61. Jahrgang, Juli/August 2008

BREMER ÄRZTE JOURNAL

Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Bremen und der
Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Notfallmedizin

Versorgung Hand in Hand

7/8
08

Das auffälligste Symptom von Allianz MedKompetent:
ein regelmäßiger Puls.

Allianz MedKompetent. Maßgeschneiderte Finanz- und Versicherungslösungen für Mediziner.
Gegen einen unregelmäßigen Puls hilft eine sichere Vorsorge: Allianz MedKompetent. Damit bieten wir Ihnen Versicherungslösungen, Vermögensmanagement und Bankdienstleistungen für Ihre aktuelle Lebensphase. Für jeden beruflichen Abschnitt (z. B. Studium, Assistenzarztzeit, Praxisgründung, Ruhestand) wählen unsere Ärzteberater mit Ihnen gemeinsam das Richtige aus. Insbesondere in der Krankenversicherung bieten wir Ihnen als jahrzehntelanger Partner des Marburger Bundes und der meisten Ärztekammern individuell entwickelte Tarife für Ärzte. Informieren Sie sich bei Ihrer Allianz vor Ort oder unter www.aerzte.allianz.de.

Hoffentlich Allianz.

Allianz

Notfall Gesundheitspolitik

Bei der Wahl der zu erlernenden Fachrichtung spielte bei mir seinerzeit sicher der Zufall eine Hauptrolle, nicht zuletzt aber auch der rasch erkannte Umstand, dass es in der Dermatologie fast keine Notfälle gibt. Erstaunlicherweise werden heute aber in meiner reinen Bestellpraxis ca. 40 Prozent der Patienten ohne Termin behandelt, da diese sich als Notfälle vorstellen – offenbar eine Frage des persönlichen Standpunktes.

Auch im Rückblick auf den letzten Ärztetag, das wichtigste politische Ereignis der deutschen Ärzteschaft, erscheint eine Reflexion über die Subjektivität von Wahrnehmungen in Folge unterschiedlicher Standpunkte angezeigt. Schließlich sollte in Ulm – auch unter Beteiligung der eifrig mitdiskutierenden Bremer Delegierten – ein gemeinsamer ärztlicher Standpunkt entstehen. Dieser war in diesem Jahr allerdings nicht so leicht erkennbar.

Die Ulmer sind zu Recht stolz auf den in ihrer Stadt geborenen und dort auch oft zitierten Albert Einstein, dem folgende Erkenntnis zugeschrieben wird: „Der Horizont der meisten Menschen ist ein Kreis mit dem Radius Null. Und das nennen sie ihren Standpunkt." Vielleicht erzeugte dies Zitat bei der Kollegenschaft die Scheu, sich positiv auf etwas Bestimmtes festzulegen. Mathematisch gesehen, kann man einen Punkt natürlich auch dadurch negativ bestimmen, dass man eine unendliche Zahl anderer Punkte ausschließt. Dieses Verfahren schien der Ärzteschaft näher zu liegen, denn zahllose Anträge des Plenums beschäftigten sich vor allem damit, was wir Ärzte nicht wollen. Beispiel Finanzierung des Gesundheitswesens: Die Ärzteschaft wünscht keine verdeckte Rationierung, keine Regressbedrohung, keine 24-Stunden-Dienste, keine unbezahlten Leistungen, keine Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Ärzteschaft, keine großen Verschiebungen im Honorar, keine Ungleichheit der Bezahlung zwischen Ost und West, keine Bürgerversicherung à la SPD, kein Gesundheitsfonds à la CDU, kein freies Wirken des Marktes à la FDP, keine Mehrbelastung der Patienten, keine IGEL-Leistungen (außer man bietet sie selber an). Nun nähert sich die Ärzteschaft langsam der Erkenntnis, dass auch so schließlich ein Standpunkt eingezirkelt wird. Insofern ist zu hoffen, dass in Zukunft eher positiv formulierte Forderungen der Ärztinnen und Ärzte das Licht der Öffentlichkeit erblicken.

Wenn's denn die subjektiven Standpunkte zulassen. Szenen beim Ärztetag: Der Vorsitzende des Hausärzteverbandes (den Wortbeiträgen lauschend) äußert: „Da schau hin, schon wieder ein hausärztlicher Antrag zur Unkenntlichkeit verstümmelt!" Der Antrag hatte gelautet „...und fordert hausärztliche Arbeit besser..." Die beschlossene (und kritisierte) Änderung lautete: „...die ärztliche Arbeit besser..." – Wenig später, beim Pausenkaffee (ein echter Notfall), äußert ein Kollege von einem Facharztverband: „So geht das nicht weiter, der ganze Ärztetag dreht sich nur noch um Hausärzte." Offensichtlich: Eine Frage des Standpunktes.

Zurück zu den wirklichen Notfällen: Wegen deren Mangel in der dermatologischen Praxis stürze ich mich stets mit großer Verve ins Rennen, wann immer ein medizinischer Notfall im öffentlichen (Straßen-) Raum nach meinem professionellen Eingreifen ruft. Mit den bekannten Worten „Lassen Sie mich bitte durch, ich bin Arzt" suche ich den Weg durch die Menge. Regelmäßig, auch in ländlichen Gebieten, schallt es dann aus vielen Mündern zurück: „Ich auch". Mangels Ärztemangels trete ich dann meinen Rückzug an, ohne die Zugehörigkeit der Kolleginnen und Kollegen zu den Fachgruppen weiter zu prüfen.

Dr. Jörg Hermann,
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

TITELTHEMA

Notfallmedizin

Prof. Dr. Peter H. Tonner
5 Bremen: Für den Notfall gut gerüstet

Dr. Andreas Callies, Dr. Gerald Bandemer,
6 Aktuelle Empfehlungen zu den Basismaßnahmen der Reanimation

Dr. Markus Ebke
7 Stroke Unit – Strukturierte Erstversorgung beim Schlaganfall

Dr. Patrick Koppitz, Dr. Andreas Fach, Dr. Eduard Fiehn, Prof. Dr. Rainer Hambrecht
8 Herzinfarktnetzwerk optimiert die Notversorgung

Dr. Dirk Hadler, Dr. Jens Peters
10 Richtiges präklinisches Frakturmanagement ist entscheidend

Dr. Gerald Bandemer
11 Mit dem Rettungshubschrauber ins Altenheim

Hubert Bakker
12 Der Rettungsdienst als Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit

Dr. Claudia Norzel
14 Dialog zwischen Hausarzt und Rettungsdienst verbessern

PHARMAKOTHERAPIE

15 Arzttasche – welche Medikamente sind notwendig?

AKTUELLES

17 Vielseitiges Programm bei den Qualitätsmanagement-Info-Tagen
18 Empfehlungen für den Umgang mit sensiblen Daten
19 KV Bremen will die Interessen aller Mitglieder weiterhin bündeln
20 Akademie für Fort- und Weiterbildung Veranstaltungsinformationen
22 Punktekonto – Online erreichbar
23 Sicherheit bei der Venenpunktion
24 Festakt zum 175. Jubiläum begangen

RUBRIKEN

3 Bremer Standpunkt
25 Namen und Nachrichten
26 Recht
26 Impressum
26 Anzeigenbörse

7 Die Bremer Stroke Units verfügen über die gesamte Infrastruktur zu Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls. Sie gewährleisten die optimale Versorgung im Notfall.

10 Die fachgerechte präklinische Behandlung von Frakturen bei Unfallverletzten ist maßgeblich für die Genesung und die Reduktion von Spätfolgen.

18 Aufgrund der gespeicherten Patientendaten sollten Sicherheitslücken geschlossen und Praxiscomputer unbedingt vor unerlaubten Zugriffen geschützt werden.

Notfallmedizin

Bremen: Für den Notfall gut gerüstet

In diesem Jahr findet in der Messe Bremen erstmalig „akut – Deutsches Forum für Notfallmedizin und Rettung" statt. Dieser neue Kongress hat sich zum Ziel gesetzt, die Notfallmedizin und die Rettung in ihren unterschiedlichen Facetten auf bundesdeutscher Ebene einem hochkarätigen Fachpublikum, aber auch einer breiten Öffentlichkeit näher zu bringen.

Notfallmedizin ist ein sehr weites Feld. Darunter fallen nicht nur die Erstversorgung von Verletzten oder kritisch Kranken, sondern auch Großschadensereignisse wie Zugunglücke und Krisensituationen z. B. Epidemien wie die Vogelgrippe, terroristische Bedrohungen oder Naturkatastrophen. Entsprechend ist Notfallmedizin heute auch nicht mehr als eine rein medizinische Aufgabe zu verstehen, sondern darüber hinaus auch als Aufgabe, die nur in Teams aus Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen und Berufsgruppen bewältigt werden kann. Daher muss auch der Ansatz für den „akut"-Kongress vielfältig sein, um Fortbildung und neueste Ergebnisse für alle an der Notfallmedizin und Rettung Beteiligten bieten zu können. Neue medizinische Erkenntnisse werden ebenso präsentiert wie die Zusammenarbeit von Ärzten, Feuerwehr, Polizei, Hilfsorganisationen und technischen Helfern.
Fortbildungsveranstaltungen, die einen aktuellen Überblick über neue Erkenntnisse in der Medizin und angrenzenden Fachgebieten geben, sind heute notwendiger denn je. Angesichts des rapiden Fortschritts und der großen Zahl von Veröffentlichungen ist es für den einzelnen oft schwer, mit dem Zeitgeschehen Schritt zu halten. Diese Lücke soll im Bereich von Notfallmedizin und Rettung durch „akut" geschlossen werden.

Vermittlung medizinischer Kompetenz

Verschiedene Schwerpunkte werden angesprochen, wie zum Beispiel die Zusammenarbeit im Team mit Feuerwehr, Polizei sowie den Hilfsorganisationen, Patientensimulationen für das Training bestimmter Abläufe oder auch die Präsentation von Rettungsgeräten im Bereich des Außengeländes auf der Bürgerweide. Nicht zuletzt aber geht es bei „akut" um die Vermittlung von medizinischer Kompetenz. Im Gegensatz zu vielen anderen Disziplinen ist in einer Notfallsituation der Faktor Zeit von entscheidender Bedeutung. Erfahrene Notfallmediziner und Retter zeichnen sich dadurch aus, dass sie in Bruchteilen von Sekunden ihre Entscheidungen fällen und scheinbar intuitiv handeln. Tatsächlich beruhen die Entscheidungen in den meisten Fällen jedoch nicht auf Intuition, sondern vielmehr auf langjähriger Erfahrung und nicht zuletzt auch auf der Umsetzung von neuesten Studienergebnissen.
Anzahl und Qualität notfallmedizinischer Untersuchungen sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Dabei hat es sich als hilfreich erwiesen, auch langjährig tradiertes Wissen einer erneuten Evaluation zu unterziehen. So hat sich in kürzlich durchgeführten Studien gezeigt, dass die Effektivität der Herzdruckmassage aufgrund mangelnder Eindrucktiefe sowie zu häufiger Pausen oft nicht ausreichend ist. Eine Umsetzung dieser Ergebnisse in den aktuellen Leitlinien zur kardio-pulmonalen Reanimation hat bereits stattgefunden und es ist zu hoffen, dass die neuen Empfehlungen zu einer Verbesserung der Reanimationsqualität und damit letztlich des Outcome führen.

Hohes Niveau sichern und steigern

Wie schwierig die Verbreitung auch von medizinisch klar erwiesenen Vorteilen in der Therapie sein kann, zeigt sich am Beispiel der therapeutischen Hypothermie nach einer Reanimation. Deutlich mehr Patienten können das Krankenhaus ohne neurologisches Defizit verlassen, wenn sie nach einer Reanimation gekühlt werden. Die Kühlung ist einfach, kostengünstig und nebenwirkungsarm. Dennoch zeigen aktuelle Umfragen, dass die Hypothermie erst bei knapp einem Viertel deutscher Rettungszentren durchgeführt wird. Mangelnde Kenntnisse werden oft als Gründe angegeben, die erfolgreiche Therapie nicht durchzuführen. Große Kongresse und Foren wie „akut" können hier ansetzen, um die Qualität der Versorgung aller Patienten auf einem hohen Niveau zu sichern und noch weiter zu steigern.
Mit den folgenden Beiträgen dieser Ausgabe des Bremer Ärztejournals soll ein Abriss über einige der praktischen Probleme der Notfallmedizin und Rettung gegeben werden. Wir hoffen, in allen medizinischen Disziplinen sowie auch angrenzenden Berufsgruppen ein tieferes Verständnis für die Arbeit von Notfallmedizinern zu erreichen. Für alle, die mehr wissen wollen oder sich für die Praxis interessieren: Kommen Sie am 29. und 30. August zu „akut" in die Messe Bremen. Denn: Je besser die Vorbereitung, desto leichter fällt die Bewältigung von Krisensituationen. Dann kann es auch in Zukunft heißen, dass Bremen für den Notfall gut gerüstet ist!

Prof. Dr. Peter H. Tonner,
Klinik für Anästhesie, Operative und Allgemeine Intensivmedizin, Notfallmedizin,
Klinikum Links der Weser,
Bremen

Weitere Informationen:
Weitere Informationen zum „akut"-Kongress finden Sie im Internet unter www.akut-bremen.de

Notfallmedizin

Aktuelle Empfehlungen zu den Basismaßnahmen der Reanimation

Wie verhält sich der Ersthelfer, wenn er an einen Menschen mit einem Herz-/Atem-Stillstand gerät? Seit Ende 2005 gibt es von der ERC (European Resuscitation Council) weltweit geltende Empfehlungen zur Reanimation.

Bewiesen ist, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit pro Minute fehlender Maßnahmen um zehn Prozent sinkt. Die Erstmaßnahmen sind sehr einfach und übersichtlich geworden. Man darf sich nicht mehr damit aufhalten, nach einem tastbaren Puls zu suchen, die Pulswahrnehmung gelingt oft auch Notfallmedizinern nicht! Für die Diagnose eines Herz-/Atem-Stillstandes reicht es, wenn ein Mensch leblos ohne Atembewegungen erscheint.

Die vier Basismaßnahmen anwenden

1. Maßnahme: Nach dem obligatorischen Ansprechen des Patienten, Überstrecken des Kopfes nach Mundrauminspektion (Erbrochenes entfernen) wird bei einem bewusstlosen Patienten ohne Atmung umgehend der Notruf (immer 112) gewählt.

2. Maßnahme: Ohne Zeitverzug wird jetzt mit der Herzdruckmassage begonnen. Der Patient wird auf eine harte Unterlage gelegt, der Brustkorb entkleidet. Die Suche nach einem Druckpunkt entfällt. Auf Brustwarzenhöhe werden in Sternummitte 30 Herzdruckmassagen durchgeführt. Mit einer Frequenz von 100/min wird der Brustkorb jeweils etwa fünf bis acht Zentimeter komprimiert (nach Konstitution des Patienten). Die Herzdruckmassage bewirkt einen kontinuierlichen Blutfluss, und darf nur kurz zur Beatmung oder Defibrillation unterbrochen werden.

3. Maßnahme: Nach 30 Herzdruckmassagen wird der Patient zwei Mal beatmet. Der Kopf wird leicht überstreckt, so dass die Atemwege frei sind. Häufig scheitern die Erstmaßnahmen an einer fehlenden oder unmöglichen Beatmung. Sollte sich der Helfer vor der Beatmung ekeln oder sollte es nicht klappen, ist eine ununterbrochene Herzdruckmassage durchzuführen. Von der Industrie werden Beatmungshilfen angeboten, die einen wirksamen Schutz vor Ekel und Infektion darstellen und kostengünstig z. B. in Apotheken zu erwerben sind. Inzwischen gibt es von der AHA (American Heart Association) Bestrebungen, komplett auf die Beatmung durch Ersthelfer zu verzichten. Für uns gilt allerdings weiterhin, dass sowohl eine Beatmung als auch die Herzdruckmassage Bestandteile der Erstmaßnahmen bleiben.

4. Maßnahme: Die Reanimation wird jetzt im Wechsel von 30 Herz-Druckmassagen zu zwei Beatmungen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes durchgeführt. Die Maßnahmen dürfen nur zur Defibrillation [z. B. mit einem AED (Automatischer Externer Defibrillator)] unterbrochen werden.

Nach erfolgreicher Reanimation durch das Rettungsteam wird der Patient möglichst präklinisch beginnend auf der Intensivstation für 24 Stunden in Narkose auf ca. 32°C gekühlt. Studien belegen den Nutzen der therapeutischen Hypothermie für das neurologische Outcome. Auf vielen Intensivstationen ist diese Maßnahme bereits Standard. Bei unserem notfallmedizinischen Kongress akut (29.-30. August 2008, www.akut-bremen.de) wird diese Hypothermie ein Hauptthema zur Diskussion mit internationalen Experten sein.

Dr. Andreas Callies,
Dr. Gerald Bandemer,
Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin,
Klinikum Links der Weser,
Bremen

Anzeige

Edmund-Christiani-Seminar
Berufsbildungsstätte für Arzthelferinnen der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Weiterbildung zur Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen (12. Seminarreihe)

29.08.2008 – 07.02.2010	**Theoretischer Teil (640 Stunden/berufsbegleitend)**
Februar – Mai 2010	**Praktikum mit anschließender Projektarbeit (160 Stunden)**
Juli 2010	**Fachgespräch (mündliche Prüfung)**
Teilnehmergebühr:	€ 3.490,- (Ratenzahlung möglich)
Prüfungsgebühr:	€ 250,-

Weitere Informationen: 04551/8813-292 (Gabriele Schröder), Fax -228
Bismarckallee 8–12, 23795 Bad Segeberg (mit Internat)
www.aeksh.de/ecs / E-Mail: ecs@aeksh.org

Notfallmedizin

Stroke Unit – Strukturierte Erstversorgung beim Schlaganfall

Weltweit steht das Krankheitsbild Schlaganfall an zweiter Stelle der Todesursachen und stellt die dritthäufigste Ursache für Behinderungen und vorzeitige Invalidität dar. Zurzeit erkranken etwa 200.000 Menschen pro Jahr an einem erstmaligen oder wiederholten Schlaganfall.

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet das weit reichende Belastungen, denn nur etwa 40 Prozent der Überlebenden weisen ein Jahr nach der Erkrankung keine Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf. Für den Schlaganfall ist gesichert, dass eine frühzeitige Behandlung der Ursachen die Rückbildungsrate der Folgen deutlich erhöht - somit gilt „time is brain".
Daher wurden im letzten Jahrzehnt auch in Deutschland Rettungsleitsysteme und organisierte Krankenhausstrukturen für den vorrangig schnellen Transport in ein kompetentes Zentrum zur zeitnahen Versorgung des Schlaganfalls ausgerichtet.

Die Arbeit der Stroke Units

Im Mittelpunkt dieser Entwicklung stehen dabei Stroke Units, die als überregional versorgende Einheiten über die gesamte Infrastruktur zur Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls verfügen: neuroradiologisch, neurosonologisch - einschließlich der 24 Stunden Thrombolysemöglichkeiten mit unmittelbaren Interventionsmaßnahmen - gegebenenfalls sogar neuro- oder gefäßchirurgisch. Sie werden von regional aktiven Stroke Units unterstützt, die diese Optionen nur zum Teil und nicht über 24 Stunden vorhalten. Besonders effektiv sind sie in der zeitnahen Ursachenabklärung und in der Behandlung von transistorisch-ischämischen Attacken (TIA), die unbehandelt innerhalb von 90 Tagen in hohem Maße in einem manifesten Schlaganfall münden können.

Sehr unterschätzt wird nach wie vor, wie sehr der Erfolg der Stroke Units nicht allein auf der rt-PA-Lyse des manifesten cerebralen Infarktes beruht, sondern gerade auf der initial monitorgestützten Stabilisierung physiologischer Parameter, wie Sauerstoffsättigung, Blutdruck, Flüssigkeitshaushalt sowie Normoglykämie mit einem dann neuroprotektiven Effekt. Besonders eine zu frühe und zu rasche Blutdrucksenkung verschlechtert potenziell die Perfusion im Infarktgebiet und das Gesamt-Outcome der Patienten.

Optimale Ausnutzung der Ressourcen steuern

Doch was heißt das für die vor Ort betreuenden und entscheidenden Haus- und Notärzte? Zunächst erst einmal, dass sie die optimale Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen steuern. Wichtig ist die Erfassung der Symptome mit Blick auf Zeitdauer (Ereignis < 2 Stunden: Möglichkeit zur intravenösen Thrombolyse, Ereignis zwischen 3-6 Stunden: Möglichkeit zur intravenösen oder intraarteriellen Thrombolyse), bestehende Bewusstseinsstörung und Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten. Dann sollte das Festlegen des Zielkrankenhauses erfolgen. Hilfreich ist hier die telefonische Kontaktaufnahme mit der nächstgelegenen Stroke Unit.
Grundsätze für den Transport in das Krankenhaus sind:

- Stabilisierung der Vitalfunktionen. Ein bewusstloser oder sogar beatmungspflichtiger Patient mit Schlaganfall-Verdacht gehört auf eine Intensiveinheit in einer Klinik mit Schlaganfall-Expertise. Eine Behandlung auf einer Stroke Unit ist hier nicht möglich.
- Intravenöser Zugang am nicht paretischen Arm,
- Oberkörper 30 Grad hochlagern,
- O_2 oro-nasal 4 l/Minute,
- bei Hypotonie < 120 mm Hg systolisch Volumensubstitution mit 500 ml NaCl 0,9 Prozent über 20 Minuten,
- RR-Senkung nur, wenn > 220 mmHg systolisch oder >140 mm Hg mittlerer arterieller Druck,
- bei Blutzucker < 60 mg/dl 30 ml Glucose 40 Prozent i.v.,
- bei Blutzucker 200-300 mg/dl: 4 IE Altinsulin s.c.,
- bei Blutzucker > 300 mg/dl: 8 IE Altinsulin s.c.,
- die Körpertemperatur sollte nicht über 37,5 °C liegen.

Hierbei ist es für die nachbehandelnden Ärzte im Krankenhaus sehr hilfreich, wenn Patienten telefonisch angekündigt werden, um notwendige diagnostische Infrastrukturen vorzubereiten (Tel.: 497-4040 oder 408-2222).

Literatur beim Verfasser.

Dr. Markus Ebke,
Komm. Klinikdirektor
Akutneurologie – Stroke Unit,
Klinikum Bremen-Mitte

Notfallmedizin

Herzinfarktnetzwerk optimiert die Notversorgung

Kardiovaskuläre Ereignisse sind nach wie vor die häufigste Todesursache in der westlichen Welt, im Jahr 2006 sind in Deutschland circa 65.000 Menschen an einem Herzinfarkt verstorben.

Das Leitsymptom des akuten Koronarsyndroms (ACS) ist der Thoraxschmerz in Ruhe bzw. eine ausgeprägte Aggravierung bekannter pectanginöser Beschwerden. Es erfordert ein hohes Maß an Aufmerksamkeit für die klinischen Symptome, um die Beschwerden richtig einschätzen und damit differentialdiagnostisch korrekt abklären zu können (ACS versus Lungenembolie, Aortensyndrom, gastrointestinal etc.). Durch die Einrichtung spezialisierter „Chest pain units" gelingt die zielorientierte und zeitnahe Differentialdiagnostik von Patienten mit unklaren Brustschmerzen. Sollten pathologische Befunde für das Vorliegen eines ACS sprechen, kann jederzeit die notwendige weitere Diagnostik, inklusive Herzkatheter, durchgeführt werden. Bei unauffälligen Befunden ist eine baldige Entlassung in die ambulante Weiterversorgung möglich.
Pathophysiologisch ist das ACS gekennzeichnet durch eine koronare Plaqueruptur, die zur Aktivierung der Gerinnung mit den Phasen der instabilen Angina pectoris (iAP), dem nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) oder dem transmuralen ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI) führt. Der Übergang kann hierbei fließend sein. Das 12-Kanal-EKG nimmt eine zentrale Stellung in der Diagnostik ein, da mit dieser einfachen Methode ein STEMI von den anderen Formen des ACS differenziert und damit eine adäquate Therapie eingeleitet werden kann. Nach Kontakt des Patienten mit dem Arzt, ob in der Krankenhausambulanz, in der Praxis oder im Rettungsdienst, sehen die Leitlinien deshalb eine unmittelbar stattfindende EKG-Diagnostik vor (< 10 Minuten).

Differenzierte Diagnostik bei ACS

Alle Patienten mit einem ACS müssen eine leitliniengerechte Therapie erhalten. Diese besteht aus der Thrombozytenaggregationshemmung durch Gabe von Aspirin (500 mg i.v.), der Antikoagulation [mit z.B. Heparin (UHF) 60-70 U/kg, Enoxaparin 1 mg/kg oder Fondaparinux 2,5 mg], der Gabe von

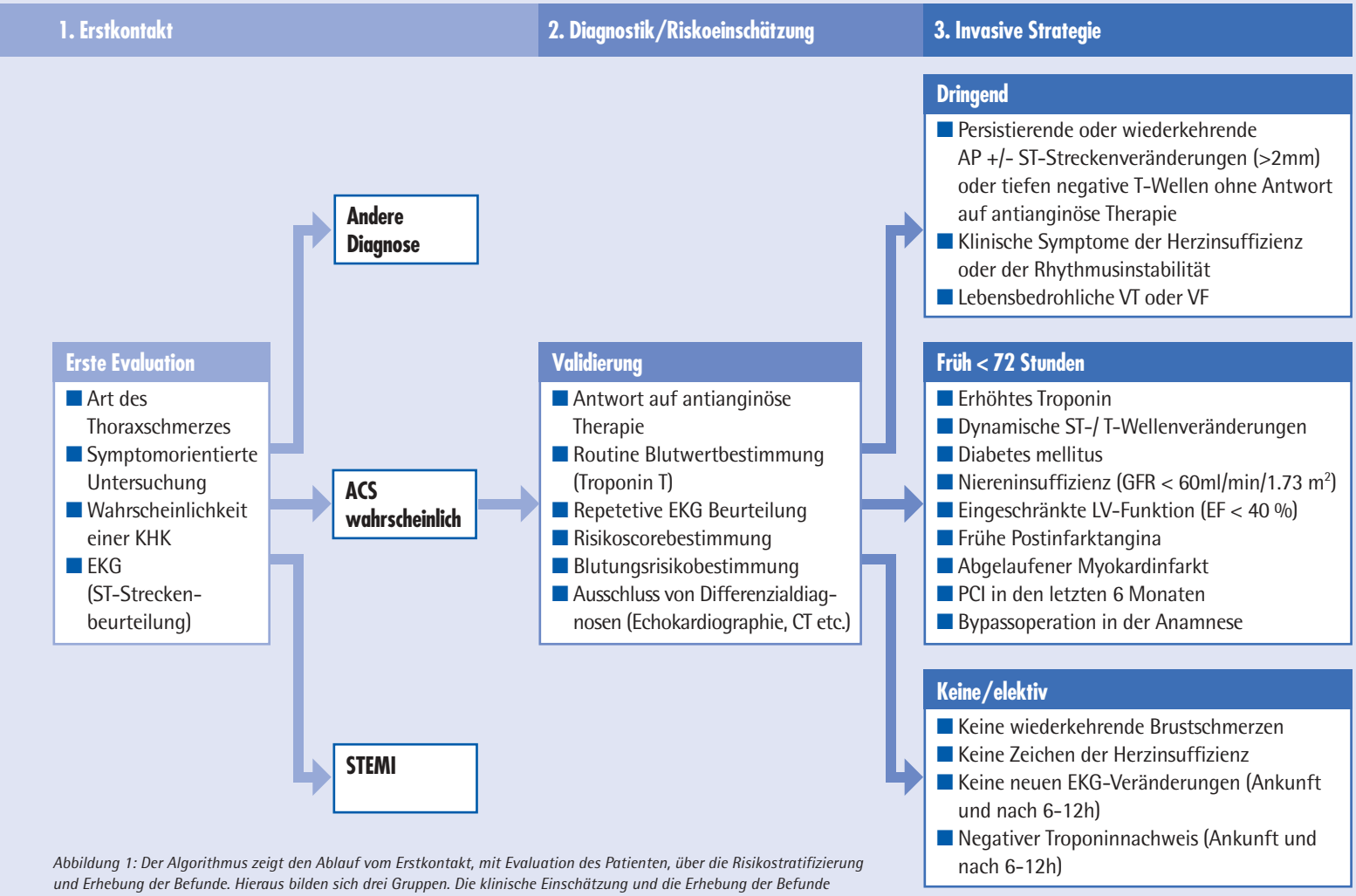

Abbildung 1: Der Algorithmus zeigt den Ablauf vom Erstkontakt, mit Evaluation des Patienten, über die Risikostratifizierung und Erhebung der Befunde. Hieraus bilden sich drei Gruppen. Die klinische Einschätzung und die Erhebung der Befunde führt dann zur weiteren Eingruppierung um den optimalen Zeitpunkt der weiteren, invasiven Diagnostik fest zulegen.

Sauerstoff (Ziel O2 Sättigung > 90 Prozent), Morphin (zur Analgesie und Anxiolyse) sowie der Gabe von Nitraten. Bei tachykarden Patienten ist die intravenöse Gabe eines Betablockers, bei vagaler Reaktion die Gabe von Atropin sinnvoll. Im Rahmen der präklinischen Therapie des ST-Hebungsinfarktes hat sich die Gabe eines weiteren Thrombozyteninhibitors (Clopidogrel in einer Dosis von 600mg p.o.) etabliert.

Bei Patienten mit einem STEMI steht die schnellstmögliche Revaskularisation im Vordergrund der Therapiebemühungen. Es konnte gezeigt werden, dass mittels der Akutintervention (PCI) im Herzkatheterlabor (HKL) dieses Ziel am besten erreicht werden kann. Somit sollte der Patient unmittelbar nach Diagnosestellung in eine Klinik mit 24-Stunden-Katheterbereitschaft gebracht werden. Ist dies innerhalb von zwei Stunden nicht möglich, was in Deutschland nur extrem selten der Fall sein dürfte, ist nach wie vor eine Lysetherapie indiziert.

Patienten mit einem ACS ohne ST-Streckenhebungen müssen aufgrund drohender Komplikationen ebenfalls rasch einer definitiven Diagnostik zugeführt und hierfür mit Arztbegleitung in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Eine instabile AP und ein NSTEMI werden per definitionem durch die Labordiagnostik (Troponinbestimmung) differenziert. Patienten mit einem hohen Risiko für weitere Koronarereignisse (Troponin positiv, Diabetes mellitus, > 75 Jahre) kommt die zusätzliche Gabe von Glykoprotein IIb/IIIa Inhibitoren sowie eine frühzeitige Herzkatheteruntersuchung (Abbildung 1) zugute. Ob auch hier eine sofortige invasive Diagnostik vorteilhaft ist, wird zurzeit im Rahmen von Studien untersucht.

Herzinfarktnetzwerk bewährt sich

In Bremen sind durch die Gründung des Herzinfarktnetzwerkes 2004 exzellente Grundlagen für die Versorgung des STEMI geschaffen worden. Die 24-Stunden-Katheterbereitschaft wird durch erfahrene interventionell tätige Kardiologen der Klinik und der kardiologischen Praxis am Klinikum Links der Weser (LdW) gestellt. Die Patienten werden direkt in das LdW eingewiesen (kein Zeitverlust durch Aufnahme in einem Krankenhaus ohne Herzkatheterlabor) und damit der aktuell bestmöglichen Therapie zugeführt. Durch Optimierung der internen Abläufe konnte die „Door-to-balloon"-Zeit (Eintreffen im Krankenhaus bis zur Wiedereröffnung des Gefäßes) in den letzten Jahren deutlich reduziert werden und liegt aktuell unter 50 Minuten (von Fachgesellschaften sind Zeiten unter 60 Minuten gefordert) (Abbildung 2). Weitere Veränderungen, wie z.B. die direkte Einlieferung der Patienten in das Herzkatheterlabor unter Umgehung der Notaufnahmestation, sind in den letzten Phasen der Planung und werden wohl bald umgesetzt werden können. Damit kann eine noch schnellere Behandlung der Patienten erreichet werden.

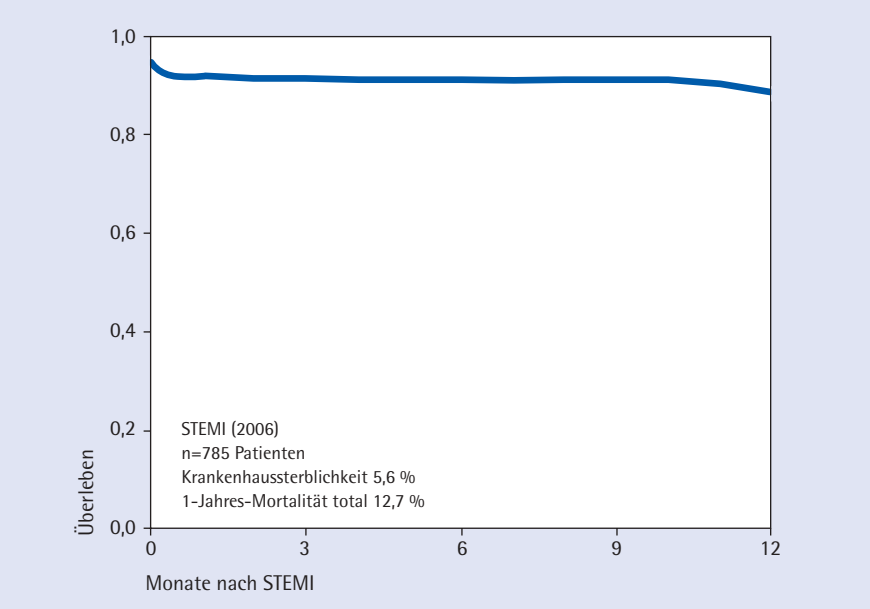

Abbildung 2: Die „Door-to-balloon"-Zeit liegt in Bremen aktuell unter 50 Minuten.

Trotzdem: Wie in anderen Herzinfarktzentren kann auch in Bremen mit einem enormen logistischem Aufwand die Behandlung der Patienten nur noch im Minutenbereich reduziert und damit auch die Sterblichkeit nur noch leicht gesenkt werden. Der größte Zeitverlust tritt leider durch die verzögerte Kontaktaufnahme der betroffenen Patienten auf und beträgt manchmal viele Stunden bis Tage. Trotz der eigentlich bekannten Symptomatik wird der Notarzt oft zu spät informiert. Insbesondere „junge" Patienten sind mit dem Gedanken an eine kardiale Ischämie nicht vertraut und reagieren deshalb nicht zeitig genug auf die Beschwerden. Eine konsequente Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung ist auch heute noch notwendig, um die Mortalität des ACS weiter zu senken.

Dr. Patrick Koppitz, Dr. Andreas Fach,
Dr. Eduard Fiehn, Prof. Dr. Rainer Hambrecht,
Klinik für Kardiologie und Angiologie des
Herzzentrums Bremen,
Klinikum Links der Weser,
Bremen

Anzeige

Wir sorgen für
Ihr berechtigtes
Honorar.

PVS/Bremen
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Seit über 65 Jahren sind wir als berufsständische Einrichtung für Ärzte, Chefärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte tätig.

Wir übernehmen die Abrechnung von...

- Privatleistungen / IGeL
- Eigenanteile GKV-Patienten
- wahlärztlichen Leistungen
- ambulanten Operationen (EBM)
- BG-Leistungen
- MVZ / IV

Wir sind für Sie vor Ort - sprechen Sie uns an.

Außer der Schleifmühle 69
28203 Bremen
Telefon 04 21 / 360 85 20
Telefax 04 21 / 337 80 30
Internet: www.pvs-bremen.de
eMail: pvs-bremen@t-online.de

Notfallmedizin

Richtiges präklinisches Frakturmanagement ist entscheidend

In Deutschland ereignen sich jährlich etwa 7 bis 8 Mio. Unfälle mit ca. 580.000 Verletzten. In der überwiegenden Anzahl der Fälle handelt es sich dabei um leichtere Verletzungen, die ambulant therapiert werden.

Nach aktuellen Berechnungen erleiden in Deutschland dennoch über 30.000 Patienten eine Mehrfachverletzung bzw. ein Polytrauma, wobei die Gesamtletalität ca. 20 Prozent beträgt, dabei sind die Extremitäten mit 69 Prozent am häufigsten betroffen, gefolgt vom Thoraxtrauma (45 Prozent), Schädelhirntrauma (39 Prozent), Abdomen- und Beckenverletzungen (30 Prozent) und Wirbelsäulenverletzung (15 Prozent bis 30 Prozent). Die präklinische Behandlung dieser Patienten ist von entscheidender Bedeutung für ihr späteres Outcome. Neben der Sicherung und Behandlung der Vitalparameter kommt auch der präklinischen Frakturversorgung dabei eine wichtige Bedeutung zu. Im weiteren Verlauf müssen die Patienten dann in traumatologischen Zentren weiterbehandelt werden, so auch in der neuformierten Sektion Unfallchirurgie am Klinikum Links der Weser in Bremen.

Kompletter Body-Check ist obligat

Neben der Beurteilung und Sicherung der Vitalfunktion muss vom Notarzt vor Ort der Unfallhergang und insbesondere der Unfallmechanismus geklärt werden. Hochrasanztraumen im Rahmen von Verkehrsunfällen (mit Einklemmungen, Verschüttung oder Herausschleudern aus Fahrzeugen), Absturztraumen aus großer Höhe als auch Überrolltraumen, Ausrissverletzungen und Explosionsverletzungen geben dem Notarzt bereits wichtige Hinweise auf das Verletzungsmuster und die Verletzungsschwere. Unentbehrlich ist dabei der komplette Body-Check (am entkleideten Patienten) zur Einschätzung der Verletzungslokalisation. Daneben ist die Prüfung und Dokumentation der peripheren Durchblutung, der Motorik und der Sensibilität sowie ein grob neurologischer Status obligat. Bei Verdacht auf Wirbelsäulenverletzungen kann die Untersuchung bereits neben äußeren Verletzungszeichen auch Fehlstellungen, Knickbildungen oder sensible motorische Ausfälle mit Querschnittsymptomatik zeigen. Bei Beckenverletzungen können neben offenen Verletzungen insbesondere Instabilitäten bei präklinischen Untersuchung auffallen. Bei der Untersuchung der Extremitäten muss neben den sicheren und unsicheren Frakturzeichen (abnorme Beweglichkeit, groteske Fehlstellung, Krepitation, sichtbare freie Knochenenden sowie Prellmarken, Schürfwunden und Hämatom) auf subtotale und totale Amputation geachtet werden. Die Dokumentation des Gefäßstatus sowie Sensibilität und Motorik ist hierbei, wie bereits oben erwähnt, unerlässlich.

Vorgehen vor Ort

Die Rettung von Wirbelsäulenverletzten erfolgt unter dosiertem Längszug sowie unter Vermeidung von Abknickung und Lagerung auf einer Schaufeltrage/Spineboard/Vakuummatratze. Vor allem bei Halswirbelsäulenverletzung muss unter vorsichtigem Längszug eine harte Cervicalorthese (Stiff neck) angelegt werden. Diese ist auch bei einer eventuell erforderlichen Intubation möglichst zu belassen. Auch bei Beckenverletzungen erfolgt die Lagerung auf einer Vakuummatratze. Bei Instabilität des Beckens kann gegenebenfalls ein Kompressionsverband des Beckens zur Blutstillung angelegt werden. Dislozierte Frakturen der Extremitäten werden noch am Unfallort unter entsprechender Analgesie und unter axialem Zug reponiert, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass mehrfache Repositionsversuche bei Repositionshindernissen nicht durchgeführt werden dürfen. Nach entsprechender Reposition erfolgt die Schienung (z.B. mit Hilfe von Luftkammerschienen) der Frakturen bzw. der verletzten Gelenke, angrenzende Gelenke werden ebenfalls ruhig gestellt. Offene Knochen- und Gelenkverletzungen werden ebenso wie Hautweichteilverletzungen zusätzlich steril abgedeckt. Des Weiteren erfolgt eine Asservation von Amputaten zur Replantation oder Autotransplantation entsprechend den jeweiligen Richtlinien. Penetrierende Gegenstände werden in Situ belassen und entsprechend für den Transport in die Klinik gesichert. Im weiteren Verlauf erfolgt dann der schonende Transport mit entsprechend geeigneten Rettungsmittel ins nächste geeignete traumatologische Zentrum. Wirbelsäulenverletzungen sollten dabei möglichst mit einem Rettungshubschrauber transportiert werden.

Fazit

Das frühzeitige Erkennen und die zügige richtige Erstbehandlung von Unfallverletzungen am Unfallort sowie der entsprechende schonende Transport des Unfallverletzten in Rettungsmitteln (boden- oder luftgebunden) führen zu einer maßgeblichen Verbesserung der Prognose und Reduktion von Unfallfolgen. Dabei kommt der präklinischen Frakturversorgung und Stabilisierung eine wesentliche Bedeutung zu.

Dr. Dirk Hadler,
Leitender Arzt der Sektion Unfallchirurgie,
Dr. Jens Peters,
Klinik für Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie,
Klinikum Links der Weser,
Bremen

Notfallmedizin

Mit dem Rettungshubschrauber ins Altenheim

Hubschraubernotärzte und Notärzte aller bodengebundenen Rettungsmittel werden heutzutage regelhaft für die Behandlung auch solcher Notfälle eingesetzt, die genauso gut oder gar noch viel besser durch den Hausarzt hätten behandelt werden können.

Hausmedizin und Notfallmedizin haben gleichermaßen den Anspruch auf die Behandlung einer Erkrankung oder Verletzung. Stets ist das Therapieziel, dem Patienten Lebensqualität zu ermöglichen und seine Autonomie zu wahren oder wiederherzustellen. Dabei ist es zunächst unwichtig, ob die Erkrankung heilbar ist, oder ob der Patient in einem sehr hohen Lebensalter ist, denn die Intensität des Leidens, das ein Patient in einer Akutsituation ertragen muss, wird durch diese Faktoren allenfalls moduliert.

Gründe für den Notarzteinsatz im Altenheim

Warum ist der Notarzt des Rettungsdienstes dennoch oft nicht der geeignete Arzt bei der Behandlung eines im Altenheim akut zu versorgenden Patienten? Warum wird der Notarzt überhaupt zu solchen Patienten geschickt? Diagnose und Prognose sind beim alten Patienten durchaus bekannt und die Therapie ist so festgelegt, dass es auch für akute Situationen einen angelegten Algorithmus für Angehörige und Pflegepersonal geben sollte. Dennoch ergeben sich Akutsituationen, die die Anwesenheit des Arztes sofort erforderlich machen: Akute Schmerzzustände, gastrointestinale Symptome wie starke Übelkeit und Erbrechen, ‘respiratorische Störungen, Angst-, Unruhe- und Verwirrtheitszustände und leider auch immer häufiger die psychische Dekompensation des entweder unzureichend qualifizierten Altenheimpersonals oder die völlig ungenügende personelle Ausstattung gerade zu den so genannten Unzeiten nachts und am Wochenende. Bestände die Möglichkeit rund um die Uhr Kontakt mit dem betreuenden Hausarzt aufzunehmen, würde der Notarzt des Rettungsdienstes sehr viel seltener benötigt werden.

Es gibt aber kaum noch einen rund um die Uhr abrufbaren Hausarzt. Deshalb kann das Altenheim nachts und am Wochenende allenfalls nur den kassenärztlichen Notdienstvertreter erreichen, der in aller Regel den Patienten auch nicht näher kennt. Ist die Akutsituation so dramatisch, dass der Notruf 112 genutzt wird, geht alles über die Rettungsleitstelle und dort über eine so genannte Indikationsliste. Beim Symptom „akute Atemnot“ wird beispielsweise immer der Notarztwagen geschickt. Dieser wird vor Ort in aller Regel immer versuchen, die Akutsituation mit allen technischen Möglichkeiten im Notarztwagen zu behandeln und den Patienten praktisch immer ins Krankenhaus bringen. Diese Vorgehensweisen gehen oft an den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten vorbei.

Notfallmedizinische Maximaltherapie

Warum weitet der Notarzt die Therapie oft so aus? Die Ausbildung zum Notarzt ist zielgerichtet auf das technische Beherrschen von Akutsituationen. Die medizinische Erfahrung mancher Notärzte ist oft nicht so groß wie die medizinische Erfahrung eines langjährig tätigen Hausarztes. Gerade weil der Notarzt den Patienten, das Pflegepersonal und die Angehörigen nicht kennt, wird er sich aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen eher zur Durchführung einer notfallmedizinischen Maximaltherapie entschließen, auch wenn dies offensichtlich an den Bedürfnissen des Patienten vorbei geht. Zum anderen ist es für den Notarzt selbst psychisch nicht so belastend, wenn er z. B. den ateminsuffizienten Patienten narkotisiert, intubiert und beatmet, ja womöglich auch reanimiert, als diese Maßnahmen zu unterlassen. Außerdem muss die Therapie vor Ort stets so durchgeführt werden, dass der Notarztwagen nicht ein zweites Mal kommen muss. Stufentherapiepläne wie sie der Hausarzt machen kann, kommen für den Notarzt nicht infrage. Hierin liegt auch ein wesentlicher Grund für die hohe Krankenhauseinweisungsquote des Rettungsdienstes. Wären alle Notärzte allgemeinmedizinisch geschulter und klinisch erfahrener, könnte auch der Rettungsdienst den Bedürfnissen des alten Patienten gerechter werden. Vielleicht fehlt zu vielen Notärzten die Erfahrung eines langjährig tätigen Hausarztes, der seine alten Patienten ohne apparative Verfahren und ohne die oftmals überflüssigen Krankenhauseinweisungen durchaus effizient behandelt. Der Notarzt müsste lernen, sich mit dem Patienten, den Angehörigen und dem Pflegepersonal abzustimmen und von allen die Zustimmung für seinen Therapieplan einzuholen. Der Patient könnte im Seniorenheim verbleiben. Einen Wiederbesuch müsste der kassenärztliche Notdienst übernehmen.

Eine Hausarztstruktur rekutivieren

Kann der alte Patient in der Akutsituation nicht mehr seinen Willen kundtun, dann muss der Notarzt versuchen, mit der Altenpflege und den Angehörigen eine gemeinsame Gesprächsebene zu finden und das weitere Vorgehen festzulegen. Wenn dies gelungen ist, darf sich der Notarzt auf ein vernünftiges Maß an Therapie beschränken und den Patienten auch im Altenheim zurücklassen. Noch viel besser erscheint es, eine Hausarztstruktur zu rekultivieren, die auch zur Unzeit erreichbar ist. So könnte dann der Hausarzt die Indikation für den Notarzteinsatz stellen und dem Rettungsmediziner qualifizierte Angaben zum Patienten machen und damit das therapeutische Vorgehen des Notarztes sinnvoll beeinflussen. Darüber hinaus würde so mancher Notarzteinsatz im Seniorenheim nicht mehr erforderlich werden.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Gerald Bandemer,
Klinik für Anästhesie,
Intensivmedizin und Notfallmedizin,
Klinikum Links der Weser,
Bremen

Notfallmedizin

Der Rettungsdienst als Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit

Der Rettungsdienst ist unverzichtbarer Komplementärbestandteil der modernen hausärztlichen Medizin. Nun müssen wir uns zunächst mit den Zahlen beschäftigen.

Notfälle sind in der Hausarztmedizin abwendbare gefährliche Ereignisse. Der Hausarzt denkt bei jedem Patientenkontakt immer daran zuerst. Nun sind gefährlich abwendbare Ereignisse (siehe Tabelle 1) in der Hausarztpraxis sehr selten (Niedrig-Prävalenz-Bereich). In der Hausarztpraxis gibt es weitere Notfälle (siehe Tabelle 2), die aber kaum den Rettungsdienst benötigen (keine gefährlich abwendbaren Verläufe). Sie sind wesentlich häufiger, werden in der Regel jedoch vom Hausarzt selber sofort abschließend behandelt, bzw. verbleiben in der ambulanten gebietsärztlichen Versorgung oder benötigen nur eine organisierte und planbare stationäre Therapie. Einige dieser in Tabelle 2 aufgeführten Notfälle bedürfen allerdings einer genauen Beurteilung und können bei Verschlimmerung je nach Bedarf in Tabelle 1 aufrücken.

Abgestimmtes Vorgehen bei Notfällen

Im hausärztlichen Notdienst (in Bremen im organisierten Notdienst der KV Bremen) ist allerdings die Prävalenz der Notfälle größer: Umso wichtiger ist bei seltenen Ereignissen das abgestimmte Vorgehen bei Notfällen. Dazu gehört die Schulung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu Notfallsituationen im Allgemeinen und im Besonderen. Bestandteil dieser Schulung sind genaue Abläufe am Patienten, entweder in der Wohnung, im Freien oder in der Praxis. In der Praxis sind die Bedingungen am besten, denn geschultes Personal, Geräte und Instrumente sind sofort erreichbar. Es existieren genaue Arbeitsanweisungen nach QM. Bei Notfällen (Tabelle 1) wird immer sofort der Rettungsdienst benachrichtigt. Wichtig sind genaue Angaben zu Zeit, Ort und Schwere des Ereignisses. Die MFA und der Hausarzt haben die entsprechenden Notrufnummern immer parat, im Handy, als Info am Telefon in der Praxis und in der Arzttasche.

Abwendbar gefährliche Verläufe

- Akutes Coronarsyndrom/ Herzinfarkt
- Hypertone Krise
- Apoplex/TIA
- Status asthmaticus/Krupp
- Hypoglykämie
- Traumata: Unfälle, Stürze, Frakturen, Blutverlust, Schock, Koma, Commotio cerebri, schwere Verbrennungen, Verätzungen
- Suizidgefahr/psychische Dekompensationen
- Aneurysmenruptur
- Unterkühlung
- Hitzschlag
- Vergiftungen
- Akutes Abdomen
- Dekomp. Herzinsuffizienz
- Iatrogen hervorgerufene Ereignisse (z. B. sakrale Infiltrationen mit temporärer Lähmung)
- Anaphylaktischer Schock
- Ertrinken
- Krampfanfälle
- Schwere Infektionen (z. B. tropische Fieber/Erkrankungen)

Tabelle 1

Der Hausarzt ist in erster Linie damit beschäftigt, die vitalen Parameter am Notfallpatienten zu gewährleisten, an zweiter Stelle kann er dem Rettungsdienst zuarbeiten, indem er die Zeit bis zum Eintreffen nutzt, einen Zugang herzustellen, gegebenenfalls zu intubieren, Notfall-Medikation zu verabreichen, zu beatmen – mit Sauerstoff mittels Maske – oder zu defibrillieren. Das richtet sich aber nach der jeweiligen Erkrankung. Besonders beim Apoplex ist es wichtig, so schnell wie möglich zu handeln, um den Patienten sofort dem CCT bzw. der Stroke Unit zuzuführen.

Für den Hausarzt in der Routine gilt:

- Die dringlichen Konsultationen beim Hausarzt sind häufig.
- Nur für einen kleinen Teil dieser Konsultationen wird der Rettungsdienst benötigt.
- Überweisungen und Klinik-Einweisungen sind selten.

Für den Hausarzt im Notdienst gilt:

- Die dringlichen Konsultationen finden oft beim Patienten statt.
- Einweisungen und Überweisungen sind relativ selten.
- Überraschend viele Konsultationen finden nach Tabelle 2 statt.

Wahrnehmung bei präklinischer Notfallmedizin

Art und Häufigkeit der Notfälle stellen sich, je nach Gesichtspunkt des Betrachters, ganz unterschiedlich dar. Für den Hausarzt liegt nur in seltenen Fällen eine medizinisch bedrohliche Symptomatik vor, welche den Einsatz des Rettungswesens erfordert. Zahlen aus Deutschland sind mir nicht bekannt, eine große englische Studie beziffert die Hospitalisierungsrate auf lediglich 5,5 Prozent aller Notfallanrufe. Aus Sicht des ausrückenden Notarztes, des Klinikers und des Rettungswesens handelt es sich bei den Notfällen meist um hospitalisationsbedürftige und oft vital bedrohte Patienten, um Fälle mit Polytrauma, akutem Abdomen, Herzinfarkten, epileptischen Anfällen, Blutzuckerentgleisungen oder Hirnschlägen.

Der Notfall gliedert sich so aus Sicht des Hausarztes in zwei unterschiedliche Versorgungstypen. Die Konzepte und der Mitteleinsatz zur Versorgung der beiden Notfalltypen unterscheiden sich erheblich. Die Versorgung des ambulanten Notfalls orientiert sich, neben der medizinischen Behandlung, vor allem an der Person, deren Ressourcen und dem Umfeld. Manchmal klärt sich ein Notfall schon am Telefon; das Kennen des Patienten erleichtert dabei den Entscheid (sozial gelebte Anamnese). Oft muss der Patient in die Praxis bestellt oder zuhause besucht werden, um sich ein verlässliches Bild machen zu können. Der präklinische Notfall erfordert demgegenüber eine Fokussierung auf die medizinische Symptomatik und bei vitaler Bedrohung ein schnelles, prozedurales Handeln. Der Hausarzt, als Spezialist dieser Schnittstellen, ist in beiden Welten zuhause. Er erkennt die beiden Notfall-Typen verlässlich und ist in idealer Position für den adäquaten Mittel-

Notfälle in der Hausarztpraxis ohne abwendbar gefährlichen Verlauf

- Akute psychische Probleme (akute Belastungsreaktion) z. B. Trauerraktionen
- Schmerzen Akut und Chronisch z. B. Thoraxschmerz
- Ängste, Phobien
- Dyspnoe
- Starker Juckreiz
- Verletzungen erkennbar ohne Lebensgefahr
- Pneumonien
- Herzrhythmusstörungen
- Entgleiste Stoffwechselstörungen
- Hohes Fieber

Tabelle 2

einsatz. Aus Sicht der Kosten ist es entscheidend, die ambulanten Notfälle entsprechend zu versorgen und das Rettungswesen idealerweise nur für stationär zu Behandelnde aufzubieten. Wie effizient die heutige Notfallversorgung in dieser Hinsicht arbeitet, ist nicht klar. Die uns bekannten Publikationen unterscheiden bei den Interventionen des Rettungswesens zwischen vitaler und nicht-vitaler Bedrohung, nicht aber zwischen „ambulanter Abklärung" und „stationärer Behandlung". Der hausärztliche Notfalldienst wird oft nicht zur Kenntnis genommen oder nur selten erwähnt. Publikationen spezifisch zum ärztlichen Notfalldienst sind rar. Wir wissen wenig über die Einsätze der Hausärzte, über die Art, die Häufigkeit und die Versorgung des ambulanten Notfalls. Aufgrund dieser Dokumentationslage ist es für alle „Nicht-Hausärzte" (Beteiligte im Rettungswesen, zuständige Stellen im Gesundheitswesen) schwierig, sich ein Bild und eine Vorstellung über den Stellenwert des ärztlichen Notfalldienstes innerhalb der Notfallversorgung zu machen.

Hubert Bakker,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Bremen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Für den Planungsbereich Bremen-Stadt
- **einen gynäkologischen Vertragsarztsitz**
- **einen nervenärztlichen Vertragsarztsitz**
- **einen hautärztlichen Vertragsarztsitz**
- **einen augenärztlichen Vertragsarztsitz**

Bewerbungen um diesen Vertragsarztsitz sind schriftlich innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, zu richten.
Vorabinformationen können telefonisch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen unter 0421/34 04-332 (Manfred Schober) erfragt werden.

Über 75 Jahre erfolgreiche Steuerberatung für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte.

Mit Sicherheit mehr Erfahrung!

Weitere Informationen unter:
www.BUST.de

BUST
Steuerberatung für Ärzte
BUST – Steuerberatungsgesellschaft mbH

Seit über 75 Jahren erfolgreich in 21 Niederlassungen mit rund 30 Spezialisten für Sie da.
Besuchen Sie uns in unserer:

Niederlassung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 43
28211 Bremen
Telefon: 0421 626588-0
E-Mail: bremen@BUST.de
Internet: www.BUST.de

Notfallmedizin

Dialog zwischen Hausarzt und Rettungsdienst verbessern

Die demographische Entwicklung und die heutige ambulante Versorgungsstruktur erfordern ein Überdenken bei der Notfallversorgung im häuslichen Umfeld. Die Verzahnung der hausärztlichen Versorgung, des organisierten kassenärztlichen Notdienstes und des Rettungswesens muss ausgebaut werden.

Dialog, Austausch und Abstimmung sind notwendig, um jedem Patienten mit seinen individuellen persönlichen Bedürfnissen besser gerecht zu werden. Durch die zunehmende Spezialisierung und die enorme Ausweitung des Wissens erfolgte eine Aufspaltung der Medizin, der Facharzt übernahm sein jeweiliges Spezialgebiet und die Bedeutung des Hausarztes wurde immer geringer. Gerade im städtischen Bereich wurde direkt der Facharzt aufgesucht, er wurde Begleiter der Erkrankung, aber eben nur dieser Fachspezifischen. Die Krankenhäuser übernahmen vermehrt ambulante Behandlungen und es sind Behandlungszentren entstanden, die für die optimale Versorgung einzelner medizinischer Bereiche sorgen. Mit der Novellierung der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Jahre 2002 wurde ein Schritt getan, der die Rolle des Hausarztes als kompetenten Facharzt stärkt. Die Einführung des Hausarztmodells verdeutlicht dem Patienten die Rolle dieses Arztes. Denn er kennt das familiäre und soziale Umfeld, die Krankheitsgeschichte und weiß damit auch um die Einstellung zu Leben, Krankheit und Tod. Er weiß, was die Familie tragen kann, und hilft, schwierige Situationen durchzustehen.

Hausarzt kann Notversorgung nicht leisten

Die Strukturen im Gesundheitssystem werden der hausärztlichen Schlüsselrolle in der ambulanten Versorgung zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht gerecht. Die Erreichbarkeit rund um die Uhr wird in keiner Weise vergütet. Ein Verlassen der Sprechstunde aufgrund eines akut notwendigen Hausbesuches ist ein Minusgeschäft und bei übervollen Wartezimmern nur selten möglich. Dies ist ein Grund, warum in städtischen und seit einigen Jahren auch in ländlichen Bereichen der kassenärztliche Notdienst zunehmend organisiert wurde. Außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten (Gewährleistungszeit) ist der Hausarzt damit oft für seine Patienten und Kollegen unerreichbar. Auch sorgfältige Dokumentation kann nicht das über Jahre erworbene Wissen um den Patienten als Ganzes ersetzen.
Der demographische Wandel führt zu einer Veränderung des Patientengutes mit älteren, multimorbiden Patienten. Diese Veränderungen werden zunehmend sichtbar und erfordern ein Überdenken der bestehenden Strukturen. Ein Schritt in diese Richtung war die Einführung der Pflegeversicherung 1995. Hierdurch fand ein Wandel in der Versorgung der Pflegebedürftigen statt. Ambulante Pflegedienste und Seniorenheime nahmen in ihrer Anzahl stetig zu. Die Pflege unterliegt heute einer zunehmenden Institutionalisierung. Qualitätssichernde Maßnahmen, Kostendruck und Überwachung durch Organisationen wie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen fördern die Entfremdung zwischen Pflegenden und Gepflegten. Auch das Rettungswesen machte in diesen Jahren eine Entwicklung durch, die eine immer bessere und schnellere Versorgung im Notfall möglich macht.

Heißt Notfall auch gleich Notarzt?

Die Weiterentwicklung von Rettungsmitteln und die verbesserte Ausbildung der Nothelfer haben zu einem hohen Standard im deutschen Rettungswesen geführt. Inzwischen gibt es klare Vorgaben, welche Notfälle welche Art von Rettungsmittel notwendig machen. Diese Algorithmen der Leitstelle führen vermehrt dazu, dass Notarzt oder Rettungswagen zu einem hausärztlichen Notfall gerufen werden. Aufgabe des Notarztes ist es, nach Alarmierung schnell zu handeln, nach einem Schema vorzugehen und rasch eine Lösung herbeizuführen. Der Hausarzt erlebt den Patienten gesund, kennt ihn zum Teil schon über viele Jahre hinweg und vermag nachzuempfinden, was er im Notfall für sich wünscht. Er kann mit Angehörigen und Pflegenden sprechen und auch über die Akutsituation hinaus die Versorgung sicherstellen. Abwartendes Offenhalten ist eine Fertigkeit des erfahrenen Hausarztes, die in vielen Notfällen die für den Patienten beste Versorgung darstellt.

Dialog zwischen Fachgruppen optimieren

Die Definition eines Notfalles ist für alle Beteiligten unterschiedlich. Der Betroffene ist in Not, aber nicht in Lebensgefahr, die nur durch die sofortige Behandlung eines Notarztes mit Einweisung auf eine Intensivstation behoben werden kann. Jeder Helfer in der Not muss sich daher zunächst ein Bild von der Situation machen. Häufige Fragestellungen im Notfall beziehen sich dabei auf den Umfang der therapeutischen Maßnahmen: „Was kann man tun?", „Was muss man tun?" und „Worauf darf man verzichten?". Der Wille des Patienten hat höchste Priorität. Gemeinsame Entscheidungsprozesse von Patient, Angehörigen, Pflegenden und Arzt müssen auch im Notfall möglich sein. Viel zu oft ist für diesen Prozess kein Raum, gibt es keinen Dialog, weil die Beteiligten sich noch nie begegnet sind. Die Entscheidung wird verschoben, indem der Patient ins Krankenhaus eingewiesen wird.
Zur Verbesserung der Patientenversorgung brauchen wir also auf der einen Seite eine bessere Erreichbarkeit der Hausärzte, auf der anderen Seite mehr Erfahrung im Umgang mit häuslichen Notfällen bei den Notärzten. Vor allem aber brauchen wir den Dialog zwischen den einzelnen Fachgruppen, um unsere Patienten gemeinsam gut zu behandeln.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Claudia Norzel,
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Stuhr

Häufigste Indikationen für Hausbesuche

Arzttasche – welche Medikamente sind notwendig?

Derweil der Inhalt des Notarztkoffers fest in DIN 13232 geregelt ist, existieren keine verbindlichen Vorgaben bezüglich Hausbesuchsutensilien des Hausarztes. Die hier vorgestellte Auswahl an Medikamenten orientiert sich an den häufigsten Indikationen für Hausbesuche.

Die Auswahl gilt nicht für vitalbedrohliche Situationen (Reanimation o.ä.) oder Kindernotfälle. Sie ist ausgerichtet auf hausärztliche Notfälle bei Erwachsenen in einer Region wo gegebenenfalls Ambulanzen (Chirurgie etc.) aufgesucht werden können. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Auswahl an Medikamenten in Arzttaschen sehr stark differiert. Probleme bestehen oftmals in der regelmäßigen Überprüfung der Haltbarkeitsdaten sowie in Unsicherheiten bei Dosierungen in weniger häufigen Situationen. Da vor Ort Diagnostik und Differentialtherapie nur begrenzt möglich und sinnvoll sind, sollte die Medikamentenauswahl möglichst überschaubar sein und sich an den wesentlichen Indikationen orientieren. Neben dem Erkennen einer vital bedrohlichen Situation ist das Ziel Beschwerden zu lindern und den Patienten bis zum nächsten Arztkontakt angemessen zu versorgen (Tabelle 1).

Organsystem	Erkrankung/Symptom
	■ (akute) Schmerzzustände
GI-Trakt	■ Übelkeit, Erbrechen ■ Obstipation ■ Gastritis/Reflux
Lunge	■ Exazerbation Asthma/COPD
Herz-Kreislauf	■ hypertensive Dringlichkeit/Krise ■ Herzinsuffizienz ■ Angina / Herzinfarkt ■ Herzrhythmusstörungen ■ Akute Thrombose ■ Reanimation
Neurologie/Psychiatrie	■ Krampfanfälle ■ Erregungszustände ■ Psychosen ■ Dyskinesien
Infektionen	■ bakterielle Meningitis ■ Zystitis/Pyelonephritis ■ ambulante Pneumonie
Diverses	■ Allergie ■ Hypoglykämien ■ Intoxikationen (Morphin, Benzos)

Tabelle 1: Häufige Erkrankungen/Symptome als Basis der Medikamentenauswahl.

Es wurden nur solche Erkrankungen bzw. Symptome tabellarisch genannt, die zur Aufnahme bestimmter Medikamente führte. Z. B. haben wir die sehr häufige Lumbago nicht extra erwähnt, da es sich hier vorrangig um einen Schmerzzustand (s. Tabelle 1) handelt.

Unsere Zusammenstellung folgt dem Prinzip „weniger ist mehr". Gerade in der Not-

Anzeige

Leistungen für EDV & Praxisorganisation

GeMa MED
EDV & Organisation für Ärzte

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

Ihr regionaler Vertriebs- und Servicepartner für:

Arztinformationssysteme
Digitale Röntgensysteme
Medizinische Spracherkennungssysteme
Die persönliche Gesundheitsakte

MEDISTAR® Systeme für Ärzte
DIX-Ray® DIGITALES RÖNTGEN
SpeaKING® Dictat
vita-X Die persönliche Gesundheitsakte

Wirkstoff	Dosierungsvorschlag pro Einmalgabe (in mg)		
	per os	Suppositorium	i.v./i.m./s.c./inhal.
Adrenalin	-	-	1/10 ml (1:10.000)
Ajmalin	-	-	50 über 5 Min.
Algedrat (Mg+Al-OH)	1-2 Beutel	-	-
Amoxicillin	2000	-	-
ASS	500 - 1000	-	500 (i.v.)
Atropin	-	-	0,5 – 1
Biperiden	-	-	5 (i.v.)
Butylscopolamin	-	10	10 (i.v.)
Captopril	12,5-25	-	-
Ciprofloxacin	200	-	-
Diazepam	5 – 10	10	5 – 10
Diclofenac	50 – 100	50 - 100 mg	-
Dimenhydrinat	-	70	62 mg (~ 10 ml)
Dimetiden	-	-	4 mg über 2 Minuten
Flumazenil	-	-	0,2
Furosemid	40	-	20 – 40
Glucose 40%	-	-	je nach BZ
Gyceroltrinitrat Spray	-	-	1-3 Hübe
Haloperidol	5 – 10	-	5 (i.v., s.c., i.m.)
Heparin	-	-	5000 IE Bolus
Ipratropium DA	-	-	2 Hübe
Metoclopramid	40 Trpf. (~ 10 mg)	10	10
Metoprolol	-	-	5 – 10
Morphin	Tbl.: 1 x 10, Trpf.: 32 (2ml) =10mg	10	5-10 (i.v./i.m./s.c.)
Naloxon	-	-	0,4-0,8
Omeprazol	20 - 40	-	-
Paracetamol (± Codein)	500 - 1000	1000 mg	-
Penicillin G	-	-	5 Mega (i.v., i.m.)
Prednisolon	-	-	50-100
Promethazin	25	-	25
Roxithromycin	300	-	-
Salbutamol DA	-	-	2 Hübe
Terbutalin	-	-	0,25 – 0,5 (s.c.)
Theophyllin	-	-	5mg/kg bzw. 2 mg/kg*
Trimethoprim (TMP)	200	-	-
Urapidil	-	-	25
Verapamil	-	-	5 mg über 5 Min.

Tabelle 2: Medikamentenauswahl für die ärztliche Hausbesuchstasche.

* Dosierungen ohne bzw. mit vorheriger Theophyllinbehandlung (i.v.-Gabe über 30 Min.)

fallsituation eingesetzte Wirkstoffe sollten bezüglich Dosierung, Applikationsart, Wirkung und Nebenwirkungen dem Anwender gut vertraut sein (Tabelle 2).

Sinnvoll ist auch 500 ml NaCl o.ä. zur Behandlung eines Volumenmangels z. B. bei Exsikkose oder hämodynamisch relevanter Blutung. Klysmen (Freka®-Clyss u.a.) können bei Obstipation z. B. unter Opiaten erforderlich sein. Zur Basisversorgung von Wunden sollte neben Verbandsmaterial auch PVJ-Salbe und Fettgaze verfügbar sein. Bei Patienten, die keine Möglichkeit haben das Rezept zeitnah einzulösen, kann es sinnvoll sein einige Tabletten etc. zur „Überbrückung" vor Ort auszuhändigen. Dies kann natürlich den Medikamentenbestand erheblich erweitern. Eine zweite Tasche mit Medikamenten, Infusionsflasche usw. könnte deshalb als Reservoir (im PKW) beispielsweise bei langen Hausbesuchsfahrten eine Lösung darstellen.

Wartung der Arzttasche

Neben den (wenigen) Gerätschaften sind vor allem Rezepte und Medikamente oft im Fokus von Dieben. Deshalb sollte die Arzttasche nicht unbeaufsichtigt sein. Die Aufbewahrung von Arzneimitteln sollte zwischen 5 - 25 °C liegen. Eine helle Oberfläche der Tasche schütz vor Überwärmung durch Sonne. Wegen der Lichtempfindlichkeit einzelner Wirkstoffe sollte das Ampullarium lichtgeschützt sein. Ein Thermometer zur Erfassung der Maximaltemperaturen erscheint sinnvoll. Eine Kontrolle der Haltbarkeit der Arzneimittel sollte zwei Mal pro Jahr erfolgen, das Haltbarkeitsdatum ist den Verpackungen oder Ampullen direkt zu entnehmen. Bei Einhaltung der oben genannten Temperaturen und des Lichtschutzes, sind Medikamente in der Regel mindestens zwei – viele sogar drei Jahre – haltbar. Alle Ampullen, die unabhängig vom Haltbarkeitsdatum Trübungen oder Ausflockungen aufweisen, sind unverzüglich auszutauschen. Abwurfbehälter für Ampullen etc. macht das Wiederauffüllen der Arzttasche durch Praxispersonal einfacher.

Diese Liste der hausärztlichen Notfallmedikamente ist ein Auszug des Bremer Arzneimittelregisters (BAR). Das BAR wurde durch die Klinische Pharmakologie konzipiert und stellt den Versuch einer gemeinsamen Positivliste für Hausärzte und kooperierende Fachärzte dar. Die Auswahl der Wirkstoffe erfolgte auf dem Boden der besten Evidenz sowie anwenderspezifischer Ergänzungen aus einer Pilotphase. Das gesamte BAR wird noch in diesem Jahr über die Pharmakologie verfügbar sein.

Dr. Gerd Burmester,
Dr. Hans Wille,
Institut für Klinische Pharmakologie,
Bremen

Qualitätsmanagement-Info-Tage

Vielseitiges Programm bei den Qualitätsmanagement-Info-Tagen

Besucher aus Bremen und Bremerhaven kamen an den QM -Info-Tagen am 6. und 7. Juni 2008 in die Glocke. Zu der erstmalig in Bremen organisierten Veranstaltung hatte die KV Bremen alle Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Fachangestellten und andere Interessierte eingeladen.

Die Besucher informierten sich über die Möglichkeiten des Qualitätsmanagements.

„Ich habe eine Frage zu den verschiedenen QM-Systemen. Wer kann mir darüber etwas erzählen?" Eine Ärztin kam am Samstagvormittag direkt zum KV-Stand in die Ausstellungshalle. Da passte es gut, dass in einer halben Stunde im Kleinen Saal mehrere Systeme (QEP, EPA, KPQM) vorgestellt werden. „Bisher verwende ich selbst erstellte Unterlagen, aber ich möchte ein QM-System einsetzen, das mir bei der Strukturierung hilft und damit die Umsetzung des QM erleichtert." Andere Besucher interessierten sich für die Möglichkeiten einer Softwareunterstützung und fanden sich in einem zweiten Vortragsraum zu den ebenfalls 20-minütigen EDV-Vorträgen ein. An beiden Veranstaltungstagen informierten insgesamt 18 Referenten in mehr als 30 Vorträgen über allgemeine und spezielle Themen aus dem Bereich des Qualitätsmanagements. Besondere Aufmerksamkeit fanden der Erfahrungsbericht aus einer Praxis sowie das Treffen der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB).

Durchweg positives Feedback der Besucher

Das positive Feedback der Teilnehmer tröstete die Organisatoren dann auch darüber hinweg, dass die Besucherzahl nicht ganz den Erwartungen entsprach. Das Interesse der Anwesenden war groß und sie nutzten die Gelegenheit, mit Ausstellern, Mitgliedern der Qualitätsmanagementkommission sowie QM-Mitarbeitern der KV Bremen ins Gespräch zu kommen. Die Evaluation bei den Besuchern sowie die Umfrage bei den anderen Beteiligten ergab, dass eine Mehrzahl eine Wiederholung der QM-Info-Tage begrüßen würde.

Barbara Frank,
Stellvertretende Leiterin Abteilung
Zulassung Genehmigung,
KV Bremen

Auszüge aus Interviews,
geführt von Karolina Wangler im Auftrag der KV Bremen, Studentin Public Health, Universität Bremen

Weshalb besuchen Sie die QM-Info-Tage?
Fachärztin: Ich wollte mich umfassend über QM informieren. Wir haben es in unserer Praxis eingeführt und ich habe gehofft, heute noch Tipps zu bekommen.
Medizinische Fachangestellte (hausärztliche Praxis): Ich bin Qualitätsmanagement beauftragte in einer Praxis und da wir kurz vor unserer Zertifizierung stehen, möchte ich dazu etwas wissen.
Psych. Psychotherapeutin: Ich habe bisher wenig Erfahrung mit QM gemacht und wollte mich heute grundlegend darüber informieren. Welches QM-System wird allgemein bevorzugt und welches ist für mich das Beste? Wie setze ich es um, welche Hilfestellungen gibt es und welchen Vorteil habe ich davon?

Wurden Ihre Fragen beantwortet?
Fachärztin: Ich bin noch nicht so lange da und habe erst einen Vortrag gehört. Mir scheint es, dass Eigenwerbung der Vortragenden aber auch eine Rolle spielt.
Medizinische Fachangestellte (hausärztliche Praxis): Mir geht gar nicht so sehr darum, Fragen beantwortet zu bekommen, sondern eher um die Möglichkeit interessante Informationen und Adressen von den Ausstellern zu den unterschiedlichen Systemen zu erhalten. Das war sehr gut.
Psych. Psychotherapeutin: Größtenteils ja, sicherlich sind noch Detailfragen offen, aber ich muss erstmal die vielfältigen Informationen verarbeiten, die ich heute erhalten habe. Ich habe viele Broschüren mitgenommen und werde auch vieles mit meinen erfahrenen Kollegen noch mal besprechen. Die meisten haben QEP eingeführt. Die Messe finde ich sehr gut, um zu schauen, welches System für mich und meine Praxis infrage kommt.

Haben sich durch die Einführung von QM bisher Veränderungen ergeben?
Fachärztin: Ja sicher, die Abläufe haben sich schon verbessert.
Nachfrage: Bekommen Ihre Patienten etwas davon mit?
Fachärztin: Ich hoffe es. (lachend)
Medizinische Fachangestellte (hausärztliche Praxis): Bei der Praxiseröffnung haben wir auch gleich ein QM eingeführt, daher gibt es keinen Vorher-Nachher-Vergleich. Aus der Erfahrung heraus finde ich es aber positiv, dass man durch QM stets seine Leistungen und Arbeit hinterfragen muss.
QMB (fachärztliche Praxis): Ich denke, dass die Etablierung und Pflege eines QM zeitlich sehr intensiv ist. Nicht alle Vorgaben sind sinnvoll, einige Details sollten von den Praxen individuell gelöst werden. Trotzdem haben sich durch das QM einige Strukturen verbessert und zusätzliche hilfreiche Anwendungen entwickelt.

Sichere Datenverbindung

Empfehlungen für den Umgang mit sensiblen Daten

„100.000 Websites gehackt" – so ähnlich lautete eine Schlagzeile am 24. April dieses Jahres in der Online-Version der Computer-Fachzeitschrift c´t. Der Artikel beschreibt, wie Unbekannte vorwiegend auf Internet-Servern von Behörden in Amerika und England Spuren hinterlassen haben. Diese versuchen beim Aufruf der betroffenen Webseiten, den PC mit Schadroutinen von vermeintlich sicheren Servern zu infizieren.

Wenn Sie einen aktuellen Browser verwenden, alle Sicherheitsupdates eingespielt und nicht durch „mutige Einstellungen" den eigenen Schutzwall angreifbar gemacht haben, sind Sie gegen solche Schadroutinen geschützt. Das Beispiel zeigt, dass sich der Aufwand in die Sicherheit Ihres Computers lohnt, aber es wird auch deutlich: Wir nutzen eine technische Infrastruktur, die sich nur noch mit Spezialwissen beherrschen lässt. Der Aufbau und die Aktualisierung dieses Wissen verursacht einen hohen Aufwand, der für kleine und mittelständische Firmen wirtschaftlich kaum tragbar ist. Deshalb aber auf die heute wichtigen Techniken und Medien wie das Internet zu verzichten, ist für Unternehmen unrealistisch. So setzen viele Führungskräfte leichtsinnig und häufig sogar fahrlässig auf das Prinzip Hoffnung.

Patientendaten vor Zugriffen schützen

Auf dieses Verhalten nehmen die „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Praxis" (Deutsches Ärzteblatt vom 9. Mai 2008) Bezug. Dort werden eindeutige und zum Teil scharfe Vorgaben für den Umgang mit der vernetzten EDV in einer Praxis gemacht. Wer diese technischen Vorgaben nicht umsetzen kann, muss seine Patientendaten auf einem Praxiscomputer ohne Internetzugang speichern. In der Realität können die in den Empfehlungen beschriebenen Vorgaben aber von Medizinern kaum umgesetzt werden.

Um den Datenverkehr im Praxisnetzwerk von äußeren Netzen (Intranet mit Kollegen, KV oder anderen) und vom Internet zu trennen und nur kontrollierte Zugriffe zu erlauben, empfiehlt sich dringend ein sicher konfigurierter Router (Hardware) mit Firewall- und VPN-Funktionalität. Anders als eine softwarebasierte Personal-Firewall, kann dieser Router nicht versehentlich oder bewusst deaktiviert werden. Das Ausschalten oder Manipulieren des Routers führt automatisch zu einer Trennung der Netze, um den sicheren Zustand nicht zu gefährden. Für die Sicherheit dieser Anbindung garantieren spezialisierte Dienstleister mit dem Angebot einer nach der KV-SafeNet Rahmenrichtlinie zertifizierten Anbindung der Praxis an die KV. Über diese Anbindung können einige Anbieter auch sicherheitsrelevante Programme, insbesondere Virenschutzprogramme, automatisch und kurzfristig sicher aktualisieren.

Gesicherte Netzwerkanbindungen nutzen

Online-Verbindungen von der Arztpraxis ins Internet sollten nur über den gesicherten Proxyserver eines zertifizierten Providers erfolgen. Dieser prüft die angeforderten Webseiten vor der Weitergabe an die Praxis auf Schadroutinen. Diese für einen Online-Zugang in der Praxis notwendige Sicherheit hat ihren Preis: Netzwerkanbindungen über KV-SafeNet können nicht zum gleichen Preis angeboten werden wie herkömmliche, ungeschützte Verbindungen. Der Preis ist mittlerweile aber so weit gesunken, dass der Einsatz unbedingt empfehlenswert ist. Die KV Bremen erwägt den Einsatz dieser Technik mit bis zu 1000 Euro zu fördern, endgültiges entscheidet die Vertreterversammlung im Sommer.

Gottfried Antpöhler,
Leiter der EDV-Abteilung,
KV Bremen

KV Bremen

Neue Assessorin

Marion Elisabeth Bünning, geboren am 07.05.1965 in Bremen, ist ab sofort als neue Assessorin in der Abteilung Zulassung/Genehmigung der KV Bremen tätig. Von 1984 bis 1986 absolvierte Marion Elisabeth Bünning zunächst eine Berufsausbildung als Rechtsanwalts- und Notargehilfin in Bremen, bevor sie von 1986 bis 1992 Rechtswissenschaft in Münster studierte. Die Referendariatszeit von 1992 bis 1995 verbrachte sie in Essen. Nach Abschluss des zweiten Staatsexamens 1996, nahm Marion Elisabeth Bünning ihre Tätigkeit als Rechtsanwältin auf, wobei ihre Schwerpunkte auf dem Medizin- und dem Sozialrecht liegen. Seit 2004 ist sie Fachanwältin für Sozialrecht. Marion Elisabeth Bünning ist verheiratet. Ihre neuen Aufgaben bei der KV Bremen liegen in der fachlichen Führung der Bereiche Arztregister, Bedarfsplanung und Zulassung.

Themenplanung für 2009

Pressebeirat tagt

Der Pressebeirat des Bremer Ärztejournals wird sich Anfang Oktober 2008 mit der Planung der Jahresthemen für die einzelnen Ausgaben des Jahres 2009 beschäftigen und außerdem die entsprechenden Autoren benennen.

Sämtliche Themenvorschläge werden von der Ärztekammer Bremen bis spätestens Donnerstag, 02. Oktober 2008 unter folgender E-Mail-Adresse entgegengenommen:
franz-josef.bloemer@aekhb.de.

Vertreterversammlung der KV Bremen

KV Bremen will die Interessen aller Mitglieder weiterhin bündeln

Die beherrschenden Themen des Jahres 2008 sind die Reform des Honorars und mögliche Änderungen in der Vertragslandschaft, die sich aus den bundesweit kontrovers diskutierten Ausstiegmodellen und Szenarien zukünftig ergeben könnten.

„Unser leistungsfähiges und gutes System wird sich bei Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen zu einem unübersichtlichen und überbürokratischen System verändern", betonte der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Thomas Liebsch, Mitte Juni in seinem Bericht an die Vertreterversammlung (VV) der KV Bremen. Die KV sei durch den Zusammenschluss aller niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ein schützendes System mit strukturellem und vertraglichem Know-how, das dafür sorgt, dass nicht einzelne Mitglieder herausgehoben oder fallen gelassen würden. „Die Berufsverbände sollten in Bremen der KV einheitlich zur Seite stehen, konstruktiv Impulse geben und sich nicht in den Medien untereinander angreifen", appellierte Dr. Liebsch.

Bewegtes Vertragsgeschehen

Über zwei Verträge aus dem Hausarztbereich werde bundesweit heftig diskutiert, berichtete der Vorstandsvorsitzende der KV Bremen, Dr. Till Spiro, der VV ausführlich. Das seien der Barmer-Vertrag und der HZV-Vertrag, den die AOK Baden Württembergs mit dem dortigen Hausärzteverband und MEDI geschlossen habe. Dem Barmer-Vertrag sei vom Bundessozialgericht der Integrationscharakter abgesprochen worden, weshalb die von der Krankenkasse einbehaltenen Gesamtvergütungsanteile an die entsprechenden KVen zurückgezahlt werden müssten. Inzwischen sei der Vertrag mit Wirksamkeit zum Jahresende gekündigt worden.

Der HZV-Vertrag aus Süddeutschland sei der erste flächendeckende Versorgungsvertrag ohne KV-Beteiligung und laufe zunächst bis zum Jahr 2013. Ob und wem er langfristig zum Nutzen gereiche, werde sich erst an Hand der gelebten Vertragsrealität beurteilen lassen. Angesichts der jüngsten Äußerungen aus Kassenkreisen, das Leistungsgeschehen bei Pauschalvergütungen besonders aufmerksam verfolgen zu wollen, warnte Dr. Spiro in diesem Zusammenhang: „Wer möglichst hohe patientenkontaktunabhängige Strukturpauschalen plus Leistungspauschalen fordert, treibt seine Berufsgruppe auf einen gefährlichen Weg, der es eines Tages leicht machen könnte, die Vergütung wieder abzusenken und/oder andere Heilberufe nicht mehr nur als Unterstützung, sondern als Ersatz des Arztes einzusetzen."

Auswirkungen in Bremen

In Bremen hat die süddeutsche Entwicklung insofern ein unmittelbares Echo gefunden, als die Spitze des Bremer Hausärzteverbandes ankündigte, auch für das Land Bremen einen entsprechenden Vertrag anzustreben. KV-Vorstand Günter Scherer merkte an, dass die besondere Situation in Baden-Württemberg nicht auf Bremen übertragbar sei. Zudem sei wegen fehlender belastbarer Vergleichszahlen sowie des drohenden Gesundheitsfonds kein guter Zeitpunkt für neue Vertragsverhandlungen. Oberste Priorität habe für den Vorstand der KV Bremen nach wie vor das Ziel, für Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten eine Anhebung der Vergütung zu erreichen, um den Leistungsbedarfsanstieg adäquat auszugleichen und eine bestmögliche Versorgung der Patienten sicher zu stellen. Politisch gelte es, auf die eklatanten Finanzierungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung aufmerksam zu machen und sich daran zu beteiligen, tragfähige Versorgungsverträge zu gestalten.

Wettbewerbsorientiertes KBV-Modell

Dr. Spiro eröffnete die Aussprache über das vor kurzem von der KBV (Kassenärztlichen Bundesvereinigung) entworfene Konzept zur Neustrukturierung der Versorgungsebenen mit dem Hinweis, dass es sich hierbei um eine Diskussionsgrundlage handele und alle Berufsgruppen aufgerufen seien, ihre Bedenken und Wünsche einzubringen. Angesichts der politisch gewollten Schwächung des KV-Systems und seiner Mitglieder halte er es für legitim, offensiv eine Zukunftsvision für die Neustrukturierung der medizinischen Versorgung in unserem Land zu entwickeln. Nach einer kontroversen Diskussion verständigte sich die VV darauf, die Legitimität des KBV-Papiers dem Grundsatz nach anzuerkennen, seine Inhalte aber von der für Anfang Juli einberufenen Obleuterunde gründlich überprüfen und das Ergebnis vom Vorstand der KV Bremen an die KBV übermitteln zu lassen.

EDV-Vernetzung der Bremer Praxen

Die bundesweit festgelegte „Verpflichtung zur Vernetzung" rückt jetzt in greifbare Nähe. Ab dem 1. Quartal 2009 können keine Papierabrechnungen und ab 2010 keine Disketten und CD-ROMs mehr verarbeitet werden. Dann werden die Quartalsabrechnungen ausschließlich über ein geschütztes Online-Verfahren entgegen genommen. Gottfried Antpöhler, Leiter der EDV-Abteilung der KV Bremen, informierte die Vertreterversammlung über die nächsten Schritte: Die Arztpraxen benötigen einen Provider, der den Zugang zu diesem Netzwerk mittels eines sicher konfigurierten Hardware-Gerätes realisiert. Die Sicherheitstechnik basiert auf dem technischen Standard des virtuellen privaten Netzwerkes (VPN). In Kooperation mit anderen KVen hat die KV Bremen unter dem Namen KV SafeNet den Rahmen für die zertifizierte Anwendung dieser Technik zur sicheren Datenanbindung geschaffen und wird auch in Zukunft für die Verwaltung, den Betrieb der Dienste und den Standort der VPN-Knotenpunkte sorgen. Die KV Bremen fördert die sichere Datenkommunikation mit 500 Euro für den Anschluss an das KV SafeNet und weiteren 500 Euro nach der zweiten online abgegebenen Abrechung. Die Förderung läuft bis zum 1. Quartal 2009. Anfang September informiert die KV Bremen noch einmal alle Ärzte ausführlich in einem Sonderrundschreiben und bietet Unterstützung bei der Auswahl der Provider und der Technik an.

Die nächste Vertreterversammlung findet am 16. September in Bremerhaven statt.

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG

Veranstaltungsinformationen

Modulares Curriculum Psychotraumatologie

Grundlagen der Psychotraumatologie

Termin: 29. – 30. August 2008, Freitag 17.00 – 20.30 Uhr, Samstag 09.30 – 15.30 Uhr.
Kosten: 150,- Euro (10 PKT).

Sicherheit finden: Therapeutische Behandlung im Spannungsfeld Trauma und Sucht

Termin: 10. September 2008, 18.00 – 20.30 Uhr.
Kosten: 45,- Euro (3 PKT).

Grundlagen der Traumatherapie

Termin: 1. November 2008, 09.30 – 15.30 Uhr.
Kosten: 120,- Euro (6 PKT).

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: 12. - 13. September 2008; 28. - 29. November 2008, 12. - 13. Dezember 2008; 16. - 17. Januar 2009; 13. - 14. Februar 2009; 13. - 14. März 2009, jeweils Freitag 17.00 – 19.30 Uhr, Samstag 10.00 – 17.00 Uhr.
Kosten: 750,- (60 PKT).

English for Medical Purposes – in der Fortbildung

In dieser Veranstaltung werden typische Situationen eines internationalen Kongresses simuliert. Das schließt die eigene Vorstellung und Moderation, sowie das Diskutieren von abstracts mit ein. Besonderheiten der Fachterminologie, Redewendungen, Diskussionshilfen und relevante Abkürzungen finden dabei Anwendung in Rollenspiel und Kleingruppen. Auch Grammatikstrukturen aus medizinischen Fachartikeln werden vorgestellt und bearbeitet. Ziel dieser Veranstaltung ist es, die Interaktion mit Kollegen in typischen Situationen eines Kongresses in der englischen Sprache effektiver zu gestalten. Bei der Themenauswahl findet Ihre Fachrichtung Berücksichtigung. Die Arbeitsunterlagen werden gestellt. Dieses Seminar ist auch für Teilnehmer vorangegangener ME Seminare geeignet.
Termin: 20. September 2008, 09.00 – 17.15 Uhr.
Kosten: 95,- Euro (10 PKT).

14. Bremer Zytologietag

Vorträge und Workshops zu den Themen Qualitätssicherung, gynäkologische und Urinzytologie.
Termin: 27. September 2008, 09.45 – 17.15 Uhr.
Kosten: Mikroskopierplatz 95,- Euro (Arzt/Ärztin), 65,- Euro (CTA/MTA); Zuhörerplatz 45,- Euro (alle).

1. Bremer Schlaganfallsymposium: Mich trifft der Schlag, und was dann...?

Die Akademie für Fort- und Weiterbildung bietet in Kooperation mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie sowie dem Zentralverband der Physiotherapeuten aktuelles rund um das Thema Schlaganfall an.
Termin: 27. September 2008, 13.00 – 17.15 Uhr.
Kosten: 20,- Euro (5 PKT).

Curriculum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Die Akademie für Fort- und Weiterbildung bietet in Kooperation mit der Hamburger Ärztekammer und dem Institut Quant den 200-stündigen interdisziplinären Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement" gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer an.
Termine: 6. - 10. Oktober 2008, 1.- 5. Dezember 2008, 26. - 30. Januar 2009, 30. März – 3. April 2009, 25. - 29. Mai 2009.
Kosten: 746,- Euro (je Kurswoche 1, 2, 4, 5), 1492,- Euro (Kurswoche 3) (40 PKT je Woche).

Curriculum Ärztliche Führung

Die Ärztekammern Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein bieten in enger Zusammenarbeit erstmals einen zweimal einwöchigen Kurs nach dem neuen Curriculum Ärztliche Führung der Bundesärztekammer an. Qualifikationsschwerpunkte sind die systematische und praxisorientierte Auseinandersetzung mit dem Thema Führung, die Weiterentwicklung von kommunikativen und interaktiven Fähigkeiten sowie Konfliktmanagement. Vorgestellte Führungsinstrumente werden praktisch erprobt.
Termine: 27. Oktober - 1. November 2008 und eine Woche im Frühjahr 2009 (2 x 40 PKT).
Interessenten bitte melden.

Grundkurs Palliativmedizin

Voraussichtlicher Termin: 19. - 22. November 2008, 40 Stunden.
Kosten: 500,- Euro (40 PKT).

Einführungsseminare QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen

Neue Termine 2. Halbjahr 2008 in Planung, freitags 15.00 – 21.00 Uhr, samstags 08.30 – 16.30 Uhr.
Kosten: 235,-/150,- Euro (18 PKT).
Interessenten bitte melden.

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, Katja Plecher)

Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen

Innere Medizin ohne Schwerpunkt beschlossen!

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen hat in ihrer letzten Sitzung am 23. Juni 2008 beschlossen, die Facharztbezeichnung Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) einzuführen. Die Regelung wird in Kraft treten, sobald die Genehmigung von der Aufsichtsbehörde vorliegt.
Wir werden Sie hier im Bremer Ärztejournal und auf unserer Homepage unter www.aekhb.de informieren.

Brigitte Bruns-Matthießen,
Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie,
Leiterin Abteilung für Weiterbildung,
Ärztekammer Bremen

Gelbfieberimpfungen

Impfdokumentationspflicht für Reisende geändert

Im vergangenen Jahr hat sich durch das Inkrafttreten der neuen Internationalen Gesundheitsvorschriften die Art der Dokumentationspflicht für Gelbfieberimpfungen geändert. Die neue Dokumentationsweise ist in Internationalen Impfausweisvordrucken, wie Sie sie z. B. unter der Bestellnummer 0711-500/K beim Deutschen Grünen Kreuz erhalten können, im Layout berücksichtigt. In älteren Vordruckversionen leider noch nicht. Wenn Sie Ihren Patienten neue Impfausweise ausstellen, verwenden Sie bitte diese neuen Ausweisvordrucke. Falls nämlich Ihre Patienten für eine Fernreise eine Gelbfieberimpfung benötigen, muss diese zwingend in die neue Ausweisversion eingetragen werden.

Buchmarkt

Michael Worlitschek
Praxis des Säure-Basen-Haushalts Grundlagen und Therapie
Mithilfe dieses Standardwerks, das umfassend und prägnant in die Theorie und Praxis des Säure-Basen-Haushalts einführt, können Sie Ihren Patienten - zur Prophylaxe oder als Basis einer effizienten Therapie - zu einem ausgeglichenen Säure-Basen-Haushalt verhelfen. Anhand zahlreicher klinischer Beispiele werden auch die Folgen einer chronischen Übersäuerung illustriert. Neben Hinweisen zur Behandlung der chronischen Azidose stellt dieses Buch Ihnen eine Vielzahl von komplementärmedizinischen Therapiemöglichkeiten vor, bei denen die richtige Ernährungstherapie nach F. X. Mayr eine zentrale Rolle spielt. Die Therapiekonzepte mit einer Vielzahl von entsäuernden und entgiftenden Behandlungsmöglichkeiten sind eine große Hilfe für die Praxis. In der 6. Auflage finden sich inhaltliche Aktualisierungen und Ergänzungen sowie noch mehr und verbesserte Abbildungen und neue Patientenbeispiele.
Karl F. Haug Verlag, 6.,überarb.Aufl. 2008, 170 Seiten, 17 Abb., 17 Tab., kartoniert, 29,95 Euro, ISBN: 978-3-8304-7217-9

Nachruf

Priv.-Doz. Dr. Hans Prévôt ist überraschend gestorben

Am 24. Mai 2008 verstarb der langjährige Vorsitzende des Aufsichtsausschusses des Versorgungswerks der Ärztekammer Bremen, Herr PD Dr. med. Hans Prévôt, plötzlich im Alter von 73 Jahren.
Er leitete zuletzt noch am 05. Mai 2008 eine Sitzung des Aufsichtsausschusses.
Mit seinem Tod verlor die Bremer Ärzteschaft einen Menschen, der sich mit aller Kraft und uneigennützig in zahlreichen berufspolitischen Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltung hochkompetent und engagiert eingesetzt und viele wichtige Impulse gesetzt hat.
Geboren am 05. Januar 1935 in Wuppertal, wuchs Dr. Prévôt in Hamburg auf, machte dort 1955 sein Abitur und studierte anschließend in Hamburg und Graz. Nach der Approbation war er zwei Jahre wissenschaftlicher Assistent im Pathologisch–Anatomischen Institut der Universitätsklinik Hamburg, anschließend absolvierte er im gleichen Krankenhaus die Weiterbildung zum Radiologen.
Es folgten wissenschaftliche Arbeiten auf den Gebieten Pathologie, Anatomie, Strahlenbiologie und Nuklearmedizin. Im Februar 1970 wechselte er an das Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße in Bremen, wo er als Oberarzt die Isotopenabteilung des Zentral-Röntgeninstituts leitete. 1971 habilitierte er an der Universität Hamburg für das Fachgebiet Nuklearmedizin.
Von Oktober 1971 bis Ende 1999 war er als Radiologe und Nuklearmediziner niedergelassen und damit einer der ersten niedergelassenen Nuklearmediziner in Deutschland.
Neben seiner beruflichen Tätigkeit war Dr. Prévôt berufspolitisch stark engagiert. Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen war er im Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen und in der Radiologie-Kommission aktiv. Als langjähriges Mitglied der Vertreterversammlung wurde er für einige Jahre zum Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes gewählt. Außerdem war Dr. Prévôt in diversen Ausschüssen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung tätig und gehörte viele Jahre dem Vorstand des Berufsverbandes der Deutschen Nuklearmediziner an. In dieser gemeinsamen Zeit habe ich Dr. Prévôt als einen sehr verlässlichen Partner erlebt und seine kollegiale, freundschaftliche Zusammenarbeit schätzen gelernt. Außerdem war Dr. Prévôt viele Jahre Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen. In den Aufsichtsausschuss des Versorgungswerks der Ärztekammer Bremen wurde er erstmals am 01.01.1987 gewählt und vom 13.11.1995 an war er dessen Vorsitzender. Die hohe

Verantwortung dieser Tätigkeit, nämlich die Sicherung eines sorgenfreien Alters und der Schutz vor den Folgen der Invalidität hat er mit großem Sachverstand, Engagement und Weitblick erfolgreich wahrgenommen. Seine Aufgeschlossenheit, seine Menschlichkeit und seine ruhige und besonnene Art prägten die Persönlichkeit von Hans Prévôt.
Die Bremer Ärzteschaft sagt „Danke" für seine Arbeit und wird ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren.

Dr. Karsten Erichsen,
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerks der Ärztekammer Bremen

Punktekonto

Online erreichbar

Ab sofort haben Sie die Möglichkeit, sich online über den aktuellen Stand Ihrer Fortbildungspunkte zu informieren.

Der Zugang zum Online Punktekonto wird von der Homepage der Ärztekammer www.aekhb.de gestartet und ist über die Rubrik Fortbildung, Online-Punktekonto erreichbar. Die Anmeldung ist möglich, wenn Sie sich über das System haben registrieren lassen.

Registrierung

Der Zugang zum Online-Punktekonto erfordert eine persönliche Identifizierung, die mit dem Button „Registrieren" gestartet wird. Für eine eindeutige Zuordnung ist es notwendig, dass Sie Ihre persönlichen Daten angeben. Zusätzlich ist eine so genannte Benutzerkennung erforderlich, die von Ihnen gewählt werden kann. Die Benutzerkennung muss mindestens sechs Zeichen umfassen und darf nur aus Buchstaben und Zahlen bestehen (Bitte Groß- und Kleinschreibung beachten). Nach erfolgreicher Registrierung erhalten Sie von der Ärztekammer per E-Mail eine Bestätigung mit der von Ihnen gewünschten Benutzerkennung. Bitte archivieren Sie diese E-Mail in Ihren Unterlagen.

VNR	Titel	Von	Bis	Punkte	Kategorie	Herkunft
276040201000010066	Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Familien...	06.12.2010	08.12.2010	24	H	ÄKHB
276040200800048300042	Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)	24.05.2008	24.05.2008	8	H	ÄKHB
276040200800048300034	Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)	23.05.2008	23.05.2008	8	H	ÄKHB
276040200800073300009	25. Sozialmedizinisch-Gutachterliches Kolloquium: Ärztlic...	30.04.2008	30.04.2008	2	A	ÄKHB
276040200800062000002	15. Bremer Werkstattgespräch zur Organtransplantation "Th...	26.04.2008	26.04.2008	4	A	ÄKHB
276040200800081900005	15. Bremer Werkstattgespräch zur Organtransplantation "Th...	25.04.2008	25.04.2008	7	A	ÄKHB
276040200800094200006	Update COPD: Lungenfunktionsdiagnostik in Theorie und Pra...	12.03.2008	12.03.2008	4	C	ÄKHB
276040200800030900002	Multidisziplinärer Kurs zur Einführung in das Mammographi...	22.02.2008	22.02.2008	8	A	ÄKHB
276999200899999999999	Selbststudium	01.01.2008	31.12.2008	10	E	ÄKHB
276040200700772008 5	Qualitätszirkel "Psychotraumatologie"	26.11.2007	26.11.2007	4	C	ÄKHB
276040200700772007 7	Qualitätszirkel "Psychotraumatologie"	15.10.2007	15.10.2007	4	C	ÄKHB
276040200700518005 0	Neuropathologisch-Neurologische Konferenz	12.09.2007	12.09.2007	1	A	ÄKHB
276040200700772005 1	Qualitätszirkel "Psychotraumatologie"	16.07.2007	16.07.2007	4	C	ÄKHB
276040200701398000 4	Mammographie-Screening	11.07.2007	11.07.2007	3	C	ÄKHB

Anmeldung – Kennwort ändern

Innerhalb einer Woche erhalten Sie dann auf dem Postwege ein aus dem EDV-System der Ärztekammer generiertes Kennwort. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es notwendig, dieses Kennwort bei der ersten Anmeldung zu ändern. Sie werden vom System dazu aufgefordert. Damit wird gewährleistet, dass nur Sie persönlich über die Zugangsdaten zu Ihrem Punktekonto verfügen.

Punktekonto-Ansicht

Soweit Sie noch kein Fortbildungszertifikat erworben haben, werden Ihnen in chronologischer Reihenfolge alle Fortbildungsveranstaltungen dargestellt, die Ihrem Punktekonto bisher gutgeschrieben worden sind.
Auf Ihrem Online-Punktekonto befinden sich Punkte von anerkannten Fortbildungsveranstaltungen ab dem 1. Oktober 2005, wenn von Ihnen die Barcode-Etiketten eingesetzt wurden und vom Veranstalter die Meldungen an den Elektronischen-Informations-Verteiler (EIV) bzw. die Rücksendung der Teilnehmerlisten mit Barcode an die Akademie für ärztliche Fortbildung erfolgt ist. Sollten Sie bereits ein Fortbildungszertifikat erhalten haben, so werden die Fortbildungspunkte, die diesem Zertifikatszeitraum zugrunde liegen, nicht mehr angezeigt.

Weitere Optionen

Neben den Standardfunktionen, die sich auf den Druck des aktuellen Standes des Punktekontos, der Änderung der E-Mailadresse und Ihres Kennwortes beziehen, können Sie auch auf direktem Weg Barcode-Etiketten anfordern.
Eine wesentliche Verbesserung bietet die Beantragung des Fortbildungs-Zertifikates über das Online-Punktekonto, da über diesen Weg das Antragsformular ersatzlos entfällt.

Sicherheit Ihrer Daten

Die Daten, die nach Ihrer persönlichen Anmeldung am Bildschirm sichtbar sind, werden über eine sichere Verbindung aus dem System der Ärztekammer übertragen. Die Daten werden also nur für diese temporäre Sitzung zur Verfügung gestellt. In dem Augenblick, in dem Sie sich abmelden bzw. Ihren Browser schließen, werden die Daten gelöscht.
Für Rückfragen senden Sie uns bitte eine E-Mail an: mw@aekhb.de.

Franz-Josef Blömer,
Nicole Gerken,
Ärztekammer Bremen

Technische Regelungen über biologische Arbeitsstoffe

Sicherheit bei der Venenpunktion

Berufliche Erkrankung der Ärzte und anderer im Gesundheitsdienst in Bremen Beschäftigter wurden im ersten Jahrzehnt nach 1945 dominiert von den Tuberkuloseerkrankungen.

Später standen bis weit nach 1990 die parenteral übertragbaren Virushepatitiden im Vordergrund. Die Impfung mit dem gut verträglichen Impfstoff gegen die Hepatitis B hat die Erwartungen erfüllt. Berufliche Infektionen mit der Hepatitis B kommen im Gesundheitsdienst nur noch ausnahmsweise zur Beobachtung. Ein weiterer Rückgang beruflicher Infektionen auch bei anderen parenteral übertragbaren Erkrankungen (z. B. der Hepatitis C und der in der Vergangenheit auch in Bremen beobachteten Übertragung des HIV-Virus), konnte durch die Einführung sicherer Blutentnahmesysteme in den fortschrittlichen und sicherheitsbewussten Einrichtungen zur ambulanten oder stationären Behandlung erwartet werden und ist nach dem ersten Eindruck, vermittelt durch rückläufige Meldungen, für das Jahr 2007 und die ersten Monate im Jahr 2008 zu bestätigen.

Neue Regelungen für biologische Arbeitsstoffe

Trotz dieser ermutigenden Erfolge der Prävention am Arbeitsplatz wird gelegentlich noch diskutiert, wann die sicheren Systeme zwingend verwendet werden müssen und wann sie verzichtbar sind. Dieser Diskussion hat der aus Vertretern der Arbeitnehmer, Arbeitgeber, des Staates und der Wissenschaft zusammengesetzt Regelausschuss für biologische Arbeitsstoffe ein Ende gesetzt. Nach den ergänzten Regeln sind sichere Arbeitsgeräte grundsätzlich bei Blutentnahmen oder sonstigen Punktionen zur Entnahme von Körperflüssigkeiten zu verwenden. Für eine Ausnahme von dieser Regel gelten strenge Bedingungen. Zusammen mit dem Betriebsarzt muss der Arbeitgeber eindeutig im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung feststellen, dass bei dieser Tätigkeit ein Infektionsrisiko vernachlässigt werden kann, z. B. wenn der Infektionsstatus des Patienten aktuell bekannt und insbesondere für HIV, HBV und HCV negativ ist. Eine schriftliche Dokumentation dieser Feststellung hat zu erfolgen.

Neufassungen im Internet einsehbar

Die neu gefasste technische Regel über biologische Arbeitsstoffe TRBA 250 enthält weitere Hinweise zur Anwendung sicherer Arbeitsverfahren und Systeme. Nachzulesen im Internet unter www.baua.de/nn_15116/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/pdf/TRBA-250.pdf. Sichere Systeme zu Blutentnahme werden von verschiedenen Anbietern auf den Markt gebracht. Die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat eine große Zahl von sicheren Geräten für unterschiedlichste Injektions- und Punktionsvorgänge von verschiedenen Herstellern aufgelistet. Die Produktliste mit Stand vom Februar 2008 ist aus der Broschüre „Risiko Virusinfektion" zu ersehen. Die Broschüre kann bei der Berufsgenossenschaft angefordert werden – oder sie ist aus dem Internet zu beziehen: www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/M612_20__M613__Risiko_20Virusinfektionen,property=pdfDownload.pdf. Will der Arzt als Arbeitgeber auf sichere Systeme verzichten, so bleibt ihm die Wahl, risikobehaftete Tätigkeiten, wie z. B. die Venenpunktion zur Blutentnahme selbst auszuüben.

Dr. Frank Hittmann,
Landesgewerbearzt,
Bremen

Ärztekammer Bremen

Verlustmeldung für Arztausweise

Folgende als verloren/gestohlen gemeldete Arztausweise werden für ungültig erklärt:

- Arztausweis Nr. HB 5624/08
  für Nina Ogechi Peuser
  ausgestellt am 07.05.2008
- Arztausweis Nr. 35/2000
  für Stephan Karig, geb. König
  ausgestellt am 15.02.2000
- Arztausweis Nr. 4555/04
  für Katharina Gocht
  ausgestellt am 30.06.2004
- Arztausweis Nr. 3330/99
  für Dr. Hans-Georg Güse
  ausgestellt am 29.03.1999

Anzeige

bfw

Stiftung des Landes Niedersachsen
für berufliche Rehabilitation
Berufsförderungswerke
Bad Pyrmont und Weser-Ems

bfw

Für den Standort Weser-Ems suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Rehabilitationsärztin/ Rehabilitationsarzt

Es handelt sich um eine Teilzeitstelle mit einer regelmäßigen Arbeitszeit von 20 Stunden pro Woche.

Sie sollten Interesse an der beruflichen Rehabilitation haben. Von Vorteil sind allgemeinärztliche, orthopädische und psychosomatische Erfahrungen. Darüber hinaus sind Kenntnisse im Gutachterwesen sowie das Interesse für arbeits-, sozial- und rehabilitationsmedizinische sowie psychosomatische Problemstellungen wünschenswert.

Arbeitsschwerpunkte sind die Eignungsdiagnostik im Bereich des Reha-Assessments und Erstellung von Gutachten, Betreuung der Rehaleiden in der täglichen Sprechstunde und die Arbeit in verschiedenen Rehateams. Eine Einarbeitung in die Materie wird gewährleistet.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt.

Nacht- und Wochenenddienste fallen nicht an.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den TV-L, daneben werden sämtliche soziale Leistungen analog des öffentlichen Dienstes gewährt.

Wenn Sie die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, senden Sie bitte Ihre schriftliche Bewerbung an:

Berufsförderungswerk Weser-Ems, Personalbüro
Apfelallee 1, 27777 Ganderkesee
Telefon: 04223/72-209, guenter.blase@bfw-badpyrmont.de

Ärztlicher Verein zu Bremen von 1832 e.V.

Festakt zum 175. Jubiläum begangen

Am 14.11.2007 beging der Ärztliche Verein zu Bremen e. V., welcher am 12. Januar 1832 gegründet wurde und damit zu den ältesten Ärztlichen Vereinen Deutschlands gehört, sein 175-jähriges Jubiläum.

Prof. Dr. Kurt Piscol, Prof. Dr. Stephan M. Freys, Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen (v. l. n. r.).

Der Festakt, zu dem alle Ärztinnen und Ärzte aus Bremen und umzu, sowie Persönlichkeiten aus Politik, Kultur und Wissenschaft eingeladen waren, fand in der Oberen Rathaushalle statt. In der vollbesetzten „Guten Stube Bremens" begrüßte der Vorsitzende des Vereins, Prof. Dr. Stephan M. Freys, Chefarzt der Chirurgischen Klinik am DIAKO e. V. Diakoniekrankenhaus Bremen, die Gäste. Er referierte über den rasanten Wandel im Berufsbild des Arztes. Mittlerweile sei der Vorrang der Ökonomie über die menschlich orientierte Medizin überall zu spüren. Ziel müsse es sein, in einem ausgewogenen Miteinander der verschiedenen Partner am Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzen das Gesundheitssystem zu stützen und zu fördern.
Als Mikrokosmos einer Ärzteschaft könne der Ärztliche Verein durch Fortbildung und wissenschaftlichen Gedankenaustausch als Plattform einer freundschaftlich interdisziplinären Kommunikation einen guten Beitrag leisten.

Frau Senatorin Ingelore Rosenkötter überbrachte die Grußworte des Bremer Senats, wobei sie die öffentliche Informationsarbeit des Vereins lobend hervorhob. Anschließend sprach Prof. Dr. Kurt Piscol, ehemaliger Vereinsvorsitzender und früherer Chefarzt der Abteilung für Neurochirurgie am Klinikum Bremen Mitte (ehemals St.-Jürgen-Straße), über die Geschichte des Ärztlichen Vereins.

Festvortrag zum Wandel der Bildgebung

Den Festvortrag zum Thema „Wandel der Bildgebung in der Medizin – Bilder zwischen Deutung und Wissen" hielt Prof. Dr. Heinz-Otto Peitgen, Professor für Mathematik an der Universität Bremen und an der Florida Atlantic University in Boca Raton /USA. In seinem hochaktuellen und spannenden Vortrag begeisterte er die Zuhörer nicht nur durch seine Rhetorik, sondern auch durch Computerbilder, die aus der Grundlagenforschung stammen und mittlerweile Eingang in den praktischen klinischen Alltag (Bsp. Leberresektion, Neurochirurgie) in aller Welt gefunden haben. Nach dem offiziellen Teil fand für alle Anwesenden ein Empfang im Festsaal des Rathauses statt.
Hinweis: Die vollständigen Redemanuskripte von Prof. Freys und Prof. Piscol können Sie im Internet unter www.bremer-aerztejournal.de herunterladen.

Dr. Johannes Grundmann,
Facharzt für Innere Medizin,
Bremen

Anzeige

Rebekka Alte

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Niedergelassen seit April 2007

Werdegang

Studium in Marburg, Frankfurt a. M. und Hamburg (1984-1991). ÄIP in der Psychiatrie II, Klinikums Bremen Ost (1991-1992), anschließend neurologische Ausbildung: Neurologische Rehabilitationsklinik in Soltau (1992-1993) und Neurologie des Diakoniekrankenhauses Rotenburg/Wümme (1993-1997). 1997-2000 Mitarbeit in der neurol.-psych. Gemeinschaftspraxis Drs. Munzel und Delorme in Kirchweyhe bei Bremen. 2001-2007 Stationsärztin in der Psychiatrie des Klinikum Bremen-Ost. Berufsbegleitend Ausbildung zur Psychotherapeutin (1999-2006). Fachärztin für Neurologie seit 1998, Fachärztin für Psychiatrie seit 2003. Seit April 2007 niedergelassen in der Gemeinschaftspraxis mit Franziska Büge.

Dr. Alexander Coutelle

Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

Niedergelassen seit Januar 2008

Werdegang

Studium an der FU Berlin (1985-1991). 1992-1993 AIP in der Chirurgie im KH Zehlendorf, Bereich Behring, dann im Paulinkrankenhaus. Dort bis 1998 Assistenzarzt der Allgemeinchirurgie. 1999-2003 Assistenzarzt in der Allgemein- und Gefäßchirurgie bei Prof. Klempa, Klinikum Bremen-Mitte. 2001 FA für Chirurgie in Bremen, 2002 Promotion an der FU Berlin. 2003-2005 Innere Medizin II, Gastroenterologie bei Prof. Arnold, Klinikum Bremen-Mitte. 2006-2007 Weiterbildungsassistent für Allgemeinmedizin bei den Dres. Mühlenfeld, Brase, Koch, Cepek. 2007 FA für Innere und Allgemeinmedizin in Bremen. Seit Januar 2008 niedergelassen in der Gemeinschaftspraxis Dres. Mühlenfeld, Brase, Cepek, Coutelle.

Dr. Torsten Spranger

Kinder- und Jugendarzt

Niedergelassen seit Juni 2008

Werdegang

Medizinstudium in Hamburg und Examen 1998. Famulatur und Praktisches Jahr in England, Mexiko und Afrika. Dann Arzt im Praktikum am Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße in Köln und Promotion 2000. Assistent und seit 2006 Facharzt an der Prof.-Hess-Kinderklinik am Klinikum Bremen-Mitte mit den folgenden Schwerpunkttätigkeiten: Ambulanz für Hämostasestörungen und HIV, außerdem Ultraschalldiagnostik. Kongresssekretär der DGKJ für den Kinderärztekongress 2005 in Bremen. Pädiatrische Ernährungsmedizin. Praxisvertretungen sowie Visiten im Hermann Hildebrand Haus. Seit Juni 2008 Niederlassung und Übernahme der Einzelpraxis von Dr. Frauke Schulze, Am Lehester Deich in Bremen.

Umzug der Notfalldienste

Ab August im St. Joseph-Hospital

Der Ärztliche und Kinderärztliche Notfalldienst Bremerhaven zieht am 2. August 2008 in das St. Joseph-Hospital Bremerhaven, Wiener Straße 1, um. Zur Verbesserung der Patientenversorgung wird ab diesem Zeitpunkt ein täglicher Ärztlicher Notfalldienst zu folgenden Zeiten angeboten: montags, dienstags, donnerstags, freitags von 19.00 Uhr bis 23.00 Uhr, mittwochs von 15.00 Uhr bis 23.00 Uhr sowie samstags, sonntags und feiertags von 8.00 Uhr bis 23.00 Uhr. Nach 23.00 Uhr wird die Versorgung durch das St. Joseph-Hospital gewährleistet. Die Öffnungszeiten des Kinderärztlichen Notfalldienstes bleiben unverändert: samstags, sonntags und feiertags von 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr und von 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr.

Testamente und Lebensversicherungen

Regelmäßig überprüfen

Wer bei Abschluss einer Lebensversicherung seinen „Ehepartner" ohne Namensnennung als bezugsberechtigt benannt hat, sollte regelmäßig überprüfen, ob die Benennung des Bezugsberechtigten noch aktuell ist.

Das gilt insbesondere bei sich ankündigenden, laufenden oder durchgeführten Ehescheidungsverfahren. Häufig wird übersehen, dass nach Scheidung einer Ehe und erneuter Heirat durch die unveränderte Bezeichnung des Bezugsberechtigten - „mein Ehepartner" – schwierige Auslegungsprobleme bei Auszahlung an den Bezugsberechtigten entstehen. Soll der erste oder zweite (nunmehrige) Ehepartner bezugsberechtigt sein? Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte stets der Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum des jeweiligen Bezugsberechtigten angegeben werden, gegebenenfalls durch eine nachträgliche, sofortige Mitteilung an die Versicherungsgesellschaft. In gleicher Weise sollten Testamente regelmäßig dahingehend überprüft werden, ob der in der Urkunde niedergelegte letzte Wille den aktuellen Gegebenheiten des Testierenden entspricht. Es ist insbesondere darauf zu achten, ob benannte Erben oder Vermächtnisnehmer weggefallen sind. Häufig wird auch übersehen, dass im Testament ausdrücklich genannte Vermögensgegenstände, die einer Person letztwillig zugeordnet werden, im aktuellen Vermögen des Testierenden nicht mehr vorhanden sind, z. B. weil sie verkauft oder verschenkt worden sind. Es empfiehlt sich dringend der regelmäßige „Testaments-TÜV".

Autor dieser Rubrik ist der Bremer Rechtsanwalt und Notar **Wolf Martin Nentwig.** *Er zeichnet verantwortlich für den Inhalt und steht für Rückfragen zur Verfügung. Zuschriften an das Bremer Ärztejournal, Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen.*

Bezirksstelle Bremerhaven

Neuer Standort

Die Bezirksstelle der Ärztekammer befindet sich ab dem 4. August 2008 in den Räumen des St. Joseph-Hospital. Bitte beachten Sie die Änderung der Kontaktdaten. Die neue Anschrift lautet:
Wiener Straße 1, 27568 Bremerhaven,
Telefon: 0471/482-9330, Fax: 0471/482-9331,
E-Mail: bhv@aekhb.de

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Geschäftsstelle Bremerhaven zieht um

Mit dem Umzug des Notfalldienstes wird die Geschäftsstelle Bremerhaven ebenfalls an den neuen Standort im St. Joseph-Hospital, Wiener Straße 1, wechseln. Ab Mittwoch, den 6. August 2008, ist die Verwaltung der KV Bremen in Bremerhaven immer mittwochs von 10.00 Uhr bis 16.00 Uhr für Sie geöffnet und unter Tel. 0471/482-930 oder Fax 0471/482-9333 erreichbar.

IMPRESSUM

Bremer Ärztejournal
Offizielles Mitteilungsorgan der Ärztekammer Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen; ISSN 1432-2978
Internet: www.bremer-aerztejournal.de
Herausgeber:
Ärztekammer Bremen, Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen,
Internet: www.aekhb.de.
Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen,
Internet: www.kvhb.de
Für den Inhalt verantwortlich:
Franz-Josef Blömer, Günter Scherer
Autoren dieser Ausgabe:
Gottfried Antpöhler, Hubert Bakker, Dr. Gerald Bandemer, Franz-Josef Blömer, Brigitte Bruns-Matthießen, Dr. Gerd Burmester, Dr. Andreas Callies, Dr. Markus Ebke, Dr. Karsten Erichsen, Dr. Andreas Fach, Dr. Eduard Fiehn, Barbara Frank, Nicole Gerken, Dr. Johannes Grundmann, Dr. Dirk Hadler, Prof. Dr. Rainer Hambrecht, Dr. Jörg Hermann, Dr. Frank Hittmann, Dr. Patrick Koppitz, Wolf Martin Nentwig, Dr. Claudia Norzel, Dr. Jens Peters, Prof. Dr. Peter H. Tonner, Dr. Hans Wille
Redaktion:
Andrea Klingen (Ltg.), Claudia Krause
Anschrift der Redaktion:
Bremer Ärztejournal, Schwachhauser Heerstraße 30, 28209 Bremen
Gestaltung:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH
Verlag:
Peter Schoppe Verlag, Walderseestraße 48, 30177 Hannover, Tel. 05 11/ 62 62 66-3, Fax 05 11/ 90 92 50-22
Verantwortlich für die Anzeigen:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH, Jasmin Temel, Walderseestraße 48, 30177 Hannover, Tel. 05 11/ 90 92 50-0
Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. I/08, gültig ab 1. Januar 2008.
Druck:
Albat und Hirmke GmbH, Hannover, gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

ANZEIGENBÖRSE

Fortbildung

Balint-Gruppe
hat noch zwei Plätze frei.
Tel. 0421/231900

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte an:
Peter Schoppe Werbeagentur GmbH
Chiffre-Nr.: Walderseestr. 48,
30177 Hannover
Kleinanzeigenschluss
Heft 09/08: 19. August 2008

Sonstiges

hb-med
Steuerberatungsgesellschaft mbH

Steuerberatung für Ärzte

- Laufende Buchhaltung
- Lohnbuchhaltung
- Jahresabschlusserstellung
- Erstellung von Steuererklärungen
- Finanzierungsberatung
- Steuergestaltung u. Steuerplanung
- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Existenzgründung
- Rechtsformberatung
- Betreuung von Betriebsprüfungen

Schwachhauser Heerstr. 266 b
Telefon 0421/33029-0
Telefax 0421/33029-610
28359 Bremen
contact@hb-med.de
www.hb-med.de

Stellenmarkt

Weiterbildungs-assistent/in
für große Hausärztliche GP, 10 min. süd. Bremer Zentrum gesucht. Flexible Arbeitszeiten, BAT 2A und Zusatzleistungen. Bewerbungen bitte an: praxis-niemann-jahn@t-online.de oder
Tel. 0421/802022 bzw. Fax 890488

Orthopäden/in
für Praxis in Bremen gesucht, KV-Sitz vorhanden.
Chiffre 080711

Niedergelassene Gynäkologin
sucht Kollegin/Kollegen zur Unterstützung, gerne auch aus Klinik.
Chiffre 080710

Erfahrene u. engagierte Allgemeinmedizinerin
Schwerpunkt Psychosomatik, sucht Betätigungsfeld mit ganzheitlichem Ansatz in Bremen und Umgebung. Eigener KV-Sitz und Lust auf Veränderung vorhanden.
Chiffre 080707

Das Gesundheitsamt der Seestadt Bremerhaven
sucht eine/n Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Ausschreibung unter www.Bremen.de und www.Bremerhaven.de. Magistrat der Stadt Bremerhaven, Gesundheitsamt.
Tel. 0471/5902422, Fax 0471/5903050
E-Mail: angela.kroenauer-ratai@magistrat.bremerhaven.de

PP (VT)
sucht KV-Zulassung in HB/Bremerh.
E-Mail: b.ploentzke@gmx.net oder Tel. 0163/4408553

Fachärztin für Allgemeinmedizin
(KV-Sitz vorhanden) sucht Mitarbeit in Praxis (Bremen und nähere Umgebung).
Chiffre 080705

Wir suchen dritten Partner
für Übernahme einer großen hausärztlichen Praxis in Bremen.
Chiffre 080708

Hausärztl. internist. Gemeinschaftspraxis
gut gehend, sucht Nachfolger für 1 Partner, ab sofort.
Chiffre 080702

Internistin
Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin, sucht Einstieg in hausärztlich versorgende Praxis in Bremen und Umgebung zum 01.01.2009 oder früher.
Tel. 0421/445213

Hausärztlich-Internistische Gemeinschaftspraxis
in Bremen sucht Praxisvertretung für 12 Mon., ggf. auch langfristig, ab Nov. 2008.
Tel. 0170/5584572

Internistin
sucht Möglichkeit der Mitarbeit am Vormittag in hausärztlicher Praxis ab September 2008
Tel. 0421/4305750

Wir sorgen für Ihr berechtigtes Honorar.

Seit über 65 Jahren sind wir als berufsständische Einrichtung für Ärzte, Chefärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte tätig.

Wir übernehmen die Abrechnung von...

- Privatleistungen / IGeL
- Eigenanteile GKV-Patienten
- wahlärztlichen Leistungen
- ambulanten Operationen (EBM)
- BG-Leistungen
- MVZ / IV

Sprechen Sie uns an!

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

PVS/Bremen
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Praxisräume

Alteingesessene hausärztliche Gemeinschaftspraxis
mit konstant hoher Scheinzahl zum 01.01.2009 abzugeben.
Chiffre 080704

Pädiatrische Praxis
in Bremen zur Übernahme in 2009 gesucht.
Chiffre 080709

Praxisräume in zentraler Lage,
Schwachhausen, teilmöbliert, Garage, 2 Stellplätze, 130 qm zu vermieten. Kauf möglich, keine Makler-Courtage.
Chiffre 080713

Gut eingeführte hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Bremen, zentrumsnah, baldmöglichst abzugeben.
Chiffre 080706

Hausärztliche Allgemeinpraxis
in Bremen zum 4. Quartal 2009 zu fairen Konditionen abzugeben.
Chiffre 080712

Hausarztpraxis
in Bremerhaven Anfang 2009 abzugeben. Immobilie kann übernommen werden. Auch gut geeignet für Kollegen/in mit türkischen Sprachkenntnissen.
Chiffre 080703

Bremen, Oslebshausen, Praxisräume
in neu erstelltem Nahversorgungs- und Seniorenzentrum, beste Verkehrsanbindung, individueller Zuschnitt noch möglich.
Anfragen beim Eigentümer. Terranova GmbH, Luisental 36, 28359 Bremen
Tel. 0421/701032
E-Mail: dittel-bremen@t-online.de

Ärztezentrum Bremen Sonneberger Straße 3
Praxisräume Parterre als Einzelpraxis (156 qm oder 102 qm) oder als Doppelpraxis (258 qm) in gepflegtem Ärztehaus ab sofort zu vermieten oder zu verkaufen. Anfragen unter
Tel. 0421/466808

Voll eingerichtete Praxisräume Bremen-Gröpelingen
230 qm, helle Räume, verkehrsgünstig, Fahrstuhl, mit Anmeldung u. Einbauschränken wegen Umzug courtagefrei günstig per 2008.
Tel. 0421/611113, www.Derma-am-Diako.de

Stuhr-Varrel (Landesgrenze Bremen)
Praxisräume in **Ärztehaus** (Arzt-, Zahnarzt-Praxis und Apotheke vorhanden), 130 qm, 1. OG, **neuer Fahrstuhl** vorhanden, zentrale Ortslage, nebenliegend Filialen der Kreissparkasse und Volksbank, Vielzahl an Parkplätzen, Bus-Haltestelle gegenüberliegend, Renovierung nach Ihren Wünschen, **1 Jahr mietfrei**, von privat an **Arzt für Allgemeinmedizin/Chiropr./Akup./Homöop.** oder **andere Fachrichtungen** (durch Umzug) kurzfristig zu vermieten. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Internet unter **www.ImmobilienScout24.de** (Scout-ID: 41333928).
Chiffre 080601

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

BREMER LANDESBANK

Ihr Vorteil: Ein Finanzpartner, der in größeren Zeiträumen denkt.

„Bester Vermögensverwalter"*
Handelsblatt
Elite Report Edition

125 Jahre Kompetenz vor Ort.

Wenn es um die geordnete Übertragung Ihres Vermögens oder die gesicherte Zukunft Ihres Unternehmens geht, ist ein ebenso kompetenter wie verlässlicher Partner gefragt. Ein Partner, der Nachlassplanung mit Verantwortung und Werterhaltung verbindet. In einem vertrauensvollen Dialog auf Augenhöhe.

Rufen Sie uns an: 0421 332-3000

*„Bester Vermögensverwalter im deutschsprachigen Raum Europas" – zusammen mit zwei weiteren punktgleichen Finanzinstituten (Elite Report 2008)

Finanzgruppe