62. Jahrgang, November 2009

BREMER ÄRZTE JOURNAL

Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Bremen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Psychotherapie – Bedeutung wächst

11/09

TITELTHEMA

Psychotherapie

Dr. Hans Nadolny, Christian Warrlich
4 Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

Dr. Hans Nadolny
5 Fallzahlen steigen in ganz Europa

Christian Warrlich
7 Gruppenpsychotherapie – eine effektive Methode

Dr. Dr. Peter Bagus
9 Stationäre Therapieangebote

Dr. Klaus Brücher
10 Facetten stationärer Behandlung

Martin Schumacher
11 Stellenwert der Psychoonkologie

Dr. Diana Reichhelm
12 Möglichkeiten der Intervention bei Säugling und Kleinkind

Dr. Hans Haack
13 Qualifizierte Behandlung psychosomatischer Beschwerden

Björn Husmann
14 Übende Verfahren: Schattendasein trotz guter Wirksamkeit?

PHARMAKOTHERAPIE

16 Metamizol – Alle Jahre wieder...

AKTUELLES

17 Vertreterversammlung der KV Bremen
Nein zur eGK – um jeden Preis

18 KV Bremen vorgestellt
Vertreterversammlung/Vorstand

20 KV SafeNet – Sicherheit aus der Box

INTERN

21 50 Jahre Ärztekammer Bremen

22 Akademie für Fort- und Weiterbildung
Veranstaltungsinformationen

23 Ärztekammer Bremen
Evaluation der Weiterbildung

RUBRIKEN

3 Bremer Standpunkt
23 Impressum
24 Anzeigenbörse

11

Psychoonkologie – zu häufig müssen Krebspatienten sich noch selbst um seelische Betreuung bemühen, wenn sie mit der Diagnose und einer veränderten Lebenssituation konfrontiert werden.

17

Nach einem klaren Ergebnis der Basisbefragung, stimmte auch die Vertreterversammlung der KV Bremen gegen Finanzierungsverhandlungen mit den Krankenkassen für die eGK-Lesegeräte.

21

Am 18. September feierte die Ärztekammer Bremen ihr 50-jähriges Jubiläum im Bremer Rathaus. Den Festvortrag hielt Prof. Dr. Detlev Ganten von der Berliner Charité.

Transparency national

Dieses Editorial wird am Abend nach der Bundestagswahl geschrieben. Wenn Sie es lesen, haben sich die Gemüter vermutlich beruhigt, die angenehmen und unangenehmen Überraschungen sind ein bisschen verarbeitet, hoffentlich allerdings ohne die Notwendigkeit der Hilfe unserer psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die Ihnen im vorliegenden Heft ihre Arbeit unter verschiedenen Aspekten vorstellen.

Im Wahlkreis Aachen hat die nunmehr ehemalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt gegen einen Arzt, nämlich Rudolf Henke, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer und MB-Vorsitzender, ihr Direktmandat verloren, und zwar deutlich. Hier ist in der Region passiert, was möglicherweise im ganzen Land die Stimmung widerspiegelt. Die Menschen hatten vermutlich unglaubwürdiges und abgehobenes Benehmen satt. Sie merken die stetige Verschlechterung des ihnen zugestandenen Leistungsumfanges in der gesetzlichen Krankenversicherung, sie erdulden zunehmende Wartezeiten, sie erleben den Personalmangel in den Kliniken. Und sie durchschauen die Heilsversprechen aus dem Gesundheitsministerium. Höchste Zeit also für Änderungen.

Beide Volksparteien haben Stimmen verloren, aber die Verluste bei der SPD sind dramatisch und nicht mit taktischem Wahlverhalten erklärbar. Sie sind vielleicht ebenso die Quittung für Unglaubwürdigkeit wie der Wahlkreisverlust der Ulla S. Offensichtlich fühlten sich gerade die Menschen, die auf die soziale Sicherheit des Staates bauen können müssen, im Stich gelassen.

Wir Ärztinnen und Ärzte würden uns glücklich schätzen, wenn eine neue Wahrhaftigkeit auch in der Diskussion um angebliche oder tatsächliche Korruptionsvorgänge in der Ärzteschaft eintreten würde. Wie in allen anderen Berufsgruppen gibt es auch bei Ärztinnen und Ärzten Fehler und Verfehlungen, meistens auch gar nicht vorsätzlich. Wenn bekannte Politiker als Ideengeber für Gesetze beispielsweise durch gewollte Rabattverträge einerseits ein Verhalten fördern, was sie andererseits auf der Ebene der einzelnen Anbieter als unmoralisch verurteilen (Bonus für Generikaverordnung), dann ist das schlicht unaufrichtig, und zwar vor allem gegenüber der Bevölkerung. Wenn die Verwirklichung einer besseren Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich durch die Politik vor allem darin besteht, immer neue unübersichtliche Einzelvertragskonstellationen im Kontext unzureichender Finanzmittel zuzulassen, dann ist es unredlich, sich zu wundern, dass nicht ausschließlich altruistische qualitätsverbessernde Ziele im Fokus solcher Verträge stehen.

Offenbar ist es heutzutage ja auch völlig in Ordnung, ja wird sogar mit öffentlichem Lob bedacht, wenn quasi öffentliche Großprojekte (wie der „Teilersatzneubau" am Klinikum Bremen-Mitte) in Sachen Korruption überwacht werden müssen. In diesem Fall wird „Transparency International" tätig werden. Selbst wenn hier Menschen auch ehrenamtlich tätig werden, so kostet die Maßnahme doch erhebliche Geldsummen. Wahrscheinlich ist es tatsächlich geboten, eine solche Organisation an der Überwachung zu beteiligen, erschreckend ist allerdings das Armutszeugnis, dass sich gewählte Volksvertreter (die ja mit in den Aufsichtsgremien sitzen) und politische Führungskräfte ausstellen. Erschreckend auch deshalb, weil ganz offenbar nicht klar genug ist, dass Korruption, Abhängigkeiten und Filz nicht nur nicht toleriert, sondern auch streng sanktioniert werden.

Ganz offensichtlich ist das auch die Erwartung vieler Bürgerinnen und Bürger, die vielleicht in der Hoffnung auf Besserung gerade den kleineren Parteien ihre Stimme gegeben haben. Ein wiederum größerer Anteil der Bevölkerung hat sich nicht an der Wahl beteiligt. Und dazu gehören oft auch jene, die auch ansonsten nicht partizipieren, die in sozial schwierigen Verhältnissen leben. Auch wir Ärztinnen und Ärzte kümmern uns um diese Menschen oft besonders, weil sie mehr Hilfen brauchen. Auch deshalb ist es unsere Pflicht, uns – jetzt erneut – einzumischen, unter Hintanstellung von Partikularinteressen. Wahrhaftigkeit und Transparenz dürfen eingefordert werden, deshalb ist die öffentliche Diskussion über die nachhaltige (!) Finanzierung des Gesundheitssystems, die heimliche Rationierung und die eventuell erforderliche, legitimierte und klar definierte Priorisierung sowie die Förderung des ärztlichen Nachwuchses weiterhin nötig, und zwar unter Einbeziehung des Sachverstandes der Ärzteschaft. Sozusagen eine nationale Transparenzinitiative und eine neue politische Diskussionskultur sowohl in Bremen als auch in Deutschland wären ja schon mal ein Anfang!

Dr. Heidrun Gitter,
Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen

Psychotherapie

Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

Die Entwicklungsgeschichte der Psychotherapie und ihre Professionalisierung umfassen mittlerweile einen Zeitraum von über 100 Jahren. Eine „Psychotherapie für Alle", wie Sigmund Freud sie bereits 1919 vorhersagte, ist in Deutschland in einem Maße realisiert wie in kaum einem anderen Lande.

Als fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV wurde Psychotherapie 1967 als sog. Richtlinienpsychotherapie eingeführt. Wesentlichen Anstoß gaben u. a. die Untersuchungen von Annemarie Dührssen am Berliner AOK-Institut für psychogene Erkrankungen, die in überzeugender Weise die Effizienz psychotherapeutischer Behandlung nachweisen und aufzeigen konnten, in welchem Maße sie helfen, Krankheitskosten zu reduzieren (Dührssen 1962; Dührssen et al. 1965). Eine gesetzliche Regelung des Berufsfeldes „Psychotherapie" erfolgte erst mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) zum 1. Januar 1999. Mit dem PsychThG erfolgte auch die rechtliche Gleichstellung der ärztlichen, psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

Frühdiagnostik und Prävention

Im ambulanten Bereich arbeiten in Deutschland heute rund 12.330 psychologische, 3.700 ärztliche und 2.500 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis. Sie arbeiten auf der Grundlage der zurzeit wissenschaftlich, berufs- und sozialrechtlich anerkannten Verfahren: der analytischen Psychotherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie. Die Dauer der Behandlungen hängt von der Schwere der Störungen und dem angewandten Verfahren ab. Sie beträgt zwischen 25 Sitzungen bei einer Kurzzeittherapie, verfahrensunabhängig, und bis zu 300 Sitzungen bei einer analytischen Langzeiteinzeltherapie. Insgesamt nutzen knapp 300.000 Patienten pro Jahr eine ambulante Psychotherapie. Patienten nutzen jedoch Psychotherapie nicht selbstverständlich. Bei Beschwerden nehmen aus eigener Initiative nur drei Prozent eine Behandlung in Anspruch. Diese Zurückhaltung hat verschiedene Gründe, z. B. der Mangel an Information, die Stigmatisierung psychischer Störungen, die individuelle wie kollektive Abwehr psychischer Konflikte und die Besonderheit psychischer Dynamik. Eine psychische Störung ist so vertraut wie fremd. Psychische Krisen kennt jeder, psychisch krank sein will keiner. Meist haben sie jedoch einen inneren, tieferen Sinn, der Veränderung schwer macht. Dies hat gravierende Folgen: unbehandelte psychische Störungen neigen zu chronifizieren, bedeuten Verlust an Lebensqualität, sind schwieriger zu heilen und verursachen erheblich höhere Kosten. Der Prävention und Frühdiagnostik kommen daher besondere Bedeutung zu, vor allem im Bereich der Primärversorgung, denn Patienten mit psychischen Beschwerden suchen zum überwiegenden Prozentsatz zuerst den Hausarzt auf (RKI 2008).

Psychotherapeutisches Versorgungssystem

Im stationären Bereich stehen die Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit bundesweit ca. 62.000 Betten zur Verfügung. Hinzukommt die einzigartige bundesdeutsche Doppelstruktur der stationären Rehabilitationsbehandlung mit ca. 25.000 Betten (ebd.). Gleichwohl das psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland eines der besten weltweit ist, gibt es Strukturmängel durch Unter-, Fehlversorgung und -verteilung (s. Zepf et al. 2003, S. 154). Z. B. finden ältere Menschen kaum Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (Görgen & Engler 2005), ebenso wenig wie Psychose-Kranke oder Patienten anderer Krankheitsentitäten, für die eine begleitende psychotherapeutische Behandlung oft essentiell ist, so z. B. Patienten mit onkologischen Erkrankungen, mit Diabetes mellitus u. a..
Die Wartezeit auf einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz beträgt heute ca. 4,6 Monate. Etwa 50 Prozent aller anfragenden Patienten erhalten einen probatorischen Sitzungstermin, davon 61 Prozent einen Behandlungsplatz (RKI 2008). Studien weisen auf, dass Verbesserungsspielräume besonders bei der Kooperation und Vernetzung bestehen.

Zur Situation in Bremen

Das Bundesland Bremen verfügt über ein entsprechend gut ausgebautes stationäres wie ambulantes psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Im ambulanten Bereich steht Bremen hinsichtlich der ambulanten Versorgungsdichte an vierter Stelle der bundesdeutschen Städte. Die durchschnittliche Einwohnerzahl pro Psychotherapeut beträgt in Bremen Stadt 1:1.627, in Bremerhaven 1: 2.729, im Land Bremen insgesamt 1:1.754 (Stand 1. Juli 2009). Der Bundesdurchschnitt beträgt 1: 1.973. An der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nehmen außerdem Ambulanzen der Kliniken und der Bremer psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungsinstitute teil. Weiterhin verfügt Bremen über ein differenziertes Netz von psychosozialen Beratungsstellen (siehe www.gesundheitsamt.bremen.de). Über die Qualifikation der psychosomatischen Grundversorgung in der Primärversorgung verfügen 723 Ärzte (1:914). Im stationären Bereich stehen in Bremen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ca. 700 voll- und 160 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung, in Bremerhaven 82 und 12. Trotz dieser guten Versorgungslage besteht Verbesserungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Kooperation und Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Segmenten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, wie zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Dies wird im Gesundheitsbericht

„Depressionen" der Senatorin für Arbeit, Familien, Gesundheit, Jugend und Soziales, (SfAFGJS) hervorgehoben. Empfohlen werden der Ausbau vorhandener Kooperationsstrukturen, der Aufbau multiprofessioneller Qualitätszirkel sowie die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung (SfAFGJS 2008). Vor allem gilt es den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung und das Angebot für bislang unterversorgte Gruppen (s.o.) zu verbessern. Eine verstärkt bedarfsorientierte Versorgung und Vernetzung zwischen den vorhandenen Behandlungsangeboten soll helfen, Doppelstrukturen zu vermeiden. Eine vermehrte Berücksichtigung der Gruppenpsychotherapie könnte helfen, bestehende Ressourcen besser zu nutzen. Verbesserungsbedarf besteht auch bezüglich der regionalen Verteilung psychotherapeutischer Versorgung, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie bezogen auf Bremen Nord und Bremerhaven.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. Hans Nadolny,
Psychologischer Psychotherapeut,
Christian Warrlich,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker,
Bremen

Psychotherapie

Fallzahlen steigen in ganz Europa

Obwohl es fraglich ist, ob es eine quantitative Vermehrung bei psychischen Erkrankungen in den letzten zehn Jahren gibt oder ob genauer diagnostiziert wird, sind diese Krankheitsbilder in der Öffentlichkeit immer bedeutsamer geworden.

Insbesondere in den avancierten west- und mitteleuropäischen Ländern postindustrieller Prägung haben sie epidemiologisch in der statistischen Rangfolge viele der altvertrauten somatischen Krankheitsbilder abgelöst. 25 Prozent der erwachsenen Europäer leiden Schätzungen zufolge mindestens einmal im Leben unter psychischen Störungen wie z. B. Depression, Schizophrenie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Panikstörung u.a. (European Commission 2008). Die verbreitetsten psychischen Störungen in der EU sind Angst und Depression. Die WHO rechnet damit, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden. Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass ca. 40 Prozent der psychischen Störungen chronisch verlaufen (Wittchen & Jacobi 2005). Menschen mit psychischen Problemen sind tendenziell häufiger von physischen Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit betroffen. Eine psychische Erkrankung ist ein ebenso großer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Sterblichkeit wie der Mangel an körperlicher Aktivität oder ein zu hoher Cholesterinspiegel (Bödeker/Klindworth 2007). Zurzeit sterben in der EU etwa 58.000 Bürger jährlich durch Selbsttötung. Dies übertrifft die Zahl der jährlichen Todesfälle durch Straßenverkehrsunfälle, Tötungsdelikte und HIV/AIDS. Die Dramatik liegt in der Tatsache, dass diese Fälle fast ausnahmslos im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen.

Wirtschaftliche Folgen

Psychische Erkrankungen haben vielfältige Auswirkungen: Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts

Anzeige

Leistungen für EDV & Praxisorganisation

GeMa MED
EDV & Organisation für Ärzte

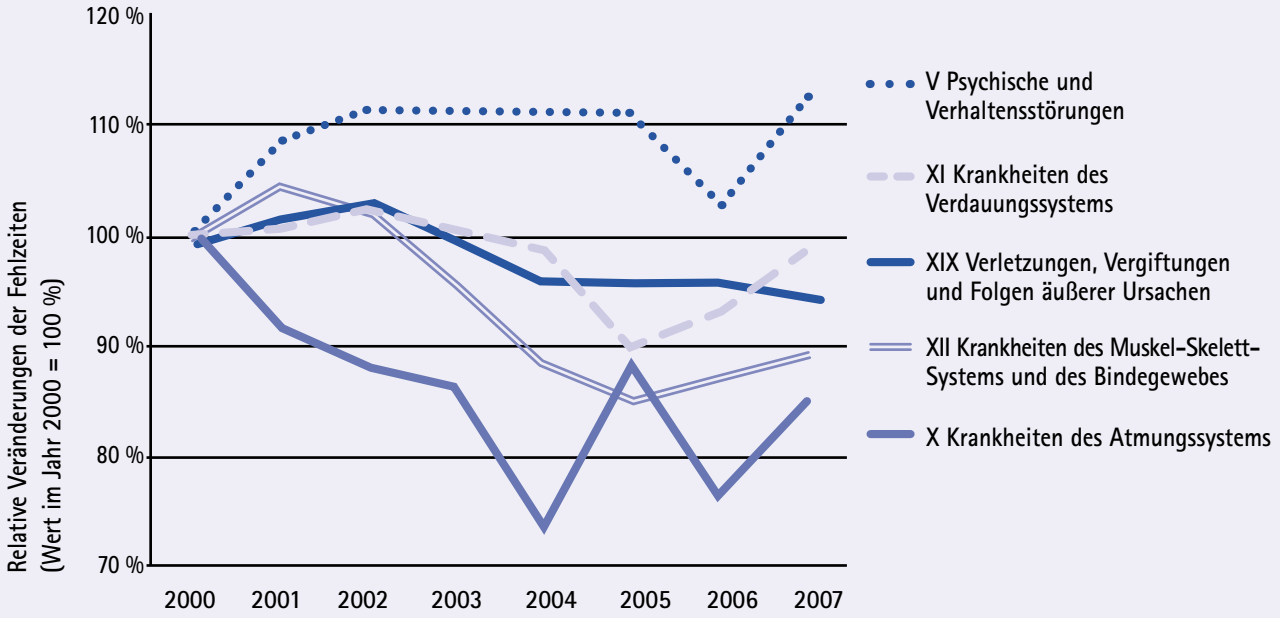
Am Wolfsberg 13-15
28865 Lilienthal
Telefon: 04298 – 41 91 0
Telefax: 04298 – 41 91 49
info@gemamed.de
www.gemamed.de

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

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosekapiteln – Berufstätige (TK 2000 – 2007)



(Quelle: Datenmaterial der Techniker Krankenkasse)

(BIP), hauptsächlich als Folge von Produktivitätsverlusten. Verhaltungsstörungen bei Kindern verursachen Kosten für das Sozialsystem und das Bildungssystem sowie das Strafverfolgungs- und Justizsystem. Es gibt begründete Hinweise, dass etwa 50 Prozent der psychischen Störungen in der Jugend beginnen. In welchem Umfang weitere immaterielle Kosten entstehen, hängt davon ab, wie die Gesellschaft psychisch kranke und geistig behinderte Menschen behandelt. Ungeachtet verbesserter Behandlungsmöglichkeiten und positiver Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung erfahren psychisch kranke und geistig behinderte Personen nach wie vor soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Verletzungen ihrer Grundrechte und ihrer Menschenwürde. Krankheitsbedingte Fehlzeiten und Frühberentungen können erhebliche Produktivitätsverluste nach sich ziehen. Schätzungen gehen dahin, dass die Gesamtkosten der durch psychische Störungen entstandenen Produktivitätsverluste in der EU-25 (plus Norwegen, Island und der Schweiz) auf 136,3 Mrd. Euro zu beziffern sind. Der größte Anteil dieser Produktivitätsverluste (99,3 Mrd. Euro) wurde durch Depressionen und Angststörungen verursacht. Dagegen sind die Verluste im Zusammenhang mit anderen großen Gesundheitsproblemen in Europa, wie Herz-/Kreislauferkrankungen mit 36,1 Mrd. Euro um ein Vielfaches niedriger. Die Gründe sind sicher vielfältig: Nach einem Bericht der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sind unter anderem folgende Faktoren mit Risiken für die psychische Gesundheit und Stress am Arbeitsplatz assoziiert: Zunahme befristeter Arbeitsverträge; Intensivierung der Arbeit, eine höhere Arbeitsbelastung häufig ohne zusätzliche Entlohnung; Zunahme psychosozialer Anforderungen am Arbeitsplatz, einschließlich Mobbing und Gewalt, sowie geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf (European Agency for Safety and Health at Work 2007).

Situation in Deutschland

Die Meldungen der einzelnen Krankenkassen gleichen sich, denn die jährlichen Krankenkassen-Reports berichten fast unisono Identisches: Auch für die Betriebskrankenkassen steht fest, psychische Erkrankungen sind weiter auf dem Vormarsch. Wie das Gemeinschaftsunternehmen der BKK, spectrumIK am 23. Juli 2009 in einer Pressemeldung mitteilte, hat sich der Anteil der Ausfallzeiten wegen psychischer Störungen bei den beschäftigten BKK- Pflichtmitgliedern 2008 erneut erhöht. Durchschnittlich 10,3 Prozent (Männer: 7,5 Prozent; Frauen: 13,6 Prozent) der krankheitsbedingten Ausfälle gingen zu Lasten psychischer Erkrankungen. 2007 waren es noch 9,3 Prozent der Krankheitstage insgesamt, bzw. 6,8 Prozent der Tage bei Männern und 12,4 Prozent der Tage bei Frauen. In der über 30-jährigen Gesundheitsberichterstattung der Betriebskrankenkassen wurde – so die Pressemeldung – damit für diese Diagnosegruppen der bislang höchste Stand erreicht. Bezogen auf die letzten zehn Jahre erhöhte sich die Anzahl der auf psychische Erkrankungen entfallenden Arbeitsunfähigkeitstage bei Männern um 41 Prozent, bei Frauen um 59 Prozent. Insgesamt stehen psychische Störungen bei BKK-Versicherten als Ursache für krankheitsbedingte Ausfälle hinter Muskel- und Skeletterkrankungen (26,2 Prozent), Atemwegserkrankungen (15,6 Prozent) und Verletzungen (14,0 Prozent) mit 10,3 Prozent an vierter Stelle, noch vor Verdauungserkrankungen (6,6 Prozent) und Herz- und Kreislauferkrankungen (4,4 Prozent). Während ein Krankheitsfall durchschnittlich 12,2 Kalendertage dauert, waren es bei psychischen Erkrankungen 33,1 Tage. Nur Neubildungen wiesen mit 36,5 Tagen noch längere Fallzeiten auf.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Hans Nadolny,
Psychologischer Psychotherapeut,
Bremen

Psychotherapie

Gruppenpsychotherapie – eine effektive Methode

Die Gruppenpsychotherapie (GPT) ist in der stationären Psychotherapie fest etabliert. Dort findet sie Anwendung meist im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes. Im ambulanten Bereich hingegen ist die GPT in Deutschland kaum vertreten.

Sie macht nur ca. 1,5 Prozent der GKV-Ausgaben für erbrachte psychotherapeutische Leistungen aus (Schultz-Venrath u. Döring 2009; Robert Koch-Institut 2008). Dies verwundert, da die GPT in ihrer klinischen Effektivität mit der Einzelpsychotherapie (EPT) durchaus vergleichbar ist, was verschiedene Metaanalysen und Studien belegen. In ihrer Effizienz bezüglich Kosten, Dauer und Sitzungszahl hat sie der EPT gegenüber eindeutige Vorteile (Tschuschke, Anbeh 2008). Zudem kann als gesichert gelten, dass in der GPT Wirkfaktoren eine Rolle spielen, die entweder in der EPT nicht vorhanden sind oder über diese wesentlich hinausgehen (siehe dazu Tabelle 1, Seite 8). Die Gruppe ist in exemplarischer Weise eine Mehrpersonensituation, in der die Teilnehmer ihre typischen, meist unbewussten Beziehungs- und Verhaltensmuster in vielfacher Weise reinszenieren und der Bearbeitung zugänglich machen.

Entwicklung der Gruppenpsychotherapie

Die mangelnde Berücksichtigung der GPT in der ambulanten Versorgung hat vielfältige Gründe:

- Geschichtlich hat sich die psychotherapeutische Theorienbildung und Anwendung als eine Einpersonenpsychologie und Einzelpsychotherapie entwickelt und war schon vor der Gruppenpsychotherapie wie ein älteres Geschwister „immer" da. Gruppentherapeutische Konzepte und die Hinwendung zu einer Mehrpersonenpsychologie entwickelten sich erst 30 bis 50 Jahre später, je nachdem, ob man Trigant Burrow oder Siegmund Heinz Foulkes als Gründungspionier ansieht.
- Psychotherapeuten werden vorrangig einzeltherapeutisch ausgebildet. Die Gruppenkompetenz wird als Zusatzqualifikation erworben, die viele Psychotherapeuten nach langer einzeltherapeutischer Ausbildung verständlicherweise scheuen. Nur die Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie enthält bereits die Vermittlung gruppentherapeutischer Kompetenz.
- Der organisatorische Aufwand der GPT ist im Vergleich zur EPT erheblich – Bereitstellung entsprechender Räumlichkeiten, Zeitaufwand für Gruppenzusammenstellung, Antragsstellung im Gutachterverfahren, Dokumentation u. a..
- Die Honorierung wurde zwar 2005 deutlich verbessert, ohne dass aber eine nennenswerte Zunahme der GPT-Behandlungen erfolgte. Das lässt vermuten, dass sie noch keinen hinreichenden ökonomischen Anreiz darstellt oder aber, dass es noch abzuwarten bleibt, ob sich die Honorarverbesserung auswirkt, z. B. weil bei den niedergelassenen Psychotherapeuten die entsprechenden Voraussetzungen (Ausbildung, Praxiseinrichtung und -organisation) erst noch geschaffen werden müssen.

Gruppentypische Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie	
Altruismus	eigene Werteerfahrung über Engagement und Hilfestellungen Anderen gegenüber
Feedback	Rückmeldung von anderen, wie sie das Individuum wahrnehmen
Kohäsion	Gefühl, dazu zu gehören – Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl
Rekapitulation der Primärfamilie	Unbewusste Wiederholung von Erleben und Verhalten früher familiär erlebter Beziehungsstrukturen
Universalität des Leidens	Erleben des Nicht-Alleinseins mit den eigenen Problemen und Schwierigkeiten, Entlastung von Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit
Verhaltensänderungen/ Interpersonales Lernen	Ausprobieren neuen Verhaltens im geschützten Raum der Gruppe
Katharsis	Intensive affektive Abfuhr im Raum der Gruppe
Selbstöffnung	In sozial offenen Räumen wie in Gruppen mit erheblichem Risiko verbunden, ist unverzichtbarer, Baustein, auf dem alle anderen Wirkfaktoren aufbauen

(Quelle: Yalom I. 1996; modifiziert in Tschuschke, Anbeh 2008)

Tab. 1.

- Obwohl der Mensch ein Gruppenwesen ist, ängstigt GPT als Behandlungsangebot besonders jene Patienten, die bisher keine Gruppentherapieerfahrung sammeln konnten. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten für eine GPT gut zu motivieren sind, wenn der Therapeut von seiner Methode überzeugt ist und den Patienten über die Sinnhaftigkeit und Besonderheiten der GPT eingehend aufklären kann.
- GPT ängstigt aber nicht nur Patienten, sondern auch Therapeuten, denen vorwiegend das dyadische Setting gemäß ihrer einzeltherapeutisch orientierten Psychotherapieausbildung vertraut ist. Komplexität und Pluralität der Gruppe fordert den Therapeuten in besonderer Weise, auch in seiner Angsttoleranz, und bedarf daher einer fundierten Weiterbildung mit eigener Gruppenselbsterfahrung an einer anerkannten Weiterbildungsstätte für Gruppenpsychotherapie.

Die Zusammensetzung einer Gruppe

Ambulante GPT, in tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Anwendungsform, wird in der Regel als sogenannte halboffene Gruppe mit einer Gruppengröße von sechs bis neun Gruppenmitgliedern angeboten. Halboffen bedeutet, dass in der fortlaufenden Gruppe die Plätze ausscheidender Gruppenmitglieder jeweils mit neuen Gruppenmitgliedern besetzt werden. In der Regel wird eine ausgewogene Geschlechter- und Altersverteilung, von den Beschwerdebildern und der Psychodynamik her eine heterogene Gruppenzusammensetzung angestrebt. Dies erhöht die meist angestrebte Pluralität der Gruppe.

Indikation und Therapiedauer

Die Indikation zur GPT ergibt sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Grundsätzlich gelten in einem großen Überschneidungsbereich die gleichen Indikationen wie die zu einer EPT unter der wesentlichen Voraussetzung der „Gruppenfähigkeit" des Patienten, wie sie unter Umständen bei schweren Persönlichkeitsstörungen oder bei akuten Krisen nicht gegeben sein kann. Fehlt diese, kann primär eine EPT indiziert sein, um diese herzustellen. Eine Einschränkung der Indikation ergibt sich aus dem subjektiven Faktor der Gruppenzusammenstellung – Persönlichkeitsmerkmale, Psychodynamik der Gruppenmitglieder, Erfahrung und Persönlichkeit des Therapeuten (nicht jeder Patient passt in jede Gruppe und zu jedem Therapeuten und umgekehrt). Das Behandlungskontingent der tiefenpsychologisch fundierten GPT gemäß Richtlinienpsychotherapie umfasst die Behandlungsschritte von 40 - 20 - 20 Sitzungen (insgesamt 80) mit einer Sitzung pro Woche à 100 Minuten (bei Kindern und Jugendlichen 40 - 20 - 30). Das Behandlungskontingent für analytische GPT umfasst die Behandlungsschritte von 80 - 40 - 30 Sitzungen (insgesamt 150). Bei Kindern und Jugendlichen 40 - 20 - 30 mit in der Regel ein oder zwei Sitzungen pro Woche. Die Therapiedauer erstreckt sich damit über einen Zeitraum von ein bis drei Jahren, ein Zeitraum der erfahrungsgemäß für strukturelle psychische Veränderungen vonnöten ist.
Zur Indikationsstellung und Einleitung der Behandlung sind bis zu fünf bzw. acht (tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische GPT) probatorische Einzelsitzungen möglich. Die Durchführung der GPT in der GKV bedarf wie die einer EPT der Genehmigung der Kostenübernahme im Rahmen des Gutachterverfahrens.

Weitere Informationen

Für weitergehende Informationen empfiehlt sich die Webseite der Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie im Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) www.dagg.de und www.dgfga.de.

Gruppenpsychotherapie stärker berücksichtigen

Gruppenpsychotherapie ist eine effektive und effiziente psychotherapeutische Behandlungsmethode. Es ist zu wünschen und zu hoffen, dass Gruppenpsychotherapie gerade in der Zeit knapper finanzieller Mittel und wachsender Verteilungskämpfe mehr Bedeutung in der psychotherapeutischen Versorgung gewinnt, zumal in einer Zeit, in der psychische Störungen zu einem großen Teil als Folge zunehmender Vereinzelung in der Gesellschaft und als Beziehungsstörungen zu verstehen sind.

Literatur beim Verfasser.

Christian Warrlich,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker,
Bremen

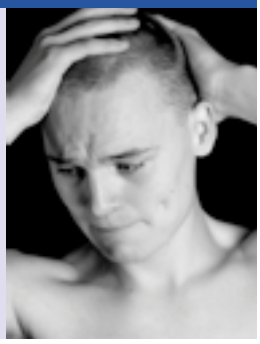
Psychotherapie

Stationäre Therapieangebote

Das Angebot der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Bremen-Ost, eine Einrichtung der Gesundheit Nord, richtet sich an Erwachsene aller Altersgruppen, bei deren Erkrankung seelische Belastungen eine wesentliche Rolle spielen.

Beispiele für seelische Belastungen

- Essstörungen
- Somatoforme (Schmerz-) Störungen
- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Seelische Probleme der Krankheitsverarbeitung



Die Klinik verfügt über 18 stationäre Behandlungsplätze. Diagnostik, therapeutische Empfehlung und Indikationsstellung für die stationäre Behandlung finden obligatorisch auf der Basis eines oder mehrerer Vorgespräche in unserer Ambulanz statt. Sie erfolgen nach Überweisung und Anmeldung über unser Sekretariat, oder im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes.

Therapeutische Ausrichtung

In unserer Arbeitsweise gehen wir von einem psychodynamischen Verständnis aus. Das heißt, dass wir die auftretende Symptomatik als Ausdruck einer gefühlsmäßigen Reaktion auf innere und äußere Belastungen auffassen. Im subjektiven Erleben und Verhalten der Patienten versuchen wir, Muster der persönlichen inneren Logik im Kontext der jeweiligen Biografie zu erkennen und zu verstehen. Dabei eröffnen bisher unbemerkt gebliebene oder bewusst werdende Erlebens- und Verhaltensweisen Veränderungs- und Gesundungschancen. Bei vielen unserer Patientinnen und Patienten ist es zu erheblichen Beeinträchtigungen in der Bewältigung des Alltags, des Berufs und der Beziehungen gekommen. Von daher fokussieren wir neben der persönlichen Biografie auch auf mit der Symptomatik verbundene Konsequenzen für die sozialen Interaktionen sowie auf konkrete Veränderungsschritte. Dabei werden auch verhaltenstherapeutische und systemische Vorgehensweisen integrativ einbezogen. Zu den Therapieelementen gehören die psychodynamische bzw. die psychodynamisch-interaktionelle Gruppen- und Einzelpsychotherapie, die Gestaltungs-, die Bewegungstherapie, das Werken, die Einbeziehung von Angehörigen, das Erlernen von Entspannungsverfahren, das Angst- und Kompetenztraining, fokussierende therapeutische Visiten, Visiten durch das Pflegeteam sowie gemeinschaftliche und sportliche Aktivitäten im Rahmen einer sozialtherapeutisch konzipierten Stationsgemeinschaft.

Individuell und multiprofessionell behandeln

Das kurz vor der Einführung stehende Spezialangebot für Patienten und Patientinnen mit Symptomen einer Anorexia bzw. einer Bulimia nervosa und den entsprechenden Komorbiditäten umfasst weiter störungsorientierte Behandlungsbausteine. Eine frühzeitige Planung der poststationären Behandlung und sozialen Integration ist für uns selbstverständlich. Dabei ist uns an einer guten Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen und anderen Institutionen sehr gelegen. Im Zentrum unserer psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung mit multimodalem therapeutischen Setting steht stets die individuumsfokussierte diagnostische und therapeutische Begleitung jeder Patientin und jedes Patienten durch unser multiprofessionelles Behandlungsteam.

Dr. Dr. Peter Bagus,
Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Klinikum Bremen-Ost

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 Descriptor Descriptor continued SIEMENS

Finanzierung mit Siemens Finance & Leasing GmbH

Psychotherapie

Facetten stationärer Behandlung

Wann ist, unter den in Bremen gegebenen guten Bedingungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, stationäre Psychotherapie angezeigt?

Indikationen auf Seiten der Patienten

- Komorbidität, besonders mit Persönlichkeitsstörungen und Suchtmittelgebrauch
- schwer ausgeprägte, akut dekompensierte Symptomatik
- Suizidalität, hohe Impulsivität
- symptomverstärkende Umfeldbedingungen
- unzureichender bisheriger Behandlungserfolg

Bedingungen von Seiten des Settings

- hohe Therapieintensität
- multimodale Behandlung
- stützender strukturgebender Rahmen
- differenziertes soziales Erfahrungs- und Probierfeld.

Der therapeutische Raum

Anders als in der ambulanten Einzel- oder Gruppentherapie stellt das stationäre Setting einen komplexen therapeutischen Raum (Brücher, 2005) dar. Als Schutzraum befreit er von Alltagsverpflichtungen, nimmt die Patienten aus einem gegebenenfalls schwierigen sozialen Umfeld heraus und entlastet. Die Kombination verbaler Psychotherapie mit körperbezogenen Therapieverfahren, Sport-, Kunst- und Werktherapie bietet den Patienten unterschiedliche Ansatzpunkte, ihre Probleme, aber auch ihre Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen. Als komplexes soziales Feld hält der therapeutische Raum vielfältige Anknüpfungs- und Konfliktchancen bereit, an denen typische Muster wiederholt, sichtbar gemacht und bearbeitet, produktivere Verhaltensweisen hingegen gleichsam experimentell ausprobiert werden können. Weil hier abhängig von der Problemlage der Patienten jeweils sehr unterschiedliche Muster aktiviert werden, haben sich uns störungsspezifische Therapien sehr bewährt. Sie stellen nicht nur spezifische Interventionsstrategien bereit, sondern versetzen vor allem auch das gesamte Behandlungsteam in die Lage, konsistent und gezielt mit den sichtbar werdenden Symptomen und Ressourcen der Patienten umzugehen.

Das therapeutische Angebot

Das therapeutische Spektrum der vier Spezialstationen des AMEOS Klinikum Dr. Heines umfasst

- die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Depressionen und Angststörungen (kognitive Verhaltenstherapie),
- die Behandlung von Depressionen in der zweiten Lebenshälfte (kognitive Verhaltenstherapie),
- die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT nach Linehan) für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und
- die Behandlung von (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen mittels psychodynamisch imaginativer Traumatherapie, ggf. ergänzt um EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Ab 2010 ist ein Behandlungsangebot für Patienten mit einer chronischen Depression als stationär-ambulantes CBASP-Netzwerk geplant (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, siehe auch: www.ameos.eu/klinikum-bremen-cbasp-netzwerk.html).

Literatur beim Verfasser.

Dr. Klaus Brücher,
Ärztlicher Direktor,
AMEOS Klinikum Dr. Heines, Bremen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Teilausschreibung für den Planungsbereich Bremerhaven

- **einen radiologischen 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.

Psychotherapie

Stellenwert der Psychoonkologie

Die Psychoonkologie umfasst alle seelischen Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Auftreten einer Krebserkrankung auftreten können, einschließlich ihrer Folgen.

Der Begriff hat sich erst in den letzen 30 Jahren entwickelt und ist bisher nicht ausreichend in die Regelversorgung integriert. Zu häufig müssen sich Betroffene noch selbst um seelischen Beistand bemühen, ohne dass sie auf entsprechende Angebote hingewiesen werden.

„Krebspersönlichkeit" – ein Irrtum

Bis in die 90er-Jahre hinein, haben Forschungsarbeiten versucht eine „Krebspersönlichkeit" zu belegen, was jedoch keiner Überprüfung standhielt (Schwarz, R., Die Krebspersönlichkeit. Mythos und Klinische Realität, Stuttgart 1994). Stattdessen setzte sich eine patientenorientierte psychosoziale Betreuung durch, bei der die Lebensqualität des Betroffenen und seiner Angehörigen die zentrale Rolle spielt. Um die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen, soll im Rahmen von Beratung das subjektive und emotionale Erleben im Vordergrund stehen. Bei erhöhter psychischer Belastung oder Komorbidität [Prävalenz 23,5 – 28 Prozent (Schwarz, R. et al.: Mitteilungsblatt der sächsischen Krebsgesellschaft 1/2008, S. 9)] kann Psychotherapie indiziert sein. Angebote bestehen seitens der psychosozialen Dienste der Krankenhäuser, von Beratungsstellen und von niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.

Wichtig: Erkennen des Bedarfs

Wichtig ist das Erkennen des Bedarfs vornehmlich durch Ärzte und Pflegepersonal der Krankenhäuser, sowie die Motivierung vorhandene Angebote anzunehmen. Die genannten Berufsgruppen sollten durch psychoonkologische Weiterbildungen hierzu befähigt sein. Eine entsprechende Fortbildung bringt meist auch eine deutliche Zunahme der Arbeitszufriedenheit mit sich. Für den onkologischen Facharzt erscheint die Verpflichtung hierzu sinnvoll, denn gut geführte Aufklärungsgespräche haben nicht nur eine zentrale Bedeutung für den gesamten Therapieverlauf, sondern insbesondere für das Gelingen der Krankheitsbewältigung.

Weitere Forschung notwendig

Nach den psychoonkologischen Forschungen zum Krankheitserleben, die z. B. zur Berücksichtigung des Schmerzerlebens bei der Zulassung neuer Medikamente führte, wären jetzt Arbeiten über die Einbeziehung der Umgebung, sowie auf dem Gebiet der Nachsorge wünschenswert. Denn nach Abschluss der Akutbehandlung steht vielen Betroffenen die Aufgabe bevor, mit der durch die Krankheit veränderten Lebenssituation fertig zu werden.

Psychoonkologische Weiterbildungen:

z. B. bei der PSO (AG Psychosoziale Onkologie in der Dt. Krebsgesellschaft)

Trainings zur Verbesserung der ärztlichen Kommunikation:

siehe Informationsseite der Akademie für Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Bremen: www.aekhb.de/fortbildung

Martin Schumacher,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Bremer Krebsgesellschaft

Congress Centrum Bremen

11. Bremer Krebskongress

Am 18. und 19. November 2009 findet der 11. Bremer Krebskongress im Congress Centrum Bremen statt. Die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Friedrich Bahmer, Dr. Gabriele Doering und Prof. Dr. Ernst H. Schmidt haben – zusammen mit dem Organisationskomitee – ein umfangreiches Programm zusammengestellt. Am 18. November finden nachmittags Parallelveranstaltungen der ärztlichen Fachgruppen Hämatologie/Onkologie, HNO- und MKG-Chirurgie, Urologie Strahlentherapie, Palliativmedizin, Pathologie, Gastroenterologie/Viszeralchirurgie, Neurochirurgie, Pneumologie, Gynäkologie und Dermatologie statt. Den Festvortrag hält Prof. Raoul Schrott (Innsbruck) über Poesie und Medizin in der Literatur der Antike. Am zweiten Kongresstag stehen unter anderem Genetik, Epidemiologie, Tumordokumentation, Psychoonkologie, Sport und Krebs, Selbsthilfe, Onkologische Pflege, psychosoziale Aspekte von Tumorerkrankungen sowie Finanzierbarkeit der modernen Onkologie auf dem Programm. Das Schülerforum beschäftigt sich mit dem Thema „Licht und Hautkrebs". Posterpräsentationen sind willkommen, das beste Poster wird mit einem Preis ausgezeichnet.

Auskunft erteilt das Kongress-Sekretariat: Marie Rösler, Bremer Krebsgesellschaft e.V., Tel. 0421/4919222, E-Mail: bremerkrebsgesellschaft@t-online.de, www.bremerkrebsgesellschaft.de.

Psychotherapie

Möglichkeiten der Intervention bei Säugling und Kleinkind

Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Hirnforschung haben dazu beigetragen, die Entwicklung des Säuglings besser zu verstehen und neue Behandlungsmethoden zu entwickeln.

Fähigkeiten der Selbstregulation, der emotionalen und psychischen Wahrnehmung und Verarbeitung bringt der Säugling bei der Geburt schon mit. Zur Regulierung seiner wechselnden psychophysischen inneren Gefühlszustände braucht er empathische und dann auch sich von ihm adäquat abgrenzende Eltern. Säugling und Eltern befinden sich in einem permanenten Austauschprozess, in dem der Säugling selbstwirksam ist und sich entwickeln kann.

Wann ist eine Therapie angezeigt?

Störungen dieser Austauschprozesse können früh zu einer psychophysischen Dysregulation und Symptomen führen. Ebenso können ein traumatischer Geburtsverlauf, Trennungen im ersten Lebensjahr und Krankenhausaufenthalte das Bindungsverhalten ungünstig beeinflussen. Allgemein wird dann von Regulationsstörungen gesprochen. Dazu gehören „exzessives Schreien", „Ein- und Durchschlafstörungen" und „Fütter- und Gedeihstörungen". Im Kleinkindalter fallen häufige Unfälle auf, anhaltende Ungeschicklichkeiten, extreme Wutausbrüche und Selbstschlagen, häufige Infektanfälligkeit. Haben diese Symptome keine organische Ursache, so kann von der Folge einer Dysregulation des Säuglings aufgrund nicht ausreichend hilfreicher Interaktion ausgegangen werden. Indikation für eine Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie können auch Frühgeburt, körperliche Erkrankungen und Misshandlungen sein. Bekommen Eltern ein Kind, reaktivieren sich unbewusst oder bewusst eigene Kindheitserfahrungen, die mit regressiven Prozessen um die Geburt zusammenhängen. Sind eigene Konflikte bislang abgewehrt oder nicht ausreichend verarbeitet, entwickeln sich daraus gespeiste Phantasien über das Kind, die zu ungünstigen Projektionen führen (Fraiberg, 2003). Das kann zu einem entgleisten Dialog, verzerrten Wahrnehmungen und projektiven, nicht empathisch am Kind orientierten Reaktionen auf das Kind führen. Die Behandlung psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter ist möglich im Rahmen der Kurzzeittherapie mit max. 25 Sitzungen. Die Prävalenzrate entspricht der seelischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter von 20 Prozent, mit einer anzunehmenden zehnprozentigen Persistenz (Papousek, 2004). Störungsfaktoren sind zu ca. 46 Prozent psychische Störungen bei Elternteilen (vorwiegend Depressionen), 44 Prozent Partner- und Eheprobleme, 36 Prozent Konflikte mit Herkunftsfamilien, 33 Prozent traumatische Kindheitserfahrungen der Eltern (Mehrfachnennungen) (vgl. Ziegler et al., 2004).

Prävention späterer psychischer Erkrankungen

Der psychotherapeutische Prozess ist von großer Komplexität. Das gemeinsame Setting von Säugling, Eltern und Therapeutin erfordert ein Verstehen und Handeln auf verschiedenen Ebenen. Kommen die Eltern zur Therapeutin, haben sie meist schon verschiedene Lösungswege gesucht und befinden sich in einer Krisensituation. Deshalb ist zunächst Entlastung in Form einer Beratung oder stützend-strukturierender Intervention sinnvoll. Die komplexe Behandlungsmethode ist ein wechselnder Prozess zwischen Interaktionsbeobachtung, Erfassen der Anamnese, Erkennen und Verstehen der emotionalen bewussten und unbewussten Verfassung der Eltern und des Säuglings mithilfe psychoanalytischer Erkenntnismethoden von Übertragung und Gegenübertragung, szenischem Verstehen und Symbolisierungsprozessen, weiterführender Beratung, Informationen über frühkindliche Entwicklungsprozesse und Alltagsstrukturierung. Ergänzend sind Konsil mit dem behandelnden Kinderarzt, unter Umständen Kontakte zu Behörden wie Jugendamt und Familienhelfern, weiterführenden Beratungsstellen erforderlich, um für einzelne Familienmitglieder weiterführende Hilfsangebote zu ermöglichen. Im dargestellten Sinne ist frühe Säuglingstherapie nicht nur ein Behandlungsansatz, sondern auch eine Prävention zur Vermeidung späterer psychischer Erkrankungen.

Dr. Diana Reichhelm,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Bremen

Psychotherapie

Qualifizierte Behandlung psychosomatischer Beschwerden

Die Psychosomatische Grundversorgung (PG) ist eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung. Ihre Durchführung verlangt durch die Psychotherapievereinbarungen seit 1994 bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen.

Neben einer mindestens dreijährigen Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit werden Fortbildung zu ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen verlangt.

Umfang der Weiterbildung

Diese betragen in der PG einen Umfang von mindestens 80 Stunden, davon mindestens 20 Stunden zum Erwerb der theoretischen Grundlagen, mindestens 30 Stunden zur Einübung verschiedener therapeutischer Interventionsformen und mindestens 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierlichen Besuch einer Balint- oder Selbsterfahrungsgruppe. Im Mittelpunkt der Weiterbildung steht die reflektierte Nutzbarmachung der Interaktionen zwischen Arzt und Patient. Lerninhalte der Fortbildung sind:

- Erheben einer psychosomatischen Anamnese
- Übungen zu den verschiedenen Formen der Gesprächsführung
- Kenntnisse über Entwicklung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen und Psychosen
- das Erkennen von seelischen und zwischenmenschlichen Problemen, die durch schwere organische Erkrankungen bedingt sind.

Die bewusst begrenzte Zielsetzung der PG strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung an; sie kann während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen von Krankheitswert als verbale Intervention (s.o.) oder als Anwendung übender Verfahren oder suggestiver Techniken vom behandelnden Arzt durchgeführt werden. Neben dem seit vielen Jahrzehnten bestehenden Angebot an Balint-Gruppen durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hält die Ärztekammer Bremen seit 1996 unter meiner wissenschaftlichen Leitung ein Richtlinien konformes Curriculum vor, das jeweils im Winterhalbjahr an sechs Wochenenden für 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Weiterbildungsakademie der Ärztekammer Bremen stattfindet.

Neue Wege der Kommunikation

Die Entwicklung dieses Weiterbildungsbausteins seit 1986, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, spiegelt bereits etwas von der Ambivalenz, die die PG bei den Ärztinnen und Ärzten auslöst und die am Beginn jedes Kurses erneut zu spüren ist. Die Befähigung, mit dem Patienten empathisch zu sprechen und dabei auch seine psychische, soziale und ökonomische Situation zu berücksichtigen, stellt im Selbstverständnis vieler Kolleginnen und Kollegen eine der originär vorhandenen, ja berufsbegründenen Qualifikationen dar, wodurch die Notwendigkeit des Kursbesuches zur Abrechnungsberechtigung entsprechender Leistungen den Charakter einer Kränkung des professionellen Ego erhält. Diese verflüchtigte sich im Laufe der Weiterbildung aber schnell durch die qualifizierten Referate und Übungen zu Anamnese und verbalen Interventionen, weil deutlich wird, welche Differenzierungen in psychosomatischer Theorie und Praxis bei einzelnen Störungen möglich ist. Mehr noch als die erweiterte Kompetenz, Patienten in ihrem individuellen Leid zu verstehen und ihnen besser helfen zu können, wurde positiv immer wieder die erlernbare verbesserte Gesprächsführung in manifest streitbaren oder innerlich belastenden Situationen, z. B. mit anhaltend incomplianten oder therapieresistenten Patienten hervorgehoben, weil ein vertieftes Verständnis neue Wege der ärztlichen Kommunikation eröffnet.

Dr. Hans Haack,
Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Bremen

Psychotherapie

Übende Verfahren: Schattendasein trotz guter Wirksamkeit?

Übende Verfahren sind in der Außendarstellung des Berufsstandes wenig präsent, so dass Autogenes Training und Progressive Relaxation in der Öffentlichkeit nur begrenzt mit psychotherapeutischer Kernkompetenz assoziiert werden.

Im Präventionsbereich sind sie zwar eine feste Größe und werden allgemein gut wahrgenommen (siehe dazu Tabelle, Seite 15), innerhalb der GKV-Versorgung werden sie aber nur in Maßen angeboten (Abbildung). Das wurzelt u.a. darin, dass sie unzureichend honoriert wurden. Vermutlich verfügen deshalb in Bremen und Bremerhaven laut KV Bremen aktuell nur 136 Ärzte und 30 Psychologische Psychotherapeuten (davon 16 verhaltenstherapeutisch und 14 psychodynamisch tätige) aber kein Kinder-/Jugendpsychotherapeut über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung, obwohl weit mehr Kollegen in ihren Fort- und Weiterbildungen mindestens ein Entspannungsverfahren erlernt haben dürften. Die eigentliche Potenz von Autogenem Training (AT n. Schultz) und Progressiver Relaxation (PR n. Jacobson) spiegelt sich darin ebenso wenig wider, wie in der neuen terminologischen Klassifikation als „übende und suggestive Techniken".

Hilfe zur Selbsthilfe

In den Grundstufen von AT und PR wird in acht bis zwölf Sitzungen vermittelt, systematisch eine trophotrope Reaktionslage sowie ein meditatives Gewahrsein einzuleiten, welches auf innere Vorgänge einge-

Abrechnung übender Verfahren in Bremen und Bremerhaven

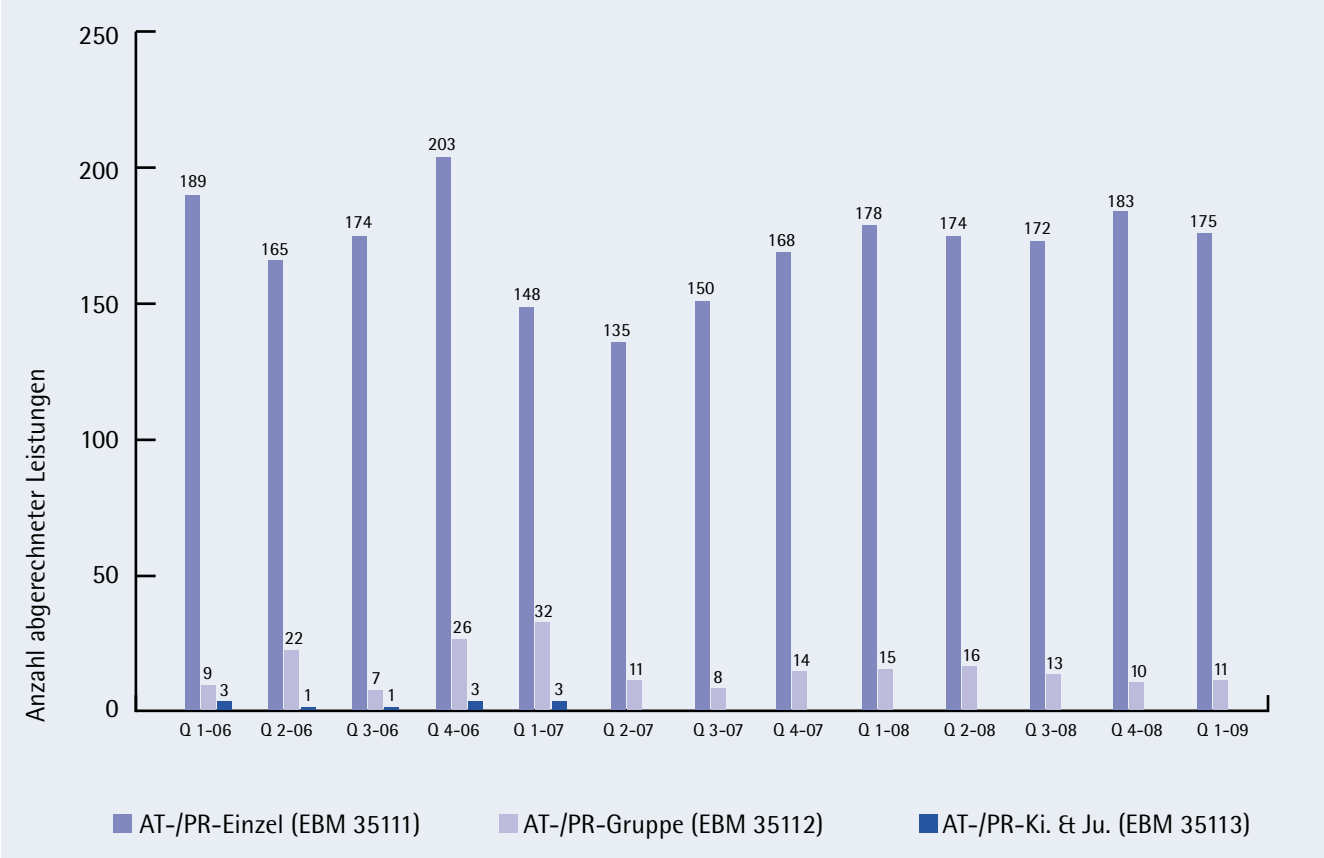


Abbildung.

Präventionskurse aus dem Bereich „Stressreduktion/Entspannung“				
	Region	∑ TNZ	TNZ AT	TNZ PR
hkk Bremen*	Bremen	947	113	77
AOK Bremen und Bremerhaven*	Bremen	828	120	132
VHS Bremen*	Bremen	2.990	152	40
Zum Vergleich: Med. Dienst d. GKV-Spitzenverbandes*	BRD	347.502	k.A.	k.A.

*(*Quelle: lt. Selbstauskunft)*

Tab.: Teilnehmerzahlen (TNZ) aus dem Jahr 2008.

engt ist. Ziel ist es, den Kundigen in die Lage zu versetzen, sich tief zu entspannen und selbstverantwortlich seine salutogenen Ressourcen auszubauen. Das verweist auf einen Vorzug übender Verfahren – statt von einem Behandler abhängig zu machen, intendieren sie Hilfe zur Selbsthilfe – aber auch auf die „Achillesferse“: Möglichst tägliches Eigentraining ist unverzichtbar. Insofern konfrontieren AT und PR – seriös und nicht als „Entspannung-Light“ vermittelt! – eine postmoderne Konsumhaltung.

State of the art

Auch ihre wohl prominentesten Wirkungen: Entschleunigung und Kontemplation scheinen auf den ersten Blick nicht so recht in eine Welt der exponential steigenden Geschwindigkeit und des permanenten Komplexitätszuwachs zu passen. Auf den zweiten Blick sind übende Verfahren aber z. B. vor dem Hintergrund zunehmender psychischer Störungen absolut state of the art: Regelmäßig praktiziert fördern sie die Psychohygiene, stärken Konzentration, Regenerations- und Distanzierungsfähigkeit (abschalten können) sowie Stressresilienz (Gelassenheit), harmonisieren die Affektregulation (Selbstberuhigung) und verbessern die Introspektion (Zentrierung).

Bandbreite der Indikationen

Folglich sind AT und PR bei auf Disstress basierenden, „nervösen“ Beschwerden indiziert (z. B. vegetative und emotionale Dysregulation, Erschöpfungszustände, Schlafstörung). Weitere Hauptindikationsgebiete sind somatoforme Störungen zzgl. organischer Beschwerden, die seelisch mitbedingt sind, und Ängste, wie sie als zentrales oder begleitendes Thema bei vielen Störungen vorkommen. Therapieunterstützend werden sie erfolgreich u.a. bei diversen Abhängigkeitserkrankungen sowie Störungen aus dem depressiven Formenkreis angewandt. Zusätzliche Möglichkeiten bieten die Fortgeschrittenstufen oder die autogene Meditation (weswegen man z. B. in Österreich seit 2003 eine „Autogene Psychotherapie“ kennt). Kontraindikationen ergeben sich aus altersgemäßen Begrenzungen (für Kinder liegen eigene Manuale vor) oder intellektuellen Voraussetzungen (z. B. Demenz, verminderter IQ) und aus dem Verlust an Selbstverfügbarkeit (z .B. Psychose, gering integrierte Borderline-Störung, schwere Depression, akute Krise). Zur Vermittlung der übenden Verfahren gibt es sowohl methodisch-didaktische Richt- und Leitlinien, als auch einen Konsens über die Qualifikation von Anleitern. Über die gute Wirksamkeit liegen zahlreiche Studien vor, Differentialindikationen „aktiveres PR“ vs. „passiverem AT“ werden diskutiert.

Aufgrund der hohen Versorgungsrelevanz sollten Berufsverbände, Kammern usw. „Entspannung(sverfahren)“ stärker als psychotherapeutische Kernkompetenz fokussieren. Nicht nur wegen der immensen prophylaktischen Bedeutung, sondern auch weil der Vermittlung einer spezifischen Entspannungsfähigkeit generell eine Schlüsselfunktion für gelingende Therapien zukommt. Auch die Honorierung wäre noch verbesserungswürdig.

Ergänzende Informationen im Internet unter www.bjoern-husmann.de.

„Zukunftsmusik“

Darüber hinaus wird es in Zukunft wichtig sein, übende Verfahren auszubauen, denn AT und PR sind nicht die alleinigen Königswege zu Entspannung usw. Es gibt multiple Schnittmengen z. B. mit Biofeedback, Atemarbeit, Yoga, Tai Chi und vor allem meditativ-achtsamkeitsbasierte Methoden. Hier bieten sich zahlreiche Chancen einer fachlichen Erweiterung, die zu nutzen im Angesicht der malignen psychischen Belastungen dieser Dekade eine gesundheitspolitische Aufgabe von hohem Rang ist.

Literatur beim Verfasser.

Björn Husmann,
Diplompsychologe, Psychotherapeut,
Bremen

Metamizol

Alle Jahre wieder…

In den letzten Jahren ist wieder einmal eine deutliche Zunahme der Verordnungen von Metamizol zu beobachten. Die bekannten, potenziell lebensbedrohlichen Nebenwirkungen können bei unsachgemäßem Einsatz zu Schadensersatzansprüchen führen.

Nach dem aktuellen Arzneiverordnungsreport (AVR 2009) sind im Jahr 2008 knapp 190 Mio. definierter Tagesdosen (DDD) nicht-opioider Analgetika zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben worden. Mehr als die Hälfte (über 100 Mio.) dieser Verordnungen betrafen ein Präparat mit dem Wirkstoff Novaminsulfon, besser bekannt als Metamizol. Dies muss den kritischen Leser erstaunen, besteht für diese Substanz gemäß der offiziellen Zulassung doch eine erheblich eingeschränkte Indikation, was seinem besonderen Arzneimittelrisikoprofil geschuldet ist. Bereits 1922 wurde der Wirkstoff als Medikament Novalgin von der Firma Hoechst in den deutschen Arzneimittelmarkt eingeführt. Es verzeichnet, nach über die Jahre hinweg großen Aufwärts- und Abwärtsbewegungen bei den Verordnungszahlen, im vergangenen Jahrzehnt nun wieder einen konstanten Verordnungszuwachs, der allein 2008 über 15 Prozent betrug.

Wirkungsspektrum von Metamizol

Ohne Zweifel besitzt Metamizol unter den nicht-sauren Nicht-Opioidanalgetika mit die höchste analgetische und antipyretische Wirkung. Seine antiphlogistische Effektivität ist allerdings im Vergleich zu den klassischen nicht-steroidalen Antirheumatika eher schwach ausgeprägt. Die besondere Beliebtheit mag auch durch seine zusätzliche spasmolytische Wirkung bedingt sein, wodurch es sich von allen anderen Analgetika abheben soll. Zwar ist Metamizol anders als andere Analgetika speziell auch für Koliken der Gallen- und Harnwege zugelassen; in klinischen Studien ist aber auch für nicht-steroidale Antirheumatika wie Diclofenac eine gute Wirkung bei Koliken belegt. Darüber hinaus ist in einer Reihe von randomisierten Studien gezeigt worden, dass bei postoperativen oder anderen Schmerzzuständen oder auch bei Fieber Paracetamol oder nichtsteroidalen Antirheumatika eine vergleichbare Effektivität wie Metamizol aufweisen. Vor allem nach größeren operativen Eingriffen stellt Metamizol keinen adäquaten Ersatz für Opioide dar.

Lebensbedrohliche Nebenwirkungen

Die größte, weil potenziell tödliche Gefahr von Metamizol ist in seiner Fähigkeit zu sehen, eine akute Agranulozytose auslösen zu können. Bei rechtzeitigem Absetzen des Medikaments kann die Blutbildungsstörung zwar reversibel verlaufen, gerade bei Fortsetzung der Therapie ist jedoch mit einer hohen Mortalität von bis zu 25 Prozent zu rechnen. Zum Glück ist das Auftreten dieser Agranulozytosen insgesamt selten. Die exakte Frequenz wird seit Jahren zudem sehr kontrovers diskutiert. Während die seinerzeit „Boston-Studie" genannte retrograde Erhebung eine Häufigkeit von etwa einem Agranulozytose-Fall pro einer Mio. Wochenanwendungen von Metamizol errechnete, fand sich in einer späteren schwedischen Studie eindeutig ein deutlich höheres Agranulozytoserisiko von bis zu einer pro 1.500 Verordnungen. Als Gründe für die extrem unterschiedlichen Häufigkeitsangaben werden unterschiedliche Definitionen und Bezugsgrößen der Agranulozytose-Fälle genannt, ein vielleicht regional unterschiedliches Risiko sowie unterschiedliche Therapiedauer und Applikationsarten. Deutlich häufiger und damit für die Praxis relevanter ist vermutlich die anaphylaktische oder anaphylaktoide Reaktion, die insbesondere nach parenteralen Gaben beobachtet wird, schwer therapierbar ist und lebensbedrohlich verlaufen kann. Daraus leitet sich auch die Forderung ab, Metamizol – wenn denn eine Indikation gesehen wird – so selten wie irgend möglich intravenös oder intramuskulär zu verabreichen.

Risiko und Nutzen sorgsam abwägen

Aufgrund seines Nebenwirkungsrisikos wurde Metamizol in einigen Ländern der Welt die Zulassung entzogen oder primär gar nicht ausgesprochen, darunter in den skandinavischen Ländern, in Großbritannien und in den Vereinigten Staaten. Vor diesem Hintergrund erstaunt umso mehr, dass vor allem in den deutschsprachigen Ländern Metamizol eine der beliebtesten nicht-opioiden analgetischen Substanzen ist. Einmal wieder bleibt warnend zu konstatieren, dass eine großzügige Verordnung von Metamizol unter Nichtbeachtung der eingeschränkten Indikation und ohne sorgsame Risiko/Nutzen-Abwägung im Schadensfall von jedem Gericht dieser Welt als ärztlicher Behandlungsfehler eingeschätzt werden kann. Keine pharmakologische Stellungnahme könnte die/den betroffenen Kolleginnen/Kollegen davor schützen, zur Verantwortung gezogen zu werden. Die glücklicherweise relativ geringe Frequenz der bedrohlichen oder gar fatalen Nebenwirkungen scheint eine sichere Substanz anzudeuten. Doch diese Sicherheit ist trügerisch. Es sei jeder Kollegin und jedem Kollegen angeraten, das ungenügende Ansprechen alternativer analgetischer Therapieversuche unmissverständlich zu dokumentieren, bevor Metamizol verordnet wird. Dies gilt insbesondere auch beim Einsatz im Rahmen von Schmerzbehandlungskonzepten. Mögen die Wirkungen noch so erfreulich-effektiv und die bedrohlichen Nebenwirkungen subjektiv als noch so selten empfunden sein: Metamizol kann und darf nicht gleichberechtigt mit den anderen nicht-opioiden Analgetika als erste Wahl beschrieben werden.

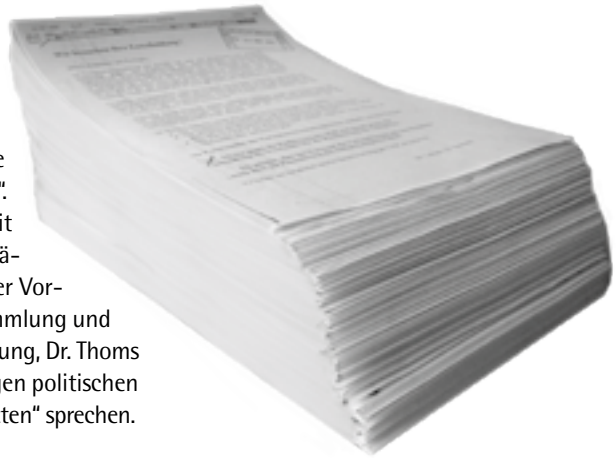
Prof. Dr. Bernd Mühlbauer,
Dr. Hans Wille,
Institut für Pharmakologie,
Klinikum Bremen-Mitte

Vertreterversammlung der KV Bremen

Nein zur eGK – um jeden Preis

Die KV Bremen wird nicht mit den Krankenkassen über die Finanzierung von Lesegeräten für die elektronische Gesundheitskarte verhandeln. Ein spektakulärer Beschluss, den die Vertreterversammlung auf ihrer Septembersitzung getroffen hat.

Deutlicher hätte das Votum nicht sein können. Nein, nicht das Abstimmungsergebnis der Vertreterversammlung zur Beschlussvorlage „Einsatz und Finanzierung von eGK-Lesegeräten in den Praxen". Das war nach leidenschaftlich geführter Debatte schließlich denkbar knapp: Acht Vertreter votierten gegen die Verhandlungen, fünf dafür, drei enthielten sich der Stimme. Es war das Ergebnis der Basisbefragung, das mit Fug und Recht als drastisch bezeichnet werden kann: 1.050 Praxen in Bremen und Bremerhaven waren angeschrieben worden, 788 antworteten. Und 758 (96 Prozent) davon setzten ihr Kreuz in die Spalte „Ich bin gegen die Einführung der eGK und damit gegen die Verhandlung des Vorstandes für die Finanzierung der Lesegeräte". Nur 13 sprachen sich explizit für die Aufnahme von Gesprächen aus. Deshalb konnte der Vorsitzende der Vertreterversammlung und Mit-Initiator der Basisbefragung, Dr. Thoms Liebsch, von einer „eindeutigen politischen Willensäußerung von uns Ärzten" sprechen.



Ein ganz schön großer Haufen: 788 Praxen antworten auf den Faxaufruf, davon sind 758 gegen die eGK.

Basisbefragung liefert klare Ergebnisse

Und dennoch taten sich die Mitglieder der Vertreterversammlung mit ihrer Entscheidung schwer. Die Diskussion kreiste um zwei Fragen: Kann eine Basisbefragung eine bereits gefällte Gremienentscheidung kippen? Immerhin hatte die Vertreterversammlung – wenn auch mit knapper Mehrheit – bereits im Juni den KV-Vorstand zu Verhandlungen ermächtigt. Und darf sich eine Vertreterversammlung gegen Vorgaben auf Bundesebene stellen? Denn die eGK ist beschlossen. Sie wird kommen. Die Frage ist nur, wann sie Bremen erreicht. Trotz dieser Bedenken gab es am Ende die knappe Mehrheit gegen die Aufnahme von Verhandlungen. Damit sind dem KV-Vorstand qua Beschluss die Hände gebunden. Er kann nicht, wie zum Beispiel in Nordrhein geschehen, Prämien für die KV-Mitglieder mit den Kassen aushandeln, was bedeutet hätte, dass die Lesegeräte nahezu kostenlos von den Praxen angeschafft hätten werden können. Dabei geht es um Summen zwischen 400 und 800 Euro. Diese bittere Pille ist die Mehrheit der Vertreterversammlung und die Ärzteschaft in Bremen und Bremerhaven offensichtlich bereit zu schlucken. Kinderarzt Dr. Stefan Trapp: „Die KV-Mitglieder haben uns deutlich mitgeteilt, dass sie sich nicht für 400 Euro den Schneid abkaufen lassen."

Auswirkungen sind nicht absehbar

Ob dieses politische Votum der Bremer Ärzte und Psychotherapeuten letzen Endes auch praktische Folgen haben wird, hängt von zwei Faktoren ab. Wird die senatorische Behörde gegebenenfalls den Beschluss einkassieren? Und wenn sie es nicht tut: Wie werden sich Ärzte und Psychotherapeuten verhalten, wenn sie der so genannte Roll-out der eGK sprichwörtlich überrollt – und sie die Lesegeräte notgedrungen und aus eigener Tasche anschaffen müssen? Das wird vermutlich schon im ersten Halbjahr 2010 der Fall sein.

Christoph Fox,
KV Bremen

Zuweiserprämien

Clearingstelle in Bremen

In Bremen wird eine Clearingstelle zur Überprüfung von so genannten Zuweiserprämien eingerichtet. Wie der Vorsitzende der KV Bremen, Dr. Till Spiro, auf der Vertreterversammlung im September mitteilte, soll die Stelle paritätisch mit Vertretern der Ärztekammer, der Bremer Krankenhausgesellschaft und der KV Bremen besetzt werden. „Noch wichtiger wäre mir aber zunächst die Öffnung der Black-Box der IV-Verträge", sprach sich Dr. Spiro für deutlich mehr Transparenz in diesem Versorgungssektor aus.

Honorarsituation 2010

Positive Prognose

Nach dem Honorarplus in diesem Jahr geben die Prognosen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Bremen auch 2010 Anlass zur Freude. Demnach ergibt sich ein Honorarplus von etwa zehn Millionen Euro oder 3,7 Prozent zum Vorjahr. Allerdings werden nicht alle Arztgruppen gleichermaßen partizipieren, betonte KV-Vorsitzender Dr. Till Spiro auf der Sitzung der Vertreterversammlung im September. Er forderte eine Vergütungssystematik, die auch die Grundversorger stärker einbezieht. „Nicht nur Hausärzte, sondern auch die fachärztlichen Versorgerpraxen gewährleisten doch die bewährte wohnortnahe medizinische Versorgung unserer Bevölkerung", hob Dr. Spiro hervor.

Vertreterversammlung/Vorstand

So manch eine Metapher wird arg überstrapaziert, zum Beispiel die von dem Schiff, das in ruhigere Gewässer gesteuert wird. Doch genau das ist der Eindruck, den – um im Bild zu bleiben – die Steuerleute der KV Bremen hinterlassen: Selbst Kritiker attestieren Vorstand und Vertreterversammlung eine sachliche und sachorientierte Arbeit.

Einen einzigen Satz hat das Sozialgesetzbuch V übrig, um die Aufgaben von Vorstand und Vertreterversammlung der KVen zu definieren. Mehr als den Hinweis „Selbstverwaltungsorgane" findet man dort nicht. Etwas plastischer werden Fachbücher, die den Vorstand als Regierung bzw. Exekutive der Ärzteschaft und der Psychotherapeuten umschreiben und die Vertreterversammlung als Parlament oder Legislative. Dieses „Ärzteparlament" hat der KV Bremen 2004 eine neue Satzung und Wahlordnung verpasst – nach kontroverser Diskussion, schließlich aber einstimmig.
Demnach ist die Vertreterversammlung von 24 auf 20 Köpfe verkleinert worden. Entscheidend war allerdings eine andere Neuerung. Für die 13. Legislaturperiode wurde erstmals ein hauptamtlicher Vorstand bestimmt. Im Oktober 2004 fiel die Entscheidung zu Gunsten von Dr. Till Spiro. Der Radiologe war zuvor schon für zweieinhalb Jahre der letzte „ehrenamtliche" Vorstandsvorsitzende der KV Bremen. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wählte die Vertreterversammlung den Juristen Günter Scherer – auch er mit einer Vorgeschichte in der KV Bremen. Seit 2002 war er Geschäftsführer. Bemerkenswert an dieser Wahl war die Tatsache, dass erstmals ein Nicht-Arzt an die Spitze der Bremer KV gehievt wurde.

Mitglieder der Vertreterversammlung (13. Legislaturperiode)

- Hubert Bakker, FA für Allgemeinmedizin, Bremen
- Dr. Doris Börger, FÄ für Humangenetik, Bremen
- Dr. Gerhard Gerfelmeyer, FA für Nervenheilkunde, Bremerhaven
- Prof. Dr. Michael Hahn, FA für Chirurgie, Bremen
- Dr. Jörg Hermann, FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bremen
- Dr. Harri Korschanowski, FA für Allgemeinmedizin und Chirurgie, Bremerhaven
- Dr. Wilhelm Kröncke, FA für Augenheilkunde, Bremerhaven
- Dr. Norbert Langen, FA für Orthopädie, Bremen
- Dr. Rolf-R. Leibecke, FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bremen
- Dr. Thomas Liebsch, FA für Allgemeinmedizin, Bremen
- Dr. Anne-K. Nethe, FÄ für Innere Medizin, Bremen
- Dr. Walter Peters, FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bremerhaven
- Prof. Dr. Karl H. Pflüger, FA für Innere Medizin, Bremen
- Dr. Michael Szonn, FA für Psychotherapeutische Medizin, Bremen
- Dr. Iris Steck, FÄ für Nervenheilkunde, Bremen
- Dr. Gerrit Terberger, FA für Innere Medizin, Bremen
- Dr. Stefan Trapp, FA für Kinderheilkunde, Bremen
- Dr. Mathias Wiesner, FA für Allgemeinmedizin, Bremen
- Dr. phil. Hans Nadolny, Psychologischer Psychotherapeut, Bremen
- Klaus Sievers, Psychologischer Psychotherapeut, Bremen

Vorsitzende des Vorstandes

Dr. Till C. Spiro,
Vorsitzender des Vorstandes der KV Bremen

- Geboren 6. April 1950 in Wiesbaden, aufgewachsen in Kassel
- Studium der Kunstgeschichte, Rechtswissenschaften und Medizin in Göttingen, Mainz und München
- Nach juristischem und medizinischem Staatsexamen Weiterbildung zum Facharzt für Radiologische Diagnostik
- Seit 1990 in Radiologischer Gemeinschaftspraxis in Bremen niedergelassen.
- Verheiratet, eine Tochter

Günter Scherer,
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

- Geboren am 9. Mai 1958 in Kobern-Gondorf (Nähe Koblenz)
- Studium der Rechtswissenschaft an der Universität Trier
- 1989 bis 2002 in verschiedenen Leitungspositionen Positionen im Bundesarbeitsministerium, im Bundesministerium für Gesundheit, im Bundeskanzleramt, in der Berliner Senatsverwaltung und bei der AOK Berlin tätig.
- Verheiratet, zwei Töchter

Vorsitzende der Vertreterversammlung

Dr. Thomas Liebsch,
Vorsitzender der Vertreterversammlung

- Geboren am 26. November 1953 in Potsdam,
- Medizinstudium in Berlin
- Weiterbildung für Naturheilverfahren
- Seit 1988 in Bremen niedergelassen
- 1998 Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. Jörg Hermann,
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung

- Geboren am 22. März 1955 in Bremen,
- Medizinstudium in Hamburg
- 1983 bis 1990 Stationierungen bei der Bundeswehr in Hamburg, Delmenhorst und Ulm
- 1990 bis 1992 Dermatologische Klinik des ZKH St.-Jürgen-Straße, Bremen
- Facharzt für Dermatologie und Venerologie
- Seit 1992 in einer Gemeinschaftspraxis in Bremen tätig.

Ein Ereignis mit Ausstrahlungskraft, denn auch in anderen KVen wie zum Beispiel in Hamburg wurden später nicht-ärztliche Vorstände gewählt. Das aktuelle Führungsquartett komplettierten 2006 Hausarzt Dr. Thomas Liebsch und Dermatologe Dr. Jörg Hermann. Die Vertreterversammlung wählte sie einstimmig zu ihrem neuen Vorsitzenden bzw. zum Stellvertreter. Die Neuwahl war notwendig geworden, weil der bis dato amtierende Vorsitzende seinen Rücktritt erklärt hatte. Von Rücktritten und anderen Querelen, wie es sie in der Vergangenheit gab, blieb die KV Bremen in den letzten Jahren verschont. Für etwas Aufregung wird allerdings das kommende Jahr sorgen. Dann werden Vertreterversammlung und Vorstand für die 14. Legislaturperiode gewählt.

Einigung

Grünes Licht für § 116 b in Bremen

KV, Kassen und GeNo haben sich auf einen Vertragsentwurf zur ambulanten Öffnung der vier städtischen Verbundkliniken nach § 116b SGB V verständigt. Der Kompromiss steckt enge Grenzen.
Es ist genau ein Jahr her, da machte der Geschäftsführer der Gesundheit Nord (GeNo) publik, dass er die städtischen Kliniken für die ambulante Behandlung nach § 116b SGB V öffnen wolle. Der Aufschrei der niedergelassenen Ärzte war groß – und eine einvernehmliche Lösung schien nahezu unmöglich. Doch genau diese Lösung, die den Krankenhäusern die neue Versorgungsform ermöglicht, gleichzeitig die Niedergelassenen nicht vor den Kopf stößt und in die Strategie der Krankenkassen passt, ist offensichtlich gefunden worden. Was ist passiert?

Einmaliger Kompromiss

In mehreren Verhandlungsrunden haben sich seit Januar Krankenkassen, Klinikholding und KV Bremen angenähert. Die einen haben ihre Totalverweigerung aufgegeben, die anderen sind von ihren Maximalforderungen abgerückt. Herausgekommen ist ein Kompromiss, der „deutschlandweit einmalig" ist, wie KV-Vorsitzender Dr. Till Spiro betont. Eine grenzenlose Ausweitung der Klinikambulanzen wird es in Bremen nicht geben. Dafür sorgen zwei Instrumente, die in dem dreiseitigen Vertrag implementiert sind: Für viele der 16 GeNo-Anträge (siehe Kasten) ist entweder eine Mengenbegrenzung und/oder ein Facharztfilter festgeschrieben. Beispiel onkologische Erkrankungen: Hier ist eine strikte Mengenregulierung verhandelt, die sich aus den Fallzahlen der ermächtigten Klinikärzte und den Zahlen der teilstationären Versorgung auf Basis des Jahres 2008 ergibt.

§ 116b – Wo und was

- Mukoviszidose; LDW
- Hämophilie; KBM
- Biliäre Zirrhose; KBM
- Primär sklerosierende Cholangitis; KBM
- Morbus Wilson; KBM
- Marfan-Syndrom; LDW
- Onkologische Erkrankungen; KBM, KBN, KBO, LDW
- HIV/Aids; KBM
- Rheumatologische Erkrankungen (Kinder und Jugendliche); KBM
- Multiple Sklerose; KBO (Erwachsene), KBM (Kinder)
- Anfallsleiden; KBO (Erwachsene)
- Pädiatrische Kardiologie; LDW

KBM: Klinikum Bremen-Mitte, KBN: Klinikum Bremen-Nord, KBO: Klinikum Bremen-Ost, LDW: Klinikum Links der Weser

Vertreterversammlung lobt Ergebnisse

Aus Sicht der Niedergelassenen sind damit einer Ausweitung der 116b-Ambulanzen enge Grenzen gesetzt. Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat das Verhandlungsergebnis in ihrer Oktobersitzung ausdrücklich gelobt. Als „Bravourstück politischen Handelns" bezeichnete Dr. Jörg Hermann, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung, die Arbeit des KV-Vorstandes. Immerhin hatte dieser den Verhandlungspartnern einen Kompromiss abgerungen, wo ein Dauerkonflikt möglich gewesen wäre. Denn § 116b würde den Kliniken auch „Alleingänge" ermöglichen. Dafür schluckte die Vertreterversammlung eine bittere Pille: Hausinterne Überweisungen von Klinik in 116b-Ambulanzen sind erlaubt – wenn auch nur in Ausnahmefällen. Sobald alle Unterschriften unter den Vertrag gesetzt sind, kann § 116b in Bremen zum 1. Januar 2010 starten. Eine Laufzeitbegrenzung gibt es nicht. Dafür aber eine Ausstiegsklausel: Wenn die GeNo kündigt, verliert die Klinikholding alle Rechte aus § 116b (Ausnahme: berechtigte fristlose Kündigung). Auch das beruhigte die Vertreterversammlung.

Christoph Fox,
KV Bremen

KV SafeNet

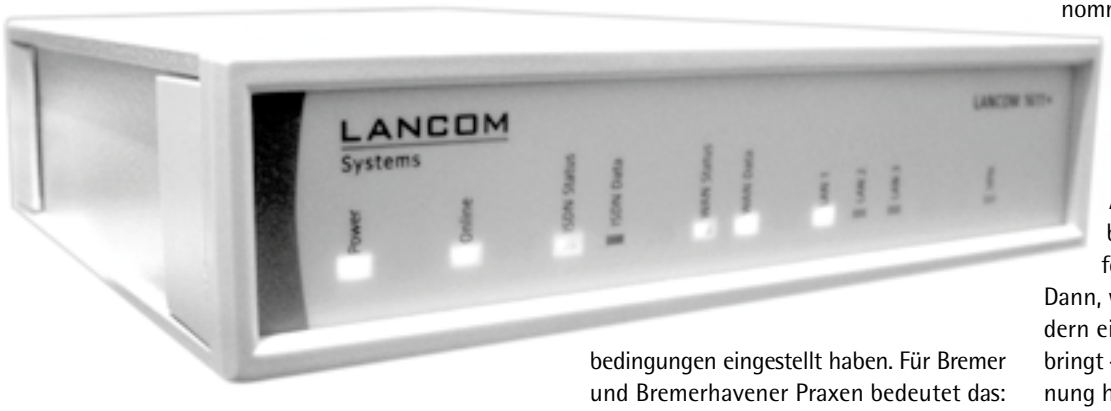
Sicherheit aus der Box

Einige KVen verabschieden sich klamm und heimlich aus der Online-Initiative KV-SafeNet. Zu teuer und zu unkomfortabel für die Nutzer, argumentieren sie.

Stimmt nicht, hält der EDV-Leiter der Bremer KV entgegen. „Das Gegenteil ist richtig", begründet Gottfried Antpöhler, warum Bremen am SafeNet festhält.

Erste Behauptung: Es ist zu teuer

Der Einstieg ins KV-SafeNet ist nicht umsonst. Sicherheit kostet Geld und folgerichtig ist SafeNet teurer als ein normaler Internetanschluss.



Ein zertifizierter Router ist anzuschaffen, ggf. ein Techniker für Installation und Konfiguration zu bezahlen. Dazu kommen monatliche Providerkosten für die Datenleitung. Kosten verursacht allerdings auch die von einigen KVen bevorzugte softwaregebundene Lösung – und zwar für Hardware. Was beim KV-SafeNet der Router ist, ist bei dieser Variante ein vom Praxisnetz getrennter Internet-PC mit entsprechender Software. Wer sich die Kosten für einen solchen „Standalone"-Rechner sparen will, kann zwar auf einem Praxis-PC ein Programm installieren, das einen Computer virtuell simuliert. Ein kostengünstiger Trick. Nicht alle sind restlos von der Sicherheit überzeugt. Denn in diesem Fall muss der Arzt dafür Sorge tragen, dass er die Kontrolle über die Konfiguration der Software behält. Allerdings sind nur die wenigsten Ärzte ausgewiesene EDV-Fachleute. „Eine zertifizierte Routerbox bleibt das Mittel erster Wahl zum Schutz sensibler Patientendaten vor Internetattacken", betont EDV-Leiter Antpöhler.

KV-S@feNet
Die Online-Initiative der Kassenärztlichen Vereinigungen

Zweite Behauptung: Es ist unkomfortabel

Ärzte und Psychotherapeuten ohne ausgeprägtes Faible für technische Innovation stellen Veränderungen bei der Praxis-Technik immer vor Herausforderungen. Auch deshalb ist der Start in die verbindliche Online-Abrechnung um ein Jahr auf Januar 2011 verschoben worden. Spätestens bis dann müssen sich alle Praxisinhaber in Deutschland auf die veränderten Rahmenbedingungen eingestellt haben. Für Bremer und Bremerhavener Praxen bedeutet das: KV-SafeNet. Mit wenigen Klicks können die Nutzer unter anderem die Abrechnungsdaten an die KV senden. Ein Vorteil, den die softwarebasierte Variante nicht hat. Hier müssen die Daten, die sich im Verlauf eines Quartals auf den Praxisrechnern angesammelt haben, über einen USB-Stick auf den Internet-PC übertragen werden. Von dort werden sie schließlich via Internet an die KV versendet. Dieser „Medienbruch" bedeutet vor allem eins: ein hektisches Hin und Her von Patientendaten. Vom PC auf den Stick, wieder auf den PC und dann ins Internet. Nicht zu reden davon, dass USB-Speicherstick, Benutzername und Kennwörter getrennt aufbewahrt werden müssen, um den hohen Sicherheitsanforderungen an den Datenschutz einer Arztpraxis gerecht zu werden.

KV-SafeNet: Was ist das?

Das KV-SafeNet ist ein von KVen und der KBV definiertes Sicherheitskonzept, das den Nutzern einen gefahrlosen Zugang zu den Telematik-Diensten der KVen ermöglicht. Im Zentrum steht eine „Box" – der SafeNet-Router – mittels derer der Anwender eine verschlüsselte Verbindung zu den beteiligten Servern der KVen aufbaut. Faktisch sind Angriffe aus dem Internet unmöglich, die sensiblen Sozialdaten der Patienten bleiben geschützt. Darüber hinaus bietet KV-SafeNet den Nutzern Mehrwert, beispielsweise kann online abgerechnet werden. Ein wichtiger Aspekt, zumal 2011 die Online-Abrechnung für alle Praxen verbindlich wird.

KV-SafeNet: Und wie geht's weiter?

300 Nutzer in Bremen und Bremerhaven haben mittlerweile die Technikhürde genommen und sind im KV-SafeNet angekommen. Die finanzielle Förderung durch die KV, die Ende des Jahres ausläuft, dürfte dazu beigetragen haben. Etwa 150 Ärzte und Psychotherapeuten stehen noch auf der Anmeldeliste. Damit ist die Quote bundesweit einmalig. Doch der Erfolg wird an anderer Stelle gemessen. Dann, wenn die IT-Struktur ihren Anwendern einen echten Mehrwert und Service bringt – und zwar über die Online-Abrechnung hinaus. Heute ist unter anderem die elektronische Dokumentation von DMP-Programmen möglich. Derzeit wird in das Bremer KV-SafeNet ein schneller Arzneimittel-Informationsdienst implementiert, der eine persönliche Auswertung des Verordnungsmanagements erlaubt. Aktuell laufen Pilotprojekte zum Austausch von Arztbriefen und für Labor-Überweisungen. Ansprechpartner bei der KV Bremen ist Gottfried Antpöhler, Tel. 0421/3404-121.

Christoph Fox,
KV Bremen

50 Jahre Ärztekammer Bremen

Feierlicher Empfang im Rathaus

Aus Anlass des 50-jährigen Jubiläums der Ärztekammer Bremen hatte der Vorstand am 18. September 2009 zahlreiche Freunde und Weggefährten der Kammer zu einer Feierstunde in die Obere Rathaushalle eingeladen. Die Gäste aus Politik und Gesundheitswesen, aber vor allem viele ehrenamtlich engagierte Ärztinnen und Ärzte, feierten 50 Jahre erfolgreiche ärztliche Selbstverwaltung.

Die „Blechlights" sorgten für die musikalische Untermalung.

Prof. Dr. Detlev Ganten, Vorsitzender des Stiftungsrates Stiftung Charité.

Dr. Klaus-Dieter Wurche, Präsident der Ärztekammer Bremen.

Ingelore Rosenkötter, Bremer Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Dr. Frank-Urlich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer.

Dr. Klaus-Dieter Wurche, Ingelore Rosenkötter, Prof. Dr. Detlev Ganten (v. li.).

Dr. Heidrun Gitter, Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen.

Prof. Dr. Karsten Vilmar, Dr. Klaus-Dieter Wurche, Dr. Till C. Spiro (v. li.).

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Veranstaltungsinformationen

Forum Junge Medizin
Wie erstelle ich eine gute Diagnose?
Die Veranstaltung bietet jungen Ärztinnen und Ärzten ein Forum, um sich auszutauschen und zu vernetzen. Eigene Themen können gern eingebracht werden.
Termin: 10. November 2009, 19.00 – 20.30 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Ästhetische und Plastisch-Rekonstruktive Mammachirurgie
In Kooperation mit der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie des Klinikum Bremen-Mitte.
Die Entscheidung für einen operativen Eingriff an der Brust fällt zum Teil aus ästhetischen Gründen, zum Teil erwarten Patientinnen die Wiederherstellung der Integrität ihres Körpers. In jedem Fall bedarf es eines individuellen Behandlungskonzepts. Möglichkeiten, Sonderfälle und aktuelle Nachbehandlungskonzepte werden interdisziplinär diskutiert.
Termin: 11. November 2009, 16.00 – 20.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (5 PKT)

Einführungsseminare QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen
Termin: 13. – 14. November 2009, Freitag 17.00 – 21.00 Uhr, Samstag 8.30 – 17.15 Uhr
Kosten: 235,-/150,- Euro (18 PKT)

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

Fit für den Facharzt – Radiologie
Radiologisches Therapiemonitoring in der Onkologie
Termin: 17. November 2009, 18.00 – 19.30 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Fit für den Facharzt – Innere Medizin
Pneumologie: Asthma/COPD
Termin: 17. November 2009, 19.00 – 20.30 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

MDT-Mechanische Diagnostik und Therapie nach Robin McKenzie; Diagnostik und Therapie von Wirbelsäulenbeschwerden im Kontext von Evidenz und Effizienz
In Kooperation mit dem Fortbildungszentrum des Bremer Lehrinstituts für Physiotherapie. In den USA ist MDT mittlerweile Bestandteil „muskuloskelettaler" Leitlinien und das meistverwendete Konzept in der Behandlung von Wirbelsäulenpatienten. In der Veranstaltung sollen Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts sowie erste klinische Eindrücke vermittelt werden.
Termin: 18. November 2009, 14 .00 – 18.30 Uhr
Kosten: 60,- Euro (6 PKT)
Veranstaltungsort: Fortbildungszentrum des Bremer Lehrinstituts für Physiotherapie, Westerstr. 35, 28199 Bremen
Anmeldung und nähere Information unter Tel.: 0421/6267400

Fortbildungsreihe Bremerhaven: Prävention
Termin: 18. November 2009, 19.30 – 21.30 Uhr
Ort: Hochschule Bremerhaven
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT).

Kommunikationstraining für Ärztinnen und Ärzte
Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft und der Universität Heidelberg.
Termin: 19. – 21. November 2009, Donnerstag 17.30 – 21.00 Uhr, Freitag 9.00 – 18.00 Uhr, Samstag 10.00 – 16.00 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Bremen
Kosten: 90,- Euro (25 PKT)

Psychotraumatologie für professionelle Helferinnen und Helfer in Hochrisikoberufen
Der Umgang mit Gefahren, Not und Leid ist täglicher Bestandteil der Arbeit von Hochrisikoberufen. Wissenschaftliche und praktische Erfahrungen belegen, dass auch die Helferinnen und Helfer selbst körperliche und seelische Belastungsreaktionen zeigen. Auf die Dauer können die Leistungsfähigkeit im Beruf und die Lebensqualität beeinträchtigt werden. Selbstfürsorge und Fürsorge durch die Institution haben sich als notwendig und hilfreich erwiesen. In dem Seminar werden mögliche Reaktionen auf traumatischen Stress und dessen Bewältigungsmöglichkeiten dargestellt. Wege der Selbsthilfe, der Kameradenhilfe, der Krisenintervention und der Psychotherapie werden aufgezeigt.
Termin: 25. November 2009, 15.00 – 18.30 Uhr
Kosten: 18,- Euro (4 PKT)

Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs mit medizinischer Indikation (§ 218a(1) StGB) im Schwangerschaftskonfliktgesetz
Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW sind gesetzlich neu geregelt worden. Die Veranstaltung informiert über die rechtlichen Aspekte, zeigt die Perspektive des Pränataldiagnostikers, thematisiert ethische Konflikte und gibt Einblick in die Beratungspraxis.
Termin: 27. November 2009, 15.00 – 19.00 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)

Evaluation der Weiterbildung

Erfolgreicher Abschluss der Umfrage

Die Ärztekammer Bremen möchte allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und allen zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzten, die sich an der Evaluation der Weiterbildung beteiligt haben, für ihre Teilnahme danken. „Wir freuen uns, dass die Beteiligung in beiden Gruppen weit über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dieses spiegelt das Interesse wider, das unsere Ärztinnen und Ärzte an einer guten Weiterbildung haben", resümiert Dr. Klaus-Dieter Wurche, Präsident der Ärztekammer Bremen, zufrieden.

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Von 796 gemeldeten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung haben sich 346 an der Umfrage beteiligt, das entspricht einer Rücklaufquote von 43,47 Prozent. Damit liegt Bremen in dieser Gruppe an erster Stelle, die bundesweite Rücklaufquote beträgt 32,76 Prozent.

Weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte

In dieser Gruppe liegt die Rücklaufquote bei 74,3 Prozent (von 179 „aktiven" Weiterbildungsbefugten beteiligten sich 133). Dieses bedeutet im Bundesvergleich den dritten Platz. Die bundesweite Beteiligung beträgt 60,43 Prozent.

Sehr erfreulich ist das Ergebnis, berechnet nur für die weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken. Hier lag die Beteiligung bei 91 Prozent! Von 103 Ärztinnen und Ärzten haben 94 teilgenommen.

106 von insgesamt 285 Weiterbildungsbefugten machten von der Möglichkeit Gebrauch sich „inaktiv" zu melden. Sie teilten mit, dass sie derzeit nicht weiterbilden.

Im Vergleich zum ersten Durchgang der Umfrage, der 2006/2007 stattfand, sind die Teilnahmequoten deutlich gestiegen. Trotzdem wäre eine noch bessere Beteiligung gerade der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wünschenswert, denn letztlich geht es um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für diese Gruppe. Mit Spannung werden nun die inhaltlichen Ergebnisse, die im Januar 2010 vorliegen sollen, erwartet.

Brigitte Bruns-Matthießen,
Leiterin Abteilung für Weiterbildung,
Ärztekammer Bremen

Honorarärztliche Tätigkeit

Teilnehmer für Onlinestudie gesucht

Die Universität Homburg Saar führt im Rahmen einer Doktorarbeit eine bundesweit angelegte Online-Befragung von Ärzten zum Thema „Honorarärztliche Tätigkeit" durch. Der Bundesverband der Honorarärzte (www.bv-honoraraerzte.de) unterstützt diese Studie und bittet um Unterstützung. Die Studie ist über die Internetadresse: www.honorararztstudie.de erreichbar. Dort finden sich auch weitere Informationen zu den Hintergründen und zur Teilnahme sowie zum Datenschutz. Die Befragung ist anonym und richtet sich an alle Ärzte, die entweder teilweise oder Vollzeit als freiberuflicher Honorararzt tätig sind. Dazu zählen auch Vertragsärzte, so genannte „externe Notärzte" und Ärzte, die Klinik- oder Praxisvertretungen durchführen.

Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen

25-jähriges Dienstjubiläum im Versorgungswerk

Gisela Krüger

Am 27. Oktober 2009 war Gisela Krüger 25 Jahre für das Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen tätig. Als gelernte Versicherungskauffrau begann sie am 21. Juni 1982 als Sachbearbeiterin im Versorgungswerk. Seitdem hat sie ihre vielfältigen Tätigkeiten nur für zwei Jahre Elternzeit unterbrochen. Gisela Krüger war im Laufe der Jahre mit Ausnahme der Vermögensverwaltung in allen Abteilungen unserer Versorgungseinrichtung tätig. Zusätzlich hat sie ihr großes Fachwissen durch Fortbildungen in den Bereichen Rechnungswesen, Finanzbuchhaltung und EDV erweitert. 1986 wurde Gisela Krüger Gruppenleiterin und 2000 Leiterin des Rechnungswesens, zu dem die Bereiche Finanz- und Mitgliederbuchhaltung, das Beitrags- und das Rentenwesen gehören. Wegen ihrer umfangreichen EDV-Kenntnisse ist Gisela Krüger auch wichtigste Ansprechpartnerin bei der Entwicklung und Implementierung neuer Software. Ihre sehr schnelle Auffassungsgabe, ihre besonderen Fachkenntnisse, ihre Zuverlässigkeit und ihre sehr hohe Belastbarkeit gaben zudem Anlass, ihr die Vertretung der stellvertretenden Geschäftsführerin anzuvertrauen, die wegen Elternzeit vorübergehend nur in Telearbeit für das Versorgungswerk tätig war. Gisela Krüger ist vor allem eine unentbehrliche Stütze der Geschäftsführung und aller übrigen Mitarbeiterinnen, denen sie immer mit Rat und Tat zur Seite steht.

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. Dr. Peter Bagus, Dr. Klaus Brücher, Brigitte Bruns-Matthießen, Christoph Fox, Dr. Hans Haack, Björn Husmann, Prof. Dr. Bernd Mühlbauer, Dr. Hans Nadolny, Dr. Diana Reichhelm, Martin Schumacher, Christian Warrlich, Dr. Hans Wille
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
Verantwortlich für die Anzeigen:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH, Melanie Schulz, Walderseestraße 48, 30177 Hannover,
Tel. 05 11/90 92 50-0
Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. I/09, gültig ab 1. Januar 2009.
Druck:
Albat und Hirmke GmbH, Hannover, gedruckt auf

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

Stellenmarkt

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

Fachärztin
sucht Mitarbeit in ärztl.-psychotherapeut. Praxis für ca. 1 Tag/Woche.
Tel. 0421/2446716

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

Allgemeinärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis (hausärztlich)
umsatzstark, Nähe Bremen, breites Spektrum mit Sonographie, Ergotherapie, Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin usw., modern eingerichtet, sucht Nachfolger für den aus Altersgründen ausscheidenden Partner.
Chiffre 091101

Allgemeinarzt/-ärztin ab Frühjahr 2010 für Einstieg in GP in Brinkum gesucht.
10 Minuten von der Bremer City wird ein/e Kollege/in gesucht für effektive Zusammenarbeit in entspannter Atmosphäre. Bei entsprechendem Einsatz bestehen überdurchschnittliche Gewinnmöglichkeiten. Wunscharbeitszeiten nach Absprache (**Teilzeit** z.B. ab 20h/Woche auch **möglich**). Besonders **gut geeignet, um Beruf und Familie relativ stressarm zu bewältigen.** Neben der hausärztliche Rundumversorgung sind Chirotherapie und Akupunktur Schwerpunkte der Praxis. Zusätzlich haben wir hier einen gut organisierten Notdienst mit wenigen Diensten pro Jahr. Ein Einstieg ist zu fairen Konditionen auch ohne Kreditaufnahme möglich. Eine vorangehende Weiterbildung (Ermächtigung vorhanden) in der Praxis wäre ebenfalls denkbar. Bei Interesse bitte schreiben an
Chiffre 091106

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis/NHV/Akupunktur
im Bremer Westen sucht neuen Partner für 2010. Zunächst Teilzeit/Jobsharing möglich.
Chiffre 091103

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 12/09–01/10: 16. November 2009

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
in Bremen Süd sucht aufgeschlossenen Partner (w/m), auch Anstellung in Voll-/Teilzeit möglich. KV-Sitz vorhanden.
Tel. 0176/20001227

Kappeln, Schlei, Segelgebiet
Mitte 2010 Nachfolge für Gynäkologie im MVZ gesucht. Honorar Verhandlungssache. Kontakt:
Dr. Jutta Göhren, Kirchstr. 9, 24376 Kappeln

Weiterbildungsassistent/-in
von hausärztlicher Gemeinschaftspraxis im Bremer Westen zum nächstmöglichen Zeitpunkt gesucht. WB-Erm. für 18 Monate liegt vor, flexible Arbeitszeiten, Teil- o. Vollzeit, ggf. späterer Einstieg.
E-Mail: grieser-hinrichs@telemed.de oder Chiffre 091104

Praxisräume

Praxisübernahme
Alteingesessene mittelgroße Allgemeinarztpraxis in guter Lage per 1.4. oder 1.7.2010 wg. Krankheit. Übergabezeit möglich.
Tel. 0176/94428002 oder Chiffre 091107

Nachfolge gesucht
Hausärztl. Allgemeinpraxis in Bremen – behindertengerecht, Parkplatz und Garage – mit KV-Sitz in 2009 abzugeben. Zeitpunkt nach Absprache.
Chiffre 091102

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 091108

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

Stuhr-Varrel (Landesgrenze Bremen)
Praxisräume in **Ärztehaus** (Arzt-, Zahnarzt-Praxis und Apotheke vorhanden), 130 qm, 1. OG, **neuer Fahrstuhl** vorhanden, zentrale Ortslage, nebenliegend Filialen der Kreissparkasse und Volksbank, Vielzahl an Parkplätzen, Bus-Haltestelle gegenüberliegend, Renovierung nach Ihren Wünschen, **1 Jahr mietfrei**, Überlassung gut erhaltener **Praxis-Einrichtung unentgeltlich**, von privat an **Arzt für Allgemeinmedizin/Chiropr./Akup./Homöop.** oder **andere Fachrichtungen** (durch Umzug oder **als Filial-Praxis zur Behandlung von Privat-Patienten**) kurzfristig zu vermieten. Russischkentnisse von Vorteil. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Internet unter **www.ImmobilienScout24.de** (Scout-ID: 41333928).
Chiffre 091105

Fortbildung

Moderne, zukunftsorientierte Weiterbildung zum/zur
Facharzt/Ärztin für Arbeitsmedizin
Geboten werden: exzellente arbeitsmedizinische Weiterbildung in anerkannter Fachpraxis, kinderfreundliche Arbeitszeiten (18-20 Std. an 4 Tagen pro Woche), gutes Arbeitsklima, selbstständiges Arbeiten im Team, leistungsangemessene Bezahlung.
Erwartet wird: mindestens 3-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