

KONTXT

für Ärztinnen und Ärzte
im Land Bremen

September 2014



Themen

Schwerpunkt: Prävention

Die Bundesregierung hat ein Präventionsgesetz angekündigt. Anlass genug, sich mit Prävention intensiv auseinanderzusetzen. Vier Gastautoren beleuchten das Thema aus verschiedenen Perspektiven.

Seite 5-9

Das Patientenrechtegesetz

Neues Recht für alte Pflichten?

Seite 10

Fortbildungskalender

Alle Fortbildungen der Ärztekammer Bremen auf einen Blick

Seite 11

Aktueller Hinweis

K.O.-Tropfen: Wirkung, Verbreitung und Prävention

Immer wieder werden vor allem junge Menschen Opfer von Gewalt und Übergriffen, nachdem ihnen K.O.-Tropfen verabreicht wurden. K.O.-Tropfen sind geruchlos und geschmacksneutral. Eine Veranstaltung in Zusammenarbeit mit der psychologischen Beratungsstelle *notruf* informiert über die Wirkungsweise und gibt Tipps für den Umgang mit den Opfern.

Termin: 1. Oktober 2014, 17 bis 18.30 Uhr

Die Veranstaltung ist gebührenfrei (2 PKT) und findet im Fortbildungszentrum der Ärztekammer am Klinikum Bremen-Mitte statt.

Standpunkt

Prävention – auch für psychische Erkrankungen



Ein Schwerpunktthema auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf – wie auch in diesem *Kontext*-Heft – war die Prävention. In einem mit großer Mehrheit angenommenen Leit-antrag wurde auf die zentrale Rolle des Arztes in der Prävention und Gesundheitsförderung hingewiesen. Man bemängelte allerdings, dass sich die bekannten Früherkennungsuntersuchungen auf die frühe Erkennung von Krankheiten beziehen, nicht aber auf die gesundheitlichen Risiken und Belastungen.

Mir ist in der ganzen Diskussion die Prävention psychischer Erkrankungen zu kurz gekommen. Mittlerweile sind Burn-out, psychosomatische Beschwerden, Angststörungen und Depressionen mit etwa 40 Prozent Hauptursachen für die Frühberentung. Man muss sich also auch hier fragen: Was kann man vorbeugend tun?

Hier ein effektives und innovatives Beispiel zur Prävention psychischer Erkrankungen: Ein Projekt aus fünf medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg hat sich zum Ziel gesetzt,

Strukturen und Programme zu entwickeln, damit Betroffene frühzeitig lernen, mit Stress und Belastungen umzugehen. Mir scheint dabei besonders wichtig zu sein, dass die Wissenschaftler alle Akteure, also Betriebsmediziner, Hausärzte, Personalleiter und Psychotherapeuten zusammenbringen wollen.

Beispielhaft wurde erfolgreich eine „psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ eingeführt. Das Angebot nahmen erstaunlicherweise häufig und zudem noch frühzeitig Männer an. Das ist umso bemerkenswerter, als es in der Regel eher die Frauen sind, die sich psychosomatische Hilfe suchen. Offensichtlich sind solche Programme sinnvolle Versorgungsbausteine, um trotz Arbeitsverdichtung, Arbeitsbelastung und zunehmendem Alter den beruflichen und privaten Alltag psychisch stabil bewältigen zu können.

In jedem Fall ist die Prävention psychischer und somatischer Erkrankungen eine besonders wichtige Aufgabe, nicht nur für die Ärzteschaft, sondern für die gesamte Gesellschaft.

■ Dr. Johannes Grundmann
Vizepräsident der Ärztekammer Bremen

Ihre Ideen sind gefragt

Seit Mai erscheint *Kontext* – die Publikation der Ärztekammer Bremen. Nun sind Ihr Engagement und Ihre Beteiligung gefragt! Wie gefällt Ihnen *Kontext*? Haben Sie Themenwünsche, Verbesserungsvorschläge oder liegt Ihnen etwas am Herzen? Gibt es medizinische oder gesundheitspolitische Themen, die wir unbedingt aufgreifen sollen?

Wir freuen uns über Ihr Feedback, Ihre Ideen und Anregungen an: [✉ redaktion@aekhb.de](mailto:redaktion@aekhb.de)



Sommerfest der Ärztekammer Bremen ein voller Erfolg

Bei strahlendem Sonnenschein folgten rund 70 Ärztinnen und Ärzte der Einladung der Ärztekammer zum diesjährigen Sommerfest. In entspannt-sommerlicher Atmosphäre gab es viel Zeit zum Plaudern, Kontakte knüpfen und Kennenlernen des Vorstands und der Kammermitarbeiterinnen und -mitarbeiter.

Den musikalischen Rahmen bildete *angeblich erträglich*, eine junge a-Cappella-Gruppe aus Osterholz-Scharmbeck. Die schönsten Bilder des Festes haben wir hier für Sie zusammengestellt. Wir freuen uns auf Ihren Besuch im nächsten Jahr!



Viel Wissen für ein gesundes Leben

23. Bremerhavener Gesundheitswoche vom 13. bis 17.09.2014

Das Motto „Erlebnis Gesundheit“ zieht sich wie ein roter Faden durch die 23. Bremerhavener Gesundheitswoche, die vom 13. bis 17. September 2014 in der Stadthalle Bremerhaven stattfindet. Die Besucherinnen und Besucher erwartet ein abwechslungsreiches Programm: Vorträge, Workshops, Experimentierstationen, interaktive Fortbildungsmöglichkeiten und eine Messe mit Ständen regionaler Dienstleister aus dem Medizinbereich. Vor Ort stehen Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, Vereine und Selbsthilfegruppen für Gespräche und Fragen zur Verfügung.

Zur Eröffnung spricht Professor Dr. Thomas Jung vom Alfred-Wegener-Institut über den Klimawandel und dessen Einfluss auf die Gesundheit jedes einzelnen. Auf dem weiteren Programm stehen der Orthopädietag, der Erlebnisvormittag mit Yoga, Qi-Gong

und Gehirnjogging oder der Tag der Gefäße. Zahlreiche Vorträge und Workshops sollen Schülerinnen und Schüler aller Jahrgangsstufen verschiedene Aspekte von Vorsorge für ein gesundes Leben nahebringen. Erstmals präsentieren am Sonntag Bremerhavener „Gesundheitsforscher“ mit internationalem Ruf aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Medizin. Mittwoch steht der Kinder- und Jugendgesundheitstag an, bei dem die Bedeutung von körperlicher Aktivität von klein auf im Mittelpunkt steht.

Die Bremerhavener Gesundheitswoche veranstaltet die Bezirksstelle Bremerhaven der Ärztekammer Bremen gemeinsam mit der Stadthalle Bremerhaven, der Apothekerkammer Bremen, dem Apothekerverein Bremen, dem Gesundheitsamt Bremerhaven und dem Praxisbüro „Gesunde Schule“ des Lehrerfortbildungsinstituts.



Weitere Informationen auf:
www.gesundheitswoche.de

2014 – Das Jahr der Jubiläen

Zwei überregional beachtete Veranstaltungsreihen der Ärztekammer Bremen feiern 2014 Jubiläum. Beide Termine sind jetzt schon wieder ausgebucht. Melden Sie sich nächstes Jahr rechtzeitig an!

10 Jahre Bremer Curriculum für Spezielle Psychotraumatherapie

Die Traumaforschung und Weiterbildung von Therapeuten hat seit Mitte der 1990er Jahre eine rasante Entwicklung genommen. Hinter dem Begriff Traumatherapie stehen unterschiedliche therapeutische Ansätze, deren gemeinsames Ziel ist, das Trauma bzw. die Traumata geordnet zu verarbeiten.

Das Bremer Curriculum für Spezielle Psychotraumatherapie ist methodenintegrativ und entspricht dem Standard der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Dr. med. Ulla Baurhenn und Dipl. Psych. Rahel Schüppel haben das Bremer Curriculum entwickelt und leiten es seit zehn Jahren, organisatorisch unterstützt von der Akademie für Fortbildung der Ärztekammer. Das Jubiläum wird am 10. September in der Kunsthalle Bremen begangen. Unter dem Titel „Die Körperdimensionen in der Psychotraumatologie – Impulse aus Forschung und Praxis“ referieren Prof. Dr. Luise Reddemann, Prof. Dr. Johannes Kruse und Dr. Arne Hofmann.

20 Jahre Zytologietag von KV und Ärztekammer

Der Zytologietag – eine Kooperationsveranstaltung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung – findet zum zwanzigsten Mal statt. Nachdem 1992 erstmalig eine Qualitätsvereinbarung Zervix-Zytologie in Kraft trat, wurde Professor Hellmut Flenker mit der Umsetzung betraut. Ärztinnen und Ärzte, die zytologische Untersuchungen von Zervix-Präparaten abrechneten, mussten ihre Qualifikation in einer Prüfung nachweisen. Daraus entstand die Idee des 1. Bremer Zytologietages.

Über viele Jahre hat Professor Flenker den Zytologietag geprägt und als Kursleiter zur Verfügung gestanden. Seine Nachfolge übernahm Professor Michael Heine. Er setzte das Konzept nahtlos fort. Die Veranstaltung findet Aufmerksamkeit weit über die Grenzen Bremens hinaus. So werden auch in diesem Jahr am 20. September wieder 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Aurich bis Eisenach erwartet.



Ausstellung „Entwertet, ausgegrenzt, getötet“ – Sonderführung kam gut an

Rund 30 Ärztinnen und Ärzte folgten Anfang Juli der Einladung der Ärztekammer und der Kulturambulanz des Kulturvereins Haus im Park e. V. zu einer Sonderführung durch die Ausstellung „Entwertet, ausgegrenzt, getötet: Medizinverbrechen an Kindern im Nationalsozialismus“ in der Bremischen Bürgerschaft.

Achim Tischer, Leiter der Kulturambulanz und Koordinator der Ausstellung, führte die Gäste persönlich. Die Ausstellung beschäftigt sich mit den Verbrechen an Bremer Kindern und thematisiert „Euthanasie“. Zwischen 1942 und 1945 wurden 36 Kinder – zwischen einem und sechzehn Jahre alt – in die „Kinderfachabteilung“ der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg eingewiesen. Dort wurden medizinische Versuche an ihnen vorgenommen – die meisten von ihnen wurden getötet. Schautafeln erinnern an das Schicksal

der Kinder und versuchen zu ergründen, warum Ärztinnen und Ärzte das Leben des Einzelnen dem Wohl des Volkes unterordneten.

Auch die behinderte Schwester des Bremers Hans-Walter Küchelmann starb in der Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg. Küchelmann, damals sechs Jahre alt, berichtete den Ärztinnen und Ärzten persönlich vom Schicksal seiner Schwester und dem Umgang seiner Familie mit dem Verbrechen. Am Schluss waren sich die Besucherinnen und Besucher einig: Ein lohnenswerter und eindrucksvoller Termin.

Im Rahmen der Ausstellung entstand das Buch „Medizinverbrechen an Bremer Kindern und Jugendlichen in der Zeit des Nationalsozialismus“ von Gerda Engelbracht. Es kostet 16,90 Euro und ist im Mabuse-Verlag erschienen.



Anerkennung ausländischer Weiterbildungen geregelt

„Im Zentrum der Medizin muss der Mensch stehen!“. Das ist das Fazit der Resolution „für eine menschliche Medizin“, die die 12. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen einstimmig beschloss. Die Ärztinnen und Ärzte wollen mit der Resolution „dem Trend zum Primat der Ökonomie Einhalt gebieten“.

Lebhaft verlief die Debatte um die geplanten Gebühren für die Prüfung und Anerkennung ausländischer Weiterbildungen. Mehrere Delegierte hatten hinterfragt, ob es kollegial sei, für die Anerkennung der Gleichwertigkeit von Weiterbildungszeiten und -abschlüssen im Ausland Gebühren zu erheben. Andere Delegierte bestätigten, das es aufwendig sei, ausländische Bescheinigungen auf ihre Richtigkeit zu bewerten. Mit den Worten „Mit Augenmaß, aber nötig!“ brachte Barbara Feder, hauptamtliche Leiterin der Ärztlichen Weiterbildung, es dann auf den Punkt. Die Delegierten stimmten der Einführung der Gebühr zu. Auch eine Änderung der Weiterbildungsordnung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen nahmen die Delegierten einstimmig an.

Eine mehrheitlich beschlossene Satzungsänderung betraf die Definition der ärztlichen Tätigkeit. Erforderlich wurden die Klarstellungen, weil die Deutsche Rentenversicherung ohne Probleme nur noch Tätigkeiten in Ausübung der Heilkunde bzw. patientennahe Tätigkeiten

für die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung anerkennt. Die Satzungsänderung stellt nun explizit die bisherige Rechtsprechung klar, dass ärztliche Tätigkeit jede Tätigkeit ist, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet werden. Auch Ärztinnen und Ärzte, die nicht in der Patientenversorgung tätig sind, gleichwohl aber ihre im Medizinstudium erworbenen Kenntnisse einsetzen, sind daher Mitglieder der Ärztekammer und ihres Versorgungswerks.

Zu Beginn der Sitzung stellte Dr. Heike Delbanco, Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer, den Jahresabschluss 2013 vor. Das Haushaltsjahr 2013 schloss mit einem Defizit in Höhe von 33.000 Euro ab, das durch Zuführung aus den dafür gebildeten Rücklagen ausgeglichen wurde. Grund für das Defizit waren nicht planbare Aufwendungen im Zusammenhang mit dem früheren Bremer Ärztejournal. Weitere unvorhergesehene Aufwendungen konnten dank insgesamt sparsamer Haushaltsführung im Haushalt ausgeglichen werden. Insgesamt hat die Kammer zur Bewältigung ihrer Aufgaben T 2.282 Euro aufgewendet.

Nachdem Dr. Delbanco einige Nachfragen ausführlich beantwortet hatte, beschlossen die Anwesenden den Jahresabschluss 2013 und entlasteten den Vorstand.

Den vollständigen Bericht zur Delegiertenversammlung gibt es auf:

www.aekhb.de



Die nächste Delegiertenversammlung findet am 22. September 2014 um 20 Uhr statt.

Bei Fragen zum Jahresabschluss wenden Sie sich bitte an:

Dr. Heike Delbanco
Tel. 0421/34 04 234
heike.delbanco@aekhb.de

Schwerpunkt: Prävention

Vollmundig hatte die schwarz-rote Koalition nach ihrem Start verkündet, dass sie bis zum Sommer 2014 den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorlegen würde. Anlass genug also, sich in der September-Ausgabe von Kontext mit dem Thema Prävention intensiv auseinanderzusetzen. Nun ist der Gesetzesentwurf zwar verschoben – mit Sicherheit aber nicht aufgehoben –, so dass das Thema dennoch den Schwerpunkt dieser Ausgabe bildet. Zwei Prämissen haben die Autoren geleitet: Auch bei Präventionsmaßnahmen müssen Wirksamkeit und Effektivität nachgewiesen werden, um den Einsatz von Versichertengeldern und öffentlichen Mitteln zu rechtfertigen. Und: Die ärztliche Expertise ist auch bei Prävention unverzichtbar.

Die ärztliche Expertise bringen Dr. Heinrich Eitmann (hausärztlicher Internist), Dr. Stefan Trapp (Kinder- und Jugendarzt) und Eberhard Zimmermann unterstützt von Dr. Thomas Hilbert (ÖGD) ein. Zu der notwendigen Evaluation schreibt Professor Dr. Hajo Zeeb, Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS). Er wurde unterstützt von Dr. Tilman Brand, Soziologe am BIPS. Zum Schluss zeigt Frauengesundheit in Tenever, wie erfolgreiche Prävention in einem Bremer Stadtteil funktioniert.

Viel Spaß beim Lesen und viele neue Erkenntnisse wünscht Ihnen das Redaktionsteam der Ärztekammer!

Prävention aus der Sicht des Hausarztes

Unter Prävention verstehen wir die Verringerung der Verbreitung und Auswirkung von Krankheiten auf Morbidität und Mortalität. In unseren hausärztlichen Praxen führen wir täglich viele Gespräche mit unseren Patienten, um sie auf schädliche Verhaltensweisen hinzuweisen, die Krankheiten auslösen können. Diese Primärprävention – mit dem Ziel, das Eintreten einer Krankheit zu verhindern –, leisten wir, indem wir die Patienten auf die möglichen Folgen von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßigem Alkoholkonsum und andere die Gesundheit beeinträchtigenden Verhaltensweisen hinweisen.

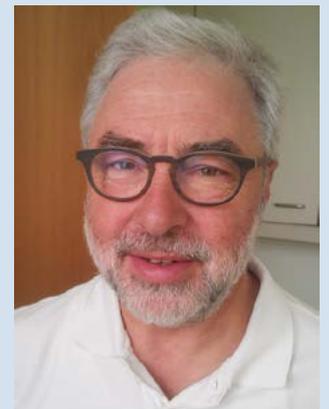
In der politischen Diskussion wird zurzeit eine Evaluierung und Überprüfung der Vorsorgeprogramme angeregt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bereitet derzeit das lang debattierte Präventionsgesetz vor. Auch Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery mahnt eine Anpassung der derzeitigen Programme an.

Reichlich Handlungsbedarf

Handlungsbedarf gibt es reichlich, was einige Beispiele illustrieren sollen: Die Gesundheitsuntersuchung wird in unserer Praxis in einem hohen Maße nachgefragt und führt zu einer guten Patientenbindung. Kritisch zu hinterfragen ist, ob das Ziel der GSU erreicht wird, wenn der Frage- und Untersuchungsbogen für einen 35-jährigen Patienten und eine 65-jährige Patientin identisch ist. Beispiel Mammographie-Screening: In der Presse wird immer wieder sehr kritisch darüber berichtet. Dennoch nehmen etwa 50 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen in Bremen und bundesweit daran teil. Professor Hajo Zeeb vom BIPS berichtete dem Präventionsausschuss der Ärztekammer im Juli über positive Ergebnisse, auch aus anderen europäischen Ländern. Eine derzeit in Angriff genommene Studie wird zudem durch Vorgaben des Datenschutzes leider erschwert.

Auch das Hautscreening wird in Bremen sehr häufig in Anspruch genommen. Nach ersten Einschätzungen hat erwartungsgemäß die Anzahl der Melanome zugenommen, gleichzeitig wird es in früheren Stadien diagnostiziert. So dürfte die Prognose sich verbessern. Wegen der kurzen Laufzeit sind noch keine verlässlichen Aussagen möglich. Ein weiteres Beispiel: Derzeit nehmen etwa drei Prozent der Anspruchsberechtigten an einer Koloskopie teil. Zwischen 2002 und 2010 sind ca. 98.000 Kolonkarzinomfälle verhindert und ca. 47.000 frühzeitig erkannt worden (DÄ 2010, Nr. 43). Gefordert wird immer wieder eine höhere Teilnehmerzahl an der Untersuchung. Wie soll aber eine Steigerung der Untersuchungszahlen möglich werden, wenn heute schon in gastroenterologischen Praxen Wartezeiten von vier bis sechs Wochen bestehen?

Prävention heißt für mich auch eine verbesserte Versorgung in Pflegeheimen. Eine intensivere Betreuung durch Heimärzte führt zu deutlich geringeren Krankenhauseinweisungen. Die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner verbessert sich enorm und führt zu einem längeren Leben.



Dr. Heinrich Eitmann, niedergelassener Internist und Hausarzt sowie Vorsitzender des Präventionsausschusses der Ärztekammer

Ärzte haben den Schlüssel in der Hand

Folgende Forderungen leiten sich aus meinen Darlegungen ab: Präventionsprogramme müssen altersspezifisch angepasst werden. Gesetzliche Vorgaben dürfen die Evaluation der Präventionsprogramme nicht unangemessen behindern. Screeningprogramme bedürfen einer ausreichend langen Laufzeit, um valide evaluiert werden zu können. Ärztliche Untersuchungskapazitäten und -ansprüche sind aufeinander abzustimmen. Zusätzliche und intensivere Betreuung muss entsprechend attraktiv gestaltet werden.

Und schließlich: Wir Ärzte müssen den Gedanken der Prävention offensiv vertreten. Dadurch motivieren wir gerade auch junge Patienten, unsere Praxen zu Vorsorgeuntersuchungen aufzusuchen. Damit haben wir den Schlüssel in der Hand, sie über gesundheitsbewusstes Verhalten zu informieren und sie an sinnvolle Präventionsprogramme heranzuführen.

■ Dr. med. Heinrich Eitmann
Internist, Hausarzt

Prävention als zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendmedizin

Neben der frühen Erkennung und Behandlung spielt die Prävention von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen in der Pädiatrie eine zentrale Rolle. Bei unseren jungen Patienten und ihren Familien bietet sich die Chance zur echten Primär- und frühzeitigen Sekundärprävention. Im Folgenden geben wir in der gebotenen Kürze einen Überblick über das Thema. Als Beispiele dienen dabei besonders die Allergieprävention und die Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter.

Voraussetzung einer gelingenden Vorbeugung ist das Wissen über pathogene und salutogene Faktoren. Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den Eltern und den behandelnden Ärzten, aber auch ausreichend Zeit und verständlich aufbereitete Informationen sind essentiell, um dieses Wissen zu vermitteln. Bereits ab der Geburt spielt die Beratung zur Prävention des plötzlichen Kindstodes (u. a. Schlafen in Rückenlage, sichere Schlafumgebung, Rauchfreiheit), Unfallprävention, vor allem aber eine dezidierte und wiederholte Ernährungsberatung eine Rolle. Neben der Allergieprävention geht es hier vor allem um die Vermeidung von Übergewicht. Heute sind etwa 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig, das sind 50 Prozent mehr als in den 1980er und 1990er Jahren. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter weiter an. Adipositas ist wiederum bereits im Kindesalter ein Risiko für die Entwicklung eines Asthma bronchiale sowie einer Vielzahl chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. Besonders Kinder mit einer frühen, perzentilenkreuzenden Gewichtszunahme sind gefährdet.

Allergieprävention im ersten Lebensjahr

Die Inzidenz atopischer Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen; sie zählen zu den häufigsten

chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Da keine kausale Therapie verfügbar ist, kommen Präventionsmaßnahmen eine besondere Bedeutung zu. Hier hat inzwischen ein radikales Umdenken eingesetzt: Während lange Zeit Stillen über sechs Monate und das Meiden potentieller Allergene im ersten Lebensjahr propagiert wurde, kann dies so nicht mehr empfohlen werden. In der aktuellen S3-Leitlinie wird exklusives Stillen über vier Monate empfohlen; danach sollte bei allen Säuglingen eine ausgewogene Beikost eingeführt werden, diese sollte auch Getreide enthalten. Das Meiden von Fisch und Ei, aber auch gliadinhaltiger Nahrungsmittel kann ebenso wenig empfohlen werden wie die Verwendung hypoallergener Formulamilche nach dem vierten Monat.

Entwicklungsstörungen

Mit zunehmendem Alter treten Entwicklungsstörungen vor allem der Fein- und Grobmotorik sowie der Sprache in den Fokus. So weisen im Jahr der Einschulung ca. 17 Prozent der Kinder motorische Auffälligkeiten und 12,5 Prozent der – deutschstämmigen – Kinder gravierende Sprachentwicklungsstörungen auf. Beides korreliert mit fehlender Bewegung und dem Ausmaß des Medienkonsums. Hier ist die Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes eine wiederholte Beratung zum Umgang mit Medien und Ermutigung der ganzen Familie hin zu mehr körperlicher Aktivität, aber auch die Vermittlung geeigneter Angebote (in Bremen beispielhaft die Aktion „Lesestart“ oder „Junge Familien in Schwung“).

Vorsorgeuntersuchungen

Seit 1971 gibt es in Deutschland die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Auch wenn die freiwillige Teilnahme europaweit bereits die höchste war, konnte sie durch Ein-



Dr. Stefan Trapp,
Kinder- und Jugendarzt, seit 1997 in einer Gemeinschaftspraxis in Bremen-Huchting niedergelassen. Er ist Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ).

führung des „verbindlichen Einladewesens“ und die Kooperation mit dem ÖGD in Bremen auf fast 100 Prozent erhöht werden. Hier von profitieren vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Die hier nahezu flächendeckend erhobenen epidemiologischen Daten werden allerdings derzeit nicht genutzt. Kinder- und Jugendärzte fordern eine Weiterentwicklung der Vorsorgen mit der Integration präventiver Elemente. Entsprechende Erweiterungen des Vorsorgeprogramms hat der Berufsverband (BVKJ) entwickelt. Sie werden von den meisten pädiatrischen Praxen ange-

boten und der Mehrzahl der Kassen bezahlt. Über die langfristigen Effekte strukturierter, präventionsorientierter Vorsorgen liegen bislang wenig Erkenntnisse vor, die gewonnenen Daten werden nicht systematisch erfasst. Hier fehlt eine Stärkung der Versorgungsforschung in der ambulanten Pädiatrie. Eine Modernisierung der Kindervorsorgen mit Einbindung primär präventiver Inhalte sowie Erfassung von Entwicklungsstörungen ist überfällig.

■ Dr. med Stefan Trapp
Kinder- und Jugendarzt

Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sorgen dafür, dass der Einzelne wie auch die Bevölkerung langfristig gesund bleiben und so individuelles Leid und die Krankheitslast der Gemeinschaft insgesamt zurückgeht. Die Maßnahmen zu verstärken und in ihrer Effektivität zu verbessern, lohnt in zweierlei Hinsicht: Sie schaffen Lebensqualität gerade in einer alternden Gesellschaft (add life to years, not years to life) und haben gesundheitsökonomische Vorteile. Durchschlagende Erfolge werden allerdings nur dann eintreten, wenn präventive und gesundheitsfördernde Strategien über alle ordnungspolitischen Grenzen hinaus konstituierendes Element eines künftigen Gesundheitssystems werden. Dabei kommt dem ÖGD eine besondere Bedeutung zu: Er ist seinem durch die Gesundheitsdienstgesetze der Länder normierten Auftrag auf die angesprochenen Aufgabenfelder verpflichtet und hat zumindest hinsichtlich ausgewählter Zielgruppen auch bereits in der Vergangenheit seine Kompetenz bewiesen.

Während verhaltenspräventive Ansätze in der klassischen Arzt-Patient-Beziehung der niedergelassenen Praxis häufig mit Erfolg eingesetzt werden können, erfordern verhältnispräventive Maßnahmen zusätzlich die systematische Einwirkung auf Institutionen, sei es als Teil dieser selbst, sei es von außen. Solche Einrichtungen sind Betriebe, zunehmend vorschulische Ganztagsbetreuung und Ganztagschulen und mit Blick auf die Alterspyramide auch Wohneinrichtungen für alte Menschen. Schulärztinnen und -ärzte sind zwar schon seit mehr als 100 Jahren präventiv tätig, es gilt aber, das Aufgabenspektrum im Sinne einer Gestaltungsverantwortung für den Lern- und Lebensraum Schule zu erweitern. Auch an der Heimaufsicht und der hygienischen Kontrolle von Heimen ist der ÖGD

bereits beteiligt. Gerade das Bremer Gesundheitsamt hat durch eine Reihe von Studien Anstöße zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Alten- und Pflegeheimbewohnern gegeben.

Die rechtliche Stellung des ÖGD ist im Gesundheitsdienstgesetz des Landes Bremen nach innen wie nach außen vergleichsweise stark verankert. So heißt es in § 2 ÖGDG: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat die Ziele der Gesundheitsförderung (...) der Bevölkerung in Planungsprozesse des Landes und der Stadtgemeinden einzubringen, um auf die Gesundheitsverträglichkeit öffentlichen Handelns hinzuwirken. Die jeweils fachlich zuständigen Behörden haben im Rahmen eigener Planungen frühzeitig auf die Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu achten.“ Nach außen hin bestimmt § 13 ÖGDG insbesondere die „Koordinierung der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften“.

Wie erfolgreich der ÖGD die zitierten Aufträge abarbeiten kann, hängt wesentlich von zwei Faktoren ab: Von seinen quantitativen und qualitativen Möglichkeiten und von der Innovationsstärke und dem Absicherungspotential, mit der regionale Gesundheitspolitik die Maßnahmen unterstützt.

Erfolgreiche Prävention setzt unmittelbar bei den Menschen im Wohnquartier, also auf kommunaler oder Kreisebene an. Eine Neufassung des Präventionsgesetzes sollte daher reflektieren, dass mit Maßnahmen der Verhältnisprävention Interessen berührt werden, die nicht in die unmittelbare Zuständigkeit des Bundes fallen, hierzu gehören Kindertageseinrichtungen ebenso wie Schulen. Demgegenüber ist der ÖGD bundesweit kommunal

Den Artikel mit den vollständigen Literaturangaben können Sie auf unserer Internetseite nachlesen:

🌐 www.aekhb.de



Eberhard Zimmermann,
Arzt für Kinderheilkunde und
Öffentliches Gesundheitswesen/
Sozialmedizin, seit 2011 leitet er
das Gesundheitsamt Bremen.

aufgestellt und durch Länderzuständigkeiten geregelt. Finanzielle Ressourcen wie Entscheidungsbefugnisse sind daher in erster Linie bei den Ländern und bei den Kommunen zu verorten. Der ÖGD bietet dabei wegen seiner besonderen, unabhängigen Stellung die

Gewähr, dass Bemühungen um Prävention auf Gemeindeebene nicht von Partikularinteressen beherrscht werden.

■ Eberhard Zimmermann
Amtsleiter, Gesundheitsamt Bremen

Prävention und Evidenz – zu viel verlangt?



Prof. Dr. Hajo Zeeb,
Jahrgang 1963, seit 2010 Professor für Epidemiologie an der Universität Bremen; Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS)

Dr. Tilman Brand,
Jahrgang 1980, promovierter Soziologe, seit 2012 am BIPS Leiter der Fachgruppe Sozial-epidemiologie.

Ein langes, selbstbestimmtes Leben in Gesundheit für alle – das und nichts weniger ist das übergeordnete Ziel erfolgreicher Prävention und Gesundheitsförderung. Um die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen hervorzuheben, werden Prävention und Gesundheitsförderung oft als vierte Säule des Gesundheitssystems bezeichnet. In der Praxis lässt sich die Bedeutung in zentralen Aspekten wie den aufgewendeten Finanzmitteln nicht ablesen. Schaut man die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an, so zeigt sich, dass für entsprechende Maßnahmen ca. 237 Millionen Euro pro Jahr ausgegeben werden. Diese Summe verblasst allerdings angesichts der Gesamtausgaben von ca. 190 Milliarden der GKV. Zudem bestehen bei vielen Maßnahmen Zweifel an der Wirksamkeit.

Ebenso wie medizinische Interventionen müssen auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ihre Effektivität nachweisen, damit sie im Sinne von § 12 SGB V als zweckmäßig zu betrachten sind. Doch während die evidenzbasierte Medizin aus dem ärztlichen Alltag nicht mehr wegzudenken ist – man denke nur an die vielen wissenschaftlich gut begründeten Leitlinien –, ist die evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung noch in einem recht frühen Entwicklungsstadium. In der deutschen Praxis- und Forschungslandschaft wird eine an die Medizin angelehnte Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung oft für verfehlt oder nicht machbar gehalten (siehe z. B. Elkeles und Broesskamp-Stone 2010). Und in der Tat lassen sich Präventionsprogramme, die sich an den Gesundheitsbedarfen der Zielgruppen etwa in einem Stadtteil orientieren, kaum in evidenzbasierte Leitlinien überführen. Komplexität und Kontextabhängigkeit der Interventionen sowie die Fokussierung auf Determinanten von Gesundheit statt auf medizinisch nachweisbare Parameter erschweren die Evaluation.

Dennoch gibt es nicht nur im Rahmen der Cochrane Collaboration mittlerweile vielfältige Aktivitäten, um die wissenschaftliche Evaluation präventiver Interventionen zu

unterstützen und methodisch voranzutreiben. Ein wichtiges Ziel ist dabei, wirksame von nicht wirksamen Interventionen zu unterscheiden. Ebenso bedeutsam ist jedoch, die Rahmenbedingungen besser zu verstehen, die zu einer Wirksamkeit beitragen – oder eben auch zu ihrem Fehlen. Mit diesem Anspruch wird klar, dass ein breiter gestaffeltes Instrumentarium als die randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zum Einsatz kommen muss. Für die Evaluation von Public-Health-Interventionen, etwa gegen Übergewicht und Bewegungsmangel, vielfach auch Abwandlungen des RCT wie Cluster-RCT, werden etwa kontrollierte Vorher-Nachher-Vergleiche und andere Designs eingesetzt. Allerdings sind die möglichen Fehlerquellen dieser Studien kritisch zu hinterfragen und müssen in die Bewertung der Evidenz eingehen.

Medienkampagnen wirken kaum

Die zunehmende Evidenzorientierung hat auch die Defizite vieler verhaltenspräventiver, individuenorientierter Maßnahmen offenbart: Für viele Maßnahmen fehlen Hinweise insbesondere auf nachhaltige Wirksamkeit. Ebenso gibt es Zweifel am Wert vieler Informationskampagnen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten abzielen. So finden sich bisher nur wenige Belege für die Wirkung von Medienkampagnen zur Tabakprävention bei jüngeren Menschen (Brinn et al, 2010).

Auch und gerade für die Prävention gilt zu beachten, dass Gesundheit und Krankheit von Verhalten und von Verhältnissen, von Genen und von der sozialen und physischen Umwelt abhängen. Entsprechend ist Prävention eine Aufgabe vieler Akteure im Gesundheitswesen und darüber hinaus. Betriebe, Schulen und andere Settings bieten oftmals hervorragende Rahmenbedingungen für Prävention, die ebenfalls angemessen auf Wirksamkeit zu untersuchen sind. Entscheidend ist hier, dass auch Gruppen erreicht werden können, die eher selten eine Arztpraxis aufsuchen, etwa Jugendliche und junge Erwachsene. Dennoch ist die Rolle von Ärztinnen und Ärzten in der Prävention nicht zu unterschätzen: Sie können Präventionsmaßnahmen vorschlagen und verschreiben, Motivatoren für Einzelne und

Gruppen sein und als Akteure in Präventionsnetzwerken tätig werden. Maßnahmen der Sekundärprävention wie das Screening auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs sind zudem stark medizinisch ausgerichtet.

Wenig hochwertige Studien aus Deutschland

Eigene wissenschaftliche Recherchen des BIPS zeigen, dass es durchaus einige wirksame Maßnahmen der Primärprävention gibt, wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen jedoch oft fehlen (Brand et al 2013). Auffällig ist hier die geringe Zahl an hochwertigen Studien aus Deutschland. Um das Ziel eines möglichst langen, selbstbestimmten Lebens für alle zu erreichen, braucht es eine stärkere Investition in Prävention – aber auch in die Erforschung ihrer Wirksamkeit. In Bremen ist daher evidenzbasierte Public Health (EBPH) sowohl am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität wie auch am BIPS ein

wichtiger Forschungsbereich, und gemeinsam unterstützen Universität und BIPS im Rahmen der Exzellenzinitiative eine kooperative EBPH-Forschungsgruppe.

Gefahren einer unangemessenen Evidenzbasierung dürfen nicht unberücksichtigt bleiben. So könnte eine Fixierung auf strikte Evidenzkriterien dazu führen, dass komplexe, verhältnisbezogene Präventionskonzepte zugunsten von einfach evaluierbaren Individualansätzen vernachlässigt werden, von denen nur wenig nachhaltige Wirkung zu erwarten ist. Dennoch: Stärkere Evidenzbasierung ist nötig, damit Prävention und Gesundheitsförderung mehr Bedeutung und Wirkung erzielen können.

■ Prof. Dr. med. Hajo Zeeb, Dr. phil. Tilman Brand, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS), Bremen

Frauengesundheit in Tenever

Erfolgreiche Gesundheitsförderung im Stadtteil

Frauengesundheit in Tenever (FGT) bietet seit 24 Jahren Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Frauen im Stadtteil an. Hierzu gehört ein breites Spektrum an leicht zugänglichen Angeboten wie Alphabetisierungs- und Integrationskurse, Bewegungs- und Kreativangebote, Gesprächsrunden und Beratungen zu gesundheitsbezogenen Themen. Psycho-soziale Beratungen, auch in akuten Krisen, werden den Frauen ebenfalls von den beiden hauptamtlichen Mitarbeiterinnen angeboten.

Mehr als zwei Drittel der Nutzerinnen sind zugewanderte Frauen, die häufig fünf bis zehn Kinder haben und mit sehr wenig Geld ihre Familien versorgen müssen. Eine weitere Zielgruppe sind ältere, alleinlebende Frauen. Viele der Nutzerinnen sind in ihrem Alltag stark belastet und oftmals chronisch krank, deshalb brauchen diese Frauen Angebote vor Ort mit kurzen Wegen. Gerade für Frauen mit psychischen Belastungen wie Depressionen oder Angststörungen, aber auch Suchterkrankungen ist FGT eine Anlaufstelle. Besonders nach einem Klinikaufenthalt oder auch wenn der Partner verstorben ist, finden die Frauen im wöchentlichen offenen Treff und bei den Aktivitäten Unterstützung und die Möglichkeit, sich zu stabilisieren. Die Gespräche und Gemeinschaft mit den anderen Frauen stärkt sie enorm.

Teilhabe und Empowerment sind wesentlich: Die Frauen entscheiden mit über das Programm. Die Anregung für Schwimmkurse kam zum Beispiel von den Teilnehmerinnen eines Alphabetisierungskurses. Nun finden seit 2009 jährlich zwei bis drei Kurse statt, die Frauen nutzen insgesamt vermehrt das Schwimmbad. Besonders stolz sind die Mitarbeiterinnen auf die Wassergymnastikkurse nur für Frauen vor Ort. Die Kurse werden in Kooperation mit der AOK Bremen/Bremerhaven angeboten. Muslimische Frauen, die Geschlechtertrennung praktizieren, haben hier erstmalig die Möglichkeit, sich in einer geschützten Atmosphäre im Wasser sportlich zu betätigen.

Die Frauen werden stets dazu ermutigt, Neues auszuprobieren: Sie können Radfahren lernen, was sie in ihrer Heimat als Mädchen nicht lernen durften, oder organisieren selbst ein Bewegungsangebot. Die eigenen Ressourcen bringen die Frauen auch beim monatlichen „Gastmahl bei Freundinnen – internationale Suppen“ ein, wo sie Suppen nach Rezepten aus ihren Herkunftsländern kochen. Zum Gastmahl kommen regelmäßig mehr als fünfzig Frauen unterschiedlicher Kulturen und Generationen zusammen.

■ Tatjana Jaromskaja, Jutta Flerlage
Frauengesundheit in Tenever

Den Artikel mit den vollständigen Literaturangaben können Sie auf unserer Internetseite nachlesen:

🌐 www.aekhb.de



Weitere Informationen zu FGT gibt es auf:

🌐 frauengesundheitintenever.de



Claus Pfisterer

Justitiar der Ärztekammer

Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten auf:

www.buzer.de

Das Patientenrechtegesetz – Neues Recht für alte Pflichten?

Im Februar 2013 trat nach langer und kontroverser politischer Diskussion das Patientenrechtegesetz in Kraft. Der Gesetzgeber unternimmt damit den Versuch einer Kodifizierung des Rechtes der ärztlichen Behandlung – im Wesentlichen durch eine Ergänzung des Bürgerlichen Gesetzbuches um acht Paragraphen (§§ 630a bis 630h BGB). Ob eine derartige gesetzliche Regelung angesichts eines seit Jahrzehnten durch die Rechtsprechung verlässlich und sachgerecht ausgeformten und weiterentwickelten rechtlichen Rahmens wirklich erforderlich war, darf bezweifelt werden: Das Gesetz erschöpft sich weitestgehend in der Zusammenfassung des aktuellen und bewährten Standes der Rechtsprechung. Immerhin war der Gesetzgeber klug genug, Versuchen zur Implementierung dem deutschen Rechtssystem fremder Gestaltungen im Gesetzgebungsverfahren nicht nachzugeben. Das Interesse der Ärzteschaft am Patientenrechtegesetz ist auch mehr als ein Jahr nach seinem Inkrafttreten immens, denn die vermeintliche gesetzliche Neuregelung hat Verunsicherung ausgelöst und wirft die Frage nach geänderten Anforderungen an die praktische Umsetzung in der täglichen ärztlichen Berufspraxis auf.

In lockerer Folge stellen wir Ihnen die gesetzlichen Bestimmungen vor und wollen damit auch Gelegenheit zur Überprüfung der eigenen Handhabung im Zusammenhang mit den Vorgaben des Gesetzes geben.

1. Der „Behandlungsvertrag“ (§ 630a BGB)

Der Behandlungsvertrag bedarf keiner besonderen Form. Er kommt „stillschweigend“ schon dadurch zustande, dass der Patient sich in Behandlung begibt. Als „Dienstvertrag“ ver-

pflichtet der Behandlungsvertrag nicht zum Erreichen eines bestimmten Erfolgs, sondern zu „kunstgerechtem Bemühen“. Maßstab dafür ist der sogenannte Facharztstandard. Das verdeutlicht dreierlei: Eine Behandlung erfolgt nur dann regelgerecht, wenn sie dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Das setzt die Aufrechterhaltung eines entsprechenden Kenntnisstandes, also regelmäßige Fortbildung, voraus. Nicht sicher beherrschte Behandlungen dürfen nicht ausgeführt werden (das gilt auch für die Delegation, die nur an „geübte“ Mitarbeiter erfolgen darf). Soll von anerkannten Regeln abgewichen werden, so muss das zum einen medizinisch vertretbar sein, zum anderen muss der Patient darüber informiert und die Standard-Abweichung mit ihm vereinbart werden. Eine schriftliche Vereinbarung ist nicht vorgeschrieben. Die Information des Patienten und der mit ihm getroffenen Vereinbarung ist zwingend zu dokumentieren. Gerade bei einer gewollten Standard-Abweichung ist das Potential für spätere Auseinandersetzungen besonders groß.

Der Behandlungsvertrag verpflichtet den Patienten nur zur Bezahlung der Vergütung (soweit nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung die Vergütung über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt). Diese muss angesichts einer mit der GOÄ bestehenden gesetzlichen Vergütungsregelung nicht besonders vereinbart werden.

(wird fortgesetzt)

■ Claus Pfisterer
Justitiar der Ärztekammer Bremen

Der Gesetzestext im Wortlaut

§ 630a

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630b

Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

Veranstaltungsinformationen

Akademie für Fortbildung

Fit für den Facharzt

Chirurgie

Thema: Neue Techniken in der Viszeralchirurgie: von 3D bis zur Robotik

Referent: Prof. Dr. T. Carus

Termin: 2. September 2014, 18.00 – 19.30 Uhr

Anästhesiologie

Thema: Präoperative Patientenevaluation

Referent: Dr. M. Esser

Termin: 6. Oktober 2014, 18.30 – 20.00 Uhr

Die Veranstaltungen sind gebührenfrei. (2 PKT)

Herausfordernde Gespräche mit Patienten und Angehörigen meistern.

Kompass Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte, Kooperationsveranstaltung mit der Bremer Krebsgesellschaft

Termin: 25.-27. September 2014, 31. Januar 2015

Veranstaltungsort: Ärztekammer Bremen

Kosten: 250,- Euro (23 PKT)

Trauma und Spiritualität – Trauma und Heilung

2 Fortbildungen für PsychotherapeutInnen mit Schwerpunkt Traumatherapie

Termin: 24. und 25. September 2014, 11.00 – 18.00 Uhr

Kosten: 120,- Euro pro Kurstag (7 PKT)

K.O.-Tropfen

Immer wieder werden vor allem jüngere Menschen Opfer von Gewalt nachdem ihnen K.O.-Tropfen verabreicht wurden. Die Veranstaltung informiert in Zusammenarbeit mit der psychologischen Beratungsstelle *notruf* über die Wirkungsweise von K.O.-Tropfen und gibt Tipps für den Umgang mit den Opfern.

Termin: 1. Oktober 2014, 17.00 – 18.30 Uhr

Die Veranstaltung ist gebührenfrei. (2 PKT)

Aktualisierungskurs im Strahlenschutz zum Erhalt der Fachkunde im Bereich Röntgendiagnostik

Als Tageskurs:

Termin: 27. September 2014, 8.30 – 16.00 (8 Std.),

Kosten: 85,- € (8 PKT)

Als E-Learning Kurs mit abschließendem Präsenzteil

Termin: 18. September 2014, 18 – 20 Uhr

Kosten: 120,- Euro (im Kammerbezirk Bremen Tätige),

140,- Euro alle anderen

Aktualisierungskurs im Strahlenschutz zum Erhalt der Fachkunde im Bereich Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Termin: 27. September 2014, 8.30-19.00 Uhr (12 Std.)

Kosten: 120,- Euro (12 PKT)

Herausforderung Behindertenmedizin

Niederländische Realität und Deutsche Konzepte

Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf eine Gesundheitsversorgung in gleicher Qualität wie alle anderen auch. Welche Konzepte zur Versorgung gibt es in Deutschland? Wie ist der Stand in Bremen? Wie gehen unsere Nachbarn mit dem Thema um?

Termin: 8. Oktober 2014, 19.00 -21.00 Uhr

Die Veranstaltung ist kostenfrei (2 PKT).

Einführungsseminare QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen

Termine: 10.-11. Oktober 2014 oder 5.-6. Dezember 2014, jeweils Freitag 17.00 – 20.45 Uhr, Samstag 8.30-17.15 Uhr

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

Psychosomatische Grundversorgung

Inhalt dieser Fortbildungsreihe ist der Erwerb von Kenntnissen in „Psychosomatischer Krankheitslehre“.

Termin: 14./15. November; 12./13. Dezember 2014; 09./10.

Januar; 20./21. Februar; 13./14. März; 17./18. April 2015

Freitags 17.00-19.30 Uhr, Samstags 10.00 – 16.45 Uhr

Kosten: 750,- Euro (60 PKT)

Curriculum Krankenhaushygiene

Modul 5: Gezielte Präventionsmaßnahmen

Die strukturierte curriculare Fortbildung wird in Zusammenarbeit der Ärztekammern Bremen, Schleswig-Holstein und Hamburg angeboten.

Termin: 17.-21. November 2014, ganztägig

Kosten: 695,- Euro (40 PKT)

Patientenrechtegesetz – neues Recht für alte Pflichten?

Termin: 26. November 2014, 15.00 – 17.00 Uhr

Kosten: 30,- Euro (2 PKT)

Refresher-Kurs Fachgebundene genetische Beratung (inklusive Wissenskontrolle) gem. GenDG

Termin: 29. November 2014, 9.00 – 14.00 Uhr

Kosten: 50 Euro (6 Pkt) (nur Prüfung: 35,- Euro)



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

Arztpraxsräume EG/UG zu vermieten, neu eingerichtete Hausarztpraxis, Ärztehaus Langemarckstraße Bremen, Miete 400 Euro, Hohentor-Apotheke
Tel. 0421/80 93 212

Praxisflächen im Forum K Ärztehaus

Noch wenige freie Flächen (90 bis 500qm), bedarfsgerechter Ausbau möglich. Bereits etabliert: Hämato/Onko, Kardio, Pulmo, Uro, Rheuma, Ortho, Gefäßchir., Neuro/Psych, MKG, Radiologie, Ambul. OP Physio, Tagungszentrum. Tel. 0421/55 99 321
<http://roteskreuzkrankenhaus.de/forumk-aerztehaus/>

Facharzt Chirurgie-Viszeralchirurgie, 52 J., sucht neue Herausforderung in Praxis, MVZ, Notaufnahme. MDK- und Kassen-Erfahrung. Alternativ auch Verwaltung. Region Bremen, Oldenburg und umzu.
CHIFFRE 1406290843

Praxisräume für Praxisgemeinschaft gesucht

Ärztliche Psychotherapeutin sucht Praxisräume und Mitinteressent/-innen für Praxisgemeinschaft (2-4 Personen, Psychotherapie, Körpertherapie, Homöopathie...), in Horn-Lehe, Riensberg, Radio Bremen, Bürgerparknähe oder Borgfeld. Helle, ruhige Räume mit WC, Wartebereich, Teeküche.
Tel. 0421/24 46 716

Wir suchen für unsere hausärztliche Gemeinschaftspraxis im Bremer Osten zum Januar 2015 einen Kollegen/-in zur Mitarbeit in Anstellung oder auch gern Weiterbildungsassistenten/-in, auch Teilzeit möglich.
CHIFFRE 1407171644

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis im Bremer Osten sucht Nachfolger/-in für ausscheidenden Kollegen zum Januar 2015. Variable Arbeitszeitmodelle möglich. Vollständige hausärztliche Versorgung mit gutem Team.
praxis@hemelinger-hausaerzte.de

Praxisräume in Borgfeld-Mitte zu vermieten

Borgfelder Heerstr. 56a, 200 qm im EG, großzügige, moderne und freundliche Räume, 10 Parkplätze, Baujahr 2004, ab sofort.
Tel. 0421/27 11 88

Ärztlicher Psychotherapeut sucht Praxisräume ab 2015, 20m² oder größer. Ebenso kann ich mir vorstellen, einen Raum zu zweit zu teilen oder Räume gemeinsam zu nutzen.
Bitte melden unter: g.forester@web.de

Gesucht wird Fachärztin / Facharzt für Innere Medizin zur Mitarbeit in Praxis mit hausärztlicher Versorgung im Bremer Osten.
E-Mail: thisisnothere@me.com

Praxisraum gesucht

Psychologische Psychotherapeutin mit KV-Zulassung für VT sucht zum 01.10.14 einen hellen, ruhigen Raum in Bahnhofsnähe (höchstens 10 Minuten Radweg), gerne in Praxengemeinschaft.
Bettina Tröger Tel. 04293/78 68 39

Große Hausarztpraxis in Bremen-Mitte sucht Kooperation mit Facharzt/-ärztin für Psychotherapeutische Medizin.
CHIFFRE 1407251046

Internistin/Hämatologie u. Onkologie sucht ambulante Tätigkeit.
CHIFFRE 1406251154

Hinweis für Chiffre-Anzeigen

Bitte senden Sie Ihre Antworten und Nachrichten auf Chiffre-Anzeigen unter Angabe der Chiffre-Nummer bis zum 30.9.2014 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 8.9.2014. Schicken Sie Ihre Kleinanzeige an anzeigen@aekhb.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@aekhb.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

Bildnachweise:
© Karsten Klama
© FGT