



KONT XT

für Ärztinnen und Ärzte
im Land Bremen

Dez. 2016 / Jan. 2017



Themen

Was ein Facharzt können muss
Prüfer trafen sich zum Austausch
Seite 4-5

Schwerpunkt:

Ethik und Ökonomie

Im Rahmen unseres Schwerpunkts stellt Professor Dr. Manfred Anlauf eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ vor. Im Anschluss beleuchten wir eingehend die ökonomischen Zwänge, die sich durch das DRG-System ergeben.

Seite 6-9

Fortbildungskalender

Auf einen Blick: Alle Fortbildungen der Ärztekammer Bremen

Seite 11

Aus der Kammer

Delegiertenversammlung

Den Endpunkt eines arbeitsreichen Jahres markierte die 6. Delegiertenversammlung am 21. November 2016. Zentrale Themen waren die Finanzen des Versorgungswerks und der Haushaltsplan der Ärztekammer für 2017. Die Arbeitsgruppe Altersmedizin benannte ihre Anforderungen für eine gute geriatrische Versorgung im ambulanten Bereich. Neu konstituierte sich die Arbeitsgruppe zum Thema Fortbildung und Sponsoring. Ausführlich berichten wir über die Delegiertenversammlung im kommenden Kontext und auf:

www.aekhb.de

Standpunkt

Wir sind die Guten.



Das kann man behaupten, ohne überheblich zu sein. Ja, wir Ärzte, Pflegepersonal und Rettungsdienste sind die Guten. Wir behandeln, pflegen und retten. Das ist unser Beruf und bei vielen sogar eine Berufung.

Seit einigen Jahren sind wir aber zunehmend mit Aggression von Patienten konfrontiert. So titelte der Weser Kurier am 5. November „Pöbeln, bis der Arzt kommt“. Ich persönlich wurde noch nicht bedroht; ich kenne aber Kollegen, die Opfer von Gewalt durch Patienten wurden. Bedrohungen, Beschimpfungen, Anspucken, Schläge und in Einzelfällen sogar Einsatz von Waffen, das ist das Repertoire der Angreifer. Die meisten Vorfälle ereignen sich in den Kliniken und dort besonders in den Notaufnahmen und Intensivstationen – durch Patienten, aber auch durch randalierende Angehörige.

Was ist der Grund für diese Gewalt? Meines Erachtens sind verschiedene negative Entwicklungen ursächlich: Eine ausgeprägte Ich-Bezogenheit, eine veränderte Erwartungshaltung der Patienten, immer voller werdende Notaufnahmen, längere Wartezeiten, Veränderung sozialer Strukturen, gesunkene Hemmschwellen sowie erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum.

In den besonders betroffenen Kliniken reagiert man auf die zunehmende Gewalt in den Notaufnahmen und Intensivstationen mit der Einstellung von Wachschutz. Außerdem wird

den Mitarbeitern ein Training im Umgang mit gewalttätigen Patienten angeboten. Die Maßnahmen sind kostenintensiv und lösen die Probleme nur bedingt. Zum Beispiel wird der Wachschutz nicht während der Nacht bereitgestellt.

Stark gefährdet sind auch die Rettungsdienste. Fast jeden Tag werden in Deutschland Einsatzkräfte tätlich angegriffen. Manche Einsatzorte werden deswegen nur noch in Polizeibegleitung angefahren. Damit sich die Rettungsdienstmitarbeiter in Notsituationen wehren können, tragen inzwischen vier von fünf Rettern ein Pfefferspray bei sich.

Wie kann man dieser Situation Herr werden? Helfen könnte technische Aufrüstung, beispielsweise mit Kameras in Rettungsfahrzeugen. Der Ansturm der Patienten auf die Notaufnahmen muss entspannt werden. So sollten alle Notfallpatienten zunächst von Ärzten in Portalpraxen untersucht werden. Hier wird entschieden, ob eine Behandlung in der Praxis ausreicht oder ob die Patienten doch ins Krankenhaus müssen.

Die Situation wurde mittlerweile auch von der Politik erkannt und vor einigen Jahren das Strafmaß für einen tätlichen Angriff auf Rettungskräfte auf bis zu drei Jahre erhöht. Derzeit wird eine Mindeststrafe von sechs Monaten diskutiert. Jede Bedrohung und jeder Angriff sollte angezeigt werden. Am wesentlichsten ist jedoch, dass diese Vorfälle von den Strafverfolgungsbehörden konsequent verfolgt und durch die Justiz bestraft werden.

 Dr. Tadeusz Slotwinski
Beisitzer im Vorstand

Keine Impfpflicht für MFA

Arbeitgeber darf Impfangebote machen



Ein Arzt kann von seiner Medizinischen Fachangestellten (MFA) nicht verlangen, dass sie sich impfen lässt. Arbeits- und verwaltungsrechtlicher Ausgangspunkt dazu ist, dass in Deutschland keine Impfpflicht besteht. Eine MFA hatte sich bei der Ärztekammer Bremen erkundigt, ob sie sich gegen Grippe impfen lassen muss, obwohl sie es nicht wünscht. Ihr Chef hatte dies von seinen Angestellten verlangt und sich dabei auf § 23a des Infektionsschutzgesetzes berufen. Danach darf der Arbeitgeber Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus erheben, verarbeiten und nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Der Anwendungsbereich des § 23a IfSG ist auf impfpräventable Krankheiten beschränkt (zum Beispiel Hepatitis B). Die Vorschrift bezieht sich allerdings nur auf die Erhebung des Impfstatus zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.

Eine Impfpflicht lässt sich daraus nicht ableiten. Dagegen sprechen auch die Bestimmungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Selbst in Risikobereichen wie zum Beispiel einer Arztpraxis besteht lediglich die Verpflichtung des Arbeitgebers zu „Impfangeboten“. So heißt es in der Arbeitsmedizinischen Regel (AMR) 6.5 unter Ziffer 4.2 (1): „Das Impfangebot erfolgt im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge durch den Arzt oder die Ärztin. Es umfasst die Information des oder der Beschäftigten über den Nutzen der Impfung und die zu verhütende Krankheit, die Aufklärung über Beginn und Dauer der Schutzwirkung, mögliche unerwünschte

Arzneimittelwirkungen und Komplikationen, Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung [...]“ Und weiter in Absatz 3: „Der oder die Beschäftigte kann das Impfangebot annehmen oder ablehnen. [...] Die Tätigkeit darf auch bei Ablehnung des Impfangebotes ausgeführt werden.“

Claus Pfisterer, Justitiar der Ärztekammer Bremen, folgert: „Demnach sind auch arbeitsrechtliche Maßnahmen wegen einer verweigerten Grippeimpfung unzulässig. Der Arbeitgeber kann – auch bei erhöhtem Risikopotential einer Tätigkeit – keine verpflichtende Grippeimpfung vorsehen.“ Das gelte sowohl im Hinblick auf eine eigene Gesundheitsgefährdung des Arbeitnehmers als auch im Hinblick auf das mit einer Infektion des Arbeitnehmers einhergehende Gefährdungspotential Dritter, gerade als Überträger einer Influenza.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Influenza-Impfung und zählt medizinisches Personal zu den Zielgruppen, da es durch den Kontakt zu gefährdeten Personen als Überträger einer Grippeinfektion fungieren kann. „Auch das begründet aber – wie generell die Empfehlungen der STIKO – keine Impfpflicht“, so Pfisterer. Ob durch eine ausdrückliche arbeitsvertragliche Vereinbarung eine zivilrechtliche Pflicht des Arbeitnehmers begründet werden kann, sich impfen zu lassen, ist durch die Rechtsprechung nicht geklärt. Claus Pfisterer: „Ich halte aber eine auf die Influenza bezogene Impfpflicht als Bestandteil eines Arbeitsvertrages für rechtlich fragwürdig.“

Weitere Informationen zu den Arbeitsmedizinischen Regeln:
 www.baua.de

Kontakt

Franz-Josef Blömer
 Tel. 0421/3404-225
franz-josef.bloemer@aekeh.de

Weitere Informationen:
 www.aekhb.de

Fortbildungsnachweis einfacher erledigen

Datenweitergabe an die KV

Im Mitgliederportal der Ärztekammer Bremen können Ärztinnen und Ärzte seit kurzem unter dem neuen Punkt „Datenweitergabe“ ihre Fortbildungspunkte automatisch an die KV übertragen lassen. Die Zustimmung zur Weiterleitung wird über ein Häkchen erteilt, das jederzeit widerrufen werden kann.

Wenn Sie möchten, dass die Ärztekammer der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen automatisch mitteilt, dass Sie ein Fortbildungszertifikat erhalten haben, setzen Sie den ersten Haken.

Die KV Bremen nutzt die Daten zur Prüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V.

Mit dem zweiten Haken ermächtigen Sie die Ärztekammer, alle von Ihnen absolvierten Fortbildungsthemen inklusive der vergebenen Punkte an die KV Bremen weiterzuleiten. Die Datenübertragung erfolgt automatisch. Die KV verarbeitet diese Daten zur Prüfung der Fortbildungsverpflichtung im Rahmen von Qualitätssicherungsvereinbarungen und Selektivverträgen (z. B. DMP, Hausarztvertrag).

Mehr Auszubildende als Plätze in der Berufsschule

Neues MFA-Ausbildungsjahr bringt Rekord

So viele junge Menschen wie nie zuvor möchten den Beruf der Medizinischen Fachangestellten erlernen. Die Ärztekammer verzeichnete zum Start des Ausbildungsjahrs 193 neue Ausbildungsverträge in Bremen und Bremerhaven – das ist ein neuer Rekord. Im Vergleich zu 2015 entspricht das einem Plus von 15 Prozent (+ 25 neue Ausbildungsverträge).

Bezogen auf alle drei Ausbildungsjahre lassen sich derzeit 473 junge Menschen zur MFA ausbilden. Der Beruf der MFA erfreut sich also größter Beliebtheit – und das bringt

auch Probleme mit sich: Die Berufsschulen sind zu voll, es gibt nicht genug Platz für alle. Im dualen System der beruflichen Bildung ist das Angebot einer ausreichenden Anzahl von Ausbildungsplätzen in Praxen und Kliniken sehr wichtig.

„Die Ärztekammer und meine Kolleginnen und Kollegen haben erfolgreich für den Ausbildungsberuf MFA getrommelt“, sagt Vizepräsident Dr. Johannes Grundmann. „Jetzt ist das Land Bremen am Zug, auch für ausreichend Platz in den Schulen zu sorgen.“



Stadtführer Barrierefreies Bremen

Praxen können sich kostenlos eintragen lassen

Der Stadtführer „Barrierefreies Bremen – Informationen für alle“ ist eine Datenbank mit verlässlichen Informationen zu vielen Gebäuden in Bremen für Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Datenbank stellt für eine breite Auswahl von Einrichtungen in der Stadt Bremen Informationen über deren barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit zur Verfügung.

Auch Arztpraxen können sich eintragen lassen. Ein Team aus geschulten Experten kommt dazu in die Praxis und nimmt nach Abspra-

che relevante Daten auf, die anschließend im Internet veröffentlicht werden. Dabei wird allein der IST-Zustand beschrieben, eine Bewertung findet nicht statt. Das Angebot ist für Praxen kostenlos.



Weitere Informationen:
www.bremen.de/barrierefrei

BGH-Urteil macht Prüfung von Patientenverfügungen notwendig

Nur aktuelle Handreichungen verwenden

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat im August 2016 die Anforderungen an Patientenverfügungen konkretisiert. Der BGH hatte im Rahmen eines Rechtsstreits entschieden, dass sich Formulierungen in Patientenverfügungen auf konkrete ärztliche Maßnahmen oder Krank-

heiten und Behandlungssituationen beziehen müssen. Eine Formulierung, wonach „lebensverlängernde Maßnahmen“ ausgeschlossen werden sollen, sei zu unspezifisch und damit nicht rechtswirksam, urteilten die Richter.

Ärztinnen und Ärzte sollten darauf achten, dass in der Praxis ausgelegte Handreichungen aktuell sind und die konkreten Formulierungsvorschläge den Vorgaben des Bundesgerichtshofes genügen. Patientinnen und Patienten sollten ihre Patientenverfügung überprüfen und dabei auf Handreichungen zurückzugreifen, die schon im Hinblick auf das BGH-Urteil überprüft wurden.



Einen aktuellen Leitfaden gibt es beim Bundesjustizministerium auf:
www.bmjv.de



Objektiv bewerten, was ein Facharzt können muss

Weiterbildungsprüferinnen und -prüfer trafen sich zum Austausch

35 Weiterbildungsprüferinnen und -prüfer waren Ende Oktober der Einladung der Ärztekammer ins Veranstaltungszentrum gefolgt. Anlass war ein lange gewünschter Austausch der Prüferinnen und Prüfer untereinander. Nach der Begrüßung und einer kleiner Stärkung am Büffet erläuterte Dr. Heike Delbanco, die Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer, „in kleinen rechtlichen Happen“, wie eine Prüfung formal korrekt abläuft.

Ziel einer Prüfung ist zu kontrollieren, ob der Prüfling die notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat, die für die Ausübung des Berufs notwendig sind. Dabei sind verfassungsrechtliche Vorgaben zu beachten, die sich im Grundgesetz finden: das Recht zur freien Berufswahl, das Rechtsstaatsprinzip sowie der Gleichbehandlungsgrundsatz.

Die Leistung des Prüflings muss sachkundig bewertet werden. Das setzt voraus, dass der Prüfungsausschuss aus mindestens drei Prüfern besteht, wovon zwei die zu prüfende Bezeichnung besitzen müssen. Benannt werden die Ausschussmitglieder vom Vorstand der Ärztekammer, die Weiterbildungsabteilung koordiniert dann die Zusammensetzung des jeweiligen Ausschusses. Prüfer und Prüfling

sollten sich nicht kennen, und der Prüfling sollte seine Weiterbildung nicht bei einem der Prüfer absolviert haben.

Mögliche Befangenheit vorher abklären

Manchmal gebe es Grenzfälle, wenn etwa ein Prüfling eine Hospitation im Rahmen seiner Weiterbildung bei einem der Prüfer absolviert hat oder sich beide aus anderen Zusammenhängen kennen. „Falls Sie Sorgen wegen einer möglichen Befangenheit haben, sprechen Sie uns einfach an“, sagte Barbara Feder, die Leiterin der Abteilung Weiterbildung bei der Ärztekammer. „Entscheiden müssen Sie letztlich selbst. Wenn Sie sich in der Lage sehen, die Prüfung unbefangen abzunehmen, sind wir einverstanden. In diesen Fällen fragen wir auch den Prüfling, ob er Bedenken hat.“

Eine Prüfung muss mindestens 30 Minuten dauern. „Auch wenn frühzeitig abzusehen ist, dass der Prüfling ganz sicher besteht oder auf jeden Fall nicht bestehen wird, darf die Prüfung aufgrund der Chancengleichheit diese Zeitspanne nicht unterschreiten“, erläuterte Heike Delbanco. Anfangen dürfe die Prüfung erst, sobald der Ausschuss vollständig ist. Ein verspäteter Beginn bis zu 35 Minuten sei noch akzeptabel, ab 60 Minuten könne man die Chancengleichheit nicht mehr gewährleisten, so Delbanco. Ihr Tipp: „Holen Sie sich die Zustimmung des Kandidaten für einen späteren Prüfungsbeginn ein und halten Sie dies im Protokoll fest.“

Auch der Prüfling hat eine Mitwirkungspflicht. Gesundheitliche Einschränkungen, Störungen im Ablauf oder eine mögliche Befangenheit der Prüfer muss der Kandidat sofort äußern und im Protokoll festhalten lassen. Andernfalls können diese Punkte nicht bei einem Widerspruch hinzugezogen werden.



Streng ist erwünscht

In der Prüfung können alle vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte abgefragt werden. Was und wie geprüft werde, liege im Ermessen des Prüfers. „Streng zu sein, ist durchaus erwünscht“, sagte Heike Delbanco. „Schließlich dient die Prüfung auch dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung.“ Bei der Bewertung der Prüfung muss jeder Prüfer zu einem Urteil kommen – Enthaltungen sind nicht zulässig. Eine einfache Mehrheit reicht für das Bestehen aus. Die Durchfallquote liegt seit vielen Jahren bei einem bis drei Prozent. Das Ergebnis der Abstimmung muss nicht protokolliert werden. Bei Nichtbestehen muss der Ausschuss darüber entscheiden, ob der angehende Facharzt seine Weiterbildung verlängern, bestimmte Kenntnisse noch erwerben muss oder welche Auflagen er sonst noch erfüllen muss, bevor er die Prüfung wiederholen darf. Wiederholt werden darf die Prüfung unbegrenzt.

Die Bewertung sollte objektiv erfolgen und nicht willkürlich sein, erläuterte Heike Delbanco: „Sie dürfen sich nicht von Äußerlichkeiten oder schlechter Rhetorik beeinflussen lassen. Wenn man mehrere Prüfungen hintereinander mit völlig unterschiedlichen Kandidaten hat, ist es nicht immer einfach, einen absoluten Maßstab anzulegen.“ Als gutes Verfahren habe sich erwiesen, sich an einem vorbereiteten Fallbeispiel mit einem Raster wie Diagnostik, Ursachen, Behandlung und Therapie entlang zu arbeiten und vorher zu formulieren, welche Aspekte die Antwort abdecken muss. Im Abgleich mit einem solchem „Erwartungshorizont“ könne man am Ende schnell feststellen, ob der Kandidat über ausreichende Kenntnisse verfügt. „Ein solch formalisiertes Verfahren hilft dabei, möglichst objektiv zu bleiben“, sagte Delbanco. „Trotzdem gilt es die roten Linien im Blick zu behalten, die ein Facharzt oder eine Fachärztin auf keinen Fall unterschreiten darf.“

Ergebnisse klar protokollieren

Besteht der Kandidat, teilt ihm das der Ausschussvorsitzende mit und überreicht die

Facharzturkunde. Der Prüfling hat das Recht, Details zu erfragen, wie der Ausschuss zu seinem Urteil gekommen ist. „Das kommt vor allem dann zum Tragen, wenn der Kandidat durchgefallen ist und Widerspruch einlegen möchte“, so Heike Delbanco. Um Missverständnissen vorzubeugen und später den Ablauf der Prüfung besser nachvollziehen zu können, muss ein kurzes Ergebnisprotokoll angefertigt werden, in dem auch die Begründung der Bewertung kurz zusammengefasst ist. Alle Unterlagen müssen nach Ende der Prüfung im Raum verbleiben und dürfen von keinem der Anwesenden mitgenommen werden. Das gilt auch für Tonaufzeichnungen, die während der Prüfung gemacht wurden.

Tonaufzeichnungen sollten eher die Regel als die Ausnahme sein, erläuterte Barbara Feder auf Nachfrage: „Wenn ein Prüfling nicht besteht, ist es hilfreich, die Prüfung noch einmal anhören zu können. So können wir auch besser nachvollziehen, ob Vorwürfe gegen die Prüfer gerechtfertigt sein könnten“, sagte Feder. Beim Nachhören werde jedoch meist deutlich, dass der Prüfling „auf dem Schlauch“ gestanden habe, so Feder. Nach einer bestandenen Prüfung werden die Aufnahmen sofort gelöscht.

Ein Facharzt muss bestimmte Kenntnisse haben

Zum Schluss erläuterte Barbara Feder, warum den Prüfern nicht mehr mitgeteilt werde, wo der Prüfling seine Weiterbildung absolviert habe: „In der Vergangenheit haben die Prüfer teilweise mit den Weiterbildungern der Kandidaten Kontakt aufgenommen, um sich vorab schon mal ein Bild zu machen. Das geht allein aus Gründen der Befangenheit schon nicht.“ Außerdem dürfe man sich nicht von den Weiterbildungsstationen eines Kandidaten blenden lassen. „Ein Arzt muss bestimmte Fertigkeiten erworben haben, um eine Facharztbezeichnung führen zu können, sagte Barbara Feder. „Wo er sie erworben hat, ist nicht wichtig. Wichtig ist, dass er sie hat.“



Bedrohungen des Patientenwohls im Krankenhaus

Eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (DER)

„Hospital“ kommt von Gastfreundschaft. Und „Charité“ nicht von Shareholder. (Eckart von Hirschhausen, „Die Zeit“ vom 27. Oktober 2016)

Das Wohl des Patienten im Krankenhaus könne nicht nur nach medizinischen Maßstäben beurteilt werden, darüber hinaus seien Selbstbestimmung des Patienten und Zugangsgerechtigkeit zentrale Beurteilungskriterien. Das betont der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ vom April 2016.

In der Bilanz sieht er das Patientenwohl in deutschen Krankenhäusern bedroht. Als unmittelbare Ursachen macht er eine Fokussierung auf Ausgabenverringerung seitens der Krankenkassen sowie auf Ertragssteigerung seitens der Anbieter aus. Dies spiele sich vor dem Hintergrund von ständiger Innovation in der Medizin, eines wachsenden Interesses an einem attraktiven Wachstumsmarkt, einer alternden Gesellschaft und veränderten Erwartungen der Patienten ab. Im Krankenhaus trafen zahlreiche Akteure mit unterschiedlichen Interessen aufeinander, und der Patient wäre besonderen psychischen Belastungen und Einschränkungen ausgesetzt. Die Entwicklung wird als paradigmatisch für das gesamte Gesundheitssystem angesehen, denn ein Drittel der GKV-Ausgaben entfallen auf das Krankenhaus. Bei sinkender Verweildauer – von acht auf 7,4 Tage in fünf Jahren – stieg gleichzeitig die Anzahl von Krankenhausbehandlungen von 18,2 auf 19,5 Millionen pro Jahr.

Berufswirklichkeit versus Ethos

Die kostenlos zugängliche Stellungnahme des Ethikrats widmet sich auf 150 Seiten in drei Kapiteln dem Versorgungssystem Krankenhaus in Deutschland, dem ethischen Maßstab Patientenwohl und den Konfliktfeldern, die das Patientenwohl gefährden. Allgemein wird ein Auseinandergehen von Berufswirklichkeit und -ethos der unterschiedlichen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen beklagt (vgl. Anm. 1). Angesprochen werden Organisationsfragen, die Fort- und Weiterbildung des Personals, und Patientengruppen mit besonderem Betreuungsbedarf werden benannt. Hinzu kommen Fragen der Ressourcenallokation, der Qualitätssicherung und der Dokumentation. Am Ende stehen 29 Empfehlungen, die der Ethikrat in einem Kapitel stichwortartig zusammengefasst hat (vgl. Anm. 2).

Bei einzelnen Punkten werden die für ihre Umsetzung verantwortlichen Institutionen genannt oder nahegelegt: Gesetzgeber, Selbstverwaltung, Bundesministerium für Gesundheit, gemeinsamer Bundesausschuss und die Länder bei der Erstellung der Krankenhauspläne. Dem Bund werden Förderprogramme empfohlen. Sucht man in der Liste dagegen nach Anregungen, die ohne solche Unterstützung „mit Bormitteln“ umsetzbar sind, so sind es nur wenige. Teilweise wurden sie in unseren Krankenhäusern bereits erkannt und umgesetzt: Kommunikationskompetenz spielt in der Fort- und Weiterbildung des Personals eine zunehmende Rolle (Empfehlung 1d), Deutschkurse für fremdsprachliches Personal werden angeboten (Empfehlung 1e), bei der Besetzung von Leitungspositionen werden neben den Kernkompetenzen Zusatzqualifikationen berücksichtigt (Empfehlung 2). Die Sicherung der personalen Kontinuität in der Pflege (Empfehlung 3d) und die Schaffung demenzsensibler Strukturen (Empfehlung 6f) sind sicher weitere wichtige Anregungen.

Gesundheitsökonomie wird ausgespart

Weitgehend ausgespart wird in dem Dokument des Ethikrats die gesundheitsökonomische Seite einer Verbesserung des Patientenwohls. Zwar wird die Gesetzgebung zum Krankenhauswesen der letzten Jahrzehnte skizziert und auch der Wandel in der Trägerschaft seit 1991: Der Anteil öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser nahm von 46 auf 29,7 Prozent ab, der privater von 14,8 auf 35,1 Prozent zu, freigemeinnützige reduzierten sich leicht von 39,1 auf 35,2 Prozent. Allerdings vermittelt die Bettenverteilung ein etwas anderes Bild. 2014 verfügten die privaten Krankenhäuser nur über 18,2 Prozent, die freigemeinnützigen über 33,8 Prozent und die öffentlichen noch über 48 Prozent aller Betten. Die Auswirkungen von Gesetzes- und Trägerschaftsänderungen auf das Patientenwohl bleiben weitgehend undiskutiert, unter anderem wegen des Fehlens geeigneter Messgrößen und mangelnder Daten.

Geht man die geforderten Maßnahmen einzeln durch, so scheinen ausgabensteigernde im Vergleich zu ressourcensparenden Empfehlungen zu überwiegen. Bereits jetzt ist die Krankenhausbehandlung mit 32,8 Prozent der größte Ausgabeposten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit kontinuierlicher Steigerung um mehr als 50 Prozent seit dem Jahre

Zum Nachlesen:

Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Berlin 2016

www.ethikrat.org



Nicht vor den ökonomischen Zwängen kapitulieren

Ärztinnen und Ärzte zwischen DRG-System und Patientenwohl

Die Intention des Gesetzgebers beim DRG-System war, Krankenhäuser ökonomisch effizienter zu machen. Wer durch effiziente Abläufe kostengünstiger wirtschaften kann, soll profitieren. Wenn mehr Aufwand betrieben wird, als kalkulatorisch ermittelt wurde, sollen diese Verluste selbst getragen werden. In der Realität führt das System aber eher dazu, dass manche Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen bestimmte Behandlungen nicht – oder nicht bei allen Patienten – vornehmen und andere Behandlungen umso mehr. So stellt auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ fest, dass vor allem diejenigen Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder und Verfahren spezialisiert haben.

Viel wirtschaftlicher Druck

Das mögliche Dilemma zwischen medizinisch sinnvollem Handeln und wirtschaftlich rentabler Betriebsführung wird zunehmend in der Ärzteschaft und auch den Medien diskutiert. Viele Ärztinnen und Ärzte klagen über den wirtschaftlichen Druck, der medizinische Entscheidungen mitunter in den Hintergrund rücken lässt. So stellte Professor Dr. Hans-Fred Weiser, der Präsident des Verbandes Leitender Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), auf dem Deutschen Ärztetag 2016 in Hamburg fest: „Wir beobachten zunehmend und mit großer Sorge, dass die leitenden Krankenhausärzte zwischen den Mühlsteinen der politischen Rahmenseetzungen auf der einen und der wirtschaftlichen Erfordernisse auf der anderen Seite zerrieben werden.“

„Gemäß dem medizinischen Versorgungsauftrag erhalten die Patienten die medizinisch gebotene Behandlung, eine ungünstige Kostenkonstellation ist hier kein Ausschlusskriterium.“

Diagnose- und Therapieentscheidungen bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Machbarkeit, ökonomischem Druck und den Wünschen des Patienten. Auch leitende Ärztinnen und Ärzte in Bremen nehmen die zunehmende Ökonomisierung in ihren Krankenhäusern wahr. Als

wesentlicher Punkt wird dabei das Gebot der Kosteneffizienz gesehen. Während das Personal reduziert und die Sachkosten verschlankt werden, wird gleichzeitig eine Leistungssteigerung erwartet. Dem entgegen steht eine immer älter werdenden Gesellschaft, eine Pharmaindustrie, die hohe Preise für

„Das wirtschaftlich angespannte Umfeld zwingt uns dazu, im Rahmen der Therapieplanung auch die Kosten zu berücksichtigen.“

bestimmte neue Medikamente fordert, und eine Gesellschaft und Patienten mit steigenden Erwartungen.

In diesem wirtschaftlich angespannten Umfeld besteht die Sorge, dass aus finanziell attraktiven Gründen unnötige oder mehr Behandlungen als notwendig vorgenommen werden. Ärztinnen und Ärzte in Bremen haben trotz dieser Zwänge den Anspruch, Patienten entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft optimal medizinisch zu versorgen. Eine Ablehnung von Behandlungsverfahren aufgrund zu hoher Kosten erfolge nicht, dennoch werden Patienten mit besonderen Problemen oder Risikokonstellationen wegen der dort vorhandenen Kompetenz und Ressourcen eher in spezielle Zentren wie Universitätskliniken überwiesen.

Nicht nur der Arzt verantwortlich

Schon vor dem DRG-Zeitalter waren Strategien, die Behandlung aus Kostengründen zu verlängern, nicht unbekannt. So wurden Patienten oft montags entlassen, da das wegen der Bezahlung über die Liegetage attraktiver war. Heute entlassen die Krankenhäuser an jedem Wochentag, also sogar sonntags. Dennoch müssen Ärztinnen und Ärzte vor dem Hintergrund der Kostensteigerungen bei Personal und Verbrauchsmitteln mehr Leistungen bringen und abrechnen. Zusätzliche Diagnosen und weitere Behandlungen sind daher sehr attraktiv, um dem Krankenhaus zu weiteren Einnahmen zu verhelfen.

Selbstverständlich müssen Ärzte auch ökonomisch denken. Es kann aber nicht ihre Auf-



gabe sein, durch DRG-optimierte Behandlung dafür zu sorgen, eine stabile wirtschaftliche Basis für ein Krankenhaus zu schaffen – schon gar nicht dann, wenn das Krankenhaus für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zwingend benötigt wird, finanziell aber nicht rentabel ist. Dann ist die – zum Beispiel kommunale – Politik im Rahmen der gebotenen Daseinsvorsorge in der Pflicht, das Krankenhaus finanziell auf eine stabile finanzielle Basis zu stellen.

„Wir müssen selbstbestimmtes ärztliches Handeln stärker in die Waagschale werfen, als nur über ökonomische Zwänge zu jammern.“

Vertrauensverhältnis zum Patienten leidet

Wenn Ärzte im Hinterkopf haben müssen, ob eine Behandlung wirtschaftlich interessant für das Krankenhaus ist, wirkt sich das auch auf das Vertrauensverhältnis zum Patienten aus. Die Gefahr ist schon lange bekannt: Seit April 2013 muss jedes Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht ausweisen, ob es bei Verträgen mit leitenden Ärzten den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen folgt.

Eine gemeinsame Koordinierungsstelle von Bundesärztekammer und VLK überprüft regelmäßig Verträge auf Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize abstellen. Die Koordinierungsstelle hat zudem beim Gesetzgeber eine Verschärfung der Rechtslage erreicht: Die DKG muss nun darauf hinwirken, dass

keine finanziellen Anreize vereinbart werden – weder für einzelne Leistungen noch für Leistungsmengen wie Fallzahlen oder Case-Mix-Punkte. Eine nicht-repräsentative Umfrage des Bremer Ärztejournal unter leitenden Ärztinnen und Ärzten brachte 2013

„Nicht die Ökonomie darf über die Art der Behandlung bestimmen!“

allerdings einige Beteiligungsvergütungen und Bonusvereinbarungen ans Licht. Dass sich das inzwischen geändert hat, darf mindestens angezweifelt werden.

Empfehlungen, wie man Fehlanreize entgegenwirken kann, spricht auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme aus. So empfiehlt er Weiterentwicklungen des DRG-Systems, die eine vorzeitige oder verzögerte Entlassung oder Verlegung eines Patienten nahelegen. Für hochalte Patienten, Patienten mit seltenen Erkrankungen oder komplexen Krankheitsbildern sollten neue Vereinbarungsmöglichkeiten für Zusatzentgelte geschaffen werden. Zur Vermeidung unnötiger Eingriffe und Prozeduren sollten Vergütungsmodelle entwickelt werden, in denen auch die begründete Unterlassung etwaiger Maßnahmen ihren Niederschlag findet. Ein zentraler Mangel im Krankenhausbetrieb ist Zeitmangel und die drastische finanzielle Unterbewertung des Gesprächs mit dem Patienten. Der Ethikrat schlägt daher vor, die Zahlung der Pauschalen an den Nachweis von Gesprächen und Bedenkzeit vor einer Behandlung zu knüpfen.

Berufsordnung bietet Ärzten Schutz

Die große Herausforderung für Ärzte in ökonomisch geprägten Zeiten ist, nicht vor den äußeren Zwängen zu kapitulieren und weiter selbstbestimmt nach ärztlichen Grundsätzen zu handeln. Dies ist notwendig zum Schutz der anvertrauten Patienten, aber auch als Vorbild für die nächste Ärztesgeneration. Wer vorlebt, dass an erster Stelle immer der Patient steht, wird es dem Nachwuchs leichter machen, diese Haltung selbstbewusst zu entwickeln.

Wenn Ärztinnen und Ärzte einen medizinisch-ökonomischen Konflikt sehen, sind sie aufgefordert, gemäß ihren ärztlichen Grundsätzen zu handeln. Sie sollen sich bewusst machen, dass die Berufsordnung auf ihrer Seite ist und ihnen Schutz gegen Krankenhausgeschäftsführungen bietet, die ökonomische Interessen über Patienteninteressen stellen. Je mehr Ärztinnen und Ärzte selbstbewusst die ärztliche Grundhaltung nach außen vertreten, umso weniger bekommen ökonomische Konflikte einen Nährboden. Wenn es um die Versorgung der Patienten geht, darf nicht die Ökonomie über die medizinisch gebotene Behandlung bestimmen. Die Ökonomie dient dem Gesundheitswesen – nicht anders herum.

Kennen Sie das auch?

Wie nehmen Sie die Ökonomisierung im Gesundheitssystem wahr? Kennen Sie derartige Probleme auch aus Ihrer eigenen Tätigkeit? Was sind Ihre Erfahrungen? Wir freuen uns über Ihre Zuschriften zu dem Thema an:

✉ redaktion@aekeh.de

Personalien

Hier veröffentlichen wir in loser Folge Personalien aus der Bremer und Bremerhavener Ärzteschaft. Hat Ihre Klinik einen neuen Chefarzt oder eine neue Chefärztin? Wechseln Sie

selbst die Stelle? Eröffnen oder übernehmen Sie eine Praxis? Halten Sie uns auf dem Laufenden und schicken Sie uns Ihre Infos – gerne mit Foto – an: ✉ redaktion@aekeh.de



Dr. Erik Chankiewitz neuer Chefarzt der Augenklinik am Klinikum Bremen-Mitte

Der Augenarzt Dr. Erik Chankiewitz ist seit dem 1. Oktober neuer Chefarzt der Augenklinik am Klinikum Bremen-Mitte. Zuvor war er als Oberarzt und Spezialist für Glaukom- und Hornhauterkrankungen am Universitätsklinikum Halle beschäftigt. Er folgt auf Prof. Dr. Florian Birnbaum, der die Augenklinik seit September 2011 geleitet und zahlreiche moderne und innovative Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Glaukom- und Hornhauterkrankungen etabliert hat. Eine ganz neue Methode bringt der 1977 in Halle geborene Chankiewitz mit nach Bremen: Er setzt Glaukom-Patienten ein sogenanntes XEN-Implantat ein, mit dem ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden kann.



Klinikum Bremen-Nord begrüßt Dr. Frank Wösten (li.) und Dr. Matthias von Mering (re.)

Das Klinikum Bremen-Nord hat zwei neue Chefärzte: Am 15. Juli hat Dr. Frank Wösten die Leitung der zentralen Notfallaufnahme des Klinikums übernommen. Frank Wösten bringt viel Erfahrung in der Leitung einer großen interdisziplinären Notfallaufnahme mit. Der 1970 in Haren an der Ems geborene Wösten war zuletzt im Helios Klinikum Siegburg als leitender Arzt in der zentralen Notfallaufnahme tätig. Zum 1. Oktober startete die neue Stroke Unit – eine besondere Behandlungseinheit zur Schlaganfallversorgung – unter der Leitung von Dr. Matthias von Mering. Der Facharzt für Neurologie und Neurologische Intensivmedizin wurde 1971 in Oldenburg geboren und war zuletzt Sektionsleiter der Schlaganfallstation im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide.



Dr. Santosh Khandekar ergänzt ZKG-Team im AMEOS Klinikum St. Joseph

Der neue Oberarzt Dr. Santosh Khandekar ergänzt seit September 2016 im AMEOS Klinikum St. Joseph in Bremerhaven das Team um Chefarzt Dr. Wolfgang Dausch im Zentrum für Kreislauf- und Gefäßmedizin (ZKG). Santosh Khandekar ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und war zuvor im Marienhospital Papenburg als Oberarzt in der Abteilung für Kardiologie tätig.



Dr. Martin Langenbeck neuer Leiter der RKK-Notaufnahme

Seit dem 1. August ist Dr. Martin Langenbeck, Facharzt für Innere Medizin, Nephrologie und Intensivmedizin, Leiter der Zentralen Notaufnahme am Rotes Kreuz Krankenhaus. Der 55-jährige Achimer arbeitet seit 15 Jahren am RKK, die vergangenen acht Jahre als Leitender Oberarzt der Medizinischen Klinik. Langenbeck organisiert ebenfalls die internistische Intensivstation. Sein Vorgänger in der Notaufnahme, Dr. Matthias Denk, verabschiedete sich nach mehr als 40 Jahren im RKK Ende Juli in den Ruhestand.



Institut für Rechtsmedizin unter neuer Leitung von Dr. Olaf Cordes

Das Institut für Rechtsmedizin der Gesundheit Nord hat einen neuen Leiter: Seit dem 1. Juli ist Dr. Olaf Cordes Direktor des Instituts auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Mitte. Zuvor hatte er die Einrichtung bereits kommissarisch geführt. Olaf Cordes war bereits seit vielen Jahren als leitender Oberarzt in der Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig. 2002 kam er nach Bremen, 2005 wurde er Facharzt für Rechtsmedizin. Der 46-Jährige folgt als Direktor des Instituts auf Prof. Michael Birkholz, der im vergangenen Jahr aus Altersgründen ausgeschieden war.



PD Dr. Jörn Gröne (li.) und Dr. Dirk Hadler (re.) neue Chefärzte am RKK

Seit 1. Juni verstärken zwei neue Chefärzte das Rotes Kreuz Krankenhaus, gleichzeitig wurden die Chirurgischen Kliniken neu gegliedert: Die ehemalige „Chirurgische Klinik“ heißt nun „Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie“. Die Unfallchirurgie ist der neu gegliederten „Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie“ zugeordnet. Diese leitet seit dem 1. Juni Dr. Dirk Hadler zusammen mit Dr. Ingo Arnold als weiteren Chefarzt. Der 54-jährige Dirk Hadler kommt aus dem Klinikum Links der Weser ins RKK, er war dort zuletzt als Leitender Arzt der Sektion Unfallchirurgie tätig. Privatdozent Dr. Jörn Gröne, der neue Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, wechselte aus Berlin an die Weser. Er folgt Professor Dr. Dr. Joseph Braun nach, der nach 20 Jahren als Chefarzt der Chirurgischen Klinik in den Ruhestand verabschiedet wurde. Der 44-jährige Gröne ist Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie und war zuletzt als Bereichsleiter für Kolorektale Chirurgie in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Campus Benjamin Franklin und als zentraler Koordinator des Viszeralonkologischen Zentrums der Charité tätig.

Veranstaltungsinformationen

Akademie für Fortbildung

Fit für den Facharzt Chirurgie

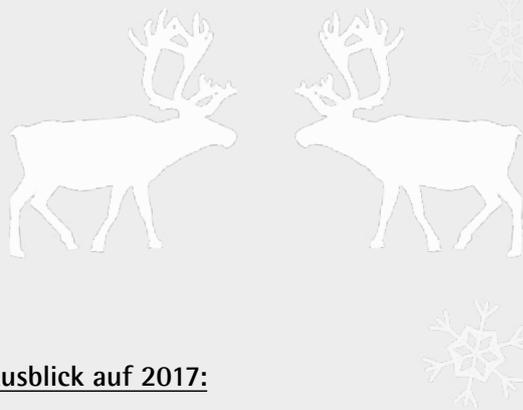
Thema: Update Barrett-Ösophagus

Referent: Prof. Dr. Stephan Freys

Termin: 13. Dezember 2016, 18.00 – 19.30 Uhr

Die Veranstaltung ist kostenfrei (2 PKT) und ideal für die Vorbereitung auf den Facharzt Chirurgie.

Wir danken allen, die uns auch in diesem Jahr wieder tatkräftig im Rahmen der Fortbildung unterstützt haben. Für das neue Jahr wünschen wir Ihnen Gesundheit und Zufriedenheit, Glück und Erfolg. Bleiben Sie uns gewogen.



Ein Ausblick auf 2017:

Geriatrische Grundversorgung

Multimorbidität und Funktionseinschränkungen älterer Menschen brauchen eine besondere Zugangsweise. Wir bieten Ihnen gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen unseren 60-Stunden-Seminarkurs zum zweiten Mal an. Die hohe Teilnehmerzufriedenheit des ersten Kurses hat uns bestätigt, dass es einen Bedarf gibt, geriatrische Kenntnisse im Rahmen Ihrer bereits ausgeübten ärztlichen Tätigkeit in Praxis oder Klinik zu vertiefen. Vielleicht entsteht auch eine Grundlage für neue geriatrische Tätigkeitsgebiete, wie z. B. für eine geplante geriatrische Schwerpunktpraxis, als geriatrischer Kooperationspartner in der Klinik oder als Heimarzt.

Kursleitung: Prof. Dr. Jürgen Bauer, Prof. Dr. Dieter Lüttje

Termine: 20./21. Januar, 24./25. Februar, 17./18. März, 28./29. April 2017 jeweils im Wechsel Bremen und Hannover,

freitags 14.00 – 19.00 Uhr, samstags 9.00 – 17.30 Uhr

Kosten: 850,- Euro (60 PKT)

EMDR-Einführungsseminar mit Praxistag

Kooperationsveranstaltung mit dem EMDR-Institut Deutschland

Datum: 17.-19. Februar 2017, Praxistag 25. März 2017, freitags 14.00 – 20.00 Uhr, samstags 9.00 – 18.15 Uhr, sonntags 9.00 – 17.30 Uhr

Kosten: 780,- Euro / 820,- Euro ab 30 Tage vorher

Anmeldung: EMDR-Institut, Tel. 02204-25866,

E-Mail: info@emdr.de, www.emdr-institut.de

QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV haben gemeinsam das System QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen erarbeitet, das speziell auf die Anforderungen in der ambulanten Versorgung zugeschnitten ist.

Kursleitung: Thomas Möller

Datum: 24.-25. Februar 2017

Freitag 17.00 – 20.45 Uhr, Samstag 8.30 – 17.15 Uhr

Kosten: 1. Person: 245,- Euro,

2. Person derselben Praxis: 160,- Euro (16 PKT)

Vertiefungstag Kompass Kommunikationstraining

In Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft

Kursleitung: Martin Schumacher

Datum: 4. März 2017, 10.00 – 16.00 Uhr

Die Veranstaltung ist kostenfrei (8 PKT)

Seminar zur Qualifikation als Transfusionsbeauftragter und Transfusionsverantwortlicher

Kursleitung: Dr. Kathrin Dahse

Termin: Block A (8 Stunden): 28. April 2017, 9.00 – 17.45 Uhr,

Block B (8 Stunden): 29. April 2017, 9.00 – 17.45 Uhr

Kosten: 255,- Euro (16 PKT)

Moderatorentaining

Das Geheimnis von effektiven Qualitätszirkeln und Sitzungen in Praxen und Krankenhäusern ist die richtige Moderation. Neben dem Umgang mit verschiedenen Medien (PC und Beamer, Flipchart usw.) erhalten Sie Tipps und Tricks zum Umgang mit schwierigen Situationen. Sie lernen, verschiedene Moderationstechniken für unterschiedliche Fragen einzusetzen und wenden diese in zahlreichen praktischen Übungen an.

Kursleitung: Andreas Steenbock

Termin: 19.-20. Mai 2017,

Freitag 17.00 – 21.00 Uhr, Samstag 9.00 – 18.00 Uhr

Kosten: 240,- Euro (17 PKT)



Die Veranstaltungen finden, sofern nicht anders angegeben, im Veranstaltungszentrum der Ärztekammer Bremen in der Kurfürstenallee 130 statt. Bei allen Veranstaltungen ist eine vorherige schriftliche Anmeldung notwendig. Nähere Informationen und Anmeldeunterlagen erhalten Sie bei der Akademie für Fortbildung, Tel.: 0421/3404-261/262; E-Mail: fb@aekhb.de (Friederike Backhaus, Yvonne Länger).

Kleinanzeigen

WBA Allgemeinmedizin

Allgemeinmed.-internistische Gemeinschaftspraxis hat ab Jan. 2017 Stelle frei, Ermächtigung für 2 Jahre mit anschließender Option zur Übernahme eines Arztsitzes. Interesse od. Vorbildung in manueller Medizin willkommen.

CHIFFRE 1610211810

Gynäk. Gemeinschaftspraxis sucht Kollegin für Teilzeitmitarbeit (1 ganzer oder 2 halbe Tage). Spätere Assoziation möglich. Wir wünschen uns eine Kollegin mit Interesse an psychosomatischen Zusammenhängen.

CHIFFRE 1610201251

Stellenangebot

Das MVZ Bremen-Mitte bietet einem FA/einer FÄ für Innere Medizin oder für Allgemeinmedizin eine Teilzeit- oder Ganztagsstelle. Bewerbungen bitte an MVZ Bremen-Mitte, z. H. Dr. Riedel, Außer der Schleifmühle 64/66, 28203 HB

We want you am Wall:

Psychiater/-in, alternativ in Psychiatrie erfahrene/-r Arzt/Ärztin, 1/2 Stelle. Für die Suchtrehabilitation bei einem innovativen gemeinnützigen Träger in einem hochmotivierten Team mit flachen Hierarchien, viele Gestaltungsmöglichkeiten. Weitere Infos auf www.therapiehilfe.de. Bewerbungen bitte an

Tatjana-Bitykov@therapiehilfe.de

Gynäkologische Praxis in HB-Nord

Wir suchen ärztliche Unterstützung für unser nettes Team, zunächst an zwei bis drei Tagen pro Woche. Einstieg/Übernahme möglich.

E-Mail: gyn.bremen@mail.de

Allgemeinarztpraxis HB-Süden (5 Ärzte) sucht ab 2017 WBA, 2 J. Fortb- Ermächtigung.

CHIFFRE 16110307231

Praxisauflösung

Liegen, elektr. Extensionsliege (Mili), Elektrotherapiegeräte (Phyaction, TENS) günstig abzugeben.

Tel. 0163/266 85 37

Allgemeinarzt/-ärztin ab 7/2017 für 10-20 h in Anstellung gesucht, HB-Süden (5 Ärzte)

CHIFFRE 16110307232

Praxisräume in Peterswerder, Parterre, 80 qm in Altbremer Eckhaus an Straßenbahnhaltestelle, ab 2017 zu vermieten.

Telefon 0421/49 22 85 oder 0176/51 04 63 83

Hausarztpraxis in Walle

sucht ärztliche(n) Mitarbeiter(in) an 1-2 Halbtagen pro Woche (auf Wunsch in Verlauf auch mehr). Start 2017 nach Absprache erwünscht. Bei Interesse freut sich über die Anfrage:

hausarztin.bremen@nord-com.net

Zwei Doppelstunden Balintgruppe

an einem Samstag pro Monat am 7. Januar; 4. Februar; 8. April; 6. Mai und 10. Juni 2017. Dr. Mura Kastendieck, Balintleiterin der Deutschen Balintgesellschaft e. V. Genaueres und Anmeldung:

info@psychotherapie-dr-kastendieck.de

Hinweis für Chiffre-Anzeigen

Bitte senden Sie Ihre Antworten unter Angabe der Chiffre-Nummer bis zum 31.1.2017 an die Ärztekammer Bremen, gerne per E-Mail an online@aeckhb.de. Wir senden diese zum Monatsende weiter. Nachrichten, die danach eingehen, werden nicht mehr weitergeleitet.

Kleinanzeigen – für Kammermitglieder kostenlos

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 8.1.2017. Schicken Sie Ihre Kleinanzeige an anzeigen@aeckhb.de. Die Anzeige darf maximal sechs Zeilen à 65 Zeichen haben. Der Platz wird nach der Reihenfolge des Eingangs vergeben. Eine Veröffentlichung behalten wir uns vor.

ÄRZTEKAMMER
BREMEN



Bildnachweis:

- © istockphoto.com/choja
- © Lea Kleinspehn / BTZ Bremer Touristik-Zentrale
- © Techniker Krankenkasse
- © Daniel Ernst - Fotolia.com
- © CrazyCloud - Fotolia.com
- © AOK-Mediendienst
- © auremar - Fotolia.com
- © Martin Bockhacker, LightUp Studios

IMPRESSUM

Kontext

Offizielles Mitteilungsorgan der Ärztekammer Bremen.

Herausgeber

Ärztekammer Bremen
Schwachhäuser Heerstraße 30
28209 Bremen, www.aeckhb.de
E-Mail: redaktion@aeckhb.de

Redaktion:

Bettina Cibulski

Für den Inhalt verantwortlich:

PD Dr. jur. Heike Delbanco

Für die Anzeigen verantwortlich:

Bettina Cibulski

Layout und Gestaltung:

André Heuer

Druckerei:

Girzig + Gottschalk GmbH