65. Jahrgang, Oktober 2012

BREMER ÄRZTE JOURNAL

Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Bremen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Medizinische Rehabilitation

Für jeden Fall übergreifend denken

10
12

Das evidenzbasierte repetitive Training im Arm- und Ganglabor findet häufig nach zerebro-vaskulären Erkrankungen statt. Die Behandlung durch spezialisierte Therapeuten schließt ein abgestuftes Therapie- und Trainingsprogramm ein.

In Berlin setzten sich zahlreiche Vertragsärzte und -therapeuten der KBV gegen einen Vorschlag des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Wehr; dieser schlug eine Anhebung des Orientierungswertes um lediglich 0,9 Prozent vor.

Nach drei Jahren Ausbildung haben insgesamt 141 Auszubildende die Prüfung zur Medizinischen Fachangestellten erfolgreich bestanden.
87 Prozent der aus Bremen und Bremerhaven stammenden Absolventen haben bereits einen Arbeitsplatz.

TITELTHEMA

Dr. Rudolf Siegert
4 Medizinische Rehabilitation – Update Bremen 2012

Dres. Amit Choudhury, Thomas Hilmer
5 Geriatrische Frührehabilitation – zwischen Akutmedizin und Reha

Dres. Katrin Hillermann, Thomas Brabant
7 Neues Therapieangebot: Ambulante Geriatrische Reha

Dr. Rudolf Siegert
9 Mobile Geriatrische Rehabilitation schließt Versorgungslücke

Dres. Matthias Elsner, Rudolf Siegert
10 Evidenzbasiertes repetitives Training im Arm- und Ganglabor

Dr. Manju Guha
12 Bio-psycho-soziale Gesamtschau in der orthopädischen Reha

Dr. Anke Cordes
14 Ambulante kardiologische Rehabilitation in Bremen

AKTUELLES

15 KV Bremen: Widerstand gegen Honorarbeschluss
16 GeNo-Bürgschaft: KV Bremen ruft Brüssel an
18 21. Bremerhavener Gesundheitswoche – „Aktiv sein ist Lebensfreude“
19 Sommerprüfung der Medizinischen Fachangestellten

RUBRIKEN

3 Standpunkt
17 Akademie
18 Recht
20 Impressum
20 Anzeigenbörse

Ökonomische Zwänge oder berufliche Zufriedenheit?

Welchen Weg wollen die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zukünftig gehen? Ökonomische Zwänge oder Freude am Beruf? Es ist mir natürlich klar, dass man eine so umfassende Problematik nicht auf diese beiden Gegenpole herunter brechen kann. Jedoch finde ich es immer wieder unverständlich, ärgerlich und auch ungerecht, dass die Ärzteschaft und ihre gesundheitspolitischen Äußerungen in der Öffentlichkeit nur über das Geld definiert werden. Ärzte würden raffgierig sein, sie wollen vor allem „igeln", würden die Patienten finanziell ausnehmen und hätten allein den wirtschaftlichen Erfolg vor Augen.

Ganz aktuell kreist die allgemeine Berichterstattung in den Medien einmal mehr um die Arzthonorare. Von den Krankenkassen war nach einer von ihnen in Auftrag gegebenen Studie eine Kürzung um ca. 2,2 Milliarden Euro (minus 7 Prozent) angedacht worden. Demgegenüber wurde von der KBV eine Forderung von 3,5 Milliarden Euro, also eine Steigerung um 11 Prozent, für die 150.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, erhoben. Nach dem Vorschlag des Schlichters hatte der GKV Verband ein „Plus" von 270 Millionen Euro – durchschnittlich 1.800 Euro pro Arzt – beschlossen. Diese Summe deckt nicht einmal den Personal- und Sachkostenanstieg (Tariflöhne, Mieten, Energiekosten). Selbst der Gesundheitsexperte der CDU, Jens Spahn, warf den Krankenkassen eine „inakzeptable Rhetorik vor, die das Klima zwischen Ärzten und Kassen dauerhaft vergiftet." Wenn die Verhandlungspartner von vornherein 5,7 Milliarden auseinander liegen, kann man nur folgern, dass es hier auf eine Konfrontation und nicht auf eine schnelle Einigung ankam. So verwundert es auch nicht, dass nach einer Sondersitzung der KBV am 01.09.2012 in Berlin die Gespräche zwischen Kassen und KBV nur 2 Tage später zunächst abgebrochen wurden. Die Ärzteschaft muss und wird sich gegen eine solche Verhandlungstaktik der Kassen wehren und darauf in geeigneter Weise reagieren. Hinzu kommt, dass durch so ein Verhalten die Tätigkeit in der Praxis noch unattraktiver gemacht und dadurch die haus- und fachärztliche Versorgung insgesamt noch schlechter wird.

Wie kann man aber nun in diesen ökonomisch bestimmten Zeiten seine Freude am Arztberuf behalten oder zurückgewinnen? Laut dem Medizinethiker Professor Giovanni Maio besteht die Vertrauenskrise in der Medizin deshalb, „weil sie zuweilen nicht weiß, was sie überhaupt ist und welche Werte für sie handlungsleitend sein sollen." Er hat vier Schwerpunkte formuliert, die aus seiner Sicht die Krise der modernen Medizin heute mit erklären:

1. Standardisierung: verrichten, prüfen, nachweisen – also mehr betriebswirtschaftliches als persönlich orientiertes Denken
2. Beschleunigung: das bedeutet mehr Effizienz zwingt zur Beschleunigung
3. Entwertung des Ärztlichen: der ärztliche Manager ist mehr gefragt als die/der ganzheitlich denkende Ärztin/Arzt
4. Ertragsbeziehung ersetzt Vertrauensbeziehung: distanzierte Dienstleistung steht im Vordergrund statt persönlicher Fürsorge

Daraus folgernd kann man m.E. als Ärztin/Arzt nur dagegen steuern, indem man sich auf die persönliche Zuwendung zum Patienten, Entschleunigung insgesamt, ganzheitliches Denken und individuelle Fürsorge für den Menschen konzentriert. Eine Praxis aber vor allem auch eine Klinik lässt sich nun einmal nicht nur nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten führen. Der frühere Bundespräsident Johannes Rau hat es auf dem deutschen Ärztetag 2004 in Bremen so treffend beschrieben: „Patienten sind keine Kunden".

Dem ärztlichen Nachwuchs wünsche ich, dass er trotz aller ökonomischen Zwänge die Freude am Arztberuf behält.
Ich jedenfalls übe trotz dieser ganzen Problematik, mit der ich mich seit Jahren auseinandersetzen muss, meinen Beruf gerne aus und würde ihn auch wieder wählen. Hoffentlich kann ich der zukünftigen Medizinergeneration Mut machen, diesen Spagat zwischen Ökonomie und Berufszufriedenheit zu schaffen, damit sie „gerne Arzt ist."

Dr. Johannes Grundmann,
Vizepräsident der Ärztekammer Bremen

Schwerpunkt
Medizinische Rehabilitation

Zehn Jahre sind vergangen, seit mit dem Schwerpunktthema „Rehabilitation – Effektiv durch Vernetzung“ (Bremer Ärztejournal 12/02) ein Überblick über die rehabilitativen Angebote im Bundesland Bremen gegeben wurde.

Update Bremen 2012

Dies soll Anlass sein, mit dem jetzigen Schwerpunktthema „Medizinische Rehabilitation – Update Bremen 2012“ einen aktuellen Überblick zu geben, bisher Erreichtes darzulegen und weitere Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Die grundsätzliche Strukturierung rehabilitativer Prozesse hat in den letzten zehn Jahren keine wesentlichen Änderungen erfahren, wenngleich identifizierte Versorgungslücken im System zur Veränderung und Neuformulierung von Rahmenvereinbarungen geführt haben. Nach § 39 Absatz I SGB V schließt die Krankenhausbehandlung auch die zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Maßnahmen der Frührehabilitation ein. Ist die Krankenhausbehandlung abgeschlossen und besteht aufgrund von manifesten oder drohenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe ein Rehabilitationsbedarf, so schließt sich eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V an. Diese medizinische Rehabilitation ist auch ohne einen vorhergehenden Krankenhausaufenthalt indiziert, wenn aufgrund von manifesten oder drohenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe bei chronischen Erkrankungen Rehabilitationsnotwendigkeit besteht.

Nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“, sind Rehabilitationsmaßnahmen vorrangig ambulant zu erbringen, wenn keine Herausnahme aus dem üblichen sozialen Umfeld notwendig ist und gleichzeitig Rehabilitationsfähigkeit für diese Versorgungsform gegeben ist. Als neues Angebot etabliert sich zunehmend die mobile Rehabilitation im häuslichen Umfeld der Rehabilitanden, derzeit noch eingeschränkt auf die geriatrische Rehabilitation. Ergänzende Angebote existieren als intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA), Rehabilitationssport und Funktionstraining.

Veränderungen der letzten zehn Jahre

Was also hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre verändert, was ist der aktuelle Stand und wo bestehen Entwicklungsmöglichkeiten? Die Abgrenzung von Krankenhausbehandlung, Frührehabilitation und weiterführender Rehabilitation für den multimorbiden geriatrischen Patienten/Rehabilitanden ist schwierig, aber in Anbetracht der Rahmenbedingungen notwendig. Neurologische Frührehabilitationen der Phase B für Bremer Patienten wurden bisher auch außerhalb Bremens behandelt; Die Erweiterung der Neurologischen Frührehabilitation am Klinikum Bremen-Ost trägt diesem Missstand Rechnung. Hier werden nach Erweiterung neue evidenzbasierte Behandlungsmethoden angewendet, für die beispielhaft das Arm- und Beinlabor dargestellt werden. Eine Versorgungslücke in der Frührehabilitation existiert leider weiterhin für Patienten, die sich unterhalb des geriatrischen Alters befinden und keine neurologische Diagnose tragen. Die wesentlichen Indikationsgebiete der so genannten „weiterführenden Rehabilitation“ werden inzwischen bzw. in naher Zukunft in Bremen versorgt werden können. Auch die neurologische Indikation wird mit den Phasen C und D am Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst wahrscheinlich im Laufe dieses Jahres angeboten werden. Leider gibt es noch kein Angebot der onkologischen Rehabilitation.

Bremens Rehabilitationsangebot im Überblick

Zusammenfassend verfügt das Bundesland Bremen inzwischen über ein komplexes Netzwerk frührehabilitativer, rehabilitativer und ergänzender Angebote für die wichtigen Indikationsbereiche. Dies entspricht dem Prinzip der wohnohrtnahen Rehabilitation, weil nur in diesem Kontext Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe alltagsrelevant angegangen und die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft werden können. Die Rehabilitation erfolgt, wie in den folgenden Artikeln dargestellt, als Teamarbeit, basierend auf einem gemeinsamen Assessment und einem abgestimmten Rehabilitationsplan. Grundlage hierfür ist – und das ist das Spezifikum rehabilitativen Arbeitens – die Beurteilung von Schädigungen der Struktur und Funktion sowie der Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). ■

Dr. Rudolf Siegert,
Chefarzt des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin und der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,
Klinikum Bremen-Ost, Bremen

Geriatrische Frührehabilitation – zwischen Akutmedizin und Reha

Der Versorgungsauftrag der Geriatrie besteht in der akutmedizinischen, frührehabilitativen und rehabilitativen Behandlung von Patienten im höheren Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter) mit geriatrischer Multimorbidität.

Die Geriatrie geht deshalb über die rein organbezogene Akutmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen, vor allem im Bereich der multidisziplinären funktionellen Therapie. In Deutschland extistiert eine historisch gewachsene Aufteilung der medizinischen Versorgung in die Bereiche der Akutmedizin und der Rehabilitation, die bei geriatrischen Patienten kritisch zu hinterfragen ist. Sie unterscheiden sich strukturell, räumlich, inhaltlich und in der Vergütungsstruktur voneinander. Diese Trennung findet ihren Niederschlag in der deutschen Sozialgesetzgebung. Unter Akutmedizin wird im Wesentlichen die akutstationäre Krankenhausbehandlung verstanden, bei der die Diagnostik und Therapie im Vordergrund steht. Die dabei behandelten Erkrankungen werden gemäß dem ICD-System klassifiziert. Unter Rehabilitation wird hingegen eine im Anschluss an die Akutphase durchgeführte Therapie verstanden, bei der besonders die krankheitsbedingten Funktions- und Fähigkeitsstörungen eines Patienten im Mittelpunkt stehen. Diese werden nach der WHO im ICF-System klassifiziert. Ziel aller medizinischen Maßnahmen ist nach genauer Diagnosestellung die bestmögliche Wiederherstellung krankheitsbedingt gestörter Funktionen und der Erhalt der Selbsthilfefähigkeit des Patienten.

Multidisziplinärer Zugang ist unumgänglich

Die historische Einteilung der Medizin in einen Akutbereich mit dem Schwerpunkt auf krankheitsbezogene Diagnostik, invasive, operative oder medikamentöse Therapie und einen „Rehabilitationsbereich" mit dem Schwerpunkt auf reine funktionsbezogene Diagnostik, Assessment und physikalisch aktivierende Maßnahmen, wird gerade bei älteren Patienten schwierig. Die klinische Versorgung erfordert aufgrund der Multimorbidität, vermehrt auftretender Komplikationen und nicht zuletzt wegen der Gefahr, dass geriatrische Patienten während eines Klinikaufenthaltes vorhandene Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens verlernen, einen mehrdimensionalen Zugang. Häufig besteht die Notwendigkeit akutmedizinischer Behandlung oder Überwachung und Rehabilitationsmaßnahmen gleichzeitig. Dies ist die Domäne der geriatrischen Frührehabilitation. Es sollte möglichst zeitnah mit der frührehabilitativen Intervention begonnen werden, um einen signifikanten Funktionsverlust (Dekonditionierung), wie er im Rahmen von Akuterkrankungen bei vermehrter Bettlägerigkeit auftreten kann und einen wichtigen ungünstigen Faktor eines bleibenden Funktionsverlustes darstellt oder sogar Mortalität anzeigen kann, zu vermeiden.

Geriatrisch-frührehabilitative Behandlung

Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung mit ihrem standardisierten Assessment, ihrer schriftlichen wöchentlichen Behandlungsplanung mit Teambesprechung, ihrer therapeutisch aktivieren-

Geriatrische Frühreha im Krankenhaus

Im Bremer Krankenhausspiegel werden Ergebnisse aller geriatrischen Kliniken im Land Bremen dargestellt. Um eine frühfunktionelle Therapie geriatrischer Patienten nach Akuterkrankungen zur Verhinderung einer Dekonditionierung zu gewährleisten wurden geriatrisch frührehabilitative Maßnahmen erfolgreich in die Krankenhausbehandlung integriert. Die Zuweisung in die Geriatrie erfolgt dabei direkt über ein in Bremen einheitliches Anmeldeformular, an Hand dessen die Indikation und das Therapieziel fachärztlich geriatrisch überprüft wird.

Fallbeispiel multimodale Therapie

Als typisches Beispiel sei hier eine über 80-jährige Patientin nach hüftgelenksnaher Fraktur aufgeführt, die bislang noch mit ambulanten Hilfen selbstständig leben konnte. Ihre typische Multimorbidität zeigt sich in einer noch kompensierten Herzinsuffizienz, einer arteriellen Hypertonie und einem chronischen Schmerzsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und Osteoporose. Für eine solche Patientin besteht immer die Gefahr eines relevanten Fähigkeitsverlusts im Rahmen der Dekonditionierung oder auch durch ein postoperatives Delir mit kognitiven Einbußen. Zur Vermeidung dieser Risiken erscheint hier neben der optimalen chirurgischen Versorgung auch eine früh einsetzende multimodale Behandlung mit dem Schwerpunkt der Aktivierung und Mobilisierung unter Berücksichtigung und Mitbehandlung der bestehenden Begleiterkrankungen essentiell.

den Pflege durch Fachpflegepersonal sowie dem Einsatz von verschiedenen Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie), konnte ihren Nutzen in mehreren Studien gut nachweisen, insbesondere in Bezug auf Prognose und Funktionsverbesserung. In dem im letzten Jahr in Kraft getretenen Bremer Krankenhausgesetz wird in § 22 Absatz 2 explizit gefordert, dass die Kliniken die Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation klären und geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe verlegen. Insbesondere für den Patienten stellt die „fallabschließende Behandlung" durch die Behandlungskontinuität und Vermeidung häufiger Ortswechsel eine Verbesserung der Behandlungsqualität dar. Um den Übergang für den Patienten ins häusliche Umfeld möglichst leicht zu gestalten, bietet sich die geriatrisch-tagesklinische Behandlung an.

Prognoseverbesserung durch Frührehabilitation

In neueren Untersuchungen konnte der Nachweis der Prognoseverbesserung durch frührehabilitative Interventionen bereits während der Akutphase gezeigt werden. Zu erwähnen sind hier auch der nachgewiesene positive Effekt möglichst früh einsetzender funktioneller Therapien nach einem Schlaganfall oder auch der schnellen Remobilisierung nach einem operativem Eingriff („Fast-Track-Chirurgie"). Es ist daher zu erwarten, dass gerade geriatrische PatientInnen, die in besonderem Maße von einem prognoserelevanten Funktionsverlust durch prolongierte Immobilität bedroht sind (Dekonditionierung) von einer möglichst früh einsetzenden multimodalen funktionsorientierten und ihre gesamte Multimorbidität berücksichtigenden Therapie profitieren werden.

Akutmedizin und Rehabilitation

Die klassische Trennung von Akutmedizin und Rehabilitation kann bei geriatrischen Patienten nicht aufrechterhalten werden. Die Frührehabilitation wird bereits in der Akutphase bei geriatrischen Patienten notwendig. Die Frührehabilitation kann in der Regel im Zusammenhang mit der Akutbehandlung fallabschließend erfolgen, um den Patienten möglichst selbstständig in seine bereits bestehende Lebenssituation zu reintegrieren. In besonderen Fällen kann es notwendig sein, bei weiterbestehendem rehabilitativen Potential und Behandlungsnotwendigkeit die Patienten nach frührehabilitativer Intervention im Akutkrankenhaus einer weiterführenden Rehabilitationsmaßnahme zuzuführen. Gerade die geriatrische Tagesklinik hat sich als teilstationäre Versorgungsform bewährt, um eine optimal begleitete Wiedereingliederung geriatrischer Patienten in ihr häusliches Umfeld zu ermöglichen. ■

Dr. Amit Choudhury,
Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,
Klinikum Bremen-Nord, Bremen

Dr. Thomas Hilmer,
Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,
Klinikum Bremen-Ost, Bremen

Anzeige

Können Sie sich ein Hobby wirklich noch leisten?

Dr. med. Claus Goth,
Facharzt für Arbeitsmedizin, Zentrumsleiter:
»Nacht- und Wochenenddienste kenne ich nur aus meiner Vergangenheit. Dass sich alles nur um Krankheit dreht, ist auch vorbei. Jetzt geht es endlich um Gesundheit. Ich berate Unternehmen aus ganz verschiedenen Branchen, plane meine Termine selbst und gestalte so aktiv meine Zukunft. Und wer behauptet, man könnte als Arbeitsmediziner keine Karriere machen, sollte sich die B·A·D mal genauer ansehen. Das verstehe ich unter dem Erfolgsfaktor Mensch!«

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de

Wir bieten an unseren Standort **Bremen**

Arbeits-/Betriebsmedizinern (m/w) oder
Ärzten in Weiterbildung (m/w)
(Kennziffer BRÄB)

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:
- Flexible und planbare Arbeitszeiten
- Möglichkeit der Teilzeittätigkeit
- Keine Wochenend-/Nachtdienste
- Zeit für die Beratung in der Präventivmedizin
- Leistungsbezogene Vergütung
- Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
- Betriebliche Altersvorsorge
- Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
- Professionelle Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Car-Rent-Sharing-Modell

Ihre Aufgaben:
- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
- Betriebsbegehungen und Beratung zu vielfältigen arbeitsmedizinischen Themen
- Arbeitsmedizinische Begutachtung
- Gestaltung und Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Schulungen zu verschiedenen Themen der Prävention
- Reisemedizinische Beratung
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team

Interessiert? Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der o. g. Kennziffer, gerne auch per E-Mail. Für Ihre Fragen stehen wir gerne telefonisch zur Verfügung.

Die B·A·D GmbH betreut mit mehr als 2.800 Experten europaweit 250.000 Betriebe mit 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit. Allein in Deutschland betreiben wir 200 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen. Unsere Mitarbeiter sind dabei unser wertvollstes Kapital, denn ohne sie wären wir nicht so erfolgreich! Gehören Sie bald auch zu uns?

TOP JOB

B·A·D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH
Human Resources
Thomas Gies, Tel. 0228/40072-335
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
bewerbung@bad-gmbh.de, www.bad-gmbh.de/karriere

B·A·D GESUNDHEITSVORSORGE UND SICHERHEITSTECHNIK GMBH

Neues Therapieangebot: AGR Ambulante Geriatrische Reha

Zu den vorrangigen Zielen der Prävention und Rehabilitation älterer Menschen gehört die möglichst lange Lebenszeit in Gesundheit bzw. Funktionsfähigkeit und selbstbestimmte Lebensführung.

Dabei ist das für ältere Menschen besonders typische Kontinuum und labile Gleichgewicht von Beschwerden im Rahmen physiologischer Alterungsprozesse und Krankheit sowie damit verbundener Funktionsfähigkeit und Behinderung zu beachten. Die gegenüber anderen Rehabilitationsbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung niedrigschwelligeren Ein- und Ausschlusskriterien der Fähigkeit zur geriatrischen Rehabilitation sind in der Tabelle zusammengefasst. Eine bestehende Pflegestufe oder kognitive Einschränkungen im Rahmen einer leichten Demenz schließen geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation (AGR) nicht grundsätzlich aus, sondern sind individuell zu beurteilen.

Voraussetzungen der AGR

Die Rehabilitationsmodelle erreichen multimorbide und in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkte geriatrische Patienten wohnortnah. Von zunehmender Bedeutung sind ambulante/tagesklinische geriatrische Versorgungsstrukturen, denen gemeinsam ist, dass Betroffene in Ihrem gewohnten Wohnumfeld behandelt werden können und die der vermehrten Hilfsbedürftigkeit und der reduzierten körperlichen, psychischen oder geistigen Belastbarkeit Rechnung tragen.

Die AGR ist angezeigt, wenn bei einem geriatrischen Patienten bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien eine rehabilitative Therapie erforderlich ist und seine persönlichen Begleitumstände eine ambulante Rehabilitation ermöglichen. Sie ist indiziert bei Fähigkeitsstörungen, für die länger andauernder oder wiederholter Rehabilitationsbedarf besteht, die einer gezielten Funktionsverbesserung bei begrenzten Ausfällen bedürfen (z. B. orthopädisch-traumatologische Erkrankungen) oder bei Fähigkeitsstörungen, die nur zu begrenzten Ausfällen führen und gezielt verbessert werden sollen. Zu den individuellen Voraussetzungen der AGR gehört neben der notwendigen medizinischen Betreuung die erforderliche Mobilität, um die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit zu erreichen und eine gesicherte häusliche Versorgung.

Die AGR zielt darauf ab, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach ihrem Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Sie ist eine adäquate Alternative zu einer stationären Rehabilitation, wenn eine teilstationäre und vollstationäre Rehabilitation für nicht erforderlich gehalten wird. Im Unterschied zur tagesklinischen Behandlung sollten die Patienten medizinisch stabil sein, eine medizinische Diagnostik nicht mehr benötigen und nur sehr begrenzt der pflegerischen Betreuung bedürfen. Der Patient muss über ein Rehabilitationspotential verfügen, ein Erfolg der AGR muss aller Voraussicht nach erreichbar sein. Weiterhin muss eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit gegeben sein. Er muss im häuslichen Umfeld zurechtkommen, eine stationäre Krankenhausbehandlung darf nicht erforderlich sein, das Krankheitsbild muss ausreichend geklärt und die hausärztliche Versorgung und Behandlung sichergestellt sein.

Ein- und Ausschlusskriterien der Fähigkeit zur geriatrischen Rehabilitation

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Stabile Vitalparameter	Fehlende Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation
Psychische und physische Belastbarkeit für die mehrmals tägliche aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen	Fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit für die aktive Teilnahme
Behandelbarkeit der Haupt- und Begleiterkrankungen sowie typischer Komplikationen durch das Personal der geriatrischen Einrichtung	Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der geriatrischen Rehabilitation behindern (z. B. Desorientiertheit/Weglaufendenz, erhebliche Störungen der Hör- und Sehfähigkeit, ausgeprägter Dekubitus, Heilungsstörungen am Amputationsstumpf, Stuhlinkontinenz sowie schwere psychiatrische Beeinträchtigungen)

Ein- und Ausschlusskriterien der Fähigkeit zur geriatrischen Rehabilitation.

Leistungen der AGR

Zu den Leistungen der AGR zählen insbesondere: das Aufnahme- und Entlassungsassessment mit Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms, die Physiotherapie/Krankengymnastik einschließlich physikalischer Therapie und medizinischer Trainingstherapie, Bewegungstherapie und Sporttherapie, Ergotherapie, Logopädie (Sprachtherapie), psychologische Beratung und Betreuung sowie Beratung in psychosozialen Fragen bei Bedarf.

Angeboten werden jeweils 30- bis max. 45-minütige Therapieeinheiten, wobei die Dauer mit Hilfe der computergestützten Therapieplanung flexibel und den besonderen Bedürfnissen des geriatrischen Patienten individuell angepasst wird. Nach Erstellung eines Therapieplans, der Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, das persönliche

Anzeige

ias
Strategien für Gesundheit

Lernen Sie uns auf unserem diesjährigen ias Karrieretag am 26.10.12 in Berlin kennen. In einer Mischung aus Impulsvorträgen, Jobbörse und Netzwerk-Plattform bei Snack und Talk geben Experten einen realitätsnahen Einblick in Chancen und Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

Fragen zur Anmeldung bitte an annette.stepan@ias-gruppe.de

Machen Sie Karriere. Beruflich und privat.

Arbeitsmediziner (m/w)
Arzt in Weiterbildung (m/w)
Einsatzgebiet: Bremen

Ihr Aufgabengebiet umfasst alle Facetten der modernen Arbeitsmedizin sowie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Rahmen Ihrer Tätigkeit setzen Sie sich für das psychische, soziale und körperliche Wohlbefinden von Mitarbeitern namhafter Unternehmen ein, die Sie sowohl in unseren arbeitsmedizinischen Zentren als auch an deren Arbeitsplatz vor Ort betreuen.

Ihre Qualifikationen:
- Facharzt für Arbeitsmedizin oder Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin
- Mindestens zweijährige Tätigkeit Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
- Erfahrung mit Großkunden von Vorteil
- Selbstständige, strukturierte Arbeitsweise, Flexibilität
- Bereitschaft zu Kundeneinsätzen im Außendienst
- Ausgeprägte Dienstleistungs- und Kundenorientierung
- Hohe soziale Kompetenz, Teamorientierung

Unsere Leistungen:
- Partnerschaftliches Umfeld in einem modernen Unternehmen
- Eigenverantwortung und Aufgabenvielfalt
- Persönliche und fachliche Weiterentwicklung
- Der Wertigkeit der Position entsprechende Vergütung
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Gerne bieten wir Ihnen auch die Möglichkeit einer Hospitation. Sprechen Sie uns an!

Fragen im Vorfeld beantwortet Ihnen gerne Herr Gunnar Schwartz, Personalreferent Recruiting, unter Telefon 030 820015-841.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung mit Gehaltsvorstellung an bewerbungen@ias-gruppe.de oder

ias-Gruppe · Abteilung Personalservice
Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin

www.ias-gruppe.de

Risikoprofil und die individuelle Belastbarkeit umfasst, wird dieser Plan mit dem Patienten eingehend besprochen und abgestimmt. Die wöchentliche Therapiezeit beträgt durchschnittlich 15 Wochenstunden und umfasst ein ausgewogenes Trainingsprogramm aus aktiv übenden Therapiemaßnahmen und Schulungsprogrammen sowie zusätzliche Ruhe- und Erholungszeiten. Auch hier zeichnet sich die assessmentgestützte Behandlung im Rehabilitationsteam durch einen regelmäßigen interdisziplinären Austausch bezüglich prioritärer Ziele, adäquater Interventionen und Therapieevaluation aus.

Behandelbare Krankheitsbilder

Behandelt werden können – vorausgesetzt o. g. Kriterien inkl. weitgehender Selbstständigkeit sind erfüllt – Funktionsstörungen und Folgeschäden nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen, funktionelle Störungen des Bewegungsapparates mit Ausnahme von psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne, Funktionsstörungen und Folgeschäden von degenerativen und traumatischen Erkrankungen des Skelettsystems, der Muskeln und des Bindegewebes. Weiterhin leichte Funktionsstörungen, die auf gefäßbedingte (d. h. ischämische und hämorrhagische) Erkrankungen von Gehirn und Rückenmark zurückzuführen sind sowie leichte Residuen bei Zustand nach Schädel-Hirn-Verletzungen mit entsprechenden Bewegungsstörungen. Nicht geeignet sind multimorbide Patienten mit traumatischen Zuständen, die eine stationäre Behandlung erfordern, mit schweren Systemerkrankungen, mangelnder Motivation und Mitarbeit sowie mangelnder Mobilität. Ziel der AGR ist es, dem Patienten neben der Verbesserung der Funktionsstörungen und Folgeschäden von akuten oder chronischen Erkrankungen, die Bewältigung des eigenen, durch Erkrankungen eingeschränkten, aktiven Lebens wieder zu ermöglichen, wozu auch die Teilnahme am sozialen Leben zählt. ■

Dr. Katrin Hillermann,
Oberärztin der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,

Dr. Thomas Brabant,
Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,

Krankenhaus St. Joseph-Stift, Bremen

Mobile Geriatrische Rehabilitation schließt Versorgungslücke

Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen üblicherweise stationär oder zunehmend auch ambulant. Durch Änderung des § 40 Abs. 1 SGB V im Jahr 2007 wurde als neue Versorgungsform die mobile Rehabilitation gesetzlich verankert.

Die mobile Rehabilitation findet im üblichen Wohnumfeld der Rehabilitanden statt, also in der eigenen Wohnung oder auch z. B. in einer Pflegeeinrichtung und schließt damit eine bisherige Versorgungslücke. Ursächlich für die Gesetzesänderung waren die positiven Erfahrungen mit verschiedenen öffentlich geförderten Pilotprojekten im Bundesgebiet, deren Evaluation sowohl ein positives Outcome als auch Wirtschaftlichkeit dieser besonderen Rehabilitationsform zeigte.

Mobile Rehabilitation ist dann indiziert, wenn ein Rehabilitationsbedarf besteht, die Rehabilitanden aber wegen besonderer Kontext- oder Umweltfaktoren auf ihr gewöhnliches Wohnumfeld angewiesen sind. Dies ist dann der Fall, wenn sie von einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme nicht oder weniger profitieren würden, weil nur unter den besonderen Bedingungen der Häuslichkeit alltagsrelevante Rehabilitationsziele formuliert werden können, eine positive Rehabilitationsprognose besteht und insbesondere die erreichten Fortschritte im Rahmen der Rehabilitation auch nur dort in den Alltag übertragen werden können.

Mobile Rehabilitation ist also nicht dem Wunsch der Rehabilitanden anheim gestellt, sie unterliegt einer strengen Indikationsstellung. Dies ist auch inhaltlich und wirtschaftlich sinnvoll, da aufgrund des hohen Personaleinsatzes (Fahrtzeiten, ausschließlich langjährig erfahrenes Personal, keine Gruppentherapie usw.) die Vergütungssätze über denen der ambulanten Rehabilitation liegen. Mobile Rehabilitation ist nicht auf spezifische medizinische Fachgebiete beschränkt. In den Pilotprojekten wurden sowohl geriatrische als auch jüngere neurologische Patienten rehabilitiert. Ebenso Menschen mit geistiger oder auch Mehrfachbehinderung, die von üblichen Rehabilitationsmaßnahmen nicht profitieren konnten. Momentan liegen nur für die geriatrische Klientel die Rahmenempfehlungen zur mobilen Geriatrischen Rehabilitation vom 1. Mai 2007 vor. Danach muss ein geriatrischer Rehabilitationsbedarf – z. B. nach Schenkelhalsfraktur, Schlaganfall oder aufgrund einer sich verschlechternden chronischen Erkrankung – vorliegen. Zusätzlich müssen die spezifischen Indikations- und Zuweisungskriterien der Tabelle 1 erfüllt sein. Die Behandlung erfolgt im multiprofessionellen Team. Da die einzelnen Teammitglieder jeweils die Häuslichkeit der Rehabilitanden aufsuchen, ist eine besonders intensive Abstimmung untereinander erforderlich.

Ein Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern ist erforderlich, dies sind in der Regel die Krankenkassen. Mobile Rehabilitation ist also nicht vergleichbar mit der Abgabe von einzelnen Heilmitteln wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie (Tabelle 2).

Zuweisungskriterien		
1	Umfassende Anwesenheit von Bezugspersonen erforderlich	und/oder
2	Verbleib im adaptierten Wohnumfeld erforderlich	und/oder
3	Rehabilitationserfolg aus der ambulanten/stationären Rehabilitation nicht in die gewohnte Umgebung übertragbar	und
A	Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen (z. B. Kognition, Aufmerksamkeit, etc.)	oder
B	Erhebliche Schädigung mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art (z. B. Angst, Unruhe, demenzielle Begleitsyndrome)	oder
C	Erhebliche Schädigung der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion	oder
D	Erhebliche Schädigung der Seh- und Hörfunktion	

Tab. 1: Indikationskriterien der mobilen Geriatrischen Rehabilitation.

Bestandteile

- Ärztliche Betreuung (in Kooperation mit dem niedergelassenen Arzt)
- Rehabilitationsdiagnostik (geriatrisches Assessment)
- Physiotherapie/Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Klinische Psychologie/Neuropsychologie
- Rehabilitative Pflege
- Sozialarbeit
- Ernährungsberatung

Tab. 2: Behandlungselemente der mobilen Geriatrischen Rehabilitation.

Sie belastet auch nicht das ärztliche Budget. In Bremen wurde im Mai 2011 die Mobile Reha Bremen GmbH gegründet, eine gemeinsame Gesellschaft der Bremer Heimstiftung und der Gesundheit-Nord gGmbH. Die Verhandlungen mit den Kostenträgern über einen Versorgungsvertrag stehen kurz vor dem Abschluss. Nach Abschluss eines Versorgungsvertrages wird für die mobile Rehabilitation der gleiche Zuweisungsmodus wie für andere Formen der ambulanten und stationären Rehabilitation gelten, das heißt sie wird im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder direkt aus dem häuslichen Milieu heraus stattfinden. In allen Fällen wird dies ein Antragsverfahren und die vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse voraussetzen. ■

Dr. Rudolf Siegert,
Medizinischer Geschäftsführer
der Mobile Reha GmbH, Bremen

Evidenzbasiertes repetitives Training im Arm- und Ganglabor

Die neurologische und geriatrische Rehabilitation hat durch den demographischen Wandel in den letzten 15 Jahren eine wesentliche Änderung erlebt.

Vor 15 Jahren war der Anteil von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma in der neurologischen Rehabilitation höher, heute dominieren die zerebrovaskulären Erkrankungen. Auch in der geriatrischen Rehabilitation sind die zerebrovaskulären Erkrankungen unverändert stark vertreten. Der Anteil überlebter Schlaganfälle ist durch die flächendeckende Einführung der Stroke-Units mit besseren Interventionsmöglichkeiten stark angestiegen. Gleichzeitig ist es im Bereich der Rehabilitation seit den 90er-Jahren zu einer verstärkten wissenschaftlichen Evaluation gekommen. Waren die 80er- und 90er-Jahre noch vom „Schulenstreit" der Physiotherapie zwischen Bobath, Progressiver Neuromuskulärer Fazilitation und Vojta geprägt, hat hier mittlerweile mit hohem Evidenzgrad die fehlende Überlegenheit einzelner Schulen Eingang in die Leitlinien gefunden (z. B. Leitlinie der DGNR zur motorischen Rehabilitation des Schlaganfalls).

Heutige Ansätze der motorischen Rehabilitation stellen die möglichst frühzeitige Wiederherstellung der Funktion der betroffenen Extremität in den Vordergrund. Wesentliches Element ist eine hohe Wiederholungsrate mit Ausrichtung der Übung auf die zu erzielende Funktion. Zur Ermöglichung dieser hohen Wiederholungsrate wurden seit Beginn der 90er-Jahre zahlreiche Geräte entwickelt und erstmals hiermit auch Therapieverfahren der Rehabilitation wissenschaftlich evaluiert. Dies fand Eingang in die evidenzbasierten Empfehlungen der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Gesellschaft für neurologische Rehabilitation). Im Folgenden werden die im Klinikum Bremen-Ost verwendeten Geräte und die differenzierten Indikationen in einem abgestimmten Setting dargestellt.

Rehabilitation des Gehens (Beinlabor)

Ziel der Rehabilitation ist die weitestgehend selbständige Fortbewegung. Das Stehen wird zunächst durch die sog. Vertikalisierung im Stehbrett oder Stehpult vorbereitet. Für die Lokomotion wurden ausgehend von den Erkenntnissen über die Plastizität des Gehirns neben dem Laufband mit Gewichtsentlastung u. a. elektromechanische Gangtrainer entwickelt. Wir nutzen seit 2007 den GT1™, für den in einer multizentrischen Studie mit zunächst gehunfähigen Patienten die Überlegenheit gegenüber einer alleinigen konventionellen Therapie gezeigt wurde und der Eingang in die Leitlinien gefunden hat. Praktisch können hier bereits nicht-gehfähige Patienten gewichtsentlastet in einem Fallschirmgurt gesichert werden, komplexe Gangzyklen mit Stand- und Schwungbeinphase werden simuliert. Eine physiotherapeutische Unterstützung zur Hüft- und Kniegelenksstabilisierung ist ggf. notwendig. Die Belastungssteigerung findet über eine geringer werdende Gewichtsentlastung statt. Im Verlauf kann dann weiterführend die Laufbandtherapie eingesetzt werden. Auch hier ist üblicherweise der Patient in einem Gurt gesichert, gewichtsentlastet ist eine möglichst große Anzahl von Schritten das Ziel. Von Vorteil ist bei dieser Therapie, dass anders als bei Übungen auf ebenem Boden, über eine Steigung des Laufbandes der Schweregrad variiert werden kann. Nachfolgende Therapien finden dann am Handlauf oder im freien Gehen ggf. mit Gehhilfsmitteln statt. Eine zunehmende Spastik hat sich unter

Abb. 3

Trainingsraum. Im Bild sind u. a. zu sehen: Elektromagnetischer Gangtrainer GT1™ und Laufband mit T-Support-System.

Abb. 1

Abb. 2

Abb. 1: GT1™-Training mit Knieführung.

Abb. 2: Laufbandtraining.

Abb. 3 und 4: Motorische Therapie mit dem Bi-Manu-Track™.

Abb. 5: Eigenständiges Training am Reha-Slide™.

Abb. 4

Abb. 5

diesen Interventionen nicht gezeigt. Die ergänzende Therapie auf der Vibrationsplatte ist im Gegenteil in der Lage, Spastiken zu reduzieren. In der Geriatrie kann sie zusätzlich zur Behandlung der Harninkontinenz oder der Osteoporose eingesetzt werden. Prinzip ist hier die reflektorische Aktivierung der Muskulatur des Beckenbodens bzw. der Rumpfmuskulatur.

Rehabilitation der Armfunktion (Armlabor)

Während es im Bereich der Bein- und Gangrehabilitation auch bei im akuten Stadium gehunfähigen Patienten mittlerweile gut etablierte Verfahren gibt, fehlen diese für die Behandlung hochgradiger bis vollständiger Paresen der oberen Extremität noch. Betrachtet man Häufigkeit und funktionale Schwere von Armlähmungen nach Schlaganfall, so zeigt sich keine lineare, sondern eine zweigipflige Verteilung: neben den hochgradigen bis vollständigen Paresen zeigen sich in einem zweiten Gipfel nur mittelgradig bis gering funktionell relevante Paresen (Platz, 2009 Neurol Rehab 15 (2) 81–106).

Abhängig vom Ausprägungsgrad der Paresen werden verschiedene Armtrainingsgeräte verwendet, die in abgestufter Reihenfolge zunächst eine starke Führung des betroffenen Armes ermöglichen (Bi-Manu-Track™). Mit zunehmender Eigenfunktion kommen dann Geräte zum Einsatz, die ein stärker bilaterales Training ermöglichen (Reha-Slide™, Reha-Slide-Duo™). Über eine verbundene PC-Maus können einfache, in Spielform gestellte Aufgaben am PC als zusätzliche Motivation absolviert werden. In einer Therapieeinheit von 30 Minuten können so bis zu 400 Bewegungszyklen erreicht werden.

Die bisherigen therapeutischen Ansätze bei hochgradigen Paresen begannen – übrigens übereinstimmend mit dem Bobath-Konzept – von proximal. Ein zusätzlicher neuer Ansatz bei hochgradigen bis vollständigen Lähmungen ist ein distales Training mit zunächst passiver Hebung und Senkung der Finger mit propriozeptiver Stimulation bei gleichzeitiger zusätzlicher Reizung des Vibrationsempfindens. Hypothetischer Ansatz ist neben rein mechanischer „Durchbewegung" des Muskel-/Sehnen-/Gelenkapparates zur Vermeidung von sekundären Einsteifungen das große kortikale Repräsentationsfeld der Hand sowie der Finger. Zumindest kleinere Arbeiten zeigen eine Minderung von Fingerbeugespastik, größere Arbeiten stehen noch aus.

Therapieentwicklung im Arm- und Beinlabor

Im Arm- und Beinlabor erfolgt die Behandlung durch spezialisierte Therapeuten anhand eines abgestuften Therapie- und Trainingsprogramms, wobei für die Auswahl der Therapiegeräte und die Intensität des Trainings das Ausmaß der Beeinträchtigung von Arm- und Beinfunktion ausschlaggebend ist. Es resultiert eine Intensivierung der Therapie durch Einsatz von Geräten; Der Funktionsgewinn wird sodann im Rahmen weiterer Einzeltherapie in alltagsrelevante Fähigkeiten integriert. ■

Dr. Matthias Elsner,
Oberarzt Neurologische Frührehabilitation,

Dr. Rudolf Siegert,
Chefarzt des Instituts für Physikalische und Rehabilitative Medizin und der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,

Klinikum Bremen-Ost, Bremen

Bio-psycho-soziale Gesamtschau in der orthopädischen Reha

Im Rahmen einer orthopädischen Rehabilitation werden nicht nur die körperlichen Beschwerden mit geeigneten Therapien behandelt. Unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation werden auch psychische und soziale Belange in die Behandlung miteinbezogen.

Aus der bio-psycho-sozialen Gesamtschau ergibt sich ein passgenauer, individueller Therapieplan mit dem Ziel, den Patienten sowohl hinsichtlich seiner eingeschränkten Körperfunktionen und -strukturen als auch hinsichtlich der Beeinträchtigungen im Bereich der persönlichen Aktivitäten sowie der sozialen und beruflichen Teilhabe zu behandeln. Basis für diese Leistungen ist die aktuelle Gesetzesgrundlage (§ 26 SGB IX), wenn dadurch „Behinderungen oder chronische Erkrankungen abgewendet, beseitigt oder gemindert sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vermieden oder eine Verschlimmerung verhindert werden können“.

Ziele der orthopädischen Rehabilitation

- Wissensvermittlung im Umgang mit der Erkrankung
- Linderung von Schmerzen bei chronischen Schmerzpatienten durch Krankheitsakzeptanz und Krankheitsbewältigungskompetenz
- Beseitigung/Reduzierung von Schmerzen und Schwellungen bei postoperativen Zuständen
- Verbesserung der Beweglichkeit und Belastbarkeit
- Verbesserung der Funktionen des Halte- und Stützapparates durch Training von Kraft und Ausdauer
- Verbesserung der psychischen Verfassung
- Überwindung reaktiver Depressionen
- Erlernen von Stressbewältigungsverfahren
- Erlernen von Kompensationsstrategien
- Reduzierung/Beseitigung der Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe
- Hilfen bei der Vermeidung schädlicher Verhaltensweisen oder negativer Umwelteinflüsse
- Motivation zur Verhaltensänderung für einen gesünderen Lebensstil

Therapien in der orthopädischen Rehabilitation

- ärztliche Therapien medikamentöse (Schmerz-)Therapie, Manuelle Medizin, Neuraltherapie, Wundversorgung, Akupunktur)
- Sport-, Physio- und Ergotherapie (einzeln und in der Gruppe), zum Training von Kraft, Ausdauer und Bewegungsabläufen sowie zur Verbesserung der Belastbarkeit
- ggf. Logopädie
- physikalische Therapien zur Schmerzlinderung sowie zur Unterstützung der Wirkung von bewegungstherapeutischen Behandlungen
- arbeitsplatzbezogene Ergotherapie zur Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf oder zur Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung
- psychologische Interventionen bei ärztlicherseits identifiziertem Bedarf
- Teilnahme am Schmerzbewältigungsseminar zur Wissensvermittlung und zur Anwendung bei Schmerzen
- umfassendes Gesundheitstraining: Arzt- und Therapeutenvorträge zum Krankheitsbild, z. B. potentielle Auslöser und Folgen; Ernährungsberatung einschließlich Lehrküche; Motivation zur regelmäßigen Bewegung im Alltag; Vermeidung von Risikofaktoren; Erlernen von Stressbewältigungstechniken (Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training oder auch Musiktherapie)
- Sozialberatung in allen beruflichen und sozialen Belangen

Diese Voraussetzungen erfüllen viele orthopädische Patienten. Als Beispiele seien hier genannt: Patienten mit chronischen Rücken- oder Gelenkschmerzen, arthrosebedingtem Gelenkersatz, mit deformierter Wirbelsäule oder veränderter Knochendichte oder nach Operationen an Wirbelsäule, Knochen oder Gelenken. Die Rehabilitationsleistung kann entweder im Rahmen einer „stationären", „ambulanten" oder „stationär und ambulanten" Rehabilitationsmaßnahme (Hybrid-Modell) erbracht werden. Um eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen zu können, muss der Patient körperlich und geistig in der Lage sein aktiv an den Therapien teilzunehmen und es muss eine positive Rehaprognose dahingehend bestehen, dass der Patient im Rahmen eines in der Regel 3-wöchigen Aufenthalts ein zuvor gemeinsam definiertes Rehaziel erreichen kann. Oft ist für die Behandlung von multimorbiden älteren Patienten geriatrische Fachkompetenz notwendig.

Bei der Behandlung im Rahmen einer Reha-Maßnahme liegt der Vorteil im ganzheitlichen Ansatz. Es ist möglich, neben den körperlichen Symptomen auch den jeweiligen psychischen und sozialen Kontext zu berücksichtigen. Dies geschieht bereits bei der Aufnahme des Patienten, der neben der ärztlichen Befundaufnahme von allen Therapeuten und dem Pflegedienst umfassend befragt und entsprechend beurteilt wird. Auf diese Weise entsteht ein umfassender Gesamteindruck, positive und negative Kontextfaktoren können identifiziert werden und ein passgenauer, individueller Therapieplan erarbeitet werden. Die Reha-Maßnahme setzt sich, abgeleitet von den erreichbaren Zielen (siehe Kasten 1), zumeist aus einer Kombination von Therapien (siehe Kasten 2) zusammen. Die Umsetzung der Ziele erfolgt auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Das bedeutet, dass dem Patienten eine Behandlung zu Teil wird, die ihm eine Wiedereingliederung in sein soziales und ggf. berufliches Umfeld ermöglichen soll, unter möglichst weitgehender Beibehaltung seiner persönlichen Aktivitäten. Über die Inhalte und Ergebnisse der Rehabilitation wird der behandelnde Arzt im Reha-Entlassungsbericht informiert. ■

Dr. Manju Guha,
Ärztliche Direktorin der
Rehaklinik am Sendesaal, Bremen

Anzeige

Ambulante kardiologische Rehabilitation in Bremen

Ambulant vor stationär, dieser Trend in Deutschland hat sich auch in den Reha-Sektor fortgesetzt und wurde in Bremen bereits vor zwölf Jahren Realität, indem das RehaZentrum Bremen gegründet wurde.

Seit dem Gründungsjahr 2000 mit der Indikation „Orthopädie" und dem Umzug im Jahre 2002 an das Klinikum LDW mit Aufnahme der Indikation „Kardiologie", etablierte sich das RehaZentrum Bremen als das ambulante Kompetenzzentrum für Rehabilitation in Bremen. Unter Federführung der DRV Bund entwickelte sich auch die Abteilung Kardiologie stetig weiter und erfreute sich rasch einer hohen Akzeptanz bei den Patienten, Zuweisern und Kostenträgern. Die Kapazität konnte kontinuierlich auf heute 50 kardiologische Plätze ausgebaut werden. Als erstes ambulantes RehaZentrum deutschlandweit hat das RehaZentrum Bremen im April 2012 das Qualitätssiegel EQR verliehen bekommen.

Die kardiologische Fachabteilung des RehaZentrums Bremen verfügt über jahrzehntelange Erfahrungen in der Umsetzung ambulanter Reha-Maßnahmen. Die Besonderheit liegt in der Anbindung und in der engen Kooperation mit dem überregional bekannten Herzzentrum am Klinikum LDW; dieses gibt den Patienten zusätzlich die nötige Sicherheit. Einschränkungen der Wegefähigkeit sind in der Regel unproblematisch, da der Patiententransport in das RehaZentrum Bremen per Fahrdienst organisiert und gewährleistet werden kann.

Die Lebensstiländerung und Verminderung von Risikofaktoren steht in der kardiologischen Rehabilitation an vorderster Stelle. Die Rehabilitation ist gezielt ausgerichtet auf eine nachhaltige Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Patienten. Viele Menschen leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems. Fehlende Bewegung, falsche Essgewohnheiten und der übermäßige Gebrauch von Nikotin oder Alkohol gehören zu den Ursachen. Die Patienten und auch deren Angehörige lernen, wie Sie gezielt trainieren, um ihr Herz-Kreislaufsystem langfristig zu unterstützen. Ein qualifiziertes Mitarbeiterteam, u. a. bestehend aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Sozialpädagogen, hilft die Krankheit zu verstehen sowie Sorgen, Ängste und chronische Schmerzen zu bewältigen. Es ist das Rehaziel, den Patienten schnell und nachhaltig wieder an dem alltäglichen Leben – Sport, Freizeit und Beruf – teilhaben zu lassen.

Die Voraussetzungen sind zu unterscheiden in „Reha vor Rente" und „Reha vor Pflege".

1. Reha vor Rente: In der Regel sind die Gesetzlichen Rentenversicherungen oder die Gesetzlichen Krankenversicherungen die zuständigen Kostenträger der medizinischen Reha, der Anschlussheilbehandlung (AHB) oder der Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM). Nach Antragseingang klären die Kostenträger untereinander die Zuständigkeit ab. Daher ist für alle Erwerbstätigen, Arbeitsuchenden oder auch Bezieher einer Rente wegen Erwerbsminderung die Rentenversicherung der richtige Ansprechpartner.

2. Reha vor Pflege: Die Gesetzliche Krankenversicherung greift als Kostenträger vor allem bei Kindern und Jugendlichen, bei nicht berufstätigen Erwachsenen und bei Rentnern.

Eine AHB schließt sich immer an einen Krankenhausaufenthalt an. Das Besondere einer AHB ist, dass sie innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung angetreten werden muss. Zudem muss eine AHB direkt über den Sozialdienst der behandelnden Klinik beantragt werden. Eine ambulante Rehabilitation kann auch unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt erfolgen. Hier kann der Antrag über den niedergelassenen Arzt gestellt werden oder auf Veranlassung der Rentenversicherung bzw. der Krankenkassen (MDK) erfolgen.

Das RehaZentrum Bremen setzt durch engen Kontakt zu Krankenhäusern und Kliniken, den niedergelassenen Ärzten, Sozialleistungsträgern, Rentenversicherungen, gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Arbeitgebern und Betriebsärzten, Physiotherapeuten, Sanitätshäusern, Universitäten und Fachhochschulen, Selbsthilfegruppen, Berufsförderungswerken und Integrationsfachdiensten auf ein gewachsenes, eingespieltes Netzwerk am Standort. So ist ein ständiger Informationsfluss möglich, ein nahtloser Übergang von einem Sektor zum nächsten meist ohne Probleme durchführbar und die Teilhabe im Alltag und Beruf oftmals über direkte Kontaktwege realisierbar. Die ambulante kardiologische Rehabilitation ist eine Chance für die Menschen in Bremen und Umgebung. ■

Kardiologische Indikationen für eine Reha

- AVK, KHK, Z. n. Stent-Implantation oder Z. n. Bypass-OP
- Operativ behandelte, angeborene oder erworbene Herzfehler
- Operationen im Bereich der Bauch- oder Brustaorta
- Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen
- Z. n. Implantationen von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren
- Komorbidität (z. B. Diabetes mellitus, Adipositas, Stoffwechselstörungen)

Dr. Anke Cordes,
Gesamtärztliche Leitung,
RehaZentrum Bremen, Bremen

Widerstand gegen Honorarbeschluss

Der jüngste Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Anhebung des Orientierungswertes um niedrige 0,9 Prozent brachte das Fass zum Überlaufen. In Berlin setzten Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein deutlichen Zeichen dagegen. Auch eine starke Bremer Delegation war vor Ort.

Wer im großen Saal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) keinen Sitz- oder Stehplatz mehr bekommen hatte, konnte draußen und in den anderen Räumen auf Leinwänden die Reden miterleben, und sogar die aufgeladene Stimmung im Saal war dort zu spüren. „Außergewöhnliche Umstände erfordern außergewöhnliche Mittel“, hob KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler zu einer fulminanten Rede an. Deshalb habe die KBV gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die heutige Sondervertreterversammlung einberufen und dazu auch die Vertreterversammlungen der KVen sowie die Berufsverbände eingeladen. „Die Resonanz ist eindeutig“, stellte Köhler im überfüllten Saal fest.

Der KBV-Vorstandsvorsitzende kritisierte aufs Schärfste die Krankenkassen, die sich offenbar auf einem Kreuzzug gegen die Ärzte befänden, auf dem die Steigerung des Orientierungswertes um 0,9 Prozent im Erweiterten Bewertungsausschuss nur der jüngste Höhepunkt sei. „Die Sicherstellung der Patientenversorgung und eine angemessene Vergütung sind zwei Seiten derselben Medaille! Wenn diese notwendigen Bedingungen nicht erfüllt werden können, dann darf es keine Tabus mehr geben“, rief Köhler unter heftigem Applaus. „Dann müssen wir über den Sicherstellungsauftrag neu nachdenken.“ Wieder unterbrach ihn anhaltender Beifall. Und Kenner der Szene waren durchaus überrascht, dass der KBV Chef den Sicherstellungsauftrag in Frage stellt, weil er gemeinhin als starker Verfechter gilt. Köhler: „Nicht obwohl, sondern weil wir den Sicherstellungsauftrag haben, können wir nicht länger stillhalten und alles erdulden.“

Köhler forderte den Bundesgesundheitsminister auf, den Beschluss zu beanstanden, und kündigte an, Klage vor dem Sozialgericht Berlin-Brandenburg zu erheben. „Sollte kein Umdenken bei den Krankenkassen und auch in der Politik stattfinden, dann können wir die flächendeckende ambulante Versorgung in diesem Land nicht länger garantieren. Wenn der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses rechtsgültig und rechtskräftig wird, müssen wir die Diskussion um den Wert des Sicherstellungsauftrages zwingend führen. Für begrenzte Finanzmittel kann es auch nur ein begrenztes Leistungsangebot geben!“, erklärte Köhler unter zustimmenden Rufen und dem Heulen der mitgebrachten Sirenen. Es dürfe keine Tabus mehr geben.

„Nur so werden wir die gesetzlichen Krankenkassen zur Rückbesinnung auf ihre originäre Funktion bewegen, nämlich, das Versicherungsrisiko für ihre Versicherten zu tragen und eine gute Versorgung zu organisieren.“ Geschlossen stand das Auditorium auf, um dem KBV-Vorstandsvorsitzenden mit Ovationen seine Unterstützung zu bekunden.

Der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Frank Ulrich Montgomery überbrachte den Niedergelassenen die volle Unterstützung und Solidarität der Ärztekammern. „In der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen geht es längst nicht mehr nur um die Höhe des Orientierungswertes bei den Arzthonoraren. Es geht um grundsätzliche Fragen der ärztlichen Berufsausübung. Wir müssen unsere Würde zurückholen, die wir brauchen, um die Patientenversorgung leisten zu können“, sagte Montgomery. Dies betreffe nicht nur die Niedergelassenen, sondern die Krankenhausärzte ganz genauso. „Das müssen wir gemeinsam ausfechten, im Interesse der Patienten!“

Montgomery appellierte, bei allem nicht zu vergessen, dass der Patient der Unterstützer der Ärzte sei. Der Protest müsse in erster Linie auf die Krankenkassen zielen und in zweiter Linie auf die Politik. „Denn diese ist gefordert, das Kartell der Kassen mit gesetzlichen Mitteln zu brechen.“ Den hunderten von anwesenden Ärzten und Psychotherapeuten rief er zu: „Sie haben die Unterstützung aller Ärzte in Deutschland. Wir werden das gemeinsam machen!“

Schließlich verabschiedeten die versammelten Ärzte und Psychotherapeuten aus den KVen, den Kammern und den Berufsverbänden als Zeichen der Einigkeit und Solidarität eine Resolution gegen die Diffamierung durch die Krankenkassen. Der vollständige Resolutionstext ist auf der Homepage der KV Bremen zu finden. ■

Christoph Fox,
KV Bremen

Haben Bremen am 1. September 2012 in Berlin vertreten (v.l.): Dr. Frauke Rancke, Dr. Maya Trapp, Dr. Hans-Michael Mühlenfeld, Dr. Rudolf Weiß, Dr. Stefan Trapp, Günter Scherer, Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, Dr. Jörg Hermann, Dr. Rolf-Rüdiger Leibecke, Dr. Hans Nadolny. Auf dem Bild fehlen: Dr. Andreas Umland und Dr. Gerd Praetorius.

GeNo-Bürgschaft: KV Bremen ruft Brüssel an

Die Kritik der Vertreterversammlung der KV Bremen an der Bürgschaft für das GeNo-MVZ hat die Politik nicht wachgerüttelt. Jetzt beschäftigen sich europäische Wettbewerbshüter mit der Sache. Die KV Bremen hat eine Beschwerde bei der Europäischen Kommission eingereicht.

„Die Finanzierung des MVZ Ambulanz Bremen am Klinikum Bremen-Mitte widerspricht geltendem Recht und bedeutet einen Affront gegen die Kassenärzte im Land Bremen." Mit deutlichen Worten hat sich die Vertreterversammlung der KV Bremen bereits am 11. Oktober 2011 in einer Resolution gegen eine Bürgschaft in Höhe von acht Millionen Euro für ein MVZ der Krankenhausholding Gesundheit Nord (GeNo) gewandt. Die Tatsache, dass der GeNo eine Anschubfinanzierung zur Gründung eines MVZ gewährt worden ist, ist bisher nicht offen kommuniziert worden und erschließt sich auch nur bei genauer Durchsicht des Krankenhausinvestitionsplans. Für die Mitglieder der KV-Vertreterversammlung haben sich schon im Oktober 2011 zwei Fragen aufgedrängt: Was hat die Gründung eines MVZ mit Krankenhausfinanzierung zu tun? Und warum wird hier ein Mitbewerber im ambulanten Bereich gefördert?

Weil diese Fragen von der Politik unbeantwortet blieben, hat die KV Bremen nun rechtliche Schritte eingeleitet und den Vorgang an die Generaldirektion „Wettbewerb" der Europäischen Kommission in Brüssel gegeben. Ein ungewöhnlicher Schritt, den der Vorstandsvorsitzende der KV Bremen, Dr. Jörg Hermann, wie folgt kommentiert: „Eine Wettbewerbsverzerrung ist hier geradezu greifbar. Wir können im Interesse unserer Mitglieder nicht tatenlos zuschauen." Der ausgewiesene Verwendungszweck im Krankenhausinvestitionsprogramm zeigt eindeutig, dass diese Bürgschaft gerade nicht zur Krankenhausinvestitionsförderung, sondern im Gegenteil ausschließlich zur Schaffung von ambulanten Strukturen außerhalb des Krankenhauses gewährt worden ist. Die Verantwortlichen müssen sich somit fragen lassen, weshalb diese Bürgschaft nicht als separate Bürgschaft zur Finanzierung eines an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers offengelegt worden ist. Die Antwort dürfte auf der Hand liegen: Vermutlich hätte dies eine intensive öffentliche Diskussion nach sich gezogen, denn es ist wohl kaum anzunehmen, dass niedergelassenen Ärzten oder einem nicht kommunalen Krankenhaus ebenfalls eine Bürgschaft in dieser Höhe zur Gründung eines MVZ gewährt worden wäre.

Problematisch ist darüber hinaus, dass die Stadt bzw. das Land Bremen schlussendlich trotz mehrfacher gesellschaftsrechtlicher Verschachtelungen zumindest mittelbar „auf beiden Seiten" steht, also sowohl auf der Seite derjenigen Verantwortlichen, die die Bürgschaft erteilt haben als auch auf der Seite der GeNo, die die Bürgschaft zur Absicherung ihrer Darlehen verwendet hat. Das mittelbare „auf beiden Seiten Stehen" mag zwar immer dann, wenn kommunal betriebene Einrichtungen betroffen sind, kaum vermeidbar sein, gleichwohl regt diese Konstellation zum Nachdenken an. Ferner stimmt nachdenklich, dass das MVZ, das zwischenzeitlich zugelassen worden ist, gar nicht unmittelbar von der GeNo betrieben wird. Auch hier existieren wiederum gesellschaftsrechtliche Verschachtelungen, die jedoch nichts an der Tatsache ändern, dass die jetzige Trägerin des MVZ rechtlich selbstständig ist. Weshalb nicht dieser Trägerin, sondern der nur mittelbar beteiligten GeNo die Bürgschaft gewährt worden ist, kann die KV Bremen nicht nachvollziehen.

Es tun sich also viele Fragen auf. Vielleicht liefert Brüssel einige Antworten. ■

Marion Bünning,
KV Bremen

Beratung für Impf- und Reisemedizin

Das Gesundheitsamt Bremen bietet eine Beratung für Impf- und Reisemedizin an. Das Beratungsangebot können Sie in den Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes in der Horner Straße 60–70 oder per Telefon wahrnehmen. Die telefonische Beratung findet immer montags bis mittwochs zwischen 13.00–15.00 Uhr, donnerstags von 9.00–12.00 Uhr und freitags zwischen 10.00–12.00 Uhr unter der Telefonnummer 0421/361-85 85 statt. Außerdem können im Gesundheitsamt Bremen auch Impfungen vorgenommen werden. Hierzu ist eine Terminvereinbarung erforderlich. Die Impfungen sind kostenpflichtig und werden gemäß der Gesundheits-Kostenverordnung berechnet.

Telefonische Beratung
Montag bis Mittwoch
13.00–15.00 Uhr
Donnerstag 9.00–12.00 Uhr
Freitag 10.00–12.00 Uhr

Kontaktdaten
Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60–70
28203 Bremen
Telefon: 0421/361-85 85

Auch Impftermine werden unter Telefonnummer 0421/361-85 85 vereinbart.

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Veranstaltungsinformationen

Fit für den Facharzt

Chirurgie
Perioperatives Management – (k)eine Aufgabe für Chirurgen?
Referent: Prof. Dr. H. Wenk, Bremen
Termin: 9. Oktober 2012, 18.00–19.30 Uhr

Innere Medizin
Lungenfunktion und Blutgasanalyse – was der Internist wissen sollte!
Referent: Prof. Dr. D. Ukena, Bremen
Termin: 9. Oktober 2012, 19.00 – 20.30 Uhr

Radiologie
Akutes Abdomen Teil II:
Was will der Chirurg vom Radiologen wissen?
Referenten: Dr. A. Sternberg, Dr. C. Yildirim
Termin: 16. Oktober 2012, 18.00–19.30 Uhr
Die Veranstaltungen sind kostenfrei (2 PKT)

Arbeitskreis Hämotherapie
Fortsetzung der Reihe zu unerwünschten Nebenwirkungen von Transfusionen mit den Themen: Transfusionsassoziierte Lungeninsuffizienz; Notwendigkeit der Abklärung von positiven DAT; Rechtliche Vorgaben für krankenhauseigene Blutdepots.
Referentinnen: Claudia Grobwski, Dr. Katrin Dahse, Dr. Beate Zimmermann
Termin: 11. Oktober 2012, 19.00–21.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei (2 PKT)

Hygienebeauftragte(r) Ärztin/ Arzt
Modul 1 der strukturierten curriculären Fortbildung der BÄK „Krankenhaushygiene“
Termin: 17.–19. Oktober und 15.–16. November 2012, jeweils 9.00–16.00 Uhr
Kosten: 550,- Euro (40 PKT)

Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Vorstellung der neuen S2-Leitlinie
Kooperationsveranstaltung mit dem Landesgewerbearzt und der Berufsgenossenschaft Holz und Metall.
Referent: Xaver Baur, Hamburg
Termin: Termin: 7. November 2012, 19.00–21.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei (2 PKT)

Wo ist mein Geld geblieben? Erfolgreiches Forderungsmanagement
Sie haben gute Arbeit geleistet, sind für Ihre Patienten bei Ihren Lieferanten in Vorkasse getreten und jetzt das: Offene Liquidationen und Ausfälle. Dr. Daniel Combé zeigt Ihnen, wie Sie das Risiko im Vorfeld minimieren und was zu tun ist, wenn Sie Ihre Forderung gerichtlich durchsetzen müssen.
Termin: 7. November 2012, 16.00–18.30 Uhr
Kosten: 45,- Euro (ÄrztInnen), 30,- Euro (MFA) (3 PKT)

Als Arzt im Bereitschaftsdienst
Aller Anfang ist schwer. Frisch von der Uni ins Arbeitsleben gekommen, hat man vor dem ersten Bereitschaftsdienst Angst und Sorge, für Notfälle ausreichend gewappnet zu sein. Die Veranstaltung spannt deshalb einen großen Bogen über Probleme und Notsituationen aus der täglichen Praxis.
Termin: 9.–10. November 2012, Beginn 13.00 Uhr
Kosten: 100,- Euro (12 PKT)
Veranstaltungsort: Klinikum Bremen-Nord, Großer Konferenzraum

Psychosomatische Grundversorgung
Inhalt dieser Fortbildungsreihe ist der Erwerb von Kenntnissen in „Psychosomatischer Krankheitslehre“. Ziel ist vor allem, den Patienten leib-seelische Zusammenhänge zu erschließen und den Versuch zu unternehmen, mit pragmatischen Mitteln die Beziehung zwischen Arzt und Patienten therapeutisch zu nutzen.
Termin: 9.–10. November, 22.–23. November, 14.–15. Dezember 2012, 18.–19. Januar, 15.–16. Februar, 8.–9. März 2013. Freitags 17.00–19.30 Uhr, Samstags 10.00–17.00 Uhr
Kosten: 750,- Euro (60 PKT)

„Diagnose Krebs – Wie die schlechte Nachricht überbringen, wie weiter reden?“
Das Kompass Kommunikationstraining wird in Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft angeboten.
Termin: 8.–10. November 2012, Donnerstag 17.30 Uhr bis Samstag 14.00 Uhr, Vertiefung: 9. März 2013, 10.00–16.00 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Bremen
Kosten: 180,- Euro (23 PKT)

Sprechstunde Arbeits- und Gesundheitsschutz im betrieblichen Alltag
Hier erhalten Sie Antworten auf Ihre Fragen zur praktischen Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Auch die Schnittstellen zum Qualitätsmanagement werden behandelt – so ist ebenso die in Ihrer Praxis beauftragte Mitarbeiterin zum Kurs willkommen. Eine kurze Auffrischung des Theoriewissens rundet den Nachmittag ab.
Termin: 28. November 2012, 17.00–19.00 Uhr
Kosten: 30,- Euro pro Praxis (2 PKT)

EMDR-Fortgeschrittenenseminar
Kooperationsveranstaltung mit dem EMDR-Institut
Leitung: Dr. Michael Hase, Lüneburg
Termin: 30. November bis 2. Dezember 2012
Kosten: 550,- Euro/Frühbucher 510,- Euro (22 PKT)

Curriculum Transfusionsmedizin
Termin: 8.–9. Februar 2013, jeweils 9.00–18.00 Uhr
Kosten: 235,- Euro (16 PKT)

Die Veranstaltungen finden, sofern nicht anders angegeben, im Fortbildungszentrum der Ärztekammer Bremen am Klinikum Bremen-Mitte statt. Bei allen Veranstaltungen ist eine vorherige schriftliche Anmeldung notwendig. Nähere Informationen und Anmeldeunterlagen erhalten Sie bei der Akademie für Fort- und Weiterbildung, Tel.: 0421/3404-261/262; E-Mail: fb@aekhb.de (Friederike Backhaus, Yvonne Länger)

Autor dieser Rubrik ist der Bremer Fachanwalt für Medizinrecht **Claus Pfisterer**. Er zeichnet verantwortlich für den Inhalt.

Kontakt:
pfisterer@castringius.de

BGH-Urteil zu „Branchenbuch-Abzocke“

Ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofes (Urteil v. 26. Juli 2012, Aktenzeichen VII ZR 262/11) macht den Opfern der Anbieter von „Internet-Adressbüchern“ Hoffnung und sollte auch die vielen Amtsgerichte abschließend eines besseren belehren, die noch immer meinen, durch unbestellt zugesandte Korrekturabzüge könnten mehrjährige Verträge mit abstrusen Gebühren für wertlose Einträge in solchen Verzeichnissen zustandekommen. Nach Auffassung der Bundesrichter wird eine mit Übersendung eines Korrekturabzuges verbundene Preisklausel nicht Vertragbestandteil, wenn sie „nach der drucktechnischen Gestaltung des Antragsformulars so unauffällig in das Gesamtbild eingefügt ist, dass sie von dem Vertragspartner dort nicht vermutet wird“. Diese Annahme gilt sowohl für den privaten als auch für den gewerblichen oder freiberuflichen „Kunden“. Dass bei aufmerksamem Studium des Vordruckes die Kostenpflichtigkeit des Angebotes erkannt werden kann, spielt keine Rolle, weil der Empfänger drucktechnisch bei allen bekannten Formen dieses Tricks zur Erschleichung von Aufträgen durch den im Vordergrund stehenden Korrekturabzug abgelenkt wird. Dass ein mehrjähriger Vertrag mit hohen Kosten zustandekommt, braucht auch der geschäftlich Erfahrene, z. B. der Arzt in eigener Praxis, nicht anzunehmen, wenn vergleichbare Leistungen in zahlreichen Fällen auch unentgeltlich angeboten werden. Trotz des erfreulichen Urteils gilt: Lesen Sie Korrespondenz, bevor Sie diese unterzeichnen. Haben Sie keine Zeit zur Kenntnisnahme, dann legen Sie solche Schreiben zunächst beiseite. Mit der hier beschriebenen Masche haben Geschäftemacher jahrelang Millionenbeträge verdient – zum Teil mit Unterstützung von Gerichten, die von wirksamen Verträgen ausgingen und die „Kunden“ zur Zahlung verurteilten. Auch wenn das Urteil erhebliche allgemeine Bedeutung hat, werden neue „Geschäftsideen“, die auf die Irreführung des eiligen und abgelenkten Lesers zielen, nicht lange auf sich warten lassen. ■

21. Bremerhavener Gesundheitswoche – „Aktiv sein ist Lebensfreude“

Für Dr. Heidrun Gitter waren es als Präsidentin der Ärztekammer die ersten Grußworte zur Bremerhavener Gesundheitswoche, für Klaus Struck als Vorsitzenden des Fachgruppenausschusses eine vertraute Übung und für Prof. Dr. Ulrich Sander eine besondere Freude, denn er wurde mit dem Ehrenpreis der Gesundheitswoche für die Verdienste um die Gesundheit ausgezeichnet.

Nach einer gelungenen Eröffnungsveranstaltung gab es an fünf Tagen Vorträge und Workshops, die zeigten, dass es auch in der modernen Medizin einen Paradigmenwechsel gibt: „Aus dem früher meist angeratenen Ruheverhalten ist ein Streben nach Frühmobilisation geworden. Heute werden die Gelenke mobilisiert, die früher in Gipshülsen und Bandagen ruhiggestellt waren.“

An den Ständen der Messeausstellung und auf der großen Bühne der Stadthalle wurde das Publikum dazu angeregt umzudenken und mitzumachen. Und für die Schüler gab es an drei Tagen ein spezielles Programm, das u. a. durch „Leuchtende Augen“, „Küssen verboten“ und „Erste Hilfe – live dabei“ wieder für großes Interesse sorgte.

So lässt die ausgesprochen gute Resonanz die Veranstalter rund um den Fachgruppenausschuss bereits auf die 22. Gesundheitswoche im Jahr 2013 schauen. Und damit ist sicher, dass es auch im nächsten Jahr wieder ein spannendes Thema gibt, zu dem es die Menschen in die Stadthalle zieht. ■

Eröffnungsveranstaltung: 1. Reihe v. l: Dr. Ute Sander, Prof. Dr. Ulrich Sander (Ehrenpreisträger 2012), Dr. Klaus-Dieter Wurche, Dr. Heidrun Gitter.

Im Gespräch: Klaus Struck und Dr. Heidrun Gitter.

Aufführung der Herzsportgruppe.

Start ins Berufsleben – Sommerprüfung der Medizinischen Fachangestellten

Freisprechung in Bremen

141 Auszubildende haben im Juli die Prüfung zur Medizinischen Fachangestellten in Bremen und Bremerhaven bestanden.

Freisprechung in Bremerhaven

Nach drei Jahren und einer aufwändigen Prüfung, in der die ursprünglich 151 Auszubildenden sich in einem theoretischen und praktischen Teil bewähren mussten, war es geschafft. 141 Auszubildende haben ihre Zeugnisse und Briefe über die bestandene Prüfung erhalten. In Bremen waren es 111 Auszubildende und in Bremerhaven 30 Auszubildende, die ihren erfolgreichen Abschluss gefeiert haben. 87 Prozent der neuen MFA in Bremen haben bereits einen Arbeitsplatz. Diese Quote belegt deutlich wie hoch der Bedarf an Fachkräften in den Praxen ist. Ein besonderer Dank gilt daher den Praxen, in denen die neuen MFA ausgebildet wurden!

In Bremen haben zwei Medizinische Fachangestellte die Prüfung mit sehr gut bestanden: Daniela Frank aus der Praxis Dr. Heide Hengemühle, Wilfrid Lotz und Elisabeth Mandel aus der Praxis Dr. Günter Spatz und Partner. In Bremerhaven haben vier Medizinische Fachangestellte die Prüfung mit sehr gut bestanden: Maryna Mudrytska aus der Praxis Dr. Geert-Henning Marencke, Christina Schomacker aus der Praxis Dr. Jürgen Roehl, Britta Wärner aus der Praxis Dr. Dr. Jens. Meier und Heide Kliem aus der Praxis Dr. Jörg Austein, Phillip Kliem. ■

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Vertragsarztsitze und Vertragspsychotherapeutensitze

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen schreibt gemäß §103 (4) SGB V zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

Ärzte

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt:

- **einen nervenärztlichen Vertragsarztsitz**
- **zwei hausärztliche Vertragsarztsitze**
- **einen kinderärztlichen Vertragsarztsitz**
- **einen hälftigen orthopädischen Vertragsarztsitz (Teilausschreibung)**

Für den Planungsbereich Bremerhaven-Stadt:

- **einen gynäkologischen Vertragsarztsitz**

Psychotherapeuten

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt:

- **einen hälftigen Vertragsarztsitz eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes (Teilausschreibung)**

Für den Planungsbereich Bremerhaven-Stadt:

- **einen Vertragspsychotherapeutensitz eines psychologischen Psychotherapeuten**

Vorabinformationen können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen erfragt werden bei:
Manfred Schober Telefon: 0421-3404-332 Martina Plieth Telefon: 0421-3404-336

Bewerbungen um die Vertragssitze sind schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, zu richten.

Postvertriebsstück H 42085, Deutsche Post AG, Entgelt bezahlt.
Ärztekammer Bremen, Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen

Stellenmarkt

Frauenärztin zur Verstärkung
unseres dynamischen Teams für unsere gynäkologische Praxis in Bremen in Voll- oder Teilzeittätigkeit gesucht.
Chiffre 121001

FA Allgemeinmedizin
sucht Einstieg in GP in Bremen-Nord od. -Zentrum. KV-Sitz vorhanden.
praxiseinstieg@gmx.eu

Für unser **Plasmapherese-Center in Bremen** suchen wir baldmöglichst eine/n

Ärztin/Arzt in Teilzeit

10 - 15 Std./Woche (verschiedene Teilzeitmodelle sind möglich)

um die Spendereignungsuntersuchungen durchzuführen, Spendewillige über Plasmaspende und Gesundheitsrisiken zu informieren sowie den Ablauf der Plasmaspende zu überwachen.

Ihre Qualifikation:
Sie sind approbierte/r Arzt/Ärztin; zeigen Verantwortungs- und Einsatzbereitschaft und arbeiten gerne im Team; sind engagiert, kommunikationsfähig und kundenorientiertes Arbeiten ist für Sie kein Fremdwort.

Wir bieten Ihnen:
Einen Teilzeitarbeitsplatz mit geregelter Arbeitszeit (Einteilung nach Dienstplan, kein Nachtdienst, keine Rufbereitschaft), ideal auch für berufliche Wiedereinsteiger/innen oder Aussteiger/innen (z. B. während/ nach der Elternzeit).

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an **CSL Plasma GmbH, Fr. Christine Debellis, Personalabteilung Postfach 12 30, 35002 Marburg oder per E-Mail an: personal.job@cslplasma.com**

Mit Ihrer Bewerbung erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre Unterlagen – auch elektronisch – erfassen und bis zu sechs Monate nach Besetzung der Stelle aufbewahren.

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
im Bremer Osten, mittelgroß, sucht Kollegin/Kollegen zum Einstieg, unterschiedl. Optionen verhandelbar (Weiterführung als GP, Komplettübernahme als EP)
E-Mail: inserat.praxis@gmx.de

Allgemeinärztl.-intern. Gemeinschaftspraxis,
umsatzstark, Nähe Bremen, breites Spektrum, sucht Facharzt/ärztin o. Weiterbildungsass. zur langfristigen Mitarbeit o. Einstieg als Praxispartner/in; Teilzeittätigkeit möglich.
Tel. 0171/2009244

Allgemeinärztin
sucht langfristig Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis in Bremen.
hausaerztin.bremen@nord-com.net

Urlaubs-Vertretung gesucht
für ca. vier mal 2 Wochen im Jahr jeweils halbtags.
Praxis Dr. med. Dorothee Mellinghoff, Allgemeinmedizin/NHV/Akupunktur, Dreyer Str. 10, 28844 Weyhe, Tel. 04203/4380113, www.praxis-dr-mellingshoff.de

Praxisräume

Praxisabgabe zum Ende 2012
hausärztl. Allgemeinpraxis zentral in Bremer Innenstadt, günstig bei guter Ausstattung, mit sehr gutem Patientenstamm.
Chiffre 121002

Praxisabgabe ab Quartal 3/13
Hausärztliche- internistische Praxis aus Altersgründen abzugeben in einem Ärztehaus. Solider Patientenstamm.
Chiffre 121003

Belegarzt mit eigenem Team sucht
langfristige OP-Möglichkeit (Raum HH/HB) für Privatpatienten für 1–2 Tage/Woche mit anschließender teil- u. stationärer Aufenthaltsmöglichkeit (§ 30)
Chiffre 121004

Exklusive Praxisräume
Überseestadt – inkl. Ausstattung, z. B. als Satellit für Privat & IGeL
www.energetikmedizin.de

Praxis-Räume/ -Übernahme
in Bremen-Ost gesucht
Chiffre 121005

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte an:
Matzke & Heinzig GmbH, Chiffre-Nr.: Mandelnstraße 6, 38100 Braunschweig, Tel. 0531/23748-56, Fax 0531/23748-10
Kleinanzeigenschluss Heft 11/12: 18. Oktober 2012
Anzeigenformular als Faxvorlage unter
www.bremer-aerztejournal.de

IMPRESSUM

Bremer Ärztejournal
Offizielles Mitteilungsorgan der Ärztekammer Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen;
ISSN 1432-2978
www.bremer-aerztejournal.de

Herausgeber:
Ärztekammer Bremen,
Schwachhauser Heerstraße 30,
28209 Bremen, www.aekhb.de
Kassenärztliche Vereinigung Bremen,
Schwachhauser Heerstraße 26/28,
28209 Bremen, www.kvhb.de

Für den Inhalt verantwortlich:
Franz-Josef Blömer, Günter Scherer

Autoren dieser Ausgabe:
Franz-Josef Blömer, Dr. Thomas Brabant, Marion Bünning, Dr. Amit Choudhury, Dr. Anke Cordes, Dr. Heike Delbanco, Dr. Matthias Elsner, Christoph Fox, Dr. Johannes Grundmann, Dr. Manju Guha, Dr. Katrin Hillermann, Dr. Thomas Hilmer, Claus Pfisterer, Dr. Rudolf Siegert

Redaktion:
Andrea Klingen (Ltg.), Birka Ließ, Ulf Meyer, Friedemann Wiede, Julia Thomaneck

Bildnachweis:
Fotolia: © iceteastock, © Alexander Raths

Verlag:
Peter Schoppe Verlag,
Mandelnstraße 6, 38100 Braunschweig
Tel. 0531/23748-99, Fax 0531/23748-10

Verantwortlich für die Anzeigen:
Matzke & Heinzig GmbH,
Claudia Renner,
Mandelnstraße 6,
38100 Braunschweig,
Tel. 0531/23748-0
www.bremer-aerztejournal.de

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. I/12, gültig ab 1. Januar 2012.

Druck: Druckerei Schäfer