

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

11 | 2013

November 2013

74. Jahrgang



- **Themenheft Schmerzmedizin**
 - Multimodale stationäre Schmerztherapie (MMS)
 - Stellenwert der Pharmakotherapie im Rahmen der MMS
 - Bedeutung der physikalischen und der Ergotherapie bei MMS
 - Die Psychologie in der Multimodalen Schmerztherapie – ein Lagebericht
- **Weiterbildungsregister der Landesärztekammer Hessen gestartet**
- **Aufklärung und Behandlung trotz Sprachbarriere – Wer trägt die Dolmetscherkosten?**
- **Hilfe für das schwache Herz**

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.
Fon: 069 97672-0

Internet: www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Redaktions-Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Offenbach
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
Prof. Dr. med. Manuela Koch, Marburg
Dr. med. Snjezana Krückeberg, Bad Homburg
Martin Leimbeck, Braunfels
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Dr. med. Edgar Pinkowski, Pohlheim
Karl Matthias Roth, Fischbachtal
Christian Sommerbrodt, Wiesbaden
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Prof. Dr. med. Max Zegelman, Frankfurt

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob und Dipl. Soz. Maren Grikscheit,
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 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-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Fon: 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, Fon: 0341 710039-92, E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2013 vom 1.1.2013 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 125,50 € inkl. Ver-
sandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl.
Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten.
Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonne-
ments. Für die Mitglieder der Landesärztekammer
Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag
abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



11 | 2013 • 74. Jahrgang

Editorial

Weiterbildung, quo vadis? **812**

Landesärztekammer Hessen

Weiterbildungsregister der Landesärztekammer Hessen gestartet **813**
„Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ **831**

Fortbildung

Editorial zum Themenheft **814**
Multimodale stationäre Schmerztherapie **818**
Stellenwert der Pharmakotherapie im Rahmen der MMS **822**
Bedeutung der physikalischen und der Ergotherapie bei MMS **824**
Die Psychologie in der Multimodalen Schmerztherapie – ein Lagebericht **826**
Sicherer Verordnen **843**

Aktuelles

Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin in Hessen:
noch wenige Plätze für die dritte Kohorte – erstmals in Kassel **832**
Hilfe für das schwache Herz **841**

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim **833**

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim **839**

Parlando

Klassisches Parbuckling **844**

Arzt- und Kassenarztrecht

Aufklärung und Behandlung trotz Sprachbarriere –
Wer trägt die Dolmetscherkosten? **846**

Briefe an die Schriftleitung **848**

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen **849**

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen **853**

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt; er überträgt 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.

Weiterbildung, quo vadis?



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Foto: Martin Joppen)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor wenigen Wochen beschloss die Bundesärztekammer, sich mehr Zeit für das ausgesprochen ambitionierte Projekt zu geben, die Weiterbildung weg von Katalogen und

starrten Zeitvorgaben hin zu einer sogenannten kompetenzbasierten Weiterbildung zu entwickeln.

Zweifelsohne ist die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung dringend erforderlich und sollte wegen ihrer weitreichenden Konsequenzen in der Tat gründlich und mit etwas mehr Zeit versehen durchdacht und entwickelt werden. Die so gewonnene Zeit sollte jedoch nicht nur für die notwendigen Diskussionen bzgl. der Definition von Kompetenzen genutzt werden, sondern sich auch der mittlerweile breit vorhandenen Erkenntnis widmen, dass eine umfassende Weiterbildung in vielen Fächern nur noch unter klarer Einbeziehung der ambulanten Medizin umfassend und erfolgreich sein kann. Von der Erkenntnis bis zur Umsetzung ist es jedoch oftmals ein langer Weg, auf dessen Verlauf viele Fragen und Schwierigkeiten gelöst werden müssen.

In der Vergangenheit war die Situation relativ einfach. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erhielten ein Assistenzgehalt, das von Jahr zu Jahr entsprechend der zunehmenden Erfahrung anstieg, und erbrachten dem individuellen Stand ihrer

Fähigkeiten entsprechende ärztliche Leistungen. Diese wiederum wurden über den Pflegesatz bzw. heute die DRGs vergütet. Die Weiterbildung erfolgt also während der bezahlten Arbeit.

Der Einfachheit halber lasse ich Probleme wie nicht dokumentierte Überstunden, verlängerte Operationszeiten beim Einsatz von Berufsanfängern, Zeiteinsatz der Weiterbilder usw. fort, obgleich auch diese Kosten kaum vollständig refinanziert werden. Ein Krankenhaus, in dem keine Weiterbildung erfolgt, erhält das gleiche Entgelt wie ein in der Weiterbildung engagiertes Krankenhaus.

Im niedergelassenen Bereich gibt es abgesehen von der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nichts Vergleichbares. Obwohl Ärzte in Weiterbildung auch in der Praxis ärztliche Arbeit leisten, ist es ihnen im Gegensatz zur Arbeit im Krankenhaus nicht möglich, ihr eigenes Gehalt zu generieren. Denn dem stehen Budgetgrenzen wie Regelleistungsvolumina, Fallzahlbegrenzungen und nicht zuletzt das Gebot der persönlichen Leistungserbringung entgegen. Im Klartext heißt dies, dass ein Arzt in Weiterbildung bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens und der Festlegung der Fallzahlbegrenzung einer Praxis nicht berücksichtigt wird. Hier stellt sich die Frage nach dem Sinn einer solchen Begrenzung. Wird nicht allenthalben von langen Wartezeiten auf Arzttermine, insbesondere im fachärztlichen Bereich geklagt? Ist es dann nicht sinnvoll und sogar geboten, diesen Bedarf mit Hilfe von Ärzten in Weiterbildung zu decken, deren ärztliche Leistung dann selbstverständlich auch vergütet werden

muss? Auch hier muss der Grundsatz „das Geld folgt der Leistung“ gelten. Die Krankenkassen und der Gesetzgeber sind hier zu entsprechenden Änderungen gefordert, auch wenn dies bedeutet, mehr finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Diese sind jedoch gut investiert. Schließlich kann eine gute und zeitgerechte ambulante Versorgung unnötige Krankenhausaufenthalte verhindern. Die Einbeziehung der ambulanten Medizin in die Weiterbildung ist alternativlos. Wie viele früher rein stationär erbrachte Therapien erfolgen heute im Regelfall ausschließlich in der ambulanten Praxis, wo können Patienten mit chronischen Erkrankungen über einen längeren Zeitraum begleitet werden?

Eines darf jedoch nicht passieren. Weder die Finanzierung der ambulanten Weiterbildungszeiten noch deren konkrete Ausgestaltung dürfen zu einem Spielball politischer Interessen bzw. gar fiskalischer Steuerungsmechanismen werden. Dies ist weder im Interesse einer immer älter werdenden Bevölkerung noch dient es der Attraktivität des ärztlichen Berufs. Verlässliche Rahmenbedingungen und eine – auch politische – Wertschätzung ärztlicher Arbeit sind eine *conditio sine qua non* für das Interesse und die Freude an der ärztlichen Arbeit.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Weiterbildungsregister der Landesärztekammer Hessen gestartet

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bisher verfügt die Landesärztekammer Hessen über keine aktuellen und vollständigen Daten, welche jungen Kolleginnen und Kollegen sich wo gerade in Weiterbildung befinden. Ende 2010 wurden im Rahmen einer Delegiertenversammlung deshalb die rechtlichen Voraussetzungen für den Aufbau eines entsprechenden Registers in Hessen geschaffen. Alle zur Weiterbildung ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sind seit dieser Zeit nach der Weiterbildungsordnung § 5 Abs. 6 verpflichtet, die sich bei ihnen in Weiterbildung befindlichen jungen Ärztinnen und/oder Ärzte der Landesärztekammer Hessen zu melden. Wir werden diese Meldungen in einem landesweiten Weiterbildungsregister zusammenführen und dieses zukünftig mindestens einmal jährlich aktualisieren.

Ich freue mich, Ihnen hiermit ankündigen zu können, dass unser hessisches Weiterbildungsregister in diesem Monat starten wird. Wir möchten damit zukünftig in der Lage sein, genau zu quantifizieren, was in welchen Krankenhäusern und Praxen an Weiterbildung tatsächlich stattfindet und

welche Kolleginnen und Kollegen in welchem Stadium auf welchen Weiterbildungsplätzen in Hessen sitzen. Potentielle Engpässe in der Weiterbildung und der zukünftigen ärztlichen Versorgung könnten somit in Hessen früher identifiziert werden, um Gegenmaßnahmen ergreifen zu können.

Wir haben einen Weg gewählt, der die Ermächtigten nur minimal belasten wird. Sie werden lediglich die EFN und die Wochenarbeitszeit der sich bei ihnen in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte (Stichtag: 15. November 2013) melden müssen.

Im Jahr 2013 sind diese Meldungen nur postalisch und per Fax möglich. Unser Ziel ist es, den Ermächtigten die Möglichkeit zu geben, ab 2014 diese Meldung bequem durch unser Mitgliederportal durchführen zu können. Die sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte sollen dann über das Portal auch sehen können, ob und von wem sie gemeldet wurden.

Alle Ermächtigten werde ich Mitte November anschreiben und Sie um ihre Meldung bitten. (Im Falle einer gemeinsamen Ermächtigung wird nur einer der Ermächtig-

ten angeschrieben. Bei Mehrfachermächtigung einer Ärztin oder eines Arztes wird um eine Meldung pro Ermächtigung gebeten.)

Es wird ein schlankes und effizientes Register sein. Dank Ihrer Informationen wird es möglich sein, auch gezielte Evaluationen durchzuführen.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bitte Sie hiermit herzlichst:

Machen Sie aktiv bei diesem Register mit und unterstützen Sie uns mit Ihrer Meldung. Nur gemeinsam werden wir die Datengrundlage schaffen können, die wir zukünftig für eine noch bessere Planung und Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in Hessen dringend benötigen.

Für Ihre Mühe bereits im Voraus herzlichen Dank

Ihr



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

Wer den Schmerz zum Gegner hat, braucht eine starke Gemeinschaft, „Schmerzmedizin“, Sprechen statt Stechen!

Toni Graf-Baumann, Peter Michael Osswald, Katja Möhrle

Im vorliegenden Themenheft greifen wir das Thema „Multimodale stationäre Schmerzmedizin“ (MMS) auf. Dazu einige Daten und Fakten, die auf der Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft www.dgss.org (ehemals Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes/DGSS e.V.) nachzulesen sind:

Schmerz – Zahlen und Fakten

Nach Schätzungen der Deutschen Schmerzgesellschaft werden acht bis 16 Millionen Menschen in Deutschland von chronischen

Schmerzen geplagt, das sind zehn bis 20 Prozent. Die häufigste Ursache chronischer Schmerzen sind Erkrankungen des Bewegungsapparates (16 Prozent); dabei stehen Rückenschmerzen (ca. zehn Prozent der Gesamtbevölkerung) an erster Stelle. Fast die Hälfte (43 Prozent) der Patienten mit chronischen Schmerzen warten über ein Jahr auf eine Diagnose. 19 Prozent sind der Meinung, dass ihre Schmerzen nicht angemessen behandelt werden. Die Folgen für die Arbeitsfähigkeit der Patienten sind erheblich. So geben 50 Pro-

zent der Personen an, dass ihr chronischer Schmerz direkte Auswirkungen auf ihren Beschäftigungsstatus hat. Durchschnittlich 18 Prozent der Patienten mit chronischen Schmerzen sind aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht in der Lage zu arbeiten. Selbst wenn sie ihrer Arbeit nachgehen können, haben die Patienten in mindestens 42 Prozent der Fälle das Gefühl, dass sie durch den chronischen Schmerz in der Verrichtung ihrer Arbeit beeinträchtigt sind.

Auch Beziehungen und das Privatleben sind betroffen. So sind 39 Prozent der Patienten mit chronischen Schmerzen der Ansicht, dass ihr Gesundheitszustand negative Auswirkungen auf das Zusammenleben mit Familie und Freunden hat. 21 Prozent haben das Gefühl, aufgrund ihres Schmerzes gesellschaftlich isoliert zu sein.

Hausärzte benötigen weitere Schulungen für die Behandlung chronischer Schmerzen: 52 Prozent der befragten Hausärzte glauben zu wissen, was zu tun ist, wenn ein Patient nach der Behandlung weiterhin über Schmerzen klagt. 78 Prozent der Hausärzte würden gerne weitere Schulungen erhalten, insbesondere für den Umgang mit Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden, sowie zu Richtlinien bezüglich Überweisungen und Behandlungen. Nach einer Schätzung aus dem Jahr 2002 entfallen sechs bis acht Prozent der Gesundheitsausgaben auf die Behandlung chronischer Schmerzen. Insgesamt resultiert aus den direkten und indirekten Kosten eine volkswirtschaftliche Belastung von 20,5 – 28,7 Milliarden Euro (Quelle: InSites Consulting. Pain Proposal Patient Survey. August – September 2010. Power Point. (Conducted in 2,019 people with chronic pain across 15 European counties. Funded by Pfizer Ltd.).

Was ist „Multimodale Schmerzmedizin“ ?

Multimodale Schmerztherapie (MMS)
Interdisziplinär-multimodale
Schmerztherapie
Interdisziplinär = Zusammenarbeit
verschiedener Fachbereiche
Multimodal = vielfältige Behandlungs-
ansätze

Wie Dipl.-Psych. Hans-Günter Nobis unter der Überschrift „Multimodale Schmerztherapie“ auf der Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft schreibt, haben schon Untersuchungen an US-Soldaten des Zweiten Weltkrieges gezeigt, dass bei der Behandlung chronischer Schmerzen die Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachbereiche nötig war, um einen dauerhaften Erfolg sicherzustellen. Diese Erfahrungen haben zur Gründung erster interdisziplinärer Schmerzkliniken und Schmerzabteilungen zunächst in den USA ab 1960 und später auch in Deutschland ab 1971 geführt. Forschungen haben nachgewiesen, dass der Mensch über ein körpereigenes Schmerzhemmsystem verfügt, das individuell und situationsabhängig mehr oder weniger stark aktiv ist. Dabei wurde festgestellt, dass nicht nur biologische, sondern auch gedankliche, gefühlsmäßige und soziale Einflüsse den Schmerz schwächen oder verstärken können. So erklärt sich, dass Patienten nach den gleichen Eingriffen unterschiedlich starke Schmerzen angeben. Man spricht deshalb auch vom „bio-psycho-sozialen Schmerz“. Diese Erkenntnisse veränderten auch die bisherigen Behandlungsansätze. Nicht mehr nur die Linderung von Schmerzen stand im Vordergrund, sondern auch die Verbesserung der durch Schmerz eingeschränkten körperlichen, psychischen und sozialer Fähigkeiten. Konsequenterweise waren nun auch Behandlungsbausteine aus unterschiedlichen Fachrichtungen gefordert. So kommen bei einer „multimodalen“ Behandlung gleichzeitig auf Schmerz spezia-

lisierte Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Physio- und Sporttherapeuten, Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Sozialarbeiter zum Einsatz.

Ziele einer multimodalen Behandlung im körperlichen Bereich sind die Steigerung von Fitness, Belastungskapazität, Koordination und Körperwahrnehmung. Außerdem sollen die Patienten lernen, ihre persönlichen Belastungsgrenzen besser zu kontrollieren. Mit den psychotherapeutischen Verfahren will man die emotionale Beeinträchtigung verringern, das auf Ruhe und Schonung ausgerichtete Krankheitsverhalten sowie die Einstellungen und Befürchtungen in Bezug auf Aktivität und Arbeitsfähigkeit verändern. Besonders wichtig sind dabei die Aufklärung (Edukation) des Patienten und die Feststellung möglicher psycho-sozialer und beruflicher Belastungen. Angeboten wird eine multimodale Schmerztherapie z.B. von Schmerzkliniken, Schmerztageskliniken und auf chronischen Schmerz spezialisierte Reha-Kliniken.

Wie wirksam ist eine multimodale Therapie?

Viele Studien an z.B. Rückenschmerzpatienten haben gezeigt, so Nobis, dass nach einem multimodalen Programm deutlich mehr Teilnehmer an den Arbeitsplatz zu-

rückkehrten, als bei den herkömmlich behandelten. Ziele einer multimodale Schmerztherapie sind:

- die Alltagstätigkeiten wiederaufnehmen
- die Arbeitsfähigkeit wiederherstellen und Arbeitsaufnahme fördern
- körperliche Schwächen abbauen
- Bewegungsangst verringern
- Risikoverhalten verändern (z.B. Schonverhalten, Durchhalteverhalten)
- zu gesundheitssportlicher Aktivität im Alltag hinführen (vgl. Nobis, www.dgss.org)

Eine konventionelle, rein somatisch orientierte Behandlung chronischer Schmerzen zeigt keine befriedigende Ergebnisqualität für die Betroffenen. So profitieren nur ca. 10 Prozent der konventionell behandelten Rückenschmerzpatienten von einer entsprechenden Therapie [1]. Nach einer umfangreichen Auswertung von Abrechnungsdaten aus den Jahren 2006 bis 2010 kam die Barmer GEK zum Schluss, dass multimodale Schmerztherapie bei Rückenschmerz gegenüber Operationen oder einer Injektionstherapie aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht am effektivsten sei [2]. Seit 2012 führen auch die Berufsgenossenschaften vermehrt Multimodale Schmerztherapiezentren in ihren Unfallkliniken – wie etwa in Frankfurt, Duisburg,

Ludwigshafen oder Murnau – ein [3], diese Behandlungen werden jedoch in der Regel nur berufsgenossenschaftlich versicherten Patienten angeboten.

Vor diesem Hintergrund fordern nationale wie internationale Fachgesellschaften eine Einbeziehung von multimodalen Therapieangeboten, insbesondere von therapeutischen Interventionen.[4][5] Leider spiegelt die aktuelle Behandlungssituation in Deutschland die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die zu dieser Forderung geführt haben, nicht wider. Vielmehr stellt eine multimodale Schmerztherapie immer noch die Ausnahme in Deutschland dar. [6]

Wir haben nach wie vor kaum belastbare Zahlen über die schmerztherapeutische Versorgung in Deutschland, weshalb auch eine Ständige Kommission „Versorgungsforschung – Schmerzregister“ ins Leben gerufen wurde. Die wichtigsten Datenbeiträge zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kommen bislang aus dem Bereich der multimodalen stationären Versorgung von Schmerzpatienten/innen. Das ist auch der Grund, warum wir für dieses Themenheft die stationäre multimodale Schmerztherapie als Thema ausgewählt haben. Wir werden ein weiteres Themenheft zur ambulanten Versorgung einplanen.

Auswahl der Beiträge zum Thema

Die gewählten Beiträge des vorliegenden Themenheftes können naturgemäß nicht völlig umfassend die Problematik um die Versorgung chronischer Schmerzpatienten darstellen. Es musste insofern eine Auswahl getroffen werden, die die wesentlichsten und vordringlichsten Gesichtspunkte aufgreift und darstellt.

Andreas Böger konstatiert in seinem Einführungsartikel „Multimodale stationäre Schmerztherapie“ in Deutschland ein „Miteinander aus Über- und Unterversorgung bei Patienten mit chronischen Schmerzen im allgemeinen und Rückenschmerzen im Besonderen“. Die stationäre bzw. teilstationäre Therapie sei komplex, der Aufbau und die Durchführung seien ebenfalls „alles andere als banal“. Daher erscheine es nur konsequent, dass die bestehenden Einrichtungen evaluiert und nach objektiven Kriterien klassifiziert würden, so dass für Patienten und auch Kostenträger Transparenz bezüglich Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität hergestellt werde.

Hans-Werner Kuska von der Rhön-Klinikum AG berichtet in der Online-Ausgabe dieses Heftes über die Erfahrungen aus Sicht eines Krankenhausbetreibers beim „Bedarfsgerechten Aufbau stationärer schmerztherapeutischer Einheiten“.

Wie Michaela Hirschmann und Daniel Schaller in ihrem Lagebericht über die Psychologien in der Multimodalen Schmerztherapie schreiben, muss ein in der Schmerzmedizin tätiger psychologischer Psychotherapeut beispielsweise für sich selbst bereit sein, die Notwendigkeit der Psychoedukation (Informationsvermittlung) nicht als Allheilmittel zu sehen und nach dem Gießkannenprinzip vorzugehen, sondern den Mut haben, gemeinsam mit den Patienten die individuell richtigen Wege zu gehen. Oft entstehe aber genau dort eine Ambivalenz: Die meisten Methoden zielten darauf ab, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, alle „Spielräume“ zu nutzen,

um doch irgendwie den ursprünglichen Zielen, Ansprüchen und Wünschen näher zu kommen. Das Ziel müsste sein, so Hirschmann und Schaller weiter, eine individuelle Passung gemeinsam mit dem einzelnen Patienten zu finden, die verschiedenen Möglichkeiten und Wege aufzuzeigen und ihn dabei zu begleiten!

Dass die Ansprüche, die an eine Fachpflegekraft in der stationären multimodalen Schmerztherapie gestellt werden, umfassend sind, macht Anke Hahnenberger in ihrem ebenfalls online zu lesenden Beitrag über den Stellenwert der Pflegekräfte deutlich. So seien zu den selbstverständlich vorausgesetzten Fachkenntnissen hinaus weitaus mehr Anforderungen an die Fachpflegekraft zu stellen, um die anspruchsvolle Versorgung von chronischen Schmerzpatienten mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und die straffe Organisation einer stationären multimodalen Schmerztherapie durchführen zu können. Für die Menschen da sein, sich Zeit nehmen können und ihnen zuzuhören, sei der beste pflegerische Therapieansatz in einer stationären, multimodalen Schmerztherapie, schreibt Hahnenberger.

Wie Mauricio Esteban in diesem Heft ausführt, weist die Pharmakotherapie nach wie vor in der MMS einen festen Stellenwert auf, der jedoch den anderen Therapieformen nicht unbedingt überlegen sei. Eine positive Wirksamkeit der Medikation bei chronischen Schmerzzuständen mit Nachhaltigkeit sei lediglich in Verbindung mit den weiteren Therapieeinheiten der unterschiedlichen Therapieformen zu erwarten.

Der Bedeutung der physikalischen und der Ergotherapie bei MMS widmen sich Jennifer Köhler und Bernd Konerding in ihrem Beitrag. In vielfachen Studien haben nachgewiesen werden können, dass Aktivität und Bewegung wirkungsvollere Therapieansätze sind als Ruhe und Schonung. Die Autoren machen deutlich, dass die Ergotherapie in der Multimodalen Schmerz-

therapie neben der Physiotherapie ebenfalls ein sehr wichtiger therapeutischer Baustein ist. Dieses könne eventuell durch eine Anpassung der Aktivitäten im Haushalt, im Beruf und in der Freizeitgestaltung noch zusätzlich unterstützend erreicht werden.

Auch wenn heute noch keine endgültigen Ergebnisse zum medizinischen und ökonomischen Wert der MMS präsentiert werden können, soll die Darstellung eines Untersuchungsansatzes aufzeigen, dass die Erarbeitung der gewünschten Daten nicht nur zwingend erforderlich, sondern auch möglich sei, so Erk Scheel in seinem Beitrag „Therapieerfolg und Nachhaltigkeit der multimodalen Schmerztherapie unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten“, der auf der Website der Landesärztekammer unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt eingestellt ist (siehe S. 830). Durch einen solchen Untersuchungsplan mit seiner ganzheitlichen Betrachtung der stationären multimodalen Schmerztherapie wird zu klären sein, so Scheel, ob und ggf. bei welchen Schmerzarten die multimodale Schmerztherapie medizinisch, aber auch ökonomisch und volkswirtschaftlich erfolgreich ist. Aufgrund der von Scheel beschriebenen Defizite in der Versorgungsforschung konnte bislang nicht in vollem Umfang ein

wissenschaftlicher Nachweis für die medizinische, ökonomische und volkswirtschaftliche Wirksamkeit der multimodalen Therapieprogramme erbracht werden. Bei stetig abnehmenden Ressourcen, der dadurch bedingten Notwendigkeit ihrer adäquaten Allokation und der gleichzeitigen Zunahme an Schmerzpatienten werde den Schmerztherapien in der Medizin zukünftig eine immer größere Bedeutung zukommen. Somit werde eine weitergehende wissenschaftliche Prüfung der medizinischen und ökonomischen Effektivität dieser Therapien unumgänglich.

Toni Graf-Baumann
Schriftleiter Hessisches Ärzteblatt

Peter Michael Osswald
Arzt für Anästhesie,
Spezielle Schmerztherapie,
Privatärztliches Zentrum Frankfurt/M.

Katja Möhrle
Redaktion Hessisches Ärzteblatt

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Beitrag

Wer den Schmerz zum Gegner hat, braucht eine starke Gemeinschaft, „Schmerzmedizin“, Sprechen statt Stechen!

(Hessisches Ärzteblatt 11/2013, Seite 814)

- (1) Lang, E. Eisele, R. Jankowsky, H. et al. (2000). Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Der Schmerz* 3: 146–160
- (2) Krankenkasse empfiehlt multimodale Schmerztherapie bei Rückenschmerzen, *Deutsches Ärzteblatt*
- (3) Stationäre Multimodale Schmerztherapie Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt
- (4) Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities International Association for the Study of Pain (IASP)
- (5) [<http://www.dgss.org/nationaler-aktionsplan/versorgung-verbessern/>] Versorgung verbessern, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- (6) H. Kayser, R. Thoma u. a.: [Structure of outpatient pain therapy in Germany. Results of a survey]. In: *Schmerz* (Berlin, Germany). Band 22, Nummer 4, August 2008, S. 424–432, ISSN 0932-433X. doi:10.1007/s00482-008-0650-z. PMID 18437429.

Multimodale stationäre Schmerztherapie

Andreas Böger

1. Epidemiologie der Schmerzkrankheit, Rückenschmerzen im Fokus

Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und zahlreichen anderen Statistiken liegt die Prävalenz chronischer Schmerzen bei 23 Prozent (bei 80 Millionen Einwohnern sind dies 18,4 Millionen Patienten). Zieht man nur die schwer chronisch schmerzkranken Patienten in Betracht, die aufgrund der Komplexität, Chronizität und Komorbidität ihrer Erkrankung einer besonders spezialisierten Schmerzbehandlung bedürfen, bleiben 1,8 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen (1). Von diesen sind nach anderen Daten nur etwa 2 Prozent in der Betreuung von Ärzten, die sich auf die Schmerztherapie spezialisiert haben (2). Da ein in Vollzeit schmerztherapeutisch tätiger Arzt in einer spezialisierten Arztpraxis nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie maximal 300 Patienten mit chronischen Schmerzen im Quartal behandeln kann, wird rechnerisch von etwa 5500 bis 6000 Schmerztherapeuten für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ausgegangen. In Wirklichkeit gibt es jedoch kaum mehr als 2000 ausgewiesene Schmerztherapeuten – Tendenz fallend – wofür sowohl die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen mit Fehlanreizen als auch der allgemeine Nachwuchsmangel eine Rolle spielen.

Die Nomenklatur ist dabei mitunter uneinheitlich und zum Teil auch verwirrend. So wird der Begriff „chronisch“ im engeren Sinne gebraucht, wenn die Beschwerden an mehr als der Hälfte aller Tage eines Halbjahres bestehen (3), im weiteren Sinne, wenn es zu einer Generalisierung des Schmerzbildes mit wechselnder Lokalisation kommt und weitere zum Teil unspezifische Beschwerden wie Verdauungsstö-

rungen und Tinnitus hinzukommen (4). Bei Kopfschmerzen hingegen ist die Definition von „chronisch“ durch die International Headache Society (www.ihs.com) vorgegeben. Hier wird als chronischer Kopfschmerz (chronic daily headache) ein Kopfschmerz über mindestens 15 Tage pro Monate über mindestens drei Monate vorausgesetzt.

Rückenschmerzen sind bei weitem der häufigste Grund für die Konsultation eines Schmerztherapeuten. In den westlichen Industrienationen ist von einer Lebenszeitprävalenz für Rückenschmerzen zwischen 58 und 85 Prozent auszugehen, die Punkteprävalenz wird gemäß dem statistischen Bundesamt im Jahre 1998 für acht Prozent bei Männern und 14 Prozent bei Frauen angegeben. Vorsichtige Schätzungen der Gesamtkosten, also der direkten Kosten durch die medizinische Versorgung sowie indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle und/oder Berentung, werden zwischen 400 und 7000 Euro pro Patient und Jahr beziffert. Summa summarum lassen sich jährliche Kosten von über 50 Milliarden Euro alleine in Deutschland hochrechnen. Nach Schneider et al. (5) können 15 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage, 18 Prozent aller Frühberentungen und sechs Prozent aller direkten Krankheitskosten auf „Kreuzschmerzen“ zurückgeführt werden. Mit steigendem Chronifizierungsgrad vervielfachen sich oft die Kosten (6). Ebenso führen komorbide psychische Erkrankungen und eine neuropathische Schmerzkomponente zu einem disproportionalen Kostenanstieg (7).

Stärkster Prädiktor der Chronifizierung von Rückenschmerzen ist die depressive Stimmungsstörung (8). Darüber hinaus wird vor allem maladaptiven Coping-Strategien wie ängstlicher Bewegungsvermeidung

(Kinesiophobie, fear avoidance behaviour), aber auch Durchhaltestrategien trotz zunehmender Erschöpfung ein großer Einfluss auf die Chronifizierung bescheinigt (9). Bei der Identifizierung eines chronifizierenden Krankheitsverlaufs können standardisierte Fragebögen, wie sie bislang praktisch ausschließlich beim Schmerztherapeuten üblich sind, hilfreich sein. Zusätzliche „yellow flags“ sind geringe Arbeitszufriedenheit, niedriger sozialer Status, passiver Lebensstil, Katastrophisierungsneigung und belastende Lebensereignisse. Selbstkritisch ist in diesem Zusammenhang auch an eine iatrogene Schmerzchronifizierung zu denken, die durch schlechte Kommunikation und Nocebo-Effekte induziert ist (10).

2. Über und Unterversorgung

Seit mehreren Jahren sind massive Zuwächse operativer Interventionen bei Rückenschmerzen in Deutschland im Gegensatz zu europäischen Nachbarländern bekannt, die zunehmend auch von Kostenträgern thematisiert und sogar in der Laienpresse (zum Beispiel Spiegel) aufgegriffen werden. In den USA ging eine ähnliche Entwicklung mit einer Zunahme der Mehrkosten und Komplikationen, jedoch nicht mit einem belegbaren Gewinn an Lebensqualität einher (11). In einem von der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) angestoßenen Projekt zur Integrierten Versorgung von Rückenschmerzen (IV-Z und IV-R), das bei gestellter Operationsindikation wegen Rückenschmerzen die Einholung einer Zweitmeinung durch einen Schmerzspezialisten vorsieht, wurden in etwa 89 Prozent der Fälle die Indikation zur Operation bezweifelt, lediglich in etwa über zehn Prozent bestätigt (12).

Die verfügbaren Daten zur Realität der Versorgung von Rückenschmerzpatienten zei-

gen ein Überwiegen nicht aktivierender Maßnahmen wie körperliche Schonung, Massage, Akupunktur, Magnetfeldtherapie, die zum Teil ärztlich initiiert, zum Teil vom Patienten intuitiv adressiert werden. Auch ist die Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) über einen längeren Zeitraum in Deutschland gang und gäbe, was mit einer entsprechenden Morbidität und Mortalität assoziiert zu sein scheint und nach den zur Verfügung stehenden Daten wenig wirksam ist (13). Auf der anderen Seite wird die langfristige Gabe von Opiaten durch die Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS) in Frage gestellt (www.awmf.org). Auch werden immer noch zu viele kurzwirksame Opiate bei nicht-tumorbedingten chronischen Schmerzen verschrieben (14).

3. Leitlinien – das unbekanntes Wesen

Die im März 2010 nach einem längeren Konsensusprozess veröffentlichte Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (NVL) (der Begriff „Kreuzschmerz“ ist synonym mit „Rückenschmerz“ zu verstehen), die gemeinsam von der AWMF, der KBV und der Bundesärztekammer herausgegeben wurde, beschreibt in der Langfassung auf 177 Seiten Definition, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation akuter und chronischer Rückenschmerzen (www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de). Sie ist bedauerlicherweise in der Ärzteschaft größtenteils unbekannt. Weder zahlreiche Veröffentlichungen in neurologischen, orthopädischen und hausärztlichen Fachzeitschriften zu diesem Thema noch intensive Fortbildungsbemühungen, unter anderem der Regionalen Schmerzzentren der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, haben einen messbaren Effekt auf die Versor-

Infobox 1: red flags

- Sturz- oder Unfallanamnese
- Malignom
- Infektgeschehen
- Drogenanamnese
- Immunsuppression
- Korticoideinnahme
- Conus-/Caudasyndrom
- Paresen
- Ruheschmerz

gungssituation gehabt (15). Dabei bietet die NVL ein einfaches gestuftes Therapiekonzept, das sowohl für akute als auch für chronische Rückenschmerzen evidenzbasierte Empfehlungen gibt.

Problematisch ist die Fokussierung auf „unspezifische Kreuzschmerzen“, da mit dem Argument „spezifischer“ Rückenschmerzen von interessierter Seite die Therapieempfehlung übergangen und eine monomodale Therapie (zum Beispiel interventionelle oder operative Maßnahmen) legitimiert werden, wodurch das multimodale Konzept entwertet wird. Allerdings ist trotz „red flags“ und elaborierten Untersuchungstechniken eine sichere Differenzierung von „spezifischen“ und „unspezifischen“ Rückenschmerzen nach wie vor schwierig und wird unter anderem in der europäischen Rückenschmerzleitlinie auch nicht vorgenommen.

Nach der NVL Kreuzschmerz soll in den ersten vier Wochen bei Fehlen von anamnestischen und klinischen „red flags“ (Infobox 1) auf Bilddiagnostik verzichtet werden, da der zu erwartende Informationsgewinn zu gering ist. Dies muss dem Patienten in einem ausführlichen validierenden Gespräch kommuniziert werden. Eine kurzfristige medikamentöse Analgesie kann durchgeführt werden, wengleich der Nut-

zen insgesamt als gering bewertet wird. Insbesondere aber soll dem Patient von Schonung abgeraten werden. Passive Therapien – aber auch Physiotherapie – sollte zunächst nicht verordnet werden, eine längere AU sollte vermieden werden.

Spätestens wenn die Schmerzen über zwölf Wochen mit alltagsrelevanten Einschränkungen trotz leitliniengerechter Versorgung persistieren, ist die Indikation für eine multimodale Schmerztherapie zu prüfen. Beim Vorliegen relevanter psychosozialer Risikofaktoren („yellow flags“, Infobox 2) sollte die Indikation bereits nach sechs Wochen gestellt werden.

Eine multimodale Therapie ist jedoch im ambulanten Setting außerhalb einiger weniger Programme zur Integrierten Versorgung schwierig umzusetzen. Oft müssen – entsprechende Indikation vorausgesetzt – Patienten lange Wege in die nächstgelegene Schmerzklinik zurücklegen, in der sie stationär behandelt werden können. Tagesklinische Angebote sind oft zu weit entfernt oder werden von den Krankenkassen – wie in Hessen – aus grundsätzlichen Gründen abgelehnt. Die multimo-

Infobox 2: yellow flags

- geringe Arbeitszufriedenheit
- niedriger sozialer Status
- Stress
- Alter
- weibliches Geschlecht
- Krankheitsgewinn
- passiver Lebensstil
- Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum
- Adipositas
- Katastrophisierung/
Vermeidungsverhalten
- nicht unterstützende Kindheit/
belastende Lebenserfahrungen

dale Therapie ist nicht mit einer ambulanten Rehabilitation zu vergleichen, die keine eigentlich diagnostischen und therapeutischen Elemente enthält, weniger intensiv ist und andere Schwerpunkte wie Therapien setzt.

4. Multimodale Therapie – der Goldstandard?

Zentrale Therapieempfehlung der NVL Kreuzschmerz ist die Multimodale Schmerztherapie. Sie gilt als „Goldstandard“ der Schmerztherapie und wurde als „gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind“ (16). Die Effektivität dieser Therapie ist vielfach in internationalen Studien belegt (17), die auch eine erfreuliche Kosteneffektivität beschreiben. So erreichten beispielsweise Korb & Nagel (18) bei berufstätigen Rückenschmerzpatienten einen Rückgang der AU-Tage um 75 Prozent und eine Halbierung der schmerzbedingten Behandlungen beziehungsweise Arztkonsultationen bei gleichzeitig deutlicher Verbesserung der Lebensqualität und anderer Parameter. Dies führte nach einem Jahr zu einer Einsparung schmerzbedingter Kosten von 2000 bis 6000 Euro.

Zentrales Element ist zum einen das gleichzeitige gerichtete und gemeinsame Therapieren durch das gesamte Team. Hierzu sind enge Absprachen, beispielsweise in täglichen Schmerzkonferenzen und Teambesprechungen, notwendig. Zum anderen ist die therapeutische Kleingruppe (maximal acht Teilnehmer) wichtigste Ein-

heit. Es konnte gezeigt werden, dass nur eine intensive Therapie mit mindestens 100 Stunden gute Effektstärken und eine nachhaltige Funktionsverbesserung bewirken kann (17). Entscheidend ist neben der allgemeinen Aktivierung des Patienten die Motivation zu eigenverantwortlichem Handeln und zum Erlernen von Selbstwirksamkeit. Daher ist eine frühzeitige Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidungen wünschenswert. Oft müssen hier Ängste, auch Bewegungsängste (Kinesiophobie), und fixierte passive Bewältigungsstrategien („machen Sie mich gesund!“) überwunden werden. Anders gesagt, setzt eine multimodale Therapie auf Seiten des Patienten eine grundsätzliche Veränderungsmotivation und die Bereitschaft eines selbstständigen aktiven Schmerzmanagements voraus. Im Rahmen des multimodalen Programms kann diese Veränderungsmotivation dann zugunsten eines aktiven strukturierten Lernens und später der Aufrechterhaltung neu erlerneter Strategien und Fertigkeiten ausgebaut werden (19).

Das teamorientierte Vorgehen bedarf einer sehr guten Organisationsstruktur. Diese betrifft einerseits eine im Gegensatz zu chirurgisch-orthopädischen Settings flache Hierarchie über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg. Ein sich in den Vordergrund spielender „Heiler“, sei es ein Arzt, Psychologe oder Physiotherapeut, der etwa eigenmächtig konfrontiert oder „einknackt“, ist ausgesprochen kontraproduktiv und kann den gesamten Therapieerfolg gefährden. Auch der Leitende Arzt muss hier oft einen Schritt zurücktreten. Andererseits muss auch der Behandlungspfad ausreichend elaboriert und effektiv sein. So muss die Zuweisung „passgenau“ und so verlässlich sein, dass die multimodale Therapie tatsächlich die optimale Behandlungsmethode für diesen Patien-

ten ist – und beispielsweise nicht eine psychosomatische Klinik. Die korrekte Abgrenzung einer Chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F45.41) von einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (ICD 10: F45.40) kann durchaus im Einzelfall schwierig sein und zu Kontroversen im Assessment-Team führen. Es besteht hier ein Konsens, dass nicht nur die Therapie komplex ist, sondern auch die Patienten mit ihrem individuellen soziokulturellen Hintergrund und ihrer Komorbiditäten auf somatischem und psychischem Feld (20).

Es wundert daher nicht, dass die Durchführung eines multimodalen Assessments vor der eigentlichen Behandlung zu einem positiven und statistisch signifikanten Effekt hinsichtlich verschiedener Lebensqualitätsparameter und einer höheren Patientenzufriedenheit führte (21). Daneben haben aber auch Strukturparameter wie Raumstruktur, Gruppengröße, Zahl der Teambesprechungen und Prozessparameter wie Anteil aktivierender Therapiemodule erheblichen Einfluss auf die Ergebnisqualität (22).

Störungsspezifische Gruppen haben in einigen Untersuchungen ebenfalls eine bessere Effektstärke. Während in tagesklinischen Einrichtungen solche homogenen Gruppen leichter zusammenzustellen sind, ist dies im vollstationären Setting schwieriger. In großen Einrichtungen wie in Kassel mit mehr als 30 Behandlungsplätzen werden zunehmend modular aufgebaute Programme differenziert, die sich an Störungsbildern oder auch Altersklassen orientieren. So unterscheiden sich in Kassel sowohl die Psychoedukations-Manuale als auch die Themen der Schmerzbewältigungsgruppen für Patienten mit Kopfschmerz-, Rückenschmerz- und widespread-pain. Darüber hinaus werden die

Stationäre Aufnahme- kriterien für die MMS

- Chronische Schmerzen (mindestens sechs Monate)
- mindestens drei der folgenden Kriterien:
 - manifeste o. drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität/Arbeitsfähigkeit
 - bisherige Therapien oder OP (fehlgeschlagen)
 - Medikamentenabhängigkeit/-fehlgebrauch
 - schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
 - gravierende somatische Begleiterkrankung(en)

Patienten vier unterschiedlichen Physiotherapiegruppen zugeordnet und bekommen nach Absprache Ergotherapie oder nehmen an der Feldenkrais- oder Qi Gong-Gruppe teil. Diese Ausdifferenzierung kann nicht „top-down“ angeordnet werden, sondern ist das Ergebnis eines längeren Abstimmungsprozesses im Team, der auch Fehler mit einschloss, die dann korrigiert werden mussten.

Mit Recht wird häufig kritisiert, dass sogenannte Wirbelsäulenzentren aus dem Boden schießen, die weder über die notwendige Interdisziplinarität noch über einen konsentierten Kriterienkatalog verfügen (23). Oft dienen diese nur als Portal für operative Interventionen an der Wirbelsäule und werden der multifaktoriellen Genese von Schmerzen keineswegs gerecht. Die sogenannte stationäre Komplexbehandlung, die vorrangig aus Infiltrationen wie periradikulären Injektionen

und Gerätetraining besteht, hat ebenso eine viel geringere Effektstärke als die multimodale Schmerztherapie nach den Richtlinien der Schmerzgesellschaften (24). Der in diesem Bereich anzutreffende Aktionismus ist auch deswegen kontraproduktiv, da er patienteneigene Ressourcen ausklammert und durch paternalistisch vorgebrachte passive Therapieempfehlungen ersetzt.

Mehrere Autoren erhoben deutschlandweit Strukturdaten von ambulant tätigen Schmerzeinrichtungen. Dabei wurde festgestellt, dass es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme insbesondere von Klinikambulanzen gekommen ist. Obwohl 80 Prozent der Einrichtungen angaben, multimodal zu behandeln, lag der Anteil der teilnehmenden Einrichtungen mit psychologischer und physiotherapeutischer Qualifikation nur bei zwei (Praxis) bis 4,9 Prozent (Klinikambulanz). Damit werden die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie häufig nicht erfüllt. Lindena et al. (25) untersuchten die klinische Versorgungsstruktur. 32 Prozent der Kliniken gaben an, ein schmerztherapeutisches Angebot vorzuhalten. Art und Umfang divergierten jedoch erheblich. Kombinationen aus stationären und/oder teilstationären und/oder ambulanten Programmen wurden nur bei 14 von 29 medizinischen Fakultäten angeboten.

Perspektivisch werden daher dringend Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Prozess- und Strukturqualität benötigt. Im Bereich akuter Schmerzen existieren verschiedene Zertifizierungen, wie zum Beispiel Certcom. Für chronische Schmerzen existieren die Zertifizierung als Algesiolo-

ge sowie im ambulanten Bereich die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der KV. Darüber hinaus ist mit dem Projekt KEDOQ'S (www.kedoq.de) ein zukunftsweisendes System der Qualitätssicherung und Dokumentation auf dem Markt, das auch ein (anonymes) Benchmarking zulässt.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich in Deutschland ein Miteinander aus Über- und Unterversorgung bei Patienten mit chronischen Schmerzen im Allgemeinen und Rückenschmerzen im Besonderen konstatieren. Die stationäre beziehungsweise teilstationäre Therapie ist komplex, der Aufbau und die Durchführung sind ebenfalls alles andere als banal. Daher erscheint es nur konsequent, dass die bestehenden Einrichtungen evaluiert und nach objektiven Kriterien klassifiziert werden, so dass für Patienten und auch Kostenträger Transparenz bezüglich Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität hergestellt wird.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Andreas Böger
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel (RKH)
Facharzt für Neurologie mit den
Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin
und Spezielle Schmerztherapie, Facharzt
für Psychiatrie und Psychotherapie
Chefarzt der Klinik für Schmerztherapie
am RKH und Regionalleiter der
Deutschen Gesellschaft für
Schmerztherapie (DGS)
E-Mail: Boeger@rkh-kassel.de*

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Beitrag

Multimodale stationäre Schmerztherapie

(Hessisches Ärzteblatt 11/2013, Seite 818)

1. Müller-Schwefe GHH (2013): Eindimensionale Schmerztherapie ist out ... *Schmerzmedizin* 29:2-3
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006): Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 10(4):287-333.
3. von Korf M (1994): Studying the natural history of back pain. *Spine* 33:508-514
4. Schiltenswolf P, Hennigsen P (2006): Muskuloskeletale Schmerzen. Dtsch Ärzte-Verlag, Köln
5. Schneider S, Schiltenswolf M, Zoller S et al. (2005): The association between social factors, employment status and self reported back pain. *J Public Health* 13:30-39
6. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B (2009): Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 13:280-286
7. Baumeister H, Knecht A, Hutter N (2012): Direct and indirect costs in persons with chronic back pain... *J Psychosom Res* 73:79-85
8. Jarvig JG, Hollingworth W, Heagerty PJ et al. (2005): Three-year incidence of low back pain ... *Spine* 30:1541-1549
9. Chou R, Shekelle P (2010): Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 303:1295-1302
10. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ et al. (2011): Early identification and management of psychological risk factors in patient with low back pain. *Phys Ther* 91:737-753
11. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA et al. (2009): Overtreating chronic back pain ... *J Am Board Fam Med* 22:62-68
12. Ueberall M, Nolte T, Müller-Schwefe GHH, Kletzko H: Economic results & perspectives of an integrated health care concept for chronic (low) back pain patients. Poster IASP Montreal 2010
13. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. (2007): Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy... *Lancet* 370:1638-1643
14. Scharnagel R, Kaiser U, Schütze A, Heineck R, Grossrau G, Sabatowski R (2013): Chronic non-cancer-related pain... *Schmerz* 27:7-19
15. Werber A, Schiltenswolf M (2012): Chronische Rückenschmerzen. *Nervenarzt* 83:243-258
16. Arnold B, Brinkschmidt T, Casser R et al. (2009): Multimodale Therapie – Konzepte und Indikation. *Schmerz* 23:112-120
17. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al. (2001): Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 322:1511-1516
18. Nagel B, Korb J (2009): Multimodale Therapie des Rückenschmerzes. *Orthopäde* 38:907-912
19. Küchler A, Sabatowski R, Kaiser U (2012): Veränderungsmotivation bei Patienten mit chronischen Schmerzserkrankungen. *Schmerz* 26 (Suppl. 1):124
20. Sabatowski R, Kaiser U (2012): Multimodal pain therapy – an established procedure? *Schmerz* 26(6):644-6.
21. Rothmann MG, Ortendahl M, Rosenblad A, Johansson AC (2012): Improved quality of Life ... after a pretreatment multimodal assessment method. *Clin J Pain*
22. Nagel B, Pfingsten M, Brinkschmidt T et al. (2012): Struktur- und Prozeßqualität multimodaler Schmerztherapie. *Schmerz* 26:661-669
23. Rashbaum RF, Block AR, Ohnmeiss DD (2010): Spine Clinics. In Fishmann et al. (Hrsg) Bonica's Management of Pain. 4th ed. Lipincott Williams&Wilkins, Baltimore
24. Niemier K (2012): Langzeiteffekte interventioneller Behandlungen von chronischen Schmerzen des Bewegungssystems. *Schmerz* 26:185-191
25. Lindena G, Hildebrandt J, Diener HC et al. (2004): Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland. *Schmerz* 18:10-16
26. Sabatowski R, Maier C, Willweber-Strumpf A, Thomm M, Nilges P, Kayser H, Casser R (2011): Empfehlungen zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. *Schmerz* 25:368-376

Stellenwert der Pharmakotherapie im Rahmen der MMS

Mauricio Esteban

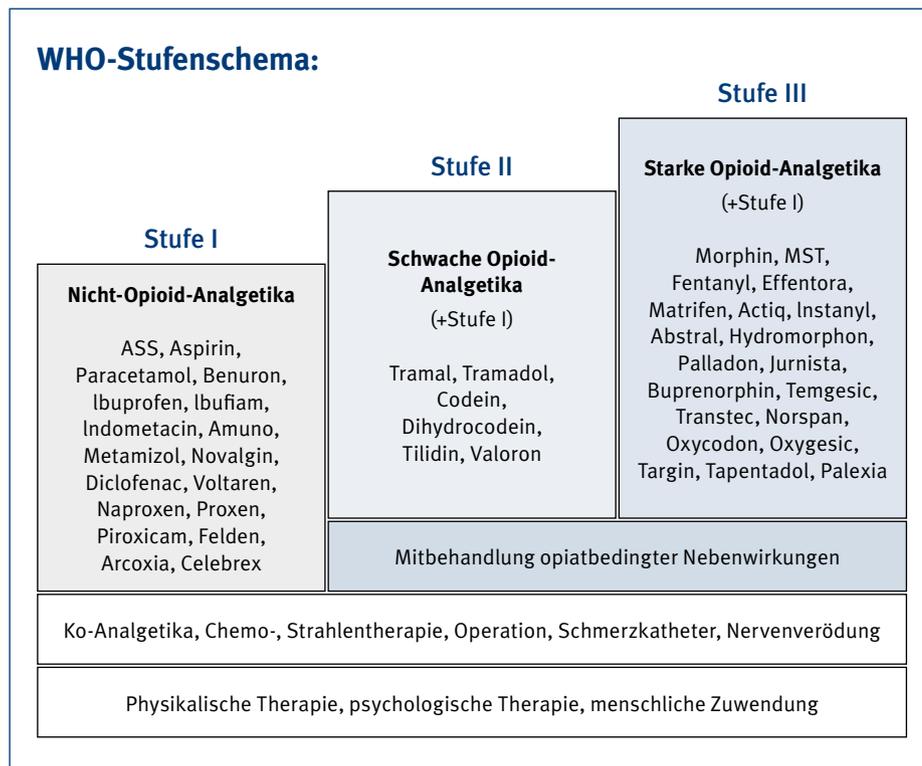
1. Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Man spricht heutzutage bei chronischen Schmerzen von einer eigenständigen Erkrankung, der sogenannten Schmerzkrankheit. Ohne genaue Zeitangaben durchzuführen, wie beispielsweise beim Kreuzschmerz (siehe Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz), kann man alternativ chronische Schmerzen ohne Zeitangabe als Schmerz definieren, der über die zu erwartende Zeitdauer zur Heilung anhält. So könnte man annehmen, dass akuter und chronischer Schmerz in einem ähnlichen Ansatz zu behandeln sind. Es muss aber berücksichtigt werden, dass es beim chronischen Schmerz nahezu zwangsläufig zu psycho- und soziopathologischen Veränderungen kommt, mit all den damit verbundenen Konsequenzen. Chronischer Schmerz als rein körperlich begründbare Entität betrachtet, wird sicherlich in der Behandlung dieses Syndroms keine be-

friedigende Ergebnisqualität für die Betroffenen und Behandelnden hervorbringen.

Die multimodale Schmerztherapie ist die modernste, wissenschaftlich fundierte Therapieform zur Behandlung von chronischen Schmerzzuständen. Grundlage dieser Therapieform ist das Verständnis von chronischem Schmerz als eigenständige Krankheit und individueller psychosozialer Belastungen, die eine Chronifizierung begünstigen, aufrechterhalten oder verstärken (können). Man spricht auf wissenschaftlicher Basis vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das idealerweise multimodal in einem interdisziplinären Setting behandelt wird. Theoretisch sind die einzelnen Behandlungsbausteine der MMS zunächst als gleichwertig nebeneinander zu stellen. Im Verlauf der Therapie können sich Schwerpunkte in der Behandlung darstellen, die intraindividuell vorzuziehen sein können. Allgemein lässt sich jedoch die Gleichwer-

tigkeit der Therapiebausteine deutlich in den Vordergrund stellen. So neigt mancher Mediziner mit invasiven, interventionellen Verfahren zur Schmerzreduktion mit oder ohne Schmerzmedikation in den Vordergrund zu setzen, das in Ausnahmefällen zu Beginn des Behandlungsversuchs ein Benefit für den Patienten bewirken kann, jedoch im weiteren Verlauf eine Nachhaltigkeit der Behandlung vermissen lässt. Bei der MMS ist die medikamentöse Therapie, wie bereits vorher erwähnt, ein in die Therapieform integrierter Baustein, der die übrigen Behandlungsansätze unterstützt und für sich allein genommen jedoch in aller Regel keinen ausreichenden Erfolg bewirkt. Es sei nochmals betont, die Pharmakotherapie in der MMS stellt keinen Haupttherapiebaustein dar, sondern ist einer von mehreren, die sich einander unterstützen und ergänzen, um das formulierte Therapieziel des Patienten zu erreichen und zu festigen.



2. Drei-Stufen-Modell versus Mechanismen orientierter Pharmakotherapie

Ein sehr hilfreiches Tool zur medikamentösen Therapie chronischer Schmerzen ist der von der Weltgesundheitsorganisation in den 80er Jahren entwickelte dreistufige Plan (siehe Abbildung). Dieses primär für die tumoröse Therapie publizierte Schema soll dem Arzt als „roter Faden“ dienen. Es darf nicht von „unten nach oben“ (Stufe I bis III) in Abhängigkeit der Schmerzstärke angewendet werden. Berücksichtigt werden müssen die verschiedenen Schmerzarten, die es mittels einer Schmerzdiagnostik zu erfragen gilt. Es existieren einige Fragebögen, die beispielsweise das Vorliegen einer neuropathischen Komponente für wahrscheinlich erklären oder nicht. Durch eine genaue anamnestische Erhebung ist die Schmerzlokalisierung, die

Schmerzintensität und vor allem die Schmerzart zu eruieren. Die medikamentöse Therapie lehnt sich heute nicht nur bei chronischen Schmerzen vornehmlich an der Schmerzart an. Es werden verschiedene Schmerzarten unterschieden: nozizeptiv, neuropathisch, gemischt (nozizeptiv & neuropathisch), viszeral, somatoform/psychogen. Erst unter Berücksichtigung der Schmerzart kann eine adäquate und indikationsgerechte medikamentöse Therapie begleitend und unterstützend zu den weiteren Therapiebausteinen versucht werden. Die moderne chronische Schmerztherapie verfolgt heutzutage das Konzept einer mechanismen-orientierten Pharmakotherapie, die die pathologischen Erkenntnisse, psycho-sozialen Aspekte sowie die pharmakologischen Wirkweisen beinhaltet und einbezieht. In der MMS können jegliche Schmerzmittel gemäß dem WHO-Stufenschema eingesetzt werden. Es sind jedoch einige wichtige Grundregeln unbedingt einzuhalten und umzusetzen: Es sind fast ausschließlich retardierte Präparate einzusetzen. Ausnahmen bilden die auch in der nicht tumorbedingten Behandlung auftretenden Schmerzattacken/Durchbruchschmerzen mit schnell wirksamen Opioidpräparaten im Sinne einer Rescue-Medikation. Einnahmezeitpunkte sind einzuhalten. „Leichtere“ während des Tagesverlaufs auftretende Schmerzverstärkungen können durchaus mit Stufe I-Substanzen bedarfsgerecht therapiert werden. Eine regelmäßige Medikation mit nicht retardierten Opioiden ist in der MMS als obsolet anzusehen. Gerade bei chronischen Schmerzen kann die Einnahme nicht retardierter Formen zu einer negativen Verstärkung im Sinne einer operanten Konditionierung führen und das Risiko der Abhängigkeitsentwicklung/Missbrauch erhöhen. Die Behand-

lung chronischer Schmerzen in der Langzeittherapie ist möglich, wird aber gerade durch eine Leitlinie (Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen – LONTS) immer wieder kontrovers diskutiert. Letztendlich beschreibt diese Leitlinie unter anderem den Umgang mit Opioiden nach Verordnung und Einnahme und fordert eine stringente und konsequente Kontrolle der Wirksamkeit des entsprechenden Präparates. Die medikamentöse Behandlung ist abbrechen oder umzustellen, wenn der Schmerz im Gesamtkonzept der MMS nicht anspricht. Es bleibt davor zu warnen, wenn chronische Schmerzpatienten bei vorhandener Schmerzverstärkung eine Dosiserhöhung wünschen, darauf „blind“ einzugehen. Hier ist vor allem die Indikation des applizierten Medikamentes nochmals genauestens zu prüfen. Gerade die unbedachte Gabe bei ungeklärten Schmerzzuständen kann im Einzelfall das Risiko einer Überdosierung und Konditionierung verursachen. Eine Reduktion, Absetzen oder Umstellen von Opioiden (Opioidrotation) ist oftmals nur im stationären Rahmen möglich. In der MMS kommen Stufe I bis III-Präparate nach dem WHO-Stufenschema in Betracht. Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass die sogenannten Ko-Analgetika in der chronischen Schmerztherapie mit den Analgetika entweder allein oder in Kombination eingesetzt werden und in dieser Therapieform einen hohen Stellenwert aufweisen.

3. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Pharmakotherapie in der MMS einen festen Stellenwert aufweist, jedoch den anderen Therapieformen nicht unbedingt überlegen ist. Sie wird begleitend und unterstützend indikationsgerecht ver-

ordnet. Die richtige Auswahl der Medikation in der richtigen Dosierung ist der regelmäßigen Überprüfung zu unterziehen. Eine positive Wirksamkeit der Medikation bei chronischen Schmerzzuständen mit Nachhaltigkeit ist lediglich in Verbindung mit den weiteren Therapieeinheiten der unterschiedlichen Therapieformen zu erwarten. Abschließend bleibt noch anzumerken, dass oftmals die in der chronischen Schmerztherapie verordneten Arzneien keine explizite Zulassung für deren Anwendung besitzen. So ist beispielsweise beim Fibromyalgie-Syndrom die MMS die Therapie der Wahl (unter Einbeziehung medikamentöser Therapie). Alle die in der Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom genannten Substanzen besitzen keine ausdrückliche Zulassung zur Behandlung dieses Krankheitsbildes.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Mauricio Esteban
Chefarzt der Abteilung Anästhesie,
Intensivmedizin und Schmerztherapie
Kliniken Herzberg und Osterode GmbH
Dr. Frössel-Allee, 37412 Herzberg am Harz*

Bedeutung der physikalischen und der Ergotherapie bei MMS

Jennifer Köhler, Bernd Konerding

1. Ein w(r)ichtiger Schritt in Richtung Schmerzreduzierung – Bewegungstherapie in der multimodalen Schmerztherapie

Im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie ist die Physiotherapie in Kombination mit medikamentösen, psychosozialen und gegebenenfalls ergänzend interventionellen Maßnahmen in ein Programm eingefügt, sodass alle Schmerzkomponenten berücksichtigt werden können. Die Physiotherapie ist bei chronischen Schmerzpatienten mit psychosozialen Beeinträchtigungen ein sehr wesentlicher Baustein im Rahmen der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie. Charakteristisch für Patienten mit chronischen Schmerzen ist der hohe Leidensdruck. Die Patienten befinden sich in einem sich negativ verstärkenden Kreislauf, einer Art „Teufelskreislauf“. Er beginnt mit Schmerzen, hierdurch bewegen sie sich deutlich weniger. Dies führt zu einem Kraftverlust und zu einer Zunahme der Immobilität. Die meisten Patienten beschreiben parallel hierzu auch einen sozialen Rückzug, da sie sich nicht ständig erklären wollen. Gerade bei Schmerzen in verschiedenen Ausgangsstellungen, wie langes Sitzen oder Stehen, ziehen sich diese Menschen zurück. So wird für viele ein schöner Abend im Theater oder ein Familienfest oft zu einer schmerzhaften Qual. Nicht nur Schmerzen, deren Ursprung in Veränderungen des muskuloskelettalen Systems liegen, bilden eine Indikation zur Physiotherapie, sondern auch schmerzhafte Erkrankungen und Funktionsstörungen des Nervensystems und Schmerzen bedingt durch pathologische Veränderungen im Gefäßsystem.

2. Bewegung ist alles, die Richtung entscheidet

Unter physikalischer respektive physiotherapeutischer Therapie versteht man dabei die befundorientierte Anwendung von kinetischer, mechanischer sowie thermische und elektrischer Wirkung. Die Physiotherapie und physikalische Therapie umfasst dabei folgende Teilgebiete, Methoden und Techniken:

- Physiotherapie mit aktiver und passiver Bewegungstherapie
- Manuelle Techniken
- Hydro-, Wärme- und Kältetherapien
- Elektrotherapie
- Sport- und Ergotherapie
- Medikomechanik

Die Physiotherapie beinhaltet aktive und passive Verfahren der Bewegungstherapie, sowie komplexe Konzepte zur Behandlung von Erkrankungen, Funktions- und Fähigkeitsstörungen. Sie hat folgende Ziele:

- Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit
- Stärkung der Kraft-/Ausdauerbelastung
- Verbesserung der Koordination
- Steigerung der allgemeinen körperlichen Belastungsfähigkeit
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Harmonisierung von Bewegungsabläufen
- Funktionserhaltung, -verbesserung, -anpassung
- Erarbeitung von Fähigkeiten

Nebenwirkungen der Physiotherapie sind dann selten, wenn in den für den Patienten angemessenen Schmerz- und Belastungsgrenzen gearbeitet wird. Es sollte vermieden werden, Schmerzen zu bagatellisieren und die Übungen zu stark zu forcieren, nach dem Motto „viel hilft viel“. Die Aufgabe der Physiotherapie ist es, den Menschen als Ganzes zu sehen und zu be-

handeln und eben nicht nur lokal die vorhandenen Beschwerden zu betrachten. Zur Klärung der therapeutischen Möglichkeiten und zur wirksamen Therapieplanung findet vor dem Aufenthalt in einer Schmerzklinik ein eintägiges Assessment statt. Hierbei sollte eine spezielle Befunderhebung erfolgen. Diese Untersuchung soll gewährleisten, dass geplante Aktivitäten mit der möglichen individuellen Beanspruchung in Einklang gebracht werden können. Wir nehmen uns dazu Zeit, alle Körperregionen zu untersuchen. Viele Patienten fragen sich dann beispielsweise: „Warum werden von der Physiotherapeutin meine Füße angeschaut, obwohl ich über Beschwerden an der Halswirbelsäule klage?“ Es kommt darauf an, den Patienten in seiner körperlichen Gesamtheit zu untersuchen und den entsprechenden Befund als Voraussetzung für eine spätere erfolgreiche Therapie zu erheben. Es kann aufgrund von fascialen Verbindungen im Körper eine Fußfehlstellung eine Problematik an der Halswirbelsäule oder auch ein Kiefergelenksproblem verursachen. Daher ist es wichtig, den Körper immer als ganze Einheit zu betrachten und nicht nur die schmerzhaften Bereiche. Natürlich muss nicht jede Fußfehlstellung unweigerlich eine Problematik an der Halswirbelsäule auslösen.

Die Physiotherapie im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie wird den chronischen Schmerzpatienten in Einzel- und Gruppenbausteinen vermittelt. Die wesentlichen Schwerpunkte des Therapie-Programms bilden die allgemeine aerobe Ausdauer, die Verbesserung der Kraftfähigkeiten, die Rumpfstabilisation sowie ein Wahrnehmungs- und Beweglichkeitstraining. Die Patienten sollen wieder mobiler

in ihren Bewegungen werden. Aufgrund der lang anhaltenden Schmerzen nehmen die meisten Patienten eine Schonhaltung ein – eine körperliche Haltung, in der die Patienten weniger Schmerzen haben, aber auch nicht mehr aufrecht stehen oder gehen können. Das heißt, die Statik des Körpers hat sich geändert. So zum Beispiel weichen bei chronischen Rückenschmerzen die allermeisten Patienten entweder in ein Hohlkreuz oder in einen Rundrücken aus. Unsere therapeutische Aufgabe ist es nun, die Patienten aus dieser Schonhaltung mit gezielten Übungen herauszuholen und die aufrechte Körperhaltung zu forcieren.

Das Wahrnehmungs- und Mobilisations-training hat das Ziel, alle Aktivitäten im erforderlichen Bewegungsausmaß und in angemessener Dosierung ausführen zu können. Die allgemeine aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit wird mittels Bewegungseinheiten wie mit Ergometertraining oder auch mit Nordic Walking geschult. Kraft- und Stabilisationstraining zielen zum einen auf die oberflächliche Körpermuskulatur hin, welche mittels funktionalem Training trainiert werden kann, zum anderen aber auch auf die Feinabstimmung der Körperstabilisation, die aus der tiefen Muskulatur resultiert. Im Mittelpunkt bei allen Anwendungen steht hierbei „unsere tragende Wirbelsäule“.

Während der multimodalen Therapie erlernen die Patienten ihr Verhalten und ihre Haltungs- und Bewegungsmuster im Sinne der Verbesserung der Belastbarkeit zu ändern. Ein weiteres Ziel der Physiotherapie ist das Erarbeiten einer Harmonisierung zwischen Be- und Endlastung sowie die Belastbarkeit und Erholungsfähigkeit für die Alltagstauglichkeit des Kör-

pers, des Geistes und der Seele zu erreichen. Weitere Ziele sind die Schmerzreduktion durch Aktivität, Verbesserung der Körperwahrnehmung, um dadurch eine aufrechtere Körperhaltung zu erzielen. Eine Verbesserung der Beweglichkeit und der Kraft hilft, die Wirbelsäule mobiler, aber auch gleichzeitig stabiler zu machen. Außerdem ist durch das Ausdauertraining eine Verbesserung der Stoffwechselsituation (Fettverbrennung) erwünscht. In vielfachen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Aktivität und Bewegung wirkungsvollere Therapieansätze sind als Ruhe und Schonung.

3. Gemeinsam Ziele erreichen

Die Ergotherapie ist in der Multimodalen Schmerztherapie neben der Physiotherapie ebenfalls ein sehr wichtiger therapeutischer Baustein. Hier wird die Fragestellung bearbeitet, welche Belastungen, Anforderungen und Probleme müssen im Alltag bewältigt werden, und welche Bewegungsabläufe werden zurzeit ausgeführt bzw. sollen, können modifiziert bzw. aktualisiert werden. Unterschiedlichste Trainingseinheiten bieten die Möglichkei-

ten, die eigene Leistungsfähigkeit einzuschätzen, und unter Anleitung Bewegungen neu zu koordinieren, zu ökonomisieren und somit zu optimieren. Eine individuelle Beratung für die Durchführung von Alltäglichen wird in der Gruppe und eventuell in Einzelgesprächen zu den Themenbereichen „häuslicher Lebensbereich“ und „Freizeit“ angeboten. Ziel der Ergotherapie ist, mit einem gemeinsam erarbeiteten Bewegungs- und Aktivitätsplan eine Neuorientierung zu erreichen für eine bessere Selbsteinschätzung, für eine gute Selbstfürsorge und für eine Schmerzminderung. Diese kann eventuell durch eine Anpassung der Aktivitäten im Haushalt, im Beruf und in der Freizeitgestaltung noch zusätzlich unterstützend erreicht werden.

Jennifer Köhler (Physiotherapeutin)
Klinikum Hildesheim, E-Mail:
jennifer.koehler@klinikum-hildesheim.de

Bernd Konerding (Ergotherapeut)
Klinikum Hildesheim, E-Mail:
b.konerding@klinikum-hildesheim.de

Die Psychologie in der Multimodalen Schmerztherapie – ein Lagebericht

Michaela Hirschmann, Daniel Schaller

Die derzeitige Versorgung chronisch schmerzkranker Menschen in Deutschland ist unzureichend. So werden Betroffene zumeist einseitig medizinisch-medikamentös invasiv behandelt und psychosoziale Aspekte häufig außen vor gelassen. Die Behandlungen bringen vielfach nur kurzfristig Erfolg, was einen Nährboden für Frustration auf Seiten von Ärzten und Betroffenen bietet. Mitunter sind Ärzte mit der alleinigen bzw. ausschließlichen Behandlung von Schmerzpatienten überfordert. Eine Erklärung hierfür mag das nach wie vor überwiegend vorhandene Krankheitsverständnis nach Descartes sein, wonach einem Schmerz eine bestimmte medizinische Ursache/Erkrankung zu Grunde liegt. Diese muss entdeckt werden, um sie anschließend erfolgreich behandeln zu können. Leider ist diese veraltete Sichtweise immer noch hartnäckig im Denken von Professionellen als auch von Hilfesuchenden verankert. Die daraus resultierenden Behandlungsmethoden führen in seltenen Fällen zum langfristigen Erfolg.

1. Schmerzen verstehen und behandeln mit dem Bio-Psycho-Sozialen Schmerzmodell

In der modernen Schmerztherapie wird ein neues Schmerzverständnis zu Grunde gelegt. Schmerzen werden im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Schmerzmodells verstanden. Das bedeutet, dass in unterschiedlichen Anteilen körperliche, psychische und auch soziale Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf chronischer Schmerzen mitwirken. Die jeweilige Gewichtung ist von Patient zu Patient sehr unterschiedlich und wird im Idealfall im individuellen Behandlungsplan der multimodalen Schmerztherapie (MMS) berücksichtigt.

Aufgrund der aktuell häufig ungenügenden und einseitigen medizinischen Versorgung chronischer Schmerzpatienten und des Tatbestandes, dass psychische und soziale Faktoren eine große Rolle spielen, nimmt die psychologische Schmerztherapie einen wichtigen Bereich in der multimodalen Schmerztherapie ein. Hinzu kommt die häufige Komorbidität psychischer Störungen, die oft vom Ausmaß der Chronifizierung der Schmerzerkrankung abhängig ist. Im Klinikalltag zeigen nahezu alle Betroffenen starke Beeinträchtigungen in ihrer Lebensqualität. Viele haben zudem psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder auch frühere traumatische Erfahrungen. Da diese die Schmerzen in der Regel mit unterhalten, beziehungsweise sogar verstärken und manchmal auch auslösen, ist eine Mitbehandlung dringend erforderlich. Zum Teil entwickeln sich auch psychische Störungen im Sinne einer Folgeerkrankung aufgrund des Kontrollverlustes und des Hilflosigkeitserlebens im Umgang mit den Schmerzen. Zusätzlich stellen die oft negativen sozialen Konsequenzen durch die Schmerzerkrankung im Arbeitsleben, in der Familie, in der Partnerschaft oder in anderen Bereichen weitere Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen dar. Auch hier ist über die psychologische Schmerztherapie eine Unterstützung im Umgang mit diesen Beeinträchtigungen erforderlich.

Dennoch muss gesagt werden, dass sich die psychologische Schmerztherapie – wie die gesamte Schmerztherapie – noch in den Kinderschuhen befindet. Teilweise wird der Fehler gemacht, Patienten vorschnell psychisch zu pathologisieren. So werden Schmerzen dann beispielsweise einseitig

im Kontext ungelöster (psychodynamischer) Konflikte betrachtet und die Schlussfolgerung gezogen, dass bei Verarbeitung dieser Konflikte auch die Schmerzen verschwinden. Dabei bleiben dann die vorhandenen biologischen/körperlichen Aspekte einer Schmerzerkrankung unberücksichtigt. Zudem haben manche Ärzte noch ein ausgeprägtes somatisches Schmerzverständnis. Hierbei besteht die Gefahr, bei Fehlen von hinreichenden medizinischen Befunden dem Patienten nahe zu legen, seine Schmerzerkrankung sei psychogen. Jedoch auch bei Vorliegen medizinischer Befunde, die das Schmerzgeschehen scheinbar ausreichend erklären, und den daraus resultierenden medizinischen Behandlungsmethoden wie Operationen, sind psychosoziale Faktoren (zum Beispiel Überforderungs- oder Schonverhalten) unbedingt mit zu berücksichtigen, um stabile Erfolge erzielen zu können. Beide Sichtweisen – Soma versus Psyche – sind einseitig und ungünstig für den Patienten und können zur Chronifizierung des Schmerzgeschehens beitragen. Ein wirkliches bio-psycho-soziales Verständnis fehlt manchmal leider beiden Berufsgruppen.

2. Psychische Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen

Wie deutlich dennoch der Einfluss von psychosozialen Faktoren auf Schmerzerkrankungen ist, haben bereits mehrere Studien belegen können. Befunde, die beispielsweise Schäden an der Wirbelsäule wie Bandscheibenvorfälle, Stenosen oder ähnlichem belegen, erklären häufig nicht ausreichend die individuelle Schmerzstärke des Patienten. Psychische Einflüsse, vielfach bezeichnet als „yellow flags“, sind oft von großer Bedeutung, wenn es um das Ausmaß des persönlichen Schmerz-

empfindens geht. Dabei spielen unter anderem die folgenden Faktoren eine entscheidende Rolle für die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung:

2a Schmerzbezogene Kognitionen

• Katastrophisierung

Hiermit ist die Tendenz gemeint, sich in übertriebener sorgender Art mit den Schmerzen zu beschäftigen. Typische Gedanken dabei können sein „meine Schmerzen sind fürchterlich und werden sich nie wieder bessern“ oder „wenn das so weitergeht, werde ich vielleicht im Rollstuhl landen“. Die Tendenz zur Katastrophisierung stellt einen starken Prädiktor für den negativen Verlauf einer chronischen Schmerz-erkrankung dar.

• Fear-avoidance-beliefs

Menschen mit diesen Überzeugungen bewerten vor allem körperliche Aktivität dahingehend, ob sie den Schmerz verstärkt oder nicht. Sie sehen Körpersignale oft als besorgniserregend, sind diesbezüglich eher ängstlich und interpretieren diese dann häufig negativ. Es besteht die Überzeugung, dass Bewegung Schmerzen verstärkt. Häufig entwickeln diese Menschen ein ausgeprägtes Schon- beziehungsweise Vermeidungsverhalten.

• Bedrohung der Grundbedürfnisse

Zudem spielen auch Gedanken der Hilflosigkeit, der Verlust des Kontrollerlebens, der Selbstwirksamkeit und auch des Selbstwertgefühls eine wesentliche Rolle.

2b Verhaltensbezogene Schmerzbewältigung

• Durchhalteverhalten

Diese Personen arbeiten gegen den Schmerz an und versuchen diesen zu ignorieren, zu bagatellisieren oder ihn zu verdrängen. Häufig führen sie ihre Tätigkeiten so lange aus, bis sie nicht mehr können und der

Schmerz drastisch ansteigt. Es folgt dann eine Phase der völligen Passivität. Im Laufe der Zeit nimmt die Leistungsfähigkeit signifikant ab und die Schmerzen nehmen zu.

• Schonverhalten / Vermeidungsverhalten

Diese Personen bewegen sich aufgrund der Schmerzen weniger und versuchen die betroffenen Stellen häufig ruhig zu halten. Ziel ist es, den Schmerz zu verhindern. Langfristig fördert dieses Verhalten eine Schmerzzunahme.

2c Emotionale Schmerzbewältigung

- Angst, Traurigkeit und Wut oder auch die Vermeidung dieser Gefühle sind häufige Begleiter von Menschen mit chronischen Schmerz-erkrankungen und können bei Nichtbehandlung die vorhandenen Schmerzen verstärken.
- Negative Gefühle aus aktuellen oder früheren menschlichen Beziehungen sind oft nicht beziehungsweise verarbeitet worden und führen in der Folge möglicherweise zu körperlichen Beschwerden.

3. Aufgaben der psychologischen Schmerztherapie

Die Ziele der psychologischen/psychotherapeutischen Arbeit in der multimodalen Schmerztherapie können je nach Patient und Beschwerdebild sehr verschieden sein. Allein die oft sehr unterschiedliche motivationale Ausgangslage muss im individuellen Behandlungsplan berücksichtigt werden.

Als ein übergeordnetes Ziel kann in der Regel die Steigerung der persönlichen Eigenverantwortung beim Patienten genannt werden – er soll zum Experten seiner eigenen Schmerz-erkrankung werden und lernen, mit dieser aktiv umzugehen. Dazu ist es erforderlich zu verstehen, wel-

che Faktoren einen Einfluss auf das eigene Schmerzgeschehen nehmen können. Die bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen sollten dem Patienten dabei verdeutlicht werden. Auf dieser Grundlage können dann verschiedene Behandlungsmethoden wie medikamentöse, psychologische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und andere eingesetzt werden. Das entsprechende Handwerkszeug (die Methoden) sollte er anschließend dafür an die Hand bekommen.

Häufig geht es in der psychologischen Schmerztherapie auch darum, den Patienten dahingehend zu begleiten, ein Experte für sich und sein zukünftiges Leben mit den Schmerzen zu werden. Dabei steht dann die Förderung einer realistischen individuellen Zielperspektive und einer aktiven Lebensgestaltung im Fokus der Behandlung.

Im klinischen Alltag geht es öfter zunächst um den Aufbau der motivationalen Bereitschaft, den Nutzen psychologischer Maßnahmen zu erkennen und zu erfahren, um anschließend die individuell hilfreichen Fertigkeiten der verschiedenen Techniken und Methoden zu erlernen.

Zusammenfassend lassen sich folgende drei Ziele der psychologischen Schmerztherapie nennen:

1. den Nutzen der psychologischen Maßnahmen erkennen, erfahren und langfristig akzeptieren
2. die hilfreichen Basisfertigkeiten in den verschiedenen Techniken und Methoden erlernen (siehe unten)
3. der Aufbau von Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit im Umgang mit den Schmerzen

Mögliche Techniken und Methoden oder auch „Unterziele“ könnten sein:

- Erhöhung des Wohlbefindens
- Schulung der Selbstwahrnehmung

- Abbau von Durchhalte- und Schonverhalten
- Modifizierung dysfunktionaler Gedanken (unter anderem Katastrophisierung)
- Aufmerksamkeitslenkung und Ablenkungsstrategien
- Erhöhung der Akzeptanz
- Aufbau/Vertiefung der Entspannungsfähigkeit
- Aktivitätsaufbau
- Abbau von Schmerzangst und fear-avoidance-beliefs
- Gleichgewicht finden zwischen Schonung und Überforderung
- Kurz- und langfristige Stressbewältigung
- Erarbeitung des individuellen bio-psycho-sozialen Modells
- Informationen über das Schmerzgeschehen im Körper geben
- Verbesserung der Problemlösefähigkeiten

4. Fallbeispiel

Im Folgenden wird der typische Ablauf in der psychologischen Schmerztherapie anhand eines Fallbeispiels dargestellt. Nach-

dem telefonisch ein Termin mit Frau M. zur Voruntersuchung, dem sogenannten Assessment, vereinbart wurde, findet der Erstkontakt statt. Hier wird eine etwa einstündige ausführliche Anamnese erhoben, anschließend erfolgt die psychologische Testdiagnostik – ein erstes Screening zum Erkennen von schmerzunterhaltenden psychischen Begleiterkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, der psychischen Belastung aufgrund der Schmerzen, etc. Das Assessment dient dazu, einen ersten Eindruck davon zu erhalten, wie die Patientin mit ihrer Schmerzerkrankung umgeht (emotional, behavioral und kognitiv). Es handelt sich vorliegend um eine 42-jährige verheiratete Frau mit einem 19-jährigen Sohn. Sie ist für 20 Stunden die Woche in einem Büro als Schreibkraft fest angestellt. Die Arbeit macht ihr eigentlich Spaß, jedoch fällt sie ihr aufgrund der Schmerzen immer schwerer. Seit etwa fünf Jahren leidet sie unter Rückenschmerzen im HWS- und LWS- Bereich. In der HWS ist ein kleiner Bandscheibenprolaps zwischen C5 und C6 ohne Nervenwurzelkompression diag-

nostiziert worden. Im LWS-Bereich zeigen sich leichte altersentsprechende degenerative Veränderungen. Ein Rheumatologe hat ihr vor zwei Jahren zudem die Diagnose Fibromyalgie gestellt. Seit etwa sechs Monaten bemerkt sie eine deutliche Schmerzzunahme. Im Gespräch zeichnet sich eine psychische Belastung ab. Frau M. schildert, immer häufiger erschöpft zu sein, eine betübte Stimmung zu haben, innerlich unruhig zu sein, kaum schlafen zu können, weniger Lebensfreude zu verspüren und eine deutlich beeinträchtigte Lebensqualität zu haben. Die Patientin berichtet offen über Partnerschaftsprobleme, sozialen Rückzug und vermehrte Sorgen um den Arbeitsplatz. Als Ziele der geplanten zweiwöchigen stationären Schmerztherapie nennt sie, besser mit dem Schmerz umgehen zu lernen und eine Schmerzlinderung von NRS 8 auf 5 erreichen zu wollen. Testdiagnostisch zeigen sich auffällige Werte im Depressions- und Angstbereich. Im Verlauf des Gespräches deuten einige Aspekte auf das Vorhandensein einer leichten depressiven Störung hin. Typische

Tabelle 1: Beispiel eines Bio-Psycho-Sozialen Schmerzmodells anhand Frau M. – der besseren Übersicht wegen wurde auf die Visualisierung der Wechselwirkungen durch Pfeile verzichtet

Körperliche Faktoren	Psychische Faktoren	Soziale Faktoren
Bandscheibenvorfall HWS ohne Nervenwurzelkompression	Katastrophisierende Gedanken, z.B. „in meinem Alter ein Rollator?!“	Fehlende Ergonomie am Arbeitsplatz
Altersentsprechende degenerative Veränderungen an der LWS	Ständige Beschäftigung mit den Schmerzen, hohe Aufmerksamkeit	Schwiegervater hat Schlaganfall erlitten
Muskelhartspann entlang der gesamten Wirbelsäule	Schwierigkeiten mit dem Älterwerden	Geht nicht mehr regelmäßig zum Sport
Fehlhaltungen	Hoher Leistungsanspruch	Sozialer Rückzug
Starke Lordose LWS	Niedergedrückte Stimmung	Partnerschaftsprobleme
Hohe Sympathikusaktivität	Sorgen um Arbeitsplatz	Schulden durch Hausfinanzierung
Muskeldysbalancen	Schlafstörungen	
Hypomobilität	Innere Unruhe	Sohn zieht wegen Studium demnächst weg
Bindegewebschwäche	Durchhalteparolen	
Hoher Muskeltonus	Angst vor Schmerzen	Freundin an Krebs erkrankt

Schmerzkognitionen bei Frau M. sind „wenn das so weitergeht, verliere ich noch meinen Job“ oder „ich würde mich ja sportlich betätigen, wenn die Schmerzen nicht so stark wären und ich bin mir auch nicht sicher, ob es den Bandscheibenvorfall verstärkt!“ Diese Überzeugungen erklären unter anderem das ausgeprägte Schonverhalten der Patientin, woraus in Folge Fehlhaltungen, Muskeldysbalancen sowie eine allgemeine Hypomobilität resultieren. Die Patientin hat sich bisher eine Schmerzlinderung durch eine „Behandlung“ (passive Behandlungserwartung) erhofft und ist kaum bereit gewesen, aktive Bewältigungsstrategien anzuwenden. Oft haben Patienten in ihrer bisherigen „Karriere“ durch das Gesundheitssystem dies auch verlernt. Deswegen ist zunächst an der Veränderungsmotivation und der Compliance der Patientin zu arbeiten. Als weiteren schmerzaufrechterhaltenden Faktor ist zudem der Arbeitsplatz zu nennen, welcher nicht ergonomisch eingerichtet ist. Im Laufe des Arbeitstages nimmt dadurch die Fehlbelastung zu, die Verspannungen sowie die

Schmerzstärke steigen. Frau M. erhält bereits beim Erstkontakt Informationen zum Thema Schonverhalten bei chronischen Schmerzen. Die aufrechterhaltenen beziehungsweise schmerzverstärkenden Wechselwirkungen werden ihr verdeutlicht. Daneben wird nach Lösungsmöglichkeiten für die ergonomische Gestaltung ihres Arbeitsplatzes gesucht und im Anschluss an das Gespräch Kontakt zum Ergotherapeuten aufgenommen. Die Patientin bringt Ansätze eines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses mit und glaubt, dass die partnerschaftlichen Konflikte sowie die Arbeitsplatzsituation einen schmerzverstärkenden Charakter haben. Sie möchte lernen, ruhiger zu werden. Nach einer ausführlichen interdisziplinären Teambesprechung und einer positiven Entscheidung wird ein Termin für die stationäre Aufnahme vereinbart.

Während des Aufenthaltes wird mit Frau M. an folgenden Themen im Einzelkontakt sowie im Gruppensetting gearbeitet:

- Abbau des Schonverhaltens durch Informationsvermittlung zum Thema Be-

wegung bei chronischen Schmerzen. Hier ist eine direkte Zusammenarbeit mit der Physiotherapeutin und dem Arzt unbedingt erforderlich. Die Patientin soll über körperliche Aktivierung lernen, wieder mehr Vertrauen in ihre körperlichen Fähigkeiten zu entwickeln. Dafür ist es zudem wichtig, dass ihr auch von ärztlicher Seite bestätigt wird, mit einem Bandscheibenvorfall Sport machen zu können und zu verstehen, dass es sich nicht um eine Erkrankung handelt, die Schonung erfordert.

- Nach Möglichkeiten schauen, den Arbeitsplatz ergonomisch einzurichten (Wer ist dafür zuständig? Wie ist das Verhältnis zum Arbeitgeber? Gibt es einen Betriebsrat? usw.). Hier ist die Zusammenarbeit mit dem Ergotherapeuten sowie der Sozialberatung sinnvoll.
- Abbau der inneren Unruhe durch Erlernen der individuell passenden Entspannungsmethode wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training nach Schultz oder achtsamkeitsbasierten Entspannungstechniken.
- Überblick verschaffen über die partnerschaftlichen Konflikte, erste Lösungsmöglichkeiten aufzeigen, weitere Handlungsoptionen erarbeiten.
- Eventuell Beginn einer medikamentösen antidepressiven Therapie, hierzu gehört ebenfalls die körperliche und soziale Aktivierung. Eine psychiatrische konsiliarische Mitbehandlung ist diesbezüglich bei Bedarf möglich.

Als wesentliche Arbeitsgrundlage für die psychologische Schmerztherapie mit Frau M. dient die gemeinsame Erstellung eines individuellen bio-psycho-sozialen Schmerzmodells (siehe Tabelle 1). Anhand dessen lassen sich zahlreiche Wechselwirkungen zwischen den körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren erkennen, wie zum Beispiel katastrophisierende Gedanken

beeinflussen Schlafstörungen, die wiederum den Muskeltonus, was zur Folge hat, das die Schmerzstärke steigt, die Treffen mit den Freundinnen abgesagt werden, und so weiter.

5. Ausblick

Wie lautet das Fazit dieses Lageberichtes? Sicher, die Fortschritte in der Behandlung chronischer Schmerzen haben durch das Konzept der multimodalen Therapie ein neues Level erreicht. Festzustellen ist, dass die Behandlungsmöglichkeiten noch nie so gut wie derzeit waren. Doch es zeigt sich noch Verbesserungsbedarf, die Zusammenarbeit zwischen den Professionen ist stellenweise suboptimal. Von einer wirklichen Interdisziplinarität kann mehrfach keine Rede sein, eher von einer „Vielkomponententherapie“ – jeder arbeitet in seinem Feld so gut er kann am Patienten, im Team wird anschließend darüber berichtet. Die jeweils eigene theoretische Sichtweise auf chronische Schmerzen ist in solchen Fällen zu erweitern und ein ständiger Austausch zwischen den Berufsgruppen unbedingt erforderlich. Im klinischen Alltag kann das bedeuten, dass Psychologen vermehrt auch medizinische Faktoren in der psychologischen Schmerztherapie berücksichtigen. Für Ärzte gilt es, neben medizinischen Befunden auch psycho-soziale Einflussfaktoren zu erkennen und in der Behandlung mit zu berücksichtigen. Eine effektive Schmerztherapie erfordert die multimodale Erstellung eines bio-psycho-sozialen Schmerzmodells für jeden Patienten. Anhand dessen leiten sich dann die verschiedenen Behandlungsbau- steine ab. Hier besteht möglicherweise besonders für die Psychologie eine hohe Verantwortung, das vorhandene Wissen zu nutzen und zu verbreiten, sei es durch interne oder externe Schulungen sowie auch durch die regelmäßige und aktive Teilnahme an den jeweiligen Teamsitzungen.

Bezüglich der psychischen Komorbiditäten (zur Erinnerung: oft sind diese schmerzunterhaltend) besteht ebenfalls eine große Herausforderung. Aufgrund der eklatanten Unterversorgung im ambulanten psychotherapeutischen Bereich kann den Patienten allein eine ambulante Weiterbehandlung nicht guten Gewissens empfohlen werden, Wartezeiten von über einem halben Jahr und mehr sind unzumutbar. Folglich besteht während der multimodalen Therapie bereits die dringende Notwendigkeit, diese mit zu behandeln, was wiederum einen deutlich höheren Arbeits-beziehungsweise Personaleinsatz erfordert, inklusive konkreter Weiterbehandlungsmöglichkeiten im ambulanten Setting – die erfolgreiche Behandlung übersteigt in der Regel den zeitlichen Rahmen des stationären Aufenthalts.

Zu guter Letzt muss ein in der Schmerztherapie tätiger Psychologe oder Psychotherapeut für sich selbst bereit sein, die Notwendigkeit der Psychoedukation (Informationsvermittlung) nicht als Allheilmittel zu sehen und nach dem Gießkannenprinzip vorzugehen, sondern den Mut haben, gemeinsam mit den Patienten die individuell richtigen Wege zu gehen, von der aufrechterhaltenden Hoffnung auf Schmerzlinderung, über die verschiedenen Formen der Schmerzbewältigung bis hin zur Schmerzakzeptanz – die Vielfalt an geeigneten Methoden ist vorhanden.

Oft entsteht aber genau dort eine Ambivalenz: Die meisten Methoden (nicht nur in der Psychologie) zielen darauf ab, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um doch irgendwie den ursprünglichen Zielen, Ansprüchen und Wünschen näher zu kommen – bestenfalls den Schmerz weg zu bekommen (Assimilation). Die Idee der Akzeptanz, mit den Grenzen – mit dem Schmerz – zu leben, seine persönlichen

Ziele und Wertvorstellungen anzupassen, geht einen anderen Weg (Akkommodation). Da dies sicherlich nicht nur ein Problem in der Schmerztherapie ist, sondern auch ein kulturelles und gesellschaftliches, kann da nur schwer eine Entscheidung (Assimilation versus Akkommodation) getroffen werden, oft wird ein Kompromiss eingegangen. Das Ziel müsste sein, eine individuelle Passung gemeinsam mit dem einzelnen Patienten zu finden, die verschiedenen Möglichkeiten und Wege aufzuzeigen und ihn dabei zu begleiten!

Korrespondenzadresse:

*Dipl. Psych. Daniel Schaller
Psychologischer Psychotherapeut
Mittelweser Kliniken GmbH
E-Mail:
daniel.schaller@mittelweser-kliniken.de*

Ankündigung

Zum Themenheft der aktuellen Ausgabe finden Sie auf unserer Homepage (<http://www.laekh.de/hessisches-aerzteblatt/aktueller-jahrgang/index.html>) zusätzlich die folgende Beiträge:

- Dr. med. Karin Müller: **Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie**
- Hans-Werner Kuska: **Bedarfsgerechter Aufbau stationärer schmerztherapeutischer Einheiten**
- Erk Scheel: **Therapieerfolg und Nachhaltigkeit der multimodalen Schmerztherapie unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten**
- Anke Hahnenberger: **Der Stellenwert von Pflegekräften in der stationären multimodalen Schmerztherapie**

„Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“

16 Teilnehmer/innen freuen sich über erfolgreiche Abschlussprüfung



Ein letztes Mal kamen am Samstag, den 31. August 2013, Prüfungsteilnehmerinnen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ zum gemeinsamen Fototermin zusammen. Mit der schriftlichen Prüfung haben sie eine große Hürde auf dem Weg zum Erhalt des „Fachwirtinnenbriefes“ genommen. Entsprechend fröhlich war die Stimmung, nachdem Silvia Happel, Schulleiterin der Carl-Oelemann-Schule, den erfolgreichen Teilnehmerinnen gratulierte und zum Fototermin bat. Für einige Teilnehmerinnen war die Prüfung der Abschluss der Auf-

stiegsfortbildung, da sie bereits ihre Projektarbeit und den erforderlichen Wahlteil abgeschlossen hatten.

Die Carl-Oelemann-Schule bietet als Wahlteil ein umfangreiches Angebot an Qualifizierungslehrgängen an. So haben die Teilnehmer/innen die Möglichkeit, einen ihren Interessen und den Erfordernissen ihres Arbeitsplatzes entsprechenden Lehrgang zu wählen.

Einige Teilnehmer/innen entschieden sich für den Wahlteil „Klinikassistentz“. Mit dieser Fortbildung können sich Medizinische Fachangestellte ein neues Tätigkeits-

feld in Krankenhäusern erschließen. Sie erwerben die Kenntnisse, um Ärzten in Krankenhäusern bei den administrativen Aufgaben wie Dokumentation und Kodierung zu unterstützen. In 120 Stunden fachtheoretischem und -praktischem Unterricht lernen die Teilnehmer/innen unter anderem neben Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben Abrechnungen für ambulante und stationäre Patienten. Da mit den verwaltungsbezogenen Aufgaben im Klinikbereich Computerarbeit verbunden ist, werden die Lerninhalte in den EDV-Räumen der Carl-Oelemann-Schule geübt.

Am 7. November 2013 startet der dritte Lehrgang der Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“. Informationen zur Aufstiegsfortbildung sowie Termine für Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil anerkannt werden, finden Sie auch auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule (www.carl-oelemann-schule.de). Gerne beraten Sie auch die Mitarbeiterinnen Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187 und Annegret Werling, Tel.: 06032 782 193.

Gabriele Brüderle-Müller
Carl-Oelemann-Schule

Zeugenaufruf



Am 23.6.2013 entdeckte eine Spaziergängerin in einem Landschaftsschutzgebiet nahe Mainz/Rheinland-Pfalz eine weibliche Leiche. Aufgrund der geschätzten Liegezeit von etwa zwei bis vier Wochen war der Leichnam durch Verwesung und Tierfraß bis zur Unkenntlichkeit entstellt, so dass sich die Identifizierung zunächst schwierig gestaltete. Staatsanwaltschaft und Kriminalpolizei gehen davon aus, dass die Frau Opfer eines Gewaltverbrechens wurde.

Zwischenzeitlich konnte die Tote als die am 6.8.2013 in Wiesbaden als vermisst gemeldete Neda „Nurten“ Simeonova DZHAMBAZOVA, geb.

16.1.1969 in Strandzhevo (Bulgarien) identifiziert werden. Frau DZHAMBAZOVA wohnte zuletzt in der August-Wolff-Str. 5 in Wiesbaden-Biebrich. Die Ermittlungen ergaben Hinweise, dass die Tote in der Vergangenheit versucht haben könnte, unter anderem Namen bzw. unter Vorlage der Versicherungskarte einer anderen Person ärztlich behandelt zu werden.

Die Polizei bittet um Ihre Mithilfe durch Beantwortung folgender Fragen:

1. **Kennt jemand die auf dem Foto abgebildete Person?**
2. **Hat jemand die Person in der zurückliegenden Zeit behandelt?**
3. **Erinnert sich jemand daran, unter welchem Namen und mit welcher Diagnose er/sie die Person behandelt hat?**

Hinweise bitten wir an die Kriminalpolizei in Mainz unter der Telefonnummer 06131 653811 oder der 06131 653633 zu richten.

Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin in Hessen: noch wenige Plätze für die dritte Kohorte – erstmals in Kassel

Die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen bieten am 29. November 2013 erstmals in Kassel das Seminar- und Mentoringprogramm für angehende Fachärzte/ärztinnen für Allgemeinmedizin an!

Bereits im Frühjahr 2013 startete das Seminar- und Mentoringprogramm des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin der Kompetenzzentren, die an den Universitäten Frankfurt am Main und Marburg angesiedelt sind, mit einem Pilotseminar in Gießen. Die Kompetenzzentren wurden im Rahmen des Hessischen Paktes zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung gegründet und sind unter anderem mit der Aufgabe betraut, die Weiterbildung der

jungen Kolleginnen und Kollegen zur/zum Fachärztin/arzt für Allgemeinmedizin inhaltlich mitzugestalten.

Die in Gießen Anfang 2013 gestartete Gruppe von 25 jungen Kolleginnen und Kollegen hat mittlerweile ihren dritten Seminartag erlebt. Von Anfang an hat die Gruppe es geschätzt, im Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin eine „Heimat“ gefunden zu haben. Aussagen wie „Jahrelang habe ich mich alleine durchgekämpft und jetzt habe ich plötzlich viele Menschen kennengelernt, die die gleichen Probleme haben wie ich“, sind nur eine der Bemerkungen, die wir dort immer wieder hören. Wie ist dieses Programm aufgebaut und welche Inhalte werden vermittelt? In den

achtstündigen Seminaren, die viermal jährlich an einem Freitag stattfinden, werden Inhalte vermittelt, die sofort in den Klinik- und Praxisalltag umgesetzt werden können und für die zukünftigen Hausärzte/innen von Interesse sind. So werden beispielsweise leitliniengerechte Therapien zu spezifischen Beratungsanlässen vermittelt, wirtschaftliche Aspekte der Praxisführung und Praxisübernahme besprochen oder auch Themen wie ärztliche Gesprächsführung, Kommunikation im Team sowie Fehlermanagement behandelt. Ziel der Seminare ist eine Vertiefung und Erweiterung der klinisch-praktischen Kompetenzen.

Parallel zum Seminarprogramm trifft sich viermal jährlich Mittwochnachmittags für je zwei Stunden eine kleine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung mit ihrem Mentor/ihrer Mentorin. Die Kolleginnen und Kollegen können dort im persönlicheren Kreis alle weiteren Themen mit Bezug zur Weiterbildung besprechen, sei es die Organisation der Weiterbildung, Konflikte mit dem Weiterbildungler, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Tipps zu Fortbildungen und Kursen. Im September 2013 konnten die Kompetenzzentren einer zweiten Gruppe junger Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung Allgemeinmedizin die Teilnahme am Weiterbildungskolleg in Frankfurt am Main anbieten. Auch diese Gruppe hat das Angebot sehr positiv aufgenommen, so dass wir nun nach Mittelhessen und Südhessen am 29. November 2013 das Programm in Nordhessen mit Standort Kassel starten werden. Der erste Seminartag in Kassel ist kostenlos und es gibt noch einige freie Plätze.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de. Zur Anmeldung zum ersten Seminartag in Kassel senden Sie bitte eine E-Mail an: weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de.

Susanne Sommer, Armin Wunder, Marischa Broermann, Monika Sennekamp, Ferdinand Gerlach, Erika Baum

Modellprojekt: Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 838!

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erwerb der Berechtigung zur Beratung 16 P

Samstag, 02. – Sonntag, 03. Nov. 2013

Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar

Für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 09. Nov. 2013

Teilnahmegebühr: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Hanau

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage – Was der Radiologe und der Allgemeinmediziner voneinander wissen sollten

Samstag, 16. Nov. 2013, 09:00 – 13:00 Uhr

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

Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Samstag, 16. Nov. – Sonntag, 17. Nov. 2013

Themen: Kinder-Orthopädie, Diabetes und Adipositas,
Infektiologie, Dermatologie

Leitung: Prof. Dr. med. A. Fuchshuber, Bad Nauheim
Prof. Dr. med. N. Gordjani, Offenbach

Teilnahmegebühr: pro Halbtage € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Samstag, 16. Nov. 2013, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. M. Kern, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Freitag, 22. Nov. 2013, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr 11 P

Freitag, 14. Feb. 2014, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr 11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmegebühr: € 170 (Akademiemitgl. € 153),

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag 6 P

Terminänderung: Mittwoch, 04. Dez. 2013, 15:00 – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de





Repetitorium Innere Medizin 2013

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

Montag, 18. – Samstag, 23. Nov. 2013 **insg. 51 P**

Themenübersicht:

MO Rheumatologie	9 P
Prof. Dr. med. U. Lange	
Internistische Intensivmedizin	
Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath	
DI Internistische Hämatologie / Onkologie	9 P
Prof. Dr. med. L. Bergmann, Prof. Dr. med. A. Neubauer	
Pneumologie	
Prof. Dr. med. C. Vogelmeier	
MI Angiologie	9 P
Dr. med. F. Präve	
Nephrologie	
PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. W. Faßbinder	
DO Gastroenterologie	9 P
Prof. Dr. med. K. Haag, Prof. Dr. med. F. Hartmann	
Kardiologie	
Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm	
FR Kardiologie	9 P
Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm	
Endokrinologie / Diabetologie	
Dr. med. C. Jausch-Hancke, Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann	
SA Fallseminar	6 P

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda
Teilnahmegebühr insg.: € 495 (Akademiestud. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445), **Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademiestud. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Adipositas – Multimodales Therapiekonzept

Samstag, 22. Feb. 2014, 9:30 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiestud. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Depression vom Burnout-Typ – Therapiemöglichkeiten und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

Samstag, 01. Feb. 2014, 09:30 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiestud. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Moderatorentaining

Freitag, 28. – Samstag, 29. Mär. 2014

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda
Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiestud. € 324)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014 **22 P**

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiestud. € 288)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 14. – Sonntag, 15. Jun. 2014 **16 P**

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestud. € 234)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 838!

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Donnerstag, 07. – Freitag, 08. Nov. 2013 **16 P**

Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt
Teilnahmegebühr: € 340 (Akademiestud. € 306)
Tagungsort: Darmstadt, Klinikum, Gräfenstr. 9
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Krankenhaushygiene

Termine für 2014 in Planung!

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt
Teilnahmegebühr: Modul I: € 650 (Akademiestud. € 585)
 Modul II-VI: je € 520 (Akademiestud. € 468)
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de



Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA gemäß Curriculum der BÄK.

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 31. Jan. – Sonntag, 02. Feb. 2014	G1 – G3
Freitag, 28. Mär. – Sonntag, 30. Mär. 2014	G4 – G6
Freitag, 04. Jul. – Sonntag, 06. Jul. 2014	G7 – G9
Freitag, 12. Sep. – Sonntag, 14. Sep. 2014	G10 – G12
Freitag, 14. Nov. – Sonntag, 16. Nov. 2014	G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Samstag, 16. Nov. – Sonntag, 17. Nov. 2013	GP
Samstag, 22. Feb. – Sonntag, 23. Feb. 2014	GP
Samstag, 29. Mär. – Sonntag, 30. Mär. 2014	GP
Samstag, 27. Sep. – Sonntag, 28. Sep. 2014	GP
Samstag, 06. Dez. – Sonntag, 07. Dez. 2014	GP

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de
 oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.
 Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C **08. Feb. 2014** **10 Std.** **10 P**

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbebegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis

Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg,
 Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden

Kurs A **23./24. Mai 2014** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.

Kurs B **19./20. Sep. 2014** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: 10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135)
 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzteverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Mittwoch, 27. Nov. 2013, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. M. Braun, Schlüchtern

Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

weitere Termine 2014: Teil 1/2 26. Mär., Teil 3/4 25. Jun.,

Teil 5/6 24. Sep., Teil 1/2 26. Nov.

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

In den Kurs B2 ist „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen (G35)“ integriert.

C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013 **60 P**

Teilnahmegebühr pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)

A1 Samstag, 25. Jan. – Samstag, 01. Feb. 2014

B1 Samstag, 08. Mär. – Samstag, 15. Mär. 2014

C1 Samstag, 05. Apr. – Samstag, 12. Apr. 2014

Teilnahmegebühr pro Kursteil: auf Anfrage

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg,

Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin – Einführung in die sexualmedizinische Diagnostik und Beratung

Der Kurs vermittelt Basiskompetenzen in der Erkennung von und Beratung bei sexuellen Störungen. Ein weiteres Ziel ist die Überweisungskompetenz bei tiefer gehenden sexuellen Störungen.

Modul I **Samstag, 14. – Sonntag, 15. Dez. 2013**

Modul II **Samstag, 15. – Sonntag, 16. Feb. 2014**

Modul III **Samstag, 26. – Sonntag, 27. Apr. 2014**

Der Kurs ist nur als Ganzes buchbar.

Leitung: Dr. med. H. Berberich, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr gesamt: € 880 (Akademiemitgl. € 792)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I **Freitag, 21. – Samstag, 22. Mär. 2014** **12 P**

Modul II **Freitag, 04. – Samstag, 05. Apr. 2014** **12 P**

Modul III **Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014** **16 P**

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

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de





Palliativmedizin

Fallseminar Modul III:

Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013 40 P

Basiskurs:

Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013 40 P

Teilnahmegebühr:

Basiskurs: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 29 P

Freitag, 28. Feb. – Sonntag, 02. Mär. 2014

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg, M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt 40 P

Terminänderung: Samstag, 05. – Dienstag, 08. Apr. 2014

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Samstag, 23. Nov. 2013 13 P

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 240

Tagungsort: Kassel

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst 33 P

Mittwoch, 12. – Samstag, 15. Feb. 2014

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Freitag, 16. – Sonntag, 18. Mai 2014

Block II: Freitag, 27. – Freitag, 29. Jun. 2014

Block III: Freitag, 26. – Samstag, 27. Sep. 2014

Teilnahmegebühr: Block I: € 360 (Akademiemitgl. € 324), Block II: €

330 (Akademiemitgl. € 297), Block III: € 210 (Akademiemitgl. € 189)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)

Mittwoch, 09. Apr. 2014, 13:30 – 20:30 Uhr 21 P

Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Gießen

Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Qualifikation zur fachgebundene genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung

Mittwoch, 11. Dez. 2013

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. F. Louwen, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60,

Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind € 80)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung.

Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden.

Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Termine für dieses Jahr sind bereits komplett ausgebucht!

20. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 17. Jan. – Sonntag, 19. Jan. 2014 20 P

Freitag, 28. Feb. – Sonntag, 02. Mär. 2014 20 P

Freitag, 16. Mai – Sonntag, 18. Mai 2014 20 P

Freitag, 11. Jul. – Sonntag, 13. Jul. 2014 20 P

Freitag, 19. Sep. – Sonntag, 21. Sep. 2014 20 P

Freitag, 21. Nov. – Sonntag, 23. Nov. 2014 20 P

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Freitag, 27. – Samstag, 28. Jun. 2014 16 P

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

Teilnahmegebühr: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de



Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Freitag, 11. Okt. 2013 **insg. 20 P**
Telelernphase: Samstag, 12. Okt. – Freitag, 22. Nov. 2013
Präsenzphase: Samstag, 23. Nov. 2013
 – mit abschließender Lernerfolgskontrolle
Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.
Samstag, 07. Dez. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**
Leitung: Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 170 (Akademiemitgl. € 153)
max. Teilnehmerzahl: 12
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,
 Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)
Samstag, 30. Nov. 2013
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)
Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)
Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitgl. € 45)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Termin 2014: Samstag, 22. Feb.

Grundkurs

Samstag, 22. – Sonntag, 23. Mär. 2014
Praktikum: Montag, 24. und Dienstag, 25. Mär. 2014
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen (Theorie), Hochwaldkrankenhaus (Praktikum)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

Samstag, 12. Apr. 2014
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 130 (Akademiemitgl. € 117)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
weiterer Termin 2014: Samstag, 27. Sep. 2014

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Samstag, 20. Sep. – Sonntag, 21. Sep. 2014
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen (Theorie), Frankfurt a. M., Krankenhaus Nordwest (Praktikum)

Spezialkurs Computertomographie

Termine in Planung

Spezialkurs Interventionsradiologie

Termine in Planung

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 1. Juni 2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse. Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013 **80 P**

AK II Mittwoch, 05. Feb. – Freitag, 14. Feb. 2014 **80 P**

GK I Mittwoch, 02. Apr. – Freitag, 11. Apr. 2014 **80 P**

GK II Mittwoch, 16. Jul. – Freitag, 25. Jul. 2014 **80 P**

AK I Mittwoch, 08. Okt. – Freitag, 17. Okt. 2014 **80 P**

Leitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

Kursteil 1: Freitag, 17. Jan. – Samstag, 18. Jan. 2014

Kursteil 2: Freitag, 31. Jan. – Samstag, 01. Feb. 2014

Kursteil 3 / Wahlthema: Freitag, 14. Feb. – Samstag, 15. Feb. 2014

Kursteil 4: Freitag, 28. Feb. – Samstag, 01. Mär. 2014

Teilnahmegebühr: je Wochenende € 165

Veranstaltungsort: Frankfurt a. M., Bürgerhospital (Kursteile 1-3) Friedrichsdorf, salus klinik (Kursteil 4)

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. dem Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten.

Er umfasst insg. 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block I: Di., 18. – Sa., 22. Feb. 2014

Block II a: Mi., 14. – Sa., 17. Mai 2014

Block II b: Mi., 09. – Sa., 12. Jul. 2014

Block III a: Mi., 08. – Sa., 11. Okt. 2014

Telelernphase: So., 12. Okt. – Mi., 19. Nov. 2014

Block III b: Do., 20. – Sa., 22. Nov. 2014

Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891),

Block II a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Block III a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de



Ultraschallkurse

Abdomen

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

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Grundkurs 40 P

Samstag, 18. und Sonntag, 26. Jan. 2014 (Theorie)
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 22. und Sonntag, 30. Mär. 2014 (Theorie)
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 01. Nov. 2014 (Theorie)
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Kliniken im Rhein-Main-Gebiet

Gefäße

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

Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) 20 P

Freitag, 29. – Samstag, 30. Nov. 2013 (Theorie + Praktikum)
€ 320 (Akademiemitgl. € 288)

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Donnerstag, 20. – Freitag, 21. Feb. 2014 (Theorie)

Samstag, 22. Feb. 2014 (Praktikum)
€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 25 P

Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Jun. 2014 (Theorie)

Samstag, 14. Jun. 2014 (Praktikum)
€ 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 20 P

Freitag, 28. – Samstag, 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)
€ 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Frankfurt am Main, Krankenhaus Nordwest

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schwab,

Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin – Qualifikation nach den BUB-Richtlinien

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Freitag, 09. – Sonntag, 11. Mai 2014 **insg. 30 P**

Samstag, 24. – Sonntag, 25. Mai 2014

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Gießen
PD Dr. med. habil. T.O. Hirche, Wiesbaden
Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

Teilnahmegebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Max. Teilnehmerzahl: 32

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Praktikum: Gießen, UKGM GmbH Schlaflabor Med. Klinik II

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

Block B Samstag, 02. – Sonntag, 03. Nov. 2013 **20 P**

in Kassel

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling,

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Block A Freitag, 07. – Samstag, 08. Mär. 2014 **20 P**

in Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014 **20 P**

in Bad Nauheim

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

Block C Freitag, 12. – Samstag, 13. Sep. 2014 **20 P**

in Bad Nauheim

Leitung: C. Drefahl, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Block B Freitag, 07. – Samstag, 08. Nov. 2014 **20 P**

in Kassel

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling,

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Teilnahmegebühr pro Block: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Eine verbindliche Anmeldung ist im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich.

Gerne können Sie sich auch schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-220. Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

Modellprojekt: Kinderbetreuung für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223.

Teilnahmegebühr: Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmegebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de





Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr finden an verschiedenen Veranstaltungsorten in Hessen statt. Der Flyer zur Fortbildung steht zum „Download“ auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

- Der erste Eindruck macht's!
- Der richtige Gruß!
- Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt!
- Sauber und ordentlich, ist doch klar!
- Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

Termin Kurs 13_PAT 14_3: **20.11.2013**, 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: Landesärztekammer Hessen,
Im Vogelsgesang 3 in Frankfurt

Termin Kurs 13_PAT 14_4: **04.12.2013**, 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer,
Wilhelmstraße 60 in Wiesbaden

Teilnahmegebühr: jeweils € 70,00

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

Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 07.12.2013, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen mit praktischen Beispielen wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 25.01.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Der Kurs bietet den Teilnehmer/innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen.

Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Fr., 31.01.2014, 09:30 – 17:45 Uhr oder Sa., 01.02.2014, 09:30 – 17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Sa., 23.11.2013 und Sa., 30.11.2013, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Im Kurs werden die Themen Laborkunde und EKG in vielen Übungen wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 08.02.2014, 09:15 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

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

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: ab Fr., 17.01.2014 (insgesamt 30 Std.)

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte: Die in der eintägigen Fortbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe erhält der/ die Teilnehmer/in Anregungen zur Optimierung seiner/ihrer Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

Termin: Fr., 31.01.2014, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Die Teilnehmer/innen der Fortbildung werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und erwerben über diese Kenntnisse die Fähigkeit, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

Termin: Sa., 01.02.2014, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

Termine: Sa., 09.11.2013, 10:00 – 16:30 Uhr und

Sa., 16.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

Onkologie

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Die Module können einzeln gebucht werden.

Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

Termin: Fr., 22.11.2013, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

Gebühr: € 70

Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

Termin: Fr., 22.11.2013, 15:15 – 18:30 Uhr und

Sa. 23.11.2013, 08:30 – 16:45 (insgesamt 13 Std.)

Gebühr: € 185

Psychononkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Sa., 07.12.2013, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

2-tägige Onkologiefortbildung: Uroonkologie

Die Fortbildung richtet sich besonders an Teilnehmerinnen, die bereits die Qualifizierung „Fortbildung in der Onkologie“ besucht haben. Sie steht auch anderen Personen aus medizinischen Fachberufen offen.

Termine: Fr., 15.11.2013, 10:30 – 17:45 Uhr und

Sa., 16.11.2013, 09:00 – 12:15 Uhr

Gebühr: € 150

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

Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (90 Stunden)

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahme-technik, spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen / **Inhalte praktischer Teil:** praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab Fr., 14.02.2014

Gebühr: € 950 zuzügl. € 50 Prüfungsgebühr

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





Schwerpunkt Medizin

Herz und Lunge (MED 3)

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenten“.

Inhalte: Neben der theoretischen Vermittlung der am häufigsten durchgeführten Messverfahren werden vielfältige praktische Übungen durchgeführt:

- Ruhe-EKG
- Langzeitmessung-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Spirometrie, Inhalationstherapie

Termin: Interessentenliste, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 4)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen möchten sowie den Wissensstand zum Thema „pathologisches Ruhe- und Belastungs-EKG“ erweitern möchten. Grundkenntnisse zur Durchführung eines Ruhe-EKGs werden vorausgesetzt. Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Sa., 23.11.2013, 08:30 – 16:00 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Schmerz (MED 8)

Thema des Kurses ist die Behandlung chronischer Schmerzen zusätzlich zur medikamentösen Behandlung. Es werden Methoden vorgestellt und erlernt, die Medizinische Fachangestellte anwenden können, u.a.: Tens, TAPE, Infiltrationstherapien. Weiterhin werden verschiedene Schmerzarten erörtert.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: € 70

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

Injektionen/Infusionen (MED 5)

Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion, unter Beachtung von hygienischen Maßnahmen, steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

Termin: Sa., 08.02.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 95

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

Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten wird in Modulform angeboten. Die Module können einzeln gebucht werden.

Kommunikation mit Schwerkranken (PAL 1)

Termin: Do., 16.01.2014, 09:30 – 17:45 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

Symptomkontrolle in der Palliativversorgung (PAL 2)

Termin: Fr., 17.01.2014 und Sa. 18.01.2014,
jeweils 09:30 – 16:45 Uhr (insgesamt 16 Std.)

Gebühr: € 185

Therapeutische und pflegerische Maßnahmen (PAL 3)

Termin: Fr., 07.02.2014, 10:15 – 16:45 Uhr und
Sa. 08.02.2014, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 13 Std.)

Gebühr: € 185

Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Sterben und Trauer (PAL 4)

Termin: Fr., 28.02.2014 und Sa. 01.03.2014, jeweils 09:30 – 15:00 Uhr

Gebühr: € 150

Ethik und Recht (PAL 5)

Termin: Fr., 21.03.2014, 09:30 – 15:00 Uhr

Gebühr: € 95

Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 6)

Termin: Sa., 22.03.2014 09:30 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 95

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

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte oder Arzthelfer/innen, die spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Praxisteam oder in mittleren Gesundheitseinrichtungen bereits übernommen haben oder eine leitende Position anstreben. Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagement, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de.

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Termin: ab 3. April 2014

Gebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen.

Teilnahmegebühr auf Anfrage.

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

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

Übernachtungsmöglichkeit: Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Hilfe für das schwache Herz

Deutsche Herzstiftung startet bundesweite Herzwochen zur Herzinsuffizienz /
 Aufruf an Hessens Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung der Kampagne



Herzschwäche ist keine eigenständige Krankheit, sondern die Folge anderer Herzkrankheiten, vor allem der koronaren Herzkrankheit und des Bluthochdrucks. Entsprechend viele Menschen sind gefährdet, eine Herzschwäche zu bekommen. In Deutschland sind nach Angaben des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz zwei bis drei Millionen Menschen von einer Herzschwäche betroffen. Allein 2010 wurden über 371.300 Patienten mit einer Herzschwäche in ein Krankenhaus eingeliefert; über 48.300 starben an Herzschwäche. Im fortgeschrittenen Stadium kann Herzschwäche zu massiven Beschwerden bei den Betroffenen führen. Sie beeinträchtigt stark ihren Alltag und bedroht ihr Leben.

Die Patientenorganisation Deutsche Herzstiftung sieht daher dringlichen Aufklä-

rungsbedarf und hat die Herzinsuffizienz zum Thema der bundesweiten Herzwochen 2013 gewählt. Unter dem Motto „Das schwache Herz“ läuft die Kampagne vom 1. bis zum 30. November (www.herzstiftung.de/herzwochen.html).

Gemeinsam mit Kardiologen in Praxen und Kliniken, Internisten, Herzchirurgen, Allgemeinmedizinern, Arbeitsmedizinern und Fachärzten anderer Fächer will die Deutsche Herzstiftung während der Herzwochen über die Herzinsuffizienz aufklären und erreichen, dass die Bevölkerung mehr über die Ursachen, die lebensbedrohlichen Folgen der Herzschwäche und zugleich über die Möglichkeiten der Vorbeugung, Diagnostik und Therapie der Herzschwäche erfährt. Aus diesem Grund ruft die Patientenorganisation mit Sitz in Frankfurt die über 33.000 Ärztinnen und Ärzte in Hessen dazu auf, die Kampagne zu unterstützen, indem sie ihre Patientinnen und Patienten über die Herzschwäche aufklären.

Dazu bietet die Herzstiftung ein kostenloses Aktionspaket für Ärzte unter www.herzstiftung.de/herzschwaeche-paket an.

Es besteht aus der Experten-Broschüre „Das schwache Herz – Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz heute“ (siehe Kasten), einem „Herztagebuch“ für Patienten mit Herzschwäche, einem Wartezimmer-Plakat und einem handlichen Ratgeber mit Tipps für Patienten zum Thema Herzschwäche und Risikofaktoren.

Herzinsuffizienz in Hessen: über 26.200 vollstationäre Fälle jährlich

Das Übersehen der Beschwerden oder die Symptome der chronischen Herzschwäche nicht wahr haben zu wollen, ist einer der Gründe für die hohe Sterblichkeit. „Oftmals erleben wir, dass Patienten dazu neigen, krankheitstypische Anzeichen wie Atemnot, Leistungsabfall und geschwollene Beine mit Knöchelödemen nicht ernst zu nehmen oder resigniert auf das Alter zu schieben“, berichtet Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung und Kardiologe am Cardioangiologischen Centrum Bethanien CCB Frankfurt am Main. „Patienten sollten aber bei krankheitstypischen Beschwerden umgehend ihren Hausarzt auf-

EXPERTEN-RATGEBER ZUR HERZSCHWÄCHE



Für Patienten mit Herzinsuffizienz und ihre Angehörigen bietet die Deutsche Herzstiftung den neuen Experten-Ratgeber „Das schwache Herz – Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz heute“ an. Leicht verständlich informieren in dem Band renommierte Kardiologen, Herzchirurgen und Pharmakologen über die Vorbeugung sowie über aktuelle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Der Ratgeber mit vielen wertvollen Tipps eignet sich auch sehr gut als Nachschlagewerk und ist

für drei Euro in Briefmarken (Versand) erhältlich bei: Deutsche Herzstiftung e. V., Vogtstr. 50, 60322 Frankfurt/Main.

suchen. Hier kommt den Hausärzten bei der Erkennung der Anzeichen für Herzschwäche und bei laufenden Kontrollen ihrer Patienten eine bedeutende Rolle zu.“ Allein in Hessens Kliniken werden über 26.200 Menschen mit Herzschwäche eingeliefert. Über 3.200 Menschen sterben in Hessen jedes Jahr an Herzschwäche. Am akuten Herzinfarkt sterben in Hessen jährlich über 3.400 Menschen; die Herzschwäche ist oft

Folge eines Herzinfarkts (Quelle: Deutscher Herzbericht 2011, Frankfurt 2012).

Herzschwäche frühzeitig erkennen und konsequent behandeln

„Je früher eine Herzschwäche erkannt und die Ursachen konsequent behandelt werden, desto größer sind die Chancen, sie wirksam zu bekämpfen. Deshalb müssen wir die Be-

völkerung über diese lebensbedrohliche Volkskrankheit, ihre Ursachen und über den neuesten medizinischen Kenntnisstand in der Diagnose und Therapie informieren“, betont Voigtländer. Vielen Menschen sind die Ursachen einer Herzschwäche nicht bekannt: koronare Herzkrankheit und Bluthochdruck, aber auch Herzklappenerkrankungen und Herzmuskelentzündung. „Diesem Informationsdefizit wollen wir mit den diesjährigen Herzwochen entgegenwirken.“ Unterstützt werden die Herzwochen von Aktionspartnern wie Kliniken, Herzcentren, niedergelassenen Kardiologen, Krankenkassen, Apotheken, Gesundheitsämtern, Volkshochschulen und Betrieben. Es finden über 1100 Veranstaltungen wie Vorträge, Seminare, Telefonaktionen und Gesundheitstage statt. Termine können ab Mitte Oktober unter www.herzstiftung.de/herzwochen.html abgerufen oder unter Tel. 069 955128-333 erfragt werden.

*Michael Wichert,
Pressesprecher Deutsche Herzstiftung e. V.
E-Mail: wichert@herzstiftung.de*

Anstieg der vollstationär behandelten Fälle

Die stationäre Morbiditätsziffer der Herzinsuffizienz betrug 2010 für die Männer 441 und für die Frauen 467 pro 100.000 Einwohner. Die Morbiditätszahlen steigen in gleicher Weise bei Frauen und bei Männern seit 2004 kontinuierlich, die Morbiditätsunterschiede zwischen beiden Geschlechtern werden in diesem Zeitraum zunehmend geringer (siehe Abb. 2/10). Die vermutlichen Ursachen dieser Zunahme sind heterogen: zunehmendes Lebensalter, längeres Überleben der kardialen Grundkrankheit und effektivere Therapie. (Quelle: Deutscher Herzbericht 2011, Frankfurt a. M., 2012, S. 23)

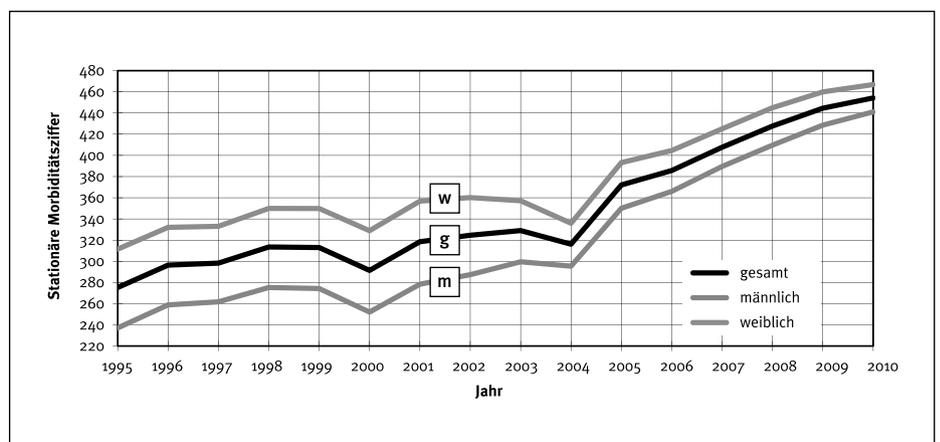


Abb. 2/10: Entwicklung der stationären Morbiditätsziffer der Herzinsuffizienz von 1995-2010
Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes.
Die Daten 1995 – 2009 wurden mit freundlicher Genehmigung dem Herzbericht 2010 entnommen.

Sicherer Verordnen

ASS zur Prävention kolorektaler Karzinome

In einer Übersichtsarbeit wurde der Stand der Forschung zu ASS zur Primärprophylaxe bei kolorektalen Karzinomen (KRK) zusammengefasst. Epidemiologische und randomisierte Studien zeigen nach Auffassung der Autoren insgesamt einen positiven Effekt von ASS, allerdings nur bei täglicher Einnahme. Es bestünden jedoch noch viele Unklarheiten, ehe ASS zur Chemoprophylaxe von KRK empfohlen werden könne: Fragen nach optimaler Dosierung und Dosierungsintervall sowie nach dem Nutzen-Risiko-Verhältnis z.B. in Bezug auf gastrointestinale Blutungen bedürfen noch weiterer Studien.

Nach einer neuen Studie deutet vieles darauf hin, dass das BRAF-Gen als Protoonkogen eine große Rolle spielen könnte: bei der Wildtyp-Variante dieses Gens kam es zur einer Risikoreduktion unter ASS-Gabe um circa 27 Prozent, bei anderen Varianten konnte keine präventive Wirkung verifiziert werden. Nach Diagnose eines KRK hatte die Einnahme von ASS nach dieser Studie keinen Effekt auf das Überleben.

Quellen: Internist 2013; 54:884-91; Pharm. Ztg. 2013;158(27); 22

Flupirtin – erhebliche Anwendungseinschränkungen

Nachdem die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bereit 2007 auf zum Teil schwere Leberschäden nach der Einnahme von Flupirtin (z.B. Katadolon®. Trancolong®) aufmerksam gemacht hatte, nahm die europäische Arzneimittelagentur eine Nutzen-Risiko-Bewertung dieses Analgetikums vor. Im Ergebnis darf Flupirtin nur noch zur Therapie akuter Schmerzen bei Erwachsenen angewandt werden, wenn andere Analgetika kontraindiziert sind. Die Behandlungsdauer darf zwei Wochen nicht überschreiten. Bei Patienten mit vorbestehenden Lebererkrankungen ist Flupirtin kontraindiziert, ebenso bei gleichzeitiger Gabe anderer Arzneimittel mit bekannter Hepatotoxizität. Die Leberwerte müssen in wöchentlichen Abständen kontrolliert werden, sofortiger Abbruch der

Therapie bei Auftreten von Symptomen einer Lebererkrankung erforderlich. Einschätzung: Flupirtin scheint eher ein Analgetikum der zweiten bis dritten Wahl zu sein.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 38-2013, Pharm. Ztg. 2013; 158:2407

GLP-1-basierte Therapien und Pankreasschäden

Unter GLP-1-basierte Therapien versteht man Anwendung der Antidiabetikagruppen der DPP-4-Inhibitoren oder Gliptine (Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin) und der GLP-1-Analoga (Exenatid, Liraglutid, Lixisenatid). Beiden Gruppen ist gemeinsam, dass sie Pankreatitiden verursachen können. Eine Verordnung dieser Arzneistoffe bei Pankreaserkrankungen in der Vorgeschichte eines Patienten sollte daher als Kontraindikation gelten und Zeichen einer Pankreatitis im Laufe einer Behandlung zum sofortigen Abbruch der Therapie führen.

Hinweise zum Auftreten von Pankreaskarzinomen unter beiden Arzneistoffgruppen haben nach Auffassung der europäischen Überwachungsbehörde EMA (noch) kein Risikosignal ergeben. Gegenwärtig laufende Studien sollen jedoch eine gezielte Suche nach dem Auftreten von Pankreastumoren in die Studienprotokolle aufnehmen. Für eine breite Anwendung dieser beiden Antidiabetikagruppen scheint es noch zu früh zu sein.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158(32): 78

Paracetamol – schwerwiegende Hautreaktionen

Seltene schwerwiegende, auch tödlich verlaufende Hautreaktionen (SJS, TEN) unter Nicht-steroidalen Antiphlogistika wie Naproxen sind bekannt und auch in den jeweiligen Fachinformationen aufgeführt. Nicht jedoch in den Informationen zu Paracetamol-haltigen Arzneimitteln. Nach Informationen der amerikanischen FDA treten auch unter Paracetamol derartige Hautreaktionen auf, zwar selten, aber potentiell tödlich.

Quelle: www.fda.gov./Safety/MedWatch

Teeprodukte – nicht ungefährlich bei Langzeitanwendung

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) weist auf zu hohe Konzentrationen von 1,2-ungesättigten Pyrrolizidinalkaloiden (PA) in handelsüblichen Teeprodukten (auch aus Apotheken) hin. Diese Alkaloide werden in der Leber zu toxischen Pyrrollestern verstoffwechselt, die als reaktive Alkylantien hepatotoxisch und kanzerogen wirken. Zur inneren Anwendung wurde schon 1992 ein Grenzwert von 1µg PA pro Tag festgelegt. Die gefundene Menge in z.B. Fencheltee, Pfefferminztee, Kamillente oder schwarzem Tee schwankte zwischen 0 und 3430 µg PA pro Kilogramm Trockengewicht Tee. Es ist zur Zeit unklar, wodurch die erhöhten Gehalte und die Schwankungen erklärt werden können.

Bei kurzfristigem Konsum (unter 14 Tagen) rechnet das BfR nicht mit einer Gesundheitsgefährdung. Bei fortlaufend hohem Teekonsum ist jedoch, insbesondere bei Kindern, Schwangeren und Stillenden, ein erhöhtes gesundheitliches Risiko nicht ausgeschlossen. Das BfR rät derzeit zu einem regelmäßigem Wechsel der Produkte und Sorten, um ein individuelles Risiko einer einseitigen Belastung zu senken. Bei Risikogruppen sollte der Teekonsum eingeschränkt und mit anderen Getränken abgewechselt werden. Von Seiten der zuständigen Überwachungsbehörden wird derzeit über entsprechende Maßnahmen diskutiert.

Auch bei so „natürlichen“ Produkten wie Kräutertees ist eine Gesundheitsgefährdung nicht ausgeschlossen, vor allem bei exzessiver Anwendung.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158(30): 85

Dr. med. Günter Hopf

*Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 9/2013*

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:
www.aerzteblatt-hessen.de

Klassisches Parbuckling

Außerhalb Italiens ist es vermutlich kaum vorstellbar, welche Bedeutung der Wiederaufrichtung der „Costa Concordia“ vor der Insel Giglio zukam. Es ging über die Bergung des Wracks hinaus und war wichtiger als alle Fragen, die mit dem Umweltschutz der Insel und der Gewässer zusammenhängen, auch wichtiger als die Frage des angemessenen Umgangs mit der Totenruhe. Sie war wichtiger als die juristische Aufarbeitung der Havarie und ihrer Ursachen sowie die Bestrafung der beschuldigten Besatzungsmitglieder.

Es ging um die gequälte italienische Seele, die Demütigungen durch die politische Lage des Landes, seine schwierige Ökonomie,

den Nord-Süd Konflikt. Die Wiederaufrichtung des Schiffes war ein technisches, organisatorisches, finanzielles Großprojekt, das auf gar keinen Fall scheitern durfte.

Das Fernsehen berichtete auf allen Kanälen. Sondersendungen mit den bekanntesten Reportern, Interviews mit Politikern, Wissenschaftlern, Ingenieuren, Künstlern, Anwohnern, Angehörigen der Opfer, den überlebenden Passagieren füllten die Programme! Den Blick der ganzen Welt genoss Italien in vollen Zügen, die gequälte Seele genoss die wärmenden Sonnenstrahlen des Trostes, der dem Land durch das erfolgreiche Manöver beschert wurde.

Das Unwort „Parbuckling“, der Begriff für

die Technik zur Bergung des Wracks, wurde meist, so auch in Deutschland, nicht übersetzt.

Der Süden Italiens – Puglia, Basilicata und Calabria – könnte Beispiel geben für eine europäische Integration. Über die letzten drei Jahrtausende, eine relativ kurze Zeitspanne, haben hier viele Einflüsse Spuren hinterlassen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit waren hier Griechen der verschiedenen Stämme tätig, Sarazenen, Byzantiner, Normannen, Aragonier, das Haus Anjou, Staufer, Afrikaner, Messapier, Etrusker, Albaner, Juden und nicht zuletzt die Römer.

Durch die drei südlichen Provinzen zu reisen, heißt zum einen, sich dieser Geschichte zu stellen, ihre Spuren zu besuchen, zu besichtigen, zum anderen sich mit den Ursachen des Nord-Süd Konfliktes zu befassen, mit der nicht heilenden Wunde der verletzten Würde der Menschen im Mezzogiorno. Es gibt Ruinen, Kastelle, Museen, Ausgrabungen, moderne Arbeitsfelder der Archäologie in der Ausgrabungstechnik, im Labor, aus der Luft und unter Wasser. Etwas südlich von Crotone liegt das Capo Colonna, der östlichste Punkt Kalabriens. Dort waren bereits seit etwa dem achten Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung die Griechen und im sechsten Jahrhundert v. Chr. verweilte Pythagoras einige Zeit an diesem Ort. Auch eine berühmte medizinische Schule befand sich dort. Es war außerdem ein Ort, an dem sich später die seefahrenden Völker versammelten, um ihre Interessen gegen Rom zu bündeln – so auch Hannibal.

Im zweiten Jahrhundert v. Chr. erbauten die Griechen einen Hera Tempel und einen weit sichtbaren Leuchtturm. Die Tempelanlage wurde vermutlich durch ein oder mehrere Erdbeben zerstört. Neben Fundamenten und Teilen von Wänden steht noch

eine dorische Säule. Überblick über die Funde – Münzen, Gebrauchskeramik, Säulen, Schmuckgegenstände – sind in einem Museum zu bewundern, das gleichzeitig Arbeitsplatz für Forscher ist. Interessant ist die Darstellung der Bauweise für Wände, Fenster oder Türen. In den Dachsteinen und als Figur fanden sich Bildnisse der Gorgonen. Die „schrecklichen“ Töchter von Phorkys und Keto – Stheno, Euryale und die bekannteste, Medusa – wiesen Schlangen am Kopf auf. Wer sie anblickte, wurde

zu Stein! Perseus köpfte Medusa, die einzig Sterbliche durch List. Hier fand sich, einzigartig, eine springende Gorgonenfigur.

In den Cafés und Risorantes im Süden wurde darüber phantasiert, das Parbuckling-Verfahren auf ganz Süditalien auszuweiten. Man könnte Italien doch durchschneiden, so etwa auf der Linie südlich von Rom bis Pescara, drehen und quer wieder anlegen! Auf diese Weise könnte der Süden dem Norden näherkommen. Der Tourismus

würde gefördert wie nie zuvor. Arbeitsplätze würden geschaffen, Italiens Ruf in der Welt wäre unendlich gebessert. Die Beziehung zu den Inseln würden zwar anders, es würden aber sicherlich Lösungen gesucht – und gefunden! Nach der Katastrophe von Atlantis das größte Landmanöver aller Zeiten. Italien, man muss Dich lieben. Von Italien lernen heißt auch, mit Italien lächeln lernen, und sei die Lage noch so ernst.

Dr. med. Siegmund Drexler



Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“, oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

Aufklärung und Behandlung trotz Sprachbarriere – Wer trägt die Dolmetscherkosten?

Albrecht Wienke, Rosemarie Sailer

Abstract

- Ist eine Verständigung mit dem Patienten nicht möglich, muss der Arzt entweder die Behandlung verweigern oder verschieben oder einen geeigneten Übersetzer hinzuziehen.
- Die Übersetzung kann auch durch sprachkundiges Personal, Angehörige etc. erfolgen.
- Steht kein geeigneter Übersetzer bereit und soll die Behandlung dennoch erfolgen, ist auf Kosten des Patienten ein Dolmetscher hinzuzuziehen. Um Reklamationen zu vermeiden, ist eine dahingehende Vereinbarung mit dem Patienten zu empfehlen.

Im Krankenhaus- und Praxisalltag werden Ärztinnen und Ärzte immer häufiger von fremdsprachigen Patienten aufgesucht, die eine Behandlung wünschen oder benötigen. Allerdings ist dabei mangels ausreichender Sprachkenntnisse oft keine oder keine sichere Verständigung zwischen Arzt und Patient möglich. Insbesondere in Großstädten mit hohem Ausländeranteil ist der Kontakt mit fremdsprachigen Patienten an der Tagesordnung. Zuweilen werden solche Patienten von Angehörigen oder Bekannten begleitet, die mit dem Arzt kommunizieren und die Übersetzung übernehmen können. Manchmal kann auch eine fremdsprachlich versierte Krankenschwester zu Rate gezogen werden, um eine Verständigung mit dem Patienten zu ermöglichen. Gerade für eine ordnungsgemäße Aufklärung ist die Behandlung ausländischer Patienten ohne eigenes Sprachverständnis nicht unproblematisch. Erscheint ein solcher Patient nämlich ohne Übersetzungshelfer, und ist auch keine sprach-

kundige Person in Reichweite, stellt sich die Frage, ob der Arzt rechtlich verpflichtet ist, von sich aus einen Dolmetscher einzuschalten. Folgeproblem ist die Frage, wer die Kosten für den Dolmetscher trägt: Der Patient, der Arzt oder die Krankenkasse des Patienten? Der nachfolgende Beitrag gibt einen Überblick über die rechtlichen Hintergründe und Handlungsempfehlungen für die Praxis.

1. Verständliche Aufklärung

Der Arzt ist aus dem Behandlungsvertrag verpflichtet, den Patienten vor der Behandlung umfassend und ordnungsgemäß aufzuklären. Sinn und Zweck der Aufklärung ist es, dem Patienten die wesentlichen Umstände, Risiken und Folgen des erforderlichen Eingriffs zu verdeutlichen und ihm somit die Tragweite seiner Entscheidung für die Behandlung vor Augen zu führen. Da der Patient nur dann wirksam in die Behandlung einwilligen kann, wenn er zuvor ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist, hat die Aufklärung im Einzelfall so zu erfolgen, dass der Patient sie auch verstehen kann. Der Arzt hat das Aufklärungsgespräch daher so zu führen und inhaltlich zu gestalten, wie es der individuelle Intellekt des Patienten erfordert und dabei Besonderheiten des jeweiligen Patienten (soziales Umfeld, Beruf, Alter, Mobilität, Wohnort etc.) zu berücksichtigen. Dieser seit jeher in der Rechtsprechung und Rechtsdogmatik entwickelte Grundsatz wurde im Zuge der Kodifikation des Patientenrechtegesetzes in § 630 e Abs. 2 Satz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) übernommen. Fehlen dem Patienten die Sprachkenntnisse und ist eine Kommunikation zwischen Arzt und Patient daher nicht möglich, kann naturgemäß auch keine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgen mit der Konsequenz, dass eine vom Patienten

dennoch erteilte Einwilligung in den Eingriff rechtlich unwirksam wäre.

2. Einschaltung eines Dolmetschers

Bringt der Patient selbst einen Angehörigen oder Bekannten als Übersetzer zur Behandlung mit, muss der Arzt sich vergewissern, dass dieser die deutsche Sprache ausreichend beherrscht, da der Arzt für die Aufklärung verantwortlich ist. Gewinnt er den Eindruck, dass der Patient die Aufklärung dennoch nicht versteht oder verunsichert ist, muss er – außer im Notfall – entweder die Behandlung verweigern oder für einen geeigneten Dolmetscher sorgen. Gleiches gilt, wenn ein Patient ohne Begleitung erscheint und sich nicht verständigen kann. Nach einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Nürnberg vom 28. Juni 1995 – 4 U 3943/94 – genügt es nicht zur ordnungsgemäßen Aufklärung eines Patienten, welcher der deutschen Sprache nicht mächtig ist, ihm lediglich einen fremdsprachlichen Aufklärungsbogen zu übergeben. Die Verpflichtung des Arztes, einen Dolmetscher hinzuzuziehen, wird in Rechtsprechung und Literatur übereinstimmend unabhängig von der Übergabe fremdsprachlicher Aufklärungsbögen bejaht und folgt dem Grundsatz, dass der Arzt eine verständliche Aufklärung im persönlichen Gespräch mit dem Patienten schuldet (vgl. Kammergericht Berlin, Urteil vom 8. Mai 2008 – 20 U 202/06). Dabei ist es ausreichend, wenn eine im Krankenhaus beschäftigte Person mit geeigneten Sprachkenntnissen als Dolmetscher fungiert. Das OLG Karlsruhe erachtete es mit Urteil vom 2. August 1995 – 13 U 44/94 – als zulässig, wenn eine im Krankenhaus beschäftigte Putzhilfe als Dolmetscherin hinzugezogen wurde, die in der Lage war, dem medizinisch nicht vorgebildeten Pati-

enten die medizinische Situation vom Laienstandpunkt aus zu erklären. Der Arzt hat sich aber auch in diesen Fällen stets zu vergewissern, dass eine adäquate Aufklärung in jedem Fall gewährleistet ist. Lässt sich aber keine Person ausfindig machen, die sich mit dem Patienten verständigen kann, bleiben dem Arzt nur zwei Möglichkeiten: Entweder verweigert er die (aufschiebbare) Behandlung oder er sorgt selbst für einen geeigneten Dolmetscher.

3. Kosten des Dolmetschers

Die Frage, wer die Dolmetscherkosten zu tragen hat, ist gesetzlich nicht geregelt und wurde gerichtlich noch nicht entschieden. Allein aus der Verpflichtung des Arztes, im Bedarfsfall einen Dolmetscher hinzuzuziehen, lässt sich nicht ohne Weiteres eine Pflicht des Arztes zur Übernahme der Kosten des Dolmetschers herleiten, auch wenn dies in einigen Einrichtungen so gehandhabt wird. In der Begründung des Gesetzentwurfs zum Patientenrechtegesetz heißt es (ohne nähere Begründung) ausdrücklich:

„Bei Patienten, die nach eigenen Angaben oder nach der Überzeugung des Behandelnden der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, hat die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Erforderlichenfalls ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen.“

Bei näherer Betrachtung stellt sich diese Auffassung als zutreffend und sachgerecht dar. Die Dolmetscherleistung für sich betrachtet ist nämlich keine ärztliche Leistung, die der Arzt dem Patienten im Rahmen des Behandlungsverhältnisses schuldet. Diese Auffassung teilt auch das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 10. Mai 1995 – 1 RK 20/94. Anlass war die Frage, ob die Kosten eines Gebärdendolmetschers für die Behandlung eines Gehörlosen der Gesetzlichen Krankenkasse auferlegt werden können. Das BSG stellte

sich auf den Standpunkt, dass die Tätigkeit des Dolmetschers nicht Teil der ärztlichen Behandlung sei, weil der Arzt sie aufgrund seines ärztlichen Fachwissens weder leisten noch kontrollieren und somit auch nicht verantworten könne. Aus diesem Grund sei auch die Krankenkasse nicht verpflichtet, diese Kosten zu tragen. Diese Grundsätze lassen sich auch auf einen Sprachen-Dolmetscher übertragen. Es besteht damit zwar eine Verpflichtung des Arztes, bei Bedarf einen Dolmetscher einzuschalten. Dessen Leistungen sind aber nicht vom Verantwortungsbereich des Arztes umfasst und dieser daher auch nicht zur Kostentragung verpflichtet.

Schließlich führt auch eine systematische Betrachtung zu dem konsequenten Ergebnis, dass die Dolmetscherkosten dem Patienten und nicht dem Arzt zuzuordnen sind. Denn beim Behandlungsvertrag trifft nicht nur den Arzt die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Aufklärung und standardgemäßen Behandlung. Auch den Patienten treffen Mitwirkungspflichten, die in § 630 c Abs. 1 BGB normiert sind: Danach sollen Arzt und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Dies bezieht sich etwa auf die Pflicht, im Rahmen der Anamnese wahrheitsgemäße Angaben zu machen, pünktlich zum Operationstermin zu erscheinen sowie sich an die allgemeinen Anweisungen des Arztes zu halten (Compliance). Darunter dürfte aber auch die Pflicht zu verstehen sein, dem Arzt überhaupt erst die Aufklärung und Behandlung zu ermöglichen. Ein Patient, der einen Arzt in dem Wissen aufsucht, dass er sich mit ihm nicht verständigen können, wird nicht ernstlich erwarten können, dass der Arzt ihn behandelt beziehungsweise auf eigene Kosten einen Dolmetscher bereit hält. Vielmehr dürfte es dem Interessen- und Verantwortungsbereich des Patienten zuzuordnen sein, dafür zu sorgen, dass eine Behand-

lung überhaupt stattfinden kann. Andernfalls steht es ihm frei, sich an einen geeigneten anderen Arzt zu wenden, der über die erforderlichen Fremdsprachenkenntnisse verfügt.

4. Hinweise für die Praxis

Für den Praxis- beziehungsweise Klinikalltag bedeutet dies, dass sich der Arzt bei Patienten, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, vergewissern muss, ob diese beziehungsweise die Begleitperson die Aufklärung verstehen. Erforderlichenfalls kann auch auf Klinik- beziehungsweise Praxispersonal zurückgegriffen werden, welches die jeweiligen Sprachkenntnisse aufweist. Hier gilt, dass die Anforderungen an die Übersetzung umso höher sind, je schwerwiegender und risikoreicher der geplante Eingriff ist. Sind dem Arzt Anzeichen dafür erkennbar, dass der Patient trotz Übersetzung die Aufklärung nicht versteht beziehungsweise dass Angehörige bewusst Informationen – etwa um den Patienten zu schonen – vorenthalten, sollte er eine (aufschiebbare) Behandlung verweigern. Sofern ein Patient ohne Begleitung erscheint, und auch kein geeigneter Übersetzer unmittelbar erreichbar ist, sollte der Arzt die Behandlung ebenfalls nicht durchführen oder – sofern dies die Verständigung überhaupt zulässt – mit dem Patienten vereinbaren, dass auf dessen eigene Kosten ein Dolmetscher hinzugezogen wird. Auf diese Weise wird das Problem umgangen, dass anschließend Zweifel über die Kostentragung bestehen.

Anschrift der Autoren:

RA Dr. Albrecht Wienke
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Rechtsanwältin Rosemarie Sailer
 Master of Laws – LL.M. Medizinrecht
 Wienke & Becker
 Sachsenring 6, 50677 Köln
 Fon: 0221 3765310, Fax: 0221 3765312
 E-Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de

Zum Beitrag: „Antibiotikaprophylaxe – ja oder nein?“

(Hessisches Ärzteblatt 6/2013, S. 472)

Sehr geehrter Kollege Rösch, mit großem Interesse habe ich ihren lezenswerten Artikel im Hessischen Ärzteblatt zur Antibiotikaprophylaxe mit dem Fallbeispiel der Endokarditis nach endoskopischem Eingriff gelesen.

Leider habe ich das Ergebnis nicht ganz verstanden. Klar ist es ungeschickt ist, dem Patienten die lange eingebläute Endokarditis-Prophylaxe auszureden. Und auch klar, dass sich der kausale Zusammenhang zwischen Sellink und Endokarditis nie ganz beweisen lässt.

Sie schreiben: „(...) hat die Kommission ihre Entscheidung offen gelassen, (...) und ist von einem vermeidbaren Behandlungsfehler ausgegangen“.

Aber später: „(...) konnte ein an Sicherheit grenzender Zusammenhang zwischen dem (unterstellten) Behandlungsfehler und Schaden am Körper NICHT festgestellt werden (...)“.

Ist der betreffende Arzt nun schuldig gesprochen worden, musste eine Strafe bzw. Schadensersatzleistung gezahlt werden? Schuldig vor Gericht oder vor einer ärztlichen Schiedsstelle (wer ist die Kommission?)?

Ferner schrieben sie „unterlassene Handlung (hier: Nicht-Verabreichung eines Antibiotikums)“ – müsste es hier nicht eher heißen „unterlassene Handlung – Verabreichung eines Antibiotikums“?

Für eine kurze Erklärung wäre ich ihnen sehr dankbar.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Bernd Küppers

Sehr geehrter Herr Dr. Küppers, zunächst erst mal kurz der zu beurteilende Sachverhalt:

Der Patient hatte Herz- und Carotisopera-

tionen hinter sich. Danach wurde bei ihm eine Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, eine Coloskopie und eine Dünndarmuntersuchung nach Sellink durchgeführt, und zwar ohne Antibiotikaprophylaxe. Die Kommission hatte deshalb zur Entscheidung darüber, ob der operierende Arzt dem Patienten schadensersatzpflichtig ist, zu prüfen,

- a) ob sich das Unterlassen einer Antibiotikaprophylaxe nach ärztlichen Standardregeln als ein vermeidbarer Behandlungsfehler darstellt, und bei Annahme eines Behandlungsfehlers,
- b) ob und welcher Schaden des Patienten auf diesem Behandlungsfehler beruht.

Zur Beantwortung der Frage nach dem Vorliegen eines ärztlichen Fehlers konnte angesichts der Schwierigkeiten bei Feststellung des entscheidungsrelevanten ärztlichen Standards kein eindeutiges Ergebnis und keine Einigung unter den Kommissionsmitgliedern erzielt werden. Im Hinblick darauf musste offen bleiben, ob standardgemäß eine Antibiotikaprophylaxe hätte durchgeführt werden müssen oder nicht. Da der Patient das Problem der Antibiotikaprophylaxe vor Durchführung der in Rede stehenden Coloskopie jedoch selber angesprochen hatte, also offenbar Wert darauf legte, hat die Kommission zugunsten des Patienten das Vorliegen eines Behandlungsfehlers angenommen, also (fiktiv) unterstellt mit der Folge, dass die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen unterlassener Antibiotikaprophylaxe und dem Schaden des Patienten zu prüfen war.

In diesem Zusammenhang ist zu unterscheiden zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität. Haftungsbegründend ist ein primärer Schaden an Körper und Gesundheit (hier: eingetretene Infektion), wohingegen ein sich aus dem primären Schaden entwickelnder

Folgeschaden (hier: möglicherweise Behandlungskosten, Verdienstausschlag) in den Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität gehört. Die Unterscheidung ist für das Beweismaß von Bedeutung, da die haftungsbegründende Kausalität mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden muss (vgl. § 286 ZPO), die haftungsausfüllende Kausalität nur mit Wahrscheinlichkeit (§ 287 ZPO). Im vorliegenden Falle konnte eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit zwischen (unterstelltem) ärztlichem Fehler (unterlassene Antibiotikaprophylaxe) und Primärschaden (Eintritt einer Infektion) nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden.

Anders ausgedrückt: Wäre eine Antibiotikatherapie durchgeführt worden, wäre es möglicherweise dennoch zu einer Infektion gekommen. Eine ärztliche Haftung schied auf alle Fälle aus diesem Grund aus.

Mit freundlichen Grüßen
(Dr. Gießler)
Vors. Richter am OLG a. D.

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Dr. Gießler, herzlichen Dank auch zur umfangreichen Antwort, insbesondere zur Quintessenz / „Mit anderen Worten“.

Bleibt für mich nun nochmals eine Verständnisfrage, sozusagen ebenfalls mit anderen Worten – habe ich sie richtig verstanden mit der abschließenden Beurteilung: Der Arzt war schuldig, muss aber straffrei bleiben?

Mit herzlichen Grüßen und der Hoffnung auf Milde für so viel juristischem Unverständnis,
Dr. med. Bernd Küppers

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ekkehard Ehrlich, Oberursel, am 6. Dezember,
Dr. med. Mirhadi Mortasawi, Frankfurt, am 6. November,
Dr. med. Barbara Scior, Frankfurt, am 27. November,
Dr. med. Eva-Maria Simon-Fochtman, Rodenbach, am 16. Dezember,
Dr. med. Lieselotte Wehrmann-Hadler, Neu-Isenburg, am 15. November.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Werner Bauch, Langgöns, am 13. Dezember,
Dr. med. Albrecht Bietz, Gießen, am 19. November.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Christoph Roth, Hofgeismar, am 20. Dezember,
Dr. med. Jürgen Schweiger, Rotenburg, am 20. Dezember.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Horst Kuni, Marburg, am 26. November,
Dr. med. Peter Trosse, Fritzlar, am 15. November.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Rita Oszvald-Willems, Wehrheim, am 20. Dezember.

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Monika Bernheim, Heusenstamm
* 17.5.1941 † 25.8.2013

Dr. med. Walther Hartmann, Naumburg
* 13.5.1922 † 18.6.2013

Dr. med. Peter Heidler, Eltville
* 18.5.1940 † 28.9.2013

Dr. med. Willy Höchst, Bad Vilbel
* 11.8.1924 † 25.8.2013

Professor Dr. med. Hans-Helmut Jansen, Darmstadt
* 17.6.1926 † 27.7.2013

Dr. med. Ruthard Käflein, Pohlheim
* 11.5.1955 † 27.8.2013

Marie-Sophie Kreth, Braunfels
* 25.5.1921 † 6.9.2013

Professor Dr. med. Bernd Krumme, Wiesbaden
* 4.9.1961 † 8.9.2013

Dr. med. Ferdinand Manegold, Wiesbaden
* 23.12.1913 † 25.4.2013

Professor Dr. med. Hans-Werner Rautenburg, Wettenberg
* 10.7.1924 † 26.8.2013

Dr. med. Bernd Schmidt, Gießen
* 14.2.1950 † 25.8.2013

Ottmar Schrod, Wetzlar
* 25.7.1951 † 10.9.2013

Professor Dr. med. Hans-Georg Velcovsky, Linden
* 5.10.1941 † 10.9.2013

Dr. med. Michael Vogt, Offenbach
* 18.2.1955 † 19.9.2013

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060025834, ausgestellt am 2.5.2012 für Robina Bashary-Nadjmabadi, Neu-Isenburg,

Arztausweis-Nr. 060015151 ausgestellt am 28.12.2009 für Susann Blumenthal, Wiesbaden,

Arztausweis-Nr. 060023662, ausgestellt am 5.1.2012 für Jörg Giehler, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060018048, ausgestellt am 26.8.2010 für Christiane Gruhl, Kassel,

Arztausweis-Nr. 060028582, ausgestellt am 21.1.2013 für Gesine Heetderks, Zwingenberg,

Arztausweis-Nr. 060013734, ausgestellt am 17.8.2009 für Dr. med. Sonja Heitkamp, Steinbach,

Arztausweis-Nr. 060013887, ausgestellt am 31.8.2009 für Dr. med. Heiko Hofmann, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060024368, ausgestellt am 26.1.2012 für Ji-Young Kim, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060025327, ausgestellt am 29.3.2012 für Dr. med. Heidrun Krehan-Hettmer, Groß-Gerau,

Arztausweis-Nr. 060014594, ausgestellt am 29.10.2009 für Dott./Univ. Padova Bogdan Lyson, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060028512, ausgestellt am 15.1.2013 für Eduard Manherz, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060014211, ausgestellt am 25.9.2009 für Natalie Mann-Borchert, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060030225, ausgestellt am 17.6.2013 für Dr. med. Berthold Michels, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060018434, ausgestellt am 27.9.2010 für Anna Hiro Noda, Marburg,

Arztausweis-Nr. 060022569, ausgestellt am 21.10.2011 für Lea Schamell, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060024599, ausgestellt am 8.2.2012 für Dr. med. Gabriele Steuer, Kronberg,

Arztausweis-Nr. 060027220, ausgestellt am 18.9.2012 für Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Stief, Pohlheim,

Arztausweis-Nr. 060017390, ausgestellt am 29.6.2010 für Dr. med. Ulrike van Gulik, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060022352, ausgestellt am 26.9.2011 für Dr. med./Univ. Athen Dimitrios Vonofakos, Frankfurt.

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Hessisches Ärzteblatt

– Leserbriefe –
Redaktion Hessisches Ärzteblatt
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt

E-Mail: maren.grikscheit@laekh.de
Fax: 069 97672-247



Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Veronica Brenes-Cebaqueba, tätig bei Professor Dr. med. R. Bickeböller, Dr. med. M. Eishold und Professor Dr. med. E. Gerharz, Frankfurt, Magdalena Sauer, tätig bei Dr. med. M. Freiherr von Rosen, Gersfeld.

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

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Christiane Straub, tätig bei Dipl.-med. A. Ritter und M. L. Glapa, Nidda, Kerstin Schweitzer, tätig bei Dipl.-med. A. Ritter und M. L. Glapa, Nidda,

Susanne Lock, tätig bei Dr. med. U. Kühne, Dr. med. M. Imhof, Dr. med. I. Fell und Dr. med. M. Kirchmeir, Bad Soden,

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

Angelika Schulz, seit 27 Jahren tätig bei Dr. med. M. Müller und Dr. med. S. Müller, vormals Praxis Dr. med. W. Leber, Frankfurt,

sowie zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Birgit Ribbe, tätig bei Dr. med. M. Müller und Dr. med. S. Müller, vormals Praxis Dr. med. W. Leber, Frankfurt,

Susanne Jellen, tätig bei Dr. med. H.-F. Kobel und C. Kobel, vormals Praxis Dr. med. M. Ehrlich, Korbach,

und zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum**

Ingrid Schulz, seit 44 Jahren tätig bei Dr. med. M. Müller und Dr. med. S. Müller, vormals Praxis Dr. med. W. Leber, Frankfurt.

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Jutta Hartmann, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. U. Künzel und C. Öffring, vormals Praxis Dr. med. R. Hartmann, Taunusstein.

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

Mehrsprachige Informationen zu Kreuzschmerz und anderen Erkrankungen

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bietet Patienteninformationen zu den Themen „Plötzlich Kreuzschmerz – Was kann ich tun?“ und „Aktiv gegen chronischen Kreuzschmerz“ neben Deutsch in sechs weiteren Sprachen an: Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch. Diese mehrsprachigen „Kurzinformativen für Patienten“ (KiP) sollen das Gespräch mit dem Arzt unterstützen, wenn Patienten nur wenig Deutsch können. Grundlage der Informationsblätter, die es auch zu weiteren Krankheitsbildern gibt, bildet die Patientenleitlinie des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL). Die Patienteninformationen können kostenlos von den Internetseiten der ÄZQ heruntergeladen werden: www.arztbibliothek.de/kurzinformation-patienten/kip-akuter-kreuzschmerz, www.arztbibliothek.de/kurzinformation-patienten/kip-chronischer-kreuzschmerz

Einladung zur 2. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013-2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur 2. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Samstag, den 30. November 2013, 10.00 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung vom 31. August 2013**
4. **Bericht des Präsidenten**
5. **Jahresabschluss 2012**
 - a) Finanzausschuss
 - b) Hilfsfonds
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses 2012
 - d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2012
6. **Haushaltsplan 2014**
 - a) Haushaltsvorschlag 2014
 - b) Hilfsfonds-Richtsätze 2014
7. **Versorgungswerk**
 - a) Jahresabschluss 2012
 - b) Erhöhung der Renten zum 01.01.2014, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
 - c) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2013
 - d) Änderung der Satzung und Versorgungsordnung
8. **Wahlen / Nachwahlen**
 - a) Vorsitzende und Stellvertreter/innen der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
 - b) Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer Gießen
 - c) Wahl der Delegierten zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf
9. **Änderung der Hauptsatzung**
10. **Änderung der Geschäftsordnung des Finanzausschusses**
11. **Änderung der Fortbildungssatzung**
12. **Änderung der Kostensatzung**
13. **Änderung der Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige**
14. **Änderung der Weiterbildungsordnung**
15. **Änderung der Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion**
16. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, den 10.10.2013

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 5. März 2014

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 5. März 2014 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

20. und 27. November 2013

unter Einreichung des für die Anmeldung erforderlichen Anmeldeformulars bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Es wird gebeten, das Anmeldeformular **rechtzeitig** und **vollständig** ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2014 nicht garantiert werden kann.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der **ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes** spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Neues zum Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz

Das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) ist zum 1. August 2013 geändert worden. Neben Klarstellungen, redaktionellen Anpassungen und Verbesserungen wurde auch die Vergütung von Sachverständigen in den die Ärzte betreffenden Honorargruppen M 1 bis M 3 um jeweils 15 Euro angehoben.

Somit sind

- für einfache gutachtliche Beurteilungen wie zum Beispiel in Gebührenrechtsfragen oder zur Verlängerung einer Betreuung 65 Euro je Stunde anzusetzen (Honorargruppe M 1),
- für beschreibende Begutachtungen nach standardisiertem Schema mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad wie Gutachten zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zur Invalidität oder zu neurologisch-psychologischen Fragestellungen in Verfahren nach der FEV 75 Euro (Honorargruppe M 2) und
- für Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad wie beispielsweise zu ärztlichen Behandlungsfehlern 100 Euro (Honorargruppe M 3).

Diese Beträge können in den Fällen berechnet werden, in denen der Gutachter den Auftrag nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung, also dem 1. August 2013, erhalten hat. Wurde der Gutachter vor diesem Zeitpunkt herangezogen, so ist seine Vergütung gemäß § 24 JVEG nach bisherigem Recht zu berechnen.

Nicht erhöht wurde demgegenüber das Honorar für die in Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG erbrachten Leistungen. So verbleibt es unter anderem für die Ausstellung eines Befundscheins oder Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung nach Nr. 200 zu § 10 Abs. 1 Anlage 2 JVEG bei dem Honorar von 21 Euro.

Weitere Informationen können dem im Deutschen Ärzteblatt Heft 35-36 vom 2. September 2013, Seite A 1646, veröffentlichten GOÄ-Ratgeber entnommen, der Gesetzestext unter dem Link: <http://www.gesetze-im-internet.de/jveg/index.html> nachgelesen werden.

Rechtsabteilung

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Wahlperiode 2013-2018

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Günter Haas Liste 8 DIE HAUSÄRZTE (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)	05.09.2013	Dr. med. Philip Sängler Liste 8 DIE HAUSÄRZTE (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)

Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „Differenzialdiagnostik und Therapie des akuten Kreuzschmerzes“ in der Juli-Ausgabe 2013, S. 536

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

www.aerzteblatt-hessen.de

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

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Michelstadt/Erbach

Beerfelden Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Viernheim Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Viernheim Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Heppenheim Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Odenwaldkreis

Höchst HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Starkenburg

Darmstadt Anästhesistin/Anästhesist

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Frankfurt

Frankfurt-Eschersheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Frankfurt-Sossenheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Mittelbereich Schlüchtern

Schlüchtern Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Mittelbereich Bad Orb

Bad Orb Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Mittelbereich Neu-Isenburg / Dreieich / Langen

Neu-Isenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Dreieich Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Mittelbereich Bad Homburg / Oberursel / Friedrichsdorf

Bad Homburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt Frauenärztin/Frauenarzt mit Anstellung (bis 10 Std. pro Woche) (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Frankfurt Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Frankfurt-Eschersheim Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater

Frankfurt-Innenstadt Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg Orthopädin/Orthopäde mit Anstellung (über 30 Std. pro Woche) Physikalische- und Rehabilitations-Medizinerin/Physikalischer- und Rehabilitations-Mediziner

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Bruchköbel Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Gründau-Lieblos Frauenärztin/Frauenarzt mit Anstellung (über 10 bis 20 Std. pro Woche)

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Oberregion Rhein-Main

Frankfurt-Nordend Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Frankfurt-Sachsenhausen	Internistin/Internist – fachärztlich (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt-Sossenheim	Internistin/Internist – fachärztlich (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Homburg	Internistin/Internist – fachärztlich (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Neu-Isenburg	Internistin/Internist – fachärztlich (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Offenbach-Innenstadt	Internistin/Internist – fachärztlich (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir, binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt**, zu senden.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Alsfeld

Schwalmtal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Witzenhausen

Bad Sooden Allendorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
----------------------	------------------------------------------------------------------------------

Planungsbereich Mittelbereich Bad Hersfeld

Bad Hersfeld	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Planungsbereich Mittelbereich Fulda

Flieden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Flieden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeutin/Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Planungsbereich Landkreis Kassel

Hofgeismar	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Nordhessen

Korbach	Internistin/Internist Schwerpunkt Nephrologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------	------------------------------------------------------------------------------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-----------	-------------------------------------------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, 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, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604** 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.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Stempel:

Stempel Nummer 397582800, Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Darmstadt (Thomas Sanner, Weiterstadt),

Stempel Nummer 457551500, Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Bad Schwalbach, Untertaunus (Dr./Univ. Sarajewo Verica Elez).