

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

5 | 2009

Mai 2009

70. Jahrgang

- 
- Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
 - 2. Hessischer Heilberufetag am 3. Juni 2009
 - Zertifizierte Fortbildung: Gangstörungen im Alter
 - Frühkindliche Regulationsstörungen
 - Der Weg zur Chronifizierung der kranio-mandibulären Dysfunktion (CMD)
 - Das neue Hessische Friedhofs- und Bestattungsgesetz: Auswirkungen auf die notärztliche Tätigkeit

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen
der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Dr. Alexander Schmid, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel. 069 97672-147, Fax 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-v-a.de
E-Mail: lk@l-v-a.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Tel. 0341 710039-92
E-Mail: lk@l-v-a.de

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 104,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 104,50 € zzgl. Versand.
Kündigung des Bezugs 3 Monate vor Ablauf
des Abonnements. Für die Mitglieder der
Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

Vorankündigung: **2. Hessischer Heilberufetag** am 3. Juni 2009

300

302

Landesärztekammer Hessen

Delegiertenversammlung der LÄK: „Was dieses Jahr nicht gelingt, wird
auf Jahre verloren sein“

303

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung: Gangstörungen im Alter – Überblick, Diagnostik
und Therapie

310

Medizinisches Zahlenrätsel

318

Fortbildung

Frühkindliche Regulationsstörungen

319

Der Weg zur Chronifizierung der kraniomandibulären Dysfunktion (CMD)

323

Kraniomandibuläre Dysfunktion

325

Weiterbildung/Fortbildung

Repetitorium Allgemeinmedizin – Prüfungsvorbereitung Facharzt
für Allgemeinmedizin

330

Briefe an die Schriftleitung

Was bringt die elektronische Gesundheitskarte?

330

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

331

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

337

Aktuelles

Das neue Hessische Friedhofs- und Bestattungsgesetz:

Auswirkungen auf die notärztliche Tätigkeit

339

Landesärztekammer Hessen

Burnout bei Ärzten

344

Masterplan für Hessen

346

Fortbildung

Sicherer Verordnen

347

Arzt- und Kassenarztrecht

Unterlassene Befunderhebung nicht unbedingt grob fehlerhaft

348

Mit meinen Augen

Beim Ärztetag in Mainz darf man keine Bütenreden erwarten

349

Satire Verlockungen beim Autokauf

350

Humoristisches Der Maikäfer

350

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

351

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

352

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

359

Bücher

332, 361

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung überträgt der Autor das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Dr. med. Gottfried von
Knoblauch zu Hatzbach
(Bild pop)

Neulich wurde ich Zeuge einer Konversation zwischen einem Kind und seinem Vater. Auf die Frage: „Papa, arbeitest Du, weil Du arbeiten musst oder arbeitest Du für Dich?“ folgte die Gegenfrage: „Meinst Du, ob es mir Spaß macht?“ Antwort: „Ja! Nein! Arbeitest Du nur, um Geld zu verdienen oder weil Du die Arbeit für Dich brauchst?“

Ich konnte das Gespräch nicht weiter verfolgen, es hallte aber in mir nach. Kinder spielen mit Selbstverständlichkeit und Freude, ihre aus eigener Erfahrung und Beobachtung erlangten Fertigkeiten nutzend und mit Neugier Neues aufnehmend und ausprobierend. In der Schule ist bei manchen Menschen oftmals die natürliche Neugier und Freude an neuen Erfahrungen sowie die Anwendung von Erlerntem auf der Strecke geblieben. Die Berufswahl wird bei den meisten Menschen nicht vollkommen außerhalb von eigenen Erfahrungen, Vorstellungen und Interessen gefällt. Und ganz ohne eine positive Einstellung zum Beruf (**Berufung**) wird man diesen nicht ausüben können. Aber ein jeder erlebt für sich, dass eine Fortentwicklung im Berufsleben durch Aufnehmen und Anwenden neuer Erkenntnisse erfolgt und somit auch die Freude am Beruf im Alltag anhält.

Die Aufnahme neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und deren Anwendung ist für die Freien Berufe selbstverständlich, ebenso wie die eigenverantwortliche Organisation und Selbstkontrolle in der freien Berufsausübung. Dabei bestand immer eine Verpflichtung für das Gemeinwohl, weil die Sicherung der Gesundheitsvorsorge im Interesse aller Bürger liegt.

Voraussetzung für die Ausübung der eigenverantwortlichen freiberuflichen Tätigkeit ist die Kompetenz im Beruf, die sich unter anderem auf herausgehobenem Wissen, Erfahrung und Talent begründet. Dies führt zu hohen Anforderungen an die Qualifikation der Fort- und Weiterbildung, die letztlich die Basis des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient begründen.

So ist die Fortbildung stets selbstverständlicher integraler Bestandteil unserer ärztlichen Berufsausübung. Auf der Internetseite der Bundesärztekammer können wir lesen: „Ziele der Fortbildung sind Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität und somit Gewährleistung einer hohen Versorgungssicherheit für die Patienten. Regelmäßiger Fortbildung kommt daher eine große qualitätssichernde Bedeutung in der Medizin zu. Fortbildung kann nur erfolgreich sein, wenn sie einerseits objektives Wissen und Handlungslücken schließt und andererseits das subjektive, individuell empfundene Fortbildungsbedürfnis befriedigt.“ In Folge der auch vom Gesetzgeber gewollten und akzeptierten Selbstregulierung des Berufsstandes ist die Fortbildungsverpflichtung in der Berufsordnung niedergelegt. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber es für notwendig erachtet, eine Nachweispflicht der ärztlichen Fortbildung sowohl für Vertragsärzte (§95d FGB V) als auch für Fachärzte im Krankenhaus (§137 Abs. 1 Nr. II SGB V) gesetzlich zu verankern. Die inhaltliche Ausgestaltung von Kriterien zur Anerkennung geeigneter Fortbildungsveranstaltungen und die Anrechenbarkeit von Fortbildungsnachweisen einzelner Ärzte verbleiben in der Regelungskompetenz der Ärzteschaft. Die Gründe für eine zusätzliche, vom Gesetzgeber außerhalb der Berufsordnung erlassene Regelung,

mögen sehr vielschichtig sein. Obwohl die Berufsordnung und die Heilberufsgesetze bereits ausreichende Regulierungen für die lebenslange Fortbildung geschaffen haben, führen die, aus dem Sozialgesetzbuch getroffenen Vorschriften zu einer Überregulierung. Die politische Brisanz ist aber unverkennbar. Hat die Ärzteschaft die Selbstverpflichtung zur Fortbildung stets auch als Qualitätssicherung angesehen, greift der Gesetzgeber hier in die Selbstregelungskompetenz des Freien Berufes ein und schreibt Wege zur Qualitätssicherung vor. Letztlich hat aber das Argument der hohen Kompetenz durch gut fortgebildete Berufsangehörige eine Rezertifizierung der Facharztanerkennung verhindert.

Das zeigt, dass trotz der schon immer bestehenden Selbstverpflichtung zur Fortbildung die Tätigkeit und Kompetenz der Ärzteschaft sehr im Blickpunkt des öffentlichen Interesses steht. Die Ärzteschaft muss alles tun, um das sensible Vertrauensverhältnis Patient/Arzt zu erhalten und alle Angriffe dagegen abzuwehren, da sonst die Versorgungssicherheit gefährdet ist. (Darüber hinaus ist der Arztberuf unter anderem auch durch die Bestrebungen einer Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht ärztliche Heilberufe bedroht. Darauf wird zu einem späteren Zeitpunkt einzugehen sein).

Zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung können die Ärztinnen und Ärzte auf ein breites Bildungsangebot der Ärztekammer zurückgreifen. Für die niedergelassenen Ärzte gibt es darüber hinaus Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung, unter anderem die Teilnahme an Qualitätszirkeln sowie die vorgeschriebenen Fortbildungen zur Erfüllung von Strukturverträgen. Angestellte Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern haben die Möglichkeit einer regelmäßigen Teilnahme an klinikinternen Veranstaltungen.

tungen. Eine Fülle weiterer Fortbildungsmöglichkeiten besteht, durch Teilnahme an Kongressveranstaltungen und Fortbildungsveranstaltungen von Fachgesellschaften. Dabei ist nach dem ärztlichen Selbstverständnis einer Unabhängigkeit der Fortbildung sowohl eine dirigistische Einflussnahme des Gesetzgebers als auch eine wirtschaftliche Einflussnahme von wem auch immer abzulehnen.

Um den Kolleginnen und Kollegen den Weg zum Nachweis ihrer Fortbildungsaktivitäten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu ebnen, bietet die Kammer den Service, die erworbenen Punkte auf arztindividuelle Punktekonto zu transferieren und – sofern eine Einverständniserklärung vorliegt – auch der Kassenärztlichen Vereinigung elektronisch zu melden. Dies ist für alle Beteiligten kein leichtes Unterfangen:

Den auf dem Punktekonto bereits zentral digital erfassten Fortbildungspunkten

müssen händisch die nur als Papierdokument eingereichten Fortbildungspunkte hinzugefügt werden. Dies bedeutet einen immensen Verwaltungsaufwand. Den versierten Mitarbeitern in der Anerkennungsstelle ist für ihren, weit über das übliche Maß hinaus gehenden Einsatz großes Lob auszusprechen. Dennoch können nicht alle Eingaben gleichzeitig bearbeitet werden.

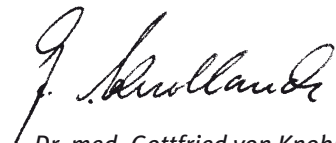
Ein Rückstau in der Bewältigung der zu bearbeitenden Dokumente ist unvermeidlich. Aber allen Vertragsärztinnen und -ärzten, die ihren Nachweis bis zum 30. Juni 2009 erbringen müssen sei versichert: Wer seine Unterlagen bis zum 30. Juni 2009 bei der Kammer abgibt, wird keine Nachteile in der Vergütung haben – immer vorausgesetzt, die Mindestpunktzahl wurde erreicht. Es kann sein, dass die erworbenen Punkte noch nicht im Punktekonto sichtbar sind. Kolleginnen und Kollegen, die verständli-

cherweise der Unmut packt, bitten wir um Verständnis und sichern eine zügige Abarbeitung zu.

Sorge bereiten uns die Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrem Zeitmanagement zur Fortbildung sehr großzügig umgegangen sind und nun in Bedrängnis kommen. Wir hoffen, dass es alle bis zum Stichtag schaffen.

Ich wünsche Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen und mir, dass uns die Neugier und der Wunsch Neues zu erfassen sowie die Freude an der Berufsausübung erhalten bleibt.

Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach, Präsident

2. Hessischer Heilberufetag



Foto: (c) Bistum Mainz



Verantwortung für
Mensch, Tier und Umwelt –
Dürfen wir, was wir können?

3. Juni 2009 | 16:00 Uhr

Wiesbadener Casino-Gesellschaft

Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

Grußwort:

Jürgen Banzer Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit

Referenten:

Karl Kardinal Lehmann Bischof von Mainz

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Hartwig Bostedt

Fachbereich Veterinärmedizin, Justus-Liebig-Universität Gießen

Wir laden Sie herzlich ein:
Diskutieren Sie mit!

Eintritt frei!

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen • Kassenärztliche Vereinigung Hessen • Landeszahnärztekammer Hessen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen • Landesapothekerkammer Hessen • Landeskammer für
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen
Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen, Katja Möhrle, Tel.: 069 97672-188

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer

„Was dieses Jahr nicht gelingt, wird auf Jahre verloren sein“

„Die Menschen verstehen nicht mehr, was im Gesundheitswesen vor sich geht,“ stellte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, in seinem Bericht auf der Delegiertenversammlung fest. Jeder merke, dass die bisher hohe Qualität in der wohnortnahen medizinischen Versorgung nachlasse. Längst sei der wachsende Kostendruck im Gesundheitswesen in den Praxen und in den Krankenhäusern angekommen. Zeitmangel und Verdichtung von Arbeitsabläufen bestimmten die Arbeitssituation der ärztlichen und pflegenden Mitarbeiter in den Krankenhäusern. Die von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt gepriesene Honorarreform für Vertragsärzte habe für mehr Gerechtigkeit sorgen und die Vergütung ärztlicher Leistungen verbessern sollen. „Tatsächlich müssen jedoch viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nun um ihre wirtschaftliche Existenz fürchten,“ empörte sich von Knoblauch. Kaputtgespart werde auf dem Rücken der Patienten, ihrer behandelnden Ärzte und aller anderen im Gesundheitssystem Tätigen.

Schon in den Frühkulturen der Menschheit sei Heilungswissen mit gesellschaftlicher Anerkennung vergolten worden. „Diese Wertschätzung unserer Arbeit vermisse ich heute.“ Von Knoblauch kündigte an, dass die Ärztekammer jede Möglichkeit nutzen werde, nicht nur auf die prekäre Situation im Gesundheitswesen hinzuweisen, sondern auch als Leistungsträger in diesem System Einfluss zu nehmen. „Dieses Jahr ist Wahljahr. Unsere Haltung muss jetzt deutlich werden,“ forderte er. „Was dieses Jahr nicht gelingt, wird auf Jahre verloren sein.“

Um auf Bundesebene gesundheitspolitische Ziele erreichen zu können, sei die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (BÄK) wichtig, betonte von



Delegiertenversammlung der Landesärztekammer

(Foto: Monika Buchalik)

Knoblauch. Das von der BÄK initiierte große Projekt zur Evaluation der Weiterbildung werde in diesem Jahr bundesweit – außer in Sachsen – durchgeführt. Von Knoblauch erwähnte ebenfalls die von der BÄK diskutierte sogenannte Monomitgliedschaft, die verhindern soll, dass ein Arzt bei Tätigkeiten in mehreren Kammern auch Mitglied in mehreren Kammern ist. Auch der Wechsel von einer Kammer in eine andere Kammer soll erleichtert werden. Noch existierten

allerdings insbesondere bei den anderen Heilberufskammern starke Vorbehalte bezüglich der Monomitgliedschaft, teilte der Ärztekammerpräsident mit. Er kündigte hierzu eine Diskussion auf der nächsten Delegiertenversammlung an.

Klares Profil der Landesärztekammer

Was kann die Landesärztekammer zur aktuellen politischen Lage beitragen? Voraussetzung für erfolgreiches Wirken

sei die Erkennbarkeit eines klaren Profils der LÄKH – sowohl inhaltlich als auch in der Außendarstellung, hob der Ärztekammerpräsident hervor. Zu den zentralen Aufgaben der Kammer gehöre der Patientenschutz durch Qualitätssicherung in der Medizin; dabei stünden die Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte sowie der medizinischen Assistenzberufe im Vordergrund. Die Einrichtungen der Landesärztekammer Hessen, COS und Akademie, würden sich von dem „grauen Fort- und Weiterbildungsmarkt“ positiv abheben. Neue Angebote für Medizinische Fachangestellte in der Versorgung älterer Menschen und die Fortbildung zur Fachwirtin im Gesundheitswesen eröffneten neue Perspektiven für die medizinischen Assistenzberufe. Es sei dem Engagement der Leiterin der COS, Silvia Happel, zu verdanken, dass alle an der COS angebotenen Qualifizierungslehrgänge im medizinischen Wahlteil der neuen Aufstiegsfortbildung zur „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ anerkannt werden. „Vergessen wir nicht: wir sind ein Berufsstand, der seine Mitarbeiter nach unseren Bedürfnissen ausbilden kann. Nutzen wir diese Chance!“, appellierte von Knoblauch an die Ärzteschaft.

Mit den Vorsitzenden der Bezirksärztekammern sei ein konstruktiver Dialog darüber entstanden, wie der persönliche Kontakt zu den Kammermitgliedern, vor allem zu jungen Ärztinnen und Ärzten vor Ort intensiviert werden könne, berichtete von Knoblauch weiter. In der Landesärztekammer werde die schon in der vergangenen Legislaturperiode beschlossene neue Geschäftsordnung umgesetzt. „Das in dieser Geschäftsordnung vorgesehene Präsidialbüro ist eingerichtet und ich freue mich, dass wir Dr. med. Susan Trittmacher für diese

Aufgabe gewinnen konnten“, teilte der Ärztekammerpräsident mit. Den Geschäftsführern der Kammer dankte er für ihre Unterstützung.

Von Knoblauch kündigte eine intensive Zusammenarbeit mit der DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation) zur Förderung der Organspende an. Unter anderem würden gemeinsame Fortbildungen der Transplantationsbeauftragten und der Koordinatoren der DSO in Hessen durchgeführt.



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Abschließend schlug der Ärztekammerpräsident nochmals den Bogen zur gegenwärtig bedrängten Situation im Gesundheitswesen: „Wir alle, besonders die verfasste Ärzteschaft sind aufgerufen, auf die Folgen für die Gesundheitsversorgung und die davon abhängigen Menschen hinzuweisen“, sagte von Knoblauch.

Banzer fordert grundlegende Umsteuerung

Auch der neu gewählte Hessische Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit, Jürgen Banzer, übte in seiner Rede vor den Delegierten Kritik an der aktuellen Situation und sprach von einer dramatischen Lage der Ärzteschaft. „Das Gesundheitssystem krankt an Überregu-

lierung.“ Unter dem Applaus der Ärzte forderte Banzer eine grundlegende Umsteuerung, um von Gängelei zu selbststeuernden Strukturen zu gelangen. Die Honorarsituation bezeichnete der Gesundheitsminister als undurchsichtig. „Wir sollten uns dennoch im Interesse aller darum bemühen, Ruhe in die aktuelle Diskussion um die Honorarreform zu bringen.“ Er suche zu diesem Thema das Gespräch mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Zum aktuellen Zeitpunkt werde er dafür, abzuwarten, wie sich die Auswirkungen der Reform nach einigen Monaten darstellen.



Jürgen Banzer

Mit Blick auf die künftige Entwicklung erklärte Banzer, dass versucht werden müsse, die Zweiteilung des Gesundheitswesens in ambulante und stationäre Versorgung zu überwinden. Im Bereich der Krankenhäuser warteten „eine Menge Aufgaben“ und Investitionsnotwendigkeiten, um für die Zukunft gerüstet zu sein. Als weitere spezifische Herausforderung in Hessen nannte er die Frage der ärztlichen Altersversorgung. Kritik übte der Minister an der Partikularisierung ärztlicher Interessen; diese erschwere den Ärzten die Durchsetzung ihrer Interessen. Für ihn sei die Landesärztekammer der Ansprechpartner der gesamten hessischen Ärzteschaft.

Hausärztevertrag

Das anlässlich seines Besuchs aufge-spannte Transparent mit der Aufschrift „CDU in Hessen = Tod der Hausärzte“ nahm Banzer zur Kenntnis; er forderte die Hausärzte jedoch dazu auf, mit ihrem Protest zu warten, bis eine Entscheidung getroffen worden sei. In der anschließenden Diskussion kritisierte Dr. med. Detlev Steininger die Initiative des Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit, den § 73 b SGB V (Hausarztverträge) aufzuweichen. Diese Initiative treffe die Hausärzte im Kern, fügte Michael Andor an die Adresse des Gesundheitsministers hinzu: „Ich bitte Sie, die Initiative zurückzuziehen.“ § 73 b sei ein spezifischer Themenbereich, den man spezifisch am Rande der nächsten Parlamentssitzung diskutieren werde, erwiderte Banzer.

Kinderärztliche Versorgung gefährdet

Die Kinderärzte haben aufgebracht, dass das Land Hessen auf Bestreben des Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit im Unterausschuss der Gesundheitsministerkonferenz einen Antrag zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und ande-



Helga Bußmeyer-Lacey, Hess. Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit; Dr. med. Peter Pfuhl

rer Vorschriften gestellt habe, berichtete die Kinderärztin Barbara Mühlfeld. In diesem Antrag werde gefordert, die dort verankerte Möglichkeit der direkten Inanspruchnahme eines Kinderarztes durch Eltern wieder zu streichen. Dieser Teil des Antrages müsse zurückgenommen werden, denn eine Streichung des Zusatzes „die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes bleibt unberührt“ gefährde die fachliche Versorgung der Kinder und den Berufsstand der ambulant tätigen Kinderärzte insgesamt.

Arbeitsplatz Krankenhaus

PD Dr. med. Andreas Scholz hob hervor, dass der Arbeitsplatz Krankenhaus immer weniger attraktiv sei. Gerade bei Ausbildung und

Weiterbildung hapere es an wesentlichen Punkten. Auch dürfe das Ministerium nicht länger seine Augen davor verschließen, dass in hessischen Krankenhäusern flächendeckend gegen das Arbeitszeitgesetz verstoßen werde. Scholz forderte außerdem, dass die Poolregelung (zugunsten nachgeordneter ärztlicher Mitarbeiter; Anm. der Redaktion) Bestandteil des Krankenhausgesetzes bleiben und das Ministerium seiner Aufsichtspflicht zur Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen nachkommen müsse. Banzer bedankte sich für die „größtenteils sehr klaren Äußerungen“ und erklärte seine Bereitschaft, jederzeit intensivere Diskussionen mit den Ärzten führen zu wollen: „Sehen Sie in mir einen Fürsprecher Ihres Berufsstandes.“

Heilberufsausweis und e-card

Mehrfach hatte sich die Delegiertenversammlung in der vergangenen Legislaturperiode gegen die Elektronische Gesundheitskarte (e-card) ausgesprochen. Im November 2008 lehnte das neu



Protestaktion der Hausärzte



Dr. med. Franz-Joseph Bartmann

gewählte Ärzteparlament ausdrücklich auch den Heilberufsausweis (eHBA) als Schlüssel zu der e-card ab. Zur Vorstellung des eHBA-Projekts der Bundesärztekammer begrüßte von Knoblauch den Vorsitzenden des Ausschusses „Telematik“ der Bundesärztekammer, Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, in Bad Nauheim. Eine der zentralen Aufgaben der Ärztekammern sei die Herausgabe des Arztausweises, erklärte Bartmann. So hätten die Kammerpräsidenten nach der ersten großen Diskussion über Telematik beschlossen, dass die Ärztekammern auch den Elektronischen Arztausweis herausgeben sollten. Diese Entscheidung sei wichtig und richtig gewesen, denn es habe damals auch Überlegungen gegeben, andere Institutionen mit der Ausgabe des Arztausweises zu betrauen. Angesichts der wiederholten Ablehnung einer Einführung der e-card durch die Landesärztekammer Hessen, wolle er kurz auf das Thema Telematik eingehen, sagte Bartmann. Als die BÄK erstmals erwogen habe, den Elektronischen Arztausweis herauszugeben, sei von der e-card noch lange nicht die Rede gewesen. Der Elektronische Arztausweis sollte ein sicheres Instrument sein, um sich in der elektronischen Welt zu bewegen, und auch beim Kammerwechsel

hilfreich sein. Die Bundesärztekammer habe Rahmenverträge mit Kartenherstellern geschlossen, um die originäre Kameraufgabe – das Meldewesen – bei den Ärztekammern zu halten. Auch habe man die Spezifikationen des Arztausweises vorgenommen, um die Kompatibilität mit der e-card zu gewährleisten. Die Herausgabe der neuen e-card werde Hessen wahrscheinlich Anfang nächsten Jahres erreichen, so Bartmann weiter. Es sei daher problematisch, wenn die LÄKH die Ausgabe der Karte verhindere: KV-Leistungen wären nicht mehr abrechenbar, viele Möglichkeiten der e-card – freiwillige Funktionen wie beispielsweise die Führung einer Patientenakte – könnten nicht genutzt werden, Bartmann wies darauf hin, dass der Ersatz der Krankenversicherungskarte durch die e-card auch von der Opposition nicht bestritten werde und empfahl den Delegierten, ihre Haltung zum Elektronischen Heilberufsausweis zu überdenken. Die Delegierten waren jedoch nicht bereit, über den Vortag zu diskutieren.

Zwei Ehrungen standen auf dem Programm der Delegiertenversammlung:

Bundesverdienstkreuz für Dr. med Ulrich Lang



Dr. med. Ulrich Lang

Dr. med. Ulrich Lang, ehemaliger, langjähriger Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden und Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des früheren Paulinenstiftes, später Asklepios Paulinenklinik, Wiesbaden, wurde mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt. In ihrer Laudatio würdigte die Gesundheitsdezernentin der Stadt Wiesbaden, Rose-Lore Scholz die außerordentlichen Verdienste des leidenschaftlichen Arztes und Berufspolitikers. Von 1976 bis 2008 gehörte Lang als Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen an und vertrat die Kammer als Delegierter auf den Deutschen Ärztetagen. Die Wiesbadener Gesundheitsdezernentin hob u. a. sein langjähriges ehrenamtliches Engagement im Marburger Bund hervor.

Ehrenplakette für Dr. med. Ulrike Berg



Dr. med. Ulrike Berg

Mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen wurde die Wiesbadener Ärztin und Vorsitzende der Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. med. Ulrike Berg, ausgezeichnet. Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach betonte Bergs intensive Auseinandersetzung mit dem

Thema „häusliche Gewalt“. Sie habe Kolleginnen und Kollegen für häusliche Gewalt sensibilisiert und alltagstaugliche Instrumente für den Umgang mit betroffenen Patientinnen und Patienten entwickelt. „Ulrike Bergs Engagement geht weit über den üblichen berufspolitischen Einsatz für das Gesundheitswesen und das Gemeinwohl hinaus,“ stellte der Präsident der Landesärztekammer fest und bezeichnete die junge Ärztin als Vorbild für die nachfolgende Ärztegeneration.

Erinnerung an die Verstorbenen

Die Delegierten gedachten der verstorbenen Ärztinnen und Ärzte. Dr. med. Alfred Möhrle erinnerte an den ehemaligen Kammerpräsidenten und Schriftleiter des Hessischen Ärzteblattes, Professor Dr. med. Wilhelm Theopold, der am 28. Januar dieses Jahres entschlafen ist, und an den Internisten Dr. med. Bendix Kark. Er verstarb am 21. Januar 2009.

Landesberufsgericht für Heilberufe

Die Delegiertenversammlung bestätigte die von der Landesärztekammer als ehrenamtliche Richterinnen und Richter beim Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel vorgeschlagenen Ärztinnen und Ärzte.

Wahl des Akademievorstandes

Nachdem die Amtszeit des Vorstandes der Akademie mit der 13. Legislaturperiode der Delegiertenversammlung 2004 bis 2008 im vergangenen Jahr geendet hatte, wählte das Ärzteparlament einen neuen Vorstand, der sich aus acht Mitgliedern zusammensetzt:

Zum Vorsitzenden wurde erneut

Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch gewählt.

Neuer stellvertretender Vorsitzender ist

Professor Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, der damit Professor Dr. med. Winfried Fassbinder ablöst.

Als Beisitzer wählten die Delegierten:

Professor Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Dr. med. Hans-Martin Hübner

Monika Buchalik

Dr. med. Hanspeter Nölling

Michael Andor

Dr. med. Jürgen Glatzel

Wahl Schlichtungsausschüsse

Da am 30. April 2009 die Amtszeit der Mitglieder der Schlichtungsausschüsse der Bezirksärztekammern Frankfurt und Wiesbaden endet, waren diese Ausschüsse neu zu besetzen.

In den Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer Frankfurt wurden gewählt:

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke

Dr. med. Michael Gehrke

Dr. med. Markus Herkströter

Stellvertretende Mitglieder:

Dr. med. Birgit Drexler-Gormann

Dr. med. Helga Erdniss

Dr. med. Georg Holfelder

Dr. med. Stefan Hornung

Dr. med. Siegmund Kalinski

Dr. med. Hans-Joachim Wissfeld

Dr. med. Ute Freund-Hoffmann

Dr. med. Wolfgang Seher

Dr. med. Alfred Möhrle

In den Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer Wiesbaden wurden gewählt:

Dr. med. Harald Daake

Dr. med. Klaus Heckmann

Dr. med. Ursula Stüwe

Stellvertretende Mitglieder:

Dr. med. Gerhard Böhler

Dr. med. Ilka Heimreich-Becker

Dr. med. Susanne Johna

Dr. med. Lutz Mauersberg

Dr. med. Egbert Reichwein

Dr. med. Helge Riegel

Versorgungswerk



Dr. med. Brigitte Ende

Die Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende, trug dem Ärzteparlament Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung zur Abstimmung vor. Die mit der notwendigen Zwei-Drittelmehrheit beschlossene Neuregelung der Zuständigkeit bei der Bescheiderteilung soll eine Vereinfachung von Verwaltungsvorgängen bei bestehender Verantwortung der Geschäftsführerin, und die Umsetzung des Führungsgrundsatzes „wir delegieren“ gewährleisten.

Der zweite Antrag des Vorstandes des Versorgungswerkes betraf den Kinderzuschuss. Die beabsichtigten Satzungsänderungen sehen die einheitliche Gewährung eines Kinderzuschusses – ohne Nachweispflicht – für Alters- und Berufsunfähigkeitsrentner bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres eines Kindes vor. Dr. med. Brigitte Ende berichtete, dass andere große ärztliche Versorgungswerke den Kinderzuschuss gestrichen hätten, da er sogenannte „späte Väter“ privilegiere, bei gleichzeitiger geschlechtsspezifischer Diskriminierung der Ärztinnen; zudem sei er kein Kernelement des nach dem Heilberufsgesetz vorgegebenen Aufgabenbereiches.

Im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen bestehe jedoch Übereinstimmung darin, den Kinderzuschuss nicht völlig abzuschaffen, sondern diese Solidarleistung für alle Kinder bis zum 21. Lebensjahr zu erhalten. In jedem Fall bleibe sie für Waisen und Halbwaisen bis zum 27. Lebensjahr erhalten, da sie der Unterhaltsleistung entspreche.

In der anschließenden Diskussion kritisierte Dr. med. Susanne Johna, dass mit der geplanten Regelung Eltern von Kindern in akademischer Ausbildung benachteiligt würden. Ärztinnen und Ärzte würden immer später Eltern und damit benachteiligt, bemängelte auch Professor Dr. med. Horst Kuni. Während Dr. med. Sabine Olischläger eine Konzentration auf die Kernleistungen des Versorgungswerkes forderte, befürwortete Professor Dr. med. Jutta Peters eine großzügige Regelung und Dr. med. Detlev Steininger erklärte, dass die Finanzierbarkeit der Rechnungsrückstellung Einschnitte bei allen Zuwendungen notwendig mache.

Der Antrag wurde zurückgenommen. Der Vorstand wird das Einbringen von in der Diskussion aufgezeigten alternativen Satzungsänderungen prüfen. Der Folgeantrag zur Änderung der Waisenrente entfiel damit ebenfalls.

Angenommen wurde der Antrag auf Wegfall der Wartezeit für die Altersrente. Diese Wartezeit sei für berufsständische Versorgungswerke „systemfremd“, hieß es auf der Delegiertenversammlung.

Lebhaft diskutierten die Delegierten den Antrag zur Witwen- und Witwerrente, der eine Änderung der Ausschlussstatbestände – ohne Bezug auf das Lebensalter – vorschlägt. Ein Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente bestehe derzeit nicht, wenn die Ehe nach Vollendung des 65. Lebensjahres geschlossen wurde; bei Heirat nach dem 62. Lebensjahr oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

des Mitglieds muss die Ehe derzeit mindestens drei Jahre bestanden haben, um nach dem Tod des Mitglieds zu einem Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente zu führen, berichtete die Vorstandsvorsitzende des Versorgungswerkes.

Infolge des gesellschaftlichen Wandels und der Längerlebigkeit der Bevölkerung würden heute jedoch auch im höheren Lebensalter langdauernde Ehen geschlossen. Die bisherigen an das Alter von 65 und 62 gebundenen Ausschlussstatbestände seien vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung anachronistisch und im Hinblick auf die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatzes rechtlich bedenklich. Die Satzungsänderung sehe vor, dass der überlebende Ehepartner eine Witwen- bzw. Witwerrente in Höhe von 60 % der Rente erhält, die das Mitglied bei seinem Ableben bezog. Ein Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente solle zukünftig nur noch dann nicht entstehen, wenn die Ehe nach Beginn einer Altersrente oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des Mitgliedes geschlossen wurde und weniger als fünf Jahre bestand.

Der Geschäftsordnungsantrag von Professor Dr. med. Hansjörg Melchior, den Antrag zurückzuziehen und redaktionell zu überarbeiten, wurde abgelehnt. Dr. med. Siegmund Drexler betonte, dass das Versorgungswerk der Entwicklung der Lebensverhältnisse Rechnung tragen müsse. Mit 35 Ja-Stimmen, 25 Nein-Stimmen und vier Enthaltungen fand der Antrag allerdings keine Zweidrittelmehrheit und wurde abgelehnt.

Ebenso heftig wie kontrovers diskutierten die Delegierten die Anträge des Vorstandes des Versorgungswerkes, die Altersgrenze für die vorgezogene Altersrente von 60 auf 62 Jahre anzuheben sowie die Altersgrenze für den Bezug der Altersrente von 65 auf 67 Jahre anzu-

heben und die Zurechnungszeit für die Berufsunfähigkeitsrente von 65 auf 62 Jahre abzusenken.

Die Neuregelung für die vorgezogene Altersrente betrifft alle Neuzugänge in ein Versorgungswerk ab 2012; für alle Zugänge davor bleibt es bei der Möglichkeit der vorgezogenen Altersrente ab 60 Jahren.

Das Bundesfinanzministerium hatte mit Schreiben vom 10. Januar 2008 mitgeteilt, dass zur Erhaltung des Kriteriums der Vergleichbarkeit im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 2a Einkommenssteuergesetz und zur Gewährleistung der vollen Abzugsfähigkeit der zum Versorgungswerk geleisteten Beiträge der vorgezogene Rentenbezug frühestens ab dem 62. Lebensjahr in Betracht kommen dürfe. Angesichts der veränderten Gesetzeslage stimmte das Ärzteparlament für die Anhebung der Altersgrenze für die vorgezogene Altersrente auf 62 Jahre, da sonst die Beiträge zum Versorgungswerk nicht mehr steuerlich absetzbar gewesen wären.

In Bezug auf Heraufsetzung des Rentenalters auf das 67. Lebensjahr unterstrich Dr. med. Brigitte Ende, dass sie es in der gesamtpolitischen Debatte über Erwerbstätigen- und Sockelrentenmodelle für geboten halte, dem Antrag des Vorstandes zuzustimmen: „Es muss ein politisches Signal sein, damit wir das Versorgungswerk vor dem politischen Zugriff schützen.“ Die Entscheidung über das Rentenbezugsalter sei eine zentrale Einbruchspforte für die Politik, da immer wieder gefordert werde, die angeblich privilegierten Mitglieder der Versorgungswerke der allgemeinen Rentenversicherung einzuverleiben.

Doch die Argumente für die Rente ab 67 entsprechend der Gesetzlichen Rentenversicherung und dem Großteil der anderen Versorgungswerke konnten die Mehr-

heit der Delegierten nicht überzeugen. Es sei jedem freigestellt, länger zu arbeiten, erklärte ein Delegierter. Allerdings dürften die Ärzte nicht der Forderung nach einer längeren Lebensarbeitszeit nachgeben, nur weil die an der Organisation einer angemessenen Altersvorsorge für die Bevölkerung gescheiterte Politik dies von allen Bürgern erwarte. Eine Haltung, die viele Delegierte teilten und an der auch der Hinweis nichts änderte, dass eine Zustimmung zu der höheren Altersgrenze nur Vorteile, jedoch keine Nachteile berge und weiterhin die Varianz für jedes Mitglied bestehe zwischen 60 und 67 Jahren, oder auch später sein individuell geplantes Renteneintrittsalter zu wählen. Da die Längerlebigkeit im hessischen Versorgungswerk bereits in die Deckungsrückstellung eingearbeitet wurde (siehe Bericht Hessisches Ärzteblatt 2/2008) sei auch künftig mit einem Renteneinstiegssalter von 65 Jahren keine Änderung gegenüber den derzeit mit 65 Jahren ausgezahlten Monatsrenten verbunden. Wer bis 67 arbeite und Rentenbeiträge bezahle, erhalte allerdings, wie bisher schon, auch mehr Geld.

In der Debatte wurde die beantragte Regelung von einigen Ärzten als „Mogelpackung“ kritisiert. Der Forderung eines Delegierten nach Gleichbehandlung niedergelassener Kollegen und angestellter Ärzte, auf die ohnehin eine Erhöhung des Renteneinstiegssalters auf 67 Jahre zukomme, hielt ein Vertreter des Marburger Bundes entgegen, dass schon jetzt kein angestellter Arzt gezwungen werden könne, bis zu einer bestimmten Altersgrenze zu arbeiten. Die Anträge des Versorgungswerkes zur Heraufsetzung des Regelrenteneintrittsalters auf das 67. Lebensjahr sowie zur Absenkung der Zurechnungszeit für die Berufsunfähigkeitsrente auf das 62. Lebensjahr konnten bei der Abstimmung nicht die er-

forderliche Zwei-Drittelmehrheit erzielen und wurden damit abgelehnt.

Die Mehrheit der Delegierten stimmte für die Neufassung des § 14 der Versorgungsordnung, der die Rentenberechnung regelt. Die Satzungsänderungen dienen der besseren Lesbarkeit und Erleichterung der Rentenberechnung, ohne dass sie eine inhaltliche oder materielle Änderung zur Folge haben.

Auch die Neufassung von § 10 der Versorgungsordnung (Versorgungsausgleich) wurde mit großer Mehrheit beschlossen. Dr. Ende hatte berichtet, dass am 1. September 2009 das neue Versorgungsausgleichsgesetz bei Scheidungen in Kraft trete, für das die satzungsrechtlichen Modalitäten geschaffen werden müssten.

Das Gesetz schreibe vor, dass alle Rentenansprüche zukünftig im jeweiligen Versorgungssystem intern geteilt werden. Der Gesetzgeber habe den Versorgungswerken jedoch für nichtärztliche Versorgungsausgleichsberechtigte den Ausschluss von Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente ermöglicht.

Mit dem von Dr. Drexler vorgetragenen Antrag auf Gleichbehandlung eingetragener Lebenspartnerschaften bei der Hinterbliebenenrente wird sich das Ärzteparlament auf seiner nächsten Sitzung befassen.

Nachdem Dr. med. Harald Krieger über zwanzig Jahre ehrenamtlich im Aufsichtsrat und später im Vorstand des Versorgungswerkes tätig gewesen ist, hat er nun aus privaten Gründen seine Arbeit als Vorstandsmitglied niedergelegt. Gefolgt von dem Applaus der Delegierten dankten Dr. Ende und der Präsident der Landesärztekammer Dr. Krieger für sein großes und zeitaufwendiges Engagement im Vorstand des Versorgungswerkes.

PD Dr. med. Andreas Scholz, Listenführer des Marburger Bundes, schlug als Nach-



Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg

folger auf die Position der angestellten Ärztinnen und Ärzte Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg vor. Der 36-Jährige kündigte bei seiner Vorstellung an, dass er sich als Vertreter der jungen Generation für eine Sicherung der Renten auch in Zukunft einsetzen werde. Die Öffentlichkeitsarbeit für die ärztliche Altersversorgung müsse verstärkt werden. Mit überwältigender Mehrheit, bei nur wenigen Enthaltungen, wählte die Delegiertenversammlung Dr. Freiherr Schenck zu Schweinsberg in den Vorstand des Versorgungswerkes.

Katja Möhrle
(alle Fotos K. Möhrle)

VNR 2760602009059420000

Gangstörungen im Alter

Überblick, Diagnostik und Therapie Sebastian v. Stuckrad-Barre, Wolfgang Fogel, Wolfgang H. Jost

Zusammenfassung

Die Inzidenz von Gangstörungen steigt mit zunehmendem Lebensalter. Gangstörungen gehen mit der Gefahr von Stürzen, einer Einschränkung der Mobilität und Lebensqualität einher. Die alters- und krankheitsbedingten Veränderungen des Nervensystems spielen bei der Entstehung von Gangstörungen eine wichtige Rolle. Neben nosologisch klar definierten Erkrankungen typischer Altersprävalenz, wie z. B. Morbus Parkinson, dominieren im Alter die multifaktoriell bedingten Gangstörungen infolge höherer Ko- und Multimorbidität. Aufgrund der Komplexität der Gangphysiologie und -pathophysiologie ist die sorgfältige diagnostische Einordnung sowohl eine interdisziplinäre Herausforderung als auch Grundvoraussetzung für eine möglichst spezifische Therapie. In der folgenden Übersicht werden Grundzüge der Untersuchung, Klassifikation und therapeutische Grundprinzipien der häufigsten Gangstörungen im Alter zusammengefasst.

Einleitung

Die Gangstörung im Alter ist in aller Regel ein multifaktoriell verursachtes Syndrom und stellt Ärzte fächerübergreifend vor diagnostische und therapeutische Herausforderungen. In der Bevölkerung haben 15 % aller über 60-jährigen eine Form von Gangstörung. Von den über 80-jährigen benötigen bis zu 25 % Gehhilfen, und über 85-jährige weisen in bis zu 50 % eine neurologisch bedingte Gangstörung auf [17, 15]. Neben Folgeerkrankungen wie Stürzen und Verletzungen prädisponieren Gangstörungen zu erhöhter Mortalität und Morbidität, wie z. B. vaskulären Erkrankungen [13]. Prospektive Studien lassen vermuten, dass

20 bis 30 % der über 65-jährigen Jahr für Jahr stürzen. Fast jeder Fünfte ältere Mensch schränkt aus Angst vor Stürzen seine Aktivitäten freiwillig ein. Die häufigsten Stürze (80–90 % aller Stürze im Alter) sind dabei sog. lokomotorische Stürze, die ohne Bewusstseinsveränderung, bei alltagsüblicher Tätigkeit, ohne besondere Umgebungsbedingungen auftreten. Darüber hinaus ist die Gangstörung des Älteren eine unabhängige Prädiktorvariable für die Entwicklung einer Nicht-Alzheimer Demenz [20].

Die Komplexität des physiologischen Gangs mit allen beteiligten Strukturen des Nervensystems und anderen Organsystemen illustriert die Vielzahl an Möglichkeiten, die zu einer Beeinträchtigung des Gangbildes im Alter führen können (siehe Abbildung 1). So muss die klinisch beobachtete Gangstörung als Ergebnis eines Funktionsverlustes oder -ausfalls und einer funktionellen Anpassung gesehen werden [4].

Grundvoraussetzung für eine möglichst spezifische multimodale Therapie sind eine präzise klinische Untersuchung und die ätiopathogenetisch orientierte

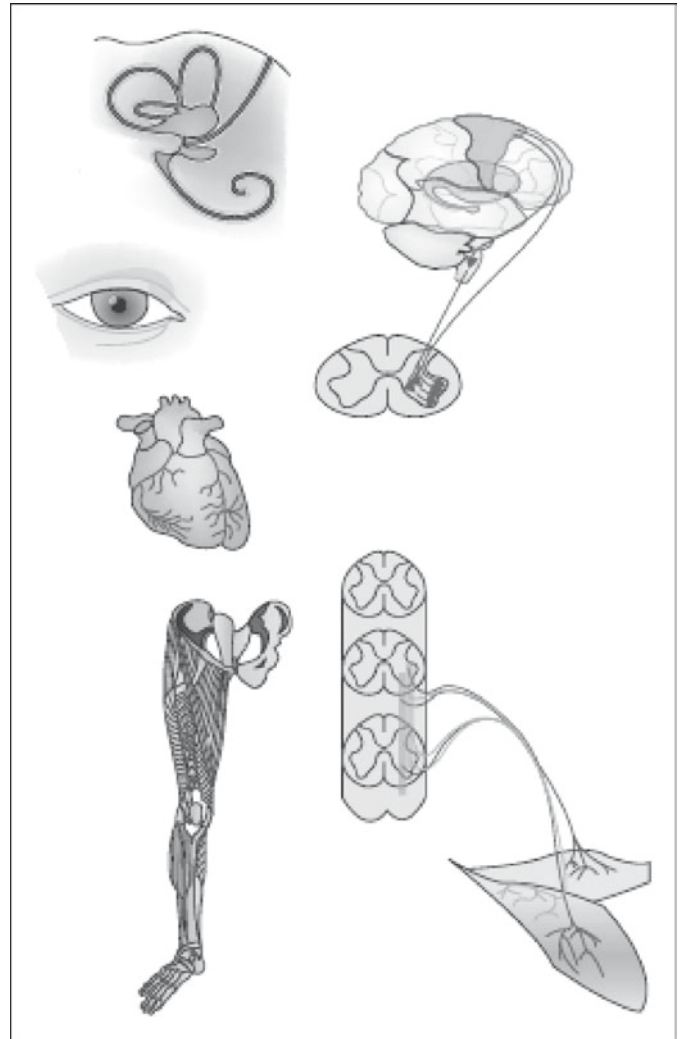


Abb. 1: Beteiligte anatomische Strukturen des Gehens (aus 13)

diagnostische Einordnung. Im Folgenden werden alltagspraktische Grundzüge der a) klinischen Ganguntersuchung, b) der Klassifikation und c) der Therapie von Gangstörungen erläutert.

a) Klinische Ganguntersuchung

Da Gangstörungen meist multifaktorielle Ursachen haben, sollte auch die Diagnostik inter- oder multidisziplinär ausgerichtet sein. Bei Gangstörungen werden in der Anamnese häufig unspezifisch

Tabelle 1: Klinische Ganguntersuchung

Lokomotion:
• Schrittmittlerung, Armbewegungen
• 10 m-Test
– A) Sekunden, B) Anzahl der Schritte
– Ganggeschwindigkeit [m/s]
– Kadenz = Schritte/Min.
– Schrittlänge [m]
• Funktionelle Reichweite (Messrad)
Balance:
• „Get-up-and-go-Test“
• Romberg, Tandem-Romberg
• Ein- und Zweibeinhüpfen
• „Radfahren im Bett“
• Pulltest: Ausfallschritte > 3

Tabelle 2: Ausgewählte klinische Tests zur Gang- und Sturzstratifizierung

Aufstehetest:
Patient soll so schnell wie möglich fünfmal ohne Verwendung der Arme aus einem Stuhl aufstehen (Arme vor der Brust gekreuzt). Wenn ein Patient nicht fünfmal aufstehen kann, wird notiert, wie oft das Aufstehen möglich war, z. B. 3/5.
Tandemstand:
Stehen für 10 Sekunden in der Tandemposition, d. h. beide Füße stehen in einer Linie hintereinander. Prüfung erfolgt nur mit offenen Augen.
Frei gewählte Gehgeschwindigkeit:
10m-Strecke mit üblichem Fußboden ohne Hindernisse und mit guter Beleuchtung. Der Patient wird instruiert, in seiner üblichen Geschwindigkeit mit üblicherweise verwendeten Gehhilfen zu gehen.

als Schwindel, Benommenheitsgefühl, Schwäche oder auch Schmerzen geklagt. Verlässliche Hinweise auf eine Gangstörung sind Stürze. Bei der Anamneseerhebung sollte gezielt nach dem Beginn und dem Verlauf der Behinderung gefragt werden. Oft wird den Patienten ihr unsicherer Gang erst nach einem Sturz bewusst. Eine allmähliche Entwicklung mit plötzlicher Verschlechterung spricht für eine vaskuläre Genese. Begleitsymptome einer Gangstörung wie Harndrang und -inkontinenz können auf spinale Erkrankungen oder einen Hydrozephalus hinweisen. Schmerzen beim Gehen weisen auf eine spinale oder vaskuläre Ursache hin (Claudicatio spinalis vs. intermittens). Darüber hinaus müssen etablierte Risikofaktoren für Gangstörungen wie dementielle Entwicklung, Polypharmakotherapie (z. B. Benzodiazepine, Neuroleptika, Antiepileptika und Antihypertensiva) und Alkoholabusus erfragt werden [15]. Darüber hinaus werden typische Merkmale des gestörten Gangbildes durch Angst vor Stürzen zusätzlich maskiert (sog. fear of further falling gait).

Die klinische Untersuchung umfasst neben einer üblichen klinisch-neurologischen Untersuchung eine quantitative

Analyse der basalen Schrittparameter. Ein bloßes Erfragen oder Abschätzen der Gehstrecke ist nicht hilfreich, da gezeigt werden konnte, dass sich Patienten und Ärzte dabei um das 14-fache verschätzen [12]. Da klinische Skalen im Alltag selten Verwendung finden, empfehlen wir die Verwendung des 10 m-Tests, der umgebungsunabhängig durchgeführt, reproduziert und auch im Längsschnitt effektiv und zeitökonomisch verwendet werden kann. Kadenz (Schritte/min), Geschwindigkeit und Schrittlänge können ermittelt werden, indem der Patient in einer bestimmten Zeit eine festgelegte

Strecke zurücklegt. Einen guten Eindruck vom Funktionszustand des Gleichgewichtssinns bekommt man auch, wenn man dem Patienten beim Aufstehen aus einem Stuhl zuschaut. Das Routineprogramm bei Gangstörungen in unserer Klinik ist in **Tabelle 1** abgebildet. Als standardisierte Tests zur Quantifizierung der Gangstörung aber auch des Sturzrisikos werden von Geriatern z. B. der Aufstehetest, Tandemstand und die frei gewählte Gehgeschwindigkeit empfohlen (**Tabelle 2**). Sehr hilfreich ist auch die Bestimmung der absoluten Reichweite, die wir basierend auf der Idee von Dr. Nikolaus

Tabelle 3: Klassifikation der Gangstörungen

Klassifikation der Gangstörungen nach Nutt und Marsden [modifiziert und vereinfacht nach 10, 15]
I. Lower level (einfache Gangstörungen)
• Arthritischer Gang • Myopathischer Gang • Sensorische Ataxie • Vestibuläre Ataxie • Visuelle Ataxie
II. Middle level (einfach-fokale Gangstörungen)
• Para-, hemiparetische Gangstörung • Zerebelläre Gangstörung • Gangstörung bei Parkinson-Syndrom • Propulsiv/retropulsiv • Choreatische und dystone Gangstörung
III. Higher level (Komplexe Gangstörungen)
• Ängstliche Gangstörung • Frontale Gangstörung • Isolierte Starthemmung • Psychogene Gangstörung

König/Berg mit einem Messrad (sog. Präzisionsmessrad), durchführen, das gelaufene Meter/Zeit zuverlässig und kostengünstig erfasst.

An Zusatzdiagnostik kommen im Praxis- und Klinikalltag Neurographie, evozierte Potentiale, Elektronystagmographie einschließlich Kalorik, Elektromyographie aber auch Orthostasetest, Computertomographie und Kernspintomographie (MRT) zur Anwendung. Das MRT ist sensitiv für zerebrale Läsionen bei vaskulären, demyelinisierenden und einigen neurodegenerativen Erkrankungen und eine sinnvolle Ausschlussdiagnostik für einen unerkannten Hydrozephalus.

Bei Patienten mit rezidivierenden Stürzen können Subduralhämatome entstehen. Viele ältere Patienten mit Gang- und Gleichgewichtsstörungen weisen periventrikulär und im Centrum semiovale Veränderungen der weißen Substanz auf. Diese Läsionen können auch Zufallsbefunde sein, aber ein Großteil der Erkrankungen der weißen Substanz beeinträch-

tigen irgendwann die zerebrale Gangkontrolle [1].

Die computergestützte Ganganalyse ist aufwendig und nach unserer Erfahrung in der Routineuntersuchung entbehrlich, aber von gewissem Stellenwert bei spezifischen Fragestellungen (z.B. Therapieintervention).

b) Klassifikation von Gangstörungen

Im klinischen Alltag hat sich eine anatomisch-hie-

rarchische Klassifikation der Gangstörungen durchgesetzt, die trotz vielschichtiger Nachteile hilfreich ist [10]. Bei dieser Einteilung werden die Gangstörungen in eine untere (peripheres Nervensystem, muskuloskelettales System), mittlere (spinal, Basalganglien, Zerebellum) und höchste (Motorkortex, etc.) Ebene eingeteilt (siehe **Tabelle 3**). Ein Problem dieses Ansatzes besteht sicherlich darin, dass gerade die komplexeren Gangstörungen klinisch im Grunde gleich aussehen. So entstehen die häufigsten differentialdiagnostischen Probleme besonders bei den Gangstörungen der mittleren und höchsten Ebene. Aus diesem Grund werden das normale Gangmuster im Alter sowie ausgewählte Gangbilder der einzelnen Ebenen in Abschnitt c) kurz erläutert. Für eine komplette Übersicht über Gangstörungen im Alter und zum lohnenden vertiefenden Lesen werden die Arbeiten von Stolze et al. 2008 sowie Snijders et al. 2008 empfohlen [13, 15].

„Normales Gehen“ im Alter

Im Alter kommt es zu einer Abnahme der Gehgeschwindigkeit und Verkürzung der Schrittlänge. Durch nachlassende Kraft, Propriozeption und Kognition nehmen die Kontaktzeit des Fußes (Standphase) und Lateralschwankungen zu. In summa führen die alterstypischen Funktionseinschränkungen des peripheren, zentralen und autonomen Nervensystems zu einer progredienten Gang- und Balancestörung. Die Gesamtheit dieser nicht nur neurologisch bedingten Altersveränderungen werden in der Geriatrie unter dem Begriff des „Frailty-Konzeptes“ (Gebrechlichkeit) zusammengefasst. Die Hauptaufgabe des Untersuchers liegt darin, zunächst alterstypische von pathologischen Veränderungen abzugrenzen.

Als **protektiver Gang** oder **idiopathische Gangstörung** wird dieser breitbasige Gang mit verminderter Einbeinstandphase und Kadenz bezeichnet [21]. Hinzu kommen eine etwas vorgebeugte Rumpfhaltung, verminderte Rhythmizität der Arme und Beine und reduzierter Abstand zwischen Bodenfläche und Fuß [15]. Diese häufigste Form der Gangstörung im Alter ist ebenso häufig wie unspezifisch. In unterschiedlichen Studien der letzten Jahre wird sie mit einer Häufigkeit von 10–20 % beziffert [17, 3] und wurde klinisch und Zusatzdiagnostisch charakterisiert [21, 23]. Die Gangstörung ist mit einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität assoziiert [13].

Gangstörung bei Parkinson-Erkrankung

Das idiopathische Parkinsonsyndrom (IPS) ist häufig und betrifft ein Prozent der über 55-jährigen. Typische Charakteristika des Gangmusters sind die vorgebeugte Haltung und der „schlurfende“ Gang. Gelegentlich beschleunigen (Trippeln) die Patienten beim Gehen (Festination) oder fallen nach vorne [6]. Es kön-

nen Probleme beim Losgehen vorhanden sein (Freezing) sowie die Tendenz, sich im Ganzen herumzudrehen. Typisch ist zudem die Asymmetrie mit einseitiger Minderbewegung auch der Arme. Vor der Untersuchung sollte man den Patienten eine längere Strecke frei gehen lassen um die Mitbewegung der Arme zu beurteilen. Insbesondere im mittleren Stadium des IPS reichen wenige Meter oft nicht aus, da der Patient die ersten Meter der Gehstrecke die Arme willkürlich, fast seitengleich mitbewegt. Dieser Effekt verliert sich auf längerer Strecke [6]. Im Gegensatz zu den frontalen Gangstörungen bessert sich das Gangbild beim IPS durch externe Stimuli, wie z.B. ein Metronom, oder durch Verwendung eines Stockes. Zur Bewertung der motorischen Symptome ist der L-Dopa Test in Kombination mit dem 3. Teil der Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) sinnvoll. Eine Verbesserung um 30 % stützt die klinische Diagnose und die Verbesserung tritt nach 30–60 Minuten ein.

Auch andere progrediente neurodegenerative Erkrankungen können mit einer „parkinsontypischen“ Gangstörung einhergehen, wie die Progressive supranukleäre Parese, Multisystematrophie,

Kortikobasale Degeneration und Lewy-Körperchen Demenz. Patienten mit solchen atypischen Parkinsonsyndromen weisen oft einen axialen Rigor, Haltungsinstabilität und schlurfenden Gang auf. Stürze im ersten Jahr nach Erkrankungsbeginn lassen an eine Progressive supranukleäre Parese denken. Meistens stürzen die Patienten dabei nach hinten aufgrund der massiv gestörten posturalen Reflexe. Auch hyperkinetische Bewegungsstörungen führen zu typischen Gangstörungen. Bei der Chorea Huntington bekommt das Gangbild durch das zufällige Auftreten der choreatiformen Bewegungen einen „tanzenden“ Charakter.

Frontale Gangstörung

Die frontale Gangstörung ist die häufigste Gangstörung im Alter und hat zahlreiche Ursachen. Die verschiedensten Synonyme wie frontale Gangataxie, -apraxie, Abasie-Astasie, Marche à petit pas, etc.) führen oft zu Verwirrung [21]. Typische klinische Charakteristika sind ein breitbeiniger, kurzschrittiger, schlurfender Gang mit Ganginitiierungsstörung und Problemen beim Wenden, wodurch der unglückliche Terminus des „Parkinson der unteren Körperhälfte“ (Lower-body-

Parkinson) geprägt wurde. Im Vergleich dazu zeichnet sich die Gangstörung beim idiopathischen Parkinsonsyndrom durch ein engbasiges und einseitig hypokinetisches Gangbild aus. Die Kraft ist meistens erhalten und die Patienten können Schrittbewegungen ausführen solange sie nicht stehen und gleichzeitig das Gleichgewicht bewahren müssen [1].

Die häufigste Ursache der frontalen Gangstörung sind Gefäßerkrankungen, insbesondere die subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE). Die Läsionen befinden sich meistens tief in der frontalen weißen Substanz und im Centrum semiovale. Bei hypertensiven Patienten mit ischämischen Läsionen der weißen Substanz (Binswanger-Krankheit) können als hervorstechendes Symptom Gangstörungen vorliegen. Das klinische Syndrom umfasst kognitive Leistungseinbußen unterschiedlichen Ausmaßes, Dysarthrie, Affektlabilität, erhöhten Tonus und Reflexauffälligkeiten. Anders als beim IPS oder den Polyneuropathien ist das Gangbild bei der SAE durch externe Gehhilfen kaum modulierbar. In unserer Klinik wird eine von Bänzner et.al. vorgeschlagene Beschreibung und Skala bei SAE-Patienten verwendet, die den Vorteil

der Längsschnittbeurteilung bietet. Aktuell konnte eine europäische Interventionsstudie zeigen, dass physikalisches Training eine Besserung des Gangbildes bewirken kann [1, 2].

Das Gangbild bei Patienten mit **Normaldruckhydrozephalus** gehört auch zu den frontalen Gangstörungen. Die anderen Merkmale der diagnostischen Trias (Demenz, Inkontinenz) können im Frühstadium fehlen. Das typische kleinschrittige Gangbild etc. ist obligates Diagnosekriterium beim NPH. Zugleich ist eine Besserung der Schrittlänge nach Probe-Lumbalpunktion (sog. Tap-Test) in Verbindung mit typischen MRT-Veränderungen der sicherste Surrogatmarker für die Diagnose aber auch für eine erfolgreiche Behandlung mittels Shuntoperation. Im MRT zeigen sich eine Vergrößerung der Ventrikel, sowie unterschiedlich starke periventrikuläre Veränderungen der weißen Substanz. Die Pathophysiologie ist bis heute nicht gut verstanden. Bei gleichzeitigem Vorliegen deutlicher mikranagiopathischer Veränderungen, aber auch einer Demenz, ist eine Besserung nach Shunt-Operation unwahrscheinlich [Übersicht bei 8].

Polyneuropathischer Gang

Die wichtigste Ursache von propriozeptiven Afferenzstörungen im Alter sind Polyneuropathien. Klinisch präsentierten sie sich als ein unsicheres, breitbasiges, kleinschrittiges und z. T. stampfendes Gangbild (fehlendes „propriozeptives Feedback“). Typischerweise ist das Gehen auf unebenem Untergrund oder bei Dunkelheit gestört, da die Patienten die visuelle Fixation zum sicheren Gehen benötigen. Darüber hinaus fällt häufig eine fehlende Abrollbewegung auf („Bügeleisengang“). Die klinisch-neurologische Untersuchung zeigt eine Abschwächung/Ausfall von Muskelei-

genreflexen, insbesondere Achillessehnenreflex. In fortgeschrittenen Stadien können atrophische Paresen (z. B. Fuß-/Zehenheber) auftreten. Die Sensibilitätsstörungen sind socken-, strumpf-, oder handschuhförmig und der Vibrations- und Lagesinn können herabgesetzt sein. Seltener kommt es auch zu einer afferenten autonomen Denervierung (z. B. fehlende vegetative Reaktion bei Hypoglykämie). Zur weiteren Einordnung sind Labor- und ggf. Liquor-Untersuchung sowie elektrophysiologische Messungen (Neurographie, ggf. Elektromyographie) und eine internistische Ausschlussdiagnostik indiziert. Differentialdiagnostisch sollte bei Vorliegen eines protektiven Gangmusters aber auch an ein vestibuläres Defizit gedacht werden. Uni- oder bilaterale Vestibulopathien (z. B. nach M. Menière oder Gentamycingabe) können ein ähnliches Gangbild verursachen. Zusätzlich klagen die Patienten über eine Kopfbewegungsunverträglichkeit, Oszillopsien.

Zerebelläre Ataxie/Gangstörung

Zerebelläre Gangstörungen äußern sich durch eine Extremitäten- und/oder Rumpf- und Standtataxie. Das Gangbild ist oft unabhängig von der visuellen Kontrolle gestört und typischerweise breitbasig, schwankend und dysmetrisch (ungleichmäßige Schrittfolge und -länge). Ursächlich kommen im Alter neben der sporadischen zerebellären Spätataxie auch medikamentös-toxische Ursachen (alkoholische oder paraneoplastische Kleinhirndegeneration) oder neurodegenerative Erkrankungen, wie die Multisystematrophie vom zerebellären Typ infrage. Zur weiteren Einordnung sind eine kraniale Kernspintomographie, Labor- und ggf. Liquor-Untersuchung sowie elektrophysiologische Untersuchungen (Neurographie, Evozierte Potentiale) not-

wendig. Molekulargenetische Tests spielen im Alter eher eine untergeordnete Rolle. Die Charakteristika der frontalen, polyneuropathischen und zerebellären Gangstörung sind in **Tabelle 4** nochmals zusammengefasst.

Psychogene Gangstörung

Ausschließlich psychogene Gangstörungen sind im Alter eher selten. Auffälliges Merkmal ist häufig ein bizarr anmutendes, energetisch „unökonomisches“ Gangbild mit abduzierten Armen, als ob man auf Eis laufen würde. Dieser unangemessen übervorsichtige Gang unterscheidet sich deutlich vom Gangbild der unsicheren Patienten mit einer frontalen Gangstörung [21, 13]. Depressive Patienten gehen wegen psychomotorischer Verlangsamung vorwiegend langsam und schreiten nicht energisch aus. Ängstlich überlagerte Gangstörungen (bei fokaler neurologischer Störung) sind dagegen relativ häufig. Nach Stürzen kommt es häufig zu einem überwiegend durch Angst vor Stürzen dominierten Gangbild im Sinne einer sekundären ängstlichen Reaktionsbildung bei vorbestehender organisch bedingter Gangstörung (sog. fear of falling gait). Krankengymnastik bessert bei sekundär verängstigten Patienten das Gangbild oft soweit, dass die erneute Beobachtung eine spezifische zugrunde liegende Ursache aufdecken kann.

c) Grundzüge der Therapie von Gangstörungen

Den vielfältigen Untersuchungen zu Ursachen, klinischer Charakterisierung [5], Folgeschäden und Mortalität von Gangstörungen im Alter [21, 22] stehen vergleichsweise spärliche Daten über therapeutische Interventionsstudien gegenüber. In den letzten Jahren nimmt die Zahl der Studien jedoch stetig zu, in denen

Tabelle 4

Charakteristika der frontalen, polyneuropathischen und zerebellären Gangstörung			
	Frontale Gangstörung	Sensible Ataxie/Polyneuropathie	Zerebelläre Gangstörung
Stand	Breitbasig	Engbasig, blickt nach unten	Breitbasig
Geschwindigkeit	Sehr langsam	Langsam	Unterschiedlich
Schritt	Kurz, schlurfende Abweichung	Unregelmäßig, Lateralschwankungen	Unregelmäßig, verminderter Fuß-Boden-Abstand
Romberg	+/-	Unsicher mit Fallneigung	+/-
Knie-Hacken-Versuch	Normal	+/-	Pathologisch
Ganginitiierung	Zögernd	Normal	Normal
Wenden	Zögernd, trippelnd	+/-	Unsicher
Haltungsinstabilität	++++ Schlechte Haltungssynergien beim Aufstehen aus dem Sitzen	+++	+
Stürze	Häufig	Häufig	spätes Ereignis

gezeigt werden konnte, dass kontrollierte, interventionelle Trainingsprogramme mit alten Menschen die Sturzhäufigkeit [18, 19] und die Gangqualität verbessern können [11, 2]. Bei älteren Patienten kann ein intensives Übungsprogramm zu einer Besserung der sensomotorischen Haltungskontrolle und des Gangbildes führen, was sich in einer Reduktion der Stürze widerspiegelt. Andererseits konnte auch gezeigt werden, dass rein isometrisches Muskeltraining nicht ausreichend ist, um die altersbedingte Verschlechterung des Gehens auszugleichen. Ziel des sensorischen Gleichgewichtstrainings ist eine Besserung der Gleichge-

wichtskontrolle. Ein im Alltag gut erlern- und anwendbares Basisschema, das im Rahmen der Kompensation nach Vestibularisschädigung von Professor Strupp in München in Studien eingesetzt wird [16], erweist sich im am tagesklinischen Alltag bei uns als sehr hilfreich (siehe **Tabelle 5**). Ferner kommen Üben auf instabilem Untergrund, Tandem-, Einbeinstand, Training an Stabilitätsgrenze, manuell induzierte Balancestörungen und Training bei geschlossenen Augen zum Einsatz. Schon nach wenigen Trainingswochen lassen sich messbare Änderungen erzielen, und der Nutzen kann über die Dauer des Übens hinausgehen.

Besonders effektiv scheint die Förderung von Aufmerksamkeits-Ressourcen zur Verbesserung der Fortbewegung zu sein. Die Fähigkeit zu gehen und sich gleichzeitig einer kognitiven Aufgabe zu widmen (sog. Dual Task) ist bei älteren Menschen mit Sturzanamnese oft besonders eingeschränkt und kann durch multimodale Trainingsprogramme gebessert werden (sog. „Walking and talking“ Programme) [14].

Auch ein Hausbesuch zur Stratifizierung häuslicher Stolperfallen kann einen wichtigen Therapieschritt darstellen. Die meisten Stürze finden in der häuslichen Umgebung statt. Zur Verbesserung der Sicherheit sind oft zahlreiche Änderungen zu empfehlen, wie bessere Ausleuchtung und das Anbringen von Griffen und rutschfesten Oberflächen.

An weiteren konservativen Therapiemaßnahmen sind die Prävention von Hüftfrakturen durch Behandlung nachgewiesener Osteoporose (insbes. bei > 65-jährigen Frauen) und das Tragen von Hüftprotektoren in bestimmten Risikokonstellationen zu erwähnen [9, 7]. Durch die Hüftprotektoren ist eine Senkung der Inzidenz von

Tabelle 5

Spezifisches Gleichgewichtstraining [mod. nach Strupp 1998]
1. vestibuläres System: z. B. Durchführung von Kopfdreh- und Kopfkippbewegungen 2. visuelles System: zum Beispiel Auslösen des optokinetischen Nystagmus, langsamer Blickfolgebewegungen oder Sakkaden 3. somatosensorisches System: zum Beispiel Gang- und Standübungen, statische/dynamische Stabilisation auf festem Untergrund, Schaumstoff und Therapiekreisel, Auslösung des zerviko-okkulären Reflexes
Diese Übungen sollten zunächst unter Anleitung von Krankengymnast(inn)en täglich für 15–30 Minuten durchgeführt werden.

Schenkelhalsfrakturen um bis zu 69% möglich.

Hilfsmittel wie Gehstöcke führen zu einer Vergrößerung der Standfläche, verteilen die Körperlast und können bei Affferenzstörungen ein zusätzliches propriozeptives „Feed back“ geben [21]. Die gilt aber nicht für alle Formen von Gangstörungen, da z.B. die Gehilfe bei Parkinsonpatienten mit gestörten posturalen Reflexen zu Stürzen führen kann.

Zur Therapie gehört auch die Überprüfung der im Alter oft übermäßig praktizierten Polypharmakotherapie. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass allein die Reduktion von Medikamenten zu einer signifikanten Abnahme der Sturzhäufigkeit führt [24].

Fazit für den Alltag

Die möglichst genaue diagnostische Einordnung der Gangstörung im Alter sollte dazu führen, die behandelbaren Erkrankungen zu identifizieren und Folgeschäden wie Stürze zu vermeiden. Da Gangstörungen im Alter oft multifaktoriell verursacht sind, sollten Diagnostik und Therapie idealerweise fächerübergreifend ausgerichtet sein. Unter den gut definierten neurologischen Erkrankungen, die zu Gangstörungen führen, sind insbesondere Patienten mit Parkinson-Syndromen, vaskulären Enzephalopathien und Polyneuropathien als besonders sturzgefährdet zu betrachten. Aus neurologischer Sicht können eine sorgfältige semiquantitative Ganguntersuchung, die Identifikation der Hauptursachen der Gangstörung und eine grundsätzlich therapiezugewandte Herangehensweise – auch bei multifaktoriellen Gangstörungen – die Versorgung des älteren Menschen verbessern.

Literatur

- Baezner H, Hennerici M. From trepidant abasia to motor network failure-gait disorders as a consequence of subcortical vascular encephalopathy (SVE): review of historical and contemporary concepts. *J Neurol Sci.* 2005 Mar 15;229–230:81–8. Epub 2004 Dec 19. Review.
- Baezner H, Blahak C, Poggesi A, Pantoni L, Inzitari D, Chabriot H, Erkinjuntti T, Fazekas F, Ferro JM, Langhorne P, O'Brien J, Scheltens P, Visser MC, Wahlund LO, Walde-mar G, Wallin A, Hennerici MG; LADIS Study Group. Association of gait and balance disorders with age-related white matter changes: the LADIS study. *Neurology.* 2008 Mar 18;70(12):935–42.
- Bloem BR, et al. Idiopathic senile gait disorders are signs of subclinical disease. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Sep;48(9):1098–101.
- Ganz DA et al: Will my patient fall? *JAMA* 297:77, 2007
- Giladi N, et al. Clinical characteristics of elderly patients with a cautious gait of unknown origin. *J Neurol* 2005; 252: 300–306.
- Jost WH. Diagnostik des Parkinsonsyndrom. Uni Med Verlag, 2008
- Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Järvinen M, Vuori I. Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *N Engl J Med.* 2000 Nov 23;343(21):1506–13.
- Krauss JK, von Stuckrad-Barre SF. *Handb Clin Neurol.* 2008; 89: 887–902.
- McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zip-pel H, Bensen WG, Roux C, Adami S, Fogel-man I, Diamond T, Eastell R, Meunier PJ, Reginster JY; Hip Intervention Program Study Group. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. *Hip Intervention Program Study Group. N Engl J Med.* 2001 Feb 1; 344(5): 333–40.
- Nutt JG, et al. Human walking and higher level gait disorders, particularly in the elderly. *Neurology* 1993; 43: 268–279.
- Sauvage LR, et al. A clinical trial of strengthening and aerobic exercise to improve gait and balance in elderly male nursing home residents. *Am J Phys Med Rehabil* 1992; 71: 333–342.
- Sharrack B, Hughes RA. Reliability of distance estimation by doctors and patients: cross sectional study. *BMJ.* 1997 Dec 20–27; 315(7123): 1652–4.
- Snijders AH et al: Neurological gait disorders in elderly people: Clinical approach and classification. *Lancet Neurol* 6: 63, 2007
- Springer S et al: Dual-tasking effects on gait variability: The role of aging, falls, and executive function. *Mov Disord* 21:950, 2006
- Stolze H, Vieregge P, Deuschl G. Gangstörungen in der Neurologie. *Nervenarzt.* 2008 Apr; 79(4): 485–99.
- Strupp M, Arbusow V, Maag KP, Gall C, Brandt T. Vestibular exercises improve central vestibulospinal compensation after vestibular neuritis. *Neurology.* 1998 Sep;51(3):838–44.
- Sudarsky L. Neurologic disorders of gait. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2001 Jul;1(4):350–6
- Tinetti ME, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community *N Engl J Med.* 1994; 331: 821–827.
- Tinetti ME: Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 348:42, 2003
- Verghese J, Lipton RB, Hall CB, Kuslansky G, Katz MJ, Buschke H. Abnormality of gait as a predictor of non-Alzheimer's dementia. *N Engl J Med.* 2002 Nov 28;347(22): 1761–8.
- Vieregge P. Idiopathische Gangstörung im Alter. Klinische Phänomenologie und quantitative Erfassung. Verlag Hans Huber, 1996.
- Von Renteln-Kruse W. Stürze Älterer Menschen. Diagnostik und Therapie. *Dtsch Med Wochenschr.* 2004; 129: 880–883.
- Whitman GT, et al. Neuropathology in older people with disequilibrium of unknown cause. *Neurology.* 1999 Jul 22;53(2):375–82.
- Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J, Bowie P. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes-randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2006 Nov; 35(6): 586–91.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sebastian v. Stuckrad-Barre
Fachbereich Neurologie
Deutsche Klinik für Diagnostik
Aukammallee 33
65191 Wiesbaden

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt (Erläuterung siehe März-Ausgabe 2008, Seite 170).
Einsendeschluss ist der 25. Mai 2009

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1) Charakteristisch für die Gangstörung bei Morbus Parkinson ist:

1. Ein kleinschrittiges Gangbild.
2. Eine gebundene Haltung.
3. Das Auftreten von „Freezing-Episoden“.
4. Eine so genannte Festination.
5. Ein auffälliges Rudern mit den Armen beim Gehen.

? 2) Für die Gangstörung bei Subkortikaler arteriosklerotischer Enzephalopathie trifft zu:

1. Eine Besserung durch Behandlung der Gefäßrisikofaktoren ist zu erwarten.
2. Typischerweise ist die Mitbewegung der Arme nicht gestört.
3. Die Sturzangst ist Leitsymptom.
4. Parkinsonähnliche Symptome können vorliegen.
5. Eine vorliegende Demenz schließt die Diagnose aus.

? 3) Das Frailty-Konzept steht für

1. Die hohe Zahl von Hüftfrakturen bei Gangstörungen.
2. Ein strukturiertes physiotherapeutisches Gang- und Balancetraining.
3. Die alters- und krankheitsbedingten Veränderungen im Alter.
4. Das Auftreten von Frakturen bei ganggestörten Patienten.
5. Palliativmaßnahmen in der Geriatrie.

? 4) Für das Gangbild des älteren Menschen trifft zu:

1. Die Schrittlänge wird kürzer, die Gehgeschwindigkeit nimmt zu, und der Fuß-Boden-Abstand nimmt zu.
2. Die Schrittlänge wird länger, die Gehgeschwindigkeit nimmt zu, und der Fuß-Boden-Abstand nimmt ab.
3. Die Schrittlänge wird kürzer, die Gehgeschwindigkeit nimmt ab, und die Standphase verkürzt sich.
4. Die Schrittlänge wird kürzer, die Gehgeschwindigkeit nimmt ab, und der Fuß-Boden-Abstand nimmt ab.
5. Die Schrittlänge wird länger, die Gehgeschwindigkeit nimmt ab, und die Standphase verlängert sich.

? 5) Das häufigste Gangmuster im Alter ist

1. die neuropathische Gangstörung.
2. die vestibuläre Gangstörung.
3. die phobische Gangstörung.
4. die frontale Gangstörung.
5. die psychogene Gangstörung.

? 6) Die Trias beim Normaldruckhydrocephalus setzt sich zusammen aus ...

1. Gangstörung, Sturzneigung, Demenz.
2. Gangstörung, Demenz, Polyneuropathie.
3. Vaskulärer Enzephalopathie, Gangstörung, Sturzneigung.
4. Gangstörung, Schwindel, Inkontinenz.
5. Gangstörung, Demenz, Inkontinenz.

? 7) Für Gangstörungen gilt ...

1. Die frontale Gangstörung ist nach der zerebellären Gangstörung die häufigste Gangstörung im Alter.
2. Die Gangstörung beim Normaldruckhydrocephalus ist nicht zu behandeln.
3. Die Gangstörung beim Normaldruckhydrocephalus ist ein schlechter Prognoseparameter für eine Shunttherapie.
4. Die Gangstörung bei Alzheimer-Patienten bessert sich auf Antidementiva.
5. Die Gangstörung ist obligates Diagnosekriterium beim Normaldruckhydrocephalus.

? 8) Für die Therapie von Gangstörungen ist folgende Maßnahme nicht indiziert:

1. Striktes Gehverbot für sturzgefährdete Patienten.
2. Der Einsatz von Hilfsmitteln (Gehstock, Rollator usw.).
3. Das Absetzen oder reduzieren von sedierenden Medikamenten.
4. Regelmäßige Physiotherapie.
5. Ergotherapie.

? 9) Bei sturzgefährdeten Patienten ...

1. reicht isometrisches Krafttraining aus.
2. sind Hüftprotektoren indiziert.
3. ist eine Osteoporosebehandlung immer indiziert.
4. ist die Einweisung in ein Pflegeheim notwendig.
5. ist ein Sturztraining nicht sinnvoll.

? 10) Zu den konservativen Therapie-maßnahmen bei Gangstörungen zählen nicht ...

1. Osteoporosebehandlung.
2. Sturztraining.
3. Lagerungstraining nach Epley.
4. Versorgung mit Hüftprotektoren.
5. Kognitives Training.

Medizinisches Zahlenrätsel

Jedem Buchstaben der 12 Suchworte ist eine Zahl von 1–22 zugeordnet.

Das Lösungswort ergibt sich aus der vorgegebenen Zahlenreihe.

Neurologische Erkrankung, die mit Taubheitsgefühlen der Füße und Gangstörung einhergehen kann	1	2	3	4	5	6	7	8	2	1	9	10	11	12	6
Rigor, Tremor und Akinese ist die Trias dieser häufigen neurologischen Erkrankung: Morbus ...	1	9	8	13	12	5	14	2	5						
Symptom eines Kleinhirnininfarktes	11	6	15	12	9	10	9	16	12	6					
Erhöhter Muskeltonus in allen 4 Extremitäten	10	6	10	8	9	14	1	9	14	10	12	13			
Gangbild bei Peroneusparese	14	10	6	1	1	6	8	17	9	5	17				
Kleinschrittiges Gangbild, Demenz und Harninkontinenz ist die Trias dieser Alterserkrankung: ... hydrocephalus	5	2	8	15	9	3	18	8	7	19	13				
Einseitiger Ausfall des Gleichgewichtsorgans: Neuritis ...	20	6	14	10	12	21	7	3	9	8	12	14			
Wirkstoff zur Herabsetzung eines erhöhten Muskeltonus	10	12	22	9	5	12	18	12	5						
Ein Merkmal des Wernicke-Mann-Gangbildes	22	12	8	13	7	15	18	7	13	10	12	2	5		
Vitamin, dessen Mangel eine Gangstörung verursachen kann	19	2	21	9	3	9	15	12	5						
Degenerative Veränderung des Hüftgelenkes	19	2	16	9	8	10	11	8	2	14	6				

Lösungsschlüssel

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Lösungswort

14	1	12	5	9	3	13	9	5	9	3	14	10	6	5	2	14	6

Frühkindliche Regulationsstörungen

R. Kohl-Munthiu, J. Kujack, M. v. Stauffenberg

Einleitung

In der kinderärztlichen Praxis begegnen uns relativ häufig, u. a. bei den Vorsorgeuntersuchungen, ratlose Eltern, die im Umgang mit ihren Kindern im Kontext elementarer Alltagssituationen (Beruhigung, Schlafen, Essen) sehr verunsichert sind.

Was bedeutet es, wenn Säuglinge und Kleinkinder exzessiv schreien, nicht ein- und durchschlafen wollen, sich übermäßig anklammern, sich nicht normal füttern lassen oder extrem trotzig oder überängstlich sind? Und wie sind diese Phänomene von ganz normalen Entwicklungskrisen abzugrenzen?

Diese Fragen führen uns mitten ins Thema der sogenannten „**Frühkindlichen Regulationsstörungen**“, Störungsbildern, die eine Schwierigkeit des Säuglings oder Kleinkindes in der Auseinandersetzung mit seiner sozialen Umwelt kennzeichnen.

Dank vielfältiger Forschungsergebnisse aus der Temperaments-, Säuglings-, und Bindungsforschung, mittlerweile in zahlreiche Studien eingeflossen, wissen wir heute mehr über Phänomene wie beispielsweise die bislang viel beschworenen Trimenonkoliken des frühen Säuglingsalters und können Eltern anders beraten als zuvor. Nur etwa 5–10 % des exzessiven Schreiens bei jungen Säuglingen lassen sich auf gastroenterologische Ursachen wie Kuhmilch- oder Lactoseintoleranz oder den gastroösophagealen Reflux zurückführen (Ziegler et.al., 2004, S. 122). Vor mehr als 15 Jahren wurden bereits u. a. in der „Münchner Sprechstunde für Schreibabies“ in Kooperation mit dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München von Frau Prof. Dr. Mechthild Papousek und Mitarbeitern Studien an über 700 Familien durchgeführt und evaluiert. Diese belegen ursächlich Interaktionsstörungen

zwischen Kind und Bezugsperson auf dem Boden vielschichtiger biopsychosozialer und medizinischer Risiken als Faktoren für die Entstehung der beschriebenen Regulationsstörungen (Wurmser und Papousek, 2004, S. 49ff.). Somit steht uns heute neben dem psychiatrisch diagnostischen Manual „ZERO TO THREE“ (ZERO TO THREE, 1994) auch ein klinisch brauchbares Konzept der frühkindlichen Regulationsstörungen zur Verfügung. Es umfasst die Einordnung, Prävalenz und diagnostische Abgrenzung dieser Störungsbilder ebenso wie deren Behandlungsansätze.

Theoretischer Hintergrund und Definition

Die Entwicklung der kindlichen Psyche vollzieht sich innerhalb menschlicher Bindungsbeziehungen. Deshalb ist gerade in der frühen Kindheit nicht das Kind oder ein Elternteil allein verantwortlich, wenn Störungen auftreten, sondern der „Patient“ ist die Beziehung zwischen dem Kind und seinen wichtigsten Bezugspersonen.

So wird die Regulation von basalen Erregungs- und Verhaltenszuständen, von Affekten und Emotionen im Rahmen dieser frühen Eltern-Kind-Interaktionen in unterschiedlichen Alltagskontexten erworben, im Laufe unserer Entwicklung differenziert und begleitet uns unser Leben lang.

Gelungene Regulationsprozesse bedingen positive Wechselseitigkeiten zwischen Eltern und Kind und stärken die Eltern-Kind-Beziehung. Umgekehrt können misslungene Regulationsprozesse in einen Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit münden und die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig belasten. Wenn dies droht oder bereits eingetreten ist, kann man nicht mehr nur von passageren Entwicklungskrisen ausgehen, hier gilt es

aufmerksam zu sein und Unterstützung zu suchen.

Die Qualität dieser Beziehungsinteraktionen wird von multiplen Faktoren beeinflusst:

1. Kindliche Faktoren wie Geschlecht, Temperament, Erkrankungen (v. a. chronische Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit etc.) oder andere Beeinträchtigungen der Entwicklung,
2. Elterliche Faktoren wie die sogenannten intuitiven elterlichen Kompetenzen (Fähigkeiten, die es den Eltern ermöglichen, sich auf ihr Kind einzustellen, seinem Wahrnehmungssystem und seinen Bedürfnissen zu folgen und angemessen darauf zu reagieren), eigene Bindungs- und Beziehungserfahrungen der frühen Kindheit, psychische oder somatische Erkrankungen,
3. Psychosoziale Faktoren wie z. B. Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Familie, Freunde, sonstige Unterstützung, Ressourcen.

Nach gegenwärtigem Forschungsstand treten in der Bundesrepublik Deutschland bei ca. 20 % der Kinder von 0–3 Jahren Symptome einer frühkindlichen Regulationsstörung auf (Papousek, 2004, S. 79). Zu den häufigsten frühkindlichen Regulationsstörungen gehören Exzessives Schreien mit Problemen der Schlaf-Wach-Regulation (vor dem 6. Lebensmonat), Schlafstörungen (nach dem 6. Lebensmonat) und Fütterstörungen. Eltern können hierdurch im Zusammenleben mit ihrem Kind in eine eskalierende Situation von Überforderung und Hilflosigkeit geraten. Das Baby kann seine Bedürfnisse nach Geborgenheit, Nahrung, Entspannung, Aktivität und positiver Beziehungs- und Kommunikationserfahrung nicht ausreichend befriedigen, die Eltern scheinen zu versagen, fühlen sich abgelehnt, inkompetent und alleingelassen. Die Entwicklung des Kindes ist gefährdet, positive

Beziehungs- sowie gegenseitige Kompetenzerfahrungen sind nicht mehr möglich. Heftige negative Affektäußerungen des Kindes, wie unstillbares Schreien oder mangelnde Beruhigbarkeit, können schon kurz nach der Geburt zu Veränderungen der mütterlichen Reaktionsbereitschaften im Sinne von Rückzug, ignorieren kindlicher Signale oder Vermeidung spielerischer Zuwendung führen. Schlimmstenfalls drohen in besonders belastenden Situationen psychische Dekompensation und Kindesmisshandlung.

Unter Berücksichtigung spezifischer Entwicklungsaufgaben in den frühkindlichen Lebensphasen kommt es bei Fehlanpassungen zu verschiedenen Manifestationsformen kindlicher Regulationsstörungen:

Exzessives Schreien	29,4 %
Probleme der Schlaf-Wach-Regulation (0–6 Monate)	25,8 %
Dysphorische Unruhe und Spielunlust	30,1 %
Fütterstörungen	40,4 %
Schlafstörungen (nach dem 6. Lebensmonat)	62,8 %
Exzessives Klammern (mit Ängstlichkeit, sozialem Rückzug und abnormen Trennungsreaktionen)	12,3 %
Exzessives Trotzen (mit Grenzsatzungskonflikten)	20,3 %
Aggressives/Oppositionelles Verhalten	6,8 %

(Wurmser und Papousek, 2004, S. 57)

Ursächlich sind eine Reihe *organischer und psychosozialer Risikofaktoren* bekannt, die bei der Entstehung frühkindlicher Regulationsstörungen relevant sind und jeweils in *pränatale, perinatale* und *postnatale Risiken* untergliedert werden. Zu den pränatalen Risiken gehören u. a. Zustand nach Infertilitätsbehandlung, Nikotinabusus, vorzeitige Wehen mit Tokolyse, schwere Ängste, Stress, De-

pression etc. Zu den *perinatalen Risiken* gehören u. a. Sectio, Forceps, Vakuum, Frühgeburt < 37. SSW, als traumatisierend erlebte Geburt, frühe Trennung von Mutter und Kind etc. Zu den *postnatalen Risiken* gehören u. a. familiäre Atopie oder manifeste Atopie beim Kind, rezidivierende Infektionen, neurologische Auffälligkeiten in der Anamnese, anhaltende ausgeprägte Paarkonflikte, psychische Störungen der Mutter, aktuelle Konflikte mit den Herkunftsfamilien, unbewältigtes Trauma der Mutter etc. (Wurmser und Papousek, 2004, S. 64 ff.).

Schreiambulanz am Clementine Kinderhospital

Um den erheblichen Bedarf an kurzfristigen Interventionen bei frühkindlichen Regulationsstörungen aufzufangen, etablierte das Clementine Kinderhospital in Frankfurt am Main (mit Unterstützung der Stiftung Polytechnische Gesellschaft Frankfurt am Main und der Kinderhilfeschiftung e.V.) im September 2007 eine psychotherapeutische Ambulanz. Vorteile dieses Standortes sind die zahlreichen Möglichkeiten der Kooperation mit dem Fachpersonal der Kinderklinik sowie mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Vereins für Arbeits- und Erziehungshilfe (VAE).

Das Therapiezentrum für frühkindliche Regulationsstörungen (umgangssprachlich als „Schreiambulanz“ bezeichnet) bietet Familien mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren ein ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot. Nach somatischer Diagnostik und Überweisung durch den Kinderarzt findet hier eine umfassende psychodynamische Diagnostik statt (mit ausführlichem anamnestischem Erstgespräch, Erfassen des kindlichen Entwicklungsstandes, Fragebögen, Schlaftagebuch, Fütterprotokoll und ggf. Video-Interaktionsanalysen).

Grundelemente der kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie sind entwicklungspsychologische Informationen, entlastende psychotherapeutische Gespräche, die (u. a. videogestützte) Kommunikationsanleitung und die psychodynamisch orientierte Kommunikations- und Beziehungstherapie. Ziel der therapeutischen Intervention ist die Förderung einer feinfühligsten Kommunikation und positiver Beziehungserfahrungen zwischen Eltern und Kind, die Stärkung elterlicher Kompetenzen und familiärer Ressourcen in Wechselseitigkeit mit der Unterstützung der kindlichen Entwicklungspotentiale, seiner Fähigkeit zu Selbstberuhigung und Selbstregulation. Dies gelingt in den meisten Fällen innerhalb von zwei bis fünf Beratungsterminen. Nur in Ausnahmefällen sind mehr als fünf Beratungen erforderlich.

Um eine Familie individuell behandeln zu können, ist es immer notwendig, die biologischen und psychosozialen Belastungen der Familie in ihrer Gesamtheit im Blick zu haben. Nur so können die Komplexität der frühkindlichen Verhaltensauffälligkeit und die Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion verstanden und behandelt werden.

Im folgenden Abschnitt soll eine Fallvignette über eine Fütterstörung das therapeutische Vorgehen illustrieren:

Aktuelle Anamnese

Familie A. meldet sich im Sommer 2008 im Therapiezentrum wegen des auffälligen Essverhaltens ihrer 21 Monate alten Tochter T. Sie ernähre sich hauptsächlich von Milch (bis zu 1,5 l täglich), die sie aus einer Babyflasche trinke und Breikost, verweigere neu angebotene Nahrungsmittel und oft auch feste Speisen. Mit heftigem Geschrei setze sie das Trinken von Milch immer wieder durch. Sie esse

gelegentlich Laugengebäck, Salzstangen oder Butterkekse, an warmem Essen lediglich pürierten Karotten- oder Kartoffelbrei und oft nur, wenn sie durch gleichzeitige Spielangebote abgelenkt werde. Die Befindlichkeit des Kindes sei tagsüber gelegentlich durch Hunger belastet, die gesamte familiäre Situation sei angespannt und die Eltern fühlten sich durch diesen „Machtkampf“ ums Essen zunehmend erschöpft. Frau A. sei seit zwei Monaten wieder berufstätig in Teilzeit. T. sei während dieser Zeit bei einer Tagesmutter, bei der sie ebenfalls nicht gut esse.

Vorgeschichte und Ernährungsanamnese

T. ist das zweite Kind ihrer Eltern. Vorausgegangen war eine Fehlgeburt im Jahr zuvor. Die Schwangerschaft sei wegen vorzeitiger Blutungen, Infektionen und vorzeitiger Wehen ab der 30. SSW mit hochdosierter stationärer Tokolyse über sechs Wochen emotional extrem belastet gewesen. Die Geburt erfolgte in der 36. SSW spontan, GG 2.910 g, KL 50 cm. T. habe in den ersten vier Monaten viel geschrien. Sie sei sechs Monate voll und bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres teilgestillt worden. Wegen familiärer Allergien (beide Eltern) sei die Einführung von Beikost ab dem 7. LM behutsam erfolgt. T. habe die Löffelkost anfänglich gut toleriert, im weiteren Verlauf habe sie die Nahrung zunehmend verweigert. Unter diesem Druck haben die Eltern begonnen, T. während der Mahlzeit mit Spielzeug abzulenken. Die Auswahl an Nahrungsmitteln sei eingeschränkt gewesen, um den Kontakt mit potentiellen Allergenen zu vermeiden. Dennoch hätte sie eine Neurodermitis entwickelt.

Familienanamnese

Es sind keine manifesten Ess-Störungen bekannt, jedoch scheint das Essen für

beide Eltern im Alltag eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die vierjährige ältere Schwester von T. zeige auch ein auffälliges und selektives Ess-Verhalten, das sich inzwischen aber gebessert habe und nach den Schilderungen die Vermutung einer sensorischen Nahrungsaversion (orale und gustatorische Überempfindlichkeit, die häufig mit der Vermeidung bestimmter Nahrungskonsistenzen einhergeht und die Annäherung an neue Nahrungsmittel erschwert) nahelegt. Dies wird durch die familienanamnestischen Hinweise, dass auch der Vater, Herr A., gewisse Nahrungsmittel nie gemocht bzw. angefasst habe, gestützt.

Befund/Interaktion

Im Erstkontakt begegnet uns T. als ernstes, aufmerksames 21 Monate altes Mädchen, altersgerecht entwickelt und nicht untergewichtig (T. gedeiht auf der 50. Perzentile für Gewicht und Körperlänge). Sie hält sich vorwiegend in der Nähe der Eltern auf, spricht zunächst nur wenige Worte, trinkt fast permanent Apfelschorle aus einer Flasche, isst später Butterkekse. Als die Apfelschorle austrunken ist, wird T. wütend, möchte mehr, lässt sich aber durch Zureden der Eltern beruhigen. Nach ca. einer Stunde beginnt sie langsam den Raum und Spielmaterial zu explorieren. Frau A. hält während des Gesprächs fast dauernd Körperkontakt zu T., streichelt ihr den Kopf oder nestelt an ihrem Haar, berichtet ängstlich-angespannt und nervös von ihren Sorgen um T. und dem daraus resultierenden Kontrollbedürfnis der Ernährung ihrer Tochter. Herr A. wirkt ruhiger und etwas distanzierter. Die Eltern, beide Akademiker, sind offen, freundlich und im Kontakt liebevoll auf T. und aufeinander bezogen. Im Verlauf der Beratungen wird T. offener, erkundet schneller Spielmaterial wie

Spielküche oder eine Handpuppe, die sie hingebungsvoll füttert. Sie spricht mehr, bewegt sich freier und unabhängiger von den Eltern. Wir erkennen auch Veränderungen innerhalb der Familiendynamik. Herr A., initial eher passiv involviert, übernimmt zunehmend Initiative sowohl im Gespräch als auch zu Hause im Kontext der gemeinsamen Mahlzeiten. Frau A. wird im Verlauf gelassener und kann den inneren Fokus mehr auf eigene wichtige Themen richten (eigene Ängste und Trauer). In dem Maße, in dem die Eltern ihre Verantwortlichkeiten umverteilen bzw. umbewerten können, kann T. den dadurch gewonnenen Freiraum für die Entwicklung altersangemessenerer Ess-Verhaltensweisen nutzen und mehr Autonomie gewinnen. Diese Schritte wurden auch mit Hilfe videogestützter Interaktionsanalysen erzielt, in denen sich zeigte, dass T. eindeutig Interesse am Essen signalisiert und auch neue Nahrungsmittel probieren kann.

Therapie und Verlauf/ Beurteilung

Mit Herrn und Frau A. wurden neben den ausführlichen und für sie selbst entlastenden Gesprächen, T.'s Entwicklungsstand sowie elterliche Strategien zur Unterstützung ihrer emotionalen und Autonomie-Entwicklung thematisiert. Konkrete Schritte zur Entspannung der gemeinsamen Mahlzeiten (ausreichende Pausen zwischen den MZ, kein nächtliches Essen, kein ständiges Anbieten von Nahrung zwischen den MZ, klare zeitliche Begrenzung der MZ, keine Ablenkung durch Spielzeug während des Essens, Unterstützen einer selbstständigen Nahrungsaufnahme und Zulassen von Exploration der Nahrungsmittel) halfen, die Situation klarer zu strukturieren und dem Kind mehr Autonomie zu ermöglichen. Von besonderer Bedeutung

in den Beratungen waren die Thematisierung von Belastungsfaktoren im Hinblick auf die elterliche emotionale Regulation, insbesondere die von uns vermuteten Ängste der Mutter, die sich hinter ihrem Kontrollbedürfnis und dem inneren Druck verbargen. So wurden insbesondere Frau A.'s Trauer durch das Erleben einer Fehlgeburt und die als massiv erlebten Verlustängste um ihre Kinder, hier insbesondere um T.'s Gedeihen und Entwicklung vertieft reflektiert. Diese im Hinblick auf die Fütterstörung psychodynamisch relevanten Ängste der Mutter konnten so innerpsychisch differenziert werden und ermöglichten es ihr, T. als vitales und weniger gefährdetes Kind mit seinen realen Bedürfnissen und Fähigkeiten wahrzunehmen.

Im Verlauf der sechs Beratungsgespräche kam es zu einer deutlichen Entspannung der vormals sehr belasteten Ess-Situation und zu einer Verbesserung der innerfamiliären Beziehungen. T. zeigt zwar weiterhin ein selektives Ess-Verhalten, möglicherweise auch im Sinne einer sensorischen Nahrungsaversion, bei der auch genetische Komponenten relevant sind. Im Unterschied zu vorher isst sie jetzt aber zu Hause und bei der Tagesmutter altersentsprechende Kost, probiert gelegentlich ein neues Nahrungsmittel und hat den übermäßigen Milchkonsum reduziert.

Abschlussbemerkung/ Zusammenfassung

Frühe Interventionen im Bereich dysfunktionaler Interaktionen zwischen Eltern und Kind haben neben akuter Entlastung auch einen präventiven Charakter. Die oben beschriebene Fallvignette zeigt exemplarisch wie durch eine kurzfristige therapeutische Intervention eine nachhaltige Entspannung innerhalb des familiären Systems erreicht werden konnte.

Eingebunden in ein Gesamtkonzept „Früher Hilfen“ leistet das Therapiezentrum für frühkindliche Regulationsstörungen einen wichtigen Beitrag. Derzeit hat das Clementine Kinderhospital die Verhandlungen mit den Kostenträgern des Gesundheitssystems aufgenommen, um die Weiterfinanzierung der Schreiambulanz (auch nach der zweijährigen Anschubfinanzierung, ab September 2009) zu sichern. Die Schreiambulanz versteht sich dabei als Teil der psychosomatischen Versorgung von Kindern im Rhein-Main-Gebiet. Im Sinne der Unterstützung einer stabilen Bindung zwischen Eltern und Kind kann die Arbeit der Schreiambulanz einen entscheidenden Beitrag zur Prävention von psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter leisten.

Aktuell ist ein professionelles flächendeckendes Behandlungsangebot im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung für Familien mit kleinen Kindern nicht gewährleistet. Neben Ärzten und Psychotherapeuten sind auch Hebammen, Angehörige anderer Heilberufe sowie Pädagogen in Frühförderstellen und Tagesstätten aufgerufen, sich zu vernetzen und zusammen zu arbeiten. Frühe Hilfen für Familien bereit zu halten, sind politisch-gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

Literatur

Bensel, Joachim: „Freiburger Säuglingsstudie: Welche Faktoren beeinflussen das frühe Säuglingsschreien?“, in: *Die Hebamme* 2006 19(1), S. 12–18.
Bensel, Joachim: *Was sagt mir mein Baby, wenn es schreit? Wie Sie Ihr Kind auch ohne Worte verstehen und beruhigen können*. Ratingen 2003.
Largo, Remo H.: *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. 15. Aufl., Hamburg 2002.
Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004.

Papousek, Mechthild, „Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept“, in: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004, S. 77–110.

Stern, Daniel: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 9. erw. Aufl., Stuttgart 2007

Stern, Daniel: *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart 1998.

Wurmser, Harald und Papousek, Mechthild, „Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz“, in: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004, S. 49–76.
ZERO TO THREE. National Center for Clinical Infant Programs (Hg.): *Diagnostic classification: 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Arlington 1994.

Ziegler, Margret; Wollwerth de Chuquisengo, Ruth und Papousek, Mechthild, „Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter“, in: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004, S. 111–143.

Anschrift der Verfasserinnen

Ruth Kohl-Munthiu, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztliche Psychotherapeutin

Jennifer Kujack, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Musiktherapeutin

Dr. Maya von Stauffenberg, Leitende Ärztin der psychosomatischen Abteilung

Therapiezentrum für frühkindliche Regulationsstörungen

Clementine Kinderhospital
Verein Frankfurter Stiftungskrankenhäuser e. V.

Theobald-Christ-Straße 16
60316 Frankfurt am Main

E-Mail: r.kohl-munthiu@ckhf.de

E-Mail: j.kujack@ckhf.de

E-Mail: m.v.stauffenberg@ckhf.de

Der Weg zur Chronifizierung der kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD)

Die Sicht des Orthopäden/Manualtherapeuten G. Plato

Einführung zum Thema

Kranio-mandibuläre Dysfunktionen sind nur in ihren Anfangsstadien sicher und erfolgreich behandelbar. Bleiben diese Funktionsstörungen längere Zeit unentdeckt und unbehandelt, so beeinflussen sie nicht nur Nachbarsysteme, sondern haben nach und nach Funktionsstörungen im ganzen Körper zur Folge: Aus einer „lokalen“ Funktionsstörung entwickelt sich eine chronische Erkrankung. An der Funktion eines Gelenkes sind beteiligt:

- Anteile der Materie/Struktur (Knorpelbandapparat, Kapsel, Diskus),
- Anteile der Energie (Muskeln, Bindegewebe, Faszien, Gefäße),
- Anteile der Steuerung (zentrales Nervensystem, periphere Nerven, autonomes Nervensystem).

Diese verschiedenen Anteile beeinflussen sich gegenseitig, Veränderungen an einem Anteil führen zwangsläufig zu Änderungen in den anderen Anteilen. Dies ist sowohl diagnostisch als auch therapeutisch nutzbar.

Von der Interdependenz zum Regelkreis

1. Im Regelkreisgeschehen kann jede äußere oder innere Störung zunächst kompensiert werden.
2. Bestehende Dysfunktionen müssen daher zunächst vom Patienten – bei ausreichender Kompensationsmöglichkeit im System – noch nicht bemerkt werden. Sie können aber von einem erfahrenen Untersucher bereits (oft) schon diagnostiziert werden. Ist die Kompensationsfähigkeit jedoch erschöpft (Zeitfaktor, weitere hinzukommende Störfaktoren), so werden Symptome auftreten, die nicht nur der Untersucher feststellen, sondern

die jetzt auch der Patient deutlich benennen kann.

3. Die schwächsten Anteile bestimmen die Art und den Ort des Schmerzes. Das heißt, wenn eine Dekompensation im kranio-mandibulären System (CMS) vorliegt, muss sie nicht im Kopfbereich wehtun, sondern sie kann sich z.B. als Schmerz im Bereich der ersten und zweiten Rippe darstellen.

Der stärkste Schmerz muss nicht das führende Symptom sein.

Dysfunktionen wird man also zunächst im Bereich des Arthrions erwarten können. Setzen Diagnostik und Therapie früh genug ein, werden die Funktionsstörungen auf das Arthron beschränkt bleiben.

Die Therapie wird sich auf die Fehlfunktion im Arthron, die Besserung der Funktion und die Behebung der Schmerzsymptomatik beschränken können.

Das Arthron Kiefergelenk

Werden Dysfunktionen im Bereich des Arthrions Kiefergelenk erwartet, müssen die drei Anteile der Funktion – 1. Materie/Struktur, 2. Energie, 3. Steuerung – systematisch untersucht werden, um eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Ad 1: Um Probleme im Bereich der Materie zu überprüfen, müssen folgende Strukturen untersucht werden:

- die Gelenkflächen,
- der Diskus,
- der Bandapparat,
- die bilaminäre Zone.

Des Weiteren werden beurteilt:

- Veränderungen des Hart-/Weichgewebes in der Mundhöhle,
- Zahnstellung und Okklusion,
- aktive Bewegung und deren passive Weiterführung,
- Mundöffnung, Mundschluss, Seitwärts-

bewegung, Vor- und Rückgleiten des Unterkiefers,

- Geräusche des Kiefergelenkes.

Ad 2: Um Probleme im Bereich der Energie zu überprüfen, müssen die folgenden Strukturen untersucht werden:

- die Muskulatur,
- die Faszien.

Sie werden beurteilt über

- aktive Bewegung und deren passive Weiterführung,
- Endgefühl,
- Widerstandstests (isometrische Provokation),
- Prüfung der Kraft.

Ad 3: Um Probleme im Bereich der neuronalen Steuerung auszuschließen, muss untersucht werden:

- die Funktion der Hirnnerven.

Dysfunktionen im Bereich des Musters

Die Kompensation im Arthron ist erschöpft, wenn eine Adaptation im Arthron aus folgenden Gründen nicht mehr erfolgen kann:

1. Schwere der Schädigung der anatomischen bzw. funktionellen Strukturen,
2. hinzutretende Störmechanismen oder
3. Zeitfaktor (lang dauerndes Bestehen der Symptomatik der Funktionsstörung).

Es kommt zur Dekompensation. Dadurch werden Fehlfunktionen über die physiologischen Verbindungen des Arthrions an seine Nachbarn weitergegeben, die dort ebenfalls Fehlfunktionen auslösen. Diese Weiterleitung kann sowohl über Faszien, Muskeln, Nerven als auch über Gefäße erfolgen. Wir sprechen dann nicht mehr von einer Dysfunktion im Arthron, sondern von einer Dysfunktion im Bereich des Musters. Bei Ausbreitung der Dysfunktion im Rahmen des Musters sind beim Betroffensein

des Arthrions Kiefergelenk Störungen in folgenden Bereichen zu erwarten:

- in den Kopf Gelenken (z. B. via Schädelbasis),
- in der übrigen Halswirbelsäule (via Faszien, Muskeln, nervale Verschaltung),
- im Mundboden (via nervale Verschaltung, mediale Faszie, Zunge, Hyoid, Muskeln),
- im Bereich des Hyoids (via Faszien, Muskeln),
- in den Halsfaszien (via Mandibula, nervale Verschaltung, Muskulatur),
- in der oberen Thoraxapertur mit den Rippen 1 und 2 (via Muskulatur, Faszien) und
- in der oberen Brustwirbelsäule bis T3 und T4 (via Muskulatur, Faszien).

Nach diesen Fehlfunktionen im Muster sollte gesucht werden, da bei diesen Patienten die Therapien nur im Bereich des Arthrions als nicht ausreichend anzusehen sind. Eine den jetzt bestehenden Dysfunktionsmustern entsprechende Ausweitung der Therapie ist notwendig, andernfalls ist der Weg zur weiteren Chronifizierung gebahnt. Eine interdisziplinäre simultane therapeutische Zusammenarbeit ist gefragt.

Verdächtig auf Dysfunktionen im Muster sind Schmerzsyndrome wie:

- Globusgefühl,
- Heiserkeit, Dysphonie,
- Schmerzen im Bereich des Mundbodens, der Zunge, des Zungengrundes und
- atypischer Gesichtsschmerz.

Bestehen bei Patienten neben den Dysfunktionen im CMS auch Beschwerden dieser Art, so sollte ein versierter Manualtherapeut hinzugezogen werden.

Dysfunktionen im Bereich der Verkettung

Unter dem Zeitfaktor – und bei fortschreitender Dekompensation – werden weitere Organe und Organsysteme von

Fachnachrichten

Bildschirmarbeit in Kliniken

Mängel in der Gestaltung von Arbeitsplätzen müssen behoben werden

Von der Diagnose durch Tomographie oder Ultraschall über computergestützte Operationstechniken bis hin zur Pflege und Verwaltung: Medizin ist ohne Computer nicht mehr denkbar. Die Entwicklung ständig neuer Medizintechnologie hat die Lebens- und Behandlungsqualität der Patienten erheblich verbessert. Doch für das Personal, das Bildschirmarbeit an Großgeräten ausübt, bedeutet dies eine zusätzliche Belastung. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) untersuchte 130 Bildschirmarbeitsplätze an medizinischen Großgeräten wie Röntgen-, Ultraschall-, EKG- oder EEG-Geräten in 14 Krankenhäusern. Die Studie ergab, dass Faktoren wie ein zu hoher Geräuschpegel, zu trockene Luft, mangelhafte Beleuchtung sowie Belastungen durch die Arbeitsorganisation die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Angestellten beeinträchtigen. Hier hat der technische Fortschritt die Arbeitsplatzgestaltung überholt. Der vor kurzem veröffentlichte Bericht „Bildschirmarbeit in Kliniken und Praxen“ der BAuA gibt Hinweise zur Verbesserung und Optimierung solcher Bildschirmarbeitsplätze durch simple Maßnahmen wie bessere Beleuchtung, einen veränderten Standort oder mehr Arbeitsfläche.

Weitere Informationen unter:

www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F1801.html

Quelle:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

der Dysfunktion erfasst werden. Diese können oft anatomisch weit ab vom primären pathogenetischen Geschehen auftreten, sodass die Zusammenhänge (oft) nur schwer zu erkennen sind. Es handelt sich dann um Dysfunktionen im Bereich der Verkettung.

Die folgenden Strukturen sind besonders häufig bei der Verkettungssymptomatik an Fehlfunktionen beteiligt: die subster-nalen Faszien, das Diaphragma abdominalis, die Viszera, der Beckenboden, das Becken, das Coccyx, die übrige Wirbelsäule.

Bestehen neben der kranio-mandibulären Dysfunktion auch noch Beschwerden wie Zephalgie, Schwindel, Tinnitus, Atemnotsyndrome, funktionelle Herzbeschwerden, Darmstörungen oder Störungen des Beckenbodens, so sollte interdisziplinäre Hilfe angefordert werden. Nach Aus-

schluss eines anderen pathologischen Geschehens als den Funktionsstörungen sollten die Dysfunktionen manualtherapeutisch/osteopathisch unbedingt behandelt werden. Eine Behandlung nur der CMD würde mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen ausreichenden und bleibenden Erfolg bringen.

Anschrift des Verfassers

Dr. Gernot Plato
Holstenstraße 4
24768 Rendsburg
E-Mail: gernotplato@t-online.de

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Heidelberg.
Aus Manuelle Medizin 2008, 46:384–385
© Springer Medizin Verlag

Kraniomandibuläre Dysfunktion

Versuch einer bewertenden Übersicht S. Kopp¹, W. G. Sebald (†)²

Diese Übersicht ist eine bewertende, weil nicht versucht wird, die facettenreichen vielgestaltigen Formen von Funktionsstörungen (FS) vollständig nachzuzeichnen, sondern es wird vielmehr der Versuch unternommen, das Krankheitsbild – anhand vereinfachter Denkmodelle – durchgängig zu strukturieren. Die meisten Zahnärzte und Manualmediziner haben ein Wissen über die Funktion und Dysfunktion des kraniomandibulären Systems (CMS), aber dabei handelt es sich eher um Einzeldaten, die noch nicht durch Assoziationsketten strukturiert sind. In **Tab. 1** sind die Funktionsstörungen als Übersicht dargestellt. Sie soll dem noch nicht so Erfahrenen helfen, einen Überblick zu gewinnen und die innere Struktur der Funktionsstörungen zu erkennen.

Die statistischen Auswertungen systematischer Untersuchungen des CMS, die in den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts in den skandinavischen Ländern durchgeführt wurden, ergaben, dass bei 10 % des untersuchten Kollektivs Symptome einer kraniomandibulären Dysfunktion (CMD) zu erheben waren. Auch spätere Untersuchungen bestätigten diese Befunde als Minimalwerte. Neuere Statistiken nennen je nach untersuchter Population Werte von 20 bis 30 %.

Häufigkeit des Vorkommens

Für die Praxis bedeutet dies, dass – statistisch gesehen – mindestens jeder zehnte „neue Patient“ Symptome einer CMD aufweist. Symptome dürfen natürlich nicht mit dem Vollbild einer CMD gleichgesetzt werden, aber sie sollten diagnostisch auch nicht übersehen werden. Im Gespräch, auch mit hochqualifi-

zierten Kollegen, trifft man nicht selten auf Aussagen wie: „In meiner Praxis habe ich noch nie einen Patienten mit CMD beobachten können.“ Hier klaffen offensichtlich Symptommhäufigkeit und Erkennen der Befunde auseinander. Das ist folgenreich, denn nur im Anfangsstadium lassen sich CMD mit großer Sicherheit erfolgreich behandeln.

Warum kraniomandibuläres System?

Mit „System“ soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich nicht nur um eine Störung im „Kauapparat“ handelt, wie es in der alten Nomenklatur heißt. System meint ein Eingebundensein in ein komplexes Zusammenwirken vieler verschiedener anderer Funktionsabläufe. Interdependenz, gegenseitiges Abhängigsein, gegenseitiges Zusammenarbeiten und gegenseitige Beeinflussung kennzeichnen die Systembeziehungen. Eingriffe in ein System bzw. Störungen an einem Glied des Beziehungsgefüges verändern alle Komponenten des Systems. Die Wirkung eines Eingriffs oder einer Störung bleibt nicht lokal und singulär. Diese gegenseitige Beeinflussung hat einerseits einen negativen Aspekt, denn störende Eingriffe bleiben nicht auf den

Ort des Geschehens – beispielsweise auf die Kaufläche eines Zahnes – beschränkt, sondern beeinflussen das „Gesamtsystem“. Andererseits kann die gegenseitige Beeinflussung therapeutisch genutzt werden, um Teile des Systems, die einen direkten Zugriff nicht gestatten – z. B. das Kiefergelenk –, über andere Systemanteile zu beeinflussen.

Das CMS oder der sechsbeinige Tisch

Die Zusammenhänge im okklusoartikulären Bereich sind schwer zu erkennen. Ein stark vereinfachtes Denkmodell ist der sechsbeinige Tisch (**Abb. 1**). An ihm kann gezeigt werden, welchen Einfluss die einzelnen Faktoren auf den Komplex der funktionellen Störungen des stomatognathen Systems haben.

- Das Beinpaar I steht repräsentativ für die Okklusionsbeziehungen der Oberkiefer- und Unterkieferfrontzähne (Eckzahn-sicherung, Front-/Eckzahn-Führung).
- Das Beinpaar II steht repräsentativ für die Okklusionsbeziehungen der Seitenzähne (ABC-Kontakte, seitliche Abstützung und Vertikaldimension).
- Das Beinpaar III steht repräsentativ für das Arthron. Unter dem Begriff Arthron versteht man in der Orthopädie alle

¹ Zahnärztliches Universitätsinstitut der Stiftung Carolinum, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

² München

Tab. 1: Einteilung der Funktionsstörungen nach W.G. Sebald

Funktionsstörung		Dysfunktion im Arthron		Dysfunktion im Muster		Dysfunktion in der Verkettung	
Diagnose	Kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD)			Kraniozervikale Dysfunktion (CCD)		Kraniosakrale Dysfunktion (CSD)	
Differentialdiagnose	Dento-/okklusogen	Myogen	Arthrogen				
Ursache	Störungen der statischen und dynamischen Okklusion, Parafunktionen	Überbelastete Kaumuskulatur und Kauffahnmuskulatur (Mundöffner und Mundschließer)	1. Entzündung 2. Verlagerung des Kondylus 3. Diskopathien 4. Degenerative Veränderungen 5. Systemische Erkrankungen	Hypertonus der Kauffahns-, Hals- und Nackenmuskulatur			
Zuständig für die Diagnose	ZA	ZA (+ Orthopäde bei CCD)	ZA (+Orthopäde bei 4., 5.)	ZA + Orthopäde		Orthopäde	
Diagnostische Techniken	Anamnese Instrumentelle FA Daraus folgend: Okklusionsanalyse an artikulatormontierten Modellen	Anamnese Messen der Bewegungsparameter des Unterkiefers Muskelpalpation Widerstandstests Schmerzprovokation	Anamnese Messen der Bewertungsparameter des Unterkiefers Palpation des KG Gelenksplethysmometrie Schmerzprovokation KG-Röntgen (2., 4., 5.) MRT (3.)	Anamnese Erheben der Bewegungsparameter der Kopfgelenke Muskelpalpation der Kauffahns-, Hals- und Nackenmuskulatur Widerstandstests Tests der passiven Bewegung Schmerzprovokation		Anamnese Erheben der dysfunktionalen Bewegungsparmeter der WS, des Beckens, des Beckenbodens und der Viszeralhilfe orthopädischer, manualtherapeutischer, osteopathischer Techniken	
Therapie							
Therapeutische Zielvorstellungen	Harmonisierung der statischen und dynamischen Okklusion (in Stufen) Beseitigung von Balancefacetten und Schlüssel-Schloss-Passungen	Entspannung der Muskulatur Durchbrechen des Circulus vitiosus: Verspannung → Schmerz → mehr Verspannung	Entlastung des KG (1., 4., 5.) Autozentrierung der Kondylen Distraction + Protrusion der Kondylen (2.) Reposition des Diskus (3.)	Synchrones und synergistisches Vorgehen, d.h. Behandlung über den zweiten Zugang zum pathogenetischen Geschehen		Lösen der Dysfunktionen im Bereich der Verkettung des Musters und schließlich des Arthrons	
Therapeutische Mittel	Subtraktive und additive Okklusionskorrektur (u.U. davor zur Entspannung Aufbissbehelf mit anteriorem Plateau)	Übungsbehandlung Muskelmassage Infiltrationstherapie Aufbissbehelfe zur Muskulentspannung	Aufbissbehelf zur Gelenkentlastung Autozentrierung (1., 2.) Repositionsbehelf (3.) Stabilisierender Aufbissbehelf (chronische Fälle, 4., 5.) Medikamente (1., 4., 5.) Physiotherapie	Interdisziplinäre synchrone Therapie Zahnärztliche Therapie entsprechend den Befunden der klinischen Funktions- und Okklusionsanalyse		Interdisziplinäre synchrone Therapie Orthopädisches, manualtherapeutisches, osteopathisches Therapie-inventar Physiotherapie Medikamente	
Zuständig für die Therapie	ZA	ZA (+ Orthopäde)	ZA (+ Orthopäde + Physiotherapeut)	ZA + Orthopäde Interdisziplinäre synchrone Zusammenarbeit		Orthopäde (ZA + Physiotherapeut)	

ZA Zahnarzt, KG Kiefergelenk

Die farbliche Abstufung soll deutlich machen, in welchem Ausmaß der Manualmediziner/Orthopäde und der Physiotherapeut an der Diagnostik und Therapie einer kranio-mandibulären Dysfunktion beteiligt werden müssen

327

Bei weiterem Fortschreiten wird der meniskotemporale und der meniskokondyläre Bandapparat zerstört und es kommt zur irreversiblen Verlagerung des Diskus und des Kondylus.

Retrusiv wirkende Kräfte schädigen auch die Muskeln, die versuchen, diesen Kräften entgegenzuwirken. Der M. pterygoideus lateralis leistet dabei die Hauptarbeit, in der zweiten Abwehrlinie gegen retrusive Kräfte stehen der M. masseter pars superior und M. pterygoideus medialis.

Dento-/okklusogene Funktionsstörung

Unser Denkmodell funktioniert wie folgt: Der Tisch steht fest und waagerecht, wenn alle Beine gleich lang sind (5. und 6. Bein mit den „Unterlagen“, den Disci articulares). In diesem Fall liegen symptomfreie Gelenke und eine optimale Okklusion vor.

Alle Veränderungen an den Tischbeinen 1 bis 4 sind leicht feststellbar, da entweder der ganze Tisch wackelt oder aber ein bzw. mehrere Beine nicht den Boden berühren. (Diese Beschreibung gibt beispielhaft die Situation wieder, die bei einem Patienten mit einer primär dento-/okklusogenen CMD vorliegt.) Diese Feststellung ist aber nur dann richtig, wenn die Beine 5 und 6 auf ihren „Unterlagen“ stehen.

Unter dieser Annahme führen wir instrumentelle Funktionsanalysen durch. Wir setzen voraus: Das Kiefergelenk ist nicht oder nur gering gestört. Um den Tisch in unserem Beispiel wieder zu stabilisieren, kürzen wir die zu langen Beine 1 bis 4 (subtraktive Okklusionskorrektur) oder unterlegen die zu kurzen Beine 5 und 6 (additive Okklusionskorrektur).

Myogene Funktionsstörung

Bei den myogenen Funktionsstörungen stehen Entzündungen, Verkürzungen

und Hartspann der Muskulatur mit dem dadurch induzierten Schmerz im Vordergrund – ein wesentlich dynamischeres Geschehen als das „statische Tischmodell“. Dennoch, wirken unphysiologisch hohe Kräfte auf die „Tischplatte“ ein, so führt dies zum Durchbiegen der Platte, vor allem dann, wenn ein Beinpaar verkürzt ist. Das heißt für unser Beispiel: Mit verkürzten Beinen 3 und 4 biegt sich nicht nur die Tischplatte durch, sondern „rütteln“ die Kräfte auch – bei häufiger Einwirkung über eine lange Zeit – die Beine 5 und 6 von ihren Scheiben herunter. Auch in der Praxis weiten sich nicht selten primär myogene Funktionsstörungen zu arthrogener CMD aus.

Arthrogene Funktionsstörung

Bei unserem „Tischmodell“ simulieren wir durch das Herausziehen einer Scheibe (Discus articularis unter Bein 5) eine Diskopathie vom Typ totale Diskusluxation. Belasten wir den Tisch im Bereich zwischen dem 2. und 3. Beinpaar, so kippt die Tischplatte um eine schräge Achse. Im Bereich von Bein 5 senkt sich die Tischplatte, im Bereich von Bein 2 hebt sie sich (Infraokklusion im Front- und Eckzahnbereich). Ist zusätzlich noch das Bein 3 verkürzt (fehlende okklusale Abstützung), so kippt nicht nur die Tischplatte bei starker Belastung, sondern bei geringer Dauerbelastung bleibt der ganze Tisch schief stehen.

Zusammenhang von CMS und CCS

Die Mundschließer, also die Muskeln, die den Unterkiefer adduzieren, haben ihren Ursprung ausnahmslos am knöchernen Schädel. Da es sich nur um je drei Muskeln (M. masseter, M. temporalis, M. pterygoideus medialis) auf jeder Seite handelt, bleibt der ganze Vorgang des Mundschließens recht übersichtlich.

Demgegenüber sind die Abduktion und die Translation ein komplexes Geschehen und ein sehr komplizierter Vorgang, bei dem mehr als zehn Muskeln aus verschiedenen Bereichen und von ganz unterschiedlichen Ursprungsorten zusammenwirken müssen.

Nur der M. pterygoideus lateralis, der M. biventer, der M. stylohyoideus haben ihren Ursprung am Schädel, alle übrigen primären Mundöffner außerhalb des Schädels.

Zu diesen „primären Mundöffnern“ kommen noch die „sekundären Mundöffner“, nämlich jene Hals- und Nackenmuskeln, die den Kopf in einer mehr oder weniger aufrechten Haltung fixieren. Würden diese Muskeln nicht „gegenhalten“, so würde sich bei jedem Mundöffnen der Kopf durch den Zug der infrahyoidalen Muskulatur nach vorne neigen.

Das CMS steht über den Muskel-Faszien-Apparat in direkter funktioneller Verbindung mit dem kraniozervikalen System (CCS).

Der Okziput-Atlas-Axis-Komplex (Co, Cl, C2) gehört nach traditioneller Einteilung zu den Kopfgelenken, die den oberen Abschluss der Halswirbelsäule darstellen. Nach der heutigen Kenntnis der funktionellen Zusammenhänge muss das Kiefergelenk als das oberste Kopfgelenk betrachtet werden. Somit verbindet das Kiefergelenk nicht nur den Unterkiefer mit dem Schädel, sondern auch die Zahnmedizin mit der Medizin.

Was ist eine CMD (CCD)?

Es wurde bereits gesagt, dass die Symptomatik kranio-mandibulärer Dysfunktionen sehr facettenreich und vielgestaltig ist. Deshalb kann sie auch so leicht durch das „diagnostische Sieb“ fallen. Warum? Es fehlt ein klares Leitsymptom!

Es gibt keine Laborparameter, die Hinweise geben. Und es gibt auch keine

apparativen Hilfen, seien sie auch noch so aufwendig und kompliziert, die den 100-prozentigen Beweis liefern, dass eine Funktionsstörung vorliegt.

Wenn man den Fokus stark verengt, so bleiben die Kardinalsymptome:

- Schmerz,
- Funktionseinschränkung, Störung der Funktion,
- Empfindungsstörungen, Missempfindungen,
- (Geräusche).

Ein CMD/CCD-Patient klagt über Schmerzen: an den Zähnen, im Gesicht, im Mund, in den Ohren, hinter den Augen.

Ein CMD/CCD-Patient kann den Mund nicht mehr ganz öffnen, nicht mehr länger sprechen, nicht mehr schlucken.

Ein CMD/CCD-Patient leidet unter Brennen im Kieferknochen, bohrendem Schmerz im Kiefer, Brennen im Mund, Taubheit der Zunge, Globusgefühl in der Speiseröhre, Engegefühl beim Atmen

und vielen anderen für den Unerfahrenen bizarren Symptomen.

Über Geräusche in den Kiefergelenken klagten nur wenige Patienten und meist nur dann, wenn das Knacken so laut ist, dass es im soziales Umfeld stört. Knacken ist ein Symptom, das einer genauen differentialdiagnostischen Abklärung bedarf und deshalb sehr unterschiedlich behandelt werden muss. Trotzdem zeigt die Erfahrung, dass die Knackphänomene des Kiefergelenkes für die meisten Zahnärzte eine nicht zu widerstehende Versuchung darstellen, therapeutisch zu intervenieren.

Zusammenfassung

Viele Patienten, die täglich in die zahnärztliche Praxis kommen, zeigen Symptome einer kranio-mandibulären (CMD) bzw. kraniozervikalen Dysfunktion (CCD). Zahnärzte und Manualmediziner sollen dazu angeregt werden, diesen Sympto-

men mehr Beachtung zu schenken, um bei ihren Patienten bereits die Anfangsstadien der Erkrankung erkennen zu können.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. S. Kopp
Zahnärztliches Universitätsinstitut
der Stiftung Carolinum
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main
E-Mail: kopp@med.uni-frankfurt.de

Interessenkonflikt Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Heidelberg.
Aus Manuelle Medizin 2008, 46:389–392
© Springer Medizin Verlag

54. Angiologischer Arbeitskreis Rhein Main Thrombophilie und Vaskulitis – ein interaktiver Workshop

27. Mai 2009, 18:00 Uhr s. t.
Goethehaus, Frankfurt am Main

Themen: **Heinrich Heine (1794–1856) und seine Matratzengruft**
Professor Dr. Wolfgang Hach, Frankfurt **Sinn und Unsinn der Thrombophilie-Diagnostik** Professor Dr. Edelgard Lindhoff-Last, Frankfurt **Vaskulitis – ein schwieriges Krankheitsbild** Dr. Klaus Amendt, Mannheim

Leitung und Auskunft: Professor Dr. Viola Hach-Wunderle
Tel.: 069 20707, Fax: 069 50930094
E-Mail: Hach-Wunderle@t-online.de

Aktuelle Information des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit zur Einweisung Schwerbrandverletzter in geeignete Krankenhäuser

Die bundesweite zentrale Vermittlung für Betten für Schwerbrandverletzte hat folgende neue Internet-Adresse:

<http://www.hamburg.de/feuerwehr/service/nofl/108006/start.html>

Über diese Seite kann auch eine aktuelle Liste der am Vermittlungsverfahren für Schwerbrandverletzte beteiligten Krankenhäuser (mit Kontaktdaten) heruntergeladen werden. Direkte Kontaktaufnahme zur Vermittlung wie folgt:

- Tel. 040 42851-3998 (oder -3999)
- Fax 040 42851-4269
- E-Mail: leitstelle@feuerwehr.hamburg.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

Prüfungsvorbereitung Facharzt für Allgemeinmedizin

Im Rahmen der allgemeinmedizinischen Fortbildung wird am 6. und 7. Juni 2009 (siehe Seite 331) zum 2. Mal das Repetitorium Allgemeinmedizin angeboten. Das Konzept und die Umsetzung wurden bei der ersten Veranstaltung sehr gut von Ärztinnen und Ärzten vor der Facharztprüfung und von weiteren interessierten Kolleginnen und Kollegen aufgenommen, die ihr Wissen auffrischen und neueste Tendenzen in der Allgemeinmedizin erfahren wollten.

Entstanden ist das Konzept aus den Vorschlägen jüngerer Kolleginnen und Kollegen, die die neueren Kurse der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin durchlaufen haben. Diese Kolleginnen und Kollegen bedauern, dass es für die frühere 240 Stunden Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin, in der die Allgemeinmedizin umfassend dargestellt werden konnte, keinen Ersatz gibt. Neben der Ausbildung in „Psychosomatischer Grundversorgung“, die die neue Weiterbildungsordnung vorschreibt, besteht der Wunsch, theoretisches Wissen aus

dem somatischen Bereich und dessen Umsetzung in die allgemeinmedizinische Praxis für ihre zukünftige Arbeit systematisiert dargeboten zu bekommen und mit den Moderatoren zu diskutieren.

Begonnen wird das Symposium mit einer Einführung in spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, die von Pre-Test Wahrscheinlichkeit bei der Bewertung sich anbietender Differentialdiagnosen, akut versus nicht-akut, Verlaufsbeobachtung etc. bestimmt werden. Sogenannte Befindlichkeitsstörungen werden anschließend behandelt, ehe es über Fieberzustände zu speziellen Krankheitszuständen geht. Diese werden größeren Gebieten zugeordnet wie Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, neurologische Krankheitsbilder, wichtige dermatologische Krankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Os-

teoporose. Selbstverständlich wird auch die Palliativmedizin thematisiert, ebenso wie Schmerztherapie und rationale Arzneimitteltherapie. Ein Vortrag befasst sich mit Prävention in der hausärztlichen Praxis. Abgerundet wird die Veranstaltung durch Arbeit in Kleingruppen über die genannten Themen.

Moderatoren aus der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin, Mitglieder der hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen und Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin konnten als Referenten gewonnen werden. Sie werden eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, evidenced based medicine, hausärztlichen Leitlinien, DEGAM-Leitlinien und praktischer Erfahrung vortragen.

Die Veranstaltung ist ein Refresher für weite Bereiche der Allgemeinmedizin auf hohem Niveau, die durchaus den Anspruch erhebt, den state-of-the-art in der Allgemeinmedizin zu beschreiben.

Dr. Gert Vetter

Briefe an die Schriftleitung

Was bringt die elektronische Gesundheitskarte?

(Hessisches Ärzteblatt 2/2009, S. 98–100)

Ich frage mich eines: glaubt eigentlich irgendjemand wirklich ernsthaft, dass das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“ bei der derzeitigen Stimmungslage unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchsetzbar sei? Es sollte eigentlich inzwischen überall bekannt sein, dass Verbitterung, Resignation, Wut und Frustration die Szene beherrschen. Bundesweit kostet die Karte 1 bis

1,4 Milliarden Euro jährlich, „der einzelne Arzt müsse zwischen 2.000 und 3.000 Euro investieren“.

Und das in einer Situation, wo wir uns täglich über administrative Schikanen ärgern? Oder erfahren: wir erbringen 30 % unserer Leistungen für Kassenpatienten umsonst – wenn wir uns wieder einmal unsere Abrechnung erklären lassen?

Wenn jemand sagt, vorwiegend Lobbyisten und gut verdienende Ärzte würden Stimmung gegen die Karte machen: da kann ich nur hohnlachen!

Ich bin nicht bereit, bei diesem Projekt mitzumachen und werde auch meine Patienten bzw. deren Eltern hierüber informieren.

Dr. med. Andreas Rutz, Lollar

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Das Gesundheitswesen in Deutschland, die ärztlichen Körperschaften, Weiter- und Fortbildung, Ärztliches Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht

Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben. **8 P**

Themen: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland; Aufgaben und Organisationsstruktur der Landesärztekammer Hessen; die Berufsordnung für die Ärzte in Hessen; ambulante vertragsärztliche Versorgung; die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung im Rahmen des GMG (Gesundheits-Modernisierungsgesetz); angestellte und beamtete Ärzte, Verfahren zur Erteilung der Berufserlaubnis und Approbation; Haftpflicht- und Lebensversicherung; Krankenversicherung; Rundtischgespräch: „Der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland – Stellung, Aufgaben, Pflichten und Rechte“

Mittwoch, 13. Mai 2009, 9 c. t. – 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 120 (Akademiemitgl. € 108)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

1. Pädiatrisch-Kinderpsychiatrisches Forum – Tics, Zwänge, Epilepsie **5 P**

Themen: Zwangserkrankungen des Kindes- und Jugendalters; Ticerkrankungen des Kindes- und Jugendalters; Epilepsie und Autismus

Samstag, 16. Mai 2009, 09:00 Uhr – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. D. Mallmann, Eltville

Prof. Dr. med. B. Neubauer, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weitere Termine 2009: 29. Aug., 28. Nov.

Medizin in der Literatur

„Gegen den Strich“ (1884) von Joris-Karl Huysmans

Mittwoch, 27. Mai 2009, 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. phil. D. von Engelhardt, Lübeck

Teilnahmebeitrag: € 30

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Donnerstag, 04. Juni 2009, 13:00 – 21:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Weiterer Termin: 10. Juli 2009

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse. **16 P**

Samstag/Sonntag, 06./07. Juni 2009, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Teilnehmerzahl: mind. 25

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Chirurgie

Kinderchirurgie

Samstag, 06. Juni 2009 (entfällt)

Hepatobiliäre Chirurgie

Samstag, 12. Sept. 2009

Leitung: Prof. Dr. med. W.-O. Bechstein

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weiterer Termin: 5. Dez. 2009

Sommerakademie 2009 –

„für alle, die noch Punkte bis zum 30.6.2009 brauchen“

Alle hessischen Ärzte, die ihre Unterlagen mitbringen und nach Besuch der Sommerakademie die Voraussetzungen für das gesetzlich geforderte Fortbildungszertifikat erfüllen, erhalten dieses bis zum 30.6.2009

In Kooperation mit der KV Hessen und der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer

Themen: wie z.B. Notfallmanagement in der Praxis, Intensivkurs Hygiene in der Praxis, Qualitätsmanagement in der Praxis, EKG- und Ultraschallkurs-Refresherkurs, Aktualisierungskurs im Strahlenschutz, Medizinische Rehabilitation nach neuer Reha-Richtlinie, Moderatorentaining

Montag, 15. Juni – Freitag, 19. Juni 2009, 14:00 – 22:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de



Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Stadienorientierte Therapie des Ovarialkarzinoms

10 P

Mittwoch, 17. Juni 2009, 09:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen

Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weiterer Termin: 07. Okt. 2009

Bitte beachten Sie, dass die Psychos. Grundversorgung im Rahmen der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin auch als Weiterbildungsmaßnahme für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe anerkannt wird (s. Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin).

Hygiene, Öffentliches Gesundheitswesen und Umweltmedizin

MRSA-Netzwerke in Hessen und woanders – Voneinander lernen

Themen: MRSA-Netzwerke aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit; LARE-Netzwerk in Bayern; MRE-Netzwerk Rhein-Main; MRSA-Netzwerk Kassel

Mittwoch, 01. Juli 2009, 14:00 – 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann

PD Dr. med. U. Heudorf

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Update Herzschrittmacher- und Defibrillator-Therapie 2009

Samstag, 19. Sept. 2009, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. J. Sperzel, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Internistische Erkrankungen und Pharmakotherapie in der Schwangerschaft

Interdisziplinäre Veranstaltung mit den Themen Pharmakotherapie, gynäkologische Screening-Untersuchungen, Asthma bronchiale, rheumatologische Krankheiten, Diabetes mellitus, venöse Thromboembolie, Hypertonie

Samstag, 27. Juni 2009, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Plastische Chirurgie/Dermatologie

Neue Aspekte zur Therapie von Hauttumoren:

Grenzen der operativen und konservativen Therapie

Samstag, 27. Juni 2009, 09:00 – 14:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Bücher

Medizin und Gewissen. Kongressdokumentation des Internationalen IPPNW-Kongresses in Nürnberg. Erschienen im Mabuse-Verlag. 2008. 587 Seiten. ISBN 978-3-938304-63-1. Euro 48,-.

Der Kongress fand unter der Schirmherrschaft von Margarete Mitterlich-Nielsen statt und wird von einem Geleitwort der Schirmherrin und von Horst Eberhard Richter begleitet, der langjährig eine Leitbildfunktion für die IPPNW national wie international repräsentiert.

Sechzig Jahre nach Beginn des Nürnberger Ärzteprozesses sind viele Fragen um eine „Medizin ohne Menschlichkeit“ noch immer von großem Interesse.

Der Band ist die Dokumentation des dritten Kongresses zum Thema „Medizin und Gewissen“.

Namhafte Autoren befassen sich mit Fragen der ärztlichen Arbeit, mit Erfahrung von sechs Jahrzehnten der Verarbeitung des Nürnberger Ärzteprozesses. Andere Fragestellungen sind aktuelle Standortbestimmung des Gesundheitssystems. Hier werden Solidarität, Kommerzialisierung und Konzepte zur Arzneimittelversorgung diskutiert.

Unter der Überschrift „Ethische Erwägungen zur Ressourcenverteilung“ werden Reformoptionen im Gesundheitswesen diskutiert. Die Ökonomisierung im Krankenhaus und in der Arztpraxis war ein Punkt sowie die Patientenautonomie und die Bürgerpartizipation im Gesundheitswesen. Ein Arbeitskreis behandelte die Internationale Erosion öffentlicher Gesundheitsfürsorge.

Welchen Interessen folgen die Beschäftigten im Gesundheitswesen, hier besonders die Ärzte? Welche Verflechtungen bestehen zwischen den Interessen der Industrie- und von Politikbeteiligten und den Ärztinnen und Ärzten? Wie setzen sich Patienteninteressen in diesem System durch?

In welcher Weise wirkt die zunehmende Ökonomisierung sich schädigend aus auf die Interessen der auf die Behandlung Angewiesenen? Viele kluge Fragen und einige Versuche der Analyse. Ein Inhaltsverzeichnis der Kongressdokumentation schließt den Band ab.

Für jede Ärztin und jeden Arzt, die sich kritisch mit unserem Gesundheitswesen auseinandersetzen ist der Dokumentationsband ein „Muss“.

Dr. med. Siegmund Drexler



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V./DÄGfA bietet die Akademie den theoretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß dem Curriculum der BÄK an.

I. Teil Theorie (120 Stunden)

Samstag, 09. Mai – Sonntag, 10. Mai 2009	G10–G11
Samstag, 16. Mai 2009	G12
Freitag, 28. Aug. – Sonntag, 30. Aug. 2009	G1–G3
Freitag, 11. Sept. – Sonntag, 13. Sept. 2009	G1P–G3P
Freitag, 02. Okt. – Sonntag, 04. Okt. 2009	G4–G6
Freitag, 13. Nov. – Sonntag, 15. Nov. 2009	G7–G9
Samstag, 05. Dez. – Sonntag, 06. Dez. 2009	G10–G11
Samstag, 12. Dez. 2009	G12

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 09. Mai 2009	G19	Sonntag, 10. Mai 2009	G20
Samstag, 29. Aug. 2009	G13	Sonntag, 30. Aug. 2009	G14
Samstag, 03. Okt. 2009	G15	Sonntag, 04. Okt. 2009	G16
Samstag, 14. Nov. 2009	G17	Sonntag, 15. Nov. 2009	G18
Samstag, 14. Nov. 2009	G17/Qi Gong		
Sonntag, 06. Dez. 2009	Sportmedizin		

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V.
Tel.: 089 71005-13 Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs A 05./06. Juni 2009 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs B 11./12. Sept. 2009 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung
verb. Interventionstechniken

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Psychosomatische Grundversorgung – Theorie
Kurs A wird anerkannt

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung
und Einübung verbaler Interventionstechniken
Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 – Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus E-learning und Präsenzlernen)

Telelernphase: 21. April 2009 – 12. Juni 2009 **insg. 30 P**

Präsenzphase: 13. Juni 2009, 13:00 – 17:00 Uhr
mit abschließender Lernerfolgskontrolle:

14. Juni 2009, 08:30 – 16:30 Uhr

Telelernphase: 12. Sept. 2009 – 06. Nov. 2009 **insg. 30 P**

Präsenzphase: 07. Nov. – 08. Nov. 2009

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim

R. Demare, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 Samstag, 12. – Samstag, 19. Sept. 2009

Aufbaukurs B2 Samstag, 31. Okt. – Samstag, 07. Nov. 2009

Aufbaukurs C2 Samstag, 28. Nov. – Samstag, 05. Dez. 2009

Termine 2010

Grundkurs A1 Samstag, 23. – Samstag, 30. Jan. 2010

Aufbaukurs B1 Samstag, 27. Feb. – Samstag, 06. März 2010

Aufbaukurs C1 Samstag, 17. – Samstag, 24. April 2010

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 08. Mai – Samstag, 09. Mai 2009 (Kurs bereits belegt) 20 P

Leitung: PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Termine auf Anfrage

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Impfkurs

Samstag, 10. Oktober 2009

11 P

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltscher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltscher@laekh.de



Gesundheit & Kulturelle Vielfalt

In Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer und der Landesärztekammer Hessen

Modul 1: Migration – Integration (16 UE) 20 P

Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

Modul 2: Östliches Europa, Balkan und GUS (16 UE) 20 P

Freitag, 10. – Samstag, 11. Juli 2009

Leitung: Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein

Teilnahmebeitrag pro Modul € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hämotherapie**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.) 16 P**

Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

2009 in Rheinland-Pfalz:

Montag, 15. – Mittwoch, 17. Juni 2009 8 P/Tag

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 140 ohne Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau A. von Loeben,

Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 28438-16, Fax: -10, E-Mail: vonLoeben@arztKolleg.de

2010 in Hessen:

Freitag, 11. – Sonntag, 13. Juni 2010 8 P/Tag

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitglieder € 135) inkl. Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Curriculäre Fortbildung „Organspende“ (insg. 40 Std.)

Für Transplantationsbeauftragte und andere interessierte Ärzte/innen im Krankenhaus sowie Leitende Pflegekräfte

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Kommission „Transplantation und Organspende“ der Landesärztekammer Hessen

Donnerstag, 28. – Freitag, 29. Mai (16 Std.)

Termine für das Kriseninterventionsseminar (8 Std.) werden im Rahmen der Veranstaltung bekannt gegeben. Die DSO unterstützt die Organisation des praktischen Teils (16 Std.).

Leitung: Prof. Dr. med. Bechstein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Schloss Rauischholzhausen,

Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung**Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel. Praxis**

Samstag, 23. Mai 2009

10 P

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Heimhausen

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Seminar „Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV“

Freitag, 02. Okt. – Sonntag, 04. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Heimhausen

M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 20. Juni 2009

Wiesbaden

Samstag, 31. Okt. 2009

Kassel

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 21. Nov. – Dienstag, 24. Nov. 2009 Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfiger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:

Kursteile A–D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.)

80 P

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des

Uniklinikums Gießen/Marburg

Freitag, 02. – Samstag, 10. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495) excl. Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau Wessel,

Zentrum für Notfallmedizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg,

Tel.: 06421 586-5980, Fax: -6996,

E-Mail: sek1anae@med.uni-marburg.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul II: Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

€ 150 (Akademiemitgl. € 135)

Modul III: Freitag, 03. – Samstag, 04. Juli 2009

€ 200 (Akademiemitgl. € 180)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 19. – Samstag, 20. Juni 2009

18 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: 440 € (Akademiemitgl. 396 €)

Tagungsort: Bad Nauheim

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Block III. 08. – 10. Mai 2009 **20 P**
(Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

- A.** Dermatologische Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen/ Verläufe/Balintgruppenarbeit
B. Stressbewältigung; PTSD akut/chronisch. Salutogenetisches Potential II. Haupttherapieverfahren in der Psychotherapie/ Indikation und Prognose psychosomatischer Interventionen/ Indikationen zur Überweisung.

Weitere Termine 2009:

03. – 05. Juli, 04. – 06. Sept. und 20. – 22. Nov.

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,
Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009

Theorie und Praxis: (s. HÄBL 02/09)

Block 2: Freitag, 12. – Sonntag, 14. Juni 2009

Block 3: Freitag, 04. – Sonntag, 06. Sept. 2009

Block 4: Sonntag, 11. Okt. 2009

Leitung: Prof. h. c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,
Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie
Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38–40
Tel.: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611-3411-676

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht

Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Neue Termine in Planung!

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,
Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

Frühjahr 2010

Neue Termine in Planung!

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,
Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK II Mittwoch, 28. Okt. – 06. Nov. 2009 **80 P**

Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul I **19. – 23. Mai 2009** **40 P**

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul II **08. – 12. Juli 2009** **40 P**

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III **09. – 13. Nov. 2009** **40 P**

€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **01. – 05. Dez. 2009** **40 P**

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfiger@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Termine 2009:

Block III **07. – 12. Sept. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

Block IV **16. – 21. Nov. 2009** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) **48 P**

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Kurse für 2010 in Planung

Medizinische Rehabilitation 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Samstag, 04. Juli 2009, 09:00 – 17:00 Uhr **21 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim, Rehazentrum der DRV-Bund,
Klinik Wetterau, Zanderstraße 30–32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) **32 P**

Freitag, 04. – Samstag, 05. Sept. 2009 und

Freitag, 02. – Samstag, 03. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni – Samstag, 20. Juni 2009 **16 P**

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de



Spezielle Schmerztherapie

Block D 09./10. Mai 2009 Bad Nauheim **20 Punkte**
Muskuloskelettale Schmerzen; Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, weit verbreitete Schmerzen (Engl. Syn.: widespread pain), Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen“

Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt a. M.

Block C 19./20. Sept. 2009 Wiesbaden **20 Punkte**
Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszerale Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B 31. Okt./01. Nov. 2009 Kassel **20 Punkte**
Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen

Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel

Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Stelzel

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 230 (Akademiemitgl. € 207)

Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof

Aufbaukurs (Periphere Gefäße) **25 P**

Donnerstag, 18. – Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)

Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum) **Kurs belegt**

€ 350 (Akademiemitgl. € 315)

Abschlusskurs (Periphere Gefäße) **20 P**

Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

Spezialkurs -CT-

Samstag, 27. Juni 2009, vormittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs Interventionsradiologie

Samstag, 27. Juni 2009, nachmittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs für Röntgendiagnostiker

Samstag, 29./Sonntag, 30. Aug. 2009 **22 P**

+ 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgeweche f. Praktikum u.

Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Kenntniskurse

(theoretische u. praktische Unterweisung auch einzeln buchbar)

Samstag, 26. Sept. 2009 **13 P**

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

Theoretische Unterweisung, vormittags) **6 P**

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Praktische Unterweisung, nachmittags **7 P**

€ 50 (Akademiemitgl. € 45)

Teilnehmerzahl: max. 36

Aktualisierungskurs

Samstag, 14. Nov. 2009 **9 P**

€ 120 (Akademiemitgl. € 108)

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Umweltmedizin

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Die Akademie muss sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an. Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z.B. wegen Überbelegung schicken. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Teilnahmevoraussetzungen! Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, finden Sie die Information darüber auf der Homepage der Kammer. Diejenigen, die sich mit Adresse bei uns angemeldet haben, benachrichtigen wir persönlich.

Teilnahmebeitrag für Seminare sofern nicht anders angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademie-Mitglieder kostenfrei (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung).

Mitgliedschaft: Es besteht die Möglichkeit, am Tagungsbüro die Akademie-Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt der reduzierte Teilnahmebeitrag.

Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen, für die der Teilnahmebeitrag vorher entrichtet werden muss; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung

beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 90 und € 45 für Ärzte in Weiterbildung.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun den Referenten und Teilnehmern Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Information wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail mirjana.redzic@laekh.de

Fortbildungszertifikat: Die angegebenen Punkte P gelten für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Akademie der LÄK Hessen (250 P in 5 Jahren), sowie für die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht. Den Antrag stellen Sie bitte an die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Krahe, Fax: 06032 782-228.

Das Ausstellen von Fortbildungszertifikaten dauert in der Regel 6–8 Wochen. Wir bitten um Ihr Verständnis.



Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7)

Inhalte: Techniken der Kommunikation anwenden, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen beherrschen, Telefonkommunikation durchführen, Konfliktlösungsstrategien einsetzen, sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen.

Termin: Freitag, 26. 6. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Dezentral in Kassel: Mittwoch, 8. 7. 2009, 09:30 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung,
Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel

Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 11)

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Motivation und Bedürfnisse einschätzen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen.

Termin: Samstag, 27. 6. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Dezentral in Kassel: Freitag, 10. 7. 2009, 09:30 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung,
Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel

Teilnahmegebühr: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 2)

Inhalte: Teamarbeit fördern, „Eigenes“ Rollenverständnis im Praxisteam beobachten und analysieren, Beschwerde- und Konfliktmanagement anwenden und analysieren, Lösungsstrategien anwenden.

Termin: Samstag, 4. 7. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Dezentral in Kassel: Samstag, 11. 7. 2009, 09:30 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung,
Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 5)

Inhalte: Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung, Praxisräume und Funktionsbereiche, Anleitung des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Termin: 29. 8. + 05. 9. + 12. 9. + 19. 9. 2009,
4 x samstags, 10:00 – 14:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 280

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 9)

Inhalte: Grundlagen der GOÄ (Bewertungs- und Begründungssystematik bei Höherbewertung, Wegegeld, Analoge Bewertungen, Materialkosten, Rechnungslegung), **Gebührenverzeichnis** (Begriff des Behandlungsfalles und dessen abrechnungsrelevante Konsequenz, Anwendungsbeispiele zur Rechnungslegung, inhaltliche Interpretation einzelner ausgewählter Leistungslegenden, allgemeine Abrechnungsbestimmungen zu einzelnen Leistungen oder Abschnitten der GOÄ).

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Prüfungsvorbereitungskurse

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 2)

Inhalte: Vorbereitung in der Prüfungssituation: Lösung der Prüfungsaufgabe und Vorbereitung der Präsentation, exemplarische Simulation der Prüfungssituation – Übungen im Rollenspiel, praktische Übungen.

Termine: jeweils von 9:30 – 17:30 Uhr (9 Stunden)

Montag, 18. 5. 2009

Freitag, 22. 5. 2009

Freitag, 12. 6. 2009

Samstag, 13. 6. 2009

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 1)

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a RöV. Zielgruppe sind Arzthelfer/innen, medizinische Fachangestellte, Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA's, MTRA's und MTLA's.

Inhalte: Gesetzliche Grundlagen, Strahlenbiologische Grundlagen, Dosis und Referenzwerte, Grundlagen des Strahlenschutzes, Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen einschl. CT und digitale Bilderzeugung, Qualitätssicherung von Röntgenuntersuchungen, Aufgaben der ärztlichen Stellen.

Die Fortbildungsveranstaltung ist vom Regierungspräsidium in Kassel anerkannt.

Termin: Samstag, 20. 6. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr,

Teilnahmegebühr: € 95

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (MED 10)

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Inhalte: Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, Infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte.

Termin: 11. 9. 2009 – 12. 9. 2009 und 17. 9. 2009 – 19. 9. 2009
(30 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 410

Information: Monika Kinscher,

Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Reanimationstraining für das Praxisteam (MED 6)

Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik, Maßnahmentraining, Umgang mit Beatmungshilfen, Umgang mit verschiedenen AED-Geräten, Training der Herz-Lungen-Wiederbelebung, Training verschiedener Algorithmen.

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 95

Injektionen/Infusionen (MED 5)

Inhalte: Rechtliche Grundlagen, Grundlagen der Anatomie und Physiologie, Grundlagen der Pharmakologie, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer Injektion, Maßnahmen und Vorbereitung einer Infusion, Tuberkulin Hauttest, Praktische Übungen.

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180





Ernährungsmedizin

Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie (ERM 1)

Inhalte: Anatomie und Physiologie der Verdauungsorgane erläutern, Stoffwechsel der Kohlenhydrate, Fette, Eiweiße erläutern, Regulation der Nahrungsaufnahme beschreiben.

Termin: Donnerstag, 18.6.2009

Teilnahmegebühr: € 70

Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (ERM 2)

Inhalte: Grundlage der Ernährungslehre beschreiben, Lebensmittelkunde überblicken, Produktion von Lebensmitteln darstellen und industrielle Kennzeichnungen kennen lernen, Nahrungsergänzungsmittel einschätzen.

Termin: 19./20.6.2009 (14 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Ernährung in besonderen Lebensabschnitten (ERM 3)

Inhalte: Grundlagen der gesunden Ernährung (Optimix) erklären, Ernährungsrituale berücksichtigen, alternative Kostformen kennen lernen, Ernährung spezifischer Personengruppen erkennen.

Termin: 26./27.6.2009 (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Krankheitsbilder und mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen (Grundlagen) (ERM 4)

Inhalte: Ernährungsbedingte oder -mitbedingte Erkrankungen beschreiben, Erkrankungen verschiedener Organsysteme beschreiben und bei Maßnahmen mitwirken, Nahrungsmittelunverträglichkeiten beschreiben, Psychisch bedingte Essstörungen vergleichen.

Termin: Dienstag, 7.7.2009 bis Donnerstag, 9.7.2009 (24 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 280

Angewandte Ernährungsmedizin (ERM 5)

Inhalte: Essverhalten erfassen und bewerten, Ziele der Veränderung mit dem Patienten festlegen und Prozess planen, Didaktik und Methodik der Einzelberatung kennen lernen und einüben, Didaktik und Methodik der Gruppenschulung kennen lernen und einüben, Instrumente (z.B. Fragebögen, Ernährungstabellen, Evaluation) einsetzen, Informationsfluss organisieren, Bedeutung von Bewegung erläutern.

Termin: Freitag, 10.7.2009 bis Samstag, 11.7.2009 (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Kooperation und Koordination (ERM 6)

Inhalte: Rolle und Funktion der MFA verstehen und im ernährungstherapeutischen Team koordinieren, Qualitätsmanagement durchführen, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen.

Termin: Mittwoch 26.8.2009, 10:00 – 16:00 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

Therapeutische und pflegerische Grundlagen schwerstkranker Patienten (ONK 3)

Inhalte: Ausgewählte Pflegetechniken anwenden, Nebenwirkungen einschätzen und supportive Maßnahmen durchführen.

Termin: Freitag/Samstag, 19./20.6.2009 (15 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Betriebsmedizinische Assistenz

Auge- Optik und Lungenfunktion (BET 2)

Inhalte: Berufsgenossenschaftliche Rechtsvorschriften anwenden, staatliche Rechtsvorschriften kennen, Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anwenden, Möglichkeiten der Abrechnung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, diagnostische Verfahren durchführen, Anatomie und Physiologie des Auges kennen, Anatomie und Physiologie der Atmung kennen, Praktische Übungen: Durchführung von Sehtests und Übungen am Perimeter, Durchführung von Lungenfunktionstests, Anleitung und Kommunikation mit den Probanden, Vermeidung von Fehlerquellen, Dokumentation.

Termin: Freitag, 5.6.2009, 14:00 Uhr bis Samstag, 6.6.2009, 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

Herz-Kreislauf und Ergometrie in der Arbeitsmedizin (BET 4)

Inhalte: Berufsgenossenschaftliche und staatliche Rechtsvorschriften, Berufsgenossenschaftliche Grundsätze anwenden, Abrechnung, Physikalische Grundlagen kennen und überwachen, Leistungsphysiologische Grundbegriffe erklären, Praktische Übungen.

Termin: Freitag, 4.9.2009, 14:00 Uhr bis Samstag, 5.9.2009, 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

Information: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Klinikassistentz (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhausrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum.

Termin: auf Anfrage

Teilnahmegebühr: € 1.190 inkl. Kolloquium

Information: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim,

Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180

Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule,

Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140,

Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Teilnahmebescheinigung: am Ende einer Veranstaltung erhalten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung. Nach erfolgreicher Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/Qualifizierungslehrgängen mit einem Stundenumfang ab 40 Stunden erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat. Nach Abschluss eines Qualifizierungslehrgangs, der einen Stundenumfang von mindestens 280 Stunden umfasst, erhalten die Teilnehmer/innen eine Urkunde.



Das neue Hessische Friedhofs- und Bestattungsgesetz: Auswirkungen auf die notärztliche Tätigkeit

Marcel A. Verhoff, Manfred Riße, Ralf J. Gille, Frank Ramsthaler, Reinhard Dettmeyer

Am 13. September 2007 ist in Hessen das „Friedhofs- und Bestattungsgesetz“ in Kraft getreten. Es löste das „Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen“ vom 17. Dezember 1964 und die „Verordnung über das Leichenwesen“ vom 12. März 1965 ab. Eine erste Übersichtsarbeit zu diesem Thema wurde von Bratzke [1] für das Hessische Ärzteblatt verfasst. Auch ein Gesetzeskommentar wurde bereits publiziert [5].

Insbesondere für die Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst haben sich einige Neuerungen ergeben, die im Folgenden speziell herausgestellt werden sollen. Aber auch alle anderen Änderungen betreffen diese Berufsgruppe, wenn außerhalb des Einsatzes bzw. als Niedergelassene oder im Krankenhaus Beschäftigte eine „reguläre“ Leichenschau durchgeführt wird. Die Autoren des vorliegenden Beitrages Verhoff und Riße sind seit der Gründung im Jahr 2000 Mitglieder der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft „Leichenschau“, die vom Polizeipräsidium Mittelhessen, Regionale Kriminalinspektion in Gießen initiiert wurde. Diese Arbeitsgruppe hatte u. a. eine vorläufige Todesbescheinigung entwickelt und die zunächst probeweise Einführung im Landkreis Gießen veranlasst und wissenschaftlich begleitet. Motivation für den vorliegenden Artikel waren die zahlreichen Anfragen von Kolleginnen und Kollegen seit Einführung des neuen Gesetzes und die Vielzahl der Einladungen zu Vorträgen bezüglich dieser Thematik.

Die wesentlichen Paragraphen

Nachfolgend sind zunächst die wichtigen, die Notärztin oder den Notarzt im Rettungsdienst betreffenden Gesetzestexte aufgeführt und mit kurzen Erläuterungen versehen. Der vollständige Gesetzestext ist über das Internet frei zugänglich [2].

§ 10 Pflicht zur Leichenschau

(1) Vor der Bestattung muss eine Leichenschau (§ 12) durchgeführt werden. Am Auffindungsort soll die Leiche vor der Leichenschau und während einer Unterbrechung der Leichenschau nicht verändert oder verlagert werden.

(2) Jede niedergelassene Ärztin und jeder niedergelassene Arzt ist auf Verlangen zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Gleiches gilt für Ärztinnen und Ärzte von Krankenhäusern und sonstigen Anstalten für Sterbefälle im Krankenhaus oder in der Anstalt. Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer ärztlichen Maßnahme eingetreten ist, darf die Ärztin oder der Arzt, die oder der diese Maßnahme veranlasst oder durchgeführt hat, die Leichenschau nicht durchführen.

(3) Im Rettungsdienst eingesetzte Notärztinnen oder Notärzte sind während ihres Einsatzes nicht zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet. Sie haben jedoch den Tod festzustellen, eine vorläufige Todesbescheinigung nach dem Muster der Anlage 6 auszustellen und unter den Voraussetzungen des Abs. 6 eine Unterrichtung der Polizei zu veranlassen.

(4) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Leichenschau durchführt, hat unverzüglich die zuständige Dienststelle der Vollzugspolizei zu benachrichtigen, wenn unklar ist, ob die verstorbene Person eines natürlichen Todes gestorben ist, sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod ergeben oder es sich um die Leiche einer oder eines Unbekannten handelt. Sofern die Fortführung der Leichenschau die polizeilichen Ermittlungen behindern könnte, ist die Leichenschau zu unterbrechen.

Die für den Rettungsdienst wichtigste Änderung findet sich in Abs. 3. Was in sieben Bundesländern (Berlin, Bran-

denburg, Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen) bereits bestehendes Recht war und in mehreren hessischen Landkreisen offenbar erfolgreich erprobt wurde, ist jetzt für Hessen einheitlich geregelt: Während ihres Einsatzes können Notärztinnen und Notärzte nicht mehr zur Leichenschau verpflichtet werden. Berufen sie sich auf § 10, Abs. 3 oder wünschen die sorgepflichtigen Personen (vgl. § 13) einen anderen Arzt für die Leichenschau, ist die Notärztin bzw. der Notarzt verpflichtet, den Tod festzustellen und eine vorläufige Todesbescheinigung nach dem Muster der Anlage 6 des Gesetzes (Abb. 1) auszustellen. Außerdem sind sie nicht von der Pflicht befreit, unverzüglich die Polizei zu informieren, falls sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod ergeben, die Todesart unklar oder die Identität des Leichnams ungeklärt ist.

§ 11 Schutzmaßnahmen bei Ansteckungsgefahr

(1) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die verstorbene Person im Zeitpunkt ihres Todes mit einer nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407), meldepflichtigen oder einer anderen, ähnlich schweren, übertragbaren Krankheit infiziert war, benachrichtigt die die Leichenschau durchführende Ärztin oder der sie durchführende Arzt unverzüglich das örtlich zuständige Gesundheitsamt.

(2) In diesen Fällen kennzeichnet die Ärztin oder der Arzt die Leiche und trifft die zum Schutz der mit ihr möglicherweise in Berührung kommenden Personen erforderlichen vorläufigen Maßnahmen.

(3) Die vorstehenden Pflichten gelten auch für Notärztinnen und Notärzte, die

keine Leichenschau durchführen. Diese genügen ihrer Meldepflicht, wenn sie die Benachrichtigung des Gesundheitsamts durch die Rettungsleitstelle veranlassen.

Wenn die Notärztin oder der Notarzt von seiner Möglichkeit Gebrauch macht, die Leichenschau nicht durchzuführen und die vorläufige Todesbescheinigung ausfüllt, hat er dennoch die Meldepflichten nach dem „Infektionsschutzgesetz“ zu beachten.

§ 12 Leichenschau

(1) Leichenschau ist die durch eine Ärztin oder einen Arzt durchzuführende Untersuchung der verstorbenen Person zum Zwecke der Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes oder – falls dies nicht möglich ist – des Todeszeitraums, der Todesart (natürlicher oder nichtnatürlicher Tod) und der Todesursache.

(2) Als nicht natürlich ist ein Tod anzunehmen, der durch Selbsttötung oder durch ein plötzliches, unvorhergesehenes, äußeres Ereignis (Unfall) herbeigeführt

wurde oder der auf Einwirkung von fremder Hand beruht.

(3) Die Leichenschau ist an dem Ort durchzuführen, an dem die verstorbene Person gefunden wurde. Dies gilt nicht, wenn die Durchführung der Leichenschau an diesem Orte nicht angemessen, nicht zumutbar oder nicht möglich ist. Der Ärztin oder dem Arzt ist das Betreten von Grundstücken und Räumen zur Durchführung der Leichenschau zu gestatten. Das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 des Grundgesetzes, Art. 8 der Verfassung des Landes Hessen) wird insoweit eingeschränkt.

(4) Bei der Leichenschau sind die Regelungen der Anlage 1 „Durchführung der Leichenschau“ sowie die Anlagen 2 und 3 anzuwenden.

Die Definition des „nicht natürlichen Todes“ ist eindeutig formuliert: Jeder durch ein äußeres Ereignis verursachter Tod. Das Überprüfen auf ein mögliches Fremdverschulden ist demnach nicht ärztliche Aufgabe.

Die Nichtangemessenheit oder Unzumutbarkeit des Auffindeortes stellt einen weiteren möglichen Grund für den Notarzt dar, die Leichenschau nicht durchzuführen.

Erstmals wird im 4. Abs. des § 12 auf die Anlage 1 des Gesetzes verwiesen, die Formulierungen bezüglich eines Qualitätsstandards enthält (s.u.).

§ 13 Sorgepflichtige Personen

(1) Die Angehörigen der verstorbenen Person sind verpflichtet, umgehend die zum Schutz der Gesundheit und der Totenruhe erforderlichen Sorgemaßnahmen (§ 9) sowie die Leichenschau (§§ 10, 12) zu veranlassen.

(2) Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind der Ehegatte oder der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), sowie Kinder, Eltern, Großeltern, Enkel und Geschwister, Adoptiveltern und -kinder.

(3) Hat die verstorbene Person im Zeitpunkt ihres Todes in einem Krankenhaus, einem Heim, einer Sammelunterkunft, einer Pflege- oder Gefangenenanstalt oder einer ähnlichen Einrichtung gelebt und sind Angehörige innerhalb der für die Bestattung bestimmten Zeit nicht aufzufinden, sind auch die Leiterin oder der Leiter dieser Einrichtung oder deren Beauftragte verpflichtet, die Maßnahmen nach Abs. 1 zu veranlassen.

(4) Sind weder Angehörige noch Personen nach Abs. 3 vorhanden oder in der Lage, Sorgemaßnahmen zu veranlassen, so hat der örtlich zuständige Gemeindevorstand die nach Abs. 1 erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen.

Auftraggeber der Leichenschau sind die sorgepflichtigen Personen. Wer diese sind und welche Rangfolge im Zweifels-

fall einzuhalten ist, findet sich in diesem Paragraphen. Die Notärztin bzw. der Notarzt muss seinen Auftrag zur Leichenschau von diesen Personen erhalten. Für das Ausstellen der vorläufigen Todesbescheinigung ist selbstverständlich kein gesonderter Auftrag notwendig.

§ 29 Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. die Leiche entgegen § 10 Abs. 1 Satz 2 verändert oder verlagert, [...]

2. als Ärztin oder Arzt entgegen § 12 Abs. 4 die Leichenschau nicht sorgfältig an der oder dem vollständig entkleideten Verstorbenen durchführt, [...]

Erstmals ist mit § 29 in einem die ärztliche Leichenschau betreffenden hessischen Gesetz ein „Ordnungswidrigkeitenkatalog“ enthalten. Sanktioniert werden soll eine nicht „sorgfältig“ durchgeführte Leichenschau. Was „sorgfältig“ ist, wurde in der Anlage 1 festgehalten (s. u.). Die Notärztin/der Notarzt kann Abs. 1, Pkt. 1 betreffen: Wird die Leichenschau nicht durchführt, darf der Leichnam nicht verlagert werden.

Mit der Einführung der Ordnungswidrigkeiten ist Hessen der überwiegenden Anzahl der Bundesländer gefolgt. Bislang „ohne“ sind Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen.

Die Anlagen

Die Anlagen 2 bis 6 sind Formulare: Nichtvertraulicher und vertraulicher Teil des Leichenschauscheins, Bescheinigung über die Zweite Leichenschau (vor Feuerbestattung) und Leichenpass (für Transport des Leichnams in Orte außerhalb der Bundesrepublik Deutschland). Anlage 6 ist die in Abb. 1 dargestellte „Vorläufige Todesbescheinigung“.

Anlage 6

Vorläufige Todesbescheinigung nur von Ärztinnen und Ärzten im Rettungsdienst auszufüllen		Blatt	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen ☒
1. Personalangaben			
Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geburtsort	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
2. Identifikation			
☐ Aufgrund eigener Kenntnis ☐ Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass ☐ nach Angaben von Angehörigen/Dritten ☐ nicht möglich			
3. Sichere Zeichen des Todes			
☐ Totenstarre ☐ Totenflecken ☐ Fäulnis ☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind ☐ Hirntod			
Nähere Beschreibung			
Nulllinie im EKG nach einer Reanimationsdauer von		Minuten	
4. Ort und Zeitpunkt des Todes			
☐ Sterbeort ☐ Auffindeort (falls nicht Sterbeort)	☐ zu Hause ☐ im Alten-/Pfleheim ☐ sonstiger Ort	☐ im Krankenhaus ☐ sonstiger Ort	Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses, der Einrichtung o.ä.) PLZ, Ort, Kreis
Zeitpunkt des Todes	Tag Monat Jahr	Stunden Minuten	☐ Nach eigenen Feststellungen ☐ Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
ggfls. zuletzt lebend gesehen	Tag Monat Jahr	Uhrzeit	ggfls. Zeitraum des Todes
5. Wichtiger Hinweis zur Todesart			
☐ Natürlicher Tod ☐ Todesart ungeklärt		☐ Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, und zwar	
Hinweis: Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst sind verpflichtet, den Tod festzustellen und bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod bzw. bei ungeklärter Todesart sofort die Polizei, evtl. über die Rettungsleitstelle, zu benachrichtigen. Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst sind nicht verpflichtet, die Leichenschau durchzuführen und Todesart und Todesursache festzustellen. Die vorläufige Todesbescheinigung berechtigt zum Transport der Leiche, sofern als Todesart „Natürlicher Tod“ angekreuzt ist.			
Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung		Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes	

Abb. 1: Vorläufige Todesbescheinigung (Anlage 6)

Die wichtigste Änderung des Leichenschauscheins ist, dass zur Einordnung der Todesart wieder drei Kästchen zum Ankreuzen zur Verfügung stehen: „natürlicher Tod“, „nichtnatürlicher Tod“ und „ungeklärt“. Im vertraulichen Teil muss die Kausalitätskette nur dann ausgefüllt

werden, wenn ein „natürlicher Tod“ angekreuzt ist. Eine technische Neuerung besteht darin, dass der im Durchschlagverfahren obenauf liegende nichtvertrauliche Teil zunächst vollständig (inklusive Unterschrift) ausgefüllt und erst dann abgerissen werden muss.

Die **Anlage 1** widmet sich der „Durchführung der Leichenschau“:

(1) Die Leichenschau ist unverzüglich vorzunehmen. Die zur Leichenschau zugezogene Ärztin oder der hierzu zugezogene Arzt hat die vollständig entkleidete Leiche sorgfältig zu untersuchen und den Leichenschauschein auszustellen. Die Bekleidung ist an der verstorbenen Person zu belassen, wenn oder sobald sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (§ 12 Abs. 2) ergeben.

(2) Bei der Leichenschau sind alle Körperregionen, einschließlich der Körperöffnungen, der Augenbindehäute, des Rückens und der behaarten Kopfhaut zu untersuchen.

(3) Leiche im Sinne des § 12 ist der Körper eines Menschen, der keinerlei Lebenszeichen aufweist und bei dem der körperliche Zusammenhang durch den Verwesungsprozess noch nicht völlig aufgehoben ist. Leiche ist auch der Körper eines neugeborenen Menschen, bei dem nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat, sowie der Körper eines totgeborenen Kindes, das nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats geboren worden ist.

(4) Der Leichenschauschein besteht aus einem vertraulichen Teil nach dem Muster der Anlage 3 und einem nichtvertraulichen Teil nach dem Muster der Anlage 2. Der vertrauliche Teil umfasst einen selbstdurchschreibenden Vordrucksatz mit insgesamt vier Blättern, von denen jeweils eines für die Ärztin oder den Arzt, das Gesundheitsamt, das Statistische Landesamt und eines für den Fall einer Obduktion oder einer zweiten Leichenschau bestimmt ist. Das Blatt für das Statistische Landesamt enthält nicht die Angaben der Namen der verstorbenen

Person und durch wen die letzte Behandlung erfolgte. Der Leichenschauschein darf erst ausgestellt werden, wenn sichere Anzeichen des Todes festgestellt worden sind.

(5) Der Leichenschauschein ist zu verschließen und einer nach § 13 sorgpflichtigen Person auszuhändigen. In den Fällen des § 159 der Strafprozessordnung darf die Polizei, die Staatsanwaltschaft oder die Amtsrichterin oder der Amtsrichter den Leichenschauschein öffnen.

Die Absätze 1 und 2 versuchen detailliert, eine sorgfältig durchgeführte Leichenschau zu definieren. Sie orientieren sich sehr stark an den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin [4].

Voraussetzung für eine Leichenschau ist, dass es sich um eine Leiche handelt. Die Begriffsdefinition ist in der Bundesrepublik Deutschland relativ uneinheitlich [3]. Abs. 3 versucht eine Definition.

Erste Erfahrungen aus der Praxis

Im Rahmen eines Treffens der Arbeitsgruppe „Leichenschau“ am 4. Juni 2008 im Polizeipräsidium Gießen und mehrerer ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen haben die Autoren die bisherigen Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte im Notarzteinsatz mit dem neuen Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetz diskutiert.

Insbesondere in den Regionen, in denen vorher keine Vorläufige Todesbescheinigung existierte, wurde die Neuerung sehr positiv aufgenommen. Allerdings gab es auch Kritik und Diskussionsbedarf.

Die größte Unsicherheit bestand für die Notärztinnen und Notärzte bei dem Punkt 5 der Vorläufigen Todesbescheinigung (Abb. 1) „Wichtiger Hinweis zur Todesart“: Man könne den „natürlichen

Tod“ eigentlich niemals guten Gewissens ankreuzen, ohne nicht vorher zumindest mit dem Hausarzt Rücksprache genommen zu haben. Dies bedeute jedoch einen gewissen Zeitaufwand, der gerade beim Verzicht auf die Leichenschau vermieden werden solle.

Wird jedoch eines der beiden anderen Kästchen unter Punkt 5 markiert, muss nach dem Gesetz zwangsläufig die Polizei informiert werden. Dazu passend verzeichneten die Polizeidienststellen seit In-Kraft-Treten des neuen Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetzes eine Zunahme an Todesermittlungsverfahren, insbesondere solche, die durch den Rettungsdienst veranlasst wurden. Als möglicher Ausweg wurde diskutiert, unter Punkt 5 gar kein Kreuzchen zu setzen, wenn man einerseits keine Notwendigkeit sieht, die Polizei zu informieren und andererseits nicht „guten Gewissens“ den „natürlichen Tod“ bescheinigen kann.

Die von der Mittelhessischen Arbeitsgruppe entwickelte Vorläufige Todesbescheinigung enthielt diesen „Hinweis zur Todesart“ nicht, sondern stattdessen eine Art Checkliste mit Indikationen, die Polizei zu informieren. Von der Arbeitsgruppe wurde aktuell ein Antrag an das hessische Justizministerium formuliert, die Anlage 6 nach dem Muster der in Mittelhessen bewährten vorläufigen Todesbescheinigung zu ändern.

Diskussion

Grundsätzlich sind die gesetzliche Befreiung der Notärztinnen und Notärzte während ihres Einsatzes im Rettungsdienst von der Leichenschau und die damit verbundene Einführung der vorläufigen Todesbescheinigung als positiv anzusehen. Damit wird diese Berufsgruppe aus dem Entscheidungsnotstand befreit, wertvolle Zeit „absitzen“ zu müssen, bis

sichere Zeichen des Todes festzustellen sind und in der eine umgehende Meldung der Wiedereinsatzbereitschaft verhindert wird. Macht die Notärztin/der Notarzt von dieser Option gebrauch, bleiben dennoch alle mit der ärztlichen Leichenschau verbundenen Meldepflichten bestehen. Hierzu darf auch die in § 202 des VII. Sozialgesetzbuches verankerte Meldepflicht bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit [6] nicht vergessen werden. Diese betrifft alle Ärztinnen und Ärzte bei jeder ärztlichen Tätigkeit. Dass Notärztinnen und Notärzte während ihres Einsatzes nicht zur Leichenschau verpflichtet sind, bedeutet jedoch nicht, dass sie die Leichenschau nicht durchführen dürfen. Eine Formulierung in dem Gesetzeskommentar von Meixner [5] hat bereits zu Missverständnissen geführt. Wenn der Einsatz abgeschlossen ist, was durch Meldung der Wiedereinsatzbereitschaft an die Leitstelle dokumentiert wird, darf die Notärztin/der Notarzt auf Grundlage der ärztlichen Approbation die Leichenschau durchführen. Aus organisatorischer Sicht könnte jedoch die Lokalisation des Einsatzortes dagegen sprechen: In bestimmten Landkreisen kann von Randpositionen aus der Weg zu einem neuerlichen Einsatz zu weit sein, so dass eine zentrale Bereitschaftsposition und somit der unverzügliche Abzug von dem Einsatz- und Leichenschauort notwendig ist.

Wird die Notärztin/der Notarzt während einer Leichenschau wieder alarmiert, muss sie/er die Leichenschau unterbrechen und kann sie später fortführen. Ob dies praktisch möglich ist, wird ebenfalls von den lokalen Gegebenheiten und Organisationsstrukturen abhängen. Sicher-

heitshalber könnte man vorschlagen, auch bei geplanter Leichenschau vorab die Vorläufige Todesbescheinigung auszufüllen, so dass eine Unterbrechung der Leichenschau jederzeit ohne Pflicht zur Rückkehr möglich ist.

Eine entscheidende Voraussetzung zur Durchführung der Leichenschau ist die Beauftragung durch die sorgepflichtige Person. Die notärztliche Handlung an dem Patienten oder die Anwesenheit im Rahmen des notärztlichen Einsatzes kann nicht automatisch als Auftrag zur Leichenschau gesehen werden. Möchten die Verwandten diesen Auftrag lieber einem anderen Arzt – z. B. dem Hausarzt – übertragen, dann ist die Notärztin/der Notarzt in diesem Fall gar nicht zur Leichenschau befugt.

Ein weiterer Ausschluss ergibt sich nach § 10, Abs. 2 dann, wenn ein todesursächlicher Zusammenhang zwischen den notärztlichen Maßnahmen und dem Todesereignis bestehen könnte. Erkennt die Notärztin/der Notarzt auch nur Anhaltspunkte dafür und führt die Leichenschau trotzdem durch, handelt es sich um eine Ordnungswidrigkeit.

Die Entscheidung der Notärztin/des Notarztes für oder gegen die (reguläre) Leichenschau muss also im Einzelfall nach Abwägung aller Umstände erfolgen.

Zusammenfassung

Am 13. September 2007 ist das Hessische „Friedhofs- und Bestattungsgesetz“ in Kraft getreten. Entscheidende Neuerung für Ärztinnen und Ärzte im Notdienst ist die Einführung einer Vorläufigen Todesbescheinigung, deren Ausstellen während des Einsatzes von der Pflicht zur Leichenschau entbindet. Dabei bleiben

jedoch alle mit der Leichenschau verbundenen Meldepflichten bestehen.

Entscheidet sich die Notärztin oder der Notarzt zur Durchführung der Leichenschau, ist besonders zu beachten, dass das neue Gesetz in einer Anlage konkrete Angaben zur Durchführung der Leichenschau enthält, die sich eng an den diesbezüglichen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (AWMF-Online) orientiert. Die nicht sorgfältig ausgeführte Leichenschau erfüllt jetzt den Tatbestand der Ordnungswidrigkeit.

Literatur

1. Bratzke H (2007) Das neue Friedhofs- und Bestattungsgesetz (FBG) – zahlreiche Änderungen für die hessischen Ärztinnen und Ärzte. Hess Arztebl 68: 604–608
2. Friedhofs- und Bestattungsgesetz (FBG) des Landes Hessen vom 5. Juli 2007 (http://www.hessenrecht.hessen.de/gesetze/317_Friedhofs_und_Bestattungswesen/317-13-FBG/FBG.htm)
3. Gille RJ, Riße M, Kreutz K, Weiler G, Verhoff MA (2006) Zur Bedeutung des Leichenbegriffs für die Rechtsmedizin. Arch Kriminol 217: 81–91
4. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin: Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. AWMF online (<http://leitlinien.net/>)
5. Meixner K (2007) Friedhofs- und Bestattungsgesetz Hessen – Kommentar. Kommunal- und Schul-Verlag, Wiesbaden
6. Verhoff MA, Riße M, Alles J-U, Müller K-M, Stachetzki U (2004) Meldepflicht von Berufskrankheiten – Bedeutung der Leichenschau nach dem Feuerbestattungsgesetz. Pathologie 25: 217–221

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Marcel A. Verhoff
Institut für Rechtsmedizin
Justus-Liebig-Universität Gießen
Frankfurter Straße 58
35392 Gießen
E-Mail: Marcel.A.Verhoff@forens.med.uni-giessen.de

Burnout bei Ärzten

Betroffen sein und offen für Hilfe *Monika Vogt, Axel Schüler-Schneider*

Die Fortbildungsveranstaltung „Burnout bei Ärzten – Betroffen sein und offen für Hilfe“, die im Februar im Fortbildungszentrum der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim stattfand, stieß auch dieses Jahr wieder auf reges Interesse bei den ärztlichen Kollegen. Offenbar sind weitaus mehr Ärzte, als gemeinhin vermutet wird, betroffen oder zumindest gefährdet.

Dr. Axel Schüler-Schneider, der die Veranstaltung leitete, machte deutlich, warum gerade Ärzte für ein Burnout prädisponiert sind: Mediziner tragen hohe Verantwortung für die Patienten, werden ständig mit den Grenzen ärztlichen Handelns konfrontiert, müssen emotional und intellektuell andauernd präsent sein und sind Zeitdruck, Fremdbestimmung, einem hohem Administrationsaufwand, hohen Ansprüchen bezüglich der Wirtschaftlichkeit sowie einem zunehmendem Konkurrenzdruck ausgesetzt. Burnout ist also das Ergebnis eines Ungleichgewichts zwischen den Fähigkeiten und Möglichkeiten eines Menschen und den Anforderungen seines Berufes oder seiner Tätigkeit.

Ein Arzt soll immer stark, gesund und bereit sein, zum unbegrenzten Helfen. Dieser Anspruch wird von den Patienten, Kostenträgern und Juristen gestellt, aber auch vom Arzt an sich selbst. Wird dabei das Energiekonto kurzfristig überzogen, ist das vertretbar. Kritisch wird es, wenn die Energie- und Selbstwertbilanz nicht mehr durch Belohnung, Ruhe, Erholung und Zuwendung ausgeglichen wird oder werden kann. Da der Beruf des Arztes ganz besonders der Identitäts- und nicht nur der materiellen Existenzsicherung dient, steht bei einem vermeintlichen Scheitern für

viele Ärzte die Existenz des Selbst auf dem Spiel.

Hauptsymptome des Burnouts sind emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und abnehmende Leistungsfähigkeit. Typische Aussagen, die auf eine emotionale Erschöpfung hinweisen sind: Ich habe keine Kraft mehr. Ich fühle mich leer. Ich habe keine Reserven mehr. Warum mache ich das überhaupt? Ich brauche dringend Urlaub. Ich kann die Dienste fast nicht mehr durchstehen. (Einzelheiten zu Definition, Kennzeichen, Prophylaxe und Therapie des Burnouts vgl. HÄB 4/2008).

Dr. Klaus Gresser von der Oberbergklinik Berlin-Brandenburg verdeutlichte anhand eines Zitats von Freudenberg (1980), was beim Burnout passiert: „Wer je ein ausgebranntes Gebäude gesehen hat, der weiß, wie verheerend so etwas aussieht. Ein Bauwerk, eben noch von pulsierendem Leben erfüllt, ist nun verwüstet. Wo früher Geschäftigkeit herrschte, finden sich jetzt nur noch verkohlte Überreste von Kraft und Leben. Ein paar Ziegel und Zementbrocken mögen stehen geblieben sein, ein paar leere Fensterrahmen. Vielleicht ist sogar die äußere Hülle des Gebäudes noch erhalten.“ Gerade für Mediziner gelte, so Gresser, nur wer brenne, also sehr engagiert sei, könne auch ausbrennen.

Der erste Versuch, Burnout medizinisch zu definieren, stammt, so Gresser, von Freudenberg: Demnach handelt es sich um eine Krankheit mit chronischer Erschöpfung, die zuvor bestehende Begeisterung, der Idealismus und der Arbeitseifer schwinden. Es treten körperliche Beschwerden auf. Und unbehandelt kann es zur völligen Arbeitsunfähigkeit und einer tiefen Depression kommen.

Wer unter Burnout leidet, hat oftmals bestimmte „Antreiber“ verinnerlicht, wie „Nur wenn Du ständig rennst, erreichst

Du Dein Ziel“, „First class or no class“, „Dein einziger Wert als Mensch ergibt sich aus Deiner Leistung“ usw. Es ist also ganz wichtig, seine eigenen Grenzen wahr- und ernst zu nehmen, seine persönlichen Stressfaktoren zu erkennen, sich nicht selbst zu entwerten, ggf. auch mal „nein“ zu sagen und sich mitzuteilen statt zurückziehen.

Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch, um seinen Stress in den Griff zu bekommen, erhöhen die Gefahr, in ein Burnout zu geraten und in eine dann vom Burnout unabhängige manifeste Abhängigkeitserkrankung. Gresser betonte, man dürfe nicht dem Irrtum unterliegen, sobald man das Burnout im Griff habe, verliere sich auch der Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Die Sucht, so der Experte, unterhalte sich dann sozusagen selbst.

Dr. Rainer Diehl, Leitender Arzt bei der Deutschen Rentenversicherung Hessen wies unter anderem darauf hin, wie wichtig es ist, Erkrankungen im Zusammenhang mit den jeweiligen Kontextfaktoren zu sehen. Dem werde auch bei der aktuellen Definition International Classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) Rechnung getragen. Kontextfaktoren könnten sowohl durch Umgebung und Umwelt vorgegeben werden, also z. B. materiell, sozial oder verhaltensbezogen sein, wie auch in der Person selbst liegen, etwa Alter, Gesundheit, Lebensstil. Sie könnten sich sowohl unterstützend wie auch hemmend auf die Krankheitsbewältigung auswirken.

Was das Eingestehen von Burnout angehe, machten sich viele Kollegen sehr schnell Sorgen, ihre Approbation könne gefährdet sein. Diese Sorge sei aber meist unbegründet. „Scheuen Sie sich nicht, die Ihnen zustehenden Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Es gibt

eine Vielzahl von Hilfsmöglichkeiten, angefangen bei präventiven Maßnahmen über ambulante psychotherapeutische Interventionen, bis hin zur medizinischen oder berufsfördernden Rehabilitation. Erst ganz am Ende steht hierbei die Möglichkeit einer vorzeitigen Berentung“, so Diehl.

Wie sehr die andauernde Überforderung die Kollegen beschäftigt, spiegelte sich auch in der im Anschluss an die Vorträge angebotenen Selbsterfahrungsgruppe wieder. Viele sprachen sehr offen über ihre persönlichen Nöte, Ängste und

Probleme. Ohne professionelle Hilfe einen Ausweg aus dieser Situation zu finden, ist für den Einzelnen häufig nicht mehr möglich.

Aufgrund des hohen Interesses an dem Thema Burnout plant die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim künftig regelmäßig solche Fortbildungsveranstaltungen. Die nächste findet voraussichtlich im November 2009 statt. Außerdem bietet Schüler-Schneider die Teilnahme an einer Burnout-Gruppe an. Mindestens ein Jahr lang sollen Betroffene und Interessierte

sich hier alle 14 Tage über ihre Sorgen, Beobachtungen, Probleme austauschen und unter fachlicher Anleitung nach Lösungen suchen. Die nächste Gruppe wird am Donnerstag, dem 14. Mai 2009, 18:00 Uhr, beginnen.

Korrespondenzadresse

Dr. Axel Schüler-Schneider
Guillettstraße 27
60325 Frankfurt
Tel. und Fax: 069 635363
E-Mail: psymed@t-online.de
www.psymed.eu

Frankfurter Sparkasse

IRONMAN European Championship/IRONMAN Germany

5. Juli 2009, Frankfurt

3,8 km Schwimmen – 180 km Radfahren – 42,2 km Marathon Laufen

Auch dieses Jahr werden wieder freiwillige Ärzte und medizinisches Hilfspersonal gesucht, die dieses außergewöhnliche Event mitbetreuen wollen.

Am 4. Juli (Theorie) und am 5. Juli (Praxis) wird das „8. Symposium für Ärzte, Trainer, Physiotherapeuten (in Ausbildung) und medizinisches Personal“ im Rahmen des Frankfurter Sparkasse IRONMAN European Championship/IRONMAN Germany angeboten.

Für Ärzte: Sportmedizinische Fortbildung mit 16 CME-Punkten der LÄKH.

Leitung: Dr. Pöttgen. Ort: Rathaus Römer. Raum: Haus Silberberg.

Der Startschuss wird um 6:45 Uhr wieder am Langener Waldsee von einem Mitglied der Landesregierung gegeben.

Das sportliche Großereignis wird vom medizinischen Leiter Dr. Klaus Pöttgen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz und der XDREAM Sports & Events GmbH, betreut.

Informationen finden Sie auf <http://www.sportchef.de/IM-Germany-medizin.htm> und www.ironman.de

Kontakt: Dr. med Klaus Pöttgen, Tel. 0171 3113366, oder per mail: klaus@drpoettgen.de

Deutscher Pfizer Forschungspreis für Medizin der Universität Freiburg: Ausschreibung 2009 läuft an



Pfizer Deutschland und Albert-Ludwigs-Universität Freiburg setzen Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses weiter fort

Die diesjährige Ausschreibung für den „Deutschen Pfizer Forschungspreis für Medizin“ ist bereits angelaufen. Der mit 8.000 Euro dotierte Preis wird 2009 zum fünften Mal vergeben. Förderungswürdig sind Postdoktorandinnen und -doktoranden mit einer hervorragenden Habilitation oder habilitationsähnlichen Leistungen sowie Juniorprofessorinnen und -professoren mit entsprechender Publikationsliste. Die vom Arzneimittelhersteller Pfizer gesponserte Auszeichnung wird im Vorschlagsverfahren vergeben: Noch bis zum 15. Juni 2009 können die Medizinischen Fakultäten aller deutschen Universitäten je einen geeigneten Kandidaten der deutschlandweit besetzten Jury aus Medizinprofessoren vorschlagen.

Mit der Würdigung werden das bisherige wissenschaftliche Werk und zukunftsweisende Leistungen einer Forscherin oder eines Forschers geehrt. Der Preisträger darf zum Zeitpunkt des Nominierungsschlusses noch keine 36 Jahre alt sein. Informationen zu den Ausschreibungsmodalitäten erhalten Professorinnen und Professoren medizinischer Fakultäten deutscher Hochschulen bei ihrem Dekanat oder bei dem Beauftragten für Projekte der Universität Freiburg, Bruno Zimmermann, unter der Telefonnummer: 0761 203-4322 oder per E-Mail: zimmermann@verwaltung.uni-freiburg.de. Internet: www.pfizer.de

Darüber hinaus werden auch in diesem Jahr wieder drei junge Forscherinnen und Forscher der Universität Freiburg mit dem mit je 2.500 Euro dotierten „Pfizer Forschungspreis für Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler der Universität Freiburg“ ausgezeichnet. Der Rektor der Albert-Ludwigs-Universität wird alle Auszeichnungen Anfang November 2009 bei einem Festakt in der Aula der Universität verleihen.

Masterplan für Hessen

Pressegespräch der Ärztekammer mit Politikern der hessischen Landesregierung und Journalisten

Im deutschen Gesundheitswesen brodelte es. Wenn nicht ein grundlegender Wandel eintrete, drohe es vor die Wand zu fahren, warnte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, bei dem Pressegespräch, zu dem die Kammer im März in den Frankfurter PresseClub eingeladen hatte. Die Veranstaltung soll Auftakt einer Gesprächsreihe mit Journalisten und Politikern der im Hessischen Landtag vertretenen Parteien sein.

Ärger und Frustration sitze bei vielen Ärztinnen und Ärzten tief, denn die Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis stimmten schon lange nicht mehr, so von Knoblauch. Arbeitsverdichtung, überbordende Bürokratie und Zeitmangel bei der Patientenversorgung sorgten für Unzufriedenheit; auf dem Land würden die Hausärzte knapp. Allein im Jahr 2008 seien 80 hessische Kolleginnen und Kollegen ins Ausland gezogen, berichtete der Kammerpräsident. „Ein ernstzunehmendes Problem,“ pflichtete ihm Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion im hessischen Landtag bei. Er sah in einer Verkleinerung der Zulassungsbezirke der Kassenärzt-

lichen Vereinigung eine Möglichkeit, die ausreichende medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten sicherzustellen.

Florian Rentsch, Fraktionsvorsitzender und gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion im hessischen Landtag, kündigte an, dass die schwarz-gelbe Koalition in Hessen mit einer Reihe von Maßnahmen sowohl die ambulante und die stationäre Versorgung verbessern als auch den Arztberuf für junge Menschen wieder attraktiver machen wolle. Geplant sei, gemeinsam mit Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung einen Masterplan zu erarbeiten. Möglich seien u.a. Darlehensprogramme, Investitionsförderungen, Kinderbetreuungsprogramme und ein möglicher Einsatz von Telemedizin in ländlichen Gebieten.

Bartelt hob hervor, dass die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft



Dr. Ralf-Norbert Bartelt, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Florian Rentsch
(Foto: B. Völker)

nicht erhöht werden solle; allerdings könne eine flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung nur unter Einbeziehung auch privaten Kapitals ermöglicht werden. Beide Politiker sprachen sich nicht generell gegen medizinische Versorgungszentren aus; wandten sich jedoch gegen die Einrichtung weiterer Zentren durch private Träger, wenn dadurch die Versorgung durch niedergelassene Ärzte gefährdet würde.

möh

40 Jahre KfH – Ausdruck sozialer Verantwortung

„Mein Leben ist lebenswert“: In einem Kurzfilm zum Auftakt der Jubiläumsveranstaltung „40 Jahre KfH“ am 27. März im Wiesbadener Kurhaus fasste diese Aussage eines Dialyse-Patienten das Lebensgefühl vieler Betroffener in Worte. Als das KfH (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.) 1969 als gemeinnütziger, von Ärzten getragener Verein gegründet wurde, standen für Patienten mit chronischem Nierenversagen nur wenige Dialyseplätze in Kliniken zur Verfügung. Inzwischen ist aus der privaten ärztlichen Initiative ein Wegbereiter für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Dialyseversorgung in Deutschland und ein Arbeitgeber für über 6.500 Menschen geworden. 1976 schuf das Kuratorium die Organisationsstruktur für die Nierentransplantation, die 1984 mit der Deutschen Stiftung für Organtransplantation auf das

Gesamtgebiet der Transplantation ausgedehnt wurde. Prävention chronischer Nierenerkrankungen, die demographische Entwicklung und die Überwindung der Abhängigkeit nierenkranker Menschen von der Maschine durch Transplantation zählen zu den Herausforderungen, vor die sich das KfH gestellt sieht. Als unentbehrlichen Bestandteil des Gesundheitswesens bezeichnete der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, die Einrichtung in seinem Grußwort, das er in Vertretung von Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe hielt. Das KfH verstehe medizinische Behandlung nicht als einmaliges Ereignis sondern als Ausdruck sozialer Verantwortung.

möh

Sicherer Verordnen

Botulinumtoxin A – Systemische UAW

Sowohl die australische als auch die kanadische Arzneimittelüberwachungsbehörde weisen darauf hin, dass Botulinumtoxin Typ A (Botox®, Dysport®) nur in zugelassenen Indikationen, in der empfohlenen Dosis und unter Kenntnis der anatomischen Strukturen und Injektionstechniken angewandt werden soll. Ursächlich für diese Empfehlungen waren eine Vielzahl meist nur zeitlich befristeter systemischer unerwünschter Wirkungen (UAW) wie Allergien, Doppelsehen und Muskelschwäche (je nach Anwendungsgebiet unterschiedlich). Es traten jedoch auch Einzelfälle systemischer UAW auf, die lebensbedrohlich waren (Asthmie, Dyspnoe, Dystonie, Aspirationspneumonie). Fünf Berichte wie z.B. ein aufgetretener Botulismus betrafen Todesfälle. – Bis auf einen Fall (Behandlung von Gesichtsfalten) traten die UAW bei medizinischen Indikationen auf, zum Teil jedoch unter einem Off-Label-Use.

Hinweis: Die unterschiedliche Herstellung Botulinumtoxin-haltiger Fertigarzneimittel erlaubt keinen Austausch der Präparate auf der Basis der Einheiten. Bei einem Präparatwechsel muss die Dosis individuell neu eingestellt werden.

Quellen: Canad. Adv. Drug React. 2008;

18(4):1; Austr. Adv. Drug React. 2009; 28(1):1

Masern-Impfung – Aufarbeitung einer Epidemie in NRW

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat die 2006 in NRW aufgetretene Masern-Epidemie (mehr als 1.750 Erkrankungen, zwei Todesfälle) aufgearbeitet und nach Gründen für den fehlenden Impfschutz der Kinder und Jugendlichen gesucht (bei 7 % der Kinder trat eine Pneumonie auf, bei 16 % eine Otitis media). Insbesondere die nach Jahren auftretenden bekannten Spätfolgen (Panenzephalitis), die oft nicht der Ursache zugeschrieben werden, sind dabei nicht berücksichtigt.

Nach Befragung von 81 % der betroffenen Eltern ergab sich folgendes Bild:

- 36,4 % gaben an, dass sie die Impfung einfach vergessen hatten,
- 25 % lehnten Impfungen ab (zumeist aus Angst vor Nebenwirkungen),

- 16,8 % gaben an, dass der Haus- oder Kinderarzt von der Impfung abgeraten hat.

Nur bei einer geringen Anzahl von Kindern bestand eine echte Kontraindikation gegen eine Masernimpfung (nach Schätzungen nur 2 % der Kinder, bei denen von einer Impfung abgeraten wurde). Der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte fordert einen Impfnachweis für alle Kinder in öffentlichen Kindergärten und Schulen. Aufgrund der Datenlage ist es jedoch vordringlich, dass die Meinungsbilder in Sachen Schutzimpfung selbst umdenken, aktiv auf „vergessliche“ Eltern zugehen und sie beraten. Gemeint sind auch medizinische Assistenzberufe wie Krankenschwestern, Arzthelferinnen und Hebammen. Schließlich geht es nicht nur um das Wohl des einzelnen Kindes, sondern auch um eine Begrenzung einer neu auftretenden Epidemie. Das Ziel der WHO, Europa bis 2010 von den Masern zu befreien, kann dabei helfen.

Quelle: Bull. WHO 2009; 87: 81-160, zitiert nach www.aerzteblatt.de

Biosimilars – Empfehlungen der AkdÄ

Aus Sicht der AkdÄ sind aufgrund der behördlichen Anforderungen für Biosimilars* die für notwendig gehaltenen Nachweise für die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit vorhanden. Damit können Biosimilars bei Beginn einer Behandlung ebenso eingesetzt werden wie ein Original. Bei einer Umstellung einer Behandlung vom Original auf ein Biosimilar sind gegebenenfalls andere Dosen, andere Dosierungsintervalle, eventuell auch andere Darreichungswege und Anwendungsgebiete zu beachten. Wie bei einer Neueinstellung muss daher ein Patient in der ersten Zeit nach einer Umstellung engmaschig überwacht werden. Die AkdÄ betrachtet dabei das Arzneimittelrisiko ähnlich hoch wie bei einer Umstellung auf ein neu zugelassenes Arzneimittel der gleichen Wirkstoffklasse (z.B. Umstellung von einem ACE-Hemmer auf einen neu zugelassenen ACE-Hemmer).

* Biosimilars enthalten als Arzneistoff ein biotechnologisch hergestelltes Protein, das strukturell Ähnlichkeiten mit einem Originalprodukt hat und am Rezeptor identische Wirkungen wie das Original ausübt. Biosimilars existieren zurzeit für folgende Wirkstoffklassen: Erythropoetine, Filgrastim (G-CSF), Humaninsuline, Wachstumshormone.

neimittel der gleichen Wirkstoffklasse (z.B. Umstellung von einem ACE-Hemmer auf einen neu zugelassenen ACE-Hemmer).

Quelle: Stellungnahme der AkdÄ zu Biosimilars vom 9. Dezember 2008, www.akdae.de

Internethandel Aktuelle Warnungen

Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Patienten wiederholt davor warnen, Arzneimittel mit unklaren Herstellerangaben aus dem Internet zu bestellen. Meist handelt es sich um asiatische Firmen, die insbesondere Potenzmittel als rein pflanzlich anpreisen, ihren Präparaten jedoch ohne Deklaration hochwirksame Arzneistoffe zumischen (z.B. kanadische Warnungen über Präparate aus Hongkong mit undeckelten Glukokortikoiden, Sildenafil-/Vardenafil-Derivaten, Antidiabetika).

Nun warnt unsere Überwachungsbehörde BfArM auch vor einem europäischen Hersteller aus den Niederlanden, der unter der Bezeichnung „SensaMen“ ein angeblich rein pflanzliches Potenzmittel als Nahrungsergänzungsmittel anbietet. Das Produkt enthält Sildenafil-Derivate (Dimethylsildenafil und Dimethylthiosildenafil). Das gesundheitliche Risiko dieser in klinischen Studien nicht untersuchten Stoffe ist nicht beurteilbar, im Gegensatz zu den unerwünschten Wirkungen des bekannten Arzneimittels Sildenafil (Viagra®).

Die zuständigen Überwachungsbehörden haben zwar den Vertrieb dieser Kapseln mit sofortiger Wirkung untersagt, Kostengründe und leichter Bezug dieser obskuren Mittel werden jedoch Patienten weiter zu einer schnellen und bequemen Bestellung aus dem Ausland verführen. Grundsätzlich sollten bei geplanten Internetbestellungen deutsche Herstelleradressen empfohlen werden, bei denen u.a. die pharmazeutische Qualität und die Reinheit des Produktes eher gewährleistet ist (Ausnahme siehe oben) sowie etwaige Reklamationen leichter durchsetzbar sind.

Quellen: www.hc-sc.gc.ca, Dtsch. Apo.Ztg. 2009; 149: 390

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 3/2009

Unterlassene Befunderhebung nicht unbedingt grob fehlerhaft

Thomas K. Heinz

Seit Ende der sechziger Jahre greifen nach der Rechtsprechung Erleichterungen für den Ursächlichkeitsnachweis bis zur Kausalitätsvermutung ein, wenn ein *grober Arztfehler* festgestellt wird. Bei *unterlassener Befunderhebung* wird in der Praxis nicht selten schnell von einem groben Behandlungsfehler ausgegangen, mit der Folge der Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes (zuletzt BGH MDR 2008, 449; OLG Koblenz GesR 2008, 54). Oft verlassen sich die Gerichte hierbei zu leichtfertig auf die Ausführungen eines Sachverständigen und übernehmen dessen Aussagen unkritisch in ihre juristische Bewertung. Ob ein Behandlungsfehler aber als grob zu beurteilen ist, ist ausschließlich eine juristische Frage, deren Beantwortung allein dem Richter obliegt (vgl. zuletzt BGH GesR 2004, 290). Das OLG Bamberg (GesR 2008, 583) hat nun jüngst entschieden, dass eine unterlassene Befunderhebung dann nicht als grob fehlerhaft zu qualifizieren ist, wenn aus einem hypothetisch erhobenen Befund nach geltenden Standards keine zwingende Therapie hätte erfolgen müssen. Ein grober Behandlungsfehler – so der Senat – sei nur zu bejahen, wenn ganz offensichtlich gebotene und der Art nach auf der Hand liegende Kontrollerhebungen unterlassen und darüber die nach einhelliger medizinischer Auffassung gebotene Therapie versäumt werde (so schon BGH NJW 1989, 2332 f).

Insoweit führt der Senat aus: Die Ausführungen des Sachverständigen legten

zwar nahe, dass eine augenärztliche Untersuchung des Augenhintergrundes offensichtlich geboten und auch auf der Hand liegend gewesen sei. Bei der hier gegebenen Erkrankung genüge allerdings die fehlerhafte unterlassene Befunderhebung allein noch nicht zur Bejahung eines groben Behandlungsfehlers. Die Befunderhebung finde nicht um ihrer selbst Willen statt, sondern diene nur dazu, die Grundlagen für eine notwendige und nach medizinischer Auffassung gebotene Therapie zu ermitteln. Wenn über eine unzureichende Befunderhebung keine, nach dem damaligen medizinischen Standard gebotene, Therapie unterlassen worden sei, könne das Versäumnis insgesamt nicht als „grober“ Behandlungsfehler gewertet werden. Es sei seitens der behandelnden Ärzte keine auch nur nach halbwegs gesicherter medizinischer Auffassung gebotene Therapie versäumt worden.

Zwar sei nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung anerkannt, dass auch „einfache“ Fehler bei der Befunderhebung zur Beweiserleichterung des Patienten führen könnten. Dies setze aber nicht nur voraus, dass behandlungsfehlerhafte medizinische Befunde nicht erhoben worden seien, sondern weiter, dass der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis erfragt hätte und sich das Unterlassen einer Reaktion auf diesen Befund als grober Fehler erweise (so schon BGH NJW 1996, 1589).

Diese Entscheidung macht deutlich, dass die Befunderhebung gerade nicht um ihrer selbst Willen stattfindet, sondern dazu dient, die Grundlagen für eine notwendige und nach medizinischer Auffassung gebotene Therapie zu ermitteln. Wenn über eine unzureichende Befunderhebung keine nach dem medizinischen Standard gebotene Therapie unterlassen wird, kann auch nicht von einem groben Behandlungsfehler gesprochen werden. Dies hat erhebliche Konsequenz für die Beweislast. An dieser Stelle wird eine Weiche gestellt. Eine weitere Weiche stellt dann die Beantwortung der Frage dar, ob der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis erbracht hätte und sich das Unterlassen einer Reaktion auf diesen Befund als grober Behandlungsfehler erweist. Hierbei ist nach jedem einzelnen Punkt zu überprüfen, ob die Voraussetzungen des Rechtsinstituts der unterlassenen Befunderhebung vorliegen. Dies wird in der Praxis häufig unterlassen und leider kaum präzisiert.

Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht

Dr. Thomas K. Heinz

Cronstettenstraße 66

60322 Frankfurt

www.mmw-law.de

ANZEIGENSCHLUSS:

Juni-Ausgabe 5.5.2009

Juli-Ausgabe 3.6.2009

Beim Ärztetag in Mainz darf man keine Büttreden erwarten

Siegmond Kalinski

Selten hat man so viele Erwartungen mit einem Ärztetag verknüpft wie diesmal. Der 112. Deutsche Ärztetag, der vom 19. bis 23. Mai 2009 in Mainz tagt, findet in außergewöhnlichen Zeiten statt. Wir erleben nicht nur eine Weltwirtschaftskrise, die nach Meinung nicht weniger Ökonomen schlimmer ist als die von 1929, sondern auch eine Krise des Gesundheitswesens, das heutzutage allerdings nicht mehr diesen Namen verdient – und das alles, während der Wahlkampf zum Bundestag schon in vollem Gang ist, was die Arbeit der Regierungskoalition sehr stark einschränkt, oft geradezu blockiert. Bereits in seiner im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Einladung zum Ärztetag hat der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetags, Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, darauf hingewiesen, dass „die Politik schlichtweg falsche Prioritäten gesetzt hat“. Ergo wird es jede Menge Diskussionsstoff geben, insbesondere darüber, was alles in der Gesundheitspolitik falsch war und ist.

Emnid-Umfrage: Gesundheitsreform erfolglos

Themen sind in Hülle und Fülle vorhanden. Allein schon die Gesundheitsreform ist nach wie vor ein nicht enden wollender Dauerbrenner. Nach der neuesten Umfrage des Emnid-Instituts („Süddeutsche Zeitung“ v. 2. April 2009) haben insgesamt 67 Prozent der Befragten die Neuregelungen der jüngsten Gesundheitsreform als erfolglos bezeichnet. Das Emnid-Institut ist als solides Meinungsforschungsinstitut anerkannt – und so kann dieses Ergebnis, daran lässt sich nicht zweifeln, als nichts anderes als eine Blamage, geradezu als Ohrfeige sowohl für ihre Schöpfer als auch für die Regierung bezeichnet werden. Es müssen ganz neue Wege gesucht werden. Denn nur wie bisher eine Schraube hier und ein Schraubchen da an dem einen oder anderen Teil der Reform hin- oder her-zudrehen, das hilft nichts und das bringt nichts. Das betrifft insbesondere auch den Gesundheitsfonds, eine der „Errungenschaften“ der Reform, der in der Umfrage am meisten kritisiert wurde.

Hat die e-Card eine Zukunft?

Der Widerstand der Ärzteschaft gegenüber der e-Card wird sich in Mainz höchstwahrscheinlich noch viel stärker äußern als bisher schon, selbst wenn die KV Nordrhein sich sehr für den Einkauf der Lesegeräte engagiert. Die neuesten Erfahrungen mit dem Datenschutz, wie gerade erst bei der Telekom, der Bundesbahn und unlängst mit den Gesundheitsdaten von Lidl, die in Bochum im Müll entdeckt wurden, sollten Warnung genug sein. Inzwischen müsste jedem klar sein: Unsere persönlichen Daten sind nirgends genügend geschützt! Die Gefahren der e-Card sind riesengroß und werden auch nicht zu vermeiden sein. Lassen wir doch die Finger besser ganz davon ...

Bachelor und Master – das hat uns gerade noch gefehlt!

Ein anderes Thema ist die Einführung von Bachelor und Master in der Mediziner- und Ausbildung an den deutschen Hochschulen. Müssen wir eigentlich alles, was man sich in den EU-Gremien immer wieder ausdenkt, unbedingt auch einführen? Bologna war und ist eine altherwürdige Universitätsstadt, sie war Muster und Beispiel für viele andere Universitäten im Mittelalter – aber heute? Es erinnert einen an die Par-force-Einführung der Mengenlehre im Mathematikunterricht an unseren Grundschulen vor guten dreißig Jahren, hochgepriesen als Beispiel für progressives Denken – zum Ärger von Schülern, Eltern und den armen Lehrern. Was war das für ein Aufwand – und wer spricht heute noch von der Mengenlehre?

Hessen vorn! Diesmal bei den Osteopathen

Als einziges Bundesland hat Hessen, so mir und dir nichts, den Heilberuf des Osteopathen eingeführt. Es ist immer schön, wenn wir Hessen vorn sind, aber hätte man in diesem Fall nicht zunächst einmal abwarten sollen, bis Regelungen und Voraussetzungen für diesen Beruf bundesweit festgelegt worden wären? Denn in Hessen war bei dieser Entscheidung ärztlicher Verstand und ärztliche Erfahrung nicht gefragt! Es wäre sicherlich nicht verkehrt, wenn dieses Thema von den

hessischen Delegierten aufs Podium gebracht würde.

Beispiel für ein Maximum an Fehlern: Die Regelleistungsvolumina

Nichts hat in der letzten Zeit die Vertragsärzte so sehr zur Weißglut gebracht wie das Kürzel „RLV“, die Regelleistungsvolumina. So viele Fehler wie hier sind noch bei keiner der bisherigen zahlreichen Verordnungen, Vorschriften und Regeln gemacht worden – und das soll schon etwas heißen! Hier haben sich KBV und KVen wahrlich selbst übertroffen! Kein Arzt weiß und versteht eigentlich, welche Leistungen er und in welcher Anzahl und zu welchem Honorar erbringen kann und darf und wie sie berechnet werden. Gemäß den Versprechungen der KBV sollen alle diese Fehler und Mängel beim Erscheinen dieser Ausgabe schon ausgemerzt sein – was alle Kassenärzte hoffen, denn sonst wird auch das ein Thema beim Ärztetag sein, nicht nur bei der öffentlichen KBV-Delegiertenversammlung, sondern auch bei den plenaren Beratungen des Ärztetages. Für die Zeit vor und während des Ärztetags bereiten eine Reihe von ärztlichen Verbänden und Vereinen Aktionen als Zeichen des Protests gegen die gegenwärtige Gesundheitspolitik vor. Eine der Demonstrationen ist für den Tag der Eröffnung in Mainz geplant; bundesweit sollen während des gesamten Ärztetags in mehreren Städten Praxen geschlossen bleiben. Im „Berliner Fenster“, dem Anzeigenfenster der U-Bahn in der Spreemetropole, sprangen den Fahrgästen zwei Aprilwochen lang Inserate mit dem Text: „Wollen Sie für eine Curry und einen Döner behandelt werden? Viele Ärzte in Berlin müssen das!“ ins Auge. Diese Aktion, typisch für die „Berliner Schnauze“, wurde sehr positiv aufgenommen und beim Fahren auch engagiert diskutiert. Hoffen wir, dass all' die Proteste endlich einmal den gewünschten Erfolg haben und nicht, wie so oft, einfach im Sand verlaufen.



Verlockungen beim Autokauf *Klaus Britting*

Mein zwölf Jahre alter Pkw ist zwar noch gut in Schuss. Doch die Autoschau, die von den heimischen Händlern in unserem Nachbarort veranstaltet wurde, lockte uns dann doch in die große Halle. Sie war gut besucht, vor allem von Leuten, die glaubten, für die Abwrackprämie gleich einen neuen Wagen zu bekommen.

Am ersten Stand betrachtete meine Frau interessiert ein Mittelklassecabrio, wohl wissend, dass es für uns nie in Frage käme, denn unser lebhafter Jagdterrier würde während der Fahrt rasch abhanden kommen. Der Verkäufer wies meine Frau besonders auf die beheizten Fußmatten hin. Weil wir zögerten, ließ er schnell durchblicken, bei sofortiger Kaufentscheidung würden wir die Achtklang-Stereoanlage mit zwölf Lautsprechern bekommen, ohne Aufpreis! Ich sagte, dass der stets hinten sitzende Hund lärmempfindlich sei, worauf der Verkäufer statt der Stereoanlage die Ausführung mit 2,8-Liter-Kompressor und 285 PS kostenlos stiften wollte. Als wir immer noch zögerten, fügte er hinzu: „Und 10 % Umweltprämie von uns zusätzlich!“

Am zweiten Stand gefiel uns ein geräumiger Kombi. Vielleicht hatten wir uns einige Minuten zu lang für das Modell interessiert. Der Verkäufer schoss mit einem Auftragsformular auf uns zu und flötete: „Na, welche Farbe nehmen wir denn?“ Ich wollte erst einmal die Aufpreisliste sehen. Immerhin, das Lenkrad und die Räder waren im Grundpreis enthalten. Die Addition kleinerer Nützlichkeiten ergab dann aber eine so gewaltige Summe, dass mir die Sprache weg blieb. Der Verkäufer sah seine Stunde gekommen. „Und zu allem kriegen Sie von uns noch kostenlos eine beheizte Frontscheibe, 007-Alufelgen und für den Heckraum die voll integrierbare Jagdwanne.“ „Der Hund stammt aus dem Tierheim und ist nicht jagdtauglich“, sagte ich schnell. „Kein Problem, wir können Ihnen auch ohne Aufpreis die Komfortausstattung mit Wurzelholz, temperiertem Handschuhfach, abnehmbarer Heckscheibe und echt antiken Teppichen liefern.“

Der Verkäufer am dritten Stand hatte dieses Angebot mitgehört und winkte uns herbei. „Suchen Sie sich aus, was Ihnen gefällt, ganz ohne Zwang. Bei sofortiger Bestellung gewähren wir Ihnen 10 % Rabatt.“ „Nur 10 Prozent?“, sagte meine Frau. „12 % für Sie, gnädige Frau“, war die rasche Reaktion. Das hatte der Verkäufer von Stand 2 mitbekommen. Er rief: „Von uns erhalten Sie noch die original Hirschlederausstattung sowie den hydraulischen Lenkradheber dazu. Und 15 % Rabatt!“

Das gefiel nun meiner Frau, die es durchaus gewohnt ist, zu handeln. „Was ist mit Pollenfilter und 12 Airbags?“, rief sie zurück. Der Verkäufer von Stand 2 schluckte, rief dann röchelnd: „Gut, wenn Sie ein ärztliches Attest bringen und sofort bestellen. Aber sofort!“ Der neben mir stehende Verkäufer wirkte leichenblass, presste dann heraus: „Wir gehen mit und bieten zusätzlich eine ausziehbare Dusche für heiße Tage sowie die versenkbare, kombinierte Kaffee- und Teemaschine mit wahlweiser Milch- und Zuckerzufuhr.“ „Und für den Hund?“ Meine Frau wurde gar nicht rot bei ihrer Frage. Der noch junge Verkäufer schwitzte sichtbar und schnappte nach Luft. Da rief sein Gegenüber von Stand 2: „Für den Hund haben wir im Heck unser Hundeset mit Decke, Tuch, Shampoo, Wasser und Bärenknochen. Dazu den Wintermantel mit Pelzbesatz!“ Meine Frau bekam große Augen, doch ich dachte an die Finanzen und log: „Geht nicht, bei Pelzbesatz dreht uns der Hund völlig durch.“ Dann zog ich meine Frau schnell weg.

Da lief uns der Verkäufer aus Stand 1 nach und sagte: „Wenn Sie unseren Kombi nehmen, erhalten Sie kostenlos einen Anhänger, mit dem Sie alles Mögliche transportieren können!“ Jetzt überlege ich, wie ich den Anhänger und all das verlockende Zubehör kostenlos bekomme, ohne gleich drei Autos kaufen zu müssen.

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Mölken 41
24866 Busdorf



Der Maikäfer

Für einunddreißig Nächte nur schwelgt er im Buchengrün, liebt stürmisch manche Käferin und hält's mit Epikur:

was hinterher im Juni wird,
das ist ihm ganz egal.
Vorerst ist Mai. Nun lebt man mal
kurz, aber konzentriert.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †

Dr. med. Ulrich Storck, langjähriger Chefarzt des Rheumazentrums Mittelhessen in Bad Endbach wurde 75 Jahre

Am 6. April 2009 feierte Dr. med. Ulrich Storck seinen 75. Geburtstag. Der Jubilar war fast 40 Jahre Leiter und alleiniger Geschäftsführer des Rheumazentrums Mittelhessen in Bad Endbach. Damit darf man ihn durchaus als einen der Pioniere in der Rheumatologie nennen.

1934 wurde Ulrich Storck in Berlin Friedenau geboren. Sein Vater, Professor Dr. Hans Storck, war zunächst Assistent an der Orthopädischen Klinik der Charité. 1940 erhielt er einen Ruf an die Orthopädische Klinik nach Gießen. Daraufhin siedelte die ganze Familie nach Gießen, wo Ulrich Storck auch eingeschult wurde. Die Kriegswirren zwangen jedoch die Familie 1944 zu einer Umsiedlung in einen kleinen Ort bei Gedern im Vogelsberg. Nach einem erneuten Wohnungswechsel in das zu einem großen Teil zerstörte Gießen legte Ulrich Storck dann 1954 sein Abitur ab. Danach begann er sein Studium der Medizin zunächst in Frankfurt und wechselte später nach Bonn und Marburg. Der strenge und häufig auch autoritäre Vater, Professor Dr. Storck, achtete sehr auf eine gute und fundierte Ausbildung seines Sohnes. Bereits als Student musste er in der neugegründeten Klinik seines Vaters in Endbach bei Marburg mitarbeiten. Seine Assistenzzeit führte ihn dann nach München zu Professor Zenker, nach Bad Berleburg zu Professor Zipp und schließlich nach Mainz in die Kardiologische Abteilung zu Professor Schölmerich, wo er dann auch seine Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin am 22. Dezember 1967 erhielt.

Die personelle Enge in der Klinik seines Vaters zwang ihn zum raschen Einstieg in die neu gegründete Klinik. Hier wurden Patienten mit orthopädischen und rheumatologischen Erkrankungen, vorwiegend mit physikalischen Heilmethoden behandelt.

Ab 1968 leitete er zusammen mit seinem Vater die Klinik, die damals noch „Klinik für externe Therapie“ hieß. 1980 wurde er alleiniger Klinikleiter.

Trotz der sehr angespannten Arbeitssituation fand Ulrich Storck noch Zeit zu wissenschaftlichen Veröffentlichungen. So sind Veröffentlichungen zu klinisch experimentellen Beobachtungen eines Koronardilatators, zu szintigraphischen Untersuchungen, zur Diagnostik und Therapie der Rheumatoiden Arthritis erschienen.

Seine Promotion erhielt er am 10. November 1960 in Marburg zu dem Titel: „Über die Entstehung und Prognose von erworbenen Herzklappenfehlern.“

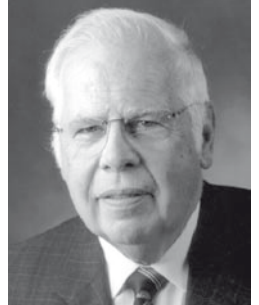
Besonders zu den Gebieten Rheumatische Erkrankungen und physikalische Therapieformen fand eine umfangreiche Vortragstätigkeit statt.

Sein Hauptaugenmerk galt jedoch immer seiner Klinik, die sich aus einer kleinen Bettenabteilung zu dem Rheumazentrum Mittelhessen mit 80 Betten in der Akutversorgung und 38 Betten in der Rehabilitationsabteilung entwickelte. Der Klinik angeschlossen war eine Schule für Massage und Krankengymnastik.

Durch einen Lehrauftrag im Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg konnte Ulrich Storck die Studenten im Fach Rheumatologie unterrichten.

Zu solch einer erfolgreichen Tätigkeit gehören menschliche Eigenschaften, die sich in einer wechselseitigen Beziehung in der Person des Jubilars vereinigen. Dazu gehören Einfühlungsvermögen und Beharrlichkeit, Einsicht und Durchsetzungskraft. Unterstützung fand Dr. Storck bei seinen verlässlichen Mitarbeitern sowie seiner Familie. Erholung und Kraft holte er sich als Musiker im Hessischen Ärzteorchester und in der Johannesgemeinde in Gießen. Aber auch heute noch spielt er in dem exklusiven Florestan Quartet Violine.

Im Jahr 2004 übergab er die Führung seiner Klinik in die Hände der jüngeren Generation. Nach wie vor steht er der Klinik als Berater und auch bei besonderen personellen Engpässen zur Verfügung.



Dr. med. Heinz Schleenbecker

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Guido Steinmetz, Wöllstadt, am 5. Juni.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Vera Kuborn, Fulda, am 1. Juni,
Dr. med. Brita von Boineburg, Felsberg, am 11. Juni.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hannelore Dunker-Rothhahn, Frankfurt, am 2. Juni,
Dr. med. Willi Baumann, Bad Soden, am 5. Juni,
Dr. med. Klaus Köhler, Dreieich, am 5. Juni,
Professor Dr. med. Dr. h. c. Fritz Hehrlein, Frankfurt, am 23. Juni,
Dr. med. Klaus Schwalbach, Alzenau, am 25. Juni.

Wir gratulieren den Kolleginnen und Kollegen zu ihrem Geburtstag und wünschen ihnen für das kommende Lebensjahr alles Gute.

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Daniela Dock-Rust, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M 52/2004, ausgestellt am 6.4.2004, für Dr. med. Bettina Grünwald, Marburg,

Arztausweis Nr. HS-F-10295, ausgestellt am 8.8.2001, für Dr. med. Stefanie Hornig, Glashütten,

Arztausweis Nr. HS-W-1116/08, ausgestellt am 22.8.2008, für Sabina Huseynova, Bad Homburg,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Hermann Knauer, Dieburg,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Dr. med. Eva Ritter, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-D-4661, ausgestellt am 29.8.2005, für Dr. med. Birgit Schleep, Einhausen,

Arztausweis Nr. HS-F-12353, ausgestellt am 8.10.2004, für Iris Schlotmann, Offenbach,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Hasan Soydan, Bad Nauheim,

Arztausweis Nr. 08/4243, ausgestellt am 30.11.2000, für Dr. med. Sandra Telljohann, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-W-196/2005, ausgestellt am 5.1.2005, für Dr. med. Henrik C. Witt, Geisenheim,

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 006308, ausgestellt am 27.4.1995, für Claus Peter Labes, Bad Sooden-Allendorf,

Stempel Nummer 407522600, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Frankfurt Dispositionszentrale (Hans Wagner, Weilrod),

Stempel Nummer 440011100, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Ostkreis Marburg-Biedenkopf (Dr. med. Kerstin Chucholowski, Kirchhain).

Nachwahl der Delegierten zum 112. Deutschen Ärztetag in Mainz

Aufgrund der Nachwahl der Delegierten zum 112. Deutschen Ärztetag vom 19. bis 22. Mai 2009 in Mainz auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 28. März 2009 werden die Delegierten der Liste 9 ÄrztINNEN wie folgt bekannt gegeben:

1. Dr. Sylvia-Gabriele Mieke, Hanau
2. Dr. Gisela Illies, Hanau

LÄK

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Heinrich Albohn, Gießen
* 1.9.1919 † 7.3.2009

Dr. med. Klara Borawski, Wettenberg
* 8.1.1927 † 25.11.2008

Medicinae Doctor/Univ.Prag Annelies Cada, Rosbach
* 12.4.1944 † 24.12.2008

Dr. medic. Vasile Costiuc, Bad Soden-Salmünster
* 13.6.1924 † 17.5.2005

Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Günther Figge, Arolsen
* 27.11.1921 † 21.12.2008

Dr. med. Rosemarie Kaatzsch, Bad Hersfeld
* 30.5.1922 † 31.7.2008

Dieter Mäder, Kassel
* 10.5.1942 † 26.11.2008

Frens Mass, Bad Nauheim
* 22.12.1916 † 29.1.2009

Dr. med. Andrzej Miller, Frankfurt
* 28.3.1953 † 21.2.2009

Dr. med. Maria Miserre-Kirchner, Fulda
* 18.4.1923 † 8.11.2008

Dr. med. Milos Porekar, Frankfurt
* 18.4.1924 † 7.2.2009

Dr. med. Karl Reuss, Frankfurt
* 28.9.1930 † 27.2.2009

Dr. med. Horst Stark, Idstein
* 28.1.1944 † 10.12.2008

Dr. med. Adelheid Seitz, Marburg
* 18.7.1939 † 14.2.2009

Dr. med. Adolf Stracke, Nentershausen
* 13.4.1926 † 6.2.2009

Dr. med. Ronald Dirk Waehner, Bad Schwalbach
* 10.5.1954 † 17.2.2009

Rosemarie Weckerlein, Steinbach
* 1.12.1943 † 17.9.2008

Dr. med. Günter Wigand, Fronhausen
* 16.2.1925 † 21.2.2009

Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte im Winter 2009

Hiermit geben wir die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Arzthelfer/innen** im Winter 2009 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt 68
von denen 49

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Note sehr gut –
Note gut –
Note befriedigend 10
Note ausreichend 39

Gemäß Übergangsregelung in der Prüfungsordnung wird eine Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen letztmals im Sommer 2010 durchgeführt.

Hiermit geben wir Ihnen die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Medizinische Fachangestellte** im Winter 2009 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt 110
von denen 98

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Schriftlicher Teil:		Praktischer Teil:	
Note sehr gut	–	Note sehr gut	16
Note gut	23	Note gut	34
Note befriedigend	53	Note befriedigend	27
Note ausreichend	22	Note ausreichend	21

Gemäß den Vorgaben in der Ausbildungsordnung setzt sich die Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte aus zwei Teilen zusammen, dem schriftlichen und dem praktischen Teil. Sowohl im schriftlichen als auch im praktischen Teil müssen mindestens ausreichende Leistungen erzielt werden, um die Abschlussprüfung insgesamt zu bestehen. Infolge der Selbstständigkeit beider Prüfungsteile gibt es untereinander keine Ausgleichsmöglichkeit. Es wird keine Gesamtnote gebildet. Beide Leistungsbereiche werden im Zeugnis gesondert dargestellt. Bezweckt ist mehr Transparenz bezüglich der Fähigkeiten des Prüflings. Es kommt jetzt allerdings vor, dass Prüflinge mit befriedigenden schriftlichen Ergebnissen wegen mangelhafter Leistungen im praktischen Teil die Abschlussprüfung nicht bestehen.

Die Prüfung im praktischen Teil wird in der Landesärztekammer Hessen eigenen Einrichtung, Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim, durchgeführt. In einer 75-minütigen Einzelprüfung vor einem Prüfungsausschuss müssen die Prüflinge praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren. Die Prüflinge erhalten einen komplexen fachübergreifenden Prüfungsfall. Um die geforderte Prüfungsleistung erbringen zu können, von der das Bestehen der Abschlussprüfung abhängt, ist eine umfangreiche Ausstattung im Bereich Medizin, Labor, Verwaltung und Abrechnung erforderlich. Aus diesem Grund wurde als Prüfungsort die den Prüflingen von der Überbetrieblichen Ausbildung bekannte Carl-Oelemann-Schule gewählt. Bei der guten Ausstattung der Carl-Oelemann-Schule

kann man die Prüfungssituation so praxisnah wie möglich gestalten. Die Prüflinge profitieren von der guten Ausstattung, die auch von den in der Winterprüfung 2009 eingesetzten Prüferinnen und Prüfer sehr gelobt wurde.

Aktive und Interessierte Auszubildende, die in der Berufsschule über die Lernfeld-Methode mit zunehmend selbst organisiertem Lernen gut vorbereitet wurden sowie in der Ausbildungsstätte eine gründliche und vollständige Ausbildung erhalten haben, haben gute Chancen die Abschlussprüfung zu bestehen, die einen erfolgreichen Start ins Berufsleben ermöglicht.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte
und Arzthelfer/innen

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10-jährigen Berufsjubiläum**

Sonja Zeller, tätig bei Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt

Veronika Schießer, tätig bei Dr. med. H. Heuberger, Dr. med. S. Timm, Dr. med. B. Kornhuber, Dr. med. S. Schmidt, Dr. med. D. Krost, Hanau

und zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Yvonne Wiegand, tätig bei F. Keimer, Bad Hersfeld

Gabriele Schmunck, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. M. Parakenings, Mühlheim

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Barbara Schließmann, tätig bei Dr. med. M. Parakenings, Mühlheim

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Aktueller Standpunkt zur Strahlenexposition in der Diagnostischen Radiologie**“ in der März-Ausgabe 2009, Seite 160.

Frage 1	2	Frage 6	1
Frage 2	3	Frage 7	3
Frage 3	1	Frage 8	2
Frage 4	2	Frage 9	1
Frage 5	5	Frage 10	1

CHECKLISTE**Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten**

- ☐ Bewerbungs- und Einstellungsverfahren **spätestens im Herbst des Vorjahres** durchführen
- ☐ Offizielle Einstellungstermine beachten: zwischen dem 1. August und dem 1. September eines jeden Jahres

Hinweis: Die Ausbildung endet im Normalfall mit Bestehen der Abschlussprüfung im Sommer und damit regelmäßig **vor** Ablauf des im Berufsausbildungsvertrages eingetragenen Endes.

- ☐ Ausbildungsmöglichkeiten prüfen (Anzahl der Fachkräfte im Verhältnis zur Anzahl der Auszubildenden)
- ☐ Arbeitserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung bei der Beschäftigung nichtdeutscher Auszubildenden prüfen
- ☐ Berufsausbildungsvertrag bei der zuständigen Bezirksärztekammer* anfordern oder direkt im Internet ausfüllen unter www.laekh.de
- ☐ Berufsausbildungsvertrag (Ausfertigung für Landesärztekammer Hessen einschl. Antrag auf Eintragung ...), Kostenübernahme-Erklärung, ggf. Deckblatt des Muster-Ausbildungsplans oder Kopie des selbst erstellten Ausbildungsplans bei der zuständigen Bezirksärztekammer* zur Eintragung einreichen
 - Verkürzung der Berufsausbildungszeit bei entsprechender schulischer oder beruflicher Vorbildung beantragen
- ☐ Jugendarbeitsschutzuntersuchung durchführen lassen
- ☐ Anmeldung zur Berufsschule vornehmen
- ☐ Ausbildungsnachweis aushändigen und erläutern
- ☐ Ausbildungsplan für die Ausbildungsstätte erstellen
- ☐ über Schweigepflicht aufklären
- ☐ Berufskleidung (Kittel) beschaffen
- ☐ **über Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B unterrichten und diese kostenlos durchführen (BGR-TRB 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“)**
- ☐ Arbeitszeiten festlegen
- ☐ bei Krankenversicherung anmelden
- ☐ Lohnsteuerkarte vorlegen lassen
- ☐ Bankverbindung einrichten
- ☐ Rentenversicherungsnachweis bei der Deutschen Rentenversicherung beantragen

Bei der hier abgebildeten Checkliste handelt es sich um einen Auszug. Der komplette Abdruck der Checkliste ist über unsere Homepage www.laekh.de über „Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen“ abzurufen.

Landesärztekammer Hessen
Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

* Eine Ausnahme gilt für den Bereich der Bezirksärztekammer Gießen. Anstelle der Bezirksärztekammer ist mit der Sachbearbeiterin, Sandina Gall, in der Landesärztekammer Hessen, Telefon: 069 97672-168 Kontakt aufzunehmen (s. Bericht über „Modellprojekt“, Hessisches Ärzteblatt Ausgabe 12/2002, S. 727).

Fristen zur Aktualisierung der „Fachkunde und Kenntnisse“ im Strahlenschutz gemäß RöV

Am 1. Juli 2007 endete die letzte Frist zur Aktualisierung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Übergangsvorschrift § 45 (6) RöV. Die Erfahrung zeigt, dass nicht alle betroffenen Personen dieser Verpflichtung zeitgerecht nachgekommen sind.

Ohne gültige Fachkunde im Strahlenschutz gem. RöV dürfen Ärztinnen und Ärzte keine Röntgenstrahlen am Menschen anwenden. Bei nur kurzer Überschreitung der Nachweisfrist ist i. d. R. eine Fortgeltung der Fachkunde unter der Auflage möglich, unverzüglich an einem Aktualisierungskurs teilzunehmen. Bei länger andauernder Überschreitung der Nachweisfrist muss in Hessen der Spezialkurs für Röntgendiagnostiker wiederholt werden.

In jedem Fall empfehlen wir betroffenen Ärztinnen und Ärzten, sich in der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen beraten zu lassen. Ansprechpartnerin dort ist Alexandra Doberstein, Tel.: 069 97672-174, E-Mail: alexandra.doberstein@laekh.de

Eine vergleichbare Situation ergibt sich für den Nachweis der Aktualisierung der Fachkunde von MTA, MTLA und MTRA und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal.

Das Regierungspräsidium Kassel hat die Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Schule gebeten, für alle vorgenannten Personen, die die Frist zum 1. Juli 2007 versäumt haben, 16-stündige Sonderkurse anzubieten. (Häbl 11/2006). Die Übergangsregelung zum „Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal“, endet zum **1. Juli 2010**. Bei Versäumnis dieser Frist muss die erfolgreiche Teilnahme am regulären 90-stündigen Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 24 Abs 2 Nr. 4 RöV“ nachgewiesen werden.

Die Carl-Oelemann-Schule bietet für Arzthelfer/innen, MTA, MTLA und MTRA sowohl den regulären Aktualisierungskurs mit acht Stunden gemäß § 18a RöV (dieser ist alle fünf Jahre vorgeschrieben zum Erhalt des Kenntnisnachweises), als auch den 16-stündigen Sonderkurs bei o. a. Fristüberschreitung an.

Termine:

Regulärer achtstündiger Aktualisierungskurs gemäß § 18a RöV: Sa., 20. Juni 2009

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen „Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal“, 16-stündige Aktualisierung gemäß § 18a RöV:

von Fr., 3. Juli 2009 bis Sa., 4. Juli 2009 oder

von Fr., 9. Oktober 2009 bis Sa., 10. Oktober 2009 oder

von Fr., 13. November 2009 bis Sa., 14. November 2009

Bitte beachten Sie die jeweiligen Anmeldefristen. Informationen erhalten Sie unter www.carl-oelemann-schule.de. Ansprechpartnerin ist Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, E-Mail: karin.jablotschkin@laekh.de

Für Personen mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz, die ausschließlich einfache Röntgeneinrichtungen auf direkte Anweisung des unmittelbar anwesenden Arztes bedienen („OP-Helfer“) und die Aktualisierungsfrist bis 1. Juli 2007 verpasst haben, wird ebenfalls ein achtstündiger Sonderkurs eingerichtet. Kursveranstalter ist die Asklepios Klinik Lich GmbH. Ansprechpartnerin ist Bea kleine Brörmann, Tel. 06403 62803 oder 0173 3248598, E-Mail: bea.Broermann@web.de

Sabine Danzglock, Regierungspräsidium Kassel

Dr. Susan Trittmacher, Landesärztekammer Hessen

Silvia Happel, Landesärztekammer Hessen

In Hessen gibt es für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für das Jahr 2009 folgende Fördermöglichkeiten:

Ausbildungsstellen bei Existenzgründungen

Inhaberinnen und Inhaber von neu gegründeten oder übernommenen Betrieben bzw. Praxen der freien Berufe können eine Förderung erhalten. Die Neugründung bzw. Übernahme muss im Programmjahr oder in den vier davor liegenden Kalenderjahren erfolgt sein. Die Neugründung muss keine erstmalige selbstständige Existenzgründung sein, die Unternehmensinhaberin/der Unternehmensinhaber darf jedoch innerhalb der letzten fünf Jahre vor der aktuellen Existenzgründung keine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit ausgeübt haben.

Gefördert werden Ausbildungsverhältnisse mit hessischen Jugendlichen unter 27 Jahren, die noch keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der erste Ausbildungsplatz wird mit 200 Euro pro Monat für die Dauer der vertraglichen Ausbildungszeit gefördert.

Für jeden weiteren Ausbildungsplatz kann der Antragsteller einen Zuschuss in Höhe von 100 Euro pro Monat erhalten.

Der Förderantrag muss bis zum 15. November des jeweiligen Förderjahres eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Frau Fischer, Tel.: 0561 106-3424, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: sabine.fischer@rpks.hessen.de

Ausbildungsstellen für Altbewerber/innen

Betriebe bzw. Praxen der Freien Berufe, die zusätzlich zu den bereits vorhandenen Auszubildenden sog. Altbewerber ausbilden, erhalten einen Zuschuss. Zusätzlich bedeutet, der Betrieb muss den durchschnittlichen Ausbildungsplatzbestand der drei vorangegangenen Jahre aufrechterhalten und darüber hinaus neue Ausbildungsverhältnisse mit Altbewerbern/innen begründen oder den Ausbildungsplatz erstmalig einrichten oder eingerichtet haben. Altbewerber/innen sind Jugendliche, die sich bereits im vergangenen Jahr oder früher bei der örtlichen Agentur für Arbeit oder einer Optionskommune vergeblich um einen Ausbildungsplatz oder Arbeitsplatz bemüht haben oder den Nachweis von mindestens fünf abgelehnten Bewerbungen (Absageschreiben) erbringen oder die eine im vergangenen Jahr oder früher begonnene Ausbildung (Kopie des Ausbildungsvertrages einer abgebrochenen Ausbildung) abgebrochen haben.

Gefördert werden Ausbildungsverhältnisse mit hessischen Altbewerbern/innen unter 27 Jahren. Das Ausbildungsverhältnis wird im ersten Ausbildungsjahr mit 50 % und im zweiten Ausbildungsjahr mit 25 % der tatsächlich geleisteten, maximal der tariflichen monatlichen Ausbildungsvergütung (ohne Zuschläge wie z.B. Weihnachtsgeld, Fahrtkostenvergütung, vermögenswirksame Leistungen und Sozialversicherungsanteile des Arbeitgebers) gefördert. Hierfür ist die von der zuständigen Stelle nach dem BBiG im Ausbildungsvertrag genehmigte Ausbildungsvergütung und die vorgesehene Ausbildungsdauer maßgeblich.

Der Förderantrag muss bis zum 15. November des jeweiligen Förderjahres eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel.

Ansprechpartnerinnen: Frau Schrammel für den Bereich Regierungspräsidium Darmstadt, Tel.: 0561 106-3416, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: hannelore.schrammel@rpks.hessen.de und Frau Stock für die Bereiche Regierungspräsidium Kassel und Gießen, Tel.: 0561 106-4711, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: heidi.stock@rpks-hessen.de

Ausbildungsstellen für Auszubildende aus insolventen Betrieben

Betriebe bzw. Praxen der Freien Berufe, die Jugendliche nach Verlust des Ausbildungsplatzes durch Insolvenz oder Schließung aufnehmen und die begonnene Ausbildung fortsetzen, erhalten einen Zuschuss. Die Ausbildung muss im vorherigen Ausbildungsunternehmen begonnen worden sein. Die für das neue Ausbildungsunternehmen zuständige Agentur für Arbeit muss bescheinigen, dass die Ausbildung ohne den Zuschuss nicht fortgesetzt werden kann.

Gefördert werden Jugendliche, die ihren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Insolvenz, Schließung etc. in Hessen haben und unter 27 Jahren sind. Der Zuschuss wird in Höhe der geleisteten tariflichen monatlichen Ausbildungsvergütung (ohne Zuschläge wie z.B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld, Fahrtkostenvergütung, vermögenswirksame Leistungen und Sozialversicherungsanteile des Arbeitgebers) ab Beginn der Anschlussausbildung für max. sechs Monate gewährt. Der Antrag muss spätestens drei Monate nach Übernahme des Auszubildenden eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Herr Marschall, Tel.: 0561 106-3422, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: dirk.marschall@rpks.hessen.de

Anträge für das Existenzgründungsprogramm, das Altbewerber/innenprogramm und das Ausbildungsstellenprogramm für Auszubildende aus insolventen Betrieben können Sie auch bei der zuständigen Bezirksärztekammer anfordern.

Ausbildung in Partnerschaften (Ausbildungsverbundprogramm)

Auch Praxen der Freien Berufe können Zuschüsse erhalten, wenn sie einen Ausbildungsplatz für eine Verbundausbildung zur Verfügung stellen. Der Ausbildungsverbund muss sich aus mindestens drei Kooperationspartnern zusammensetzen. Voraussetzung ist, das Stammunternehmen (Vertragspartner des Jugendlichen) darf nicht alleine ausbilden können. Wesentliche Teile der betrieblichen Ausbildung müssen außerhalb des Stammbetriebes von einem zweiten Betrieb übernommen werden. Der Stammbetrieb muss entweder erstmals ausbilden oder zusätzlich betriebliche Ausbildungsverhältnisse begründen.

Die Auszubildenden müssen bei Abschluss des Ausbildungsvertrages ihren Hauptwohnsitz in Hessen haben und unter 27 Jahre alt sein. Besonders erwünscht sind Ausbildungspartnerschaften, die dazu beitragen, den Anteil der Auszubildenden eines Geschlechts in Ausbildungsberufen, bei denen dieser erheblich unter dem Durchschnitt liegt, anzuheben. Der Antragsteller kann pro Ausbildungsplatz und Jahr eine Förderpauschale in Höhe von max. 3.600 Euro, insgesamt jedoch nicht mehr als 12.600 Euro pro Ausbildungsplatz, erhalten. Von dieser Pauschale sind folgende Kosten zu decken: Max. 1.000 Euro pro Platz und Jahr für Regiekosten des Koordinators und der restliche Förderbetrag für die partnerschaftsbedingten Mehrkosten der Ausbildung (z.B. Fahrt- oder Materialkosten, Kosten zur Erlangung der Ausbildereignung).

Der Antrag muss vor Projektbeginn bei der IBH als bewilligende Stelle gestellt werden und sollte eigentlich bis spätestens 31. März für das jeweilige Antragsjahr eingegangen sein. Das Antragsformular kann von der Internetseite www.esf-hessen.de heruntergeladen werden. Investitionsbank Hessen (IBH), Arbeitsmarkt/ESF-Consult Hessen, Abraham-Lincoln-Straße 38-42, 65189 Wiesbaden, Ansprechpartner/in: Herr Biedendorf, Tel.: 0611 774-7285, E-Mail: wolfgang.biedendorf@ibh-hessen.de und Herr Jensen, Tel.: 0611 774-7902, E-Mail: dirk.jensen@ibh-hessen.de

Betriebliche Ausbildungsplätze für Alleinerziehende

Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, die Ausbildungsplätze für Alleinerziehende bereitstellen, können einen Zuschuss pro Ausbildungsplatz und -monat erhalten. Die Alleinerziehenden werden während ihrer Ausbildung von qualifizierten Projektträgern sozialpädagogisch begleitet. Die Projektträger sind allein antragsberechtigt, erhalten und verteilen die Fördergelder (z. B. an die Betriebe oder die Kinderbetreuungsstellen). Gefördert werden Ausbildungsverträge mit hessischen Alleinerziehenden ohne Altersbegrenzung (im SGB II-Bezug: unter 25 Jahre). Der SGB-II-Träger oder das Sozial- bzw. Jugendamt muss bestätigen, dass die/der Auszubildende alleinerziehend ist. Im Rahmen des Projekts werden neue Organisationsformen und modifizierte Vollzeitmodelle in der Berufsausbildung erprobt. Die Projektförderung erfolgt im Wege der Festbetragsfinanzierung. Gesetzliche Leistung (auch zur Betreuung von Kindern) haben Vorrang vor dieser Landesförderung und sind in Anspruch zu nehmen. Sofern der Ausbildungsbetrieb für den Ausbildungsplatz einen Zuschuss aus anderen Landesprogrammen oder von Dritten erhält, entfällt der Betriebszuschuss aus diesem Landesprogramm. Der Antrag muss vor Projektbeginn gestellt werden und sollte eigentlich bis spätestens **1. März** für das jeweilige Antragsjahr eingegangen sein. Das Antragsformular kann im Internet unter www.esf-hessen.de/Arbeitsmarkt abgerufen werden. Investitionsbank Hessen (IBH), Arbeitsmarkt/ESF-Consult Hessen, Abraham-Lincoln-Straße 38–42, 65189 Wiesbaden, Ansprechpartnerinnen: Frau Sörös, Tel.: 0611 774-7247, E-Mail: heidi.soeroes@ibh-hessen.de und Frau Scheerer, Tel.: 0611 774-7388, E-Mail: ines.scheerer@ibh-hessen.de

Ausbildungskostenzuschüsse (AKZ) für Lern- und Leistungsbeeinträchtigte

Geeignete Betriebe bzw. Praxen der Freien Berufe, Verwaltungen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, die Ausbildungsplätze für hessische Jugendliche unter 27 Jahren mit Lern- oder Leistungsproblemen bereitstellen, können Ausbildungskostenzuschüsse beantragen. Die für Vermittlung in Ausbildung

zuständige Stelle muss die Lernbeeinträchtigung bestätigen und die Wahl des Ausbildungsberufes befürworten. Die Ausbildungsplätze müssen unter Aufrechterhaltung des durchschnittlichen Ausbildungsplatzbestands der beiden vorangegangenen Jahre bereitgestellt werden. Ein Ausbildungsverhältnis wird mit jährlich 1.800 Euro, insgesamt jedoch höchstens 6.300 Euro gefördert. Der Förderantrag soll spätestens am 20. November des Jahres, in dem die Ausbildung beginnt, gestellt sein. Das Antragsformular kann im Internet unter www.rp-kassel.de/Arbeit&Soziales/Ausbildungsplatzförderung abgerufen werden. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dez. 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Ansprechpartner: Herr Marschall, Tel.: 0561 106-3422, E-Mail: dirk.marschall@rpks.hessen.de. Über den Antrag entscheidet das Regierungspräsidium Kassel in Abstimmung mit der zuständigen Stelle, die das Ausbildungsverhältnis gemäß BBiG überwacht.

Das **Hessische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung** ist für folgende Programme zuständig:

- Ausbildungsstellen bei Existenzgründungen
- Ausbildungsstellen für Altbewerber/innen
- Ausbildungsstellen für Auszubildende aus insolventen Betrieben
- Ausbildung in Partnerschaften (Ausbildungsverbundprogramm)

Das **Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit** ist für folgende Programme zuständig:

- Betriebliche Ausbildungsplätze für Alleinerziehende
- Ausbildungskostenzuschüsse (AKZ) für Lern- und Leistungsbeeinträchtigte

Über weitere Fördermöglichkeiten, z. B. ERP-Eigenkapitalhilfe-Darlehen (EKH) für freiberuflich Tätige können Sie sich im Internet unter: www.kfw-mittelstandsbank.de informieren.

Landesärztekammer Hessen

*Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte
und Arzthelfer/innen*

Würdigung herausragender Leistungen:**der Horst Bourmer Preis 2009**

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, ist zentraler Gedanke der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

Seit vielen Jahren bietet sie Arztkindern, deren Eltern infolge unerwarteter Schicksalsschläge in finanzielle Not geraten sind, sowie Waisen aus Arztfamilien finanzielle Unterstützung an. So soll den Hilfesuchenden der Weg in die berufliche Existenz ermöglicht werden.

Als weitere Motivation und Förderung dieser Kinder und Jugendlichen schreibt die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ den „Horst Bourmer Preis“ für besonders herausragende Leistungen in den Kategorien:

- **Schulbildung**
- **Berufsausbildung** und
- **Studienausbildung** aus.

Der Preis ist mit jeweils 1.000 Euro dotiert und wird im Rahmen der jährlichen Hauptversammlung des Hartmannbundes verliehen. Bewerben

können sich Kinder und Jugendliche zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr, die zu dem Personenkreis bedürftiger Arztkinder gehören. Ein-sendeschluss ist der **1. August 2009**.

Neben den herausragenden schulischen und fachlichen Leistungen werden die Gesichtspunkte einer erschwerten persönlichen Situation aufgrund finanzieller Bedürftigkeit oder sonstiger Umstände in die Wertung mit einbezogen.

Mehr Informationen zu den Voraussetzungen, zum Antrag und zum Bewerbungsverfahren finden Sie unter www.aerzte-helfen-aerzten.de

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an den
Vorsitzenden der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“
Dr. Roland Quast
Schützenstraße 6a, 10117 Berlin

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

lädt ein zu dem

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

am Mittwoch, dem 27. Mai 2009, 18:00 Uhr,
im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen,
Dr. O. P. Schaefer-Saal
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt a.M.

Begrüßung

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich
Frankfurt a.M.

•

Professor Dr. Christoph Hommerich
Bergisch-Gladbach

referiert zum Thema

**Die Freien Berufe
und das Vertrauen der Gesellschaft**

•

Diskussion mit dem Plenum

Moderation

Dr. Giesbert Schulz-Freywald
Präsident des Verbandes Freier Berufe in Hessen

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!



**Tumorklinik Fulda spendet 2.500 Euro
für Bärenherz**

Professor Dr. Horst Jürgen Feldmann und Professor Dr. Heinz-Gert Höffkes, Direktoren der Tumorklinik Fulda, hatten kürzlich ein Benefizkonzert zugunsten der Wiesbadener Bärenherz Stiftung, einer Stiftung für schwerstkranken Kinder, organisiert. Die Stiftung finanziert unter anderem mit rund 700.000 Euro jährlich das gleichnamige „Kinderhospiz Bärenherz“ in Wiesbaden-Erbenheim. Mitarbeiter dieser einzigartigen Einrichtung in Hessen erhielten im November 2008 einen Bambi für ihr großes Engagement in der Hospizarbeit.

Diese jährliche Konzert-Veranstaltungsreihe fand zum dritten Male statt. Die Direktoren konnten diesmal das bekannte „Pacific Trio“ aus Los Angeles gewinnen, das die zahlreichen Besucher begeisterte. „Das Pacific Trio spielt auch heute nach 900 gemeinsamen Auftritten bärenstark und zeigt einmal mehr, warum es zu den Besten zählt“, so Professor Feldmann. Und Vorstand Harald Jeguschke ergänzt: „Da ein Krankenhaus keine Hospizarbeit leisten kann, wollen wir diese wichtigen Einrichtungen unterstützen“.

Den Erlös von 2.500 Euro übergaben die Professoren in Form eines Spendenschecks, zusammen mit Harald Jeguschke und dem Schirmherrn des Konzertes, Oberbürgermeister Gerhard Möller am 17. März an Gabriele Orth, Geschäftsführerin der Bärenherz Stiftung. „Diese großzügige Spende kam unerwartet für uns. Wir freuen uns besonders, dass sie aus Fulda kommt, damit die Eltern schwerstkranker Kinder auch in Osthessen auf die Möglichkeiten, die unser Kinderhospiz in Wiesbaden bietet, aufmerksam werden“, so Gabriele Orth.

Weiterführende Informationen über www.baerenherz.de

Die Bärenherz Stiftung unterstützt Einrichtungen zur Entlastung von Familien mit schwerstkranken Kindern, insbesondere Kinderhospize. Die Bärenherz Stiftung ist wegen Förderung der Kinder- und Jugendhilfe durch Bescheinigung des Finanzamts Wiesbaden, Steuernummer 40 250 5308 3-x/4 vom 10. September 2007 als gemeinnützig anerkannt.

Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

3P

24. Juni 2009

19:00 – 21:00 Uhr

Dr. O. P. Schaefer-Saal

im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Georg-Voigt-Straße 15

60325 Frankfurt

Moderne Methoden der Lymphknoten-Diagnostik Professor Dr. M.L. Hansmann, Direktor des Senckenbergischen Instituts für Pathologie der Universität Frankfurt

Möglichkeiten und Grenzen rechtsmedizinischer Expertisen Professor Dr. H. Bratzke, Direktor des Instituts für Forensische Medizin der Universität Frankfurt

Professor Dr. med. J. Bargon

Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer

Kontakt: Hero Smid, BezÄK Frankfurt, Tel. 069 97672-512

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie – Häftiger Versorgungsauftrag – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Häftiger Versorgungsauftrag –

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Dieburg	Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
---------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – – Häftiger Versorgungsauftrag – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt/M.	Frauenärztin/Frauenarzt – Häftiger Versorgungsauftrag –
Frankfurt/M.	HNO-Ärztin/HNO-Arzt – Häftiger Versorgungsauftrag –
Frankfurt/M.	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Frankfurt/M.	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Frankfurt/M.-Eschersheim	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Frankfurt/M.-Ostend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hochheim	Orthopädin/Orthopäde – Häftiger Versorgungsauftrag – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
----------	---

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hochtaunuskreis	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Hochtaunuskreis	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –
Hochtaunuskreis	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
--------------	---

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Internistin/Internist -fachärztlich-
---------------------	--------------------------------------

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis	Hautärztin/Hautarzt
Main-Kinzig-Kreis	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Landesstelle, Kaufmännische Geschäftsführung, Niederlassungsberatung/Bedarfsplanung, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Fachärztin/Facharzt für Radiologie (Gemeinschaftspraxisanteil)
Gießen	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Bad Nauheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –
Bad Nauheim	Fachärztin/Facharzt für Radiologie – Häftiger Versorgungsauftrag –

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Butzbach	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Butzbach	– Häftiger Versorgungsauftrag – Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeutin/Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6–8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Fulda

Petersberg	Frauenärztin/Frauenarzt
------------	-------------------------

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
--------------	--

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Hautärztin/Hautarzt
Kassel	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Bad Wildungen	Radiologin/Radiologe – Häftiger Versorgungsauftrag – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Witzenhausen	Hautärztin/Hautarzt
--------------	---------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Bad Camberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Niederselters	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Hochtaunus

Grävenwiesbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
----------------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt – Häftiger Versorgungsauftrag –
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Bad Zwesten	Fachärztin/Facharzt für Radiologie – Häftiger Versorgungsauftrag – (überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
Fritzlar	Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin (überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
Schwalmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Psychosoma- tische Medizin und Psychotherapie – Häftiger Versorgungsauftrag –
Wiesbaden	Hausarztinternistin/Hausarztinternist
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin – Häftiger Versorgungsauftrag –
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Häftiger Versorgungsauftrag –

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
– Häftiger Versorgungsauftrag –
Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Praxisvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle –

vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

Kassenärztliche Vereinigung Hessen – Landesstelle – Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069 79502-757

zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.

Schadensersatz für getöteten Ehemann nicht steuerpflichtig

Witwen und Witwer müssen keine Einkommenssteuer auf die Schadensersatz-Rente für den Tod des Partners zahlen. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden (AZ: X R 31/07). Die Rente sei ihrer Rechtsnatur nach kein Unterhalt sondern Schadensersatz – und damit steuerfrei.

Wenn Schadensersatz als Einmalzahlung nicht steuerpflichtig sei, werde er es auch dadurch nicht, dass er in regelmäßigen Zahlungen ausgegeben werde, so der BFH. Schadensersatz-Renten seien nur dann zu versteuern, wenn diese weggefallene steuerpflichtige Einkünfte ersetzen.

Im konkreten Fall war der Ehemann der Klägerin 1998 an den Folgen eines ärztlichen Fehlers gestorben. Die Versicherung zahlte der Witwe daraufhin eine Schadensersatzrente von monatlich 1.022 Euro. Das Finanzamt besteuerte die Rente, wogegen die Frau erfolgreich vor dem Finanzgericht Rheinland-Pfalz geklagt hatte. Gegen das Urteil ging das Finanzamt in Revision. Der Bundesfinanzhof gab der Witwe endgültig Recht.

Weitere Informationen über:

Medizinrechtsanwälte e. V.

Vorsitzende des Vorstands: Dr. Britta Specht

Travemünder Allee 6a

23568 Lübeck

Tel. 0451 389 67 17

Fax 0451 389 67 29

E-Mail: info@mrbn.de

www.medizinrechts-beratungsnetz.de

Bücher

Anonymus: **Wohin mit Vater? Ein Sohn verzweifelt am Pflegesystem.** S. Fischer Verlag. 2007. ISBN: 978-3-10-061706-4. Euro 16,90.

In einer alternden Gesellschaft wird der Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen zur Zerreißprobe in der Sozialpolitik. Diese Erfahrung macht auch der Autor, der sich zusammen mit seiner Schwester nach dem Tod der Mutter um den hilflosen Vater kümmern muss. Da er die brutal anmutende Frage „Wohin mit Vater?“ nur mit einer illegalen Lösung beantworten kann, muss der in der Öffentlichkeit stehende Mann anonym bleiben. Die von ihm aufgeworfene Frage klingt nach „Entsorgung“, und dieser Eindruck bestätigt sich bei der Odyssee der Geschwister durch das deutsche Pflegesystem. Sein Bericht ist niemals moralisierend, aber schonungslos und unsentimental. Die vorgefundenen Möglichkeiten reichen von der mehr als 10.000 Euro kostenden Rundumversorgung im eigenen Haus durch den offiziellen Pflegedienst bis zur Alten-Verwahrnalt. Undifferenzierte Schuldzuweisungen, insbesondere an die Heimleitungen liegen ihm fern. Die Wurzel des Übels liegt viel tiefer, denn das Alter ist ein eigener, langer und immer länger werdender Lebensabschnitt. Und in diesem Lebensabschnitt ist Altenpflege nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Das bedeutet, dass diese Pflege neu organisiert werden muss. Das beginnt mit der Wertschätzung derer, die pflegen: Vorschläge aus der Politik, man könne ja Hartz-IV-Empfänger als Altenpfleger einstellen, spricht Bände und können geringschätziger kaum sein. Der Beruf des Altenpflegers muss aufgewertet werden, Alternativen zu den Altenheimen müssen gedacht und geschaffen werden, individuelle Lösungen unterstützt werden. Der menschenwürdige Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen wird die größte sozialpolitische Herausforderung unserer Zeit werden. Eine Lösung muss gelingen, schon im eigenen Interesse.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Eva Krüger: **Die Sinnlichkeit. Illustrierte Gedichte.** Schardt Verlag. 2007. ISBN: 978-3-89841-331-2. Euro 19,80.

Sehen, schmecken, fühlen, ... mit allen Sinnen fasst Eva Krüger Alltägliches und Momentaufnahmen in Gedichten zusammen. Ihre einfachen Worte sind schnörkellos, aber niemals banal. Ihre Stärken sind die Momentaufnahmen und das Innehalten in einer sich immer schneller drehenden Welt. Jedem Gedicht ist eine Fotografie zur Seite gestellt. Ebenfalls Momentaufnahmen, die die Autorin auf ihren zahlreichen Reisen in Ostasien gemacht hat. Hier hat sie die pralle Schönheit, die Sinnlichkeit im plakativen Sinn eingefangen, und kontrastiert damit ihre Gedichte.

Ihr Werk ist nichts für Unruhegeister, aber für diejenigen, die sich gerne mal ein Wort auf der Zunge zergehen lassen.

Dr. Nelly Riemann, Frankfurt