

BDI**aktuell**

Offizielles Mitglieder-Rundschreiben Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V.

Naturheilkundler abgeschmettert

Sie wollten die rezeptfreien Medikamente wieder von der Kasse bezahlen lassen – das Bundesverfassungsgericht hat ihr Anliegen abgeschmettert. **Seite 6**

Gesunde Pizza?

Mailänder Forscher: Infarkt-Risiko um 50 Prozent reduziert.

SEITE 6**Ulla schluckt am meisten**

Foto: Aevermann

Ein Drittel des Bundesetats geht an die Gesundheitsministerin.

SEITE 9**Baby-Nahrung**

Muttermilch solo ist im ersten halben Jahr das Optimum

SEITE 11

Aufgelesen

Auch was dabei gedacht?

„Wenn die Konversation durch die Realisierung einer Sorte von Koalition zwischen Sozialdimension und Sachdimension den letzten Versuch darstellt, in Anbetracht einer sich ausbreitenden Kontingenz noch einen stabilen Anhaltspunkt aufrechtzuerhalten, bleibt mit der Auflösung der Funktion und sozialen Plausibilität von Konversation selbst diese Barriere aus, und Kontingenz kann nun ungebremst diffundieren.“

2 „So schwätzt und lehrt man ungestört; Wer will sich mit den Narr'n befassen? Gewöhnlich glaubt der Mensch, wenn er nur Worte hört, Es müsse sich dabei doch auch was denken lassen.“

1: Aus Elena Esposito. Die Verbindlichkeit des Vorübergehenden. Paradoxien der Mode, zitiert nach FAZ, 109/2004

2: Goethe, Faust I, 2563

Appetit auf Disease-Management-Programme machen

Kassen so raffiniert wie Pharma-Industrie?

Die Kassen und ihre Freunde schimpfen gerne über das ausgeklügelte Marketing, mit dem Pharma-Firmen die Ärzte dazu bewegen wollen, ihre Präparate zu verschreiben. Allerdings sind die Kassen kaum besser:

Die Methoden, mit denen sie ihre Versicherten in Disease-Management-Programme keilen wollen, sind mindestens ebenso raffiniert. Dass die DMP den Kassen dabei nur als reine Geldbeschaffungs-Maß-

nahmen dienen und das Wohl und Wehe der Patienten dabei keine wesentliche Rolle spielt, geben nur einzelne Kassenfürsten direkt zu – indirekt steht es aber in vielen DMP-Verträgen. **Seite 8**

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der heimliche Zuchtmeister der Ärzte

Wer kennt eigentlich den gemeinsamen Bundesausschuss, wer weiß etwas über seine Mitglieder? Wohl nur die wenigsten Kollegen. Dabei bestimmt dieser Ausschuss weitgehend über die Arbeitswelt der niedergelassenen Kollegen; inzwischen regiert er auch in die Kliniken hinein und beeinflusst dort die Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit. Bisher entscheidet er meist noch nach medizinischen Kriterien, doch nun wird der mächtige Ausschuss selbst vom Gesundheitsministerium an eine immer kürzere Leine gelegt – damit drohen bald sachfremde Entscheidungen. **Seite 4**

EU-Kommission zur Arbeitszeit am Krankenhaus

Schlaf soll nicht mehr als Arbeitszeit gelten

Der Europäische Gerichtshof hat den Bereitschaftsdienst bekanntlich komplett zur Arbeitszeit gemacht. Das passt den Krankenhausleitungen nicht ins Konzept, denn die Umsetzung des Urteils verursacht zusätzliche Kosten – und die sind in DRG-Zeiten kaum wieder hereinzuholen. Andererseits: Besteht wirklich jeder Bereitschaftsdienst aus harter Arbeit oder sind nicht immer wieder ein paar Stunden Schlaf dazwischen? Die EU-Kommission hat jetzt einen neuen Richtlinien-Entwurf vorgelegt, der dies berücksichtigt. Eine Beurteilung der Situation aus Sicht der Krankenhausgesellschaft finden Sie auf **Seite 15**

Vorbereitung auf die neue Gebührenordnung

Kommen Sie zur EBM-Schulung für Internisten!

In einigen Wochen, ab dem 2. Quartal 2005 wird es ernst: Dann müssen die Niedergelassenen nach dem neuen EBM 2000 plus abrechnen. Damit Sie von Anfang an richtig ab-

rechnen und nicht durch falsche oder unvollständige Abrechnung ihren Praxisumsatz unnötig drücken, führt der BDI verteilt in der ganzen Republik EBM-Schulungen für Internis-

ten durch. Die Orte, an denen Sie sich möglichst wohnortnah mit den internistischen Aspekten des neuen EBM vertraut machen können, finden Sie auf **Seite 10**

BDI**AUS DEM INHALT**

Festbeträge für die Statine

Was ist dran am Atorvastatin-Theater? **5**

Systemische Krebs-Mehrschritttherapie Ardenne hat in der Kasse nichts zu suchen **6**

Schweres Gas dringt in Häuser ein Radon in

Ihrem Weinkeller? **11**

Privatversicherung fordert Patienten auf: Lassen Sie sich auf ein Generikum umstellen! **13**

Keine trüben Aussichten

Das Jahr 2004 neigt sich zu Ende. Die Rückschau zeigt uns eine bewegte Zeit. Das Gesundheits-Modernisierungsgesetz, kurz GMG, ist zum 01.01.2004 in Kraft getreten – mit großem Getöse wegen der Zuzahlungsregelungen. Da der Patient jetzt deutlich mehr als vorher bezahlen muss, kommt es im Verlauf des Jahres zu einer Verbesserung der Kassenlage, ohne dass die Beitragsätze, wie von Frau Schmidt immer wieder versprochen, nennenswert gesenkt werden können. Die Kassen sind so hoch verschuldet, und jetzt auch durch Gesetz verpflichtet, dass sie erst ihre Schulden abbauen und dann erst die Beiträge senken können und wollen. Von den angekündigten 13,7% sind sie weit entfernt. Die Auflösung der alten Strukturen im Gesundheitswesen schreitet voran. Während hausarztzentrierte Versorgung und DMP stocken und sich zu Flops entwickeln, spielt in der Integrierten Ver-

sorgung und bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren die Musik. Vor allem Krankenhäuser sind hier innovativ und wittern Chancen auf zusätzliche Einnahmen. Aber auch hier müssen noch viele Hausaufgaben erledigt werden, der Weg zu mehr Vergütung ist ein steiniger.

Die Monopolfunktion der KVen ist organisatorisch und finanziell reduziert. KV-Vorstände werden hauptamtlich sein und im Wesentlichen Verwaltungsarbeiten durchführen. Die politische Vertretung der Ärzteschaft wird nur noch unwesentlich möglich sein.

In dieser Situation wird das Gewicht der Berufsverbände wieder wichtiger werden.

Wie sieht die Situation im BDI am Ende des Jahres 2004 aus?

Die Hausarzt-Facharzt-Trennung, bei der der BDI nicht Täter, sondern Opfer war, hat schmerzhaft Spuren hinterlassen. In der neuen Weiterbildungsordnung findet sich die Innere Medizin nicht mehr wieder, der internistische Generalist ist verschwunden. Der Hybrid „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ hat sich aber kurz nach seiner Geburt schon im

Gestrüpp der Aufsichtsbehörden verheddert und wird wohl auch über das Europarecht gekippt werden.

Sie haben im April eine neue Führungsspitze gewählt – wir haben uns an die Arbeit ge-

macht und wir blicken nach vorn.

Erste Erfolge sind vorhanden. Dass die Aufsichtsministerien die neue und für die Innere Medizin fatale Weiterbildungsordnung so schnell gestoppt haben, ist auch dem Wirken des BDI im Hintergrund zu verdanken. Die gemeinsame Gründung der „Internistischen Akademie für Fort- und Weiterbildung“ und der politische Schulterchluss mit der DGIM werden zu einer Änderung der Weiterbildungsordnung führen. Der neue EBM mit den RLV und die Einführung von Fallpauschalen und DRGs im Krankenhaus stellen neue Herausforderungen da. Wir werden die Einführung des EBM zum 1. April 2005 mit Informationsveranstaltungen begleiten¹. Wir werden für Sie da sein und Ihre Interessen vertreten.

Nur gemeinsam sind wir stark. Wir brauchen Ihre Mitarbeit. Dann werden wir auch in Zukunft politischen Erfolg haben.



Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

W. Wesiack

¹ Siehe Seite 10

IMPRESSUM

Berufsverband
Deutscher Internisten e.V.

Präsident: Dr. med. Wolfgang Wesiack
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden
Telefon 0611 / 181 33-0
Telefax 0611 / 181 33-50

Redaktion: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), Frankfurt a. M. (v. i. S. d. P.)

Hauptgeschäftsführer: Prof. Dr. med. Peter Knuth, Wiesbaden
Geschäftsführer: Helge Rühl, Wiesbaden

Anzeigen: Ingrid Schneider
Es gilt die Anzeigenpreisliste Januar 2004
Druck: Druckhaus Diesbach GmbH, 69469 Weinheim

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitung berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinn der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von der Redaktion keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge übernimmt die Redaktion keine Verantwortung.

Kontakt mit dem BDI e.V.

Korrespondenzanschrift für Zuschriften
BDI e.V.

Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden
oder

Postfach 15 66, 65005 Wiesbaden

Telefonnummern

BDI e.V. Zentrale **0611 / 181 33-0**
BDI e.V. Mitgliederverwaltung **0611 / 181 33-19 od. 20**
BDI e.V. Kongressabteilung **0611 / 181 33-22 od. 24**

Telefax-Anschlüsse

BDI e.V. Zentrale **0611 / 181 33-50**
BDI e.V. Mitgliederverwaltung **0611 / 181 33-23**
BDI e.V. Kongressabteilung **0611 / 181 33-23**

BDI im Internet

<http://www.bdi.de>

E-Mail

info@BDI.de

Denk an Seehofer, komm' mir nicht in die Quere – sonst bist Du der nächste!



Foto: dpa

Ob Angela Merkel dies wirklich ihrem Gesprächspartner nahe gelegt hat, wissen wir nicht genau. Sicher ist dagegen, dass sich die beiden kurz vorher auf ein neues Modell zur Finanzierung der kranken Kassen geeinigt haben. Dass die Kreuzung aus den Modellen von CDU und CSU von den Fachleuten im Allgemeinen als nicht lebensfähig betrachtet wird, stört die beiden dabei offenbar nicht. Allerdings gilt das nicht nur für den Unionskompromiss. Ob von SPD, CDU, CSU, CDU/CSU oder vom Sachverständigenrat – alle Finanzierungsmodelle haben einen Grundfehler: Sie

haben der demographischen Entwicklung rein gar nichts entgegenzusetzen. Denn das Gesundheitswesen leidet vor allem unter der selben Entwicklung wie die Rentenversicherung: Immer mehr Alte, die nur niedrige Beiträge zahlen, müssen teuer versorgt werden, immer weniger junge Gesunde zahlen ein. Seit vielen Jahren schon wird die Behandlung der Rentner massiv aus den Beiträgen der Jungen finanziert und das Missverhältnis wird mit der Zeit immer größer. All die vorgeschlagenen Reformen, egal welches ordnungspolitische Konzept sie verfolgen, welche Bevöl-

kerungskreise und welche Einnahmearten sie einbeziehen, können dieses Problem nicht lösen. Bei der Rente hat es mit Einführung der Riester-Rente einen ersten, viel zu zaghaften Lösungsversuch gegeben. Auch die Krankenversicherung lässt sich langfristig nur durch ein Verfahren mit Kapitaldeckungskomponente retten – alles andere hilft allenfalls ein paar Jahre lang und stößt dann an seine Grenzen. Die Umstellung auf einen Kapitalstock dauert aber mindestens eine Generation. Was heißt: Wenn jetzt keine mutigen Reformen kommen, ist es bald zu spät. BW



Beste Qualifikation für die Gesundheitspolitik

Empfehlung vom Gesangsverein

Statt des abgedrängten Horst Seehofer soll der Sozialpolitiker Wolfgang Zöller die Rolle des Stellvertretenden Unionsfraktionschefs übernehmen und in die Rolle des Gesundheitsexperten schlüpfen. Was ihn zu seinem neuen Amt qualifiziert und worauf es seiner Ansicht nach ankommt, verrät er nach seiner Wahl durch die CSU-Landesgruppe. Zitat aus der FAZ: „Zöller sagte, er wisse als langjähriger Vorsitzender von Gesangs- und Sportvereinen, dass es auf Harmonie und Teamgeist ankomme.“ Ob dies wohl für eine fundierte Gesundheitspolitik reicht, muss sich erst noch zeigen. Aber zugegeben: Der Unionskompromiss zur Finanzierung des Gesundheitswesens lässt derzeit nicht viel Raum für fundierte sachpolitische Aussagen...

Quelle: FAZ vom 27./28. 11. 2004

Unerwartete Ohrfeige

Bundesgesundheitsministerin Schmidt hat aus ganz unerwarteter Richtung eine verbale Ohrfeige bekommen: Im Streit um Beitragssatzsenkungen der gesetzlichen Krankenkassen hat die AOK Niedersachsen den Rücktritt von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) gefordert. Die AOK-Vorsitzende Christine Lür warf Schmidt in einem Interview vor, sie habe offenbar „keine Ahnung, wie das Gesundheitssystem überhaupt funktioniert“. Der AOK-Bundesverband distanzierte sich umgehend von der Kritik, die das Ministerium als „unverständlich“ zurückwies.

Aus: A+S aktuell, 23/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Der Zuchtmeister der Ärzte

Von vielen Ärzten kaum wahrgenommen, hat sich der so genannte Gemeinsame Bundesausschuss zu einem Kraken entwickelt, der über die Rahmenbedingungen der täglichen Arbeit in Praxis und Klinik bestimmt. Noch entscheidet er eher nach medizinischen Gesichtspunkten – aber die

Je knapper die finanziellen Ressourcen, um so wichtiger ist die Definition der Leistungen, die die Krankenkassen den Versicherten anbietet und auf die diese dann auch einen Rechtsanspruch haben. Dies ist eines der Felder, auf denen der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet, was geht, und wo die Grenzen liegen.

In diesem Gremium sitzen die Vertreter der Krankenkassen und der Ärzte und regeln essenzielle Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat seine Kompetenzen erheblich erweitert. Während früher nur die Leistungsdefinition der ambulanten Versorgungsebene auf der Tagesordnung stand, beschäftigt sich der Gemeinsame Bundesausschuss zunehmend mit der stationären Versorgung. Damit kommt auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft als dem Repräsentanten der Krankenhäuser eine wichtige Rolle neben den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zu.

Die Ministerin ist immer dabei

Aber auch das Bundesgesundheitsministerium sitzt bei allen Beratungen, wenn auch oft nur virtuell, mit am Tisch. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen nämlich im BMGS genehmigt werden, das sogar eine Ersatzvornahme auslösen kann, wenn Bedenken gegen die Beschlüs-

se bestehen oder diese nicht rechtzeitig gefasst werden. Der politische Einfluss auf die Entscheidungen der Selbstverwaltung hat im Gemeinsamen Bundesausschuss erheblich zugenommen.

Damit wird klar, dass die Arbeit in dem Ausschuss in einem sehr großen Spannungsfeld der unterschiedlichen Interessen stattfindet. Hinzu kommen die Patientenvertreter, die zwar nicht stimmberechtigt sind, aber dennoch zunehmend Einfluss gewinnen, weil sie quasi bei den Beratungen eine Art Öffentlichkeit abgeben und sich zudem durch fachliche Kompetenz auszeichnen.

Einige der zahlreichen Konfliktfelder sollen hier angeschnitten werden.

■ Die Definition des Leistungskatalogs ist im ambulanten und stationären Versorgungsbereich grundsätzlich unterschiedlich. Während der Vertragsarzt nur Leistungen erbringen darf, die von dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassen sind, oder bereits jetzt im EBM stehen, kann das Krankenhaus alle Behandlungen vornehmen, die nicht verboten sind. In der Grauzone ambulant/stationär, also bei

Gesundheitsministerin fährt ihm immer öfter dazwischen. Der mächtige Ausschuss gerät in Gefahr, zum Instrument ökonomischer und machtpolitischer Überlegungen der Ministerialführung zu werden. Für die Ärzte, für das gesamte Gesundheitswesen wäre dies eine Katastrophe.

den Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbringbar sind, entsteht ein

“

Niedergelassene dürfen nur, was ausdrücklich erlaubt ist, Krankenhäuser dürfen alles, was nicht verboten ist

“

großes Konfliktfeld, das im Bundesausschuss gelöst werden muss. Lässt sich die restriktive Leistungsdefinition in der ambulanten Versorgung auch auf die stationäre Behandlungsebene übertragen? Besonders bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b des SGB V wird der Konflikt deutlich.

■ Vorgaben der evidenzbasierten Medizin sind vor allem deshalb akzeptiert worden, weil damit die Beschlüsse transparent medizinisch begründet werden können. Hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss aber darauf achten, dass er die Messlatte der evidenzbasierten Medizin aus rein ökonomischen Erwägungen nicht so hoch anlegt, dass sie kaum noch übersprungen werden kann. Eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Angebote der Versorgung würde damit unmöglich, weil niemand oder nur wenige die Hürde noch überspringen können. Insbesondere in der Pharmakotherapie, z.B. bei dem Beschluss über die Statine, ist diese Gefahr sichtbar gewor-

den. Die evidenzbasierte Medizin darf nicht zu einem Rationierungsinstrument verkommen, das nur noch ökonomische Zwänge zu begründen hat. Hier muss sich der Bundesausschuss Regeln geben, die diesen Missbrauch verhindern. Bei dieser Frage müssen die Krankenkassen ihr rein ökonomisches Interesse zurücknehmen.

■ Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung war immer Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung, die dies über den Bundesmantelvertrag in der Vergangenheit zusammen mit den Krankenkassen geregelt hat. Bei der immer größer werdenden Zahl von Leistungen, die sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis erbracht werden, muss auch der Partner Krankenhaus mit ins Boot genommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird somit bei diesen Leistungen die Sicherstellungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Qualitätssicherung schmälern. Die KV wird sich hier auch den Vorwurf anhören müssen, in der Vergangenheit die Abrechnung von Leistungen nicht konsequent genug mit dem Einhalten von Qualitätssicherungsvorgaben verknüpft zu haben. Hier droht ein Konflikt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. ▶

Autoren dieser Ausgabe

WW
BY
BW
HFS
ks

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Dr. med. Ludger Beyerle
Dr. med. Bernhard Wiedemann
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Mitglied des BDI-Vorstandes
Klaus Schmidt

Rü
TR
red.

Helge Rühl, Rechtsanwalt, Geschäftsführer des BDI
Thilo Radau
Redaktion BDI aktuell

Was ist dran am Atorvastatin-Theater?

Zur Zeit herrscht eine **große Aufregung** über die Entscheidung des Bundesausschusses, die **Cholesterinsenker mit Hilfe der Festbetragsregelung gleichzuschalten**. Im Mittelpunkt steht dabei das **Atorvastatin** der Firma Pfizer, die angedroht hat, ihren Preis nicht anzupassen. Damit müssten die Patienten die Preisdifferenz zum Festbetrag aus eigener Tasche bezahlen.

Festbeträge sind kein Preisdiktat

Der Arzneimittelhersteller probt den Aufstand. **Zunächst hat er mit dem Leichentuch gewedelt** und den Eindruck erweckt, als brähe nun die

medikamentöse Therapie der Hypercholesterinämie zusammen – **das ist Unfug. Andererseits ist auch die moralisierende Reaktion der Krankenkassen nicht angemessen.**

Die Regeln sind eindeutig: **Festbeträge sind kein Preisdiktat. Sie sagen nur aus, was eine gesetzliche Krankenkasse bereit ist, für ein bestimmtes Medikament zu bezahlen.** Die Firmen sind nicht verpflichtet, diese Vorgabe zu übernehmen und können auch einen höheren Preis verlangen. Der Markt wird dann zeigen, ob die Patienten zur Zuzahlung für Atorvastatin bereit sind. Dies war seit jeher bei den Festbeträgen so gere-

gelt. Dass die Firmen bisher immer die Preise gesenkt haben, ist ihre eigene Entscheidung gewesen.

Messlatte falsch gelegt?

Trotzdem sollte der Gemeinsame Bundesausschuss seine Entscheidung nochmals auf den Prüfstand bringen: Ist die Basisannahme, dass alle Statine gleich sind und deswegen in eine Gruppe gehören, wirklich richtig? Hat er wirklich die Messlatte der evidenzbasierten Medizin in die richtige Höhe gelegt? Oder hat er sie so hoch angebracht, dass Differenzen in der Gruppe der Statine gar nicht mehr wahrgenommen wurden, weil

sie sich unterhalb der Schwelle manifestieren?

Dass es Unterschiede zwischen den Statinen gibt, hat die Affäre um Cerivastatin gezeigt. Atorvastatin scheint – vorsichtig ausgedrückt – so manchem Kollegen bei manchen Patienten besser verträglich als andere Statine. **Solche Erfahrungen, wenn auch anscheinend recht häufig, haben natürlich nicht die Qualität einer kontrollierten Studie. Aber vielleicht ergeben sich neue Untersuchungsergebnisse, die es möglich machen, das Thema nochmals aufzurollen. Dies wäre im Interesse aller, vor allem der Patienten wünschenswert.**

HFS

Fortsetzung von Seite 4

Soweit die Beispiele für Fehler, auf denen sich die Partner der Selbstverwaltung in Zukunft arrangieren müssen.

Besonders problematisch aber ist folgender Punkt: Das Bundesgesundheitsministerium kann – wie schon erwähnt – die Beschlüsse des Ausschusses durch Beanstandung außer Kraft setzen. Es kann sogar ersatzweise selbst Regeln erlassen, wenn ihm diejenigen des Bundesausschusses nicht genehm sind.

Nun hat das Ministerium nicht eindeutig klargestellt, dass die Beanstandung der Beschlüsse nur auf der rechtlichen Grundlage und nicht auch medizinisch begründet werden muss. Eine medizinische Fachaufsicht durch das BMGS wäre Gift für die Selbstverwaltung und würde die Akzeptanz der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses beim Arzt und dem Patienten massiv beschränken. Im Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich das BMGS deshalb in dieser Frage zurücknehmen.

HFS

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 3. April 2005, 13:30 Uhr
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstraße 10-12, 65185 Wiesbaden

Als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Hauptgeschäftsführers zum Geschäftsjahr 2004 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes



Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Offizielle Eröffnungsveranstaltung der 111. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
im Kurhaus Wiesbaden (Friedrich-von-Thiersch-Saal)
am Sonntag, 3. April 2005, 17:00 Uhr

Verfassungsgericht schmettert Homöopathen und Naturheilkundler ab

Die gesetzlichen Krankenkassen brauchen rezeptfreie Arzneimittel auch künftig nur in Ausnahmefällen zu erstatten. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat eine Beschwerde von vier Ärzten für Naturheilverfahren, Homöopathie und anthroposophische Medizin gegen eine entsprechende Regelung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nicht zur Verhandlung angenommen.

Den nicht anfechtbaren Beschluss haben die Richter nicht begründet (Az.: I BvR 1745/04). Der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH), der die Klage unterstützt hatte, kritisierte die Entscheidung als nicht nachvollziehbar. Die Ausgrenzung rezeptfreier Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog beschränke die Berufsfreiheit naturkundlich orientierter Ärzte nachhaltig

und stelle viele Patienten „medizinisch-pharmakologisch nicht verantwortlich schlechter“, heißt es in einer Stellungnahme des BAH. In diesem Jahr würden voraussichtlich rezeptfreie Arzneimittel im Wert von 1,5 Milliarden Euro weniger zu Lasten der GKV verordnet als noch im Vorjahr. Das entspreche einem Rückgang um fast 70 Prozent. Die meist kleinen und mittelständischen Pharma-

hersteller könnten diesen Umsatzrückgang nicht durch eine höhere Ausfuhr kompensieren. Das Minus bei den Verordnungen schlägt aber nicht voll auf die Umsätze durch, weil Patienten seit Jahresbeginn die Medikamente selber bezahlen.

Aus: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Überraschung aus Mailand

Ist die Pizza doch gesund?



Pizza wird gerne als ungesundes Fast Food abgetan. Ein Team um S. Gallus aus Mailand veröffentlicht nun eine Fallstudie, die uns nachdenklich stimmt: Wer ab und zu eine Pizza verspeist, senkt sein Infarktrisiko um ein volles Fünftel und wer zweimal pro Woche den beliebten Fladen isst, senkt es sogar um 56 Prozent. Das sind doch für die Primärprävention ganz tolle Werte! Das gilt jedenfalls für die Mailänder Bevölkerung. Ob sich die protektive Wirkung verallgemeinern lässt? Das bleibt vorerst ein Rätsel. Vielleicht liegt es wirklich an den Inhalten, möglicherweise ist die Pizza aber auch nur ein Indikator für die bekanntermaßen gesunde mediterrane Ernährung, meinen die Autoren. Festbeträge sind für die Pizzen vorerst jedenfalls noch nicht geplant – ein solches Unterfangen wäre auch schon wegen der Heterogenität der Gruppe sehr schwierig und mit großen juristischen Risiken verbunden.

BW

Quelle: S. Gallus et al., European Journal of Clinical Nutrition 2004, 58, S. 1543

Nach den Zahnärzten sollen die Ärzte drankommen

(Teil-)Novelle der GOÄ in Sicht

Die zuständige Fachabteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung will voraussichtlich im Herbst 2005 mit einer Teilnovellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beginnen.

Zuvor soll aber in in jedem Fall die Zahnärzte-Gebührenordnung novelliert werden, weil sie zuletzt 1988 geändert wurde und seit dieser Zeit weder eine inhaltliche Weiterentwicklung und Aktualisierung noch eine Punktwertanhebung erfolgt seien. Dagegen ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte zuletzt 1996 teilreformiert worden.

Nach Insider-Informationen dürfte sich die Novellierung der GOÄ erneut in Teilschritten vollziehen. In einem ersten Schritt könnte die Novellierung eines Teils der operativen Leistungen anstehen, aber auch punktuelle Änderungen in anderen Gebührenordnungskapiteln, insbesondere in Bezug auf relativ häufige oder konfliktträchtige Leistungen. Dies trifft auf den ewigen Zankapfel Leichenschau ebenso zu wie auf die Leistungskomplexe Schlaflabor und einige andere Themen

Aus: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin)

Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie

Als Kassenleistung ausgeschossen

Immer wieder wird die „systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach Ardenne“ als wirksame Methode angepriesen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun entschieden: Dies ist keine Kassenleistung. Eigentlich sollte über diese Methode im Rahmen des Gesamtkomplexes „Hyperthermiebehandlung“ entschieden werden, doch weil sie sich bei den Recherchen nicht einfach nur als wirkungslos, sondern als gefährlich herausgestellt hat, wurde die Entscheidung vorgezogen. Diese Form der „Therapie“ birgt nach Ansicht des Bundesausschusses zahlreiche Risiken bis hin zu lebensbedroh-

lichen Komplikationen. Auch die Patientenvertreter im Ausschuss, die tendenziell eher mehr Kassenleistungen zulassen möchten, hielten eine Warnung vor dieser Therapie für notwendig. Die Therapie umfasst unter anderem eine Ganzkörperhyperthermie, die mit erheblichen Belastungen verbunden ist, aber bisher keine überzeugende Wirksamkeit erkennen lässt. Als Mehrschritttherapie nach Ardenne werden oft auch Behandlungen in Wellness-Hotels angeboten, die aber im Wesentlichen aus dem Einatmen sauerstoffangereicherter Luft bestehen.

BW

EBM – GOÄ – IGeL

aktuell und praxisgerecht

Ab 1. April 2005 gilt der neue EBM!
Dann ist bei der Kassenabrechnung praktisch nichts mehr wie bisher – denn es handelt sich um eine **komplette Neufassung** des EBM.

Planen Sie frühzeitig

und passen Sie Ihre Praxisführung schrittweise an!



Gebühren-Handbuch 2005

Kommentar für Ärzte
EBM • GOÄ • IGeL
Brogli • Schade • et al.
Erscheinungstermin: Dezember 2004
16. Auflage, ca. 1.700 Seiten
Format 14,5 x 21 cm
ISBN 3-922264-59-X
Kartonierte,
€ 56,-
zzgl. € 4,- Porto/Verpackung

NEU IM DEZEMBER 2004

P Mit Querverweisen auf zusätzlich abrechenbare Nummern



Bestellungen bitte nur per Fax, Post, Internet oder E-Mail. Der Coupon passt in einen Fensterumschlag.

Fax: 0611 / 97 46 – 228
E-Mail: abo-service@medical-tribune.de
Internet: www.medical-tribune.de



**Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH**

Abteilung Vertrieb
Postfach 42 40
65032 Wiesbaden

- Ja, ich bestelle** _____ Exemplare
Gebühren-Handbuch 2005 à € 56,- zzgl. € 4,- Porto/
Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
- Bitte liefern Sie das Gebühren-Handbuch
**im Abonnement künftig immer zum jeweiligen
Vorzugspreis** gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
Kündbar nach Abnahme einer Ausgabe.

Name/Vorname _____

Fachrichtung/tätig als _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____

Praxisstempel _____

bdi-jan-05



Kassen so raffiniert wie Pharma-Industrie!

Die Disease-Management-Programme (DMP) sollen vor-dergründig die Versorgung chronisch Kranker verbessern. Tatsächlich sind sie aber zu einem lupenreinen Geldbeschaffungsinstrument für die Kassen geworden. Das ge-

Der BDI, das ist kein Geheimnis, steht den DMP skeptisch gegenüber. Letztes Jahr haben wir unseren Mitgliedern in der Mitte der Republik geraten: Hände weg von hessischen DMP-Verträgen! Damals hatte der Hausärzte-Verband gerade – an der KV vorbei – ein Disease-Management-Programm für Diabetiker mit den Kassen vereinbart. Nach Ansicht des BDI blieb es hinter dem aktuellen Stand der Medizin zurück, was freilich nicht unbedingt am Hausärzteverband, sondern schon an den Vorgaben lag, die das Gesundheitsministerium per Rechtsverordnung erlassen hatte. In Modellprojekten zur Diabetesbehandlung waren die Diabetiker bisher besser aufgehoben als in dem neuen DMP.

Inzwischen ist sich ein großer Teil der Fachwelt in der Beurteilung der DMP einig: Sie bringen vor allem viel Bürokratie und Ärger, aber sonst nichts. Jedenfalls aus dem Blickwinkel von Ärzten und Patienten; die Kassen sehen das anders – aber auch dort gibt es DMP-Kritiker.

Sogar Allgemeinärzte haben die Nase voll

Selbst die Allgemeinärzte, deren Vorturner zu den erklärten DMP-Fans gehören, zeigen sich widerspenstig. Auf der practica in Bad Orb, der zentralen Fortbildungsveranstaltung des Hausärzteverbandes, rebellierten die Teilnehmer gegen die DMP, schimpften über deren monströse Bürokratie mit ihren ellenlangen Fragebogen, der überhaupt kein medizinischer Nutzen gegenüber steht. Die Verbandsoberen hatten große Mühe, einen Eklat zu vermeiden.

Die meisten Krankenkassen dagegen lieben die DMP und

wollen sie ihren Versicherten ans Herz legen. Sie schreiben beispielsweise ihr Mitglied Müller an und bitten um Mitteilung von Blutdruck, Größe und Gewicht. Dann kommt postwendend die Empfehlung, dass der liebe Herr Müller doch mal wegen seiner Risikofaktoren einen so genannten Glukosetoleranztest machen soll¹. Wenn sich dabei ein Diabetes herausstellen sollte, könne sich Herr Müller gleich in das so genannte Disease-Management-Programm Diabetes einschreiben.

Wer weiß, was DMP ist?

Natürlich braucht man einen Grund, um einen Versicherten in Richtung DMP zu bewegen. Body-Index und Blutdruck geben nicht bei jedem etwas her. Die DAK hat sich deshalb etwas ganz Raffiniertes einfallen lassen: Sie hat repräsentativ abgefragt, wer etwas mit den Begriffen „Disease Management Programm“ oder „DMP“ anfangen kann. Oh Wunder: Für 98 Prozent der Deutschen waren die beiden Begriffe böhmische Dörfer. Jetzt hat die DAK ihren Vorwand für die Werbung, den sie bei der Vorstellung der Studie auch gleich formuliert hat: „Zwar weiß so gut wie niemand, dass die Krankenkassen ihren chronisch kranken Versicherten Gesundheitsprogramme anbieten – doch fast jeder wünscht sich im Falle einer chronischen Erkrankung genau das, was die Programme leisten ... Um die Gesundheitsprogramme bekannter zu machen, startet die DAK jetzt eine Aufklärungskampagne.“ Wunderbar, endlich gibt es Möglichkeiten, noch mehr Versicherte in die DMP zu keilen!

Nicht jede Kasse ist von den DMP begeistert. So behauptet beispielsweise Dr. Christoph

ben inzwischen sogar führende Kassenvertreter zu – was die Kassen allerdings nicht davon abhält, ihre Versicherten mit Methoden zu umgarnen, die denen der oft gescholtenen Pharma-Industrie in nichts nachstehen.

Straub, Vorstandmitglied der Techniker-Krankenkasse, ganz ungeniert: „Die Programme sind an ihrem Anspruch gescheitert, einen Wettbewerb um Qualität zu führen.“ Was aber nichts daran ändert, dass auch die Techniker-Kassen Jagd auf potenzielle DMP-Patienten macht.

Kassen schlimmer als Pharma-Industrie?

Eingeweihte kennen den Grund: Den Kassen geht es nicht um das Wohl ihrer Versicherten, sondern einzig und allein um ihr eigenes Geld. Für jeden Versicherten, der an einem DMP teilnimmt, bekommt die Kasse Geld aus dem so genannten Risikostrukturausgleich. Und das hat zu einer ganz neuen Konstellation geführt. Die Kassen beschweren sich oft und gerne über die Pharma-Firmen und deren druckvolle Marketing-Methoden, mit denen sie die Ärzte zum Verordnen ihrer Präparate verleiten wollen. Die Vorwürfe sind meist berechtigt – aber die Kassen sind auch nicht viel besser: Ihr DMP-Marketing kann es mit den Methoden der Pharma-Industrie locker aufnehmen.

Wie in der Industrie geht es auch bei den Kassen um viel Geld. Rund 15,8 Milliarden Euro sind 2003 zwischen den Kassen verschoben worden – das ist mehr als beim Länderfinanzausgleich zwischen den Bundesländern über den Tisch geht. Größter Zahler waren die Betriebskrankenkassen mit 9,8 Milliarden, gefolgt von der DAK mit 3,9 Milliarden Euro. Auf der Empfängerseite ragt die AOK heraus, ihr fließen 13,1 Milliarden zu.

Wie viel Geld eine Kasse unterm Strich bekommt oder zahlen muss, hängt zum einen

von der Risikostruktur ihrer Versicherten und zum anderen von der Zahl der DMP-Teilnehmer ab. Daher die Jagd auf potenzielle DMP-Kunden.

Medizinisch dürften die DMP rein gar nichts bringen – allenfalls Rückschritte. Sie sind zu reinen Geld-Beschaffungsprogrammen für die Kassen degeneriert – siehe Bemerkung des Techniker-Vorsitzenden. Den teilnehmenden Ärzten lasten sie aber eine Menge Bürokratie auf, die derart unsinnig erscheint, dass viele Kollegen trotz der Zusatzhonorare inzwischen wieder aus den DMP ausgestiegen sind. Und die DMP kosten viel Geld – für die Werbung der Kassen, für das Zusatzhonorar der beteiligten Ärzte, für die Verwaltung der Fragebogenbürokratie, die zum Teil von kommerziellen Firmen übernommen wird, für die Rückvergütungen an die Versicherten.

Die Kranken sind ganz unwichtig

Und es werden immer noch weitere Programme aufgelegt; kürzlich hat der gemeinsame Bundesausschuss die Rahmenbedingungen für COPD und Asthma festgelegt. Erstaunlich ist dies auch deswegen, weil die DMP durchweg ein Verfallsdatum haben.

Das ergibt sich aus dem Zweck der Programme: Sie wurden eingeführt, um den recht grob gestrickten Risikostrukturausgleich zumindest teilweise etwas differenzierter und morbiditätsorientierter zu gestalten; gleichzeitig sollte damit die Versorgung der chronisch Kranken verbessert werden. Von letzterem versprach man sich eine Verringerung der Spätfolgen und Komplikationen. ▶

Ein schöner Traum, der mit der Realität nicht viel gemein hat. Dass die Programme zur reinen Geldbeschaffungsmaßnahmen der Kassen verkommen sind, sagt nicht nur der Vorsitzende der Techniker-Kasse, das dokumentieren die Kassen auch in ihren DMP-Verträgen: Nahezu überall steht drin, dass die Verträge mit der Einführung des so genannten morbiditätsorientierten Risikostruktur-Ausgleichs hinfällig werden.

Diese Variante des Risikostrukturausgleichs soll laut Gesetz 2007 eingeführt werden und die Krankheiten und damit den Behandlungsbedarf der Versicherten besser abbilden. Dann bringen die DMP den Kassen keinen Vorteil mehr, schließlich ist in den Ausgleichszahlungen schon das

integriert, was bisher über die DMP erreicht werden sollte. Für die Kassen degenerieren die DMP damit zu reinen Kostenfaktoren, die sie loswerden wollen. Die viel gelobte bessere Versorgung der chronisch Kranken wird dann völlig unwichtig.

So viel zur Motivation, die hinter den DMP steckt.

DMP als Druckmittel?

Wenn den Kassen aus rein ökonomischen Gründen an den DMP so viel liegt, während medizinisch dabei so wenig rumkommt, dann hätte man die Programme gut als Druckmittel gegen die Kassen einsetzen können. Beispielsweise bei Honorarverhandlungen oder beim Gezerre um die Arznei richtgrößen.

Dass dies im Prinzip erfolgreich sein kann, hat der zweite bayerische KV-Vorsitzende und Hausärzte-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaler vorgemacht. Er hat die DMP so lange blockiert, bis die Kassen mit seinem Verband ein Hausärztemodell vereinbart haben.

In Hessen hat der damalige Vorsitzende Dr. Hans-Friedrich Spies die kläglichen Verhandlungsangebote der Kassen ebenfalls konsequent zurückgewiesen und tragfähige Konditionen für die Ärzte verlangt. Dann hat der hessische Hausärzterverband an der KV vorbei eine DMP-Vereinbarung mit den Kassen abgeschlossen. Spies sah sich im Lauf der folgenden innerärztlichen Auseinandersetzungen zum Rücktritt genötigt. Sein Nachfolger, der Allgemeinarzt Dr. Horst Rebscher-Seitz verkündete flugs die neue Politikfähigkeit der KV und trat dem DMP bei. Die Hoffnung, dass

sich die Kassen dafür erkenntlich zeigen würden, erwies sich aber als naiv; sie verpassten ihm statt dessen eine Ausgabengrenze bei den Arzneimitteln, die die hessischen Ärzte nie und nimmer einhalten können – mit der Konsequenz, dass die Kassen die Honorarzahungen kürzen dürfen. Offenbar ist es ein Risiko, den Kassen zu trauen.

Den hessischen KV-Vertretern ist danach dann doch noch ein Licht aufgegangen: Sie empfahlen per Resolution allen Kollegen im Lande, auf weitere DMP-Einschreibungen zu verzichten. Und zwar so lange, bis die Kassen verbindlich erklären, dass sie auf Honorarkürzungen wegen der Arzneimittelkosten verzichten werden. Ob die Kassen sich davon jetzt noch beeindrucken lassen, ist freilich ziemlich fraglich.

BW

- 1 W. Wagener in: Deutsches Ärzteblatt 49/2004
- 2 Ärzte Zeitung vom 6. Dezember 2004, Seite 7

Bundeshaushalt

Ulla schluckt am meisten

Der Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) sieht für das kommende Jahr ein Volumen von 84,4 Milliarden Euro vor. Damit bekommt Gesundheitsministerin Ulla Schmidt ein Drittel des Bundeshaushalts – das ist der größte Posten überhaupt. Allein 77,9 Milliarden Euro sind zur Stützung der Rentenversicherung notwendig – die rund drei Milliarden für den Kriegsopferhaushalt fallen da als zweitgrößter Posten kaum noch ins Gewicht. Für die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen sind 2,5 Milliarden Euro eingeplant. Mit 191 Millionen Euro soll die Integration Behindertener in Arbeit, Beruf und

Gesellschaft gefördert werden. Der Bund finanziert damit gemeinsam mit den Ländern zum Beispiel die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im Personenverkehr (188 Millionen Euro). Deutlich verstärkt werden im Haushaltsjahr 2005 die Ausgaben für Prävention. Durch eine fünf Millionen Euro teure bundesweite Präventionskampagne soll das Thema der Bevölkerung bewusst gemacht werden. Für allgemeine gesundheitliche Aufklärung stehen 5 Millionen Euro zur Verfügung, für Aids-Prävention 9,2 Millionen Euro.

Quelle: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin)

Die interessante Zahl

Berlin – ein Mekka der Wissenschaft?

Berlin hat 140.000 Studenten. Rund 35.000 von ihnen sind länger als acht Jahre immatrikuliert.

(Quelle: FAZ Nr. 47/2004)

Anzeige

Sonoring MEDICA-Edition

Erleben Sie Top-Leistung zum Top-Preis

TOSHIBA

familio5



NEU VON DER
MEDICA 2004

GE Ultraschall

Logiq alpha 200

ab €9.990,--

zzgl. 16% MwSt.



Weitere unschlagbare Angebote:
z.B. Farbdopplersysteme

ab €22.990,--

zzgl. 16% MwSt.

In den 21 Sonotheiken dauert die MEDICA
bis 31.12.04 – machen Sie den Direktvergleich
(Termine auch abends und am Wochenende)

Info und Termin
unter

01805/117 117

(0,12 €/Min)



Sonoring Deutschland

Die Ultraschall-Spezialisten.
Ganz in Ihrer Nähe, bundesweit.

www.sonoring.de

Die 21 Sonotheiken bundesweit: Bad Harzburg • Berlin • Deggendorf • Dortmund/Holzwickede
Dresden • Düsseldorf/Ratingen • Erlangen • Frankfurt/Mörfelden • Greifswald • Hamburg/Buchholz
Hannover/Ronnenberg • Heidelberg • Kassel • Köln • Memmingen • München/Penzberg • Stuttgart/
Leinfelden • Sulzbach • Trier • Villingen-Schwenningen • Würzburg/Estenfeld

Die EBM-Schulung für Internisten

Landesgruppe im BDI e.V.	Ort der Veranstaltung	Datum	Referent(en)
Bayern	München Ärztelhaus Bayern Mühlbauerstr. 16, 81677 München	12.01.2005 – 16:00 h – nur für Facharzt-Internisten mit Schwerpunkt –	Dr. Köhler, KBV
	Regensburg KV Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz Yorckstr. 15 / Eingang Scharnhorststr. 10 93049 Regensburg Tel.: (09 41) 39 63 – 1 13	09.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
	Würzburg KV Bayerns Bezirksstelle Unterfranken Hofstraße 5, 97070 Würzburg	15.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Berlin	Berlin Ärztelkammer Berlin Friedrichstraße 16, 10969 Berlin Tel.: (030) 4 08 06 12 06 – Frau Pajonk	18.01.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Brandenburg	Dahlewitz Van der Valk Hotel Berliner Ring Eschenweg 18, 15827 Dahlewitz Tel.: (03 37 08) 5 88 88	02.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Bremen	Bremen	<i>in Planung</i>	
Hamburg	Hamburg Ärztelhaus Hamburg Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Tel.: (040) 22 80 20	08.03.2005 – 20:00 h	Hr. Bollmann, Vorsitzender des Vorstands der KV HH Dr. Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Hessen	Kassel	<i>in Planung</i>	
	Frankfurt	<i>in Planung</i>	
Koblenz	Koblenz	<i>in Planung</i>	
Mecklenburg- Vorpommern	Rostock Ärztelhaus Paulstraße 45-55, 18055 Rostock Tel.: (03 81) 4 56 16 81, Fax: (03 81) 4 56 16 81	08.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Niedersachsen	Hannover Ärztelkammer Niedersachsen Berliner Allee 20, 30175 Hannover	27.01.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
	Osnabrück	<i>in Planung</i>	
Nordbaden	Karlsruhe Siemens Karlsruhe Östliche Rheinbrückenstraße 50 76187 Karlsruhe, Tel.: (07 21) 59 50	16.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Nordrhein	Köln KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln Sedanstraße 10-16, 50668 Köln Tel.: (02 21) 77 63-0	23.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Nordwürttemberg	Stuttgart	<i>in Planung</i>	
Pfalz	Speyer	<i>in Planung</i>	
Rhein Hessen	Mainz	<i>in Planung</i>	
Saarland	Saarbrücken	<i>in Planung</i>	
Sachsen	Dresden KV Sachsen Schützenhöhe 12, 01099 Dresden Tel.: (03 51) 82 90 50	03.02.2005 – 18:30 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV (*)
Sachsen-Anhalt	Magdeburg	<i>in Planung</i>	
Schleswig-Holstein	Kiel Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 17.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden.		
Südbaden	Freiburg Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 22.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden.		
Südwestfalen	Ulm	<i>in Planung</i>	
Thüringen	Weimar	<i>Februar/März 2005 – in Planung</i>	
Trier	Trier	<i>in Planung</i>	
Westfalen-Lippe	Bielefeld Ravensberger Spinnerei Ravensberger Park 6, 33607 Bielefeld Tel.: (05 21) 96 68 80	19.01.2005 16:00 h – 18:00 h und 18:00 h – 20:00 h	Hr. Müller, Hauptabtl. Abrechnungswesen KV W-L
	Dortmund KV Dortmund Robert-Schirrigk-Straße 4-6 44141 Dortmund, Tel.: (02 31) 94 32-0	12.01.2005 16:00 h – 18:00 h und 18:00 h – 20:00 h	Hr. Hecker, Hauptabtl. Abrechnungswesen KV W-L

(*) Wer möchte, kann zu diesen Veranstaltungen vorab Fragen einreichen, die Dr. Rochell dann behandeln wird. Bitte mit dem Stichwort „EBM-Schulung“ an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de).

Im ersten halben Jahr ist Muttermilch solo das Optimum

Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) gibt für Deutschland die folgenden Empfehlungen zur Stilldauer. Sie hat dabei die Stellungnahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 2000 eine Expertengruppe zur wissenschaftlichen Ableitung der optimalen Dauer des ausschließlichen Stillens eingesetzt hatte (WHO 2001), und der 54. Weltgesundheitsversammlung (WHA) (2001) berücksichtigt. Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund (Kersting 2001) wird nach wie vor ausdrücklich unterstützt.

1. Dauer des ausschließlichen Stillens

Muttermilch ist die beste Nahrung für nahezu alle Säuglinge. Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung.

Ab wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Beikost sollte in der Regel nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats gegeben werden. Beikosteinführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung

der Muttermilchmengen und Stillmahlzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird. Diese Empfehlungen geben einen Rahmen vor. Sie sollten nicht schematisch angewendet werden.

Die Nationale Stillkommission gebraucht „ausschließliches“ Stillen weiterhin in dem eng ursprünglich von der WHO (WHO 1991) definierten Sinn (ausschließlich Muttermilch ohne Gabe von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung) (Springer et al. 1999). In ihrer Stellungnahme „Zufütterung von gestillten Säuglingen“ hat die Stillkommission (2001) ausführlich dargelegt, dass eine **routinemäßige Zufütterung von Flüssigkeiten beim gestillten Säugling** in der Regel überflüssig ist und daher auch nicht empfohlen wird.

2. Kurzes oder teilweises Stillen

Die Stillkommission hält auch kürzeres ausschließliches Stillen als sechs Monate oder teilweises Stillen für sehr sinnvoll.

Wenn ein sechsmonatiges ausschließliches Stillen für Mütter nicht durchführbar ist, sollte dies keinesfalls ein Grund sein, gar nicht erst mit dem Stillen zu beginnen. Auch kürzeres ausschließliches Stillen oder teilweises Stillen nützt dem Kind und ist erfreulich für Mutter und Kind.

Das Wissen um die Vorteile des Stillens sollte als Verpflichtung verstanden werden, stillwilligen Müttern bei der Lösung von Stillproblemen zu helfen, so dass sie nicht früher mit dem Stillen aufhören müssen, als sie es eigentlich wollen. Die Stillkommission hat hierzu eine Stellungnahme zu „Stillen und Berufstätigkeit“ (2003) herausgegeben.

3. Abstillen

Die Stillkommission betont, dass Beikosteinführung nicht mit Abstillen gleichzusetzen ist. Der endgültige Zeitpunkt des Abstillens ist eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Mutter und Kind getroffen wird.

Idealerweise wird weiter teigestillt, auch wenn das Kind die Fertigkeit entwickelt hat, aus dem Becher oder der Tasse zu trinken. Mit zunehmendem Verzehr von Beikost bzw. modifizierter Familienkost am Ende des ersten und im Laufe des zweiten Lebensjahres nimmt die quantitative Bedeutung der Muttermilch als Lebensmittel entsprechend ab. Unter hiesi-

gen Bedingungen, wo Beikost vernünftiger Zusammensetzung allgemein verfügbar ist, wird gegen Ende des ersten Lebensjahres in den meisten Fällen das Trinken an der Brust eher durch das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung als durch Hunger bestimmt werden.

Die Stillkommission gibt keine ausdrückliche Empfehlung, wann endgültig abgestillt werden sollte, weil sich für Deutschland hierzu keine wissenschaftlich begründete Basis finden lässt.

Nationale Stillkommission am BfR
in: Bundesgesundheitsbl. 9-2004

Literatur: www.bdi.de, >>BDI aktuell



Schweres Gas sammelt sich im Keller

Radon in Ihrem Weinkeller?

Geht von Radon eine tatsächliche Gesundheitsgefahr aus? Zumindest im Umweltministerium möchte man das im Boden entstehende schwere Gas nicht in die Kellerräume von Häusern lassen. Aber gerade dort scheint es sich gerne

anzusammeln. Im Folgenden ein Überblick.

Radon ist ein unsichtbares, geruchloses, nicht schmeckbares und ungiftiges Edelgas, aber radioaktiv. Es entsteht spontan aus dem Zerfall des im Boden vorkommenden Radiums, das in radioaktiven

Zerfallsreihen aus Uran und Thorium entsteht. Radon hat eine Halbwertszeit von 3,8 Tagen. Innerhalb dieser Zeitspanne ist damit die Menge des radioaktiven Isotops auf die Hälfte gesunken. Die Strahlung nimmt entsprechend ab.

Wie gelangt Radon in Gebäude?

Da Radon schwerer als Luft ist, ist die Konzentration in der Regel im Keller am höchsten und nimmt nach oben von Geschoss zu Geschoss ►

ab. Ein Eindringen ist durch Leckstellen oder Diffusion durch Bauteile hindurch möglich, z.B. durch

- Risse und Fugen in Böden und Wänden
- Durchführungen von Kabeln, Leitungen und Leerrohren
- Abwasserrohre
- Bodenschächte und Kontrollöffnungen
- Licht- und andere Schächte an Wänden im erdberührten Bereich
- Kamine
- Keller mit Naturböden, Kies, Bruchstein, lose verlegten Ziegeln etc. und
- durchlässige Konstruktionen (Holzbalkendecke, Deckenplatten etc.).

Die Radonkonzentration in Gebäuden kann durch Beseitigung der Undichtigkeiten und durch Lüften (!) entscheidend verringert werden.

Bei Neubauten helfen im Grundsatz die Maßnahmen, die ein Bauteil gegen Wasser abdichten, auch gegen Radon („weiße Wanne“, Dichtungs-

bahnen unterhalb des Fundaments).

Für die Sanierung radonbelasteter Bestandsbauten gibt es kein Patentrezept.

Anders als bei mangelhafter Abdichtung gegen Feuchtigkeit ist eine Undichtigkeit gegenüber dem Gas nicht aufzuspüren. Wird daher festgestellt, dass die Radonkonzentration trotz Sanierung erhöht bleibt, muss die Sanierung im Grunde genommen von vorne begonnen werden.

Heizung zieht Radon ins Haus

Ein verhältnismäßig preiswertes Mittel ist einfaches Lüften. Aus einer im „Radon-Handbuch Deutschland“ abgebildeten Messung ergibt sich, dass die Radonkonzentration von 70 Bq/m³ in einem ungenutzten Haus mit geschlossenen Fenstern bereits durch „übliche Nutzung“ auf 30 Bq/m³ und durch ständiges Lüften (Fenster gekippt) auf 10 Bq/m³ abgesenkt werden kann. Lüften

verringert die Konzentration also um rund 85%. Herrscht in dem Gebäude Unterdruck (z.B. wenn Brenner oder Öfen Umgebungsluft ansaugen), entsteht ein Kamineffekt, der Radon in das Gebäude zieht.

Wie gefährlich ist Radon?

Die Deutsche Strahlenschutzkommission (Epidemiologische Untersuchung zum Lungenkrebsrisiko nach Exposition gegenüber Radon, Oktober 2000) stellt fest, dass oberhalb einer

Radonkonzentration von 250 Bq/m³ eine signifikante Risikoerhöhung besteht.

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Empfehlung der Kommission zum Schutz der Bevölkerung vor Radonexposition: Amtsblatt Nr. L 80726 vom 27.03.1990) empfiehlt, dass in vorhandenen Wohnräumen ein Referenzwert von 400 Bq/m³ nicht überschritten werden soll.

Auszug aus: Haus&Grund, 10/2004 – geringfügig redaktionell bearbeitet

Die Briten winken ab

Donepezil bei Alzheimer-Demenz?

Das Ergebnis einer vom National Health Service finanzierten Studie¹ stellt den Nutzen von Cholinesterasehemmern bei Demenzkranken in Frage. Mit Donepezil wurde zwar eine leichte, kurzfristige Besserung der Kognition erzielt, doch konnte weder die Zahl an Pflegeheimweisungen verringert noch das Fortschreiten der Funktionseinschränkung verhindert werden. Die Therapie mit Donepezil ist daher weitgehend unwirksam und daher unwirtschaftlich.

¹ Courtney, C., et al. (AD2000 Collaborative Group): Lancet 2004; 363: 2105

Aus: Der Arzneimittelbrief Berlin, 10/2004, Tel.: 030/7452047, Fax: 030/453066
Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de>

– Fazit eines Artikels

infomed-screen

Suizid-Risiko verdreifacht

Personen mit einer bipolaren Störung, die statt mit Lithium mit einem Valproinsäure-Derivat (Divalproex, Depakote®, Abbott, USA) behandelt wurden, hatten ein fast dreimal höheres Freitodrisiko.

Kohortenstudie: Goodwin FK, Fireman B, Simon GE et al. *Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex.* JAMA 2003 (17. September); 290: 1467-73

(Aus: infomed-screen, 01/2004
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877

E-Mail:
sekretariat@infomed.ch)

Mehr scheinen als sein

Damp-Klinik gibt „Garantie“ auf Endoprothesen

„Ein Meilenstein in der integrierten Versorgung“ schwärmen Barmer Ersatzkasse (BEK) und die Damp-Holding, deren Klinikgruppe, eigenen Angaben zufolge, in den letzten 5 Jahren 32.500 endoprothetische Eingriffe vorgenommen hat.

Von der Diagnose über die Operation und die Rehabilitation bis zur ambulanten Nachsorge vernetzt behandelt – so stellen sich BEK und Klinik den preiswerten und haltbaren Gelenkersatz laut neuestem Vertrag vor. Originaltext Barmer: „Aufgrund des hohen Leistungsstandards sichern die Akut- und Rehakliniken der Damp-Holding ihren Patienten sogar eine Garantieleistung auf die medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsergebnisse sowie auf die verwendeten Materi-

alien zu. Dies gilt in diesem Umfang als bundesweit einmalig.“

Und so sieht die Gewährleistung aus: 5 Jahre auf Behandlungsfehler, 10 Jahre auf Materialfehler und 3 Jahre auf Rehabilitationsfehler. Teilnehmenden Patienten erstattet die Barmer Ersatzkasse 50% der Zuzahlung, maximal 150 Euro.

Kommentar:

Zumindest der Gewährleistungsschnick-Schnack scheint mehr als er ist:

1) „5 Jahre auf Behandlungsfehler.“ Diese pflegen sich innerhalb der ersten Monate nach der Operation herauszustellen. Der erstmalige Nachweis eines

Behandlungsfehlers in den Jahren 2-5 post Operation dürfte die absolute Ausnahme sein.

2) „10 Jahre auf Materialfehler.“ Hier nimmt man den Lieferanten der Hardware in die Pflicht, was völlig richtig, aber nicht sensationell ist. 10 Jahre sollten die mechanischen Teile klaglos halten.

3) „3 Jahre auf Rehabilitationsfehler.“ Hier gilt Ähnliches wie unter 1) bei den Behandlungsfehlern.

Das pro Eingriff gezahlte Entgelt dürfte Dreh- und Angelpunkt der Übereinkunft, der Rest unter publikumswirksamer Garnierung abzuhaken sein.

BY

Varizen-Entfernung reduziert Ulkusrezidive

Randomisierte Studie: Barwell JR, Davies CE, Deacon J et al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. *Lancet* 2004 (3. Juni); 363: 1854-9

Studienziele

Chronische venös bedingte Ulcera sind häufig. Sie neigen trotz Kompressionstherapie zu Rezidiven in ungefähr einem Viertel der Fälle innerhalb eines Jahres. Nicht randomisierte Studien zeigten

eine Reduktion der Rezidive nach Venenchirurgie. In der vorliegenden randomisierten Studie wurde die Wirksamkeit von chirurgischen Eingriffen an oberflächlichen Beinvenen bezüglich Heilung und Rezidivhäufigkeit von Ulcera cruris untersucht.

Schlussfolgerungen

I. Bei venösen Ulcera cruris vermindert eine chirurgische Behandlung klappeninsuffizienter oberflächlicher Beinvenen das Risiko von Rezidiven.

Felix Tapernoux, CH-Wil

II. Dies ist wieder einmal eine „typisch britische“ Arbeit: einfach, klar und praxisnah. Ulcera cruris sind häufig und verursachen durch ihre Chronizität und häufigen Rezidive verminderte Lebensqualität und hohe Behandlungskosten. Dass sie durch Kompressionsverbände zu zwei Dritteln in 6 Monaten geheilt werden können, wird wieder bestätigt. Es bleibt das Problem der häufigen Rezidive (25%), da man die speziellen Verbände nach Abheilung durch Kompressionsstrümpfe ersetzt. Nach chirurgischer Entfernung der klap-

peninsuffizienten Varizen traten Rezidive nur zu 15%, ohne Operation hingegen zu 34% auf. Nur Personen mit totaler tiefer Klappeninsuffizienz profitierten nicht von der Chirurgie. Die tiefe „Number Needed to Treat“ von 5 spricht dafür, den übrigen Ulkus-Kranken die Varizenoperation zu empfehlen.

Prof. Dr. Felix Mahler, Angiologie, Inselspital Bern

Aus: infomed-screen, 09/2004
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch

Systemischer Lupus Erythematodes

Kontrazeptiva doch kein Problem?

Östrogene können einen Lupus-Schub auslösen – getreu diesem Dogma raten Rheumatologen ihren Patientinnen mit Systemischem Lupus Erythematodes (SLE) von der Pille ab. Dabei scheinen Kontrazeptiva gar nicht so riskant zu sein – könnte man jedenfalls zwei Studien entnehmen, deren Ergebnisse bei der Tagung des American College of Rheumatology im Oktober 2004 vorgetragen wurden.

In der so genannten SELENA-Studie¹ hatten 183 Patientinnen

randomisiert und doppelblind 12 Zyklen lang ein triphasisches Kontrazeptivum (Ethinylöstradiol und Norethindron) oder Placebo eingenommen. Schwere Schübe traten in der Verum-Gruppe bei 7,7 Prozent, in der Placebo-Gruppe bei 7,6 Prozent der Frauen auf. Auch die leichten bis mäßigen Schübe traten in beiden Gruppen gleich häufig auf.

In einer weiteren Studie² wurden 162 Patientinnen auf drei Gruppen aufgeteilt: Östrogenhaltiges Kontrazeptivum, Gestagen-Präparat, Intrauterinpes-

sar. Auch hier ergab die einjährige Studienphase keine Unterschiede in der Schub-Häufigkeit, der Hospitalisationsrate und des Medikamentenbedarfs. Dafür erkannten die Autoren andere, nicht ganz unerwartete Risiken: Das östrogen- und das gestagenhaltige Kontrazeptivum erhöhte jeweils das Thromboserisiko, der Intrauterinpessar erhöhte das Risiko schwerer Infektionen (bei zwei Patientinnen waren septische Meningitiden aufgetreten).

BW

Quellen:

1. Petri M, Kalunian K, Grossman B et al. Combined oral contraceptives (OC) are not associated with an increased rate of flare in SLE Patients in SELENA. American College of Rheumatology 2004 meeting; October 16-21, 2004; San Antonio, TX; Abstract 523.
2. Sanchez-Guerrero J, Mestanza M, Jimenez ML, et al. Safety of use and effect on disease activity of three contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus: A one-year follow-up clinical trial. American College of Rheumatology 2004 meeting; October 16-21, 2004; San Antonio, TX; Abstract 1845.

Erreichbar über: www.rheumatology.org >>
Rechts oben Abstract-Suche für 2004 anklicken, dann Detail-Search wählen und nach Abstract-Nummern suchen

Private Krankenversicherung an Patienten

„Lassen Sie auf Generikum umstellen!“

Ein privat versicherter Patient staunte nicht schlecht, als er nach dem Einreichen seiner verauslagten Rezepte ein Schreiben seiner Assekuranz erhielt. Der Versicherung war der Antra-Verbrauch zu teuer.

Im Schreiben der privaten Krankenversicherung heißt es:

„Im Zusammenhang mit Ihren bei (uns) eingereichten Erstattungsanträgen haben Sie Rezepte mit dem Medikament Antra eingereicht. Wir möchten Sie darüber informieren,

dass es für dieses Medikament preisgünstigere Alternativen gibt, so genannte Generika. Generika sind Medikamente, die nach Ablauf des Patentschutzes mit den Wirkstoffen des Originalpräparates hergestellt werden. Auch Generika erfüllen die strengen Auflagen des deutschen Arzneimittelgesetzes; die therapeutische Gleichwertigkeit mit dem Originalpräparat ist gegeben.

Die Preisdifferenz zwischen Ihrem Originalpräparat und

einem Generikum kann bis zu 75% betragen. Fragen Sie Ihren Arzt nach diesen günstigeren Alternativen. Sollte die Behandlung mit dem Medikament inzwischen abgeschlossen sein, empfehlen wir Ihnen, für künftig benötigte Medikamente ein qualitativ gleichwertiges Präparat einzunehmen, sofern der Arzt einverstanden ist.

Durch Ihre Mithilfe können Sie beitragen, den Ausgabenanstieg für Arzneimittel zu be-

einflussen. Viele kleine Schritte der Kostenreduzierung können sich zu großen Auswirkungen summieren.“

Es ist bekannt, dass private Krankenversicherungen über Gesundheitslotsen besonders teure Versicherte in preisgünstigere Gefilde shiften lassen. So scheint auf dem Gebiet ärztlicher Tätigkeit offenbar das freie Spiel politischer und versicherungstechnischer Kräfte Einzug zu halten.

BY

Petitionsausschuss für Rauchverbot in Ämtern

Für den Rauchstopp in allen „Ämtern mit Publikumsverkehr“ treten öffentliche Mandatsträger ein. Eine entsprechende Eingabe leitete der Petitionsausschuss befürwortend an das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesinnenministerium und die Bundestagsfraktionen weiter.

Nach Meinung des Petitionsausschusses sei nicht einzusehen, warum ein generelles Rauchverbot auf Bahnhöfen und Flughäfen möglich sei, nicht aber in Behördenräumen. Dort sei die gesundheitliche Beeinträchtigung von Nichtrauchern wesentlich größer.

Quelle: Pressestelle des Bundestages

Glosse: Ohne Raucher käme die größte Wirtschaftskrise

Leider meldet sich hier nur die Mehrheit des Petitionsaus-

schusses des Bundestages zu Wort und nicht die Mehrheit seines Plenums. Im Vorschlag unerwähnt bleiben die Ämter ohne Publikumsverkehr, in denen viele stille Dulder/innen des unerwünschten blauen Dunstes hocken (– hocken müssen, weil sie die Vorgesetzten nicht an einer empfindlichen Stelle treffen wollen). Den revolutionären Mut des irischen Gesetzgebers, der herzlos – aber mit breiter Unterstützung der Öffentlichkeit – das Rauchen sogar in allen Pubs verbot, bringt man im Deutschen Bundestag noch nicht auf. Schließlich sind viele Abgeordnete „von dem Tobak ein Verehrer“.

Eine interessante Überlegung setzt die Initiative dennoch in Gang: Eine sofortige, komplette Einstellung des Rauchens zöge die größte Wirtschaftskrise seit dem 2. Weltkrieg nach sich. Addiert

man die Folgen eines potentiellen Generalrauchstopps im Zeitraffer, so entstünde allein im deutschen Gesundheitswesen mit über 4 Millionen Beschäftigten eine 6-stellige Zahl von Arbeitslosen (operative und interventionelle Herz- und Gefäßdiagnostik und -therapie, Lungen-, Reha- und Nachsorgemedizin, ambulante und stationäre Versorgung von KHK, Apoplexie und AVK sowie der obstruktiven und onkologischen Lungenerkrankungen, Wegfall eines Großteils der Märkte für Protonenpumpenhemmer, Cholesterinsenker, Antibiotika und Chemotherapeutika etc.).

Der Ausfall von Zigarettenproduktion, -sponsoring, -werbung und -verkauf einschließlich des konsekutiven wirtschaftlichen Einbruchs bei den Printmedien sorgte noch einmal für die gleiche Dimensi-

on Arbeitsloser. Der komplette Ausfall der Tabaksteuer käme hinzu. Die Hauptsache kommt aber noch: Durch die steigende Lebenserwartung mehrerer Millionen Menschen allein in Deutschland um 4 bis 6 Jahre wären nicht nur die Rentenkasse mit ihren heute nur 5 Tagen Zahlungsvorsprung, sondern auch sämtliche Renten-Konsolidierungsmodelle mit einem Schlag pulverisiert.

Die Folgen ließen sich teilweise dämpfen, wenn das freiwerdende Rauchergeld ebenso zum größten Teil in die öffentlichen Kassen flöse wie heute. Das aber scheint nicht darstellbar. Die Schlussfolgerung ergibt sich von selbst: Die Raucher halten nicht nur ihre Kleinf Feuerstellen, sondern auch die Wirtschaft unter Dampf.

BY

Kassen zahlen nicht, Basel II drückt, Milliardenlücke bei Finanzierung

Pleite-Risiko der Krankenhäuser hat sich verdoppelt

Alarmstufe gelb: Die Finanzlage deutscher Krankenhäuser droht sich dramatisch zu verschlechtern. Akut bringt schlechte Zahlungsmoral von Krankenkassen Kliniken in Bedrängnis. Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) **stehen Kassen bei Kliniken mit 2,3 Milliarden Euro (das sind fünf Prozent der jährlichen Gesamtzahlungen) in der Kreide**, obwohl die GKV beteuert, 95 Prozent der Rechnungen anstandslos zu begleichen.

Mittelfristig droht Krankenhäusern der finanzielle Ruin, wenn es ihnen nicht gelingt, die Kosten zu senken, ihre Auslastung und damit die Eigenkapitalzufuhr zu erhöhen, warnt eine neue Gemeinschaftsstudie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen,

und der Health Care Unternehmensberatung ADMED GmbH, Hamburg („Insolvenzrisiken der deutschen Krankenhäuser – Bewertung und Transparenz unter Basel II“, <http://www.rwiessen.de>). Schon heute ist für Krankenhäuser das Risiko, pleite zu gehen, annähernd doppelt so hoch wie in der Gesamtwirtschaft (1,7: 1,0 Prozent).

Düsterer noch: **Die Insolvenzwahrscheinlichkeit deutscher Hospitäler wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen.** Grundlage für diese pessimistische Vorhersage sind die Jahresabschluss- sowie extern zugängliche krankenhausspezifische Daten für 212 der bundesweit rund 2240 Krankenhäuser, die RWI und ADMED erstmals systematisch überprüft haben. Die Gutacher errechneten, dass zurzeit bin-

nen eines Jahres 1,7 Prozent aller untersuchten Kliniken zahlungsunfähig werden. Bis 2008 werde sich dieser Wert voraussichtlich auf 2,2 Prozent erhöhen, so die Studie. Dabei sind Hospitäler in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stärker gefährdet, zahlungsunfähig zu werden, als private oder freigemeinnützige. Der Grund: Bei Rückzug der öffentlichen Hand kompensieren die betroffenen Krankenhäuser dies bisher nicht selten mit höherer Verschuldung.

Doch das wird auf Dauer nicht gut gehen. Denn auch die Zahl der Kliniken, die erhebliche Schwierigkeiten bei der Kreditaufnahme haben, wird zunehmen. **Meist verleiht eine Bank ab einer Insolvenzwahrscheinlichkeit von etwa 2,6 Prozent keinem mehr Geld. Schon heute lie-**

gen 21 Prozent der Krankenhäuser bei oder über diesem Schwellenwert. Bis 2008 wird ihr Anteil voraussichtlich auf 26 Prozent ansteigen. **Ostdeutsche Kliniken dürften allerdings länger Luft haben.** Wegen der Nachwende-Aufrüstung mit umfangreichen Fördergeldern in den 90er Jahren sind sie im Schnitt finanziell gesünder als westdeutsche.

Die künftige Finanzsituation der Kliniken wird auch durch ihre veränderte Entlohnung beeinflusst werden, so die RWI- und ADMED-Analyse. Denn in den kommenden Jahren wird sich die Vergütung, die ein Krankenhaus für eine bestimmte Behandlung erhält, auf Ebene der Bundesländer angleichen. Dies dürfte dazu führen, dass sich das Rating von Krankenhäusern mit derzeit 

relativ hohen Budgets im Schnitt verschlechtert und umgekehrt.

Die negative Prognose des RMI deckt sich mit den Aussagen des „Branchenkompass 2004 Gesundheitswesen“, den die Unternehmensberatung Mummert Consulting¹ gemeinsam mit dem F.A.Z.-Institut herausgibt. Demnach gewinnt die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft angesichts des wachsenden Kostendrucks und fehlender Investitionsmittel bei den Kommunen an Fahrt.

Binnen zehn Jahren werden, so die Vorausschau,

etwa 15 Prozent der rund 2240 deutschen Krankenhäuser ihre Pforten schließen oder durch Fusion die Eigenständigkeit verlieren.

Weitere Wege zur nächsten Klinik sind damit programmiert. Betroffen sei jedes siebte Hospital, das entspricht 330 Krankenhäusern. Die Kliniken seien nicht genügend ausgelastet, während ihnen gleichzeitig die Kosten für medizinisches Gerät und Personal über den Kopf wüchsen. 1,2 Milliarden Euro fehlten den Kliniken allein für

das laufende Jahr. Drastische Sparmaßnahmen, beispielsweise Bettenabbau und Reduzierung der Personaldecke, seien die Folge. Notwendige Investitionen blieben auf der Strecke.

Besonders betroffen von den Schließungen sind laut Branchenkompass vor allem kleine Kliniken mit weniger als 200 Betten sowie Häuser, deren Kapitaldecke sehr dünn ist. Das treffe in erster Linie auf öffentliche Krankenhäuser zu. Private Klinikbetreiber profitierten von die-

ser Misere der öffentlichen Krankenhäuser. Sie rechneten sich gute Wachstumschancen aus, indem sie wirtschaftlich angeschlagene Häuser aufkauften.

Für den neuesten Branchenkompass befragten Mummert Consulting und das F.A.Z.-Institut im Mai 100 Top-Entscheider aus 35 deutschen und 15 österreichischen Krankenhäusern sowie 50 deutsche Krankenkassen und -versicherungen über ihre Investitionsziele und ihre Marktpolitik bis 2006.¹

Auszugsweise aus
DGD Nr. 23/2004

¹ (http://www.mummertconsulting.de/surveys/downloads/ext_bk_gesund_2004.pdf)

Probleme mit der Arbeitszeit der Krankenhausärzte

Schlaf soll nicht mehr als Arbeitszeit gelten

Jeder Kliniker kennt's: Es gibt Zeiten, da ist der Bereitschaftsdienst knochenharte Arbeit, und es gibt Bereitschaften, die man weitgehend verschlafen kann. Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes, erfochten mit der tatkräftigen Hilfe des Marburger Bundes und konform mit der EU-Arbeitszeitrichtlinie, gilt Bereitschaft aber immer als Arbeitszeit. In diesem Sinn ist auch das nationale Arbeitsrecht angepasst worden, und das hat auch die Situation in Deutschland ziemlich durcheinander gewirbelt. Die Kliniken müssen umstrukturieren, manche Kollegen freuen

Die europäische Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst auf der Grundlage der Richtlinie 93/104/EG hat zu einer Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) zum 01.01.2004 geführt. Die europäische Arbeitszeitrichtlinie unterscheidet nach Artikel 2 lediglich Arbeitszeit und Ruhezeit; Bereitschaftsdienst wird vollständig als Arbeitszeit angesehen.

Über die damit verbundenen gravierenden Auswirkungen auf die Krankenhausträger und die Krankenhausmitarbeiter liegen inzwischen umfangreiche Erkenntnisse vor. Die Krankenhausträger sehen sich mit massiv steigenden Personalkosten sowie unlösbaren Personalengpässen konfrontiert. Die Mehrkosten belaufen sich nach verschiedenen Schätzungen auf 0,6 bis 1,7 Mrd. Euro jährlich, die zusätzlich benötigten Vollkräfte auf 20.000 bis 27.000.

Gerade kleinere Organisationseinheiten sind aufgrund des über-

proportionalen Personalmehrbedarfs in ihrer Existenz gefährdet. Die Krankenhausmitarbeiter stehen vor einer Reduktion der Weiterbildungsmöglichkeiten und Einkommenseinbußen. Zugleich sinkt die Flexibilität bei den Arbeitszeiten. Es ist daher nicht erstaunlich, dass sich die Mehrheit der Ärzte in repräsentativen Befragungen gegen die Abschaffung des Bereitschaftsdienstes ausgesprochen hat.

EU ändert ihre Arbeitszeitrichtlinie

Die Europäische Kommission hat Ende September 2004 einen Vorschlag für eine Änderung der Arbeitszeitrichtlinie vorgelegt. Der Vorschlag ist nicht zuletzt Ausdruck, dass in vielen Mitgliedstaaten die Umsetzung der europäischen Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst auf der Basis der geltenden Richtlinie zu massiven Problemen führen würde.

sich auf mehr Freizeit, andere trauern dem Geld nach, das sie bisher mit ihren Bereitschaftsdiensten verdient haben – unterm Strich ist der Ärger über die neuen Arbeitsregeln wohl größer als die Freude. Vor diesem Hintergrund will die EU-Kommission die Arbeitszeit-Richtlinie wieder ändern und damit dem bewussten Urteil die Basis entziehen. Die Bereitschaftszeit soll untergliedert werden, frei nach dem Motto: Wer schläft, der arbeitet nicht. Unsere Autoren analysieren die Situation aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Der für Beschäftigung und Soziales zuständige Kommissar Stavros Dimas äußerte hierzu: „Der Vorschlag soll Mängel beheben, die sich in der Anwendung der Richtlinie offenbart haben. Er ist in sich ausgewogen, denn er verbindet den Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer mit einem Mehr an Flexibilität und fördert damit auch die Wettbewerbsfähigkeit.“¹

Der Vorschlag sieht im Einzelnen für die gültige Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG (vormals 93/104/EG) vor:

- Artikel 2 und 2a: Die Kategorien Arbeitszeit und Ruhezeit werden um den Bereitschaftsdienst ergänzt. Die Zeit, in der der Arbeitnehmer während des Bereitschaftsdienstes effektiv seine Tätigkeit ausübt oder seine Aufgabe wahrnimmt, wird als Arbeitszeit angesehen; die inaktive Zeit nicht.
- Artikel 16: Der „Standard“-

Bezugszeitraum für die 48-stündige wöchentliche Höchstarbeitszeit von vier Monaten bleibt bestehen. Die Mitgliedstaaten können unter bestimmten Bedingungen den Bezugszeitraum auf ein Jahr ausdehnen. Die geltende Richtlinie sieht eine Differenzierung zwischen 6 und 12 Monaten vor.

- Artikel 17 und 18: Wenn von den vorgeschriebenen Ruhezeiten abgewichen wird, müssen Ausgleichszeiten innerhalb einer Frist von 72 Stunden gewährt werden. In der geltenden Fassung der Richtlinie ist keine Fristsetzung vorgesehen.

- Artikel 22: An das Opt-out, d. h. die Möglichkeit die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden kraft einzelvertraglicher Vereinbarungen zu überschreiten, werden strengere Kriterien gestellt. So darf bspw. der Arbeitgeber

die Zustimmung des Arbeitnehmers nicht mit der Unterzeichnung des Arbeitsvertrages koppeln.

Aktive und inaktive Bereitschaftszeiten

Die DKG bewertet den Richtlinienvorschlag insgesamt positiv. Er stellt einen angemessenen Kompromiss zwischen den divergierenden Positionen dar und wird den Interessen der Betroffenen gleichermaßen gerecht.

Dreh- und Angelpunkt ist die Erweiterung der Arbeitszeitdefinition um den Bereitschaftsdienst sowie die Differenzierung zwischen aktiven und inaktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes. Nach dem Vorschlag der Kommission liegt Bereitschaftsdienst vor, wenn der Arbeitnehmer an seinem Arbeitsplatz zur Verfügung stehen muss, um auf Aufforderung des Arbeitgebers seine Tätigkeit auszuüben oder seine Aufgaben wahrnehmen zu können. Die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes wird im Gegensatz zur aktiven Zeit nicht als Arbeitszeit angesehen, sofern insbesondere nicht in der einzelstaatlichen Gesetzgebung etwas anderes vorgesehen ist.

Wer schläft, arbeitet nicht

Diese Differenzierung ist sinnvoll und entspricht wesentlich besser den tatsächlichen Gegebenheiten: Wer im Bereitschaftsdienst seine Tätigkeiten effektiv ausübt, verrichtet Arbeitszeit. Inaktive Zeiten, z. B. Zeiten, in denen der Arbeitnehmer während eines Bereitschaftsdienstes schläft, werden dagegen als Ruhezeit bewertet. Niemand, auch nicht die DKG, verbindet damit die Vorstellung, dass Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Bereitschaftsdienste Muße tun. Wer dies unterstellt, argumentiert böswillig. Jedoch stellt die Europäische Kommission selbst fest, dass die inaktiven Zeiten während des Bereitschaftsdienstes nicht das gleiche

Schutzniveau erfordern wie die aktiven Zeiten.

Der Bereitschaftsdienst mit anteiliger Berücksichtigung als Arbeitszeit ermöglicht flexible Arbeitszeitmodelle, die sowohl im Interesse der Krankenträger als auch der Krankenhausmitarbeiter liegen.

Die Krankenträger können mit Hilfe entsprechender Arbeitszeitmodelle die Patientenversorgung – auch in Zeiten geringen Arbeitsanfalls – wirtschaftlich sicherstellen. Die umfassende Wertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit bzw. die vollständige Umstellung der Modelle auf Vollarbeitszeit führt demgegenüber zu einem hohen Bedarf an nicht vorhandenem neuen Personal und zu enormen Kostensteigerungen. Insbesondere kleine Einheiten und Einheiten, die keine fachübergreifende Dienste ermöglichen, sind unter diesen Bedingungen in ihrer Existenz gefährdet.

Den Ärztinnen und Ärzten bieten flexible Arbeitszeitmodelle mit Bereitschaftsdienst insbesondere zusätzliche Einkommensmöglichkeiten und Weiterbildungschancen. Vielfach haben die Krankenhausärzte ihre Lebensplanung auf diese Modelle aufgebaut. Es ist daher nicht erstaunlich, dass die Mehrheit der Ärzte diese über Jahrzehnte erfolgreich praktizierte Arbeitsform befürwortet. So ergab eine im Jahr 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Auftrag gegebene Studie zu den Auswir-

kungen alternativer Arbeitszeitmodelle.²

■ Die Mehrheit der Ärzte lehnt eine deutliche Beschränkung oder Abschaffung des Bereitschaftsdienstes ab. Dies betrifft bspw. die Reduzierung der Bereitschaftsdienststufen durch organisatorische Maßnahmen, die Beschränkung der Bereitschaftsdienste auf Abend-/Nachtstunden oder den Ersatz der Bereitschaftsdienste durch Vollarbeit/Schichtdienst.

Lieber Bereitschaftsdienst als mehr Freizeit

■ Bei einer Wahlmöglichkeit zwischen ihrer momentanen Bereitschaftsdienstvergütung und mehr Freizeit ist die Mehrheit der Ärzte zu keinem oder nur zu geringem Einkommensverzicht bereit. Lediglich 6,9% der Ärzte würden auf die Bereitschaftsdienstvergütung verzichten, wenn sie lediglich die tarifliche Sollarbeitszeit zu leisten hätten.

■ Mit den alternativen Arbeitszeitmodellen verbindet die Mehrheit der Ärzte eine Verschlechterung der Patientenversorgung und der Arbeitsbedingungen. So werden von den Ärzten hinsichtlich der Arbeitsbedingungen eine höhere Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung, spürbare Einkommenseinbußen sowie von den Assistenzärzten ohne Weiterbildung eine

Verschlechterung und Verlängerung der Weiterbildungszeiten erwartet.

Die weiteren Punkte des Kommissionsvorschlages betreffen die Streichung des 6-monatigen Bezugszeitraums für die Berechnung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit, die erstmalige Setzung einer Frist für den Ausgleich bei Abweichungen von der Ruhezeit und die verschärften Anforderungen an die Anwendung des Opt-out. Insbesondere die letzten beiden Punkte zeugen von der Ausgewogenheit des Kommissionsvorschlages, die einer Überbeanspruchung der Arbeitnehmer und dem Missbrauch individueller Vereinbarungen zur Überschreitung der 48-stündigen wöchentlichen Höchstarbeitszeit entgegenwirken.

Erfahrungen mit der Opt-out-Anwendung liegen in Deutschland noch nicht vor. Es mag sein, dass die weitgehende Ausübung des Opt-out in Großbritannien die Kommission zu den jetzt vorgeschlagenen Verschärfungen bewogen hat. Die DKG wendet sich nicht dagegen, dass die Unterzeichnung der Opt-out-Regelung bei Abschluss eines Arbeitsvertrages oder während der Probezeit künftig nicht mehr zulässig ist. Dagegen sollten die hochregulierten Auflagen zur Listenführung beim Opt-out dringend überarbeitet werden, um nicht noch mehr Bürokratie in die Krankenhäuser zu tragen.

Individuelle Freiheit erhalten!

Es ist nochmals zu betonen, dass das Opt-out eine individuelle Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber darstellt. Alle Umfragen, die in jüngerer Zeit eine breite Mehrheit von Krankenhausärzten anführen, die nicht mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten wollen, liefern deshalb kein Argument dafür, warum sich die deutschen Gewerkschaften einer tarifrechtlichen Rahmenregelung zum Opt-out generell verweigern. Selbst wenn es nur eine Minderheit sein soll- ►



te, die auf mehr als 48 Wochenstunden optiert – diese darf sich von ihrer Gewerkschaft nicht vertreten fühlen. Paternalismus statt individueller Wahlfreiheit ist offenbar das Leitbild der Ärztegewerkschaften in Deutschland.

Wie geht es weiter?

Der Vorschlag der Europäischen Kommission wird im Rahmen des so genannten Mitentscheidungsverfahrens dem Europäischen Parlament und dem Rat zur Zustimmung vorgelegt. Die genaue Zeitschiene der Beratungen steht noch nicht fest.

Der bisherige Konsultationsprozess auf europäischer Ebene verlief vergleichsweise zügig. Die DKG setzt darauf, dass sich das Europäische Parlament und der Rat dem Kommissionsvorschlag rasch anschließen. Dann hätte die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes, wie sie sich in den SIMAP- und Jaeger-Urteilen ausdrückt, keine Grundlage mehr.

Mit Blick auf Deutschland ist zu vergegenwärtigen, dass eine revidierte EU-Arbeitszeitrichtlinie dann grundsätzlich eine Anpassung des deutschen Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) erfordert, um in Deutschland wirksam zu werden. Angesichts der derzeitigen Problematik sollten nicht nur die kraft Rechtsprechung aufzunehmenden verschärften Minimalstandards – insbesondere die strengeren Opt-out-Kriterien –,

sondern sämtliche Bestimmungen umgesetzt werden. Die prognostizierten negativen Auswirkungen der europäischen Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst würden deutlich reduziert.

Die Zeit drängt

Allerdings ist der zeitliche Spielraum für eine Anpassung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie und damit verbunden des deutschen ArbZG begrenzt.

Das ArbZG sieht in § 25 eine Übergangsregelung bis zum 31.12.2005 vor. Die Regelung schützt in diesem Zeitrahmen bestehende bzw. nachwirkende Tarifverträge. Durch Tarifvertrag zugelassene Betriebsvereinbarungen sowie Regelungen der Kirchen und der öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften stehen Tarifverträgen gleich. In dieser Übergangsfrist sind die Tarifpartner aufgefordert, abweichende Regelungen insbesondere von der im Gesetz vorgegebenen 8- bzw. 10-stündigen täglichen Höchstarbeitszeit zu vereinbaren.

Die Hälfte der zweijährigen Übergangsfrist ist inzwischen verstrichen. Es muss festgestellt werden, dass es den Tarifparteien in Deutschland seit dem in Kraft treten des geänderten ArbZG nicht gelungen ist, neue Regelungen zu vereinbaren. Bei einer tariflichen Wochenarbeitszeit von 38,5 bzw. 40 Stunden sind die Krankenhäuser auf die abweichenden Regelungen – insbesondere die

Opt-out-Option – zwingend angewiesen. Ansonsten verblieben unter der Restriktion der 48-Stunden-Woche lediglich 9,5 bzw. 8 Wochenstunden für den Bereitschaftsdienst; unabhängig von der Bereitschaftsdienststufe. Solange noch offen ist, ob der Richtlinienvorschlag der EU-Kommission realisiert wird, ist auch weiter von einem Stillstand der nationalen Tarifverhandlungen zum Bereitschaftsdienst auszugehen.

Angesichts dieser Problematik setzt sich die DKG mit Nachdruck für die zügige Annahme des Kompromissvorschlags der Kommission ein. Der deutsche Gesetzgeber ist aufgefordert, sodann das ArbZG schnellstmöglich an die flexiblen Spielräume der europäischen Arbeitszeitrichtlinie anzupassen. Hierdurch würde nach Einschätzung der DKG auch eine Einigung der Tarifparteien gefördert.

Bei einem Ausbleiben einer Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen oder flexibler tariflicher Regelungen ist eine Umsetzung des ArbZG am 01.01.2006 faktisch nicht möglich. In diesem Fall würden die unmittelbaren gesetzlichen Vorgaben greifen; die werktägliche Arbeitszeit wäre auf 8 bzw. 10 Stunden begrenzt. Dramatische Einschnitte für die Patientenversorgung, die Krankenhausträger und die Bereitschaftsdienst leistenden Ärzte wären die Folge.

Die Krankenhäuser sollen innerhalb der Übergangsfrist

neue Arbeitszeitmodelle umsetzen. Die derzeitigen Restrukturierungen sind u. a. durch eine Verlängerung der Service-/Betriebszeiten und zeitversetzter Dienste bei gleichzeitiger Reduktion der Bereitschaftsdienste gekennzeichnet. Derart tief greifende Reorganisationen sind auf eine verlässliche Planungsgrundlage angewiesen. Die arbeitszeitrechtlichen und tariflichen Rahmenbedingungen ab 2006 sind allerdings ungewiss. Diese Situation fehlender Planungssicherheit für die Krankenhausträger ist äußerst kritisch.

Umso dringlicher ist eine rasche Entscheidung über die rechtlichen Grundlagen auf europäischer und nationaler Ebene. Es fehlt nicht am Willen, neue Formen der Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern zu realisieren. Sollten jedoch die vorgeschlagenen Modifizierungen des Arbeitszeitrechts und flankierende tarifliche Regelungen weiter auf sich warten lassen, ist eine Verlängerung der in § 25 ArbZG bestimmten Übergangsfrist erforderlich.

Dr. Martin Walger
Geschäftsführer in der DKG
Dezernat Personalwesen /
Krankenhausorganisation
Dr. Thomas Hurlebaus
Referent in der DKG
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystr. 3, 10623 Berlin

- 1 Pressemitteilung der Europäischen Kommission IP/04/1129 vom 22.09.2004.
- 2 Deutsches Krankenhausinstitut e. V.: Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle, Düsseldorf 2004.

Öffentliche Qualitätsberichte über die stationäre Versorgung

Kliniken an den Pranger stellen?

Inzwischen stellt die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung jedes Jahr ihren Qualitätsbericht ins Netz. Ross und Reiter werden nicht genannt, auch die Krankenhäuser mit schlechten Ergebnissen bleiben anonym. Aber das muss

Bei der externen vergleichenden Qualitätssicherung geht es nicht darum aufzudecken, welches Krankenhaus Fehler macht, sondern darum, Strategien zu entwickeln, wie Fehler vermieden

werden können. Das beteuerte Ministerialrätin Dr. Hiltrud Kastenholz vom Bundesgesundheitsministerium auf dem 27. Deutschen Krankenhaustag am 25. November 2004 in Düsseldorf.

nicht so bleiben: Ein Haus, das wegen schlechter Ergebnisse gerügt wird und weiterhin schlecht bleibt, verliert seinen Anspruch auf Anonymität. Das könnte fatale Folgen für die Existenz haben.

Auch die Krankenhausträger halten wenig davon, in dem von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) veröffentlichten Qualitätsbericht Ross und Reiter zu nennen. Es wür-

de wenig nutzen, aber vielen schaden, meinte Dr. Martin Walger, Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die Krankenhäuser arbeiten mit den ver-

öffentlichem Daten, bestätigte er. Sie sehen, wo sie stehen und wo Verbesserungen nötig sind. In keinem anderen Land der Welt gibt es derzeit ein vergleichbares nationales Verfahren zur Qualitätsdarstellung, das alle Krankenhäuser einschließt und auf medizinische und pflegerische Ziele ausgerichtet ist. Erfasst werden 33 Leistungsbereiche aus Medizin und Pflege, was ungefähr 20% des gesamten Leistungsspektrums entspricht.

Recht an Anonymität geht verloren

Im Zentrum der vergleichenden Qualitätssicherung steht der strukturierte Dialog zwischen BQS und den Kliniken. „Wir wollen, dass alle Häuser gute Qualität liefern“, betonte Walger. Eine Besten-Liste werde es daher nicht geben, doch wer die Qualitätsziele verfehle, werde genauer unter die Lupe genommen und erfahre eine Begehung des Hauses sowie anschließende Beratung. Nur das Krankenhaus, das die Ergebnisse der Beratung ignoriere, verliere dann den Anspruch auf Anonymität.

Als Qualitätskriterium hat der Gesetzgeber die Mindestmengenregelung eingeführt, davon ausgehend, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Walger ist skeptisch. Das Leistungsvolumen sei letztlich nur ein Surrogat-Parameter. Qualität hänge von vielen weiteren Faktoren ab. Für fünf Indikationen hat die ge-

meinsame Selbstverwaltung seit Januar 2004 Mindestmengen festgelegt: Lebertransplantation, Nierentransplantation, komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas und Stammzelltransplantation. Ab Januar 2005 sollen koronarchirurgische Eingriffe und Kniegelenk-Totalendoprothese hinzukommen. In der Diskussion sind die Behandlung von VLBW-Neugeborenen, PTCA sowie elektive Operationen bei Bauch-aortenaneurysma.

Vorsicht mit den Mindestmengen!

Walger riet zu einem vorsichtigen Umgang mit der Mindestmengenregelung. Sie bedürfe unbedingt einer evidenzbasierten Evaluierung.

Für alle Krankenhäuser künftig verbindlich ist die Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichts, erstmals zum 1. September 2005, danach im Abstand von zwei Jahren. Der Bericht muss den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, die ihn im Internet veröffentlichen können. Walger spricht von einem „gewaltigen Schritt nach vorn zu mehr Transparenz“.

Gute Behandlungsqualität und ein Patienten-zentriertes Angebot sind in seinen Augen die wichtigsten Parameter im härter werdenden Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander. Für das Gesundheitsministerium ist es entscheidend, dass mit der vergleichenden Qualitätssicherung ein Prozess in den Krankenhäusern in Gang ge-

kommen ist, der es erlaubt, Stärken und Schwächen aufzuspüren und ein Benchmarking herzustellen.

Ein positives Beispiel ist für Ministerialrätin Kastenholz der „Klinik-Führer Ruhrgebiet“, an dem 37 Kliniken mit 58 Fachabteilungen freiwillig teilnehmen. Er wird herausgegeben in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Medizin-Management an der Universität Duisburg-Essen (Prof. Jürgen Wasmann), der Picker Institut Deutschland gGmbH und der Boston Consulting Group GmbH. Dieser Klinik-Führer zeigt nach den Worten von Kastenholz, dass die Kliniken von sich aus bereit sind, ihre Daten offen zu legen. „Eine ganze Region wirbt hier über die Qualität der Krankenhausleistungen für sich.“

Der Bericht nennt für jede Klinik und Fachabteilung die personelle Ausstattung, Bettenzahl, Anzahl der OP-Plätze, ob 24-Stunden-Facharzt-Bereitschaft oder nicht, dazu Ergebnisse aus Patienten- und Arzteinbefragungen über Qualität und Renommee sowie Leistungsstatistiken (Eingriffe, Verweildauer). Der Klinik-Führer Ruhrgebiet zeigt laut Kastenholz, dass der Vergleich mit anderen Leistungserbringern offensichtlich nicht gescheut wird. Die Kliniken seien bereit, mehr als das, was die Rahmenvorgaben der Selbstverwaltung beinhaltet, preiszugeben.

Das BMGS fördert in den Jahren 2004 bis 2007 mit rund 3 Millionen Euro 10 Projekte aus dem ambulanten und stationä-

ren Bereich zum Benchmarking in der Patientenversorgung. Ziel ist ein kollegialer Erfahrungsaustausch (ohne Öffentlichkeit) und das Lernen von den Besten.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung will ab 2005 ein Benchmarking einführen, bestätigte ihr Hauptgeschäftsführer Dr. Andreas Köhler in Düsseldorf. Er freue sich, erstmals einen bundesweiten Qualitätsbericht vorlegen zu können, der zeige, was in der ambulanten Versorgung an Qualitätssicherungs-Maßnahmen geschieht. Bereits jetzt stünden 30% aller ambulanten Leistungen unter einem Erlaubnisvorbehalt. Qualitätssicherung ist für Köhler eher „ein antiquierter Begriff“. Die KBV setze stärker darauf, Qualitätsmanagement zu etablieren mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung als umfassendem Prinzip, eingebunden in definierte Versorgungsaufträge, wo erforderlich Sektoren-übergreifend.

Prof. Peter T. Sawicki, der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Anfang November seine Arbeit aufgenommen hat, warb in Düsseldorf für eine Patienten-orientierte Forschung. Hier sei noch sehr viel zu tun. Von 101 neu zugelassenen Wirkstoffen in den Jahren 2000 bis 2003 hätten zwei Drittel keinen echten Fortschritt bedeutet. Als „schlimmes Kapitel“ bezeichnete er die Tatsache, dass Studiendaten manipuliert bzw. ungünstige Ergebnisse einfach nicht veröffentlicht würden. Auch die Fortbildung der Ärzte lasse zu wünschen übrig. Eine Analyse des Informationsmaterials, das Vertragsärzte in Nordrhein innerhalb eines Monats von Pharma-Referenten erhalten haben, habe gezeigt, dass höchstens 8% der Informationen wissenschaftlich belegt waren. Als dringend notwendig bezeichnete Sawicki die Vollständigkeit und Richtigkeit von Daten, Benchmarking, Feedback, Fehleranalyse, individuelle Intervention sowie die Messung der Ergebnisse von Interventionen in einem fortlaufenden Prozess.

ks

Herzkatheter: Kritisierte bleiben anonym

Die BQS übt in ihren – öffentlich zugänglichen – Berichten zwar Kritik, aber wer damit gemeint ist, bleibt verborgen. Hier ein Auszug aus dem Bericht zur PTCA:

Die Perkutane transluminale Koronarangioplastie (Aufdehnung der Herzkranzgefäße, PTCA) ist der am weitesten verbreitete Kathetereingriff. Die PTCA stellt zunehmend eine Alternative zur Bypass-Operation dar. Insbesondere durch neuere Stenttechniken (z.B. Medikamente freisetzen Stents) hat sich die dauerhafte Erfolgsrate in den letzten Jahren deutlich verbessert.

Die seltenen, aber schweren Komplikationen Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall werden international als Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zusammengefasst. Die Gesamtrate für MACCE bei PTCA lag 2003 bei 1,19%. Dies spricht generell für eine hohe Versorgungsqualität in Deutschland. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse reicht von 0,0 bis 8,3% bei Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen. Im Sinne der 95%-Perzentile sind 14 von 288 Krankenhäusern im Strukturierten Dialog um Stellungnahme zu ihren relativ hohen Komplikationsraten zu bitten.

Quelle: www.bqs-online.de

Neue Sicherheitsleine für Krankenhäuser

Das ursprünglich vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Änderung der DRG ist unter anderem bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf erhebliche Kritik gestoßen. Die unionsgeführten Länder haben die Kritik aufgenommen und im Bundesrat das Gesetz mit ihrer Mehrheit abgelehnt. Danach hat allerdings der Vermittlungsausschuss einen Einigungsvorschlag vorgelegt, der inzwischen auch von Bundesrat und Bundestag ohne weitere Diskussionen abgesegnet worden ist.

Die DKD hat das nun von beiden Häusern beschlossene „Fallpauschalenänderungsgesetz“ begrüßt. Der Präsident der DKG, Wolfgang Pföhler, betrachtet es als Grundlage für eine verantwortungsvolle Patientenversorgung im Kran-

kenhaus: „Dies ist ein überzeugendes Vermittlungsergebnis. Die Kliniken haben jetzt Planungssicherheit, um die notwendigen Vorbereitungen für das DRG-System im kommenden Jahr zu treffen.“ Die jetzt eingebauten Sicherungen verhindern nach Ansicht Pföhlers, dass es zu Verwerfungen insbesondere in der Hochleistungsmedizin komme.

Die Bundesländer haben sich im Vermittlungsverfahren mit ihrer Forderung durchgesetzt, die Umstellung auf DRGS um zwei Jahre bis 2009 zu strecken. Die Bundesregierung wollte die Konvergenzphase lediglich um ein Jahr auf Anfang 2008 verlängern. Die Krankenhäuser haben also länger Zeit, um sich an das Fallpauschalensystem zu adaptieren – in die-

ser Zeit kann auch das System weiterentwickelt und verfeinert werden.

Außerdem wird der so genannte Einstiegswinkel abgeflacht. Jetzt sind insgesamt fünf Konvergenzschritte von 15 Prozent (2005), 20 Prozent (2006, 2007, 2008) und 25 Prozent (2009) vorgesehen. Das kommt der ursprünglichen Forderung der DKG sehr nahe und bedeutet: Die Erlösbudgets der Krankenhäuser werden langsamer an die Zielwerte herangeführt, die sich aus den landes einheitlichen Basisfallwerten ergeben. Auch das erleichtert es den Häusern, ihre Kostenstrukturen anzupassen und sich mit dem System zu arrangieren.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann für 2005 vorläufige lan-

desweite Basisfallwerte vorgeben, sofern die Vertragsparteien auf Landesebene noch keinen landesweit geltenden Basisfallwert vereinbart haben. Solange der Basisfallwert nicht vereinbart wurde, können Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern nicht abgeschlossen werden.

Budgetverlust wird begrenzt

Als weitere Sicherheitsleine wurde eine so genannte Kappungsgrenze eingeführt – auch dies war eine Forderung der DKG. Die Kappungsgrenze soll im Jahr 2005 bei einem Prozent des Krankenhausbudgets liegen und in den folgenden Jahren um jeweils 0,5 Prozentpunkte angehoben werden. Das Erlösbudget eines Krankenhauses wird also im Jahr 2005 um maximal ein Prozent, im Jahr 2009 um maximal drei Prozent abgeschmolzen.

Für hochspezialisierte und kostenintensive Leistungen, die sich im DRG-System nicht genau abbilden lassen, können nun in „eng begrenzten Fällen“ individuelle Zusatzentgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden. Die Unionsfraktion hatte zwar mehr gefordert – sie wollte bestimmte Versorgungsbereiche wie Intensivmedizin, neurologische Frührehabilitation oder Transplantationsmedizin ganz aus dem DRG-System heraushalten. Damit hat sie sich im Vermittlungsausschuss aber nicht durchsetzen können.

BW



Steuer-Chinesisch

Steuerliche Behandlung der Praxisgebühr in der Gewinnermittlung

Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) vom 25. Mai 2004 (Koordinierter Ländererlass), Az.: IV A 6 – S 2130 – 7/04

Inhalt des Erlasses:

Der sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebende, einmal im Ka-

lendervierteljahr zu leistende Betrag für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Versorgung (sog. Praxisgebühr) wird gemäß § 28 Abs. 4 SGB V vom Versicherten als Zuzahlung zu den ärztlichen Behandlungen an den Leis-

tungserbringer gezahlt. Nach § 43b Abs. 2 SGB V hat der Leistungserbringer die Zuzahlungen einzubehalten. Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen

Vereinigung verringert sich in Höhe der einbehaltenen Zuzahlungen bei Abrechnung seiner Leistungen. Zahlt der Versicherte trotz Mahnung nicht, so treibt die Krankenkasse die Zuzahlung ein. Der Arzt trägt damit kein ▶

Ausfallrisiko und sein Vergütungsanspruch bleibt in vollem Umfang erhalten (§ 43b Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Nach Erörterung mit den obersten Finanzbehörden der Länder gilt für die steuerliche Behandlung der Praxisgebühr bei der Gewinnermittlung Folgendes:

Die vom Versicherten zu zahlende Praxisgebühr stellt beim Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten eine Betriebseinnahme und keinen durchlaufenden Posten dar. Die Sonderregelung für den Fall, in dem der Versicherte nicht zahlt – Übergang des Aus-

fallrisikos auf die Krankenkasse –, steht dem nicht entgegen.

Die zeitliche Erfassung dieser Betriebseinnahme richtet sich nach den allgemeinen Gewinnermittlungsgrundsätzen. Bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich wird die Betriebseinnahme im Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs auf die Einnahmen erfasst.

Bei einer pflichtwidrigen Nichtzahlung des Versicherten ist der Ausgleich im Wege des höheren Vergütungsanspruchs gegenüber der Krankenkasse,

der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung gewährleistet. Bei der Einnahmen-Überschuss-Rechnung wird die Einnahme im Zeitpunkt des Zuflusses der Zuzahlung erfasst.

Beispiel:

Patient A zahlt die Praxisgebühr für das IV. Quartal 2004 erst am 3. Januar 2005. Die Gebühr ist 2005 als Einnahme zu erfassen. Beim Betriebsvermögensvergleich muss die Betriebseinnahme im Zeitpunkt des Entstehens des Anspruchs erfasst werden, im obigen Beispiel also im IV. Quartal 2004.

Die sich aus den Regelungen des Sozialgesetzbuches (§§ 294, 295 Abs. 1 SGB V i.V.m. dem Bundesmantelvertrag-Ärzte) für alle Kassenärzte ergebenden besonderen Aufzeichnungspflichten über die in jedem Behandlungsfall vereinnahmte Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) sind gemäß § 140 AO auch für steuerliche Zwecke zu beachten. Die vereinnahmten Praxisgebühren sind dabei vollständig, richtig, geordnet und zeitnah (regelmäßig täglich) aufzuzeichnen (§ 146 Abs. 1 AO).

Rü

Umfrage zeigt es: IGeL haben sich kräftig vermehrt, aber

Internisten IGeLn sehr zurückhaltend

Die IGeL (individuelle Gesundheits-Leistungen) leisten in manchen Praxen bereits einen erheblichen Beitrag zur wirtschaftlichen Existenz. Und sie haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Das hat eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bei einer repräsentativen Stichprobe von 3000 Krankenversicherten ergeben. Heute wird bereits jedem vierten gesetzlich Krankenversicherten mindestens einmal im Jahr eine medizinische Zusatzleistung auf Privatrechnung angeboten – vor drei Jahren war es in einer Umfrage der AOK nicht einmal jeder Zehnte. Die seinerzeitige AOK-Umfrage scheint recht zuverlässig gewesen zu sein, ihre Ergebnisse korrelieren gut mit einer zur gleichen Zeit von der Bertelsmann-Stiftung durchgeführten Umfrage.

Internisten IGeLn recht wenig

Unter den IGeLn dominieren die Augeninnendruckmessungen und Ultraschalluntersuchungen (mit jeweils rund 17 Prozent), gefolgt von ergänzenden Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung bei Frauen (14 Prozent) und Laboruntersuchungen (7,3 Prozent). Wobei der Ultraschallkopf weniger

vom Internisten, sondern überwiegend vom Gynäkologen geführt wird. Am häufigsten IGeLn – nach den Zahnärzten – offenbar die Gynäkologen und Augenärzte. Die IGeL-Aktivität der Internisten und Allgemeinärzte fallen – verglichen mit ihrem Anteil an der ambulanten Versorgung – eher gering aus.

Es kommt auch auf Bildung und Einkommen an

Glaubt man den WIdO-Daten, dann sprechen die IGeLn-Kollegen vorzugsweise Patienten mit überdurchschnittlicher Bildung und höherem Einkommen an. In der unteren Einkommensgruppe (unter 2.000 Euro) bekam nur jeder Fünfte (20,8 Prozent) Privatleistungen angeboten, bei denjenigen, die ein Einkommen von über 4.000 Euro haben, berichtete dagegen fast ein Drittel (31,7 Prozent) der befragten Versicherten über entsprechende Erfahrungen in der Arztpraxis. Das Angebot privatärztlicher Leistungen korreliert zudem deutlich mit der Bildung der Befragten: Je höher die Schulbildung der Versicherten, desto größer ist der Anteil derer, denen in der Praxis ein IGeL angeboten wird. Patienten mit höchster ▶

Die häufigsten IGeL

Die AOK-Versicherten wurden auch gefragt: „Welche Leistung war das genau?“ Die Antworten sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst (relative Häufigkeiten bez. auf Nennungen in %).

Augeninnendruckmessung	17,0
Ultraschalluntersuchung	16,8
ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen	14,1
Blutuntersuchungen/Laborleistungen	7,3
Verordnung Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel	6,7
keine vertragsärztliche Leistung	6,3
PSA-Wert-Bestimmung	4,6
Knochendichtemessung	4,2
Hautkrebsvorsorge	3,1
Impfungen	1,3
Zusatzdiagnostik in der Mutterschaftsvorsorge	1,0
EKG	0,6
Sonstiges	12,6
weiß nicht/keine Angabe	4,4

Wer IGeL am meisten?

Die Antworten auf die Frage „Bei welchem Arzt ist die Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt worden?“ ergab die folgende Rangliste (Angaben in Prozent). Sie ist nicht nach den Anteilen der Arztgruppen an der ambulanten Versorgung gewichtet, sagt also nur eingeschränkt etwas darüber aus, wie stark eine Arztgruppe wirklich IGeLt. Gemessen an ihrem Anteil scheinen die Internisten aber tatsächlich eher zurückhaltend zu IGeLn.

Frauenarzt	35,0%
Augenarzt	18,8%
Praktiker/Allgemeinarzt	15,0%
Orthopäde	7,2%
Internist	6,3%
Urologe	5,3%
Hautarzt	4,7%
Sonstige Fachrichtungen	7,5%
weiß nicht/keine Angabe	0,2%

Fortsetzung von Seite 20

Ausbildungsstufe wurden doppelt so häufig private Zusatzleistungen angeboten wie Patienten mit einfachster Schulbildung.

Es gibt auch geschlechtsspezifische Unterschiede: Den Frauen werden mit 26,6 Prozent öfter IGeL angeboten als den Männern (18,7 Prozent). Das ist aber kein Wunder, wenn man sich vor Augen hält, dass die Gynäkologen am eifrigsten IGeL anbieten. Diese Kollegen werden naturgemäß nur selten von Männern konsultiert.

BW

Quelle: WidO-Monitor 1/04



Schutz vor Konkurrenten in Klinik und Praxis

Verfassungsgericht erlaubt Klage gegen Ermächtigung

Niedergelassene Vertragsärzte können gegen die Ermächtigung eines Krankenhausarztes klagen, Krankenhäuser können die Aufnahme von konkurrierenden Krankenhäusern in den Krankenhausplan anfechten.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil (§ 95 Abs. 1 S. 1 SGB V). Die ambulante Versorgung der gesetzlich Versicherten obliegt in erster Linie den freiberuflichen, in eigener Praxis tätigen Vertragsärzten. Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden (§ 116 S. 1 SGB V, § 35 a Ärzte-ZV). Die Ermächtigung ist eine gegenüber der Zulassung nachrangige Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Sie ist nur zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder die Kenntnisse dieser Krankenhausärzte nicht sichergestellt ist (§ 116 S. 2 SGB V).

Das Bundessozialgericht hat regelmäßig die Klagebefugnis eines niedergelassenen Kassenarztes gegen die einem Dritten erteilte Ermächtigung verneint. Den Regelungen über Zulassung und Ermächtigung von Ärzten sei kein Rechtssatz zu entnehmen, der auch den Individualinteressen des Vertragsarztes zu dienen bestimmt sei. Die Vorschriften über die Ermächtigung dienen entweder dem öffentlichen Interesse an der Sicherstellung der Versorgung oder dem Interesse der nicht zugelassenen Ärzte, die eine Ermächtigung beantragen.

Wende durch Verfassungsgericht

Das Bundesverfassungsgericht hat nunmehr mit Beschluss v. 17.08.2004 (1 BvR 378/00) diese Rechtsprechung als mit grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG) unvereinbar angesehen. Eingriffe in die Berufsfreiheit der niedergelassenen Vertragsärzte seien nur zulässig, wenn sie durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerech-

fertigt seien und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt werde. Die Verwirklichung der Grundrechte aus Artikel 12 Abs. 1 GG erfordere eine dem Grundrechtsschutz angemessene Verfahrensgestaltung.

Dem gesetzlich angeordneten Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte komme im Lichte dieses Grundrechts vor dem Hintergrund restriktiver Bedarfsplanung und limitierter Gesamtvergütungen auch dritt-schützende Wirkung in dem Sinne zu, dass diese Ärzte befugt seien, Krankenhausärzte begünstigende Ermächtigungsentscheidungen gerichtlich anzufechten.

Die Vertragsärzte und sonstigen Leistungserbringer würden durch jede Öffnung ihres gesetzlich regulierten Marktes für Dritte belastet. Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes derselben Fachrichtung und Qualifizierung greife in die Berufsausübungsfreiheit eines Vertragsarztes ein, der in demselben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbiete, indem sie die Erwerbsmöglichkeiten über das dem Vertrags-

arztrecht immanente Maß hinaus einschränke. Ein solcher Vertragsarzt konkurreiere nicht mehr nur mit anderen niedergelassenen Vertragsärzten, die ebenso wie er in eine Praxisausstattung investierten, sich niederließen und – abgesehen von den vertragsärztlichen Bindungen – im freien Wettbewerb untereinander stünden. Er konkurreiere infolge der Ermächtigung zusätzlich mit Krankenhausärzten, denen die Krankenhäuser die sächlichen Mittel zur Verfügung stellen.

Bei einem regulierten Marktzugang könnten auch Einzelentscheidungen, die das erzielbare Entgelt beeinflussten, die Freiheit der Berufsausübung beeinträchtigen.

Budgetierte Gesamtvergütung

Zwar gewähre Artikel 12 Abs. 1 GG keinen Schutz vor Konkurrenz. Die Vertragsärzte hätten aufgrund ihres Zulassungstatus auch keinen Rechtsanspruch auf die Sicherung einer wirtschaftlich ungefährdeten Tätigkeit. Die Wettbewerbsposition und die Erträge un-

terlägen grundsätzlich dem Risiko laufender Veränderungen je nach den Marktverhältnissen. Eine Wettbewerbsveränderung durch Einzelakt, die erhebliche Konkurrenz Nachteile zur Folge habe, könne aber das Grundrecht der Berufsfreiheit beeinträchtigen, wenn sie im Zusammenhang mit staatlicher Planung und der Verteilung staatlicher Mittel stehe.

Dem Aspekt einer quantitativ begrenzten Konkurrenz komme für die Berufsausübung des einzelnen Vertragsarztes wegen der budgetierten Gesamtvergütung wachsende Bedeutung zu. Je mehr Ärzte Leistungen erbrächten und abrechneten, desto geringer sei potentiell der Wert der einzelnen ärztlichen Leistungen.

Gerichtliche Überprüfung

Die Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung erfordere jedoch die Befugnis des Grundrechtsträgers (das heißt des Vertragsarztes), die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben für die Erteilung einer Ermächtigung zur gerichtlichen Überprüfung zu stellen. Insofern sei der Grundrechtsschutz des einzelnen Vertragsarztes nicht dadurch hinreichend abgesichert, dass die Zulassungsgremien paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte besetzt seien und der Kassenärztlichen Vereinigung eine Anfechtung der Ermächtigungsentscheidung möglich sei. Die Kassenärztliche Vereinigung sei primär auf den Ausgleich der unterschiedlichen Interessen der in ihr zusammengeschlossenen Ärztegruppen angelegt. Je nach Einfluss und Gewicht einzelner Arztgruppen und der Konstellation im Innenraum könnten die Interessen einzelner Ärzte von denen der Mehrheit in den Organen der Körperschaft abweichen.

Die nunmehr vorliegende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist von besonderer Bedeutung, da sie auch auf die (Neu-)Zulassung von

Vertragsärzten übertragbar sein dürfte.

Konkurrentenklage

In einer weiteren Entscheidung v. 14.01.2004 (1 BvR 506/03) hat das Bundesverfassungsgericht sich mit der Frage befasst, ob ein Krankenhaus, das nicht in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurde, als konkurrierender Bewerber die Planaufnahme eines anderen Krankenhauses anfechten kann.

Krankenhauspläne werden gemäß § 6 Abs. I KHG von den Ländern aufgestellt, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines bestimmten Krankenhauses in den Krankenhausplan erfolgt in Form eines Feststellungsbescheides. Die Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan ist Voraussetzung für eine Investitionsförderung und die Erbringung von Krankenhausleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bislang hat die Rechtsprechung die Aufstellung des Krankenhausbedarfsplans lediglich als eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare

Rechtswirkung nach außen qualifiziert. Seitens der Bewerber bestehe nur ein Anspruch auf fehlerfreie Auswahl unter mehreren Bewerbern. Dieser Anspruch werde durch die Auswahl eines konkurrierenden Krankenhauses nicht berührt.

Diese Rechtsprechung war insofern problematisch, als durch die Zulassung eines Mitbewerbers Tatsachen geschaffen wurden, die durch ein späteres Obsiegen des übergangenen Krankenhauses nicht mehr oder nur begrenzt rückgängig gemacht werden konnten.

Effektiver Rechtsschutz

Das Bundesverfassungsgericht ist hier der Auffassung, diese Rechtsprechung sei mit dem Grundrecht des übergangenen Krankenhauses auf effektiven Rechtsschutz aus Art. 19 Abs. 4 GG nicht vereinbar. Irreparable Entscheidungen seien soweit wie möglich auszuschließen. Insofern erfordere die Verwirklichung des Grundrechts der Berufsfreiheit des Mitbewerbers aus Art. 12 Abs. 1 GG auch eine dem Grundrechtsschutz angemessene Verfahrensgestaltung. Die Aufnahme eines konkurrierenden Bewerbers in den Krankenhausplan schränke die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten für das nicht aufgenommene

Krankenhaus ein. Die besondere Grundrechtsbetroffenheit des nicht in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses mache die Möglichkeit einer Drittanfechtung erforderlich. Nur so könne die Rechtslage für alle Beteiligten verbindlich geklärt werden, bevor öffentliche Mittel für Investitionen bewilligt werden. Auch dürfe die Entscheidung über die Aufnahme in den Krankenhausplan nicht isoliert, sondern nur unter Berücksichtigung gleichzeitig vorliegender Bewerbungen anderer Krankenhäuser erfolgen, schon um festzustellen, welches der beteiligten Krankenhäuser nach den maßgeblichen Kriterien am besten geeignet sei.

Die mit dieser Entscheidung verbundene Zulassung der Konkurrentenklage wird die Planungsbehörden zwingen, die Bescheide über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan umfassend zu begründen und so mehr Transparenz in das Verfahren bringen. Andererseits besteht aber auch die Gefahr der Verzögerung von Planungsentscheidungen durch die geschaffene verwaltungsgerichtliche Anfechtungsmöglichkeit.

Dr. iur. Dirk Schulenburg, Justitiar der Ärztekammer Nordrhein.

in: Rheinisches Ärzteblatt, 12/2004



Steuerrechts-Kapriolen wie bei Ludwig XIV.

Dass unsere Steuergesetzgebung unübersichtlich und auch für geschulte Fachleute kaum durchdringbar ist, verdient keiner weiteren Erwähnung. Dennoch bietet die Abgabenordnung immer wieder unerwartete Finessen, bei denen rechtschaffenen Bürgern die Haare zu Berge stehen.

Hauptursache sind schlammige Formulierungen und sog. handwerkliche Mängel, um die sich unsere Gesetzgeber nicht genügend kümmern. Jeder einzelne Bundestagsabgeordnete erhält – neben seinem Hauptentgelt – pro Monat mehr steuerfreie Leistungen überwiesen als zehn Verkäuferinnen nach Steuern auf ihrem Konto vorfinden. Das kann den Sinn für die mühsamen Einzelheiten des Steuerrechts vielleicht etwas trüben.

Im Folgenden ist von einem „dicken Hund“ zu berichten, den man eigentlich nicht glauben kann. Nach Gesetz und Recht werden bei uns Zinsen vom Bürger verlangt, die niemals entstanden sind. Sie werden erst dann wieder erlassen, wenn er einen „Antrag“ gestellt hat. Per Saldo muss also

beantragt werden, einen Unrechtszustand zu beenden. Dass hier rechtsstaatliche Prinzipien nicht einmal gestreift sind, geschweige denn zu Grunde liegen, ist evident.

Der konkrete Fall

1. Der Bürger gibt seine Steuererklärung ab und weiß, dass eine Steuernachzahlung fällig ist.
2. Ab dem 15. Monat nach Ende des Steuerjahres ist auf den offenen Nachzahlungsbetrag eine Verzinsung von 6 Prozent pro Jahr aufzuschlagen, unabhängig davon, welche Seite – Finanzamt oder Steuerpflichtiger – die Verzögerung bis zur endgültigen Steuerfestsetzung verursacht hat.

Bis hierhin ist – außer dem hohen Zinssatz – kein Problem ersichtlich. Das beginnt mit dem Punkt:

3. Der Bürger erhält vom Finanzamt keinen Steuerbescheid – vulgo: Das Amt trödelt herum – und die 15-Monatsgrenze wird überschritten. Zur Vermeidung der nun beginnenden Verzinsung zahlt der Bürger den offenen Nachzahlungsbetrag, ohne den Finanzamts-

bescheid abzuwarten.

4. Nach, sagen wir, 24 Monaten schickt das Finanzamt den Steuerbescheid an den Bürger.
5. Durch die Zahlung Ende des Monats 14 war die Steuerschuld komplett beglichen und der Steuerbescheid weist keine Forderung des Finanzamtes mehr aus.

Jetzt kommt es faustdick:

6. Der § 233 a der Abgabenordnung zwingt das Finanzamt dennoch zur Festsetzung einer Zinsforderung an den Bürger für die Monate 15 bis 24, denn feinsinnig steht im genannten Paragraphen der Abgabenordnung folgende Sentenz, die wohl jeder mindestens drei mal lesen muss:

„§ 233 a (3): Maßgebend für die Zinsberechnung ist die festgesetzte Steuer, vermindert um die anzurechnenden Steuerabzugsbeträge, um die anzurechnende Körperschaftssteuer, und um die bis zum Beginn des Zinslaufs festgesetzten Vorauszahlungen (Unterschiedsbetrag).“

Diesem Wortlaut nach hat der Bürger zwar eine Vorauszahlung geleistet, sie war aber nicht vom Typus „festgesetzte Vo-

rauszahlungen“, denn diese benennt das Finanzamt. Des Bürgers Überweisung war freiwillig, nicht amtlich festgesetzt. Dieser feinfühlige Unterschied lässt ihm also die 6-prozentige Zinsforderung des Amtes ins Haus flattern, ohne dass in der Sache ein Anspruch bestände.

Auf die spontane Beschwerde des Steuerzahlers im konkreten Fall zeigt sich das Amt pflichtgemäß nachgiebig, keineswegs aber ertappt. Es zitiert aus dem Regelwerk:

„(Zinszahlungen) sind aber aus sachlichen Billigkeitsgründen zu erlassen, soweit der Steuerpflichtige auf die sich aus der Festsetzung ergebende Steuerzahlungsforderung bereits freiwillige Leistungen erbracht hat.“ Das Amt stellt „insoweit anheim, einen entsprechenden Erlassantrag zu stellen (AEAO/Einführungserlass zu § 233 a AO)“.

Eine Unrechtsforderung hat also Rechtskraft, muss bedient oder per Erlassantrag gestrichen werden.

Das ist Finanzfeudalismus schlimmster Sorte, gegen den der berüchtigte Ludwig XIV. mit seiner chronischen Finanznot noch als Waisenknabe erscheint.

BY

Neues Google-Produkt ist online

Kostenloser Suchdienst für wissenschaftliche Literatur im Internet

Vom Web-Suchspezialisten Google gibt es neuerdings einen Suchdienst speziell für die Suche nach wissenschaftlichen Quellen. Der Dienst steht bisher als Beta-Version zur Verfügung.

Die Suche funktioniert wie üblich bei Google: Man gibt die Suchbegriffe ein, Google liefert die Ergebnisliste. Sie enthält bei jedem Eintrag neben dem Titel der Arbeit auch einen Hinweis darauf, wie häufig diese Arbeit zitiert wird. Der Hin-

weis ist mit einem Link hinterlegt, der beim Anklicken die Liste der entsprechenden Arbeiten ausgibt – eine durchaus nützliche Möglichkeit, sich an einem Thema entlang zu hangeln.

Was die Suchmaschine bringt, haben wir nicht systematisch untersucht, aber mit Begriffen aus der aktuellen Diskussionskursorisch getestet.

Zum einen mit Vitamin E. Gibt man „Vitamin E“ als Suchbegriff ein, steht an oberster Stel-

le eine Arbeit aus dem Jahr 1993, die noch zu der Conclusion kommt, dass ein hoher Vitamin-E-Konsum das kardiovaskuläre Risiko senkt. Derzeit wird auf ziemlich valider Grundlage das Gegenteil diskutiert. Ob eine Sortierung des Materials nach Datum bessere Ergebnisse liefern würde, muss offen bleiben: Bisher scheint dies nicht möglich zu sein und auf den ersten drei Seiten der Liste mit 140.000 Einträgen stammte die älteste Arbeit aus

dem Jahr 1979, die jüngste aus dem Jahr 2002. Letztere, eine Veröffentlichung aus JAMA, behandelt die Hormonsubstitution und die Einnahme antioxidativer Vitamine und kommt zu dem Schluss, dass beides das kardiovaskuläre Risiko erhöhen kann.

Die Eingabe der Stichworte cardiovascular Risk „Vitamin E“ liefert 7.730 Einträge. In den ersten 20 Arbeiten reichen die Ergebnisse von kardioprotektiv bis wirkungslos. Beim ▶

aktuellen Diskussionsstand ist man damit immer noch nicht so recht gelangt.

Zweites Beispiel: Rofecoxib. Eingegeben haben wir die drei Stichworte Rofecoxib, cardiovascular, Risk. Dazu kennt die Suchmaschine 1.100 Einträge. Die ersten 20 Ergebnisse stammen aus den Jahren 1997 bis 2003. Das kardiovaskuläre Risiko, das letztlich zur Markt-

rücknahme des Rofecoxib geführt hat, wird in diesen Arbeiten zum Teil warnend konstatiert, in einigen Fällen aber mit dem Argument wieder relativiert, dass die Vergleichssubstanzen kardioprotektive Wirkungen entfalten (typischerweise Thrombozyten-Aggregationshemmung). Wer von der aktuellen Entwicklung um Rofecoxib nichts mitbe-

kommen hätte, dürfte nach Durchsicht dieser Literaturstellen durchaus einen skeptischen Eindruck vom kardiovaskulären Risiko der Coxibe gewinnen und wäre damit auf dem derzeitigen Stand der Diskussion angelangt.

Das Wissenschafts-Googeln scheint nach diesem ersten Eindruck nicht uninteressant zu sein und wenn die Ergebnis-

te nach Publikationsdatum sortiert werden kann, könnte der Nutzwert noch steigen. Eigene Kompetenz auf dem gesuchten Fachgebiet ist aber Voraussetzung, um die Ergebnisse der Recherche richtig einschätzen zu können. Wer die Beta-Version der Suchmaschine selber testen will kommt hier ans Ziel: www.scholar.google.com.

BW

Die Berechnungsmethoden der Experten

Wie viel ist eine Praxis wert?

Neu gründen, übernehmen oder eintreten – diese Optionen stehen Ärzten zur Verfügung, die sich niederlassen wollen. Jedoch seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 mit der Sperrung von Planungsbereichen mit Überversorgung bleibt vielen Ärzten nur noch die Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen. Somit steht man vor dem Problem, wie bereits bestehende Praxen bezüglich des Kaufpreises zu bewerten sind. Zum Thema Praxisbewertung existieren in der Fachliteratur vielfältige Vorstellungen und Meinungen. Somit haben sich im Laufe der Zeit auch viele Methoden, wie ein exakter Praxiswert zu ermitteln sei, entwickelt und etabliert. Viele verschiedene Methoden zur Praxiswertberechnung führen zwangsläufig auch zu vielen verschiedenen Ergebnissen – ohne allerdings, dass das eine oder andere Ergebnis als richtig respektive als falsch bezeichnet werden kann.

Die Methode, die wohl am häufigsten zur Anwendung kommt, ist die Praxiswertermittlung nach der „**Ärztchamber-Methode**“. Diese Methode basiert auf der Aufteilung in zwei voneinander unabhängige Bewertungsgegenstände – den materiellen und den ideellen Praxiswert.

Der *materielle Praxiswert* – auch Substanzwert genannt – ergibt sich aus der Addition der Einzelwerte der entsprechen-

den medizinisch-technischen Einrichtungsgegenstände und Geräte sowie des gesamten Praxisinventars. Bei der Bewertung bzw. der Festsetzung des Substanzwertes wird der Verkehrswert der zu bewertenden Gegenstände zugrunde gelegt. Dieser Verkehrswert ist nach Rechtsprechung des BGH definiert als Wert, den ein Dritter unter marktüblichen Bedingungen bereit ist, für ein gebrauchtes Wirtschaftsgut unter dem Gesichtspunkt der Praxisfortführung zu zahlen (Bedarfswert). Eine Möglichkeit, den Bedarfswert zu ermitteln, ergibt sich aus der nachfolgenden Aufstellung:

- Für Gegenstände mit einem Alter bis zu einem Jahr werden die Anschaffungskosten in voller Höhe berücksichtigt
- Für Gegenstände mit einem Alter zwischen ein und zwei Jahren werden 90% der Anschaffungskosten angesetzt
- Alle anderen Gegenstände des Anlagevermögens werden mit einem Basisnutzwert von jeweils
 - ▶ 30% der Anschaffungskosten bei einem Alter

von 2 bis 10 Jahren
▶ 15% der Anschaffungskosten bei einem Alter von 10 bis 15 Jahren angesetzt.

- Für Gegenstände, die älter als 15 Jahre sind, werden 10% der Anschaffungskosten angesetzt.

Unter Zuhilfenahme des Anlagenverzeichnisses lässt sich hier ein möglicher Werteansatz, der die Basis für die Substanzwertermittlung bilden kann, relativ einfach finden.

Der *ideelle Praxiswert* (auch als „Goodwill“ bezeichnet) lässt sich grundsätzlich nicht an einem konkreten Bewertungsmaßstab ausrichten. Dieses Problem ergibt sich aus der Definition heraus. Wie soll ein ideeller Wert einer Arztpraxis gemessen werden? Der ideale Wert der Praxis kann sich aus einer versuchten Bewertung von allen qualitativen, quantitativen und monetären Beziehungen zwischen Arzt und Patienten heraus ergeben. Also muss versucht werden, Inhalt und Umfang der Patientenkartei, Qualität des Praxispersonals, Ruf und Standort der Praxis, bestehende Miet-

verträge und Qualität der Praxisorganisation in eine Bewertung der Arztpraxis mit einzu beziehen. Die Grundproblematik besteht also in einer objektiven Bewertung der Arztpraxis, ohne dass diese Bewertung durch fundierte Messzahlen nachprüfbar ist.

Durchschnittlicher Jahresumsatz ist Grundlage

Wie erfolgt nun die Berechnung des Praxiswertes? Die Grundlage bildet der durchschnittliche Jahresumsatz der letzten drei Jahre. Dieser wird um das fiktive Ärztegehalt vermindert und somit erhält man den bereinigten durchschnittlichen Jahresumsatz. Dieser bildet die Grundlage zur Berechnung des Goodwill-Anteils. In der Richtlinie der Ärztekammer-Methode wird ein Wertansatz für den Goodwill-Anteil von einem Drittel des um das Ärztegehalt bereinigten Jahresumsatzes empfohlen. Zuzüglich des Wertansatzes des materiellen Praxisvermögens ergibt sich der Gesamt-Praxiswert. ▶

Tabelle I

Durchschnittlicher Jahresumsatz der letzten drei Jahre	300.000 €
Abzüglich des fiktiven Ärztegehalts	- 60.000 €
Bereinigter durchschnittlicher Jahresumsatz	240.000 €
Hiervon 30% Goodwill	72.000 €
Zuzüglich materiellem Wert	+ 48.000 €
Gesamt-Praxiswert	120.000 €

Die Tabelle 1 soll die Berechnung verdeutlichen.

Kritisch anzumerken ist bei diesem Verfahren, dass bei der Ermittlung des Praxiswertes jegliche Zukunftsorientierung außen vor bleibt. Denn der Zukunftserfolg der Praxis kann nicht einer materiellen oder ideellen Komponente zugeordnet werden – vielmehr bedingt das eine das andere und kann somit nicht nur für sich stehen.¹

Die „Ertragswertmethode“ stellt die Bewertung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen in den Vordergrund. So ist diese Bewertung im Gegensatz

zur „Ärzttekammer-Methode“ ertrags- und zukunftsorientiert und interessiert sich vielmehr für die in **Zukunft** erzielbaren Überschüsse einer Praxis, die alternativen Einkommensmöglichkeiten von Praxisabgeber bzw. -übernehmer und misst der Substanz nur in dem Maße einen Wert bei, wie sie vom Übernehmer der Praxis nutzbar ist und ihm alternative Neuinvestitionen erspart. Ausgangspunkt ist eine Analyse des Unternehmens „Arztpraxis“ und dessen wirtschaftlichen Umfeldes. Auf Basis dieser Analyse wird versucht zu ermitteln, inwieweit sich Vergangenheitser-

folge in der Zukunft fortschreiben lassen. Da diese Methode jedoch umfangreiches betriebswirtschaftliches Know-how erfordert, ist es sinnvoll, die Bewertung durch einen Sachverständigen durchführen zu lassen. Dem Ertragswertverfahren liegt der Gedanke zugrunde, dass der Wert einer Praxis als Summe aller zukünftigen Gewinne, die auf den Verkaufszeitpunkt abgezinst werden, definiert werden kann. Der Alt-eigentümer verzichtet also durch den Praxisverkauf auf die zu erwartenden Praxiserträge und erhält dafür vom Neueigentümer die abgezinste Summe der zu erwartenden Praxisgewinne. Die Prognose der Zukunftsgewinne / Zukunftserträge sollte subjektive Merkmale berücksichtigen, wie z.B. Lebensalter, Fachgebiet und Spezialisierungsgrad des abgeben-

den Arztes, Beziehungen des Praxisinhabers aufgrund von gesonderten Verträgen, Zahl der Behandlungsfälle u.v.m., als auch die objektiven Merkmale, wie z.B. Ortslage der Praxis, Patientenstruktur, Arztdichte im Praxisbereich, Möglichkeit, die Praxisräume zu übernehmen usw. Vereinfacht lässt sich die Formel für den Praxisgesamt-wert entsprechend der Tabelle 2 ausdrücken.

Erklärend sei noch hinzugefügt, dass sich die Werte des nichtbetriebsnotwendigen Vermögens (z.B. Kunstgegenstände) aus dem geschätzten Veräußerungserlös und des betriebsnotwendigen Vermögens aus dem Wiederbeschaffungswert zum Übergabezeitpunkt zusammensetzen.

TR

¹ vgl. „Die Ärztekammermethode“, Gunnar Stierle, 2002

Tabelle 2

Abgezinste Zukunftsgewinne
+ Wert des nichtbetriebsnotwendigen Vermögens
+ Wert des betriebsnotwendigen Praxisvermögens
= Praxisgesamt-wert

Gemeinsam preiswerter einkaufen

Einkaufsaktion für Endoskopie-Waschmaschinen

Als eine weitere Serviceleistung für Sie bieten wir Ihnen eine Sammeleinkaufsaktion für **Endoskopie Waschmaschinen** an. Die ersten Gespräche mit verschiedenen Anbietern haben ergeben, dass es zunächst sinnvoll ist, eine un-

gefährte Zahl der Interessenten nennen zu können. Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie planen die Anschaffung eines solchen Gerätes, senden Sie uns einfach den Antwortabschnitt per Fax oder Post zurück. Natürlich

können Sie uns auch per Email erreichen (info@bdi.de); hierbei bitten wir Sie als Betreff das Stichwort „Endoskopie Waschmaschinen“ anzugeben.

Somit kann auf der Grundlage der Interessentenzahl ein

detailliertes Angebot bei verschiedenen Anbietern eingeholt werden, über dessen Konditionen wir Sie dann informieren werden. Der Abschluss der Gespräche ist für Mitte / Ende Februar 2005 geplant.

Ihr BDI e.V.

Bitte den folgenden Coupon ausfüllen und an die BDI-Geschäftsstelle zurückschicken oder faxen an Nr. 0611 / 181 33-50.

Meine Antwort zur Einkaufsaktion für Endoskopie-Waschmaschinen:

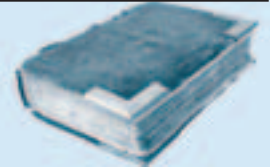
Ja, ich beabsichtige die Anschaffung einer Endoskopie-Waschmaschine.

Berufsverband Deutscher Internisten
Postfach 1566

65005 Wiesbaden

Praxisstempel

Datum, Unterschrift:



Neurologie – Innere Medizin interdisziplinär Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Neurologie und Innerer Medizin

Berlit, Peter und Sawicki, Peter T. (Hrsg.)
2004, 281 Seiten mit 51 Abbildungen und 104 Tabellen
Euro 99,00

Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York,
ISBN 3-13-126121-8

Das Buch hat 10 Kapitel und ein Sachregister. Bis auf das erste Kapitel haben alle Kapitel mindestens zwei Autoren, einen Internisten und einen Neurologen.

Da die Herausgeber im Vorwort unterstrichen, dass Kritik und Anregungen aus dem Leserkreis stets vollkommen (gemeint ist natürlich willkommen) wären, soll dies auch aus der Sicht eines Doppelfacharztes für Innere Medizin und Neurologie erfolgen.

Das erste Kapitel wurde von Frau Karin Weissenborn verfasst. Es beinhaltet das praktische Vorgehen der Encephalopathien bei internistischen Erkrankungen. Es zeichnet sich durch hohe Sachkenntnis aus.

Auch ist es spannend, z.B. die Differentialdiagnose anhand von Fallberichten „hautnah“ zu erleben.

Die übrigen Kapitel sind aus der Sicht des Rezensenten nicht so spannend geschrieben, wenn auch die Rubriken „Praktisches Vorgehen, Merke und Fallstricke“ als sehr angenehm empfunden werden, zumal sie besonders hervorgehoben wurden.

Häufig wurde die Gliederung nach internen Gesichtspunkten vorgenommen und lediglich neurologische Symptome bei internen Krankheiten beschrieben. Die Qualität der einzelnen Kapitel ist also sehr unterschiedlich. Auch die Sorgfalt, z.B. bei der Richtigkeit der Literaturzitate lässt zuweilen Kritik aufkommen (so z.B. S. 123 und 135, das Literaturzitat 171 betreffend). Auch werden einige Erstbeschreiber offenbar bewusst weggelassen. Die Wilson'sche Krankheit ist sicher ein Paradebeispiel einer Erkrankung an der Schnittstelle zwischen Neurologie und Innerer Medizin. Die Erkrankung wird auch besprochen, sie erscheint jedoch nicht im Sachregister.

Es handelt sich gewiss um ein modernes Buch, das allerdings das Nachschlagen in älteren Büchern nicht ersparen wird. Schreibfehler sind als solche leicht erkennbar, aber dennoch ärgerlich. Die Sorgfalt im Umbruch (z.B. Seite 204, sicher vom Korrektor angemahnt der fehlende Erscheinungsort) sollten bei Neuauflagen berücksichtigt werden.

Wulf B. Storch, Weinheim

Kleinanzeigen

GERÄTE

Verkaufe **Olympus ETD-2Plus**; wenig gebraucht, fehlerfrei in Betrieb seit Mai 2003, tadellose Hygienepflegungen, 25% unter Neupreis, VB

Fax: 0201/8272010
E-Mail: praxis@dr-boekstegers.de

Zu verkaufen:

Pentax-Videoprozessor EPM 330P + 2 Video-Gastroskope Pentax EG 2940 – guter Zustand (Pentax-Wartungsvertrag-gewartet). Preis VB auf Anfrage.
Sonographiegerät Kontron Sigma MOD, Bj. 99, + 2 Schallköpfe (7,5/3,5 MHz + Stifftsonde 4 MHz) mit Mitsubishi-Video-Printer und Gerätewagen – sehr guter Zustand. Preis VB auf Anfrage.

„Geräte 29606“

Verkaufe älteres **Sonographiegerät** Picker 2400 LS, 3,5 MHz Schallkopf, Mitsubishi Printer, preiswert abzugeben wegen Neuanschaffung.

Tel.: 030/4112957

Die Alternative zu Gastroskopen von Olympus, Pentax und Fujinon bietet RMS mit seinen **hochauflösenden Routine-Video-Gastroskopen** inkl. Videoprozessor mit integrierter Kaltlichtquelle/Insufflationspumpe Made in Germany / Elmshorn. Exzellente Bildqualität durch hochauflösenden Videochip in Verbindung mit einem lichtstarken Spezialweitwinkelobjektiv.

Videogastroskop VG-2950; Videoprozessor RMS VPS-H150; Videomonitor Sony 14". Paketpreis: € 15.800,— zzgl. MWSt.

Angebot freibleibend.

RMS Endoskopie-Technik
Ramskamp 41, 25337 Elmshorn
Tel.: 04121/6493-90, Fax: 04121/6493-83

Verkaufe wegen Aufgabe der Endoskopie je ein Pentax **Gastroskop** und **Sigmoidoskop**.

Tel.: 09661/7780

Pentax-Videoendoskop zu kaufen gesucht.

Tel.: 06232/72012 od. 92325
od. Fax: 06232/72011

Computergesteuerte **Extension + Tiefenwärme**: Extensionsliege mit TRAComputer + MILI-Mobil + Hüftextension (Medizinelektronik Lüneburg), NP 13.051 € inkl. MWSt., 22 Monate alt, absolut neuwertig, kaum benutzt, zu verkaufen. Auch Einstieg in Leasingvertrag möglich.

Tel.: 04231/2767, Fax: 04231/934090

Wir reparieren:

Gastroskope, Koloskope, Sigmoidoskope und andere Gerätegruppen von Olympus, Pentax und Fujinon, auch die 10er-Serie von Olympus. Wir gewährleisten die kostenfreie Abholung Ihrer Endoskope und bieten Ihnen Leihgeräte.

Prüfen Sie uns! Rufen Sie uns an.

RMS Endoskopie-Technik
Ramskamp 41, 25337 Elmshorn
Tel.: 04121/6493-90, Fax -83

Wir kaufen:

Gebr. Gastro- und Koloskope, Sigmoidoskope + Bronchoskope v. Olympus – Pentax – Fujinon. Wir bieten Ihnen die kostenfreie Abholung + Beurteilung Ihrer Endoskope in unserer Fachwerkstatt. Prüfen Sie uns! Rufen Sie uns an.

RMS Endoskopie-Technik
Ramskamp 41, 25337 Elmshorn
Tel.: 04121/6493-90, Fax -83

Wir verkaufen:

Werkstattüberholte Gastro- u. Koloskope, Sigmoidoskope + Bronchoskope von

Olympus – Pentax – Fujinon. Kostenfreie Anlieferung der Endoskope in Ihre Praxis zwecks Begutachtung, Erprobung der Geräte nach Abstimmung. Prüfen Sie uns! Rufen Sie uns an.

RMS Endoskopie-Technik
Ramskamp 41
25337 Elmshorn
Tel.: 04121/6493-90, Fax -83

Automatischer Notfall-Defibrillator

Paramedic CU-ER1 AED plus Monitoring mit LCD-Bildschirm, unabhängig von der Defibrillationsfunktion als mobiles EKG-Überwachungsgerät nutzbar, High Tech-System neuester Generation, diagnostiziert und handelt selbsttätig, diskriminiert die Rhythmusstörung, ist leicht bedienbar und absolut sicher. Listenpreis 4460 €, ohne Zwischenhandel aktuell nur 1799 € + MWSt. all inclusive (auch mit EKG-Monitoringkabel und Gerätetasche), sofortige Lieferung.

HERZMEDICA e.K.

Paramedic-Generalvertrieb
Helene-Lange-Str. 28
66482 Zweibrücken
Tel.: 06332/471071 (tägl. 8-22h)
Fax: 06332/471072
www.herzmedica.de

Medistar-Anwender! Zu verkaufen:

9 Wyse-Terminals mit tastaturen à 50,-- Euro; 1 Stromhaltegerät, 300,-- Euro. Weiterhin haben wir 1 Picker LS 2500 **Ultraschallgerät** für Echokardiographie (Mode), Schilddrüse und Abdomen mit 3,5 MHz Sektorscanner und 5,0 MHz Parallelschneider sowie ein Defibrillator ohne Dis-

play zu verschenken.

Alles wäre zum Abholen unter folgender Adresse:

Gemeinschaftspraxis Dr. med. K. Kasten / H. Lindner
Simmlerstr. 4
75172 Pforzheim
Tel.: 07231/3151-11
Fax: 07231/3151-12

PRAXISABGABE

Zu verkaufen: große **internistisch-hausärztliche Praxis** in Praxismgemeinschaft und süddeutscher Großstadt mit besten Verkehrsverbindungen, lokal Tiefgarage und viele nahe Parkplätze, in Ärztehaus mit 4 weiteren Fachrichtungen und zwei nahen Apotheken, lokal am Krankenhaus, nah am BRK-Standort, geregelten Diensten an Sa/So/Feiertagen und wochentags ab 18.00 Uhr.

Praxisabgabe 03989“

Hausärztlich-internistische Praxis im Großraum Stuttgart (westlich) spätestens Mitte 2005 wegen Erreichens der Altersgrenze abzugeben.

„Praxisabgabe 30659“

Gastroenterologische Fachpraxis in Südwestdeutschland (seit 26 Jahren bestehend, umsatzstark, in Ärztehaus, gesperrter Bezirk, hoher Anteil an Privatpatienten) aus Altersgründen abzugeben. Gute Möglichkeiten durch KO-Katalog und Vorsorge-Koloskopie.

„Praxisabgabe 05697“

Wirtschaftlich sichere, **internistisch-hausärztliche Praxis** in Cottbus zu optimalen Konditionen aus Altersgründen ab 1/05 abzugeben. Psychotherapeutische Orientierung (nicht Bedingung), angenehmes Ambiente.

„Praxisabgabe 18826“

Internist. Privatpraxis, naturheilkundlich orientiert, hoher Umsatz, Topausstattung,

Stellen Sie Ihre Kleinanzeige auch ins Internet!



Die Erfolgchancen Ihrer Kleinanzeige steigen, wenn Sie auch im Internet steht. Das erreichen Sie ganz einfach, indem Sie die Kleinanzeige direkt über die BDI-Web-Site aufgeben.

www.bdi.de

Wie es geht, zeigt das folgende Bild. Wenn gewünscht, wird die Anzeige automatisch in das nächste BDI aktuell übernommen



Für BDI-Mitglieder ist natürlich auch dieser Service kostenlos. Voraussetzung: Sie müssen auf unserer Web-Seite als Mitglied registriert sein. Sie sind noch nicht registriert? Kein Problem – alles was Sie dazu brauchen, ist (neben dem Zugang zum Internet) Ihre Mitgliedsnummer. Auf der Einstiegsseite (siehe Bild unten) klicken Sie „Registrierung für BDI-Mitglieder“ an und füllen das dann angezeigte Formular aus.



Kleinanzeigen

2005 abzugeben. Übergangsgemeinschaft ab sofort möglich. Raum Rhein-Main. „Praxisabgabe 24176“

gute Ausstattung, gut eingeführt; Sperrgebiet. „Praxisabgabe 03752“

Internistisch-hausärztliche Praxis in Köln in attraktivem Stadtteil. Überdurchschnittlicher Umsatz, optimale Personal constellation, angenehme Räumlichkeiten. Sehr gute apparative Ausstattung in bestem Zustand (u.a. Farbdoppler-Echo, Sono, Gastro, Colo, Ergo). Als Einzel- oder Doppelpraxis nutzbar. Begleitende Übergabe möglich. „Praxisabgabe 01202“

Hausärztlicher Internist in Hamburg sucht hausärztlichen Internisten oder Allgemeinmediziner für die Übernahme der Praxis in Hamburg. „Praxisabgabe 79097“

Hausarzt-Internisten-Praxis seit 1975 in einer Kleinstadt der Oberpfalz zu verkaufen. Alle Schulen und Freizeiteinrichtungen am Ort sowie Autobahnanschluss. Eine Übergangsgemeinschaft ist erwünscht. Tel.: 09661/7780 abends und lange klingeln

Gut geführte **Internistisch-Hausärztliche Praxis** mit hohem Privatpatientenanteil und damit umsatzstabil am Harzrand, flexibel ab 2004 abzugeben. Sehr gute apparative Ausstattung (Farbdoppler-Echo, Sono, Gastro, Colo, LZ EKG etc.). Übergangsgemeinschaft ab sofort möglich. Tel.: 0175-2261456

Internistisch-hausärztliche Praxis in der Nähe der Stadt Trier Mitte/Ende 2004 aus Altersgründen abzugeben. „Praxisabgabe 05077“

Die **KV Schleswig-Holstein** schreibt folgende Vertragsarztsitze aus:

– **14/12/04**
Kreis Rendsburg-Eckernförde, Praxis eines prakt. Arztes / einer prakt. Ärztin, Übernahme durch einen Nachfolger, gesperrtes Gebiet
Bewerbungsfrist: 31.12.2004

– **08/12/04**
Kreisregion Stadt Neumünster / Kreis Rendsburg-Eckernförde, Praxis eines Facharztes / einer Fachärztin für Innere Medizin (hausärztlich), Übernahme durch einen Nachfolger, gesperrtes Gebiet
Bewerbungsfrist: 15.01.2005

Auskünfte: KV Schleswig-Holstein Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg, Tel. 04551/883-327, -259, -291, -346, -378

Internistisch-rheumatologischer KV-Sitz, mit/ohne Patienten-Scheine, in der Universitätsstadt Marburg/Lahn (Sperrbezirk, Mittelhessen) sehr günstig an einen/eine Internist/in mit Schwerpunkt Rheumatologie zum bald möglichsten Termin abzugeben. Möglichkeiten zur Assoziation mit interessierten Kollegen in der Stadt zur Bildung eines Ärztezentrum oder einer Praxis-Gemeinschaft sind derzeit vorhanden. „Praxisabgabe 27728“

Internistisch-hausärztliche Praxis, Großraum Stuttgart-West, aus Altersgründen abzugeben. Sehr gute Lage,

PRAXISSUCHE

Fachärztlich internistische Praxis / KV-Sitz gesucht. Gerne auch Einstieg in Gemeinschaftspraxis (SP Pneumologie, auch Gastroenterologie, Kardiologie wird beherrscht, langjähriger OA, auch an Uni-Klinik). Besonders: Rhein-Neckar, Pfalz, Baden, Südwesten allgemein. „Praxissuche 22775“

Internist, Gastroenterologe sucht ab sofort fachärztlichen KV-Sitz in NRW, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Nordbaden. Praxisassoziation bevorzugt. „Praxissuche 32887“

Hausärztliche (oder fachärztliche) Praxis im Großraum Dortmund gesucht. Internist, 41 Jahre alt, vh., 3 Kinder, sucht internistische Hausarztpraxis im Großraum Dortmund (Dortmund, Waltrop, Castrop, Lünen usw.), oder auch Einstieg in Gemeinschaftspraxis. Ich habe meine Weiterbildungszeit für die Zusatzbezeichnung „Gastroenterologie“ absolviert (die Prüfung werde ich hoffentlich in Kürze erfolgreich ablegen), so dass ich auch an einer Übernahme oder einen Einstieg einer fachärztlich-internistischen/gastroenterologischen Praxis im westlichen Ruhrgebiet interessiert bin. „Praxissuche 27244“

Internist/Pneumologie (41) sucht Niederlassungsmöglichkeit – gerne auch Assoziation – im Raum Rhein-Main, Rhein-Neckar bis Karlsruhe. Erfahrungen mit Asthma- und COPD-Schulungen, Heimbeatmung, Betreuung von Transplantationspatienten, Bronchologie, Praxisvertretungen. Kenntnisse in Ultraschall, Echo, Punktionstechniken. Mind. 5 Jahre pneumologische Ausbildung an großen Lungenkliniken, mehrfache Vorträge auf Kongressen. „Praxissuche 28692“

PRAXISPARTNER

Suche dringend nette(n) Partner(in) für wachsende **hausärztliche Gemeinschaftspraxis** am Niederrhein mit diabetologisch/geriatrischem Schwerpunkt. Ende 2004 scheidet die Seniorpartnerin aus. Neben Teamarbeit sind auch Erholphasen für eine gute und langjährige Zusammenarbeit wichtig; durch die Lage auf dem Krankenhausgelände sind interessante Kooperationen in der Zukunft möglich. Allgemeinmediziner(in) oder Internist(in) mit Zusatzbezeichnung wäre wünschenswert, aber sicherlich nicht Bedingung. Tel.: 02064/52057 nach 19.00 Uhr

Internist, **naturheilkundl./homöopathisch orientiert**, ab sofort in Privatpraxis, Topausstattung, gesucht, Spätere Übernahme möglich. Rhein-Main. „Praxispartner 76241“

Internistischer KV-Sitz in Bonn, Rhein-Sieg-Kreis und Umgebung gesucht, Assoziation angenehm.

„Praxispartner 87328“

Große **internistische Facharztpraxis** im Raum Stuttgart bietet sichere Einstiegsmöglichkeit in Praxisgemeinschaft für eine(n) Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin / hausärztliche Versorgung.

„Praxispartner 20404“

Gelegenheit in Essen: **Gemeinschaftspraxis in hausärztlicher Betreuung** in Essen sucht für ausscheidenden Seniorpartner Nachfolger/in. Besonders günstig für Kollegin/Kollegen mit Interesse an Geriatrie und/oder Akupunktur. Beteiligungsform offen. Gegenseitige Sympathie überzeugt.

„Praxispartner 24458“

Für **fachärztliche internistische Gemeinschaftspraxis**, Medizintechnik + EDV: modernster klinischer Standard, wird Praxispartner/in gesucht. Attraktive Citylage und gepflegter, ausbaufähiger Patientenstamm bieten gute Perspektiven auch für Junior-/Teilzeit-Partner/in. Geeignet erscheinen hausärztlicher, gastroenterologischer, diabetologischer, onkologischer oder kardiologischer Schwerpunkt.

„Praxispartner 12127“

Hausärztlicher Internist in Hamburg sucht Partner für eine Gemeinschaftspraxis im Raum Hamburg-Wandsbek. Bin Internist/Pneumologie und Tropenmediziner.

„Praxispartner 09779“

Lukrativer KV-Sitz fast umsonst: Große **hausärztlich-internistische Praxis** am Rande des Ruhrgebietes/Niederrhein sucht 1/2005 für ausscheidende Seniorpartnerin motivierten Nachfolger(in); Schwerpunkte der Praxis sind die Diabetologie und die Geriatrie; Kooperation mit dem angrenzenden Krankenhaus besteht.

Tel.: 02064/52057 nach 19.30 Uhr

Früher Vogel fängt den Wurm: Fachübergreifende internistische Gemeinschaftspraxis bietet **qualifiziertem Gastroenterologen oder fachärztlichem Internisten** mit Gastroschwerpunkt sehr gute Arbeits- und Ertragsmöglichkeiten in einer der schönsten Regionen Deutschlands (Bodensee/Mittelzentrum/Ärztelhaus). Röntgenzulassung (mindestens Thorax, ggf. Knochen etc.) absolut wünschenswert. Einstieg ab 2005, spätestens Ende 2006.

„Praxispartner 10784“

Praxispartner für große **hausärztlich-internistische Praxis** in Essen gesucht – zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

„Praxispartner 85244“

Bonn: Internist/Onkologie zum Einstieg in GP gesucht. Gerne zusätzliche Kenntnisse (NHV, Rheuma). KV-Sitz vorhanden.

„Praxispartner 32445“

GP / PG / MVZ: Internistischer Rheumatologe und FA PMR sucht Mitkämpfer/in für eine amb. Kooperation fachübergreifend in MecPomm oder SchwHolst (Orthopäde/Rheumatologe/PMR/Inn/AllgM) in den nächsten 2 Jahren. Schließe mich gerne auch an eine bereits bestehende Kooperation an.

„Praxispartner 10870“

Für **Gemeinschaftspraxis HÄ-FÄ**, Schwerpunktpraxis Gastroenterologie und Diabetologie wird angesichts sehr guter Marktposition weitere/r internistische/r Partner/in hausärztlich für den Raum 59 gesucht. Interessante Einstiegsmöglichkeiten mit sehr flexiblen Teilarbeitsmöglichkeiten, kein Eigenkapital erforderlich.

„Praxispartner 01429“

Gastroenterologe oder Endoskopie-Köner im Raum Bonn gesucht: Suche Kollegen/in als Minorpartner in gastroenterologischer Fachpraxis. Schichtsystem, flexible Arbeitszeiten, Verdienst über OA-

Gehalt bei weniger Stunden. Langfristige Kooperation erwünscht. 20-30-Stundenwoche. Details noch auf besondere Wünsche abstimmbare.

„Praxispartner 86160“

Weiterbildungsassistent Innere/Angiologie: Große modern ausgestattete Gemeinschaftspraxis sucht Weiterbildungs- oder Dauerassistenten (möglichst mit späterer Partnerschaft) in Braunschweig. Schwerpunkt Herz-Kreislaufkrankungen einschließlich invasiver Diagnostik und Therapie.

Tel.: 0531/3489900

STELLENANGEBOT

Klinische Ausbildung in Fachpraxen-Konsortium: Unser ärztliches Team bietet eine Ausbildung für 1 Jahr Allgemeinmedizin + 2 Jahre Innere Medizin + 2 Jahre Gastroenterologie (u.U. innerhalb eines einzigen Vertrages); + ergänzende Ausbildungen in Anästhesiologie und Dermatologie möglich wie auch Fachkunde Internistische Radiologie, Proktologie und Koloskopie. Spätere Assoziation gewünscht! Keine Dienstregelung, Teilzeit möglich. Kollegin bevorzugt – aber nicht Bedingung. Engste Kooperation mit Uni und Akadem. Lehrkrankenhäusern, Fachkonferenzen, Onkologie... Übliche Voraussetzungen (Kontaktfreude, Auftreten, Loyalität), fakultativ Erfahrungen in der Endoskopie und Kardiologie sehr angenehm.

PG Dr. med. Arne Boekstegers

Tel.: 0201-827-200

Fax: 0201/827-2010

E-Mail: praxis@dr-boekstegers.de

Große **internistische Hausarzt-Praxis** (Gemeinschaftspraxis 2 Partner) im Süden Dortmunds sucht zum 01.01.05 oder später, ganz- oder halbtags, Assistenten/in. Weiterbildungsermächtigung 1 Jahr Innere/Allgemeinmedizin liegt vor. Auch für fertige Internisten geeignet, als Entlastungsassistent möglich. Sono, Echo, Doppler, Spiro, LZ-RR und LZ-EKG, EKG,

Ergo und Gastro vorhanden. Zahlung in Anlehnung an BAT. Bewerber/innen, die eine Förderung der KVWL erhalten können, werden bevorzugt. Voraussetzung Deutsche Sprache, PKW.

„Stellenangebot 16230“

Internist mit mind. 1 Jahr WB Onkologie zur restlichen Weiterbildung oder Internist mit SP Onkologie zum Einstieg in GP in Bonn gesucht. KV-Sitz vorhanden.

„Stellenangebot 54324“

Raum Bonn: **Weiterbildungsassistent/in für Innere und Gastroenterologie** gesucht. WB 1 Jahr Innere und Gastroenterologie möglich, Vorkenntnisse in der Endoskopie sind erforderlich, Teilzeit ist gut möglich mit fast freier Wahl der Zeiten.

„Stellenangebot 16086“

Teilzeit / Kreis Sigmaringen: Große **internistisch-hausärztliche Praxis** sucht Kollegin/Kollegen zur Mitarbeit an 2 bis 5 Nachmittagen. Die Praxis ist technisch gut ausgerüstet, gutes Arbeitsklima, vielseitige Tätigkeit möglich, hoher Kinderanteil. Gerne auch Berufswiedereinsteiger. Weiterbildungserlaubnis für 1 Jahr vorhanden. Wir freuen uns auf Sie!

„Stellenangebot 11340“

VERTRETERANGEBOT

Biete Praxisvertretung (FÄ/HÄ) in Internistenpraxis. Bin **Internist, Gastroenterologe, Diabetologe**. Langjährige Erfahrung im Krhs. und Praxis.

„Vertreterangebot 73288“

VERSCHIEDENES

Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin. Verkaufe die o.g. Leitlinien incl. aktueller 17. Lieferung (07/04) zum Preis von 100 Euro (+ evtl. Versandgebühren), Neupreis 299 Euro, ohne Fortsetzung- oder Aktualisierungslieferungen.

„Verschiedenes 31948“

Terminübersicht Fort- und Weiterbildung 2005

Kurse

Ultraschall-Refresherkurs (Teil 2) / Fortbildungspunkte: voraussichtl. 10

Termin: 22.01.2005
Ort: Wiesbaden, HSK
Kursleiter: Dr. med. F.-J. Beck et al.
Gebühr: € 130,00 / 180,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)

Intensivkurs Diabetologie / Fortbildungspunkte: 17

Termin: 04.-06.02.2005
Ort: Bad Reichenhall
Kursleiter: Prof. Dr. med. H. Mehnert
Gebühr: € 210,00 / 250,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)

Echokardiographie Aufbaukurs / Fortbildungspunkte: 32

Termin: 07.-10.03.2005
Ort: Traunstein, Abt. Kardiologie, KKH Traunstein
Gebühr: € 340,00 / 420,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)

Farbdoppler-Echokardiographie Refresher / Fortbildungspunkte: 16

Termin: 12.-13.03.2005
Ort: München

Kursleiter: PD Dr. med. W. Zwehl
Gebühr: € 180,00 230,00 (BDI-Mitglieder/Nichtmitgl.)

Kongresse

06.02. - 11.02.2005 Bad Reichenhall (11. Seminarkongress)
27.02. - 04.03.2005 Bad Klein-Kirchheim (27. Seminarkongress)
21.05. - 28.05.2005 Mallorca, Playa de Muro (20. Seminarkongress)
28.08. - 02.09.2005 Pörschach am Wörthersee (54. Seminarkongress)
09.10. - 15.10.2005 Bad Krotzingen bei Freiburg i. Brsg. (1. Seminarkongress)
24.11. - 03.12.2005 Teneriffa / Puerto de la Cruz (28. Seminarkongress)

Sonstige BDI-Termine

12.01.2005 Sektion Gastroenterologie – Informationsveranstaltung, München
23.-25.02.2005 AG Radiologie, Nuklearmedizin und MRT – Tagung, Garmisch

Beachten Sie bitte auch die detaillierten Veranstaltungsankündigungen auf den folgenden Seiten!

BDI-Veranstaltungen

Achtung, Terminänderung:

Sektion Gastroenterologie – Informationsveranstaltung

Datum: 12.01.2005, 16.00-18.00 Uhr
Ort: Wird noch bekannt gegeben
Thema: EBM 2000plus und RLV – Folgen für die Honorarentwicklung der internistischen Schwerpunkte (Dr. Andreas Köhler, Hauptgeschäftsführer der KBV, Berlin)

Arbeitsgemeinschaft Radiologie, Nuklearmedizin und MRT – Tagung (anstelle des Symposiums beim Deutschen Internistenkongress in Wiesbaden) –

In Zusammenarbeit mit:
 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung DGK
 Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)

Datum: 23.-25.02.2005
Ort: Garmisch
Zentrale Themen: Nichtinvasive Modalitäten zur Beurteilung der KHK; Echokardiographie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie und Nuklearkardiologie / Kardiologie in der internistischen Praxis / Zukunft der Bildgebung in der Kardiologie
Information: Dr. Ullrich Schindlbeck, Seestr. 43, 82211 Herrsching
 Tel.: 08152/29224
 Fax: 08152/29156
 E-Mail: u.schindlbeck@klinik-schindlbeck.de

Zertifizierung: Die Veranstaltung ist zertifiziert durch die Bayerische Landesärztekammer mit 17 Fortbildungspunkten.

Sonstige Veranstaltungen

Cuxhavener Internisten: Internistentreffen

Datum: immer am ersten Donnerstag (werktags) des letzten Quartalsmonats, regelmäßig um 19.00 Uhr
Ort: Hochrestaurant Donners Hotel, Am Seedeich 2, 27472 Cuxhaven
 Kontakt: Tel.: 04721/5090

Bemerkung: Die Treffen finden statt in Kombination mit einem Qualitätszirkel für hausärztliche Internisten

Jetzt 80 Stunden anerkannte Fallseminare Statt 3 Monate Praktikum für Naturheilverfahren

Mit Patientenbehandlung und Fallbesprechung sowie Kneippkur als Eigenerfahrung.

Datum: 04.-08.02.2005
 06.-10.04.2005
Ort: Kneippklinik Sebastianeum
 Bad Wörishofen
Teilnahmegebühr: € 300,--
Anmeldung: Arztsekretariat Dr. med. P. Novoa Lill / Dr. med. A. Meier
 Kneippstr. 8, 86825 Bad Wörishofen
 Tel.: 08247/355-104
 Fax: 08247/355-259
 E-Mail: meier-sebastianeum@freenet.de

Wochenendseminar Erwachsenenephrologie für Internisten und Nephrologen: „Fallorientierte systematische Übersicht über die Erwachsenenephrologie an drei Wochenenden“

2. Wochenende

Datum: 28.-30.01.2005
Ort: Hörsaal der Hautklinik der Johannes Gutenberg Universität Mainz, Bau 401
 Langenbeckstraße 1
 55131 Mainz
Programm: abrufbar unter www.bdi.de, <Fortbildung>, <Sonstige Termine>
Veranstalter: Verein für Dialyse und Transplantationsmedizin e.V., Ulm I. Med. Klinik und Poliklinik der Universität Mainz, Bereich Nephrologie
Kursgebühr: € 120,-- je Kurs (3. Wochenende: 28.-30.10.2005)
Info/Anmeldung: Prof. Dr. H. E. Franz
 Alte Bernstraße 36, CH-3075 Rüfenacht/Schweiz
 Tel.: 0041 - 31 35 19 041
 Fax: 0041 - 31 35 19 042
 E-Mail: vdt-ulm@tiscali.ch
 Internet: www.vdt-ulm.ch
CME: Zertifizierung des Seminars durch die Bezirksärztekammer Rheinhessen mit 20 Punkten.

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie (ADE) Rheinland-Pfalz e.V. – Landesgruppe Rheinland-Pfalz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Themenschwerpunkt: "Hypoglykämien"
Datum: 29.01.2005, 09:00-16:00 Uhr
Ort: Konferenzräume des ZDF
 Mainz
Themen: Endokrinologie der Hypoglykämie – Gegenregulation / Klinische Aspekte der Hypoglykämien / Hypoglykämien erkennen und vermeiden durch Training / Management von Hypoglykämien – verhaltensmedizinische Ansätze
 Workshops und Parallel-Fortbildungsveranstaltung des VDAD
 Nach 16:00 Uhr: Mitgliederversammlung der ADE

Teilnahmegebühr: € 20,-- (ADE-Mitglieder frei)
Information/Anmeldung: Prof. Dr. med. A. Steinmetz
 I. Vorsitzender der ADE Rheinland-Pfalz e.V.
 Sekretariat Frau E. Käse
 Tel.: 02632 / 404-5615 od. -5498
 Fax: 02632 / 404-5640
 E-Mail: e.kaese@stiftshospital-andernach.de

Zertifizierung: Die Veranstaltung ist mit 6 Punkten zertifiziert.

Zertifizierte Fortbildung „Schilddrüsenerkrankungen“ mit praktischen Übungen

Datum: 11.-12.02.2005
 04.-05.03.2005
Ort: Charité, Campus Virchow-Klinikum
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
Themen: Epidemiologie – Molekularbiologie – Funktionsstörungen – Proliferationsstörungen – medikamentöse Therapie – nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie – chirurgische Verfahren – Prävention – Labordiagnostik – Ultraschallkurs mit praktischen Übungen – Falldemonstrationen – kursbegleitendes Manuskript – Prüfung.
Veranstalter: Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
 Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin – Arbeitsgemeinschaft Schilddrüse
 Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie (CAEK) der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie
 Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Kursleitung: Prof. Dr. med. G. Brabant, Hannover, Sprecher der Sektion Schilddrüse
 Prof. Dr. med. Annette Grüters, Berlin
Gebühren: € 500,-- / limitierte Teilnehmerzahl
Anmeldung: Prof. Dr. med. A. Grüters, Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin, Charité, CVK
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 Tel.: 030 / 4505-66251 od. -66029
 Fax: 030 / 4505-66936
 E-Mail: annette.grueters@charite.de

Zertifizierung: Dieser Kurs wird von der Berliner Ärztekammer mit voraussichtlich 30 CME-Punkten zertifiziert.

54. Deutscher Ärztekongress Berlin 2005

In Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Berlin und der Charité

Kooperationspartner: Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V.; Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Datum: 09.-11.05.2005
Ort: Berliner Congress Center (bcc) am Alexanderplatz
 Univ.-Prof. Dr. med. R. Gotzen, Frau Prof. Dr. med. W. Kruse, Dr. med. J. Jonitz, G. G. Fischer
Leitung: u.a. Innere Medizin, Schwerpunktthemen, Interdisziplinäre Themen, Umweltmedizin, berufspolitische, ökonomische und juristische Fragen.
Themen: u.a. Notfall in der Praxis, Langzeit-EKG, Lungenfunktion, Sonographie-Refresher-Kurs, Impf-Refresherkurs, Ultraschall Kopf/Hals, Practical Skills, Internet.
Kursprogramm: u.a. Notfall in der Praxis, Langzeit-EKG, Lungenfunktion, Sonographie-Refresher-Kurs, Impf-Refresherkurs, Ultraschall Kopf/Hals, Practical Skills, Internet.
Auskunft/Programmanforderung: MedCongress GmbH
 Chemnitzer Straße 21
 70597 Stuttgart
 Tel.: 0711/720712-0,
 Fax: 0711/720712-29



E-Mail: info@medicacongress.de
 Internet: www.deutscher-aerztekongress.de

Zertifizierte Fortbildung (pro Tag 6 Punkte, insgesamt 18 Punkte)

DGIM Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Terminübersicht: Intensivkurse Innere Medizin Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing 2005

- Datum:** 31.01.-10.02.2005
Ort: Kliniken St. Antonius, Zentrum für Innere Medizin
 Carnaper Str. 48, 42283 **Wuppertal**
 Tel.: 0202/299-2502, Fax: 0202/299-2518
 E-Mail: zim@antoniust.de und pasche@antoniust.de
Leitung: Prof. Dr. J. Köbberling, Dr. C. Hader
Organisation: Dipl.-Ing. Stefan Pasche
-
- Datum:** 14.02.-18.02.2005 und 28.02.-04.03.2005
Ort: Medizinische Klinik und Poliklinik D der
 Universität Münster
 Albert-Schweitzer-Str. 33, 48129 **Münster**
 Tel.: 0251/83-47537/38, Fax: 0251/83-49547
 E-Mail: Schaefer@uni-muenster.de
Leitung: Prof. Dr. R. M. Schäfer, PD Dr. M. Gaubitz, Frau Prof. Dr.
 B. Brisse, Prof. Dr. T. Büchner
Organisation: Prof. Dr. R. M. Schäfer, Fr. H. Sundermann
-
- Datum:** 21.02.-25.02.2005 – Teil I
 26.09.-30.09.2005 – Teil II
Ort: Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I
 Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg
 Ernst-Grube-Str. 40, 06120 **Halle**
 Tel.: 0345/557-2661, Fax: 0345/557-2253
Leitung: Prof. Dr. W. Fleig, Prof. Dr. B. Osten, Prof. Dr. K. Werdan,
 Prof. Dr. H. J. Schmoll
Organisation: Prof. Dr. W. Fleig, Dr. G. Hübner
-
- Datum:** 21.02.-02.03.2005
Ort: I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Johannes
 Gutenberg-Universität, Frau H. Herke
 Langenbeckstr. 1, 55101 **Mainz**
 Tel.: 06131/177395, Fax: 06131/175595
 E-Mail: herke@1-med.klinik.uni-mainz.de
Leitung: Prof. Dr. P. R. Galle, Prof. Dr. A. Lohse
Organisation: Frau H. Herke
Für DGIM- und BDI-Mitglieder ermäßigte Gebühr.
-
- Datum:** 21.02.-25.02.2005
Ort: Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt der LMU
 Ziemssenstr. 1, 80336 **München**
 Tel.: 089/5160-2208, Fax: 089/5160-2148
Leitung: Prof. Dr. M. Reincke, Prof. Dr. D. Schlöndorff, Prof. Dr.
 Ch. Peschel, Prof. Dr. A. Schömig, Prof. Dr. R. M. Schmid
Organisation: PD Dr. A. Sellmayer, Fr. Bühnemann
-
- Datum:** März 2005 (genauer Termin noch nicht bekannt)
Ort: Klinikum der Bayr. JMU, Endokrinologie
 Josef-Schneider-Str. 2, 97080 **Würzburg**
 Tel.: 0931/201-36122, Fax: 0931/201-36283
 E-Mail: petrasan@jahoo.com
Leitung: Prof. Dr. G. Ertl, Prof. Dr. Wilms
Organisation: Prof. Dr. B. Alloio, Prof. Dr. M. Scheurlen, Prof. Dr. M. Schmidt
-
- Datum:** 11.07.-16.07.2005
Ort: Innere Medizin I, Universitätsklinik Heidelberg
 Bergheimer Str. 58, 69115 **Heidelberg**
 Tel.: 06221/56-8601, -8602, Fax: 06221/56-5226
 E-Mail: baerbel_ungemach@med.uni-heidelberg.de
Leitung: Prof. Dr. P. Nawroth
Organisation: PD Dr. Dr. Chr. Kasperk, Frau B. Ungemach
-
- Datum:** 19.09.-23.09.2005
Ort: Helios Klinikum Erfurt GmbH, Zentrum für Innere
 Medizin, 2. Medizinische Klinik
 Nordhäuser Str. 74, 99089 **Erfurt**
 Tel.: 0361/781-2470, Fax: 0361/781-2472
Leitung: Prof. Dr. U. Schmidt, PD Dr. G. Laier-Groeneveld, Fr. Prof.

- Dr. I. Aßmann
Organisation: Prof. Dr. U. Schmidt
Datum: 19.09.-28.09.2005
Ort: Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Abt. Innere Medizin
 Schützenstr. 55, 23843 **Bad Oldesloe**
 Akademie f. med. Fort- und Weiterbildung
 Ärztekammer Schleswig-Holstein
 23795 Bad Segeberg
 Tel.: 04531/68-1090, 04551/803195
 Fax: 04531/68-1099, 04551/803194
Leitung: Prof. Dr. G. Hintze, Prof. Dr. U. R. Fölsch, Prof. Dr. J.
 Steinhoff
Organisation: Prof. Dr. G. Hintze
-
- Datum:** 26.09.-30.09.2005
Ort: Klinikum rechts der Isar, II. Medizinische Klinik der TUM
 Ismaninger Str. 22, 81675 **München**
 Tel.: 089/4140-4074, Fax: 089/4140-4932
 E-Mail: Sophie.Zaun@lrz.tum.de
Leitung: Prof. Dr. R. M. Schmid, Prof. Dr. Ch. Peschel, Prof. Dr. A.
 Schömig, Prof. Dr. D. Schlöndorff, Prof. Dr. M. Reincke
Organisation: PD Dr. Weidenbach, Dr. K. Stock, Sekr. Fr. S. Zaun –
 Anmeldung: Di.+Do. 09.00-14.00 h
-
- Datum:** 10.10.-14.10.2005
Ort: Medizinische Klinik III der Universität
 Abt. Rheumatologie
 Postfach 35 60, 91023 **Erlangen**
 Tel.: 09131/853-2075, Fax: 09131/853-6448
Leitung und Organisation: Prof. Dr. B. Manger, Prof. Dr. H. Nüßlein
-
- Datum:** noch nicht bekannt
Ort: Med. Klinik u. Poliklinik II, Univ. Klinik Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 **Bonn**
 Tel.: 0228/287-6670, Fax: 0228/287-4983
 E-Mail: Gerhard.Bauriedel@ukb.uni-bonn.de
Leitung: Prof. Dr. B. Lüderitz, Prof. Dr. T. Sauerbruch, Prof. Dr. H.
 Vetter, Prof. Dr. E. Erdmann
Organisation: Prof. Dr. G. Bauriedel, Dr. P. Walger, Prof. Dr. R. H. G.
 Schwinger, Sekretariat: Fr. Seeher
-
- Datum:** noch nicht bekannt
Ort: Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
 Medizinische Klinik III
 Friedrichstr. 41, 01067 **Dresden**
 Tel.: 0351/480-1130, Fax: 0351/480-1119
Leitung: Prof. Dr. H. Porst
Organisation: Prof. Dr. H. Nüßlein
-
- Datum:** noch nicht bekannt
Ort: Medizinische Klinik II, Klinik für Allgemein- und
 Viszeral-Chirurgie, Klinikum Fulda
 Pacelliallee 4-6, 36043 **Fulda**
 Tel.: 0661/84-5420, Fax: 0661/84-5422
 E-Mail: d.jaspersen.medll@klinikum-Fulda.de
Leitung: Prof. Dr. D. Jaspersen, PD Dr. A. Hellinger
Organisation: Prof. Dr. D. Jaspersen
-
- Datum:** noch nicht bekannt
Ort: Med. Hochschule Hannover, Zentrum Innere
 Medizin, Abt. Rheumatologie/Immunologie
 Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 **Hannover**
 Tel.: 0511/532-2319, Fax: 0511/532-5841
 E-Mail: Intensivkurs.Innere@mh-hannover.de
Leitung: Prof. Dr. H. Zeidler, Prof. Dr. R. E. Schmidt
Organisation: PD Dr. L. Köhler, Dr. S. Schnarr, PD Dr. T. Witte
-
- Datum:** noch nicht bekannt
Ort: Innere Medizin I, Klinikum der Friedrich
 Schiller-Universität
 Erlanger Allee 101, 07747 **Jena**
 Tel.: 03641/39182, 614143, Fax: 03641/39363
 E-Mail: Gabriele.Daut@med.uni-jena.de
 Schneider.akademie@laek-thueringen.de
Leitung: Prof. Dr. H. R. Figulla, Prof. Dr. K. Höffken, Prof. Dr. G.
 Stein, Prof. Dr. H. Bosseckert
Organisation: OA Dr. M. Hocke, Fr. G. Daut und Landesärztekammer
 Thüringen, Akad. f. ärztl. Fort- und Weiterbildung

Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.

Termine der Interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit Bayerische Landesärztekammer / Bayerische Akademie für Ärztliche Fortbildung

Ort: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München
Beginn: jeweils Donnerstag, 19.30 Uhr

- 27.1.2005 Kopfschmerz und Migräne aktuell 2005 – Focus: Neue molekularbiologische Erkenntnisse, Neuentwicklungen in der Therapie, differenzierte Behandlung – Referenten: Zieglgänsberger, Pfaffenrath, Gessler
 17.02.2005 Diabetes aktuell 2005 – Focus: Risikotratifizierung, differenzierte Therapie, neue Entwicklungen der oralen Therapie – Referenten: Schumm-Draeger, Eversmann, Standl

Anerkennung: 3 CME-Punkte / Bayerische Landesärztekammer

Leitung, Auskunft und Anmeldung: Dr. Wolf von Römer, 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. Schleißheimer Str. 440, 80935 München, Tel.: 089 / 8 54 52 55, Fax: 089 / 3 13 88 68, E-Mail: wr@dr-von-roemer.de

Kostenpflichtige Intensiv-Veranstaltungen – 90 € für VBI- und BDI-Mitglieder, 140 € für Nicht-Mitglieder

Ort: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München
Zeit: jeweils Samstag, 09.00 bis 16.00 Uhr

- 29.01.2005 Angiologie intensiv 2005 – Focus: Neue Aspekte bei PAVK, Venen- und Lymphgefäß-Erkrankungen
 Referenten: Tepohl, Parhofer, Küffer, Hoffmann, Stiegler, Ludwig, Marshall, Spannagl, Theiss
 23.04.2005 Gastroenterologie intensiv 2005 – Focus: Leber – Galle – Pankreas
 Referenten: Schulte-Frohlinde, Pape, Gerbes, Beuers, Gülberg, Helmberger, Jauch, Göke, Schmid, Born

Anerkennung: 8 CME-Punkte / Bayerische Landesärztekammer – Teilnahme nur nach Voranmeldung

Auskunft/Anmeldung: MCN Medizinische Congress-Organisation Nürnberg AG, Zerkabelshofstr. 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/3931610, Fax: 0911/3931655, E-Mail: bik@mcnag.info, Internet: www.mcn-nuernberg.de

Einzelheiten sowie weitere Veranstaltungen finden Sie per Link auf unserer Homepage www.bdi.de, >>Fortbildung, >>Kurse und Kongresse „Bayerische Internisten“ bzw. direkt unter www.bayer-internisten.de/fortbildung.htm.

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Vorsymposium des Arbeitskreises Tropen-, Reisemedizin und Impfwesen im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Samstag, 02.04.2005

Teil I: 08.30-13.00 Uhr – Saal 2 A; Teil II: 14.30-18.30 Uhr – Saal 6/1; Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

TEIL I: BDI-Kurs: Reisemedizin

Leitung: H. D. Nothdurft, München – F. Seiler, Bayreuth

08.30 – 09.00 Uhr DTG-Zertifikat „Reisemedizin“ – Inhalte und Perspektiven

H. D. Nothdurft, München

09.00 – 09.45 Uhr Expositionsprophylaxe

F. Seiler, Bayreuth

09.45 – 10.15 Uhr Impfungen bei Risikogruppen

M. Peters, Hamburg

10.15 – 10.30 Uhr PAUSE

10.30 – 11.15 Uhr Importierte Infektionen – Daten und Informationsquellen

H. D. Nothdurft, München

11.15 – 11.45 Uhr Mikroskopische Diagnostik in der reisemedizinischen Praxis

F. Seiler, Bayreuth

11.45 – 12.15 Uhr Flugreisetauglichkeit

J. Siedenburg, Hoofddorp, Holland

12.15 – 12.30 Uhr PAUSE

12.30 – 13.00 Uhr Lohnt sich Reisemedizin? Abrechnungsfragen – betriebswirtschaftliche Aspekte

M. Peters, Hamburg

Die Teilnahme an den Vorsymposien ist kostenpflichtig!
Es gelten die Kongressgebühren der DGIM. Informationen: www.dgim2004.de

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Teilnahmegebühr: € 60,— für BDI-/DGIM-Mitglieder; € 75,— für Nichtmitglieder.

Für diese Veranstaltung kann nur eine begrenzte Teilnehmerzahl zugelassen werden.

Das **Anmeldungsformular** fordern Sie bitte bei der BDI-Geschäftsstelle – Kongressabteilung – an:

Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611/18133-22 od. -24, Telefax: 0611/18133-23, E-Mail: info@BDI.de

TEIL II: Vorsymposium Tropen- und Reisemedizin

Vorsitz: G. D. Burchard, Hamburg – M. Peters, Hamburg

14.30 – 14.35 Uhr Begrüßung und Einführung

F. Seiler, Bayreuth

14.35 – 15.20 Uhr Leitsymptom Durchfall beim Tropenrückkehrer

G. D. Burchard, Hamburg

15.20 – 16.00 Uhr AIDS in Afrika – Hoffnung am Rande der Katastrophe

A. Stich, Würzburg

16.00 – 16.15 Uhr *P A U S E*

16.15 – 17.00 Uhr Malaria-Update 2005

H. D. Nothdurft, München

17.00 – 17.45 Uhr Importierte Hautinfektionen

R. Bialek, Tübingen

17.45 – 18.15 Uhr Empfohlene Reiseimpfungen

M. Peters, Hamburg

18.15 – 18.30 Uhr Podiumsdiskussion

Burchard/Peters, Hamburg

CME: Beide Veranstaltungen zusammen (Teil I + II) werden aller Voraussicht nach von der DTG als Refresherkurs für das DTG-Zertifikat „Reisemedizin“ anerkannt werden.

Vorsymposium der Sektion Pneumologie im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Samstag, 2. April 2005, 08.30 - 12.00 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden – Saal 1A/1

Pneumologische Diagnostik und Therapie 2005 – State of the Art

Vorsitz: H. Worth, Fürth

Einführung

H. Worth, Fürth

Endosonographie bei pneumologischen Fragestellungen

F. Herth, Heidelberg

Multimodale Therapieoptionen des Bronchialkarzinoms

M. Thomas, Münster

Langzeittherapie des Asthma bronchiale – was empfehlen die neuen Leitlinien?

R. Buhl, Mainz

Management des Asthmaanfalls

D. Ukena, Bremen

Der COPD-Patient mit kardialer Komorbidität – Auswirkungen auf die medikamentöse Therapie

H. Worth, Fürth

Im Anschluss an das Vorsymposium findet von 12.00 Uhr bis 13.00 Uhr – im gleichen Saal – die Mitgliederversammlung der Sektion Pneumologie im BDI e.V. statt

Vorsymposium des Arbeitskreises Hypertonie im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Samstag, 2. April 2005, 08.30 - 12.00 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 6/1

Qualitätsverbesserung in der Hochdrucktherapie: Risikostratifizierung für den Praxisalltag

Vorsitz: Prof. Dr. med. Reinhard Gotzen, Berlin

Prof. Dr. med. Joachim Schrader, Cloppenburg

Leitlinien zur Hochdrucktherapie als Grundlage für eine verbesserte Blutdruckkontrolle

H. Haller, Hannover

Risikostratifizierung aus kardiologischer Sicht

Th. Münzel, Mainz

Risikostratifizierung zur Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls

J. Schrader, Cloppenburg

P A U S E

Risikostratifizierung bei Diabetes mellitus

R. G. Bretzel, Gießen

Ideale antihypertensive Kombinationstherapie unter Berücksichtigung von Begleiterkrankungen

M. Paul, Berlin

Praktische Konsequenzen für eine intensive Risikoreduktion

I.-W. Franz, Todtmoos

Rückfragen:

Univ.-Prof. Dr. med. R. Gotzen, Freie Universität Berlin, Terrassenstr. 55, 14129 Berlin, Tel.: 030/8022244, Fax: 030/8027979

Die Teilnahme an den Vorsymposien ist kostenpflichtig!
Es gelten die Kongressgebühren der DGIM. Informationen: www.dgim2004.de

111. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Gemeinsames Vorsymposium der Sektion Angiologie im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) und der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Samstag, 2. April 2005, 08.30 Uhr bis 11.30 Uhr – Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden – Saal 2B

Vaskuläre Begleiterkrankungen bei arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus – Diagnose und Therapie

Vorsitz: M. Ludwig, Berg – W. Theiss, München

Intima-Mediadicke der A. carotis communis als praediktiver Faktor bei arterieller Hypertonie *M. Ludwig, Berg*

Renovaskuläre Begleiterkrankungen bei arterieller Hypertonie *K.-L. Schulte, Berlin*

Diskussion

Der diabetische Fuß *H. Lawall, Karlsbad*

Mediasklerose *H. Stiegler, München*

Diskussion

Im Anschluss an das Vorsymposium findet von 11.30 Uhr bis 13.00 Uhr – im gleichen Saal – die Mitgliederversammlung der Sektion Angiologie im BDI e.V. statt.

14. Vorsymposium des Arbeitskreises Umweltmedizin im Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Sonntag, 3. April 2005, 09.00 bis 12.30 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden – Saal 2B

Umwelt und Lungenkarzinom

Vorsitz: H. Schweisfurth, Cottbus, – J. Heinrich, Würzburg

Begrüßung und Einführung *H. Schweisfurth, Cottbus*

Partikel Deposition und Clearance *U. Bundke, Universität Frankfurt/ Main*

Radon und Lungenkarzinom *H. G. Paretzke et al., GSF, Neuherberg*

Dieselrußpartikel und Lungenkarzinom *H. Schweisfurth, Cottbus*

Diagnostische Strategien und Möglichkeiten beim Lungenkarzinom *H. Wirtz, Universität Leipzig*

Air pollution and lung cancer in developing world *M. Krzyzanowski, WHO, Bonn*

Round-Table-Diskussion mit den Referenten

Im Anschluss an das Vorsymposium findet ab 12.30 Uhr – im gleichen Saal – die Mitgliederversammlung des Arbeitskreises Umweltmedizin im BDI e.V. statt

Vorsymposium des Arbeitskreises Wertigkeit naturheilkundlicher Verfahren bei internistischen Erkrankungen

im Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Sonntag, 3. April 2005, 08.30 bis 10.00 Uhr – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 2A

Naturheilverfahren bei funktionellen Störungen des internistischen Formenkreises

Vorsitz: Karin Kraft, Rostock – Wolfgang Grebe, Frankenberg/Eder

08.30 – 08.40 Uhr Einführung

08.40 – 09.00 Uhr Naturheilkundliche Ernährungstherapie bei funktionellen Störungen *R. Stange, Berlin*

09.00 – 09.20 Uhr Hydro- und Thermo-therapie bei funktionellen Störungen *R. Brenke, Bad Ems*

09.20 – 09.40 Uhr Phytotherapie bei funktionellen Störungen *K. Kraft, Rostock*

09.40 – 10.00 Uhr Bewegungstherapie bei funktionellen Störungen *Chr. Uhlemann, Jena*

Im Anschluss an das Vorsymposium findet – im gleichen Saal – die Mitgliederversammlung des Arbeitskreises Wertigkeit naturheilkundlicher Verfahren bei internistischen Erkrankungen im BDI e.V. statt

Die Teilnahme an den Vorsymposien ist kostenpflichtig!
Es gelten die Kongressgebühren der DGIM. Informationen: www.dgim2004.de

BDI-Kurse 2005 auf einen Blick!

BDI-Kurse 2005 auf einen Blick!

BDI-Kurse 2005 auf einen Blick!



Kurse	CME: Fortbildungspunkte	Datum	Ort	Preis € Mitgl./Nichtmitgl.	Kursleitung
Ultraschall-Refresherkurs Echokardiographie Teil 2	10	22.01.05	Wiesbaden Dr. Horst-Schmidt- Kliniken	130,00 / 180,00	Dr. med. F.-J. Beck, Wiesbaden
Intensivkurs Diabetologie	17	04.-06.02.05	Bad Reichenhall, Hotel Steigenberger Axelmannstein	210,00 / 250,00	Prof. Dr. med. H. Mehnert, München
Doppler- /Duplexsonographie- Grundkurs, interdisziplinär (KBV-Richtlinien)	26	07.-10.02.05	Bad Reichenhall, Hotel Steigenberger Axelmannstein	400,00 / 510,00	Dres. Karasch, Köln
Echokardiographie- Grundkurs (KBV-Richtlinien)		07.-11.02.05	Bad Reichenhall, Hotel Steigenberger Axelmannstein	400,00 / 510,00	Abt. Kardiologie, Traunstein
Echokardiographie- Aufbaukurs (KBV-Richtlinien)	32	07.-10.03.05	Traunstein, Kreis- krankenhaus (Abt. Kardiologie)	340,00 / 420,00	Abt. Kardiologie, Traunstein
Echokardiographie- Abschlusskurs (KBV-Richtlinien)	vorauss. 21	12.-13.03.05	Wiesbaden Dr. Horst-Schmidt- Kliniken	340,00 / 420,00	Dr. med. F.-J. Beck, Wiesbaden
Farbdoppler- Echokardiographie- Refresherkurs	16	12.-13.03.05	München, Städt. Krankenhaus Schwabing	180,00 / 230,00	PD Dr. med. W. Zwehl, München
Intensivkurs Innere Medizin Refresherkurs Facharzt- prüfung	vorauss. 20	14.-19.03.05	Berlin, DRK-Kliniken Westend	430,00 / 510,00	Prof. Dr. med. R. Büchsel, Berlin
BDI-Kurse während des 111. Internistenkongresses der DGIM	beantragt!	02.-06.04.05	Wiesbaden, Rhein-Main-Hallen	siehe Programm!	siehe Programm!

Es gelten die Teilnahmebedingungen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Akad. Titel: _____ Vor- / Zunahme: _____ E-Mail: _____

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: _____

Ich bin: Mitglied des BDI Nichtmitglied Datum: _____ Unterschrift: _____

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongressabteilung,
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, Email: infobdi.de

Intensivkurs Diabetologie Bad Reichenhall (04.-06.02.2005)

Kursort: Hotel Steigenberger Axelmannstein, Salzburger Str. 2-6, 83435 Bad Reichenhall

Kursleiter: Prof. Dr. med. H. Mehnert, München

(Fortbildungspunkte: 17 CME!)

Programm:

Epidemiologie und Prognose des Diabetes im 21. Jahrhundert
Diabetesprävention (diätische und medikamentöse Maßnahmen)
Diagnose, Selbstkontrolle, Glukosesensoren
Ernährungs- und Bewegungstherapie des manifesten Diabetes
Pathogenese /Therapie des Typ-1-Diabetes
Typ-2-Diabetes: Pathogenese und frühzeitige Insulintherapie
Typ-2-Diabetes: Therapie mit oralen Antidiabetika
Vaskuläre Folgeschäden
Spezielle Diabetesformen
Diabetes und Herz
Diabetische Retinopathie
Diabetische Neuropathie
Diabetisches Fuß-Syndrom
Generaldiskussion mit dem Auditorium
Zusammenfassung des Symposiums

Referenten:

Prof. Dr. med. E. Standl
Prof. Dr. med. H. Hauner
Prof. Dr. med. K.D. Palitzsch
Prof. Dr. med. H. Hauner
PD Dr. med. M. Hummel
Prof. Dr. med. P. Schumm-Draeger
Prof. Dr. med. H. Mehnert
Prof. Dr. med. H. Mehnert
Prof. Dr. med. O. Schnell
PD Dr. med. O. Schnell
PD Dr. med. M. Ulbig
Prof. Dr. med. M. Haslbeck
Dr. med. F.-X. Hierl

Prof. Dr. med. H. Mehnert

Intensivkurs Innere Medizin Refresherkurs Facharztprüfung Berlin (14. - 19.03.2005)

(Fortbildungspunkte: voraussichtlich 20 CME!)

Kursort: DRK-Kliniken Westend, Spandauer Damm 130; Kursleitung: Prof. Dr. med. R. Büchsel, Berlin

Programm:

Koronare Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt, Thrombozytenaggregationshemmung, Antikoagulation, Thrombolyse, akute und chronische Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Myokarditis /Inflammatorische Kardiomyopathie, Arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämien, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Venenkrankheiten, Schlaganfall, akut entzündliche Krankheiten des ZNS, Bronchialkarzinom, Lungenembolie, Pulmonale Hypertonie, Obstruktive Atemwegskrankheiten, Interstitielle Lungenkrankheiten, Sarkoidose, Pneumonie, Lungentuberkulose, HIV-Infektion, Virushepatitiden, primäre Lebertumore, Toxische und metabolische Leberkrankheiten, Magenkarzinom, Kolonkarzinom, Leberzirrhose und ihre Komplikationen, Lebertransplantation, Cholelithiasis, Kompendium Herzvitien, Funktionelle Störungen des GI-Trakts. Helicobacter pylori/Säure-assoziierte Krankheiten, GI-Blutung, Infektiöse Darmkrankheiten, CEDE, Ernährung, Malabsorption, Gastroesophageale Refluxkrankheit, Oesophaguskarzinom, Hepato-biliäre Krankheiten, Akute Pankreatitis, Chronische Pankreatitis, Pankreaskarzinom, Klinische Pharmakologie, Geriatrie, Psychosomatische Grundversorgung, Essstörungen Psychische Komorbidität, Psychopharmakotherapie, EKG-Repititorium, Anämien, Akute und chronische Leukämien, Maligne Lymphome, Chemotherapie solider Tumore einschließlich Mamma-Ca., Diates mellitus, Diabetische Spätschäden, moderne interventionelle Radiologie, Reise- und Tropenmedizin, Malaria, Glomerulonephritiden, Vaskulitiden, Interstitielle Nierenkrankheiten, Renale Hypertonie, Niereninsuffizienz, Dialyse, Transplantation, Rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis, Kollagenosen, Radiologische Befunde am Skelettsystem, Radiologische Thoraxbefunde, Adipositas, Metabolisches Syndrom, Sport, Osteoporose, Osteologie, Krankheiten von Hypothalamus und Hypophyse, Hypogonadismus, Gynäkomastie, Krankheiten der Nebenniere, Schilddrüsenkrankheiten, Echo-Repititorium, Sono-Repititorium, Elektrolytstörungen, Störungen des Säure-Basen-Haushalts, Prinzipien der internistischen Intensivmedizin, Reanimation, Beatmung, Infektionsprävention: Evidenz-basierte Maßnahmen, multiresistente Erreger, Infektionsschutzgesetz, Fehlermanagement, die Fehldiagnose, Begutachtung.

Referenten:

Prof. Dr. med. Andresen, PD Dr. med. Arntz
Dr. med. Baumgarten, PD Dr. med. Berg
PD Dr. med. Bethge, Dr. med. Beckmann
Dr. med. Bittner, Dr. med. Breikreutz
Prof. Dr. med. Büchsel, Prof. Dr. med. Burchard
Prof. Dr. med. Buscher, Prof. Dr. med. Danzer
PD Dr. med. Dignass, Prof. Dr. med. Dorow
Dr. med. Elsbernd, Dr. med. Fahrig
Dr. med. Flath, Dr. med. Flessenkemper
Prof. Dr. med. Frei, Dr. med. Geffers
PD Dr. med. Hartmann, Dr. med. Heimesaat
Prof. Dr. med. Hellriegel, Prof. Dr. med. Hiepe
Dr. med. Hildebrand, Prof. Dr. med. Hopf
Prof. Dr. med. Hosten, Dr. med. Jecht
Dr. med. Just-Teetzmann, Dr. med. Kleinau
Dr. med. Klapp, Dr. med. Küppers
Dr. med. Liebich-Bartholain
Prof. Dr. med. Longdong, Prof. Dr. med. Luft
PD Dr. med. Martens, Dr. med. Meisel
Dr. med. Meissner, Prof. Dr. med. Müller-Lissner
Prof. Dr. med. Neumärker, Prof. Dr. med. Oertel
Prof. Dr. med. Oestmann, Dr. med. Opitz
PD Dr. med. Peters, Prof. Dr. med. Poralla
Dr. med. Raffenberg, Prof. Dr. med. Riess
Prof. Dr. med. Rutsch, Dr. med. Schartmann
PD Dr. med. Schindler, Dr. med. Schoeller
Prof. Dr. med. Schultheiss, Dr. med. Semler
Prof. Dr. med. Steinhagen-Thiessen
Dr. med. Toursarkissian, Prof. Dr. med. von Werder
Prof. Dr. med. Weber, PD Dr. med. Wuthe

Anmeldung: **Intensivkurs Diabetologie, Bad Reichenhall (04.-06.02.2005)**
Teilnahmegebühr: € 210,00 für BDI-Mitglieder € 250,00 für Nichtmitglieder

Anmeldung: **Refresherkurs zur Facharztprüfung, Berlin (14.-19.03.2005)**
Teilnahmegebühr: € 430,00 für BDI-Mitglieder € 510,00 für Nichtmitglieder

Akad. Titel: _____ Vor- / Zunahme: _____ E-Mail: _____

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: _____

Ich bin: Mitglied des BDI Nichtmitglied Datum: _____ Unterschrift: _____

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongressabteilung, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, Email: infobdi.de

Bad Reichenhall

11. Internationaler interdisziplinärer Seminarkongress für ärztliche Fortbildung Sonntag, 06. bis Freitag, 11. Februar 2005

Der Kongress wird von der Landesärztekammer Bayern mit 30 Fortbildungspunkten zertifiziert! Kurse erhalten zusätzliche Fortbildungspunkte!



Kongressort:

Hotel Steigenberger Axelmanstein,
Salzburger Str. 2-6, Bad Reichenhall

**Schwerpunktthema:
„Kardiologie/Pneumologie“**

Wissenschaftliche

Programmgestaltung/Leitung:

Prof. Dr. med. W. Moshage, Traunstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
der internationale, interdisziplinäre Seminarkongress in Bad Reichenhall findet traditionell in der Faschingswoche 2005 statt. Die Kongressleitung hat deshalb wieder alle Anstrengungen unternommen, diese etablierte, von den Teilnehmern stets sehr positiv bewertete Fortbildungsveranstaltung attraktiv zu gestalten. Themenschwerpunkte in Bad Reichenhall werden, passend zur Örtlichkeit, auch in Zukunft „Erkrankungen des Herzens und der Atemorgane“ bleiben. Wir haben uns entsprechend Ihren Wünschen sehr bemüht, die Referate mit Kollegen aus Führungspositionen zu besetzen.

Einen großen Wert legen wir auch künftig darauf, dass die Diskussion mit dem Auditorium ausgebaut wird, um den interaktiven Charakter zu verbessern. Mit dem verfügbaren TED-System ist dies möglich. Dies gilt insbesondere für die Refresherkurse EKG, die Oberbauchsonographie und die Kontrastsonographie. Wir würden uns sehr freuen, wenn dieses attraktive Fortbildungsprogramm Ihr Interesse findet und wir Sie in Bad Reichenhall sehr zahlreich begrüßen können.

Prof. Dr.med. Dr. med. habil. W. Moshage, Traunstein

Zentrale Kongress Themen: ▶ Angiologie ▶ Kardiologie ▶ Refresher: Sonographie, Kontrastsono, EKG ▶ Gastroenterologie ▶ Wirtschaftliches Verordnen ▶ Rheumatologie ▶ Immunologie ▶ Chirurgie ▶ Kardiologie/Hochdruck ▶ Kardiopulmonale Probleme und Nottfälle ▶ Psychiatrie ▶ Osteoporose ▶ Pharmakologie ▶ Pneumologie ▶ Schilddrüsenkrankheiten ▶ Schmerztherapie/Chemotherapie/Palliativmedizin.

Anmeldung:	Fortbildungspunkte	Datum	Uhrzeit	Mitgl./Nichtmitgl. Euro	Kursleitung
<input type="checkbox"/> Echokardiographie-Grundkurs + (gem. KBV-Richtlinien)	32	07.02.-11.02.05	10.00-12.00 15.00-19.00	340,00 / 420,00	Abt. Kardiologie/ KKH Traunstein
<input type="checkbox"/> Interdisziplin. Doppler-/Duplex-Sonographie-Grundkurs (gem. KBV-Richtlinien)	26	07.02.-10.02.05	10.00-12.00 15.00-19.00	340,00 / 420,00	Dres. Karasch/ Köln
<input type="checkbox"/> Schlafbez. Atmungsstörungen. Schlafmedizin. Wer muss ins Schlaflabor?	4	08.02.05	13.00-16.00	50,00 / 80,00	Dr. med. Birgit Krause-Michel/ Bad Reichenhall
<input type="checkbox"/> Therapiemöglichkeiten bei schwerer COPD	5	09.02.05	13.00-17.00	50,00 / 80,00	Dr. med. Birgit Krause-Michel/ Bad Reichenhall
<input type="checkbox"/> Tageskarte	Datum: _____			45,00 / 65,00	
<input type="checkbox"/> Ermäßigte Kongresskarte (gilt nur in Verbindung mit + gekennzeichneten Kursen/Paketen)				60,00 / 90,00	
<input type="checkbox"/> Kongresskarte				110,00 / 160,00	
<input type="checkbox"/> Med. Assistenzpersonal				80,00 / 80,00	
<input type="checkbox"/> Reservierung eines Abstractbandes zum Kongress, inkl. CD (Bezahlung erfolgt vor Ort).					

Turnusärzte bis zum 3. Ausbildungsjahr, Ärztinnen u. Ärzte im Erziehungsurlaub, Ärztem Ruhestand und arbeitslose Mediziner erhalten bei Belegung der Seminarkongresse und Kurse 30% auf den Rechnungsbetrag (bitte Bescheinigung beilegen!).

Es gelten die Teilnahmebedingungen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Akad. Titel: _____ Vor- / Zunahme: _____ E-Mail: _____

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: _____

Ich bin: Mitglied des BDI Nichtmitglied Datum: _____ Unterschrift: _____

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongressabteilung, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, Email: infobdi.de

Bad Kleinkirchheim

27. Internationaler interdisziplinärer Seminarkongress für ärztliche Fortbildung
Sonntag, 27. Februar bis Freitag, 04. März 2005

**Der Kongress wird von der Landesärztekammer
Hessen mit 20 Fortbildungspunkten zertifiziert!
Kurse erhalten zusätzliche Fortbildungspunkte!**

**Schwerpunktthema: Krankheiten der
Verdauungsorgane und des Stoffwechsels“**

Kongressort: Festsaal der Kurgemeinde A-9546 Bad Kleinkirchheim
Wissenschaftliche Programmgestaltung/Leitung: Prof. Dr. med. W. Arnold, Bremen



Und dies sind die zentralen Kongressthemen: ▶ Kardiologie ▶ Gastroenterologie ▶ Rheumatologie
▶ Stoffwechselkrankheiten ▶ Diabetes ▶ Osteoporose ▶ Berufspolitik ▶ Meet the Expert: Interaktives Seminar (EKG-Refresher) ▶ Meet the Expert: Gastroenterologie, Impfen, Wirtschaftliches Verordnen, Psychiatrie, Phytotherapie ▶ Impfseminar
▶ Nephrologie ▶ Ernährung ▶ Psychiatrie ▶ Infektions- u. Hochdruckkrankheiten ▶ Hämatologie ▶ EBM ▶ Phytotherapie.

Anmeldung:	Fortbildungspunkte	Datum	Uhrzeit	Mitgl./Nichtmitgl. Euro	Kursleitung
<input type="checkbox"/> Reisemedizin	5	01.-02.03.05	10.00 - 12.00	50,00 / 80,00	Prof. Dr. med. G. Hess/Mannheim
<input type="checkbox"/> Klinischer Lungenfunktionskurs	13	02.-04.03.05	16.00 - 19.00	110,00 / 160,00	Dr. med. J. Dugonitsch/Nürnberg
<input type="checkbox"/> Ernährungsmedizin in der Hausarztpraxis	9	28.02.05 01.03.05	16.00 - 19.00 10.00 - 13.00	kostenlos / kostenlos	Dr. med. H. Walle/Kirkel
<input type="checkbox"/> Diabetologie-Workshop	13	02.-04.03.05 03.03.05	10.00 - 13.00 09.00 - 13.00	110,00 / 160,00	PD Dr. med. Kornelia Konz/Wiesbaden
<input type="checkbox"/> Sonographie-Refresherkurs	13	28.02.-02.03.05	16.00 - 19.00	110,00 / 160,00	PD Dr. med. W.-D. Strohm/Heilbronn
<input type="checkbox"/> Echokardiographie-Refresherkurs	9	01.-02.03.05	10.00 - 13.00	80,00 / 110,00	N.N.
<input type="checkbox"/> Endoskopie-Refresher (Komplett 2 Kurse)			10.00 - 13.00	140,00 / 200,00	Prof. Dr. med. A. Tromm/Hattingen
<input type="checkbox"/> Auch Einzelbuchung möglich!					
<input type="checkbox"/> Teil 1-Terminologie u. Befunde	9	03.03.05	16.00 - 19.00	80,00 / 110,00	
<input type="checkbox"/> Teil 2-Interventionelle Endoskopie	9	04.03.05	10.00 - 13.00	80,00 / 110,00	
<input type="checkbox"/> Sportmed. Kurs mit gemeinsamen Skifahren (ohne Liftkosten!)	beantragt	02.-03.03.05	09.30 - 14.30	80,00 / 110,00	Dr. med. W. Grebe/Frankenberg, Eder
<input type="checkbox"/> Tageskarte	Datum: _____			45,00 / 65,00	
<input type="checkbox"/> Ermäßigte Kongresskarte (gilt nur in Verbindung mit + gekennzeichneten Kursen/Paketen)				60,00 / 90,00	
<input type="checkbox"/> Kongresskarte				110,00 / 160,00	
<input type="checkbox"/> Med. Assistenzpersonal				80,00 / 80,00	
<input type="checkbox"/> Reservierung eines Abstractbandes zum Kongress, inkl. CD (Bezahlung erfolgt vor Ort).					

Turnusärzte bis zum 3. Ausbildungsjahr, Ärztinnen u. Ärzte im Erziehungsurlaub, Ärztem Ruhestand und arbeitslose Mediziner erhalten bei Belegung der Seminarkongresse und Kurse 30% auf den Rechnungsbetrag (bitte Bescheinigung beilegen!).

Es gelten die Teilnahmebedingungen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Akad. Titel: _____ **Vor- / Zunahme:** _____ **E-Mail:** _____

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: _____

Ich bin: Mitglied des BDI Nichtmitglied **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongressabteilung, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, Email: infobdi.de

Echokardiographie-Aufbaukurs Traunstein (07. - 10.03.2005)

Kursort: Kreiskrankenhaus, Cuno-Niggel-Str. 3, Traunstein

Kursleitung: Prof. Dr. med. Werner Moshage, Traunstein

Fortbildungspunkte: 32 CME!



Teilnahmegebühr: € 340,00 für BDI-Mitglieder

€ 420,00 für Nichtmitglieder

Akad. Titel: _____ Vor- und Zunahme: _____

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax / E-Mail: _____

Ich bin: Mitglied des BDI Nichtmitglied Datum: _____ Unterschrift: _____

BDI-Kurse während des 111. Internistenkongress der DGIM in Wiesbaden (02.-06.04.2005)

Kongressort: Rhein-Main-Hallen, Rheinstr. 20, 65185 Wiesbaden

Anmeldung:	Fortbildungs- punkte	Datum	Uhrzeit	Mitgl./Nichtmitgl. Euro	Kursleitung
<input type="checkbox"/> ReisemedizinTeil 1 (siehe gesondertes Anmeldeformular)	5	02.04.05	08.30 - 13.00	60,00 / 90,00	Prof. Dr. med. H. D. Nothdurft/München Dr. med. F. Seiler/Bayreuth
<input type="checkbox"/> Echokardiographie- Grundkurs (KBV-Richtlinien) Am 02.04.05: 08.30-13.00 Uhr in der Rhein-Main-Halle (R. 2c), restl. Zeiten in der HSK, Wiesbaden!	36	02. - 05.04.05	08.30 - 19.00	370,00 / 450,00	Dr. med. F.-J. Beck/Wiesbaden
<input type="checkbox"/> Lungenfunktionskurs	10	02.04.05	08.30 - 15.30	120,00 / 170,00	Dr. med. J. Dugonitsch/Nürnberg Dr. med. M. Wagner/Nürnberg
<input type="checkbox"/> Gastroskopiekurs	20	02. - 03.04.05	08.30 - 17.30	190,00 / 240,00	Prof. Dr. med. J. Freise/Mühlheim Prof. Dr. med. B. May/Bochum
<input type="checkbox"/> Doppler-/Duplex-Sono- graphie-Grundkurs interdisziplinär (KBV-Richtlinien)	25	03. - 05.04.05	08.30 - 19.00	370,00 / 450,00	Dr. med. F. Löbner/München
<input type="checkbox"/> Bronchoskopiekurs	25	03.04.05 04.04.05	08.30 - 13.00 08.30 - 16.30	220,00 / 270,00	Dr. med. M. Wagner, Nürnberg Dr. med. Leistner/Nürnberg
<input type="checkbox"/> Ergometrikurs	10	04.04.05	08.30 - 15.30	120,00 / 170,00	Prof. Dr. med. K. Völker/Münster
<input type="checkbox"/> Langzeitblut- druckkurs	5	06.04.05		60,00 / 90,00	Prof. Dr. med. K. Schulte/Berlin
<input type="checkbox"/> Ermäß. Kongress- Dauerkarte				80,00 / 80,00	

Es gelten die Teilnahmebedingungen des BDI e.V. 1. DGIM-Mitglieder, die keine BDI-Mitglieder sind, können an BDI-Kursen zu den ermäßigten Gebühren für BDI-Mitglieder teilnehmen. 2. Teilnehmer an den BDI-Kursen, die keine DGIM-Mitglieder sind, können bei Voranmeldung zu BDI-Kursen zusätzlich eine Dauerkarte für den Internistenkongress zum ermäßigten Preis von € 80,00 (normal € 165,00) bestellen. 3. Für die Dauer der Kurse ist der Eintritt zum Internistenkongress in der Kursgebühr enthalten.

Ja, ich möchte bitte eine Dauerkarte zum ermäßigten Preis von € 80,00 bestellen!

Es gelten die Teilnahmebedingen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne.

Akad. Titel: _____ Vor- / Zunahme: _____ E-Mail: _____

Anschrift (privat) / Tel.: / Fax: _____

Ich bin: Mitglied des BDI Nichtmitglied Datum: _____ Unterschrift: _____

Weitere Informationen / schriftliche Anmeldung: Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Kongressabteilung, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden, Tel.: 0611-1813322,-24, Fax: 0611-1813323, www.bdi.de, Email: infobdi.de

Bedingungen für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)

1. Allgemeines

Diese Bedingungen gelten für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen des BDI. Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Bedingungen an.

2. Angebot und Vertragsschluss

Die Teilnehmerzahl der Kurse ist begrenzt. Die Kursangebote sind grundsätzlich freibleibend, d.h. sie sind als verbindliche Angebote im Rahmen der verfügbaren Kursplätze zu verstehen. Anmeldungen zu BDI-Fortbildungsveranstaltungen haben schriftlich zu erfolgen und sind verbindlich. Die Kursplätze werden in der Reihenfolge des Eingangs der schriftlichen Anmeldungen vergeben. Bei Überbuchung erfolgt eine Benachrichtigung.

3. Zahlungsbedingungen

Die Zahlung der Kurs- bzw. Kongressgebühren wird mit Rechnungsstellung fällig.

4. Rücktritt

4.1. Rücktritte von bereits gebuchten Kursen/Kongressen müssen per Einschreiben erfolgen. Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an.

4.2. Bei Zugang der Rücktrittsmeldung mindestens 28 Tage vor Veranstaltungsbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von € 25 erhoben.

4.3. Bei Zugang der Rücktrittsmeldung ab dem 27. Tag vor Veranstaltungsbeginn ist eine Bearbeitungsgebühr von € 75 zu zahlen.

4.4. Bei Zugang der Rücktrittsmeldung ab dem 3. Tag vor Veranstaltungsbeginn ist die gesamte Kurs- bzw. Kongressgebühr zu zahlen.

5. Änderungen und Absage eines Kurses durch den Veranstalter

5.1. Die Veranstaltungen finden nur bei Erreichung einer Mindestteilnehmerzahl statt. Der BDI behält sich vor, Referenten auszutauschen, Veranstaltungen räumlich oder zeitlich zu verlegen oder abzusagen und Änderungen im Programm vorzunehmen. Wird eine Veranstaltung abgesagt, werden bereits gezahlte Gebühren in voller Höhe erstattet. Schadensersatzansprüche sind ausgeschlossen.

5.2. Sollten innerhalb der Fortbildungen „Qualitätssicherung“, Workshops oder in Paket-Angeboten vertretbare Änderungen der Veranstaltung erforderlich sein, so besteht kein Anspruch auf anteilige Kostenrückerstattung.

6. Kongresse

6.1. Kongresskarten werden nur zu Kongressen herausgegeben und berechtigen zum Besuch der Seminarvorträge.

6.2. österreichische Turnusärzte bis zum 3. Ausbildungsjahr, Ärzte im Ruhestand, arbeitslose Mediziner sowie Ärzte im Erziehungsurlaub erhalten bis auf Widerruf gegen Nachweis 30 % Ermäßigung auf den Rechnungsendbetrag.

6.3. Nur Kongressteilnehmer können an den Sonderkursen teilnehmen, d.h. der Erwerb einer Kongresskarte ist obligatorisch. Die Kongresskarten sind im Kongressbüro des BDI vor Ort abzuholen. Diese werden nur abgegeben, wenn die Kongressgebühren vorher bezahlt worden sind. Die Kongresskarten sind nicht übertragbar.

Der Veranstalter

Gesetzliche Fortbildungspflicht seit 1. Juli 2004

Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V. möchte Sie darauf hinweisen, dass die gesetzliche Fortbildungspflicht für Vertragsärzte durch Aufnahme des § 95d in das SGB V geregelt ist. Diese trat zum 01.07.2004 in Kraft. Alle erworbenen

„Punkte“ gelten bereits ab dem 01.01.2004.

Auch Klinikärzte sind zur Fortbildung nach § 137 des SGB V verpflichtet. Dies ist Teil der verpflichtenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser.



Meine Anschrift:

Herr Frau Akad. Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift privat*: _____
mit Tel./Fax-Nr.

Anschrift dienstl.: _____

(*Wird im Fall einer Anmeldung für die Teilnahmebescheinigung benötigt.)

Ich hätte gerne weitere Informationen zu folgenden Veranstaltungen:

Echokardiographie-Grundkurs, Bad Reichenhall, 07.-11.02.2005 Doppler-/Duplexsonographie-Grundkurs, Bad Reichenhall, 07.-10.02.2005

Intensiv-Kurs Diabetologie, Bad Reichenhall, 04.-06.02. 2005 Ultraschall-Refresherkurs (Teil 2), HSK Wiesbaden, 22.01.2005

Informationen zu anderen

Kursen: _____

Ich möchte mich gleich zu folgenden Veranstaltungen anmelden:

Kurs: _____ Kursgebühr: _____ Termin/Ort: _____

Kurs: _____ Kursgebühr: _____ Termin/Ort: _____

Es gelten die Teilnahmebedingungen des BDI e.V., die ich mit meiner Unterschrift anerkenne (Änderungen vorbehalten).

Ich bin Mitglied des BDI e.V. Nichtmitglied

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Hinweis: Ein optimaler Nutzen von einer Kursteilnahme ist dann zu erwarten, wenn bereits eine dreijährige klinische Weiterbildungszeit vorliegt.

Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Postfach 1566, 65005 Wiesbaden – Fax: 0611/ 18133-23

Telefon: 0611/18133-22, -24 – E-Mail: info@bdi.de – Internet: http://www.bdi.de

Der Urlaubsoptimator

Sich möglichst lange zu erholen, ohne dafür allzu viele Urlaubstage aufzuwenden, das wünschen sich viele. Personalchefs und Vorgesetzte mögen

sich anschließend über optimal ausgeruhte und leistungsfähige Mitarbeiter freuen. Für die Urlaubsplanung 2005 haben wir einige interessante „Brücken-

tage“ zusammengestellt. Mit ihnen erzielt man ein Maximum an Urlaubszeit mit einem Minimum an verbrauchten Urlaubstagen. Die hier aufgeführten

Beispiele gelten bundesweit für Beschäftigte, die an Werktagen (außer sonnabends) arbeiten.

LexisNexis, 56418

In die Urlaubszeit fallende Feiertage	Zu nehmende Urlaubstage	Freie Tage	Bundesländer
25.03.05 - 03.04.05 (Ostern)	4	10	alle
30.04.05 - 08.05.05 (1. Mai und Christi Himmelfahrt)	4	9	alle
05.05.05 - 08.05.05 (Christi Himmelfahrt)	1	4	alle
14.05.05 - 22.05.05 (Pfingsten)	4	9	alle
14.05.05 - 29.05.05 (Pfingsten und Fronleichnam)	8	16	Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und in Teilen Sachsens und Thüringens
26.05.05 - 29.05.05 (Fronleichnam)	1	4	Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und in Teilen Sachsens und Thüringens
01.10.05 - 09.10.05 (Tag der Deutschen Einheit)	4	9	alle
29.10.05 - 06.11.05 (Reformationstag)	4	9	Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
29.10.05 - 06.11.05 (Allerheiligen)	4	9	Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland
12.11.05 - 20.11.05 (Buß- und Betttag)	4	9	Sachsen
24.12.05 - 01.01.06 (Weihnachten und Neujahr)	4	9	alle

Quelle: LexisNexis, 56418

OLG Karlsruhe und grobe Fahrlässigkeit

Bei 0,65 Promille entfällt der Kaskoschutz

Kaskoversicherer können die Zahlung des Schadens verweigern, wenn sich bei einem Unfall herausstellt, dass beim Verursacher Alkohol im Spiel ist. Im konkreten Fall verursachte ein Arbeitnehmer nach einer Weinprobe und nur fünf Stunden Schlaf mit seinem Auto einen Unfall. Eine Blutuntersuchung ergab 0,65 Promille Alkohol. Auf Grund dieses Wertes verweigerte die Kfz-Kaskoversicherung die Zahlung. Das Gericht gab der Versicherung Recht, da

das Verhalten des Fahrers grob fahrlässig gewesen sei. (OLG Karlsruhe, Az.: 19 U 167/01)

Quelle: LexisNexis



Kein Geld für handfeste Geschenke

Hamburg verschenkt Professorentitel

Hamburgs Kassen sind ziemlich leer. Was also tun, wenn Geschenke fällig werden? Hier hatte der Gesundheitsstaatsrat eine altbewährte und kostenfreie Idee. Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. med. dent. Wolfgang Sprekels, feierte im edlen Hamburger Hotel Elysee seinen 60. Geburtstag. Zu den zahlreichen

Gästen gehörte auch der neue Gesundheitsstaatsrat des Hamburger CDU-Senates, Dietrich Wersich MdHHB (40). Er übergab die Senatsurkunde mit der Verleihung des Titels „Professor“ in Anerkennung von „Verdiensten auf dem Gebiet der Wissenschaften“.

Quelle: dfg, 42-04

40-Stunden-Woche im öffentlichen Dienst

Mit der 13. Ordnungsveränderung der Arbeitszeitverordnung vom 23. September 2004 wird die regelmäßige Arbeitszeit des Bundesbeamten im Durchschnitt von 38,5 auf 40 Stunden erhöht. Wird der Dienst nicht in

Wechselschichten geleistet, darf die tägliche Arbeitszeit anstelle von bisher 8 nun 8,5 Stunden nicht überschreiten. Die Verordnung ist am 1. Oktober 2004 in Kraft getreten.

Rü