64. Jahrgang, November 2011

BREMER ÄRZTE JOURNAL

Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Bremen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Der informierte Patient

11
11

BREMER ÄRZTEJOURNAL 11|11

Welche Behandlungsmöglichkeiten kommen für meinen Fall in Frage? Wo kann ich Hilfe finden? Das ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität) gibt Patienten und Verbrauchern verlässliche Informationen.

Das Medikament Dabigatran ist jetzt auch zur Prävention von Schlaganfällen bei Risikopatienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern zugelassen – eine mögliche aber teure Alternative zu Coumarinen.

Ein Team der Ärztekammer Bremen unterstützte den Venuslauf der Bremer Krebsgesellschaft. Joggen, Walken oder Radfahren – die Hauptsache war Bewegung für einen guten Zweck.

TITELTHEMA

PD Dr. jur. Heike Delbanco
4 Der informierte Patient

Dr. Sabine Schwarz, Corinna Schaefer, Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger
5 Patienteninformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin

Jörn Hons
8 Erfahrung zählt

Elisabeth Goetz
10 Patienteninformation – regional

PD Dr. jur. Heike Delbanco
11 Der Bremer Krankenhausspiegel

Michael Lempe
12 Mehr Transparenz bei den Kassenfinanzen

Dr. Jörg Gröticke
13 Abschied vom Paternalismus

PHARMAKOTHERAPIE

15 Dabigatran bei Vorhofflimmern

AKTUELLES

16 KV Bremen:
Leistungsschau der Bremer Praxen

INTERN

18 Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen:
Medizinethik am Lebensende

19 Venuslauf der Bremer Krebsgesellschaft

20 Ärztekammer Bremen:
Aufruf zur Wahl der Delegiertenversammlung

22 Vertreterversammlung der KV Bremen:
Honorarsystematik 2012 – Bloß keine Umstürze

RUBRIK

3 Bremer Standpunkt
24 Akademie
25 Recht
27 Anzeigenbörse
27 Impressum

© Martina Taylor/Fotolia.com

Neun Minuten Standard

Wenn Sie sich einen Tee aufgießen und diesen Standpunkt lesen, dann haben Sie sich vielleicht so viel Zeit genommen, wie angeblich durchschnittlich deutsche Ärztinnen und Ärzte für ihre Patienten zur Verfügung haben: 9,1 Minuten seien das, berichtete die „Welt“ Anfang Oktober. Der ehemalige Vorstand des Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg, ein in der Szene bekannter „Gesundheitsberater“, ruft nach Standardisierung in den Kliniken, ohne aber den wissenschaftlichen Beweis für eine dadurch bedingte bessere Patientenversorgung anzutreten. Bahnbrechende Evolutionen gelangen offenbar nicht, der ehemals kommunale LBK Hamburg ist inzwischen mehrheitlich in der Hand von Asklepios. Aus den Niederungen des praktisch gelebten Klinikalltags hingegen hört man andere Erfahrungen: Die auch durch das DRG-System veränderten Strukturen führen zu aufwendiger (Abrechnungs-)Dokumentation und zur Arbeitsverdichtung, so dass Ärztinnen und Ärzte weniger Zeit für einzelne Patienten haben. Es finde „kein individuelles Nachdenken“ mehr statt, so wird der Direktor der Medizinischen Klinik I der Stadt Köln zitiert.

Vielleicht ist bezeichnend, dass der (kommunale) Berliner Krankenhauskonzern „Vivantes“ sein 10-jähriges Jubiläum im Oktober mit einem zweitägigen Kongress gewürdigt hat, auf dem sich die „Akteure am Markt Gesundheitswirtschaft“ (...) „mit der Frage auseinandersetzen, welche Versorgungsstrukturen unsere Gesellschaft zukünftig benötigen wird“. Ärztinnen und Ärzte kommen im Kongressflyer in ihrer Funktion als Ärztinnen und Ärzte nicht vor, auch keine Pflegekräfte und schon gar keine Patienten. Es geht nicht um die Präsentation von eigenen medizinischen Behandlungsergebnissen, es gibt keine Vorträge zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, keine zur medizinischen Qualität. Natürlich muss über Strukturen und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen geforscht, publiziert und diskutiert werden. Aber wenn das isoliert vom tatsächlichen medizinischen Geschehen geschieht und vorbei an Ärztinnen und Ärzten und Kranken, die nicht in ein benchmark-Schema passen, dann werden wir keine Verbesserung der Patientenversorgung erhalten.

Der wirtschaftliche Druck in Klinik und Praxis (ver)führt dazu, an individueller Zuwendung zu sparen. Es wird immer schwerer, individuelle Krankheitsverläufe als Ganzes wahrzunehmen, weil sie im Ping-Pong zwischen Klinik und Praxis in Fälle zerlegt werden, immer neu fokussiert auf die Erledigung eines Hauptproblems („Hauptdiagnose“). Für „individuelles Nachdenken“ bleibt in der Tat kaum Zeit. Als wäre das nicht genug, machen Politiker immer unverfrorener den Patienten das Recht auf eine ärztliche Behandlung nach Facharztstandard streitig, indem sie die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch andere Gesundheitsberufe fordern. „Gesundheitspolitische Sprecher“ behaupten, man könne einen Ärztemangel durch „Abtretung von Diagnose- und Behandlungsschritten“ an nicht-ärztliches Personal beheben. Per Fraktionsbeschluss redet eine andere Partei eine „bessere Versorgungsqualität“ durch eine „neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen“ ohne jeglichen Nachweis herbei. Sie gehören zu jenen „Akteuren“, die den Arzt und die Ärztin zum „Diseasemanager“ und „Leistungserbringer“ mutieren wollen. Ärztinnen und Ärzte können einzelne definierte Tätigkeiten unter ihrer Verantwortung delegieren, aber die grundsätzliche Entscheidung über diagnostische und therapeutische Maßnahmen ist immer eine, die zwischen behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin und Patient individuell beraten und dann getroffen werden muss. Gerne allerdings können wir zahlreiche nicht-ärztliche Tätigkeiten abgeben, wie zum Beispiel Kodier- und Abrechnungsdokumentationsaufgaben. Schon das würde mehr Zeit als neun Minuten für eine gute Patienteninformation und Behandlung bringen, zur Berufszufriedenheit entscheidend beitragen und damit auch dem Nachwuchsmangel entgegenwirken.

Dr. Heidrun Gitter,
Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen

Der **informierte** Patient

**„Der Patient hat Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit dem Patienten abzustimmen.
Jede Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten."**

So legt es die Patientencharta fest, die Vertreter der Ärzteschaft und der Patienten, der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie der Gesundheits- und Justizministerkonferenz 2002 gemeinsam erarbeitet haben.

Verändertes Informationsverhalten

Die gewünschte Mitwirkung des Patienten ist nur möglich, wenn er über ausreichende Informationen verfügt. Der Patient sollte nicht nur den abstrakten Fachbegriff seiner Krankheit kennen, sondern auch ihre Hintergründe. Nur so kann er die Behandlungsmöglichkeiten einschätzen und sich an den ärztlichen Entscheidungen beteiligen. Erster Ansprechpartner für die Aufklärung und Beratung des Patienten ist und bleibt der behandelnde Arzt. Aber unbestritten ist, dass andere Informationsquellen, insbesondere das Internet, an Bedeutung gewinnen. Dies deckt sich mit einem Befund, den die Ärztezeitung im vergangenen Jahr aus Anlass einer Expertentagung in Hannover wie folgt umschrieb: „Immer seltener dient das Gespräch mit einem (Haus-) Arzt als Quelle der Information, sondern vielmehr OnlineNews Groups, Websites, Foren oder Blogs des World Wide Web" (Beneker, Ärztezeitung vom 14.5.2010). Gerade stellte das Deutsche Ärzteblatt fest, dass 28 Millionen Bundesbürger – das sind 60 Prozent der Internetnutzer – Gesundheitstipps im Internet suchen (DÄBl. 2011, A 1818).

Ambivalenz von Internetinformationen

Medizinische Informationen im Internet haben den Charme, dass sie jederzeit verfügbar sind. Keine belegten Telefonleitungen, keine begrenzten Öffnungszeiten, sondern mit wenigen Klicks sind die gewünschten Informationen zugänglich. Möglich ist außerdem ein Austausch mit anderen Patienten, ohne dass man das heimische Wohnzimmer verlassen muss. Gleichzeitig bergen medizinische Web-Informationen im Internet aber auch Gefahren. Während bei der persönlichen Beratung die Informationsquelle bekannt oder zumindest identifizierbar ist, ist die Verantwortung für die Informationen im World Wide Web, aber auch ihre Seriosität und Zuverlässigkeit häufig zweifelhaft. Die Anonymität des Netzes erleichtert zudem die Möglichkeit der Manipulation. Der einführende Beitrag von Dr. Sabine Schwarz und Corinna Schaefer vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) widmet sich deshalb den Problemen der Internet-Informationen und zeigt den Weg zu seriöser Patienteninformation im Netz.

Arztbewertungsportale

Ein relativ neuer Informationsweg sind Arztbewertungsportale im Internet. Während Hotelportale wie www.holidaycheck.de bereits etabliert sind und durch zahlreiche Bewertungen eine breite Informationsbasis liefern, stehen die Arztbewertungsportale noch am Anfang. Ende Mai startete die AOK ihren Arztnavigator, über den wir im Heft berichten. Zurzeit sind im Land Bremen noch keine Bewertungen sichtbar, da der Arztnavigator mindestens zehn Bewertungen pro Arzt/Ärztin verlangt. Aber nicht nur die geforderte Zahl der Bewertungen ist ein Kriterium für ein seriöses Bewertungsportal, sondern auch die fehlende Freitextfläche, die Schmähkritik verhindern soll. Andere Bewertungsportale kennen einen solchen Filter nicht, so dass sich dort nicht selten unsachliche Kommentare zu Ärzten, ärztlichen Behandlungen oder auch Praxispersonal finden. Wie Sie sich gegen Schmähkritik wehren und welche Gegenstrategien Sie entwickeln können, erfahren Sie in dem Beitrag von Rechtsanwalt Claus Pfisterer.

Patienteninformation regional

Trotz des unbestrittenen Trends zu Informationen im Internet hat die regional angesiedelte Patienteninformation nach wie vor eine große Bedeutung. Ihr Vorteil ist die Kenntnis der regionalen Gesundheitsszene und der Bedingungen vor Ort. Elisabeth Goetz von der Unabhängigen Patientenberatung Bremen – kurz UPB – bricht eine Lanze für regionale Informations- und Beratungsstellen. Sie kann dabei auf mehr als 5.300 Beratungen verweisen, die die UPB allein im vergangenen Jahr zu den unterschiedlichsten Themen des Gesundheitswesens geleistet hat.

Bremer Krankenhausspiegel

Der Bremer Krankenhausspiegel, der seit 2010 Patienten über die Behandlung in den Bremer Krankenhäusern informiert, vereint das Beste aus der virtuellen und der analogen Welt: Er ist rund um die Uhr erreichbar und steht zugleich für seriöse, qualitätsgesicherte Informationen. 200 000 Klicks seit Bestehen der Seite zeigen den Bedarf, aber auch die Akzeptanz des Krankenhausspiegels.

Transparenz der Krankenkassenfinanzen

Wenn von Patienteninformationen die Rede ist, denkt man zunächst an Gesundheitsinformationen. Die Probleme, die Patienten im Frühsommer bei der Pleite der CityBKK hatten, zeigen aber, dass „Patienteninformation" nicht zu eng verstanden werden darf. Auch scheinbar ferner liegende Themen müssen in den Fokus. Deshalb plädiert Michael Lempe von der hkk für eine größere Transparenz bei den Kassenfinanzen.

Auswirkungen auf das Arzt-Patientenverhältnis und das Selbstverständnis des Arztes

Ob und wie sich das veränderte Informationsverhalten und die neuen Informationsquellen, insbesondere das Internet, auf das Arzt-Patientenverhältnis auswirken oder ob sie gar das ärztliche Selbstverständnis verändern, reflektiert Dr. Jörg Gröticke in diesem Schwerpunktheft.

Sollten Sie einzelne Aspekte zum Thema „Patienteninformation" vermissen, so bitten wir um Nachsicht. Das Thema erwies sich bei der Konzeption dieses Schwerpunktheftes als sehr vielschichtig und der Platz im Bremer Ärztejournal ist leider begrenzt. Beschränkung und Selektion waren also notwendig. Wir wünschen Ihnen dennoch viel Spaß beim Lesen. ■

PD Dr. jur. Heike Delbanco,
Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer Bremen

Patienteninformation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin

Was fehlt mir genau? Welche Behandlungsmöglichkeiten kommen für meinen Fall in Frage? Wo kann ich Hilfe finden? Antworten auf solche Fragen sowie „ärztlichen Rat" suchen viele Patienten und Verbraucher in Fernsehsendungen, Zeitschriften oder Apothekenheften. Das Bedürfnis nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit ist groß, die Fülle an Informationen ebenso.

Das zeigte eine telefonische Befragung des Robert Koch-Institutes schon 2003. Demnach informierten sich nur zwei Prozent der Befragten nicht über Gesundheitsthemen. Neben klassischen Informationsquellen spielt auch das Internet als Ratgeber eine zunehmend wichtige Rolle, wenn es um Gesundheitsfragen geht. Doch wer nach Informationen sucht, wird nicht immer gut beraten. Denn oft ist es für den Laien nicht einfach, im Angebotsdschungel die Übersicht zu bewahren und nützliche Informationen zu finden. Häufig wird in Broschüren und auf Webseiten eher belehrt oder überredet als wirklich informiert. Außerdem kann man gerade im Internet interessengeleitete oder manipulative Angebote nicht immer auf den ersten Blick erkennen. Mitunter müssen sich Nutzer minutenlang durch die Webseiten klicken, um etwas über die Identität des Portalbetreibers oder über die Aktualität der angebotenen Informationen zu erfahren. Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren Qualitätslogos zur Kennzeichnung von verlässlichen Internetseiten zu Gesundheitsthemen entwickelt (z. B. afgis-Logo oder HONcode). Solche Siegel bieten ein gewisses Maß an Transparenz, sind jedoch kein Garant für die (medizinische) Korrektheit der Gesundheitsinformationen im Netz.

Qualitätsstandards

Zahlreiche Institutionen und Experten im Gesundheitswesen haben Qualitätsstandards für gute Patienteninformationen veröffentlicht. Beispiele dafür sind das „DISCERN-Instrument" (www.discern.de), das Positionspapier „Gute Praxis Gesundheitsinformation" des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin (www.ebm-netzwerk.de) und das „Manual Patienteninformation – Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen" des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ, www.azq.de). Nachfolgend haben wir Kriterien zusammengestellt, die gute Patienteninformationen auszeichnen:

- Alle Behandlungsoptionen mit Nutzen- und Schadenswahrscheinlichkeit sollen dargestellt werden. Dabei sollen patientenrelevante Endpunkte wie Lebensqualität oder Lebenszeiterwartung im Mittelpunkt stehen.
- Nutzens- und Schadenswahrscheinlichkeiten sollen verständlich kommuniziert werden. Dabei sollten absolute Zahlen oder verständliche Größen wie die „number needed to treat" verwendet werden. Relative Risikoreduktion, Angaben in Prozentzahlen oder abhängige Wahrscheinlichkeiten sollten vermieden werden.
- Patienten müssen wissen, welches der natürliche Verlauf der Erkrankung ist und was passiert, wenn eine Erkrankung unbehandelt bleibt.
- Unsicherheiten sollen benannt werden. Wenn also die Wirkung einer Therapie in Studien noch nicht nachgewiesen, die Datenlage widersprüchlich oder die Studienqualität zweifelhaft ist, muss das beschrieben werden.
- Damit Transparenz gewährleistet ist, müssen Finanzierung und potenzielle Interessenskonflikte der Autoren offen gelegt werden. Formale Angaben wie die Namen der Verfasser, die benutzten Evidenzquellen oder das Erstellungsdatum sollen dokumentiert sein.
- Generell sollten Patienteninformationen in Sprache und Darstellung verständlich sein.

Nur wenn sich Verfasser von Patienteninformationen – aber auch Ärzte – an grundlegende Standards halten, können sie Patienten und Verbraucher dabei unterstützen, Entscheidungen eigenverantwortlich und kompetent mit ihren Ärzten zu treffen. Doch nicht alle seriösen Ratschläge oder Empfehlungen sind für alle Menschen gleich gut geeignet. So wird die Erstellung von Informationen für unterschiedliche Zielgruppen in Zukunft an Bedeutung zunehmen. Das betrifft unter anderem die Bereitstellung von Informationen speziell für ältere oder multimorbide Menschen. Außerdem liegen bislang nur wenig mehrsprachige Informations- und Beratungsangebote vor, die kulturelle Besonderheiten berücksichtigen.

Gute Patienteninformation – Angebote des ÄZQ

Seit über zehn Jahren unterstützt das ÄZQ als wissenschaftliches Institut in Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) Patienten und Verbraucher durch die Bereitstellung verlässlicher und laienverständlicher Informationen. Dazu gehören die Entwicklung eigener Patienteninformationen, die Erarbeitung von Informationsbroschüren und Anforderungskatalogen sowie die Betreuung des Patienten-

portals www.patienten-information.de. Darüber hinaus engagiert sich das ÄZQ bei der Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten zur Patienteninformation und -beteiligung.

Patientenleitlinien

In Patientenleitlinien werden Empfehlungen von ärztlichen Leitlinien in eine laienverständliche Sprache übersetzt. Sie geben Patienten und Angehörigen wichtige Hintergrundinformationen zu den Ursachen von Erkrankungen sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Des Weiteren geben sie Anregungen für das Arztgespräch und bieten Hinweise zum Selbstmanagement. Patientenleitlinien des ÄZQ werden obligat gemeinsam mit Patienten- und/oder Angehörigenvertretern erarbeitet. Auf diese Weise werden Erfahrungswissen und spezielle Bedürfnisse Betroffener berücksichtigt. Zu einer ärztlichen Leitlinie, die im Rahmen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien erstellt wurde, wird grundsätzlich eine PatientenLeitlinie am ÄZQ entwickelt. Bislang wurden folgende Ratgeber veröffentlicht:

- Asthma
- COPD
- Diabetes (Fuß- oder Netzhautkomplikationen)
- KHK
- Herzinsuffizienz
- Depression

Weitere PatientenLeitlinien zu Kreuzschmerz und zu Nierenerkrankungen bei Diabetes sind in Vorbereitung. Das Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe hat die ÄZQ-Methodik sowie die Anforderung zur Erstellung einer Patientenleitlinie übernommen. Auch hier erarbeitet das ÄZQ Patientenversionen zu einzelnen onkologischen S3-Leitlinien. Bei der Deutschen Krebshilfe können diese kostenlos bestellt werden.

Kurzinformationen für Patienten

Patientenleitlinien sind aufgrund ihres Konzeptes umfangreiche, komplexe Dokumente für Menschen, die sich sehr genau informieren wollen. Seit 2010 entwickelt das ÄZQ im Auftrag der KBV auch kompakte Kurzinformationen für Patienten zu wichtigen Erkrankungen.

Abbildung 1: Patientenportal von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung www.patienten-information.de.

Downloads im Überblick

Alle Patienteninformationen und Dokumente des ÄZQ können Sie sich im Netz auf folgenden Internetseiten kostenlos als pdf-Dokument downloaden und ausdrucken:

- Patientenportal von BÄK und KBV: www.patienten-information.de
- Arztbibliothek – das Wissensportal für Ärzte von KBV und BÄK: www.arztbibliothek.de
- Internetseite zum Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien: www.versorgungsleitlinien.de
- Internetseite zu Arztbewertungsportalen: www.arztbewertungsportale.de

Kontakt zum ÄZQ: E-Mail: patienteninformation@azq.de, mail@azq.de
Internet: www.azq.de

Abbildung 2: Kurzinformationen für Patienten (KIP).

Diese KIP vermitteln auf einem doppelseitigen Dokument im DIN-A4-Format in leicht verständlicher Form die wichtigsten Inhalte einer Patientenleitlinie. Wenn zu einem bestimmten Thema keine Patientenleitlinie vorliegt, dient eine systematische, hochwertig aufbereitete Evidenzübersicht als Grundlage. Und für Patienten ganz wichtig: Jede Information enthält eine Rubrik „Was Sie selbst tun können“. Eine Beteiligung der BÄK an diesem Projekt startet 2012. Bisher sind 16 Kompaktinformationen erschienen. Sechs weitere sind für 2011 geplant. Alle stehen auf den Webseiten der KBV und dem geschützten Netzwerk der KVen (KV-SafeNet) sowie auf den ÄZQ-Portalen zum Herunterladen bereit. Bei Bedarf können Ärzte die Kurzinformationen ausdrucken und ihren Patienten aushändigen. So können sie ihre Patienten verlässlich informieren und selbst profitieren: Hochwertige Informationen unterstützen den Therapieprozess und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Um auch fremdsprachige Bürger besser zu erreichen, werden demnächst alle Blätter in sechs Sprachen übersetzt. (Siehe Abbildung 2)

Patientenportal: www.patienten-information.de

Auf dem Patientenportal von BÄK und KBV finden Nutzer sämtliche Informationsangebote der ärztlichen Selbstverwaltung auf einen Klick. Daneben enthält das Portal Informationen von verlässlichen Drittanbietern. Dabei folgt das Portal einer strengen Link-Policy. Die verlinkten Informationsangebote werden außerdem von der Redaktion auf ihre formale Qualität hin geprüft – das ist ein bislang einmaliges Angebot in deutschen Gesundheitsportalen. Die Prüfprotokolle sind frei einsehbar. Patienten erhalten so nur Informationen, auf die sie sich verlassen können. (Siehe Abbildung 1)

Informationsbroschüren und Anforderungskataloge

Patienten sollen sich im Gesundheitssystem sicher bewegen und zurechtfinden. Daher hat das ÄZQ gemeinsam mit anderen Experten Informationsbroschüren und Kriterienkataloge für gute Standards bei Gesundheitssysteminformationen entwickelt. Mit diesen können Patienten eine „gute“ Artzpraxis erkennen oder IGEL-Leistungen für sich besser einschätzen. Zudem hat das ÄZQ zusammen mit einem Expertenkreis Qualitätsmaßstäbe für Arztbewertungsportale erarbeitet und die Qualität vorhandener Angebote überprüft. ■

Literatur beim Verfasser

Dr. Sabine Schwarz,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bereich Patienteninformation

Corinna Schaefer,
Bereichsleitung Patienteninformation

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger,
Institutsleiter

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

KVHB hautnah Veranstaltung

ADHS: nicht nur Kinderkram

Mittwoch 16.11.2011

Uhrzeit: 16.00 bis ca. 17.30 Uhr
Ort: Arbeitnehmerkammer Bremerhaven
Friedrich-Ebert-Straße 3, 27570

Referenten **Eckhard Ziegler-Kirbach**, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Bremerhaven
Dr. Andrea Schneider, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Bremerhaven
Wolf Hast, Selbsthilfe Bremerhavener Topf

Eine kostenlose Veranstaltung für Patienten und deren Angehörige

Weitere Informationen:
www.kvhb.de/termine/hautnah.php

© wildworx/fotolia.com

BREMER ÄRZTEJOURNAL 11|11

Erfahrung zählt

Versicherte in Bremen und Bremerhaven können im „AOK-Arztnavigator“ ihre Ärzte bewerten und anderen Patienten eine Orientierung bieten.

„Sind die Wartezeiten in der Arztpraxis angemessen? Geht die Ärztin auf meine Fragen ein? Nimmt der Arzt sich für die Behandlung genug Zeit?“ Fragen wie diese können viele Patienten nach einem Arztbesuch gut beantworten. Und seit Anfang Mai 2011 können Patienten ihre Erfahrungen auch mit anderen Patienten teilen – und Bewertungen ihrer Ärzte in das neue Arzt-Bewertungsportal, den AOK-Arztnavigator, eingeben. Auf Basis dieser Patientenbefragung, die auch für Versicherte der Barmer GEK geöffnet ist, entsteht erstmals in Deutschland eine qualifizierte Internet-Arztsuche. Ziel des Arztnavigators ist es, verlässliche, faire und seriöse Informationen von Patienten für Patienten als Orientierungshilfe anzubieten – ohne dabei Schulnoten, Ranglisten oder freie Textfelder zu verwenden. Denn Erfahrungen zeigen, dass bisher mehr als 80 Prozent aller Patienten vor allem auf die Empfehlungen von Bekannten und Freunden vertrauen, wenn sie vor der Wahl eines Haus- oder Facharztes stehen.

Insgesamt 80.000 Bewertungen von Ärzten sowie drei Millionen Besuche innerhalb der ersten 100 Tage des Arztnavigators (www.aok-arztnavi.de und www.arztnavi.barmer-gek.de) zeigen, dass es einen großen Bedarf nach solcher Orientierung gibt. Der Arztnavigator ist in Kooperation der AOK und der Barmer GEK mit der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann-Stiftung sowie der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen, entstanden. Fachlich begleitet wird das Projekt von einem Beirat, dem Vertreter ärztlicher Standesvertretungen wie der heutige Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery sowie Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung und namhafte Wissenschaftler angehören. Laut Montgomery erfüllt der Arztnavigator „weitgehend die von der Ärzteschaft geforderten Qualitätskriterien“. Und auch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin bescheinigt dem Arztnavigator, fast alle Anforderungen zu erfüllen.

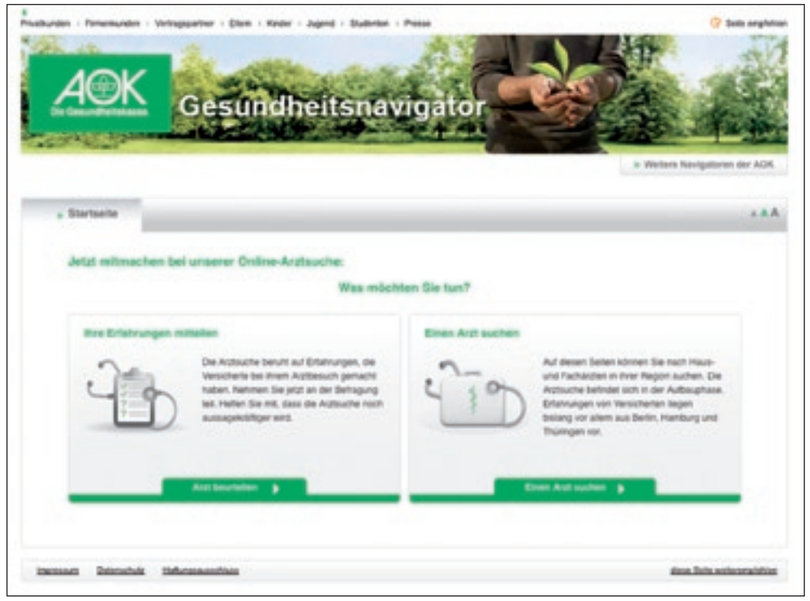
Ärzte, die ihre Patienten aktiv auf die Bewertungsmöglichkeit im AOK-Arztnavigator hinweisen wollen, können bei der AOK Bremen/Bremerhaven unter Tel. 0421/1761-0 kostenlos ein Wartezimmer-Plakat anfordern.

AOK-Arztnavigator noch im Aufbau

Der AOK-Arztnavigator befindet sich noch im Aufbau. Je mehr Patienten sich beteiligen, desto aussagekräftiger werden die Ergebnisse. Erst wenn zehn Patienten pro Arzt ihre Bewertung auf der Homepage eingegeben haben, werden die Beurteilungen online sichtbar. So wird verhindert, dass verzerrte Ergebnisse auf Basis von Einzelmeinungen veröffentlicht werden. Die Mindestzahl an Bewertungen wurde bisher bei keinem der Bremer und Bremerhavener Ärzte erreicht. Besser sehen die Zahlen in Thüringen, Hamburg und Berlin aus: In diesen Pilotregionen, in denen der Arztnavigator mehr als ein Jahr lang getestet wurde, sind bisher insgesamt über 2000 Ärzte mit jeweils mehr als zehn Bewertungen online. Mit ihrem Namen und der Anschrift sind aber alle rund 130.000 niedergelassenen Mediziner in Deutschland in der Online-Arztsuche der Weissen Liste verzeichnet. Das Portal bietet Ärzten in einem eigenen Bereich eine Reihe von Funktionen. Hier können sie zum Beispiel Fotos ihrer Praxis hochladen, Korrekturwünsche zu den Praxisdaten mitteilen oder eine Benachrichtigung über neu eingehende Bewertungen abonnieren.

Einloggen mit Versicherten- und Kassennummer

Zurzeit können sich exklusiv Versicherte der AOK und der Barmer GEK mit ihrer Versicherten- und Kassennummer in das Portal einloggen. Dadurch wird verhindert, dass ein- und derselbe Patient einen Arzt mehrfach bewertet. Will ein Patient eine weitere Meinung zu einem bereits von ihm bewerteten Arzt abgeben, wird der ältere Eintrag überschrieben. In dem wissenschaftlich entwickelten Online-Fragebogen – der insgesamt 33 Fragen umfasst – werden die Meinungen zu den Themenbereichen „Praxis und Personal“, „Arztkommunikation“, „Behandlung“ und „Gesamteindruck“ abgefragt. Dinge also, die Patienten durchaus beurteilen können.



Keine Schulnoten und Ranglisten

Fair, sachlich und seriös: Diese Maxime ist dabei oberstes Prinzip des AOK-Arztnavigators. Der Arztnavigator bildet deshalb in der Gesamtschau keine Schulnoten ab, er erstellt keine Rangliste und bietet auch keinen Platz für Schmähkritik – sogenannte freie Textfelder gibt es deshalb weder in der Onlinebefragung noch auf Papierfragebögen, die man zum Beispiel in den Pilotregionen an Versicherte ohne Computer verschickt hat. Dargestellt werden die Ergebnisse in Form eines Balkendiagramms. Es zeigt an, ob der bewertete Arzt oder die beurteilte Ärztin mit ihrem jeweiligen Ergebnis über oder unter dem Schnitt in ihrer Fachgruppe liegt. Das ganze Verfahren ist im Übrigen anonym: Weder Arzt noch Portalbetreiber, weder die AOK noch die Barmer GEK erfahren, wer an der Befragung teilgenommen und wie er bewertet hat. Das gilt auch für die Fragebogen auf Papier – beide Bewertungsverfahren unterliegen den gleichen strengen Datenschutzvorkehrungen. Das gesamte Verfahren gewährleistet damit einen möglichst großen Nutzen für die Patienten durch seriöse Informationen – und sichert zugleich Fairness gegenüber dem bewerteten Arzt. ■

Jörn Hons,
AOK Bremen/Bremerhaven

Ärztebewertung im Internet – was tun bei negativer Bewertung?

Zahlreiche Internet-Portale und -Foren beinhalten die Möglichkeit, ärztliche Leistungen zu bewerten. Die AOK startet als erster gesetzlicher Krankenversicherer eine eigene Bewertungsplattform, den „AOK-Arztnavigator“. Grundsätzlich sind solche Angebote nicht unzulässig. Welche Möglichkeiten gibt es aber für den Arzt, sich gegen inhaltlich falsche oder in der Form inakzeptable Bewertungen zu schützen? Gegenwehr setzt Kenntnis von einer Bewertung voraus.

Hierzu wird vertreten, dass zwar der „Ersteintrag“ eines Arztes mit öffentlich zugänglichen Daten (Name, Kommunikationsdaten) nicht hinweispflichtig sei. § 33 Bundesdatenschutzgesetz verlange aber einen expliziten Hinweis des Forumsbetreibers an den Betroffenen, sobald erstmals eine individuelle Bewertung erfolgt. Diese muss nicht bei jeder neuen Bewertung wiederholt werden. Rechtsprechung zu „ob“ und „wie“ dieser Hinweispflicht gibt es noch nicht.

Bußgeld gegen Forumsbetreiber

Der Landesdatenschutzbeauftragte in Berlin hat aber Bußgelder gegen Forumsbetreiber verhängt, die Hinweispflichten nicht nachgekommen sind. Erfährt der Arzt von einer negativen Bewertung, ist nach deren Inhalt und nach der Zielrichtung der Abwehrmaßnahmen zu unterscheiden:

Falsche Tatsachenbehauptungen sind stets zu unterlassen. Meinungsäußerungen, also „stellungnehmende Werturteile, die sich dem Beweis entziehen“ sind dagegen grundrechtlich geschützt und nur zu unterlassen, wenn Straftatbestände verwirklicht werden (z. B. Beleidigung), die Kritik schmähende, anprangernde oder stigmatisierende Formen annimmt oder die Menschenwürde des Kritisierten verletzt. Aufgrund strenger Kriterien wird eine Meinungsäußerung nur selten als rechtswidrig zu qualifizieren sein. Der verfassungsrechtliche Schutz der Meinungsfreiheit ist weitreichend, wie zahlreiche Urteile belegen. Dass der Autor anonym bleibt oder sich hinter einem Pseudonym versteckt, macht seine Äußerung nicht per se rechtswidrig.

Anspruch auf Unterlassung

Gegenansprüche, insbesondere der Anspruch auf Unterlassung bzw. Löschung falscher Tatsachenbehauptungen oder unzulässiger Meinungsäußerungen, können sich gegen den Forumsbetreiber oder gegen den Autor einer Bewertung richten. Erfahrungsgemäß führen Ansprüche auf Löschung unzulässiger Beiträge gegen den Betreiber eher zum Erfolg: Zum einen scheuen die Betreiber – jedenfalls in für sie „riskanten“ Fällen – juristische Auseinandersetzungen. Zum anderen kann auch ein gegen den Autor durchgesetzter Unterlassungsanspruch nur über den Betreiber der Internetpräsenz ausgeführt werden. Dieser muss die Löschung vornehmen. Zudem erfordert der Zugang zu Foren häufig nur die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse. Damit ist weitgehende Anonymität der Beiträge in Bewertungsforen gegeben, Ansprüche gegen die Urheber von Eintragungen sind so häufig kaum durchsetzbar. Eine fehlende Identitätskontrolle macht das Forum als solches nicht unzulässig. Zusätzliche Schwierigkeiten bestehen bei der Durchsetzung von in Ausnahmefällen denkbaren Schadensersatzansprüchen. Schnelle Selbsthilfe kann der Gebrauch vorhandener Möglichkeiten zur Kommentierung eines Beitrages sein. Und schließlich ist es keinem „Fan“ eines Arztes verboten, auf eine negative Bewertung eine positive folgen zu lassen und so die Kritik in Frage zu stellen. ■

Claus Pfisterer,
Fachanwalt für Medizinrecht, Castringius Rechtsanwälte und Notare, Bremen

Weitere Informationen

www.aok-arztnavi.de
www.arztnavi.barmer-gek.de
www.weisse-liste.de/arzt

Patienteninformation – regional

Überflüssig?

Wichtig?

Es gibt ein vielfältiges gutes überregionales Angebot zur Patienteninformation. Braucht es da eigentlich noch eine regionale Informations- und Beratungsstelle?

Auf einer Hotline zur Patienteninformation geht der Anruf einer älteren Dame ein: „Und zwar: Ich wohne in Bremen-Huchting. Ich bin auf der Suche nach einer Hausärztin in meiner Nähe, die auch Akupunktur kann. Können Sie mir da helfen?“ Patientinnen und Patienten sind zunehmend auf der Suche nach Informationen und Wissenswertem rund um ihre oder die Erkrankung eines Angehörigen. Sie greifen zurück auf Fernsehen, Zeitschriften, auf Informationen von ihren Ärzten und mit steigender Tendenz auch auf das Internet. Dort finden sie eine Vielzahl von Foren und Informationsportalen, mit sehr unterschiedlicher Qualität. Und doch wird sich oben beschriebene Dame mit all diesen Quellen wohl kaum – oder nur mit einem sehr großen Zeitaufwand – helfen können.

Hilfe auf regionaler Ebene

Regionale Informations- und Beratungsstellen können für Patienten eine große Hilfe sein bei Fragen, die eben nur auf regionaler Ebene beantwortet werden können. Dabei handelt es sich um Fragen zu lokalen Versorgungsstrukturen wie z. B. zu konkreten Anlaufstellen der Drogenhilfe vor Ort, zur Struktur der psychiatrischen Versorgung oder Selbsthilfegruppen bzw. spezialisierten Ärzten für bestimmte Erkrankungen am Ort oder eben nach der gesuchten Hausärztin im Stadtteil mit Akupunkturerfahrung. Gleichermaßen können Informationen zu regional oder länderspezifisch organisierten Verordnungen in gesundheitlichen Bereichen nur vor Ort beantwortet werden: Beispiel: Die Planung zur Durchführung der Impfung gegen Schweinegrippe im vergangenen Jahr oblag den einzelnen Bundesländern und wurde sehr unterschiedlich organisiert.

Als „Insider“ gut informiert

Eine regionale Informations- und Beratungsstelle kennt die lokalen Institutionen innerhalb des Gesundheitssystems. Sie kennt die entsprechenden Ansprechpartner oft sogar namentlich. So kann sie direkt vom Patienten zum Arzt, zur gesuchten Institution vermitteln. Ebenso kann sie aus den gesundheitlichen Netzwerken Informationen generieren, die u. U. für die Patienten nicht erreichbar sind, z. B. weil bestimmte Institutionen nicht für den direkten Patientenkontakt eingerichtet sind. Zusätzlich kennt die Beratungsstelle häufig Details aus den einzelnen Institutionen, die aus einem Internetauftritt oder einem Flyer nicht zu entnehmen sind. Die Berater in ihren unterschiedlichen beruflichen Vorerfahrungen sind Teil der Institutionen gewesen; sie sind sozusagen „Insider“ des örtlichen Systems. Zudem geben andere Patienten Rückmeldungen, die wieder in die Beratung einfließen können. So kann ein reales Bild – nicht nur ein Hochglanzbild – entstehen. Außerdem erfährt der Ratsuchende so, dass der Berater um die Situation weiß, von der der Patient spricht, weil er den Ort und die Personen kennt. Das schafft Vertrauen. Andererseits kennt das lokale System die Informations- und Beratungsstelle. Ihre Arbeitsweise ist transparent und nachvollziehbar. Die Berater sind bekannt. Die verschiedenen Partner des Systems können Ratsuchende auf die Stelle hinweisen. So verweisen z. B. Ärzte ihre Patienten an die Beratungsstelle, die sie kennen, da sie vor Ort ist, wenn ein Patient ganz konkret für seine individuelle Situation eine Patientenverfügung erstellen möchte. Oder Zahnärzte verweisen an die Beratungsstelle, wenn es um die detaillierte, zeitraubende Erklärung eines Heil- und Kostenplanes geht.

Information und Beratung

Regionale Beratungsstellen können Vorträge halten bei lokalen Einrichtungen zur Patienteninformation. Sie sind auf Veranstaltungen anwesend, arbeiten als Sprachrohr für die Patienten in örtlichen Gremien mit; eine gute Grundlage für Gespräche miteinander – und nicht gegeneinander. Vor allem bei Fragen zu einem vermuteten Behandlungsfehler fließen Information und Beratung ineinander über. Häufig legen massive Kommunikationsstörungen im Arzt-Patienten-Verhältnis beim Patienten die Grundlage für den Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Patienten brauchen das persönliche Gespräch mit einer örtlich bekannten Beratungsstelle, um allgemeine Informationen zum Vorgehen beim Behandlungsfehler auf ihre individuelle Situation anwenden zu können. Und Ärzte lassen sich bereitwilliger auf die Klärung der Situation ein, wenn die Beratungsstelle vertraut und bekannt ist. Nur regionale Beratungsstellen können in dieser Weise tätig werden und damit nicht zuletzt auch kostensparend wirken. ■

Elisabeth Goetz,
Unabhängige Patientenberatung Bremen

Der Bremer Krankenhausspiegel

Qualität, Offenheit und Vertrauen – das sind die erklärten Ziele, die der Bremer Krankenhausspiegel verfolgt. Seit 2009 ermöglicht er Patienten und ihren Angehörigen, aber auch einweisenden Ärztinnen und Ärzten, einen Einblick in die Arbeit der Krankenhäuser im Land Bremen.

Durch Offenheit und eine laienverständliche Darstellung soll das Vertrauen der Bremer Bürger in die Bremer Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Außerdem will der Bremer Krankenhausspiegel mit seinen Informationen den Patienten eine bessere Orientierung geben und damit deren Kompetenz im Dialog mit den behandelnden Ärzten stärken. Er kann aber nicht allein zur Auswahl eines geeigneten Krankenhauses genügen. Die Initiative ging 2009 aus von der Bremer Krankenhausgesellschaft und der Senatorin für Gesundheit. Projektpartner sind die Ärztekammer, die hkk Erste Gesundheit, die Techniker Krankenkasse, die Verbraucherzentrale und die Unabhängige Patientenberatung Bremen. Durch die Einbindung der beiden letztgenannten Institutionen ist sichergestellt, dass die Patientensicht nicht zu kurz kommt.

Krankenhausspiegel soll verständlich sein für Laien

Grundlage des Bremer Krankenhausspiegels sind die Daten, die die Krankenhäuser für die externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erheben. Obwohl die Veröffentlichung der Qualitätsdaten in sog. Qualitätsberichten seit 2005 gesetzlich vorgeschrieben ist, sind diese Berichte in weiten Teilen der Bevölkerung nicht bekannt und zudem für ein Laienpublikum häufig kaum verständlich. Gerade dieses Defizit will der Bremer Krankenhausspiegel beheben. Der Bremer Krankenhausspiegel ist aber nicht bei der patientenfreundlichen Aufbereitung der Daten der externen Qualitätssicherung stehen geblieben. Eigenständig entwickelt wurden Qualitätsergebnisse zur Altersmedizin und zu den Psychiatrischen Behandlungen. Ergänzt wird das Angebot außerdem durch die Ergebnisse einer Patientenbefragung, die 2010 durchgeführt wurde. 7.700 Patienten der Bremer und Bremerhavener Kliniken haben sich zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung, zur Qualität des Essens und zur Ausstattung der Krankenhäuser geäußert.

© Trudidesign/fotolia.com

Hohe Zugriffe bestätigen Interesse

Die patientengerechte Aufbereitung der vorhandenen Daten, ihre Erläuterung und die Verknüpfung mit medizinischen Informationen, die erst die richtige Einordnung der Qualitätsergebnisse ermöglicht, ist eine der wesentlichen Leistungen des Bremer Krankenhauspiegels. Dass dies gut gelungen ist und von der Bevölkerung angenommen wird, beweist die Zahl der Zugriffe auf die Webseite. Seit Bestehen wurden die Seiten mehr als 200.000 mal angeklickt. Etwa 1.400 Besucher informieren sich jeden Monat auf der Seite des Krankenhausspiegels. ■

PD Dr. jur. Heike Delbanco,
Hauptgeschäftsführerin, Ärztekammer Bremen

Mehr Transparenz bei den Kassenfinanzen

Die Probleme, mit denen viele Versicherte nach dem Zusammenbruch der CityBKK im Frühsommer zu kämpfen hatten, haben das Image der gesetzlichen Krankenversicherung angekratzt. Tatsächlich haben manche Kassen mit aberwitzigen Mitteln versucht, Ex-Kunden der CityBKK abzuwimmeln.

Genauso richtig ist aber auch, dass sich die meisten Kassen korrekt verhalten haben – auch die hkk, die rund 500 Wechsler der Pleitekasse aufgenommen hat. Das ist mehr, als ihrem Marktanteil in der Region entspricht.

Trügerische Ruhe im Kassenlager

Seitdem ist wieder Ruhe im Kassenlager eingekehrt – allerdings nur an der Oberfläche. Die Verunsicherung des Marktes bleibt, gelten doch 23 Krankenkassen laut GKV-Spitzenverband als finanziell „gefährdet“, wie die „Wirtschaftswoche“ schon Ende Mai verkündete. Zudem ließ das BVA (Bundesversicherungsamt) im Sommer durchblicken, dass mehr als 20 von 93 beaufsichtigten Kassen nicht mehr über die gesetzliche Mindestrücklage verfügen. Neue Zusatzbeiträge scheinen da nur noch eine Frage der Zeit; schon elf Krankenkassen mit knapp 10 Mio. Versicherten erheben sie.

Tatsächlich hat der 2010 eingeführte Zusatzbeitragswettbewerb die Preisunterschiede ins Bewusstsein der Versicherten gerückt wie nie zuvor. So manche Kasse hat nur ein Jahr nach der Einführung eines Zusatzbeitrags bis zu 15 Prozent ihrer Mitglieder verloren. Andererseits ist vielen Versicherten der Umfang der Preisspanne noch nicht bewusst: So liegen zwischen einer Kasse wie der hkk, die eine jährliche Beitragsprämie von 60 Euro ausschüttet, und einer Kasse mit 8 Euro monatlichem Zusatzbeitrag 156 Euro pro Jahr.

Finanzstärke immer wichtiger für die Versicherten

Wer die Kasse wechselt, möchte wissen, was auf ihn zukommt. Zum einen will niemand vom Regen in die Traufe kommen – zum Beispiel zu einer Krankenkasse, die selbst an der Schwelle zu Zusatzbeiträgen steht. Zum anderen lösen immer mehr Kassen ihre Finanzprobleme durch Zwangsfusionen, bei denen ein klammes Unternehmen de facto von einer großen „Schwester“ übernommen wird. So mancher Kunde findet sich da über Nacht bei einem anderen Versicherer wieder – womöglich mit abgespecktem Service und weniger großzügigen Leistungen. Schließlich hängt gerade der Umfang der freiwilligen Satzungsleistungen von der Finanzkraft der jeweiligen Krankenkasse ab. Kein Wunder, dass diese Satzungsleistungen oft hastig zusammengestrichen werden, wenn finanzielle Lücken drohen. Die „Wirtschaftswoche“ führt reduzierte Leistungen denn auch als typisches Warnsignal einer „Kasse im Abschwung“ an.

Mangelware Transparenz

Zwar haben die Zusatzbeiträge den Wettbewerbsdruck zwischen den Krankenkassen erhöht, die Versicherten profitieren davon jedoch nur wenig. Denn Transparenz über die finanzielle Situation der einzelnen Häuser ist Mangelware: Keine Kasse muss ihre Bilanz veröffentlichen, nur wenige Einnahmen- und Ausgabenposten unterliegen der Publizitätspflicht. Selbst diese dürren Informationen werden nur bei wenigen Kassen – darunter der hkk – von unabhängigen Prüfern unter die Lupe genommen. Rund 14 Mrd. Euro sollen bei den Krankenkassen jedes Jahr „kreativ“ ausgewiesen werden, schreibt die „Wirtschaftswoche“ und zitiert einen Kassenchef: „Jeder GmbH-Geschäftsführer stünde bei dieser Buchhaltung mit einem Bein im Gefängnis.“

Immerhin hat der GKV-Spitzenverband ein laufendes Frühwarnsystem zur finanziellen Lage der Kassen eingerichtet. Dabei teilt er die einzelnen Häuser übersichtlich in grüne, gelbe, orange oder feuerrote Kategorien ein. Doch statt die Öffentlichkeit über die Ergebnisse zu informieren, bleibt das Rating sorgfältig gehütetes Geheimwissen und hilft allenfalls dem Verband, die nächste Zwangsfusion einzuläuten.

Steigender Handlungsdruck

Fortschrittliche Kassenmanager fordern, alle Krankenkassen zur Veröffentlichung vollständiger Bilanzen nach gesetzlich vorgeschriebenen Regeln zu verpflichten. Zum anderen sollten die Rechenwerke einem Testat durch unabhängige, externe Prüfer unterworfen werden. Ähnlich wie bei der Finanzkrise würde dann so mancher Bilanzierungstrick offenbar: So landet vermutlich nur ein Bruchteil der auf rund 10 Mrd. Euro taxierten Rentenverpflichtungen für Kassenmitarbeiter ordnungsgemäß in den Bilanzen. Andere Kassen verschieben den gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagenaufbau einfach in eine ungewisse Zukunft. Die lange Frist ist offenbar zu verlockend: Erst Ende 2049 müssen die Rücklagen vollständig gebildet sein. ■

Michael Lempe,
Vorstand hkk Erste Gesundheit, Bremen

© alex30/Fotolia.com
© Steve Cole/istockphoto.com

Abschied vom Paternalismus

„Alle im Gesundheitswesen Beteiligten – einschließlich der Patienten – sind sich darin einig, dass Patienten künftig stärker in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden sollen. Mehr als 80 Prozent der Deutschen wünschen sich eine aktive Rolle gegenüber ihrem Arzt und wollen, im Sinne einer Arzt-Patienten-Partnerschaft, bei Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, stärker einbezogen werden.“ (BGV Bundesverband f. Gesundheitsinformation u. Verbraucherschutz)

Die Patientengesellschaft lässt sich heute in zwei Gruppen teilen:

1. in die zunehmend schwindende Gruppe der meist Älteren ohne direkten Zugang zu den modernen Informationsmedien,
2. und die jüngeren gut Informierten, die bereits vor dem Arztbesuch anhand der Beschwerden oder bereits vorliegender medizinischer Befunde „ihre Erkrankung“ im Internet beforscht haben.

Von letzterer Gruppe soll dieser Artikel handeln.

Weitere Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass wir Ärzte dem „vorinformierten“ Patienten immer häufiger begegnen:

- Die Medien, Tageszeitungen und selbst die Boulevardpresse und insbesondere das Fernsehen haben Krankheit und Gesundheit zu Kardinalthemen gemacht.
- Das Internet bietet nahezu unerschöpfliche Möglichkeiten der Patienteninformation zu fast allen Krankheiten und medizinischen Fragen an. Neben wissenschaftlichen Informationen haben insbesondere die Diskussionsforen (Blogs) zunehmende Bedeutung erlangt.
- Die zunehmende Verschärfung der Aufklärungspflicht erfordert eine ausführliche Information der Patienten auch über Risiken im Prozent-Bereich und dient damit der umfassenden Information.
- Zu den meisten schweren und chronischen Erkrankungen gibt es Selbsthilfegruppen mit umfassenden z. T. professionellen Informationsangeboten.
- Konkrete Kursangebote der Krankenkassen (Bsp.: „Komptent als Patient“ Technikerkrankenkasse) stärken die Rolle des Patienten.

Die Patienten sind häufig damit konfrontiert, dass sie die gefundenen Informationen oft allein auswählen, inhaltlich verstehen und bezogen auf ihr gesundheitliches Problem bewerten müssen. Dabei spielen Alter, Bildung und kulturelle Aspekte eine nicht unwesentliche Rolle. Die Situation kann zu Überforderung, Fehlinterpretation oder vermeintlichem Expertentum führen.

Das Gespräch mit dem Arzt ist folglich immer seltener die primäre Quelle der Information. Daraus folgt, dass die traditionelle Autorität der Ärzte, die sich auf Wissen, Erfahrung, Interpretation und Analyse von Symptomen und wissenschaftlichen Ergebnissen begründet, zunehmend in Frage gestellt wird. Was bedeutet dies für das Selbstverständnis der Ärzte? Die Begegnung mit dem informierten Patienten definiert neue Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung:

Es lassen sich drei Grundtypen des informierten Patienten definieren:

1. Der „umfassend informierte“ Patient, der uns als fachlich gut informierter Experte begegnet. Wenn wir dies erkennen und akzeptieren und nicht unser eigenes Wissen und unsere Rolle in Frage gestellt sehen, ergibt sich die Möglichkeit des wissenschaftlichen Diskurses. Diese Situation ist vielen aus der medizinischen Versorgung von Kollegen und Kolleginnen bekannt. Es kann sich eine gemeinsam getragene Verantwortung („shared decision making“) aus der gemeinsamen Wissensbasis ergeben.

2. Der „gut informierte" Patient kann mit seinem Wissen über seine spezielle Erkrankung als Partner im Umgang mit der Krankheit agieren. Er versteht und akzeptiert die Erkrankung und die daraus folgenden Notwendigkeiten, braucht jedoch die Unterstützung und Autorität seines Arztes. Er kann einen Teil der Verantwortung übernehmen.

3. Die schwierigste Situation ergibt sich mit dem „dysinformierten" Patienten. Er tritt uns oft mit einseitigen Informationen, ideologisch geprägten Vorurteilen und vorgefassten Entscheidungen zur möglichen Diagnostik und Therapie gegenüber. Ihn zu erkennen ist nicht immer leicht und die Situation ist konfliktträchtig, da häufig die ärztlichen Empfehlungen nicht akzeptiert werden.

Wichtige Folgerungen

Die zunehmenden medizinischen Informationsangebote bieten Chancen und Risiken sowohl für die Patienten, als auch für die Ärzte. Das medizinische Wissen unserer Patienten definiert allein noch keine neue Patientenrolle oder die Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen. Es sollte uns bewusst sein, dass die vielfältigen Informationen bei unseren Patienten nicht unmittelbar zu einem besseren Verständnis der Erkrankung oder zu einem akzeptierten Umgang mit schwierigen Diagnosen führen. Der informierte Patient hat das Risiko, bzgl. der Übernahme von Mitverantwortung überschätzt zu werden. Die häufig deklarierte „Partnerschaft", „Selbstverantwortung" und „Begegnung auf Augenhöhe" ist in kritischen Situationen (vor Operationen, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und bei lebensverändernden Entscheidungen) ein fragiles Moment. Die rasche Vermehrung des medizinischen Wissens und die Verfügbarkeit für alle Beteiligten ist zudem eine erhebliche Herausforderung für uns Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung und zum kontinuierlichen kollegialen Austausch.

Anforderung: Kompetenz des Patienten würdigen

Es besteht also die Anforderung, die Kompetenz des Patienten zu würdigen und sich gleichzeitig der Subjektivität des Patienten im Umgang mit der fachlichen Information bewusst zu sein. Wir Ärzte sollten den zunehmend gut informierten Patienten als Chance für eine Veränderung im Umgang miteinander begreifen. „Feststellbar ist nämlich, dass besser informierte Patienten auch weniger ängstlich sind, was den Krankheitsverlauf anbetrifft, dass die Behandlung bei ihnen frühzeitiger beginnt, dass sie mit der Behandlung zufriedener sind und seltener einen Rechtsstreit führen, dass sie ein höheres Maß an ‚Compliance' zeigen, dass sie Behandlungsformen mit geringeren Risiken bevorzugen..." (Marstedt 2005) ■

Literatur beim Verfasser

Dr. Jörg Gröticke,
Internist Hämatologie/Onkologie, Leitender Oberarzt, Klinik für Innere Medizin I, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen

Anzeige

Wann hatten Sie das letzte Mal wirklich Zeit?

Dr. med. Stephanie Grenz,
B·A·D-Arbeitsmedizinerin:
» Ich habe mich für eine sichere Alternative zum Klinik- und Praxisalltag entschieden. Jetzt berate ich Unternehmen aus den verschiedensten Branchen, plane meine Termine ohne Nacht- und Wochenenddienste und gestalte so aktiv meine Zukunft selbst. Das verstehe ich unter dem Erfolgsfaktor Mensch! «

www.erfolg-hat-ein-gesicht.de

Wir bieten an unserem Standort **Bremen**

Arbeits-/Betriebsmedizinern (m/w) oder
Ärzten in Weiterbildung (m/w)
(Kennziffer: BRÄB)

Fachgebiet **Arbeitsmedizin** neue Perspektiven.

Unser Angebot:
– Flexible und planbare Arbeitszeiten
– Möglichkeit der Teilzeittätigkeit
– Keine Wochenend-/Nachtdienste
– Große Gestaltungsfreiräume
– Zeit für die Beratung in der Präventivmedizin
– Leistungsbezogene Vergütung
– Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
– Betriebliche Altersvorsorge
– Innerbetriebliches Gesundheitsmanagement
– Car-Rent-Sharing-Modell
– Attraktive Karrierechance

Ihre Aufgaben:
– Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
– Betriebsbegehungen und Beratung zu vielfältigen arbeitsmedizinischen Themen
– Arbeitsmedizinische Begutachtung
– Gestaltung und Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
– Schulungen zu verschiedenen Themen der Prävention
– Reisemedizinische Beratung
– Arbeiten in einem interdisziplinären Team

Die B·A·D GmbH betreut mit mehr als 2.200 Experten europaweit 200.000 Betriebe mit 4 Millionen Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitssicherheit. Allein in Deutschland betreiben wir 190 Gesundheitszentren. Damit gehören wir mit unseren Tochtergesellschaften zu den größten europäischen Anbietern von Präventionsdienstleistungen. Unsere Mitarbeiter sind dabei unser wertvollstes Kapital, denn ohne sie wären wir nicht so erfolgreich! Gehören Sie bald auch zu uns?

Interessiert? Dann wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Ansprechpartner Thomas Gies, Telefon 02 28/4 00 72-335. Wir freuen uns auf ein Gespräch mit Ihnen!

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte unter Angabe der o. g. Kennziffer an
B·A·D GmbH – Human Resources
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
bewerbung@bad-gmbh.de, www.bad-gmbh.de

B·A·D GESUNDHEITSVORSORGE UND SICHERHEITSTECHNIK GMBH

Dabigatran bei Vorhofflimmern

Dabigatran ist jetzt auch zur Prävention von Schlaganfällen bei Risikopatienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern zugelassen. Vor allem bei schwieriger INR-Einstellung könnte das teure Mittel eine mögliche Alternative zu Coumarinen sein.

Der Thrombinhemmer ist seit 2008 zur perioperativen Prophylaxe von Thromboembolien nach Hüft- und Kniegelenksersatz verfügbar. Seit September 2011 kann er in Tagesdosierungen von 2 x 110 mg oder 2 x 150 mg zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei nicht valvulärem Vorhofflimmern eingesetzt werden, wenn mindestens ein Risikofaktor vorliegt wie frühere zerebrale Ischämie oder systemische Embolie, Herzinsuffizienz, Ejektionsfraktion unter 40 Prozent, Alter 75 Jahre oder Alter 65 Jahre plus Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit oder arterielle Hypertonie. Laborkontrollen mit Dosisanpassung wie bei Coumarinen sind für die Routine nicht notwendig, aber auch nicht verfügbar. Ein Anidot gibt es nicht.

Studienergebnisse

Basis der Zulassung ist die randomisierte RE-LY-Studie, die beide Dosierungen bei gut 18.000 Patienten mit Vorhofflimmern und mindestens einem Risikofaktor mit Warfarin in adjustierter Dosis (INR 2 bis 3) vergleicht. Patienten und Ärzte sind nur gegenüber den Dabigatran-Dosierungen verblindet; die relevanten Endpunkte werden aber von verblindeten Untersuchern bewertet. 35 Prozent der Patienten leiden an permanentem VHF, 68 Prozent weisen einen $CHADS_2$-Score von 2 oder größer auf, 50 Prozent sind mit oralen Antikoagulanzien und 40 Prozent mit ASS vorbehandelt. Beide Dabigatran-Dosierungen sind Warfarin nicht unterlegen; nur 2 x 150 mg senken aber den kombinierten Endpunkt aus Schlaganfällen oder Embolien signifikant um 0,60 Prozent pro Jahr, und zwar durch Reduktion hämorrhagischer und ischämischer Insulte um 0,28 Prozent bzw. 0,29 Prozent. Die Kardiovaskuläre Mortalität sinkt um 0,41 Prozent, die Gesamtmortalität grenzwertig signifikant um 0,49 Prozent. Schwere Blutungen sind unter 2 x 150 mg Dabigatran nicht seltener als unter Warfarin, Magen-Darm-Blutungen sogar um 0,49 Prozent häufiger. Allerdings sind lebensbedrohliche und intracranielle Blutungen um 0,44 Prozent bzw. 0,36 Prozent seltener.
2 x 110 mg Dabigatran verursachen 0,70 Prozent weniger schwere Blutungen und nicht häufiger Magen-Darm-Blutungen als Warfarin; dafür werden Schlaganfälle jedoch nicht besser verhindert. Unter beiden Dabigatran-Dosierungen treten tendenziell mehr Infarkte auf (0,18 Prozent bzw. 0,17 Prozent pro Jahr). Übelkeit ist 5 Prozent häufiger als unter Warfarin, Therapieabbrüche wegen Magen-Darm-Beschwerden 1 bis 2 Prozent; Transaminasenanstiege und Leberfunktionsstörungen unterscheiden sich nicht.
Merkmale wie Geschlecht, Gewicht oder Begleiterkrankungen wie Herzinsuffizienz, Diabetes oder Hypertonus, der $CHADS_2$-Score, Vorbehandlung mit ASS oder oralen Antikoagulanzien oder zerebrovaskuläre Vorereignisse haben keinen Einfluss auf die Ergebnisse. Für Patienten über 85 Jahre liegen keine ausreichenden Daten vor; bei ihnen sollte Dabigatran nicht eingesetzt werden. Patienten zwischen 80 und 85 Jahre erleiden unter beiden Dosierungen 0,80 Prozent weniger Schlaganfälle als unter Warfarin; wegen einer geringeren Rate schwerer Blutungen erscheinen bei ihnen 2 x 110 mg gut begründet. In der Nutzen-Schaden-Bilanz profitieren dagegen Patienten zwischen 75 und 80 Jahre wie jüngere mehr von 2 x 150 mg. Nach den Studiendaten scheint bei leichter bis mäßiger Niereninsuffizienz eine Dosisreduktion nicht nötig; bei schwerer Niereninsuffizienz (Clearance unter 30 ml / min) ist Dabigatran jedoch kontraindiziert. In europäischen Zentren betreute Patienten scheinen weniger zu profitieren – möglicherweise wegen besserer INR-Einstellungen: Liegen mehr als 72 Prozent der INR-Werte (oberes Quartil der Studie) im Bereich von 2 bis 3, scheinen 2 x 150 mg Dabigatran Insulte nicht besser zu verhindern als Warfarin und mehr schwere Blutungen zu verursachen. Beim Nettoeffekt aus Gefäß- und Blutungsereignissen ergeben sich dann eher Nachteile für Dabigatran.

Für die Praxis

Eine Alternative zu Coumarinen für Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern, die einer oralen Antikoagulation bedürfen, ist begrüßenswert. Die Tageskosten liegen aber 15- bis 20-fach höher und verteuern die Therapie trotz Wegfall der INR-Messungen um rund 1.000 € pro Jahr. Eine mögliche Indikation für Dabigatran ergibt sich derzeit vor allem für Patienten mit hohem Insult- und/oder Blutungsrisiko, bei denen sich die INR-Einstellung unter oralen Antikoagulanzien schwierig gestaltet. Ähnliche Ergebnisse wie für Dabigatran sind mittlerweile auch für die Faktor-Xa-Inhibitoren Rivaroxaban und Apixaban publiziert, die bisher nur zur Thromboseprophylaxe nach Hüft- und Knieersatz zugelassen sind. Die zu erwartenden Zulassungserweiterungen könnten die Preisgestaltung und Bewertung für Dabigatran beeinflussen. Ausreichende Langzeiterfahrungen fehlen für alle drei Mittel. ■

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

© Martina Taylor/Fotolia.com © Maria.P./Fotolia.com © Gina Sanders/Fotolia.com © SIGNTIME/Fotolia.com © VisualField-BS/Fotolia.com © Franz Pfluegl/Fotolia.com © K. Krueger/Fotolia.com

Leistungsschau der Bremer Praxen

Zum 3. Mal lädt die KV Bremen gemeinsam mit einer Reihe von Berufsverbänden zum Tag der ambulanten Medizin ein. Am 5. November entsteht so für einen Nachmittag die „größte Praxis“ der Stadt.

Rund 100 Vertragsärzte und Psychotherapeuten werden an diesem Samstag von 13.00 bis 18.00 Uhr wieder in den Räumen der KV Bremen „praktizieren“. Die Veranstaltung wendet sich an Bürgerinnen und Bürger im Land Bremen und soll geballt an diesem einen Nachmittag Kompetenz und Leistungsspektrum in der ambulanten Medizin unterstreichen. Und dass dieses Konzept funktioniert, haben die vergangenen beiden Jahre bewiesen. 800 bzw. 1000 Menschen strömten in das Haus der KV Bremen. „Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten leisten Tag für Tag eindrucksvolle Arbeit. Diese hervorragende Patientenversorgung wollen wir am 5. November einen Nachmittag lang auf den Punkt bringen“, beschreibt Dr. Jörg Hermann, Vorsitzender der KV Bremen, die Idee der Veranstaltung.
Der Tag der ambulanten Medizin fußt auf drei Säulen: einem Nonstop-Vortragsprogramm, einer Gesundheitsmesse und einer Reihe von Gesundheits-Checks und Mitmachaktionen in den so genannten „Praxis-Räumen“, was für die Besucher den Tag zu einem Erlebnis mit hohem Nutzwert macht. Jedes Jahr wird ein Fachbereich bzw. medizinisches Thema hervorgehoben, diesmal ist es die „Sonderaktion Rücken, Hüfte, Knie“. ■

Christoph Fox,
KV Bremen

Vortragsprogramm

Sonderaktion: Rücken, Hüfte, Knie
Knochenschwund – Was tun gegen Osteoporose?
Dr. Wolfgang Hund (Orthopäde)

„Altersblind“ durch Makuladegeneration
Neue Erkenntnisse, neue Therapien
Dr. Martin Haller (Augenarzt)

Prostata-OP – Was erwartet mich?
Dr. Alexander Fehling, Dr. Wolfgang Winkler, (Urologen)

Wege in die Psychotherapie: Wie finde ich Hilfe und Rat?
Dr. Hans Nadolny (Psych. Psychotherapeut)

Schaufensterkrankheit – Diagnose und Behandlung
Dr. Friedrich Michael Weber (Kardiologe)

Sonderaktion: Rücken, Hüfte, Knie
„Reifenpanne“: Was hilft bei Bandscheibenleiden?
Henning Cordes (Neurochirurg)

Sonderaktion: Rücken, Hüfte, Knie
Rückenschmerzen – woher sie kommen und was dagegen hilft
Dr. Niklas Stamerjohanns (Orthopäde)

„Muss ich auf die Couch?“
Psychoanalyse u. Psychotherapie heute
Heide Kyek (Psych. Psychotherapeutin)

Herzinfarkt - Jede Sekunde zählt
Prof. Dr. Rüdiger Blindt (Kardiologe)

Harninkontinenz: verschwiegenes Problem - behandelbare Erkrankung
Gabriela Gebert, Geerd Loock (Urologen)

Riechen und Schmecken in Gefahr?
Dr. Thomas Gerste (Hals-, Nasen-, Ohrenarzt)

Balneophototherapie bei Schuppenflechte und Neurodermitis
Prof. Dr. Jörn Elsner (Hautarzt)

Infektionskrankheiten heute, HIV und Hepatitis
Dr. Susann Koch (Internistin)

Wissenswertes über Niere und Bluthochdruck - ein Quiz
Dr. Karla Schmaltz (Nephrologin)

Angebote in den „Praxis-Räumen“

Herz-Kreislauf-Check mit dem EKG
Dr. Johannes Grundmann, Dr. Susanne Reiter (Hausärztliche Internisten)

Röntgen-Demonstration und Informationen über das Mammographie-Screening-Programm
Dr. Ulrike Bergt, Dr. Wolfgang Flocken, Daniel Arno Krastel, Johanna Potthast (Radiologen)

Durchblutungsstörungen der Beine
Dr. Walter Kunstreich, Dr. Friedrich Michael Weber (Kardiologen)

Kardiologie-Demonstration, Herzrythmusstörungen
Prof. Dr. Rüdiger Blindt, Dr. Peter Harfmann, Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum, PD. Dr. Klaus Langes, Dr. Erik Meyer-Michael, Dr. Ronald Müller, Dr. Athanasios Gkanatsas, Dr. Friedrich Michael Weber (Kardiologen)

Seh- und Schieltest
Dr. Ulrich Kliefoth (Augenarzt)

Sonographie der Nieren
Dr. Matthias Becker, Dr. Rolf Ebbinghaus, Dr. Heide Hengemühle, Dr. Wilfrid Lotz, Dr. Harry Maretzke, Dr. Karla Schmaltz, Dr. Lars Tegtmeier, Dr. Matthias Weiß, Dr. Michael Wilfling (Nephrologen)

Hautkrebs-Check mittels Videodermaskopie
Dr. Florian Altvater (Dermatologe)

Cholesterin- und Blutzuckertest
Dr. Heiko Fasold, Dr. Anne-Kathrin Nethe (Hausärztliche Internisten)

Ultraschall der Beine
Arterienverkalkung, Raucherbein
Michael Rachold (Angiologe)

Sonderaktion: Rücken, Hüfte, Knie
Rückenschule (13:30 Uhr), Nacken-Schulter-Kurs (14:30 Uhr), Rückentraining (15:30 Uhr), Pilates (16:30 Uhr)
Rückenschule e.V.

Test auf Karpaltunnelsyndrom
Panagiotis Assimakopoulos (Neurochirurg)

Schlaflabor
Dr. Claus Fortlage, Dr. Dirk Matthießen (Pneumologen)

Lungenfunktionstest
Dr. Claus Fortlage, Dr. Dirk Matthiesen, Christoph Neuhann (Pneumologen)

Allergietest (Pricktest)
Dr. Marco Bruns, Prof. Dr. Jörn Elsner (Hautärzte), Carmen Groninga, Paul Junker (Hausärzte)

Dopplersonographie des Halses
Dr. Mathias Beeg, Helge Lübbert (Psychiater/Neurologen)

Hörtest
Dr. Büschel (HNO-Arzt)

Gesundheitsmesse

Darmkrebs und Vorsorge
Dr. Ralf Böhmer, Dr. Malte Pein

Schwangerschaft und Wechseljahre
Frank Davidsmeyer, Dr. Christa Goecke, Dr. Andreas Umlandt

Ihre Hausärzte: Blutdruck-Messung, Impfpass-Check, u.v.m.
Dr. Heinrich Eitmann, Dr. Michael Neumann, Dr. Gerd Praetorius

Nieren-, Blasen- und Prostataerkrankungen, Harninkontinenz
Dr. Alexander Fehling, Gabriela Gebert, Dr. Reinhard Hübotter, Dr. Tim Hülskamp, Dr. Walther Kaldewey, Dr. Martin Leugner, Geerd Loock, Dr. Ghassan Naib, Dr. Gregor Schönfelder, Dr. Rolf Werdin, Dr. Wolfgang Winkler

Krebstherapie und Infektionskrankheiten
Dr. Harald Beta, Dr. Gabriele Doering, Dr. Heinz-Jürgen Igelmann, Dr. Susann Koch, Dr. Sigrid Jacobi-Weber, Dr. Carsten Schreiber, Dr. Christoph Sick, Dr. Rudolf Weiß, Dr. Karl Wietholt

Sonderaktion: Rücken, Hüfte, Knie
Dr. Wolfgang Hund, Dr. Norbert Langen, Dr. Manfred Neubert, Dr. Niklas Stamerjohanns

Ambulante Narkosen
Peter Beyer, Dr. Hinnerk Gröper, Susanne Gröper, Dr. Gabriele Meyer-Barner, Mathias Nitz, Dr. Masiar Sabbagh-Amirkhizi

Selbsthilfegruppen in Bremen
Gesundheitsamt Bremen: Hartmut Stulken, Carmen Vogel

Unabhängige Patientenberatung
Elisabeth Götz, Frauke Schäfer

Depression, Angsterkrankungen, Psychosomatik, Burnout
Dr. Hans Nadolny, Hans-Otto Platte, Ruth Savioli

Sehstörungen, Augenerkrankungen
Dr. Stefan Bodanowitz, Irena Manojlovic

Nierenerkrankungen und Bluthochdruck, Bauchfelldialyse und „Blutwäsche“
Dr. Matthias Becker, Dr. Heide Hengemühle, Wilfrid Lotz, Dr. Karla Schmaltz, Dr. Lars Tegtmeier, Dr. Michal Wilfling

Hauttypbestimmung, Hautkrebs-Check, Sonnenschutz, Schuppenflechte
Dr. Florian Altvater, Dr. Uwe Schwichtenberg, Zekaria Sherif

Rheuma
Dr. Hans-Gerhard Müller

Herz-Kreislauf-Probleme, Herzinfarkt, Rythmusstörungen, Schaufensterkrankheit
Prof. Dr. Rüdiger Blindt, Dr. Athanasios Gkanatsas, Dr. Peter Harfmann, Dr. Christian Hegeler-Molkewehrum, Dr. Klaus T. Kallmayer, PD. Dr. Klaus Langes, Dr. Erik Meyer-Michael, Dr. Ronald Müller, Dr. Eberhard Scherer, Dr. Friedrich Michael Weber

Eröffnung der Gynäkologischen Ambulanz für mobilitäts-eingeschränkte Frauen

Alles begann mit einem öffentlichen Expertinnengespräch am 28. August 2008 im Haus der Wissenschaft, zu dem SelbstBestimmt Leben e. V., das Netzwerk Behinderter Frauen in Bremen und die Zentralstelle zur Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau eingeladen hatten. Das Ergebnis dieser Veranstaltung lautete: Behinderten Frauen soll künftig eine bessere gynäkologische Versorgung gewährleistet werden.
Ein Runder Tisch beschäftigte sich seitdem mit der Realisierung dieser Zielvorgabe. Es entstand ein Bericht zur gynäkologischen Versorgung von mobilitätseingeschränkten Frauen im Land Bremen, der ergab, dass die Nutzung des bestehenden vertragsärztlichen Angebots für einige Frauen mit Schwierigkeiten verbunden ist. Um den besonderen Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, begab man sich auf die Suche nach einem geeigneten Ort zur Einrichtung eines Versorgungsangebotes. Den Beteiligten war wichtig, dass die freie Arztwahl gegeben ist, so dass zwar der Standort nun am Klinikum Bremen-Mitte angesiedelt ist, die Versorgung der Patientinnen aber durch die niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte erfolgt. Umfangreiche Gespräche und die Einwerbung finanzieller Mittel waren erforderlich, um das Projekt zu realisieren. So hat sich auch die Ärztekammer Bremen mit einer Spende beteiligt.

Für das Projekt überreichte die Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen Dr. Heidrun Gitter (li.) symbolisch einen Scheck zur Unterstützung.

Am 7. Oktober 2011 war es dann so weit: Die Gynäkologische Ambulanz für mobilitätseingeschränkte Frauen wurde feierlich eröffnet. Ein Versorgungsangebot, das auch bundesweit Beachtung findet, weil es in dieser Form bisher nicht existiert. Diesen und weitere Aspekte betonten die verschiedenen Redner in ihren Grußworten. Prof. Swantje Köbsell brachte es in ihrer Ansprache auf den Punkt: „Mit diesem Angebot wurde den betroffenen Frauen ihre Würde zurückgegeben.“
Die Räume der Praxis befinden sich in der Frauenklinik am Klinikum Bremen-Mitte. Frauen und Mädchen mit körperlichen Beeinträchtigungen können unter der Telefonnummer 0421/3404-415 von Sonntag bis Donnerstag von 20.00 bis 22.00 Uhr Termine vereinbaren. Die Behandlungszeiten sind Mittwochs von 15.00 bis 19.00 Uhr. ■

Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen

Medizinethik am Lebensende

Auf Einladung des Vorstandes war Dr. Martina Wenker, die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, nach Bremen gekommen, um in der Bremer Delegiertenversammlung über „Medizinethik am Lebensende“ zu referieren.

Anlass war die Änderung von § 16 Musterberufsordnung auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag, der Ärztinnen und Ärzten verbietet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Mit der Umsetzung der Musterberufsordnung in Bremen werden sich die Bremer Delegierten auf ihrer nächsten Versammlung im November befassen.
Dr. Wenker begann ihren Vortrag mit Beispielen zu kommerzieller Sterbehilfe wie Dignitas und die „Selbsttötungsmaschine“ des ehemaligen Hamburger Justizsenators Kusch und machte gleich zu Beginn deutlich, dass dies für Ärztinnen und Ärzte nicht tolerabel sei. Nach einem Überblick über die rechtlichen – insbesondere die strafrechtlichen – Grundlagen stellte Dr. Wenker die provokante Frage: „Sind Ärzte nicht für die Suizidbeihilfe am besten geeignet?“ Nicht nur der Deutsche Juristentag sprach sich 2006 dafür aus, die Mitwirkung des Arztes beim Suizid des Patienten unter bestimmten Voraussetzungen als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu tolerieren. Auch Ärztinnen und Ärzte befürworten zu immerhin 30 Prozent eine Legalisierung des ärztlich begleiteten Suizids – so ergab eine Allensbach-Umfrage im Jahr 2010.
Die Mehrheit allerdings sieht die Gefahr, dass das Vertrauensverhältnis als Grundlage der Arzt-Patientenbeziehung zerstört wird und würde eine Legalisierung zudem als Belastung empfinden.
Dr. Wenker ließ keinen Zweifel daran, dass sie zu der Mehrheit gehört, die eine Liberalisierung ablehnt. Sie verwies auf die Gefahr, dass der soziale Druck auf Ältere, Kranke und Pflegebedürftige in Zeiten des demographischen Wandels zunehme. Flächendeckende Alternativen, wie z. B. eine würdige Altenpflege oder palliativmedizinische Behandlung würden nachrangig. Eine Liberalisierung hätte außerdem negative Auswirkungen auf das Arztbild und auch auf das ärztliche Selbstverständnis, wenn der assistierte Suizid zur einforderbaren ärztlichen Leistung werde.
Dr. Wenker plädierte zudem für eine klare, verbindliche Richtschnur in der Berufsordnung. Zu Beginn des Jahres 2011 hatte die neu gefasste Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung für Irritationen gesorgt. Insbesondere die Formulierung „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ wurde als Aufweichung der bisherigen Position verstanden. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung brachte es auf den Punkt: „Dieser Beschluss der Bundesärztekammer verändert das Berufsbild des Arztes: Die Deutsche Ärzteschaft stellt sich selbst die Mitwirkung bei der Selbsttötung frei.“
Gerade vor diesem Hintergrund hielt Dr. Wenker eine klare und eindeutige Formulierung in der Berufsordnung für notwendig. Denn das ärztliche Berufsrecht liefere das Fundament für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten. Die Zugehörigkeit zur Profession Arzt garantiere dem Patienten sowohl fachliche Kompetenz als auch moralische Integrität. „Wo Arzt drauf steht, muss auch Arzt drin sein“, formulierte Wenker plastisch. Nach einer lebhaften Diskussion dankte Dr. Wurche der Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen für ihr Kommen und ihren engagierten Vortrag.
Zum Abschluss der Sitzung befassten sich die Delegierten noch mit den Regularien. Sie beschlossen eine Gebühr für das Verfahren zur Wiederholung der Gleichwertigkeitsprüfung in Höhe von 300 Euro. Außerdem führten sie eine Aufwandsentschädigung für ausführliche Protokolle von Weiterbildungs- und Gleichwertigkeitsprüfungen in Höhe von 50 Euro ein. ■

PD Dr. jur. Heike Delbanco,
Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer Bremen

Weiterbildungsbefragung

Bremen mit guter Beteiligung

Vor wenigen Tagen ging die zweite bundesweite Evaluation der Weiterbildung zu Ende. Die Landesärztekammern hatten Weiterbilder und Ärztinnen und Ärzte, die sich derzeit in Weiterbildung befinden, nach ihrer Einschätzung des Weiterbildungsgeschehens befragt.
Nach Abschluss dieser Runde kann man sagen: Bremen kann zufrieden sein mit der Beteiligung. 72 Prozent der weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte haben sich beteiligt. Damit liegt Bremen an vierter Stelle der Landesärztekammern und übertrifft den Bundesdurchschnitt der Beteiligung um circa 20 Prozent (53,3 Prozent). Die Beteiligung der Weiterbilder in Bremen ist damit im Vergleich zur Evaluation 2009 annähernd konstant geblieben (2009: 74,3 Prozent).
Auch bei der Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, ist Bremen auf den vorderen Plätzen: 49,6 Prozent der Weiterzubildenden haben in diesem Jahr an der Befragung teilgenommen. Damit konnte die Beteiligung im Vergleich zur Evaluation 2009 gesteigert werden (2009: 43,4 Prozent). Bundesweit lag die Rücklaufquote in diesem Jahr bei 38,54 Prozent.
Die Auswertungen sollen im Dezember 2011 vorliegen.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei allen Weiterbildern und allen Weiterzubildenden bedanken, die sich an der Online-Befragung beteiligt und damit ihr Interesse an einer Fortentwicklung und Verbesserung der Weiterbildung bekundet haben.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Barbara Feder, Leiterin der Abteilung Weiterbildung, Telefon: 0421/3404-241 oder per E-Mail an: barbara.feder@aekhb.de. ■

PD Dr. jur. Heike Delbanco,
Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer Bremen

Venuslauf – 500 km in 2 Stunden

Das war die beeindruckende Bilanz des Teams Ärztekammer beim diesjährigen Bremer Venuslauf. Bei bestem Wetter trafen sich Ärztinnen, Ärzte, Familienangehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer am Sonntagmorgen am Marcusbrunnen im Bürgerpark, um als Team Ärztekammer den Venuslauf der Bremer Krebsgesellschaft zu unterstützen.
Joggen, Walken oder Radfahren – die Hauptsache war Bewegung für den guten Zweck. Eine Runde für Läufer und Walker war anderthalb Kilometer, die Runde für die Radfahrer drei Kilometer. Pro gelaufener oder gefahrener Runde gab es ein Gummiband. Zum Schluss wurden alle Runden zusammengezählt

und verschiedene Sponsoren schütteten die Gewinnsumme aus. Insgesamt schafften die Teilnehmer in diesem Jahr 27.750 Kilometer und somit 14.000 Euro.
Die Ärztekammer war das erste Mal mit einem eigenen Team vertreten. Um den Anreiz zur Teilnahme zu erhöhen, hatte der Vorstand im Vorfeld beschlossen, den Venuslauf mit weiteren 1.000 Euro aus dem Spendentopf der Ärztekammer zu unterstützen. Dr. Heidrun Gitter, die Vizepräsidentin der Ärztekammer, freute sich über den Erfolg „ihres“ Teams und versprach, dass die Ärztekammer auch im nächsten Jahr wieder dabei sein wird. ■

Ärztekammer Bremen – Aufruf zur Wahl der Delegiertenversammlung

Die Delegiertenversammlung ist das höchste Beschlussgremium der Ärztekammer Bremen. Über die Zusammensetzung entscheiden die Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen alle vier Jahre durch Ausübung des Wahlrechts.

Die Delegierten werden nach den Grundsätzen der Verhältniswahl bestimmt. Jedes Kammermitglied hat bei einer Listenwahl nur eine Stimme.
Im Heilberufsgesetz sind die Aufgaben der Ärztekammer im Einzelnen festgelegt. Danach gehören zu den Hauptaufgaben der Delegiertenversammlung:

- die Festlegung der Satzung, der Geschäfts-, der Berufs-, der Weiterbildungs- und der Fortbildungsordnung
- die Festlegung der Satzung für das Versorgungswerk
- die Gestaltung und Durchführung der gesetzlich festgelegten Aufgaben, insbesondere im Rahmen der Berufsordnung, der Weiterbildung, der Fortbildung, der Qualitätssicherung, der Patientenberatung sowie der Altersversorgung und der Fürsorge.

Die Regelung dieser Belange hat der Gesetzgeber der ärztlichen Selbstverwaltung übertragen. Die Beschlüsse der Delegiertenversammlung gelten für alle Mitglieder der Ärztekammer Bremen. Damit werden auch Ihre Interessen unmittelbar berührt. Das Prinzip der Selbstverwaltung wird gestärkt, wenn sich möglichst alle Ärztinnen und Ärzte an der Wahl beteiligen. Eine hohe Wahlbeteiligung zeugt vom Interesse der Ärzteschaft an ihrer Berufsvertretung.
Die Wahl zur Delegiertenversammlung wird in Form einer Briefwahl durchgeführt. Die Beteiligung an der Wahl wird Ihnen dadurch erleichtert. Die Wahlunterlagen gehen Ihnen gemäß Wahlordnung an Ihre Wohnungsanschrift zu.
Mit Ihrer Stimmabgabe haben Sie die Möglichkeit, Delegierte zu wählen, die Ihre Vorstellungen und Interessen vertreten. ■

Bitte beteiligen Sie sich an der Wahl und sorgen Sie dafür, dass Ihr Stimmzettel spätestens bis Mittwoch, den 7. Dezember 2011, um 18.00 Uhr, in der Ärztekammer Bremen, Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen (nicht in der Bezirksstelle Bremerhaven!), eingegangen ist. Wahlbriefe, die nach dem 7. Dezember 2011 nach 18.00 Uhr in der Ärztekammer Bremen eingehen, dürfen bei der Wahl nicht mehr berücksichtigt werden! Sie sind daher für die Auszählung verloren!

Bremen, 1. November 2011
Ärztekammer Bremen

Befragung von Teilnehmern an gesponsorten Fortbildungsmaßnahmen

Im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung hat die Produktneutralität der Fortbildungsinhalte einen hohen Stellenwert.
Die Akademie für Fort- und Weiterbildung wird ab November 2011 stichprobenartig Teilnehmer von gesponsorten Veranstaltungen im Hinblick auf Produkt- und Firmenneutralität der Inhalte befragen. Die standardisierte Befragung dient der weiteren Verbesserung der Qualitätssicherung der ärztlichen Fortbildung. Wir bitten daher um Ihre Unterstützung.

Keine persönlichen Konsequenzen

Die Beantwortung des Fragebogens kann anonym erfolgen. Falls Sie Mängel an der Neutralität der Fortbildungsinhalte feststellen, erwachsen daraus für Sie keine persönlichen Konsequenzen. Die Ärztekammer Bremen wird allerdings eine Stellungnahme des Veranstalters einholen und behält sich weitere Schritte gegebenenfalls vor.
Auch unabhängig von der schriftlichen Befragung besteht jederzeit die Möglichkeit, uns Rückmeldung zu Veranstaltungen zu geben. Auf unserer Internetseite finden Sie unter der Rubrik Fortbildung ein Online-Formular, das Sie zum Feedback benutzen können. ■

Eine Mitgliedschaft hat viele Vorteile.
Wir sind Teil einer starken Gemeinschaft.

Weitere Informationen erhalten Sie in Ihrer Filiale oder unter **www.apobank.de**

Weil uns mehr verbindet.
deutsche apotheker- und ärztebank

Honorarsystematik 2012: Bloß keine Umstürze

Für den Fall, dass 2012 die Honorarhoheit wieder auf die Regionen übertragen wird, hat die Vertreterversammlung der KV Bremen wichtige Grundlagenentscheidungen getroffen. Es soll sich möglichst wenig ändern, damit es keinen Streit zwischen Arztgruppen gibt.

RLV (Regelleistungsvolumen), QZV (Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen) und Bereitstellungsvolumen: Diese Begriffe aus Honorarbescheiden lösen bei weitem keine Glücksgefühle bei Vertragsärzten aus. Nach der Honorarreform 2009 hat sich allerdings ein Gewöhnungseffekt eingestellt: Niemand liebt RLV und Co., aber einen radikalen Systemwechsel mit all seinen Unwägbarkeiten möchte jetzt auch niemand mehr. Von diesem Gedanken hat sich die Vertreterversammlung der KV Bremen in ihrer Sitzung am 11. Oktober leiten lassen und entschieden: Die Honorarverteilung soll auch 2012 auf diesen Elementen beruhen. Dass die Ärzte und Psychotherapeuten überhaupt einen Einfluss auf die Ausgestaltung der Honorarverteilung haben, hängt direkt mit dem Versorgungsstrukturgesetz zusammen. Dieses Gesetz, das im Dezember durch den Bundestag verabschiedet werden soll, beinhaltet eine verheißungsvolle Passage. Demnach erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Kompetenz zur Honorarverteilung, die künftig nur noch im Benehmen mit den Krankenkassen festzulegen ist. Unter dem Schlagwort Regionalisierung wurde genau diese Honorarhoheit von vielen Seiten vehement eingefordert. Und nun kommt sie vermutlich. Die Grundlagenentscheidung der Bremer Vertreterversammlung ist dennoch zunächst nur ein Vorratsbeschluss. Das gleiche gilt für die zweite maßgebliche Entscheidung.

Grundlage für die Berechnung ärztlicher und psychotherapeutischer Honorare für 2012 soll das Aufsatzjahr 2008 sein. Mit diesem Entschluss hat sich die Vertreterversammlung schwer getan. 2008 als Berechnungsgrundlage bedeutet, dass es keine sprunghaften Veränderungen für die Arztgruppen an ihrem Anteil am Honorarkuchen gibt, denn auch für 2011 gilt und galt das Jahr 2008. Ein Votum für 2009 als Aufsatzjahr hätte bedeutet, dass die Mengenausweitung einzelner Arztgruppen sich zu Lasten anderer ausgewirkt hätte. „Vom Aufsatzjahr 2009 profitieren diejenigen, die das Hamsterrad angetrieben haben und in die Menge gegangen sind, während die Arztgruppen, die unter den Bedingungen des Budgets rational handelten, verlieren“, argumentierte Dr. Andreas Rüggeberg für den Honorarverteilungsausschuss, der der Vertreterversammlung die Entscheidung für 2008 nahe gelegt hatte. Dieser Empfehlung konnte sich eine große Mehrheit letztlich auch anschließen, allerdings nur mit einem Ausstiegsszenario. Sobald valide Daten vorliegen, behält sich die Vertreterversammlung vor, eine neue Entscheidung herbeizuführen, beispielsweise eine Korrektur im laufenden Jahr 2012.

Kritik an Bürgschaft für Klinik-MVZ

Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat heftige Kritik an einer Landesbürgschaft in Höhe von acht Mio. Euro für das MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) Ambulanz Bremen am Klinikum Bremen Mitte geübt. Die Finanzierung widerspreche geltendem Recht und bedeute einen Affront gegen die Kassenärzte im Land Bremen, heißt es in einer ohne Gegenstimme verabschiedeten Resolution. Die Vertreterversammlung wirft dem Land vor, niedergelassene Ärzte zu benachteiligen und öffentliche Mittel zu missbrauchen. Die Landesbürgschaft sei Bestandteil der Krankenhausfinanzierung, komme allerdings einem ambulanten Anbieter zugute, was zu einer Wettbewerbsverzerrung führe, so ein wesentlicher Vorwurf. Der vollständige Resolutionstext ist auf der Internetseite der KV Bremen abrufbar. ■

Hausarztvertrag bringt stolze Fallwerte

Dank der hohen Einschreibequote – 71.000 Patienten in den ersten beiden Quartalen – wird der Hausarztvertrag der KV Bremen auch ein finanzieller Erfolg für teilnehmende Ärzte. Wie Dr. Thomas Liebsch auf der Sitzung der Vertreterversammlung berichten konnte, sind seit Beginn des Vertrages 3,4 Millionen Euro ausgeschüttet worden. Der Fallwert für eingeschriebene Versicherte liege im zweiten Quartal 2011 bei deutlich über 70 Euro. Derweil sind Gespräche zwischen der Techniker Krankenkasse (TK), dem Hausärzteverband Bremen und der KV Bremen gescheitert, teilte der stellvertretende KV-Vorsitzende Günter Scherer mit. Damit der TK-Hausarztvertrag des Verbandes starten kann, bedarf es einer Regelung zum Notdienst, denn diese Verpflichtung geht im Selektivvertrag auf die Krankenkasse über. Die KV Bremen hatte angeboten, den Notdienst für die eingeschriebenen Patienten gegen Kostenbeteiligung der Krankenkasse zu übernehmen. Über die Details konnte keine Einigung erzielt werden, woraufhin die TK die Gespräche abgebrochen hat. ■

Entscheidung zum Spezialarzt steht aus

Kommt er nun? Oder kommt er doch nicht? Nachdem der Gesundheitsausschuss des Bundesrats den Plänen zu einer spezialärztlichen Versorgungsebene einen Korb gegeben hat, schien das Ende für den „Spezialarzt“ beschlossen. Gesundheitsminister Daniel Bahr hat unterdessen erklärt, an der spezialärztlichen Versorgungsebene festzuhalten. Sie soll weiterhin Bestandteil des Versorgungsstrukturgesetzes bleiben, über das der Bundestag am 16. Dezember planmäßig berät. Dem Vernehmen nach wird der Bundesrat allerdings den Vermittlungsausschuss anrufen, was das Verfahren deutlich verlängern wird. Wann und ob die spezialärztliche Versorgung kommt, liegt also weiterhin im Dunkeln. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat unterdessen einen Katalog mit Bedingungen erarbeitet, die aus Sicht der niedergelassenen Ärzte erfüllt sein müssen. Dazu gehören unter anderem ein Überweisungsvorbehalt und die Ablehnung einer einseitigen Bereinigung zu Lasten des ambulanten Sektors. ■

Wesentliche Grundsatzfragen zur Honorarverteilung wird – sollte die Regionalisierung kommen – künftig die Vertreterversammlung entscheiden. Für die Ausgestaltung der Details und das operative Geschäft bleibt der Vorstand der KV Bremen zuständig, der sich mit dem Honorarverteilungsausschuss abstimmt. Auf diese Aufgabenverteilung haben sich die Akteure verständigt und sogleich eine weitere wichtige Grundsatzentscheidung für Bremen und Bremerhaven getroffen. Die Regeln zu den Kooperationsgraden bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), wie sie seit dem 1. Juli 2011 gelten, machen einen Zuschlag auf das RLV von bis zu 40 Prozent möglich. Nach Auffassung der Vertreterversammlung sei dieser Bonus unverhältnismäßig und begünstige die Gründung von Kooperationen, die allein auf Abrechnungsoptimierung aus sind. Deshalb gibt es den Schritt zurück. Für fachgleiche BAG wird der Zuschlag auf das RLV ab kommendem Jahr auf 10 Prozent begrenzt, für fachübergreifende auf maximal 15 Prozent. Ortsübergreifende BAG erhalten nur dann einen Zuschlag, wenn sie eine echte Kooperation nachweisen können. ■

Christoph Fox,
KV Bremen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen KVHB

Vertragsarztsitze

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

Ärzte

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt:

- **zwei hausärztliche Vertragsarztsitze**
- **einen augenärztlichen Vertragsarztsitz**
- **einen radiologischen Vertragsarztsitz**

Vorabinformationen können bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen erfragt werden bei:

Manfred Schober Telefon: 0421-3404-332

Martina Plieth Telefon: 0421-3404-336

Bewerbungen um die Vertragssitze sind schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, zu richten.

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Veranstaltungsinformationen

Fit für den Facharzt Radiologie

Seronegative Spondyloarthritis
Referent: S. Bircks
Termin: 15. November 2011, 18.00 – 19.30 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Bremer Curriculum für Spezielle Psychotraumatherapie

Dissoziative Störungen
Termin: 4. – 5. November 2011,
Freitag 14.00 – 19.30 Uhr, Samstag 10.00 – 16.00 Uhr
Kosten: 240,- Euro (12 PKT)

Grundlagen der Psychotraumatherapie
Termin: 27. – 28. Januar 2012,
Freitag 10.30 – 18.15 Uhr, Samstag 09.30 – 15.30 Uhr
Kosten: 235,- Euro (14 PKT)

Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)
Termin: 17. – 18. Februar, 11. – 12. Mai,
6. – 8. September 2012
Kosten: 960,- Euro (48 PKT)

Kompass Kommunikationstraining für Ärztinnen & Ärzte
Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft und
der Universität Heidelberg.
Termin: 10. – 12. November 2011,
Donnerstag 17.30 – 21.00 Uhr, Freitag 9.00 – 18.00 Uhr,
Samstag 10.00 – 14.00 Uhr
Refresher: 28. April 2012, 10.00 – 16.00 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Bremen
Kosten: 180,- Euro (23 PKT)

Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Inhalt dieser Fortbildungsreihe ist der Erwerb von Kenntnissen in „Psychosomatischer Krankheitslehre". Ziel der psychosomatischen Grundversorgung ist vor allem, den Patienten leib-seelische Zusammenhänge zu erschließen und den Versuch zu unternehmen, mit pragmatischen Mitteln die Beziehung zwischen Arzt und Patienten therapeutisch zu nutzen. Neben der Theorievermittlung wird in Kleingruppen das psychosomatische Gespräch theoretisch und praktisch eingeübt, die Bereitschaft der aktiven Mitarbeit in Gesprächsübungen wird vorausgesetzt.
Termine: 11./12. November; 25./26. November;
9./10. Dezember 2011; 13./14. Januar; 10./11. Februar;
9./10. März 2012, jeweils Freitag 17.00 – 19.30 Uhr,
Samstag 10.00 – 17.00 Uhr
Kosten: 750,- Euro (60 PKT)

29. Sozialmedizinisch-Gutachterliches Kolloquium: Posttraumatische Belastungsstörungen – Besonderheiten in Diagnostik und Begutachtung
Referent: Prof. Dr. Marc Ziegenbein, Hannover
Termin: 16. November 2011, 17.00 – 19.00 Uhr
Ort: Gesundheitsamt Bremen
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (2 PKT)

Impfen Update
Nachmittag zu den relevanten Änderungen nach Erscheinen der aktuellen STIKO-Empfehlungen.
Referenten: Dr. Etta Huppertz, Dagmar Gran,
Dr. Werner Wunderle
Termin: 16. November 2011, 16.00 – 17.30 Uhr
Kosten: 15,- Euro (2 PKT)

Medical English: What brought you here?
In diesem Seminar werden Auszüge aus den Bereichen Anamnese, Befunderhebung und Diagnostik beleuchtet mit dem Ziel, das sprachliche Handeln in der Arzt-Patient-Interaktion zu verbessern, d.h. die Patienten zu verstehen und sich selbst verständlich zu machen. Dabei werden besonders Untersuchungen, Tests, Ergebnisse und Therapien Ihres Fachgebiets sprachlich fokussiert.
Termin: 18. November 2011, 15.00 – 20.00 Uhr
Kosten: 75,- Euro (6 PKT)

Nicht schon wieder ... Gewalt gegen Frauen und Mädchen angesichts alter Gewissheiten, neuer Herausforderungen und Bremer Verhältnisse
Der Fachtag wird von der Bremischen Zentralstelle für die Gleichberechtigung der Frau organisiert. Er dient als Forum zum Austausch derjenigen, die sich an ganz unterschiedlichen Stellen für von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen engagieren und richtet sich darüber hinaus auch an MitarbeiterInnen aus dem Gesundheitssystem wie auch die interessierte Öffentlichkeit.
Termin: 24. November 2011, 10.00 – 16.30 Uhr
Veranstaltungsort: Konsul-Hackfeld-Haus
Kosten: 10,- Euro (6 PKT)

Transition – Modelle der Versorgung chronisch kranker junger Patienten im Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenen-medizinische Behandlung
Kooperationsveranstaltung mit der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit
Chronisch kranke Jugendliche brauchen einen strukturierten und begleiteten Übergang in die Erwachsenen-medizinische Versorgung. Es werden bundesweite Modelle der Transition vorgestellt und diskutiert; anschließend berichten Bremer Ärzte aus dem stationären und ambulanten, dem pädiatrischen und Erwachsenen-Bereich von den Problemen und Lösungsansätzen vor Ort.
Termin: 30. November 2011, 15.00 – 19.00 Uhr
Die Veranstaltung ist kostenfrei. (5 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)

Autor dieser Rubrik ist der Bremer Fachanwalt für Medizinrecht **Claus Pfisterer**. Er zeichnet verantwortlich für den Inhalt.

Kontakt:
pfisterer@castringius.de

Bundessozialgericht: Fristversäumnis der Krankenkasse steht auch beim „sonstigen Schaden" der Regreßfestsetzung nicht entgegen

Mit Urteil vom 29. Juni 2011 (Aktenzeichen B 6 KA 16/10 R) hat das Bundessozialgericht seine auch für andere Prüfverfahren geltende Rechtsauffassung bekräftigt, wonach eine Versäumung der in einer Prüfvereinbarung vorgesehenen Antragsfrist durch die Krankenkasse die Festsetzung eines Schadensregresses wegen eines sogenannten „sonstigen Schadens" nicht hindert. Im Gegenteil sind die Prüfgremien verpflichtet, auch einem verspätet eingereichten Antrag nachzugehen. Begrenzt wird die Antragsbefugnis der Krankenkassen nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung lediglich durch die vierjährige Verjährungsfrist.
Hintergrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts war die Weigerung eines Prüfgremiums, einen verspätet, nach Ablauf der vertraglich vereinbarten sechsmonatigen Antragsfrist eingegangenen Antrag zu bearbeiten. Nach Auffassung der Bundessozialrichter handelt es sich aber bei der vertraglich vereinbarten Antragsfrist lediglich um eine sogenannte „Ordnungsfrist". Ihre Versäumung entfaltet mithin keine „Sperrwirkung" hinsichtlich der Antragstellung.
Das Bundessozialgericht stellte zugleich klar, daß sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich – trotz unterschiedlicher Formulierung der bundesmantelvertraglichen Anspruchsgrundlagen – die Feststellung eines „sonstigen Schadens" stets ein Verschulden des Vertrags(Zahn-)Arztes voraussetzt. Die Ableitung der Schadensersatzansprüche aus dem allgemeinen Zivilrecht setze ein derartiges Verschulden als Anspruchsvoraussetzung der Krankenkasse jeweils voraus, selbst wenn es an einer derartigen Voraussetzung nach dem Wortlaut der maßgeblichen Norm des jeweils einschlägigen Bundesmantelvertrages fehle. ■

Sachgrundlose Befristung eines Arbeitsvertrags bei sogenannter „Zuvor-Beschäftigung"

Die wirtschaftliche Entwicklung einer Praxis ist schwer zu prognostizieren. Zur Vermeidung langfristiger vertraglicher Bindungen im Rahmen von Arbeitsverhältnissen kann der Abschluss befristeter Arbeitsverträge mit den Praxismitarbeiterinnen empfehlenswert sein. Nach § 14 Abs. 2 S. 1 Teilzeitbefristungsgesetz (TzBfG) ist die Befristung eines Arbeitsvertrages ohne Vorliegen eines sachlichen Grundes bis zur Dauer von zwei Jahren zulässig. Dies gilt nicht, wenn mit demselben Arbeitgeber bereits zuvor ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis bestanden hat. Ein früheres Berufsausbildungsverhältnis ist kein Arbeitsverhältnis in diesem Sinn. Auch die frühere Beschäftigung als Praktikant schließt eine grundlose Erstbefristung grundsätzlich nicht aus, wenn diese Zeit nicht in einem Arbeitsverhältnis verbracht wurde.
Das Bundesarbeitsgericht (BAG, Urt. v. 6.4.2011, Az.: 7 AZR 716/09) hat entschieden, dass eine frühere Beschäftigung eines Arbeitnehmers, sofern die Beendigung des Arbeitsverhältnisses mehr als drei Jahre zurückliegt, der Möglichkeit der Befristung eines neuen Arbeitsverhältnisses ohne Grund bis zu zwei Jahren nicht entgegen-

Anzeige

Kaiserin Friedrich-Haus

Veranstaltungen der Kaiserin Friedrich-Stiftung
für das ärztliche Fortbildungswesen

02.-04.12.2011 **Was gibt es Neues in der Allgemeinmedizin?**
99. Klinische Fortbildung für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten
09.-20.01.2012 **15. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall**
24./25.02.2012 **41. Symposion für Juristen und Ärzte:**
Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit, Gefahren der Korruption

weitere Informationen: Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin (Mitte), Telefon 030 / 308 88 920, Telefax 030 / 308 88 926
c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de, www.Kaiserin-Friedrich-Stiftung.de

steht. Das ergebe sich aus Sinn und Zweck der verfassungskonform auszulegenden gesetzlichen Regelung. Zum einen solle es Arbeitgebern ermöglicht werden, auf schwankende Auftragslagen und wechselnde Marktbedingungen durch befristete Einstellungen reagieren zu können und für Arbeitnehmer eine Brücke zu Beschäftigung zu schaffen. Zum anderen sollen durch das Verbot der „Zuvor-Beschäftigung" Befristungsketten und der Missbrauch befristeter Arbeitsverträge verhindert werden. Damit das Verbot aber nicht zu einem Einstellungshindernis wird, sei seine Anwendung nur insoweit gerechtfertigt, als dies zur Verhinderung von Befristungsketten erforderlich ist. Diese Gefahr bestehe regelmäßig nicht mehr, wenn zwischen dem Ende des früheren Arbeitsverhältnisses und dem grundlos befristeten neuen Arbeitsvertrag mehr als drei Jahre liegen.

In dem entschiedenen Fall war die Klägerin bei dem beklagten Freistaat Sachsen aufgrund eines befristeten Arbeitsvertrages vom 1. August 2006 bis 31. Juli 2008 als Lehrerin beschäftigt. Während ihres Studiums hatte sie zuvor vom 1. November 1990 bis 31. Januar 2000 insgesamt 50 Stunden als studentische Hilfskraft für den Freistaat gearbeitet. Mit ihrer Klage hatte sie sich gegen die Befristung ihres Arbeitsverhältnisses gewandt. Das BAG hat die Klage aus den oben genannten Gründen abgewiesen.
Die aktuelle Entscheidung des BAG ermöglicht Praxisinhabern eine flexiblere Gestaltung von Arbeitsverhältnissen, weil auch Mitarbeiterinnen, deren vorhergehendes Arbeitsverhältnis vor mehr als drei Jahren beendet worden ist, grundsätzlich erneut befristet eingestellt werden können. ■

Oberlandesgericht München zu Form und Frist der Herausgabe von Behandlungsunterlagen

Durch einen Beschluss vom 6. Juni 2011 (Aktenzeichen 1 W 953/11) hat das Oberlandesgericht München exemplarisch die Anforderungen an die Herausgabe von Behandlungsunterlagen klargestellt:
Entsprechend der mittlerweile allgemein akzeptierten Handhabung kann der Patient anstelle des „Einsichtsrechts" in die Behandlungsunterlagen, das nur in der Praxis des Arztes ausgeübt werden kann, alternativ auch die Herausgabe bzw. Bereitstellung von Kopien der Behandlungsunterlagen verlangen. Die herkömmliche Form des Einsichtsrechtes ist angesichts moderner kostengünstiger Kopiertechniken heute nicht mehr als Regel, sondern als Ausnahme der Erfüllung des Anspruchs des Patienten auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen anzusehen. Der Arzt erfüllt seine Pflicht, indem er Kopien übersendet oder zur Abholung in der Praxis bereitstellt und den Patienten hierüber informiert.
Nach der Rechtsprechung des OLG München muß der Patient dem Arzt für die Einsichtsgewährung durch Überlassung von Kopien der Behandlungsunterlagen eine angemessene Frist setzen, die nach Auffassung des Gerichts üblicherweise vier Wochen beträgt. Erhebt der Patient vor diesem Zeitraum eine Klage auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen und erfüllt der Arzt „fristgemäß", insbesondere nach einer entsprechenden Ankündigung, dann sind die Kosten des Rechtsstreits dem klagenden Patienten aufzuerlegen.
Das Oberlandesgericht stellt weiter klar, daß sich der Streitwert für eine Klage auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen nach einem Bruchteil des mit einer späteren Hauptsacheklage geltend gemachten Anspruches, insbesondere wegen Schmerzensgeld und/oder materiellem Schadensersatz bemißt. Regelmäßig ist dieser Bruchteil mit 1/10 bis 1/4 des Streitwertes der Hauptsache anzunehmen. Auf diese Weise kann auch die Klage auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen, sofern der Arzt tatsächlich die Überlassung von Kopien der Behandlungsunterlagen verzögert, erhebliche Gerichts- und Anwaltskosten verursachen. Beispielsweise beträgt bei einem Streitwert von nur € 2.000,- das Gesamtkostenrisiko über € 650,-. ■

BUCHMARKT

Klaus Maria Perrar, Erika Sirsch, Andreas Kutschke
Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe
Die Gerontopsychiatrie widmet sich den Besonderheiten des psychisch kranken alten Menschen. Themen dieses Buches sind die Pflege, die medizinische Behandlung sowie die psychosoziale Betreuung und Begleitung von psychisch kranken alten Menschen und ihren Angehörigen. Das Buch ist aus interdisziplinärer Perspektive konzipiert. Authentische und analog zum Pflegeprozess strukturierte Fallbeispiele schlagen eine Brücke zwischen Theorie und Praxis. Das Buch ist eine ideale Lerngrundlage für alle, die eine Weiterbildung im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege/Begleitung absolvieren. Auch Mediziner, Ergotherapeuten und Pädagogen können vom Know-how der Autoren profitieren.

2., aktualisierte und erweiterte Auflage, 2011, 395 Seiten, 107 Abb.,
60 Tabellen, Hardcover inkl. DVD mit 18 Filmen,
ISBN 978-3-13-140722-1, Georg Thieme Verlag, 39,99, Euro.

Stellenmarkt

Allgemeinarzt in HB-City
bietet Teilzeitmitarbeit, Urlaubsvertretung, u. ä. zwecks späterer Übernahme der Hausarztpraxis.
Tel. 0421/3379797

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
in Bremen (Innere/Allgem.med.) sucht Nachfolger/-in für ausscheidenden Partner 2012, auch Teilzeit möglich.
Chiffre 111103

Allgemeinärztin
mit eigenem KV-Sitz sucht Teilzeit-Mitarbeit in allgemeinmedizinischer Praxis.
Hausarztpraxis2012@web.de

Große Hausarztpraxis in Delmenhorst
sucht Allgemeinarzt/Ärztin - auch am Ende der Weiterbildung - zur langfristigen Mitarbeit, auch Teilzeit möglich, ab sofort oder später. Spätere Partnerschaft wünschenswert.
Dres. med. Langhof, Scheunebergstr. 35, 27749 Delmenhorst, Tel. 04221/14606, E-Mail: praxis@dr-langhof.de, www.dr-langhof.de

FÄ/FA Kinder- u. Jugendmedizin
Pädiatr. Praxis mit breitem Leistungsspektrum im Bremer Umland sucht Kollegen/in zur Mitarbeit (Ass. oder Anstellung). Teilnahme am kinderärztl. Notdienst, fam.-freundl. Stadt, alle Schulen vor Ort.
Chiffre 111101

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis mit Schwerpunkt Ernährungsmedizin
sucht Nachfolger/in für aus Altersgründen ausscheidende Kollegin zum 2. Quartal 2012 oder später.
Dr. med. A. Rembert, Tel. 0421/341349, E-Mail: info@docrembert.de

Fortbildung

Ausbildung in Applied Kinesiology in Bremen
Neue Kursreihe in der ganzheitlichen Methode ab Januar 2012.
Deutsche Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology
Infos und Anmeldung unter www.fobize.de oder www.AK-Seminare.com

Sonstiges

Laner Planer
Netzwerk, Planung, Wartung, Datensicherheit, Systemberatung.
www.lanerplaner.de, info@lanerplaner.de

Abzugeben:
2 Rauserkarteischränke, 1 Untersuchungslampe, 1 Liege, wegen Praxisaufgabe.
Tel. 0421/79478144

Eröffnung der psychotherapeutischen Privatpraxis Dipl.-Psych. Ulrike Grünberger-Dupont
Psychotherapie, Psychoanalyse
Heinrich Heine Str. 31, 28211 Bremen
Tel. 0162/9526794, www.psychotherapie-gruenberger.de

Praxisräume

Ärztehaus Bremen Langemarckstr.
EG/UG, 155 qm an allgemeinmed. oder andere Fachrichtung, Miete: 400 Euro, keine Umzugs-, Umbau- und Renovierungskosten, Hohentor-Apotheke.
Tel. 0421/8093212

Kooperationspartner in BHV gesucht
Arzt für Chinesische Medizin sucht Räumlichkeiten in geeigneter Praxis für 1 Tag/Woche zu mieten.
Chiffre 111102

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte an:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH, Chiffre-Nr.:
Walderseestr. 48, 30177 Hannover,
Tel. 0511/909250-0, Fax 0511/909250-22

Kleinanzeigenschluss Heft 12/11 – 01/12: 16. November 2011

Anzeigenformular als Faxvorlage unter
www.bremer-aerztejournal.de

IMPRESSUM

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

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

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

Autoren dieser Ausgabe:
PD Dr. jur. Heike Delbanco, Christoph Fox, Dr. Heidrun Gitter, Elisabeth Goetz, Dr. Jörg Gröticke, Dr. Susanne Hepe, Jörn Hons, Michael Lempe, Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, Claus Pfisterer, Corinna Schaefer, Dr. Sabine Schwarz, Dr. Hans Wille

Redaktion:
Andrea Klingen (Ltg.), Julia Fischer

Bildnachweis:
Fotolia: © queidea, © wildworx, © TrudiDesign, © ralex3D, © Martina Taylor, © Maria.P., © Gina Sanders, © SIGNTIME, © VisualField-BS, © Franz Pfluegl, © K. Krueger
Istockphoto: © Steve Cole
© Peter Schoppe Werbeagentur GmbH

Verlag:
Peter Schoppe Verlag,
Walderseestraße 48, 30177 Hannover,
Tel. 0511/626266-3, Fax 0511/909250-22

Verantwortlich für die Anzeigen:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH,
Claudia Renner,
Walderseestraße 48,
30177 Hannover,
Tel. 0511/909250-0
www.bremer-aerztejournal.de

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. I/11, gültig ab 1. Januar 2011.

Druck: Druckerei Schäfer

Beilagenhinweis: Diese Ausgabe enthält eine Beilage zur Ärztekammerwahl 2011.

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

Thorsten Müller,
Leiter Vermögensverwaltung

Wir geben erst mal Denkanstöße – bevor wir etwas empfehlen.

Und Ihre Bank?

Sprechen Sie mit uns: 0421 332-3535

BREMER LANDESBANK

Finanzgruppe