grenzen der KI in der Medizin. Hier sind klare Leitlinien für einen vertrauenswürdigen Einsatz zwingend erforderlich und eine sorgfältige Abwägung, insbesondere im Hinblick auf Datenschutz, Sicherheit und Verantwortung.

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.

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

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

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



Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

- 07.10.: Dr. med. Klaus Hessbrüggen, Bad Wildungen, 90 Jahre
- 02.11.: Dr. med. Michael Karges, Hofbieber, 65 Jahre
- 01.12.: Dr. med. Jochen Klotz, Korbach, 65 Jahre
- 01.12.: Med.-Dir. i. R. Lydia Schmidt, Vellmar, 75 Jahre
- 05.12.: Dr. med. Peter Buntrock, Kassel, 65 Jahre
- 09.12.: Dr. med. Eberhardt Sumpf, Reinhardshagen, 70 Jahre
- 09.12.: Dr. med. Petra Hummel, Kassel, 75 Jahre
- 10.12.: Dr. med. Christiane Becker, Wolfhagen, 70 Jahre
- 11.12.: Med.-Dir. i. R. Dr. med. Burckhardt Manke, Kassel, 80 Jahre
- 13.12.: Dr.-medic Marta Nagy, Bad Emstal, 75 Jahre
- 14.12.: PD Dr. med. Rüdiger Volkmann, Bad Hersfeld, 75 Jahre
- 15.12.: Dr. med. Ambros Greiner, Hünfeld, 75 Jahre
- 15.12.: Dr. med. Wolfgang Günther, Kassel, 85 Jahre
- 19.12.: Dr. med. Jürgen Brandenstein, Philippsthal, 70 Jahre
- 21.12.: Dr. med. Hartwig Endter, Petersberg, 85 Jahre
- 22.12.: Elisabeth Schreiner, Bad Arolsen, 70 Jahre
- 24.12.: Martin Glauert, Kassel, 70 Jahre
- 25.12.: Dr. med./Mediz. Akademie Szczecin Wojciech Pasnikowski, Kassel, 70 Jahre
- 27.12.: Dr. med. Rolf Lange, Bad Wildungen, 65 Jahre
- 27.12.: Dr. med. Annette-Dorothea Kacker, Vellmar, 70 Jahre
- 28.12.: Dr./Univ. Budapest Elke Eberhardt, Kassel, 65 Jahre
- 29.12.: Heinrich Gotzoll, Bad Sooden-Allendorf, 85 Jahre
- 31.12.: Barbara Wendland, Wolfhagen, 70 Jahre

Aufgrund §§ 10 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 6 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Dezember 2025 (GVBl. Nr. 110, S. 33), i.V.m. § 5 Abs. 6 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 31. März 2026 (HÄBL 9/2026, S. 499) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. September 2026 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 25. November 2025 (HÄBL 1/2026 S. 49–53), zuletzt geändert durch Satzung vom 31. März 2026 (HÄBL 9/2026, S. 498) wird wie folgt geändert:

1. In „§ 4 Veranlagung“ wird Absatz 1 wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Beitragsveranlagung erfolgt durch Einstufung des Kammerangehörigen. Jeder Kammerangehörige hat sich mit Stichtag 1. Februar eines jeden Jahres selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr einzustufen. Er soll sich dabei des von der Landesärztekammer versandten Vordrucks oder der digitalen Veranlagungsmöglichkeit im Mitgliederportal bedienen. Nach Rücksendung seiner Einstufungsunterlagen oder Selbsteinstufung im Mitgliederportal erhält der Kammerangehörige einen Beitragsbescheid.“

2. Die Übergangsbestimmung wird wie folgt neu gefasst:

„Übergangsbestimmungen

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

(2) Wer am 01.02.2026 nicht als Freiwilliges Mitglied zum Beitrag veranlagt wurde, weil er zuvor auf die freiwillige Mitgliedschaft verzichtet hatte, obgleich am 01.02.2026 aufgrund des ersten Bürokratieabbaugesetzes vom 16.12.2025 (GVBl. Nr. 110) eine (Pflicht-)Mitgliedschaft kraft gewöhnlichen Aufenthaltes in Hessen vorlag, wird für 2026 nicht nachträglich veranlagt.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2026 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. September 2026 beschlossene Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 23. September 2026



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

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

0453-V2-018b0120-00008#2008-00004

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. September 2026 beschlossene Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 5. Oktober 2026
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion:

Dipl.-Kommunikationswirt Peter 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: 11.750 Ex.; Verbreitete Auflage: 11.533 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 12
vom 25.11.2026**

ist am Mittwoch, dem 04.11.2026

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

Assistenzarzt/-ärztin Gynäkologie (m/w/d)

im vorletzten Weiterbildungsjahr zum Facharzt/-ärztin zur Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit evtl. Option für Verlängerung Schwerpunktweiterbildung gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (WB-Ermächtigung vorhanden). info@offenbach-kinderwunsch.de

Sie sind Gastroenterologe/in und können

gut mit Menschen umgehen

Endoskopie

Sonographie

Leber

CED

und möchten keine

Dienstplanbesprechungen

Rangeleien um Urlaub

Nachdienste

Investoren / Kliniken

und suchen eine neue Stelle mit

Arbeiten auf Augenhöhe im großen Team

Wertschätzung

überartificialer Bezahlung

dann schreiben Sie uns unter

letsgodoc@gmx.de

Zeit zum Umdenken

Medizin gestalten.
Menschen begleiten.
Leben in Mittelhessen.

ZEIT FÜR MENSCHEN

STATT ZEIT FÜR
VERWALTUNG

Regional
Lebenswert
Zukunftssicher

Wir suchen

Fachärztin/Facharzt (m/w/d)
für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
für unsere Hausarztpraxen in Limburg und Weilmünster



Zwei Standorte
Limburg und Weilmünster



ab 01.01.2027
oder nach Vereinbarung



Voll-/Teilzeit
(mind. 30 Stunden)

Ihre Perspektiven bei uns



Gehalt deutlich mehr als TV-Ärzte
plus Leistungszulage



Moderne Praxen und Geräte
ohne eigene Investition



10 Fachgebiete, ein Team
– kurze Wege im Verbund



Firmenfahrzeug auf Wunsch
dauerhaft auch privat nutzbar

Mehr Zeit für das, was zählt



30 Tage Urlaub



5 Tage bezahlte Fortbildungen
pro Jahr



Verwaltung und IT übernehmen wir
– kein unternehmerisches Risiko



Sehr freundliches und kollegiales
Arbeitsklima



Arbeitszeiten, die zum Leben passen
– flexible Modelle



Jetzt bewerben oder mehr erfahren:
www.medicum-mittelhessen.de



MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
medicum.mittelhessen
EHM GMBH

Ihre Ansprechpartnerin:
Leonie Spruck
Verwaltung

06472 833 95 92
(Mo–Fr 08:00–16:30 Uhr)
lspruck@medicum-mittelhessen.de

Anzeigenservice

Wir sind für Sie da!

Telefon +49 (0) 2234 7011-290

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

aerzteverlag.de/anzeigenservice



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

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

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

Zeit zum Umdenken

Medizin gestalten.
Menschen begleiten.
Leben in Mittelhessen.

BEWEGUNG GEBEN AUCH IM BERUFSLEBEN

Moderne Orthopädie
Interdisziplinär
Patientennah
Auf Augenhöhe

Wir suchen
Fachärztin/Facharzt (m/w/d)
für Orthopädie und Unfallchirurgie

in Limburg

ab 01.01.2027
oder nach Vereinbarung

Voll-/Teilzeit
(mind. 30 Stunden)

Ihre Perspektiven bei uns

- Gehalt deutlich mehr als TV-Ärzte plus Leistungszulage
- Moderne Diagnostik und Therapie ohne eigene Investition
- 10 Fachgebiete, ein Team – kurze Wege im Verbund
- Firmenfahrzeug auf Wunsch dauerhaft auch privat nutzbar



Jetzt bewerben oder mehr erfahren:
www.medicum-mittelhessen.de

Ihre Ansprechpartnerin:
Leonie Spruck
Verwaltung

06472 833 95 92
(Mo–Fr 08:00–16:30 Uhr)
l.spruck@medicum-mittelhessen.de

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
medicum.mittelhessen
EHM GMBH

Mehr Zeit für das, was zählt

- 30 Tage Urlaub
- 5 Tage bezahlte Fortbildungen pro Jahr
- Verwaltung und IT übernehmen wir – kein unternehmerisches Risiko
- Sehr freundliches und kollegiales Arbeitsklima
- Arbeitszeiten, die zum Leben passen – flexible Modelle

Attraktiver
Standort
Hohe Lebens-
qualität

Praxisräume

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

Attraktive Praxisfläche

Flexible Mietfläche für Arztpraxis in bester Innenstadtlage von Rüsselsheim. Fußläufige Nähe zu Bahnhof, Busbahnhof und Parkplätzen garantieren einfache Erreichbarkeit.
Kontakt: stephan.h.schildge@gmail.com

Kurse/Seminare/Veranstaltungen

Was ist neu in der Onkologie 2026 ?

Präsenzfortbildung für Onkologen, Internisten und Allgemeinmediziner

Alle Fachbereiche werden einzeln durch Experten behandelt.

State-of-the-Art Lecture:
Immuntherapie beim Melanom
Prof. Dr. Jessica C. Hassel, Darmstadt

21. November 2026, 9 – 15 Uhr im Welcome Hotel Darmstadt

Wissenschaftliche Leiter:
Prof. Dr. H. Bernhard, Prof. Dr. C. Weiß, Klinikum Darmstadt GmbH

Programm und Anmeldung unter:
<https://gk-organisation.de/was-ist-neu-in-der-onkologie/>

Gaby Kneissler – Veranstaltungsorganisation
E-Mail: gk_organ@organisation.de

Die Teilnahme ist kostenfrei!
Mit CME-Punkten von der LÄKH zertifiziert.

Praxisabgabe

Wer hat Lust eine kinder- jugendpsychiatrische Praxis
im Großraum Frankfurt zu übernehmen?
HÄ 060304

Hessisches Ärzteblatt



GEZIELT REKRUTIEREN!

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

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

**Deutscher
Ärzteverlag**

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.