62. Jahrgang, September 2009

BREMER ÄRZTE JOURNAL

Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Bremen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Geriatrie

Anspruchsvolles Querschnittsfach

09|09

TITELTHEMA

Geriatrie

Dr. Thomas Hilmer
4 Älter werden ist unser aller Zukunft

Dr. Helmut Ackermann
5 Frailty – ein geriatrisches Syndrom

Prof. Dr. Norbert Wrobel
6 Sturz und Sturzprävention

Dr. Thomas Brabant, Dr. Amit Choudhury
8 Diagnostik dementieller Syndrome im geriatrischen Setting

Dr. Thomas Hilmer, Dr. Rudolf Siegert
12 Bedeutung der Teamarbeit

PHARMAKOTHERAPIE

14 Antithrombotische Triple-Therapie

AKTUELLES

15 Arztberuf – Anspruch und Wirklichkeit
Persönliche Erfahrungen sind gefragt

16 Akademie für Fort- und Weiterbildung
Veranstaltungsinformationen

17 KV Bremen
1. Bremer Tag der ambulanten Medizin

18 Gesundheitspolitik ab 2010
Politische Diskussionsrunde

19 Ärztekammer Bremen
1. Kammerinfotag für Neumitglieder

INTERN

20 KV Bremen vorgestellt
Notfalldienste

RUBRIKEN

3 Bremer Standpunkt
22 Anzeigenbörse
22 Impressum

4 Um älteren Menschen lange ein eigenständiges Leben zu ermöglichen, erlangt die geriatrische Frührehabilitation zunehmend an Bedeutung.

12 Berufsübergreifende geriatrische Teams werden den komplexen Anforderungen kranker älterer Menschen am Besten gerecht.

17 Am 12. September findet in Bremen zum ersten Mal ein „Tag der ambulanten Medizin“ statt.

Endabrechnung

Das Bremer Ärztejournal befasst sich in dieser Ausgabe schwerpunktmäßig mit medizinischen Aspekten eines der beiden Faktoren, die gemeinhin für ein Ansteigen der Gesundheitskosten in Deutschland verantwortlich gemacht werden: Auf Grund des demographischen Wandels nimmt die Zahl der geriatrischen Patienten und damit der Behandlungsbedarf kontinuierlich zu. Für die gesetzliche Krankenversicherung war damit über die vergangenen Jahre allerdings kein entsprechender Zuwachs der ambulanten Leistungsausgaben verbunden: Seit Einführung einer strengen Budgetierung der Gesamtvergütung anfangs der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts waren die meist marginalen Steigerungen des vertragsärztlichen Honorarvolumens an den nichtmedizinischen Parameter der Entwicklung aller beitragspflichtigen Einkommen gekoppelt, was zu dem sattsam bekannten Missstand einer zunehmend inadäquateren Leistungsvergütung von Ärzten und Psychotherapeuten geführt hat. Wie Sie wissen, ist es den Vertretern der vertragsärztlichen Körperschaften im letzten Jahr gelungen, durch die Vergütungsreform die ärztlichen Honorare von der Grundlohnsumme ab- und an die Morbiditätsentwicklung anzukoppeln sowie nach langer Zeit zum ersten Mal wieder eine überfällige Erhöhung der Vergütung auszuhandeln – all das mit dem Glück der Tüchtigen, denn kurz danach begann die größte ökonomische Katastrophe der letzten 80 Jahre!

Nachdem unlängst die erste Endabrechnung unter den neuen Zuteilungsbedingungen an die KV-Mitglieder verschickt wurde, kann jetzt konstatiert werden, dass auch realiter entgegen vieler Unkenrufe und Proteste (die anderswo wesentlich lauter als im vernünftigen Bremen erschallten) ein deutlicher Honorarzuwachs zu verbuchen ist. Der betrifft nicht alle Arztgruppen und nicht alle Ärzte und Psychotherapeuten in gleicher Weise (so wie er von Anfang an nicht alle Kassenärztlichen Vereinigungen gleichmäßig begünstigte); unter Würdigung der langjährigen Budgetierung einerseits und des gegenwärtigen wirtschaftlichen Umfeldes andererseits ist das Resultat aber insgesamt gesehen als ein gutes zu bezeichnen, wenngleich natürlich noch genau analysiert werden muss, welche Ergebnisse gewollt und welche ungewollt sind und wo deshalb Korrekturbedarf erforderlich und möglich ist.

Nun bildete ja die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung nur einen Teilaspekt der letzten Gesundheitsreform. Ein größeres Herzensanliegen war der zuständigen Ministerin die Beförderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen (vor dessen Unbilden sie nur gute Freunde durch Spezialgesetze schützte). Gerade vor dem Hintergrund einer vergreisenden Gesellschaft zeigen sich aber schon jetzt die Folgen der damit verbundenen Zerfaserung des Sicherstellungsauftrages der KVen und einer zunehmend komplexeren Vertragsvielfalt: Wo Versicherte sich früher auf einen einheitlichen Leistungskatalog verlassen durften, müssen sie heute sorgfältig die wechselnden Bedingungen der Kassen studieren, während ihre Ärzte die unterschiedlichen Verträge ihrer Patienten administrieren, was Behandlungszeit kostet. Hierdurch werden Unternehmen begünstigt, die möglichst große MVZ (-Ketten) betreiben und verwalten wollen. Nicht zuletzt als Folge dieser Entwicklungen haben die Bürger wenig Zutrauen in die Gesundheitspolitik: Laut aktuellster Allensbach-Umfrage fürchtet sich die Mehrheit der Bevölkerung (und in besonderem Maße die Senioren) vor einer immer schlechteren Versorgung und teilt diese Angst mit der großen Mehrzahl ihrer Ärzte; von der nächsten Gesundheitsreform wird nichts Gutes erwartet.

Angesichts der politischen Endabrechnung am 27. September haben die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung deshalb ihre Kernforderungen an die nächste Bundesregierung formuliert: Der Arztberuf muss als freier Beruf vor zunehmender Ökonomisierung und Überregulierung geschützt werden. Freie Arztwahl, solidarischer Leistungskatalog, faire ärztliche Kooperation sowie suffiziente Qualitätssicherung erfordern den ungeteilten Sicherstellungsauftrag für das KV-System. Nach den Reformerfahrungen der letzten Jahrzehnte steht im Hinblick auf das Ergebnis der Bundestagswahl aber ein summarischer Wunsch von Karl Valentin an erster Stelle: Hoffentlich wird es nicht so schlimm, wie es jetzt schon ist!

Dr. Till C. Spiro,
Vorsitzender des Vorstands der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Geriatrie

Älter werden ist unser aller Zukunft

Die Bevölkerungsentwicklung mit einem zunehmenden Anteil an alten und sehr alten Menschen stellt Gesellschaft und Medizin vor neue Aufgaben. Bis zum Jahr 2020 werden in Bremen in der Altersgruppe 60 bis 95 Jahre etwa 160.000 Menschen prognostiziert, was einem Drittel der Stadtbremer Bevölkerung entspräche.

Die Geriatrie, auch Altersmedizin oder Altersheilkunde genannt, ist die Lehre von den Krankheiten des älteren Menschen, wobei disziplinäre Probleme aus dem Bereich der Inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie im Vordergrund stehen. Die Geriatrie ist somit ein Querschnittsfach. Neben der Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen verfügt sie über eine besondere Expertise im Umgang mit der geriatrischen Multimorbidität. Insbesondere die Selbstständigkeit der Patienten zur eigenständigen Bewältigung des Alltags soll erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden. Denn der absehbare demographische Wandel in Deutschland wird nach Modellrechnungen zu etwa 58 Prozent mehr Pflegebedürftigen und 12 Prozent mehr Krankenhausbehandlungen im Jahre 2030 im Vergleich zu heute führen. Mit dieser Zielrichtung kann eine qualitativ hochwertige, geriatrische Versorgung dazu beitragen, die Lebensqualität von älteren Menschen nach akuter Krankheit zu erhalten und zugleich die Gesellschaft ökonomisch entlasten.

Noch fehlen Fachärzte für Geriatrie

Trotz der eindeutigen Besonderheiten der Erkrankungen des höheren Lebensalters steht eine ausreichende Berücksichtigung in der Medizin in Deutschland noch aus. Es gibt einen dringenden Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung in dem Sektor Geriatrie und Gerontologie. Es ist daher höchste Zeit, die ärztliche Weiterbildung in diesem Bereich weiterzuentwickeln. Wie in Berlin, wo jetzt der Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie auf den Weg gebracht worden ist, sollte auch Bremen die Notwendigkeit dieser Spezialisierung anerkennen, und sich der dortigen Initiative anschließen. Die Geriatrie als medizinische Disziplin führt akut-medizinische, frührehabilitations-medizinische und rehabilitations-medizinische Behandlungen für geriatrische Patienten durch.

Versorgungsstrukturen im Land Bremen

Das Land Bremen und die verantwortlichen Politiker haben dabei sehr weitsichtig schon Mitte der 90er Jahre mit dem Aufbau von stationären geriatrischen Einheiten im Rahmen der Krankenhausplanung begonnen, so dass eine flächendeckende und wohnortnahe geriatrische Versorgung erreicht werden konnte. Insbesondere Prof. Dr. Wrobel aus dem Klinikum Bremen-Nord hat sich um die Organisationsstruktur für die geriatrische Behandlung im Lande Bremen, sowie für eine entsprechende Vergütung im DRG-System verdient gemacht. In seinem Artikel geht er auf einen „Klassiker" der Geriatrie – der Sturz und seine Folgen – ein und gibt einen Ausblick auf mögliche technologische Unterstützungen im Alter. Dabei wird auch eine zukünftige Entwicklung skizziert, die ebenfalls sowohl von einer bremischen Initiative als auch von einer EU-Initiative ausgeht, die es älteren Menschen gestaltet möglichst lange in den eigenen vier Wänden („ambient assisted living") zu leben. Dr. Brabant und Dr. Choudhury (Krankenhaus St.-Joseph-Stift) stellen die Diagnostik der Demenz dar, die bei jedem zweiten über 90-jährigen vorliegt und häufig die Angehörigen der Betroffenen vor große Probleme im Alltag stellt. Noch in diesem Jahr ist mit der Veröffentlichung der überarbeiteten Leitlinie Demenz der Fachgesellschaften zu rechnen. Dr. Ackermann aus dem Klinikum Bremerhaven stellt das Frailty-Konzept als ein (patho-) physiologisches Alterskonzept vor. Eine geriatrische Frührehabilitation kann nur erfolgreich sein, wenn alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ihren Beitrag leisten. Deshalb kommt dem „geriatrischen Team" im Artikel von Dr. Siegert und mir im Behandlungsalltag eine wesentliche Rolle zu.

Aufgaben und Ziele der Geriatrie

Zukünftig wird es immer bedeutsamer werden, die Patienten, die stationär behandelt werden, frühzeitig zu identifizieren, die von einer geriatrischen Frührehabilitation profitieren. Dies bedeutet, dass neben den Hausärzten die Geriater frühzeitig in den Behandlungsprozess eingebunden und durch ein entsprechendes Assessment die Patienten identifiziert werden. Aufgrund der knapper werdenden ökonomischen Ressourcen wird die teilstationäre und auch die (mobile) ambulante Rehabilitation älterer Menschen eine zunehmende Bedeutung erlangen. Ziel ist es dabei, den Patienten eine möglichst lange Zeit bei hoher Lebensqualität in den eigenen vier Wänden lassen zu können. Möge dieses Bremer Ärztejournal einen Beitrag zum besseren Verständnis der Geriatrie und dem Ziel „den Jahren Leben zu geben" leisten.

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

Geriatrie

Frailty – ein geriatrisches Syndrom

Das Frailty-Syndrom wird als multifaktorielles geriatrisches Syndrom gesehen, wie Verlust von Kraft, Komorbiditäten, Hirnleistungsschwäche, Mangelernährung und soziale Isolation.

Gebrechlichkeit (Frailty) ist zum wesentlichen Bestandteil der Definition des geriatrischen Patienten geworden. Es tritt altersassoziiert auf, lässt sich aber allein aus dem Lebensalter nicht ableiten. Frailty ist das Ergebnis kombinierter natürlicher Alterungsprozesse mit medizinisch feststellbaren Organ- und Funktionsstörungen. Messbare Kriterien haben im Wesentlichen zur Anerkennung beigetragen. Beim Vorliegen von drei oder mehr der folgenden Faktoren kann bei Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter ein Frailty-Syndrom vorliegen:

1. Herabgesetzte körperliche Aktivität
2. Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung
3. Subjektive Erschöpfung
4. Objektivierte Muskelschwäche
5. Unfreiwilliger Gewichtsverlust von über 10 Prozent in einem Jahr

Vom Prefrailty-Syndrom spricht man wenn nur zwei Faktoren erfüllt werden.

Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter

Nach einer gemeinsamen Definition des geriatrischen Patienten, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie dem Bundesverband Geriatrie ist der geriatrische Patient auch über das Frailty-Syndrom definiert. Entweder durch die Geriatrie-typische Multimorbidität und das höhere Lebensalter (70 Jahre und älter), oder durch die alterstypisch erhöhte Vulnerabilität (Frailty) und Alter über 80 Jahre hierbei tritt jedoch das Alter an die zweite Stelle. Das Frailty-Syndrom und der Verlust von Muskelmasse (Sarkopenie), bedeutsam für die Mobilität des älteren Menschen, sind eng miteinander verknüpft. Hierbei spielt auch die Mangelernährung eine wichtige Rolle. Die Ursachen für das Frailty-Syndrom werden auf kinetische sowie erworbene Faktoren (z. B. Entzündungsprozesse, hormonelle Einflüsse) zurückgeführt. Vor allem wird eine Abnahme der anabol wirksamen Hormone für den Rückgang der Muskelmasse diskutiert. Amerikanische Studien zeigen in der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen eine Prävalenz von Frailty von drei bis sieben Prozent und in der Gruppe von über 80-Jährigen eine Prävalenz von 25 Prozent bis 40 Prozent. Der Verlust von Anpassungsfähigkeit und funktioneller Reserve führt zu einem erhöhten Risiko für Pflegebedürftigkeit und Verlust der Autonomie. In amerikanischen Studien zeigte sich eine deutliche Zunahme der Mortalität und der Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Frailty-Syndrom. Vor allem die Malnutrition der Patienten über 75 zeigt mit einer Prävalenz von 55 Prozent ein typisches Problem älterer Menschen. Die Gründe hierfür sind komplex. In Untersuchungen zeigte sich ein Umbauprozess des Körpers im Alter mit einem Muskelschwund zwischen dem 30. und 80. Lebensjahr von 40 Prozent.

Umfassend therapieren

Der Erhalt der Eigenständigkeit und Selbstständigkeit des älteren Menschen ist eines der Hauptziele in der Geriatrie. Das Stadium von Prefrailty erscheint für Interventionen am besten geeignet zu sein. Aufgrund der multifaktoriellen Genese erfordert die Behandlung der Patienten mit Frailty-Syndrom eine mehrdimensionale Diagnostik, die sowohl den medizinischen als auch den funktionellen Bereich umfassen sollte und auf der sich dann die Therapiekonzepte aufbauen sollten. Bei einem Frailty-Syndrom sollte eine ausreichende Risikoabschätzung vor operativen Eingriffen und weiterer therapeutischen Interventionen erfolgen. Nach einem ausführlichen Assessment ist auf ein individuelles Therapiekonzept zu achten und auf eine ausreichende Ernährung. Vor allem die ausreichende Ernährung in Kombination mit körperlichem Training zeigen bei Patienten mit Frailty-Syndrom positive Ergebnisse.

Dr. Helmut Ackermann,
Chefarzt der Geriatrie,
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Anzeige

Leistungen für EDV & Praxisorganisation

GeMa MED
EDV & Organisation für Ärzte

Am Wolfsberg 13-15
28865 Lilienthal
Telefon: 04298 – 41 91 0
Telefax: 04298 – 41 91 49
info@gemamed.de
www.gemamed.de

Ihr regionaler Vertriebs- und Servicepartner für:

Arztinformationssysteme
Digitale Röntgensysteme
Medizinische Spracherkennungssysteme
Die persönliche Gesundheitsakte

MEDISTAR Systeme für Ärzte
DIX-Ray Digitales Röntgen
SpeaKING Dictat
vita-X

Geriatrie

Sturz und Sturzprävention

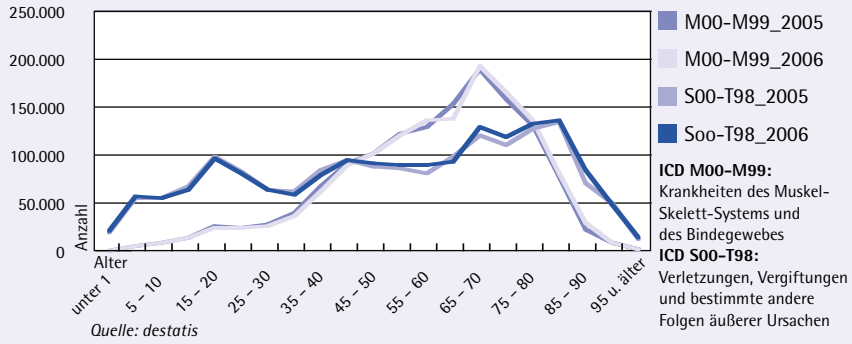
Im hohen Alter steigt besonders bei institutionell lebenden Menschen die Frakturinzidenz durch Stürze und jeder Sturz erhöht die Wahrscheinlichkeit eines weiteren. Computergestützte Systeme zur frühzeitigen Sturzerkennung und -vermeidung sind zurzeit in klinischer Erprobung.

Deutschland hat sich in den letzten 100 Jahren von der demographischen Struktur eines Entwicklungslandes zu der einer OECD- Industrie- und Dienstleistungsnation entwickelt. Mit seinem Schicksal reiht es sich ein zwischen dem von Japan und dem der USA. In Europa wird absehbar der Anteil der 80-Jährigen und Älteren prozentual im dreistelligen Bereich zunehmen, und zweistellig bei jüngeren Menschen unter 55 Jahren abnehmen. Wenn heute eine Frau gesund ein Lebensalter von 80 Jahren erreicht hat, dann kann sie statistisch mit einer mittleren Lebenserwartung von rund weiteren zehn Jahren rechnen.

Krankheitsaufkommen und Sterblichkeit

Aktuell und perspektivisch werden die Deutschen vor allem an Herzkreislauferkrankungen und an chronisch degenerativen Erkrankungen sterben. Vor allem aber nehmen bis 2015 die Todesfälle infolge von Krebserkrankungen deutlich zu. Chronisch- (neuro-) degenerative Erkrankungen werden sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor dominieren, wozu auch Knochen- und Gelenkserkrankungen, die Frakturen nach Stürzen eingeschlossen, zählen. Diese Muskuloskeletalen Erkrankungen (Abb. 1) dürften zusammen mit Herzkreislauf- und Tumorerkrankungen das künftige stationäre Leistungsaufkommen ganz entscheidend bestimmen. Hinzu muss auch die Multimorbidität gezählt werden, die perspektivisch und altersbezogen überaus deutlich zunehmen wird.

Muskuloskeletale Erkrankungen



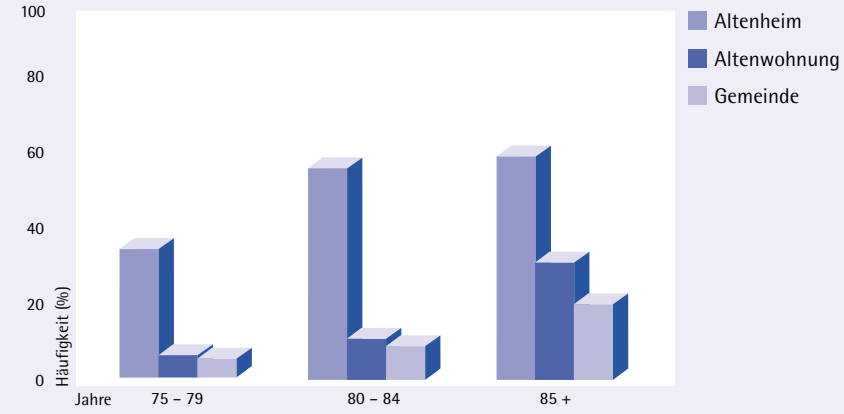
Quelle: destatis

Abb. 1. Muskuloskeletale Erkrankungen und Verletzungen, Vergiftungen sowie bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen in den Jahren 2005 und 2006 im Vergleich.

Stürze und hüftgelenksnahe Frakturen

Bei zu Hause lebenden Menschen liegt die Sturzrate bei über 65-Jährigen bei etwa 30 bis 40 Prozent pro Jahr, in Alteneinrichtungen 50 Prozent pro Jahr. Mit jedem Sturz steigt die Chance, einen weiteren zu erleiden. Damit erklärt sich die weitaus höhere Frakturinzidenz bei hochaltrigen, institutionell lebenden Menschen von etwa 60 von 1000 pro Jahr gegenüber denjenigen, die zu Hause leben (Abb. 2). Die Rate dort liegt bei etwa 20 von 1000 pro Jahr. 2004 beliefen sich die Kosten für Hüft-Oberschenkelverletzungen auf 2.113 Mio. Euro. Der Anteil der 65-Jährigen oder Älteren daran liegt bei 83 Prozent. Präventiv wirksam ist ein Muskel- und Gleichgewichtstraining, aber beispielsweise auch die Vermeidung unerwünschter Arzneimittelinteraktionen. Die Vermeidung von Stürzen über eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse gelingt auch durch ein einrichtungsübergreifendes Benchmarking auf der Basis von Best-Practice („Lernen von den Besten"), wie etwa bei dem vom BMG geförderten Projekt „Benchmarking in der Patientenversorgung" GemidasQM®. Dass sich Sturzchancen altersbezogen erhöhen, ist letztendlich Ausdruck eines unausweichlichen, (patho-) physiologischen Alternsprozesses (Frailty-Konzept), wonach Altern dann pathologisch oder klinisch relevant wird, wenn es mit der Funktionalität negativ interferiert. Die physiologischen Reserven sowie die Plastizität eines Menschen nehmen altersbezogen langsam ab und bleiben ausbalanciert, so lange diese nicht krank werden. Bei akuter Krankheit, beispielsweise einer Lungenentzündung oder einem Sturz, ist eine Restitution mühselig und selten wird die Ausgangsbasis wieder erreicht („Restitutio ad optimum"). Aktivierte Entzündungsphänomene werden relevant, wie z. B. Anstieg von Entzündungsmediatoren wie Interleukine, Tumornekrosefaktor- oder auch bestimmte Adhäsionsmoleküle.

Stürze und hüftgelenksnahe Frakturen



Quelle: Brennan J et al. Osteoporos Int 2003

Abb. 2: Hüftgelenksnahe Frakturen, 1.000 Personen/Jahr

Telematik und Sturzerkennung

Aufgrund einer wahrscheinlichen Unvermeidbarkeit von Stürzen gewinnt das permanente medizinische Monitoring – vor allem bei älteren Menschen im häuslichen

Bereich – angesichts relevanter Problemstellungen, wie z. B. der Unfallkosten, der Sicherung der Lebensqualität oder für die Prävention gesundheitlicher Schäden, an gesundheitswirtschaftlicher Bedeutung. So stehen mittlerweile telemetrische Messwertaufnehmer zur Verfügung, die in direktem Kontakt am Menschen Bewegungsparameter registrieren. Sie kommen als physikalische Sensoren zum Einsatz. Jeder dieser miniaturisierten Messwertaufnehmer besteht aus einer integrierten Sensor-, Telemetrie- und Energieversorgungseinheit, die extrakorporal durch einen Applikator angebracht wird. Über einen integrierten Kleinstrechner, der die Auswertung der Sensorsignale übernimmt, wird die Bewegungssituation des Patienten interpretiert. Der Rechner enthält umfassende Modelle verschiedener Bewegungsformen und Sturzsituationen und gleicht die Messwerte der Sensoren in Echtzeit gegen diese Modelle ab. Auf der Basis dieses Abgleichs wird eine Sturzsituation erkannt und bei Bedarf ein auslösendes Signal weitergegeben. Entsprechende Systeme sind derzeit in klinischer Erprobung und werden in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen.

Ethik und Ökonomie

Die Alterung der Gesellschaft wird als größte Herausforderung für die Stabilität des Gesundheitssystems gewertet. So beliefen sich in Deutschland die Behandlungskosten für einen 30- bis 44-jährigen Patienten im Jahr 2004 auf durchschnittlich 1.550 Euro, in der Altersgruppe von 65 bis 84 Jahren waren es bereits 5.950 Euro pro Kopf und ab 85 Jahren sogar 14.750 Euro. Für einen weiteren Kostentreiber müssen die steigenden Ansprüche und Erwartungen der Patienten angesehen werden. So führen demografische Veränderungen und medizinische Innovationen aufgrund erhöhter Nachfrage bei zugleich begrenzten Ressourcen zu einem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitssektor. Es ist bereits heute absehbar, dass nicht mehr alle bisherigen Leistungen für alle gesetzlich Krankenversicherten finanziert werden können. Daraus ergibt sich zwingend die Notwendigkeit der Prioritätenbildung bzw. Auswahlentscheidung: Ein politischer, ethischer und ökonomische Diskurs ist unausweichlich.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Norbert Wrobel,
Altersmedizin und Frührehabilitation,
Klinikum Bremen-Nord

KVHB: Hautnah

Burnout erkennen

Wieder einmal sind die Kunden unzufrieden, der Chef wütend, die Kollegen gleichgültig und selbst zuhause wartet Stress: Wem alles über den Kopf wächst, leidet womöglich am Burnout-Syndrom. In der Reihe „KVHB: Hautnah – Eine Veranstaltung für Patienten und deren Angehörige" informieren Ärzte und Psychotherapeuten am 2. September über die Erkrankung, die sich in extremer emotionaler Erschöpfung und Entfremdung ausdrückt. Euphorie wandelt sich im Verlauf der Krankheit in Ermattung und Müdigkeit, schließlich in Verzweifelung. In der Stadt Bremen sind schätzungsweise etwa 10.000 Menschen gefährdet bzw. erkrankt. Doch wie erkennt man das Burnout-Syndrom überhaupt? Wie unterscheidet man es von „normalem" Ausgelaugtsein? Wann wird im klinischen Sinne von Burnout gesprochen? Wie kann man vorbeugen? Welches sind die Vorboten der Krankheit? Wie wird Burnout behandelt? Ausführliche Antworten auf diese und andere Fragen werden die Experten am 2. September geben. Und sie werden mit einem Vorurteil aufräumen: Burnout ist keine Ausrede oder Modekrankheit, sondern eine ernstzunehmende Gefahr für Körper und Seele.

Patientenveranstaltung zum Thema Burnout

Datum:	Mittwoch, 2. September 2009
Uhrzeit:	16.00 bis 17.30 Uhr
Ort:	Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28
Gebühr:	kostenlos
Referenten:	Dr. Manfred Steinkohl (Facharzt für Allgemeinmedizin, Bremen), Beate Hüttemann (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Bremen), Dipl.-Psych. Björn Husmann (Psychologischer Psychotherapeut, Bremen), Dr. Till C. Spiro (Vorstandsvorsitzender der KV Bremen)

KV Bremen

Widerspruchsbescheid nach 35 Jahren

Angelika Maiworm erhielt am 3. August 2009 einen ganz besonderen Widerspruchsbescheid – und zwar ihren eigenen. Die Mitarbeiter in der Abteilung Abrechnung der KV Bremen machten ihrer Chefin anlässlich ihres Dienstjubiläums mit dem formvollendeten Bescheid zur Abhilfe „der 35-jährigen Nicht-Gewährung von Erholungsmomenten" mit einer angeordneten exklusiven Wellnessanwendung eine besondere Freude. Auch für die Dauer des kleinen Empfangs gab es für die Abteilungsleiterin ein wenig Ablenkung von der Arbeit. Seit dem 1. August 1974 gehört sie zum Team der KV Bremen. Ihre ersten Sporen verdiente sich Angelika Maiworm als Datenerfasserin in Bremerhaven, bevor sie Ende 1994, wie sie sagt, „ins kalte Wasser geworfen" und zur Abteilungsleiterin befördert wurde. Dass sie sehr schnell schwimmen lernte, versteht sich rückblickend auf 35 Dienstjahre von selbst. Dass es auch künftig nur wenige Erholungsmomente für die Abteilungsleiterin Abrechnung geben wird, ebenso.

Geriatrie

Diagnostik dementieller Syndrome im geriatrischen Setting

Dementielle Syndrome gehören zu den häufigsten Erkrankungen geriatrischer Patienten, die zu erheblichen Funktionsdefiziten bis zur vollständigen Pflegebedürftigkeit führen können.

Dies ergibt sich bereits aus den epidemiologischen Daten der häufigsten dementiellen Erkrankungen, insbesondere der Demenz vom Alzheimer-Typ. So zeigen alle epidemiologische Studien übereinstimmend

Altersverteilung der Demenz-Prävalenz

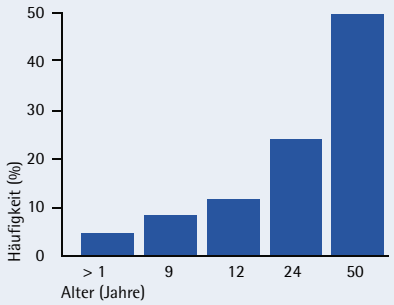


Abb. 1.

eine starke Altersabhängigkeit der Demenzprävalenz. In der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen lässt sich eine Prävalenz der Demenz von etwas über ein Prozent nachweisen, mit zunehmendem Lebensalter steigt die Prävalenz aber bis zum 90. Lebensjahr expotentiell auf über 30 Prozent an, danach scheint der Anstieg der Häufigkeit langsamer zu erfolgen. In der Gruppe der hochbetagten 95-Jährigen liegt der Anteil der Erkrankten bei 60 Prozent. Für die gesamte Gruppe der über 65-Jährigen ergibt sich eine Gesamtprävalenz von immerhin 6 Prozent, wenn nur die schwereren, die Selbständigkeit bereits erheblich einschränkenden Stadien berücksichtigt werden (Abb. 1). Die Prävalenz für Frauen liegt deutlich höher als die für Männer, was sicher zum großen Teil auf die höhere Lebenserwartung des weiblichen Geschlechts zurückzuführen ist. Präsenile Erkrankungsfälle mit einem Manifestationsalter unter 65 Jahren scheinen dagegen recht selten zu sein und machen weniger als drei Prozent der gesamten Krankenzahl aus. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass dementielle Erkrankungen zu den typischen Alterserkrankungen zählen.

Häufigkeit neurodegenerativer Demenzen

Der Begriff der Demenz stellt ein Syndrom dar, das eine Vielzahl durchaus heterogener Erkrankungen umfasst, deren gemeinsames Merkmal ein irreversibler cerebraler Abbauprozess mit progredienter Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist. Definitionsgemäß kann von einer Demenz dann gesprochen werden, wenn ein kognitiver Abbau über mindestens sechs Monate nachweisbar ist, der neben dem Gedächtnis mindestens eine weitere kognitive Funktion erfasst und bereits zu einer gewissen Beeinträchtigung der selbständigen Lebensführung geführt hat. Unter den degenerativen Demenzen ist der Morbus Alzheimer mit ca. 60 Prozent deutlich am häufigsten, gefolgt von der vaskulären Demenz, Mischformen zwischen den beiden genannten, der Lewy-Body-Demenz, frontotemporalen Demenzen, Demenzen bei Morbus Parkinson und bei Normaldruckhydrocephalus (Abb. 2). Die unterschiedlichen Demenzformen unterscheiden sich dabei zum Teil deutlich in Symptomatik, Verlauf und Therapieansatz. Eine klinische Unterscheidung ist aber gerade in frühen Stadien oft schwierig. Darüber hinaus müssen sekundäre dementielle Syndrome, bedingt z. B. durch intrakranielle Tumore oder entzündliche Erkrankungen wie Borreliose, Lues oder Prionenerkrankungen abgegrenzt werden. Im klinischen Alltag sicher häufiger, aber oft schwierig, ist auch die Abgrenzung von sog. Pseudodemenzen, die z. B. durch schwere depressive Erkrankungen bedingt sein können, manchmal auch die Abgrenzung eines protrahiert verlaufenden Delirs, die oft nur durch den Verlauf möglich ist. Der irreversible, chronisch progrediente Verlauf dementieller Erkrankungen bedingt, dass es früher oder später fast immer zu einer erheblichen Beeinträchtigung der selbständigen Lebensführung der Betroffenen kommt, mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit bis hin zur vollständigen Pflegebedürftigkeit. Dies stellt nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern natürlich auch für die sie versorgenden Angehörigen eine erhebliche Belastung und Herausforderung dar. Dies gilt insbesondere angesichts der Tatsache, dass 70 Prozent der pflegebedürftigen Demenzkranken zu Hause durch ihre Angehörigen versorgt werden, was für diese mit einer erheblichen physischen, emotionalen, aber auch finanziellen Belastung verbunden ist. Demenzerkrankungen sind ferner für mehr als 60 Prozent der Einweisungen in Pflegeheime verantwortlich und zwei Drittel der Pflegeheimbewohner leiden nach Schätzungen in Deutschland an einer Demenz.

Diagnostik: Ziele und Anforderungen

Im Umgang mit dementiellen Erkrankungen sind daher nicht nur primär medizinische Probleme, wie Differentialdiagnostik und Therapie, sondern besonders auch die gesamte psycho-soziale Situation des Patienten und seiner pflegenden Angehörigen im Focus zu behalten. Die positiven Effekte einer adäquaten Angehörigenberatung können empirisch gut belegt werden. Nicht selten besteht eine ausgeprägte Verunsicherung von Patienten oder ihren Angehörigen, die Änderungen im Verhalten, in der Persönlichkeit oder der Gedächtnisleistungen der Betroffenen feststellen, aber nicht einordnen können, ob es sich um eine normale alltagsbedingte Minderung der Merkfähigkeit, eine Depression oder gar um eine Demenz handelt. Hier ist be-

Häufigkeit neurodegenerativer Demenzen

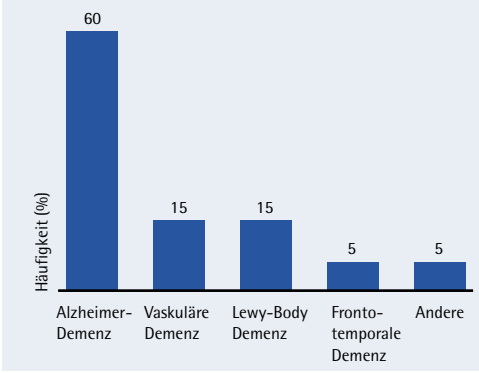


Abb. 2.

reits eine adäquate Diagnosestellung oder Widerlegung mit eingehender Beratung vom Patienten und Angehörigen hilfreich. Insgesamt lassen sich folgende Ziele und Anforderungen an eine adäquate Diagnostik dementieller Syndrome ableiten:

- Liegt eine dementielle Erkrankung vor?
- Welche Form der Erkrankung liegt vor?
- Gibt es behandelbare Ursachen?
- Wie geht man mit der Diagnose um? (Therapiemöglichkeiten, Prognoseabschätzung, Beratung von Patient und Angehörigen über die Möglichkeit der Entlastung).

Diagnoseverfahren

Die Diagnose einer Demenz erfolgt zunächst nach o. g. klinischen Kriterien. Die Erfassung kognitiver Defizite erfolgt dabei im ersten Schritt meist über Screening-Tests wie dem DemTect oder dem Mini-Mental-State-Examination (MMSE). Beide Verfahren sind als Screeningverfahren für kognitive Defizite zwar recht gut evaluiert, weisen jedoch auch erhebliche Grenzen in ihrer klinischen Aussagefähigkeit auf. So besteht bei solchen Tests eine erhebliche Abhängigkeit vom vorbestehenden Bildungsniveau. Weitere Fehlinterpretationen sind möglich infolge bestehender Depressionen sowie bei Sprachstörungen, Hörbeeinträchtigungen oder Visusminderung. Des Weiteren können frühe Demenzstadien mit dem Mini-Mental-Test meist nicht erfasst werden. Ein normaler Mini-Mental schließt somit das Vorliegen einer dementiellen Entwicklung keineswegs aus. Mindestens ebenso wichtig wie derartige Assessmentverfahren ist eine möglichst genaue Anamneseerhebung. Diese sollte neben der Eigenanamnese des Patienten selbst, soweit sie möglich ist, immer auch eine Fremdanamnese von Angehörigen, die mit dem Patienten leben, umfassen. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Erfassung beobachteter Verhaltensänderungen, Persönlichkeitsänderungen, Problemen in der Alltagsbewältigung, Änderungen in der Gedächtnisleistung, Merkfähigkeit, Emotion und Affekt im zeitlichen Verlauf liegen. Eine eingehende ärztliche körperliche Untersuchung sollte insbesondere auch begleitende neurologische Symptome wie fokale Ausfälle, aber auch Störungen der Sensorik oder des Gangbildes erfassen. Auch Hinweise auf eine Inkontinenz sowie der Ernährungsstatus – als Hinweis auf eine die Demenz nicht selten begleitende Malnutrition – sollten erfasst werden. Die genaue Evaluierung der kognitiven Defizite und die differentialdiagnostische Beurteilung sind jedoch nur durch eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik möglich. Zum Einsatz kommen hier spezielle Demenztestbatterien, wie z. B. die Testbatterie des Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD – NP), das Nürnberger Altersinventar oder die Alzheimer's Disease Assessments Scale (ADAS). Diese neuropsychologischen Tests ermöglichen die Erstellung eines differenzierten individuellen Leistungsprofils, sie liefern belastbare Hinweise zur Abgrenzung von Pseudodemenzen, aber auch zur klinischen Differenzierung unterschiedlicher Demenzformen, vor allem wenn sie durch erfahrene Testpsychologinnen und -psychologen erfolgen.

Multidisziplinäre Differentialdiagnostik

Zur Beurteilung der Alltagsrelevanz der bestehenden Defizite sowie der notwendigen Hilfestellungen für den Patienten erachten wir ein weitergehendes funktionelles Assessment, z. B. durch geschulte Ergo- oder Physiotherapeuten für notwendig, das auch Mobilitätsstörungen, Gangstörungen und Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) erfassen sollte. Hierbei erweisen sich klassische geriatrische Assessment-Verfahren wie der Tinetti-Test oder der Barthel-Index bzw. der erweiterte Barthel-Index als sinnvoll. Als Grundlage für eine fundierte Angehörigenberatung dient ferner eine strukturierte Erfassung der sozialen Versorgungsstruktur und der sozialen Ressourcen. Die weitere medizinische Diagnostik dient in erster Linie der Differentialdiagnostik und Erfassung eventuell behandelbarer Ursachen. Zur Basisdiagnostik gehört neben einer sorgfältigen Medikamentenanalyse ein Basislabor, das neben Blutbild, Entzündungswerten, Elektrolyten, Vitamin B12 auch den TSH-Wert sowie eine HIV-, Borrelien- und Luesserologie umfassen sollte. Zur Erstdiagnose einer Demenz gehört dabei immer auch eine intrakranielle Bildgebung mittels CCT oder MRT. Die Erfassung des kardio-vaskulären Risikoprofils ist besonders bei Verdacht auf eine vaskuläre Demenz oder eine Multiinfarktdemenz indiziert. Liquoruntersuchungen dienen insbesondere dem Ausschluss entzünd-

Anzeige

Roland Klinik
Kompetenz in Bewegung

Wir bleiben in Bewegung – zusammen mit Ihnen

Im neuen Bewegungszentrum ›activo‹ an der Roland-Klinik vermieten wir ab Mai 2010 Räume für Praxen und medizinischen Einzelhandel von 80 bis 1000 m².
Provisionsfreier Vertrieb: Robert C. Spies Gewerbe und Investment, Fon 0421-173 93 50

Ablauf der Demenzdiagnostik

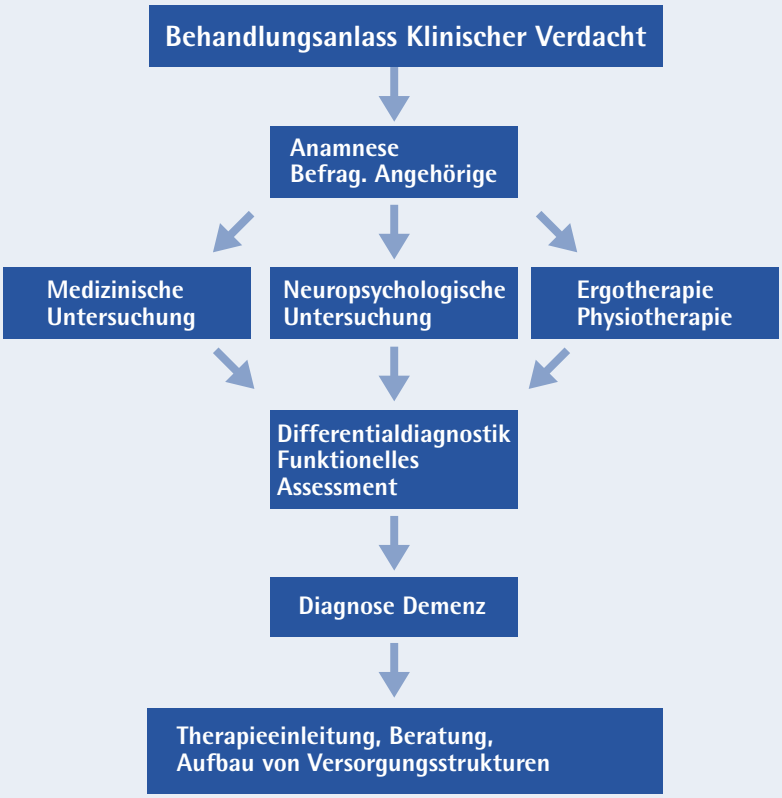


Abb. 3.

licher Erkrankungen des ZNS oder der Bestimmung spezifischer Liquormarker wie dem Amyloid-Beta, dem Tauprotein oder dem Phospho-Tauprotein, deren Liquorkonzentrationen bzw. Konzentrationsquotienten zur Diagnose des Morbus Alzheimer in Abgrenzung von anderen Demenzformen hilfreich sein können. Eine solche Liquordiagnostik erfolgt insbesondere bei jüngeren Patienten sowie bei nicht eindeutigen neuropsychologischen Befunden. Bei Verdacht auf Normaldruckhydrocephalus erfolgt eine probatorische Entlastungspunktion. Zur spezifischen Differentialdiagnostik ist dabei in der Regel die Zusammenarbeit mit einem fachärztlichen Neurologen sinnvoll und notwendig. Der Ablauf einer solchen multidisziplinären Demenzdiagnostik wird in der Abbildung schematisch veranschaulicht (Abb. 3).

Aufklärung pflegender Angehöriger

Wichtiger und essentieller Bestandteil der Demenzdiagnostik ist immer eine anschließende ausführliche Aufklärung und Beratung von Patient und Angehörigen. Hierzu gehört die Aufklärung über Prognose und medikamentöse Therapiemöglichkeiten der Erkrankung. Großer Beratungsbedarf besteht jedoch in der Regel auch in Hinblick auf den persönlichen kommunikativen und sozialen Umgang mit der Erkrankung. Hier ist eine Aufklärung z. B. über Validationsverfahren, Tagesgestaltung, Kommunikationshilfen und besonders auch über die Grenzen des Gedächtnistrainings sinnvoll (Tabelle 1). In Anbetracht der Prognose sollten auch vorausschauende Maßnahmen wie zum Beispiel die Einrichtung von Vorsorgevollmachten, der Aufbau von Versorgungsstrukturen wie Pflegediensten und ähnlichem offen angesprochen werden. Nicht zuletzt sollten pflegende Angehörige über die bestehenden Hilfsangebote, wie Tagesstätten, Möglichkeiten der Kurzzeitpflege bis hin zu Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen ausführlich aufgeklärt werden. In Bremen kann hier die Demenz-Informations- und Koordinationsstelle, kurz DIKS, wertvolle Hilfe leisten. Bei Patienten mit Verdacht auf ein dementielles Syndrom wird häufig eine ambulante diagnostische Abklärung empfohlen. Bedenkt man aber den hohen organisatorischen Aufwand sowie die notwendigen diagnostischen Maßnahmen, dürfte dies bei geriatrischen, oft bereits in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten kaum sinnvoll möglich sein. Zudem besteht im ambulanten Bereich kaum die Möglichkeit einer differenzierten neuropsychologischen Testung. Der hohe zeitliche und personelle Aufwand für eine genaue Anamnese, Fremdanamnese sowie ein multiprofessionelles Assessment sind in einem ambulanten Setting nur schwer zu realisieren. Hier bietet gerade das geriatrische Setting im multiprofessionellen Team die geeigneten Strukturen, um speziell bei

Anzeige

Siemens Ultraschall in Bremen

Neu-, Vorführ- und Gebrauchtsysteme, Schallkopf-Service

Ausstellung und Vorführungen
im Siemens Ultraschall Center · Universitätsallee 16 · 28359 Bremen
Terminabsprache erforderlich.

Erfahrung im Ultraschallvertrieb 20 Jahre

Ihr Ansprechpartner:
H.-D. Gallein
Butendiek 20
28865 Lilienthal
Tel. 04298 915302
Fax 04298 915303
Mobil 0160 4704683
www.gallein-medizintechnik.de

GALLEIN Medizintechnik

Approved Partner SIEMENS

Finanzierung mit Siemens Finance & Leasing GmbH

Angehörigenberatung bei Demenz

Aufklärung oder Diagnose, Verlauf und Prognose

Beratung zur Tagesgestaltung und zum kommunikativem Umgang

- feste Tagesstruktur
- Vermeidung von Umgebungswechsel
- Validation
- Kommunikation in kurzen klaren Sätzen, Vermeidung von Metaphern und übertragenen Redewendungen
- Vermeidung korrigierender Reaktionen

Aufklärung über Möglichkeiten der Entlastung

- Tagespflege/Kurzzeitpflege
- ambulante Hilfen/Pflegedienste
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Selbsthilfegruppen/ Gesprächsgruppen

Tab. 1.

älteren Patienten eine geeignete Diagnostik durchzuführen, welche neben der dementiellen Symptomatik die gesamte Multimorbidität, die funktionellen Defizite und die vorhandenen sozialen Ressourcen berücksichtigt. Eine entsprechend strukturierte Demenzabklärung kann z. B. in einer Geriatrischen Tagesklinik im Rahmen eines drei- bis fünftägigen teilstationären Aufenthaltes erfolgen. Dies kann ein geeigneter Weg sein, um gemeinsam mit dem betreuenden Hausarzt und dem sozialen Umfeld des Patienten eine möglichst optimale Versorgung demenzkranker Patienten zu ermöglichen.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Thomas Brabant,
Dr. Amit Choudhury,
Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation,
St. Joseph-Stift,
Bremen

Krankenhaus Verden Krankenhaus Achim

Für den Ausbau und zur Erweiterung des Leistungsspektrums in der chirurgischen Abteilung unserer Klinik am Standort Verden suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine/n

ALLER-WESER-Klinik

Oberärztin/ Oberarzt

für die Sektion Visceralchirurgie/Allgemeinchirurgie

Von dem/der Bewerber/in wird eine abgeschlossene Facharztausbildung im Fach Allgemeinchirurgie sowie Erfahrungen/Interesse in der Visceralchirurgie erwartet.

Der/die Bewerber/in sollte nach der erforderlichen Einarbeitungszeit Rufbereitschaftsdienste im Fach Visceralchirurgie durchführen.

Eine Weiterbildungsermächtigung für ein Jahr im Fach Visceralchirurgie für die Klinik in Verden wird bei der Ärztekammer Niedersachsen beantragt. Durch eine sehr gute Kooperation mit der Chirurgischen Klinik des Diakoniekrankenhauses in Rotenburg (Wümme) besteht die Möglichkeit, die visceralchirurgische Ausbildung zu vervollständigen.

Für eine angemessene Vergütung wird gesorgt.

Die Aller-Weser-Klinik gGmbH, gelegen zwischen den Städten Hamburg, Bremen und Hannover im Landkreis Verden, betreibt zwei Häuser der Grund- und Regelversorgung mit insgesamt 286 Planbetten, welche jährlich 12.000 stationäre Patienten versorgen.

Die Klinik in Verden mit 145 Planbetten verfügt über die Hauptabteilungen für Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie sowie über eine Belegabteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Klinik in Achim mit 141 Planbetten verfügt über die Hauptabteilungen für Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie sowie über die Belegabteilungen für HNO, Augen, Urologie und Orthopädie.

Darüber hinaus befindet sich in der Achimer Klinik eine Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 20 Pflegeplätzen.

Die chirurgische Klinik gliedert sich in eine Sektion für Unfallchirurgie und Orthopädie sowie in eine Sektion für Visceralchirurgie und Allgemeinchirurgie.

In der visceralchirurgischen Sektion werden schwerpunktmäßig Eingriffe am Gastrointestinaltrakt, hauptsächlich Dickdarm und Gallenblase und an den endokrinen Organen, hauptsächlich Schilddrüse/Nebenschilddrüse, erbracht.

In unseren mit modernen Instrumenten ausgestatteten Operationssälen wird vorwiegend laparoskopisch/minimal-invasiv operiert.

Eine radiologische Praxis mit CT und MRT sowie eine Dialysepraxis sind der Verdener Klinik angegliedert.

Durch unsere zentrale Lage und Kooperationen mit umliegenden Kliniken und Praxen bieten sich Ihnen besondere Möglichkeiten und Annehmlichkeiten hinsichtlich Ihrer Tätigkeitsausübung.

Ferner haben Sie sowohl vor Ort als auch mit Blick auf die nahen Ballungszentren, insbesondere die Großstadt Bremen, ein überaus großzügiges Angebot an Erlebnis-, Kultur- und Freizeitmöglichkeiten.

Weitere Informationen, insbesondere hinsichtlich des sektionsbezogenem Leistungsspektrums, erhalten Sie gern von unserem Sektionsleiter Herrn Dr. med. Adam Balogh unter Tel. 04231 103-0 sowie vom Personalwesen, Herrn Masemann, Tel. 04231 103-306.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte bis zum 01.10.2009 an die

Aller-Weser-Klinik gGmbH · Personalabteilung
Sedanstraße 1 · 27283 Verden (Aller)

www.aller-weser-klinik.de

Geriatrie

Bedeutung der Teamarbeit

Der Komplexität von Kranksein im Alter kann man nur durch eine berufsgruppenübergreifende Kooperation und Zusammenarbeit gerecht werden. Hierfür exemplarisch steht der Begriff des geriatrischen Teams.

Teamdefinition

Ein Team
- hat ein gemeinsames Ziel, das allen Mitarbeitern bewusst ist,
- hat Mitglieder mit klar definierten Rollen,
- arbeitet mit gemeinsamer Terminplanung,
- hat partnerschaftlich orientierte Mitarbeiter,
- hat Mitarbeiter, die gegenseitig von einander abhängig sind („Jeder von uns trägt zum Erfolg bei, wir unterstützen uns dafür gegenseitig."),
- hat Spaß an der Zusammenarbeit.

Tab. 1.

Eine umfassende geriatrische Behandlung erfasst die Patienten in allen Dimensionen ihrer Schädigung von Körperfunktionen und Strukturen bzw. ihrer Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).
Was aber kennzeichnet das Tätigwerden dieses sogenannten „multiprofessionellen" Teams in Abgrenzung z. B. zu einer „Gruppe". Einige Merkmale hierzu enthält die Tabelle 1.

Multiprofessionelle Teams

Alle „internen Teammitglieder", d.h. alle Betroffenen und Mitarbeiter, die regelmäßig und voll integriert im geriatrischen Team wirken, sind in Tabelle 2 aufgeführt. Nicht ohne Grund sind Patienten und Angehörige an erster Stelle in der Zusammensetzung des geriatrischen Teams genannt. Die Formulierung eines gemeinsamen Ziels im Sinne der Teamdefinition (Tabelle 1) ist nur in Absprache mit und unter Beteiligung von Patienten, und in der Geriatrie auch häufig unter Einbeziehung der Angehörigen, möglich. Die weiteren Teammitglieder haben entsprechend ihrer Qualifikation und ihrem Einsatz klar definierte Rollen. Das besonders geschulte Pflegepersonal (Pflegetherapeuten) betreut die Patienten während des gesamten Tages, ist therapeutisch und unterstützend im Rahmen der „activities of daily living" (ADL) zuständig. Dem ärztlichen Dienst obliegen die medizinische Behandlung der multimorbiden Patienten und die Steuerung des Frührehabilitationsprozesses unter Beteiligung aller Teammitglieder. Entsprechend der geriatrietypischen Multimorbidität finden sich unter den Ärzten in der Geriatrie Internisten, Neurologen, Allgemeinmediziner, Chirurgen, Rehamediziner und andere medizinische Fachgebiete.

Interne Teammitglieder

- Patienten
- Angehörige
- Pflegetherapeuten
- Ärzte
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Masseure und medizinische Bademeister
- Psychologen und Neuropsychologen
- Sozialarbeiter
- Seelsorger

Tab. 2.

Enge Kooperation der Therapeuten

Die therapeutischen Berufsgruppen haben je nach Ausrichtung der Einrichtung und vorhandener Qualifikation Aufgaben im Bereich der Mobilität, der Selbstversorgung, der Kommunikation oder der kognitiven Fähigkeiten. Schnittstellen unter diesen Berufsgruppen werden partnerschaftlich im Sinne einer Aufgabenverteilung diskutiert bzw. zeitlich so auf einander abgestimmt, dass jeder zum Erfolg der Maßnahme beitragen kann (siehe Tabelle 1). So werden z. B. bei kognitiven Defiziten Assessment, Diagnostik und Therapie in Kooperation von Neuropsychologie und Ergotherapie durchgeführt. Das Mobilitätstraining erfordert eine enge Abstimmung von aktivierender Pflege und Physiotherapie. Dysphagiediagnostik und -therapie bedingen die enge Kooperation von Logopädie und Pflegetherapeuten.
Es ist sehr zu begrüßen, dass die hier ange-

Anzeige

Beim **Hafengesundheitsamt Bremerhaven/Bremen** ist **ab sofort** eine

halbe Arztstelle
Entgeltgruppe TV-L 13/14

zu besetzen.

Freie Hansestadt Bremen

Das Hafengesundheitsamt ist Ansprechpartner für Bereiche der Gesundheit auf Schiffen und im Hafen, für Hygiene, Krankenfürsorge, Gelbfieberimpfungen, Reisemedizin, Gesundheitsförderung und Beratung. Die neu zu besetzende halbe Arztstelle wird sowohl in Bremen als auch in Bremerhaven mit einem Arbeitszeitkontingent eingesetzt und beinhaltet folgende

Aufgaben:
- Gesundheitliche Überwachung des Internationalen Schiffsverkehrs, des Trinkwassers, der Lebensmittelhygiene, der Krankenfürsorge, der medizinischen Ausrüstung auf Schiffen und der Hafenhygiene
- Reisemedizinische Beratungen und Impfungen
- Vertretung der Hafenärzte in Bremerhaven/Bremen

Wir suchen eine **engagierte und flexible Ärztin/**einen **engagierten und flexiblen Arzt mit sehr guten Englischkenntnissen, interkultureller Kompetenz, Interesse an den Arbeitsinhalten und Arbeitsweisen des ÖGD mit breiter Vorkenntnis in der Allgemeinmedizin.**

Anforderungsprofil:
- 5 jährige Berufserfahrung in kurativer Medizin nach abgeschlossener Ausbildung
- Bereitschaft zur ständigen Fortbildung
- Bereitschaft zu überwiegend präventivmedizinischer Tätigkeit
- Bereitschaft mit einem Arbeitszeitkontingent zu arbeiten
- Gute EDV- und PC-Kenntnisse
- Fahrerlaubnis der Klasse B
- Uneingeschränkte körperliche Beweglichkeit

Sollten Aufgabenstellung und Anforderungsprofil Ihr Interesse finden, senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen bitte bis zum **30.09.2009** an das

Hafengesundheitsamt Bremerhaven/Bremen
Geo-Plate-Str. 4
27568 Bremerhaven

Für telefonische Auskünfte stehen Ihnen Frau Wagner und Frau Vorwohlt unter **0471/40031** gerne zur Verfügung.

Schwerbehinderte haben bei im Wesentlichen gleicher fachlicher und persönlicher Eignung den Vorrang.

Bewerbungshinweise: Wir bitten Sie, uns von Ihren Bewerbungsunterlagen nur Kopien (keine Mappen) einzureichen, da wir sie aus Kostengründen nicht zurücksenden können, sie werden nach Abschluss des Auswahlverfahrens vernichtet.

deuteten Struktur- und Prozessmerkmale des geriatrischen Teams sehr differenziert auch im DRG-System abgebildet sind. So fordert die OPS-Ziffer 8-550 für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, wie sie in allen Bremer geriatrischen Kliniken durchgeführt wird, u. a. folgende Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team
- wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen
- teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Hierdurch wird deutlich, dass nur durch Integration aller Teammitglieder das bestmögliche Behandlungsergebnis, also die größtmögliche Selbstständigkeit für unsere Patienten, erreicht werden kann. Nur durch ständige Kommunikation im Rahmen morgendlicher Frühbesprechungen und wöchentlicher Teamsitzungen können die bisherigen Behandlungsergebnisse abgeglichen und die weiteren Therapieziele optimal abgestimmt werden. Hierfür ist es nicht ausreichend, die verschiedenen Professionen als externe Leistungserbringer in der Geriatrie zusammentreffen zu lassen. Geriatrische Arbeit kann deshalb in allen Bremer geriatrischen Kliniken nur unter entsprechenden Struktur- und Prozessvoraussetzungen erfolgen.

Externe Teammitglieder

- Konsiliarärzte
- Diätassistenten
- Orthopädietechniker
- Sanitätshäuser
- Stomatherapeuten

Tab. 3.

Bestmögliche Ergebnisse für die Patienten

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass neben den „internen Teammitgliedern“ auch weitere, sogenannte „externe Teammitglieder“ (Tabelle 3) beteiligt sind. Hierbei ist wichtig, mit Partnern zu kooperieren, die ein offenes Ohr für geriatrische Fragestellungen haben. Z. B. der chirurgische Konsiliarius, mit dem die altersadaptierte Belastungsfähigkeit nach Osteosynthesen diskutiert werden kann. Die Diätassistentin, die in der Lage ist, die kognitiven Einschränkungen geriatrischer Patienten im Rahmen einer Diätberatung mit Patienten und Angehörigen zu berücksichtigen. Oder der Orthopädiemechaniker, der eine realistische und an den Fähigkeiten des geriatrischen Patienten orientierte Einschätzung der Prothesenversorgung einbringt.
Die Arbeit im geriatrischen Team entspricht den vielschichtigen Beeinträchtigungen der multimorbiden, hochbetagten Patienten. Sie ist Qualitätsmerkmal des Behandlungsprozesses und sichert das bestmögliche Outcome im Sinne einer größtmöglichen Selbstständigkeit für unsere Patienten.

Dr. Thomas Hilmer,
Dr. Rudolf Siegert,
Chefärzte der Klinik für Geriatrie,
Klinikum Bremen-Ost

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt
- **vier hausärztliche Vertragsarztsitze**
- **einen kinderärztlichen Vertragsarztsitz**
- **einen hno-ärztlichen Vertragsarztsitz**

Teilausschreibungen
- **einen halben gynäkologischen Vertragsarztsitz**
- **einen halben urologischen Vertragsarztsitz**
- **einen halben anästhesiologischen Vertragsarztsitz**

Bewerbungen um diese Vertragsarztsitze sind schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, zu richten.
Telefonische Vorabinformationen können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen unter den Telefonnummern 0421/3404-332 (Manfred Schober), 0421/3404-336 (Martina Plieth) oder 0421/3404-338 (Kathrin Radetzky) erfragt werden.

Ultraschall erleben: Siemens Ultraschall Center Bremen

- Termine ganz in Ihrer Nähe
- Neu- und Gebrauchtsysteme
- Direkt vom Hersteller
- Umfangreiche Schulungsangebote
- Attraktive Finanzierungsmodelle

Universitätsallee 16
28359 Bremen
Tel.: 0421 364 4454
ultraschall-center.med@siemens.com
www.siemens.de/ultraschall

SIEMENS

Antithrombotische Triple-Therapie

Blutungsrisiken beachten

Bei gleichzeitiger Indikation für orale Antikoagulanzien und zwei Thrombozytenaggregationshemmer kann eine antithrombotische Triple-Therapie notwendig sein. Maßnahmen zur Reduktion des Blutungsrisikos sind dann zu beachten.

Seit sich die duale Plättchenhemmung mit ASS plus Clopidogrel in der Therapie nach koronaren Stents oder beim akuten Koronarsyndrom etabliert hat, stellt sich öfter die Frage nach der optimalen antithrombotischen Therapie, wenn gleichzeitig eine orale Antikoagulation nötig ist.

Indikationen für Antikoagulanzien

Häufigste Indikation für die orale Antikoagulation ist Vorhofflimmern bei Patienten mit deutlich erhöhtem Insultrisiko, z. B. bei einem starken Risikofaktor wie Mitralstenose, frühere zerebrale Ischämie oder arterielle Embolie oder mindestens zwei moderaten Risiken wie Alter über 75 Jahre, Hypertonie, Herzinsuffizienz bzw. linksventrikuläre Dysfunktion oder Diabetes. Orale Antikoagulanzien verhindern dann Insulte sicherer als ASS allein in Kombination mit Clopidogrel. Seltener sind orale Antikoagulanzien bei Klappenprothesen notwendig, vor allen bei älteren Kunstklappen und hier dann oft in Kombination mit ASS; hier ist der Stellenwert von ASS plus Clopidogrel nicht untersucht. Eine zwingende Indikation für orale Antikoagulation stellen auch venöse Thromboembolien dar; meist ist die Gabe für drei bis sechs Monate, in Ausnahmen länger oder auf Dauer notwendig. Orale Antikoagulanzien verhindern andererseits auch kombiniert mit ASS nach Stenteinlage koronare Ereignisse schlechter als ASS plus Clopidogrel. Ob sie beim akuten Koronarsyndrom der Kombination ASS plus Clopidogrel gleichwertig sind, ist unklar und nicht systematisch untersucht.

Nach diesem Kenntnisstand müssten bei sicherer Indikation für orale Antikoagulanzien sowie für ASS plus Clopidogrel die Mittel miteinander kombiniert werden. Vermehrte Blutungen unter solcher antithrombotischen Triple-Therapie sind zu befürchten. Daten aus randomisierten Studien zur globalen Nutzen/Schadens-Bilanz gegenüber einer oralen Antikoagulation allein, deren Kombination nur mit ASS oder Clopidogrel oder gegenüber einer dualen Plättchenhemmung liegen jedoch nicht vor. Die unklare Datenlage für diese Situation spiegelt sich in uneinheitlichen Leitlinien und anderen Empfehlungen wider. Die amerikanische kardiologische Gesellschaft rät in den meisten ihrer Leitlinien zwar zur Triple-Therapie, teils aber mit INR-Werten von 2,0-3,0, teils mit Zielwerten generell oder zumindest bei Älteren oder erhöhtem Blutungsrisiko von 2,0-2,5. Dabei wird zu möglichst niedrigen ASS-Dosierungen von 75-81mg pro Tag geraten. Die Leitlinie zum Vorhofflimmern rät dagegen, bei Stenteinlage die orale Antikoagulation nur um Clopidogrel zu ergänzen. Zur Dauer der Triple-Therapie wird nur zum Teil Stellung bezogen. Nach ihrem Abschluss werden Antikoagulanzien allein oder kombiniert mit ASS empfohlen.

Ergebnisse aktueller Studien

Übersichten und systematische Literaturrecherchen zum Thema finden überwiegend retrospektive Kohortenstudien. Soweit sie Vergleiche zulassen, finden sie unter der Triple-Therapie gegenüber Regimen mit einem oder zwei Antithrombotika gleiche bis achtfach höhere Blutungsraten. Ihre Aussagekraft ist aber schon vom Design limitiert. Die Mehrzahl der meist kleinen Studien weist zudem gröbere methodische Mängel auf; eine Adjustierung der Daten nach den Risikofaktoren der Patienten findet nicht immer oder nur begrenzt statt. Aussagekräftiger sind die Ergebnisse zweier Registerstudien. Sie untersuchen zusammen mehr als 1.200 Patienten und finden unter einer Triple-Therapie verglichen mit Kombinationen aus oralen Antikoagulanzien plus ASS oder Clopidogrel bzw. mit einer dualen Plättchenhemmung keine vermehrten Blutungskomplikationen. Unter der Triple-Therapie sind dagegen Insulte bzw. Todesfälle, Embolien und Gefäßereignisse signifikant seltener. Zwei weitere Studien sind prospektiv und geben im Rahmen der Triple-Therapie als Ziel INR-Werte von 2,0 bis maximal 2,5 vor; die Patienten werden über 18 bzw. 24 Monate nachbeobachtet. In der kleineren Studie mit gut 100 Patienten sind Blutungen insgesamt unter der Triple-Therapie in der Tendenz häufiger, allerdings nur, wenn die INR-Zielwerte nicht eingehalten werden. Schwere Blutungen und Gefäßereignisse treten gleich häufig auf. In der größeren mit mehr als 500 Patienten wird die Indikation zur Antikoagulation und damit zur Triple-Therapie besonders streng und nur bei Klappenersatz, kardialen Thromben, venösen Thromboembolien oder Vorhofflimmern mit mindestens einem weiteren Risiko wie Insult oder Embolie in der Anamnese, schwerer Herzinsuffizienz, Mitralstenose oder höhergradige Insuffizienz gestellt. Liegen solche Risiken nicht vor, erhalten die Patienten nach Stent nur eine duale Plättchenhemmung. Beim kombinierten Endpunkt aus Todesfällen, Infarkten, Insulten oder Stentthrombosen findet sich kein Unterschied zwischen einer Tripel-Therapie und der dualen Plättchenhemmung. Relevante Blutungen treten in nahezu identischer Zahl auf.

Triple-Therapie vertretbar

Wenn gleichzeitig strenge Indikationen für orale Antikoagulanzien und für ASS plus Clopidogrel vorliegen, erscheint somit nach aktuellem Kenntnisstand eine Triple-Therapie grundsätzlich vertretbar. Vorausgehen sollte jedoch eine Abschätzung des individuellen Risikos für Blutungen einerseits und für Gefäßereignisse andererseits. Bei der Nutzen/Schaden-Beurteilung müssen die Patienten einbezogen werden. Die Triple-Therapie sollte mit INR-Werten von 2,0 bis maximal 2,5 erfolgen, streng überwacht werden und so kurz wie nötig durchgeführt werden. Bei der Stenteinlage sollten unbeschichtete bevorzugt werden; dann sind vier Wochen einer Triple-Therapie ausreichend. Beim akuten Koronarsyndrom können bis zu drei Monate nötig sein. Elektive Stents sollten gegebenenfalls bis zum Abschluss einer zeitlich limitierten Antikoagulation verschoben werden. Nach der Triple-Therapie ist in der Regel die alleinige orale Antikoagulation ausreichend.

Dr. Hans Wille,
Institut für Pharmakologie,
Klinikum Bremen-Mitte

Arztberuf – Anspruch und Wirklichkeit

Persönliche Erfahrungen sind gefragt

Ärzte und Psychotherapeuten machen nach ihrer Ausbildung und dem Eintritt ins Arbeitsleben eine Erfahrung, die sie mit vielen anderen Berufstätigen teilen: Die ursprünglichen Vorstellungen vom angestrebten Beruf und die werktägliche Realität klaffen häufig weit auseinander.

Befragungen von Ärzten und Psychotherapeuten fördern deshalb viele Punkte der Unzufriedenheit an den Tag, welche dieser Diskrepanz geschuldet sind. Mit ihrer Profession als solcher sind allerdings die meisten nach wie vor zufrieden, was sich u. a. auch an der großen Zahl Medizin oder Psychologie studierender Kinder ärztlich oder psychotherapeutisch tätiger Eltern ablesen lässt.

Die Dezemberausgabe des Bremer Ärztejournals wird sich mit dem Thema „Arztberuf zwischen Anspruch und Wirklichkeit" befassen. Deshalb bitte ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, mir doch einmal Ihre persönlichen Erfahrungen mit und Gedanken zu diesem Thema mitzuteilen: Als was sind Sie tätig? Warum haben Sie sich seinerzeit für Ihr Studium entschieden? Klaffen für Sie ursprünglicher Anspruch und berufliche Realität auseinander? Wenn ja: Worauf führen Sie das zurück? Würden Sie sich noch einmal für den Beruf entscheiden? Was haben Sie Ihren Kindern in Bezug auf die Berufswahl geraten? Dieser Fragenkatalog ist nicht abschließend, sondern soll nur Anregungen geben für mögliche Auskünfte.

Schicken Sie Ihre Antworten einfach per E-Mail an arztberuf@kvhb.de, per Fax an 3404-109 oder per Post an Dr. Till C. Spiro, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Stichwort: „BÄJ: Berufswahl"

Bitte vermerken Sie, ob wir Ihre Gedanken gegebenenfalls mit oder ohne Namensnennung zitieren dürfen. Ich freue mich auf alle Rückmeldungen und danke heute schon allen Antwortenden.

Dr. Till C. Spiro,
Vorsitzender des Vorstands der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

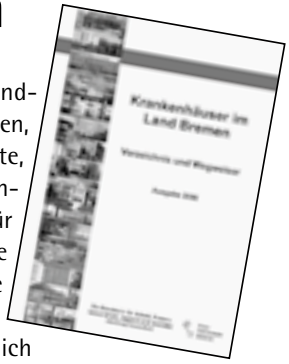
Fortbildungszertifikate

Top-Ergebnis für Bremen

Der 30. Juni 2009 war ein wichtiger Stichtag für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen: Bis zu diesem Tag mussten sie nachweisen, dass sie sich in den vergangenen fünf Jahren ausreichend fortgebildet haben. Diesen Nachweis haben die Ärztinnen und Ärzte im Land Bremen mit Bravour erbracht: 99 Prozent haben zum Stichtag ein gültiges Fortbildungszertifikat vorgelegt. „Fortbildung im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten gehört seit je her zum Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte. Wir haben deshalb stets darauf vertraut, dass sich die Ärztinnen und Ärzte umfangreich fortbilden. Die jetzt vorliegenden Zahlen bestätigen die Fortbildungsaktivitäten der Bremer Ärzteschaft eindrucksvoll. Damit dürften die hiesigen Ärztinnen und Ärzten einen Spitzenplatz im bundesweiten Vergleich einnehmen", kommentierte Dr. Klaus-Dieter Wurche, der Präsident der Ärztekammer, das phantastische Ergebnis.

Bremer Krankenhauswegweiser

Ausgabe 2009 erschienen



Der Krankenhauswegweiser des Bremer Gesundheitsressorts bietet für Patientinnen und Patienten, aber auch für einweisende Ärztinnen und Ärzte, eine Fülle hilfreicher Informationen über die einzelnen Krankenhäuser und wichtige Hinweise für den Fall der Krankenhauseinweisung: Welche Fachabteilungen und Behandlungsschwerpunkte werden angeboten?, Wo wird ausgebildet?, Wie viele Patientinnen und Patienten werden jährlich aufgenommen? Diese und viele weitere Fragen beantwortet der Krankenhauswegweiser. Erhältlich ist er bei Swenja Goedecke bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unter Tel. 0421/361-17078 bzw. 0421/361-4805, per E-Mail: swenja.goedecke@gesundheit.bremen.de oder im Internet: www.krankenhauswegweiser.bremen.de.

Evaluation der Weiterbildung

Frist läuft im September ab

Die Umfrage zur Evaluation der Weiterbildung geht in die Endphase. Wir möchten noch einmal alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und alle Weiterbildungsbefugten, die sich noch nicht beteiligt haben, bitten, an der Umfrage teilzunehmen. Die Frist wurde verlängert und läuft am 20. September 2009 ab (für Weiterbildungsbefugte am 10. September 2009). Sollten die Zugangscodes nicht mehr vorliegen, bitte melden unter Tel. 0421/3404-241 oder per E-Mail: wb@aekhb.de.

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Veranstaltungsinformationen

(Sich) gut präsentieren!
Seminar zu Präsentationstechniken
Nicht nur die Gestaltung eines Vortrags entscheidet darüber, was beim Zuhörer ankommt, auch die persönliche Wirkung des Referenten ist ausschlaggebend. Das Seminar vermittelt den Umgang mit Präsentationstechniken, Tipps zur Körpersprache und Ausbau der Außenwirkung.
Termin: 12. September 2009, 9.30 – 17.00 Uhr
Kosten: 155,- Euro (10 PKT)

Vorlesungsserie für Radiologie-Weiterbildungsassistenten
Was der Onkologe vom Radiologen wissen und nicht wissen will...
Termin: 15. September 2009, 18.00 – 19.30 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht – Neue gesetzliche Regelungen
Ab 1. September 2009 gelten ausführliche, neue gesetzliche Regelungen zu den Voraussetzungen und Bindungswirkungen von Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten, die jeder Arzt kennen sollte, um entsprechende Dispositionen für sich selbst treffen zu können. Die Kenntnis der neuen gesetzlichen Vorschriften ist auch für jeden Arzt in Klinik und Praxis von großer Bedeutung. Zu den aktuellen rechtlichen Aspekten referieren die Rechtsanwälte Claus Pfisterer, Fachanwalt für Medizinrecht, und Dr. Daniel Combé. Die Leitung der Veranstaltung mit anschließender Diskussion hat der Justitiar der Ärztekammer Bremen, RA und Notar W. M. Nentwig.
Termin: 17. September 2009, 19.30 – 21.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

15. Bremer Zytologietag
Termin: 19. September 2009, 9.30 – 16.30 Uhr
Kosten: Mikroskopierplatz 95,- Euro (Arzt/Ärztin), 65,- Euro (CTA/MTA); Zuhörerplatz 45,- Euro (alle) (7 PKT)

Arbeitskreis Hämotherapie
Termin: 22. Oktober 2009, 19.00 – 21.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Psychosomatische Grundversorgung
Inhalt dieser Fortbildungsreihe ist der Erwerb von Kenntnissen in „Psychosomatischer Krankheitslehre". Ziel der psycho-somatischen Grundversorgung ist vor allem, den Patienten leib-seelische Zusammenhänge zu erschließen und den Versuch zu unternehmen, mit pragmatischen Mitteln, die Beziehung zwischen Arzt und Patienten therapeutisch zu nutzen. Neben der Theorievermittlung wird in Kleingruppen das psychosomatische Gespräch theoretisch und praktisch eingeübt, die Bereitschaft der aktiven Mitarbeit in Gesprächsübungen wird vorausgesetzt.
Termine: 6 Wochenenden ab 23. – 24. Oktober 2009,
jeweils Freitag 17.00 – 19.30 Uhr, Samstag 10.00 – 17.00 Uhr
Kosten: 750,- Euro (60 PKT)

Betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Aspekte in der Arztpraxis
Mit der Teilnahme an der Schulung alle fünf Jahre kommen die Praxisinhaber ihrer gesetzlichen Verpflichtung zu Unfallverhütung und Arbeitschutz nach. Darüber hinaus haben die Praxen die Möglichkeit, sich bei Bedarf weitere Informationen bzw. Beratung bei der Fachkundigen Stelle zu holen, die hierfür einen Pool entsprechender Fachleute aufbaut und bei Bedarf vermittelt.
Termin: 30. Oktober 2009, 14.00 – 19.00 Uhr
Kosten: 124,95 Euro (7 PKT)

Einführungsseminare QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen
Termin: 13. – 14. November 2009
Freitagnachmittag und Samstag ganztägig.
Kosten: 235,- / 150,- Euro (18 PKT)

Modulares Curriculum Psychotraumatologie Psychohygiene
Termin: 14. November 2009, 9.30 – 15.30 Uhr
Kosten: 120,- Euro (6 PKT)

Kommunikationstraining für Ärztinnen und Ärzte
Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft und der Universität Heidelberg
Durch praktische Übungen mit Schauspielerpatienten, ergänzt durch 4 Theoriemodule, wird die schonende Vermittlung schwerwiegender (onkologischer) Diagnosen geübt. Schon die Beachtung weniger Prinzipien kann ein traumatisierendes Erleben vermeiden helfen.
Termin: 19. – 21. November 2009
Veranstaltungsort: Ärztekammer Bremen
Kosten: 90,- Euro (25 PKT)

Neuregelung des § 218
Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW sind gesetzlich neu geregelt worden. Die Veranstaltung informiert über die rechtlichen Aspekte, zeigt die gynäkologische Perspektive aus Sicht des Pränataldiagnostikers und gibt Einblick in die Beratungspraxis.
Termin: 27. November 2009, 15.00 - 18.30 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei (4 PKT)

Aufbaukurs Palliativmedizin Modul 2
im Rahmen des Curriculum Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin der Bundesärztekammer
Termin: 2. - 5. Dezember, jeweils 9.00 - 19.00 Uhr
Kosten: 500,- Euro (40 PKT)

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

1. Bremer Tag der ambulanten Medizin

Leistungsschau der Bremer Praxen

Was sich in anderen Städten wie beispielsweise Berlin schon bewährt hat, kommt nach Bremen: Gemeinsam mit den Berufsverbänden lädt die Kassenärztliche Vereinigung zum Tag der ambulanten Medizin ein.

Für diesen einen Nachmittag verwandelt sich das Gebäude der KV Bremen in die größte Praxis der Stadt. Mehr als 50 Vertragsärzte und Psychotherapeuten werden am Samstag, 12. September, von 13.00 bis 18.00 Uhr „praktizieren". Die Veranstaltung wendet sich an die Bürgerinnen und Bürger im Land Bremen und soll Kompetenz und Leistungsspektrum der Niedergelassenen unterstreichen. „Bremens Ärzte und Psychotherapeuten garantieren eine hervorragende Patientenversorgung. Am Tag der ambulanten Medizin zeigen wir, wozu der ambulante Sektor in der Lage ist", gibt Dr. Till Spiro, Vorsitzender der KV Bremen, die Marschroute vor.
Dass ein solches Angebot auf große Resonanz stoßen kann, belegen Erfahrungen aus Berlin. Seit 2004 organisiert die KV dort den Tag der ambulanten Medizin, der mittlerweile zum festen Eintrag im Veranstaltungskalender der Bundeshauptstadt avanciert ist. Bis zu 3.000 Menschen strömen dort in die Veranstaltung. Damit der Tag auch in Bremen zu einem Erfolg wird, haben KV und Berufsverbände ein umfangreiches Programm auf die Beine gestellt. Besucher können sich auf einer Gesundheitsmesse im persönlichen Gespräch direkt mit Ärzten und Psychotherapeuten austauschen oder sich beim Nonstop-Vortragsprogramm informieren. Diverse Gesundheits-Checks und Mitmach-Aktionen runden die Veranstaltung ab und machen den Tag zum Erlebnis mit hohem Nutzwert.

Christoph Fox,
KV Bremen

Vortragsprogramm

Herzinfarkt: Jede Sekunde zählt (Dr. Erik Meyer-Michael)
Krank vor Angst (Dr. Torsten Siol)
ADHS – Das Zappelphilipp-Syndrom (Dr. Carsten Edert)
Grippe: Warum impfen? (Dr. Gerd Praetorius)
Osteoporose: Knochenschwund vorbeugen, erkennen, behandeln (Dr. Wolfgang Hund)
Schwindel. Wenn es schwarz vor Augen wird (Helge Lübbert)
Was uns alles auf die Nieren geht (Dr. Matthias Becker)
Darmkrebsvorsorge 2009 – Daten und Fakten (Dr. Thomas Beckenbauer)
Bedingungen, Möglichkeiten und Risiken des ambulanten Narkotisierens (Dr. Petra Tietze-Schnur)
Ambulante Kinderchirurgie: Muss es immer eine OP im Krankenhaus sein? (Dr. Ralf Lippert)
Chemotherapie: Wie weit soll man gehen? (Dr. Christoph Sick)
Gesichtsschmerz: Schmerzexplosion im Kopf (Dr. Volker Thieme)
Depressionen – Wege aus der Starre (Ursula Kappelhoff))
Wenn die Krankheit in den Genen steckt (Dr. Stephanie Spranger)

„Praxis"-Räume

- Lungenfunktionstest (Christoph Neuhann)
- Herz-Rhythmus-Störung/EKG (Dr. Johannes Grundmann)
- Cholesterin und Blutzuckercheck (Dr. Heiko Fasold, Dr. Anne-Kathrin Nethe)
- Schlafatmungsstörung, Demonstration ambulante Polygraphie (Dr. Rolf-Rüdiger Leibecke)
- Echo-Demonstration/ Ultraschall (Dr. Erik Meyer-Michael, Dr. Ronald Müller)
- Dopplersonographie der Halsgefäße (Helge Lübbert)
- Moderne Schnittbild-diagnostik mittels CT/MRT (Dr. Stefan Neumann, Dr. Peter Schubeus)

Gesundheitsmesse

- Impfpass-Check, Blutdruckmessung (Dr. Gerd Praetorius, Dr. Michael Neumann)
- Darmkrebs (Dr. Thomas Beckenbauer, Dr. Oliver Schwarze, Dr. Ralf Böhmer)
- Depression, Angst, Magersucht (Dipl.-Psych. Helga Friehe-Rüdebusch, Dipl.-Soz. Päd. Margarete Zepf, Dipl.-Psych. Hans-Otto Platte)
- Herzkreislauf-Probleme, Herzinfarkt (Dr. Erik Meyer-Michael, Dr. Ronald Müller)
- Hautkrebs-Check, Aufklärung Hautkrebs, Hauttypbestimmung (Dr. Andreas Degenhardt, Dr. Uwe Schwichtenberg)
- Rheuma (Dr. Hans-Gerhard Müller)
- Osteoporose, Schulter, Knie, Rückenschmerzen (Lars Tietjen, Dr. Ulf Finkewitz, Dr. Stefan Berger)
- Gesichtsschmerzen, Reha von Kiefer & Gesichtstumoren (Dr. Dr. Lür Köper, Dr. Dr. Volker Thieme, Dr. François Lanners)
- Verhütung und Schwangerschaft, Krebsvorsorge (Dr. Christa Goecke)
- Vorgeburtliche Diagnostik (Dr. Stephanie Spranger, Birgit Völlmecke)
- Nierenerkrankungen, Bluthochdruck (Dr. med. Lars Tegtmeier, Dr. Rolf Ebbinghaus, Dr. Heide Hengemühle u.a.)
- Notfalldienste (Dr. Uwe Aldag, Manfred Thielen)
- Selbsthilfe (Carmen Vogel)
- Organtransplantation (Deutsche Stiftung)
- Ärztliches Ehrenamt
- Gesundheitsbar
- Schmerztherapie (Atoussa Bayanifar)

Gesundheitspolitik ab 2010

Politische Diskussionsrunde

Gesundheitsreformen sind ein politischer Dauerbrenner. Auch in der nächsten Legislaturperiode werden mit Gewissheit neue Reformen anstehen.

Die wirklichen Probleme im Gesundheitswesen – chronische Unterfinanzierung bei veränderter demographischer Entwicklung der Bevölkerung – sind nach wie vor ungelöst. Um die politischen „Perspektiven der Gesundheitspolitik ab 2010" auszuloten, lädt die Ärztekammer Bremen gemeinsam mit der Bremer Krankenhausgesellschaft am 21. September 2009 zu einer Diskussionsrunde ein. Nachdem der Präsident der Ärztekammer Bremen, Dr. Klaus-Dieter Wurche, und der Vorsitzende der Bremer Krankenhausgesellschaft, Jürgen Scholz, ihre Anforderungen an die Gesundheitspolitik ab 2010 skizziert haben, werden die gesundheitspolitischen Sprecher der in der Bürgerschaft vertretenen Parteien ihre Sicht der Dinge erläutern. Wir erwarten Winfried Brumma (SPD), Dr. Rita Mohr-Lüllmann (CDU), Doris Hoch (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Oliver Möllenstedt (FDP), Jost Beilken (Die Linke). Im Anschluss wird es Gelegenheit zu Fragen und zu Diskussionen geben. Wir laden alle Ärztinnen und Ärzte und die Beschäftigten im Gesundheitswesen ganz herzlich zu der Veranstaltung ein. Diese findet am Montag, den 21. September 2009, von 16.00 bis ca. 18.30 Uhr, im Konrad-Hackfeld-Haus (großer Clubsaal), Birkenstraße 34, 28195 Bremen statt.

Anzeige

MHW

Assistance und Tauchmedizin

Als **Assistance** bieten wir unseren Kunden weltweit **medizinisches Notfallmanagement.**
aqua med, unser Fachbereich für Tauchmedizin, ist mit aktuell über 1200 Notfällen pro Jahr die größte Hotline für Tauchunfälle im europäischen Raum mit deutlich steigender Tendenz. **Daher suchen wir ab sofort:**

Arzt/Ärztin für unsere Assistance

mit sehr guten Sprachkenntnissen in **Deutsch, Englisch,** und mindestens einer weiteren europäischen Sprache.

Aufgaben:

- Koordination und Durchführung von med. Notfällen (=Assistance), d.h.
  - Telefonische Annahme von Anrufen auf der Hotline
  - psychologische Betreuung unserer verunfallten oder erkrankten Kunden
  - Absprachen mit den behandelnden Ärzten vor Ort
  - Koordination des Behandlungsablaufs
  - Organisation von Rücktransporten
- Ausarbeitung von medizinischen Publikationen, sowohl für Laien, als auch Ärzten
- Durchführung von Untersuchungen im Haus (z. B. Tauchtauglichk.)
- Dozententätigkeiten für unsere Ausbilder
- Weiterentwicklung unserer medizinischen Versorgungsmöglichkeiten (Einbindung in lokale Rettungsdienste, elektronische Fallakte)

Voraussetzungen:

- Studium der Humanmedizin, Approbation, klinische Erfahrung
- gute allgemein- und notfallmedizinische Kenntnisse
- Kenntnisse in Tauchmedizin, wünschenswert Anerkennung zur G31
- verhandlungssichere Kenntnisse in oben erwähnten Sprachen
- hohes organisatorisches Talent und freundl. Wesen auch unter Stress
- Fähigkeit zur Moderation und Konfliktlösung, sowie medizinische Zusammenhänge einfach zu erklären
- Bereitschaft zum regelmäßigen Hotlinedienst, auch nachts und am Wochenende

Diese Stelle ist in **Vollzeit und unbefristet** zu besetzen.

Ärzte/Ärztinnen für unsere Hotline

mit sehr guten Sprachkenntnissen in **Deutsch, Englisch, Italienisch** und weiteren europäischen Sprachen.

Aufgaben:

- Übernahme telefonischer Bereitschaftsdienste unserem europäischen Notruf
- Notfallbetreuung unserer Kunden, Absprachen mit behandelnden Ärzten vor Ort, Koordination des Behandlungsablaufs

Voraussetzungen:

- Studium der Humanmedizin, Approbation, klinische Erfahrung
- gute allgemein- und notfallmedizinische Kenntnisse
- wünschenswert sind Kenntnisse und Erfahrung in Tauchmedizin
- verhandlungssichere Kenntnisse in oben erwähnten Sprachen
- Fähigkeit zur Moderation und Konfliktlösung, sowie medizinische Zusammenhänge einfach zu erklären
- Bereitschaft zum regelmäßigen Hotlinedienst, auch nachts und am Wochenende

Diese Stelle kann **deutschlandweit standortunabhängig auf freiberuflicher Basis** ausgeübt werden.

Wir bieten www.medical-helpline.com

- interessante Arbeitsplätze mit langfristiger Perspektive
- ein kompetentes, engagiertes und lösungsorientiertes Team
- ein gutes Betriebsklima in einem modernen Unternehmen
- einen regen fachlichen Austausch über die interessantesten Bereiche der Medizin innerhalb eines interdisziplinär besetzten Teams
- gute Sozialleistungen und Fortbildungsmöglichkeiten

Bewerbungen an: Medical Helpline Worldwide GmbH • Rita Beuke • Hohenlohestr. 7-9 • D-28209 Bremen • jobs@medical-helpline.com

1. Kammerinfotag für Neumitglieder

Gelungenes Sommerfest

Kammer auch mal anders? – Viele Ärztinnen und Ärzte, die neu nach Bremen kommen, kennen ihre Kammer nur von der ersten Anmeldung oder einem kurzen Kontakt mit dem Versorgungswerk. Das wollten wir ändern: Die Ärztekammer lud alle neuen Mitglieder am 21. August 2009 zu einem Informationsnachmittag ein. In geselliger Runde konnten die neuen Mitglieder mit ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen und mit den hauptamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Kontakte knüpfen, sich informieren und „ihre" Kammer besser kennen lernen. Der Nachmittag bot vielen Ärztinnen und Ärzten die Gelegenheit für anregende Gespräche und einen lebhaften Gedankenaustausch.

Bei strahlendem Sonnenschein tauschte der Präsident der Ärztekammer Bremen, Dr. Klaus-Dieter Wurche (ganz links), sich gerne mit neuen Mitgliedern und ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen aus.

Das gesellige Grillfest bot den neuen Kammermitgliedern der Ärztekammer Bremen die Gelegenheit für ein ausführliches Gespräch unter Kollegen.

Aktuelle Veranstaltung

Curriculare Fortbildung Organspende

Die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg bietet das 40 Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) für deren Region Nord (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) Anfang Dezember 2009 an. Ziel ist es, Kenntnisse im Zusammenhang mit der Indikationsstellung zur Organspende und der erfolgreichen Abwicklung des Organspendeprozesses zu verbessern sowie zur Steigerung der Handlungssicherheit in diesem intensivmedizinisch und emotional anspruchsvollen Feld beizutragen. Das Seminar kann als Vorbereitung auf die Funktion des Transplantationsbeauftragten in einer Klinik dienen. Der Kurs gliedert sich in eine 15-stündige theoretische Fortbildung, ein neunstündiges speziell ausgerichtetes Kommunikationstraining und eine praktische Teilnahme an Organspendeprozessen. Details zum Kursablauf und zu den Referenten sowie Anmeldung auf der Homepage: www.aekhh.de unter „Ärztl. Fortbildung".
Termine: Donnerstagnachmittag, 3. Dezember, 14.00 Uhr, bis Sonnabend, 05. Dezember 2009, 17.45 Uhr. Die Teilnahme an einem Organspendeprozess wird individuell organisiert. Es können maximal 20 Teilnehmer zugelassen werden. Aufgrund der freundlichen Unterstützung dieses Kursangebotes durch die Deutsche Stiftung Organspende in Höhe von 200 Euro pro Teilnehmer, beträgt die Teilnahmegebühr nur 275 Euro inkl. Seminarunterlagen, Pausengetränken, Mittagessen.

Das Bremer Ärztejournal setzt in dieser Ausgabe die Serie „KVHB vorgestellt" fort. In Folge berichten wir über die unterschiedlichen Abteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung und geben Einblick in die vielfältigen Aufgaben und Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Schwachhauser Heerstraße 26/28. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) ist die Selbstverwaltungsorganisation der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, ermächtigten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Bremen.

Notfalldienste

Rund 460.000 Menschen haben sich in den vergangenen fünf Jahren an eine der sechs Notfalldienstzentralen in Bremen oder Bremerhaven gewandt. Für Ärzte, Arzthelferinnen und Telefonistinnen bedeutet dies höchste Anstrengung und Konzentration. Ein Blick hinter die Kulissen der Notfalldienstzentrale Bremen-Stadt.

Diesmal sind es keine Patienten mit einer Gallenkolik oder einem fieberhaften Infekt. Diesmal stellen sich kerngesunde norwegische Krankenschwestern bei Dr. Uwe Aldag in der ärztlichen Notfalldienstzentrale am Klinikum Mitte vor. Die Frauen aus dem hohen Norden, die selbst in einer Notfallambulanz in Stavanger – einem kleinen Städtchen mit großem ländlichem Einzugsgebiet – arbeiten, befinden sich auf Studienfahrt und wollen ergründen: Wie funktioniert eine deutsche Notfallzentrale? Wie läuft es in einer Großstadt wie Bremen?

Viele Unterschiede

Dr. Aldag führt die Gruppe durch Warteraum, Rezeption, Telefonzentrale und Behandlungsräume. Arzthelferin Sabine Schröder zeigt das Computer-EKG, Medikamentenschrank, Notfallkoffer und Labor. Überrascht sind die Norwegerinnen aber vor allem darüber, wie die Patienten in Deutschland zugewiesen werden. Wenn sie nicht direkt in der Ambulanz vorstellig werden, entscheidet der Telefonarzt darüber, ob das Problem durch die telefonische Beratung gelöst werden kann, ob der Anrufer einbestellt werden muss, ob ein Hausbesuch notwendig wird oder gar ein Rettungswagen ausrücken muss. In Norwegen übernehmen diese Funktion überwiegend die Krankenschwestern selbst. Der Arzt kommt nur in echten Notfällen zum Einsatz. Eine Aufgabenteilung, die dem akuten Ärztemangel in Skandinavien geschuldet ist. Deshalb übernehmen auch Kollegen aus dem Krankenhaus, Ärzte aus den Nachbarländern und selbst weitgereiste ausländische Mediziner immer häufiger Dienste, wie die Norwegerinnen berichten. Ein weiterer Unterschied: Die norwegische Notfallzentrale ist immer die erste Anlaufstelle für Patienten außerhalb der normalen Sprechstunden und an den Wochenenden. An der Krankenhauspforte werden Patienten ohne Einweisung durch die Notfallzentrale für gewöhnlich zurückverwiesen. Eine Erfahrung, die viele Touristen auch aus Deutschland verstört. „Jetzt wissen wir warum", sagt Marit Mestanli.

Und eine Gemeinsamkeit

Bei allen Unterschieden in der Organisation der ärztlichen Notfallversorgung, Norwegen und Deutschland verbindet auch einiges. „Ärzte können diese Aufgabe nur bewältigen, weil wir sehr gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte haben und die Zusammenarbeit stimmt", stellt Dr. Aldag die Rolle der Arzthelferinnen heraus. Eine Aussage, die die norwegischen Krankenschwestern für ihre Dienststelle natürlich unterstreichen. Etwa 60 Arzthelferinnen sind in den drei ärztlichen und den drei kinderärztlichen Notfallzentralen in Bremen und Bremerhaven in Schichtdiensten tätig. Viele davon sind „hauptberuflich" in einer Arztpraxis angestellt, einige arbeiten ausnahmslos in den Notfalldienstzentralen. Allen gemeinsam ist, dass sie regelmäßig in notfallspezifischen Schulungen weitergebildet werden. Eine gute Fortbildung ist für ihren Job unerlässlich. Denn für die Helferinnen gibt es viel zu tun. In der offiziellen Statistik für alle Notfalldienstzentralen sind für die Jahre 2003 bis 2008 insgesamt 460.000 Patientenkontakte vermerkt, die meisten davon suchen die Ambulanzen direkt auf. Über eine solch hohe Zahl können sich die norwegischen Gäste nur wundern.

Häufigkeit der Inanspruchnahme der Notdienstzentralen 2003 bis 2008

Ärztlicher Notfalldienst Bremen Stadt:	209.778
Kinderärztlicher Notfalldienst Bremen Stadt:	99.715
Ärztlicher Notfalldienst Bremen Nord:	40.281
Kinderärztlicher Notfalldienst Bremen Nord:	20.854
Ärztlicher Notfalldienst und kinderärztlicher Notfalldienst Bremerhaven:	84.587

Zulassung/Genehmigung
EDV
Abrechnung/Honorarwesen
Vertragswesen/Kostenträgerabrechnung
Rechnungs-/Personalwesen
Rechtswesen
Zentrale Dienste
Kommunikation
Notfalldienste
Prüfgremien
Vertreterversammlung/Vorstand

Notdienstzentrale Bremen-Stadt

Arzthelferinnen der kinderärztlichen Notdienstzentrale ✆0421/3404444

Britta Nesweda

Weitere Mitarbeiter der Abteilung, ohne Foto:
Ingeborg Bechert, Stephanie Bolte, Tanja Cunze, Kirsten Galinski-Gresens, Rita Grahl, Gül Demirkale, Anja Koschmann, Karin Lehmann, Verena Liedtke-Kelichhaus, Ines Peters, Filiz Pezük, Ramona Ruholl, Katrin Thoden

Arzthelferinnen der Notdienstzentrale ✆0421/19292

Ute Döhle

Regina Gerken

Sever Görgü

Jutta Jelitto

Andrea Kroll

Regina Ossadnik (Team-leiterin)

Martina Rohland

Sabine Schröder (stellv. Team-leiterin)

Gabriela Spohr

Martina Völckers

Kirsten Wassmuth

Barbara Wemper

Telefonistinnen der Notdienstzentrale ✆0421/19292

Marion Gerwin

Cornelia Greve

Renate Gronkowski

Andrea Güthe

Margrit Haverland

Claudia Krügermeyer

Doris Raabe

Gabriele Themm

Notdienstzentrale Bremen-Nord

Arzthelferinnen der kinderärztlichen Notdienstzentrale ✆0421/66061800

Pervin Kilinc

Relindis Pilarczyk

Selda Sahin

Weitere Mitarbeiterin der Abteilung:
Susan Köseler

Arzthelferinnen der Notdienstzentrale ✆0421/6098063

Nicole Anders-Wolters

Sonja Büntemeyer

Kirsten Eisele

Sigrid Gieseking (stellv. Teamleiterin)

Doris Heins

Antje Krahlheer

Ewa Scherer

Evelin Santopski (Team-leiterin)

Regine Tönjes

Notdienstzentrale Bremerhaven

Arzthelferinnen der ärztlichen und kinderärztliche Notdienstzentrale ✆0421/66061800

Mitarbeiter der Abteilung:
Silvia Aldag, Derya Ates, Helena Bredichin, Sylvia Glück, Herdis Kuberski, Birgit Meyer, Barbara Riedel, Gabriele Schulz-Hashagen, Ramona Thiele, Imke Tölken

Einladung zur Vernissage

Aus dem Land der Kokospalmen

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KV Bremen) eröffnet am 2. September, 15.00 Uhr, mit einer Vernissage die Fotoausstellung „Kaleidoskop – Aus dem Land der Kokospalmen" von Gisa Göbel-Werner. Die Bremer Künstlerin hat abseits abgetretener Touristenpfade Eindrücke aus der südindischen Region Kerala gesammelt und auf Foto gebannt. Das „Kaleidoskop" ist bis zum 18. Dezember zu den gängigen Öffnungszeiten montags bis donnerstags von 8.00 bis 16.00 Uhr sowie freitags bis 14.00 Uhr zu sehen.

Autoren für Gesundheitstipps

Schreibende Ärzte gesucht

Was tun, wenn's im Arm zwickt, der Kopf brummt, die Glieder schmerzen oder die Müdigkeit Überhand nimmt? Diese und viele andere Fragen beantworten seit nunmehr 18 Jahren Vertragsärzte und -psychotherapeuten aus Bremerhaven in einer Kolumne der Nordsee Zeitung. Damit die Leser der Rubrik „Gesund & Fit" auch weiterhin von diesem Know-how profitieren können, suchen die Nordsee Zeitung und die KV Bremen weitere Schreiber zur Verstärkung des Autorenteams. Welche Themen veröffentlicht werden, bestimmen die Verfasser selbst. Sie sollten allerdings leicht verständlich formuliert sein und im weitesten Sinne um medizinische Fragen kreisen: Vorbeugung, Diagnostik, Therapie und Tipps zur gesunden Lebensweise (Ernährung, Sport, Stress, Hausmittel, etc.). Einzige Einschränkung ist, die Textlänge darf 3.000 Zeichen nicht überschreiten. Interesse geweckt? Weitere Fragen? Die Koordination übernimmt die KV Bremen. Ansprechpartnerin ist Marion Saris, Telefon 0421/3404146.

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Ausschreibung von Vertragssitzen

Psychotherapeuten

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

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt:

- **einen Vertragsarztsitz eines Psychologischen Psychotherapeuten**

Für den Planungsbereich Bremerhaven:

- **einen Vertragsarztsitz eines Psychologischen Psychotherapeuten**

Bewerbungen um diesen Vertragssitz sind schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen zu richten. Telefonische Vorabinformationen können bei der KV Bremen unter der Telefonnummer 0421/3404-338 (Kathrin Radetzky) erfragt werden.

ANZEIGENBÖRSE

Stellenmarkt

Hausärztl. Gemeinschaftspraxis in Bremen
sucht Allg. Arzt/Ärztin für regelmäßige Urlaubsvertretung.
Chiffre 090906

Augenärztin/Augenarzt
Operative GP sucht Facharzt/-ärztin für TZ/VZ. Assoziation möglich.
Chiffre 090905

Suche Kollege/in
Dringend: große Allgemeinpraxis braucht Unterstützung. Voll-/Teilzeit in Bremen-Nord.
Chiffre 090910

Hausarztpraxis in Bremen sucht
ab Herbst Vertreter/in für ein bis zwei Halbtage die Woche.
Chiffre 090903

FA für Anästhesie
Anästhesiepraxis in Bremen sucht Facharzt zur Mitarbeit in der Praxis mit Klinikanbindung. Keine Dienste, kein Wochenende, keine Reisetätigkeit.
Chiffre 090911

Hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis
in Bremen sucht Kollegen/in zur langfristigen Mitarbeit, ggf. Einstieg.
Tel. 0421/4992083

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte an:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH
Chiffre-Nr.:
Walderseestr. 48, 30177 Hannover,
Tel. 05 11/90 92 50-0,
Fax 05 11/90 92 50-22
Kleinanzeigenschluss Heft 10/09: 14. September 2009

Nephrologin/e
Fachärztliche/r Internist/in o. hausärztlicher Internist/in mit nephrologischem Schwerpunkt für MVZ mit nephrologischer und diabetologischer Ausrichtung für MVZ im PLZ-Bereich 27/28 zum 01.01.2010 oder später gesucht. Innovative Gesamtkonzeption, flexible Arbeitsbedingungen, faire und erfolgsorientierte Honorierung. Nähere Informationen unter
Tel. 040/88888644

Leitende/r Ärztin/Arzt
ges.; Partner-Teilhaberschaft wird geboten: Med. Zentrum mit div. Abteilungen. EAP-Park, Bewegungshallenbad, Physio-Team, präventionsmed. Fitness, medizinische Saunen, Arztpraxis, Ärztl. Beratungsstelle. Hohes Einkommen und Vermögensbildung.
Siehe: www.accina-med.de

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis/NHV/Akupunktur
im Bremer Westen sucht neuen Partner für 2010. Zunächst Teilzeit/Jobsharing möglich.
Chiffre 090902

IMPRESSUM

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

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

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

Autoren dieser Ausgabe:
Dr. Helmut Ackermann, Dr. Thomas Brabant, Dr. Amit Choudhury, PD Dr. jur. Heike Delbanco, Christoph Fox, Dr. Thomas Hilmer, Dr. Rudolf Siegert, Prof. Dr. Norbert Wrobel

Redaktion:
Andrea Klingen (Ltg.), Claudia Krause

Verlag:
Peter Schoppe Verlag, Walderseestraße 48, 30177 Hannover,
Tel. 05 11/62 62 66-3, Fax 05 11/90 92 50-22

Druck:
Albat und Hirmke GmbH, Hannover, gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Stellenmarkt

Partner/in gesucht
für mittelgroße **Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis.** Stadtrandlage mit sehr guter Zukunftsperspektive, nettes Team. Eilig, wg. Krankheit.
Tel. 0176/94428002 oder Chiffre 090912

Vertragsarztsitz für Psychotherapie
an ärztl. oder psychol. Psychotherapeuten abzugeben.
Chiffre 090916

Hausarzt-Homöopathie
Kollege/in zum Einstieg gesucht. KV-Sitz vorhanden.
Tel. 0421/445555

Weiterbildungsassistent/in für große Hausärztliche GP
10 min. süd. Bremer Zentrum gesucht. Flexible Arbeitszeiten, Bezahlung über Tarif, Einstieg in GP nach WB möglich. Bewerbungen bitte an:
praxis-niemann-jahn@t-online.de oder Tel. 0421/802022 bzw. Fax 0421/890488

Teilzeit?/Tageweise?
Gynäkologische Gemeinschaftspraxis in einer Praxisgemeinschaft (Anästhesie, Apotheke, Augenheilkunde, Dermatologie, Internist, Physiotherapie, Psychotherapie) mit ambulanten Operationen (optional) sucht nach Ausscheiden eines Seniorpartners **Gynäkologin/e**.
Chiffre 090908

Chirurgische Gemeinschaftspraxis
(Unfallchirurgie/Orthopädie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie) mit ambulantem Operieren und D-Arzt-Verfahren in Niedersachsen, 12 km von Bremen sucht Nachfolger/in mit Schwerpunkt Unfallchirurgie/Orthopädie
Chiffre 090901

Welche/r Kollege/in
hat Lust zur regelmäßigen Mitarbeit in Hausarztpraxis ab sofort oder später?
Chiffre 090914

Hausarztpraxis in Bremen
sucht Partner/in zur Zusammenarbeit und Übernahme eines KV-Sitzes.
Chiffre 090915

Wir sorgen für Ihr berechtigtes Honorar.

Seit 70 Jahren sind wir als berufsständische Einrichtung für Ärzte, Chefärzte und Krankenhäuser tätig.

Wir übernehmen die Abrechnung von...
- Privatleistungen / IGeL
- wahlärztlichen Leistungen
- ambulanten Operationen (EBM)
- BG-Leistungen
- MVZ / IV

Wir schulen zur Abrechnung
• **PVS Campus** •

PVS/Bremen
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Außer der Schleifmühle 69
28203 Bremen
Telefon 04 21 / 360 85 20
Telefax 04 21 / 337 80 30
www.pvs-bremen.de

Für die Gastroenterologische Praxis im MVZ und die Innere Abteilung suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen (m/w)

Facharzt für Innere Medizin
endoskopisch versiert, möglichst Gastroenterologe

Wir sind ein Krankenhaus der Regelversorgung am Rande Bremens mit 144 Betten in sieben Abteilungen. Die Innere Abteilung, Chefärzte Jürgen Heuser, Dr. Mathias Haßkamp und Dr. Wolf-Dieter Maier, verfügt über 80 Betten und Ambulanzen in den Teilgebieten der Kardiologie, Gastroenterologie sowie Hämatologie/Onkologie.

Wir bieten:
- Anstellung im MVZ/Krankenhaus mit tarifgerechter Vergütung nach TV-Ärzte/VKA, Rufdienstpauschale, Beteiligung an den Nebeneinkünften der Chefärzte und zusätzlicher variabler Vergütung,
- kollegiales Arbeiten in einer zukunftsorientierten Abteilung mit einem hoch motivierten und engagierten Team,
- flache Hierarchie, kurze Dienstwege und gute Kooperation mit ärztlichen und nichtärztlichen Kollegen,
- Förderung fachlicher Weiterentwicklung.

Für telefonische Rückfragen steht Ihnen Herr Chefarzt Dr. Hasskamp, ☎ 04791 803-506, E-Mail: m.hasskamp@kkhohz.de, jederzeit gern zur Verfügung.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen senden Sie bitte an das

Kreiskrankenhaus Osterholz · Am Krankenhaus 4 · 27711 Osterholz-Scharmbeck
www.kreiskrankenhaus-osterholz.de

Praxisräume

Sonneberger Str. 1
120 qm Praxis- oder Geschäftsräume im Erdgeschoss mit Rampenzugang in sehr frequentierter, optisch günstiger Eck-Lage zu vermieten.
Kontakt: ulrich.kuetz@t-online.de

Beste Lage:
Ärztehaus Kattenturm, Alfred-Faust-Str. 3, helle Räume, Topzustand, 1. Stock (Fahrstuhl), ca. 150 qm, ab 01.01.2010 zu vermieten.
Tel. 0421/9588535 ab 18.00 Uhr: Tel. 0421/3032930

Seht gut erhaltene Praxiseinrichtung
für 10.000,- Euro abzugeben.
Tel. 0421/270210

Nachfolge gesucht
Hausärztliche Allgemeinpraxis in Bremen, ggf. mit KV-Sitz, in 2009/2010 abzugeben. Zeitpunkt nach Absprache.
Chiffre 090913

Ärztehaus Bremen Langemarckstr.
EG/UG, mind. 155 qm an allgemeinmed. oder andere Fachrichtung, sehr günstige Miete, keine Umzugs- und Renovierungskosten, HohentorApotheke.
Tel. 0421/8093212

Nachfolge gesucht
Hausärztl. Allgemeinpraxis in Bremen – behindertengerecht, Parkplatz und Garage – mit KV-Sitz in 2009 abzugeben. Zeitpunkt nach Absprache.
Chiffre 090904

Bremen-Vegesack
Praxis-/Büroräume, 6 Räume, 80 qm + 34 qm, zzt. Arztpraxis, Erdgeschosslage, Top-Anbindung, 650,- Euro + NK, keine zusätzl. Maklerprovision.
www.purnhagen-immobilien.de, Tel. 0421/664700

Hausarztpraxis
in Bremerhaven abzugeben. Termin nach Vereinbarung.
Chiffre 090907

Fedelhören
Praxisräume, Erdgeschoss, eigener Eingang, 63 qm zu vermieten.
Tel. 0421/326643

Nichts ist unmöglich
Beliebte, vielseitige Allgemeinpraxis Bremen-Nord, 2 Jahre WB-ermächtigt, Qualitätsmanagement, Internet, WEB-Site, behindertengerecht, stabiles erfahrenes Team. Ab Mitte 2010 schrittweise in gute Hände zu übergeben.
Chiffre 090909

Fortbildung

Moderne, zukunftsorientierte Weiterbildung zur **Facharzt/Ärztin für Arbeitsmedizin** geboten.
Geboten werden: exzellente, breite arbeitsmedizinische Weiterbildung in anerkannter Fachpraxis, kinderfreundliche Arbeitszeiten (15-20 Std. an 4 Tagen pro Woche), gutes Arbeitsklima, selbstständiges Arbeiten im Team, leistungsangemessene Bezahlung.
Erwartet wird: mindestens 2-jährige klinische Erfahrung (Innere, Chirurgie), gängige EDV-Kenntnisse, Selbstständigkeit, Teamfähigkeit, Konfliktlösungsfähigkeit und gute Kommunikationsbereitschaft.
Ermöglicht wird: Eintritt in betreute Praxispartnerschaft.
Weitere Informationen unter
Tel. 0179/7353188

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