

Positionspapier zur Bedeutung und Besonderheiten der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung

Ausschuss Ärztliche Psychotherapie der Landesärztekammer Hessen

1. Psychische Erkrankungen fordern das Gesundheitssystem heraus

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. In Deutschland leiden jährlich ca. 18 Millionen Menschen (28 % der erwachsenen Bevölkerung) an einer psychischen Erkrankung; auch bei Kindern und Jugendlichen beträgt der Anteil 28 %. Diese Störungen beeinflussen erheblich die Lebensqualität der Betroffenen, verkürzen die Lebenserwartung und haben ausgeprägte sozialmedizinische Folgen. Im vergangenen Jahrzehnt hat sich das Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Diagnosen um knapp 70 % erhöht. Insgesamt sind psychische Erkrankungen derzeit mit 15,2 % aller AU-Tage die dritt wichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in der Bundesrepublik, bei der Frühberentung stellen sie mit 43 % im Jahr 2017 die größte Diagnosegruppe.

2. Psychische Erkrankungen entwickeln sich häufig in Wechselwirkung mit somatischen Erkrankungen

Bei einer Vielzahl von Patienten entwickeln sich psychische Störungen in der Interaktion mit somatischen Erkrankungen. Im Zusammenspiel mit zahlreichen somatischen Erkrankungen entfalten sie eine besondere Problematik. Die Erkrankungen wirken synergistisch – die Einschränkungen, die sich durch beide Erkrankungen ergeben, verstärken sich wechselseitig. Nicht nur die Lebensqualität reduziert sich dramatisch, sondern auch die somatische Erkrankung nimmt einen ungünstigeren Verlauf, verbunden mit einer vorzeitigen Sterblichkeit.

Die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen stellt daher eine große und drängen-

de Herausforderung für das Gesundheitswesen dar.

3. Psychotherapie ist integraler Bestandteil der ärztlichen Behandlung

Die Diagnostik und Therapie der psychischen und psychosomatischen Störungen beinhalten, die biologischen, die psychischen und die sozialen Aspekte zu erkennen und die psychosomatischen und somatopsychischen Wechselwirkungen zu gewichten. Die Psychotherapie ist dabei eine therapeutische Option, zumeist als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes.

Die ärztliche Versorgung dieser Patienten ermöglicht den breiten Einbezug dieser bio-psycho-sozialen Aspekte in die Diagnostik und Behandlung. Der Aufbau dieser Kompetenz erfolgt...

- ...in der medizinischen Ausbildung, in der neben dem breiten medizinischen Fachwissen eine ärztliche Grundhaltung erworben wird. Im Bereich der medizinischen Psychologie, der Psychiatrie, der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wird eine Grundkompetenz in diesen Pflichtfachgebieten vermittelt.
- ...durch die in der Facharztweiterbildung integrierte Kursweiterbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung, die es ermöglicht, in einer ersten Versorgungsstufe psychosomatische Kompetenzen in die hausärztliche Versorgung zu integrieren.
- ...durch die Weiterbildung zu den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse, die die Integration der psychotherapeutischen Arbeit in die fachärztlich somatische Arbeit ermöglicht.
- ...durch die spezialisierte Weiterbildung in den Fachgebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische

Medizin und Psychotherapie“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“, die neben den psychiatrischen und psychosomatischen Grundkompetenzen spezifische psychotherapeutische Kompetenzen vermittelt und es ermöglicht, die Psychotherapie spezifisch angepasst in diese Versorgungssegmente zu integrieren.

Diese ärztliche Aus- und Weiterbildungsstruktur ermöglicht strukturell den Aufbau der gestuften Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Sie beginnt mit der Psychosomatischen Grundversorgung, die einen niederschweligen Einstieg sowie eine langjährige Behandlerkontinuität gewährleistet, und reicht bis zur spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung.

In einem gestuften Kompetenzerwerb schafft diese Aus- und Weiterbildung die Grundlage dafür,

- die Wechselwirkungen zwischen den somatischen, psychischen und sozialen Prozessen in der Diagnostik insbesondere bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen abzuschätzen,
- einen Gesamtbehandlungsplan einschließlich Pharmakotherapie zu entwerfen,
- eine hochqualifizierte Psychotherapie durchzuführen und
- im Behandlungsverlauf den Einfluss der Pharmakotherapie und chronischer körperlicher Erkrankungen zu beurteilen.

Für die Durchführung der Psychotherapie durch einen ärztlichen Psychotherapeuten bedeutet dieses,

- einen Blick auf die somatischen Prozesse bei chronisch körperlichen Erkrankungen zu behalten und die Kompetenz, im psychotherapeutischen Ver-

- stehen und Handeln die somatische Ebene mit zu berücksichtigen,
- die Psychotherapie in einen psychiatrischen oder psychosomatischen Gesamtbehandlungsplan integrieren zu können, der auch multimodale Behandlungsangebote umfassen kann, sowie
 - die Vernetzung der Psychotherapie im Rahmen einer interkollegialen Kooperation im Rahmen eines gestuften Behandlungskonzeptes.

In den vergangenen Jahren wurde das psychotherapeutische Behandlungsangebot zunehmend weiterentwickelt und differenziert. Die AWMF-Behandlungsleitlinien (AWMF=Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften) zu den psychischen Störungen dokumentieren diesen evidenzbasierten Entwicklungsstand. Die Leitlinien 3 fordern bei mittelschweren bis schweren Verlaufsformen vieler psychischer Erkrankungen Psychotherapie als notwendigen Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplans. Die Psychotherapie ist im Kanon der ärztlichen Therapien ein sehr effektives und evidenzbasiertes Therapieverfahren. Mit Stand 2019 besitzen mehr als 20.000 Ärzte eine spezifische psychotherapeutische Qualifikation, hinzukommen mehr als 75.000 Haus- und Fachärzte, die eine entsprechende Qualifikation im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung erworben haben.

4. Der überwiegende Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen wird in einem differenzierten und gestuften ärztlichen Versorgungsbereich behandelt

Die Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen erfolgt in ambulanten, stationären und rehabilitativen Institutionen.

Den überwiegenden Teil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen versorgen ca. 52.000 Hausärzte u. a. im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (KBV 12/2019). In der ambulanten fachärztlichen Versorgung werden pro Quartal mehr als 3 Mio. Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen von 4.500 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,

2.900 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1.500 Nervenärzten, 1.200 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BÄK 12/2019) behandelt. Hinzu kommt die Versorgung durch Neurologen sowie durch 9.500 Fachärzte anderer Fachgebiete mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie ärztliche Leistungen im Rahmen der Sexualmedizin und Suchtmedizin.

In den vergangenen Jahren ist die Inanspruchnahme psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen enorm gestiegen. Nahezu 2,3 Mio. Patienten erhielten im Jahr 2019 eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durch insgesamt 38.500 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten (KBV Angaben).

Die stationäre/teilstationäre Versorgung erfolgt (2017) in 407 psychiatrischen einschließlich gerontopsychiatrischen Fachkliniken und Suchtkliniken mit 56.000 Betten/Behandlungsplätzen, in 247 psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Einrichtungen mit 11.400 Betten sowie in 147 kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen mit 6.300 Betten (Bundesamt für Statistik 2017). Insgesamt gab es jährlich im medizinischen psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich mehr als 950.000 stationäre „Behandlungsfälle“ (Bundesamt für Statistik 2017). Hinzukommen 164 psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen mit 16.500 Betten und 229 psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen (Schwerpunktsetzung im Bereich der Suchterkrankungen) mit 15.300 Betten, in denen jährlich insgesamt 230.000 Patientenfälle eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhalten. Die psychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken, die psychiatrischen Institutsambulanzen an psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sowie die im Aufbau befindlichen psychosomatischen Institutsambulanzen an psychosomatischen Kliniken ergänzen das ambulante und stationäre Angebot durch spezifische Leistungen.

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein leistungsfähiges psychosoziales und psychotherapeutisches Versorgungsangebot.

Jährlich nehmen 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer in Deutschland eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch (RKI 2017). Das gestufte Modell im Sinne der Psychosomatischen Grundversorgung, fachärztlichen Versorgung mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie durch die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Psychotherapeutischen Ambulanzen an Aus- und Weiterbildungsinstituten und den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen hat sich weitgehend bewährt und stößt auf eine große Resonanz, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bei den Patienten. Es bietet auch für die Weiterentwicklung der Versorgung ein großes Potential.

Der weit überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen wird somit im Rahmen des ärztlichen Versorgungssystems behandelt.

Dieses entspricht dem Versorgungsbedarf und den Präferenzen der Patienten. Wie in einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung (n=2.555) ermittelt, werden Hausärzte sowie Psychosomatiker und Psychiater als erste bzw. zentrale Ansprechpartner für psychische und psychosomatische Störungen in der Bevölkerung gesehen. Auf die Frage, von wem sie behandelt werden möchten, wenn sie unter einer Depression leiden würden, antworteten 56,7 % der Befragten der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe „durch den Hausarzt“, 25,6 % „durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, 22,8 % „durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ und 15,3 % „durch einen Psychologischen Psychotherapeuten“ (Larisch et al. 2013). Unter den aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Zwängen stehen in der Medizin die somatisch-technischen Leistungen sehr im Vordergrund, verbunden mit einer zunehmenden Spezialisierung und Fragmentierung der Versorgung. Der damit verbundene Zeitdruck in der ambulanten und stationären Versorgung verschlechtert die Rahmenbedingungen

für das gelungene Gespräch zwischen dem Patienten und seinem Arzt. In Übereinstimmung mit den Beschlüssen der Deutschen Ärzttage 2012, 2015 und 2018 zur Ärztlichen Psychotherapie hält die Ärzteschaft über alle Fachdisziplinen hinweg aber an der Selbstdefinition „einer modernen Medizin“ fest, die die Patientinnen und Patienten in ihrer untrennbaren somato-psycho-somatischen Einheit sieht. Dieses entspricht den Anforderungen an eine evidenzbasierte Medizin. Alle Ärzte sollten sich der somatischen, psychischen und sozialen Dimension des jeweiligen Krankheitsgeschehens bewusst sein. Mit einer fortschreitenden „Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin“ würden die Ärztinnen/die Ärzte eine ihrer zentralen Aufgaben vernachlässigen, und dadurch geriete das ureigenste Prinzip ärztlichen Denkens und Handelns in Gefahr, nämlich die Fokussierung auf den Menschen als Ganzes. Seit der Antike gehört die psychosoziale Kompetenz zu den zentralen Fähigkeiten der Ärzte, die Psychotherapie und Psychosomatik wurde in wesentlichen Zügen von Ärzten entwickelt. Es ist auch weiterhin notwendig, dass die Einbringung des medizinischen Sachverständnisses im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses psychischer und psychosomatischer Erkrankungen gesichert ist. Daher gehört Psychotherapie als Behandlungsmethode für psychische und psychosomatische Erkrankungen in den ärztlichen Versorgungsbereich, auch wenn andere Berufsgruppen daran beteiligt sind.

5. Die ärztliche Ausbildung muss den aktuellen Anforderungen angepasst und die Weiterbildung in den P-Fächern gestärkt werden

Die aktuellen Bestrebungen im Rahmen der neuen Approbationsordnung für Ärzte, in der Ausbildung allen angehenden Ärzten ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zu vermitteln, ist zu unterstützen. Spezifische Kompetenzen sollten in der ärztlichen Gesprächsführung und in der basalen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung noch stärker vermittelt werden, damit jeder Arzt somatische, soziale und psychische Faktoren bei seinen Patienten

gewichten kann. Um zukünftigen Ärzten einen Weg in die ärztlich-psychotherapeutische Versorgung zu bahnen und um Ärzten weiterhin eine mit den Psychologen konkurrenzfähige psychotherapeutische Basisqualifikation zu vermitteln, sollte eine Schwerpunktbildung im Studium in den „Psych“-Fächern ermöglicht werden, in deren Rahmen die Grundlagen für eine ärztliche Weiterbildung oder wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der psychosozialen Medizin erworben werden kann. Psychosoziale Kompetenzen sind seit Jahrzehnten integraler Bestandteil des ärztlichen Handelns, seit 1992 sind sie in der Weiterbildungsordnung in einem Stufenmodell repräsentiert: In der Basisversorgung ist die Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin und Gynäkologie integriert, alle Ärzte mit Patientenbezug haben die Möglichkeit, die Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse zu erwerben, und die psychotherapeutische Kompetenz der Fachärzte in den drei Gebieten Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Überarbeitung der MWBO differenziert und gestärkt worden. Nach einem Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bilden sich diese unterschiedlichen Qualifikationsstrukturen auch in einem sehr differenzierten Leistungsgeschehen ab und ermöglichen eine differenzierte Versorgung, die es zu erhalten gilt.

Den beträchtlichen Nachwuchsproblemen in den P-Fächern muss durch eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung sowohl an den Kliniken als auch in den vertragsärztlichen Praxen und den Möglichkeiten von Weiterbildungsambulanzen an Kliniken bzw. Abteilungen begegnet werden. Regelungen, die im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung Weiterbildungshindernisse in den P-Fachgebieten abbauen, sollen rasch in Kraft gesetzt werden und einen zeitnahen Abschluss der Weiterbildung ermöglichen.

6. Die Einführung des Psychotherapiestudiums fördert die Aufspaltung in der Versorgung zwischen Körper und Seele

Mit der Einführung des Psychotherapiestudiums wurde ein – von vielen Psycho-

logen sehr erwünschter – Weg gewählt, die Ausbildung zum „nicht-ärztlichen“ Psychotherapeuten noch stärker von der Medizin abzukoppeln. In der weit überwiegenden Zahl der Universitäten und insbesondere in Hessen erfolgt diese Ausbildung nicht in Kooperation mit den Medizinischen Fakultäten. Die Inhalte der Ausbildung entsprechen einem nahezu ausschließlich psychologischen Profil und stehen in einem deutlichen Kontrast zu den Inhalten der Aus- und Weiterbildung der ärztlichen Psychotherapeuten. Dieses schlägt sich auch in unterschiedlichen Kompetenzprofilen nieder.

Mit der Einführung des Psychotherapiestudiums droht sich also die Aufspaltung der Versorgung zu vertiefen, in der Körper und Seele nicht mehr als eine Einheit betrachtet werden, sondern das „Psychische“ aus der Medizin ausgegliedert wird. Die Ärzteschaft hat weiterhin dafür Sorge zu tragen, dass die Einbringung des medizinischen Sachverständnisses im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses psychischer und psychosomatischer Erkrankungen gesichert ist. Diese Kompetenz ist unverzichtbar und erfordert eine ärztliche Aus- und Weiterbildung und kann nicht durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten in der Versorgung eingebracht werden.

7. Die ärztliche Repräsentanz der psychosozialen Medizin ist bei den politischen Entscheidungsträgern zu stärken

Obwohl der weit überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen durch Ärzte behandelt und versorgt wird, entsteht in der aktuellen politischen Diskussion der Eindruck, dass die Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern als Repräsentanten der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der primäre Ansprechpartner der Gesundheitspolitik für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems im Bereich der Psychotherapie sind. Erst recht augenfällig ist, dass die Gesundheitspolitiker die Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern so-

gar als Ansprechpartner für Fragen der Psychotherapie auch im ärztlichen Bereich ansehen. Dieses Ungleichgewicht entspricht weder der realen Versorgungssituation noch der Versorgungskompetenz.

Dem müssen die Bundes- und Landesärztekammern durch entsprechende Initiativen und Schaffung von Strukturen

entgegenwirken. In der Öffentlichkeit und Politik muss die Bedeutung der ärztlichen psychiatrischen, psychosomatischen sowie psychotherapeutischen Versorgung für die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen aktiv vertreten werden.

**Prof. Dr. med. Johannes Kruse,
Dr. Barbara Jäger, Helga Jakobi,
Dr. Meinhard Korte
Prof. Dr. Wolfgang Merkle,
Prof. Dr. Martin Ohlmeier,
Sabine Riese**

Ausschuss Ärztliche Psychotherapie
Landesärztekammer Hessen

Leserbriefe

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbriefe zu: „Ihr seid doch mit gemeint!“ von Dr. med. Christine Hidas

HÄBL 05/2021, S. 278

Mit gemeint?

Sehr geehrte Frau Hidas!

Ihr Artikel spricht mir aus der Seele! Es wird Zeit, dass auch das Hessische und das Deutsche „Ärzte“blatt erkennen und berücksichtigen, dass es auch Frauen gibt. Auch ich fühle mich nicht „mitgemeint“ und ärgere mich jedes Mal über den „kleinen grauen Kasten“ betreffend die „bessere Lesbarkeit“.

Die Berufsverbandszeitung „Der Frauenarzt“ wurde vor einigen Jahren umbenannt in „Frauenarzt“: Hallo! war's das? Wie Gendern? Mich nervt es ein bisschen, dass mal KundIn, dann Kund_in, dann Kund*e, dann Kundin und Kunde geschrieben wird, neuerdings überwiegend Kund:in. Letzteres scheint mir dennoch am „lesbarsten“.

Meine Tochter meinte: Nachdem es nun 50 Jahre lang „Deutsches Ärzteblatt“ hieß, kann es doch jetzt 50 Jahre lang „Deutsches Ärztinnenblatt“ heißen.

Kleiner Scherz am Rande: Eine Dozent*in bei einem Literaturvortrag meinte kürzlich: „Meine Studenten sind nicht alles Studierende“. Im Ernst: hoffentlich denken die Redakteurinnen und Redakteure des HÄBL nochmal über ihre Haltung zu gendergerechter Sprache nach!

Mit freundlichen Grüßen

Dagmar Müller
(leider schon im Ruhestand)

Ich bin seit etwa 40 Jahren regelmäßiger Leser des Hessischen Ärzteblattes. Vorab: ich finde es gut, dass die Zeitschrift immer noch „Hessisches Ärzteblatt“ heißt und nicht etwa „Hessisches Ärztinnen- und Ärzteblatt“, „Hessisches Ärzt*Innenblatt“,

„Hessisches Ärzt_XSYZ-blatt“ – oder was es sonst noch für Bezeichnungen geben könnte. Ebenso dass es nach wie vor „Landesärztekammer“ heißt.

Gleichwohl befasst sich das Präsidium der LÄKH offensichtlich mit der Thematik der geschlechtersensiblen Sprache, die es ebenfalls seit etwa 40 Jahren gibt und die nach wie vor umstritten ist. Unter der Rubrik „Aus dem Präsidium“ auf S. 278 der Ausgabe 05/2021 befasst sich die Kollegin Christine Hidas mit dem Thema. Sie beklagt sich recht ausführlich über die „fehlende Sichtbarkeit von Frauen“ durch Verwendung des maskulinen Generikums und berichtet empört, dass sie einen an sie gerichteten Brief an den Absender zurückgesendet hat, weil sie dort mit „Frau Oberarzt“ tituliert wurde und fordert daher die Verwendung der „geschlechtergerechten“ Sprache.

Einige Seiten weiter (S. 326) findet sich im selben Heft folgender Hinweis: „Genderneutrale Sprache – Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird“. Wie soll der Leser (und natürlich auch die Leserin und die diversen Leser*) das verstehen? Ist der Vorstand der Landesärztekammer für oder gegen die geschlechtergerechte Sprache? Hier muss sich die Landesärztekammer schon entscheiden. Entweder wie bisher im Interesse der Lesbarkeit und Verständlichkeit weitermachen mit dem generischen Mas-

kulinum oder gendern – aber dann richtig und konsequent. Denn sonst lesen wir Sätze wie den einer vormaligen Bundesgesundheitsministerin, die im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern folgendes sagte: „Die Patientinnen und Patienten müssen vor den Ärzten geschützt werden“. Da fragt sich der Zuhörer, ob Ärztinnen keine Kunstfehler begehen oder – falls doch – ob die Patienten dann keinen Anspruch auf Schutz haben. Diese grundsätzliche Frage, wer denn jetzt konkret gemeint sein soll, taucht regelmäßig dann auf, wenn an einer Stelle gendert wird („Ärztinnen und Ärzte“), an anderer Stelle aber nicht. Und da hilft der Hinweis auf S. 326 auch nicht weiter („...sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird“). Denn der Leser weiß nicht, wie diese Bezugnahme konkret aussieht.

Wenn sich die Landesärztekammer aber für die Verwendung der „geschlechtergerechten“ Sprache entscheidet, muss sie diese auch konsequent anwenden: „Ärztinnen- und Ärztekammer“, „Ärztinnen- und Ärzteblatt“, „Patientinnen- und Patientenrechte“ usw. – und das ohne Ausnahme und in jedem Satz und ohne Rücksicht auf die Verständlichkeit. Bleibt dann nur noch die Frage zu klären, ob der Begriff „Wasserhahn“ oder „Muskelkater“ noch verwendet werden darf oder nicht. Aber dafür wird dem Präsidium sicher eine Lösung einfallen.

Mit kollegialen Grüßen,
Dr. Dr. Rainer Rahn
Mitglied des hessischen Landtags