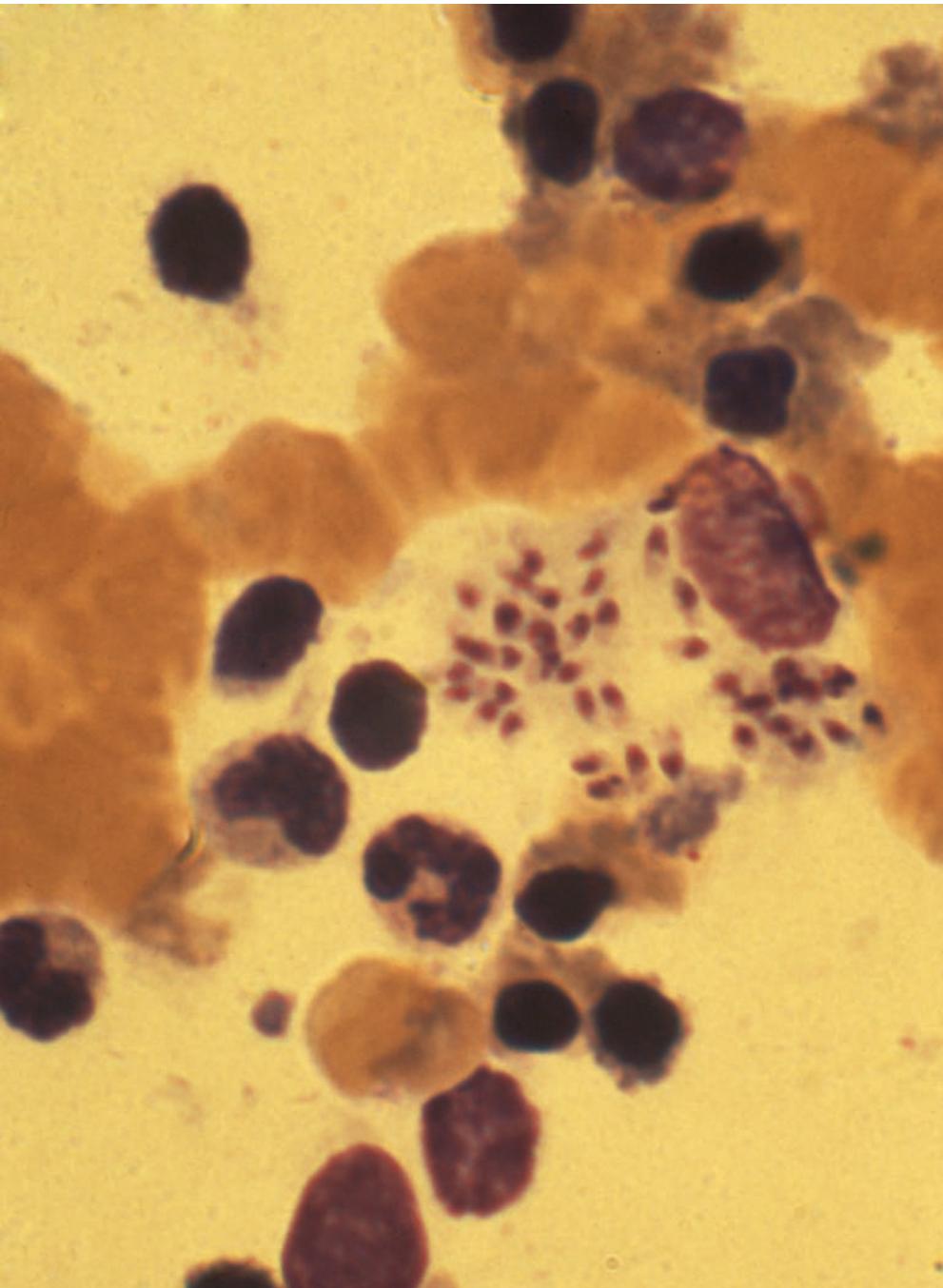




# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen  
Auch im Internet: [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

6 | 2009  
Juni 2009  
70. Jahrgang



- Kutane Leishmaniose – Seltene Ursache unklarer Hauttumore
- Störfähigkeit des kranio-mandibulären Systems
- Abhängigkeit von extrakranieller Schmerzlokalisierung und Dysfunktion im kranio-mandibulären System
- Spätabbruch der Schwangerschaft
- Die Rolle von Luis Kutner bei der Entwicklung der Patientenverfügung

Kala-azar: Gruppe freiliegender Leishmanien im Knochenmark eines zweijährigen Mädchens aus Ibiza.

© Prof. Dr. Wolfram Bommer, Klinikum der Universität Göttingen

**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 Vogelsgesang 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 Vogelsgesang 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-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99  
Internet: www.l-va.de  
E-Mail: lk@l-va.de

**Verlagsleitung:**

Dr. Rainer Stumpe

**Anzeigendisposition:**

Livia Kummer  
Tel. 0341 710039-92  
E-Mail: lk@l-va.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



<b>Editorial</b>	<b>376</b>
<b>Fortbildung</b>	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 4: Efeu	377
Kutane Leishmaniose – Seltene Ursache unklarer Hauttumore	378
Störfähigkeit des kranio-mandibulären Systems	381
Abhängigkeit von extrakranieller Schmerzlokalisierung und Dysfunktion im kranio-mandibulären System	386
Sicherer Verordnen	393
<b>Landesärztekammer Hessen</b>	
Die Marburger Arzt-Senioren auf Museumsfahrt	394
<b>Medizinethik aktuell</b>	
Spätabbruch der Schwangerschaft	395
<b>Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim</b>	<b>403</b>
<b>Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim</b>	<b>409</b>
<b>Medizinethik</b>	
Die Rolle von Luis Kutner bei der Entwicklung der Patientenverfügung	411
<b>Arzt- und Kassenarztrecht</b>	
Neue Kriterien für die Zulassung von Zweigpraxen	414
<b>Mit meinen Augen</b>	
Über die Schweinegrippe und über eine Aufgabe für den „Mann mit der Fliege“	415
<b>Satire Sie suchen eine ruhige Wohnung?</b>	<b>416</b>
<b>Humoristisches Die Ameisen</b>	<b>416</b>
<b>Von hessischen Ärztinnen und Ärzten</b>	<b>417</b>
<b>Landesärztekammer Hessen</b>	
Fortbildungsmöglichkeit in „Reisemedizin“	419
<b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b>	<b>420</b>
<b>Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen</b>	<b>427</b>
<b>Bücher</b>	<b>428</b>

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)

seit Menschengedenken nehmen Patientinnen und Patienten ärztliche Hilfe in Anspruch und suchen heutzutage dafür unsere Praxen und Krankenhäuser auf. Dabei ermöglichen ärztliche Kunst, pflegerisches Können und medizinischer Fortschritt Behandlungserfolge in

bisher nicht gekanntem Ausmaß.

Die Gewährleistung der wohnortnahen ambulanten Patientenversorgung, aber auch die Verlagerung von einst stationären Leistungen in den ambulanten Bereich setzt eine in jeder Hinsicht tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung voraus. Auf dem Weg vom Sozialzum Marktrecht wird diese persönliche und vertrauensvolle Beziehung zwischen den Patienten und ihren Ärzten der Ökonomisierung geopfert.

Die Nachfrage von Gesundheitsleistungen ist ungebrochen. Und die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft, gerade im Hinblick auf die Altersmedizin, lässt erahnen, dass der Bedarf an hochwertiger medizinischer Versorgung auch in Zukunft anhalten wird. Wie soll aber die medizinische Versorgung in Zukunft aussehen?

Vorrangig muss aber der Arztberuf von nicht ärztlichen Tätigkeiten entlastet werden: Eine überbordende Dokumentation, das Suchen von Patientenunterlagen sogar der Transport von Patienten wird Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern auferlegt, wenn andere Berufsgruppen überlastet sind!

Wachsende Diversifizierung und Spezialisierung führen zu größerer Arbeitsteilung und zunehmendem Einsatz von Assistenzberufen: Interdisziplinarität ist das Gebot der Stunde!

Dies darf aber nicht zur Verwischung von Berufsgrenzen führen. Im Gegenteil, die Fortentwicklung der Medizin macht eine

klare Definition der beruflichen Tätigkeit unbedingt erforderlich. Die Profilierung der Berufe kann dabei nur auf der Trias „Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung“ beruhen.

Insbesondere der Arztberuf ist durch die Freiberuflichkeit und Eigenverantwortlichkeit ausgezeichnet. Eine klare Definition der Tätigkeitsprofile, aber auch der Schnittstellen zwischen den einzelnen Berufsfeldern obliegt uns.

Task-shifting und Delegation ärztlicher Leistung war das Thema einer Fachtagung des WMA (World Medical Association) Anfang März 2009. Das Problem optimierter Versorgung besteht weltweit, aber mit verschiedenen Vorzeichen. In afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Ländern ist die Ursache des Ärztemangels unter anderem im erschwerten Zugang zur Bildung und großer Bevölkerungszahl zu sehen. Medizinische Grundversorgung muss in vielen Fällen auf speziell ausgebildetes Personal übertragen werden.

In Indien sind beispielsweise gesetzliche Regelungen geschaffen worden, um die Motivation für einen Zugang zum Medizinstudium und Arztberuf zu fördern.

In den sogenannten reichen Ländern ist ein umgekehrter Trend zu beobachten. Die Beweggründe, Tätigkeiten, die ausdrücklich unter Arztvorbehalt stehen, auf andere Berufsgruppen zu übertragen, sind unterschiedlich. Unter dem Vorwand des Ärztemangels geben die Einen vor, diesen ihrer Profession substituieren zu können. Für Andere spielen rein ökonomische Gründe eine Rolle; für Kosten- oder Klinikträger besteht der Reiz günstigerer Löhne, für manchen Beruf die Übernahme von besser bezahlten Tätigkeiten. Die Aussage einer vortragenden Apothekerin aus den USA gipfelte darin (frei zitiert) „Die Ärzte beherrschen die Diagnoseerhebung gut, wir die Therapie“.

In Deutschland will der Gesetzgeber auf dem Umweg von Modellversuchen den gesetzlich verankerten Arztvorbehalt aushe-

beln. Psychologische Psychotherapeuten einmal angetreten, Psychotherapeutika weitestgehend überflüssig werden zu lassen, fordern nun vom Gesetzgeber ihre Zulassung zur Verordnungsberechtigung.

Wenn es also darum geht, die ärztliche Versorgung der Patienten unter der Situation von Arbeitsverdichtung, Ärztemangel und Zunahme des Einsatzradius zu gewährleisten, müssen Ärztinnen und Ärzte genau prüfen, zu welchen Anlässen eine Delegation ärztlicher Leistung im Auftrag der Ärztin/des Arztes möglich ist. Argumente, dass auch in anderen Ländern (Entwicklungsländern, Ländern mit geringer Population und geringer Siedlungsdichte) Substitution ärztlicher Tätigkeit stattfindet, führen in die Irre. Wir befinden uns nicht in Entwicklungsländern, wo aus bekannten Gründen Ärzte fehlen und medizinische Patientenversorgung durch gezielt ausgebildete Personen erfolgen muss.

Nach klarer Definition der Tätigkeitsprofile und der Schnittstellen zwischen den einzelnen Berufsfeldern wird es nicht schwer fallen, die Möglichkeit von Delegation ärztlicher Leistungen zu klären, die eben unverändert in ärztlicher Verantwortung bleibt. Dazu muss aber auch klar festgelegt werden, welche Leistung delegationsfähig ist oder nicht-delegationsfähig ist.

Letztlich sind wir, – alle Ärztinnen und Ärzte – gefordert, Klarheit über die ärztlichen Aufgaben, unsere Identität und das Profil des Arztberufes zu schaffen und unsere Wertvorstellungen darzustellen. Nicht Überheblichkeit noch Duckmäusertum sondern nur ein gesundes Selbstbewusstsein wird eine offene, erfolgreiche Diskussion ermöglichen!

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch  
zu Hatzbach, Präsident

# Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

## Teil 4: Efeu (*Hedera hedelix L.*) *Alexander H. Jakob*

An vielen Hauswänden, aber auch Bäumen rankt der Efeu mit seinen Haftwurzeln. Diese Kletterpflanze ist in Europa und Asien mit hunderten von Sorten vorkommend.

Aufgrund des Saponingehaltes der Blätter findet der Efeu seine medizinische Verwendung im Einsatz bei akuten und chronischen Bronchitiden, da er eine schleimlösende, aber auch krampflösende Wirkung im Bronchialsystem entwickelt, was insbesondere bei Kindern seinen Einsatz findet.

Eingesetzt werden standardisierte Phytotherapeutika, aber auch Teezubereitungen. Volksheilkundlich berichtete analgetische Wirkungen als Umschläge spielen in den heutigen Naturheilverfahren keine Rolle mehr.

Aufgrund der Tatsache, dass Stamm, Blätter und die Beeren giftig sind, kann der Efeu angefangen von dermatitischen

Symptomen, über Übelkeit und Erbrechen, sowie Diarrhoe bei Ingestion, bis hin zu neurologischen und respiratorischen Ausfällen auslösen. Die toxische Wirkung ist wohl auch für den historisch berichteten, kaum noch bekannten Einsatz als abortive Substanz verantwortlich.

### **Anschrift des Verfassers**

*Dr. med. Alexander H. Jakob  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
– Naturheilverfahren –*



*Abb. 1: Efeu*

*Stierstädter Straße 8a  
61350 Bad Homburg v. d. H.  
E-Mail: drjakob@gmx.de*

## Kutane Leishmaniose – Seltene Ursache unklarer Hauttumore

Atas H., Ruggaber M., Menke H.

### Zusammenfassung

Die zunehmende Immigrantenzahl konfrontiert auch den Chirurgen mit ungewöhnlichen Ursachen von Hauttumoren oder Hautulzerationen. Kutane Infektionserkrankungen sind bei Kindern und Jugendlichen aus Endemiegebieten mit einer erheblichen Morbidität assoziiert, so dass ihrer Erkennung und adäquate Therapie in der täglichen Praxis eine große Bedeutung zukommt. Insbesondere bei einem nicht abheilenden Ulkus sollte neben der Möglichkeit einer bakteriell bedingten Ursache an eine Leishmaniose gedacht werden. Die Protozoen werden bei der Blutmahlzeit durch infizierte Phlebotomen übertragen. In Abhängigkeit von der Leishmanienspezies und der Immunantwort des Wirtes führt die Infektion in Subtropen und Tropen zu folgenden Hauptformen von Leishmaniosen: Viszerale Leishmaniose (Kala-Azar) und kutane Leishmaniose (Orientbeule). Die Diagnosestellung erfolgt mittels Biopsie und auch mit einer PCR-Diagnostik. Kutane Leishmaniosen können in einem bedeutenden Prozentsatz zwar von selbst abheilen, wegen der möglichen Narbenbildung ist jedoch in vielen Fällen eine chirurgische Therapie sinnvoll. Sie sollte

in Absprache mit einem tropenmedizinisch-ausgebildeten Arzt erfolgen, da die komplexe Behandlung und der Einsatz unterschiedlicher Medikamente einige Erfahrung voraussetzt.

### Einleitung

Leishmaniosen sind durch verschiedene Protozoenspezies der Gattung *Leishmania* verursachte Erkrankungen mit kutanen oder viszeralen klinischen Manifestationsformen. Die weltweite Prävalenz wird etwa auf 12 Millionen und die jährliche Inzidenz auf 1,5–2 Millionen geschätzt [2]. Die Infektion ist insbesondere außerhalb Europas weit verbreitet, jedoch auch in Europa bestehen Infektionsgebiete im Süden (Mittelmeerraum, besonders Spanien und Italien). Nach Schätzung werden etwa 100 bis 200 Erkrankungen pro Jahr nach Deutschland importiert (Die Erkrankung ist nicht meldepflichtig) [3, 9]. Die Leishmanien



Abb. 1: Rötlich-livide, druckdolente und infiltrierte Papeln, die zu einem Plaques konfluieren und durch eine zentrale Aufhellung gekennzeichnet sind.

zeigen ein breites Spektrum der Symptomatik, das von Hautbefall (kutane L.) über Schleimhautbefall (mukotane L.) bis zu potentiell tödlich verlaufenden Organformen (viszerale L.) reicht [5]. Eine Dokumentation in Deutschland diagnostizierter Fälle von Leishmaniosen erfolgt am Institut für Tropenmedizin, Berlin. Kutane Infektionserkrankungen sind bei Kindern und Jugendlichen in der Routine der täglichen chirurgischen Praxis zwar selten, bedürfen aber einer frühen Erkennung und adäquaten Therapie. Wir berichten über einen Fall einer kutanen Leishmaniose bei einem dreijährigen Kind.

### Kasuistik

Ein dreijähriger afghanischer Junge stellte sich mit einem ca. seit einem Jahr bestehenden größtenproredienten, ballonierenden subkutanen Tumor im Bereich des Kinns vor. Durch Manipulation war es hier bereits zu einer chronisch ulzerierenden granulomatösen Hautveränderung gekommen (Abb. 1). Fieber wurde verneint. Die weitere klinische Untersuchung zeigte einen im guten Allgemeinzustand und Ernährungszustand befindlichen Patienten. Es lagen

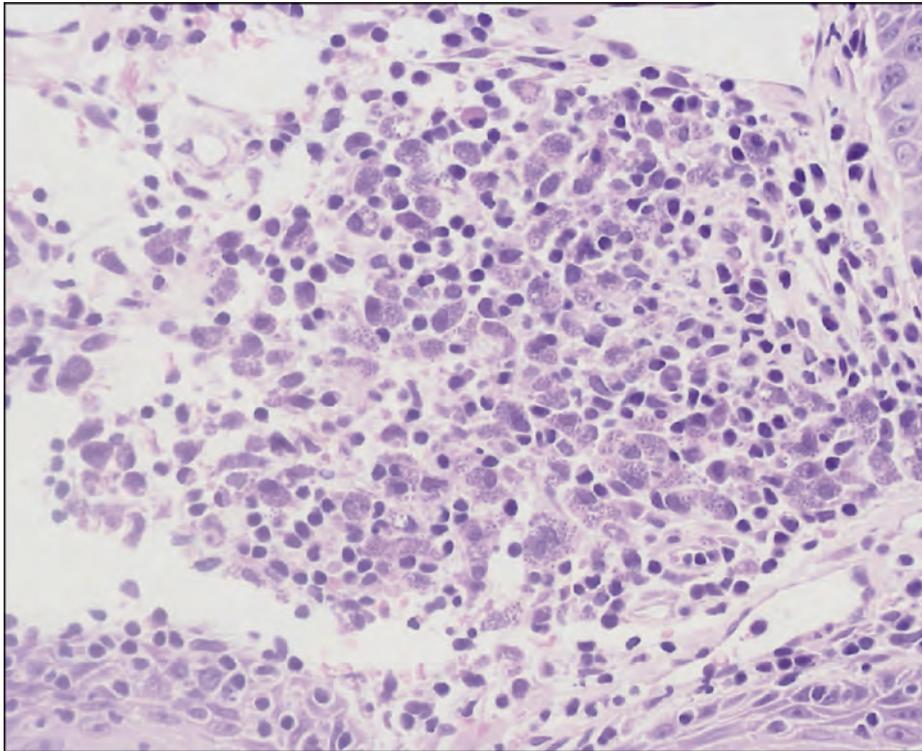


Abb. 2: Hautexcidat begrenzt von entzündlichen Infiltraten und zahlreichen histiozytären Zellen, deren Zytoplasma gefüllt ist von Giemsa-positiven parasitären Einzellern der Gattung *Leishmania*.

keine Vergrößerungen der lokoregionalen Kiefer- und Halslymphknoten vor, ebenso keine enorale Effloreszenz. Eine weiterführende Diagnostik bei fehlender Anamnese oder richtungsweisender Klinik erfolgte nicht. Nach präoperativer Vorbereitung führten wir eine Hautsichelresektion und Tumorauslösung durch und leiteten bei Infektionsverdacht eine Antibiotikatherapie mit Cefaclor BT ein. Die histologische Untersuchung des Resektates zeigte zystisch erweiterte keratotische Haarfollikel begrenzt von entzündlichen Infiltraten und zahlreichen großen histiozytären Zellen, deren Zytoplasma mit Giemsa-positiven Leishmanien-Erregern gefüllt war (Abb. 2) Aufgrund der Anamnese, des klinischen sowie des histologischen Befundes wurde die Diagnose einer kutanen Leishmaniose gestellt. Eine weitere spezifische Therapie erfolgte zunächst nicht.

Etwa zwei Monate später stellte sich der Junge mit dem V.a. eines Rezidives am Kinn vor. Sonographisch wurden eine viszerale Beteiligung ausgeschlossen, jedoch vergrößerte cervicale Lymphknoten nachgewiesen. Etwa zwei Monate später hatte sich das Rezidiv zu einer rötlich-livide druckdolente papulöse Verdickung im Bereich des Kinns entwickelt. Nach Rücksprache mit dem tropenmedizinischen Kollegen erfolgte bei deutlicher Progredienz des Befundes die Einleitung einer systemischen Therapie mit Impavido® (Miltefosin).

### Diskussion

#### Klinik der kutanen Leishmaniose

Abhängig von der Subspezies des Erregers und der Immunitätslage des Erkrankten äußert sich die Leishmaniose in verschiedenen Hauptkrankheitsbildern. Bei der kutanen Leishmaniose

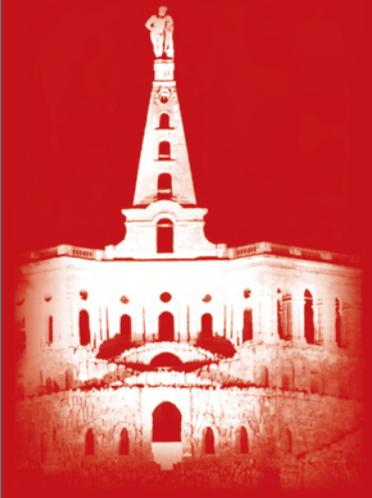
## LEITLINIEN UND QUALITÄTSSTANDARDS

### FASZINATION LYMPHOLOGIE, KOMPRESSION UND WUNDHEILUNG

12. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Kassel

25.–27. Juni 2009



Kooperationspartner

- Deutsche Dermatologische Gesellschaft – AG Wundheilung (AGW)
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie – Gesellschaft für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie – Kommission Wundheilung (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL)
- Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD)
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD)
- Berufsverband lymphologisch tätiger Ärzte Deutschlands (BLD)

(Synonyme: Bagdad-, Aleppo-, Orient-, Delhibeule) ist ausschließlich die Haut von pathologischen Veränderungen betroffen. Klinisch manifestiert sich eine kutane Leishmaniose nach einer durchschnittlichen Inkubationszeit von einigen Wochen. Zumeist ist eine exponierte Hautstelle betroffen. Im Bereich der Inoculationsstelle zeigt sich zunächst eine erythematöse papulöse Hautveränderung, die entweder spontan abheilt oder aus der sich ein 2 bis 4 cm großes Ulkus entwickelt [7]. Charakteristisch ist ein erhabener Randwall. Typischerweise sind diese Ulzera schmerzlos, außer bei Vorliegen einer bakteriellen Sekundärinfektion. Begleitet werden die Hauteffloreszenzen häufig von Pruritus und einer Lymphadenitis. Einige Spezies zeigen oft chronisch rezidivierende entstellende multiläsionale Verläufe (*L.brasiliensis*-Komplexes), während kutane Läsionen der „Alten Welt“ meist nach sechs bis zwölf Monaten spontan abheilen. In der Mehrzahl der Fälle bleibt allerdings eine zum Teil entstellende, atrophische und hypopigmentierte Vernarbung zurück.

### Diagnostik

Die Diagnose der Leishmaniose basiert auf dem klinischen Bild, der geographisch-epidemiologischen Anamnese, dem Erregernachweis und serologischen Untersuchungen. Material zum Nachweis der Parasiten kann bei kutaner Leishmaniose per Gewebeprobe aus dem Ulkusrand erfolgen. Da die Inkubationszeiten bei allen Leishmaniosen zwischen einem Monat und einigen Jahren betragen kann, muss die Anamnese auch zurückliegende Reisen und Aufenthalte einschließen. Eine genauere Identifizierung der Leishmanienspezies kann durch serologische Tests auf Antigene und Antikörper oder durch Isoenzymanalyse kultivierter Promastigoten durchgeführt werden. Die

Polymerasekettenreaktion (PCR) gewinnt aufgrund ihrer hohen Sensivität immer mehr an Bedeutung für die Diagnostik.

### Differentialdiagnose

Die wichtigsten Differentialdiagnosen sollten mit richtungweisenden Befunden abgestimmt werden. Zu denken sind an:

- Lepra
- kutane Tuberkulose
- Psoriasis
- Pyoderma gangränosum
- Neoplastische Hautveränderungen

### Therapie

Die Therapie der kutanen Leishmaniose ist abhängig von der Art der Krankheit, Lokalbefund und von der Leishmanien-Spezies.

Zur konservativen Therapie zählen lokale Maßnahmen wie Unterspritzungen mit Antimonpräparaten, die Behandlung mit einer Paromomycin-haltigen Salbe und die Infrarottherapie [1]. Bei kutanen und mukokutanen Formen der „Neuen Welt“ sowie bei der viszeralen Leishmaniose ist die systemische Therapie zwingend indiziert. Dabei kommen Antimonpräparate, aber auch andere Chemotherapeutika wie Miltefosin, Pentamidin und Ketoconazol zum Einsatz [4].

Die operative Behandlung ist dann erforderlich, wenn eine Größenprogredienz sowie eine chronisch progressive Erkrankung im Orofacialbereich vorliegt, die zu einer kosmetischen Beeinträchtigung führen kann. Bei vielen kutanen Läsionen müssen zusätzlich die meist bakteriellen Sekundärinfektionen behandelt werden. Das entsprechende therapeutische Vorgehen sollte in Absprache mit dem tropenmedizinischen Kollegen erfolgen.

### Prophylaxe

Eine effektive Chemoprophylaxe gibt es derzeit nicht. Wichtig ist der Schutz

vor den Stichen der Phlebotomen durch entsprechende Kleidung, Insektizide, kleinmaschige Moskitonetze und durch die Beseitigung von Reservoiren (Hunde, Nager). Bisher ist noch keine Vakzine zur Prophylaxe verfügbar, befindet sich aber in intensiven Studien [6, 8]. Dabei werden vor allem Kombinationsmöglichkeiten mit Zytokinen und Adjuvantien getestet.

### Literatur

1. Berman JD. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic, and chemotherapeutic developments in the last 10 years. *Clin Infect Dis*. Apr 1997;24(4):684–703.
2. Desjeux P. Leishmaniasis. Public health aspects and control. *Clin Dermatol*. 1996 Sep-Oct;14(5):417–23.
3. Gundel Harms, Gabriele Schönian, Hermann Feldmeier: Leishmaniasis in Germany. *Emerging Infectious Diseases* 2003; 7: 872–875
4. Hepburn NC. Management of cutaneous leishmaniasis. *Curr Opin Infect Dis*. 2001 Apr;14(2):151–4.
5. Herwaldt BL. Leishmaniasis. *Lancet*. Oct 1999;354(9185):1191–9.
6. Machado-Pinto, J., Pinto, J., et al. (2002). Immunotherapy for cutaneous leishmaniasis: a controlled trial using killed *Leishmania (Leishmania) amazonensis* vaccine plus antimonial. *Int J Dermatol* 41(2): 73–8.
7. Magill AJ. Leishmaniasis. In: Strickland GT, ed. *Hunter's Tropical Medicine and Emerging and Infectious Diseases*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2000:665–87.
8. Modabber, F. (1995). Vaccines against leishmaniasis. *Ann Trop Med Parasitol* 89(Suppl 1): 83–8.
9. Weitzel T, Mühlberger N, Jelinek T, et al.: Imported leishmaniasis in Germany 2001–2004: data of the SIMPID surveillance network. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2005; 24:471–476

### Korrespondenzadresse

Dr. med. H. Atas  
Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie  
Zentrum für Schwerbrandverletzte  
Klinikum Offenbach GmbH  
Starkenburgring 66  
63069 Offenbach  
E-Mail: [plastische.chirurgie@klinikum-offenbach.de](mailto:plastische.chirurgie@klinikum-offenbach.de)

# Störfähigkeit des kranio-mandibulären Systems

**Prospektive kontrollierte Studie bei Patienten mit komplex-regionalem Schmerzsyndrom (CRPS Typ 1, M. Sudeck)** *M. Bernateck<sup>1</sup>, M.J. Fischer<sup>2</sup>*

Funktionelle Zusammenhänge zwischen Störungen des kranio-mandibulären Systems und der Halswirbelsäule sind bekannt und werden allgemein akzeptiert [12, 15, 32]. Darüber hinaus wurde eine ganze Anzahl von spezifischen manuellen Untersuchungsverfahren entwickelt. Zweck dieser Testverfahren ist es, die Krankheitsbilder im Bewegungssystem zu erkennen, die ursächlich und überwiegend auf Störungen im kranio-mandibulären System zurückzuführen sind [19, 20]. Eine zunehmende Anzahl von Publikationen gibt auch Hinweise auf den Zusammenhang von psychologischen und genetischen Faktoren, die zur Entwicklung einer kranio-mandibulären Dysfunktion führen [8, 9, 10, 23, 28, 30].

In dieser Arbeit konzentrierten wir uns daher auf die Fragestellung, ob eine vermehrte Störfähigkeit des kranio-mandibulären Systems bei Patienten mit komplex-regionalem Schmerzsyndrom (CRPS) Typ 1 besteht. Als klinische Untersuchungsparameter wurden die variable Beinlängendifferenz (VBLD), die kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) und die aktuelle Schmerzintensität gemessen.

Die komplex-regionalen Schmerzsyndrome wurden früher als Morbus Sudeck oder Kausalgie bezeichnet. Bereits 1864 beschrieb Silas Weir Mitchell als Erster Soldaten, die im amerikanischen Bürgerkrieg Schussverletzungen mit Nervenläsionen an Armen oder Beinen erlitten hatten [21]. Diese klagten danach über Brennschmerzen, Berührungsempfindlichkeit, Störung der Hautdurchblutung und Schwellungen. Wegen des Brennschmerzes wählte er den griechischen

Ausdruck Kausalgie (kausis: das Brennen, algos: der Schmerz) [3].

Das Ausmaß der durch das CRPS entstandenen Beeinträchtigung steht in krassem Missverhältnis zum Schweregrad des auslösenden Ereignisses.

Sudeck diskutierte eine mögliche entzündliche Pathogenese des CRPS („Heil-Entzündung“) [26, 27]. Diese Idee wurde durch die in der akuten Phase der Erkrankung vorkommenden klassischen Entzündungszeichen – Rubor, Calor, Dolor, Tumor, Functio laesa – sowie die therapeutische Wirksamkeit von Glukokortikoiden unterstützt [6, 24, 25]. Huygen et al. detektierten erhöhte Konzentrationen von Interleukin-6 und Tumor-Nekrose-Faktor (TNF-)alpha in Ödemflüssigkeit des geschwollenen Handrucksens im Vergleich zur nichtbetroffenen Seite bei Patienten mit CRPS Typ 1 [17]. Dies unterstützt die Hypothese einer lokalen bzw. regional begrenzten zytokininduzierten Inflammation. Auf diesen Erkenntnissen aufbauend, konnten wir kürzlich die Effektivität von TNF- $\alpha$ -Inhibitoren zur Behandlung des akuten CRPS Typ 1 in einer Pilotstudie nachweisen [1]. Derzeit wird hinsichtlich der Pathogenese des

Krankheitsbildes eine Kombination aus zytokininduzierter Entzündung, chronischen neuropathischen Veränderungen und einer Dysfunktion des autonomen Nervensystems angenommen [2].



Dr. M. Bernateck

## Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Die Einwilligung der Probanden zur Teilnahme an dieser Studie wurde schriftlich eingeholt. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer genehmigt und nach den ethischen Prinzipien der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki durchgeführt.

Insgesamt 20 Patienten mit einem CRPS Typ 1 (Gruppe A) wurden hinsichtlich der variablen Beinlängendifferenz mit 20 altersentsprechenden Kontrollpersonen (Gruppe B) verglichen. Die Diagnose CRPS erfolgte gemäß den Diagnosekriterien der International Association for the Study of Pain (IASP) [5].

<sup>1</sup> Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bereich Schmerzmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

<sup>2</sup> Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Tab. 1: Zusammenfassung der Ergebnisse (Mittelwerte ± Standardabweichung)

Parameter	Gruppe A (CRPS Typ 1) [n=20]	Gruppe B (Kontrollen) [n=20]	T-Test
Alter	49,75 ± 14,81	36,95 ± 10,39	
TMI-Score	0,54 ± 0,21	0,09 ± 0,06	P < 0,001
Momentaner Schmerz	5,75 ± 1,48	0,65 ± 1,31	P < 0,001
Differenz T <sub>0</sub> /T <sub>1</sub>	1,88 ± 0,50	1,15 ± 0,37	P < 0,001
Differenz T <sub>1</sub> /T <sub>2</sub>	1,69 ± 0,48	0,15 ± 0,37	P < 0,001
<b>TMI</b> temporomandibulärer Index, <b>Zeitpunkt T<sub>0</sub></b> Ausgangswert, <b>T<sub>1</sub></b> Entzündung nach 90 s Traktion der Mandibula, <b>T<sub>2</sub></b> Provokation (dreimal klappern und Biss)			

**Zielparameter**

Dokumentiert wurde die momentane Schmerzintensität am Untersuchungstag.

*Schmerzmessung*

Die aktuelle Schmerzintensität wurde anhand einer elfteiligen numerischen Schmerz-Rating-Skala (NRS) mit den Werten 0 bis 10 erfasst [18]. Die Ziffer 0 bedeutet „keine Schmerzen“ und die Ziffer 10 „stärkste vorstellbare Schmerzen“.

*Kraniomandibuläre Dysfunktion*

Die klinische Untersuchung und Diagnostik erfolgten gemäß der Empfehlung des Interdisziplinären Arbeitskreises für Mund- und Gesichtsschmerzen der Deutschen Gesellschaft zum Studium

des Schmerzes (DGSS). Als Zielparameter wurde der temporomandibuläre Index (TMI) berechnet. Er besteht aus drei Subindices: Funktions- (FI), Muskel- (MI) und Gelenkindex (JI).

*Bestimmung der variablen**Beinlängendifferenz (VBLD)*

Bei der VBLD-Bestimmung liegt der Patient auf der Untersuchungsbank in entspannter Rückenlage. Die Arme befinden sich neben dem Körper. Der Untersucher hebt die gestreckten Beine um etwa 20 Grad an, dann soll sich der Patient aufsetzen. Hierbei dürfen die Arme benutzt werden. Kommt es nun zu einem Unterschied in der Beinlänge von mindestens 1 cm, so spricht man von einer variablen Beinlängendifferenz.

Die Beinlängendifferenz wurde zu den Zeitpunkten T<sub>0</sub> (Ausgangswert), T<sub>1</sub> (nach Entzündung, 90 s Traktion der Mandibula) und T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> (Provokation, dreimal klappern und Biss) gemessen.

**Zusammenfassung**

**Hintergrund.** Zahlreiche Studien lassen einen Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzsyndromen und Störungen des kraniomandibulären Systems (CMS) vermuten. Ziel dieser prospektiven kontrollierten Interventionsstudie war es, die Störfähigkeit des CMS auf manualmedizinische Funktionstests bei Patienten mit komplex-regionalem Schmerzsyndrom (CRPS) im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe zu überprüfen.

**Patienten und Methoden.** Bei 20 Patienten mit einem CRPS Typ 1 und 20 altersentsprechenden Kontrollpersonen wurde eine manuelle Intervention an der Mandibula vorgenommen. Gemessen wurde primär die Beinlängendifferenz (Ausgangswert, Entzündung, Störung). Sekundäre Zielparameter waren Schmerzintensität und kraniomandibuläre Dysfunktion (CMD).

**Ergebnisse.** Die Differenz der Störfähigkeit, die variable Beinlängendifferenz (VBLD), war bei Patienten mit CRPS Typ 1 im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant unterschiedlich ( $p < 0,001$ ). Die sekundären Zielparameter Schmerzintensität und CMD zeigten sich bei Patienten mit CRPS Typ 1 signifikant erhöht ( $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung.** Patienten mit CRPS Typ 1 weisen einen signifikant erhöhten Grad an Dysfunktion im CMS auf. Diese Fehlfunktion beeinflusst die variable Beinlängendifferenz signifikant höher als bei gesunden Kontrollpersonen, was ein Hinweis für eine erhöhte Störfähigkeit des CMS bei Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen ist.

**Statistik**

Für die analytische Fragestellung, ob Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen, wurde mithilfe des Programms nQuery Advisor eine Fallzahlschätzung vorgenommen. Bei konservativer Annahme einer Mittelwertdifferenz von 1 (vierstufige ordinale Skala), zweiseitigem Test,  $\alpha = 0,05$ , Standardabweichung 1,5 und Power 80% ergab sich eine notwendige Mindestfallzahl von 17 Personen je Gruppe. Die Daten wurden in Excel erfasst und mit SPSS, Version 16.0 (SPSS Inc., Chicago/IL, USA) ausgewertet und graphisch aufbereitet.

Der Korrelationskoeffizient nach Pearson wurde berechnet, um lineare Zusammenhänge zwischen zwei quantitativen Merkmalen zu untersuchen. Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 0,05$  gewählt. Alle

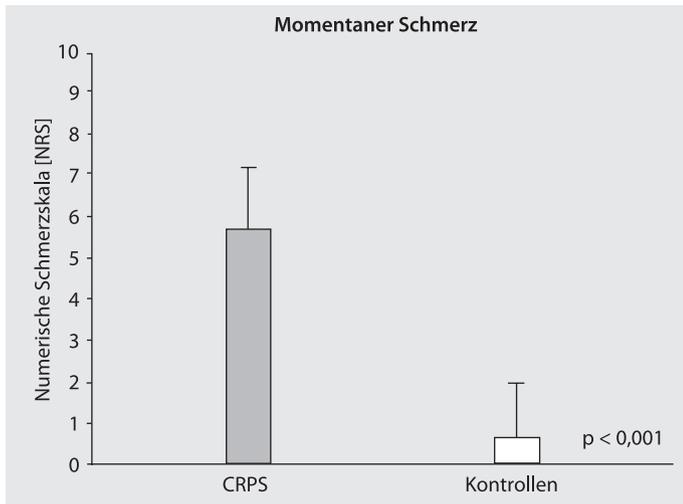


Abb. 1: Schmerzintensität zum Untersuchungszeitpunkt. CRPS Schmerz in der betroffenen Hand, Kontrollen Schmerz mit individueller Lokalisation

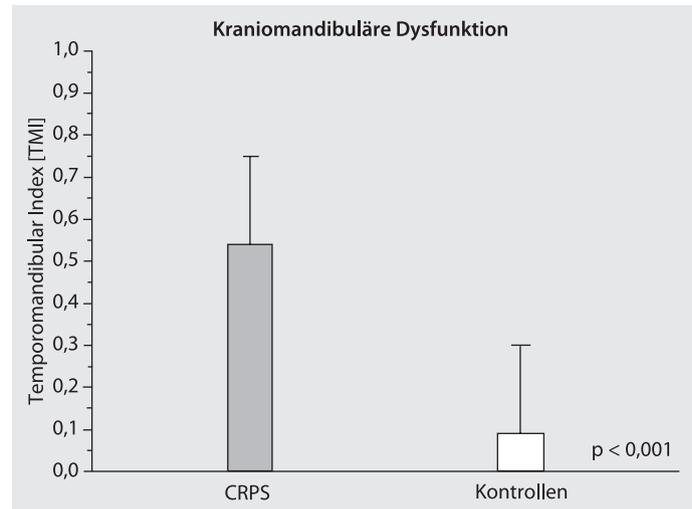


Abb. 2: Kraniomandibuläre Dysfunktion (TMI zwischen 0 und 1)

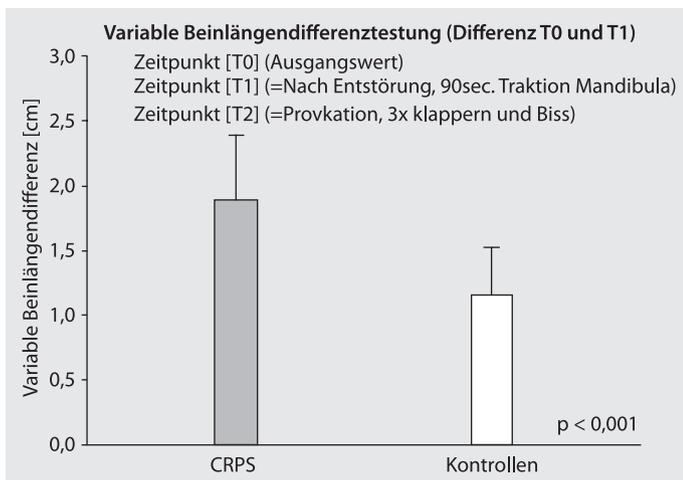


Abb. 3: Testung der variablen Beinlängendifferenz (T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>)

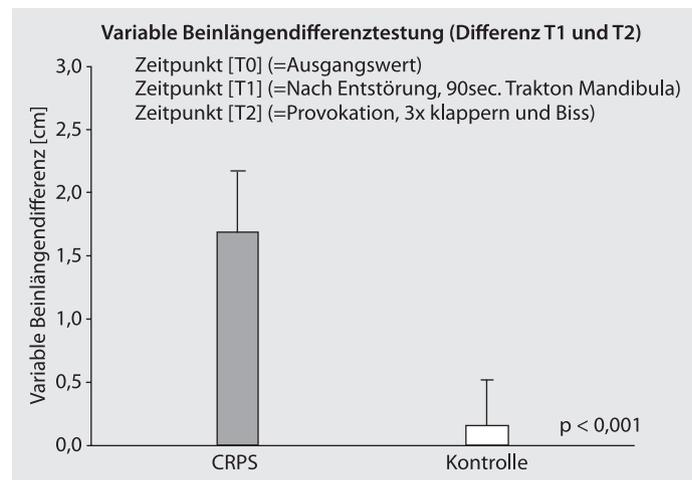


Abb. 4: Testung der variablen Beinlängendifferenz (T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub>)

Tests erfolgten mit dem zweiseitigen t-Test für unabhängige Stichproben.

## Ergebnisse

In die Gruppe A (CRPS Typ 1) wurden 15 Frauen und fünf Männer mit einem Durchschnittsalter von 49,7 ± 14,8 Jahren eingeschlossen. Die Gruppe B (Kontrollen) bestand aus 12 Frauen und acht Männern im Alter von 36,9 ± 10,4 Jahren (Tab. 1).

In Abb. 1 wird die unterschiedliche aktuelle Schmerzintensität im Gruppenvergleich dargestellt. Die numerische

Schmerz-Rating-Skala (NRS) weist signifikante Unterschiede zwischen Gruppe A (5,7 ± 1,48) und Gruppe B (0,7 ± 1,3; p < 0,001) auf.

Die Analyse des TMI und der statistische Vergleich zwischen den Gruppen zeigte ein signifikant höheres Auftreten von CMD bei Patienten mit CRPS im Vergleich zur Kontrollgruppe (p < 0,001) (Abb. 2, Tab. 1).

Die klinische Untersuchung zur Bestimmung einer VBLD erfolgte zu den Untersuchungszeitpunkten T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub>. Be-

rechnet wurde hier die Differenz von T<sub>0</sub> zu T<sub>1</sub> und T<sub>1</sub> zu T<sub>2</sub>. Für beide Differenzberechnungen gab es jeweils signifikante Unterschiede (p < 0,001) (Abb. 3, 4, Tab. 1), sodass von einer signifikant erhöhten Störfähigkeit in der CRPS-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe gesprochen werden kann.

## Diskussion

Unsere Untersuchungsergebnisse konnten die Hypothese einer vermehrten Störfähigkeit des kraniomandibulären

Systems bei Patienten mit CRPS Typ 1 bestätigen. Die hier untersuchten Patienten hatten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe einerseits einen signifikant höheren TMI-Score und andererseits gaben sie bei der subjektiven Schmerzbeurteilung anhand der NRS deutlich höhere Werte an. Auch die variable Beinlängendifferenz war bei Patienten mit CRPS Typ 1 deutlich ausgeprägter, was auf die höhere Störfähigkeit des kranio- mandibulären Systems bei chronischen Schmerzsyndromen, hier am Beispiel CRPS, hinweist.

Untersuchungen am Menschen konnten einen funktionellen Zusammenhang zwischen der trigeminal innervierten kranio- mandibulären und der zervikalen Region nachweisen [4, 28, 29, 30, 32]. Insbesondere zeigte sich bei der Durchführung ausgewählter Muskeltests eine reziproke Koaktivierung oder Inhibition von Kiefer-, Nacken- und Schultermuskulatur [33]. Vor allem konnten Änderungen der Unterkieferposition die Nackenmuskulatur und die Nackenhaltung beeinflussen, unabhängig davon, ob sie von okklusalen, muskulären oder kranio- mandibulären Störungen verursacht waren [7, 15].

Fischer et al. [14] wiesen in einer Pilotstudie eine signifikante Befundverbesserung des kranio- mandibulären Systems durch den Einsatz von Okklusionsschie-

nen bei Patienten mit CRPS nach. Die Schmerzsymptomatik des CRPS besserte sich damit allerdings nicht.

Im Vergleich hierzu wurden nur wenige Untersuchungen zum Einfluss einer Malokklusion auf Körperregionen außerhalb des kranio- zervikalen Bereiches durchgeführt [11, 12, 13, 31].

Jedoch ließen sich bei Patienten mit CMD signifikant mehr Haltungsauffälligkeiten feststellen als bei dem Alter und Geschlecht entsprechenden gesunden Kontrollpersonen [22]. Hülse und Losert-Bruggner [16] demonstrierten in einer Arbeit aus dem Jahre 2002 den Einfluss einer künstlich erzeugten Okklusionsstörung auf die Hüftabduktion.

Einzelne Arbeiten konnten einen Zusammenhang zwischen okklusalen Störungen und einer Funktionsstörung in den Iliosakralgelenken nachweisen [12, 13]. Als mögliche Erklärung wurde eine Störung des muskulären Gleichgewichtes rechts/links oder ventrodorsal in den großen Muskeln mit Ansatz am Ilium, wie z. B. dem M. quadratus lumborum, M. biceps femoris und den Mm. glutei dorsal sowie dem M. iliacus und M. rectus femoris ventral angeführt.

Nicolakis et al. [22] stellten eine Verkürzung der Wadenmuskulatur, des M. gluteus maximus und des M. iliopsoas bei Patienten mit CMD fest.

Neben Dysbalancen des Muskel- und Faszien- systems als Ursache für die Entwicklung einer CMD wurde in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Kandidatengen beschrieben, die eine humangenetische Prädisposition für CMD darstellen könnten [8]. Die Katechol-O-Methyltransferase (COMT) steht aktuell im Mittelpunkt des Interesses [8, 23]. Darüber hinaus sind psychologische Faktoren zusätzliche Risiken für die Entwicklung einer CMD. Slade et al. [23] konstatierten aber, dass psychologische Faktoren unabhängig von den Effekten des COMT- Polymorphismus das Risiko einer CMD erhöhen. Dies scheinen unabhängige Wege zu sein.

Unsere aktuellen Daten zur Beeinflussbarkeit der Beinlängendifferenz über das kranio- mandibuläre System unterstützen die lange bekannte klinische Erfahrung von Manualtherapeuten und Osteopathen [20]. Möglicherweise stellt das kranio- mandibuläre System eine afferente und efferente Schlüsselregion zur Schmerzverarbeitung bzw. Schmerzmodifikation dar. Weitere prospektive und kontrollierte Untersuchungen mit größerer Teilnehmerzahl insbesondere auch bei anderen chronischen Schmerzsyndromen werden benötigt. Um eine hohe Validität zu erreichen, sollten bei Folgestudien die Untersucher geblindet tätig sein.

### Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Studie stützen die bekannten klinischen manualmedizinischen Erfahrungen und Kenntnisse, dass eine Störung der Okklusion nicht nur das stomatognathe System beeinflusst, sondern auch Auswirkungen auf extrakranielle Schmerzsyndrome hat. Umgekehrt scheinen extrakranielle Schmerzsyndrome, wie z. B. CRPS, eine CMD zu induzieren bzw. zu verstärken.

**Deshalb erscheint es sinnvoll, die Beurteilung der Wirbelsäule, einschließlich Beckenregion, in die Untersuchung von Patienten mit CMD aufzunehmen und Patienten mit CRPS und anderen chronischen Schmerzsyndromen frühzeitig auf das Vorliegen einer CMD zu testen und zeitnah eine adäquate Behandlung einzuleiten.**

#### Korrespondenzadresse

Dr. M. Bernateck

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bereich Schmerzmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

E-Mail:

Bernateck.Michael@mh-hannover.de

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

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Heidelberg.  
Aus Manuelle Medizin 2008, 46:407–411  
© Springer Medizin Verlag

#### Literatur

- Bernateck M, Rolke R, Birklein F et al. (2007) Successful intravenous regional block with low-dose tumor necrosis factor-alpha antibody infliximab for treatment of complex regional pain syndrome 1. *Anesth Analg* 105:1148–1151
- Birklein F, Schmelz M (2008) Neuropeptides, neurogenic inflammation and complex regional pain syndrome (CRPS). *Neurosci Lett*: 437:199–202
- Bonica J (1990) Causalgia and other reflex dystrophies. In: Bonica JJ (ed) *The management of pain*. Lea & Febiger, Philadelphia
- Browne PA, Clark GT, Yang Q et al. (1993) Sternocleidomastoid muscle inhibition induced by trigeminal stimulation. *J Dent Res* 72:1503–1508
- Bruehl S, Harden RN, Galer BS et al. (1999) External validation of IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome and proposed research diagnostic criteria. *International Association for the Study of Pain. Pain* 81:147–154
- Christensen K, Jensen E, Noer I (1982) The reflex dystrophy syndrome response to treatment with systemic corticosteroids. *Acta Chir Scand* 148:653–655
- Daly P, Preston C, Evans W (1982) Postural response of the head to bite opening in adult males. *Am J Orthop* 82:157–160
- Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD et al. (2006) Catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms are associated with multiple pain-evoking stimuli. *Pain* 125:216–224
- Diatchenko L, Nackley AG, Tchivileva IE et al. (2007) Genetic architecture of human pain perception. *Trends Genet* 23:605–613
- Diatchenko L, Slade GD, Nackley AG et al. (2005) Genetic basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Hum Mol Genet* 14:135–143
- Fink M (2000) Physikalische Medizin bei schmerzhaften Erkrankungen der Kiefergelenksregion. *Zahnärztl Mitt* 10:74–78
- Fink M, Tschernitschek H, Stiesch-Scholz M et al. (2003) Kraniomandibuläres System und Wirbelsäule: funktionelle Zusammenhänge mit der Zervikal- und Lenden-Becken-Hüft-Region. *Manuelle Med* 41:476–480
- Fink M, Wahling K, Stiesch-Scholz M et al. (2003) The functional relationship between the craniomandibular system, cervical spine, and the sacroiliac joint: a preliminary investigation. *Cranio* 21:202–208
- Fischer MJ, Reiners A, Kohnen R et al. (2008) Do occlusal splints have an effect on complex regional pain syndrome? A randomised, controlled proof-of-concept trial. *Clin J Pain* 24:776–783
- Huggare JA, Raustia AM (1992) Head posture and cervicovertebral and craniofacial morphology in patients with craniomandibular dysfunction. *Cranio* 10:173–177, discussion 178–179
- Hülse M, Losert-Bruggner B (2002) Der Einfluss der Kopfgenetze und/oder der Kiefergelenke auf die Hüftabduktion: ein einfacher Test zur Frage, ob eine CMD durch eine HWS-Manipulation beeinflusst werden konnte. *Manuelle Med* 40:97–100
- Huygen FJ, Niehof S, Zijlstra FJ et al. (2004) Successful treatment of CRPS 1 with anti-TNF. *J Pain Symptom Manage* 27:101–103
- Jensen MP, Karoly P, Braver S (1986) The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 27:117–126
- Marx G (2000) Über die Zusammenarbeit mit der Kieferorthopädie und Zahnheilkunde in der manuellen Medizin. *Manuelle Med* 38:342–345
- Marx G (2008) Verbesserte manuelle Testverfahren am Sakroiliakgelenk. *Manuelle Med* 46:169–171
- Mitchell S, Morehouse G, Keen W (1864) *Gunshots wounds and other injuries of nerves*. Lippincott JP, New York
- Nicolakis P, Nicolakis M, Piehslinger E et al. (2000) Relationship between craniomandibular disorders and poor position. *Cranio* 18:106–112
- Slade GD, Diatchenko L, Bhalang K et al. (2007) Influence of psychological factors on risk of temporomandibular disorders. *J Dent Res* 86:1120–1125
- Stanton-Hicks M (2003) Complex regional pain syndrome. *Anesthesiol Clin* 21:733–744
- Stanton-Hicks M, Janig W, Hassenbusch S et al. (1995) Reflex sympathetic dystrophy: changing concepts and taxonomy. *Pain* 63:127–133
- Sudeck P (1942) Die sogenannte akute Knochenatrophie als Entzündungsvorgang. *Chirurg* 14:449–458
- Sudeck P (1900) Über die akute entzündliche Knochenatrophie. *Arch Klin Chir* 62:147–156
- Svensson P, Bakke M, Michler L et al. (1998) Trigeminal responses evoked by painful electrical stimulation. *J Oral Rehabil* 25:128–134
- Svensson P, Wang K, Arendt-Nielsen L (2003) Effect of muscle relaxants on experimental jaw-muscle pain and jaw-stretch reflexes: a double-blind and placebo-controlled trial. *Eur J Pain* 7:449–456
- Svensson P, Wang K, Sessle BJ et al. (2004) Associations between pain and neuromuscular activity in the human jaw and neck muscles. *Pain* 109:225–232
- Valentino B, Melito F (1991) Functional relationships between the muscles of mastication and the muscles of the leg. An electromyographic study. *Surg Radiol Anat* 13:33–37
- Zafar H, Nordh E, Eriksson PO (2002) Spatiotemporal consistency of human mandibular and head-neck movement trajectories during jaw opening-closing tasks. *Exp Brain Res* 146:70–76
- Zuniga C, Miralles R, Mena B et al. (1995) Influence of variation in jaw posture on sternocleidomastoid and trapezius electromyographic activity. *Cranio* 13:157–162

# Abhängigkeit von extrakranieller Schmerzlokalisierung und Dysfunktionen im kranio-mandibulären System

Eine prospektive klinische Querschnittsstudie M.J. Fischer<sup>1,2</sup>, K. Riedlinger<sup>2</sup>, L. Hoy<sup>3</sup>, C. Gutenbrunner<sup>1</sup>, M. Bernateck<sup>4</sup>



Dr. M.J. Fischer

Die hierarchisch übergeordnete Rolle des Kiefer-Kau-Systems im Zusammenspiel von auf- und absteigenden Pathologien wird in der Diagnostik und Therapie von rezidivierenden extrakraniellen Funktionsstörungen berücksichtigt

[7, 10, 13, 19].

Überlappungen von Funktionsstörungen im Kiefer-Kau-System und Schmerzen mit Funktionsstörungen im Bewegungssystem werden aktuell in der Wissenschaft nicht mehr exklusiv von Manualtherapeuten und Osteopathen erforscht. Es liegen einige epidemiologische und experimentelle Studien vor, die diesen Zusammenhang aufzeigen [1, 2, 6, 17].

Aus neurophysiologischer Sicht gibt es aus aktuellen Studien Hinweise für die Existenz von Wechselbeziehungen zwischen dem trigeminalen und dem spinalen System. Im Tierexperiment zeigten Ogawa et al. [11], dass das Kauverhalten über die sensorischen Trigeminafferenzen und die Integration von somatosensorischen kortikalen Mechanismen die nozizeptive Verarbeitung beeinflusst. Durch eine Veränderung der Nahrungskonsistenz und dem damit verbundenen Kauverhalten wird das deszendierende opioide System aktiviert und ein antino-

zizeptiver Effekt bei nozifensiven Reaktionen (z.B. Schmerzabwehrverhalten) im chronischen Schmerzmodell an der Ratte erreicht [11]. In einer experimentellen Studie mit menschlichen Probanden konnte eine Schmerzhemmung durch Kaugumikauen nachgewiesen werden. Dabei wurde gezeigt, dass das prolongierte rhythmische Kauen die nozizeptive Verarbeitung über absteigende serotoninerge Bahnen unterdrückt. Auch antinozizeptive Hirnstammreflexe können durch eine Reihe von aufeinanderfolgenden somatosensorischen Afferenzen moduliert und beeinflusst werden. Beispiele hierfür sind Schmerzreize aus peripheren Strukturen [18, 23] und Aufmerksamkeitslenkung durch Antizipation oder Ablenkung durch Rechnen und Merkaufgaben [3, 20, 22]. Klinische Beobachtungen zeigen, dass Patienten mit starken Schmerzen am Bewegungssystem bzw. mit Schmerzen über einen langen Zeitraum hinweg ein höheres Ausmaß an Funktionsstörungen im Kiefer-Kau-System haben als Patienten mit weniger Schmerzen. Diese Tatsache wird auch durch eine Reihe von epidemiologischen Studien untermauert [9, 14, 15].

Bisher ist jedoch noch wenig bekannt, ob es einen Zusammenhang zwischen der Schmerzlokalisierung und einem vermehrten Auftreten von Funktionsstörungen auf einer bestimmten Seite im Kiefer-Kau-System gibt. Auf einen Seitenbezug zwischen extrakraniellen manualmedizinischen Funktionstests und einer Pathologie im kranio-mandibulären System (CMS) hat bereits Marx hingewiesen [10]. Der „Priener Abduktionstest“ (Hüftabduktion mit dem um 90 Grad in der Hüfte gebeugten Oberschenkel) gibt Auskunft über eine Störung der ipsilateralen Seite des CMS oder des kraniozervikalen Überganges.

In der vorliegenden Querschnittsstudie wurde bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen anhand von patientenzentrierten Schmerzfragebögen und eines klinischen kranio-mandibulären Funktionsindex der Zusammenhang zwischen der Schmerzlokalisierung und dem Ausmaß der Funktionsstörungen im Kiefer-Kau-System untersucht.

Hypothese: Patienten mit extrakraniellen Schmerzen auf einer bestimmten Körperseite des Bewegungssystems haben gleichzeitig einen höheren Grad an Dysfunktion auf der ipsilateralen Seite des CMS.

## Methodik

Das Design dieser klinischen Querschnittsstudie war prospektiv und untersuchergeblendet.

## Patientenauswahl

Die Einwilligung der Probanden zur Teilnahme an der Studie wurde schriftlich eingeholt. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Bayrischen Landesärztekammer genehmigt und nach den ethischen Prinzipien der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Die Patienten wurden in einer universitären Einrichtung, die sich auf die Diagnostik und Therapie von neuromuskulären Erkrankungen spezialisiert, über einen Zeitraum von zwölf Monaten in die Studie aufgenommen. Zu Beginn des stationären Aufenthaltes wurden die Patienten gebeten, an der Studie teilzunehmen. Der behandelnde Stationsarzt führte eine Vorselektion durch und wählte, gemäß den Einschlusskriterien, die Patienten für die Teilnahme aus. Patientenbezogene Daten wie Diagnose, soziodemographische Daten, Alter und Geschlecht wurden am Ende der Studie

1 Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

2 Friedrich-Baur-Institut an der Neurologischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München

3 Institut für Biometrie, Medizinische Hochschule Hannover

4 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin/Bereich Schmerzmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

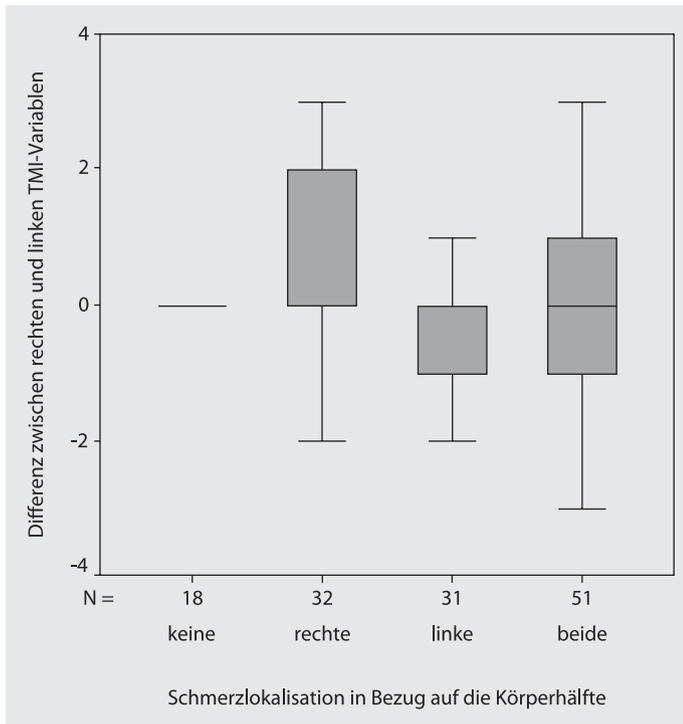


Abb. 1: Verteilung und Variabilität von extrakranieller Schmerzlokalisierung und kranio-mandibulärer Dysfunktion

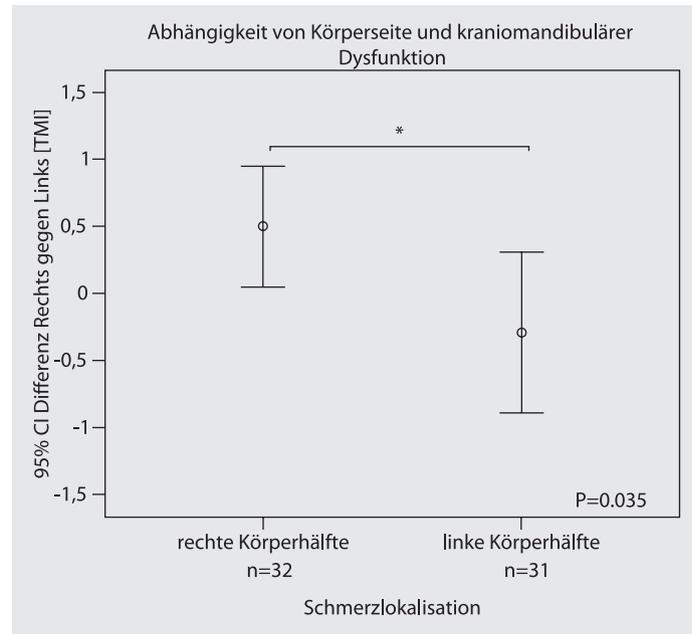


Abb. 2: Mittelwertvergleich der TMI-Differenz zwischen Patienten mit Schmerzangabe auf der rechten und linken Körperhälfte

anhand der jeweiligen Krankenakte erhoben.

Das Mindestalter für die Teilnahme betrug 18 Jahre. Folgende neuromuskuläre Krankheitsbilder wurden eingeschlossen: periphere Neuropathie, Muskeldystrophie, Muskelatrophie, Myositis sowie Krankheitsbilder zur diagnostischen Abklärung mit Symptomen wie Muskelschwäche, Muskelschmerzen oder Muskelschwund. Die Diagnosesicherung erfolgte durch Biopsie sowie laborchemische und genetische Untersuchungen. Ausschlusskriterien waren Arthrose, Fibromyalgie, Fieber, respiratorische Dekompensation, mangelhafte Deutschkenntnisse oder die Unfähigkeit, den Fragebogen auszufüllen.

Als Referenzgruppe dienten Patienten mit einem komplex-regionalen Schmerzsyndrom Typ 1 (CRPS Typ 1, Morbus Sudeck). Die zweite Referenzgruppe bildeten 20 subjektiv gesunde Probanden.

Am Aufnahmetag füllten die Patienten einen standardisierten Schmerzfragebogen aus. Ausgefüllte Fragebögen wurden vom Stationsarzt eingesammelt. Anschließend wurde das Ausmaß der Funktionsstörung im CMS bestimmt. Der Untersucher hatte keine Informationen

bezüglich der Diagnose, Schmerzintensität oder Schmerzlokalisierung.

#### Schmerzmessung

Die Erfassung der Schmerzenintensität erfolgte mit einer elfteiligen numerischen Ratingskala (NRS) von 0 bis 10

[16]. Die Ziffer 0 bedeutet „keine Schmerzen“, die Ziffer 10 „stärkste vorstellbare Schmerzen“. Die Schmerzintensität am Untersuchungstag mit dem jeweils minimalen, maximalen, durchschnittlichen sowie momentanem Schmerz wurde dokumentiert. Zusätzlich wurde die Schmerzlokalisierung (Körperregion und Körperseite) aufgenommen.

### Kraniomandibuläre Dysfunktion

Die klinische Untersuchung erfolgte gemäß der Empfehlung des Interdisziplinären Arbeitskreises für Mund- und Gesichtsschmerzen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) nach RDC/TMD-G [8, 21]. Der Untersucher war durch ein Handbuch, das in der deutschen Version der RDC/TMD enthalten ist und jeden Untersuchungsschritt explizit definiert, hinsichtlich eines standardisierten Vorgehens bei der Untersuchung genauestens instruiert. Daraufhin konnte der temporomandibuläre Index (TMI) bestimmt werden [12]. Der TMI besteht aus drei Subindices, dem Funktions- (FI), dem Muskel- (MI) und dem Gelenkindex (GI). Der FI beinhaltet zwölf Items zu dem Bewegungsausmaß der Mandibula, dabei auftretenden Schmerzen und Abweichungen der Mundöffnung. Der MI misst Schmerzen bei manueller Palpation der intra- und extraoralen Kaumuskeln (zehn je Seite). Der GI dokumentiert das Auftreten von Schmerzen bei manueller Palpation in zwei Bereichen des Kiefergelenkes und das Vorhandensein von bewegungsabhängigen Geräuschen.

### Statistik

Alle statistischen Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago/IL, USA). Qualitative Variablen wurden durch relative Häufigkeiten, quantitative Daten durch

## Zusammenfassung

**Hintergrund.** In der Literatur häufen sich die Hinweise für eine Wechselbeziehung von Funktionsstörungen im kranio-mandibulären System und Schmerzen mit Funktionsstörungen im Bewegungssystem. In dieser klinischen Querschnittsstudie sollte geklärt werden, ob Patienten mit Schmerzen auf einer bestimmten Körperseite auch vermehrte Dysfunktionen auf der ipsilateralen Seite des Kiefer-Kau-Systems haben.

**Patienten und Methoden.** Das Design war prospektiv und untersucherblindet. Insgesamt wurden 132 Probanden untersucht, davon 97 Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, 15 mit komplex-regionalem Schmerzsyndrom (CRPS Typ 1) und 20 gesunde Probanden. Erhoben wurden Schmerzintensität, Schmerzlokalisierung und kranio-mandibuläre Dysfunktion mit dem RDC/TMD-G und dem temporomandibulären Index (TMI).

**Ergebnisse.** Im Gesamtkollektiv zeigte sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Höhe der Schmerzintensität und dem Grad der Dysfunktion im kranio-mandibulären System ( $p < 0,001$ ). Es bestand außerdem ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schmerzlokalisierung und den Dysfunktionen im kranio-mandibulären System. Der Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung für die TMI-Differenz für Patienten, die ihre Schmerzen auf der rechten Körperhälfte angaben, betrug  $0,50 \pm 1,24$ , für die auf der linken Körperhälfte  $-0,29 \pm 1,63$  ( $p = 0,035$ ).

**Schlussfolgerung.** Einseitige Beschwerden am Bewegungsapparat korrelieren mit vermehrten pathologischen Funktionsbefunden im ipsilateralen Kiefer-Kau-System.

Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum und Maximum dargestellt. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson wurde berechnet, um Zusammenhänge zwischen zwei quantitativen Merkmalen zu untersuchen. Die Boxplotdarstellung wurde verwendet, um einen Überblick über die Verteilung und Variabilität der seitenbezogenen Schmerzlokalisierung zu erhalten. Dabei wird die Begrenzung durch die 25. und 75. Perzentile gegeben und der Median durch die innere Linie gekennzeichnet. Zum Mittelwertvergleich der seitenbezogenen TMI-Differenz erfolgte ein Paarvergleich mithilfe des Student-t-Tests für unabhängige Stichproben. Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 0,05$  gewählt. Alle Tests wurden zweiseitig durchgeführt.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Insgesamt wurden 134 Personen zur statistischen Auswertung eingeschlossen, davon waren 62 weiblich (46,3%) und 72 männlich (53,7%). Neun Patienten verweigerten die Teilnahme, 16 entsprachen nicht den Einschlusskriterien und wurden daher nicht in die Studie aufgenommen. In **Tab. 1** werden die wichtigsten Eigenschaften der Stichprobe zusammengefasst. Die Altersverteilung zeigt vier stärker vertretene Gruppen auf: die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen (21,6% aller Patienten), der 40- bis 49-Jährigen (17,9%), der 50- bis 59-Jährigen (24,6%) und der 60- bis 69-Jährigen (19,4%). Der Altersmittelwert des Gesamtkollektivs betrug 51,5 Jahre, wobei der jüngste Pro-

Tab. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung (n = 134)

Altersgruppe (Jahre)	Männlich	Weiblich	Anzahl (n)
18–29	4	2	6
30–39	13	16	29
40–49	13	11	24
50–59	19	14	33
60–69	12	14	26
≥ 70	11	5	16

Tab. 2: Diagnosenverteilung

Diagnosen	Anzahl (n)
Myopathien (hereditäre, entzündliche und erworbene)	45
Erkrankungen des peripheren Nervensystems	42
Andere neuromuskuläre Erkrankungen	12
Komplex-regionales Schmerzsyndrom (CRPS)	15
Gesunde Probanden	20

band zum Zeitpunkt der Untersuchung 19, der älteste 81 Jahre alt war. Die zwei häufigsten Diagnosen waren periphere Neuropathien (31,3%) und entzündliche Myopathien (20,2%) (Tab. 2). Die Gruppe der „anderen neuromuskulären Erkrankungen“ enthielt Patienten mit Diagnosen, die in keine der vorhandenen Kategorien passten.

### Schmerzassessment

Insgesamt 47 Probanden (35,2%) gaben am Untersuchungstag ihre durchschnittlichen Schmerzen mit 0 auf der numerischen Ratingskala an. Als leicht (NRS-Ziffer 1, 2 oder 3) bezeichneten 48 Personen (35,8%) ihre Schmerzen, als mäßig (Ziffer 4, 5 oder 6) 27 Personen (20,2%) und als stark (Ziffer 7–10) 10 Personen (7,5%). Neunzehn Probanden gaben keinen Schmerzort an, 44 Patienten hatten Schmerzen an den Armen, 70 an den Beinen, 39 am Rumpf, jeweils 19 in der Kopfregion und im Bereich der Schultern und sechs Patienten an anderen Körperstel-

len. Eine Auflistung der verschiedenen Kombinationen der Schmerzlokalisierung ist in Tab. 3 dargestellt. Bei 31 Patienten (23,1%) waren die Schmerzen im Bereich der linken Körperhälfte lokalisiert, bei 33 Patienten (24,6%) im Bereich der rechten Körperhälfte und 39 Patienten (29,1%) berichteten über Schmerzen in beiden Körperhälften.

### Kraniomandibuläre Dysfunktion

Bei 132 Probanden konnte der TMI berechnet werden. Zwei Datenblätter waren unvollständig und wurden daher nicht in die statistischen Berechnungen aufgenommen. Den höchsten Grad an Dysfunktion im CMS zeigten Patienten mit

Tab. 3: Auflistung der Schmerzlokalisierungen aller Patienten

Schmerzlokalisierungen	Anzahl (n)	(%)
Arme	14	(10,4)
Arme + Beine	8	(6,0)
Arme + Beine + Kopf	2	(1,5)
Arme + Beine + Kopf + Schultern	1	(0,7)
Arme + Beine + Schultern	1	(0,7)
Arme + Beine + Rumpf	3	(2,2)
Arme + Beine + Rumpf + Kopf	3	(2,2)
Arme + Beine + Rumpf + andere Körperstellen	1	(0,7)
Arme + Beine + Rumpf + Schultern	5	(3,7)
Arme + andere Körperstellen	1	(0,7)
Arme + Schultern	2	(1,5)
Arme + Rumpf	1	(0,7)
Arme + Rumpf + Schultern	2	(1,5)
Kopf	7	(5,2)
Kopf + Schultern	4	(3,0)
Beine	30	(22,4)
Beine + Kopf	1	(0,7)
Beine + andere Körperstellen	1	(0,7)
Beine + Schultern	2	(1,5)
Beine + Rumpf	6	(4,5)
Beine + Rumpf + Kopf	5	(3,7)
Beine + Rumpf + Schultern	1	(0,7)
Keine Schmerzen	19	(14,2)
Andere Körperstellen	2	(1,5)
Rumpf	10	(7,5)
Rumpf + andere Körperstellen	1	(0,7)
Rumpf + Schultern	1	(0,7)

der Diagnose CRPS Typ 1. Der Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung des TMI betrug  $0,57 \pm 0,22$ . Die Gruppe mit gesunden Probanden hatte erwartungsgemäß den niedrigsten TMI mit  $0,09 \pm 0,06$ . Die Dysfunktion in den zwei probandenreichsten Diagnosegruppen war mäßig: Gruppe „entzündliche Myopathie“  $0,15 \pm 0,10$  (Minimum 0,03/Maximum 0,35) und Gruppe „periphere Neuropathie“  $0,14 \pm 0,13$  (Minimum 0,00/Maximum 0,79).

Im Gesamtkollektiv zeigte sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Höhe der Schmerzintensität und dem Grad der Dysfunktion im CMS (0,577–0,564;  $p < 0,001$ ). In **Tab. 4** werden die Korrelationskoeffizienten für den TMI und die Angabe der maximalen, minimalen, durchschnittlichen und momentanen Schmerzintensität am Untersuchungstag dargestellt. Bei Aufschlüsselung nach Schmerzlokalisierung zeigten sich für den Datenpool „obere Extremität“ und „alle Schmerzlokalisierungen ohne untere Extremität und ohne Kopfregion“ die höchsten Korrelationskoeffizienten. Interessanterweise gab es für die Schmerzlokalisierung „untere Extremität“ keine Korrelation.

#### Schmerzlokalisierung und TMI in Bezug auf die Körperhälfte

Die Boxplotdarstellung (**Abb. 1**) der TMI-Differenz zwischen rechten und linken Variablen gibt einen Überblick über die Verteilung und Variabilität der seitenbezogenen Schmerzlokalisierung. Aus dem positiven oder negativen Vorzeichen der TMI-Differenz ergibt sich eine Seitengewichtung der Dysfunktion im CMS. Patienten, die ihre Schmerzen auf der rechten Körperhälfte angaben (z. B. rechter Oberschenkel), hatten eine rechtslastige TMI-Differenz. Bei der linken Körperhälfte verhielt es sich entsprechend. Patienten, die entweder Schmerzen auf beiden Körperhälften hatten oder die Schmerzlokalisierung in Bezug auf die Körperhälfte abwechselnd war, zeigten eine gleichmäßige Verteilung zwischen rechts- und linkslastiger TMI-Differenz. Der Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung für die TMI-Differenz von Patienten mit Schmerzen in der rechten Körperhälfte betrug  $0,50 \pm 1,24$ ; und mit Schmerzen in der linken Körperhälfte  $-0,29 \pm 1,63$  (**Abb. 2**). Der Mittelwertvergleich der TMI-Differenz war statistisch signifikant ( $p = 0,035$ ).

Tab. 4: Pearson-Korrelation für den temporomandibulären Index (TMI) und Angabe der maximalen (MAX), minimalen (MIN), durchschnittlichen ( $\emptyset$ ) und momentanen (MOMENT) Schmerzintensität am Untersuchungstag, aufgeschlüsselt nach der Schmerzlokalisierung

Schmerzintensität			
MAX	MIN	$\emptyset$	MOMENT
<b>Alle Lokalisierungen (n = 132)</b>			
0,577**	0,551**	0,564**	0,559**
<b>Nur obere Extremität (n = 14)</b>			
0,740**	0,651*	0,690**	0,727**
<b>Nur untere Extremität (n = 29)</b>			
0,014	-0,099	0,032	0,153
<b>Alle Lokalisierungen ohne untere Extremitäten, ohne Kopfregion (n = 53)</b>			
0,867**	0,844**	0,861**	0,849**
* $p < 0,01$ ; ** $p < 0,001$			

#### Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass es einen statistisch hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Höhe der Schmerzintensität (unabhängig von der Schmerzlokalisierung) und der Höhe der Dysfunktion im CMS gibt. Die Diagnose scheint dabei eine untergeordnete Rolle bei der Koexistenz einer kranio-mandibulären Dysfunktion (CMD) zu spielen. Unabhängig von der Grunderkrankung bedeutet eine hohe Schmerzintensität ein höheres Ausmaß an Dysfunktion im CMS. Ein möglicher gemeinsamer Mechanismus könnte das Vorhandensein von bestimmten genetischen Phänotypen sein. Diatchenko et al. [4] beschrieben als Ursache für die Entwicklung einer CMD eine ganze Reihe von Kandidatengenen, die eine humangenetische Prädisposition für die Entwicklung einer CMD darstellen könnten.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen chronischen Lumbalsyndromen und einer CMD wurde in einer klinischen Studie gezeigt [24]. Dass verschiedenste Schmerzlokalisierungen mit einer CMD korrelieren, beobachteten auch Plato und Kopp [13]. In ihrer Studie hatten 50 %

der Patienten mit tiefen Kreuzschmerzen, 85 % der Patienten mit Schmerzen im Bereich des Beckenbodens sowie 100 % der Patienten mit einem Chronifizierungsstadium III nach Gerbershagen eine CMD. Fink et al. [5] konnten in einer Studie zeigen, dass Patienten mit kranio-mandibulären Erkrankungen häufiger asymptomatische vertebrale Funktionsstörungen und myofasziale Druckdolenz der Nacken- und Schultermuskulatur aufweisen als gesunde Kontrollpersonen. Diese Daten stützen die Hypothese, dass eine Okklusionsstörung nicht nur isoliert das stomatognathe System beeinflusst, sondern auch Auswirkungen weit darüber hinaus besitzt.

In der vorliegenden Studie lokalisierten mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer (53 %) ihre Schmerzen in einer Körperregion (z. B. Arme oder Beine). Nur wenige Patienten gaben in der Anamnese Beschwerden im CMS an. Dies stellt eine Diskrepanz zwischen der fehlenden Beschwerdesymptomatik im CMS und dem erhöhten TMI-Score bei vielen Patienten dar. Auch wenn ein erhöhter TMI-Score nur ein Teilaspekt einer CMD

ist, unterstreicht dies die Aussage, dass eine CMD primär stumm sein, jedoch durch negative funktionelle Beeinflussung der Regelsysteme des Körpers auch Beschwerden bis in die Peripherie zeigen kann [13].

Eine gute Übereinstimmung bestand in der Seitenangabe der Hauptschmerzen und der seitenabhängig getesteten Funktionsparameter im Kiefer-Kau-System. Je nach Angabe der Schmerzen auf einer bestimmten Seite bestand eine stärkere Gewichtung des Ausmaßes der Funktionsstörung auf der ipsilateralen Körperhälfte. Bei den Patienten, die ihre Beschwerden in beiden Körperhälften angaben, waren die Funktionsstörungen im CMS rechts und links statistisch gleichmäßig verteilt.

Für diese Studie wurden Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen ausgewählt, da bei vielen Diagnosen der Schmerz primär durch die Grunderkrankung erklärbar ist (z.B. entzündliche Myopathie). Es bleibt jedoch unklar, warum bei einzelnen Patienten mit derselben Diagnose unterschiedlich starke Schmerzen angegeben wurden. Man kann also spekulieren, dass bei diesen Patienten eine CMD nicht primär vorhanden ist, sich aber durch die Schmerzen vielleicht erst entwickelt. Inwieweit eine CMD ein zusätzliches Symptom einer generellen Dysfunktion der Schmerzverarbeitung darstellt oder kausal an der Chronifizierung von Schmerzen beteiligt ist, bleibt aber weiterhin offen.

## Fazit

**Einseitige Beschwerden am Bewegungsapparat korrelieren mit vermehrten pathologischen Funktionsbefunden im gleichseitigen Kiefer-Kau-System. Dies ist ein weiterer Hinweis für die Wechselbeziehung zwischen einem extrakraniellen Schmerzgeschehen und dem**

**kraniomandibulären System. Für die Praxis unterstreicht dies die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnostik von pathologischen Funktionsbefunden im Kiefer-Kau-System bei rezidivierenden Funktionsstörungen und Schmerzen im Bewegungssystem. Die Therapie des kraniomandibulären Systems sollte mit manultherapeutischen Muskel- und Gelenktechniken erfolgen und je nach Befund durch kieferorthopädische Maßnahmen, wie z. B. Okklusionsschienen, flankiert werden.**

### Korrespondenzadresse

*Dr. M. J. Fischer*  
*Klinik für Rehabilitationsmedizin*  
*Medizinische Hochschule Hannover*  
*Carl-Neuberg-Straße 1*  
*30625 Hannover*  
*E-Mail: fischer.michael@mh-hannover.de*

### Danksagung

Die Autoren danken G. Marx und A. Schmidt für ihre wertvollen Anregungen bei der Planung dieser Arbeit. Ein be-

sonderer Dank geht an die Forschungsgemeinschaft Arthrologie und Chirotherapie (FAC), die M. Fischer während der Zeit als Research Fellow im Friedrich-Baur-Institut finanziell unterstützt hat.

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

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages Heidelberg.  
 Aus Manuelle Medizin 2008, 46:401–406  
 © Springer Medizin Verlag

### Literatur

1. Adiels AM, Helkimo M, Magnusson T (2005) Tactile stimulation as a complementary treatment of temporomandibular disorders in patients with fibromyalgia syndrome. A pilot study. *Swed Dent J* 29:17–25
2. Ambalavanar R, Moutanni A, Dessem D (2006) Inflammation of craniofacial muscle induces widespread mechanical allodynia. *Neurosci Lett* 399:249–254
3. Cadden SW, Newton JP (1995) The effects of attentional factors on an inhibitory jaw reflex in man. *Exp Physiol* 80:299–305

4. Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD et al. (2006) Catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms are associated with multiple pain-evoking stimuli. *Pain* 125:216–224
5. Fink M, Tschernitschek H, Stiesch-Scholz M et al. (2003) Kraniomandibuläres System und Wirbelsäule: Funktionelle Zusammenhänge mit der Zervikal- und Lenden-Becken-Hüft-Region. *Manuelle Med* 41:476–480
6. Fischer MJ, Reiners A, Kohlen R et al. (2008) Do occlusal splints have an effect on complex regional pain syndrome? A randomised, controlled proof-of-concept trial. *Clin J Pain* 24:776–783
7. Hülse M, Losert-Bruggner B (2002) Der Einfluss der Kopfgelenke und/oder der Kiefergelenke auf die Hüftabduktion: ein einfacher Test zur Frage, ob eine CMD durch eine HWS-Manipulation beeinflusst werden konnte. *Manuelle Med* 40:97–100
8. John MT, Hirsch C, Reiber T et al. (2006) Translating the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders into German: evaluation of content and process. *J Orofac Pain* 20:43–52
9. John MT, Miglioretti DL, LeResche L et al. (2003) Widespread pain as a risk factor for dysfunctional temporomandibular disorder pain. *Pain* 102:257–263
10. Marx G (2000) Über die Zusammenarbeit mit der Kieferorthopädie und Zahnheilkunde in der manuellen Medizin. *Manuelle Med* 38:342–345
11. Ogawa A, Morimoto T, Hu JW et al. (2003) Hard-food mastication suppresses complete Freund's adjuvant-induced nociception. *Neuroscience* 120:1081–1092
12. Pehling J, Schiffman E, Look J et al. (2002) Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 16:296–304
13. Plato G, Kopp S (1999) Kiefergelenk und Schmerzsyndrome. *Manuelle Med* 37:143–151
14. Plesh O, Wolfe F, Lane N (1996) The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. *J Rheumatol* 23:1948–1952
15. Raphael KG, Marbach JJ (2001) Widespread pain and the effectiveness of oral splints in myofascial face pain. *J Am Dent Assoc* 132:305–316
16. Ross R, LaStayo P (1997) Assessments in occupational therapy and physical therapy. Saunders, Philadelphia
17. Sarlani E, Greenspan JD (2003) Evidence for generalized hyperalgesia in temporomandibular disorders patients. *Pain* 102:221–226
18. Schoenen J, Wang W, Gerard P (1994) Modulation of temporalis muscle exteroceptive suppression by limb stimuli in normal man. *Brain Res* 657:214–220
19. Schupp W, Marx G (2002) Manuelle Behandlung der Kiefergelenke zur Therapie der kraniomandibulären Dysfunktion. *Manuelle Med* 40:177–183
20. Scott AJ, Cadden SW (1996) Suppression of an inhibitory jaw reflex by the anticipation of pain in man. *Pain* 66:125–131
21. Turp JC, John M, Nilges P et al. (2000) Recommendations for the standardized evaluation and classification of patients with painful temporomandibular disorders. *Schmerz* 14:416–428
22. Valet M, Sprenger T, Boecker H et al. (2004) Distraction modulates connectivity of the cingulo-frontal cortex and the midbrain during pain – an fMRI analysis. *Pain* 109:399–408
23. Wang W, Schoenen J (1996) Suppression of voluntary temporalis muscle activity by peripheral limb stimulations in healthy volunteers, migraineurs and tension-type headache sufferers. *Funct Neurol* 11:307–315
24. Wiesinger B, Malke H, Englund E, Wänman A (2007) Back pain in relation to musculoskeletal disorders in the jaw-face: a matched case-control study. *Pain* 131:311–319

### Informationen zur Schweinegrippe (Influenza A/H1N1)

#### Bundesanzeiger

#### Verordnung zu Meldepflichten bei Verdacht auf Schweinegrippe

Am Sonntag, den 3. Mai 2009 ist eine am 2. Mai 2009 im **Bundesanzeiger veröffentlichte Rechtsverordnung** in Kraft getreten, mit der die Arztmeldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz auf Fälle der neuen Influenza (Influenza A/H1N1, so genannte Schweinegrippe) ausgedehnt wird.

Ärzte haben unter anderem Verdachtsfälle und Erkrankungsfälle an das Gesundheitsamt zu melden. Zur Beurteilung von Verdachtsfällen gibt das Robert Koch-Institut eine Empfehlung heraus. Die Rechtsverordnung stärkt die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dem Auftreten des neuen Erregers in Deutschland so früh wie möglich mit Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und -bekämpfung begegnen zu können.

Pressemitteilung des BMG v. 2. Mai 2009; Sonderausgabe Nr. 1 des Bundesanzeigers v. 2. Mai 2009, S. 1589f.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das neue Virus am 25. April 2009 als gesundheitliches Risiko von internationaler Bedeutung ein-

gestuft, eine vergleichbare Einstufung gab es beim Auftreten von SARS 2003. Am 27. April rief die WHO die pandemische Warnphase 4 und am 29. April 2009 die Phase 5 aus. Phase 5 wird charakterisiert durch eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung des Virus in mindestens zwei Staaten einer WHO-Region.

Auch für Deutschland kann (Stand 7. Mai 2009) nach wie vor keine Entwarnung gegeben werden. Mit weiteren Erkrankungen muss gerechnet werden. Nach derzeitigem Stand ist das Virus gut übertragbar. Hinzu kommt, dass Grippeviren ihr Erbgut ständig verändern.

Das Robert Koch-Institut hat den gemeinsam von Bund und Ländern getragenen Nationalen Pandemieplan Anfang 2005 und eine aktualisierte Fassung 2007 veröffentlicht. Der Pandemieplan enthält Maßnahmen, Aufgaben und Handlungsempfehlungen und erläutert die wissenschaftlichen Zusammenhänge der Pandemieplanung (Weitere Informationen unter [www.rki.de](http://www.rki.de))

Auf ihrer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) hat die Landesärztekammer Hessen Links zu Seiten (u. a. Robert Koch-Institut, Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit) mit aktuellen Informationen zum Thema Schweinegrippe sowie Hinweise für Ärztinnen und Ärzte eingestellt.

LÄKH

## Sicherer Verordnen

### Informationsquellen – Anzeigenfreie Literatur

Auffällige Übereinstimmungen von Fachbeiträgen und dazu passender Arzneimittelwerbung in medizinischen Zeitschriften lassen eine Verflechtung der Verlage mit Interessen ihrer Anzeigenkunden vermuten. Arzneimittelrisiken werden in diesen Zeitschriften nur selten angesprochen und noch seltener kritisch gewürdigt. Besonders auffällig ist dies bei bekannt gewordenen Ablehnungen kritischer Beiträge und bei Zeitschriften, die kostenlos ins Haus flattern.

Nachfolgend daher eine Übersicht über Periodika, die anzeigenfrei sind und deren Beiträge grundsätzlich unbeeinflusst erscheinen. Sie sind jedoch überwiegend nicht kostenfrei erhältlich.

#### Deutschsprachige Periodika

Zeitschrift	Verlag/Bezugsquelle*
Arzneitelegramm	ATI Berlin
Arzneimittelbrief	Westkreuz Verlag
Arzneiverordnung in der Praxis AVP	AkdÄ
infomed-screen	Infomed-Verlags-AG
pharma-kritik	Infomed-Verlags-AG
tägliche praxis	Marseille Verlag

#### Englischsprachige Periodika

Zeitschrift	Verlag/Bezugsquelle*
Australian Adverse Drug Reactions Bulletin	Internet/Australien
Canadian Adverse Drug Reactions Bulletin	Internet/Kanada
Drug Safety Update	Internet/Großbritannien
Drug and Therapeutics Bulletin	DTB, BMJ Group
Prescrire International	DEJAGLMC-France

\* bei Interesse kann eine genaue Bezugsanschrift übermittelt werden.

### Tibolon – Brustkrebsrezidivrisiko

Das synthetische Steroidhormon Tibolon (Liviella®, Reimporte) ist zugelassen zur Therapie von Estrogenmangelsymptomen in der Postmenopause. In den deutschen Fachinformationen zu diesem Arzneistoff wurde als Gegenanzeige „bestehender oder früherer Brustkrebs bzw. ein entsprechender

Verdacht“ bereits aufgenommen. Die englische Arzneimittelüberwachungsbehörde diskutiert noch einmal die Ergebnisse einer 2009 publizierten Studie, die vorzeitig abgebrochen wurde, da unter der Einnahme von Tibolon bei an Brustkrebs operierten Patientinnen in höherer Anzahl vaginale Blutungen und ein Brustkrebsrezidiv auftrat (Ratio 1,4, 95%iges Konfidenzintervall 1,1–1,7). Anscheinend wurde in England aufgrund der bei Brustkrebspatientinnen häufig auftretenden postmenopausalen Beschwerden Tibolon „Off-label“ angewandt, in der Annahme, dass dieser Arzneistoff sicherer sei als eine konventionelle Hormontherapie. Dem scheint nicht so zu sein.

Quelle: *Drug Safety Update 2009; 7 (2): 2*

### NSAIDs – Kardiovaskuläres Risiko

Nicht-steroidale Antiphlogistika (non-steroidal antiinflammatory drugs – NSAIDs) haben das bekannte, prinzipiell bei allen Vertretern dieser Arzneistoffgruppe auftretende Risiko gastrointestinaler und nephrotoxischer unerwünschter Wirkungen (UAW). Primär bei den Coxiben wurden kardiovaskuläre UAW aufgedeckt, die jedoch aufgrund neuerer Studien unterschiedlich ausgeprägt, grundsätzlich jedoch bei allen NSAIDs dosisabhängig auftreten

können. Die englische Arzneimittelüberwachungsbehörde informiert darüber, dass kardiovaskuläre UAW bei allen Patienten (nicht nur bei entsprechend vorgeschädigten) und nicht nur bei Dauergebrauch auftreten können. Im Gegensatz zu Diclofenac scheint für Naproxen und für Ibuprofen bis zu 1200 mg/d ein geringeres Risiko zu existieren. Auch in

Hinblick auf andere bekannte UAW gilt: niedrigste effektive Dosis, kürzest mögliche Einnahmedauer, periodische Überprüfung der Notwendigkeit einer Langzeittherapie.

Quelle: *Drug Safety Update 2009; 7(2): 3–4*

Die AkdÄ informiert:

### Flupirtin Abhängigkeit

Mit einem eindrucksvollen Beispiel einer 33-jährigen Patientin, die nach langjähriger Einnahme von Flupirtin (Katadolon®, Generika) zwei stationäre Aufenthalte zur Entzugsbehandlung ohne Ergebnis durchmachte, weist die AkdÄ nach, dass – wie bei allen zentral wirkenden Arzneistoffen – die Gefahr einer Arzneimittelabhängigkeit bestehen kann. Über 50 weitere Meldungen zu Arzneimittelmissbrauch und verwandte UAW unter Flupirtin machen deutlich, dass die Angaben des Herstellers in den Fachinformationen (keine Sucht und keine Toleranzentwicklung) problematisch erscheint.

Quelle: *Dt. Ärztebl. 2009; 106(7)*

### Duloxetine

#### Wirkstoff aktuell

In Zusammenarbeit mit der KBV wird zum selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine (Cymbalta®) Stellung genommen (kein Mittel der ersten Wahl). Unter den kritischen Anmerkungen:

- kein sicherer Behandlungsvorteil bei depressiven Episoden im Vergleich zu tri- und tetrazyklischen Antidepressiva und SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
- geringe Sicherheit bei Überdosierungen (Todesfälle bekannt)
- keine Behandlung von Patienten mit vorbestehenden Herz-Kreislaufkrankungen, Kontraindikation bei unkontrollierter Hypertonie
- Suizidrisiko und Absetzphänomene wie bei anderen Antidepressiva.

Quelle: <http://www.ais.kbv.de>

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
Rheinisches Ärzteblatt 4/2009

## Die Marburger Arzt-Senioren auf Museumsfahrt

Zweimal im Jahr treffen sich unsere alten Ärzte zu schöngestimmten Vortragsveranstaltungen, wie sie seit jetzt zehn Jahren von Professor Horst Ganz organisiert werden. Ein Bericht über das brandneue Museum des Nationalparks Kellerwald-Edersee weckte den allgemeinen Wunsch nach einem Ausflug dorthin. So geschah es auch am 22. April d. J. 29 Kolleginnen und Kollegen fuhren ab Marburg mit dem Bus und zwölf weitere – aus nördlichen Gefilden – kamen mit eigenem PKW.

Dieses Kellerwald-Edersee-Museum bei Vöhl-Herzhausen bietet völlig neue museale Erfahrungen. Auf einer Etage und mit modernster Technik ausgestattet führt es durch den 5.000 Hektar großen Nationalpark hessischer Buchenwald. Hier versucht man eine Rückentwicklung in einen nutzungsfreien Natur-Urwald, in dem jedes menschliche Eingreifen verboten ist und nur Wanderwege zu finden sind. Weitgehend ausgestorbene Tierarten wie die Wildkatze werden wieder heimisch. Das

Besondere am Museum: es ist nicht nur dem Sehen und Hören gewidmet, sondern auch dem Anfassen. Drei runde Räume zum Thema Urschätze der Wildnis dienen der Einstimmung auf das Haupt-Areal, in dem geschickt ge-

gestaltete Exponate in Wand und Boden zu allen Facetten des Urwald-Projektes zum Sehen, Hören und Spielen einladen. Jawohl – spielen. Mittels Drücken, Drehen und Schalten lassen sich die angebotenen Ein- und Durchblicke verändern. Man kann sogar aus dem Weltraum anfliegen oder Rätselfragen beantworten. Spielerisch lernen hier Kinder von sechs bis 90 Jahren. Unsere Seniorinnen und Senioren machten begeistert mit. Höhepunkt war und ist ein 3D-Farbfilm mit Gang durch den Nationalpark und



Marburger Arzt-Seniorinnen und -Senioren

Überraschungseffekten akustischer und taktiler Art. Großartig!

Angeregt und beschwingt setzten wir uns danach in der hauseigenen Cafeteria zu Kaffee und Kuchen zusammen. Sponsor Dr. med. Klaus Uffelmann, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg, konnte sich mit uns gemeinsam über eine gelungene Veranstaltung freuen. Nachahmung wird empfohlen.

Professor Dr. med. Horst Ganz, Marburg

### Avicenna-Preis in Frankfurt an die Allianz der Zivilisationen verliehen Morgenländischer Arzt und Philosoph ist Namensgeber des Preises

Preisträgerin des ersten Avicenna-Preises ist die Allianz der Zivilisationen (AoC). In der Frankfurter Paulskirche nahm der Generalsekretär der Allianz, der ehemalige portugiesische Staatspräsident Jorge Sampaio, am 10. Mai den mit 50.000 Euro dotierten Preis entgegen. Geistig-soziale Brücken zwischen Menschen und Organisationen bauen: Ziel der 2005 auf Initiative der spanischen und türkischen Regierungen gegründeten Allianz ist es, Verständigung und partnerschaftliche Beziehungen zwischen Völkern und Nationen über Kulturen und Religionen hinweg zu befördern. Das Preisgeld soll für ein Jugendprojekt der AoC verwendet werden.

Namensgeber des internationalen Preises, der von dem Verein Avicenna-Preis e.V. unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch verliehen wird, ist der für Muslime und Christen gleichsam bedeutende morgenländische Arzt und Philosoph Avicenna (980 bis



v. l. Roland Koch, Yasar Bilgin, Volker Roelcke, Jorge Sampaio  
Foto: Isa Deveceken

1037), arabisch Abu Ali Ibn Sina. In der orientalischen Welt gilt der „Fürst der Ärzte“ als einer der wichtigsten Gelehrten aller Zeiten. Avicenna ist Symbolfigur einer Synthese von Orient und Okzident; seine Ideen stimmen mit den ärztlichen Anliegen in dem hippokratischen Eid und in dem Genfer Gelöbnis überein.

Der 2005 auf Anregung von Yasar Bilgin, Arzt und Vorsitzender der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung, und Professor Dr. Klaus Knorpp ins Leben gerufene Avicenna-Preis will den Dialog der Kulturen, Toleranz, Integration

und interkulturelles Zusammenleben fördern; er versteht sich als Auszeichnung herausragender Aktivitäten, mit denen neue Wege des gegenseitigen Austauschs von Orient und Okzident beschritten werden sollen.

möh

# Spätabbruch der Schwangerschaft

**Hintergründe und Aktuelles zu besonderen Herausforderungen für ärztliches Handeln** *Christa Wewetzer*

Schwangerschaftsabbrüche in fortgeschrittenen Stadien der Schwangerschaft – sogenannte Spätabbrüche – sind für alle Beteiligten eine besondere emotionale Belastung: Für die Schwangere kann ein Abbruch zu einer schweren psychischen Krise führen, da in dieser Phase bereits eine enge Beziehung zwischen Mutter und Kind bestehen kann und die Schwangerschaft in den meisten Fällen gewollt ist. Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegenden<sup>1</sup> ergeben sich besondere emotionale, rechtliche und ethische Probleme dadurch, dass sich intuitiv der Schutzanspruch eines ungeborenen Kindes nicht grundlegend von demjenigen eines geborenen Kindes unterscheidet. Diese Problematik verschärft sich noch, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Abbruchs potentiell lebensfähig ist. Die behandelnden Ärzte stehen dann vor der zusätzlichen Schwierigkeit, bei gegebener Indikation nach Einleiten des Geburtsvorgangs und der Geburt ein lebensfähiges Kind am Leben erhalten zu müssen, das eigentlich nicht geboren werden sollte, oder es vor der Geburt zu töten (Fetozid) und damit gegen das Selbstverständnis der Ärzte – d. h. gegen deren „ureigendste Aufgabe, Leben zu erhalten“ (Hermann Hepp) – zu verstoßen.

Obwohl diese Problematik bereits vor der Reform des § 218a StGB im Jahr 1995 bestand, fand eine öffentliche Diskussion hierüber kaum statt. Erst nach der Änderung des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes 1992 und dem In-Kraft-Treten des geänderten § 218a StGB, 1995, wiesen Vertreter der Ärzteschaft darauf hin, dass sich das Problem des späten Schwangerschaftsabbruchs verschärft

habe. Durch den Wegfall der eigenständigen embryopathischen Indikation und ihre Subsumierung unter die medizinische Indikation sei nun ein Schwangerschaftsabbruch bis zum Einsetzen der Geburtswehen möglich. In das öffentliche Bewusstsein rückten die mit einem späten Schwangerschaftsabbruch verbundenen Konflikte durch den Fall des „Oldenburger Babys“, Tim. Die 35 Jahre alte, mit Tim schwangere Frau hatte nach der pränatal gestellten Diagnose eines Down-Syndroms mit Suizid gedroht, wenn ihr der Abbruch versagt werden würde. In dieser Situation schien ein Schwangerschaftsabbruch medizinisch indiziert. In der 25. SSW wurde die Geburt eingeleitet. Wider Erwarten überlebte Tim den Eingriff. In Erwartung seines baldigen Todes aufgrund der vorliegenden Behinderungen wurden zunächst keine intensivmedizinischen Maßnahmen ergriffen. Als der Tod nach zehn Stunden noch nicht eingetreten war, wurde Tim medizinisch behandelt. Für ihn hatte die verspätete medizinische Versorgung vermutlich weitere schwere Behinderungen zur Folge; der betreuende Arzt wurde wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt und zu einer Geldstrafe verurteilt. In zahlreichen

Positionspapieren und Vorschlägen von gesellschaftspolitisch aktiven Organisationen und Verbänden wurden die Praxis der Spätabbrüche und die neue rechtliche Regelung der medizinischen Indikation kritisiert. Diese Einwände und die Appelle an den Gesetzgeber, die Regelung zu überprüfen und gegebenenfalls zu revidieren, trugen dazu bei, dass die im letzten Bundestag vertretenen Parteien durch Gesetzentwürfe und Stellungnahmen das Problem der parlamentarischen Diskussion zuführten. Sie wollten damit auch der dem Gesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht auferlegten Pflicht nachkommen, die Auswirkungen der Gesetzesreform von 1995 zu beobachten. Aufgrund der vorgezogenen Neuwahlen des Bundestages kam es zu keiner Entscheidung, so dass die große Koalition diese Aufgabe aus der vorangegangenen Legislaturperiode übernommen hat. Gemeinsamer Ausgangspunkt für die dem Parlament vorliegenden Anträge ist die von den Unterzeichnern geteilte Einschätzung, dass die Paare nach einem positiven Befund der Pränataldiagnostik mit ihren existenziellen Nöten und dem Bedürfnis nach Informationen und Beratung allein gelassen werden. Diese stel-

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Inbegriffen sind selbstverständlich immer auch die Vertreterinnen der jeweiligen Gruppe.

len sich besonders dramatisch in der späten Phase der Schwangerschaft dar, da in den meisten Fällen bereits eine emotionale Bindung zwischen der Schwangeren und dem ungeborenen Kind über einen längeren Zeitraum aufgebaut wurde. Uneinigkeit besteht jedoch in der Frage, ob eine gesetzliche Neuregelung des Abtreibungsrechts erforderlich ist. Denn das könnte bedeuten, den 1995 nach heftigen Debatten gefundenen Kompromiss für die nach der Wiedervereinigung notwendige Angleichung der rechtlichen Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs erneut in Frage zu stellen. In der Bundestagsdebatte im Dezember vergangenen Jahres zeichnete sich keine Einigung ab. Auch eine erneute Anhörung von Experten im Familienausschuss am 16. März dieses Jahres ergab weder neue Gesichtspunkte für die Entscheidungsfindung noch eine Annäherung der Positionen. Was bereits die Debatten im Vorfeld der Reformen in den 1970ern und nach der Wiedervereinigung zeigten, wird in der aktuellen Diskussionen erneut deutlich: dass „dieses Phänomen des Soziallebens [der Schwangerschaftsabbruch, A.d.V.] vielfältige Probleme biologischer, insbesondere humangenetischer, anthropologischer, ferner medizinischer, psychologischer, sozialer, gesellschaftspolitischer und nicht zuletzt ethischer und moraltheologischer Art auf[wirft], die Grundfragen menschlicher Existenz berühren.“ (BVerfGE 39,1-Schwangerschaftsabbruch).

### Zur Verwendung des Begriffs „Spätabbruch“

Der Begriff „Spätabbruch“ ist nicht eindeutig definiert und wird in verschiedenen Zusammenhängen unterschiedlich verwendet. In einigen Stellungnahmen bezeichnen „Spätabbrüche“ Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW (p.c.),

andere beziehen sich auf Abbrüche nach der 22. SSW (p.c.). Eine mögliche Ursache für die unterschiedlichen Verständnisse liegt darin, dass die statistische Erfassung die Zäsur der 22. SSW nach alter Fassung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes beibehält, obwohl sie nach der Gesetzesreform 1995 mit Streichung der embryopathischen Indikation als Grenze für einen straffrei bleibenden Abbruch entfiel. So weisen die dem Bundesamt für Statistik gemeldeten Abbrüche für 2008 folgende Zahlen aus: Von den ca. 114.500 Schwangerschaftsabbrüchen wurden 2.100 Schwangerschaften zwischen der 13. und 23. Schwangerschaftswoche (SSW) abgebrochen, 231 in der 23. Woche oder später. Die Differenzierung der Statistik nach der Dauer der Schwangerschaft entspricht zum einen der durch die gesetzlichen Vorgaben für einen straffrei bleibenden Schwangerschaftsabbruch vorgegebenen zeitlichen Zäsur der 12. SSW, die einen Abbruch nach der Beratungsregel von einem Abbruch nach medizinischer Indikation trennt. Obwohl die jetzige Fassung des § 218a Abs. 2 StGB – nach Abschaffung einer eigenständigen embryopathischen Indikation – keine weiteren zeitlichen Zäsuren der Statistik impliziert, wurde dennoch die in der alten Fassung des § 218a vorgegebene Grenze der 22. SSW p.c. beibehalten und orientiert sich somit faktisch an der beginnenden extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes. Auf diese Zäsur wird in der medizinischen und juristischen Literatur Bezug genommen, wenn es um die spezielle Problematik der Spätabbrüche, z. B. den Fetozid oder Fragen des Schadensersatzes, geht.

### Potentielle Lebensfähigkeit des Feten

Die Frage eines Spätabbruchs stellt sich in den meisten Fällen, wenn sich in ei-

ner späten Phase der Schwangerschaft Hinweise für Entwicklungsstörungen des ungeborenen Kindes ergeben oder die Absicherung einer Diagnose erst zu einem Zeitpunkt erfolgt, in der das Kind bereits potentiell lebensfähig ist. Eine für die Problematik des Spätabbruchs bedeutsame Entwicklung besteht darin, dass die Überlebenschancen für Frühgeborene in den vergangenen Jahren durch die Fortschritte der Perinatalmedizin wesentlich verbessert werden konnten. So geht die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) von einer zwischen 1995 und 1997 gestiegenen Überlebenschance von etwa zehn auf 50 Prozent nach einer Geburt zwischen der 22. bis 24. Schwangerschaftswoche aus, wobei jedoch 20–30 Prozent der Kinder schwere körperliche und geistige Behinderungen aufweisen. Nach der 24. SSW Geborene haben eine Überlebenschance von 60–80 Prozent. Obwohl die Angaben verschiedener Autoren voneinander abweichen, bleibt festzuhalten, dass die Feten ab etwa der 24. SSW potentiell lebensfähig sind. Wenn ein Abbruch nach der 22. SSW erfolgt, ist also nicht ausgeschlossen, dass, wie im Fall von Baby „Tim“, ein lebensfähiges Kind geboren wird, das eigentlich nicht gewollt ist. In diesem Fall steht der Arzt vor der Entscheidung, dieses Kind entsprechend den Leitlinien der DGGG intensivmedizinisch zu versorgen oder es angesichts der schweren Behinderungen und in Erwartung eines früh eintretenden Todes palliativmedizinisch zu behandeln und sterben zu lassen.

Um diese durch die unerwartete Lebensfähigkeit des Feten entstehenden Probleme zu vermeiden, kann der Arzt den Fetus vor dem Einleiten des Abbruchs töten. Dazu kommt vor allem die Injektion von Kaliumchlorid in das Herz in Betracht. Diese Praxis ist für alle Beteiligten

emotional sehr belastend und ethisch umstritten. Einerseits ist ein Abbruch im Spätstadium der Schwangerschaft bei vorliegender medizinischer Indikation gesetzlich legitimiert. Andererseits ist die Sicherstellung des Ergebnisses – der Tod des nicht gewollten Kindes – mit einer dem allgemeinen Moral- und Rechtsempfinden widersprechenden Tötungshandlung verbunden, obwohl erst die Geburt die rechtliche Grenze darstellt, die den straffrei bleibenden Fetozid von einer vorsätzlichen Tötung trennt (§ 212 StGB).

Diese Fälle werden im Klinikalltag häufig nicht thematisiert. Hierauf deuten unter anderem Berichte, denen zufolge in einigen Kliniken die Feten nach Spätabbrüchen als Totgeburten registriert werden. Vor allem die beteiligten Ärzte, aber auch Hebammen und Pflegende sind verunsichert und fühlen sich mit den Konflikten allein gelassen, denn eine offene gesellschaftliche Diskussion über diese mit dem späten Schwangerschaftsabbruch verbundenen Folgen fand bisher kaum statt.

Aus rechtlicher Perspektive ist die Methode des Fetozids zur Sicherstellung des Ziels des Abbruchs nicht strafbar, wenn die Bedingungen einer medizinischen Indikation eingehalten werden. Dennoch fordern Ärzte mehr Rechtssicherheit durch Rahmenbedingungen, die den Fetozid in „äquivalenter Form“ mit einbeziehen. Um die juristischen Risiken des den Abbruch durchführenden Arztes zu minimieren, wurde von Gynäkologen der Universität Kiel gemeinsam mit Rechtsmedizinern und der Staatsanwaltschaft Kiel ein Verfahrensmodell dezidierter Vorgehensweisen entwickelt. Im Fall eines juristischen Klärungsbedarfs der Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs wird der Abort eines Kindes mit einem Geburtsgewicht über 500g der Kriminalpolizei gemeldet, und

der Staatsanwalt prüft, ob ein Anfangsverdacht für eine Straftat vorliegt. Durch die Dokumentation des Ablaufs kann eine größtmögliche Transparenz der entscheidungsleitenden Kriterien geschaffen werden, um den Verdacht auszuräumen. Als mögliche Alternative zu einem Fetozid wird eine Verbesserung der Palliativbehandlung von Neugeborenen diskutiert, die mit schweren Schädigungen geboren werden. Das würde allerdings die Bereitschaft der Schwangeren voraussetzen, das Kind lebend zur Welt zu bringen und es über einen nicht genau vorhersagbaren Zeitraum bis zu seinem Tod zu begleiten. Ebenso erfordert es einen Konsens unter allen beteiligten Ärzten, bei sicherer letaler Schädigung des Kindes auf Therapien zu verzichten und stattdessen Maßnahmen der Leidensminderung zu ergreifen. Ein Problem besteht allerdings, wie das Beispiel von „Tim“ zeigt, in der Unsicherheit bei der Beurteilung der Diagnose und der Einschätzung der Letalität der Schädigung des Kindes. Zweifel an der Letalität dürfen jedoch nicht bestehen. Erstens entstünde durch den moralischen und rechtlichen Status eines geborenen Menschen das Dilemma, den Lebensschutz des Neugeborenen

zu achten und unter Umständen intensivmedizinische Maßnahmen einzuleiten, um das Kind am Leben zu erhalten und um den Verdacht der aktiven Sterbehilfe zu vermeiden; zweitens wäre das mit der Schwangeren vereinbarte Ziel, die Geburt eines behinderten Kindes zu vermeiden, verfehlt.

### Die rechtliche Situation in Deutschland bis 13. Mai 2009

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland verboten (§ 218 StGB). Er bleibt jedoch straffrei, wenn die Schwangere ihm zustimmt und einige weitere Voraussetzungen gegeben sind: innerhalb der ersten zwölf Wochen, wenn sich die Schwangere hat beraten lassen und drei Tage zwischen Beratung und Abbruch liegen (§ 218a Abs. 1, StGB) oder eine medizinische bzw. kriminologische Indikation vorliegt. Eine medizinische Indikation ist gegeben, wenn der Abbruch „unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszu-

standes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“ (§218a Abs. 2, StGB). Die ehemalige embryopathische Indikation – „... wenn nach ärztlicher Erkenntnis dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, dass von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann“ (alte Fassung des §218a Abs. 2, StGB) – ist nach der Strafrechtsreform 1995 entfallen. Dieses wiederum hatte zur Folge, dass die für die embryopathische Indikation verpflichtende Beratung als Bestandteil der Pränataldiagnostik, die Bedenkzeit von drei Tagen nach Beratung bis zur Durchführung des Abbruchs, die gesonderte statistische Erfassung der Anzahl und des speziellen Anlasses für den Abbruch – die durch eine schwerwiegende Behinderung oder Fehlbildung des Kindes entstehende Belastung der Frau – sowie die Begrenzung der Abbrüche auf die Zeit bis zur vollendeten 22. SSW entfiel, denn eine Gefährdung der Gesundheit der Schwangeren und damit eine medizinische Indikationsstellung kann sich während des gesamten Verlaufs der Schwangerschaft ergeben. In der ursprünglichen Absicht, vor allem aufgrund der Initiativen von Behindertenverbänden und der Kirchen, sollte eine embryopathisch veranlasste Indikation vollständig gestrichen werden, um das Missverständnis zu vermeiden, eine zu erwartende Behinderung des Kindes sei eine Rechtfertigung für einen Abbruch; eine Diskriminierung behinderter Menschen bereits vor der Geburt sollte vermieden werden. Dies wurde jedoch von Anfang an nicht umgesetzt, denn mit

der neuen Fassung des §218a können – so hieß es in der Bundestagsdebatte – „diese Fallkonstellationen aufgefangen werden“.

Auf diese Weise wurde zwar die mögliche Behinderung des ungeborenen Kindes als eigenständige Indikation für den Abbruch gestrichen, ihr Fortbestand im Rahmen der medizinischen Indikation ist jedoch unbestritten. Über den Beitrag, den die zu erwartende Behinderung im Rahmen der Befunderhebung einnimmt und letztlich zu einer medizinischen Indikation führt, lassen sich keine statistisch gesicherten Aussagen treffen, da sie gemeinsam mit den psychischen Belastungen der Schwangeren unter den Begriff der „Zumutbarkeit“ fallen und nicht mehr einzeln erfasst werden. Für eine offene gesellschaftliche Debatte wäre jedoch eine differenzierte Erfassung der Ursachen wünschenswert, die auch davor nicht die Augen verschließt, dass mit einer zu erwartenden Behinderung des Kindes ein Schwangerschaftsabbruch begründet wird. Eine Bemäntelung der in einer diagnostizierten Fehlbildung oder Erkrankung des Feten liegenden Mit-Ursache erschwerte eine sachliche Diskussion der sozialen und ethischen Herausforderungen. Auch unter diesem Aspekt wäre eine Wiedereinführung der statistischen Erfassung dieser Ursachen, wie sie von Seiten der Bundesärztekammer (BÄK) gefordert wird, sinnvoll.

Ob sich durch die Gesetzesreform von 1995 die praktische und ethische Problematik der Spätabbrüche verschärft hat, ist abhängig von der Interpretation der embryopathischen bzw. medizinischen Indikation.

Nach Auffassung der BÄK war mit der medizinischen Indikation (§218a, a.F.), eine enge, mütterlich-medizinische Indikation gemeint. Eine Lebensgefahr oder gesundheitliche Bedrohung für die

Schwangere musste von der Schwangerschaft selbst bzw. der Geburt des Kindes ausgehen. Es ist jedoch fraglich, ob diese enge medizinische Indikation de facto bestanden hat. Zum einen war es auch nach alter Fassung des §218a möglich, dass eine medizinische Indikation „embryopathisch veranlasst“ wurde. Zum anderen konnten psychosoziale Umstände der Schwangeren einen straffreien Abbruch begründen, denn bereits 1927 entschied der Reichsgerichtshof in einem Beispiel gebenden Fall, bei dem eine voreheliche Schwangerschaft aus Angst vor der Schande und drohender Selbstmordgefahr abgebrochen werden sollte, dass auch eine nicht unmittelbar von der Schwangerschaft ausgehende Bedrohung der Gesundheit der Schwangeren als Fall der medizinischen Indikation zu bewerten sei. Auch nach dem Krieg wurden Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit der Schwangeren in allen Reformen des §218a als Begründung für einen straffrei bleibenden Abbruch übernommen und der Begriff der „medizinisch-sozialen“ Indikation geprägt.

Ebenso entsprach die Auffassung, die embryopathische Indikation (§218a, alte Fassung) beziehe sich allein auf die Behinderung des ungeborenen Kindes und könne der eigentliche Grund für eine Indikationsstellung sein, nicht dem Verständnis aller Ärzte. So betont die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik in ihrer Stellungnahme von 1995 zur Gesetzesreform: Bereits die frühere Regelung (der embryopathischen Indikation) sei „eindeutig nur auf die Frage einer eventuellen unzumutbaren Belastung abgestellt, ohne damit ein Werturteil über ein behindertes Leben zu fällen“. In gleichem Sinn äußert sich der Medizinrechtler Hans-Georg Koch. Er weist darauf hin, dass man sich „in Medizinerkreisen“ dieses Verständnisses der embryopathi-

schen Indikation nicht immer bewusst gewesen sei. Dennoch sieht er ebenso wie die Bundesärztekammer durch den Wegfall der 22-Wochenfrist für einen Schwangerschaftsabbruch eine Verschärfung des Problems durch die potentielle Lebensfähigkeit und das bewusste Schmerzempfinden des Feten. Als Reaktion auf diese für die betreuenden Ärzte „schwer erträgliche Situation“ hatten die BÄK und die DGGG die Wiedereinführung der 22-Wochenfrist vorgeschlagen, „um allen Beteiligten die Bedeutung der Tötung eines lebensfähigen Kindes klar vor Augen zu führen“. Dieses bedeutete eine indirekte Wiedereinführung der embryopathischen Indikation und damit eine Wiederaufgabe der Diskriminierungsdiskussion. Darüber hinaus sind dadurch folgende Probleme der Spätabbrüche vor Augen zu führen: Erstens würde durch die zeitliche Zäsur das Lebensrecht und damit der Schutzanspruch des ungeborenen Kindes bis zur 22. SSW geringer bewertet als ab der 23. SSW. Zweitens lässt sich eine strikte Begrenzung auf gesetzte Fristen solange nicht durchhalten, wie keine Beschränkung der medizinischen Indikation auf eine akute Lebensbedrohung der Schwangeren erfolgt, sondern ein Abbruch nach dem Willen des Gesetzgebers und auch in gesellschaftlichem Konsens letztlich in die Verantwortung der Schwangeren gestellt ist.

Um das von ärztlicher Seite geäußerte Bestreben, einen Abbruch bei gegebener Lebensfähigkeit des Feten „möglichst zu unterbinden“, schlägt der Medizinrechtler Koch vor, die Indikation von besonders strengen Voraussetzungen abhängig zu machen. Die Voraussetzung hierfür ist die Weiterentwicklung und Förderung eines entsprechenden Normverständnisses innerhalb der Ärzteschaft. Dies würde zwar die o.g. ethischen Dilemmata nicht auflösen, erscheint aber

unter der gegenwärtigen Rechtslage und gesellschaftlich akzeptierten Praxis des Schwangerschaftsabbruchs als ein Weg, die ärztliche Verantwortung wahrzunehmen.

### **Feststellung der Zumutbarkeit im Rahmen der medizinischen Indikation**

Das Problem der Spätabbrüche lässt sich nicht auf die Fälle reduzieren, in denen nach einer Pränataldiagnostik eine Behinderung des ungeborenen Kindes festgestellt wird. Diese stellt zwar für sich allein keinen Grund für einen Abbruch dar, dennoch ist unbestritten, dass der Anlass für einen Spätabbruch in den meisten Fällen eine diagnostizierte Behinderung oder Erkrankung des Feten ist. Im Rahmen der medizinisch-sozialen Indikation kommt dem Arzt die schwierige Aufgabe zu, zu erkennen, ob in Zukunft eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der Schwangeren durch die Versorgung und Betreuung eines (behinderten) Kindes zu erwarten ist. Der Arzt steht vor der Aufgabe, zum einen den Lebensschutz des ungeborenen Kindes zu achten und zum anderen aktuelle und zukünftige physische und psychische Gefahren für das Leben der Schwangeren zu erkennen. Es fehlen jedoch weitgehend eindeutige Kriterien des Gesetzgebers zur Beurteilung künftiger Lebensverhältnisse, und eine Prognose der psychischen Belastbarkeit für das in der Zukunft liegende Leben mit einem (behinderten) Kind ist mit Unsicherheiten behaftet. Daher sind je nach Normenverständnis der beteiligten Ärzte unterschiedlich weite Spielräume für die Interpretation, insbesondere der psychologischen Befunde, vorgegeben. In diesem Zusammenhang weist der Göttinger Medizinrechtler Gunnar Duttge darauf hin, dass „die Einbeziehung der psychischen Beeinträchtigung

gen erfahrungsgemäß die Anfälligkeiten für eine missbräuchliche Expansion wesentlich erhöht“. Darüber hinaus hängt die Entscheidung der Schwangeren für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch von der jeweiligen Einschätzung der Schwere der zu erwartenden Behinderung des Kindes durch den Arzt und die Schwangere selbst ab. In Anbetracht dessen kann es durchaus zu Unterschieden zwischen der Selbsteinschätzung der Schwangeren und der ärztlichen Auffassungen über die Zumutbarkeit und damit die Zulässigkeit eines Abbruchs aus medizinischer Indikation kommen. Am Erlanger Universitätsklinikum wurde z. B. in drei von 15 Fällen eines bestimmten Zeitraumes der Abbruch abgelehnt bzw. Alternativen gefunden, da nach Einschätzung des Pränatalmediziners eine relativ gute Prognose für den Gesundheitszustand des Kindes bestand.

Angesichts dieser komplexen Problematik – Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren, Achtung des Lebensrechts des ungeborenen Kindes, Wahrnehmung der ethischen Verantwortung des Arztes – wurden an einigen Kliniken Verfahren entwickelt, um jeden individuellen Fall eines späten Schwangerschaftskonflikts eingehend zu beraten. Das Ziel dieser Verfahren ist es, die entscheidungsrelevanten medizinischen, psychologischen und sozialen Befunde jedes Einzelfalls möglichst vollständig zusammenzutragen und unter rechtlichen und ethischen Kriterien zu bewerten. Im Beispiel des Erlanger Universitätsklinikums wurde aus dem Klinischen Ethikkomitee heraus eine Ethikberatergruppe gebildet, die sich auf Anfragen der Abteilung für Pränataldiagnostik speziell mit Fällen beschäftigte, bei denen eine Entscheidung über eine medizinische Indikation anstand. Die Aufgabe dieser Gruppe besteht unter

anderem darin, Fachkonsile der beteiligten medizinischen Disziplinen, wie z. B. Psychosomatik, Humangenetik, Pädiatrie, Kinderchirurgie, zu organisieren, die Fachinformationen sowie die Einschätzungen über Entwicklungschancen des Kindes und der möglichen Auswirkungen auf die Schwangere bzw. das Paar zusammenzutragen. Gespräche mit der Schwangeren bzw. dem Paar sollen dazu dienen, den Entscheidungsprozess zu erläutern und herauszuarbeiten, wie stark der Wunsch nach einem Abbruch reflektiert ist. Dem verantwortlichen Pränatalmediziner soll diese Zusammenschau dazu dienen, sich ein umfassenderes Bild von den entscheidungsrelevanten Kriterien zu verschaffen. Dieses oder vergleichbare Verfahren können von der Schwangeren bzw. dem Paar in einer ohnehin emotional verunsichernden Situation als zusätzliche Belastung empfunden werden, da es sich bei diesen Gesprächen nicht um eine psychosoziale Beratung des Paares handeln soll. Während diese das Ziel hat, das Paar bei der Verarbeitung der belastenden Situation zu unterstützen und zu einer tragfähigen Entscheidung zu verhelfen, ist das Ziel der Ethikberatung, den verantwortlichen Arzt bei der Stellung der medizinischen Indikation zu unterstützen.

### Zuständigkeit, Sicherstellung und Qualität der psychosozialen Beratung

Die Zuständigkeiten und die Inhalte der Beratung sind zumindest für eine Konfliktberatung innerhalb der ersten zwölf SSW mit einer gewissen Verbindlichkeit in den §§ 5 und 6 SchKG festgelegt. Im Rahmen einer medizinischen Indikation bestehen jedoch unterschiedliche Vorstellungen bei psychosozialen Beratern und Vertretern involvierter fachärztlicher Gruppen über die Beratungsinhalte, Zu-

ständigkeiten und die jeweiligen Kompetenzen. Einerseits besteht der Wunsch nach Zusammenarbeit, andererseits wird jedoch häufig berichtet, dass die Kompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe nicht wahr- bzw. in Anspruch genommen wird. Sowohl die Vertreter der ärztlichen Verbände als auch der psychosozialen Beratung vertreten eine Stärkung der Beratung bei einer Entscheidung zum Spätabbruch. Einigkeit besteht in ärztlichen und nicht-ärztlichen Stellungnahmen darin, die Beratung nicht allein auf medizinische Aspekte zu beschränken. Es wird anerkannt, dass die Krisensituation, die durch eine im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft erfolgende Mitteilung über eine zu erwartende Behinderung des Kindes bei der Schwangeren bzw. den zukünftigen Eltern ausgelöst werden kann, der qualifizierten psychologischen und sozialen Beratung bedarf. Dennoch scheint ein tief greifender Dissens darüber zu bestehen, bei welcher Berufsgruppe die Beratung anzusiedeln ist und welche Qualifikationen erforderlich sind, um eine umfassende psychosoziale Beratung zu gewährleisten. BÄK und DGGG schlugen durch eine Ergänzung des § 219 StGB die Aufnahme einer „ärztlich geleiteten Beratungspflicht“ vor, während für die psychosoziale Beratung lediglich eine *Hinweispflicht* bestehen soll.

Es sind im Wesentlichen zwei Einwände, die gegenüber dem Vorschlag der BÄK/DGGG geäußert werden. Vor allem von Seiten der Kritiker der Pränataldiagnostik wird daran gezweifelt, dass eine medizinisch orientierte und in die medizinische Praxis integrierte Beratung geeignet ist, eine offene und neutrale Situation herzustellen, die es ermöglicht, mit der Schwangeren die komplexen psychischen und sozialen Aspekte des Konflikts auszuloten. Das Zusammen-

treffen von ärztlicher Aufklärungspflicht und ärztlichem haftungsrechtlichem Absicherungsbedarf lassen ihrer Meinung nach Zweifel darüber aufkommen, ob die gebotene unabhängige Entscheidungsfreiheit der Betroffenen gewährleistet ist. Ein weiteres Problem für eine umfassende ärztliche Beratung der Schwangeren wird in den organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen niedergelassener Frauenärzte gesehen, wie z. B. der verfügbare zeitliche Rahmen, fehlende Vernetzung mit anderen beteiligten Fachärzten und psychosozialen Beratungseinrichtungen sowie die geringe Honorierung von Beratung.

Im Verlauf der Untersuchungen wäre ein kontinuierliches Beratungsangebot für die Schwangere bzw. das Paar sinnvoll, in dem sie vor allem Zeit bekommen, eine tragfähige Entscheidung zu finden. Wie Beispiele zeigen, werden Schwangere und Paare in verschiedenen Zentren ausführlich beraten und müssen eine Bedenkzeit von mindestens drei Tagen einhalten, bevor ein Spätabbruch durchgeführt wird. Dieses Verfahren entspricht den Richtlinien der BÄK, ist jedoch rechtlich nicht verbindlich.

### Ausblick: Mögliche Regelungen in der politischen Diskussion

Das Parlament hat aus der vergangenen Legislaturperiode den Auftrag mitgenommen, über eine mögliche gesetzliche Regelung der Spätabbrüche zu entscheiden. Dazu liegen ihm drei Gesetzentwürfe vor: von der CDU/CSU („Singhammer-Entwurf“), einer Gruppe der SPD („Griese-Entwurf“) und der FDP sowie je ein Antrag von der SPD („Humme-Antrag“) und von „Die Linke“. Das gemeinsame Ziel der Vorlagen ist es, die Voraussetzungen für eine tragfähige Entscheidung der Schwangeren zu verbessern. Einigkeit besteht darin,

für die medizinische und psychosoziale Beratung der Schwangeren eine höhere Verbindlichkeit herzustellen, die Struktur und Qualität der Beratung zu verbessern sowie eine Bedenkzeit zwischen Beratung und Durchführung des Abbruchs einzuführen. Ausgangspunkt sind dabei Erfahrungen von Schwangeren und die Beobachtungen von psychosozialen Beratern sowie von Vertretern der Humangenetischen Beratung, dass die ärztliche Beratung nicht immer den für eine Entscheidungsfindung notwendigen Anforderungen entspricht. Dieses wird z. B. durch eine Studie von Nippert et al. bestätigt, die ergab, dass sich die meisten Frauen nach Befundmitteilung nicht genügend beraten fühlten. Geht es um die konkrete Ausgestaltung, treten jedoch deutliche Unterschiede zutage. Ein grundlegender Dissens besteht in der Frage, in welcher Form die Beratung eine höhere Verbindlichkeit als bisher erhalten soll. Dieses ist sowohl unter den Abgeordneten als auch unter ärztlichen Verbänden umstritten. Der nach dem familienpolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion benannte „Singhammer-Entwurf“, der von der SPD-Politikerin Kerstin Griese vertretene Antrag, sowie der Entwurf von FDP-Abgeordneten sehen eine gesetzlich vorgeschriebene *ärztliche* Beratungspflicht und eine Hinweispflicht auf den Anspruch der Schwangeren „auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratungsmöglichkeiten durch Beratungsstellen nach § 2“ (SchwKG) vor. Dazu soll das 1995 in Kraft getretene Schwangerschaftskonfliktgesetz geändert werden. Eine gesetzlich geregelte ausführliche Beratung wird auch von Vertretern der DGGG und der BÄK befürwortet. Der Vorsitzende des Berufsverbandes der niedergelassenen Frauenärzte, Christian Albring, lehnt dagegen eine gesetzliche Regelung ab.

Er kritisiert vor allem die geplante Verschärfung der Dokumentationspflicht des ärztlichen Aufklärungsgesprächs, die Vorlage der Dokumentation an eine aufsichtsführende Behörde sowie ein Bußgeld an sich bzw. die Erhöhung des Bußgeldbetrages. Die bestehende Festlegung der ärztlichen Beratungspflicht in den Mutterschaftsrichtlinien und den Richtlinien der BÄK zur Pränatalen Diagnostik sei ausreichend. Diese Position entspricht den Anträgen der SPD-Abgeordneten Christel Humme bzw. Kirsten Tackmann (Die Linke). Sie nehmen vor allem die psychosoziale Beratung in den Blick, indem sie die Beratung in unabhängigen Beratungsstellen stärken wollen. Eine für die Schwangere analog zu § 218a Abs. 1 StGB („Beratungsregelung“) bestehende Pflicht, sich psychosozial beraten zu lassen, wie sie noch im Antrag der CDU/CSU des Jahres 2004 zur Vermeidung von Spätabbrüchen vorgesehen ist, wird in den aktuellen Anträgen nicht mehr gefordert.

Aus ethischer Perspektive bemerkenswert sind die unterschiedlichen Positionierungen im Verhältnis zwischen Lebensschutz und Entscheidungsfreiheit der Frau, die in den Anträgen implizit zum

Ausdruck kommen. So bildet im Singhammer-Antrag der Auftrag des Staates, das ungeborene Leben zu schützen, den Ausgangspunkt für künftige Regelungsziele, während der Antrag von „Die Linke“ das Selbstbestimmungsrecht der Frau stärken will. Sie spiegeln das Dilemma wider, den moralisch und verfassungsrechtlich konstituierten Schutz des ungeborenen Lebens zu berücksichtigen, wenn das Kind nicht erwünscht ist und die Entscheidung darüber, ob das Kind geboren werden soll, bei der Schwangeren liegt. Hier treffen zwei unterschiedliche ethische Forderungen und unterschiedliche Regelungsprinzipien aufeinander, bei denen de facto entweder den Interessen des Kindes oder der Autonomie der Schwangeren der Vorzug gegeben wird.

### Zusammenfassung

Spätabbrüche stellen eine sowohl praktische als auch ethische Herausforderung für ärztliches Handeln dar, da zwar der Arzt dem Schutz des Ungeborenen verpflichtet ist, die Verantwortung über einen Schwangerschaftsabbruch letztlich jedoch bei der Schwangeren liegt. Wie die Diskussionen über die derzeitige rechtliche Regelung und die dem Parla-

ment vorliegenden Änderungsvorschläge zeigen, kann das Problem der Spätabbrüche nur im Rahmen der Gesamtproblematik des Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation betrachtet werden. Überlegungen über eine Befristung auf ein Stadium der Schwangerschaft, in der eine extrauterine Lebensfähigkeit des Feten noch nicht gegeben ist, bedeutete eine Unterscheidung des Schutzanspruchs des Ungeborenen nach bestimmten Entwicklungsphasen. Dennoch sollten die Maßstäbe für eine medizinische Indikation die Dauer der Schwangerschaft und damit den Entwicklungsgrad des ungeborenen Kindes berücksichtigen. Um der sowohl medizinisch als auch moralisch komplexen Situation Rechnung zu tragen, können strukturierte Verfahren ärztlicher Entscheidungsfindung sinnvoll

sein, die sowohl die beteiligten medizinischen Disziplinen als auch ethische Kompetenz einbinden.

Die im Bundestag vertretenen Parteien und die ärztlichen Verbände streben eine Stärkung der Beratung der Schwangeren bzw. des Paares an. Unterschiede bestehen in den Zielen der Beratung: Einige betonen die Stärkung des Lebensschutzes, andere die Stärkung der Autonomie der Frau.

Bei den Erwartungen an Beratung ist zu bedenken: Eine Beratung kann die Ambivalenzen und die Verantwortung aller Beteiligten deutlich werden lassen und ihnen helfen, diese zu (er-)tragen. Das ethische Dilemma auflösen kann sie jedoch nicht.

Literatur bei der Verfasserin

#### **Anschrift der Verfasserin**

*Dr. Christa Wewetzer*  
Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG)  
an der Evangelischen Akademie Loccum  
Knochenhauerstraße 33  
30159 Hannover  
E-Mail: [christa.wewetzer@evlka.de](mailto:christa.wewetzer@evlka.de)

Für Abtreibungen nach der 22. Schwangerschaftswoche gilt nach dem Beschluss des Bundestags vom 13. Mai 2009 künftig eine umfangreiche Beratungspflicht. Außerdem muss zwischen Beratung und Abbruch der Schwangerschaft eine Frist von drei Tagen liegen. GBL

Verantwortlich für die Rubrik **Medizinethik aktuell** ist: Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius, Lehrbeauftragte für Ethik in der Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt a. M., Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt

### Ab jetzt zum „Fine Star“ bewerben

#### **Das Motto 2009 des Bayer-Preises lautet „Fine macht stark“**

Diabetesprofis, Selbsthilfegruppen und Elterninitiativen können sich um den mit insgesamt 17.500 Euro dotierten Preis bewerben. Gesucht werden kreative Betreuungskonzepte, die Kinder im Umgang mit dem Diabetes stark machen.

Mit dem „Fine Star“ Preis von Bayer Vital Diabetes Care sollen auch in 2009 wieder Initiativen und Projekte ausgezeichnet werden, die sich auf besonders kreative Weise mit der Diagnose Kinderdiabetes auseinandersetzen. Das Motto des diesjährigen Wettbewerbs „Fine macht stark“ ist gleichzeitig Programm: Ausgezeichnet werden drei Konzepte, Aktionen oder Initiativen, die vorrangig darauf ausgerichtet sind, diabeteskranken Kinder und Jugendliche im Umgang mit ihrer Erkrankung zu stärken – sei es mental, psychisch oder physisch. Der Preis ist mit insgesamt 17.500 Euro dotiert. Einsendeschluss ist der 7. August 2009.

#### **Stark im Umgang mit Diabetes**

Die Diagnose Diabetes kommt insbesondere für Kinder und Jugendliche einer Zäsur in ihrem Leben gleich. Schon den Aller kleinsten verlangt das Management der Erkrankung Selbstständigkeit, Disziplin und Konsequenz ab. Das Gefühl, anders oder weniger leistungsfähig zu sein als gleichaltrige Kinder, führt dabei nicht selten zu sozialer Ausgrenzung und psychischen Problemen. Betreuern wie Eltern kommt deshalb die wichtige Aufgabe zu, die erkrankten Kinder

und Jugendlichen zu stärken und sie auf ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Leben mit dem Diabetes vorzubereiten. Kreative und innovative Betreuungsmodelle können dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Sie zu finden und zu fördern ist das Ziel des Bayer Preises „Fine Star“, der in diesem Jahr zum zweiten Mal ausgeschrieben wird. Bewerben können sich pädiatrische oder diabetologische Einrichtungen ebenso wie Selbsthilfegruppen, Elterninitiativen oder andere Institutionen, die sich um Kinder mit Diabetes verdient machen. Ein Selbstverteidigungskurs für Kinder mit Diabetes hat die gleichen Chancen auf den Preis wie eine Kindergartengruppe, die sich gemeinsam für ein an Diabetes erkranktes Kind stark macht.

#### **Mitmachen und gewinnen**

Mitmachen ist ganz einfach. Für die Teilnahme am „Fine Star“ können Interessierte ab sofort entweder das Bewerbungsformular zum Download auf [www.bayerdiabetes.de](http://www.bayerdiabetes.de) ausfüllen oder eine freie Bewerbung gestalten (Informationen und Bewerbungsunterlagen auch unter Tel. 0800 7261880). Ganz gleich, ob als Präsentation, Film, Foto-Collage oder Comic – der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt. Ein fünfköpfiges Expertenteam beurteilt die Einsendungen. Bewerbungen können online geschickt werden an [FineStar@bayerdiabetes.de](mailto:FineStar@bayerdiabetes.de) oder per Post an: Bayer Vital GmbH Diabetes Care, z. H. Jörn Oldigs, Geb. D 162, 51368 Leverkusen.



## I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

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

Themenübersicht:

**Samstag:**

Einführung in allgemeinmedizinisches Vorgehen und Handlungswege; Befindlichkeitsstörungen; Fieber bei Kindern und Erwachsenen; Infekte der oberen Atemwege bei Kindern und Erwachsenen; Gastro-intestinale Leitsymptome; Neurologische Krankheitsbilder; Häufige und wichtige dermatologische Erkrankungen; Lungenerkrankungen; Prävention.

**Sonntag:**

Herz-Kreislaufkrankungen; Akutfälle in der Urologie und Gynäkologie; Rationale Arzneimitteltherapie; Stoffwechselerkrankungen; Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems; Osteoporose; Schmerztherapie besonders bei Älteren; Palliativmedizin.

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

**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)

**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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden); **insg. 62 P**  
Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen); Abschlussprüfung (1,5 Stunden).

**Beginn: Samstag 13. Juni 2009, 09:30 – 16:30 Uhr**

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

Dr. med. Schimmelpfennig, Kassel

**Teilnahmebeitrag:** insg. € 650 (davon prakt. Schulung € 400, Prüfung € 50) (Akademiemitgl. insg. € 630)

**Teilnehmerzahl:** max. 15

**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: -228, E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

### Plastische Chirurgie/Dermatologie

Neue Aspekte zur Therapie von Hauttumoren:

Grenzen der operativen und konservativen Therapie

Themen: Gut- u. bösartige Hautveränderungen und Hauttumore aus dermatologischer Sicht; Therapieoptionen von Präkanzerosen; Mikrochirurgische Rekonstruktion großer Weichteildefekte; Plastische Chirurgische Techniken nach Tumorentfernung an den Extremitäten; Rekonstruktion am Körperstamm; Vorstellung und interdisziplinäre Diskussion von eingereichten Problemfällen.

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

**Leitung:** PD. Dr. med. K. Exner, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. R. Kaufmann, Frankfurt a. M.

**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](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Hautkrebs-Screening

**Donnerstag, 04. Juni 2009, 13:00 – 21:00 Uhr** **11 P**

**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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

### Sommerakademie 2009 – eine Möglichkeit zum Erwerb von Fortbildungspunkten

Sie haben noch nicht alle von den in Hessen gesetzlich geforderten 250 Fortbildungspunkten erreicht? Wir bieten eine Gelegenheit Ihr Punktekonto aufzufüllen.

In Kooperation mit der KV Hessen führen wir eine Sommerakademie mit zertifizierten Seminaren durch.

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

**Vorgesehenes Programm:**

Montag

**Qualitätsmanagement i. d. niedergel. Praxis** **16 P\***

B. Blümm, Tauberbischofsheim

Dienstag

**Qualitätsmanagement i. d. niedergel. Praxis (Fortsetzung v. Mo.)**

B. Blümm, Tauberbischofsheim

**Hautkrebscreening** **11 P**

Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

**Intensivkurs – Hygiene in Arztpraxen** **11 P**

S. Niklas, Modautal

Mittwoch

**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde** **9 P**

**im Strahlenschutz gem. RÖV f. Ärzte und Medizinexperten**

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

**Notfallmanagement i. d. Praxis – Mega-Code-Training** **11 P**

T. Sanner, Weiterstadt

Donnerstag

**Medizinische Rehabilitation** **21 P**

**nach der neuen Reha-Richtlinie**

Dr. med. W. Deetjen, Oberursel

**Moderatorenttraining** **20 P**

Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Freitag

**EKG-Refresher-Kurs** **11 P**

PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt

**Moderatorenttraining (Fortsetzung v. Do.)**

Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

**\* voraussichtliche Punktzahl**

**Bitte bringen Sie sämtliche Teilnahmezertifikate zu den Seminaren mit. Haben Sie nach Besuch der Sommerakademie die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt? Alle hessischen Ärzte erhalten dann ihr gesetzlich gefordertes Kammerzertifikat bis zum 30.06.2009.**

**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](mailto: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](mailto: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).*

## Internistische Erkrankungen und Pharmakotherapie in der Schwangerschaft

Interdisziplinäre Veranstaltung mit den Themen: Pharmakotherapie; Herzerkrankungen; Asthma bronchiale; Rheumatologische Krankheiten; Diabetes mellitus; Venöse Thromboembolien; Hypertonie und Nierenerkrankungen. **5 P**

**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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

## Chirurgie

### Kinderchirurgie

Samstag, 06. Juni 2009 (entfällt)

### Hepatobiliäre Chirurgie

**Samstag, 12. Sep. 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](mailto:melanie.turano@laekh.de)

**Weiterer Termin:** 05. Dez. 2009

## Update Herzschrittmacher- und Defibrillator-Therapie 2009

Bei dieser Veranstaltung soll zunächst in die Funktionen von Herzschrittmachern und Defibrillatoren eingeführt werden. Anhand von Kasuistiken sollen anstehende Alltagsfragen behandelt werden. **6 P**

Ziel ist es, Fragen im Umgang mit Patienten mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren zu beantworten und diese Kenntnisse in der täglichen ärztlichen Praxis umsetzen zu können.

**Samstag, 19. Sep. 2009, 09:00 – 13:00 Uhr**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 80 (Akademiemitgl. € 72)

**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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Hygiene, Öffentliches Gesundheitswesen und Umweltmedizin

### MRSA-Netzwerke in Hessen und anderswo – Voneinander lernen

**Themen:** MRSA-Netzwerke aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit; LARE-Netzwerk in Bayern; MRE-Netzwerk Rhein-Main; MRSA-Netzwerk Kassel. **5 P**

**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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

## Herbstsymposium Osteoporose

Zielgruppe: Orthopäden und Unfallchirurgen; Allgemeinmediziner; Gynäkologen

**Themen:** Die neue DVO-Leitlinie Osteoporose: ein update; Gynäkologischer Impact der Osteoporose; Endokrinologische Ursachen der Osteoporose; Die Osteoporose aus nephrologischer Sicht; Der multimorbide geriatrische Patient. Medikamentöse Interaktionen bei der Osteoporose; Wirbelsäulenfrakturen im Alter; Besonderheiten bei der Versorgung peripher gelegener Frakturen geriatrischer Patienten; Osteoporoseprophylaxe und Therapie in Deutschland nach Frakturen im Alter.

**Samstag, 05. Sep. 2009, 09:00 – 15:30 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. S. Rehart, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. R. Hoffmann, Frankfurt a. M.

**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](mailto:melanie.turano@laekh.de)

## Repetitorium Innere Medizin 2009

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

**Montag, 23. – Samstag, 28. Nov. 2009**

Programmübersicht:

Montag: **9 P**

**Intern. Onkologie/Hämatologie; Pneumologie**

Dienstag: **9 P**

**Angiologie; Intern. Intensivmedizin**

Mittwoch: **9 P**

**Gastroenterologie; Kardiologie**

Donnerstag: **9 P**

**Kardiologie; Nephrologie**

Freitag: **9 P**

**Rheumatologie; Endokrinologie/Diabetologie**

Samstag: **6 P**

**Fallseminare**

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

**Teilnahmebeitrag insg.:** € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

**Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

**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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)





## 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)

Freitag, 28. Aug. – Sonntag, 30. Aug. 2009	G1–G3
Freitag, 11. Sep. – Sonntag, 13. Sep. 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, 29. Aug. 2009	G13	Sonntag, 30. Aug. 2009	G14
Samstag, 12. Sep. 2009	G13	Sonntag, 13. Sep. 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](mailto: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](mailto:bauss@daegfa.de)

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

Teilelernphase: 12. Sep. 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](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Termine in Planung!  
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](mailto:ursula.dauth@laekh.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. Sep. 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 Samstag, 12. Sep. – Samstag, 19. Sep. 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. Jan. – Samstag, 30. Jan. 2010  
Aufbaukurs B1 Samstag, 27. Feb. – Samstag, 06. März 2010  
Aufbaukurs C1 Samstag, 17. Apr. – Samstag, 24. Apr. 2010  
Grundkurs A2 Samstag, 11. Sep. – Samstag, 18. Sep. 2010  
Aufbaukurs B2 Samstag, 30. Okt. – Samstag, 06. Nov. 2010  
Aufbaukurs C2 Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 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](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) **insg. 100 P**

Teil I 22./23. Jan. 2010

Teil II 19./20. Feb. 2010

Teil III 19./20. März 2010

Teil IV 16./17. Apr. 2010

Teil V 07./08. Mai 2010

Hospitation 09./11. und 12. Juni 2010

Klausur am 30. Juni 2010

Leitung: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim,

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

Hospitation: Frankfurt a. M. und Gießen

Universitätskliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)





## Hämotherapie

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

Freitag, 20. Nov. – 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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

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

#### 2009 in Rheinland-Pfalz:

Montag, 15. Juni – 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@artzkolleg.de](mailto:vonLoeben@artzkolleg.de)

#### 2010 in Hessen:

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

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiestudierende € 135) inkl.

Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

## Notfallmedizinische Fortbildung

### Seminar „Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KV“

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

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Heimhausen

M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiestudierende € 360)

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.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@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. Okt. – Samstag, 10. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

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

Auskunft und Anmeldung: Zentrum für Notfallmedizin,

Baldingerstraße, 35033 Marburg,

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

E-Mail: [sek1anae@med.uni-marburg.de](mailto:sek1anae@med.uni-marburg.de)

## Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul III: Freitag, 03. Juli – Samstag, 04. Juli 2009 16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiestudierende € 180)

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](mailto:luise.stieler@laekh.de)

## Impfkurs

Samstag, 10. Okt. 2009 11 P

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiestudierende € 144)

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](mailto:edda.hiltcher@laekh.de)

## Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

### 15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

IV. 03. Juli – 05. Juli 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P

A. Das kranke Kind/der kranke Jugendliche und die Familie

B. Merkmale des Familiengesprächs; Gruppentechniken

Weitere Termine 2009: 04. – 06. Sep. 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 (Akademiestudierende € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: [ursula.dauth@laekh.de](mailto:ursula.dauth@laekh.de)

## 32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009

Theorie und Praxis: (s. HÄBl 02/09)

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

Block 3: Freitag, 04. Sep. – Sonntag, 06. Sep. 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

## Ärztliches Qualitätsmanagement

### Termine 2009:

Block III 07. Sep. – 12. Sep. 2009

€ 1.100 (Akademiestudierende € 990)

48 P

Block IV 16. Nov. – 21. Nov. 2009

€ 1.100 (Akademiestudierende € 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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

Kurse für 2010 in Planung





## 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

- Modul I **Freitag, 25. Sep. – Samstag, 26. Sep. 2009 in Frankfurt a. M.**  
Grundlagen 1 und 2
- Modul II **Freitag, 30. Okt. – Samstag, 31. Okt. 2009 in Landau**  
Alkohol/Nikotin und Wahlthema
- Modul III **Freitag, 11. Dez. – 12. Dez. 2009 in Lustadt**  
und IV **Medikamente/illegale Drogen**
- Modul V **Freitag, 18. Dez. – Samstag, 19. Dez. 2009 in Lustadt**  
Motivierende Gesprächsführung

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

**Auskunft:** Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,  
Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: [kroehler@artzkolleg.de](mailto:kroehler@artzkolleg.de)

### Frühjahr 2010

Neue Termine in Planung!

**Auskunft:** Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## Palliativmedizin

- 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

Aufbaukurs Modul I **18. – 21. Nov. 2009** **40 P**  
– in Zusammenarbeit mit Lahn-Dill-Kreis –

**Tagungsort:** Wetzlar,  
Hospiz- u. Palliativakademie Mittelhessen, Charlotte-Bamberg-Str. 14

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,  
Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

## Prüfartz 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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

## 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

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

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

**Freitag, 04. Sep. – Samstag, 05. Sep. 2009 und**

**Freitag, 02. Okt. – 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

siehe  
Seite 419

## Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

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

**GK I Mittwoch, 14. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010** **80 P**

**GK II Mittwoch, 29. Sep. – Freitag, 08. Okt. 2010** **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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

## Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

**Bitte beachten: Terminänderung!**

### Spezialkurs CT

Samstag, 27. Juni 2009, vormittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

### Spezialkurs Interventionsradiologie

Samstag, 27. Juni 2009, nachmittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

**Beide Veranstaltungen werden auf den Herbst 2009 verschoben.  
Der genaue Termin wird noch bekannt gegeben.**

### Spezialkurs für Röntgendiagnostiker

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

+ 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Praktikum

u. Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

### Kenntniskurse

(theoretische u. praktische Unterweisung auch einzeln buchbar)

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

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

**Theoretische Unterweisung, vormittags**

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

**Praktische Unterweisung, nachmittags**

€ 50 (Akademiemitgl. € 45)

Teilnehmerzahl: max. 36

### Aktualisierungskurs

**Samstag, 17. Juni, 14:00 – ca. 21:15 Uhr**

(im Rahmen der Sommerakademie) **9 P**

**Samstag, 14. Nov. 2009, 9:00 Uhr – ca. 16:15 Uhr** **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](mailto:edda.hiltcher@laekh.de)



## Ultraschallkurse

### Abdomen

**Leitung:** Dr. med. J. Böhnhof, 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. Böhnhof  
**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](mailto:marianne.jost@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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

## Spezielle Schmerztherapie

**Block C 19./20. Sep. 2009 Wiesbaden 20 Punkte**  
 Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen 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](mailto:adelheid.zinkl@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](mailto:renate.hessler@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 Redzić, 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](mailto: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

#### 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.+ 5. 9.+ 12. 9.+ 19. 9. 2009, 4 × samstags, 10:00 – 14:30 Uhr  
**Teilnahmegebühr:** € 280

**Information:** Karin Jablotschkin, Tel: 06032 782-184, 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, (8 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 95

#### Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 11)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 1. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

**Termin:** Freitag, 3. Juli 2009 ab 9:00 Uhr bis Samstag, 4. Juli 2009, 16:15 Uhr (16 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 245

#### 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, Tel: 06032 782-184, Fax -180

#### 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, Tel: 06032 782-187, Fax -180

### Ambulante Versorgung älterer Menschen

#### Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ1)

**Inhalte:** Altersmedizinische Grundlagen kennen, demenzielles Syndrom beschreiben, Diabetes mit Folgekrankheiten erläutern, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko beschreiben, Dekubitusrisiko einschätzen, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten.

**Termin:** Freitag, 18. 9. 2009

**Teilnahmegebühr:** € 95

#### Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

**Inhalte:** Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung handhaben, Verfahren zur Beurteilung der Sturzgefahr anwenden, Verfahren zur Beurteilung der Hirnleistung anwenden, Verfahren zur Beurteilung von Nutrition und Kontinenz anwenden.

**Termin:** Samstag, 19. 9. 2009, 09:30 – 15:00 Uhr

**Teilnahmebeitrag:** € 95

#### Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

**Inhalte:** Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten.

**Termin:** Mittwoch, 23. 9. 2009, 15:00 – 18:30 Uhr

**Teilnahmebeitrag:** € 70

**Information:** Karin Jablotschkin, Tel: 06032 782-184, Fax -180





## Ernährungsmedizin

### 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

**Information:** Elvira Keller, Tel: 06032 782-185, Fax -180

## Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

### Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

**Inhalte:** Psychosoziale Auswirkungen von Krebserkrankungen reflektieren, Nachsorge/Rehamaßnahmen begleiten.

**Termin:** Donnerstag, 27.8.2009 ab 13:30 bis Freitag, 28.8.2009, 13:30 Uhr (9 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

### Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 4)

**Inhalte:** Öffentlich und privatwirtschaftlich finanzierte sowie ehrenamtliche Institutionen kennen, Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der Seelsorge, Pflegealternativen, Verordnungsformulare von Heil- und Hilfsmitteln, Kostenträger, Dokumentation, Verwaltung, Abrechnung, Rechtsgrundlagen, Ethische Aspekte.

**Termin:** Mittwoch, 2.9.2009 ab 10:00 Uhr bis Freitag, 4.9.2009, 12:30 Uhr (20 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 255

**Information:** Elvira Keller, Tel: 06032 782-185, Fax -180

## Klinikassistent (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, Tel: 06032 782-187, Fax -180

## Prävention im Kindes- und Jugendalter

### Entwicklung und Familie (PRK 1)

**Inhalte:** Entwicklungspsychologische Grundlagen von Kindheit und Jugend kennen, systemische und dynamische Aspekte von Familie erkennen.

**Termin:** Samstag, 29.8.2009, 08:30 – 14:00 Uhr (6 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

### Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

**Inhalte:** Einschlägige Begriffe erläutern, Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen unterscheiden, präventive Maßnahmen durchführen.

**Termin:** Donnerstag, 10.9.2009 ab 13:30 Uhr bis Samstag, 12.9.2009, 17:45 Uhr (26 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 350

### Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

**Inhalte:** Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen erläutern, bei präventiven Maßnahmen mitwirken.

**Termin:** Freitag, 25.9.2009, 13:30 – 16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

**Information:** Elvira Keller, Tel: 06032 782-185, Fax -180

## Betriebsmedizinische Assistenz

### 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:** Fr/Sa, 4.9./5.9.2009 (10 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 150

**Information:** Elvira Keller, Tel: 06032 782-185, Fax -180

## Neue Aufstiegsfortbildung zur

### Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Start: August 2009

**Information:** Monika Kinscher, Tel: 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](http://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](mailto: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.



# Die Rolle von Luis Kutner bei der Entwicklung der Patientenverfügung

*Udo Benzenhöfer, Gisela Hack-Molitor*

## Einleitung

Der amerikanische Jurist Luis Kutner gilt als „Erfinder“ der Patientenverfügung. In der Literatur findet man aber unterschiedliche Angaben zum Zeitpunkt der Entwicklung des Konzepts. Kutner selbst gab in einer Veröffentlichung an, er habe den „Living Will“ schon 1930 konzipiert (Kutner 1987, S. 661). Andererseits liest man häufig, dass 1967 das Geburtsjahr des „Living Will“ gewesen sei (vgl. z. B. Mcdougall, Gorman 2008, S. 103f.). Welche dieser Angaben ist richtig? Dieser Frage gingen wir anhand von Unterlagen nach, die bislang noch nicht unter dem Aspekt Patientenverfügung ausgewertet wurden. Es handelt sich um die Luis Kutner Papers (abgekürzt: LKP) in den Hoover Institution Archives der Stanford University (Stanford, California). Der Nachlass in Stanford wird in Schachteln aufbewahrt, im Folgenden wird in Klammern auf die entsprechende Box verwiesen.

## „Living Will“

Luis Kutner (ausgesprochen: „Kattner“) wurde am 9. Juni 1908 in Chicago als Sohn eines in die USA immigrierten russischen Juden geboren (zu Kutners Vita vgl. diverse Artikel über ihn in seinem Nachlass). Er studierte Jura an der University of Chicago. Seit 1930 praktizierte er als Anwalt in Chicago. Er wurde als Jurist bekannt, der sich intensiv für die Menschenrechte einsetzte. Zu seinem „Slogan“ wurde „Habeas Corpus“, u. a. gründete er World Habeas Corpus, eine Organisation, die sich für die Definition und Einhaltung von international gültigen Rechtsnormen vor und während der Internierung von Menschen einsetzte. Kutner gehörte auch zu den Begründern von Amnesty International zu Beginn der 60er Jahre. Er hatte zahlreiche berühmte Klienten wie z. B. den Dalai Lama. Mehr-

fach wurde er für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen. Kutner starb am 1. März 1993 in Chicago.

In Kutners Nachlass in Stanford finden sich zahlreiche Manuskripte, Briefe und Zeitungsausschnitte zum Thema „Euthanasie“ und Patientenverfügung. Die wichtigsten Ergebnisse der Sichtung dieses Materials sind die folgenden:

1. Es mag durchaus sein, dass Kutner das Konzept „Living Will“ schon vor den 60er Jahren entwickelte. Ein sicherer Beweis dafür war aber in den Luis Kutner Papers nicht zu finden. Alle entsprechenden Angaben gehen auf Artikel zurück, die auf Interviews mit Kutner beruhen. Als Beispiele seien hier drei Artikel angeführt:

Nach einem Artikel vom 11. April 1978 war laut Kutner im Jahr 1927 einer seiner Freunde bei einem Überfall schwer verletzt worden (Morris 1978). Nachdem sich eine Gangrän entwickelt habe, habe der Freund zu Kutner gesagt: „Don't have them [gemeint: die Ärzte] prolong my dying process“. Danach habe Kutner begonnen, über „diesen Satz“ zu „reden“ und die „Idee“ zu verbreiten. Es habe 20 Jahre gedauert, bis er nennenswerte Zustimmung gefunden habe. Die Idee sei 1950 vom „National Euthanasia Council“

in New York akzeptiert worden (es ist unklar, was hier mit „National Euthanasia Council“ gemeint war).

Als zweiter einschlägiger Artikel sei ein Beitrag vom 1. August 1985 zitiert (Sawyers 1985). Kutner hatte der Autorin den Namen des 1927 überfallenen Freundes genannt („Dr. Geo [!] Thilo“). Drei Jahre nach dem Überfall, also 1930, habe Kutner nach diesem Artikel die Gründung eines amerikanischen Ablegers der britischen Euthanasia Society unterstützt. Wenn diese Angabe richtig ist, kann man daraus auf Kutners damalige Einstellung schließen. Wie diese Gesellschaft müsste auch er damals für aktive Sterbehilfe eingetreten sein.

Erwähnt sei noch ein Artikel vom 9. März 1986 (Ridenour 1986). Darin wurde unter Bezug auf Kutner ausgeführt, dass der verletzte Freund („Dr. George Thilo“) vier Monate lang gelitten und hohe Dosen von Morphium erhalten habe. Kutner habe dem sterbenden Arzt versprochen, er werde gegen jeden Versuch kämpfen, Thilos „Leben zu verlängern“. Anschließend habe Kutner bei jeder denkbaren Gelegenheit über den „Living Will“ gesprochen. Unklar bleibt, ob Kutner zu dieser Zeit den „Living Will“ (oder wie immer er seine

„Idee“ auch nannte) als ein Instrument für die „aktive Euthanasie“ konzipierte.

In diesem Zusammenhang mag interessant sein, dass Kutner spätestens seit 1977 die Sorge hatte, dass man die Entwicklung des „Living Will“ einer gewissen Mary Rose Barrington zusprechen könnte. In einem Brief vom 9. Mai 1977 an den Direktor des Euthanasia Educational Council in New York schrieb Kutner erzürnt: „Since I am the author of the Living Will, which was first conceived in 1930 and formalized in 1950 before being recognized by the Euthanasia Council in 1967 – I invite your good offices to correct the record“ (LKP, Box 93).

2. Während bezüglich Kutners „Living Will“-Aktivitäten in der Zeit vor 1967 vieles unklar bleibt, geht aus den Luis Kutner Papers eindeutig hervor, dass er sich im Jahr 1967 intensiv mit den Themen „Euthanasie“ und „Living Will“ beschäftigte. Kutner nahm am 15. August 1967 brieflich Kontakt mit Nancy Mamis auf (der Brief ist leider nicht erhalten). Mamis war Executive Secretary der Euthanasia Society of America. Kutner bat sie um Informationen über die Gesellschaft. Dies wird aus einem Antwortbrief von Mamis vom 7. September 1967 deutlich (LKP, Box 8).

In seinem von Mamis zitierten Brief vom 15. August 1967 hatte Kutner einen Artikel aus seiner Feder zum Thema Euthanasie erwähnt. Mamis war nicht klar geworden, ob dieser Artikel schon fertig war. Sie bat um Zusendung oder um Angabe, wie man ihn erlangen könne. In einem Brief vom 7. September 1967 an Mamis erwähnte Kutner, dass er ein Symposium über „Euthanasie“ plane (LKP, Box 8; ein Symposium mit dem Titel „Merciful Release. A Symposium on Euthanasia. Pro and Con“ war schon in einem Brief von Kutner an Ann Pinchot vom 16. August 1967 erwähnt worden; vgl. LKP, Box 8). Die Euthanasia Society unterstützte ihn in der Folgezeit bei der Vorbereitung, doch das Symposium kam aus unbekanntem Gründen nicht zustande. Die Euthanasia Society lud Kutner auch nach New York zu einem „Meeting“ am 2. November 1967 im Haus von Mrs. Henry J. Mali ein. Kutner sagte zu, er hoffte laut Brief vom 12. Oktober 1967, bis zu diesem Zeitpunkt ein „formal paper“ erstellt zu haben, das publiziert werden könne, wenn es der „Gruppe“ präsentiert worden sei (LKP, Box 8). Kutner musste das Treffen aber kurzfristig absagen, wie aus einem Brief an Mamis vom 2. November 1967 hervorgeht (LKP,

Box 8). Kutner sprach dann am 7. Dezember 1967 im Rahmen des Jahrestreffens der Euthanasia Society of America in New York. Sein Vortrag hatte laut Programm den Titel „Euthanasia and Due Process of Law“ (LKP, Box 8). Es ist anzunehmen, dass dieser Vortrag im Wesentlichen dem Artikel entsprach, der 1969 im Indiana Law Journal erschien (Kutner 1969).

3. Dieser gedruckte Beitrag hatte eine Vorgeschichte, die in Box 8 der Luis Kutner Papers dokumentiert ist. Festzuhalten ist, dass Kutner für diesen Artikel in einem noch genauer zu bestimmenden Ausmaß „research assistance“ von Ernest Katin, Ph.D. erhielt, Katin empfahl z.B. laut einer Notiz der Sekretärin Kutners vom 16. August 1967 einen Artikel von Yale Kamisar (LKP, Box 8). Kutner reichte laut Brief vom 2. November 1967 seinen Artikel (Titel: „Due Process of Euthanasia“) beim University of Pittsburgh Law Review ein (LKP Box 8). Er bestand zunächst nur aus dem ersten Teil über „Euthanasie“. Nach einem Brief an den Herausgeber vom 2. Dezember 1967 übersandte er an diesem Tag eine Fortsetzung, die dem „Living Will“ gewidmet war (LKP, Box 8). Der Titel wurde geändert („Due Process of Euthanasia: The Living Will. A Proposal“). Die Zeitschrift lehnte den Artikel jedoch nach einigem Hin und Her ab. Auch zwei weitere Zeitschriften nahmen ihn in der Folgezeit nicht an. Am 20. Juli 1968 sandte Kutner den Artikel an das Indiana Law Journal (LKP, Box 8). Hier wurde der Beitrag akzeptiert, er erschien im Sommer 1969 im Druck (Kutner 1969). Dies war nach unserem Wissen der erste gedruckte Beitrag zum Thema „Living Will“ im heutigen Sinn. Festzuhalten ist, dass Kutner in diesem Artikel an keiner Stelle erwähnte, dass er den „Living Will“ schon deutlich früher entwickelt hatte.

4. Aus den Luis Kutner Papers geht eindeutig hervor, dass nach dem Vortrag Kut-

ners vom 7. Dezember 1967 die Euthanasia Society of New York bzw. ihre Ableger (der 1967 gegründete Euthanasia Educational Fund, der 1969 in Euthanasia Educational Council umbenannt wurde) den „Living Will“ nicht nur „theoretisch“ aufgriffen, sondern bald auch in der Praxis verbreiteten. Dies wird z. B. aus einem Brief aus dem Jahr 1969 (ohne genaue Datumsangabe) deutlich, den Donald W. McKinney, der Präsident des Euthanasia Educational Fund, „to those concerned“ schickte (LKP, Box 8). Demnach hatte die Organisation als Teil ihres „Erziehungsprogramms“ einen „Living Will“ in Formularform konzipiert, der dem Schreiben beilag.

## Schluss

Es ist beim derzeitigen Forschungsstand davor zu warnen, die Geschichte des „Living Will“ im heutigen Sinn unkritisch im Jahr 1930 beginnen zu lassen. Es mag durchaus sein, dass Kutner damals eine

Art Patientenverfügung konzipierte, es kann aber sein, dass sie die Forderung nach „aktiver Sterbehilfe“ enthielt (und deshalb von Kutner in seinen frühen Veröffentlichungen zum Thema „Living Will“ verschwiegen wurde). Gleiches könnte für die von Kutner erst relativ spät erwähnten Aktivitäten pro „Living Will“ um das Jahr 1950 herum gelten. Sicher ist, dass Kutner im Jahr 1967 aktiv wurde und auf jeden Fall vor dem 2. Dezember 1967 das Konzept des „Living Will“ im heutigen Sinn entfaltete. Sicher ist auch, dass er sein Konzept am 7. Dezember 1967 bei einem Treffen der Euthanasia Society of America in New York vorstellte. Diese Gesellschaft bzw. ihre Ableger trugen in der Folgezeit zur Verbreitung des „Living Will“ in den USA bei.

### Archivquellen

*Luis Kutner Papers* (abgekürzt: LKP), Hoover Institution Archives, Stanford University (Stanford, California)

### Literatur

*Kutner, Luis: Due Process of Euthanasia: The Living Will. A Proposal. In: Indiana Law Journal 44 (1969), S. 539–554.*  
*Kutner, Luis: The Living Will: The Epitome of Human Dignity in Coping with the Historical Event of Death. In: University of Detroit Law Review 64 (1987), S. 661–686.*  
*Mcdougall, Jennifer Fecio, Gorman, Martha: Euthanasia. A Reference Handbook. Second Edition. ABC-CLIO Inc., Santa Barbara (California) 2008.*  
*Morris, Leo: Living Will would provide death with dignity: Kutner. In: Michigan City News Dispatch 11. 4. 1978 (Luis Kutner Papers, Box 5).*  
*Ridenour, Julie: Living Wills. 3 Bills to Permit Right to Death Spark Debate. In: The Grand Rapids Press, 9. 3. 1986 (Luis Kutner Papers, Box 239).*  
*Sawyers, June: Right to death with dignity is lawyer's quest. In: Skyline, 1. 8. 1985 (Luis Kutner Papers, Box 227).*

### Korrespondenzadresse

Professor Dr. Dr. Udo Benzenhöfer  
 Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
 Universität Frankfurt am Main  
 Paul-Ehrlich-Straße 20–22  
 60596 Frankfurt am Main

## 57. Ärztekongress Berlin/ Charité Fortbildungsforum

Berlin, 10. – 12. September 2009

### Veranstalter

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
 Kongressgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.

### Veranstaltungsort

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
 Campus Virchow Klinikum, Lehrgebäude  
 Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

### In Zusammenarbeit mit

Bundesärztekammer  
 Ärztekammer Berlin

### Themenschwerpunkte

Onkologie • Kardiologie (inkl. Hämostasiologie) • Diabetologie •  
 Rheumatologie • Pulmologie

Weitere Informationen finden Sie unter  
[www.aerztekongressberlin-charite.de](http://www.aerztekongressberlin-charite.de)

## 10. Deutscher Medizinrechtstag „Haftung ohne Grenzen – Risiken durch Telemedizin, Delegation, Marketing“

4. – 5. September 2009  
 Frankfurt am Main

Einige Akzente des diesjährigen Medizinrechtstags: • Telemedizin: Nutzen und Widerstände • Delegation ärztlicher Leistungen: – Folgen für die Arzthaftpflicht – Folgen für die Abrechnung • Werberecht für Ärzte • Neue Strategien des Freiberufler-Marketings.

Der jährliche Medizinrechtstag ist eine Tagung von Medizinrechts-Anwälten und Ärzten. Referenten aus Justiz, Wissenschaft, Praxis, Verbänden und Politik beleuchten im Rahmen der Veranstaltung einen Themenkreis aus unterschiedlichen Perspektiven.

Das Symposium wird von der Stiftung Gesundheit, Hamburg, und dem Medizinrechtsanwälte e. V., Lübeck, veranstaltet.

Das komplette Programm können Sie hier herunterladen:  
<http://www.stiftung-gesundheit.de/medizinrecht/dmrt.htm>

## Neue Kriterien für die Zulassung von Zweigpraxen Sylvia Hurst



Genehmigungen für die Zulassung von Zweigpraxen können zukünftig einfacher erteilt werden. Eine Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch ein zusätzliches Leistungsangebot oder eine

bessere Erreichbarkeit reichen dafür aus. Dabei ist jeder Antrag individuell zu prüfen, die Interessen bereits niedergelassener Vertragsärzte sind nicht zu berücksichtigen.

Bisher wurde die Zulassung von Zweigpraxen in überversorgten Planungsbezirken von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) regelmäßig unter Hinweis auf die nicht erforderliche Versorgung abgelehnt. Mit dem Vertragsarztrechtänderungsgesetz vom Januar 2007 hat der Gesetzgeber die bis dahin notwendige „Erforderlichkeit“ in eine „Verbesserung“ der Versorgung am Ort der Zweigpraxis abgemildert. Damit sollte auch in überversorgten Gebieten die Genehmigung von Zweigpraxen erleichtert und die vertragsärztliche Tätigkeit weiter liberalisiert werden.

Nach Ablehnung ihres Genehmigungsantrags für eine Zweigpraxis durch die KV Hessen hatte die kinderärztliche Gemeinschaftspraxis aus Südhessen vor dem

Sozialgericht Marburg Klage erhoben. In dessen Urteil vom Mai 2008 wurden nun erstmals die vom Gesetzgeber nicht im Einzelnen definierten Kriterien zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung näher bestimmt (Az.: S 12 KA 403/07).

Voraussetzung für eine Verbesserung ist nach dem Urteil eine Bedarfslücke, die dann entsteht, wenn die örtlichen Vertragsärzte die Leistungen des Zweigpraxisbewerbers nicht im erwünschten Umfang erbringen können. Kriterien für eine Leistungsverbesserung sind nach Ansicht des SG Marburg ein zusätzliches Leistungsangebot oder eine bessere Erreichbarkeit durch die Zweigpraxis. Dabei hat in jedem Fall eine individuelle Prüfung stattzufinden, da die zugrundeliegenden Faktoren wie zum Beispiel Anzahl der Ärzte, Krankenhausversorgung oder Verkehrsanbindung in jedem Gebiet unterschiedlich sind. Im ländlichen Gebiet des vorliegenden Falles wurde trotz einer vergleichsweise guten pädiatrischen Versorgung (sechs Kinderärzte im Umkreis von vier bis neun Kilometern) eine Versorgungsverbesserung durch die Zweigpraxis bejaht, da auch die Struktur des öffentlichen Nahverkehrs bewertet wurde. Gerade für den Besuch einer Kinderarztpraxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln seien Eltern mit kleineren Kindern auf möglichst kurze Wege angewiesen, so das Sozialgericht Marburg.

Die Interessen bereits niedergelassener Vertragsärzte sind bei der Genehmigung nicht zu berücksichtigen. So wurden im vorliegenden Fall die Auffassungen der anderen Kinderärzte im Versorgungsgebiet nicht zur Beurteilung einer Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung herangezogen. Die KV Hessen hatte eine Umfrage durchgeführt, in deren Ergebnis die in der Nähe der Zweigpraxis niedergelassenen Kinderärzte genügend freie Kapazitäten angezeigt und die beantragte Zweigpraxis nicht befürwortet hatten.

Das von den Klägern vorgebrachte zusätzliche Leistungsangebot in Form von pädiatrischen homöopathischen Behandlungen sowie Hyposensibilisierungen wurde nicht weiter geprüft, da die verbesserte Versorgung allein durch die kürzeren Wege festgestellt wurde.

Das Urteil des Sozialgerichts Marburg ist rechtskräftig und die Zweigpraxis wurde inzwischen von der KV Hessen genehmigt.

### Anschrift der Verfasserin

Sylvia Hurst  
 Fachanwältin für Medizinrecht  
 Baumann & Baumann  
 Steuerberater und Rechtsanwälte  
 Nieder-Ramstädter-Straße 25  
 64372 Ober-Ramstadt  
 www.baumann-baumann.de



**Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...**

... sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

**20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste • modernste Tagungstechnik mit TED, Videokonferenzen usw. • 4 EDV-Schulungsräume • 1.000 qm Ausstellungsfläche • 400 qm Freifläche • 260 eigene kostenlose Parkplätze • 8 km zur Autobahn • 1 min zum Stadtbus • 1,5 km zum Bahnhof • 42km zum Frankfurter Flughafen • 37 km zur Frankfurter Messe • Tagungspauschalen ab 25 €**

**Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen**, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Carl-Oeilmann-Weg 5 • D-61231 Bad Nauheim, Fon: + 49 60 32 7820 • 0180call: 01803-Bildung • Fax: + 49 6032 782250 info@fortbildungszentrum-aerzte.de • www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Landesärztekammer Hessen



## Über die Schweinegrippe und über eine Aufgabe für den „Mann mit der Fliege“ *Siegmond Kalinski*

Als hätte die größte Wirtschaftskrise seit achtzig Jahren der Menschheit noch nicht genug Sorgen gemacht, ist gleichzeitig ein weiteres Unheil auf uns zugekommen: Die Schweinegrippe, die in Mexiko ausbrach und alsbald die ganze Welt verunsicherte. Ein Grippevirus, das sich mit dem Virus der humanen Influenza paarte, hat sich als Wirt ein Schwein genommen und setzt jetzt die Menschheit in Angst und Schrecken.

Panik brach vielerorts aus und die Menschen stürmten die Apotheken, die kurze Zeit später mit der Annonce „Grippemittel wieder vorrätig“ auf sich aufmerksam machen konnten. Die Panik war – zumindest bei uns – unbegründet; denn nach den Erfahrungen mit der Vogelgrippe sind wir in Deutschland gut, wenn nicht sogar bestens auf eine eventuelle Pandemie vorbereitet. Jedes Bundesland hat längst schon entsprechende Pläne vorbereitet, alle Ärzte wurden angewiesen, Verdachtsfälle sofort den Gesundheitsämtern zu melden.

### Hessen – wie immer – vorn

Hessen war eins der ersten Bundesländer, die alle Voraussetzungen für den Ernstfall erfüllt haben. Generell ist jedes Bundesland verpflichtet, für 20 Prozent der Bevölkerung entsprechende antivirale Medikamente auf Vorrat zu halten, zusätzlich zu den im Handel und in Apotheken vorhandenen Beständen. Der hessische Gesundheitsminister Jürgen Banzer hat darüber hinaus weitere fünf Prozent gekauft, das sind etwa 110.000 Packungen, für rund zwei Millionen Euro. Wir sind gut vorbereitet!

### Der Virus zeigt sich bis jetzt relativ mild und der Verlauf der Krankheit leicht

Zuerst haben die Medien über immer höhere Opferzahlen in Mexiko berichtet, was relativ rasch aber wieder nach unten korrigiert wurde. Nicht jeder, der in Mexiko starb, hatte das dem Schweinevirus zu verdanken. Die WHO ging zwar auf Nummer sicher und erließ die vorletzte Stufe des Pandemiealarms, als sich Berichte über Erkrankungen bzw. Verdachtsfälle in vielen Ländern und Kontinenten häuf-

ten, der Schweinevirus jedoch zeigte sich längst nicht so aggressiv wie man anfangs glaubte. Die bisherigen Krankheitsverläufe waren außerhalb Mexikos und den USA eher mild und unaufregend. Dennoch ist Vorsicht geboten.

Inzwischen haben kanadische Virologen das komplette Erbgut des H1N1-Virus, des Auslösers der Schweinegrippe, entziffert. Damit ist es einerseits möglich zu verfolgen, wie schnell sich das Virus verändert, andererseits lässt sich die Entwicklung eines Impfstoffs beschleunigen. Es zeigt aber auch zugleich, dass die Wissenschaft die Zeit zwischen der Vogel- und der Schweinegrippe nicht verschlafen und Lehren aus Fehlern in der Vergangenheit gezogen hat.

### Die Rhön Klinikum AG steht im Feuer der Kritik

Uns in Hessen interessiert aber nicht nur die Schweinegrippe. Die vor drei Jahren an die Rhön Klinikum AG verkaufte Uni-Klinik Gießen-Marburg gerät immer wieder und immer stärker in die Kritik. Ein gefundenes Fressen für die Massenmedien! Ende April hat das ZDF-Magazin „Monitor“ das Klinikum Marburg unter die Lupe genommen und machte dort Feststellungen, die es als „Gewinnmaximierung auf Kosten der Patienten“ bezeichnete.

Hier Auszüge aus den Aussagen zweier Beteiligten: „Eineinhalb Jahre nach der Privatisierung musste ich erkennen, dass ich die Pflichten als Chefarzt und Direktor einer Universitäts-Klinik nicht mehr so erfüllen konnte, wie es einer Uni-Klinik angemessen ist. Die neue Konzernleitung ist dazu übergegangen, Stellenkürzungen vorzunehmen, die zum Beispiel meine Klinik dermaßen empfindlich getroffen hätte, dass weder die Qualität der Krankenversorgung noch die Qualität der Lehre und Forschung gestimmt hätte. Eine Situation, mit der ich so nicht weiter leben wollte und konnte.“ So der Neurochirurg Professor Bertalanffy, derzeit Chefchirurg der neurochirurgischen Uniklinik in Zürich, der zehn Jahre lang Chefarzt an der Uni-Klinik Marburg gewesen war, bevor er sich entschloss, den Posten in Zürich zu übernehmen.

Die Betriebsratsvorsitzende der Uni-Klinik Marburg, Bettina Böttcher, äußerte sich ähnlich: „Es wurden Stellen abgebaut nach einem Rasenmäherprinzip. In diesem ganzen Zeitraum waren das über 400 Stellen und faktisch hat es die Pflege besonders getroffen, viele Fristverträge sind nicht verlängert worden.“



### „Es hat sich eine Drehtürmedizin etabliert“

Nur wenige Tage nach der Sendung beklagten Marburger Ärzte in einem offenen Brief die Krankenversorgung des Uni-Klinikums Marburg. „Es hat sich eine Drehtürmedizin etabliert, die insbesondere die komplizierten, nicht standardisierbaren Patienten nicht mehr so behandelt, wie wir dies an Universitäten gewohnt waren“, schrieb die Gruppe niedergelassener Haus- und Fachärzte, die sich unter dem Namen „NotRuf 113“ zusammengeschlossen hat, wie die Hessische/Niedersächsische Allgemeine vom 5. Mai 2009 berichtete. Auch diese Kritiker sind der Meinung, dass die Patienten zunehmend „nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten versorgt würden“ und dass das „kein Zufall sei, sondern ein durchdachtes Konzept, das der Gewinnmaximierung diene.“ „Es geht Rhön darum, lukrative, standardisierte diagnostische und therapeutische Prozeduren in den Bereich des Konzern zu ziehen, um die Gewinne an seine Aktionäre ausschütten zu können“, so die Ärzte in ihrem offenen Brief.

### Was sagt Karl Lauterbach dazu?

Der bekannte Ärztekritiker Professor Dr. Karl Lauterbach sitzt bekanntermaßen im Aufsichtsrat des Rhön-Konzerns. Es wäre doch endlich eine echte Aufgabe für ihn, die angeprangerten Mängel zu untersuchen und zu beseitigen! Das kann man eigentlich mit Fug und Recht von jemandem erwarten, der sich gerade jetzt wieder erneut um ein Bundestagsmandat bewirbt ...

## Sie suchen eine ruhige Wohnung?

Klaus Britting

Nach langer Suche fanden wir genau das richtige Angebot. „Sie suchen eine ruhige Wohnung?“, fragte die Vermieterin, als wir auf ihre Anzeige hin anriefen. Tatsächlich: das Erdgeschoss eines Zweifamilienhauses, mit kleinem Garten, am Rand einer netten Stadt in absolut ruhiger Wohngegend bot alles, was wir wollten. „Wer wird denn im Obergeschoss einziehen?“, fragten wir. „Ein junges Beamtenpaar“, beruhigte die Vermieterin, „er ist Polizist, sie beim Finanzamt.“ Da war ruhiges Wohnen garantiert. Als die Möbel dann spätnachmittags am Umzugstag in der neuen Wohnung standen, freuten wir uns über unser Glück. Wir packten noch einige Kartons aus, fielen erschöpft in die Betten und schliefen himmlisch. Am dritten Tag zogen die Mitmieter ein. Während wir bohrten und Bilder aufhängten, schleppten sie mit Verwandten die Möbel hoch. Wir gingen dann zum Abendessen.

Gut gelaunt kamen wir nach Hause. Gleich darauf hörte ich von meiner Frau einen Schrei. „Komm schnell, ich glaube ...“. „Was denn?“, rief ich zurück. „Ich glaube, die Decke bricht ein!“ Ich stürzte ins Wohnzimmer und hörte in der ansonsten abendlichen Stille ein fürchterliches Knarzen, verbunden mit kräftigen Schritten. Tatsächlich hörte es sich an, als würde jemand versuchen, den Holzboden über uns zu behämmern und aufzureißen. Wir schauten uns ungläubig und erschrocken an. Das konnte doch nicht wahr sein! „Siehst du“, sagte meine Frau, „deshalb hat die Vermieterin bei der Besichtigung, als mehrere Leute im Haus waren, wohl gefragt, ob wir die Schritte von oben hören.“ „Ich habe den Hinweis nicht gehört, da war ich im Garten“, sagte ich entsetzt. „Na ja, die sind noch beim Einräumen, das gibt sich bestimmt“, meinte meine Frau beruhigend. Als ich gegen Mitternacht ins Bett ging, hörte ich über mir eigenartige Geräusche. Zwischen Rumpeln und Gepolter immer wieder das Klappern wie von einer Kugel, die man auf den Boden wirft. Ich schlief erst gegen zwei Uhr erschöpft ein.

Am Morgen wurden wir schon kurz vor fünf Uhr geweckt. Einige Schläge an der Holz-

decke, dann das schon bekannte Knarzen. Wir schauten entsetzt auf den Wecker. Doch schnell war es wieder ruhig. Eine halbe Stunde später ging der Lärm richtig los. Möbel wurden geschoben, Gegenstände fielen auf den Boden, ständig laute Schritte. „Das ist SIE!“, sagte meine Frau, „das sind Stöckelschuhe!“ Wir wunderten uns, weshalb die junge Frau so früh aufstand. „Vielleicht muss sie heute nüchtern zur Blutabnahme?“ Na ja, kann ja vorkommen. Um 6 Uhr ging sie aus dem Haus. Dann ein Bombenschlag: ihr Freund sprang aus dem Bett. Der wiegt allerdings nicht 50, sondern 95 kg, die wir nun bis 7 Uhr ständig hörten, dazwischen heruntergefallene Gegenstände und auf dem Holzboden gezogene Stühle und Kleinmöbel. Als er die Treppe hinunter ging, sagten wir beide „Endlich!“ und legten uns zur Seite. Doch zum Einschlafen kamen wir nicht, denn das vom Vorabend bekannte Geräusch aus Poltern, Rumpeln und einer hingeworfenen Kugel setzte schlagartig wieder ein. Wir rätselten, was das wohl sein konnte während unsere Jagdterrierhündin im Flur zu jaulen begann.

Das Rätsel klärte sich beim abendlichen Gespräch mit den Mitbewohnern. Sie haben zwei Katzen, die in der Wohnung spielen. Zwei Katzen! Wir fielen fast in Ohnmacht, als wir das hörten. Ein Jagdterrier mit zwei Katzen im Haus, glatter Wahnsinn! Der Hund verträgt viel, aber absolut keine Katzen, noch dazu auf lautem Holzboden. „Übrigens, machen Sie sich keine Sorgen“, sagte der Mieter noch, „ich bin Polizist und muss morgen um 4:20 Uhr aufstehen. Schichtdienst! Aber nur zwei- bis dreimal in der Woche. Meine Freundin hat Gleitzeit und steht erst um fünf auf.“ Nachmittags rief die Vermieterin an. „Na, wie fühlen Sie sich, kommt es Ihnen nachts nicht etwas unheimlich vor? Diese unglaubliche Ruhe ...“

### Anschrift des Verfassers

Klaus Britting  
Mölken 41  
24866 Busdorf  
Telefon 04621 489555



## Die Ameisen

Werden sie auch oft zertreten, sind sie auch erbärmlich klein, noch so viele kannst du töten, andre springen für sie ein.

Ruhig ziehn sie ihre Straße, so als wüssten sie es schon: letzten Endes siegt die Masse und die Organisation.

*Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †*

### An alle Ausbildungsbetriebe

Neue Auszubildende bitten wir unverzüglich nach Vertragsabschluss – wenn möglich bis zum 30. Juni 2009 – zum Besuch der Berufsschule anzumelden. Die Einschulung findet Montag, 24. August 2009, 9:00 Uhr, im Forum statt.

Kaufmännische Schule des Wetteraukreises, Am Gradierwerk 4–6, 61231 Bad Nauheim. Tel. 06032 6090, Fax 06032 6099. Homepage: [www.kbs-bn.de](http://www.kbs-bn.de), E-Mail: [margit.wesseli@kbbn.Bad-Nauheim.schulverwaltung.hessen.de](mailto:margit.wesseli@kbbn.Bad-Nauheim.schulverwaltung.hessen.de)

## Nachruf Dr. med. Hermann Kerger

Am Ostersonntag, den 12. April verstarb unser Ehrenvorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen Dr. Hermann Kerger. Zu seinem 103. Geburtstag im März haben wir ihm noch gratulieren können. Wir sprachen u. a. auch über die jetzige Situation der Ärzteschaft.

Von Beginn seiner beruflichen Tätigkeit erkannte Dr. Hermann Kerger die Notwendigkeit der ärztlichen Fortbildung. Seine Möglichkeit als Delegierter nutzte er während einer Versammlung im Mai 1963, um einen Antrag für die ärztliche Fortbildung einzubringen. Erst sieben Jahre später, im Februar 1970, kam es dann aufgrund der Beschlüsse zur Gründung der Akademie in Bad Nauheim.

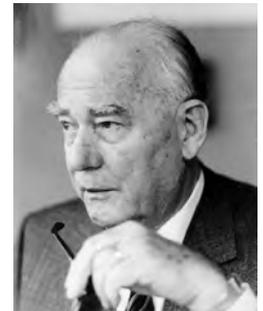
Er wurde als Vorsitzender gewählt und durch die gleichzeitige Tätigkeit als Delegierter und Präsidiumsmitglied konnte er seine weitgehenden Gedanken zur Fortbildung in die Tat umsetzen und auch später als Mitglied des Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer verbreiten. Dies führte auch zu den zahlreichen Auszeichnungen und Ehrungen, die im einzelnen tabellarisch aufgeführt sind.

Wer war nun Dr. Hermann Kerger? Er war ein aufgeschlossener, liebenswerter Kollege. Seine Vorliebe fürs Lesen führte schnell dazu, dass er eine umfangreiche Bibliothek besaß, die nicht nur Fachliteratur, sondern auch viele philosophische und ethische Werke enthielt. Dazu kam noch seine von Geburt an ausgeprägte frankophile Art, die sich auch in Kenntnis der französischen Literatur widerspiegelte.

Doch sicherlich galt seine stärkste Leidenschaft der medizinischen Fortbildung der Kolleginnen und Kollegen. Blicken wir unter Berücksichtigung seines Alters, Jahrgang 1906, zurück, dann gehörte Dr. Kerger zu den Ärzten, die einen wesentlichen Wandel ihres Berufes erleben

durften. Technische Hilfsmittel standen erst am Anfang, um die Diagnostik zu unterstützen. Die Physiologie, insbesondere die Pathophysiologie bestimmten den Rahmen des ärztlichen Handels. Dies prägte natürlich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis, welches Dr. Kerger besonders am Herzen lag. Obwohl die hauptsächlich naturwissenschaftliche Medizin diese Ärztegeneration prägte, intensivierte Dr. Kerger die menschliche Zuwendung zum Patienten als gleichwertiges Heilmittel. Als Allgemeinarzt wirkte er in Frankfurt a. M. und ließ sich nach dem Fronteinsatz im 2. Weltkrieg erneut in Frankfurt

a. M. nieder. Er empfand es als schmerzhaft, dass durch die tägliche Arbeit mit den Patienten sein Streben nach Wissensintensivierung gerade in den Randgebieten der Medizin zu kurz kam. Hier liegt wohl auch die Ursache für sein Bemühen, eine permanente Fortbildung der niedergelassenen Ärzte zu organisieren. Er erkannte, dass viele wichtige Erkenntnisse in der täglichen Praxis häufig vom einzelnen Arzt



### Dr. med. Hermann Kerger

- Approbation 1930 in Frankfurt a. M.
- Privatassistent bei Professor Franz Volhard (Univ. Frankfurt a. M.)
- drei Jahre Landarzt in Brasilien
- Niederlassung als Allgemeinmediziner in Frankfurt a. M.
- Stabsarzt in Russland, Kriegsgefangenschaft
- 1948 Wiedereröffnung seiner Allgemeinarzt-Praxis in Frankfurt a. M.

### Berufspolitik

- Mitglied des Hartmannbundes schon vor dem 2. Weltkrieg und seit seiner Neugründung 1949
- Delegierter Landesärztekammer Hessen
- Mitglied im Präsidium der Landesärztekammer Hessen, Abgeordneter der KV Hessen, Vorsitzender verschiedener Ausschüsse
- Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und ihr erster Vorsitzender
- Mitbegründer der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim, 15 Jahre lang ihr Vorsitzender, dann Ehrenvorsitzender
- Mitbegründer der Europäischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer und der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer
- Initiator der ‚Arbeitsgemeinschaft der Akademien für Ärztliche Fortbildung‘ und deren langjähriger Vorsitzender

### Auszeichnungen

- Hartmann-Thieding-Plakette des Hartmannbundes
- Ernst-von-Bergmann-Plakette
- Ehrenzeichen der hessischen Ärzteschaft
- Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft
- Ehrenplakette der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Gold

nicht richtig gesehen werden konnten. Er achtete deshalb darauf, dass in der gegründeten Akademie vor allem unwichtige von wichtigen Dingen unterschieden wurden. Er führte die seither so beliebten Podiumsdiskussionen ein, in denen die aktuellen Erkenntnisse mit Fachexperten aus Klinik und Praxis erörtert und diskutiert werden. All seine Vorstellungen fanden nicht nur in seinem 1986 im Springer-

Verlag erschienenem Buch „Die ärztliche Fortbildung“ Niederschlag, sondern vor allem in der von ihm geprägten Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim. Noch heute werden seine Vorstellungen weitergelebt, wie er zu seiner eigenen Freude im Gespräch an seinem letzten Geburtstag feststellte. Seinem Vorbild nachzueifern wird weiterhin für uns alle eine erstrebenswerte

und auch gleichzeitig dankbare Aufgabe sein. Dabei ist, trotz aller Erkenntnis und Nutzung von apparativen und pharmakologischen Möglichkeiten, das ärztliche Gespräch mit dem Patienten das Fundament des Heilerfolges.

*Professor Dr. med. E.-G. Loch  
Vorsitzender der Akademie für Ärztliche  
Fortbildung und Weiterbildung*

## Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch zum 75. Geburtstag



Seine Begeisterungsfähigkeit ist ansteckend. Ganz gleich, ob er die Interessen der Akademie vertritt, oder neue Ideen für die Weiterentwicklung ärztlicher Fortbildung präsentiert – Ernst-Gerhard Loch über-

zeugt mit Argumenten und persönlichem Engagement. Seit elf Jahren ist er Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim. Ein besonderes Augemerck legt der Visionär ärztlicher Fortbildung dabei auf die qualitätsgesicherte interdisziplinäre Fortbildung und Förderung der Telemedizin. In diesem Frühjahr feierte Ernst-Gerhard Loch seinen 75. Geburtstag. Ein willkommener Anlass, ihm für seinen jahrzehntelangen, motivierenden Einsatz für die hessische Ärzteschaft zu danken. Mit großem fachlichen Wissen, Bestimmtheit und Einfühlungsvermögen leitet Loch die Akademie der Landesärztekammer. Eigenschaften, die sich gemeinsam mit seinem feinen Sinn für Humor auch inspirierend auf die monatlichen Redaktionssitzungen und Inhalte des Hessischen Ärzteblattes auswirken.

Ernst-Gerhard Loch wurde am 8. April 1934 in Breslau geboren. Nach seiner Schulzeit in Mülheim/Ruhr studierte er Medizin in Innsbruck, Wien und Kiel, wo er 1961 sein Staatsexamen ablegte. 1962 wurde Loch promoviert und zwei Jahre später, 1964, approbiert. Nach der Medizinalassistentenzeit in Essen und Kiel erhielt der junge Arzt die Facharztanerkennung für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe von der Ärztekammer Nordrhein. 1970 habilitierte Loch an der Ruhruniversität Bochum zum Thema: „Die Ultraschalltomographie in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde – Experimentelle Ergebnisse und klinische Auswertung“; die Zusatzqualifikation „Fakultative Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ erwarb er 1996.

Von 1971 bis 2000 war Loch an der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden (DKD) tätig. 1983 folgte die Ernennung zum außerordentlichen Professor in Mainz.

Als Mitglied der Delegiertenversammlung wirkte er von Dezember 1989 bis September 1992 und von 1996 bis 2004 aktiv an der Gestaltung der Berufspolitik der Landesärztekammer Hessen mit. Vor 20 Jahren, im Juli 1989, wurde Loch Mitglied des Vorstandes in der Akademie

für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim. Bei vielen Veranstaltungen der Akademie war er Referent und Kongressleiter. In der Nachfolge von Dr. Hermann Kerger, Professor Dr. Horst Joachim Rheindorf und Professor Dr. Felix Anschütz ist Loch seit dem 1. Januar 1998 Vorsitzender der Akademie und wurde von der Delegiertenversammlung am 28. März 2009 mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt.

Von 1995 bis 2007 war er Mitglied im Deutschen Senat für Ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer und ist nunmehr „Ständiger Gast“ des Vorstandes des Deutschen Senates für Ärztliche Fortbildung.

Zu den Schwerpunkten des wissenschaftlichen und ärztlichen Wirkens von Ernst-Gerhard Loch zählen die experimentelle und klinische Forschung in der Ultraschalldiagnostik und die Klärung interdisziplinärer Fragen bei der Anwendung von Sexualsteroiden. Loch ist Autor einer Vielzahl von Fachbüchern im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und ist bzw. war Mitglied in einigen wissenschaftlichen Redaktionen. 1989 erhielt er für Verdienste um die ärztliche Fortbildung die Medicaplakette; 1991 und 1992 war Loch Präsident der Medica.

Nach 1996 war er Vizepräsident und Finanzvorstand der Medica- Gesellschaft. Anlässlich seiner „100’sten“ Fortbildungsveranstaltung in der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden wurde Loch vom damaligen Kammerpräsidenten, Dr. Alfred Möhrle, die von der Bun-

desärztekammer verliehene Ernst von Bergmann-Plakette überreicht.

Ich wünsche Ernst-Gerhard Loch, den ich als kreativen Menschen kenne, künftig mehr Zeit für Familie und seine Interessen Musik, Literatur, bildende Kunst und Sport. Seinem Motto:

**Wer aufhört, besser zu sein,  
hört auf, gut zu sein**

wird er dennoch stets treu bleiben.

Herzlichen Glückwunsch,  
Ihr

*Michael Popović*

## Landesärztekammer Hessen

# Fortbildungsmöglichkeit in „Reisemedizin“

## besondere Zielgruppe: Hausärzte und Arbeits-/Betriebsmediziner

Die Reisemedizin spielt im ärztlichen Alltag eine immer größere Rolle. Die Tendenz zu Reisen insbesondere in Regionen mit einem im Vergleich zu Deutschland erhöhten gesundheitlichen Risiko ist trotz „Krise“ weiter ansteigend. Neben dem Tourismus führen vor allem die Globalisierung des Wirtschaftslebens und die häufig internationale Ausrichtung deutscher Unternehmen zu immer mehr Mobilität und damit auch vermehrt zu Aufhalten in gesundheitsgefährdenden Gebieten. Hinzu kommt, dass immer mehr Menschen mit medizinischen Risiken, hier besonders chronisch kranke und ältere Personen, Fernreiseziele ansteuern und sich damit erhöhten gesundheitlichen Gefährdungen aussetzen.

Viele Kollegen, die sich qualifiziert mit der Reisemedizin befassen möchten, suchen nach Fortbildungsmöglichkeiten, um den teilweise sehr komplexen Problemstellungen reisemedizinischer Patienten gerecht zu werden. Dies betrifft neben den hausärztlich tätigen Ärzten besonders die Arbeits- und Betriebsmediziner, die die Tauglichkeit für berufliche Auslandseinsätze in klimatisch

besonders gefährdenden Gebieten feststellen sollen. Gleichzeitig besteht bei allen Arztgruppen auch der Wunsch nach fachlichen Nachweisen, die sie auch für Patienten erkennbar als reisemedizinisch qualifiziert ausweisen.

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim bietet in diesem Jahr erneut einen reisemedizinischen Kurs an, der sich an dem 32-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer zur „Reisemedizinischen Gesundheitsberatung“ orientiert. Im Kurs, der an zwei Wochenenden jeweils im September und Oktober stattfindet, wird vor allem auf eine sehr praxisnahe Vermittlung des notwendigen Wissens mit der Möglichkeit eines intensiven Erfahrungsaustausches mit reisemedizinischen Experten in Kleingruppen Wert gelegt (siehe Seite 407 Veranstaltungsankündigungen, Interessenten sollten sich umgehend anmelden). Nach erfolgreichem Abschluss wird das von der Ärztekammer anerkannte Zertifikat „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ ausgestellt.

Für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich schwerpunktmäßig mit der Reise-

medizin befassen wollen, bietet der Kurs die erforderliche Grundlage für weiterführende Spezialisierung. Hierfür können dann besonders strukturierte Fortbildungskurse verschiedener Anbieter in reisemedizinisch relevanten Gebieten wie Höhenmedizin, Tauchmedizin, Flugmedizin, Reisen von Risikogruppen, Langzeitaufenthalten und Rückkehrerkrankungen absolviert werden, die im Basiskurs – entsprechend den Vorgaben des Curriculums der Ärztekammer – nur grundlegend behandelt werden können. Möglichkeiten der weiterführenden reisemedizinischen Fortbildung, inklusive von reisemedizinischen Exkursionen als besonders intensive Form einer praxisnahen Lehre, werden im Bad Nauheimer Kurs vorgestellt. Informationen hierzu können auch direkt beim Verfasser erfragt werden.

*Dr. med. Ulrich Klinsing*

*Leiter des Seminars „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ in Bad Nauheim*

*Stellvertretender Vorsitzender des*

*Deutschen Fachverbandes Reisemedizin  
Facharzt für Allgemeinmedizin, Frankfurt*

## Landesärztekammer Hessen

### Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Werner Mondorf, Frankfurt, am 8. Juli,  
Dr. med. Barbara Ulrich-Peters, Bad Soden, am 8. Juli,  
Professor Dr. med. Karl Huth, Frankfurt, am 10. Juli,  
Dr. med. Ebrahim Behrouzi, Echzell, am 24. Juli,  
Dr. med. Sigrid Schneider, Frankfurt, am 24. Juli.

### Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Getrud Mueller-Eckhardt, Linden, am 1. Juli,  
Dr. med. Gerhard Domaß, Bad Nauheim, am 8. Juli,  
Professor Dr. med. Ewald Heerd, Heuchelheim, am 24. Juli.

### Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hans-Werner Hauptmann, Rotenburg, am 3. Juli.

### 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. Milada Bem, Bad Schwalbach, am 1. Juli,  
Dr. med. Godula Bornheim, Wiesbaden, am 14. Juli.

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

## Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Erhard Groll, Darmstadt  
\* 26.11.1926 † 18.2.2009

Helga Heyland, Bad Vilbel  
\* 24.4.1941 † 2.8.2008

Gisela Gertrud Luise Lang, Darmstadt  
\* 20.8.1916 † 6.12.2008

Ltd. Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Jürgen Leischke, Frankfurt  
\* 3.9.1930 † 10.10.2006

Dr. med. Siegfried Bruno Lorenz, Marburg  
\* 26.7.1923 † 4.4.2009

Medizinaldirektorin a. D. Dr. med. Helga Muschner, Bad Nauheim  
\* 9.3.1923 † 5.12.2008

Dr. med. Erika Pohlenz, Fulda  
\* 28.4.1925 † 14.8.2008

Dr. med. Peter Rode, Baunatal  
\* 31.10.1940 † 26.1.2009

Dr. med. Helmut Scharwenka, Kassel  
\* 7.12.1924 † 20.3.2009

Dr. med. Wilhelm Strube, Frankfurt  
\* 13.8.1922 † 22.9.2008

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold, Königstein  
\* 12.12.1915 † 28.1.2009

Dr. med. Georg Vetter, Heppenheim  
\* 14.6.1919 † 25.6.2005

Dr. med. Herbert Weber, Kronberg  
\* 4.3.1917 † 6.5.2008

Dr. med. Hannelore Weißer, Hofheim  
\* 27.11.1920 † 17.3.2009

Dr. med. Hellmuth Will, Hanau  
\* 19.1.1918 † 12.3.2009

## Verlust von Arztausweisen

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

Arztausweis Nr. HS-F-14600, ausgestellt am 24.10.2007, für Dr. med. Sandra Bruns, Seligenstadt,

Arztausweis Nr. HS-F-10655, ausgestellt am 3.4.2002, für Dr. med. Sonja Gawehn, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K 9121, ausgestellt am 7.9.2005, für Tanya Mayer, Kassel.

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Mazlaghani Fahra, tätig bei Prof. Dr. med. R. Bickeböller, Dr. med. M. Eishold und Dr. phil. nat. U. Rachel, Frankfurt

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Christine Becker, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. K.-U. Schüllermann und B. Scholz, vormals Praxis Dr. Kötting, Dreieich, vormals Prof. Jork, Langen

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

## Das Versorgungswerk informiert:

### Voraussetzungen einer Berufsunfähigkeitsrente

Aus gegebenem Anlass weisen wir daraufhin, dass ein Mitglied des Versorgungswerkes Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente hat, wenn es infolge seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des ärztlichen Berufes unfähig ist und seine gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt hat. Es besteht eine Verweisbarkeit auf andere ärztliche Tätigkeiten, nicht jedoch generell auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Unter ärztlicher Tätigkeit ist jede Tätigkeit zu verstehen, zu deren Ausübung ein abgeschlossenes Medizinstudium ganz oder teilweise Voraussetzung ist. **Die Abgabe der Approbation ist keine Anspruchsvoraussetzung!** Weiter sind neben der Entrichtung eines satzungsgemäßen Beitrages keine Wartezeiten einzuhalten.

Wir bitten Sie, sich nicht durch anderweitige Behauptungen, insbesondere im Zusammenhang mit einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung, verunsichern zu lassen. Für Rückfragen rund um die Berufsunfähigkeitsrente des Versorgungswerkes stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versorgungswerkes gerne zur Verfügung.

Vorstand des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen  
Dr. med. Brigitte Ende  
Vorsitzende des Vorstandes

## Erwerb des Abschlusses im staatlich anerkannten Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r und Arzthelferin/Arzthelfer durch EXTERNENPRÜFUNG

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als „Mindestvoraussetzung“ für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Personen ohne Ausbildungsabschluss tragen ein besonderes Arbeitsmarktrisiko.

Wir machen deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Personen zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen zugelassen werden können, die keine dreijährige Vollzeitausbildung im dualen System durchlaufen haben. Voraussetzung hierfür ist der Nachweis einer vorangegangenen Tätigkeit im Beruf der Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/innen. Die Dauer dieser Berufstätigkeit muss mindestens das Eineinhalbfache der regulären Ausbildungszeit betragen, also 4,5 Jahre. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf. Von diesem Zeiterfordernis kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargelegt wird, dass die/der Bewerber/in die berufliche Handlungsfähigkeit erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen. Ausländische Bildungsabschlüsse und Zeiten der Berufstätigkeit im Ausland sind dabei zu berücksichtigen.

Alle Interessenten mit entsprechender Berufserfahrung können sich zur Abschlussprüfung anmelden. Die aktuellen Prüfungstermine können Sie unter den unten angegebenen Telefonnummern erfragen. Die Anmeldefristen liegen ca. drei Monate vor dem Prüfungstermin. Der schriftliche Antrag ist zu richten an: Landesärztekammer Hessen, Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt, Telefon: 069 97672-154/155. Der Anmeldung ist ein Lebenslauf und die Bescheinigung über das Vorliegen der besonderen Zulassungsvoraussetzungen beizufügen. Die Carl-Oelemann-Schule bietet auch Prüfungsvorbereitungskurse an.

Falls Sie an der Abschlussprüfung für **Medizinische Fachangestellte** als Externe teilnehmen möchten, empfehlen wir Ihnen im Hinblick auf die Änderung des Ausbildungsberufsbildes und der gesteigerten Prüfungsanforderungen die Fortbildung in folgenden Bereichen: Disease Management Programme, Qualitätsmanagement, Praxismanagement, Kommunikation. Die Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim ist gerne bereit, Sie individuell – auch vor Ort – zu beraten (Tel. Sekretariat Schulleitung: 06032 782-189).

Im Zusammenhang mit dem Erwerb der notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse des Berufsbildes möchten wir auf das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim hinweisen, das unter nachstehender Adresse zu beziehen ist: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Telefon: 06032 782-100, Fax: 06032 782-180.

*Landesärztekammer Hessen  
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte  
und Arzthelfer/innen*

Lösung des Medizinischen Zahlenrätsels von Seite 318,  
Ausgabe 5/2009

### SPINALKANALSTENOSE

#### Elektronische UAW-Meldung an BfArM und PEI

Die Meldung zu Verdachtsfällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) an das BfArM und das PEI ist zukünftig auch über das Internet möglich.

Am 21. April 2009 haben das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Online-Erfassungssystem für Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen freigeschaltet. Angehörige der Gesundheitsberufe, die bisher über solche Verdachtsfälle freiwillig per Brief oder Fax an die Zulassungsbehörden in Deutschland berichtet haben, können zukünftig auch direkt über das Internet an das BfArM und an das PEI melden.

Anwender, die das neue Online-System nutzen möchten, benötigen dafür kein zusätzliches Programm. Der Weg führt direkt über die Internetseiten der Institute zu den Eingabemasken (PEI: [www.pei.de/meldeformulare-human](http://www.pei.de/meldeformulare-human); BfArM: [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) → Pharmakovigilanz → Formulare). Die Meldungen werden dort browserbasiert und somit betriebssystemunabhängig erfasst.

*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)  
Paul-Ehrlich-Institut (PEI)*

#### Kinderschutztelefon in Marburg

Seit 1. Januar 2009 gibt es im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Marburg ein Kinderschutztelefon. Über dieses Telefon ist rund um die Uhr ein diensthabender Oberarzt der Kinderchirurgie erreichbar und steht bei medizinischen Fragen in Bezug auf Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch mit Rat und Tat zur Seite.

Die Nummer für das Kinderschutztelefon Marburg lautet:  
**0176 63335999**

Über diese zentrale Nummer haben Sie jederzeit einen kompetenten Ansprechpartner, der die notwendigen Schritte für den Fall einer Vorstellung in der Klinik veranlassen und die fachspezifischen Kollegen (Kinderchirurgen, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Kindergynäkologen und Gerichtsmediziner) hinzuziehen kann. Dies hat den Vorteil, dass Sie nur einen Ansprechpartner und eine Telefonnummer in der Klinik haben und die weitere Koordination von der Klinik aus übernommen wird.

Außerdem bieten wir hiermit auch die Möglichkeit bei Verdachtsmomenten eine medizinische Stellungnahme einzuholen. Bitte machen Sie diese Nummer in Ihrer Dienststelle/Praxis publik.

Weitere Informationen erhalten Sie über: Dr. Micha Bahr, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Marburg, E-Mail: [bahr@med.uni-marburg.de](mailto:bahr@med.uni-marburg.de)

Aufgrund §17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. §5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

### I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBl. Sonderheft 10/1995, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2008 (HÄBl. 6/2008, S. 404–407)<sup>1</sup> und Satzung vom 1. Dezember 2009 (HÄBl. 1/2009, S. 75–76)<sup>2</sup>, wird wie folgt geändert:

**In Abschnitt C wird in der Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden – der Absatz „Weiterbildungsinhalt“ wie folgt neu gefasst:**

„Weiterbildungsinhalt:

- fachgebundene Erkennung und psychotherapeutische Behandlung gebietsbezogener Erkrankungen

Die Weiterbildung erfolgt entweder in der Grundorientierung psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie.

*Grundorientierung psychodynamische/tiefenpsychologische Psychotherapie:*

- Theoretische Weiterbildung
  - 120 Stunden in Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitslehre, Psychopharmakologie, allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Tiefenpsychologie, Lernpsychologie, Psychodynamik der Familie und Gruppe, Psychopathologie, Grundlagen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbilder, Einführung in die Technik der Erstuntersuchung, psychodiagnostische Testverfahren
  - Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Verfahren
  - 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose
  - 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppe
- Diagnostik
  - zehn dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen

1) Stand der Weiterbildungsordnung zum Zeitpunkt der Beschlussfassung der Delegiertenversammlung am 22. November 2008.

2) Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat am 22. November 2008 zwei Satzungen zur Änderung der Weiterbildungsordnung beschlossen. Erstere enthält Regelungen zum „Teilgebiet plastische Chirurgie“, wurde am 1. Dezember 2008 ausgefertigt, im HÄBl. 1/2009, S. 75–76 veröffentlicht und ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die zweite, vorliegende Satzung enthält die Regelungen zur „Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie – fachgebunden –“ und sieht als Datum des Inkraft-Tretens den 1. Juli 2009 vor.

- Behandlung
  - 15 Doppelstunden Fallseminar
  - 120 Stunden psychodynamische/tiefenpsychologische supervidierte Psychotherapie, davon drei abgeschlossene Fälle
- Selbsterfahrung
  - 100 Stunden Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrung. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet.

*Grundorientierung Verhaltenstherapie*

- Theoretische Weiterbildung
  - 120 Stunden in psychologischen Grundlagen des Verhaltens und des abweichenden Verhaltens, allgemeine und spezielle Neurosenlehre, Lern- und sozialpsychologische Entwicklungsmodelle, tiefenpsychologische Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodelle, systemische Familien- und Gruppenkonzepte, allgemeine und spezielle Psychopathologie und Grundlagen der psychiatrischen Krankheitsbilder, Motivations-, Verhaltens-, Funktions- und Bedingungsanalysen als Grundlagen für Erstinterview, Therapieplanung und -durchführung, Verhaltensdiagnostik einschließlich psychodiagnostischer Testverfahren
  - Indikation und Methodik der psychotherapeutischen Verfahren
  - 16 Doppelstunden autogenes Training oder progressive Muskelentspannung oder Hypnose
  - 15 Doppelstunden Balintgruppenarbeit oder patientenbezogene Selbsterfahrungsgruppe
- Diagnostik
  - zehn dokumentierte und supervidierte Erstuntersuchungen
- Behandlung
  - 15 Doppelstunden Fallseminar
  - 120 Stunden supervidierte Verhaltenstherapie, davon drei abgeschlossene Fälle
- Selbsterfahrung
  - 100 Stunden Einzel- bzw. Gruppenselbsterfahrung. Die Selbsterfahrung muss im gleichen Verfahren erfolgen, in welchem die Grundorientierung stattfindet.“

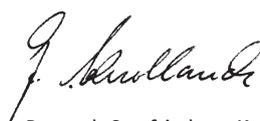
### II.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 28. April 2009 (Geschäftszeichen: V 1 18b 2120) genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 6. Mai 2009



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
– Präsident –

## Ausfertigung der Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in der Sitzung am 28.03.2009 mit der in §4 A) (1) a) der Satzung vorgeschriebenen Zweidrittelmehrheit aller gewählten Mitglieder die nachfolgenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung beschlossen, die das Hessische Sozialministerium mit Schreiben vom 07.04.2009 unter dem Geschäftszeichen VI 3 B – 54 g 3110 genehmigt hat:

### 1. Zuständigkeit bei Bescheiderteilung

#### Artikel 1

Die Satzung wird wie folgt geändert:

- In **§ 4 a Absatz 13** werden die Wörter „des/der Geschäftsführers/in oder der Geschäftsführer/innen“ durch die Wörter „des/der Geschäftsführers/in, der Geschäftsführer/innen oder des/der von ihm/ihr/ihnen in der Abteilung beauftragten Mitarbeiters/in“ ersetzt.
- In **§ 7 Absatz 3** werden nach den Wörtern „der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.
- In **§ 8 Absatz 5** werden nach den Wörtern „der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.
- In **§ 9 Absatz 6** werden nach den Wörtern „der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.
- In **§ 10 Absatz 3** werden nach den Wörtern „der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.
- In **§ 11 Absatz 2** Buchstabe b Satz 2 werden nach den Wörtern „der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.

#### Artikel 2

Die Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

- § 3 Absatz 12** wird wie folgt geändert:
  - In Satz 1 werden nach den Wörtern „Der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ und nach den Wörtern „in Härtefällen“ die Wörter „entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in“ eingefügt.
  - In Satz 2 werden nach den Wörtern „des/der zuständigen Geschäftsführers/in“ die Wörter „oder des/der von ihm/ihr in der Abteilung beauftragten Mitarbeiters/in“ eingefügt.
- In **§ 5 Absatz 10 Satz 2** werden nach den Wörtern „Der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.
- In **§ 7 Absatz 5 Satz 1** werden nach den Wörtern „Der/die zuständige Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in“ eingefügt.

- In **§ 9 Absatz 3 Satz 2** werden nach den Wörtern „dem/der zuständigen Geschäftsführer/in“ die Wörter „oder dem/der von ihm/ihr in der Abteilung beauftragten Mitarbeiter/in“ eingefügt.

#### Artikel 3

Die Änderungen treten zum 01.07.2009 in Kraft.

### 2. Wartezeit Altersrente

#### Artikel 1

In **§ 2 Abs. 1 der Versorgungsordnung** werden in Satz 1 das Komma und die anschließenden Wörter „frühestens jedoch nach einer Mitgliedschaft im Versorgungswerk von mindestens 60 Kalendermonaten“ sowie Satz 2 gestrichen.

#### Artikel 2

Die Änderungen treten zum 01.07.2009 in Kraft.

### 3. Rentenbeginn bei vorgezogener Altersrente

#### Artikel 1

**§ 2 Abs. 3 Satz 1 der Versorgungsordnung** wird wie folgt neu gefasst:  
„Das Mitglied kann schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt, frühestens jedoch auf den 1. des folgenden Monats zu verlegen, in dem das 60. – bzw. bei Beginn der Mitgliedschaft nach dem 31.12.2011 das 62. – Lebensjahr vollendet wird.“

#### Artikel 2

Die Änderungen treten zum 01.07.2009 in Kraft.

### 4. Versorgungsausgleich

#### Artikel 1

**§ 10 der Versorgungsordnung** wird wie folgt neu gefasst:

#### „§ 10

#### Versorgungsausgleich

- Wird die Ehe eines Mitglieds geschieden, findet zum Ausgleich der bei dem Versorgungswerk erworbenen Anrechte die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) und den Bestimmungen der folgenden Absätze statt.
- Die interne Teilung erfolgt, indem zu Lasten der von dem ausgleichspflichtigen Mitglied erworbenen Anrechte auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente für die ausgleichsberechtigte Person Versorgungsanrechte beim Versorgungswerk übertragen werden. Die Höhe des für die ausgleichsberechtigte Person zu übertragenden Anrechts errechnet sich nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 durch Verrentung des Ausgleichswertes, dem ein als Kapitalwert ermittelter Ehezeitanteil zugrunde liegt.
- Der Ehezeitanteil des vom ausgleichspflichtigen Mitglied beim Versorgungswerk erworbenen Anrechts wird durch Umrechnung der aus Beiträgen und ggf. Überschussverteilungen in der Ehezeit erworbenen – beitragsfrei gestellten – Anwartschaft auf Alters-, Berufsun-

fähigkeits- und Hinterbliebenenrente in einen Kapitalwert, bezogen auf das Ende der Ehezeit, ermittelt. Bezieht das Mitglied zum Ende der Ehezeit bereits eine Berufsunfähigkeitsrente, so sind auch ange-rechnete Zukunftsbeiträge für die Zeit bis zum Ende der Ehezeit zu berücksichtigen.

Der Kapitalwert errechnet sich unter Anwendung der Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung. Bei zum Ende der Ehezeit bereits laufenden Altersrenten entspricht er dem Deckungskapital des in der Ehezeit erworbenen Teils der Rente.

- (4) Der Ausgleichswert wird durch Halbierung des gemäß Absatz 3 ermittelten Kapitalwertes der ehezeitlich erworbenen Anwartschaft bestimmt. Haben beide geschiedenen Ehegatten in der Ehezeit Anrechte beim Versorgungswerk erworben, beträgt der Ausgleichswert die Hälfte der Differenz zwischen den jeweiligen Kapitalwerten.
- (5) Der Ausgleichswert wird, bezogen auf das Ende der Ehezeit, als Einmalbeitrag für die ausgleichsberechtigte Person wie folgt verrechnet:
- Ist die ausgleichsberechtigte Person Mitglied des Versorgungswerkes oder einer entsprechenden berufsständischen Versorgungseinrichtung für Ärzte außerhalb des Bundeslandes Hessen, so wird für sie unter Anwendung der Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung ein Anrecht auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente errechnet.
  - Erfüllt die ausgleichsberechtigte Person die Voraussetzungen des Buchstabens a nicht, so wird für sie unter Anwendung der Tabelle 1 des § 15 der Versorgungsordnung ein Anrecht auf eine ab Vollendung des 65. Lebensjahres zahlbare bzw. bei Überschreitung dieser Altersgrenze sofort beginnende Altersrente errechnet. In diesem Fall entsteht kein Anrecht auf Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrente.

Beantragt die ausgleichsberechtigte Person schriftlich eine Vorverlegung bzw. einen Aufschub des Beginns der Altersrente, vermindert bzw. erhöht sich die Rente entsprechend. Für die Kürzung bei Vorverlegung des Rentenbeginns findet in den Fällen des Buchstabens a Tabelle 3 des § 14 der Versorgungsordnung und in denen des Buchstabens b Tabelle 2 des § 15 der Versorgungsordnung Anwendung.

- (6) Eine Aufstockung des durch interne Teilung erworbenen Anrechts der ausgleichsberechtigten Person durch zusätzliche Zahlungen ist ausgeschlossen.
- (7) Aufgrund der internen Teilung kürzt sich das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds beim Versorgungswerk um den Betrag, der sich zum Ende der Ehezeit für das Mitglied aus einer Verrentung des Ausgleichswertes als Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente ergäbe. Die Verrentung erfolgt nach Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied bereits eine Rente, so wird die Rente um den Anteil des in der Ehezeit erworbenen Anspruchs entsprechend dem Verhältnis des Ausgleichswertes zum Kapitalwert gemindert.
- (8) Solange der Versorgungsfall nicht eingetreten ist, kann das ausgleichspflichtige Mitglied sein aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürztes Anrecht durch zusätzliche Zahlungen wieder ergänzen.
- (9) Ist der Ausgleichswert am Ende der Ehezeit nicht höher als 240 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, so wird unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen des Abschnitts 2 Unterabschnitt 3 VersAusglG eine externe Teilung durchgeführt. In diesem Fall wird der nach Absatz 4 bestimmte Ausgleichswert zur Begründung eines Anrechts außerhalb

des Versorgungswerkes als Einmalbeitrag an den Träger der Zielversorgung geleistet.

- (10) In den gesetzlichen Anpassungsfällen der §§ 33, 35 und 37 VersAusglG wird die Kürzung des Anrechts des ausgleichspflichtigen Mitglieds nach Maßgabe der §§ 33 bis 38 VersAusglG auf entsprechenden Antrag ausgesetzt bzw. aufgehoben.
- (11) In Fällen, in denen ein Versorgungsausgleich nach § 20 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) durchzuführen ist, finden die Absätze 1 bis 10 entsprechende Anwendung.
- (12) Soweit der Versorgungsausgleich nach den vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs (VAstrRefG) geltenden gesetzlichen Bestimmungen durchzuführen ist, gilt weiterhin § 10 der Versorgungsordnung in der vor dem 1. Juli 2009 geltenden Fassung.
- (13) Der Vorstand wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.“

2. Nach § 14 der Versorgungsordnung wird folgender § 15 angefügt:

#### „§ 15

#### Tabellen für Anrechte aus Versorgungsausgleich

#### Tabelle 1: Verrentungsfaktoren zur Umrechnung eines Kapitalwertes (Ausgleichswertes) in eine Anwartschaft auf Altersrente aus Versorgungsausgleich

(gültig ab 01.09.2009)

#### Teil 1: Anwartschaft auf Altersrente vor Erreichen des 65. Lebensjahres

Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
20	2,020000	43	0,981667
21	1,955833	44	0,952500
22	1,895000	45	0,923333
23	1,835833	46	0,895000
24	1,778333	47	0,868333
25	1,722500	48	0,842500
26	1,668333	49	0,815833
27	1,616667	50	0,791667
28	1,566667	51	0,768333
29	1,518333	52	0,744167
30	1,470833	53	0,721667
31	1,425000	54	0,700000
32	1,381667	55	0,679167
33	1,339167	56	0,658333
34	1,297500	57	0,637500
35	1,258333	58	0,619167
36	1,219167	59	0,600000
37	1,182500	60	0,581667
38	1,145833	61	0,564167
39	1,110833	62	0,547500
40	1,077500	63	0,530833
41	1,045000	64	0,515833
42	1,012500		

**Landesärztekammer Hessen**

**Teil 2: Anwartschaft auf eine sofort beginnende Altersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres**

Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
65	0,506198	83	1,103745
66	0,520644	84	1,176158
67	0,536252	85	1,255855
68	0,553141	86	1,343505
69	0,571468	87	1,439816
70	0,591374	88	1,545593
71	0,612948	89	1,661680
72	0,636296	90	1,788740
73	0,661577	91	1,927279
74	0,689118	92	2,077090
75	0,719359	93	2,237171
76	0,753012	94	2,405073
77	0,789910	95	2,575820
78	0,830445	96	2,770044
79	0,875041	97	2,977428
80	0,924163	98	3,198793
81	0,978305	99	3,435519
82	1,037987	ab 100	3,689369

R bezeichnet die Rentenhöhe bei einem zu übertragendem Kapitalwert (Ausgleichswert) von € 100,-.

Als maßgebendes Alter für die Anwendung der Tabelle gilt:

- A) für Personen, die vor dem 1. Juli eines Jahres geboren sind, die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in das das Ende der Ehezeit fällt, abzüglich des Geburtsjahres.
- B) In allen übrigen Fällen ermäßigt sich das entsprechend A) ermittelte Alter um ein Jahr.

**Tabelle 2: Abschläge bei Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente aus Versorgungsausgleich vor Vollendung des 65. Lebensjahres**  
(gültig ab 01.09.2009)

Vorverlegung um Monate	Kürzung um	Vorverlegung um Monate	Kürzung um
1	0,5%	31	14,1%
2	1,0%	32	14,6%
3	1,5%	33	15,0%
4	2,0%	34	15,4%
5	2,4%	35	15,8%
6	2,9%	36	16,2%
7	3,4%	37	16,6%

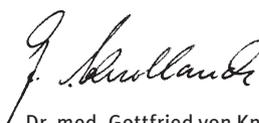
8	3,9%	38	17,0%
9	4,4%	39	17,4%
10	4,9%	40	17,8%
11	5,4%	41	18,1%
12	5,9%	42	18,5%
13	6,3%	43	18,9%
14	6,7%	44	19,3%
15	7,2%	45	19,7%
16	7,6%	46	20,1%
17	8,1%	47	20,4%
18	8,5%	48	20,8%
19	9,0%	49	21,2%
20	9,4%	50	21,5%
21	9,9%	51	21,9%
22	10,3%	52	22,3%
23	10,8%	53	22,6%
24	11,2%	54	23,0%
25	11,7%	55	23,3%
26	12,1%	56	23,7%
27	12,5%	57	24,0%
28	12,9%	58	24,4%
29	13,3%	59	24,8%
30	13,7%	60	25,1%

“

**Artikel 2**

Die Änderungen treten zum 01.07.2009 in Kraft.  
Die vorstehenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit aus-  
gefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, den 20.04.2009



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident der Landesärztekammer Hessen



Dr. med. Brigitte Ende  
Vorsitzende des Vorstandes des Versorgungswerkes  
der Landesärztekammer Hessen

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxismachfolger fortgeführt werden:

### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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.-Ginnheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
Frankfurt/M.-Gallusviertel Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
Frankfurt/M. Internistin/Internist – fachärztlich –  
Frankfurt/M. Internistin/Internist – fachärztlich – (MVZ-Anteil)  
Frankfurt/M. Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Frankfurt/M.-Oberrad Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

### Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

### Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.-Innenstadt Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
Hainburg Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

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 Wetteraukreis

Bad Nauheim Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde

Butzbach Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –  
Friedberg Fachärztin/Facharzt für Diagnostische Radiologie (Gemeinschaftspraxisanteil)

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 Kassel-Stadt

Kassel Frauenärztin/Frauenarzt  
Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar Augenärztin/Augenarzt  
Hofgeismar Hautärztin/Hautarzt

### Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

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

Limburg Fachärztin/Facharzt für Neurologie  
Limburg Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
Weilburg 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 (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) (Hälftiger Versorgungsanteil)  
Marburg Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Gudensberg	Fachärztin/Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Borken	Fachärztin/Facharzt für Allgemein- medizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –

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	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

### Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Rheingau	Fachärztin/Facharzt für Psychosoma- tische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
----------	--

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.

## Bücher

Uwe Tellkamp: **Der Turm**. 972 Seiten. 2008. Suhrkamp Verlag, Frankfurt. ISBN 978-3-518-42020-1. Euro 24,80.

Im (westdeutschen?) Sprachgebrauch hat es sich eingebürgert über die „damalige DDR“ zu sprechen. Diese Formulierung deutet darauf hin, dass es eine „heutige DDR“ geben müsste! Wo die ist, wird uns Uwe Tellkamp noch berichten und insbesondere, wie sich die Menschen in dieser DDR eingerichtet haben. In dem Roman „Der Turm“ schildert er wie sich Menschen in den letzten sieben Jahren der DDR mit dem Alltag zurecht gefunden haben. Es ist eine Arztfamilie mit zwei heranwachsenden Kindern, die sich nach dem Abitur zur NVA verpflichten müssen, um anschließend einen Studienplatz für Medizin zu bekommen. Noch nie ist so eindrucksvoll der Alltag in einer Klinik geschildert worden, der Mangel, die Bespitzelung, der Einfluss von Partei, die Ungleichbehandlung von Funktionären und anderen Menschen. Die Notwendigkeit zur Beschaffung von Alltagsgütern für die Klinik vom Weihnachtsbaum bis zu den Medikamenten. Ein Prinzip der DDR-Alltagswirtschaft war offensichtlich das Organisieren. Du reparierst meine Maschine, ich liefere dir dafür einen Auspuff für dein Auto. Ein Netzwerk ohne Ende.

Das fast 1.000 Seiten starke Buch schildert auf fesselnde Weise das Leben in der DDR. Diese Menschen müssen einkaufen, lesen Bücher, beschaffen Kohlen für den Winter, sind Teilnehmer am kulturellen Leben. Genannt wird Opportunismus, Widerstand, die Funktion der Kirche, das Leben der Funktionäre und ihrer prominenten Personen. Das Ferienverhalten, die alltäglichen Ungerechtigkeiten, die überbordende Bürokratie und die Hilflosigkeit der Menschen im Umgang mit diesem System. Der Alltag der Demütigungen, die Verlogenheit und die Angst vor dem „Verpiffen werden“ wenn im Privaten Äußerungen gemacht wurden, werden eindrucksvoll dargestellt. Die Hauptfiguren des Buches, Richard der Unfallchirurg, verzweifelt beinahe am System und droht psychisch krank zu werden bevor er wieder Mut und seine Würde findet. Seine Frau Anne, die den Weg in den Widerstand geht, auch wenn ihre Beziehung dabei fast zerbricht. Christian, ein begabter Schüler, der in der NVA nahezu gebrochen wird und wahrscheinlich dauernden Schaden davonträgt. Meno, ein Biologe, der als Lektor in einem Verlag arbeitet und einerseits Opportunist ist, andererseits ein genauer Chronist der Zeit. Judith Schevola, eine mutige Schriftstellerin und viele Personen mehr. Das Buch ist zurecht hoch gelobt worden und hat Preise bekommen. Uwe Tellkamp hat in dem wunderbar geschriebenen Text ein „monumentales Panorama“ der untergehenden DDR beschrieben. Uwe Tellkamp wurde 1968 in Dresden, dem Hauptschauplatz des Romans, geboren. Er wurde Unfallchirurg und lebt als freier Schriftsteller in Freiburg.

Die Lektüre des Romans bei aller Monumentalität, ist ein Genuss. In den letzten Jahren ist kein Buch mit so viel Sprachwitz und Kreativität in deutscher Sprache erschienen. Dieses Buch nicht in die Hand zu nehmen ist ein Fehler! Die Frage, wie das Leben in der „heutigen DDR“ ist und ob es die überhaupt gibt, will uns Tellkamp noch beantworten.

Dr. med. Siegmund Drexler