



Themen

Tarifeinheitsgesetz

Ärztliche Bedenken gegen erzwungene Tarifeinheit

Seite 4

Schwerpunkt: Prädiktive genetische Diagnostik

Genetische Analysen tragen zur Früherkennung und Aufklärung von Krankheitsursachen bei, können aber Konsequenzen für die Lebensplanung haben. Vier Gastautoren beleuchten das Thema aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht.

Seite 5-10

Fortbildungskalender

Alle Fortbildungen der Ärztekammer Bremen auf einen Blick

Seite 11

Ebola

Seit Monaten hält der Ausbruch der Ebola-Epidemie in Westafrika die Welt in Atem. Inzwischen gibt es auch vereinzelte Infektions- und Todesfälle in Europa und Amerika. Aber ist Ebola wirklich eine Bedrohung außerhalb Afrikas? Zu der Frage referiert der Essener Virologe Prof. Dr. rer. nat. Ulf Dittmer unter dem Titel „Ebola – Nur ein afrikanisches Problem?“ im Fortbildungszentrum der Ärztekammer Bremen.

Die Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft und der Apothekerkammer Bremen findet am 29. Januar 2015 von 20 bis 22 Uhr statt, die Teilnahme ist kostenfrei (2 PKT).

Standpunkt

Offene Worte in einem offenen Brief

Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin Merkel,



in Artikel 9 Absatz 3 unseres Grundgesetzes steht: *„Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet.*

Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig. Maßnahmen nach den Artikeln 12a, 35 Abs. 2 und 3, Artikel 87a Abs. 4 und Artikel 91 dürfen sich nicht gegen Arbeitskämpfe richten, die zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen von Vereinigungen im Sinne des Satzes 1 geführt werden.“

Das sogenannte Tarifeinheitsgesetz, das die von Ihnen geführte Regierung dem deutschen Parlament und damit dem deutschen Volk vorlegen möchte, tut genau dies: Es versucht dieses Freiheitsrecht einzuschränken und zu behindern. Es versucht damit einen Bruch unserer Verfassung. Dabei gibt es keinen Grund, der dies rechtfertigen würde. Auch wenn es in den vergangenen Jahren Veränderungen durch die Abkehr von Flächentarifen und Tarifbindungen auf Arbeitgeberseite und einigen (nicht: vielen) neuen berufsgruppenorientierten Gewerkschaften gab, so hat dies unsere Wirtschaft und vor allem unser demokratisches System nicht geschwächt.

Im Gegenteil ist es das Prinzip unserer freiheitlichen Staatsordnung, dass Freiheitsrechte wie das aus Artikel 9 Absatz 3 zu neuen Kräftebalancen und damit Problemlösungen durch frei agierende Bürger führen. Es ist Unrecht, wenn einzelne Gewerkschaften vor anderen privilegiert werden sollen. Und gleichwohl sagen Sie, niemand hätte die Absicht, freie gewerkschaftliche Betätigung und das Streikrecht einzuschränken. Es bleibt ein Unrecht, auch wenn dies sprachlich verschleiert wird.

„Wir haben die Kraft zu gestalten“, haben Sie am 9. November 2014 gesagt. Ja, das haben wir. Daher sollten Sie auf alle Bürgerinnen und Bürger dieses Landes vertrauen, die, wie wir Ärztinnen und Ärzte auch, ihre Arbeitsbedingungen mit einer frei gebildeten und frei ausgewählten Gewerkschaft mitgestalten wollen. Freies Mitgestalten macht Deutschland und seine Demokratie stark. Das trägt entscheidend zum sozialen Frieden bei. Er ist und bleibt Garant für Stabilität und Frieden in Deutschland.

Ich fordere Sie daher auf: Seien Sie ein Vorbild für das Parlament und unser Volk, vertrauen Sie auf die Kraft der Freiheit, schützen Sie unsere Verfassung und lassen Sie das Tarifeinheitsgesetz zurückziehen.

■ Dr. Heidrun Gitter
Präsidentin der Ärztekammer

Bremer Arzt sammelt Spenden für Homs

Medizinische Versorgung in Syrien schwer zu gewährleisten



Die syrische Stadt Homs liegt in der vom Bürgerkrieg am meisten betroffenen Regionen, wohl auch, weil sich in Homs zuerst der Widerstand formierte. Etwa die Hälfte der Stadt liegt in Trümmern. Wichtige Versorgungseinrichtungen wie Kraftwerke, Krankenhäuser oder Pumpstationen sind gänzlich zerstört oder können wegen der Kampfhandlungen nicht betrieben werden. Es fehlen Nahrungsmittel, sauberes Wasser, Medikamente und mit dem nahenden Winter Brennstoffe, da Strom und Fernwärme nicht zur Verfügung stehen. Nicht nur in den kämpfenden Stadtvierteln herrschen unbeschreibliche Zustände – die ganze Bevölkerung leidet.

In dieser Situation hat sich die Gemeinde Verkündigung Mariä unter Pfarrer Maximos Al Jamal entschlossen, Bedürftige medizinisch zu unterstützen. Dabei wird diese Hilfe nicht nur christlichen, sondern allen Bedürftigen zuteil. Im Al-Ameen-Krankenhaus in Al-Inschaat, eines der wenigen noch funktionierten Krankenhäuser in einem kaum zerstörten Stadtteil, werden durch eine private Initiative Spendengelder für dringend notwendige Operationen gesammelt. Bei den Eingriffen handelt es sich sowohl um Notoperationen als auch um Eingriffe, die für die Betroffenen zwar dringend notwendig sind, aber aufgrund der Kriegshandlungen nicht vorgenommen und immer wieder verschoben wurden. In vielen Fällen drohen nun Komplikationen.

Mit Hilfe von privaten Spenden von Syrern aus dem In- und Ausland konnte das Projekt gestartet und erste Unterstützung geleistet werden. Nun fehlen noch etwa 20.000 Euro, um sicher weiterarbeiten zu können. Gerne angenommen werden auch Sachspenden, insbesondere Schmerzmittel, Herzmedikamente, Antibiotika und Chemotherapeutika für Krebspatienten sind dringend benötigt. Die Mittel werden über einen in Bremen lebenden Syrer verteilt, den im DIAKO arbeitenden Arzt Aiad Jabbour. Die Ärztekammer Bremen und der Lions Club Bremer Schlüssel unterstützen das Projekt gemeinsam.

Wer Medikamente spenden möchte, wird gebeten, mit Professor Dr. Ercole Di Martino Kontakt aufzunehmen:

✉ e.dimartino@diako-bremen.de

Eine Liste der benötigten Medikamente gibt es auf:
🌐 www.aekhb.de

Spenden können auf das Konto des Fördervereins des Lions Clubs Bremer Schlüssel eingezahlt werden:

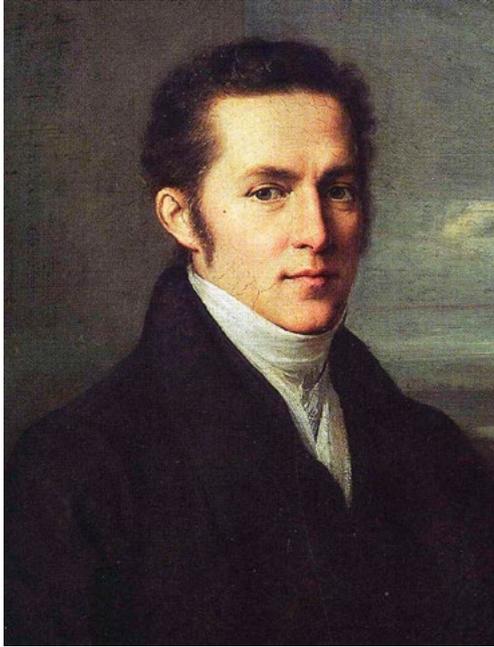
IBAN DE07 2904 0090 0171 8717 00
BIC COBADEFF290
Stichwort: Syrien.

Eine Spendenbescheinigung wird ausgestellt.



Die Kunst, krank zu sein

Ausstellung über den Arzt, Naturforscher und Künstler
Carl Gustav Carus



Am 7. Dezember 2014 startet in der Kultur-Ambulanz am Klinikum Bremen-Ost eine Ausstellung über den Arzt, Naturforscher und Künstler Carl Gustav Carus (1789-1869). Schon Johann Wolfgang von Goethe schätzte Carus als universalen Denker und schöpferischen Menschen. Aber auch für uns heute ist Carl Gustav Carus bedeutsam, denn sein ganzheitliches Krankheitskonzept und seine Vorstellung von einem partnerschaftlichen Arzt-Patientenverhältnis sind heute aktueller denn je. Carl Gustav Carus war einer der letzten Universalgelehrten des 19. Jahrhunderts. Als Arzt der Romantik verfasste er medizinische Standardwerke in Anatomie und

Gynäkologie und erkannte lange vor Sigmund Freud die Bedeutung des Unbewussten für die Psyche des Menschen.

In der Wissenschaft hat sich Carus bei der Erforschung des Blutkreislaufs der Insekten einen Namen gemacht. Fast nebenbei entstand außerdem ein beachtliches künstlerisches Werk von mehr als 400 Gemälden und 900 Zeichnungen. Damit gilt Carus bis heute neben Caspar David Friedrich als einer der bemerkenswertesten Künstler seiner Zeit.

Neben der Ausstellung wirft auch die begleitende Programmreihe „Die Kunst, krank zu sein“ einen etwas anderen Blick auf das Leben und Werk von Carl Gustav Carus und stellt es in einen aktuellen Kontext. Zwei wissenschaftliche Symposien thematisieren die Aktualität von Carus' Verständnis von Leben sowie Krankheit und Gesundheit. Am 31. Januar 2015 geht es um das Verhältnis von Natur und Kultur, am 11. März 2015 findet ein Symposium mit dem Titel „Wenn einer spricht, wird es hell. Die Arzt-Patient-Beziehung als Wirkfaktor in der Therapie“ statt.

Die Ausstellung läuft in Kooperation mit der Ärztekammer Bremen vom 7. Dezember 2014 bis zum 15. März 2015 im Krankenhaus-Museum am Klinikum Bremen-Ost. Mitglieder der Ärztekammer haben die Möglichkeit, am 25. Februar 2015 um 16.30 Uhr an einer exklusiven Führung teilzunehmen. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Exklusive Sonderführung für
Ärztinnen und Ärzte am 25.
Februar 2015 um 16.30 Uhr.

Weitere Infos zur Ausstellung
gibt es auf:

www.kulturambulanz.de

BUH-Versorgung: Umlagebeitrag erneut gesenkt

Die Satzung des Versorgungswerks der Ärztekammer Bremen verpflichtet alle Kassenärzte im Land Bremen, auch soweit sie nicht Mitglieder des Versorgungswerks sind, aus sozialen Gründen die Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung (BUH-Versorgung) eines abgegrenzten Personenkreises sicherzustellen. Es werden Personen versorgt, die bei Gründung des Versorgungswerks am 1. Januar 1967 bereits eine Rente der KV-Versorgung bezogen haben, oder die bereits das

65. Lebensjahr vollendet hatten und später berufsunfähig wurden sowie deren Hinterbliebene.

Der Verwaltungsausschuss hat den Beitrag ab dem 1. Quartal 2015 von 0,16 auf 0,14 Promille gesenkt. Der Umlagebeitrag beläuft sich danach bis auf Weiteres auf maximal 2,38 Euro pro Quartal. Mit den Umlagebeiträgen wird ausschließlich der genannte Empfängerkreis von derzeit zwei Personen versorgt.

Verfassungsbruch „Tarifeinheitgesetz“

Marburger Bund bekennt sich klar gegen erzwungene Tarifeinheit

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes Anfang November stand ganz im Zeichen des sogenannten Tarifeinheitgesetzes. Der von der sozialdemokratischen Arbeitsministerin Andrea Nahles vorgelegte Gesetzesentwurf soll die Möglichkeit von verschiedenen Tarifverträgen in „einem Betrieb“ verhindern, so wie es heute nicht unüblich ist. In kommunalen Kliniken beispielsweise gelten der TVöD und der Tarifvertrag des Marburger Bundes TVÄrzte/VKA ohne Probleme nebeneinander.

Namhafte Verfassungsrechtler wie der ehemalige Verfassungsrichter Professor Dr. Dr. Udo Di Fabio und Professor Dr. Frank Schorkopf legten dar, warum der Gesetzesentwurf gegen Artikel 9 Absatz 3 des Grundgesetzes verstößt, das jedem Bürger und für alle Berufe das Recht zur freien gewerkschaftlichen Betätigung einräumt – die Koalitionsfreiheit. Zur gleichen Zeit bestätigten die Arbeitsgerichte in Frankfurt, dass der Streik der Lokführergewerkschaft GdL auch in dem Ziel rechtmäßig ist, für ihre organisierten Mitglieder aus dem Bereich der Zugbegleiter zur Erlangung eines Tarifvertrages zu streiken.

Professor Di Fabio konstatierte, dass Streiks lästig sind und auch wirtschaftliche Folgen haben, sonst können sie keine Wirkung entfalten. Das mache sie aber nicht unzulässig. Ärztinnen und Ärzte haben 2006 selbst Ähnliches erlebt, als sie das Recht erstreiken mussten, einen eigenen arzt-spezifischen Tarifvertrag für die kommunalen Kliniken über die Ärztegewerkschaft Marburger Bund abschließen zu dürfen. Das war für alle Beteiligten eine schwierige Zeit, vor allem aber für die streikenden Ärztinnen und Ärzte.

Zukunftssicherung für Kliniken

Dennoch hat dieser Streik und die Möglichkeit, arzt-spezifische Tarifverträge abschließen zu dürfen, zur Zukunftssicherung der Kliniken beigetragen, indem sie als Arbeitsplatz wieder attraktiv wurden. Nach nicht einmal zehn Jahren sind viele Errungenschaften für junge Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich, auch wenn es immer noch vieles zu verbessern gibt. Ärztinnen und Ärzte hätten daher allen Grund, gegen das verfassungswidrige Ansinnen eines „Tarifeinheitgesetzes“ vorzugehen, stellten mehrere Delegierte der Hauptversammlung fest.

Zahlreiche DGB-Gewerkschaften, darunter auch ver.di, haben den Gesetzesentwurf bereits verurteilt. Von den im Bundestag vertretenen Parteien haben sich nicht nur die Grünen, sondern auch die Linke, die von Politikern etablier-

ter Parteien gerne als undemokratisch betitelt wird, bislang öffentlich gegen ein Tarifeinheitsgesetz ausgesprochen. Die Sozialdemokraten hingegen unterstützen das Gesetz aktiv, obwohl es für alle Arbeitnehmer eine Einschränkung gewerkschaftlicher Betätigung und des Streikrechts bedeuten würde. „Das kann man wohl als einen Tiefpunkt sozialdemokratischer Politik ansehen“, äußerte sich ein ehemaliges SPD-Mitglied am Rande der MB-Hauptversammlung.

Bedenken hinsichtlich der Verfassungskonformität

Auch die Christdemokraten haben bislang nicht den Mut gefunden, ihrer Kanzlerin zu raten, Andrea Nahles nicht weiter wirken zu lassen und auch die Begehrlichkeiten der Arbeitgeberverbandes BDA in die Schranken zu weisen. Gesundheitsminister Hermann Gröhe ließ auf der Versammlung zwar durchblicken, dass er die Bedenken hinsichtlich der Verfassungskonformität des Gesetzesentwurfes teilt, indem er scherzte, dass er den ihm gut bekannten renommierten Verfassungsrechtlern ja schlecht widersprechen könne. Dennoch mochte er sich nicht klar und öffentlich gegen den Entwurf positionieren. Das allerdings tat Rudolf Henke, MB-Vorsitzender und ebenfalls CDU-Bundestagsabgeordneter, umso deutlicher: „Stoppen Sie die Entwicklung dieses Gesetzes“, forderte er die Bundeskanzlerin unter lang anhaltendem Applaus der Delegierten auf. Dr. Heidrun Gitter, Delegierte des Landesverbandes Bremen, betonte die Bedeutung der freien gewerkschaftlichen Betätigung zur Mitgestaltung der Arbeitsbedingungen für die Kräftebalance zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern und damit für den sozialen Frieden.

In den Beschlüssen der Hauptversammlung heißt es: „Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, den Entwurf eines Tarifeinheitgesetzes zurückzuziehen und das Vorhaben nicht weiter zu verfolgen. Der Referententwurf des Bundesarbeitsministeriums ist ein fundamentaler Angriff auf die freie Betätigung der Arbeitnehmer, wie sie in Artikel 9 Absatz 3 des Grundgesetzes für jedermann und für alle Berufe garantiert ist.“

Anfang Dezember soll das Kabinett erstmals über den Gesetzesentwurf beraten. Es wäre also noch Zeit, den Aufforderungen aus der MB-Hauptversammlung nachzukommen. Der Marburger Bund baut auf politische Vernunft, hat sich aber schon gerüstet, notfalls vor das Bundesverfassungsgericht zu ziehen.



Schwerpunkt:

Prädiktive genetische Diagnostik

Seit der vollständigen Entschlüsselung des menschlichen Genoms hat sich die Forschung rasant weiterentwickelt. Genetische Analysen sollen zur Aufklärung von Krankheitsursachen beitragen, Risikoprognosen verbessern und zu neuen Therapieansätzen führen. Genetische Befunde können aber weitreichende Konsequenzen haben: Bei nicht behandelbaren Erkrankungen können Menschen, die ein Erkrankungsrisiko für sich oder ihre Nachkommen befürchten, durch prädiktive genetische Diagnostik einschneidend in der Lebensplanung beeinflusst werden.

In der Dezember-Ausgabe von Kontext nähern wir uns der prädiktiven genetischen Diagnos-

tik aus verschiedenen Blickwinkeln. Mit den medizinischen Aspekten befassen sich PD Dr. Stephanie Spranger, Fachärztin für Humangenetik, und Professor Dr. Matthias Spranger, Facharzt für Neurologie und medizinische Genetik. Professor Dr. Klaus Zerres, Facharzt für Humangenetik und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik, setzt sich mit den ethischen Aspekten prädiktiver genetischer Untersuchungen auseinander. Zum Abschluss berichtet Rechtsanwalt Dr. Daniel Combé über ein BGH-Urteil zur Frage des Rechts auf Nichtwissen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen das Redaktionsteam der Ärztekammer!

Konsequenzen für die Lebensplanung

Prädiktive genetische Diagnostik bedeutet die Untersuchung eines gesunden Menschen auf genetische Anlagen, die zu Erkrankungen im späteren Leben disponieren. Möglich geworden ist sie durch Forschungsergebnisse aus dem Human-Genom-Projekt, im Rahmen dessen im Jahr 1993 das Gen für die Huntington-Krankheit entdeckt wurde. Bei solchen derzeit nicht behandelbaren Erkrankungen kann prädiktive genetische Diagnostik Menschen, die ein Erkrankungsrisiko für sich oder ihre Nachkommen befürchten, Entscheidungsoptionen hinsichtlich der Lebens- und Familienplanung eröffnen und beispielsweise mit 50 Prozent Wahrscheinlichkeit das individuelle Erkrankungsrisiko aufheben. Bei anderen spätmanifesten Erkrankungen, insbesondere genetisch bedingten Tumorerkrankungen, können die Untersuchungen wichtige Hilfe bei Entscheidungen über individuelle präventive oder therapeutische Maßnahmen wie eine intensivere Früherkennung sein.

Prädiktive genetische Diagnostik darf Menschen nicht vorenthalten werden, die ein erhöhtes Risiko haben, eine genetisch bedingte Erkrankung zu entwickeln. Die Untersuchung von Kindern darf jedoch nur dann erfolgen, wenn sich aus dem Ergebnis der Untersuchung therapeutische Konsequenzen für das Kind ergeben. Das wäre beim familiären medullären Schilddrüsenkarzinom oder der dominanten Form der FAP der Fall.

Bei welchen Erkrankungen wird prädiktive Diagnostik in Anspruch genommen?

1. Genetisch bedingte Tumorsyndrome

Zehn bis 15 Prozent aller Krebserkrankungen liegt eine erbliche Disposition zugrunde. Typisch sind dabei ein junges Erkrankungsalter, eine familiäre Häufung und das Auftreten von Zweittumoren.

Beispiel Brust- und Eierstockkrebs: Heterozygote Genveränderungen wie in den Genen BRCA1 und 2, rad51c/d oder CHEK2 sind für fünf bis zehn Prozent aller Brustkrebsfälle verantwortlich. Die Betroffenen kommen mit einer Genveränderung auf die Welt, die im Laufe des Erwachsenenlebens zu einem erhöhten Risiko für Brust- und Eierstockkrebs führt, da das veränderte Gen dort besonders aktiv ist.

An eine genetische Disposition sollte bei folgender Konstellation gedacht werden:

- drei Frauen mit Brustkrebs in der Familie
- zwei Frauen mit Brustkrebs, davon eine vor dem 51. Lebensjahr
- eine Frau mit Brust-, eine mit Eierstockkrebs
- zwei Frauen mit Eierstockkrebs
- ein Mann mit Brustkrebs
- eine Frau mit Brustkrebs vor dem 36. Geburtstag
- eine Frau mit Brustkrebs auf beiden Seiten, Erstdiagnose vor dem 51. Lebensjahr
- eine Frau mit Brust- und Eierstockkrebs.

Gesunde Trägerinnen einer BRCA1- oder BRCA2-Mutation haben ein bis zu 80-prozentiges Risiko, an einem Mammakarzinom zu erkranken, bis zu 30 Prozent für ein Ovarial-Karzinom. Mutationsträgerinnen haben



Die Artikel können hier aus Platzgründen leider nur in gekürzter Fassung erscheinen. Die Langfassungen können Sie nachlesen auf:

🌐 www.aekhb.de



PD Dr. med. Stephanie Spranger, Studium in Lübeck und Göttingen, Promotion in Lübeck, seit 2000 in Bremen niedergelassene Fachärztin für Humangenetik, 2003 Habilitation an der Universität Hamburg für das Fach Humangenetik

Wünschenswertes Vorgehen bei prädiktiver Diagnostik:

1. Dran denken!
2. Voraussetzung: gesicherte Diagnose bei Indexpatient
3. Prädiktive Diagnostik initiieren
4. Nachsorge sichern

zusätzlich ein erhöhtes Risiko für andere Tumore, zum Beispiel Pankreas- oder Kolonkarzinome. Gesunde Frauen, die diese Genveränderung in sich tragen, können sich entweder für das intensiviertere Früherkennungsprogramm (S3-Leitlinie) oder für vorbeugende operative Entfernung des Brust- und Eierstockgewebes entscheiden. Etwa 80 bis 90 Prozent entscheiden sich derzeit für die enge Früherkennung, zehn bis 20 Prozent für die Operation.

Beispiel Darmkrebs: Etwa fünf Prozent aller Darmkrebsfälle sind genetisch bedingt. Für weniger als ein Prozent aller Dickdarmkrebskrankungen ist die Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) verantwortlich. Charakteristisch für die autosomal-dominante Form der Erkrankung ist die große Zahl von Polypen im Dickdarm (oft über 100), die meist schon in der Jugend auftreten. Die dominante FAP ist eine obligate Präkanzerose. Empfohlen werden eine molekulargenetische Testung schon im Kindesalter, regelmäßige Darm-Spiegelungen mit Abtragen der Polypen, prophylaktische Entfernung des betroffenen Organs. Die autosomal-rezessive Form der FAP gilt als abgeschwächte Form.

Die häufigste Form des erblichen Darmkrebses ist das hereditäre, nicht polypöse kolorektale Karzinom (HNPCC oder Lynch-Syndrom). Wie bei allen genetisch bedingten Tumorerkrankungen imponiert ein junges Erkrankungsalter neben der familiären Häufung. Bei positiven Amsterdam-Kriterien oder Bethesda-Guidelines ist die Indikation für eine molekularpathologische Untersuchung des Karzinoms auf HNPCC-typische Veränderungen (Mikrosatelliteninstabilität [MSI] und immunhistochemische Darstellung [IHC] der Mismatch-Repair-Proteine) gegeben, meistens findet erst danach eine genetische Blutuntersuchung auf Keimbahnmutationen der Mismatch-Repair-Gene statt. Die Genveränderung wird mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit vom Betroffenen an Nachkommen weitergegeben.

Wann soll daran gedacht werden? Beispielhaft sind nur die Amsterdam-II-Kriterien aufgelistet:

- mindestens drei Familienangehörige mit histologisch gesichertem kolorektalem Karzinom oder einem Karzinom des Endometriums, Dünndarms oder Urothels (ableitende Harnwege/Nierenbecken), davon einer mit den beiden anderen erstgradig verwandt, FAP muss ausgeschlossen sein.
- wenigstens zwei aufeinanderfolgende Generationen betroffen
- bei mindestens einem Patienten Diagnosestellung vor dem 50. Lebensjahr

Neben Kolonkarzinomen kommen bei Trägern einer Mismatch-Repair-Gen-Veränderung eine Reihe weiterer Tumoren, insbesondere Endometriumkarzinome, bei Frauen vor. Die Früherkennungsuntersuchungen richten sich auch hier nach dem Tumorspektrum, nach Abschluss des Kinderwunsches wird die prophylaktische operative Entfernung der Gebärmutter angeboten.

Ein ähnliches Vorgehen gibt es auch bei anderen – seltenen – genetisch bedingten Tumorsyndromen, bei denen dann andere Gene für die Erkrankung verantwortlich sind. Beispiel dafür sind familiär gehäuft vorkommende Sarkome, Pankreaskarzinome oder Schilddrüsenkarzinome, wobei es nicht für alle Entitäten ein standardisiertes Vorgehen gibt.

2. Neurodegenerative Erkrankungen

Paradebeispiel für eine genetisch bedingte neurodegenerative, spätmanifeste Erkrankung ist die Huntington-Krankheit, die dominant erblich ist. Sie besteht aus der klinischen Trias: Bewegungsunruhe, Persönlichkeitsveränderung, Demenz mit Erkrankungsbeginn um das 40. Lebensjahr. Die Erkrankung beginnt schleichend, häufig zunächst mit psychischen Symptomen, progredientem Verlauf und ist ursächlich nicht therapierbar.

Triplet-repeat-Mutationen:

Normal:	DAS.IST.EIN.EINEIN.GEN
Expansion:	DAS.IST.EIN.EINEINEINEIN EINEINEINEINEIN... GEN

Ursache ist eine Aggregation des Huntingtin-Proteins, das Neurone vor Apoptose schützt. Die Huntington-Krankheit gehört zu den sogenannten „Triplet-Repeat“-Erkrankungen. Im Exon 1 des Gens finden sich CAG-Repeats (siehe Abbildung). Steigt die Anzahl über 39 auf einem Allel, erkranken die Träger des veränderten Gens zu 100 Prozent, eine unvollständige Penetranz wie bei den erblich bedingten Tumorerkrankungen gibt es bei einem solchen Befund nicht. Schwierig wird eine Interpretation des genetischen Befundes bei sogenannten „Grauzonenallelen“ mit 36–39 CAG-repeats. Hier erkrankt nur ein Teil der Träger einer solchen Mutation (verminderte Penetranz).

Bei Weitergabe über den Vater kann sich die Repeat-Anzahl erhöhen, was mit einer früheren Manifestation und schnelleren Progredienz einhergehen kann (Antizipation). Differentialdiagnostisch müssen nicht genetisch-bedingte Bewegungsstörungen mit choreatiformen Bewegungen, Demenzerkrankungen, psychiatrische Erkrankungen und andere genetisch bedingte neurodegenerative Erkrankungen in

Erwägung gezogen werden, etwa die Spinocerebelläre Ataxie Typ 17.

Bei diesen neurodegenerativen Erkrankungen bitten Hochrisikopersonen sehr viel seltener um prädiktive Diagnostik als bei Tumorsyndromen. Die Erfahrung zeigt, dass aber für einige das prädiktive Wissen für die Lebensplanung wichtig ist, in Bezug auf Berufswahl, Familienplanung oder finanzielle Absicherung.

Dran denken: Angehörige müssen als Hochrisikopatienten erkannt werden. Gesunde mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko müssen identifiziert und auf die Möglichkeit der genetischen Beratung hingewiesen werden. Dabei gilt es eigene – ärztliche – Ressentiments und Ängste gegenüber der prädiktiven Testung zu überwinden. Sätze wie „das bringt doch gar nichts“ sind nicht hilfreich. Es geht um den Patienten, was hilft ihm? Aufbauend auf dem eigenen Erlebnishintergrund kann nur der Patient selbst die Entscheidung für oder gegen eine Testung treffen.

Dabei hilft die genetische Beratung. Sie ist eine Voraussetzung für Prädiktive Diagnostik (GenDG § 3 Nr. 8). Eingebettet ist die molekulargenetische Untersuchung in die Trias Beratung – Diagnostik – Beratung. Ziel ist, den Menschen vor einer prädiktiven genetischen Diagnostik über die Bedeutung und die zu erwartenden Konsequenzen des Testergebnisses aufzuklären. Durch das genetische Beratungsgespräch sollen Ratsuchende in die Lage versetzt werden, informiert die Entscheidung für oder gegen einen prädiktiven genetischen Test zu fällen. Humangenetische Testungen haben meist nicht nur Konsequenzen für die einzelnen Ratsuchenden, sondern auch für die Angehörigen, das muss angesprochen werden. Das Prinzip des informed consent, oder besser der auf den Patienten zugeschnittenen Information (tailored consent) ist dabei zu beachten. Psychologische Mitbetreuung wird bei Bedarf vermittelt.

Voraussetzung: Ein molekulargenetisches Untersuchungsergebnis des Indexpatienten in der Familie sollte vorliegen. Auch bei klinisch eindeutigem Befund eines Patienten zum Beispiel mit Huntington-Krankheit ist für die prädiktive Diagnostik der gesunden Angehörigen eine molekulargenetische Diagnosesicherung des Patienten wichtig. Er könnte ja auch eine ähnliche Erkrankung mit anderem molekulargenetischen Hintergrund haben. In einem solchen Fall würde die prädiktive Testung des Gesunden auf die Huntington-Krankheit einen Normalbefund ergeben, der Ratsuchende würde dann aber womöglich an einer SCA17 mit ähnlichen Symptomen und Verlauf erkranken. Weiterhin

sind nicht alle Gene spätmanifestierender Erkrankungen bekannt. In einem solchen Fall ist eine prädiktive Diagnostik derzeit in der Familie nicht möglich. Angehörigen kann dann zwar eine genetische Beratung mit individueller Risikorechnung angeboten werden – aber keine genetische Testung.

Auch kann es vorkommen, dass die Ergebnisse der genetischen Blutuntersuchung des Betroffenen nicht eindeutig interpretierbar sind. Beispiele sind sogenannte unbekanntere Varianten (UV, etwa durch eingebaute ehemalige Virus-DNA) oder die oben genannten Grauzonenallele bei Huntington-Patienten. Insbesondere die BRCA1- und -2-Gene enthalten viele UVs, die variabel von Mensch zu Mensch sind. Nicht immer ist derzeit bekannt, ob eine UV pathogen oder benigne ist. Frauen mit Brustkrebs mit einer UV werden wie Mutationsträger betreut, eine prädiktive Diagnostik wird jedoch in der Regel darauf nicht aufgebaut. Eine Wiedervorstellung mit Zeitabstand wird empfohlen, da mit zunehmendem Wissen eine UV als pathogen eingestuft werden könnte.

Aufgrund dieser „Pitfalls“ wird deutlich, dass eine prädiktive Diagnostik bei den Risikopersonen wesentlich aussagekräftiger ist, wenn ein molekulargenetisches Untersuchungsergebnis des sicher betroffenen Familienmitglieds vorliegt.

Nachsorge

Das Ergebnis einer prädiktiven genetischen Testung ist wie ein Blick in die Glaskugel, es kann Lebenswege verändern. Es ist daher elementare ärztliche Aufgabe, die Ratsuchenden nach der Ergebnismitteilung engmaschig zu begleiten, bei den neurodegenerativen Erkrankungen unabhängig davon, wie das Ergebnis ausfällt. Der Betreuungsbedarf von Ratsuchenden nach einem negativen, also normalen, prädiktiven Test auf die Huntington-Erkrankung ist deutlich erhöht, sie können eine reaktive Depression entwickeln. Menschen mit einer Genmutation für eine Tumorerkrankung benötigen leitlinientreue engmaschige Früherkennungsuntersuchungen und Hilfe bei der Entscheidung bezüglich einer prophylaktischen Operation. Häufig ist eine psychologische Unterstützung sinnvoll und notwendig, um Ressourcen bei Mutationsträgern und Angehörigen zu stärken.

■ PD Dr. med. Stephanie Spranger,
Fachärztin für Humangenetik

■ Professor Dr. med. Matthias Spranger,
Facharzt für Neurologie, med. Genetik



Professor Dr. med. Matthias Spranger, Facharzt für Neurologie und med. Genetik, Studium in Kiel und Lübeck, Promotion in Mainz, bis 2011 Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Neurologischen Rehabilitationszentrums Friededorf, seit 2011 niedergelassen als Neurologe im Ärztehaus am Rotes Kreuz Krankenhaus, seit 2014 Professur an der Universität Bremen

Recht auf Nichtwissen wahren

Ethische Aspekte prädiktiver genetischer Untersuchungen



Prof. Dr. med. Klaus Zerres,
Facharzt für Humangenetik
und Direktor des Institutes
für Humangenetik des Uni-
versitätsklinikums der RWTH
Aachen sowie Vorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für
Humangenetik

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) legt die Rahmenbedingungen für prädiktive genetische Untersuchungen fest. Dort steht in § 1 „Zweck dieses Gesetzes ist es, die Voraussetzungen für genetische Untersuchungen und im Rahmen genetischer Untersuchungen durchgeführte genetische Analysen sowie die Verwendung genetischer Proben und Daten zu bestimmen und eine Benachteiligung auf Grund genetischer Eigenschaften zu verhindern, um insbesondere die staatliche Verpflichtung zur Achtung und zum Schutz der Würde des Menschen und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren.“

Relevante Bestimmungen des GenDG sind:

1. Eine genetische Untersuchung darf nur vorgenommen werden, wenn die betroffene Person in die Untersuchung ausdrücklich und schriftlich gegenüber der verantwortlichen ärztlichen Person eingewilligt hat.
2. Vor Einholung der Einwilligung hat die verantwortliche ärztliche Person die betroffene Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufzuklären sowie die Bedeutung der zu untersuchenden genetischen Eigenschaften für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung sowie die Möglichkeiten, sie zu vermeiden, ihr vorzubeugen oder sie zu behandeln.
3. Bei einer prädiktiven genetischen Untersuchung ist die betroffene Person vor und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses genetisch zu beraten. Hierzu ist eine spezielle Qualifikation notwendig.

Ob das GenDG den angestrebten Zweck tatsächlich erreicht, sei dahingestellt. Die im Gesetz formulierte Feststellung, dass genetische Untersuchungen die Menschenwürde und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung tangieren können, macht die besondere Bedeutung genetischer Testung deutlich, die unabhängig von einer klinischen Symptomatik erfolgen kann.

Testergebnisse sorgfältig interpretieren

Die meisten Volkskrankheiten entstehen durch ein Zusammenwirken von genetischen mit exogenen Faktoren. Klassische Beispiele sind die koronare Herzkrankheit und die Diabetes. An der Entstehung dieser Krankheiten sind

meist sehr viele Gene beteiligt, deren individueller Beitrag an der Krankheitsentstehung sehr klein ist. In vielen der teilweise sehr kostengünstigen Testangebote werden jedoch meist nur einzelne einer Vielzahl dieser genetischen Faktoren untersucht. Die Ergebnisse entsprechender Untersuchungen, die meist in großen Studiengruppen gewonnen wurden und in unzulässiger Weise auf die Einzelperson übertragen werden, erlauben in der Regel keine individuelle Aussage über den Krankheitsausbruch, sie modifizierten das statistische Krankheitsrisiko der untersuchten Person meist nur sehr geringfügig. Derartige Testergebnisse bedürfen in jedem Einzelfall einer sorgfältigen Interpretation. Schon bei der Indikationsstellung muss die mögliche Risikomodifikation kritisch hinsichtlich der Optionen präventiver und therapeutischer Maßnahmen abgewogen werden. Die Vorhersage individueller Krankheitsrisiken vieler „Direct to Consumer“-Tests beruhen auf der Analyse von Polymorphismen (Varianten) nur sehr weniger Gene und sind wissenschaftlich nicht haltbar. Die behaupteten Zusammenhänge, insbesondere die Aussagen zu Krebsrisiken aufgrund erhöhter Gewebekonzentrationen von Steroidhormonen, sind wissenschaftlich nicht belegt. Die Untersuchungsergebnisse erzeugen nicht selten unbegründete Krankheitsängste.

Recht auf Nichtwissen muss gewahrt sein

Die zentrale Frage vor prädiktiver Diagnostik: „Beeinflusst das Ergebnis einer genetischen Untersuchung die Präventions- oder Lebensgewohnheiten?“, kann meist nur sehr persönlich beantwortet werden. An Leitlinien orientierte Indikationen existieren für prädiktive genetische Untersuchungen im Gegensatz zu diagnostischen Untersuchungen der klinischen Medizin bei einer bestehenden Symptomatik meist nicht. Therapie- und Präventionsoptionen sind bei Überlegungen zur Indikationsstellung ebenso von zentraler Bedeutung wie Aussagemöglichkeiten etwa zum Erkrankungsalter oder über die zu erwartenden Schwere.

Bei prädiktiver genetischer Diagnostik werden Daten erhoben, die dem Kern der Privatsphäre zuzurechnen sind, sie tragen deshalb die potentielle Gefahr der Diskriminierung und Ausgrenzung Betroffener in sich. Die prädiktive Diagnose der Anlageträgerschaft für eine schwerwiegende Krankheit und damit eines hohen Erkrankungsrisikos ist ein einschneidendes Ereignis, das oft zusätzlich für



weitere Familienangehörige Bedeutung hat. Bestehende Ungewissheit über den Anlage-trägerstatus kann für Risikopersonen eine schwerwiegende Belastung darstellen und Grund für die Testung sein. Die Feststellung, dass nur derjenige, der sich testen lässt, auch die Chance hat, von einem Erkrankungsrisiko befreit zu werden, beschreibt das Dilemma, in dem sich viele Risikopersonen befinden. Die Belastung durch die Unsicherheit des „Ob“ kann jedoch im Falle eines positiven („ungünstigen“) Testergebnisses zu dem oft noch belastenderen „Wann“ werden. Die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme und damit das Recht auf Nicht-Wissen müssen gewährleistet sein.

Bei der Entwicklung von Richtlinien für prädiktive Untersuchungen sollen die Vorstellungen der Betroffenen weitgehend berücksichtigt werden, wie dies international beispielhaft für die Huntingtonsche Krankheit der Fall ist. Insbesondere ist auf die Einhaltung längerer Bedenkzeiten vor Beginn einer Diagnostik sowie die jederzeitige Widerruflichkeit der Einwilligung zu achten.

Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen

Prädiktive genetische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen ist nur dann sinnvoll, wenn mit dem Auftreten einer Erkrankung in diesem Lebensalter zu rechnen ist und sinnvolle medizinische Maßnahmen zur Prävention der Erkrankung, von Komplikationen oder zur Therapie ergriffen werden können. Eltern, aber auch behandelnde Ärzte, fordern nicht selten sehr vehement die Anlagetestung ihrer oft sehr kleinen Kinder/Patienten. Das Wohl des Kindes muss das zentrale Ziel sein. Profitiert ein Kind wirklich davon, wenn die Eltern eines Kleinkindes wissen, dass dieses Kind vielleicht im Gegensatz zu seinen Geschwistern im Erwachsenenalter an einer nicht behandelbaren Störung erkranken wird? Kindern würde die Autonomie zur eigenen Entscheidung gegen eine prädiktive Testung nach Erreichen ihrer eigenen Einwilligungsfähigkeit genommen, wenn sie bereits im Kindesalter ohne deren Einwilligung auf Veranlassung ihrer Eltern oder behandelnder Ärzte getestet worden wären.

Umgang mit Zusatzbefunden

Die Identifizierung von Erbgutveränderungen, die zu hohen Risiken für Krankheiten führen, für die therapeutische Möglichkeiten bestehen, sollten untersuchten Personen auch dann mitgeteilt werden, wenn sie nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Ausgangsfrage selbst steht. Bei allen anderen Befunden sollte das kontextabhängig individuell entschieden werden. Über dieses Problem muss vor der Untersuchung aufgeklärt werden.

Ausblick

Der zunehmende Fortschritt der Sequenzieretechnologien erlaubt den Nachweis einer immer größeren Anzahl von Risikogenen. Das betrifft Dispositionen sowohl mit einem geringen Beitrag an der Krankheitsentstehung multifaktoriell bedingter Krankheiten, die im Allgemeinen die Krankheitsrisiken nur wenig modifizieren, aber auch den Nachweis von Mutationen in Genen, die mit einem hohen Krankheitsrisiko verbunden sind. Unser Wissen über die Bedeutung genetischer Veränderungen für die Krankheitsentstehung selbst, aber auch möglicher Behandlungsoptionen wächst rasant. Die Entscheidung zur prädiktiven Testung muss sich am Erkenntnisgewinn orientieren und bedarf daher einer individuellen Abwägung auf dem aktuellen Stand unseres Wissens.

Der Gefahr einer unsachgemäßen Anwendung prädiktiver Gentests muss durch breite Aufklärung der Öffentlichkeit, verbindliche Regelungen wie Richtlinien der Bundesärztekammer oder die Verankerung von Vorgehensweisen in die Berufsordnungen für Ärzte und gesetzlichen Regelungen entgegengewirkt werden. Eine individuelle qualifizierte genetische Beratung ist jedoch unabdingbare Voraussetzung für genetische Untersuchungen. Der Ausbau der Möglichkeiten zur qualifizierten genetischen Beratung ist von herausragender Bedeutung für den sachgemäßen Umgang mit prädiktiver genetischer Diagnostik.

■ Prof. Dr. med. Klaus Zerres

Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik hat zu zahlreichen Aspekten des dargestellten Themas umfassende Stellungnahmen veröffentlicht:

🌐 www.gfhev.de

Schlechte Nachrichten zumutbar

BGH-Urteil: Allgemeine Lebensrisiken sind hinzunehmen



Dr. Daniel Combé
Fachanwalt für Medizinrecht,
CASTRINGIUS Rechtsanwälte

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst das Recht auf Nichtwissen der eigenen genetischen Veranlagung, das den Einzelnen davor schützt, Kenntnis über ihn betreffende genetische Informationen mit Aussagekraft für seine persönliche Zukunft zu erlangen, ohne dies zu wollen. Das Recht auf Nichtwissen ist auch im Gendiagnostikgesetz (GenDG) verankert.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte in seinem Urteil vom 20. Mai 2014 (Az.: VI ZR 381/13) zu entscheiden, ob ein Arzt für psychische Folgen der unerwünschten Mitteilung einer Erbkrankheit des anderen Elternteils haftet. Die Klägerin nahm den beklagten Oberarzt einer Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie wegen der Information über eine bei ihrem geschiedenen Ehemann festgestellten Erbkrankheit auf Schadenersatz in Anspruch. Im Jahr 2011 wurde bei dem geschiedenen Ehemann der Klägerin Chorea Huntington festgestellt. Wegen der Erkrankung begab sich der Ehemann in Behandlung bei dem beklagten Oberarzt. Der Ehemann ermächtigte den Oberarzt gegenüber der Klägerin zur Auskunft über seine Krankheit. Der Oberarzt informierte die Klägerin und wies darauf hin, dass die zu diesem Zeitpunkt 12 bzw. 16 Jahre alten gemeinsamen Kinder die genetische Anlage der Erkrankung mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent geerbt hätten. Daraufhin verfiel die Klägerin in eine reaktive Depression und ist seitdem arbeitsunfähig.

Oberarzt haftet nicht

Mit der Klage begehrte die Klägerin die Zahlung eines Schmerzensgeldes von mindestens 15.000 Euro sowie die Feststellung der Ersatzverpflichtung des Oberarztes hinsichtlich sämtlicher ihr entstandenen materiellen und immateriellen Schäden. Sie war der Ansicht, der Oberarzt habe sie über die Erkrankung ihres geschiedenen Mannes nicht unterrichten dürfen. Er habe zunächst klären müssen, ob sie überhaupt Kenntnis von der Erkrankung ihres geschiedenen Mannes insbesondere unter Berücksichtigung der Vererblichkeit der Erkrankung für die Kinder habe erlangen wollen. Während das Landgericht die Klage abgewiesen hatte, verurteilte das Oberlandesgericht den Oberarzt zur Zahlung von Schadenersatz. Der Oberarzt legte darauf Revision beim BGH ein.

Der BGH ist der Auffassung, die depressive Erkrankung der Klägerin sei dem Oberarzt

haftungsrechtlich nicht zuzurechnen. Zwar sei grundsätzlich davon auszugehen, dass durch die Mitteilung belastender Informationen ausgelöste psychische Störungen von Krankheitswert eine Gesundheitsverletzung darstellen können. Die von der Klägerin geltend gemachte reaktive Depression sei aber darauf zurückzuführen, dass sie im März 2011 von der Krankheit ihres geschiedenen Mannes erfahren habe. Da dieser mit seiner Erkrankung jedoch offen umgehen und sowohl die gemeinsamen Kinder als auch seinen Bekanntenkreis informieren wollte, hätte die Klägerin diese Kenntnis jederzeit anderweitig erlangen können.

Allgemeine Gefahren des Lebens

Dass eine schwerwiegende – möglicherweise auch für die Gesundheit der gemeinsamen Kinder relevante – Krankheit eines Elternteils erkannt und dem anderen Elternteil bekannt wird, ist nach Auffassung des BGH ein Schicksal, das Eltern jederzeit widerfahren kann. Es gehöre zu den allgemeinen Lebensrisiken, falle aber nicht in den Bereich der Gefahren, vor denen das Gesetz schützen will. Der Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und des Rechts auf Nichtwissen der eigenen genetischen Veranlagung bezweckten nicht den Schutz eines Elternteils vor den psychischen Belastungen, die mit der genetisch bedingten Erkrankung des anderen Elternteils und den damit einhergehenden Risiken für die gemeinsamen Kinder verbunden sind. Derartige Belastungen hätten die Sorgeberechtigten vielmehr grundsätzlich hinzunehmen, ohne den Überbringer der Nachricht dafür verantwortlich machen zu können.

Das GenDG enthält zudem keine Bestimmung, wonach das Ergebnis einer diagnostischen genetischen Untersuchung trotz ausdrücklicher schriftlicher Einwilligung des von der Untersuchung Betroffenen solchen Personen nicht bekannt gegeben werden dürfte, die – wie die Klägerin – mit dem Betroffenen genetisch nicht verwandt sind. Der BGH hat die Klage daher abgewiesen. Die Entscheidung des BGH ist zutreffend und praxisnah. Sie zeigt aber auch, dass Schadenersatzansprüche der genetisch betroffenen Person bei Verletzung ihres Rechts auf Nichtwissen eigener genetischer Veranlagung grundsätzlich in Betracht kommen können.

■ Dr. Daniel Combé

Veranstaltungsinformationen

Akademie für Fortbildung

Fit für den Facharzt

Anästhesiologie

Thema: Der schwierige Atemweg

Referent: Dr. W. Sauer

Termin: 1. Dezember 2014, 18.30 – 20.00 Uhr

Chirurgie

Thema: Endoskopische Hernienchirurgie

Referent: Prof. Dr. T. Carus

Termin: 2. Dezember 2014, 18.00 – 19.30 Uhr

Radiologie

Thema: Radiologische Diagnostik von Niere und Harnleiter

Referent: Prof. Dr. K. U. Jürgens

Termin: 16. Dezember 2014, 18.00 – 19.30 Uhr

Einführungsseminare 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.

Termine: 5.–6. Dezember 2014,

Freitag 17.00 – 20.45 Uhr, Samstag 8.30–17.15 Uhr

Kosten: 235,- / 150,- Euro (16 PKT)

Fit für die Praxis

Berufsrechtliche und gesellschaftsrechtliche Aspekte der Niederlassung. Veranstaltungsreihe in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Hartmannbund.

Termin: 9. Dezember 2014, 19.00 – 20.30 Uhr

Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Interventionelle Kardiologie – strittige Fragen. Müssen unsere Patienten mit stabiler KHK wirklich einen Stent bekommen? Wann ist der Bypass besser?

Veranstaltung des Hausärzterverbandes in Kooperation mit der Akademie für Fortbildung. Berechtigt zur Teilnahme an den DMPs Diabetes und KHK.

Termin 10. Dezember 2014, 18.00 – 20.15 Uhr

Kosten: Kostenfrei für Mitglieder des Hausärzterverbandes, Nicht-Mitglieder 20,- Euro (3 PKT)

Aktualisierungskurs im Strahlenschutz zum Erhalt der Fachkunde im Bereich Röntgendiagnostik für Ärzte/-innen und medizinisches Assistentenpersonal

E-Learning-Kurs mit abschließendem Präsenzteil.

Termin: 11. Dezember 2014, 20.00 – 22.00 Uhr

Kosten: 120,- Euro (im Kammerbezirk Bremen Tätige), 140,- Euro alle anderen (8 PKT)

Ebola – Nur ein afrikanisches Problem?

In Kooperation mit der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft und der Apothekerkammer Bremen.

Referent: Prof. Dr. rer. nat. Ulf Dittmer, Essen

Termin: 29. Januar 2015, 20.00 – 22.00 Uhr

Die Veranstaltung ist kostenfrei (2 PKT)

Bremer Curriculum für Spezielle Psychotherapie

EMDR Fortgeschrittenen-Seminar

In Kooperation mit dem EMDR-Institut

Termin: 6.–8. März 2015

Kosten: 570,- Euro / 610,- Euro ab 30 Tage vor Beginn (22 PKT)

Techniken der Traumabearbeitung in der Verhaltenstherapie

Termin: 6. Juni 2015, 10.00 – 18.00 Uhr

Kosten: 120,- Euro (8 PKT)

Behandlung akuter Traumafolgestörungen und Krisenintervention

Termin: 3.–4. Juli 2015,

Freitag 17 Uhr – 20.30 Uhr, Samstag 9.30 – 15.30 Uhr

Kosten: 150,- Euro (10 PKT)

Curriculum Transfusionsmedizin

Mit Verabschiedung der Richtlinie zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion (Hämotherapie) wurde verpflichtend festgelegt, dass jedes Krankenhaus einen Transfusionsverantwortlichen benennen und in jeder Abteilung, die Blutkomponenten und Plasmaderivate anwendet, ein Transfusionsbeauftragter bestellt werden muss.

Kursleitung: Dr. Katrin Dahse

Termin: 24.–25. April 2015,

Freitag und Samstag jeweils 9.00 – 17.45 Uhr

Kosten: 255,- Euro (16 PKT)

Moderatorentaining

Wenn ich dann nicht weiter weiß, gründe ich einen Arbeitskreis. Aber wie kommt die Qualität in den Zirkel?

Lernen Sie Techniken der Moderation, Umgang mit Flip-Chart und Moderatorenwand und profitieren Sie von zufriedenen Teilnehmern und dokumentierten Ergebnissen.

Termin: 8.–9. Mai 2015,

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

Kleinanzeigen

Praxisfläche mit insgesamt 249 qm frei

Hochwertig und modern, rollstuhlgerecht, erstklassige Anbindung. Zentral gelegen und in der Nähe von Kliniken und Ärztehäusern. (Augenärztin und Orthopädiotechnik bereits im Haus), Kurt-Schumacher-Allee 2, Tel. 0421/43 56 0-20,
g.brummerhoop@brummerhoop.com

Weiterbildungsassistent ab Januar 2015 in hausärztlich-internistischer und diabetologischer Schwerpunktpraxis in Bremen-Nord bei Dr. Viola Bacher gesucht.

Bewerbungen gerne per E-Mail an viola.bacher@dgn.de

Große, gut organisierte Hausarztpraxis mit nettem Team sucht Kollegen/Kollegin zum April oder Juli 2015. KV-Sitz vorhanden, Konditionen (Arbeitszeiten, Assoziation oder Anstellung) flexibel nach Absprache.

CHIFFRE 1410201653

Mitarbeit oder Einstieg in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in der Neustadt. Verschiedene Arbeitszeitmodelle möglich. Bevorzugt ab Jahresbeginn 2015, auch als Weiterbildungsstelle. Einstieg ab Januar 2015 möglich. Hausärztliche Versorgung mit Schwerpunkten in Homöopathie, Akupunktur, NHV und Psychosomatik.

ol.borrmann@gmail.com,
www.hausaerzte-kornstrasse.de

Praxisvertretung Orthopädie

FÄ für Orthopädie bietet Praxisvertretung(en) in Bremen, vorzugsweise vormittags.

CHIFFRE 1410240952

FÄ für Allgemeinmedizin

sucht Anstellung in hausärztlicher Praxis.

CHIFFRE 1411191346

Etablierte internistische Gemeinschaftspraxis mit hausärztlicher Versorgung in Bremen-Oberneuland sucht Arzt/Ärztin (Allgemeinmedizin oder Innere Medizin) zur Mitarbeit. Teilzeit, sowie spätere Teilhaberschaft möglich. Wir bieten individuelle Arbeitszeitmodelle und ein nettes Team.

Kontakt: info@internistenpraxis-bremen.de

Suche Kollegin/Kollegen

Modern ausgestattete Hausarztpraxis mit PT/Sucht/DMP im Stadtteil mit sozialem Brennpunkt sucht engagierten Timesharer ggf. WB-Assistenten, gerne mit US-Kenntnissen und Übernahmeinteresse.

Kontakt: arztundtherapie@web.de

Kardiologe für Dubai

Das German Heart Centre Bremen ist eine renommierte und hochmoderne, von Bremer Ärzten gegründete kardiologische Fachpraxis in Dubai Healthcare City und sucht für Vollzeit oder monatsweise Vertretung einen deutschen Facharzt für Kardiologie mit guten Englischkenntnissen in Wort und Schrift. Ausgezeichnete Arbeitsbedingungen und angemessenes Einkommen.

Kontakt: Dr. Klaus T. Kallmayer, kkallmayer@yahoo.de

Mittelgroße Hausarztpraxis in Bremen abzugeben, Praxisgemeinschaft möglich.

CHIFFRE 1410291252

Hinweis für Chiffre-Anzeigen

Bitte senden Sie Ihre Antworten und Nachrichten auf Chiffre-Anzeigen unter Angabe der Chiffre-Nummer bis zum 31.1.2015 an die Ärztekammer Bremen. Wir senden diese zum Monatsende weiter. Nachrichten, die nach diesem Termin eingehen, werden nicht mehr weitergeleitet.

Kleinanzeigen – für Kammermitglieder kostenlos

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 8.1.2015. Schicken Sie Ihre Kleinanzeige an anzeigen@aekeb.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



IMPRESSUM

Kontext

Offizielles Mitteilungsorgan der Ärztekammer Bremen.

Herausgeber

Ärztekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen, www.aekhb.de
E-Mail: redaktion@aekeb.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

Bildnachweis:

© FreedomHouse/CC BY2.0
© Bo Yaser/CC BY-SA3.0
© Frank Löhmer
© Klaaschwotzer/CC BY-SA 3.0
© cirquedesprit - Fotolia.com