

Ärzteblatt:



RHEINLAND-PFALZ

09 | 25

Den Jahren

mehr an Leben

geben

Geriatrische Versorgung

in Rheinland-Pfalz





alphamedis

KLEINANZEIGEN FÜR ÄRZTE UND ARZTPRAXEN

Im Kleinanzeigenportal finden Sie die Rubrikanzeigen der aktuellen Ausgabe für Rheinland-Pfalz aus den Bereichen: Stellenmarkt, Praxismarkt, Kurse/Seminare/Veranstaltungen und weiteren Rubriken.

Möchten Sie selbst eine Anzeige aufgeben?

hier online ausfüllen



www.alphamedis.de --> Inserieren

Ihre Ansprechpartnerin: Silke Johné
johné@quintessenz.de · Tel. 0341 71003994

www.alphamedis.de

Impressum

Herausgeber:

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Chefredaktion:

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Mittlere Bleiche 40, 55116 Mainz
Tel. 06131 28822-34, Fax 28822-8634
E-Mail: presse@laek-rlp.de

Redaktionsbeirat:

Dr. Günther Matheis, Dr. Jürgen Hoffart,
Prof. Dr. Achim Heintz, Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Ing.
Stephan Letzel, Mariza Oliveira Galvao, Dr. Sandra
Groß LL.M, Michaela Kabon, Christopher Schäfer
Für unverlangt eingereichte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Chefredaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Chefredaktion wieder.

Verlag:

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2 – 4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
Internet: www.quintessence-publishing.com

Geschäftsführung:

C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig:

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 71003994, Fax: -74
E-Mail: johne@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2025,
gültig ab 1.1.2025.

Druck:

Aumüller Druck GmbH & Co. KG
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Anzeigen und Fremd-Beilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

Verantwortlich für den Teil „Personalia“ sind die Bezirksärztekammern Koblenz, Pfalz, Rheinhessen, Trier.

Verantwortlich für den Teil „Die KV RLP informiert“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Das „Ärztblatt Rheinland-Pfalz“ erscheint jeweils zum 1. eines Monats. Der jährliche Bezugspreis beträgt im Inland 194,00 EUR inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 194,00 EUR (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis: 18,50 EUR zuzüglich 2,50 EUR Versandkosten.

Für die Mitglieder der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0001-9488

Auflage: 25.200 Exemplare

Redaktionsschluss:

jeweils am 5. des Vormonats

Titelentwurf, Layout:

Michaela Hempel, agentur-herzwerk.de
Angelika Semar, semardesign.de

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2025

Foto: Adobe Stock/David L/peopleimages.com



Ältere Patientinnen und Patienten, insbesondere in einem Alter ab 80 Jahren, weisen eine hohe Verletzbarkeit auf und leiden häufig an multiplen Krankheiten. Diese Personengruppe ist auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind oft schwierig zu diagnostizieren. Zudem besteht ein Bedarf nach sozialer Unterstützung. Ein Einblick in die Geriatrie als medizinische Spezialdisziplin.

→ SCHWERPUNKT, ab Seite 10

Foto: Adobe Stock/A Stockphoto



Was wünschen Sie sich für Ihre Weiterbildung? Wie kann eine gute Weiterbildung auch bei hoher Arbeitsbelastung gelingen? Das sind nur einige der Fragen, die bei der Evaluation der Weiterbildung in Rheinland-Pfalz eine Rolle spielen, die im Herbst erfolgen soll. Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat die Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) vorbereitet und hofft nun auf eine hohe Teilnahmebereitschaft.

→ AKTUELL, ab Seite 8

EDITORIAL

- *Andreas Bartels*: Gesundheitsversorgung 3.0 – KI als Gamechanger? **4**

AKTUELL

5

SCHWERPUNKT GERIATRIE

- *Jochen Heckmann*: Geriatrie Versorgung in Rheinland-Pfalz: Medizin für Fortgeschrittene **10**
- *Roland Hardt*: Vom Reparaturbetrieb bis zur universitären Geriatrie **14**
- *Johannes Treib / Ralph Wößner / Alexander Hofmann / Jochen Rädle / Martin Stoll / René Barrientos / Martin Morgenthaler*: Neurogeriatrie am Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern **18**
- *Interview Michaela Kabon*: Hausarzt ist erster Ansprechpartner für geriatrische Patienten **20**
- *Interview Michaela Kabon*: „Es gibt keine Altersbeschränkung für einen Gelenkersatz“ **23**
- *Christof Niehrs / Ralf Dahm*: Gesund altern – Fortschritte in der Altersforschung **26**

BERUFSPOLITIK

- *Interview Michaela Kabon*: Erfahrungen mit dem E-Rezept: Wie gut funktioniert die digitale Verordnung? **29**
- *Norbert Pfeiffer*: 40 Jahre Augenheilkunde – ein Resümee **30**

DIE KV RLP INFORMIERT **32**

VERANSTALTUNGEN **35**

BEKANNTMACHUNGEN **39**

PERSONALIA **40**

IMPRESSUM **2**

Offizielles Organ der Landesärztekammer, der Bezirksärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Mittlere Bleiche 40, 55116 Mainz, Tel. 06131/28822-0, Fax 06131/28822-88, E-Mail: kammer@laek-rlp.de, Internet: www.laek-rlp.de

Titel: Michaela Hempel, Angelika Semar, Foto: Adobe Stock/David L/peopleimages.com, bearbeitet, Icons im Heft: Adobe Stock/Rico, bearbeitet

In den Beiträgen unseres rheinland-pfälzischen Ärzteblattes verwenden wir wo immer möglich beide Geschlechteranreden.

Manchmal greifen wir wegen der besseren Lesbarkeit auch nur auf die weibliche oder nur die männliche Form zurück.

Folgen Sie uns auf Facebook, Instagram und LinkedIn



Gesundheitsversorgung 3.0 – KI als Gamechanger?

Werden Digitalisierung und KI zu einem Gamechanger in der künftigen Gesundheitsversorgung? Wie werden Arztpraxen und Krankenhäuser im Jahr 2050 aussehen? Welche Auswirkungen haben zukünftige Versorgungsstrukturen auf das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis? Bringen digitale Anwendungen die erhofften Kosteneinsparungen und Lösungen für die immer gravierenderen Engpässe auch im ärztlichen und pflegerischen Personal? Wird der pharmakologische und medizinisch-technische Fortschritt mit laufend optimierten Therapieoptionen die Finanzierbarkeit eines allumfassenden Gesundheitssystems noch möglich machen?

Es sind viele, nicht einfach zu beantwortende Fragen, selbst wenn man einen Blick in die Zukunft werfen könnte: Die Science-Fiction-Vision von Raumschiff Enterprise zeigt Doc Pille mit einem Laserscanner, der die komplette Diagnostik übernimmt – und therapeutische Möglichkeiten, die fast unbegrenzte Heilungserfolge versprechen. Diese Zukunftsvision scheint weit weg, doch sie wird immer greifbarer. Sam Altmann, Mitbegründer und CEO von Open AI, spricht etwa davon, Medikamente, deren Erforschung und Entwicklung zehn bis 15 Jahre gedauert haben, mittels KI in weniger als zwölf Monaten zur Anwendung zu bringen. In einigen Fachbereichen werden KI-Modelle in der Diagnostik bereits unterstützend eingesetzt. Werden sie unseren Berufsstand, zumindest in der reinen Diagnostik wie der Radiologie oder der Labormedizin, ersetzen?

Stellt man sich diesen Entwicklungen, müssen solche Fragen beantwortet werden. Wir können die Herausforderung, eine immer älter werdende Bevölkerung mit weniger und weniger medizinischem Personal zu versorgen, nur dann bewältigen, wenn wir zeitaufwendige bürokratische Prozesse verkürzen. Hier kann und muss eine anwendungsfreundliche Digitalisierung Unterstützung bieten. Die Arztpraxis von morgen ist voll digitalisiert und hoffentlich auch vollumfänglich mit allen Leistungsanbietenden im Gesundheitswesen vernetzt. Die Dokumentation und die Kommunikation werden automatisiert und es gibt eine komplett digitalisierte Patientenakte.

Wie das in Perfektion und für die Anwendenden optimal umgesetzt werden kann, habe ich mir Anfang Juli in Tallin in Estland vorführen lassen. Wir hier in Deutschland sind von dem Stand dort noch meilenweit entfernt. In Estland findet die Versorgung nur noch selten in Einzelpraxen statt. Und auch bei uns werden sich vermehrt Gesundheitszentren als Anlaufstelle bilden. Die persönliche und langjährige Arzt-Patienten-Beziehung wird nur noch selten umsetzbar sein, Kliniken der Grund- und Regelversorgung werden immer mehr den Maximalversorgenden weichen.



Foto: KVRLP

Die Finanzierbarkeit einer auf solidarischer Basis aufgestellten Gesundheitsversorgung wird viele neu zu beantwortende Fragen mit sich bringen. Können wir wirklich alle erdenklichen medizinischen Leistungen und teuren individuellen Therapiemaßnahmen ohne Einschränkungen und ohne Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten ermöglichen? Hier werden schwerwiegende ethische und gesellschaftspolitische Entscheidungen notwendig sein, denn die Kosten werden mit unserer immer älter werdenden Bevölkerung und den medizinischen Möglichkeiten unaufhaltsam steigen.

Ganz wichtig bleibt für alle zukünftigen Entwicklungen: Es sind wir, die die neuen Strukturen mit unserem ärztlichen Sachverstand und unserer Expertise mitgestalten und uns in Diskussionen über ethische und gesellschaftspolitische Themen einbringen müssen. Das erfordert Engagement, Mut und oft auch eine Neuausrichtung – hierzu haben wir uns mit unserer Berufswahl verpflichtet.

Mit kollegialen Grüßen,

Dr. Andreas Bartels

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KVRLP

Foto: Michaela Kabon



VOR 50 Jahren

Diese Diskussion kommt einem bekannt vor: Es gebe eine „Kostenexplosion in der sozialen Krankenversicherung“, schreibt Autor Dr. Hans Hugo Wrede, ein Allgemeinmediziner aus Simmertal, vor 50 Jahren im Ärzteblatt. Vorschläge, wie die Kosten minimiert werden könnten, gibt es viele, erfolgversprechend sind sie nicht. Wrede bringt eine mögliche Selbstbeteiligung der Patienten ins Spiel. Ein gewisser Heiner Geißler, damals noch Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz, habe dafür Sympathien gehabt, sei aber überzeugt gewesen, dass dies politisch nicht durchsetzbar sei. Der Autor, der sich bewusst ist, dass er sich in großen Teilen der Ärzteschaft unbeliebt macht, sieht das anders und hält mehr Selbstverantwortung und Selbstbeteiligung für realistisch. Dafür verweist er auf die Bahnschrankenwärter, die zu Beamten wurden und sich im Zuge dessen zu fast 100 Prozent für eine private Krankenversicherung entschieden hätten. Dabei seien die Bahnschrankenwärter zu „mündigen Staatsbürgern im Gesundheitswesen“ geworden, die sich zunehmend über Kostenfragen Gedanken machen. (cees)

Medizinische Kinderschutzhotline

Die Medizinische Kinderschutzhotline ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes, bundesweites, kostenfreies und 24 Stunden erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe, Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Projektleitung hat Prof. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm. Weitere Infos unter: <https://kinderschutzhotline.de/> (eb)

Unterstützung für strengere Regeln für Medizinal-Cannabis

Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützt die Pläne der Bundesregierung, Online-Verschreibungen und den Onlineversand von Medizinal-Cannabis zu unterbinden. BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt erklärt: „Seit der Herausnahme von Medizinal-Cannabis aus dem Betäubungsmittelgesetz ist die Einfuhrmenge von Cannabisblüten sprunghaft angestiegen. Eine gesetzliche Korrektur ist deshalb erforderlich. Noch Konsequenter wäre es, Medizinal-Cannabis wieder dem Betäubungsmittelgesetz zu unterstellen.“

Hintergrund der aktuellen Gesetzesinitiative ist die Praxis zahlreicher Online-Anbieter, die Medizinal-Cannabis häufig ausschließlich auf Privatrezept verschreiben – und das ohne persönlichen Arztkontakt. Der Entwurf sieht deshalb vor, dass die Erstverordnung von Cannabisblüten nur nach einem direkten, persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen darf – sei es in der Praxis oder bei einem Hausbesuch. Zudem wird der Versandhandel mit Cannabisblüten verboten.

Auch die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat sich mehrfach gegen die Teil-Legalisierung und für eine Rücknahme des Gesetzes ausgesprochen. Eine Substanz, von der man weiß, dass sie hirnorganische Veränderungen hervorruft, zu Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen führt sowie Abhängigkeiten und psychische Veränderungen auslösen kann, sollte nicht frei verfügbar sein. Diesen Fehler sollte die Bundesregierung rückgängig machen. Das Geschäftsmodell, auf Online-Plattformen einfachen Zugang zu Rezepten für medizinisches Cannabis zu bieten, hat auch in Rheinland-Pfalz zugenommen. Geschäftsmodelle, bei denen unter einem medizinischen Deckmantel Geschäfte gemacht werden und einzelne Personen ihren Profit daraus ziehen, lehnt die Landesärztekammer ab. (cees)

Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat sich mehrfach gegen die Teil-Legalisierung und für eine Rücknahme des Gesetzes ausgesprochen.

GPI-Fachtagung zum Thema Adipositas im Eltzer Hof am 03.12.2025

„Systemsprenger Adipositas: Versorgung und Folgeerkrankungen im Fokus“: So lautet der Titel der Fachtagung „Gesundheitspolitischer Impuls (GPI) Rheinland-Pfalz“, die am Mittwoch, 3. Dezember, 16.30-20 Uhr, im Haus der rheinland-pfälzischen Ärzteschaft, Mittlere Bleiche 40, 55116 Mainz, stattfindet. Veranstalter sind das Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit (MWG), die Landesärztekammer, die Landesapothekerkammer, der Förderverein für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz und der Gesundheitspolitische Arbeitskreis Mitte (GPA Mitte).

Das Grußwort hält Nicole Steingaß, Staatssekretärin im MWG. Impulsreferate kommen von Dr. med. Johannes Oepen (Adipositas Netzwerk Rheinland-Pfalz e.V.), Dr. med. Jonas Fröhlich (Hausärztinnen- und Hausärzterverband Rheinland-Pfalz), Juliane Maier-Scheunemann (Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz), Dr. rer. nat. Janka Schulte-Michels (vfa) und Martin Faust (AOK Rheinland-Pfalz/Saarland). Die Referenten sind auch Teilnehmer der sich anschließenden Podiumsdiskussion, die von Heike Bökenkötter, Chefredakteurin der Ärzte Zeitung, moderiert wird. (cees)

Online-Fortbildung zu Medikamentenabhängigkeit

Rund 1,8 Millionen Menschen in Deutschland gelten als medikamentenabhängig, weitere vier Millionen zeigen missbräuchlichen Konsum, besonders oft von Substanzen wie Opioid-Analgetika, Benzodiazepine und Z-Substanzen. Um das Bewusstsein für diese „stille Sucht“ zu schärfen, bietet die Bundesärztekammer in Kooperation mit dem Hausärztinnen- und Hausärzterverband, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Ärztekammer Berlin eine Online-Fortbildung an.

In einem kostenlosen Online-Format erhalten Teilnehmende am Mittwoch, 17. September, 16 bis 20 Uhr fundierte Einblicke in aktuelle Zahlen und Entwicklungen im Bereich Medikamentenmissbrauch, ärztliche Handlungsmöglichkeiten und Verantwortung, Hilfestellung an der Schnittstelle zur Suchthilfe und Apothekerschaft sowie praxisrelevante Impulse durch Fachvorträge und Diskussion. Anmelden können sich Interessierte hier: <https://tinyurl.com/yc77eyru>.

Symposium Oranienstein 3.0 am 19.09.2025

Die aktuelle weltpolitische Sicherheitslage zeigt deutlich, dass Europa, und damit auch Deutschland, nicht nur die eigene Verteidigungsfähigkeit, sondern in der Folge auch die medizinische Versorgungsfähigkeit in Krisensituationen stärken muss. In den vorigen Jahren befasste sich dieses Symposium mit den Themen: „Leben retten unter besonderer Gefahr“ und „Im Ernstfall: was bedeutet Kriegsmedizin?“. Dabei standen die medizinische Versorgung im Einsatz sowie die stationäre Akutversorgung in Bundeswehrkrankenhäusern und berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken im Fokus. 2025 wird sich das Symposium der ebenso wichtigen ambulanten medizinischen Versorgung unter Verteidigungsbedingungen widmen. Ausrichtende sind die Landesärztekammer Hessen, die Partnerkammern aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland sowie verschiedene Gliederungen der Bundeswehr. In der aktuellen Veranstaltung werden neben hochrangigen Vertretern der Bundeswehr erstmals auch Vertreter der hessischen Apothekerkammer erwartet. Kontakt und Anmeldung: <https://tinyurl.com/2wxm9535>. (eb)

Foto: Lukas Reus



Im Schloss Oranienstein in Diez findet das Symposium statt



Humanmediziner und Zahnmediziner feiern ihren Abschluss



208 Absolventinnen und Absolventen des Studienganges Humanmedizin der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität haben ihr Studium erfolgreich beendet. Die Note „sehr gut“ erreichten 20 Studierende, davon jeweils zehn der 132 weiblichen Absolventinnen als auch zehn der 76 männlichen Absolventen.

An der Feierstunde nahmen ebenfalls Vertreterinnen und Vertreter der Universitätsmedizin und des Landes Rheinland-Pfalz teil und gratulierten dem medizinischen Nachwuchs. Parallel fand auch die Examensfeier der Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner statt. (eb)



Fotos: Thomas Böhm

Fachtagung zur Krankenhausstrukturreform in Mainz am 12.11.2025

Die aktuellen Entwicklungen der Krankenhausreform bieten Herausforderungen aber auch Chancen für die Gesundheitsversorgung in Rheinland-Pfalz. Zur Fachtagung „Veränderung der Krankenhausstruktur: Ist Qualitätsentwicklung noch möglich?“ geben Experten einen Einblick in den aktuellen Stand der Krankenhausplanung, welche Rolle dabei das ärztliche und das pflegerische Personalbemessungssystem spielt und wie sich die Reform auf die ärztliche und pflegerische Weiter- und Fortbildung auswirkt. Ziel ist es, gemeinsam Perspektiven für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Darüber diskutieren Ärzteschaft, Pflegepersonal und Klinikverwaltung gemeinsam.

Die Veranstaltung am 12.11.2025, 9 bis circa 16 Uhr, ist eine gemeinsame Fachtagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands - Landesgruppe Rheinland-Pfalz/Saarland, des Bundesverbandes Pflegemanagement Rheinland-Pfalz und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Die Tagungsgebühr von 98 Euro (inklusive Tagungsverpflegung) wird steuerlich als Fortbildung anerkannt, teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erhalten sieben Fortbildungspunkte. Der Tagungsflyer mit Programm und Möglichkeit zur Anmeldung steht unter www.laek-rlp.de/presse/ zum Download bereit. (eb)



Die Weiterbildung in Rheinland-Pfalz auf dem Prüfstand

Foto: Adobe Stock/A Stockphoto

Was wünschen Sie sich für Ihre Weiterbildung? Wie kann eine gute Weiterbildung auch bei hoher Arbeitsbelastung gelingen? Welche Rolle spielen Teilzeit oder Vereinbarkeit von Familie und Beruf? Das sind nur einige der Fragen, die bei der Evaluation der Weiterbildung in Rheinland-Pfalz eine Rolle spielen, im Herbst erfolgen soll. Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat die Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sowie der Weiterbildungsbefugten gemeinsam mit dem unabhängigen Umfrageinstitut Schreier während der vergangenen Monate vorbereitet und hofft nun auf eine hohe Teilnahmebereitschaft.

Warum wird die Weiterbildung evaluiert?

Mithilfe der erhobenen Daten soll ein Bild davon entstehen, wie es um die Weiterbildung steht. Es soll herausgefunden werden, wo es richtig gut läuft, aber auch wo Verbesserungen nötig sind.

Wie läuft die Evaluation konkret ab?

Alle Weiterbildungsbefugten sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erhalten eine E-Mail mit dem Zugangscode zum Fragebogen. Die Teilnahme an der Evaluation dauert fünf bis maximal zehn Minuten. Bei vielen Fragen sind die Antwortmöglichkeiten vorgegeben, und es soll zudem die Möglichkeit geben, kurze eigene Anmerkungen einzutragen.

Ist die Teilnahme verpflichtend?

Grundsätzlich besteht für Weiterbildungsbefugte nach § 5 der Weiterbildungsordnung eine Verpflichtung, an Evaluationsmaßnahmen teilzunehmen. Zudem hat der Deutsche Ärztetag beschlossen, eine bundesweite Evaluation der Weiterbildung zu erheben, um somit einen ganzheitlichen Blick hierauf zu erhalten. Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz möchte durch die Veröffentlichung der Ergebnisse nicht nur Transparenz für Ärztinnen und Ärzte herstellen, die auf der Suche nach einer Weiterbildung sind. Es geht auch darum – und das geht über die Musterevaluation sowie die

Evaluationen vieler anderer Ärztekammern hinaus – konkrete Maßnahmen ableiten zu können. Dies kann gelingen, indem die Landesärztekammer vor allem anhand der Evaluationsergebnisse weiter mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung wie auch Weiterbildungsbeauftragten ins Gespräch kommt.

Wie ist der Fragebogen aufgebaut?

Die Befragung beruht auf den Musterfragebögen der Bundesärztekammer und wurde nach Gesprächen mit den zu Befragenden auf die Situation in Rheinland-Pfalz angepasst. Beide Fragebögen enthalten Themenblöcke mit allgemeinen Angaben zur Person, zur Weiterbildung und zur Weiterbildungsstätte.

Kann man aus den Umfrageergebnissen ableiten, wer wie bewertet hat?

Grundsätzlich nicht. Die Befragung wird anonym ausgewertet. Wenn an einer WB-Stätte weniger als vier Fragebögen ausgefüllt werden, müssen die Befragten gesondert zustimmen, ob die Antworten – selbstverständlich ebenfalls anonymisiert – verwendet werden dürfen. Die Daten werden für einen Bericht über die Weiterbildungsstätte verwendet, der den Weiterbildungsbefugten und der Landesärztekammer zur Verfügung gestellt wird.

Was verspricht sich die Landesärztekammer von einer Evaluation?

Über zehn Jahre nach der letzten Evaluation verspricht sich die Landesärztekammer, einen Überblick über die Situation der Weiterbildung zu bekommen und außerdem eine Verbesserung für alle Ärztinnen und Ärzte an den Stellen zu erreichen, an denen es nötig ist. Speziell für Weiterbildungsbefugte ergeben sich mehrere Vorteile: Erfahrungen anderer Kammern zeigen, dass es Weiterbildungsbefugte motiviert, wenn sie schriftlich sehen, dass sich die Mühen einer guten Weiterbildung lohnen. Umgekehrt haben die Beauftragten die Chance, zu erfahren, wo ihre ÄiW, die vielleicht vorher ihre Meinung nicht geäußert haben, Optimierungspotenzial sehen. Zudem erfahren die Weiterbildungsbeauftragten in manchen Fällen erst durch die Evaluation, an welchem Hebel sie ansetzen müssen, um Verbesserungen zu erreichen. Evaluationsergebnisse geben Weiterbildern außerdem Argumente für die Diskussion mit Kostenträgern und Verwaltungen an die Hand. Letztlich führt die Evaluation somit zur Verbesserung der Weiterbildungssituation in Rheinland-Pfalz.

Welche Erfahrungswerte gibt es bei der Evaluation der Weiterbildung?

Die Evaluation spielt inzwischen für ÄiW eine wichtige Rolle bei der Stellensuche, wenn Bewertungen der Weiterbildungsstätte vorliegen. Erfahrungen aus anderen Ärztekammern haben gezeigt, dass sich durch regelmäßige Evaluationen tatsächlich die WB-Situation an vielen Häusern verbessert.

Dies geschieht natürlich nicht durch die Evaluation per se, aber durch die Diskussionen und Prozesse, die stättenintern, aber auch extern angestoßen werden. Daher ist es auf jeden Fall sinnvoll, die Evaluation in regelmäßigen Abständen – zum Beispiel alle zwei Jahre – zu wiederholen, um die erreichten Fortschritte auch feststellen zu können – und sich über Erfolge dann auch freuen zu können.

Wie geht es nach der Evaluation weiter?

Nach der Evaluation in diesem Jahr sind regelmäßige Erhebungen bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und bei Weiterbildungsbefugten geplant. Befragung und Auswertung erfolgen online über das beauftragte unabhängige Umfrageinstitut Schreier, das über eine langjährige Erfahrung mit der Evaluation von ärztlicher Weiterbildung verfügt. Die Ergebnisse sollen, wie auch schon bei der ersten Evaluation, verglichen werden mit den Ergebnissen des Fachgebietes, der gesamten Klinik mit der Einrichtung im Verlauf der Zeit. Bei stark abweichenden Ergebnissen mit anderen Abteilungen soll eruiert werden, worin dafür die Gründe liegen und gemeinsam über Lösungsstrategien nachgedacht werden.

Wo finde ich mehr Informationen zur Weiterbildung und zur Evaluation?

Auf der Homepage der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz unter der Rubrik Weiterbildung oder telefonisch unter 06131/28822-48. (eb)

Studie zu neuer Versorgungsform für Parkinsonpatienten: Teilnehmer gesucht

Das Projekt Inspire-PNRM+ setzt auf die Einbindung von Advanced Practice Nurses (APNs) zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Parkinsonpatienten im Saarland, Rheinland-Pfalz und Südhessen. Die APNs, also qualifizierte Pflegefachkräfte, sollen in Zusammenarbeit mit neurologischen Fachzentren die ambulante Versorgung koordinieren. Die APNs besuchen die Patienten zu Hause, analysieren die motorischen und kognitiven Fähigkeiten und erstellen individuelle Therapiepläne. Sie fungieren als zentrale Ansprechpersonen für Patienten, Angehörige und behandelnde Ärzte.

Das Projekt wird durch den Innovationsfonds des G-BA gefördert. Konsortialpartner sind unter anderem die Universitätskliniken des Saarlands und Mainz. Die Rekrutierung von Studienteilnehmern läuft noch: Interessierte Patienten und Arztpraxen können sich weiterhin beteiligen. Bei der über zwölf Monate angelegten Studie werden Patienten, die durch APNs betreut werden, mit einer Kontrollgruppe verglichen.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Sergiu Groppa/Franziska Beyer,
Inspire-PNRM+ Koordination,
E-Mail: inspire-info@parkinsonnetzwerk.de,
Telefon: 06131-177838, www.parkinsonnetzwerk.de.

Geriatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz: Medizin für Fortgeschrittene

Im Jahr 2040 werden von den 4,1 Millionen Bürgerinnen und Bürgern in Rheinland-Pfalz 1,1 Millionen über 65 Jahre alt (28 Prozent) sein, davon werden circa 400.000 über 80 Jahre alt sein (knapp zehn Prozent). Im Jahr 2020 betrug der Anteil der über 65-Jährigen 22 Prozent, der Anteil der über 80-Jährigen sieben Prozent (circa 295.000). Die Mehrzahl der über 65-Jährigen wohnt zu Hause. Nur knapp jeder sechste Pflegebedürftige lebt in Rheinland-Pfalz in einem Heim; im Jahr 2021 waren dies rund 36.900 Personen.

Diese wachsende Gruppe älterer Patientinnen und Patienten, insbesondere der über 80-Jährigen, weist eine hohe Verletzbarkeit (Vulnerabilität) auf und leidet an multiplen Krankheiten. Aktuell beträgt die Lebenserwartung einer 80-Jährigen Frau 9,5 Jahre (Mann 7,8 Jahre), das heißt jede zweite 80-Jährige Frau wird älter als 89 Jahre. Diese Personengruppe ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich differenzial präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf eine Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach gleichzeitiger sozialer Unterstützung, da die meisten Patientinnen und Patienten zu Hause wohnen.

Die Sektion Geriatrie der Europäischen Vereinigung der Fachärzte beschreibt die Kompetenz der Geriatrie als medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-) rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an – ganzheitliche Medizin! Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status der älteren Patientinnen und Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Selbstbestimmung.

Mit dem Geriatriekonzept will Rheinland-Pfalz dem demographischen Wandel begegnen

2016 hat Rheinland-Pfalz sein Geriatriekonzept veröffentlicht. Darin werden die notwendigen Bedarfe, Strukturen und Ziele beschrieben, um den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen:

1. Ambulante Behandlung soll soweit wie möglich Vorrang vor stationären Therapien haben.
2. Dauerhafte Pflegebedürftigkeit soll durch geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation vermieden werden. Im Barmer Pflegereport 2014 wurde aufgezeigt, dass – im Ländervergleich – die gestufte Behandlung mit geriatrischer Rehabilitation den Pflegeeintritt vermindern kann.
3. Die Wohnortnähe der Behandlung soll durch ein differenziertes Angebot unter der Abwägung wirtschaftlicher Gesichtspunkte erreicht werden.
4. Die Behandlungsstrukturen sollen anerkannten Qualitätsstandards entsprechen.
5. Die besonders qualifizierten stationären und ambulanten Strukturen sollen als Fort- und Weiterbildungsstellen zur Nachwuchsförderung sowie zur Fortbildung dienen.
6. Die Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor soll gefördert werden.
7. Die Zusammenarbeit zwischen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und Reha-Einrichtungen soll verbessert werden.



Die Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe bietet eine komplexe Physiotherapie.

Fotos: Landeskrankenhaus

*Diagnostik in der Akutgeriatrie*

Im Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte leisten insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte die Versorgung der betagten sowie hochbetagten Patientinnen und Patienten. Diese sind damit die wichtige Basis der Versorgung und zentraler Ansprechpartner für diese Patientengruppe, sowohl in der häuslichen Versorgung als auch für die Bewohner von Pflegeheimen.

Gestufte Versorgung mit Krankenhausbehandlung und Rehabilitation ist essenziell

Für den stationären Bereich ist die gestufte Versorgung grundlegend: Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. Die spezialisierte geriatrische Akutversorgung wird in Hauptfachabteilungen Geriatrie (in den Oberzentren oder an Standorten mit Schwerpunktversorgung) und in Allgemeinkrankenhäusern mit besonderer geriatrischer Kompetenz und entsprechendem Versorgungsauftrag (in der Fläche) geleistet.

Der geriatrische Patient soll im Krankenhaus von Beginn der Behandlung in der Notaufnahme bis zur Entlassung die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. So sollten diese Patienten zum Beispiel durch Screeningverfahren identifiziert werden, um den besonderen Bedarfen gerecht zu werden. Im Bereich der Alterstraumatologie wurde durch die G-BA-Richtlinie „ Hüftgelenksnahe Fraktur“ die Geriatrie vom ersten Behandlungstag verpflichtend eingebunden. Dies beruht auf der Studienlage, dass dadurch bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden.

Gute, aber nicht flächendeckende geriatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz gewährleistet

Im aktuellen Krankenhausplan des Landes sind an 23 Standorten 1286 akutgeriatrische Betten ausgewiesen. Damit ist eine gute, aber nicht flächendeckende Versorgung gewährleistet. Auch die Erreichbarkeit der Geriatrien ist entsprechend unterschiedlich verteilt. Während in den Zentren die Situation gut bis sehr gut ist, bestehen Versorgungslücken im ländlichen Raum (zum Beispiel Eifel).

Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft (2025) im Hinblick auf die Veränderungen im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) fordert die Notwendigkeit der Anpassung der geriatrischen Versorgung im stationären beziehungsweise teilstationären Bereich, da mit einem Anstieg der Fallzahlen um 19 Prozent bis 2035 gerechnet wird, so dass ein Ausbau und regionale Anpassungen der Kapazitäten notwendig werden.

*Den Jahren mehr an Leben geben.*

Rehabilitation fester Bestandteil mit eigenem Versorgungsauftrag

Die geriatrische Rehabilitation ist in den Versorgungsstrukturen des Landes Rheinland-Pfalz ein fester Bestandteil mit einem eigenen Versorgungsauftrag, der sich von der akutstationären Versorgung unterscheidet. Aktuell wird an fünf Standorten geriatrische Rehabilitation (circa 350 Betten) angeboten.

Die Einführung geriatrischer Komplexpauschalen zur frührehabilitativen Behandlung in den Akutgeriatrien schließt eine anschließende Rehabilitation nicht aus, sondern macht diese in vielen Fällen erst möglich. Die Bestätigung der in den Reha-Einrichtungen vorhandenen Behandlungskompetenz durch den Medizinischen Dienst (MD) Rheinland-Pfalz und die ausgewiesene geriatrische Expertise zeigen deren Leistungsfähigkeit: Lediglich circa neun Prozent der Patientinnen und Patienten, die aus einer stationären Rehabilitation entlassen werden, wechseln in ein Pflegeheim. Seit mehr als 20 Jahren werden umfangreiche Daten zum Rehabilitationsverlauf erhoben. Diese zeigen für alle Einrichtungen sehr gute funktionelle Ergebnisse in allen Bereichen: Selbsthilfe, Mobilität, Kommunikation, Teilhabe. Spezialisierte Angebote für Patienten mit der (Neben-) Diagnose Demenz (Beispiel: Tandem-Station der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe) sind innovative und bedarfsgerechte Weiterentwicklungen für multimorbide, ältere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen.

Mobile Rehabilitation ist derzeit kein etabliertes Angebot in Rheinland-Pfalz

Neben der stationären Rehabilitation gibt es auch wenige Angebote zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Die erste Einrichtung wurde in Grünstadt etabliert. Daneben wird das Angebot von drei weiteren Kliniken vorgehalten. Die mobile Rehabilitation ist derzeit kein etabliertes Angebot in Rheinland-Pfalz. Lediglich eine Einrichtung ist in der Region Mainz/Rheinhessen „am Netz“. Das multiprofessionelle Team der Mobilen Reha fährt zu den Patienten nach Hause und führt pro Woche in der Regel fünf Einzeltherapien (jeweils 45 Min.) durch, die abgestimmt sind auf die alltagsrelevanten Therapieziele und die Umweltfaktoren. Dadurch können zum Beispiel Hilfsmittel gezielt eingesetzt und erprobt werden und größtmögliche Selbständigkeit und Teilhabe erreicht werden. Auch für die Mobile Rehabilitation zeigen die Routinedaten sehr gute funktionelle Ergebnisse durch die multiprofessionelle Therapie.

Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz (IPReG 2020) wurden wichtige Rahmenbedingungen für die Rehabilitationskliniken verbessert. Zum einen wurde die Verordnungsmöglichkeit geriatrischer Rehabilitation durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erleichtert und zum anderen für die Einrichtungen die strukturellen und finanziellen Bedingungen verbessert. Bereits jetzt zeigen sich die Auswirkungen des demographischen Wandels. Alle geriatrischen Reha-Kliniken haben Wartezeiten aufgrund hoher Nachfrage.

Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung Geriatrie strukturelle Voraussetzung für Abrechnung

Möglich werden die stationären Leistungen durch das multiprofessionelle Team, das von Geriaterinnen und Geriatern geleitet wird. Nach der aktuellen Weiterbildungsordnung (WBO) Rheinland-Pfalz kann der Schwerpunkt Geriatrie im Anschluss an die Facharztanerkennung (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie) und einer zweijährigen Weiterbildungszeit erworben werden. Es besteht auch die Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung Geriatrie nach 18 Monaten Weiterbildungszeit zu erlangen. Eine der beiden Weiterbildungen ist strukturelle Voraussetzung, damit die frührehabilitative Komplexbehandlung abgerechnet werden kann beziehungsweise eine Rehabilitationseinrichtung geleitet werden kann. Die zukünftige Leistungsgruppe Geriatrie fordert für den akutstationären Bereich mindestens drei Fachärzte, davon zwei Geriater.

Aktuell sind 170 Geriaterinnen und Geriater in Rheinland-Pfalz tätig. 2024 haben 13 Kolleginnen und Kollegen die Prüfungen (Schwerpunkt beziehungsweise Zusatzbezeichnung) erfolgreich abgelegt. In den Jahren zuvor waren es zehn beziehungsweise elf. Aktuell gibt es neun Weiterbildungsberichtigte für den Schwerpunkt Geriatrie und 34 für die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Das PJ-Wahlfach Geriatrie kann aktuell in zwei akademischen Lehrkrankenhäusern gewählt werden (Mainz und Bad Kreuznach). Um den Herausforderungen begegnen zu können, muss die Weiterbildung verstärkt werden. Viele positive Aspekte sprechen für eine Weiterbildung zum Geriater wie beispielsweise die ganzheitliche Medizin, akutmedizinische Versorgung bis hin zur Palliativmedizin, Arbeit im multiprofessionellen Team, Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Fortgeschrittene

Foto: Landeskrankenhaus



Alltagsorientierte, gerätegestützte Therapie

Welche Lösungen sind für die zukünftigen Herausforderungen der stationären/teilstationären Versorgung denkbar?

Das Gutachten zur Krankenhauslandschaft (2025) im Hinblick auf die Veränderungen im Rahmen des KHVVG fordert die Notwendigkeit der Anpassung der geriatrischen Versorgung im stationären beziehungsweise teilstationären Bereich. Das Gutachten empfiehlt eine fokussierte Weiterentwicklung des stationären Bereichs (regionale Bedarfe und weitere). Der teilstationäre Bereich (Tagesklinik) ist aktuell nur gering entwickelt und sollte ein wichtiger Baustein in der zukünftigen Versorgungslandschaft sein. Aktuell existieren zwei geriatrische Tageskliniken (Speyer und Bad Kreuznach) in Rheinland-Pfalz. Dort kann zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt der Behandlungserfolg stabilisiert werden oder es kann auch eine Krankenhausbehandlung vermieden werden (Stichwort: Prävention).

Zur Weiterentwicklung des teilstationären Angebotes hat der Bundesverband Geriatrie in seinem bundesweiten Geriatriekonzept vorgeschlagen, „Ambulante Geriatrische Zentren“ (AGZ) zu entwickeln. Sie sollen alle ambulanten, teilstationären und mobilen Angebote vereinen. Dies würde bedeuten, dass bedarfsgerecht der Patient entweder in der Klinik oder zu Hause behandelt werden würde. Dadurch könnten die Grenzen von Krankenhausbereich und Rehabilitation überwunden werden und Ressourcen optimal genutzt werden.

Die Entwicklung der Geriatrie in den vergangenen 30 Jahren lässt uns – trotz der großen Herausforderungen – optimistisch in die Zukunft blicken, da der ganzheitliche Ansatz zwar anspruchsvoll, aber sehr sinnstiftend und erfolgreich ist. Geriatrie ist Medizin für Fortgeschrittene!

Literatur beim Autor



Autor

*Dr. med. Dipl.-Theol. Jochen Heckmann
Ärztlicher Direktor
Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe
Bad Kreuznach
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universitätsmedizin Mainz
Landeskrankenhaus (AÖR)
Sprecher Landesverband Geriatrie
Rheinland-Pfalz*

Foto: Carsten Selak

Vom Reparaturbetrieb bis zur universitären Geriatrie

Foto: Adobe Stock/Robert Kneschke



Nach einem Pilotprojekt zur geriatrischen Reha in einem Altenheim in Betzdorf begann die Geschichte der klinischen Geriatrie vor nunmehr 30 Jahren 1995 mit der Eröffnung der geriatrischen Rehaklinik St. Irminen als Modellprojekt in Trier. Die Geriatrie wurde seinerzeit in Rheinland-Pfalz (wie in den meist südlich gelegenen Bundesländern) als reiner „Reparaturbetrieb“ angesehen, der nach der Akutbehandlung geriatrischer Patienten im Krankenhaus im Anschluss eine Verbesserung im Bereich der Mobilität und den Aktivitäten des täglichen Lebens erzielen sollte. Hierfür waren in Rheinland-Pfalz mehrere kleinere Krankenhäuser vorgesehen, die aus der Akutversorgung herausgenommen wurden und mit investiver Unterstützung durch das Land in geriatrische Rehakliniken umgewandelt wurden und hierfür ein Versorgungsvertrag nach Paragraph 111 SGB V durch die Krankenkassen erhielten.

Zum Modell in Trier gehörte ein Evaluationsprojekt, getragen durch die geriatrische Klinik, den damaligen Medizinischen Dienst (MD) der Krankenkassen, den gesetzlichen Kostenträgern sowie dem damaligen Ministerium. Die ersten 1000 konsekutiven Patienten der geriatrischen Rehaklinik St. Irminen wurden in das Projekt eingeschlossen und in der Klinik eingehend untersucht. Eine detaillierte Funktionsbeurteilung (geriatrisches Assessment) stand am Anfang und am Ende der Behandlung. Eine Besonderheit des Projektes war die Re-Evaluation der Patienten mit demselben Assessmentinstrumentarium drei Monate und ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik, die dem MD der Krankenkassen oblag. Hierfür wurden die Patienten von einem ärztlichen Mitarbeiter des MD zuhause ausgesucht. Hierdurch konnten die in der Klinik erzielten Ergebnisse durch einen unabhängigen Untersucher validiert und kontrolliert werden. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte gemeinsam durch die beteiligten Partner. Ein entsprechender Abschlussbericht wurde durch den MD vorgelegt, die wissenschaftliche Publikation erfolgte durch Kollegen der Klinik St. Irminen und des MD im *European Journal of Geriatrics*.

Die Ergebnisse können durchaus als spektakulär beschrieben werden: So konnte nicht nur gezeigt werden, dass initial schwerst betroffene Patienten, die die geriatrische Klinik

mehrheitlich als Liegendtransport erreicht hatten, zu über 80 Prozent wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen werden konnten. Die Evaluation des Langzeitverlaufs zeigte darüber hinaus, dass die in der Klinik erzielten Behandlungsergebnisse über den gesamten Nachbeobachtungszeitraum nahezu vollständig erhalten geblieben waren.

Selbstständigkeit und Lebensqualität im hohen Alter erhalten und wiederherstellen

In erster Linie waren die Ergebnisse aber natürlich für die Betroffenen und deren Angehörige besonders wichtig und erfreulich, indem Selbstständigkeit und Lebensqualität auch im hohen Alter in großem Maß erhalten beziehungsweise wiederhergestellt werden konnte und Pflegebedürftigkeit vermieden wurde. Des Weiteren konnte aber auch die Akzeptanz von geriatrisch-rehabilitativer Medizin durch Politik und Kostenträger deutlich befördert werden, da die Ergebnisse auch die Effizienz der eingesetzten Mittel eindrücklich belegten.

Für die weitere Entwicklung der Geriatrie in RLP war ein weiteres Ergebnis der Trierer Studie von besonderer Bedeutung: Es konnte gezeigt werden, dass über 70 Prozent der Patienten, die zur weiteren Reha in die geriatrische Klinik verlegt worden waren, sich zum Verlegungszeitpunkt in einem mehrheitlich desolaten funktionellen Status befunden hatten. Die Meisten waren in nahezu allen Belangen des täglichen Lebens wie Waschen, Anziehen, Körperpflege, Nahrungsaufnahme und so weiter mehr oder weniger vollständig auf Fremdhilfe angewiesen und dies nach durchschnittlich über zweiwöchiger Vorbehandlung im Akutkrankenhaus. Daraus leitete sich die Frage ab, ob sich dieser Zustand durch die Integration geriatrischer Behandlungsprozesse in die Akuttherapie im Krankenhaus hinein nicht verbessert werden könnte. Es stellte sich also die Frage, ob das Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz durch die Erweiterung um akutgeriatrische Behandlungseinheiten im Krankenhaus eine Verbesserung erfahren könnte.



2005 startete Modellprojekt am Katholischen Klinikum Mainz

Zu diesem Zweck wurde am Katholischen Klinikum Mainz (KKM) 2005 eine geriatrische Hauptfachabteilung mit 36 Betten als Modellprojekt begründet. Als weitere Besonderheit erhielt die Abteilung eine geriatrische Schlaganfallbehandlungseinheit mit sechs Betten, die komplementär zur neu gegründeten Stroke Unit der Neurologischen Klinik der UM die Versorgung alter multimorbider Schlaganfallpatienten übernehmen sollte. Die Eröffnung der Klinik am Standort St. Hildegardis Krankenhaus erfolgte im Juli 2005. Bereits im Jahre 2007 war aus Kapazitätsgründen eine Erweiterung auf 70 Betten (einschließlich zehn Betten Schlaganfalleinheit) notwendig geworden. Die konsequent vom ersten Tage an umgesetzten Behandlungskonzepte waren:

Behandlung der Patienten im geriatrischen Setting vom ersten Tag an (Aufnahme direkt aus der Notaufnahme) oder frühestmögliche Übernahme nach operativen Prozeduren (Beispiel: Alterstraumatologie), Einsatz des multiprofessionellen geriatrischen Teams auf jeder Versorgungsstufe; das heißt von der Akutversorgung auf der Intensivstation, Intermediate Care Station und Normalstation bis hin zum Entlassmanagement sowie im Bedarfsfall zeitgerechte Einleitung von geriatrischen Reha-Maßnahmen.

Kombination aus aktivierender Pflege und funktioneller Therapie sorgt für bessere Entlassung

Durch die Kombination frühestmöglicher aktivierender Pflege und funktioneller Therapie mit einer optimierten medizinischen Versorgung auf jedem Behandlungslevel konnte die Mehrzahl der Patienten entweder deutlich gebessert in ihr

häusliches Umfeld entlassen werden oder in einem fortgeschrittenen funktionellen Status zu weiteren Reha-Maßnahmen in die vorhandenen Kliniken des Landes verlegt werden. Eine weitere ungebrochene Nachfrage nach akutgeriatrischer Behandlung sowie der Wunsch der Universitätsmedizin Mainz nach weiteren Verlegungsmöglichkeiten geriatrischer Patienten, vornehmlich direkt aus der Notaufnahme der Universitätsmedizin Mainz, führte schließlich zur Gründung einer geriatrischen Station des KKM auf dem Campus der Universitätsmedizin Mainz, einem anfangs teils belächelten, teils beargwöhnten Projekt, das jedoch auch durch die tatkräftige Unterstützung der Landesregierung im Jahr 2009 begründet und erfolgreich umgesetzt werden konnte. Die geriatrische Klinik am KKM war damit in kurzer Zeit auf 100 Betten angewachsen.

Umdenken bei Integration geriatrischer Medizin in Akutkrankenhäusern

Nachdem das Modellprojekt Akutgeriatrie im Krankenhaus in Mainz wiederum mit größter Transparenz und Offenheit gegenüber den Partnern im Ministerium, dem medizinischen Dienst sowie der Kostenträger erfolgreich auf den Weg gebracht worden war, führten die dort gemachten Erfahrungen und erzielten Ergebnisse auch zu einem Umdenken hinsichtlich einer Integration geriatrischer Medizin auch in den Akutkrankenhäusern des Landes Rheinland-Pfalz. Dies geschah insbesondere auch unter Berücksichtigung der speziellen Bedingungen in einem Flächenland, wo neben der Versorgung von Patienten in Häusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung in den Oberzentren des Landes auch die Versorgung der Bevölkerung in der Fläche stets mitgedacht werden muss.

Dementsprechend wurde ein Geriatriekonzept für das Land Rheinland-Pfalz entwickelt, das die Gründung von geriatrischen Hauptfachabteilungen in den Oberzentren des Landes wie Mainz, Ludwigshafen, Kaiserslautern, Trier und Koblenz, jeweils in den vorhandenen Häusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung vorsah, sowie die Integration akutgeriatrischer Behandlungseinheiten in vorhandene vorwiegend internistische Versorgungsstrukturen in den Häusern der Grund- und Regelversorgung. Hierbei wurde besonderer Wert auf ein organisches Wachstum gelegt, indem der Weiterbildung geeigneter Kolleginnen und Kollegen in den vorhandenen Einrichtungen eine besondere Bedeutung zukam. Hierbei bewährte sich abermals die vertrauensvolle Kooperation zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Kliniken und dem Sozialministerium unter Malu Dreyer.



Geriatricplan soll abgestufte und wohnortnahe medizinische Versorgung schaffen

Der erste Geriatricplan des Landes Rheinland-Pfalz spiegelt dies in besonderem Maße wieder. Kernthema ist die Schaffung einer abgestuften und wohnortnahen medizinischen Versorgung geriatrischer Patienten von der Notaufnahme im Krankenhaus bis zur geriatrischen Reha und der Schaffung ambulanter Versorgungsstrukturen wie der mobilen geriatrischen Reha, aber auch der berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung niedergelassener Kolleginnen und Kollegen, unter anderem auch im Rahmen der „Fachkunde Geriatrie“.

Nach der Übernahme der Geschäftsführung des KKM durch die Marienhausträgergesellschaft Waldbreitbach im Jahre 2012 kam es zu einer strategischen Neuausrichtung, nach der sich das KKM stärker als Wettbewerber der Universitätsmedizin Mainz positionierte. Schließlich war auch absehbar, dass die Kooperation im Bereich der Geriatrie zwischen Universitätsmedizin Mainz und katholischem Klinikum in der bisherigen Form keine Zukunft haben würde. Nachdem sich der Betrieb geriatrischer Betten auf dem Campus der Universitätsmedizin Mainz aber als medizinisch sehr sinnvoll erwiesen hatte und sich durch eine hohe Akzeptanz der übrigen Fachdisziplinen der Universitätsmedizin Mainz auszeichnete, war es nun folgerichtig, dass die Universitätsmedizin Mainz Überlegungen für die Eröffnung einer eigenen Abteilung für Geriatrie anstellte.

2015 werden der Universitätsmedizin Mainz 40 geriatrische Betten zugewiesen

Im Jahre 2015 erfolgte seitens der Universitätsmedizin Mainz der Antrag auf die Ausweisung von 40 geriatrischen Betten im Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz. Diesem Antrag wurde noch im selben Jahr durch das Ministerium stattgegeben. In der Folge wurde der Kooperationsvertrag bezüglich der geriatrischen Station auf dem Campus der Universitätsmedizin durch das KKM gekündigt. Die damalige Vorstandsvorsitzende der Universitätsmedizin Mainz, Prof. Babette Simon, konnte schließlich die Leifheit-Stiftung als großzügigen Förderer der einzurichtenden Stiftungsprofessur für Geriatrie gewinnen. Die Stiftung hatte sich verpflichtet, die Professur zunächst für die Dauer von sieben Jahren mit einem jährlichen namhaften Betrag zu unterstützen. Organisatorisch wurde die neu zu gründende Abteilung für Geriatrie in das ebenfalls neu geschaffene Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie (ZAG) mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin von Prof. Michael Jansky integriert. Als erster Inhaber der Stiftungsprofessur für Geriatrie wurde Prof. Dr. Roland Hardt ausgewählt, der bis dahin die Geriatrie-Klinik am KKM geleitet hatte.

Im Jahre 2016 nahm schließlich ein neu zusammengestelltes Team aus ärztlichen Mitarbeitern, Pflegerinnen und Pflegern, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Mitarbeiter-



Foto: Adobe Stock/ INVO mit KI generiert

innen und Mitarbeitern im medizinisch-technischen Bereich und Sekretariat unter der Leitung von Prof. Hardt die Arbeit auf und konnte noch im Juli desselben Jahres die ersten Patienten in der neu geschaffenen Abteilung für Geriatrie an der Universitätsmedizin Mainz begrüßen.

Querschnittsfach nimmt demographische Entwicklung in den Blick

Das Konzept einer geriatrischen Abteilung an der Universitätsmedizin Mainz war und ist aus verschiedenen Gründen stimmig: Bereits im Jahr 2003 wurde mit der neuen Approbationsordnung ein neues Querschnittsfach Q7: „Medizin des Alters und des alternden Menschen“ geschaffen, das der demographischen Entwicklung hinsichtlich einer zunehmenden Zahl alter und multimorbider Patienten auch in der medizinischen Ausbildung Rechnung tragen sollte. Die Ausgestaltung des Querschnittsfachs wurde mittlerweile vollständig durch die Mitarbeiter der Abteilung für Geriatrie übernommen und bietet den Studierenden einen praxisnahen Einblick in das breit gefächerte Spektrum der Altersmedizin. Nachdem bereits zum Start der Abteilung regelmäßig PJ-Studierende im Rahmen ihres Inneren Tertials in die Geriatrie rotieren konnten, wurde mit Start im Sommersemester 2025 nunmehr das Angebot eines Wahlfachs „Geriatrie“ geschaffen. In der Abteilung für Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz sowie an der Geriatrie-Fachklinik Rheinhausen-Nahe in Bad-Kreuznach können nunmehr interessierte Studierende ein komplettes PJ-Tertial im Wahlfach

Geriatric absolvieren und somit schon in ihrer Ausbildung einen altersmedizinischen Schwerpunkt setzen.

Im Bereich der Versorgungsforschung war es schon frühzeitig gelungen, eine Ausschreibung für ein hoch dotiertes GBA-Projekt zu gewinnen: Im Projekt „GerNe“ (geriatrisches Netzwerk) wurde eine bessere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung geriatrischer Patienten mithilfe einer elektronischen Patientenakte erprobt und evaluiert. Im Rahmen des Forschungsverbundes war an dem Projekt auch die Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe in Bad Kreuznach, die Geriatrische Klinik im St. Marien- und Anna-Stift in Ludwigshafen sowie die Geriatrische Klinik im damaligen Marienkrankenhaus in Nassau als Konsortialpartner an dem Projekt beteiligt. Obwohl das Projekt durch die Corona-Krise ab dem Jahre 2020 sowie die Insolvenz des Kooperationskrankenhauses in Nassau extrem beeinträchtigt worden war, konnten wertvolle Erkenntnisse und Erfahrungen gewonnen werden, die zu einer besseren intersektoralen Verzahnung beigetragen haben. Insbesondere das Entlassmanagement hat hier wesentliche Impulse erhalten. Darüber hinaus haben sich Kontakte zwischen der Geriatrie an der Universitätsmedizin Mainz und im Projekt „GerNe“ beteiligten Praxen entwickelt, die weit über die Laufzeit des Projektes hinaus die Kommunikation und Zusammenarbeit positiv beeinflusst haben.

Abteilung für Geriatrie ist wichtiger Partner für Fachkliniken geworden

Im Rahmen der Krankenversorgung ist die Abteilung für Geriatrie ein wichtiger Partner für die hochspezialisierten Fachkliniken auf dem Campus der Universitätsmedizin Mainz geworden. Exemplarisch sei hier die Alterstraumatologie genannt, bei der eine Kooperation zwischen operativer Versorgung und geriatrischer Mit- und Weiterbehandlung etabliert wurde. Auch im Rahmen wissenschaftlicher Projekte bestehen enge Kooperationen mit den verschiedensten

Kliniken der Universitätsmedizin Mainz bis hin zur Zahnmedizin. Auch wenn die Abteilung für Geriatrie an der Universitätsmedizin Mainz, bedingt durch die bekannten baulichen Probleme des Klinikums, noch nicht die seitens des Landes zugedachte (und dringend notwendige) Betriebsgröße erreicht hat, konnte sich die Geriatrie als integraler und unverzichtbarer Bestandteil der Universitätsmedizin Mainz als einzigem Universitätsklinikum in Rheinland-Pfalz für die Patienten etablieren.

Aufgrund des weiter anhaltenden demographischen Wandels sowie der Konzentration schwer kranker, alter und multimorbider Patienten in einem Haus der Supramaximalversorgung ist die Geriatrie für die künftige Weiterentwicklung der Universitätsmedizin Mainz von zunehmender Bedeutung. Die Entscheidung der Landesregierung, die Universitätsmedizin Mainz als eines der ersten Universitätsklinika in Deutschland mit einer bettenführenden Abteilung für Geriatrie auszustatten, darf deshalb als richtungsweisend angesehen werden.

Der Geriatrieplan des Landes Rheinland-Pfalz, der im Jahre 2016 unter Einbeziehung der universitären Geriatrie noveliert wurde, repräsentiert nach wie vor eines der fortschrittlichsten Geriatrie-Konzepte in Deutschland und hat maßgeblich auch die Neufassung des Geriatriekonzeptes des Bundesverbandes Geriatrie beeinflusst.

Literatur beim Autor



Autor

*Prof. Dr. Roland Hardt
Leiter der Abteilung für Geriatrie
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
Universitätsmedizin Mainz
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie,
Schwerpunkt Geriatrie, internistische Intensivmedizin,
Physikalische Therapie*

Foto: Peter Pulkowski

Neurogeriatrie am Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern

Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz neurodegenerativer und zerebrovaskulärer Erkrankungen signifikant. Dementielle Syndrome, Parkinson-Erkrankungen und vaskuläre ZNS-Manifestationen sind fester Bestandteil im geriatrischen Krankheitsspektrum. Gleichzeitig nehmen Möglichkeiten spezifischer Diagnostik und Behandlung zu, beispielhaft bei den neuen Alzheimer-Antikörpertherapien und -Bluttests. Diese Therapiemöglichkeiten im Kontext Geriatrie-typischer Multimorbidität sinnvoll einzuordnen und einzusetzen, trägt in der Altersmedizin zum Erreichen des Ziels bei, die funktionelle Autonomie, Lebensqualität und soziale Teilhabe älterer Menschen zu fördern und die Selbsthilfefähigkeit zu erhalten.

In Deutschland sind etwa 1,8 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt. Bis 2050 wird ein Anstieg auf bis zu 2,8 Millionen erwartet. Auch Erkrankungen wie Parkinson-Syndrome und zerebrovaskuläre Erkrankungen betreffen vorwiegend ältere Menschen mit zunehmender Inzidenz. Gangstörungen und Sturzneigung, oft mit komplikationsträchtigen Stürzen sind häufig Folgen neurologischer Begleiterkrankungen. Die Neurogeriatrie bewertet hierbei Befunde von Bewegungs- und Balanestörungen, Kognitionseinbußen sowie Dysphagien organübergreifend im Hinblick auf Autonomie, Funktionalität und Lebensqualität bei geriatrischen Patienten.

Am Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern wurde die geriatrische Versorgung durch den Aufbau eines neurogeriatrischen Schwerpunkts innerhalb der Klinik für Neurologie in den frühen 2010er Jahren etabliert und nach und nach erweitert. Heute ist die Neurogeriatrie am Standort Kaiserslautern ein eigenständiger Bereich im interdisziplinären ‚Zentrum für Geriatrie‘ mit internistischer Geriatrie und Alterstraumatologie in enger Kooperation mit den Kliniken für Innere Medizin sowie Unfallchirurgie und Orthopädie. Eine Zusammenarbeit besteht mit allen Abteilungen vor Ort und anderen Kliniken der Umgebung sowie eine direkte Kooperation mit der internistischen Geriatrie des Westpfalz-Klinikums am Standort Rockenhausen.

Enge Kooperation mit Stroke-Unit

Die Neurogeriatrie in Kaiserslautern umfasst zum einen die Behandlung neurologischer Alterserkrankungen unter Berücksichtigung Geriatrie-typischer Multimorbidität, Vulnerabilität, funktioneller Einschränkungen sowie psychosoziale Fragestellungen. Zum anderen die Mitbeurteilung neurogeriatrischer Komorbiditäten beispielsweise nach Sturzkomplication oder geriatrischen Akuterkrankungen aus anderen Fachgebieten.

Zahlenmäßig nimmt die Mit- und Weiterbetreuung vaskulärer Erkrankungen den größten Stellenwert ein. Hier garantiert die enge Kooperation mit der Stroke-Unit eine rasche (neuro-)geriatrische Versorgung. Die räumliche Nähe und frühzeitige Einbindung erlauben die Erkennung geriatrischer Merkmale bei strukturierten Assessments. Medikationsüberprüfungen im Hinblick auf Polypharmazie, fall-risk increasing drugs (FRIDs) und Vermeidung anticholinergischer Last sowie gegebenenfalls individualisierte Nutzen-Risiko-Abwägung beispielsweise bei der Sekundärprävention sowie Fragen der Therapievereinfachung zur Adhärenzsteigerung unter Berücksichtigung von Tools bei der medikamentösen Priorisierung haben sich als hilfreich erwiesen. Physio-, Ergo- und Logotherapeuten sind in der Stroke-Unit-Behandlung sowie der geriatrischen Komplexbehandlung frühzeitig in die Behandlung eingebunden.

Differenzierte Diagnostik und Therapien bei Demenz

Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung bei steigenden Inzidenzen, aber auch großem Innovationsschub in Diagnostik und Therapieoptionen wird bei der Behandlung der Alzheimer-Demenz erwartet. Gerade die ätiologische Zuordnung dementieller Syndrome ist für die Behandlung sehr hilfreich. Potentiell behandelbare Ursachen eines dementiellen Bildes, beispielhaft ein Normaldruckhydrozephalus, können auf einer neurogeriatrischen Station mittels Bildgebung und gegebenenfalls Lumbalpunktion nicht nur abgeklärt, sondern auch behandelt werden. Das multiprofessionelle Team insbesondere Physio- und Ergotherapie, wird ergänzend eingesetzt. Teambesprechungen bei frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlungen sind Kernbestandteile der Behandlung.

Die erweiterte Differentialdiagnostik von Demenzerkrankungen mittels Liquordiagnostik hinsichtlich neurodegenerative Tau- und β -Amyloid-Marker gewinnt durch die neuen Antikörper-Therapieoptionen gegen Alzheimer-typische Amyloid-Plaques an Bedeutung. Auch die Entwicklung von Bluttests wird die Differentialdiagnostik dementieller Syndrome in den nächsten Jahren erweitern.

(Neuro)geriatrische Komorbiditäten in der Alterstraumatologie

Im Zentrum für Geriatrie in Kaiserslautern besteht eine enge Kooperation mit der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie in der Versorgung aller alterstraumatologischer Krankheitsbilder. Dies betrifft die unmittelbare unfallchirurgische Versorgung mit geriatrischer Mitbetreuung von altersbedingten Traumata, auch unter Berücksichtigung der G-BA-Richtlinie zur Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen. Im postoperativen Verlauf erfolgt eine zeitnahe Übernahme in das Zentrum für Geriatrie mit entsprechender funktioneller interdisziplinärer Weiterbehandlung.

Vielfach weisen Patienten mit einer zur akut-stationären Behandlung führenden Erkrankung neurologisch-neurogeriatrische Komorbiditäten auf. Diese werden schließlich funktionell relevant und tragen in erheblichem Maße zur reduzierten Selbsthilfefähigkeit und letztlich Gebrechlichkeit bei. Dann steht und fällt der Behandlungserfolg und die Rückkehr von Autonomie, Lebensqualität und sozialer Teilhabe gerade mit der Behandlung neurogeriatrischer Komorbiditäten. Gangstörungen mit Sturzneigung und letztlich immobilisierenden Sturzkomplikationen sind oft mit vaskulären und polyneuropathischen Begleiterkrankungen sowie kognitiv-mnestischen und räumlich-konstruktiven Defiziten vergesellschaftet. Eine Malnutrition als mögliche Ursache einer Polyneuropathie sowie Folgen einer Polypharmazie mit verstärkten neurologischen und neuropsychologischen Defiziten werden noch zu selten evaluiert.

Parkinson-Syndrome in der Neurogeriatrie

Die (Erst-)diagnose von Parkinson-Syndromen erfolgt nicht selten im Zuge der neurogeriatrischen Abklärung einer akuten Gangstörung mit Sturzneigung. Parkinson-Syndrome stellen eine heterogene Gruppe neurodegenerativer Bewe-

gungsstörungen dar, die Erkrankung ist chronisch progredient. Stärkster Risikofaktor ist das Alter. Schätzungsweise sind circa 420.000 bis 450.000 Menschen in Deutschland betroffen. Die medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten haben sich in den vergangenen Jahren deutlich erweitert. Verschiedene Innovationen mit unterschiedlichen Applikationsformen wie beispielsweise subkutanen dopaminergen Pumpentherapien haben dazu geführt, dass Patienten zunehmend komplexe Therapien bereits mit ins Krankenhaus bringen oder dort eingestellt werden.

Multifaktorielle Gangstörungen

Ein großer Versorgungsbedarf zeichnet sich in der Gruppe der zunehmenden Gangstörungen mit multifaktorieller Sturzneigung ab. Über 35 Prozent der über 70-Jährigen klagen über eine Gangunsicherheit, alterskorreliert ergibt sich eine deutliche Zunahme mit steigendem Lebensalter. In der Regel liegen beim geriatrischen Patienten zahlreiche internistische, neurologische und orthopädische Ursachen zugrunde. Sie sind ein bedeutender Risikofaktor für Stürze, Immobilität und den Verlust der Selbständigkeit. Gerade bei Alleinlebenden ist die Sturzneigung im häuslichen Umfeld gerade noch kompensiert, bis es aufgrund einer akuten Symptomatik zu einer Dekompensation kommt und die Weiterversorgung in Frage steht. Eine differenzierte Ursachenabklärung im interdisziplinären geriatrischen Spektrum mit multimodalem und multiprofessionellem Ansatz ist besonders geeignet, um Strategien und eine Prognose für den Hilfebedarf zu evaluieren. Zukünftig könnten der Einsatz von Wearables sowie Risikovorhersagen für häusliche Stürze sowie eine geriatrische nachstationäre Nachsorge mit dazu beitragen, die Lebensqualität der Betroffenen weiter zu erhöhen.

Literatur bei den Autoren



Autoren

*Prof. Dr. Johannes Treib
Dr. Ralph Wößner
Prof. Dr. Alexander Hofmann
Prof. Dr. Jochen Rädle
Dr. Martin Stoll, René Barrientos
(vr.)*

*auf dem Bild fehlt:
Dr. Martin Morgenthaler*

Foto: Westfalz-Klinikum GmbH

Hausarzt ist erster Ansprechpartner für geriatrische Patienten

Pro Quartal behandelt Dr. Jonas Fröhlich mit seinen zwei Kolleginnen circa 1.800 Patienten in seiner Praxis in Kaiserslautern, darunter auch Patienten in sehr hohem Lebensalter. Welche Herausforderungen die Behandlung von geriatrischen Patienten mit sich bringt, wie die Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und den Angehörigen funktioniert und nicht-ärztliches Fachpersonal unterstützen kann, berichtet der Hausarzt im Interview.

Herr Dr. Fröhlich, mit steigendem Alter nehmen auch die Erkrankungen zu. Mit welchen Diagnosen oder Mehrfachdiagnosen haben Sie es bei älteren Patienten häufig zu tun?

Da kommt aus allen Bereichen viel zusammen. Aus dem orthopädischen Bereich sind das unter anderem Arthrose, Folgen von Osteoporose und Frakturen, dazu oft eine Gangunsicherheit. Neurologische Erkrankungen wie vor allem die Demenz, aber auch Parkinson, die Folgen von Schlaganfällen und die Polyneuropathie bringen erhebliche Beeinträchtigungen mit sich. Zudem gibt es oft Herz-Kreislaufkrankungen wie die Koronare Herzerkrankung, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz und arterielle Hypertonie. Auf Seiten der Stoffwechselerkrankungen haben wir es zum Beispiel mit Diabetes und Mangelernährung zu tun. Letzteres sehe ich, einhergehend mit Gewichts- und Muskelverlust, vor allem bei Patienten, die noch alleine zuhause leben. Im psychiatrischen Bereich diagnostizieren wir häufig Depressionen und Angsterkrankungen, oft einhergehend mit sozialer Isolation. Dazu schwinden im Alter die Sinne: das Riechen, Hören, Sehen und der Tastsinn lassen nach.

Das ist eine große Palette. Können Sie dies mit der durchschnittlichen Sprechstundenzeit von 7,6 Minuten pro Patient abdecken?

Nein, ich muss mir mehr Zeit nehmen für ältere Patienten. Es kommt aber auch auf die Lebenssituation des Patienten an. Manchmal klappt es mit sieben Minuten, wenn ein multimorbider geriatrischer Patient in Begleitung eines fitten Angehörigen erscheint, der dann das von mir Erklärte umsetzt. Bei alleinstehenden älteren Patienten hingegen, kann schon die Erklärung einer kleinen Änderung im Medikationsplan mit erforderlicher Neubeschaffung eines Medikamentes durch den Patienten herausfordernd sein, das braucht einfach Zeit. Manchmal kommen auch ältere Patienten wegen geringfügiger Beschwerden.

Wie gehen Sie mit häufigen Arztbesuchen um?

Beim häufigen Aufsuchen mache ich mir zuerst Gedanken, ob es unabhängig von den vorgetragenen Symptomen noch andere Gründe geben könnte. Dahinter kann auch Angst oder eine damit einhergehende Schlafstörung stecken. Dann wird oft der Kontakt gesucht, aber vielleicht aus Scham nicht über das eigentliche Problem gesprochen. Ich versuche, dies dann aktiv anzusprechen.

Wie kann Delegation hierbei unterstützen?

Ich kann viele Aufgaben delegieren. Gerade wenn Patienten oft kleine Rückfragen haben können das auch MFAs, Verahs, NÄPas und in Zukunft auch mehr PCMs übernehmen. Es geht oft um die Erhebung von Vitalparametern, Blutabnahme und Geriatrische Assessments, die lässt sich gut delegieren. Das Ergebnis muss ich natürlich am Ende selbst beurteilen. Unterstützend nehme ich auch bei den Älteren den Einsatz unseres digitalen Telefonassistenten wahr. Ich freue mich immer, wenn auch Hochbetagte damit gut klarkommen und sogar über unsere Praxisapp Medikamente nachbestellen. Im Praxisalltag können die nichtärztlichen Mitarbeitenden auch kompetent beim Erklären von Medikationsplänen unterstützen. Vor Hausbesuchen lasse ich gerne von der MFA schon einmal Blut abnehmen, dann liegen mir die Ergebnisse schon vor.

In welchen Fällen machen Sie Hausbesuche?

Eigentlich immer, wenn der Patient nicht mit vertretbarem Aufwand in die Praxis kommen kann. In der Woche sind das etwa so fünf bis zehn Besuche. Elektive Besuche lege ich immer in Zeiten, zu denen meine Kolleginnen in der Praxis sind. Schon bei der Terminierung der Hausbesuche plane ich eine sinnvolle Route, denn der Faktor Zeit spielt eine wesentliche Rolle. Es kommen natürlich auch Notfallbesuche hinzu. Dafür halte ich mir immer ein gewisses Kontingent frei. Wenn es keinen Notfall gibt, bleibt die Zeit für andere Aufgaben.

Fotos: Jochen Gabelmann



Mit dem Fahrrad fährt
Dr. Jonas Fröhlich auf Hausbesuche.



Viele Leistungen der Praxis können
auch bei der Sprechstunde im
Altenheim möglich gemacht werden.

Sie betreuen auch Patienten in einer Senioreneinrichtung. Wie läuft das ab?

Im Heim wohnen circa 40 Patienten von mir. Dort fahre ich einmal in der Woche zu einer festen Visitenzeit hin, was auch im Kooperationsvertrag festgehalten wurde. Zuvor haben wir uns in einem Gespräch mit den Stationsleitungen zusammengesetzt und abgesprochen, wie wir die Versorgung organisatorisch am besten umsetzen können. Mir war es wichtig, dass bei den Besuchen immer ein kompetenter Ansprechpartner anwesend ist, der mir zu den Patienten berichten kann. Das wird auch so umgesetzt und funktioniert.

Wie ist das räumlich und technisch organisiert?

Wir haben für die Besprechung und Untersuchung einen separaten Raum. Dort haben wir eine ruhige Atmosphäre mit Stationsleitung, Patient und Arzt. Auf einem großen Bildschirm an der Wand können wir die Dokumentation der Einrichtung inklusive Wunddokumentation zum Patienten anzeigen. Ich habe ein Laptop dabei mit Zugriff in die Praxis. So können wir zum Beispiel den Medikationsplan abgleichen, Rezepte und Verordnungen ausstellen und alle Änderungen in Echtzeit umsetzen.

Welche Leistungen können vor Ort erbracht werden?

Es kommt auf die Ausstattung an. Im Moment kann ich vor Ort körperliche Untersuchungen machen, Blut abnehmen, Pulsoximetrie und Notfall-EKG anwenden. Neu kommt ein mobiles Ultraschallgerät hinzu, das über ein Tablet läuft.

Warum führen einige Kollegen keine Hausbesuche durch?

Es erfordert eine sehr strenge Organisation, wenn man das irgendwie annähernd wirtschaftlich darstellen möchte. Einmal falsch abbiegen oder einmal keinen Parkplatz finden – damit ist die Rechnung schon dahin. Da ich häufig auf Hausbesuchen bin, habe ich eine Routine entwickelt. Oft fahre ich mit dem Fahrrad, dann bin ich in der Innenstadt noch schneller. Ich könnte mir auch nicht mehr vorstellen, ohne Laptop oder Tablet mit direkter Verbindung in die Praxis zu arbeiten.

Mit der steigenden Anzahl der behandlungsrelevanten Diagnosen steigt auch die Anzahl der Medikamente.

Welche Besonderheit ist hier zu beachten?

Grundsätzlich werden die Medikamente bei älteren Menschen anders im Körper verstoffwechselt, häufig langsamer, weil Nieren- und Leberfunktion im Alter nachlassen. Zudem ändert sich das Verhältnis von Körperwasser zu Körperfett. Viele Medikamente brauchen daher regelmäßig eine angepasste Dosierung. Viele Medikamente sind auf eine Eiweißbindung angewiesen, bei einer Mangelernährung gibt es aber weniger Eiweiß im Blut. Besonders die Anzahl an Wirkstoffen ist eine Herausforderung: Man weiß, dass es ab fünf verschiedenen Medikamenten mit den Wechselwirkungen unübersichtlich wird, ab zehn Medikamenten wird es sehr unübersichtlich. Das sollte man möglichst nicht überschreiten und schauen, welche Medikamente abgesetzt werden können, man spricht von Deprescribing. Das ist immer eine individuelle Entscheidung, die auch in Abstimmung mit den Gebietsfachärzten getroffen werden muss. Der Gebietsfacharzt wünscht sich aus nachvollziehbaren Gründen eine leitliniengerechte Behandlung der jeweiligen Erkrankung aus seinem Fachgebiet. Das kann aber bei multimorbiden Patienten ganz schnell dazu führen, dass wir über diesen zehn Medikamenten sind. Da ist es nach Erfassung der gebietsfachärztlichen Arztbriefe letztendlich Aufgabe des Hausarztes abzuwägen, was essentiell und für die Lebensqualität des Patienten entscheidend ist.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit Fachärzten?

Ich als Hausarzt nehme eine koordinierende Rolle ein. Je multimorbider eine Person ist, umso wichtiger ist diese Koordination. Obwohl Kaiserslautern formal eine Großstadt ist, kenne ich sehr viele Gebietsfachärzte persönlich. Das Beste ist natürlich, wenn man sich beispielsweise bei der Visite im Pflegeheim trifft, aber das ist organisatorisch schwierig. Gut ist ein kurzer Arztbrief, aus dem ich schnell die Essentials herauslesen kann. Ich selbst schreibe auch gerne Überweisungen mit einer gezielten Frage und dann bekomme ich meist auch eine prägnante, sehr hilfreiche Antwort. →

Foto: Jochen Gabelmann



Am Arbeitsplatz: Dr. Jonas Fröhlich.

Gibt es auch problematische Schnittstellen?

Ja, Einweisungen und Entlassungen können problematisch sein. Beispielsweise wenn Patienten mit Demenz plötzlich in der Notaufnahme landen. In solchen Situationen würde ich mir öfter wünschen, dass mich die Kollegen anrufen. Ein kurzes Gespräch mit der Notaufnahme hilft oft, viel Folgearbeit zu vermeiden. Das Gleiche gilt für die Entlassung.

Welche Rolle spielt die Rehabilitation?

Meist ist es eine Anschlussheilbehandlung, die vom Krankenhaus initiiert wird. Oft wollen die Patienten aber einfach erst einmal nach Hause und merken dann nach ein bis zwei Wochen, dass doch ein Rehabedarf besteht. Dann ist es meistens hausärztliche Aufgabe, die Reha zu verordnen.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Logopädie, Ernährungsberatung, Physiotherapie?

Wir haben keine Kooperationen im engeren Sinne, aber häufig kennt man sich. Insgesamt läuft es gut. Von den Physiotherapeuten würde ich mir gerne mehr Rückmeldung wünschen, ob das Behandlungsziel erreicht wird. Manchmal wird meinem Eindruck nach eher ein Bewegungstraining umgesetzt, die eigentlich mehr in den pflegerischen Bereich gehört. Das muss man dann mal eruieren, ob es überhaupt medizinisch notwendig ist, denn leider sind die Ressourcen begrenzt. Außerhalb ist es mit Pflegediensten manchmal etwas holprig, wenn man eine differenzierte, einem wechselnden Bedarf angepasste Schmerztherapie umsetzen möchte. Mit mehr Kommunikation lässt sich dies lösen, das kostet aber Zeit.

Häufig finden die Patienten selbst gar keinen Pflegedienst. Inwieweit sind Sie in die Vermittlung involviert?

Die Patienten und Angehörigen wenden sich dann natürlich an mich. Wir arbeiten häufig mit einem Pflegedienst zusammen, bei dem wir von unseren Patienten sehr positive Rückmeldung bekommen. Dorthin vermitteln wir dann gerne.

Wie funktioniert das Zusammenspiel zwischen den Angehörigen und Ihnen als Hausarzt?

Das Spektrum ist da sehr breit. Die Idealvariante ist sicher das Mehrgenerationenhaus oder Angehörige, die in der Nähe wohnen und die geriatrischen Patienten häufig sehen. Es gibt aber auch immer wieder Angehörige, die von großer Entfernung aus, ohne die Patienten regelmäßig zu sehen, die Behandlung koordinieren möchten. Die Angehörigen bekommen aber häufig die offensichtlichen Dinge nicht so mit, beispielsweise, dass die Patienten immer älter werden und natürlicherweise Alltagsfähigkeiten nachlassen. Wenn diese fordern, dass ich den Ursprungszustand der Angehörigen wiederherstellen solle, was medizinisch gar nicht geht, wird es mitunter herausfordernd.

Die meisten Menschen möchten möglichst lange, gesund und selbstständig zuhause wohnen. Wie können Sie dabei unterstützen?

Die Patienten sollten sich frühzeitig Gedanken machen, wie man auch bei schweren körperlichen Beeinträchtigungen das Zuhause einrichten kann. Sie sollten überlegen, wo zum Beispiel ein Pflegebett stehen könnte und ob es auf dem Stockwerk auch ein Badezimmer gibt. Es muss nicht die moderne, komplett barrierefreie Wohnung sein. Oft geht es mit ein paar Umgestaltungen in der eigenen Wohnung. Wenn sich die eigene Wohnung dafür überhaupt nicht eignet, wäre die andere Variante, umzuziehen – und das am besten, wenn die Person noch fit ist.

Das Interview führte Michaela Kabon.

ZUR PERSON

Dr. Jonas Fröhlich ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. 2017 hat er eine Hausarztpraxis in Kaiserslautern übernommen, wo er mittlerweile mit zwei angestellten Kolleginnen zusammenarbeitet. Zudem engagiert er sich als Vorsitzender der Ärztlichen Kreisvereinigung Kaiserslautern, Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und als Vorstandsmitglied im Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Rheinland-Pfalz.

Es gibt keine Altersbeschränkung für einen Gelenkersatz

Das Endoprothetikzentrum Mainz ist in die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Marienhaus Klinikums Mainz (MKM) integriert und ist das erste zertifizierte Endoprothetikzentrum in Rheinland-Pfalz – und eines der ersten in Deutschland. Spezialisiert ist das Zentrum auf den Einsatz und Wechsel von künstlichen Gelenken der Hüfte, des Knies und der Schulter bei Arthrosen und Frakturen. Im Jahr werden dort über 600 Eingriffe durchgeführt. Im Interview spricht Dr. Michael Bayer über die Entwicklung der Endoprothetik, was es bei geriatrischen Patienten zu beachten gibt und wie wichtig eine Reha für die Heilung ist.

Wie haben Sie die Anfänge des Endoprothetikzentrums Mainz am MKM erlebt?

2011 haben die Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und die Gesellschaft für Unfallchirurgie sich auf einen Anforderungskatalog zur Zertifizierung von Endoprothetikzentren im Rahmen der Qualitätssicherung geeinigt, um deutschlandweit Standards zu setzen. Als Auditor war ich bei diesem Prozess von Beginn an beteiligt. Bei der ersten Auditierung hat die Struktur noch nicht gestimmt. Bei jedem Audit wurde sie besser und immer weiter angepasst. So haben wir bestimmte Prothesen und Nachbehandlungen geändert. Damals waren wir das fünfzehnte Endoprothetikzentrum in ganz Deutschland und das erste in Rheinland-Pfalz. Seit 2018 haben wir zudem ein alterstraumatologisches Zentrum, das im Zentrum mit integriert ist. Wir haben viele Patienten mit Operationen nach Schenkelhalsbrüchen, die danach rasch von unseren Geriatern betreut werden. Auch im Rahmen der elektiven Endoprothetik erfolgt bei Bedarf die geriatrische Betreuung.

Wie alt sind die Endoprothetikpatienten im Schnitt?

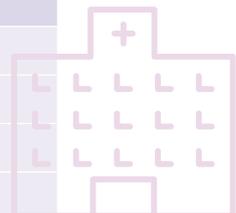
Die meisten Patienten sind bei ihrer ersten endoprothetischen Versorgung zwischen 65 und 84 Jahre alt. Unser Altersschnitt liegt sogar noch ein wenig höher. Bei den Folgeeingriffen ist die Altersstruktur ähnlich. Immerhin 17 Prozent der Patienten bei Wechsel-Operationen sind über 80. Das wäre früher nicht vorstellbar gewesen. Zu meiner Studienzeit vor 40 Jahren war die Operation eines über 80-Jährigen eine Rarität. Heute haben sich die Operationstechnik, die Versorgung mit Blut, die Narkose und auch die Nachbetreuung deutlich verbessert. Früher wurden die Patienten an der Hüfte operiert und lange ins Bett gelegt und haben dann Komplikationen wie Thrombosen und Pneumonien erlitten. Heute stehen unsere Patienten schon am ersten Tag auf.

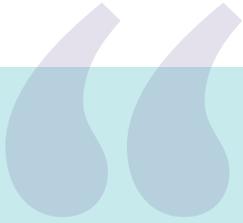
Welche Eingriffe werden im MKM durchgeführt?

Wir bauen Prothesen an der Hüfte, der Schulter und an dem Knie ein und wechseln Prothesen an der Hüfte, der Schulter und an dem Knie. Am häufigsten wird die Hüfte operiert. Das sind bei uns pro Jahr etwa 150 bis 200 Eingriffe. Darauf folgen Prothesen bei Schenkelhalsbrüchen mit 150, Knieprothesen mit 150, Schulter etwa 50. Hinzu kommen noch die Revisionsoperationen.



Knie-Erstimplantationen bei Arthrosen und Frakturen am MKM laut der Statistik des Endoprothesenregisters Deutschland (2024)		
Alter	Alter bei Operationen in dem EPZ MKM	Alter bei Operationen bei allen Versorgern
<45-Jährige	0,0 %	0,6 %
45- bis 54-Jährige	3,8 %	5,8 %
55- bis 64-Jährige	22,1 %	28,9 %
65- bis 74-Jährige	35,6 %	36,2 %
75- bis 84-Jährige	31,7 %	25,2 %
85-Jährige und älter	6,7 %	3,4 %





ZUR PERSON

Dr. Michael Bayer ist Oberarzt und Koordinator des Endoprothetikzentrums als Teil der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Marienhaus Klinikum Mainz (MKM). Seit 1998 ist er dort als Unfallchirurg tätig und war ab 2012 am Aufbau des Zentrums maßgeblich beteiligt.



Foto: Michaela Kabon

Warum ist besonders in diesem Gebiet die Mengenzahl entscheidend?

100 Knieprothesen pro Jahr entsprechen zwei Operationen in der Woche mit verschiedenen Operateuren und OP-Schwestern: So kann keine Routine entstehen. Man muss ein eingespieltes Team haben, um die Operationen sicher durchführen zu können.

Generell sind die Endoprothetikzahlen seit Jahren steigend. Deutschland liegt weltweit auf Platz eins was den Gelenkersatz betrifft. Woran liegt das?

Die Patienten werden immer älter, was mit einem frühzeitigen Gelenkverschleiß einhergeht. Ein Grund, warum die Zahlen so hoch sind, ist vor allem der Lebensstil. Wenn Patienten etwas in gewohnter Form nicht mehr machen können, entscheiden sich viele für den Gelenkersatz. Bei uns wird aber niemand operiert, der kein neues Gelenk braucht. In so einem Fall beraten wir die Patienten über alternative Maßnahmen.

Was sind die typischen Gründe für Gelenkersatz?

Das ist zum einen der Gelenkverschleiß, dessen Ursprünge wiederum vielfältig sein können. Es gibt angeborenen Gelenkverschleiß, Hüftgelenkdysplasien und unerklärliche Gründe. Es gibt Leute mit 90, die ein völlig unauffälliges Gelenk haben, und bei anderen ist vielleicht schon mit 70 das Gelenk verschlissen. Das hängt oft auch mit der Lebensart zusammen. Wer körperlich viel arbeitet, hat demnach auch einen höheren Verschleiß. Beim Knie macht sich das bemerkbar durch andauernde Schmerzen und Bewegungsschmerzen. Speziell das Treppensteigen fällt schwer.

Wie lange bleiben die Patienten nach einer Operation im Krankenhaus?

Geplant sind fünf Tage im Krankenhaus. Viele Patienten gehen aber auch schon nach drei Tagen, wenn die Wunde gut verheilt ist und der Patient sich selbst Grundversorgen kann. Wenn er nach fünf Tagen noch Probleme hat, bleibt der Patient auch länger.

Hüft-Erstimplantationen bei Arthrosen und Frakturen am MKM laut der Statistik des Endoprothesenregisters Deutschland (2024)		
Alter	Alter bei Operationen in dem EPZ MKM	Alter bei Operationen bei allen Versorgern
<45-Jährige	0 %	1,4 %
45- bis 54-Jährige	6,2 %	4,3 %
55- bis 64-Jährige	4,2 %	15,2 %
65- bis 74-Jährige	35,4%	27 %
75- bis 84-Jährige	37,5%	34,4 %
85-Jährige und älter	16,7 %	17,7 %



Dr. Michael Bayer:

„Zu meiner Studienzeit war die Operation eines über 80-Jährigen etwas Besonderes. Heute ist das ein tägliches Ereignis.“

Gibt es ein Maximalalter für Gelenkersatz?

Wir sehen das häufig, dass alte Menschen am Ende ihres Lebens aus dem Bett aufstehen, hinfallen und sich dabei den Schenkelhals brechen. Das tut einfach weh. Es steht keinem auf die Stirn geschrieben, wie lange er noch lebt. Früher bedeutete der Schenkelhalsbruch das Ende der Mobilität und des Lebens. Auch eine ausgeprägte Arthrose führt zur Immobilität und zur erheblichen Schmerzhaftigkeit. Der größte Teil unsere Patienten verlässt uns laufend. Die Operation erhält die Lebensqualität.

Man kann sich beim Gelenkersatz also nicht nach dem chronologischen Alter richten. Natürlich operieren wir die Patienten mit 90 Jahren nicht einfach ohne weitere Erkrankungen abgeklärt zu haben. Dabei wird unter anderem ein Röntgenbild des Brustkorbes aufgenommen und ein EKG geschrieben. Wenn alles in Ordnung ist, können wir operieren. Wir schauen also gar nicht so sehr nach dem Alter der Patienten, sondern nach der Vitalität und dem biologischen Alter.

Welche besonderen Maßnahmen ergreifen Sie bei älteren Patienten?

Generell haben wir eine Standardvorbereitung. Es wird nach Herz, Lunge und Nieren geschaut. Bei einer Blutabnahme in der Sprechstunde wird eine Blutarmut oder eine Infektion ausgeschlossen. Vor der Operation erfolgen Kontrolle von Laborwerten und die Bestellung von Blutkonserven. Bei biologisch älteren Patienten mit Schenkelhalsbrüchen wird zur Verkürzung der Operationszeit häufig ein Teilgelenk, eine Duokopfprothese verwendet. Durch die enge Verzahnung mit der Klinik für Geriatrie und der Klinik für Anästhesie besteht eine ausgeprägte Expertise zur Behandlung von älteren Patienten vor, während und nach der Operation. Als delirsensibles Krankenhaus achten wir speziell auf Veränderungen des Bewusstseins der Älteren und beugen Problemen vor.

Bei vielen älteren Patienten gibt es Vorbehalte gegenüber der Narkose. Welche Möglichkeiten gibt es?

Diese Angst kann man gut nachvollziehen. Wir vermeiden möglichst Vollnarkosen und greifen häufig auf Regional-Anästhesien zurück, also rückenmarksnahe Betäubung oder die Betäubung bei speziellen Nerven bei Knieprothesen.

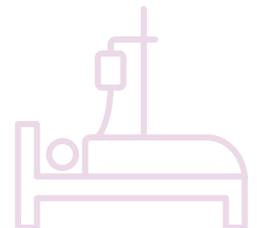
Wie wichtig ist für die Heilung die anschließende Reha?

Die Reha ist sehr wichtig und es wird bei uns in der Sprechstunde bereits organisiert, dass die Patienten eine Anschlussheilbehandlung machen. Viele Patienten möchten eine ambulante statt einer stationäre Reha machen. Geplant ist eine orthopädisch ausgerichtete Reha. Damit haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht.

Wann sind die Operationen erfolgreich?

Der Anspruch der Patienten ist ganz unterschiedlich. Je jünger der Patient ist, umso mehr möchte er auch am sportlichen Leben wieder teilnehmen. Die älteren Patienten möchten oft einfach keine Schmerzen mehr haben. Es gibt auch Patienten, die wieder Golf oder Tennis spielen – wozu wir nicht raten würden – oder am Marathon mitlaufen. Laut der Statistiken des Endoprothesenregisters Deutschland sind unsere Revisionsraten sehr niedrig, was für eine erfolgreiche Behandlung spricht.

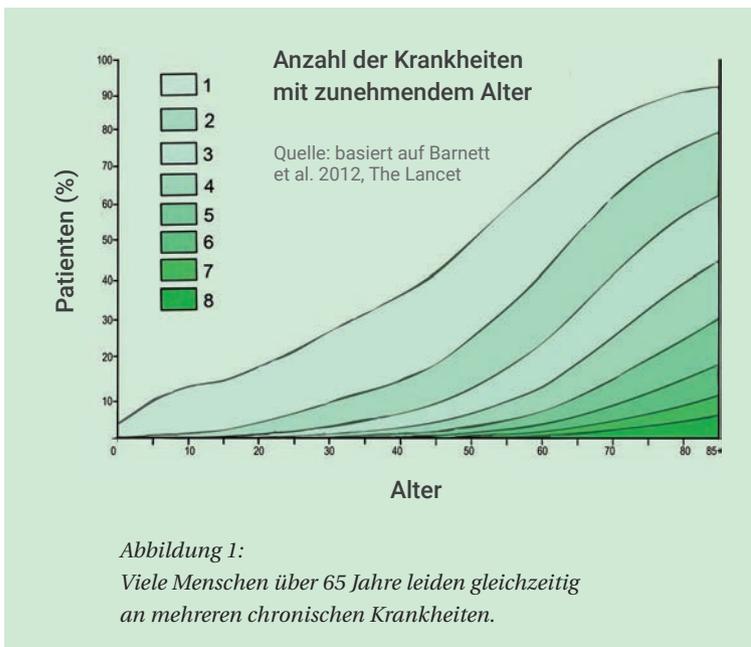
Das Interview führte Michaela Kabon.



Operationsdauer und Entlassung am MKM im Vergleich (Daten von 2024)			
	Knie-Erstimplantationen bei Arthrosen und Frakturen	Hüft-Erstimplantationen bei Arthrosen	Hüft-Erstimplantationen bei Frakturen
Mittlere Operationsdauer	97 Minuten	88 Minuten	66 Minuten
Revision	keine Revision wegen Problemen bis zur Entlassung	keine Revision wegen Problemen bis zur Entlassung	keine Revision wegen Problemen bis zur Entlassung
Entlassung nach der Operation	4 bis 8 Tage	4 bis 8 Tage	Aufnahme in das alters-traumatologische Zentrum 1 bis 3 Tage nach der Operation

Gesund altern – Fortschritte in der Altersforschung

Das Risiko für chronische Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, neurodegenerative Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Nierenerkrankungen oder Arthritis, steigt exponentiell mit dem Alter. Diese Krankheiten treten überwiegend bei Menschen über 60 Jahre auf und sind die Hauptursachen für Morbidität und Mortalität in Industrieländern. Pro Jahr verursachen sie etwa 40 Millionen Todesfälle weltweit und stellen damit die Hauptbelastung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem dar. Zudem leiden viele Menschen über 65 Jahre gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten (Abbildung 1).



Alleine in Europa zeigen Schätzungen zufolge mindestens 50 Millionen Menschen Multimorbidität und bereits heute entfällt etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben auf diese Gruppe. Der Hauptrisikofaktor für diese Erkrankungen ist das Altern selbst. Grund hierfür ist, dass trotz ihrer vielfältigen Symptome, altersbedingten Krankheiten gemeinsame molekulare Veränderungen zugrunde liegen. Dies ist eine der wichtigsten Erkenntnisse der biomedizinischen Altersforschung, die weitreichende Auswirkungen auf die Prävention und Therapie altersbedingter Krankheiten hat.

Die grundlegenden Mechanismen des Alterns

Forscher haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten fünf grundlegende Mechanismen identifiziert, die erklären, weshalb unsere Zellen mit dem Alter zunehmend ihre Funktionen einbüßen. Diese werden auch als „primary hallmarks of aging“ (primäre Kennzeichen des Alterns) bezeichnet (Abbildung 2).

Zu diesen zählen **DNA-Schäden** durch äußere Einflüsse wie UV-Strahlung oder Fehler bei der Replikation, die unbehandelt zu Mutationen und Krebs führen können; **epigenetische Veränderungen** (DNA-Methylierung, Histonmodifikationen), die Genfunktionen stören und die Tumorbildung begünstigen; **Verkürzung der Telomere**, die Zellteilung stoppt und senescente, proinflammatorische Zellen anreichert; **Verlust der Proteostase**, bei dem fehlerhafte Proteine akkumulieren und neurodegenerative Erkrankungen voranschreiten; sowie der **nachlassende Makroautophagie-Prozess**, der den Abbau defekter Organellen hemmt und ebenfalls degenerative Pathologien fördert. Kürzlich forderte die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina einen Paradigmenwechsel hin zu einer „Geromedizin“, die altersbiologische Prozesse gezielt in Forschung und Versorgung aufgreift. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, Altersprävention und -therapie enger zu verzahnen, um Krankheitslast und Gesundheitskosten nachhaltig zu senken.

Ein wesentliches Ziel der molekularen Altersforschung ist es, diese Prozesse besser zu verstehen, vor allem warum sie im Alter zunehmend ineffizienter werden, sowie Interventionsmöglichkeiten zu finden, um die normale Funktion unserer Zellen möglichst lange zu erhalten. Wesentlich hierbei ist, dass solche Interventionen nicht nur darauf abzielen, altersbedingte Krankheiten zu behandeln, sondern sie gar nicht erst entstehen zu lassen. So soll es möglichst vielen Menschen ermöglicht werden, gesund alt zu werden. Die Möglichkeiten zur Intervention erstrecken sich dabei von Anpassungen des Lebensstils bis hin zu innovativen Medikamenten.

Vor diesem Hintergrund verfolgt das Centre for Healthy Ageing in Mainz einen interdisziplinären Ansatz von der Identifikation molekularer und funktioneller Biomarker des Alterns über innovative präklinische Modelle bis hin zu klinischen Pilotstudien. Moderne Multi-omics-Technologien, digitale

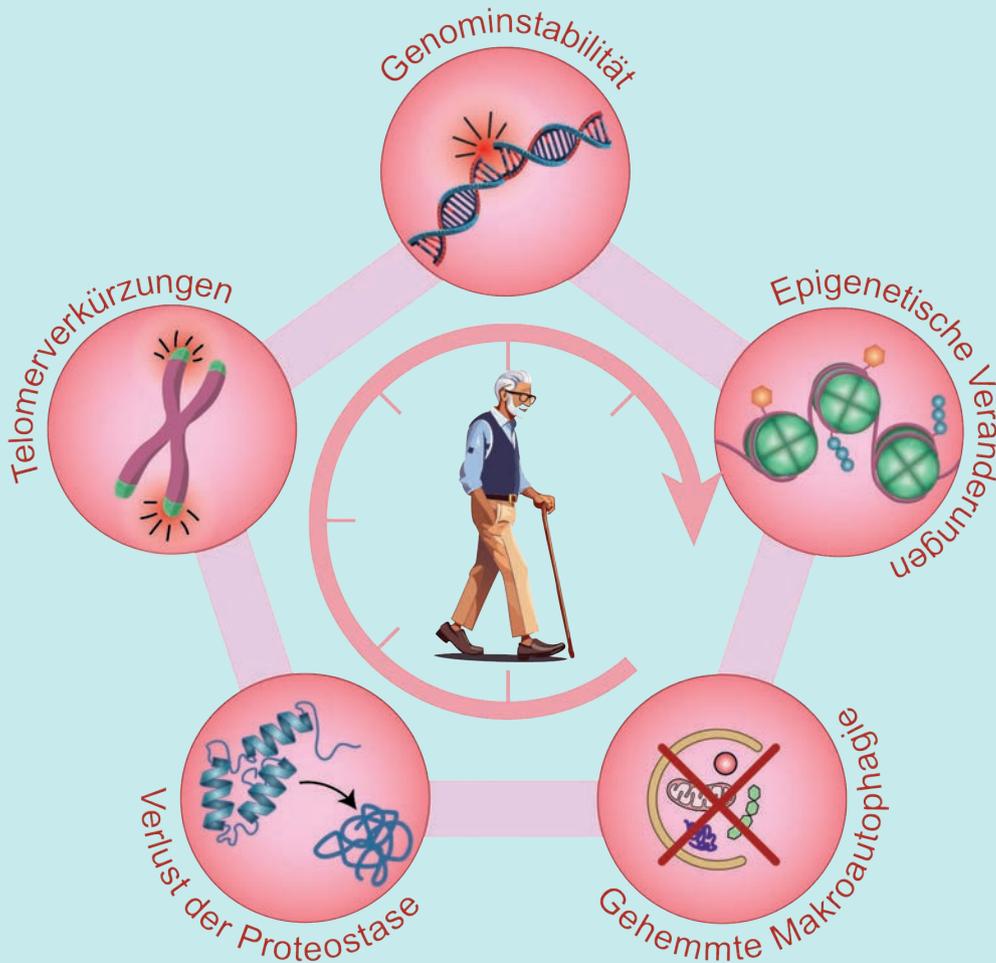


Abbildung 2:
Forscher haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten fünf grundlegende Mechanismen identifiziert, die erklären, weshalb unsere Zellen mit dem Alter zunehmend ihre Funktionen einbüßen. Diese werden auch als „primary hallmarks of aging“ (primäre Kennzeichen des Alterns) bezeichnet.

Foto: IMB/CHA Mainz

Gesundheitslösungen und patientenorientierte Kohortenstudien bilden die Basis, um translational wirksame Interventionen zu entwickeln und zu validieren.

Interventionen für ein gesundes Altern

Was unseren Lebensstil betrifft, belegen neuere wissenschaftliche Studien, dass tradierte Lebensweisheiten und Empfehlungen oft korrekt sind. So wurde beispielsweise gezeigt, dass regelmäßige Bewegung, eine gesunde Ernährung, möglichst wenig Stress und Alkohol, sowie ausreichend Schlaf sowohl unsere epigenetischen Markierungen als auch die Telomerlänge positiv beeinflussen können. Klar belegt ist auch, dass Rauchen DNA schädigt und die Telomerlänge verkürzt.

In jüngerer Zeit zeichnen sich auch vielversprechende Interventionen ab. Interessant ist dabei, dass Medikamente, die schon länger zugelassen sind, im Rahmen eines drug

repurposing zur Prävention altersbedingter Krankheiten genutzt werden könnten. Beispielsweise erweisen sich Medikamente, die zur Behandlung von Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck eingesetzt werden, zunehmend als sogenannte Geroprotektoren, da sie auch die Entstehung und das Fortschreiten altersbedingter Erkrankungen wie kardiovaskulärer Leiden, Alzheimer und anderer Demenzen verzögern.

Eine der ersten in diesem Kontext off-label genutzten Substanzen war das Diabetes-Medikament Metformin. Indem Metformin den Komplex I der mitochondrialen Atmungskette hemmt, die Insulinsensitivität verbessert, Autophagie fördert, oxidativen Stress und Entzündungen dämpft und das Mikrobiom moduliert, stabilisiert es die zelluläre Homöostase und verlangsamt Alternsprozesse. Auch GLP1 Agonisten und SGLT2 Antagonisten wurden ursprünglich zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt und werden mittlerweile bei Fettleibigkeit, Herzinsuffizienz und

→

Nierenerkrankungen eingesetzt. Probandinnen und Probanden, denen GLP-1R-Agonisten gegeben werden, zeigen zudem ein geringeres Risiko für chronische Nieren- und Herzkrankheiten sowie für andere altersbedingte Krankheiten.

Experimentelle Geroprotektoren

Auch der Einsatz sogenannter Senotherapeutika gilt als interessanter Ansatz, um die negativen Auswirkungen des Alterns abzumildern. Diese Substanzen zielen auf seneszente Zellen ab. Vor allem Senolytika erscheinen hier aussichtsreich. Sie können in seneszenten Zellen den programmierten Zelltod induzieren. In Mäusen konnte gezeigt werden, dass sich die Gesundheitsspanne signifikant verlängert, wenn seneszente Zellen mittels Senolytika eliminiert werden. Zurzeit wird deren Wirkung in klinischen Studien an Menschen getestet. Allerdings gilt es hierbei zu beachten, dass seneszente Zellen auch eine Rolle bei der Wundheilung sowie der Regeneration von Geweben spielen.

Ein weiterer vielversprechender Anti-Aging-Wirkstoff ist Rapamycin. Es hemmt mTOR, einen wichtigen Wachstumsregulator und Nährstoffsensoren. Dadurch imitiert Rapamycin Effekte des Intervallfastens. In Modellorganismen verlängert es Lebens- und Gesundheitsspanne. Mittlerweile wird Rapamycin in klinischen Studien am Menschen erprobt, wengleich es starke Nebenwirkungen aufweist. So kann es Infektionen begünstigen, Mundschleimhautentzündungen, Dyslipidämien, Glukoseintoleranz, Zytopenien, Ödeme, Pneumonitis und verzögerte Wundheilung auslösen.

Das Kernproblem bei Geroprotektoren: Der Nachweis ihrer präventiven Wirkung erfordert Tests an Gesunden, sie können bei Langzeiteinnahme aber schwere Nebenwirkungen auslösen. Ein praktikabler Ansatz ist, die Substanzen zunächst an Patientinnen und Patienten mit chronischen Alterserkrankungen zu erproben, um parallel therapeutischen Nutzen und geroprotektive Effekte auf andere Organe und Biomarker zu dokumentieren. So wird der Zusatznutzen belegt und das Risiko-Nutzen-Verhältnis vertretbar.

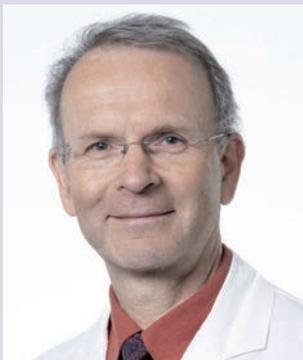
Zelluläre Reprogrammierung als Verjüngung

Letztlich könnten auch die sogenannte Yamanaka-Faktoren, für deren Entdeckung der japanische Forscher Shinya Yamanaka in 2012 mit dem Nobelpreis geehrt wurde, zukünftig dazu beitragen, uns länger gesund und aktiv zu halten. Diese Faktoren ermöglichen es, ausdifferenzierte Zellen wieder zurück in einen Stammzellzustand zu versetzen. Dies erreichen sie, indem sie die epigenetische Signatur der Zellen verändern und sie so umprogrammieren. Auf diese Weise ließen sich eventuell auch epigenetische Veränderungen des Alterns rückgängig machen. Diese Art der Reprogrammierung von Zellen wird bereits in klinischen Studien für dopaminerge Neurone bei Parkinson-Patientinnen und Patienten getestet.

Fazit:

Wir gewinnen immer umfassendere Einblicke in die molekularen Grundlagen des Alterns und altersassoziierter Erkrankungen. Dieses Wissen ermöglicht präventive Maßnahmen, die Krankheiten verzögern oder verhindern können mit enormem Potenzial, individuelle Krankheitslasten zu senken, die Lebensqualität zu steigern und Gesundheitskosten nachhaltig zu reduzieren.

Autoren



Prof. Dr. rer. nat. Christof Niehrs
Executive Director
Institut für Molekulare Biologie gGmbH (IMB)
Centre for Healthy Ageing (CHA), Mainz

Fotos: IMB Mainz/ Markus Hintzen



Dr. habil. Ralf Dahm
Director of Scientific Management
Institut für Molekulare Biologie gGmbH (IMB)
Centre for Healthy Ageing (CHA), Mainz

Erfahrungen mit dem E-Rezept: Wie gut funktioniert die digitale Verordnung?

Das E-Rezept ist in Deutschland zum 1. Januar 2024 verpflichtend für alle gesetzlich Versicherten eingeführt worden, um verschreibungspflichtige Medikamente auszustellen. Das soll Verordnungen einfacher machen und dem Patienten einige Wege zum Arzt und auch in die Apotheke sparen. Auch fast zwei Jahre nach der Einführung fallen die Erfahrungen mit dem E-Rezept gemischt aus. Ein Apotheker und ein Hausarzt berichten, was positiv läuft und wo es noch Verbesserungsbedarf gibt.

Paul Fährdrich, Apotheker in Guntersblum *Wie werden E-Rezepte eingelöst?*

Der Haupteinlöseweg ist über die Gesundheitskarte. Es werden nur wenige Token ausgedruckt. Die Einlösung über die E-Rezept-App ist insofern kompliziert, dass es viele verschiedene Wege gibt, die Rezepte zu übermitteln. Wir haben eine eigene App erstellt, die die Rezepte in unserem System übersichtlich anzeigt. Bei anderen Apps gibt es häufig Probleme bei der Darstellung, Rezepte gehen unter oder es muss gezielt nach diesen gesucht werden. Das kostet in unserem Alltag Zeit für technische Unterstützung der Patienten in der Apotheke. Muster-16-Rezepte gibt es immer noch, zum Beispiel für Betäubungsmittel und Hilfsmittel.

Was funktioniert aktuell noch nicht so gut?

Das größte Problem besteht aktuell darin, dass oft Rezepte noch nicht signiert wurden und wir die Patienten ohne Medikamente wieder nach Hause schicken müssen. Das kommt aktuell etwa zwanzig Mal am Tag vor. Dies ist besonders ärgerlich für ältere Patienten, die auf Angehörige als Fahrer angewiesen sind und dann ein weiteres Mal in die Apotheke kommen müssen – besonders am Wochenende bei Antibiotika und Schmerzmitteln, wenn die Praxen nicht mehr besetzt sind.

Was hat sich für Ihre Apotheke geändert?

Aufwändiger als zuvor sind nun Rezeptänderungen. Bei Nichtverfügbarkeit konnten Apotheken früher nach Rücksprache mit dem Arzt und handschriftlichem Vermerk ein gleichwertiges Medikament abgeben. Nun sind hierzu mehrere Schritte nötig. Die Gefahr durch Retaxen der Krankenkassen wegen Formfehlern erhöht sich.

Welchen Vorteil hat das E-Rezept für die Patienten?

Wenn das System funktioniert, kann das E-Rezept einen Mehrwert für Patienten darstellen. Vor allem bei Dauermedikamenten. Folgerezepte können ohne persönliche Vorstellung in der Praxis bestellt werden und auf die Gesundheitskarte übertragen werden.

Großes Problem für die niedergelassenen Apotheken: Dauermedikamente werden zunehmend bei ausländischen Versandapotheken, die auch noch mit Rabatten werben, die deutschen Apotheken untersagt sind, bestellt und nur Akuterezepte in der Vorort-Apotheke eingelöst. Dies wird das weitere Apothekensterben begünstigen!

San.-Rat Werner Leibig, Hausarzt in Mutterstadt

Wie funktioniert die technische Umsetzung des E-Rezepts in Ihrer Praxis?

Meistens läuft es gut mit dem E-Rezept. Gerade in den Anfangszeiten ging es auch mal tagelang nicht. Oft lag bei der Gematik eine Störung vor. Das hat sich deutlich reduziert. Bei einer großen Praxis wie unserer ist manchmal immer noch eine Überforderung der Systeme da.

Was hat sich mit dem E-Rezept für Ihre Praxis geändert?

Die Ausstellung des E-Rezepts dauert für mich als Arzt deutlich länger. Deshalb bitten wir beispielsweise die Patienten, die am Vormittag kommen, nicht direkt nach dem Arztbesuch, sondern erst am Nachmittag in die Apotheke zu gehen. Ich kann die Sprechstunde nicht extra unterbrechen, um die Rezepte zu unterschreiben. Früher war das zwischen den Patientengesprächen schnell erledigt, weil man mit einem kleinen Stapel an Papierrezepten eine bes-

sere Übersicht hatte. Nun muss ich mir die Rezepte im System wieder einzeln aufrufen und prüfen – das braucht Zeit und wird deshalb eher am Ende des Tages erledigt. Wenn man eine Stapelsignatur anwendet, hat man keine Kontrolle mehr und es können Fehler passieren, die zu Regressen führen.

Wie werden E-Rezepte ausgestellt?

Viele wollen das E-Rezept nicht auf die Gesundheitskarte, sondern einen ausgedruckten Barcode ausgestellt bekommen. Dann ist der Aufwand noch höher. Bei Privatversicherten geht es bisher gar nicht mit dem E-Rezept. Das trifft auch auf Rezepte für Physiotherapie und Transportscheine zu.

Worin sehen Sie einen Nachteil durch das E-Rezept?

Ein Problem ist es, wenn die Patienten ihre Rezepte nicht abholen und sie erneut ausgestellt haben wollen. Wir als Praxis können ein Rezept vier Wochen zurückholen. Darüber hinaus haben wir keinen Zugriff mehr und können nicht nachvollziehen, ob es abgeholt wurde. In so einem Fall könnte ich das Rezept nach sechs Wochen noch einmal aufschreiben, riskiere aber dabei, dass die Kasse mich in Regress nimmt. Wenn ich ein Privatrezept aufschreibe und der Patient es selbst zahlen muss, stößt das meist auf großes Unverständnis.

Welche Vorteile hat das E-Rezept für Ihre Praxis?

Das E-Rezept kann unabhängig von der Entfernung ausgestellt werden. Ein Patient, der umzieht oder weiter weg wohnt, kann so weiterhin seine Medikamente erhalten, ohne jedes Mal in die Praxis zu kommen. Generell bin ich ein Fan von Technik und Digitalisierung. Sie muss aber funktionieren.

Die Interviews führte Michaela Kabon.

40 Jahre Augenheilkunde – ein Resümee

Nach 40 Jahren Engagement für die Augenheilkunde hat Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer, Direktor der Augenklinik in Mainz, seine Abschiedsvorlesung gehalten. Aus einer anfangs recht kleinen Augenklinik entstand unter Pfeiffers Leitung eine der größten in Deutschland, würdigte der kommissarische Wissenschaftliche Vorstand und Dekan Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild. Zudem ist er auch einer der am besten publizierenden Ophthalmologen in Deutschland. Darüber hinaus war er 14 Jahre als Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Mainz tätig, wie der Präsident der Johannes Gutenberg-Universität, Prof. Georg Krausch, herausstrich. Eine Zeit, in welcher Pfeiffer besonders gut durch die Corona-Pandemie geführt, eine Krise um verstorbene Säuglinge mit bundesweiter Beachtung bewältigt und mit seinem Wirken im politischen Raum für Vertrauen gesorgt habe, das nicht zuletzt zur Bewilligung von 2,23 Milliarden Euro für ein neues Klinikum geführt habe.

In seiner Abschiedsvorlesung im Rahmen der Studierendenvorlesung stellte Pfeiffer dann im übervollen Vorlesungssaal die häufigsten Ursachen von **Erbblindung** dar und wie sich das Spektrum und die Behandlungsmöglichkeiten in den vergangenen Jahrzehnten verändert hätten: Eine Folge der insgesamt gestiegenen Lebenserwartung sei, dass praktisch alle Menschen einmal einen Grauen Star, eine **Katarakt**, entwickeln. Damit sei die Kataraktoperation, die Entfernung der getrübten Linse und deren Ersatz durch eine Kunstlinse, die häufigste Operation überhaupt. Noch zu Anfang von Pfeiffers Tätigkeit sei die Implantation der Kunstlinse zum Teil vehement abgelehnt worden. Er demonstrierte die heutige Technik, die mit winzigen Inzisionen von weniger als 1 Millimeter Breite auskommt. Die Operation habe auch eine lebensrettende Wirkung, denn nach der OP sinkt die Wahrscheinlichkeit zu stürzen um über 50 Prozent, was bei einer Oberschenkelhalsfraktur im höheren Lebensalter wiederum mit einer Ein-Jahres-Mortalität von rund 50 Prozent einhergeht.

Einen zweiten Schwerpunkt setzte Pfeiffer bei den **Glaukom-erkrankungen**. In der Mainzer Gutenberg-Gesundheitsstudie zeigte sein Team, dass rund zwei Prozent der über 40-Jährigen und sogar bis zu 25 Prozent der über 80-Jährigen an dieser häufigsten irreversiblen Erblindungsursache erkrankt sind. Ernüchternd sei, dass selbst im Umfeld eines Glaukom-Zentrums wie Mainz 52 Prozent der an Glaukom Erkrankten

nicht diagnostiziert seien. Auch die Gründe dafür wurden aufgedeckt: Bei einer Mainzer Befragung von mehr als 2.700 Personen gaben zwar 51 Prozent an, schon vom Glaukom gehört zu haben. Allerdings konnten nur acht Prozent die richtige Auswahl vorgegebener Definitionen benennen. Befragte mit akademischer Qualifikation gaben zwar mehr richtige Antworten an, leider im gleichen Verhältnis aber auch mehr falsche Antworten.

Pfeiffer konnte eine neue Behandlungsmethode für das Glaukom einführen und mit einer großen internationalen Studie mit über 1.100 Personen in sieben europäischen Ländern erstmals untersuchen, ob eine prophylaktische Behandlung bei erhöhtem Augeninnendruck sinnvoll ist. Gleichzeitig wurden mit der Studie Risikofaktoren für eine Glaukom-Progression aufgedeckt, so dass man heute anhand dieser Daten weltweit entscheidet, wer eine prophylaktische Behandlung benötigt und wer nicht.

Eine weitere neue Epidemie von Augenerkrankungen, wurde ebenfalls in der Gutenberg-Gesundheitsstudie untersucht: So nimmt die **Kurzsichtigkeit** weltweit rasant zu. Pfeiffer konnte mit seinen Mitarbeitern belegen, dass die Kurzsichtigkeit umso stärker ist, je mehr Schuljahre man absolviert hat. Erstmals konnte er dabei zeigen, dass auch die Berufsausbildung noch einen Einfluss auf die Kurzsichtigkeit hat. So waren Personen ohne Schulabschluss zu 26,9 Prozent kurzsichtig, Realschulabsolventen zu 41,6 Prozent und Abiturienten zu 50,9 Prozent, Hochschulabsolventen sogar zu 53 Prozent.

Fotos: Peter Pulkowski





Zur Abschlussvorlesung von Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer ist der Hörsaal voll besetzt.

Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer verabschiedet sich nach 30 Jahren Tätigkeit als Direktor der Augenklinik an der Universitätsmedizin Mainz.



Auch wurde der Frage nachgegangen, ob Kurzsichtige von Natur aus intelligenter sind. Tatsächlich sind Myope etwas intelligenter als Normalsichtige oder Weitsichtige. Die Kurzsichtigen im Hörsaal warnte Pfeiffer allerdings davor sich allzu sehr zu freuen: Kurzsichtige Menschen leiden nämlich häufiger an Katarakt, Glaukom oder der altersabhängigen Makuladegeneration, die bei einem Drittel der Betroffenen zum Verlust des Lesevermögens führen kann. Gerade in diesem Bereich habe die Augenheilkunde aber enorme Fortschritte gemacht: Während man zu Anfang seiner Tätigkeit bei dieser Erkrankung nur Bedauern und moralische Unterstützung anbieten können, könne heutzutage bei den meisten Betroffenen der fortschreitende Sehverlust aufgehalten werden.

Pfeiffer resümierte: „Ich habe die Augenheilkunde begonnen, als Operationen zwar möglich waren, aber – durchaus zurecht – noch als gefährlich angesehen werden mussten. Inzwischen können wir nicht nur Augenlinsen austauschen, sondern sogar schon defekte Gene ersetzen und Blinde wieder sehend machen. Für mich ist das wie eine Entwicklung vom Faustkeil zur Mondlandung und zur künstlichen Intelligenz.“

An die Studierenden wandte er sich mit der Aufforderung: „Die Augenheilkunde hat viel erreicht, aber nehmen Sie nichts als gegeben wahr und vor allem glauben Sie nicht, dass es ein oberes Ende der Entwicklung gibt, an dem es nicht mehr weitergeht.“

Abschließend dankte er allen Weggefährten als Ophthalmologen, denn nur im Team seien die beschriebenen großen klinischen Studien durchzuführen. Sein wichtigster Dank galt seiner Familie.

Wer nicht dabei war kann die Vorlesung noch einmal sehen:
Link zur Vorlesung:

<https://video.uni-mainz.de/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=03c894ca-c5d6-4b7b-81cc-b2cd00942327>

Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer

Julia Höhners eigene Praxis: Herausfordernd und erfüllend

Zehn Monate ist es her, dass Julia Höhner ihre HNO-Praxis in Altenkirchen im Westerwald eröffnet hat. Dabei übernahm sie keine bestehende Praxis, sondern wagte eine Neugründung. Das war und ist herausfordernd, aber auch sehr erfüllend, wie die 37-Jährige in ihrer Praxisgeschichte erzählt.



Julia Höhner ist gut im Praxisalltag angekommen. Sie ist dabei, ihr kollegiales Netzwerk auszubauen.

Gewünscht hätte sich Julia Höhner eigentlich einen ruhigen Praxisstart. Erst mal reinkommen in die Arbeitsabläufe, das Team kennenlernen, die Patientinnen und Patienten nach und nach versorgen. „Aber es ging direkt vom ersten Tag an richtig los“, erinnert sie sich. Kein Wunder: Die HNO-Ärztin eröffnete ihre Praxis in einem unterversorgten Gebiet. Das sprach sich in Altenkirchen und Umgebung schnell herum

und so standen die Patientinnen und Patienten am 5. November 2024 gleich vor der Tür. „Ich hatte mir noch Gedanken darüber gemacht, wie ich am besten Werbung mache. Denn ich hatte Sorge, dass wir nicht ausgelastet wären. Heute kann ich darüber nur schmunzeln“, so die Zweifachmama.

ZURÜCK AUF LAND

Vorher hatte sie mit ihrem Mann Andreas und den beiden Söhnen in Köln gelebt und dort als angestellte Ärztin gearbeitet. Der Wunsch, eine eigene Praxis zu führen, schlummerte jedoch schon länger in ihr. „Zunächst war es nur eine Spinnerie. Mein Mann gab letztendlich den Ausschlag dafür, dass ich diesen Schritt gewagt habe. Er hat mich immer wieder in dem Vorhaben bestärkt.“ Die Höhners wollten außerdem aufs Land ziehen. Da kam es gelegen, dass Andreas Höhner aus dem Westerwald stammt. Dort gibt es laut Bedarfsplanung freie HNO-Arztstühle und somit optimale Bedingungen, sich hier niederzulassen.

Als der Plan konkreter wurde, wandte sich Julia Höhner an die KV RLP. „Hier habe ich ganz viel Unterstützung bekommen – finanziell und fachlich. Es gibt ja einiges zu bedenken und durchzuführen, mit dem man vorher noch gar nichts zu tun hatte.“ Vor allem machten die Mitarbeitenden ihr Mut, den Schritt der Zulassung zu gehen. „Ich war schon unsicher, schließlich war es auch ein finanzielles Investment, das wir tätigten.“ Der Landkreis und die Stadt Altenkirchen kamen

ebenfalls ins Boot. Neben ihrem Know-how und einer finanziellen Förderung halfen sie bei der Suche nach Räumlichkeiten. Dass sich in den heutigen Praxisräumen vorher bereits ein MVZ befand, war für Julia Höhner hilfreich: „So konnten wir zum Beispiel den Anmeldebereich und einige medizinische Geräte übernehmen. Es waren keine Umbaumaßnahmen nötig.“ Auch ihr Vermieter sei von Anfang an äußerst kooperativ gewesen.

FRAUENPOWER IM TEAM

Und wie sah es in Zeiten des Fachkräftemangels mit der Suche nach einem Praxisteam aus? „Erstaunlich gut“, erzählt Höhner. „Ich habe einige Bewerbungen erhalten und konnte das Team nach und nach aufbauen.“ Nun unterstützen fünf Medizinische Fachangestellte in Teilzeit ihre Chefin. „Wir arbeiten schon super zusammen und pflegen einen offenen Umgang miteinander – echte Frauenpower! Eine Kollegin macht nun eine Fortbildung im Bereich Qualitätsmanagement. So bauen wir unsere Kompetenzen nach und nach aus.“ Personalführung sei eine der Herausforderungen, die sie zu meistern habe, sagt die Praxisinhaberin. In diese Rolle müsse sie sich erst einmal einfinden. „Dazu gibt es keine Seminare im Studium oder während der Weiterbildung.“

Einen weiteren Knackpunkt stelle das Terminmanagement dar. Oft sei die Telefonleitung belegt, sodass die Patientinnen und Patienten einfach persönlich in die Praxis kämen. „Hier müssen wir nachbessern, am liebsten mit einer digitalen Lösung. Aber das geht alles nur Schritt für Schritt“, bemerkt Höhner. Die Fachärztin könnte sich auch vorstellen, langfristig eine Kollegin oder einen Kollegen mit in die Praxis zu nehmen, möchte aber nichts übers Knie brechen. „Wesentlich



Die Praxis nimmt weiterhin auch neue Patientinnen und Patienten auf.

war erst einmal, dass die Praxis läuft und die Menschen vor Ort wieder gut versorgt sind.“

POSITIVE RÜCKMELDUNGEN

Und das sind sie. Die Rückmeldungen, die die Praxis bekommt, sind durchweg positiv. „Wenn an einem Tag mal alles drunter und drüber geht, denke ich an die große Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten.“ Letztens habe sie einen Brief erhalten, in dem sich ein Patient dafür bedankt habe, dass sie seinen Tumor entdeckt und dadurch vermutlich sein Leben gerettet habe. „Dann weiß ich wieder, was wirklich zählt im Leben.“ Wichtig ist ihr, dass die Menschen sich in ihrer Praxis gut aufgehoben fühlen. Sie nimmt sich Zeit für ihre Anliegen, hört zu und berät.

Auch die KV RLP ist weiterhin an ihrer Seite. Höhners Praxislotsin, die sie in den ersten beiden Jahren begleitet, stellt eine wertvolle Ansprechpartnerin dar: „Sie ist mit mir etwa die erste Honorarabrechnung Punkt für Punkt durchgegangen und am Ende habe ich es gut verstanden. Alles halb so wild,

wie ich anfangs dachte. Ich darf immer Fragen stellen und bekomme stets Hilfe.“ Auch erfahrene Kolleginnen und Kollegen bestätigen ihr, dass sich mit der Zeit alles einspielt.

STOLZ AUF DAS ERREICHTE

Ja, Julia Höhner arbeitet nun mehr und länger als in Köln. Ihr Mann und sie haben geschwitzt. Sie ist nun in Voll-, er in Teilzeit tätig und kümmert sich mehr um die Kinder. Aber sie ist jetzt ihre eigene Chefin und die Familie ist stolz auf Ehefrau und Mama. Die Jungs freuen sich, wenn sie nach Hause kommt, wollen aber auch ganz oft mit in die Praxis. Es sei so, als habe man mit der Praxis ein neues Familienmitglied hinzugewonnen. „Wenn ich zurückblicke, sehe ich, dass ich mir einige Sorgen gemacht habe. Heute bin ich stolz auf das, was mein Team und ich schon geschafft haben. Ich weiß jetzt: Nicht alles muss direkt perfekt sein. Man wächst an und mit seinen Aufgaben. Für mich war es der richtige Schritt, meine eigene Praxis zu eröffnen“, betont Julia Höhner. Sie freut sich auf den ersten Praxis-Geburtstag und auf viele weitere, die noch folgen werden.

Mobile Arztpraxis: Seit einem Jahr unterwegs

Seit gut einem Jahr sind die beiden Mobilen Arztpraxen der KV RLP in Rheinland-Pfalz unterwegs. Über 2.000 Patientinnen und Patienten hat das sechsköpfige Team an zehn unterschiedlichen Standorten bisher versorgt. Damit konnten ad hoc entstandene Versorgungsengpässe überbrückt werden. In den meisten Fällen fanden die Beteiligten vor Ort eine Lösung für die Versorgungsengpässe, sodass die Mobilen Arztpraxen guten Gewissens zum nächsten Einsatz weiterziehen konnten.

„Die Patientinnen und Patienten sind überaus dankbar, dass wir sie versorgen“, sagt Peter Bunders. Der Facharzt für Allgemeinmedizin gehört zum Team der Mobilen Arztpraxis, das aus einer Ärztin, zwei Ärzten und drei Medizinischen Fachangestellten besteht. Er mag seinen Job, den er nun seit rund einem Jahr ausübt. „Es ist schon ein besonderes Arbeiten auf diesem engen Raum. Aber wir sind ein gutes Team, es läuft Hand in Hand und wir haben alles an Bord, was wir brauchen.“

Ob Verbandszeug, Kanülen oder Sterilgut, ein Ultraschall- und ein EKG-Gerät, eine Liege, ein Drucker oder eine Umkleide – alles ist da, was es zur hausärztlichen Versorgung braucht. Auch die IT läuft mittlerweile. Zu Beginn musste sich das Ganze erst einspielen. Aber jetzt kann man schon von einem Routine-Betrieb sprechen, wobei: „Wir wissen natürlich nie, wer zu uns kommt. Im Gegensatz zu einer regulären Hausarztpraxis kennen wir unsere Patientinnen und Patienten nicht“, bemerkt Bunders. „Aber das macht es ja auch spannend.“

In die beiden vollständig ausgestatteten Hausarztpraxen auf Rädern kommen Menschen mit typischen allgemeinmedizinischen Erkrankungen. Unter den Top-10-Diagnosen finden sich beispielsweise Hypertonie, Diabetes mellitus und Erkrankungen der Atemwege. Aber auch die Diagnose „Depressive Episode“ kommt des Öfteren vor. Einige Patientinnen und Patienten benötigen Rezepte, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder auch eine Überweisung zu einer Facharztpraxis. Die zur Verfügung stehenden Behandlungstermine sind in der Regel ausgebucht. Aber auch Patientinnen und Patienten, die während der Einsatzzeiten ohne Termin kommen, können bislang in den offenen Sprechstunden zu Beginn des Einsatzes oder mit etwas Wartezeit auch zwischendurch behandelt werden. Außerdem werden seit Januar Videosprechstunden angeboten.

VERSORGUNGSENGPÄSSE ÜBERBRÜCKEN

„Die Mobilen Arztpraxen sind eine gute Sache. Wichtig zu betonen ist jedoch, dass sie nur in sehr begrenztem Umfang größere Versorgungsengpässe abfedern können“, informiert der Vorstandsvorsitzende der KV RLP San.-Rat Dr. Peter Heinz. „Die Fahrzeuge bieten nicht die Möglichkeit, klassische Versorgungseinrichtungen zu ersetzen, und sind somit keine Dauerlösung. Wenn regional ansässige Praxen alle unversorgten Patientinnen und Patienten aufnehmen, wird der Einsatz vorzeitig beendet. Mobile Arztpraxen sind auch keine Lösung für den bestehenden und sich weiter verschärfenden Ärztemangel.“ Daher sei die Zusammenarbeit mit den Kommunen und der Ärzteschaft in der jeweiligen Region



Das Team der Mobilen Arztpraxis: Dr. Frank Weyandt, Bianca Mees, Petra Viertel Muñoz, Nadine Weber, Irmgard Liesenfeld und Peter Bunders (v. l.)

essenziell. Um eine langfristige Versorgungslösung zu finden, müssen sie im Boot sein. Bisher hat dies gut funktioniert. Beim Großteil der Einsatzorte konnten die Beteiligten eine gute Lösung finden.

WICHTIGE PARTNER

Die Auswahl der Einsatzorte läuft übrigens über ein Expertenteam der KV RLP. Die Mitarbeitenden analysieren ständig die ambulante medizinische Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz. Dort, wo nach diesen Analysen die größten, nicht aufzufangbaren Versorgungsengpässe bestehen oder kurzfristig erwartet werden, können die Mobilen Arztpraxen eingesetzt werden. Voraussetzung ist, dass die Kommune am geplanten Einsatzort die notwendige Infrastruktur auf ihre Kosten zur Verfügung stellt.

Ein wesentlicher Punkt ist zudem, dass die Laboruntersuchungen reibungslos funktionieren. Hier hat die KV RLP mit Bioscientia einen erfahrenen und zuverlässigen Partner für die Abholung und die Analyse der Proben an ihrer Seite. Unterstützung gab es von Beginn an auch vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz, das 50 Prozent der Investitionskosten der zwei Fahrzeuge übernahm. Die Anschaffung wurde außerdem gefördert durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse und die IKK Südwest.

HOHE KOSTEN

Wird das Angebot der Mobilen Arztpraxen denn künftig ausgebaut? „Nein, das planen wir nicht“, sagt San.-Rat Dr. Heinz. „Die Einnahmen aus den Behandlungen decken bei Weitem nicht die Kosten. Der Aufwand zum Betrieb von Mobilen Arztpraxen ist extrem hoch und hochgradig defizitär. Mit dem bestehenden Vergütungssystem ist es nicht möglich, Mobile

Arztpraxen kostendeckend zu betreiben.“ Mehr Fahrzeuge wird es also nicht geben. Das Team würde die KV RLP hingegen gerne aufstocken, und zwar um eine Kinderärztin beziehungsweise einen Kinderarzt in Teilzeit. Die Suche gestaltet sich äußert schwierig. Doch die KV RLP bleibt dran.

San.-Rat Dr. Heinz zieht nach einem Jahr ein positives Fazit: „Die beiden Mobilen Arztpraxen sind ein sichtbares Zeichen dafür, dass wir in Rheinland-Pfalz keine Region allein lassen. Das ist das Ergebnis von über zwei Jahren intensiver Vorbereitungen von der Fahrzeugentwicklung über die digitale Ausstattung bis hin zur ärztlichen Besetzung. Heute können wir flexibel auf Engpässe reagieren – dank eines qualifizierten, engagierten Teams, das bereit ist, diese Herausforderung anzunehmen.“

Weitere Informationen und die aktuellen Einsatzorte der Mobilen Arztpraxis sind auf der KV RLP-Website zu finden: www.kv-rlp.de/707070

Bisherige Einsatzorte der Mobilen Arztpraxen:

Bruchweiler-Bärenbach (Landkreis Südwestpfalz)
 Hachenburg und Höhn (Westerwaldkreis)
 Herdorf (Landkreis Altenkirchen)
 Kruft und Plaidt (Landkreis Mayen-Koblenz)
 Odernheim (Landkreis Bad Kreuznach)
 Prath (Rhein-Lahn-Kreis)
 Speicher (Eifelkreis Bitburg-Prüm)
 Worms-Neuhausen (kreisfreie Stadt Worms)

Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

Wo finde ich Informationen?

Auskünfte zu den Veranstaltungen der Akademie erhalten Sie auf unserer Homepage www.aeef-rlp.de oder auf den folgenden Seiten. Kontaktieren Sie uns gerne für detaillierte Informationen zu unserem breiten Kursangebot:

Zentrale: 06131/28 43 8-0

Postanschrift:
Akademie für Ärztliche Fortbildung
in Rheinland-Pfalz,
Mittlere Bleiche 40,
55116 Mainz



Homepage:
www.aeef-rlp.de

Wie melde ich mich an?

Unsere aktuellen Veranstaltungen finden Sie unter der Rubrik **Fortbildungsangebot** auf unserer Homepage. Dort finden Sie die Kurse alphabetisch oder nach Kategorien aufgelistet.

Rufen Sie den gewünschten Kurs auf. Auf der rechten Seite finden Sie die Kurstermine und die Möglichkeit der Online-Anmeldung über das Anmeldeportal OnZerti. Hier ist es sehr wichtig, dass Sie eine aktuelle E-Mail-Adresse angeben, da die gesamte Kommunikation ab diesem Zeitpunkt über diese Adresse erfolgt. Binnen 24 Stunden erhalten Sie eine Anmeldebestätigung per E-Mail von uns. Nähere Einzelheiten über den Ablauf der Veranstaltung teilen wir Ihnen zu gegebener Zeit mit.

Wie bezahle ich meinen Kurs?

Etwa 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn erhalten Sie per E-Mail eine Rechnung in Höhe der Kursgebühr, die damit fällig wird.

Unsere Bankverbindung lautet:
**Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Mainz,
IBAN DE10 3006 0601 0001 7274 51,
BIC (Swift Code) DAAEEDXXX**

Bitte geben Sie bei Ihrer Überweisung unbedingt die **Rechnungsnummer** sowie den **Namen der teilnehmenden Person** an, um eine rasche Zuordnung des Zahlungseinganges zu gewährleisten.

Wie lauten die Teilnahmebedingungen?

Ein kostenloser Rücktritt ist bis zu 6 Wochen vor Beginn einer Veranstaltung möglich, ansonsten wird die volle Kursgebühr fällig.

Bei Nichterreichen einer Mindest-Teilnehmerzahl oder aus zwingenden internen Gründen behält sich die Akademie für Ärztliche Fortbildung vor, Kurse auch kurzfristig vor Beginn abzusagen.

Bereits gezahlte Gebühren werden in diesem Fall in voller Höhe erstattet. Schadenersatzansprüche sind ausgeschlossen.

Sämtliche notwendigen technischen Voraussetzungen, z.B. geeignete Hard- und Software, Telekommunikations-einrichtungen und Internetprovider, sind von den Teilnehmenden auf eigene Kosten bereitzustellen. Sofern die Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP den Teilnehmenden die Benutzung bestimmter Hard- und Software-Ausrüstung empfiehlt, liegt darin keine Garantie oder Gewährleistung für deren Funktion. Bei Nichtbestehen von schriftlichen Prüfungen wird eine kostenpflichtige mündliche Nachprüfung anberaumt, die der teilnehmenden Person in Rechnung gestellt wird.

Die Punktevergabe P richtet sich nach der am 08. November 2006 verabschiedeten und am 01. März 2007 in Kraft getretenen Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Detaillierte Teilnahmebedingungen und Datenschutzrichtlinien:
www.aeef-rlp.de

Hygiene/ABS



Curriculum „Antibiotic Stewardship (ABS)“

Modul 1 (Grundkurs) ABS-Beauftragter

Termin: 03. – 07. November 2025

Gebühr / Punkte: 950,00 € / 41 P.

Ort: Mainz, Akademie

Kursleitung: Dr. I. Sagoschen

Infos: balzer@aeef-rlp.de

(Wenn bereits das Modul 1 (Hygienebeauftragter Arzt) im Rahmen des Curriculums Krankenhaushygiene absolviert wurde, ist eine Teilnahme vom 04. – 07. November 2025 ausreichend = Kursgebühr 760,00 €).

„Hygienebeauftragter Arzt“

Modul 1 Krankenhaushygiene

Termin: 13. – 17. April 2026

Ort: Mainz, Akademie (Montag-Dienstag) und

Live-Online (Mittwoch-Freitag)

Gebühr / Punkte: 950,00 € / 41 P.

Kursleitung: Prof. Dr. Dr. B. Jansen,
Dr. M. Kohnen

Infos: vonloeben@aeef-rlp.de

Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.aeef-rlp.de.

Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung gem. § 8 MPBetreiberV

Der Kurs richtet sich an erfahrene Mitarbeitende von Praxen mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung, die mit der Aufbereitung von MP betraut sind. Der Kurs dient zur Erlangung der Sachkunde für die Instandhaltung von Medizinprodukten gem. § 8 MBetreiberV in medizinischen Einrichtungen.

Termin: 21. – 22. und

28. – 29. November 2025

Gebühr / Punkte: 845,00 € / 41 P.

Ort: Mainz, Akademie

Kursleitung: Dr. S. Kevekordes

Infos: badaoui@aeef-rlp.de

Palliativmedizin



Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung bietet in Zusammenarbeit mit der Interdisziplinären Gesellschaft für Palliativmedizin Rheinland-Pfalz (iGP) die Kurs-Weiterbildung („Basiskurs“) Modul I-IV und die Fallseminare Modul I-III zur Erlangung der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer an.

**Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin
Module I – IV (ehemals Basiskurs)**
Kursabschnitt 1 und 2
Durchgang in Mainz (32 UE + 8 UE Hospitation) – nur komplett zu belegen
Termin: 14. – 15. November 2025 und
30. – 31. Januar 2026

Gebühr / Punkte: 655,00 €
(8 h Hospitation nicht inkl.) / 32 P.

Ort: Mainz, Akademie
Kursleitung: Dr. U. Reinholz,
PD Dr. R. Laufenberg
Infos: vonloeben@aaef-rlp.de

**Durchgang in Dernbach (40 UE) –
nur komplett zu belegen**
Termin: 17. – 19. April 2026 und
26. – 28. Juni 2026

Gebühr / Punkte: 765,00 € / 40 P.
Ort: Dernbach, ResonanzRaumKloster
Kursleitung: K. Gottwald, Dr. M. Benckendorff
Infos: badaoui@aaef-rlp.de

**Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin
Fallseminare unter Supervision Module I – III
(ehemals Aufbaukurse)**
Fallseminare in Dernbach
Modul I: 18. – 22. November 2026
Modul II: 12. – 16. November 2025
Modul III: 27. – 31. Mai 2026
Gebühr / Punkte: 795,00 € / 40 P.
Ort: Dernbach, ResonanzRaumKloster
Kursleitung: K. Gottwald, Dr. M. Benckendorff
Infos: badaoui@aaef-rlp.de

Fallseminare in Mainz
Modul I: 12. – 16. November 2025 (Warteliste)
Modul II: 17. – 21. Juni 2026
Modul III: 11. – 15. November 2026
Gebühr / Punkte: 795,00 € / 40 P.
Ort: Mainz, Akademie
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. M. Weber,
Dr. Chr. Gerlach, Dr. S. Brathuhn
Infos: vonloeben@aaef-rlp.de

Strahlenschutzkurse


Die Akademie für Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz hat vom Ministerium für Umwelt, Energie, Ernährung und Forsten Rheinland-Pfalz die Genehmigung erhalten, Strahlenschutzkurse als Live-Online-Veranstaltungen durchzuführen. Daher werden wir voraussichtlich bis Ende 2026 alle Kurse online anbieten (Ausnahme: Strahlenschutzkurs für MFA). Die Termine finden wie immer unter Vorbehalt statt.

Strahlenschutz-Grundkurs
Termine: 13. – 15. November 2025
Gebühr / Punkte: 335,00 € / 25 P.
Kursleitung: Prof. Dr. G. Layer, Dr. H.-P. Rösler
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Infos: schank@aaef-rlp.de

**Strahlenschutz-Spezialkurs für
Röntgendiagnostiker**
Termine: 28. – 29. November 2025
Gebühr / Punkte: 300,00 € / 21 P.
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Prof. Dr. G. Layer, Dr. H.-P. Rösler
Infos: schank@aaef-rlp.de

Die nach Antrag bei der Landesärztekammer erteilte Fachkunde muss jeweils innerhalb von fünf Jahren aufgefrischt werden:

**Strahlenschutz – Aktualisierung der
Fachkunde (Röntgendiagnostik)**
Termine: 24. September 2025, 03. Dezember 2025, 16. Januar 2026, 13. März 2026
Gebühr / Punkte: 159,00 € / 9 P.
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Prof. Dr. G. Layer, Dr. H.-P. Rösler
Infos: schank@aaef-rlp.de

Strahlenschutz-Kombikurs zur Aktualisierung der Fachkunde (Röntgendiagnostik sowie Nuklearmedizin/Strahlentherapie)
Termin: 16. Januar 2026
Gebühr / Punkte: 199,00 € / 13 P. (Ärzte/Ärztinnen, MTRA, Pflegepersonal)
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Prof. Dr. G. Layer, Dr. H.-P. Rösler
Infos: schank@aaef-rlp.de

Für Medizinische Fachangestellte (MFA), med.-techn. Laborassistierende und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen med. Ausbildung:

Strahlenschutzkurs für Med. Fachangestellte (90 h) (Röntgenschein)

Mit Besuch dieses Kurses erwerben Sie die Kenntnisse im Strahlenschutz. Danach ist auch für diese Berufsgruppe eine unaufgeforderte Aktualisierung jeweils innerhalb einer Fünf-Jahres-Frist erforderlich (Aktualisierungskurse siehe oben)

Termine: Theorieeile: 05. Dezember 2025, 12. Dezember 2025, 19. Dezember 2025
Praktikum: 06. Dezember 2025, 13. Dezember 2025, 20. Dezember 2025, 10. Januar 2026, 17. Januar 2026, 24. Januar 2026
(inkl. Prüfung)

Gebühr: 900,00 €
Ort: Mainz, Akademie und Universitätsmedizin
Kursleitung: J. Kolb, Fachlehrerin für Gesundheitsfachberufe
Infos: schank@aaef-rlp.de

Notfallmedizin

**Fortbildungskurs Leitender
Notarzt – Qualifikationsseminar zum LNA**

Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer vom 13. Februar 2025
Termin: 26. – 30. Mai 2026
Gebühr / Punkte: (inkl. Unterkunft und Vollverpflegung): 1.350,00 € (reduzierte Gebühr 780,00 € für künftige LNA in RLP dank der Unterstützung durch das Ministerium) / 50 P.
Ort: Koblenz, Landesamt für Brand- und

Katastrophenschutz Rheinland-Pfalz (5 Präsenzstage) und vorbereitende Selbstlernphase (8 UE)
Kursleitung: Dr. H. Buggenhagen
Infos: becker@aaef-rlp.de

**Grundkurs der kardiopulmonalen
Reanimation (ACLS 1)**

Grundlage für den Kurs sind die aktuellen Leitlinien des ERC
Termin: 21. März 2026
Gebühr / Punkte: 180,00 € / 12 P.
Ort: Nackenheim, DRK-Bildungszentrum
Kursleitung: Dr. Th. Schneider
Infos: becker@aaef-rlp.de

**Aufbaukurs der kardiopulmonalen
Reanimation (ACLS 2)**

Vermittelt werden Kenntnisse und Fähigkeiten zur Erkennung und Behandlung lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen (peri-arrest arrhythmias) sowie zur Behandlung komplexer Notfallsituationen wie Advanced Life Support (ALS) in besonderen Situationen (z.B. Trauma, Intoxikation, besondere Umstände).
Termin: 8. November 2025
Gebühr / Punkte: 180,00 € / 13 P.
Ort: Mainz, DRK-Berufsfachschule
Kursleitung: Dr. Th. Schneider
Infos: becker@aaef-rlp.de

**Erkennung und Behandlung kindlicher
Notfallsituationen (PALS)**

Dieser Kurs richtet sich an Ärzte und med. Assistenzpersonal, die Sicherheit in der Erkennung und Behandlung von kindlichen Notfällen gewinnen wollen. Der Kursinhalt orientiert sich an den aktuellen ERC-Leitlinien
Termin: 08. November 2025
Ort: Worms, Klinikum Worms
Gebühr / Punkte: 180,00 € / 10 P.
Kursleitung: Prof. Dr. M. Knuf, Dr. L. Aust
Ort: Worms, Klinikum Worms
Infos: becker@aaef-rlp.de

**Curriculare
Fortbildungen**

**Curriculum Arbeits- und
Betriebsmedizin (360 Stunden)**

Modul I: 21. – 23. Januar 2026 und 26. – 29. Januar 2026
Modul II: 18. – 20. März 2026 und 23. – 26. März 2026
Modul III: 24. – 26. Juni und 29. Juni – 02. Juli 2026
Modul IV: 30. September – 02. Oktober 2026 und 05. – 08. Oktober 2026
Gebühr: 930,00 € pro Modul

Die ersten 3 Kurstage finden in Präsenz in der Akademie in Mainz statt. Die weiteren Kurstage finden online statt. Nähere Infos dazu auf unserer Homepage.

Ort: Akademie, Mainz und Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. St. Letzel
Infos: christine.schwarzkopf@aaef-rlp.de

**Arbeitsmedizin aktuell
Symposium im Eltzer Hof**

Alle aktuellen Infos auf unserer Homepage
www.aaef-rlp.de

Termin: 08. Oktober 2025
Gebühr / Punkte: 130,00 € / 6 P.
Ort: Mainz, Akademie

Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing.
Stephan Letzel
Infos: christine.schwarzkopf@aaef-rlp.de

**Curriculum Verkehrsmedizinischen
Begutachtung – Kurs zur Erlangung der
Verkehrsmedizinischen Qualifikation
(Modul I – IV)**

Termin: 26. – 28. September 2025
Gebühr / Punkte: 690,00 € / 24 P.
Ort: Mainz, Akademie

Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. Th. Riepert,
Univ.-Prof. Dr. Dr. R. Urban
Infos: schank@aaef-rlp.de

**Curriculum
Transplantationsbeauftragter Arzt**

Nach aktuellem Transplantationsgesetz sind Krankenhäuser mit Intensivstationen verpflichtet, Transplantationsbeauftragte zu benennen, die qualifiziert sein müssen durch den Besuch des Curriculums Organspende nach den Vorgaben der Bundesärztekammer.

Termin: 15. – 17. Juni 2026 (Teil A)
25. Juni 2026 oder 13. August 2026 (Teil B)
Gebühr: 1.170,00 € (Teil A und B inkl. Übernachtung, Verpflegung, Arbeitsmaterial und E-Learning) / 40 P.

Ort: Burg Ebernburg, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg (Teil A)
Akademie, Mainz (Teil B)
Kursleitung: PD Dr. A. Barreiros,
Geschäftsführende Ärztin DSO Region Mitte
Infos: badaoui@aaef-rlp.de

**Transplantationsbeauftragter Arzt –
Refresherkurs**

Dieser Kurs richtet sich an erfahrene Transplantationsbeauftragte. Themen entnehmen Sie bitte unserer Homepage.

Termin: 02. Dezember 2025
Gebühr/Punkte: 125,00 € / 8 P.
Ort: Mainz, Akademie

Kursleitung: PD Dr. A. Barreiros,
Geschäftsführende Ärztin DSO Region Mitte
Infos: badaoui@aaef-rlp.de

**Kurs für Transfusionsverantwortliche,
Transfusionsbeauftragte und Leiter
Blutdepot (Block A und B)**

Termin: 17. – 18. November 2025
Gebühr / Punkte: 390,00 € / 16 P.

Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Dr. R. Conradi,
Prof. Dr. R. Zimmermann
Infos: vonloeben@aaef-rlp.de

Fachkunde Geriatrie RLP

Die Fachkunde Geriatrie richtet sich an alle Fachärztinnen und Fachärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Termin: Neuer Termin in Planung
Gebühr / Punkte: 950,00 € / 40 P.

Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. R. Hardt,
Dr. J. Heckmann
Ort: Mainz, Akademie und E-Learning
Infos: schank@aaef-rlp.de

**Allgemeine
Fortbildungsangebote**



**Post-Covid in der
ärztlichen Praxis**

Schwerpunkt: Arbeits- und Betriebsmedizin
Alle Fachrichtungen sind willkommen.

Termin: 15. Oktober 2025
Gebühr / Punkte: 35,00 € / 3 P.
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Infos: christine.schwarzkopf@aaef-rlp.de

**Genitalverstümmelung von Mädchen*
und Frauen*: Folgen und
Behandlungsmöglichkeiten**

Eine Kooperation mit dem Caritasverband Mainz e.V., FGM Landesprojekt und der Akademie für Ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz

Termin: 10. September 2025
Gebühr/Punkte: 35,00 € / 2 P.
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Dr. E. Tahir
Info: schank@aaef-rlp.de

**Kurs Medizinische Begutachtung –
Grundlagen**

Bitte unbedingt Infos auf unserer Homepage beachten!

Termin: Neuer Termin für Frühjahr 2026
in Planung
Gebühr / Punkte: 330,00 € / 19 P.
Ort: Online-Veranstaltung
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing.
St. Letzel
Infos: christine.schwarzkopf@aaef-rlp.de

**Kompaktkurs zur Erstellung eines
Lehrgutachtens (Arbeitsmedizinische
Zusammenhangsbegutachtung)**

Bei diesem Intensivseminar erhalten Sie in 2 x 90 Min. (Live-Online) kurz und kompakt eine Zusammenfassung aller nötigen Schritte zur Erstellung eines Medizinischen Gutachtens. Teil des Kurses ist die schriftliche Bearbeitung von Gutachten-Fragen. Teilnehmerzahl begrenzt!

Termin: 21. Oktober 2025 und
12. November 2025
Gebühr / Punkte: 150,00 € / 8 P.
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl. Ing.
St. Letzel
Infos: christine.schwarzkopf@aaef-rlp.de

**Fortbildungsreihe Psychopharmako-
therapie und Psychotherapie 2025**

Termin 3: 17. Dezember 2025
(Persönlichkeitsstörungen, Therapie von Demenzen, Suchterkrankungen)
Termin 4: 17. September 2025 (Therapie von bipolaren Störungen, Schlafstörungen, ADHS, Angst-, Zwangsstörungen, PTBS)
Gebühr / Punkte: 185,00 € / 8 P.
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. K. Lieb
Infos: balzer@aaef-rlp.de

**Hautkrebscreening-Kurs
für Allgemeinmediziner**

Termin: 08. November 2025
Gebühr / Punkte: 295,00 € / 10 P.
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: PD Dr. M. Böckers, Dr. S. Bernhard
Infos: vonloeben@aaef-rlp.de

Grundlagen der ärztlichen Leichenschau

Interprofessionelle Darstellung der Thematik aus Sicht von Rechtsmedizin, Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft.

Termin: 24. September 2025
Gebühr / Punkte: 25,00 € / 3 P.
Ort: Mainz, Akademie
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. Th. Riepert
Infos: becker@aaef-rlp.de

**Fit für den ärztlichen
Bereitschaftsdienst!**

In Kooperation mit der KV Rheinland-Pfalz bieten wir eine Übersichtsveranstaltung für Ihren Einsatz im ärztlichen Bereitschaftsdienst an. Bezuschussung durch KV (150€) möglich.

Termine: 26. – 27. September 2025
Gebühr / Punkte: 300,00 € / 13 P.
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing.
St. Letzel
Ort: Mainz, Akademie
Infos: balzer@aaef-rlp.de

Fortbildungen für MFA

Ein Blick in die anderen
Kategorien lohnt sich auch
für MFA



**Medical English – vom Empfang bis zur
Behandlung (für MFA und Ärzt*Innen)**

Termin: 08. November 2025 / 8 P.
Gebühr: 190,00 € für Ärztinnen und Ärzte und
90,00 € MFA
Ort: Mainz, Akademie
Kursleitung: K. Getachew
Infos: balzer@aaef-rlp.de

**Abrechnung für Praxispersonal
Anwendungen der häufigsten EBM (GOP)
in der hausärztlichen Praxis**

Termin: Neuer Termin in Planung
Gebühr: 90,00 €
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Kursleitung: J. Brecht-Weicker
Infos: schank@aaef-rlp.de

Notfallmanagement

In diesem praktisch ausgerichteten Kurs lernen die Teilnehmenden in Notfallsituation adäquat zu handeln und die Situation zu meistern. Der Kursinhalt orientiert sich an den Leitlinien des ERC 2021 zur Ersten Hilfe und zur Reanimation sowie den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer.

Termine: 29. Oktober 2025
Gebühr: 90,00 €
Ort: Mainz, Akademie
Kursleitung: J. Schwarz
Infos: becker@aaef-rlp.de

Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz (für MFA und Ärzt*Innen)

Die Inhalte des Kurses entnehmen Sie bitte unserer Homepage.

Termin: Neuer Termin in Planung

Gebühr / Punkte: 90,00 € / 6 P.

Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. St. Letzel

Ort: Mainz, Akademie

Infos: balzer@aaef-rlp.de

Hygienemanagement

Dieser Kurs vermittelt kompakt Wichtiges und Aktuelles für ein funktionierendes Hygiene-management in der Praxis. Der Kurs richtet sich auch an Ärztinnen und Ärzte.

Termin: 12. November 2025

Gebühr / Punkte: 90,00 € / 6 P.

Kursleitung: Dr. S. Kevekordes

Ort: Mainz, Akademie

Infos: balzer@aaef-rlp.de

Hygiene – Update und Aktuelles zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Neue Rechtsgrundlagen und aktuelle Fragestellungen u.a. zum Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie Medizinproduktedurchführungsgesetz (MPDG) für die ärztliche Praxis. Der Kurs richtet sich auch an Ärztinnen und Ärzte.

Termine: 10. Dezember 2025

Gebühr / Punkte: 110,00 € / 5 P.

Ort: Live-Online-Veranstaltung

Kursleitung: Dr. S. Kevekordes

Infos: vonloeben@aaef-rlp.de

Impfmanagement in der ärztl. Praxis für Med. Fachangestellte

Termin: 25. Februar 2026

Gebühr / Punkte: 95,00 € / 4 P.

Kursleitung: Dr. B. Römer, Dr. D. Kieninger

Ort: Live-Online-Veranstaltung

Infos: vonloeben@aaef-rlp.de

Neue Kurse in 2025

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen – Zeit zu handeln. Auftaktveranstaltung und Grundkurs: KI verstehen

Termine / Kursankündigung: 28. Februar 2026 (Anmeldung zeitnah möglich)

Gebühr / Punkte: 190,00 € / 7 P.

Kursleitung: Dr. med. D. Werner

Ort: Mainz, Akademie

Infos: christine.schwarzkopf@aaef-rlp.de

Schulung zur alternativen bedarfsorientierten Betreuung gemäß BGW-DGUV Vorschrift 2

Die Veranstaltung bietet wertvolle Informationen und praxisnahe Impulse zur Organisation von Sicherheit und Gesundheitsschutz in der Praxis. Kompakt und zielgerichtet werden alle Infos über Pflichten und Gestaltungsmöglichkeiten vermittelt und es besteht die Möglichkeit direkt mit Expertinnen und Experten ins Gespräch zu kommen. Die Schulung richtet sich speziell an Inhaberinnen und Inhaber von Arztpraxen mit bis zu 50 Beschäftigten.

Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf unserer Homepage.

Termin: 11. Oktober 2025

Gebühr / Punkte: 50,00 € / 7 P.

Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Ing.

St. Letzel, Dr. K. Schöne

Ort: Mainz, Akademie

Infos: badaoui@aaef-rlp.de

Psychosomatische Grundversorgung (Modul I und II)

Der Kurs basiert auf dem (Muster-)Kursbuch „Psychosomatische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (2024).

Termine: 20. September 2025 – 31. Januar 2026

Nähere Informationen über unsere Homepage

Gebühr / Punkte: 1.300,00 € / 50 P.

Kursleitung: PD Dr. N. Dreimüller

Ort: Akademie, Mainz und online

Infos: balzer@aaef-rlp.de

Ärztliche Kenntnisprüfung – Crashkurs zur Vorbereitung

Zweiteiliger Kurs mit einer Prüfungssimulation, für Ärzte aus Nicht-EU-Ländern, Voraussetzung sind ausreichende Deutschkenntnisse (Nachweis Goethe B2 o.ä.).

Termin 1: 16. – 17. April 2026 und 8. – 10. Mai 2026

Termin 2: 08. – 09. Oktober und 06. – 08. November 2026

Gebühr / Punkte: 990,00 € / 55 P.

Kursleitung: SR Prof. Dr. K.-B. Brantzen, Dr. O. Laakmann

Ort: Mainz, Akademie

Infos: balzer@aaef-rlp.de

RLP – State of the Art

Psychiatrie & Psychotherapie

Bitte beachten Sie unbedingt zum Ablauf und Anmeldeprocedere unsere Hinweise auf unserer Homepage.

Termin 17: 24. September 2025

Absetzen von Antipsychotika

Prof. Gründer

Termin 18: 05. November 2025

Versorgungsmodelle Integrierter Versorgung

PD Dr. Wiegand, Dr. Claus

Termin 19: 03. Dezember 2025

ADHS

Prof. Retz, Dr. Kölle

Gebühr / Punkte: 320,00 € (für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in RLP für 10 Termine)

35,00 € (Einzeltermin für interessierte externe Teilnehmende) / 2 P.

Kursleitung: PD Dr. N. Dreimüller, Univ.-Prof.

Dr. K. Lieb, PD Dr. A. Konrad, Dr. D. Herzog

Ort: Live-Online-Veranstaltung

Infos: schank@aaef-rlp.de

Veranstaltung des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit mit dem GPA-Mitte, der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und dem Förderverein für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

Save the Date – Systemsprenger Adipositas: Versorgung und Folgeerkrankungen im Fokus

Gesundheitspolitischer Impuls Rheinland-Pfalz

Termin: 03. Dezember 2025

Ort: Eltzer Hof, Mittlere Bleiche 40 in Mainz

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, dem Berufsverband Oecotrophologie e.V.

Essen für die Seele: Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Ernährung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Es handelt sich hierbei um eine kostenlose wöchentliche 6teilige-Online-Veranstaltungsreihe mit Start am 3. November 2025. Die Veranstaltungsreihe richtet sich an Fachkräfte aus den Bereichen Ernährung, Medizin und Psychotherapie. Da die Veranstaltungen aufeinander aufbauen, ist nur eine Anmeldung zur gesamten Reihe und nicht zu einzelnen Veranstaltungen möglich.

Informationen und Anmeldung:

www.lzg-rlp.de/veranstaltungen.html

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen Symposium Oranienstein 3.0

Krise / Spannungsfall / Krieg: ambulante medizinische Versorgung als 3. Säule auf dem Prüfstand

Termin: 19. September 2025

Ort: Schloss Oranienstein, Diez an der Lahn

Gebühr / Punkte: 120,00 € / 11 P.

Informationen: Andrea Flören (Telefon: 06032/782-238, E-Mail: andrea-floeren@laekh.de) und Susanne Schubert-Wallmeyer (Telefon: 06032/782-202, E-Mail: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de)

Anmeldung: www.akademie-laekh.de

Veranstaltungsreihe in Zusammenarbeit mit der Med. Gesellschaft Mainz e.V.

11. September 2025, 18. September 2025
Nachtvorlesung UMM & MGM

01. Oktober 2025

Antroposophische Medizin

Referent: Univ.-Prof. Dr. Ulrich Förstermann, UMM

Veranstalter: Med. Gesellschaft Mainz e.V. in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP

Gebühr / Punkte: kostenfrei / 3 P.

Ort: Universitätsmedizin, Hörsaal Chirurgie, Bau 505

Start: 19.15 Uhr

Kursleiter: Univ.-Prof. Dr. med. R. Buhl, Univ.-Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Stephan Letzel

Infos: vorstand@mg-mainz.de

Keine vorherige Anmeldung erforderlich!

Die Veranstaltungen werden aus dem Hörsaal Chirurgie live gestreamt. Mit dem Link <https://bbb.rlp.net/rooms/bau-big-zgw-7tj/> join können Sie sich kostenfrei einloggen.

Bekanntmachungen der Landesärztekammer

- **Vertreterversammlung der
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

Die 9. Sitzung der 15. Vertreterversammlung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz findet am

Mittwoch, dem 1. Oktober um 17:00 Uhr

im Eltzer Hof, Mittlere Bleiche 40, 55116 Mainz statt.

Bekanntmachungen der Versorgungseinrichtung Koblenz

- **21. Änderung der Satzung der Versorgungseinrichtung
der Bezirksärztekammer Koblenz**

Die Hauptversammlung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz hat in ihrer Sitzung am 18.06.2025 die Änderung ihrer Satzung mit Wirkung zum 01.01.2026 (einundzwanzigste Änderung) wie folgt beschlossen:

**„Einundzwanzigste“
Änderung der Satzung der Versorgungseinrichtung:**

**Artikel I
Änderungen**

- 1) **§ 5 (Beginn und Ende der Pflichtmitgliedschaft)**
In Absatz 2 wird das Wort „endigt“ durch das Wort „endet“ ersetzt.
- 2) **§ 6 (Freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft)**
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach Abs. 2 folgender Text: „Ziffer 1 oder 3“ ersatzlos gestrichen.
 - b) Der erste Satz des Absatzes 1 endet nach dem Wort „beantragt“ mit einem Punkt. Hiernach wird folgender Satz eingefügt: „Dies gilt nicht, wenn das Mitglied die Pflichtmitgliedschaft in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet erwirbt oder wenn die Pflichtmitgliedschaft wegen Verlustes der Approbation geendet hat. In diesen Fällen ist die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft ausgeschlossen.“
 - c) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst: „(2) Wird ein Antragsteller zu freiwilliger Fortsetzung der Mitgliedschaft zugelassen, so beginnt die freiwillige Mitgliedschaft mit der Beendigung der Pflichtmitgliedschaft.“
 - d) Absatz 3 wird ersatzlos gestrichen.
- 3) **§ 7 (Ende der freiwilligen Mitgliedschaft)**
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „endigt“ durch das Wort „endet“ ersetzt.
 - b) Ziffer 5 des Absatzes 1 wird ersatzlos gestrichen.
- 4) **§ 16 (Entrichtung von Beiträgen)**
 - a) In Absatz 2 werden nach dem 1. Satz folgende zwei Sätze eingefügt: „Rentner können keine Beiträge und freiwillige Zuzahlungen mehr leisten. Für Bezieher einer Teilrente sowie für Mitglieder, die die Altersrente aufgeschoben haben, gelten weiterhin die §§ 17 bis 19.“
 - b) In Absatz 2 wird der Satz nach Ziffer 2 beginnend mit: „Abweichend ...“ ersatzlos gestrichen
 - c) In Absatz 4 wird der letzte Satz ersatzlos gestrichen.

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

- **Ausschreibung von Vertragsarzt- bzw.
Psychotherapeutenstellen**

Sie finden die öffentlichen Ausschreibungen gemäß § 103 Absatz 4 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V), sowie alle notwendigen Informationen zum Thema Bewerbung seit dem 1. März 2025 auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz unter www.kv-rlp.de/39883 (Webcode 39883).

- 5) **§ 22 (Rentenleistungen an Mitglieder)**

- a) In Absatz 2 Ziffer 2 werden Änderungen im Text vorgenommen, so dass dieser wie folgt lautet: „2. Auf Antrag wird einem Mitglied die Altersrente vor Erreichen der Altersgrenze gezahlt, frühestens jedoch vom vollendeten 60. Lebensjahr an. Die vorgezogene Altersrente wird für Mitglieder, deren Mitgliedschaft bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung vor dem 31.12.2011 beginnt, frühestens mit Vollendung des 62. Lebensjahres gezahlt. Auf Antrag kann der Beginn der Rentenzahlung über die Regelaltersgrenze nach Abs. 1 Ziff. 1 hinaus auch aufgeschoben werden, jedoch längstens bis zur Vollendung des 72. Lebensjahres. Der Aufschub ist spätestens in dem Monat zu beantragen, in dem die Altersgrenze gemäß § 22 Abs. 1 Ziff. 1 erreicht wird.“
- b) In Ziffer 3 beginnt der Satz vor dem Wort „Altersrente“ wie folgt: „Die vorgezogene und die aufgeschobene“.

- 6) **§ 28 (Rentenberechnung)**

- a) In Absatz 3 wird die Klammerangabe im ersten Satz wie folgt ergänzt: „und Ziff. 3)“.
- b) Außerdem wird ein weiterer Satz mit folgendem Wortlaut angefügt: „Für den Aufschub des Rentenbeginns nach § 22 Abs. 1 Ziff. 2 Satz 3 wird für jeden vollen Monat, um den der Beginn der Rentenzahlung hinausgeschoben wird nach Erreichen der Altersgrenze, eine Erhöhung um 0,45 % gewährt.“

- 7) **§ 35 (Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen)**

- Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst: „(1) Die Satzung ist am 1. Januar 1980 in Kraft getreten. Die Bestimmungen der 21. Änderung treten mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom 21.07.2025 und der Veröffentlichung im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz Nr. 09/2025 zum 01.01.2026 in Kraft.“

**Artikel II
Inkrafttreten**

Die vorstehenden Satzungsänderungen treten zum 01.01.2026 in Kraft.

Ausgefertigt in Koblenz am 05.08.2025
gez. Dr. med. Michael Kupp
Vorsitzender

Neu im Amt

Dr. Konstantinos Avranas

ist neuer Leiter der Elektrophysiologie an den Diakonie Kliniken Bad Kreuznach. Dr. Konstantinos Avranas ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Zuletzt war er als Oberarzt in der Sektion für invasive Elektrophysiologie an der Asklepios Klinik in Langen (Hessen) tätig. Im Jahr 2024 absolvierte er eine spezialisierte Weiterbil-

dung am Zentrum für Elektrophysiologie der Universität La Paz in Madrid und ist seit Ende 2024 von der Europäischen Gesellschaft für Herzrhythmusstörungen (EHRA) als invasiver Elektrophysiologe zertifiziert. Er ist zudem Dozent an der European University Cyprus in Frankfurt und veröffentlicht regelmäßig in internationalen Fachzeitschriften.

(eb)



Foto: Diakonie Kliniken

Univ.-Prof. Dr. Corinna Grasemann

ist neue Direktorin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Mainz und Inhaberin der W3-Professur für Kinder- und Jugendmedizin. Grasemann wurde 1970 in Castrop-Rauxel geboren und studierte von 1989 bis 1997 an der Universität Gesamthochschule Essen, wo sie 1997 auch promovierte. Als DAAD-Stipendiatin ging sie als Post-Doc für zwei Jahre in die USA und arbeitete in einer endokrinologischen Forschergruppe der Harvard Universität am Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston. Zudem war sie für die Jahre 2006 bis 2010 am Hospital for Sick Children in Toronto (Kanada) tätig und erhielt ein Post-Doc-Stipendium für ihre Forschungstätigkeit in dieser Zeit. An der Universitätsmedizin Essen durchlief Grasemann bis 2006 ihre Ausbildung als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedi-

zin und erlangte nach ihrer Rückkehr aus Kanada 2012 die Zusatzbezeichnung pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie. Ihre Habilitation erfolgte 2015 an der Universität Duisburg-Essen. Nach fast einem Jahrzehnt am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Essen wechselte sie 2019 an das Katholische Klinikum Bochum, einem der acht Standorte des Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum. Dort wurde sie im Jahr 2022 zur außerplanmäßigen Professorin ernannt und 2023 mit der Ärztlichen Leitung der Pädiatrischen Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin betraut. 2024 wurde sie zur ordentlichen Professorin (W2) für Seltene Erkrankungen an der Ruhr-Universität Bochum berufen. (eb)



Foto: Dominik Gruszczyk

Dr. Ulrike von der Osten-Sacken

ist neue Chefarztin der Klinik für Neurologie am Evangelischen Krankenhaus Dierdorf/Selters (KHDS). Die Fachärztin für Neurologie mit den Zusatzbezeichnungen Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie war die vergangenen 13 Jahren als neurologische Chefarztin

und zwölf Jahre als Ärztliche Direktorin im Gesundheitszentrum Glantal in Meisenheim tätig. Zuvor war sie von 2002 bis 2005 Oberärztin und von 2005 bis 2012 leitende Oberärztin in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach. (eb)



Foto: Evang. Krankenhaus Dierdorf/Selters, Anja Nassen

Prof. Dr. Christof Schenkel-Häger

ist neuer Ärztlicher Direktor des Marienhaus Klinikums Neuwied-Waldbreitbach. Schenkel-Häger studierte von 1987 bis 1994 Humanmedizin an der Universität zu Köln und promovierte im Anschluss im Jahr 1994. Seine Facharztausbildung in Innerer Medizin absolvierte er bis zum Jahr 2000. Parallel dazu erwarb er 2000 das Diplom zum Krankenhausbetriebswirt (VKD). Zwischen 2001 und 2014 war Prof. Schenkel-Häger in verschiedenen Managementfunktionen innerhalb der Marienhaus-Gruppe tätig. Zusätzlich erwarb er die Qualifikationen zum Krankenhaus-

hygieniker und Experten für Antibiotic Stewardship (ABS) sowie zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie. Prof. Schenkel-Häger (Jahrgang 1967) leitet am Marienhaus Klinikum Neuwied-Waldbreitbach die Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention. Zusätzlich zu dieser Leitungsfunktion widmet sich der 58-Jährige künftig den Aufgaben der Ärztlichen Direktion an den beiden Standorten des Klinikums in Neuwied und Waldbreitbach. (eb)



Foto: Joachim Gies

Martin Engelhardt

ist neuer Kaufmännischer Direktor der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach. Der 59-Jährige bringt Führungserfahrung aus dem Krankenhausbereich mit: So war er bis 2007 sechs Jahre lang Leiter der zentralen kaufmännischen Bereiche bei der Märkische Kliniken GmbH in sei-

nem Heimatort Lüdenscheid, in dieser Zeit auch Geschäftsführer der Märkische Seniorenzentrum gGmbH. Von 2008 bis Ende 2024 war er Geschäftsführer bei Vitos in der Region Mittelhessen. (eb)



Foto: Wolfgang Pale / Landeskrankenhaus (AöR)

Neu im Amt

Dr. Dirk Stolz

ist neuer Leiter des Endoprothetikzentrums am Brüderkrankenhaus Trier. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit Juli 2024 im Brüderkrankenhaus und war zuletzt Zentrumskoordinator des Endoprothetikzentrums und Leitender Oberarzt der Abteilung für Orthopädie. Zuvor kam er vom Universitätsklinikum Gießen, wo er als langjähriger Oberarzt zuletzt die Funktion als

Bereichsleiter Sportorthopädie und Arthroskopische Chirurgie in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie innehatte. Der 46-Jährige blickt auf eine langjährige Erfahrung als Qualitätssicherungsbeauftragter im Rahmen der Primär- und Revisionsendoprothetik sowie der Knochenbank der Orthopädischen Klinik des UKGM Gießen zurück. (eb)



Foto: BBT Gruppe

Dr. Katharina Scharping

übernimmt zusätzlich zur cheftätigen Tätigkeit das Amt der Ärztlichen Direktorin an der Dr. von Ehrenwall'sche Klinik in Ahrweiler. Nach dem Studium der Medizin an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Bonn, begann Katharina Scharping 2002 als Ärztin im Praktikum im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatik in Ahrweiler. Im gleichen Jahr promovierte sie. 2004 wurde sie approbiert und erwarb 2007 die Qualifikation der Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Ab März 2013 wurde sie als Oberärztin für das Fachkrankenhaus benannt. Sie war Teil des Traumateteams der Klinik und arbeitete von Beginn an mit in der OEG-Traumaambu-

lanz. 2013 verließ Katharina Scharping die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, um eine oberärztliche Tätigkeit im psychiatrischen Klinikum Tannenhof in Remscheid anzunehmen. 2016 wechselte sie als Cheftätige zurück nach Ahrweiler. 2024 erlangte sie die Weiterbildungsbefugnis für Psychotherapie im ambulanten Bereich und 2024 die Weiterbildungsbefugnis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Sie ist Sprecherin der Bundesdirektorenkonferenz für das Land Rheinland-Pfalz, forensische Gutachterin, im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Katakthym Imaginative Psychotherapie und Leiterin des Traumahilfezentrums im Ahrtal. (eb)



Foto: Dr. von Ehrenwall'sche Klinik

Prof. Dr. Markus Müller

ist neuer Ärztlicher Direktor am Klinikum Ludwigshafen. Müller ist seit mehr als 20 Jahren im Klinikum Ludwigshafen tätig. 2004 wurde er Direktor der hiesigen Urologischen Klinik. Zusätzlich übernahm er 2019 das Amt des stellvertretenden Ärztlichen Direktors. Sein Studium der Humanmedizin absol-

vierte er an der Universität Ulm. Dort promovierte er 1992. Die Habilitation im Fach Urologie erfolgte am Fachbereich Humanmedizin der Freien Universität Berlin, seine Berufung zum Universitätsprofessor (C3) an der dortigen Charité. (eb)



Foto: Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

Wir gratulieren ...

Bezirksärztekammer Koblenz

Dr. med. Wolfgang Lante
Dieblich
60 Jahre am 16.9.2025

Dr. med. Dieter Hoffmann
Miehlen
75 Jahre am 18.9.2025

Dr. med. Andrea Zucker
Bad Kreuznach
60 Jahre am 21.9.2025

Dr. med. Christian Karsten
Andernach
75 Jahre am 22.9.2025

Prof. Dr. med. Andreas Gerhard Markewitz
Bendorf
70 Jahre am 22.9.2025

Dr. med. Dietrich Auge
Koblenz
70 Jahre am 23.9.2025

Dr. med. Karin Mesletzky
Emmelshausen
65 Jahre am 24.9.2025

Jürgen Adler
Blankenrath
75 Jahre am 26.9.2025

Dr. med. Jörg Mika
Bad Kreuznach
60 Jahre am 26.9.2025

Hala Abdul-Quader
Unkel
65 Jahre am 29.9.2025

Dr. med. Robert Scheuren
Bad Kreuznach
80 Jahre am 29.9.2025

Samir Eduard Malik Shnayien
Linz
65 Jahre am 29.9.2025

Dr. med. Klaus Rosenberger
Koblenz
85 Jahre am 2.10.2025

Dr. med. Eberhard Hesse
Boppard, Rhein
85 Jahre am 4.10.2025

Dr. med. Richard Stangier
Pfeffikon
65 Jahre am 5.10.2025

Dr. med. Klaus Klabunde
Külz
70 Jahre am 7.10.2025

Dr. med. Peter Porz
Brohl-Lützing
80 Jahre am 8.10.2025

Dr. med. Michael Schröter
Neuwied
60 Jahre am 8.10.2025

Dr. med. Eckhard Seitz
Betzdorf
80 Jahre am 8.10.2025

Wilhelm Blum
Grafschaft
65 Jahre am 11.10.2025

Dr. med. Franz Zilkens
Mayen
85 Jahre am 11.10.2025

Dagmar Kemmerling
Weimar
65 Jahre am 13.10.2025

Dr. med. Claudia Chalybüs
Lahnstein
75 Jahre am 14.10.2025

Dr. med. Volker Classen
Daubach
60 Jahre am 14.10.2025

Lothar Herrmann
Plaidt
60 Jahre am 14.10.2025

Bärbel Ertl-Steneberg
Koblenz
75 Jahre am 15.10.2025

Bezirksärztekammer Pfalz

Dr. med. Rüdiger Hartmann
Winnweiler
70 Jahre am 17.09.2025

Dr. med. Michael Gurr
Dirmstein
60 Jahre am 17.09.2025

Dr. med. Mara Salzmann
Dannstadt-Schauernheim
70 Jahre am 18.09.2025

Anette Reutter
Landau
70 Jahre am 19.09.2025

Dr. med. Amelie Stark
Neuhofen
80 Jahre am 25.09.2025

Dr. med. Carl Fahr
Rastatt
60 Jahre am 25.09.2025

Werner Günthert
Kirchheimbolanden
75 Jahre am 30.09.2025

Elena Modau
Frankenthal
65 Jahre am 03.10.2025

Dr. med. Klaus Lander
Lingenfeld
75 Jahre am 03.10.2025

Dr. med. Michael Springer
Geiselberg
70 Jahre am 05.10.2025

Dr. med. Georgios Adamidis
Kröppen
75 Jahre 05.10.2025

Constance Beyer
Hahnhofen
65 Jahre am 07.10.2025

Dr. med. Wulf Heisel
Speyer
80 Jahre am 08.10.2025

Dr. med. Ulrich Klug
Neustadt
60 Jahre am 09.10.2025

Bezirksärztekammer Rheinhessen

Dr. med. Udo Schipling
Gensingen
70 Jahre am 16.09.2025

Dr. med. Bernd Wagner
Mainz
60 Jahre am 21.09.2025

Sanitätsrätin Dr. med. Elisabeth Letzel
Mainz
65 Jahre am 23.09.2025

Dr. med. Hartmut Albrecht
Udenheim
75 Jahre am 26.09.2025

Prof. Dr. med. Wulf Böcher
Mainz
60 Jahre am 12.10.2025

Bezirksärztekammer Trier

Dr. med. Christoph Rick
Bettingen
65 Jahre am 17.09.2025

Dr. med. Wilhelm Langenkamp
Trier
80 Jahre am 19.09.2025

Dr. med. Kristin Schilling
Trier
60 Jahre am 19.09.2025

Dr. med. Petra Steinfeldt
Orenhofen
65 Jahre am 25.09.2025

Dr. med. Georg Scharfenberger
Trier
70 Jahre am 27.09.2025

Prof. Dr. med. Wolfgang Rauh
Trier
80 Jahre am 28.09.2025

Dr. med. Suitbert Oest
Lambertsberg
85 Jahre am 30.09.2025

Dr. med. Beate Becker
Trier
60 Jahre am 03.10.2025

Dr. med. Horst Tüffers
Trier
92 Jahre am 03.10.2025

Dr. med. Michael Siegert
Trier
65 Jahre am 05.10.2025

Dr. med. Harald Wagner
Schweich
65 Jahre am 08.10.2025

Dr. med. Dorothea Schätzer-Klotz
Trier
65 Jahre am 11.10.2025

Dr. med. Hans-Jürgen Braun
Pellingen
65 Jahre am 14.10.2025

Goldene Promotion

am 11.09.2025
Dr. med. Dipl.-Med. Helga Dusold
Worms

am 28.09.2025
Dr. med. Michael Hahlbrock
Koblenz

am 29.09.2025
Dr. med. Ingbert Heck
Raubach

am 30.09.2025
Dr. med. Paul-Edwin Rosbach
Stelzenberg

Wir betrauern ...

Dr. med. Hermann Bach
Gondershausen
geb. am 17.12.1953, gest. am 03.07.2025

Matthias Egon Eyl
Kleinmaiseid
geb. am 13.09.1978, gest. am 13.07.2025

Ludmilla Schmalz
Landau-Dammheim
geb. am 31.05.1940, gest. am 25.04.2025

Dr. med. Christiane Lenke
Lambsheim
geb. am 06.01.1964, gest. am 03.05.2025

Dr. med. Gunter Hartzendorf
Hornbach
geb. am 12.08.1937, gest. am 11.05.2025

Dr. med. Sibylle Hauske
geb. am 13.01.1976, gest. am 26.06.2025

Dr. med. Edgar Rauth
geb. am 10.09.1950, gest. am 01.07.2025

Dr. med. Edith Maier
Bitburg
geb. am 29.11.1930, gest. am 11.07.2025

Foto: Engelmoir

PRAXISABGABEN

Langjährig etablierte, umsatzstarke **GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS** mit hoher Scheinzahl in einer Stadt im Hunsrück an Kollegen/Kolleginnen oder MVZ ab Mitte 2026 abzugeben.

Chiffre ÄRP 2763, Quintessenz Verlag, Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig, leipzig@quintessenz.de

PLZ-Bereich 56:

Nachfolge für Einzelpraxis Neurologie und Psychiatrie ab 2027 oder später gesucht.

Übergang fließend oder auch ad hoc realisierbar. Einführende Begleitung ist möglich, evtl. auch zeitlich befristete Mitarbeit. Nach Übernahme ist Überführung in eine GP eine plausible Option. Diskretion selbstverständlich.

Chiffre ÄRP 2766, Quintessenz Verlag, Anzeigenverwaltung, Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig

Orthopädie Mainz-Bingen: hälftige Zulassung abzugeben

Sehr gepflegter Patientenstamm mit hohem Punktvolumen und hohem IGeL-Volumen; motiviertes Team, großzügige und moderne Räumlichkeiten, digitales Röntgen; sehr verkehrsgünstig gelegen Parken/Bus/Bahn; Ärztehaus mehrerer Fachrichtungen, seit vielen Jahren etabliert; Neubau Ärztezentrum startet 2026. Gerne mit Einarbeitungs-/Übergabezeit, gegebenenfalls auf Partnerschafts- oder Angestelltenbasis.

Perspektivisch Abgabe Privatpraxis inkl. offenes MRT
Kontakt per E-Mail: orthopaedeprivat@gmx.de

PRAXISABGABEN

Privatärztliche, naturheilkundlich orientierte Hausarztpraxis in bester Mainzer Stadtteillage aus Altersgründen in 2026 abzugeben. E-Mail: praxisabgabe.mainz@gmx.de

Gutgehende Einzelpraxis im Hunsrück zwischen Zell/Mosel und Flughafen Frankfurt/Hahn Ende 2025 oder 1. Quartal 2026 günstig abzugeben. Alle wichtigen Geräte neu oder neuwertig. Teilzeitangestellte Kollegin und gutes langjährig eingespieltes Team.

Praxis Dr. med. Roman Schweig,
Hunsrückstr. 24, 56865 Blankenrath
Tel. 06545 910020, E-Mail: roman-dr.schweig@t-online.de

KURSE / SEMINARE / VERANSTALTUNGEN

Akupunktur – Kurse jeden Monat: Start Köln: 17.-19.10., 9.-11.1.26 | **Naturheilverf.** 10.-14.9., 12.-16.2.26 | **Ernährungsmed.** 17.-21.9., 16.10., 13.11. | **Schmerzther.** 9.-12.10., 26.2.-1.3.26 | **Psych. Grundvers.** 3.-7.9., 12.9., 24.9. | **Manuelle Med.** 14.-16.11., 19.-23.11. | **Palliativmed.** 22.-26.10., 21.-25.1.26 | Frühbucher-Rabatte. CME-Punkte ÄK-amerik. IAN-Akademie Dr. med. Dipl.-Ing. S. Schreiber, in Köln am Dom, Tel. 0221 1206911, E-Mail: info@ian-med.de, www.ian-med.de

Balintgruppe Mainz

Plätze frei in kontinuierlicher Balintgruppe (für Facharztanerkennung und psychosomatische Grundversorgung), freitags 2 x pro Monat 1 Doppelstunde 17:30 Uhr bis 19:00 Uhr.
E-Mail: s.stephan@psychopraxis-stephan.de

KOOPERATIONEN

Anästhesiepraxis im Raum Südwestfalen/Rheinland-Pfalz mit langjährigen, stabilen Kooperationen sucht fachkompetente und teamfähige, niederlassungswillige Verstärkung zum unmittelbaren Einstieg in Teilzeit und langfristige Praxisübernahme.
Kontakt: narkose@moonoffice.de

VERTRETUNGEN

Interimslösungen, Bereitschaftsdienste DEPVA
Wir helfen Ihnen personelle Engpässe zu überbrücken – schnell und zuverlässig.
Tel.: 0211 22975363 | E-Mail: info@depva.de | www.depva.de



STELLENANGEBOTE

Ärztl. u./o. Psych. PsychotherapeutIn zur Anstellung gesucht im Dreieck der Kreise Ahrweiler, Vulkaneifel, Euskirchen, überwiegend **Homeoffice möglich**. E-Mail: huerter@mail.de

Mainz: Biete WB-Stelle „Psychiatrie und Psychotherapie“
ab Herbst 2025 in kleinem Praxisteam, 2 Jahre WB-Befugnis vorhanden. Dr. Siegfried Stephan, Tel.: 06131 582814, E-Mail: s.stephan@psychopraxis-stephan.de

Stadt Mainz: **Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (w/m/d) gesucht**
Wir suchen zum 01.10.2025 kompetente Verstärkung für unser Ärzte-Team in Voll- oder Teilzeit. Wir bieten eine herzliche Arbeitsatmosphäre, moderne und digitale Ausstattung sowie flexible Arbeitszeiten in unserem MVZ.
Wir freuen uns darauf Sie kennenzulernen.
Bewerbungen richten Sie bitte an folgende E-Mail-Adresse: laubenheim@medsanic.de, bei Fragen gern telefonisch: 06131 86153

Wir suchen Sie:
Facharzt/in Innere/Allgemeinmedizin und Weiterbildungsassistent/in
in Teil- oder Vollzeit zur Mitarbeit in top moderner, großer hausärztlicher Lehrpraxis der Uni Mainz. Flexible Arbeitszeitgestaltung bei angenehmen Arbeitsklima. Palliativmedizin, Geriatrie, übertarifliche Bezahlung. Sehr gute Infrastruktur, Autobahnanbindung, Banken, Apotheke, Sanitätshaus, Supermarkt, Schulen.
MVZ Forum Valentinum Bad Kreuznach/Hargesheim
Tel.: 0671 92068600, E-Mail: aerztehaus.hargesheim@t-online.de
www.praxis-dilly.de

Kardiologische Praxis in Nord-RLP sucht wegen altersbedingtem Ausscheiden eines Kollegen ab 1.7.2026 in Teil- oder Vollzeit einen **Facharzt für Kardiologie (m/w/d)** für längerfristige Zusammenarbeit und ggf. spätere Assoziation.
Geboten wird ein angenehmes Arbeitsklima in einer langjährig etablierten Praxis mit moderner Ausstattung und bei Interesse die Option für invasive Arbeiten.
Für weitere Infos: kardiologiepraxis-daun@web.de

STELLENANGEBOTE

Facharzt (m/w/d) Innere/Allgemeinmed. zur Anstellung und Weiterbildungsassistent (m/w/d) für Hausarztpraxis gesucht, 30 Monate Weiterbildungsermächtigung Allgemeinmedizin, gerne Quereinstieg, keine Dienste, gute Konditionen.
Bewerbungen auch per E-Mail.
Dr. med. J. Staab, Bitscher Straße 56, 66482 Zweibrücken, Tel. 06332 73000, E-Mail: dr.johannes.staab@t-online.de

VERÄNDERN SIE IHRE BERUFLICHEN PERSPEKTIVEN UND WERDEN SIE **BETRIEBSARZT (M/W/D) IN UNSEREM KONZERN!**

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen **Facharzt für Arbeitsmedizin (m/w/d) in Teil- oder Vollzeit an unserem Standort in Koblenz.**

Zu Ihren Aufgaben gehören die Beratung und Betreuung der Kolleginnen und Kollegen in allen Angelegenheiten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Darüber hinaus setzen Sie präventivmedizinische Impulse in der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und übernehmen gutachterliche Tätigkeiten bei sozial- und arbeitsmedizinischen Fragestellungen.

Was Sie bieten:

Qualifikation als Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin oder eine andere Facharztqualifikation mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin

Was wir bieten:

Genießen Sie die Vorteile einer **unbefristeten Festanstellung in Teil- oder Vollzeit** in einem kompetenten und hochmotivierten Team beim weltweit führenden Unternehmen für Logistik und Briefkommunikation:

- Gute Work-Life-Balance mit geregelten Arbeitszeiten
- Keine Wochenendarbeit
- Leistungsgerechte außertarifliche Vergütung
- Anspruch auf einen Firmenwagen auch zur Privatnutzung
- Attraktive Mitarbeiterangebote wie z. B. betriebliche Altersvorsorge, Fahrradleasing, etc.
- Möglichkeit eines konzernweiten und interdisziplinären Austauschs
- Zahlreiche interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten

Weitere Informationen erhalten Sie auf careers.dhl.com/eu/de/betriebsarzt

Ihre Fragen beantwortet Frau Jenny Nieke: 0228 189 55476

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



E-Mail für Anzeigen an Silke Johne: johne@quintessenz.de

**Ministerium für Gesundheit
und soziale Sicherheit
Großherzogtum Luxemburg**



**Der Kontrollärztliche Dienst der sozialen Sicherheit sucht:
Vertrauensärzte (w/m) in Vollzeit mit abgeschlossener
Facharztausbildung (alle Fachrichtungen)**

Wir setzen voraus, dass Sie

- ▶ im Besitz der Staatsangehörigkeit eines Mitgliedsstaates der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz sind,
- ▶ im Besitz einer vom Gesundheitsministerium Luxemburg ausgestellten Zulassung zur Ausübung des Arztberufs sind oder eine solche beantragen und erhalten werden,
- ▶ zumindest eine 5-jährige Berufserfahrung im klinischen Bereich haben,
- ▶ teamfähig, organisiert und verantwortungsbewusst arbeiten können,
- ▶ über gute Französischkenntnisse verfügen.

Ihre Aufgaben:

- ▶ Klinische Untersuchung und Beurteilung des Gesundheitszustands der Versicherten im Rahmen der Zuerkennung von Sozialversicherungsleistungen
- ▶ Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit
- ▶ Begutachtung der Übernahme von Gesundheitsleistungen, die einer gesetzlich vorgeschriebenen Genehmigung unterliegen

Für Rückfragen und weitere Informationen wenden Sie sich an unsere Personalleitung unter der Telefonnummer 00352 247-67575 oder per E-Mail an RH@cmss.etat.lu.

Ihre Bewerbung inklusive Lebenslauf und medizinischen Zeugnissen richten Sie bitte an:
Direktor des Kontrollärztlichen Dienstes der sozialen Sicherheit
Postfach 1342 · L-1013 Luxemburg

Facharzt für Allgemeinmedizin/Internist (m/w/d)
hausärztlich tätig in Anstellung ab sofort gesucht, Arbeitsumfang flexibel, gute Praxisausstattung, komplett digitalisiert, flexible Arbeitszeiten, gutes Arbeitsklima, motiviertes Team

Bewerbungen bitte an bernhard.multhaupt@freenet.de
Dr. Bernhard Multhaupt, Praxis für Allgemeinmedizin, Rosenstr. 17, 56575 Weißensturm

**Suche FA/FÄ für Allgemeinmedizin/Innere/Kinderärzte/
WB-Assistentin/Assistent**

für hausärztliches und kinderärztliches MVZ in Kreis Groß-Gerau/Langen/Wiesbaden ab sofort oder später. übertarifliches Gehalt, flexible Arbeitszeiten, Vollzeit/Teilzeit.

Tel. 01707723006 · verwaltung@praxishayat.de
verwaltung@pan-medical.de

Große allgemeinärztliche Facharztpraxis im Saarland sucht

FA / FÄ FÜR ALLGEMEINMEDIZIN / INNERE MEDIZIN

Wir bieten übertarifliche Bezahlung, flexible Arbeitszeiten und ein überdurchschnittliches Leistungsspektrum in einem kollegialen und kooperativen Arbeitsumfeld. Teilzeit und späterer Einstieg möglich. Sehr gute Infrastruktur, Autobahnanbindung, sämtliche Schulformen vor Ort.

Allgemeinanzpraxis Roland Woll · Trierer Straße 16 · 66706 Perl
Tel.: 06867 302 · E-Mail: praxis@roland-woll.de

Wir suchen zum 01.01.2026

**eine Fachärztin/einen Facharzt für HNO-Heilkunde zur
Anstellung in unserer HNO-Praxis in Saarbrücken.**

Die Praxis ist sehr modern, zentral gelegen und gut situiert.

Die Anstellung erfolgt auf einen separaten KV-Sitz.

Voll- und Teilzeit sind möglich. Tariforientierte Bezahlung mit Gewinnbeteiligung. Familiengerechte Arbeitszeiten.

Sie erwartet ein sehr nettes und engagiertes Team.

Spätere Übernahme der Praxis möglich.

Infos auch gerne über unsere Homepage: www.hartung-hno.de
Bewerbungen bitte an: work@hartung-hno.de

Gestalten Sie die Zukunft des Zentrums für psychotherapeutische Rehabilitation (Klinik Tiefental, Adaption, Reha-TK, Ambulante Beratung) mit und werden Sie bei der Saarland-Heilstätten GmbH zum 1. Januar 2026

Chefärztin/Chefarzt (m/w/d)

Ihre Vorteile im Überblick

- Verantwortungsvolle Führungsposition mit Gestaltungsspielraum
- Leitung eines hochmotivierten, multiprofessionellen Teams
- Zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Angebotsstruktur
- Attraktive Vergütung und individuelle Fort- und Weiterbildungsangebote
- Arbeiten im Grünen in der attraktiven Universitätsstadt Saarbrücken

Kontakt

Martin Stoiber, Verwaltungsdirektor
Telefon +49(0)681/889-2529



Hier direkt online bewerben sowie unter www.leutegesucht.de



Im hessischen Justizvollzug



wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein/e

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

Bei der Justizvollzugsanstalt Butzbach handelt es sich um eine Justizvollzugsanstalt der Sicherheitsstufe I mit 514 Haftplätzen.

Ihre Aufgabe ist die medizinische Behandlung, Betreuung und Versorgung der Gefangenen. Ihr Einsatz erfolgt in komplett eingerichteten Praxisräumen in der JVA Butzbach. Unterstützung erhalten Sie durch andere Medizinerinnen und Mediziner und einem interdisziplinären Team, welches sich aus erfahrenen und motivierten Kolleginnen und Kollegen der Justizvollzugsanstalt zusammensetzt. Gesucht werden Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Approbation und der Zusatzweiterbildung in suchtmmedizinischer Grundversorgung sowie Fachärztinnen und -ärzte vorzugsweise für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin. Kenntnisse und Erfahrungen in der Therapie von HIV, Hepatitis, Tuberkulose und psychiatrischen Erkrankungen sowie die Fachkunde in der Suchtmittelmedizin können Sie sich bei uns aneignen. Es erwartet Sie ein spannendes Arbeitsfeld, in dem Sie zwar gefordert werden, aber dennoch planbare Arbeitsbedingungen und -zeiten vorfinden.

Wir bieten Ihnen

- eine leistungsgerechte und faire Vergütung bis max. **Entgeltgruppe 16 TV-H**,
- die Zahlung der sog. **Gitterzulage** in Höhe von **160 Euro/Monat**,
- die Zahlung weiterer Zulagen, die individuell für Sie berechnet werden,
- ein **unbefristetes Beschäftigungsverhältnis** im öffentlichen Dienst mit einem interessanten, breit gefächerten Aufgabengebiet, einem teamorientierten und IT-gestützten Arbeitsplatz,
- eine **geregelt und flexibel gestaltbare Wochenarbeitszeit** ohne Schicht-, Nacht- und Wochenenddienst,
- vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision und Teamcoaching,
- die Möglichkeit einer **Verbeamtung** im höheren Dienst bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen,
- eine **kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)**, beruflich wie auch privat, mit dem Landes Ticket Hessen,
- die Übernahme der **Beiträge zur Berufshaftpflicht und die Pflichtbeiträge der Ärztekammer**.

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

Neben Belastbarkeit, Teamfähigkeit und Entscheidungskompetenz wird von den Bewerbenden die Bereitschaft erwartet, sich engagiert und verantwortungsvoll den besonderen Anforderungen einer Tätigkeit im Justizvollzug zu stellen. Erforderlich sind Flexibilität, Durchsetzungsvermögen, kompetentes Auftreten, eigenverantwortliches, projekt- und zielorientiertes Arbeiten vor Ort. Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln sowie ein hohes Organisationsgeschick sind wünschenswert.

Die hessische Justiz fördert aktiv die Gleichstellung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Erwünscht sind deshalb im Rahmen der rechtlichen Vorgaben für ausgeschriebene Stellen Bewerbungen von allen Menschen, unabhängig von rassistischen Zuschreibungen, ethnischer Herkunft, Geschlecht und geschlechtlicher Identität, Religion und Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexueller Identität. Bei gleicher Eignung werden schwerbehinderte Menschen bevorzugt berücksichtigt. Der ausgeschriebene Arbeitsplatz kann in Teilzeit besetzt werden.

Bitte senden Sie die aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen bis

15. September 2025

an das Hessische Ministerium der Justiz und für den Rechtsstaat, Referat IV/A1, Luisenstraße 13, 65185 Wiesbaden (Bewerbung.Justizvollzug@HMdJ.hessen.de), bzw. über die Bewerberplattform <https://karriere.hessen.de/stellensuche/stellenangebote> zu. Telefonische Auskünfte erteilt das Personalreferat der Abteilung Justizvollzug, Herr Fuckert (Tel. 0611/32-142631).



Begleiten. Stärken. Stützen.

Für unser pädiatrisches SAPV-Team in Koblenz suchen wir eine/n

Ärztin/Arzt in Teilzeit (m/w/d)

Ihr Aufgabengebiet

- Palliative Begleitung von lebensverkürzt erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in deren Wohnumfeld im nördlichen Rheinland-Pfalz von Koblenz aus
- Beteiligung am 24h-Rufdienst
- Koordination mit behandelnden Ärzten, Kliniken und sonstigen relevanten Diensten
- Netzwerkarbeit

Folgende Voraussetzungen sollten Sie erfüllen

- Facharztqualifikation im Bereich Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Allgemeinmedizin oder Anästhesie
- Anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (kann auch berufsbegleitend erworben werden)
- Führerschein Klasse B

Wir bieten Ihnen

- Zusammenarbeit auf Augenhöhe in einem engagierten und motivierten Team
- Regelmäßige Supervision sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (z.B. Palliative Care)
- Vergütung an TV-Ärzte/VKA angelehnt

Für weitere Informationen melden Sie sich gerne bei Katja Antony, ärztliche Teamleitung:

katja.antony@sapvkoblenz-kidsteens.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



PalliaKids

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Koblenz



SAPV Koblenz für Kids und Teens gGmbH

www.palliakids.de

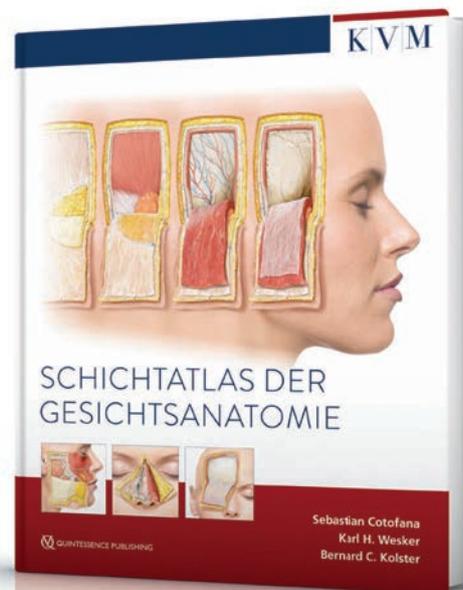
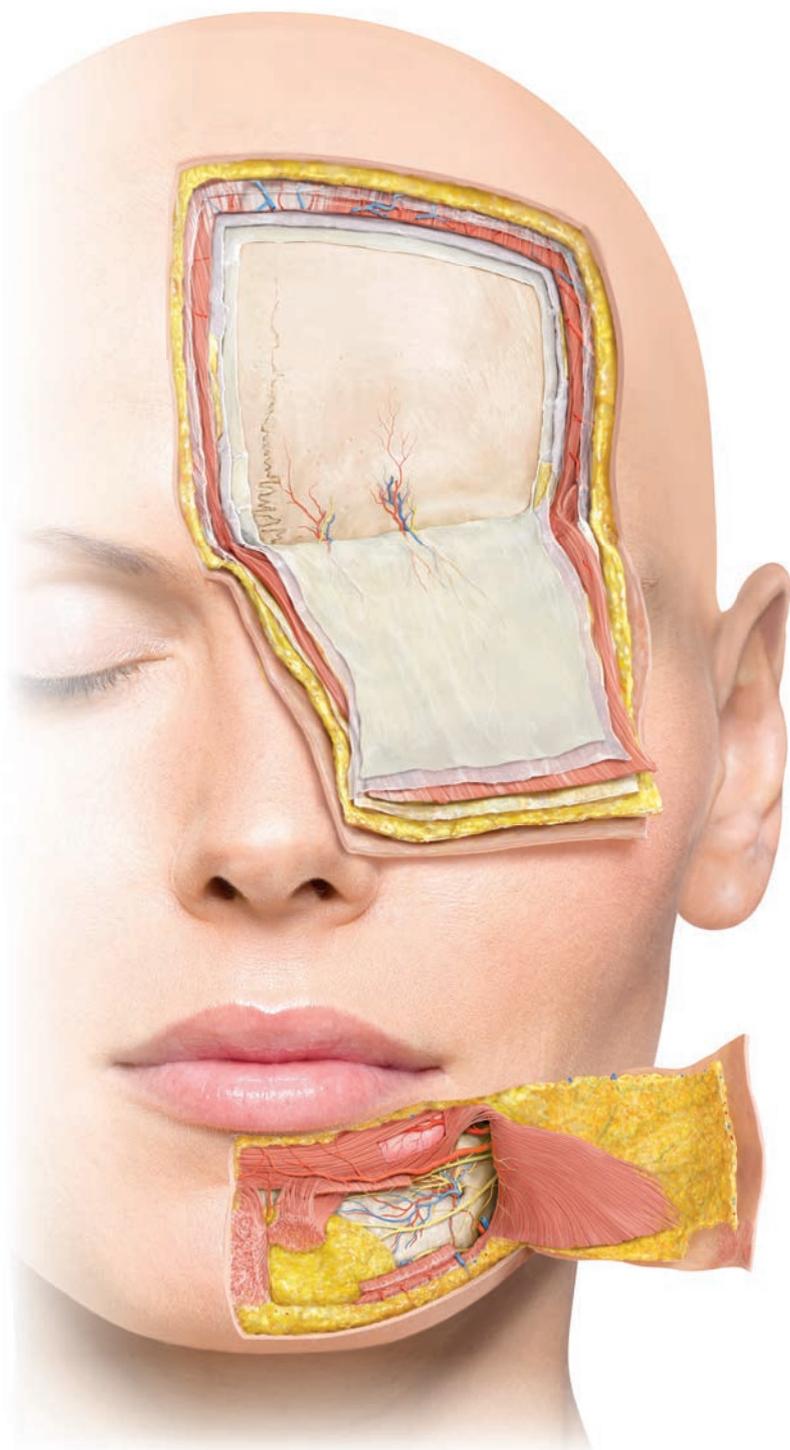


So können Sie bestellen:



Telefon: 030 76180-647
Mail: kvm@quintessenz.de
FAX: 030 76180-692
www.kvm-medizinverlag.de

NEUERSCHEINUNG DIE FUNKTIONELLEN SCHICHTSTRUKTUREN DES GESICHTS IN EINZIGARTIGER DARSTELLUNG



Bibliographische Angaben:

302 Seiten, 210 Abbildungen, Hardcover
ISBN 978-3-86867-716-4

1. Auflage 2025, **Einführungspreis: 118 EUR**
(Gültig bis 31.12.2025, danach 149 EUR)